

MODULARIO
P. C. M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0063087 01/12/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Verbale n. 131 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 27 novembre 2020

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

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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

È presente il Dr Ulrico Angeloni del Ministero della Salute (in videoconferenza).

È presente la Dr Anna Caraglia del Ministero della Salute (in videoconferenza).

La seduta inizia alle ore 16,30.

ORDINANZA DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE 25/11/2020, N. 715 – ULTERIORI INTERVENTI URGENTI DI PROTEZIONE CIVILE IN RELAZIONE ALL’EMERGENZA RELATIVA AL RISCHIO SANITARIO CONNESSO ALL’INSORGENZA DI PATOLOGIE DERIVANTI DA AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI.

Il CTS recepisce l’Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile 25/11/2020, n° 715 (allegato) con la quale viene designato componente del CTS il Dott. Giovanni Baglio, medico epidemiologo. Su richiesta dell’Ufficio del Segretario Generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri si raccoglie il *curriculum vitae et studiorum*, per la diffusione nei modi previsti dalla normativa vigente (allegato).

TRASMISSIONE DATI EPIDEMIOLOGICI EX ART. 1 CO. 16 DEL DECRETO LEGGE 16/05/2020, N. 33 CONVERTITO, CON MODIFICAZIONI, DALLA LEGGE 14/07/2020, N. 74 PER LE FINALITÀ DI CUI ALL’ART. 2 CO. 1 E ART. 3 CO. 1 DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 03/11/2020

Il Comitato Tecnico Scientifico ha acquisito i dati epidemiologici ricevuti in data odierna ed aggiornati al periodo di riferimento 16/11/2020 – 22/11/2020 (allegato), trasmessi da ISS relativamente al sistema di monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari istituito dal Ministero della Salute ed elaborati dalla cabina di regia di cui al decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Il CTS viene reso edotto delle risultanze dei dati di monitoraggio del rischio (allegato) e del Report Nazionale concernente l'aggiornamento epidemiologico e la resilienza dei servizi territoriali e dei servizi assistenziali aggiornati al 25/11/2020 (allegato).

Il CTS, nel prendere atto che, dagli aggiornamenti dei dati epidemiologici, dieci Regioni/PA sono ancora classificate a rischio alto o ad esso equiparate e, di queste, 9 sono state classificate a rischio Alto e/o equiparate a rischio Alto per 3 o più settimane consecutive, ritiene che per il contenimento del contagio epidemico sostenuto dal virus SARS-CoV-2 sia necessario continuare a compiere azioni miranti ad interrompere le catene di trasmissione al fine del contenimento dell'impatto sui sistemi sanitari regionali.

Come riportato dai dati, si osserva come la velocità di trasmissione dell'epidemia in Italia stia rallentando e come, per la prima volta da molte settimane, l'incidenza sia diminuita a livello nazionale, segnale dell'impatto delle misure di mitigazione realizzate nelle ultime settimane. Tuttavia, questo dato si accompagna ad un lieve aumento nelle ospedalizzazioni in area medica e in terapia intensiva, ad una pressione ancora molto elevata sui servizi ospedalieri che complessivamente non è in regressione e ad una incidenza ancora troppo elevata per permettere una gestione sostenibile ed il contenimento. Questo andamento, quindi, non deve portare ad un rilassamento prematuro delle misure o ad un abbassamento dell'attenzione nei comportamenti.

In base all'impatto sui servizi sanitari e territoriali, è auspicabile una modulazione progressiva delle misure di mitigazione nelle Regioni/PA, evitandone, comunque, un'attenuazione troppo precoce. In caso contrario, questo potrebbe tradursi in una inversione della tendenza documentata oggi ed una ripresa del contagio in un contesto di incidenza ancora molto elevata.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Al fine della predisposizione degli atti di competenza del Sig. Ministro della Salute, le valutazioni relative all'aggiornamento dei dati epidemiologici ex art. 1 co. 16 del decreto legge 16/05/2020, n. 33 convertito, con modificazioni, dalla legge 14/07/2020, n. 74 per le finalità di cui all'art. 2 co. 1 e art. 3 co. 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 03/11/2020, sono state approvate all'unanimità ed anticipate al Ministero della Salute con nota formale a firma del Coordinatore e del Segretario del CTS (allegato).

GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI CON INFETZIONE SOSTENUTA DA SARS-COV-2

Il CTS, dopo la ricezione di alcune proposte di emendamento della bozza acquisita nella seduta n. 129 del 20/11/2020, approva la versione definitiva del documento "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2" (allegato) per l'emanazione di una specifica circolare del Ministero della Salute.

ACCESSO PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOASSISTENZIALI, SOCIOSANITARIE ED HOSPICE

Il CTS, dopo la ricezione di alcune proposte di emendamento, approva la versione definitiva del documento "Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura" (allegato) per l'emanazione di una specifica circolare del Ministero della Salute.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

GESTIONE DEL RISCHIO RELATIVO ALLE ATTIVITA' PERISCOLASTICHE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL TRASPORTO PUBBLICO LOCALE

Il CTS, nell'ottica della riattivazione di tutte le attività scolastiche in presenza, anche alla luce dell'incontro del 25/11/2020 tra Ministero dell'Istruzione e Sindaci delle Aree Metropolitane (allegato), rappresenta l'importanza di un coinvolgimento partecipato delle Istituzioni locali e del settore scolastico territoriale – in particolare nelle aree metropolitane – in coerenza con quanto rappresentato nella seduta n. 102 del 26/08/2020 relativamente alla tematica *"Trasporto pubblico locale e trasporto urbano nella contingenza della ripresa delle attività produttive e della ripresa delle attività didattiche delle scuole di ogni ordine e grado"*.

Al fine di offrire ulteriori elementi di supporto tecnico-scientifico alla prevenzione e alla gestione del rischio di contagio in tutti contesti anche nel percorso casa-scuola, INAIL predisporrà un documento tecnico dedicato.

PROTOCOLLI SANITARI CONCERNENTI LE DEROGHE EX ART. 8 COMMA 6 LETT. D) ED E) DEL DPCM 03/11/2020 A SEGUITO DELL'INGRESSO NEL TERRITORIO NAZIONALE DALL'ESTERO

Il CTS acquisisce le bozze – da novellare all'ultimo DPCM in vigore – redatte dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria relative all'adozione di protocolli sanitari ai fini dell'applicazione delle deroghe previste nell'ambito della *"Sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario e obblighi di sottoporsi a test molecolare o antigenico a seguito dell'ingresso nel territorio nazionale dall'estero"* di cui all'art. 8 comma 6 lett. d) ed e) del DPCM 03/11/2020 (allegati).

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

REINTEGRO DEI LAVORATORI DOPO PROTRATTA POSITIVITÀ AL TEST MOLECOLARE PER SARS-COV-2

In riferimento ai lavoratori dei settori pubblico e privato che continuano a risultare positivi al test molecolare per SARS-CoV-2 e che non presentano sintomi da almeno una settimana, fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione, il CTS, in coerenza con le evidenze scientifiche in tema di trasmissibilità indicate nella seduta n. 115 del 11/10/2020, riprese dalla circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12/10/2020, ritiene che i lavoratori, in caso di positività protratta, possano interrompere l'isolamento al 21° giorno. Ai fini del reintegro al lavoro, il CTS ritiene sufficiente la certificazione al datore di lavoro, in coerenza con i criteri di cui alla già citata Circolare n. 32850 del 12/10/2020 del Ministero della Salute, rilasciata dal Dipartimento di prevenzione dell'Azienda sanitaria competente o dal Medico di Medicina Generale.

Il CTS ribadisce che i lavoratori affetti da COVID-19 che siano stati ricoverati in struttura ospedaliera, indipendentemente dalla durata della degenza, siano sottoposti a visita del Medico Competente ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità, prevista per assenza per motivi di salute, in conformità all'art. 41 comma 2 lett. e-ter) del D.Lgs 81/2008.

PARERI

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

- [redacted] :

Modifica del parere espresso (inserito nel Verbale n. 74 del 15/05/2020):

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- In riferimento alla richiesta pervenuta con mail del 27/11/2020 si precisa che per un errore materiale, nel parere trasmesso alla Segreteria CTS in data 15 maggio 2020 è stato indicato un codice identificativo di prodotto errato.
- La documentazione visionata e ricontrrollata in data odierna fa riferimento ad una semimaschera prodotta [REDACTED] a cui sono riferiti i certificati visionati ed il test [REDACTED]
- [REDACTED] attestante il superamento delle prove fondamentali per la valutazione dei requisiti di sicurezza utili ai fini della validazione.
- Si conferma, pertanto, il parere positivo già espresso, che deve essere riferito al modello [REDACTED]
- Parere espresso a maggio e riportato sul verbale N. 74 del 15/05/2020: [REDACTED]

- Conclusioni: la documentazione integrativa presentata comprende il test [REDACTED] condotto secondo lo standard GB2626 in cui le prove di efficienza di filtrazione, tenuta verso l'interno e resistenza respiratoria forniscono risultati compatibili con un dispositivo [REDACTED]. Alla luce di tale documentazione è pertanto possibile affermare che il DPI in oggetto presenta efficacia analoga a quella prevista per i DPI previsti dalla normativa vigente
- ESITO: positivo

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLO RATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- Documentazione integrativa - [REDACTED]
produttore: [REDACTED]
 - tuta di protezione da agenti chimici e infettivi e antistatica nastrata
[REDACTED]
 - tuta integrale di protezione da agenti infettivi e antistatica
[REDACTED]
 - la documentazione integrativa presentata sana le criticità precedentemente evidenziate consentendo di rilevare l'effettiva esecuzione ed il superamento della prova di resistenza alla penetrazione di liquidi contaminati sotto pressione idrostatica in classe 6 per entrambi i tessuti utilizzati per la costruzione delle diverse varianti dei modelli proposti. È pertanto possibile affermare che i prodotti proposti sono dotati di efficacia protettiva analoga a quella prevista per i DPI previsti per legge
 - Esito: positivo
- Documenti integrativi al verbale n.129_ Varianti tute [REDACTED] produttore:
[REDACTED]
 - modello: [REDACTED]
 - la documentazione integrativa presentata sana le criticità precedentemente evidenziate, rilevandosi il superamento che la variante di prodotto costruita con tessuto [REDACTED] è dotata di efficacia protettiva analoga a quella prevista per i DPI previsti per legge
 - Esito: positivo
 - modello: [REDACTED]

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- la documentazione integrativa visionata non consente ancora di superare le criticità precedentemente evidenziate. Il test report [REDACTED] infatti, dimostra il superamento delle prove di resistenza alla penetrazione di agenti infettivi per il tessuto di cui è composto il prodotto [REDACTED]. Si deve tuttavia segnalare che il Certificato di esame UE del tipo [REDACTED] emesso [REDACTED] [REDACTED] per il modello base, prevedeva un'unica variante in tessuto con codice diverso da quello in esame ([REDACTED]) e non è stato presentato un nuovo certificato di esame UE del tipo o un aggiornamento del precedente specificamente emesso per la variante proposta ([REDACTED]).
- Esito: la documentazione visionata, salvo integrazioni, non consente di esprimere un giudizio
- Il CTS ratifica i seguenti pareri della Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute, sulla base delle evidenze documentali:
 - [REDACTED]:
 - nella banca dati dispositivi medici è presente il fabbricante, mentre il dispositivo medico denominato [REDACTED] non è presente e non risulta notificato (allegato).
- Il CTS ratifica il parere di ISS, sulla base delle evidenze documentali relativo a [REDACTED] ipo [REDACTED] (allegato).
- Il CTS ratifica il parere di ISS, sulla base delle evidenze documentali relativo a [REDACTED] (allegato).

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- Il CTS acquisisce il parere della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA sull'aggiornamento per l'utilizzo di Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19 (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA sull'aggiornamento per l'utilizzo di Remdesivir nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19 (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA sull'aggiornamento per l'utilizzo delle Eparine nei pazienti adulti con COVID-19 (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere NON favorevole della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su studio clinico [REDACTED] Policlinico Modena (allegato).

Il CTS conclude la seduta alle ore 18,40.

	PRESENT	ASSENTE
Agostino MIOZZO	[REDACTED]	
Fabio CICILIANO	[REDACTED]	
Massimo ANTONELLI	[REDACTED]	
Giovannella BAGGIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Giovanni BAGLIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Roberto BERNABEI	IN VIDEOCONFERENZA	
Silvio BRUSAFFERO	IN VIDEOCONFERENZA	
Elisabetta DEJANA		X
Mauro DIONISIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Ranieri GUERRA	X	
Achille IACHINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Sergio IAVICOLI	X	
Giuseppe IPPOLITO	IN VIDEOCONFERENZA	
Franco LOCATELLI		X

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

MODULARE
PCM-100



Residenza del Consiglio dei Ministri

Ordinanza n. 715

Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

**IL CAPO
DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE**

VISTO il decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, ed in particolare gli articoli 25 e 27;

VISTA la delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTE la delibera del Consiglio dei ministri del 29 luglio 2020 con la quale il predetto stato di emergenza è stato prorogato fino al 15 ottobre 2020 e la delibera del Consiglio dei ministri del 7 ottobre 2020 che ne ha disposto l'ulteriore proroga al 31 gennaio 2021;

VISTA l'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, recante "Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili";

VISTE le ordinanze del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 631 del 6 febbraio 2020, n. 633 del 12 febbraio 2020, n. 635 del 13 febbraio 2020, n. 637 del 21 febbraio 2020, n. 638 del 22 febbraio 2020, n. 639 del 25 febbraio 2020, n. 640 del 27 febbraio 2020, n. 641 del 28 febbraio 2020, n. 642 del 29 febbraio 2020, n. 643 del 1° marzo 2020, n. 644 del 4 marzo 2020, n. 645, n. 646 dell' 8



MODULARE
PCM - 100



Residenza del Consiglio dei Ministri

marzo 2020, n. 648 del 9 marzo 2020, n. 650 del 15 marzo 2020, n. 651 del 19 marzo 2020, n. 652 del 19 marzo 2020, n. 654 del 20 marzo 2020, n. 655 del 25 marzo 2020, n. 656 del 26 marzo 2020, n. 658 del 29 marzo 2020, n. 659 del 1° aprile 2020, n. 660 del 5 aprile 2020, nn. 663 e 664 del 18 aprile 2020 e nn. 665, 666 e 667 del 22 aprile 2020, n. 669 del 24 aprile 2020, n. 673 del 15 maggio 2020, n. 680 del 11 giugno 2020, n. 693 del 17 agosto 2020, n. 698 del 18 agosto 2020, n. 702 del 15 settembre 2020, n. 705 del 2 ottobre 2020, n. 706 del 7 ottobre 2020, n. 707 del 13 ottobre 2020 e n. 709 del 24 ottobre 2020 recanti: "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili";

VISTA la nota n. 14780 del 9 ottobre 2020, con la quale il Ministro della Salute ha richiesto l'integrazione della composizione del Comitato tecnico-scientifico di cui all'articolo 2, comma 1, dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, mediante la nomina del Dott. Giovanni Baglio;

RAVVISATA la necessità di provvedere alla richiesta integrazione in ragione della situazione emergenziale;

VISTE le note del 6 agosto 2020 e del 13 ottobre 2020, con le quali la Regione Lombardia e la Regione Autonoma della Sardegna rispettivamente chiedono l'autorizzazione al trasferimento di risorse finanziarie dal proprio bilancio sulle contabilità speciali aperte ai sensi dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 639 del 25 febbraio 2020;

ACQUISITA l'intesa del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome;

DI CONCERTO con il Ministero dell'economia e delle finanze;



SCOLLAPEO
PCM-100



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DISPONE

Articolo 1 (Integrazione del Comitato tecnico-scientifico)

- Il Comitato tecnico-scientifico di cui all'articolo 2 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020 è integrato con il seguente componente:
 - Dott. Giovanni Baglio, medico epidemiologo, già osservatore presso il Comitato tecnico-scientifico.

Articolo 2 (Integrazione risorse sulle contabilità speciali intestate ai Soggetti attuatori Presidente della Regione Lombardia e Presidente della Regione Autonoma della Sardegna)

- Per la realizzazione delle attività relative alla gestione dell'emergenza in rassegna, la Regione Lombardia è autorizzata a trasferire le risorse finanziarie, derivanti da donazioni e altri atti di liberalità effettuati a favore della medesima Amministrazione, ammontanti ad euro 2.000.000,00 e disponibili nel capitolo di spesa 11.01.104.14291, nella contabilità speciale n. 6186 aperta presso la Tesoreria dello Stato di Milano ed intestata al Presidente della Regione Lombardia-Soggetto attuatore, di cui alle ordinanze del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, n. 639 del 25 febbraio 2020 e n. 664 del 18 aprile 2020.
- Per le finalità di cui al comma 1, la Regione Autonoma della Sardegna è autorizzata a trasferire le risorse finanziarie, derivanti da donazioni e altri atti di liberalità effettuati a favore della medesima Amministrazione, ammontanti ad euro 2.877.611,70 e disponibili nei capitoli di spesa SC08.8590 e SC08.8591, nella contabilità speciale n. 6197 intestata al Presidente della Regione

MODULARE
PCM-100



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Autonoma della Sardegna-Soggetto attuatore, di cui alle ordinanze del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, n. 639 del 25 febbraio 2020 e n. 664 del 18 aprile 2020.

3. Restano fermi gli obblighi di rendicontazione previsti dall'articolo 27, comma 4, del decreto legislativo n. 1 del 2018.

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

Roma, 25 NOV. 2020

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO
DELLA PROTEZIONE CIVILE

Angelo Borrelli

Allegato 2

CURRICULUM VITAE GIOVANNI BAGLIO



INFORMAZIONI PERSONALI

- Nome
- Luogo e data di nascita
- Sesso
- Residenza/domicilio
 - Nazionalità
 - Telefono
 - E-mail
 - CF
- Settore professionale

GIOVANNI BAGLIO

Catania, [REDACTED]

M

[REDACTED]
Italiana

[REDACTED]
[REDACTED]
Epidemiologia e sanità pubblica

ESPERIENZA LAVORATIVA

- Date
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
-
- Date
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
-
- Date
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
-
- Date
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità
-
- Date
 - Nome e indirizzo del datore di lavoro
 - Tipo di azienda o settore
 - Tipo di impiego
 - Principali mansioni e responsabilità

Dal 16 novembre 2020 a tutt'oggi

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, via Piemonte 60 - 00187 Roma, Italia

Ufficio Ricerca e Rapporti Internazionali

Dirigente medico a tempo pieno e indeterminato (in distacco dall'INMP)

Coordinamento attività di ricerca.

Dal 2 marzo 2020 al 16 novembre 2020

Ministero della Salute, Lungotevere Ripa, 1 - 00153 Roma, Italia

Direzione generale della prevenzione sanitaria

Dirigente medico a tempo pieno e indeterminato (in comando dall'INMP)

Coordinatore dell'Area Studio - Ufficio del Viceministro della Salute (con particolare riferimento ai temi di epidemiologia e sanità pubblica).

Dal 16 settembre 2014 al 29 febbraio 2020

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà – INMP, via di S. Gallicano, 25/a - 00153 Roma, Italia

Ente pubblico – assistenza sanitaria, ricerca, formazione, cooperazione sanitaria internazionale

Dirigente medico a tempo pieno e indeterminato

Coordinatore scientifico del Progetto nazionale Salute & Carcere (nell'ambito del protocollo d'intesa tra il Ministero della Salute, il Ministero della Giustizia e l'INMP dell'11 aprile 2017). Coordinatore scientifico del Progetto Salute – Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Caminanti (Accordo di collaborazione con UNAR). Svolge studi epidemiologici e programmi di ricerca-azione in sanità pubblica, con particolare riferimento alla sperimentazione di modelli di "sanità pubblica di prossimità" in favore di gruppi *hard-to-reach*. È stato responsabile scientifico del Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti e referente scientifico della "Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà" dell'INMP.

Dal 2010 a tutt'oggi

Sapienza Università di Roma – Facoltà di Medicina e Psicologia, via dei Marsi, 78 – 00185 Roma, Italia

Università pubblica

Contratto di insegnamento (conferito ai sensi dell'art. 23 comma 2 della L.240/10 e dell'art.7 del Regolamento di Ateneo per le attribuzioni di attività didattiche) - Corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche

• Principali mansioni e responsabilità <ul style="list-style-type: none">• Date	Professore incaricato di Statistica per la ricerca sperimentale e tecnica
• Nome e indirizzo del datore di lavoro <ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore• Tipo di impiego	Dal 1 luglio 2014 al 15 settembre 2014 Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive , p.le Aldo Moro, 5 - 00185 Roma, Italia Università pubblica Assegno di ricerca (categoria B, tipo II - SSD: MED/42) Svolgimento della ricerca "Progettazione coordinamento ed implementazione interventi di Sanità Pubblica rivolti alla popolazione rom-sinti", nell'ambito del progetto "Salute senza esclusione: per un servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze".
• Principali mansioni e responsabilità <ul style="list-style-type: none">• Date	Dal 3 marzo 2014 al 15 settembre 2014 Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà – INMP , via di S. Gallicano, 25/a - 00153 Roma, Italia Ente pubblico – assistenza sanitaria, ricerca, formazione, cooperazione sanitaria internazionale Collaborazione di ricerca a progetto Attività svolta presso la UOC "Rapporti Internazionali, con le regioni e gestione del ciclo di progetto": supporto metodologico ai progetti di ricerca sui dispositivi medici in qualità di medico epidemiologo, esperto in sanità pubblica e in medicina delle migrazioni.
• Nome e indirizzo del datore di lavoro <ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore• Tipo di impiego	Dal 15 ottobre 2010 al 14 ottobre 2013 (prorogato fino a 31 dicembre 2013) Laziosanità-Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio , via S. Costanza, 53 - 00198 Roma, Italia Ente pubblico – programmazione sanitaria, epidemiologia e sanità pubblica Contratto individuale di lavoro di diritto privato a tempo determinato di natura dirigenziale con incarico di dirigente responsabile di servizio (n.53 del 21 settembre 2010) Responsabile (dal 15 ottobre 2010 a febbraio 2012) del Servizio "Offerta ospedaliera e sistemi di rete". Attività principali: sviluppo, implementazione e monitoraggio delle reti assistenziali, con particolare riferimento agli ambiti oftalmologico, dermatologico, gastroenterologico, cardiologico (sindrome coronarica acuta) e cardiochirurgico, neurologico (ictus), traumatologico; valutazione della performance delle strutture ospedaliere. Responsabile (da marzo 2012 al 31 dicembre 2013) del Servizio "Integrazione sociosanitaria e continuità assistenziale". Attività principali: valutazioni epidemiologiche e ricerca sui servizi sanitari; elaborazione e implementazione di un percorso assistenziale sulla frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni (coordinamento scientifico progetto di ricerca del Ministero della Salute-CCM); coordinamento del Progetto di ricerca finalizzata GR-2009-1578270 "Costs, Cognitive abilities and Quality of life of transcatheter aortic valve implantation and surgical aortic valve replacement (CCQ); indagini epidemiologiche sulla popolazione immigrata e rom.
• Principali mansioni e responsabilità <ul style="list-style-type: none">• Date	Dal 19 marzo 2008 al 15 ottobre 2010 Istituto Superiore di Sanità , v.le Regina Elena, 299 - 00161 Roma, Italia Ente pubblico di ricerca in ambito sanitario Contratto individuale di lavoro a tempo pieno e determinato nel profilo di Primo ricercatore – Il livello professionale (chiamata diretta per "alta professionalità ampiamente documentata") Attività svolte presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNEPS): organizzazione e implementazione a livello nazionale del sistema di sorveglianza sull'obesità infantile "OKkio alla Salute"; elaborazione di linee guida sul taglio cesareo e la gravidanza fisiologica, nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida-ISS; sperimentazione della rete informativa OSI relativa all'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP (coordinamento unità operativa progetto di ricerca del Ministero della Salute-CCM); attività di formazione in ambito statistico-epidemiologico.
• Nome e indirizzo del datore di lavoro <ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore	dal 6 settembre 2006 al 18 marzo 2008 Laziosanità-Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio , via S. Costanza, 53 - 00198 Roma, Italia Ente pubblico – programmazione sanitaria, epidemiologia e sanità pubblica
• Principali mansioni e responsabilità <ul style="list-style-type: none">• Date	
• Nome e indirizzo del datore di lavoro <ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore	

<ul style="list-style-type: none">• Tipo di impiego• Principali mansioni e responsabilità	<p>Contratto individuale di lavoro di diritto privato a tempo determinato di dirigente responsabile di articolazione operativa (n.106 del 6 settembre 2006)</p> <p>Responsabile AO "Valutazione di esito". Attività principali: valutazione della performance delle strutture ospedaliere e degli esiti dell'assistenza sanitaria (<i>outcome research</i>); linee guida e percorsi clinico-organizzativi; studio del profilo di salute della popolazione immigrata in Italia da Paesi a forte pressione migratoria. Coordinamento scientifico Progetto INCA2 "Valutazione della qualità delle cure ospedaliere e dell'assistenza territoriale a pazienti con STEMI" (nell'ambito delle attività del Progetto Michelangelo).</p>
<p style="text-align: right;">Date</p> <ul style="list-style-type: none">• Nome e indirizzo del datore di lavoro<ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore• Tipo di impiego• Principali mansioni e responsabilità	<p>Dal 1 novembre 2005 al 5 settembre 2006</p> <p>Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, via S. Costanza, 53 - 00198 Roma, Italia Ente pubblico – programmazione sanitaria, epidemiologia e sanità pubblica</p> <p>Contratto individuale di lavoro di diritto privato a tempo determinato per il conferimento dell'incarico di direzione di unità operativa (n.272 del 28 ottobre 2005)</p> <p>Responsabile della UO "Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari". Attività principali: valutazione degli esiti dell'assistenza sanitaria e della performance delle strutture ospedaliere; sperimentazione del Registro Protesi d'Anca del Lazio (RIPA-L); analisi della mobilità sanitaria interregionale; valutazioni epidemiologiche e interventi di sanità pubblica in favore della popolazione immigrata.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Date• Nome e indirizzo del datore di lavoro<ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore• Tipo di impiego• Principali mansioni e responsabilità	<p>Dal 1 settembre 2001 al 31 ottobre 2005</p> <p>Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, via S. Costanza, 53 - 00198 Roma, Italia Ente pubblico – programmazione sanitaria, epidemiologia e sanità pubblica</p> <p>Contratto individuale di lavoro di diritto privato a tempo determinato per il conferimento dell'incarico di direzione di unità operativa (n.4 del 1 ottobre 2001, con decorrenza retroattiva)</p> <p>Responsabile della UO "Studio dei fenomeni migratori". Attività principali: studio del profilo di salute della popolazione immigrata in Italia da Paesi a forte pressione migratoria; analisi della mobilità sanitaria interregionale; valutazioni di appropriatezza (co-ideatore del metodo APPRO per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri, registrato presso l'Ufficio Brevetti di Roma). Responsabile <i>ad interim</i> della UO "Valutazione di esito" (Decisione ASP n.219 del 2 dicembre 2004). Attività principali: valutazione degli esiti dell'assistenza sanitaria e della performance delle strutture ospedaliere; sperimentazione del Registro Protesi d'Anca del Lazio (RIPA-L).</p>
<ul style="list-style-type: none">• Date• Nome e indirizzo del datore di lavoro<ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore• Tipo di impiego• Principali mansioni e responsabilità	<p>Dal 1 ottobre 1999 al 1 settembre 2001</p> <p>Osservatorio Epidemiologico della Regione Lazio, via S. Costanza, 53 - 00198 Roma, Italia Ente pubblico – Programmazione sanitaria, epidemiologia e sanità pubblica</p> <p>Borsa di ricerca triennale (Determinazione OER n.61 del 2 agosto 1999)</p> <p>Analisi dei dati relativi all'assistenza sanitaria, con particolare riferimento all'offerta ospedaliera, presso il Servizio "Sistemi informativi sanitari"</p>
<ul style="list-style-type: none">• Date• Nome e indirizzo del datore di lavoro<ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore• Tipo di impiego• Principali mansioni e responsabilità	<p>Da ottobre 1997 a ottobre 1999 (periodi: 1 ottobre-29 dicembre 1997; 5 marzo-30 giugno 1998; 13 luglio 1998-12 febbraio 1999; 9 aprile-8 maggio 1999; 30 aprile-29 maggio 1999; 31 maggio-30 giugno 1999; 23 agosto-22 ottobre 1999)</p> <p>Istituto Superiore di Sanità, v.le Regina Elena, 299 - 00161 Roma, Italia Ente pubblico di ricerca in ambito sanitario</p> <p>Incarichi di ricerca presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica</p> <p>Valutazione della salute riproduttiva delle donne immigrate, con particolare riferimento alla gravidanza e ai fattori di rischio per gli esiti negativi di salute materno-infantile; analisi dei dati dell'indagine nazionale sui servizi utilizzati dalle donne in gravidanza, al parto e durante il puerperio. Analisi dei trend temporali del fenomeno abortivo volontario e spontaneo in alcune regioni italiane.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Date• Nome e indirizzo del datore di lavoro<ul style="list-style-type: none">• Tipo di azienda o settore• Tipologia di rapporto	<p>Periodi: dal 26 gennaio 1996 al 30 settembre 1997; dal 1 gennaio al 26 febbraio 1998</p> <p>Istituto Superiore di Sanità, v.le Regina Elena, 299 - 00161 Roma, Italia Ente pubblico di ricerca in ambito sanitario</p> <p>Ospite frequentatore presso il Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Principali mansioni e responsabilità 	Indagine sulla salute riproduttiva delle donne immigrate; attività di formazione in ambito statistico-epidemiologico.
ISTRUZIONE E FORMAZIONE <ul style="list-style-type: none"> • Data 	luglio 1986
<ul style="list-style-type: none"> • Nome e tipo di istituto di istruzione <ul style="list-style-type: none"> • Qualifica conseguita 	Liceo classico "Gulli e Pennini" di Acireale (CT). Maturità classica (60/60)
<ul style="list-style-type: none"> • Data 	19 ottobre 1992
<ul style="list-style-type: none"> • Nome e tipo di istituto di istruzione <ul style="list-style-type: none"> • Qualifica conseguita 	Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma Laurea in Medicina e Chirurgia (110/110 e lode). Tesi: "Aspetti socio-sanitari dell'immigrazione in Italia".
<ul style="list-style-type: none"> • Data 	7 novembre 1996
<ul style="list-style-type: none"> • Nome e tipo di istituto di istruzione <ul style="list-style-type: none"> • Qualifica conseguita 	Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, indirizzo di Epidemiologia e Sanità Pubblica (50/50 e lode). Tesi: "L'utilizzo dei servizi da parte delle donne immigrate in gravidanza: un'indagine epidemiologica".
<ul style="list-style-type: none"> • Data 	giugno-luglio 1998
<ul style="list-style-type: none"> • Nome e tipo di istituto di istruzione <ul style="list-style-type: none"> • Qualifica conseguita 	EEPE - European Educational Programme in Epidemiology Certificate 11th Residential Summer Course, Florence
<ul style="list-style-type: none"> • Data 	30 novembre 1999
<ul style="list-style-type: none"> • Nome e tipo di istituto di istruzione <ul style="list-style-type: none"> • Qualifica conseguita 	Università degli Studi "La Sapienza", Roma Specializzazione in Statistica Sanitaria, indirizzo di Programmazione Sociosanitaria (70/70 e lode). Tesi: "I corsi di preparazione al parto: quali sono i vantaggi e gli svantaggi".
<ul style="list-style-type: none"> • Data 	novembre 2007
<ul style="list-style-type: none"> • Nome e tipo di istituto di istruzione <ul style="list-style-type: none"> • Qualifica conseguita 	London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London Master of Science in Epidemiology. Tesi " <i>Utilisation of hospital services in Italy: a comparative analysis of immigrant and Italian citizens, using the inverse standardisation approach</i> "
ABILITAZIONE PROFESSIONALE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abilitazione all'esercizio della professione medica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma nella sessione di novembre 1992. ▪ Iscrizione all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi di Roma dal 5 dicembre 2013 (n.60508) per trasferimento dall'Ordine dei Medici Chirurghi di Catania (con iscrizione dal 4 febbraio 1993). ▪ Abilitazione Medico Competente – 1 aprile 2015. Master Universitario di II livello in "Abilitazione per le funzioni di Medico Competente ai sensi dell'art.38, comma 2, del D.Lgs. n. 81/08" (voto 110/110 e lode). Tesi: "<i>Il controllo della tubercolosi nelle strutture sanitarie: l'esempio dell'INMP</i>". Università di Roma "Tor Vergata". ▪ Iscrizione nell'elenco nazionale dei Medici Competenti del Ministero della Salute – 30/11/2015 Id iscrizione n.21741, sezione art. 38 – Regione Lazio (Provincia di Roma)
ISCRIZIONE A ELENCHI NAZIONALI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dal 15 dicembre 2016 è iscritto all'Albo degli esperti e dei collaboratori dell'AGENAS, Area VII "Analisi, monitoraggio e valutazione delle performance delle aziende sanitarie" - Profilo Epidemiologico. ▪ Da novembre 2014 a giugno 2020 è stato iscritto all'Albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio del Tribunale Ordinario di Roma – Sezione Lavoro, per gli ambiti relativi all'igiene, alla sanità pubblica e alla medicina del lavoro.
IDONEITÀ A CONCORSI PUBBLICI	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Classificato 3° al Concorso pubblico indetto dalla ASL Roma G per n°1 posto di Dirigente Medico, Area Sanità Pubblica, Disciplina Organizzazione dei Servizi Sanitari di Base (graduatoria approvata con Delibera n. 635 del 17/5/2006). ▪ Idoneità conseguita ad assumere incarichi dirigenziali presso l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, in seguito ad avviso pubblico in esecuzione della Decisione del DG n.75 del

19/04/2006.

- Classificato 5° al Concorso pubblico indetto dalla ASL di Frosinone per n°2 posti di Dirigente Sanitario – Ruolo Sanitario – profilo professionale MEDICI, Area Sanità Pubblica, Disciplina Organizzazione Servizi Sanitari di Base, pubblicato sulla GU n.12 del 11/2/2003.

PRINCIPALI AREE DI ATTIVITÀ E RICERCA
IMMIGRAZIONE E SALUTE

Dal 1991 si occupa degli aspetti sanitari connessi all'immigrazione in Italia da Paesi a forte pressione migratoria.

Presso l'INMP, è stato coordinatore della Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà. È stato responsabile scientifico del Programma nazionale linee guida salute migranti, nell'ambito dell'Accordo quadro di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Attualmente è coordinatore scientifico del Progetto nazionale Salute&Carcere, che ha l'obiettivo di sperimentare un sistema informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani.

È inoltre referente istituzionale per l'INMP e coordinatore scientifico del Progetto Salute – Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Caminanti (in collaborazione con UNAR), a sostegno dell'implementazione del Piano d'Azione Salute RSC nell'ambito del SSN.

Dal 1999 è socio della SIMM di cui è stato Coordinatore scientifico nazionale (dal 2011 al 2015) e membro del Consiglio di Presidenza (dal 2012 al 2016).

Dal 2001 al 2008, e poi dal 2010 a dicembre 2013 è stato coordinatore delle attività di ricerca-sperimentazione sui fenomeni migratori presso LazioSanità - Agenzia di Sanità Pubblica.

È autore di numerose pubblicazioni sul profilo di salute della popolazione immigrata, sulla valutazione dei bisogni e della qualità dell'offerta sanitaria ai pazienti stranieri, con particolare riferimento ai temi della mediazione culturale e dell'accessibilità dei servizi.

Dal 2009 al 2016, è stato docente al Master in Etnopsichiatria e psicologia transculturale dell'Istituto A.T. Beck di Roma. È docente al Master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni, delle Povertà – MEMP organizzato dalla Fondazione Idente di Studi e di Ricerca, dalla Caritas di Roma e dal Rielo Institute for Integral Development (edizioni: 2011, 2018 e 2019).

Riguardo al tema dell'immigrazione ha anche svolto le seguenti attività e ricerche:

- Sviluppo del "Piano di intervento sociosanitario rivolto a immigrati e persone in condizione di fragilità socio-economica presso gli insediamenti informali presenti nella ASL Roma 2", in collaborazione con la ASL Roma 2 e Medici senza Frontiere (2018).
- Coordinamento attività relative al Programma "Medicina di prossimità e mediazione di sistema. Interventi sociosanitari per immigrati e persone in condizione di fragilità socio-economica negli edifici occupati delle ASL di Roma" (anno 2017), promosso dalla Regione Lazio con nota Prot. N. 527930/GR/II/27 del 5/10/2015.
- Coordinamento del piano di intervento socio-sanitario in favore delle popolazioni romani Roma (anno 2017), in collaborazione con le ASL Roma 1, Roma 2 e Roma 3, e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, su mandato della Regione Lazio (Nota Registro Ufficiale U.0573868 del 16/11/2016).
- Partecipazione alla stesura delle "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale, adottate dal Ministero della Salute in data 21 ottobre 2016.
- Componente del Gruppo di Lavoro "Immigrazione e salute", presso la Sezione III del Consiglio Superiore di Sanità (anno 2016).
- Coordinamento dei piani di intervento sociosanitario in favore dei migranti senza dimora in transito nell'area metropolitana di Roma per gli anni 2014 e 2015, in collaborazione con le ASL RMA e RMB e le associazioni del privato sociale.
- Collaborazione al Rapporto Osservasalute dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, per la parte relativa all'immigrazione (Edizioni 2004-2017).
- Componente della Commissione Tecnica del Progetto "Salute senza esclusioni: per un Servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze" – Determinazione Regione Lazio n.G01441 del 4

novembre 2013 (già Direttore scientifico della Cabina di Regia insediata presso Laziosanità, Decisione DG-ASP n.69 del 15 marzo 2013).

- Direttore scientifico "Indagine conoscitiva sull'accesso ai servizi sociosanitari da parte dei rom e dei sinti presenti in alcuni insediamenti a Roma", condotta da Laziosanità-ASP su mandato del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale, Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione ed Assistenza Territoriale (nota Prot. n. 59025 DB/08/08 del 22 marzo 2011). Gruppo di Lavoro Laziosanità istituito con Decisione DG-ASP n.239 dell'1/8/2011.
- Supervisore UO Laziosanità-ASP nell'ambito del Progetto di ricerca-azione "ROMA - mediazione sociosanitaria come percorso di inclusione dei rom nella città di Roma", co-finanziato dall'Unione Europea e dal Ministero dell'Interno, nell'ambito del Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di paesi terzi 2007-2013 - Azione 4 (periodo 2011-2012).
- Componente del Gruppo di Lavoro "Analisi qualitativa dei fenomeni sanitari e socio-sanitari" di Laziosanità-ASP (Decisione Direttore Generale Laziosanità-ASP n.224 del 26/7/2011).
- Consulente scientifico del Progetto n.5 della ASL di Viterbo "Salute della popolazione immigrata: strategie per l'offerta attiva", finanziato dalla Regione Lazio (ex DGR n.596 del 29/10/08) e avviato con Delibera DG n.771 del 14/6/2010.
- Consulente scientifico del Progetto di ricerca "Sperimentazione di un modello di osservatorio sugli infortuni dei lavoratori immigrati basato sull'utilizzo integrato dei flussi informativi correnti", finanziato e coordinato dall'Istituto per gli Affari Sociali-Istafol (periodo 2009-2010).
- Membro Comitato Scientifico del Progetto di ricerca operativa per la Tubercolosi tra gli immigrati, finanziato dal Ministero della Salute-CCM e coordinato dall'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni-OIM (periodo 2009-2010).
- Collaborazione in qualità di *consultant* al Progetto "*Applied research on tuberculosis and migrants*", coordinato dall'International Organization for Migration (IOM), aa. 2009-2010.
- Responsabile scientifico Unità Operativa "Implementazione della rete informativa OSI relativa all'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati temporaneamente presenti (STP)", nell'ambito del Progetto nazionale "Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni" - Programmi Speciali art. 12 bis D.Lgs. 229/99 del Ministero della Salute (0013205-P-16/04/2008).
- Consulente tecnico-scientifico del Gruppo di Lavoro per la Salute degli Immigrati, costituito presso l'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio con Delibera di Giunta Regionale n. 2445 del 5 dicembre 2000, con funzioni di coordinamento delle iniziative regionali in tema di immigrazione per l'attuazione del PSR (2002-2008).
- Rappresentante dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio nell'ambito del Gruppo Regionale Immigrati e Salute (GRIS), network del quale fanno attualmente parte 40 istituzioni – 19 pubbliche e 21 private – che a vario titolo si occupano di immigrazione e salute nel Lazio (2001-2008).
- Componente del Gruppo di lavoro preparatorio della Conferenza di Consenso "Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare", celebrata a Roma il 5-6 giugno 2008.
- Curatore della proposta di Piano Sanitario Regionale del Lazio 2007-2009, per la parte relativa all'immigrazione (2007).
- Rappresentante dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio all'interno del Gruppo interregionale di lavoro incaricato di proporre una metodologia e un set di indicatori per la valutazione del profilo di salute degli immigrati, nell'ambito del Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" – Accordo Ministero della Salute/CCM - Regione Marche (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I3488/P/F3 ad, 2007).
- Responsabile scientifico UO Laziosanità-ASP nell'ambito del Progetto di ricerca "Sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare post-partum per donne immigrate", finanziato dal Ministero della Salute, nell'ambito dei Programmi Speciali art. 12 bis, comma 6, D.Lgs. 229/99, e coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (anno di avvio: 2006).
- Coordinatore del Gruppo tecnico su Salute e Sicurezza sociale nell'ambito del Progetto ORIM "Osservatorio Regionale per l'Integrazione e la Multietnicità", promosso dall'Assessorato per le Politiche della Famiglia e Servizi Sociali (2004-2005).
- Responsabile scientifico del Progetto di ricerca "Progettazione e sperimentazione di un modello di osservatorio epidemiologico sull'immigrazione" (Progetto OSI), finanziato dal Ministero della Salute, nell'ambito dei Programmi Speciali art. 12 bis, comma 6, D.Lgs. 229/99, e coordinato dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (Convenzione n.22 del 2002 tra il

Ministero della Salute e la Regione Lazio).

- Partecipazione in qualità di esperto metodologo al Progetto di ricerca "Studio prospettico multicentrico di valutazione di Prevalenza, Incidenza e Sottotipi di HIV in Migranti ed analisi della Avidità anticorpale – Progetto PrISHMA", nell'ambito del VI Programma Nazionale di Ricerca AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (2006-2007).
- Partecipazione all'indagine nazionale su "L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere", coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità nell'ambito del Programma "L'aborto volontario in Italia: studio delle tendenze e dei fattori di rischio" (2004-2006).
- Coordinatore della campagna regionale per l'accessibilità dei servizi sociosanitari e l'educazione alla salute in favore dei Rom e dei Sinti presenti a Roma, nell'ambito del GRIS Lazio (2006).
- Responsabile scientifico del Corso di formazione ECM per operatori sanitari dal titolo "Rom e Sinti: una sfida per la Sanità Pubblica", organizzato e co-diretto con la Caritas Diocesana di Roma (Edizioni 2004 e 2005).
- Collaborazione con l'Associazione Medici Contro la Tortura per la realizzazione di uno studio sui rifugiati e le vittime di tortura a Roma (2003-2004).
- Co-estensore del Documento di indirizzo "Indicazioni per la mediazione linguistico culturale nelle strutture sanitarie della regione Lazio", elaborato nell'ambito del Gruppo di Lavoro per la Salute degli Immigrati dell'Assessorato Sanità della Regione Lazio e inviato ai DDGG delle Aziende Sanitarie del Lazio con l'intento di promuovere sistemi di mediazione a livello locale (Lettera Prot. 3151/44/09 del 13 gennaio 2004).
- Estensore della relazione tecnica su "L'assistenza protesica e stranieri STP nel Lazio: un'analisi dei ricoveri ospedalieri anno 2003", in preparazione della DGR del Lazio n. 427 del 25 marzo 2005 "Assistenza protesica per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP)".
- Coordinatore della campagna di offerta attiva delle vaccinazioni ai bambini Rom e Sinti presenti nei campi sosta della città di Roma, nell'ambito del GRIS Lazio (2002).
- Componente del Gruppo di lavoro che ha predisposto la stesura della proposta di Piano Sanitario Regionale del Lazio 2000-2002 e del Piano Sanitario Regionale del Lazio 2002-2004, per la parte relativa all'immigrazione (2001-2002).

VALUTAZIONE PERFORMANCE, HTA E LINEE-GUIDA

A partire dal 2000 si è occupato di valutazione della performance sanitaria, con particolare riferimento agli esiti dell'assistenza e all'appropriatezza clinico-organizzativa, e ha portato avanti numerosi progetti volti all'elaborazione di linee di indirizzo, percorsi clinico-organizzativi e documenti di *Health Technology Assessment*. Dal 2007, ha collaborato al Progetto "Sistema Nazionale Linee Guida" dell'Istituto Superiore di Sanità, in qualità di membro del Centro Collaborativo SNLG presso l'ASP Lazio di Roma (Convenzione ASP-ISS del 27/06/2007), e successivamente come membro del Comitato Scientifico. Presso l'INMP ha coordinato le attività relative all'elaborazione di linee guida e documenti di indirizzo sulla salute delle popolazioni immigrate.

- Componente del panel per l'aggiornamento della Linea Guida SNLG "Gravidanza Fisiologica", nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, Roma 2020.
- Responsabile scientifico del Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti presso l'INMP (2015-2018).
- Responsabile scientifico UO Laziosanità-ASP nell'ambito del Progetto di ricerca finalizzata GR-2009-1578270 "Costs, Cognitive abilities and Quality of life of transcatheter aortic valve implantation and surgical aortic valve replacement (CCQ)", finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi (aa. 2013-2014).
- Partecipazione al Progetto di ricerca "La presa in carico delle persone con ictus cerebrale: implementazione dei percorsi di cura integrati e degli strumenti di gestione", finanziato dal Ministero della Salute – CCM (bando 2010) e coordinato dalla Regione Emilia-Romagna.
- Rappresentante di Laziosanità-ASP al Tavolo Tecnico "Programma di diffusione dei defibrillatori semi-automatici esterni in applicazione del Decreto Interministeriale del 18/03/2011", presso l'Assessorato alla Salute della Regione Lazio (da dicembre 2012 a dicembre 2013).
- Co-estensore in qualità di rappresentante di Laziosanità-ASP delle Linee Operative della Regione Lazio su "Trattamenti riabilitativi territoriali rivolti a persone in età adulta con disabilità complessa", attività coordinata dalla Direzione regionale Assetto istituzionale, Prevenzione ed Assistenza territoriale - Programmazione Servizi Territoriali, Attività Distrettuali e Integrazione Socio-Sanitaria, Regione Lazio (da gennaio 2013 a dicembre 2013).
- Coordinatore scientifico del Progetto di ricerca "Applicazione del percorso assistenziale appropriato alla gestione intraospedaliera della frattura di femore nel paziente ultrasessantacin-

quenne (DGR n.613 7 agosto 2009): valutazione degli esiti sanitari e analisi costo-beneficio", finanziato dal Mini-stero della Salute-CCM (accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e ASP-Laziosanità, sottoscritto e approvato in data 22/12/2009).

- Partecipazione al Progetto di ricerca "Studio di coorte sul profilo beneficio-rischio della profilassi con anticoagulanti in chirurgia protesica dell'anca e del ginocchio". Regione Lazio – Progetti di farmacovigilanza bando 2011.
- Co-estensore della proposta di "Scheda clinica per l'invio del paziente dall'acuzie alla riabilitazione post-acuzie intensiva ed estensiva", elaborata da Laziosanità-ASP (maggio 2012).
- Referente scientifico UO Laziosanità-ASP nell'ambito del Progetto di ricerca "Ampliamento dell'implementazione del flusso informativo in tema di protesi di anca e linkage al repertorio dei dispositivi medici", finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (Conv.N.8M39/8) - periodo 2010-2011.
- Componente del Comitato Scientifico del Progetto Registro Italiano ArthroProtesi (RIAP), inserito presso l'Istituto Superiore di Sanità, in qualità di rappresentante ASP-Regione Lazio, dal 31/8/2011 a febbraio 2012 (nota ISS Prot. 31/08/2011-0036631).
- Componente del Gruppo di Lavoro "Indicatori di performance in sanità" presso Laziosanità-ASP (Decisione Direttore Generale Laziosanità-ASP n.233 del 10/6/2010).
- Coordinatore della Linea Guida SNLG "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (2009-2011). Milano: ZADIG Ed., 2010 (I parte) e 2012 (II parte).
- Co-estensore della Linea Guida SNLG "Gravidanza Fisiologica", nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità (2009-2011). Milano: ZADIG Ed., 2010.
- Coordinatore del Progetto INCA-2 "Valutazione della qualità delle cure ospedaliere e dell'assistenza territoriale a pazienti con STEMI", in collaborazione con l'ANMCO, l'Assessorato alla Sanità della Regione Lazio e la Pfizer (aa. 2006-2008), nell'ambito delle attività del Progetto Michelangelo (DGR n.825 del 21 novembre 2006).
- Co-autore della proposta di Piano Sanitario Regionale del Lazio 2007-2009, per la parte relativa al-la valutazione degli esiti degli interventi sanitaria (2007).
- Partecipazione al Progetto "Definizione e sperimentazione di un percorso clinico-assistenziale per la gestione intra-ospedaliera della frattura di femore in pazienti ultrasessantacinquenni", in collaborazione con la Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva e la Società Italiana Ortopedia e Traumatologia (2006-2007).
- Partecipazione al Progetto di ricerca "Analisi costo-efficacia degli interventi di protesi d'anca", coordinato dalla Regione Emilia Romagna, nell'ambito dei Programmi Speciali art. 12 bis D.Lgs. 229/99 del Ministero della Salute, per lo sviluppo di metodologie per la valutazione costo-efficacia degli interventi di arthroprotesi d'anca (2004-2006).
- Partecipazione alla ricerca finalizzata "Progettazione di registro nazionale di protesi d'anca e sua implementazione in 5 Regioni italiane (Progetto RIPA-L)", nell'ambito dei Programmi Speciali art. 12 bis D.Lgs. 229/99 del Ministero della Salute, finalizzato alla valutazione degli esiti dell'impianto di protesi a medio e lungo termine (2004-2005).
- Elaborazione del documento di Technology Assessment "L'introduzione della PET ambulatoriale nel Lazio – Suggerimenti per la programmazione sanitaria" a cura dell'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (giugno 2005).
- Partecipazione alla stesura delle "Linee guida regionali per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera" (adottate con DGR Lazio n. 737/2002) e della successiva revisione nel 2006.
- Collaborazione alla stesura della Linea Guida sull'appropriatezza della diagnosi e del trattamento chirurgico dell'ernia del disco lombare, nell'ambito del Piano Nazionale Linee Guida (PNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità (2004-2005). Milano: ZADIG Ed., 2005.
- Coautore del Documento di indirizzo "Appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenotonsillectomia", nell'ambito del Piano Nazionale Linee Guida (PNLG) dell'Istituto Superiore di Sanità (2001-2002). Milano: ZADIG Ed., 2003.
- Membro della Commissione regionale per l'appropriatezza che ha sviluppato la DGR Lazio n. 864/2002.
- Partecipazione al Gruppo di lavoro, istituito presso il ministero della Salute, che ha predisposto le linee guida nazionali per la codifica ICD-9-CM della scheda di dimissione ospedaliera (2002).
- Partecipazione al Gruppo di lavoro regionale che ha predisposto le "Linee guida per i controlli esterni dell'attività di ricovero", recepite con DGR Lazio n. 996/2001.
- Co-ideatore del metodo APPRO per la valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri, registrato presso l'Ufficio Brevetti di Roma e attualmente in uso in diverse re-

ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI

gioni italiane (2001).

Ha svolto presso l'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio attività in tema di valutazione del fabbisogno assistenziale e di organizzazione dei servizi, con particolare riferimento alle reti di offerta ospedaliera.

- Coordinatore del Gruppo di Lavoro di Laziosanità-ASP "Rete gastroenterologica nel Lazio" (istituito con Decisione del Direttore Generale ASP n.96 del 10 maggio 2013).
- Componente del Gruppo di Lavoro di Laziosanità-ASP per gli adempimenti previsti dall'art. 15 del D.L. 95/2012 Spending review (nota Prot.7064/ASP/DG dell'11/07/2012).
- Coordinatore del Gruppo di Lavoro di Laziosanità-ASP "Rete oftalmologica" (istituito con Decisione del Direttore Generale ASP n.45 del 10 febbraio 2011).
- Componente del Gruppo di Lavoro di Laziosanità-ASP per il riordino e la qualificazione dell'offerta assistenziale dermatologica nella Regione Lazio (istituito con Decisione del DG ASP n.79 del 17 aprile 2012). Attività: stima del fabbisogno regionale di servizi (e posti letto) di dermatologia e proposta di riorganizzazione dell'offerta dermatologica nel Lazio.
- Coordinatore del Gruppo di Lavoro per la riorganizzazione della Rete assistenza cardiologica presso Laziosanità-ASP, nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle reti ospedaliere (Decisione DG Laziosanità-ASP n.245 del 24/6/2010).
- Componente del Gruppo di Lavoro per la riorganizzazione della Rete assistenziale all'ictus cerebrale acuto presso Laziosanità-ASP (nota Prot. 8935/ASP/DS del 30/6/2010), nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle reti ospedaliere di cui al DCA 48/2010 (Decisione Direttore Generale Laziosanità-ASP n.245 del 24/6/2010).
- Componente del Gruppo di Lavoro per la riorganizzazione della Rete dell'emergenza presso Laziosanità-ASP (nota Prot. 8950/ASP/DS del 30/6/2010), nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle reti ospedaliere di cui al DCA 48/2010 (Decisione Direttore Generale Laziosanità-ASP n.245 del 24/6/2010).
- Componente del Gruppo di Lavoro per la riorganizzazione della Rete assistenziale in chirurgia maxillo-facciale presso Laziosanità-ASP (nota Prot. 9398/ASP/DS dell'8/7/2010), nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle reti ospedaliere di cui al DCA 48/2010 (Decisione Direttore Generale Laziosanità-ASP n.245 del 24/6/2010).
- Componente del Gruppo di Lavoro per la riorganizzazione della Rete assistenziale in chirurgia della mano presso Laziosanità-ASP (nota Prot. 9413/ASP/DS del 8/7/2010), nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle reti ospedaliere di cui al DCA 48/2010 (Decisione Direttore Generale Laziosanità-ASP n.245 del 24/6/2010).
- Componente del Gruppo di Lavoro per la riorganizzazione della Rete assistenziale in chirurgia plastica presso Laziosanità-ASP (nota Prot. 9419/ASP/DS del 8/7/2010), nell'ambito delle attività di riorganizzazione delle reti ospedaliere di cui al DCA 48/2010 (Decisione Direttore Generale Laziosanità-ASP n.245 del 24/6/2010).

EPIDEMIOLOGIA ED EVIDENCE-BASED MEDICINE

Dal 1997 partecipa in qualità di docente a numerosi corsi di epidemiologia e statistica organizzati dall'ISS e a iniziative varie di formazione sull'Evidence-based Medicine rivolte agli operatori sanitari. Dal 2009 al 2010 è stato direttore dei corsi ISS "Metodi statistici in epidemiologia" (base e avanzato).

È coautore del manuale "Epidemiologia per la clinica e la sanità pubblica", edito dal Pensiero Scientifico Editore (2009).

Dal 2010 a tutt'oggi è incaricato dall'Università degli Studi "Sapienza" di Roma – 2^a Facoltà di medicina e Chirurgia dell'insegnamento di "Statistica per la ricerca sperimentale e tecnologica" del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

SALUTE MATERNO-INFANTILE

Dal 2008 al 2010 ha collaborato in qualità di primo ricercatore presso il reparto "Salute della donna e dell'età evolutiva" del Centro Nazionale di Epidemiologia (CNEPS) dell'Istituto Superiore di Sanità al Progetto di sorveglianza dell'obesità infantile "OKkio alla SALUTE", coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Nel 2010 è stato membro del Comitato tecnico e del Coordinamento nazionale e referenti regionali del Progetto OKkio.

Nel periodo 1996-1999, ha collaborato in qualità di ospite e successivamente di ricercatore a contratto presso il Reparto Indagini Campionarie di Popolazione (LEB) dell'ISS a numerose attività inerenti alla ricerca epidemiologica sui temi della salute riproduttiva (con particolare riferimento alle donne immigrate):

- Prestazione libero-professionale "Analisi dei dati relativi all'interruzione di gravidanza della Regione Puglia" (23 agosto-22 ottobre 1999).

	<ul style="list-style-type: none">▪ Prestazione libero-professionale "Analisi dei dati relativi all'interruzione di gravidanza della Regione Calabria" (31 maggio-30 giugno 1999).▪ Incarico di ricerca "Studio della salute riproduttiva delle donne immigrate, con particolare riferimento alla gravidanza e ai fattori di rischio per gli esiti negativi; analisi dei dati dell'indagine nazionale sui servizi utilizzati dalle donne in gravidanza, al parto e durante il puerperio" (30 aprile-29 maggio 1999).▪ Prestazione libero-professionale "Analisi dei dati relativi all'interruzione di gravidanza della Regione Calabria" (9 aprile-8 maggio 1999).▪ Incarico di ricerca "Studio della salute riproduttiva delle donne immigrate, con particolare riferimento alla gravidanza e ai fattori di rischio per gli esiti negativi; analisi dei dati dell'indagine nazionale sui servizi utilizzati dalle donne in gravidanza, al parto e durante il puerperio" (13 luglio 1998-12 febbraio 1999).▪ Incarico di ricerca "Valutazione dell'andamento temporale del fenomeno aborto spontaneo nella regione Campania dal 1974 ad oggi; valutazione delle caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno abortito spontaneamente, attraverso i dati ISTAT" (5 marzo-30 giugno 1998).▪ Prestazione libero-professionale: "Controllo e analisi dei dati dell'indagine KAP sull'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio, relativi alla provincia di Napoli" (1 ottobre-29 dicembre 1997).
MOBILITÀ SANITARIA	Dal 2001 al 2007 ha coordinato le attività relative alla mobilità sanitaria interregionale presso l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio. È stato componente del Gruppo di lavoro istituito dalla Conferenza Stato Regioni per la compensazione della mobilità sanitaria e coordinatore del sottogruppo interregionale per la ridefinizione della Tariffa Unica 2004 in relazione ai DRG dei LEA. Autore del primo rapporto sulla mobilità sanitaria interregionale nel Lazio (2001) e ideatore di un metodo innovativo per la rimodulazione delle tariffe uniche convenzionali (TUC), relative ai DRG dei LEA, adottato dalla Conferenza Stato Regioni nel 2004.
ALTRI INCARICHI	Nel periodo 2009-2012 è stato Presidente del Comitato Etico della Azienda USL Roma B (nota 14/01/2010 DG RM/B); dal 2002 ne è stato componente, in qualità di esperto in epidemiologia e biostatistica. Da novembre 2010 al 2013, è stato coordinatore della sede locale di Roma della rivista Janus - scienza, etica, culture (Zadig editore).
ESPERIENZE DIDATTICHE	<ul style="list-style-type: none">▪ Incaricato dall'Università degli Studi "Sapienza" di Roma – 2^ Facoltà di medicina e Chirurgia per l'insegnamento di "Statistica per la ricerca sperimentale e tecnica" del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (dal 2010 a tutt'oggi).▪ Docente al Corso di Alta Formazione in "Economia e Management in Sanità". Sapienza Università di Roma – Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive. A.A. 2014/15, 2015/16, 2016/17, 2017/18, 2018/19 e 2019/20.▪ Docente al Master in "Economia, Diritto ed Intercultura delle Migrazioni (MEDIM)". Università degli Studi di Roma Tor Vergata – Facoltà di Economia. A.A. 2016/17.▪ Docente al Master in Etnopsichiatria e psicologia transculturale. Lezione su aspetti demografici ed epidemiologici dell'immigrazione. Istituto A.T. Beck Roma. Anni Accademici 2010-'11, 2011-'12, 2012-'13, 2013-'14, 2014-'15 e 2015-'16.▪ Docente al Master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni, delle Povertà - MEMP. Fondazione Idente di Studi e di Ricerca, Caritas di Roma, Rielo Institute for Integral Development. Edizioni: 2011, 2018 e 2019.▪ Docente al Corso di formazione ECM "La prevenzione e il controllo della TBC negli operatori sanitari". Roma, INMP 20 dicembre 2018.▪ Docente al Corso di formazione ECM "Lo stato di salute delle popolazioni immigrate in Italia". Roma, INMP 9 novembre 2018.▪ Docente al Corso di formazione "Strategie e procedure per la tutela della salute dei MSNA accolti nel sistema di prima accoglienza FAMI". Roma, INMP 19-20 settembre 2018 (I edizione); 3-4 ottobre 2018 (II edizione).▪ Docente al Corso di formazione ECM "La medicina delle migrazioni: tra il diritto alla salute e la presa in carico transculturale". Roma, INMP 27-28 settembre 2018.▪ Responsabile scientifico e docente al Corso di formazione ECM "Medicina di prossimità e mediazione di sistema: strategie per l'equità nella salute". Roma, INMP 21 giugno 2018.▪ Responsabile scientifico e docente al Corso di formazione ECM "Medicina di prossimità e

mediazione di sistema: interventi sociosanitari per immigrati e persone in condizione di fragilità socio-economica negli edifici occupati dell'area metropolitana di Roma". Roma, INMP maggio/ottobre 2017.

- Referente scientifico e docente al corso di formazione ECM "Salute e migrazione: linee guida per la programmazione sanitaria e la promozione delle buone prassi". Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, 12 dicembre 2016.
- Docente al Corso "La competenza interculturale nei servizi sanitari". OIM-Organizzazione Internazionale per le Migrazioni. Roma, 21 gennaio 2016.
- Docente al Corso di formazione "Prevenzione della TBC nelle strutture sanitarie". INMP, Roma 4 dicembre 2015.
- Docente al 1° seminario di autoformazione del Gruppo inter-aziendale Roma A-Roma E: Migrazioni in trasformazione in Italia e nel territorio romano: le tendenze, gli strumenti di monitoraggio e un primo focus sul profilo di salute. Roma, 19 novembre 2015.
- Docente al Corso "Elementi di epidemiologia e statistica di base". INMP, Roma 18 maggio 2015.
- Docente al Percorso formativo per mediatori transculturali in ambito sanitario, nell'ambito del progetto FEI "ForMe". INMP, Roma 3-4 marzo 2015.
- Docente al Workshop "troVARSI: elementi per la mediazione transculturale e per l'orientamento ai servizi". INMP, Roma 16 settembre 2014.
- Docente all'incontro formativo "Il diritto alla salute della popolazione straniera: elementi normativi e procedure d'accesso al servizio sanitario nazionale", nell'ambito del Progetto FEI "La salute viene da te". INMP, Roma 15 settembre 2014.
- Docente ai Corsi di Medicina delle Migrazioni rivolti ad operatori dell'SSR, nell'ambito del Progetto Formativo Regionale per le Aziende sanitarie e territoriali del Lazio – aa. 2011-'12 (totale 22 corsi).
- Corso base in Epidemiologia, Istituto Superiore di Sanità, Roma: edizioni 1999 e dal 2003 al 2012.
- Corso Nazionale di formazione nel settore della mediazione transculturale: "Lo stato di salute della popolazione migrante". ASL RMD: Roma, 16 aprile 2010.
- Proposta formativa teorico-pratica per specialisti in chirurgia: "Dall'EBM al Governo Clinico: dalle impressioni alla metodologia scientifica". AUSL Rimini: Rimini, 19-20 marzo 2010.
- Corso per operatori socio sanitari. Unità formativa A3 "Prevenzione ed educazione alla salute". Fondazione Don Carlo Gnocchi: Roma, 23 febbraio-8 marzo 2010.
- Convegno "Salute e immigrazione: per una cultura dell'accoglienza" AMCI-Diocesi di Roma: Roma, 25 febbraio 2010.
- Corso ADE in Salute Globale ed Equità in Salute: "Immigrazione e Salute". Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G. Sanarelli", Sapienza Università di Roma, I Facoltà di medicina e Chirurgia. Roma, 6 febbraio 2010.
- Corso di formazione per l'avvio del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE 2010. Istituto Superiore di Sanità: Roma, 3/11 febbraio 2010.
- Corso "La salute della persona immigrata: comunicazione della diagnosi e presa in carico nelle malattie infettive" - II edizione. Dipartimento di malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità: Roma, 28 gennaio 2010.
- Corso di base in "Metodi statistici in Epidemiologia", Istituto Superiore di Sanità, Roma: edizioni dal 1997 al 2010.
- Corso avanzato in "Metodi statistici in Epidemiologia", Istituto Superiore di Sanità, Roma: edizioni dal 1997 al 2009.
- Corso avanzato di Epidemiologia, Istituto Superiore di Sanità, Roma: edizioni 1999, e dal 2003 al 2009.
- Progetto formativo volto al Governo clinico: "Evidence-based Nursing Journal Club. Progetto formativo volto al Governo Clinico". Fondazione Don Gnocchi: Roma, 11-13, 19, 26 novembre, 10 dicembre 2009.
- Corso: "Dall'EBM al Governo Clinico: la qualità al centro del sistema". 111° Congresso Nazionale Società Italiana di Chirurgia. Rimini, 26-27 ottobre 2009.
- Master in Etnopsichiatria e psicologia transculturale. Relazione: "Immigrati e salute: i dati, le esperienze". Istituto A.T. Beck: Roma 24 ottobre 2009.
- Le Giornate Mediche VII Edizione: Le malattie emergenti infettive". Roma, 19 giugno 2009.
- Corso Comitati Etici Aziendali "Ricerca clinica e Aziende sanitarie" - II edizione. ASL RMB: Roma, 11 giugno 2009.
- Heal-Train: "Metodi e strumenti della ricerca quantitativa" (modulo 4). INRAN, Roma 26 marzo 2009.

- Master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni, delle Povertà: "Salute zingara". Caritas Diocesana di Roma, 16-17 febbraio 2009.
- Corso ADE (attività didattica elettiva) in Salute Globale ed Equità in Salute: "Immigrazione e Salute". Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G. Sanarelli", Sapienza Università di Roma, I Facoltà di medicina e Chirurgia. Roma, 31 gennaio 2009.
- Corso residenziale: "Buone prassi per lo sviluppo del benessere nell'ambito della salute della famiglia non italiana". Dipartimento di malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità: Roma 18-20 novembre 2008.
- Proposta formativa teorico-pratico: "Dall'EBM al Governo Clinico". 110° Congresso Nazionale Società Italiana di Chirurgia. Roma, 20-21 ottobre 2008.
- Master Universitario I livello "Sviluppo della salute del cavo orale nelle comunità svantaggiate e nei Paesi in via di sviluppo". COI - Cooperazione Odontoiatrica Internazionale: Torino, 3 ottobre 2008.
- Corso introduttivo per la preparazione di esperti su Migrazione e HIV&AIDS. OIM – Organizzazione Internazionale per le Migrazioni: Roma 16 giugno 2008.
- Corso teorico-pratico: "Introduzione all'Evidence-based Medicine". Università "La Sapienza", Roma 11-13 giugno 2008.
- Progetto formativo multidisciplinare volto al Governo Clinico: "Evidence-based Journal Club Chirurgico". AO S. Camillo-Forlanini, maggio-settembre 2008.
- Corso di aggiornamento: "Invito alla Medicina Basata sull'Evidenza e al Governo Clinico (approccio alla metodologia della ricerca per operatori)". Fondazione Don Carlo Gnocchi, Roma 12-14 maggio 2008.
- Corso di formazione: "Il paziente immigrato dall'emergenza alla routine". ASL Latina: Latina 17-18 aprile 2008.
- Corso ADE: "Salute globale ed equità in salute". Università degli Studi di Roma "La Sapienza", 26 gennaio 2008.
- Corso di formazione: "Nursing Transculturale". ASL RMA: Roma 26 novembre e 3/19 dicembre 2007.
- Corso teorico-pratico per clinici: "Invito alla Medicina Basata sull'Evidenza e al Governo Clinico". Scuola Medica Ospedaliera, Roma 16-23 novembre 2007.
- Corso di Epidemiologia delle vaccinazioni: Gruppi difficili da raggiungere: i migranti". Istituto Superiore di Sanità, 13-16 novembre 2007.
- Corso: "Interventi per la promozione della salute rivolti alla persona straniera". Istituto Superiore di Sanità: Roma 13 novembre 2007.
- Corso base di Medicina delle Migrazioni per gli operatori sanitari, organizzato dalla ASL RMA in collaborazione con il GRIS e con il patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma, 19 settembre-10 ottobre 2006.
- Corso di formazione "Rom e Sinti: una sfida per la Sanità Pubblica", Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio: edizioni 2004, 2005.
- Corso introduttivo di Medicina delle Migrazioni organizzato dalla ASL RMB, in collaborazione con il GRIS e con il patrocinio della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Roma 4 giugno 2005.
- Master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni, delle Povertà, Caritas Diocesana di Roma 4-18 febbraio 2005.
- Corso di formazione "Le nuove Linee Guida per l'intervento di adenotonsillectomia", Società Italiana di Otorinolaringoiatria Pediatrica, Lecce, 18 dicembre 2004.
- Corso di formazione "Il Sistema dei controlli esterni dell'attività ospedaliera della Regione Lazio: rapporti con il sistema di finanziamento e modalità tecniche di effettuazione dei controlli", Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma, 6-7 dicembre 2004.
- Master di formazione e aggiornamento professionale "La responsabilità professionale del medico nelle prestazioni specialistiche ambulatoriali", ANMCI, Roma, 20 marzo 2004.
- Corso "Le nuove linee guida per l'intervento di adenotonsillectomia", Società Italiana di Otorinolaringoiatria Pediatrica, Milano, 22 novembre 2003.
- Progetto formativo aziendale "La salute degli immigrati", ASL Sulmona, 17 dicembre 2003.
- Corsi "Facilitatori per l'accreditamento", Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma: edizioni 17 marzo-9 maggio e-7 aprile-30 maggio 2003.
- Corso "La valutazione degli interventi in Sanità Pubblica", Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, Roma, 26 marzo 2003.
- Master in Medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni, delle Povertà, "Salute zingara: metodologie d'intervento", Caritas Diocesana di Roma, 18 febbraio 2003.

- Corso "Metodi di analisi dei dati", Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, Roma, 27-31 maggio 2002.
- Corso di formazione: "I controlli dei ricoveri nel Lazio", Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, Roma, 21-24 gennaio 2002.
- Seminario "Il paziente immigrato", Corso Biennale di Formazione Specifica in Medicina Generale, Regione Lazio, Roma, 19 aprile 2000.
- Seminario "Salute e Immigrazione", 3°Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale Regione Lazio, Assessorato Salvaguardia e Cura della Salute, Roma, 4 e 11 marzo 2000.
- Corso di Epidemiologia per la Scuola di Specializzazione di Igiene e Medicina Preventiva dell'Università di Tor Vergata, Roma, aa. 1998-99.

TESI DI LAUREA,
SPECIALIZZAZIONE, MASTER

- Correlatore tesi di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva: "Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per popolazioni hard-to-reach" di Alice Corsaro, Istituto di Sanità Pubblica – Sezione Igiene, Università Cattolica del Sacro Cuore (2018).
- Correlatore tesi di laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche: "La validazione linguistica della Checklist of Non verbal Pain Indicators (CNPI)" di Roberto D'Agostino e Jacopo Aizpuru, Facoltà di Medicina e Psicologia, Sapienza Università di Roma (2013).
- Correlatore tesi di laurea magistrale in Scienze infermieristiche ed ostetriche: "Attitudine e conoscenza degli infermieri sulla valutazione del dolore nelle varie realtà operative ospedaliere" di Federica Verrelli, Facoltà di Medicina e Psicologia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (2012).
- Relatore tesi Master in medicina delle Emarginazioni, delle Migrazioni, delle Povertà" dal titolo: "Accesso ai servizi socio-sanitari da parte dei rom e sinti: indagine epidemiologica su alcuni insediamenti a Roma" di Piera Napoli, Fondazione Idente di Studi e di Ricerca- Caritas diocesana di Roma - Rielo Institute for Integral Development (2012).
- Relatore tesi Master "Immigrati e Rifugiati. Formazione, comunicazione e integrazione sociale" di Maria Talia dal titolo: "Viaggio inchiesta all'interno della comunità cinese a Roma: l'accesso ai servizi sanitari", Facoltà di Scienze della Comunicazione, Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (2005).
- Correlatore tesi di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva "L'immigrazione in provincia di Latina: studio statistico-epidemiologico" di Giuseppina Carreca, Università degli Studi di Roma Tor Vergata (2005).
- Relatore tesi di laurea magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche "Analisi dell'attività di assistenza specialistica ambulatoriale erogata a stranieri nella Regione Lazio e quali possibili scenari organizzativi dopo l'approvazione dei DRGs infermieristici" di Liliana Ritondi, Università degli Studi di Roma Tor Vergata (2005).
- Relatore tesi di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva "L'interruzione volontaria di gravidanza nelle donne immigrate in Italia: un'indagine epidemiologica" di Samantha Di Rollo, Università degli Studi di Roma "La Sapienza" – II Facoltà di Medicina e Chirurgia (2005).
- Relatore tesi di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva "Campagna vaccinale in favore bambini nomadi presenti a Roma" di Teodora Stela Ciuta, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (2002).

CONOSCENZE LINGUISTICHE

MADRELINGUA

ALTRE LINGUE

- Capacità di lettura
- Capacità di scrittura
- Capacità di espressione orale

Italiano

Inglese

Ottima

Ottima

Buona

CAPACITÀ E COMPETENZE

RELAZIONALI

vivere e lavorare con altre persone, in ambiente multiculturale, occupando posti in cui la comunicazione è importante e in situazioni in cui è essenziale lavorare in squadra (ad es. cultura e sport) ecc.

Spiccate capacità relazionali ed elevata propensione al lavoro di gruppo, grazie alla lunga esperienza di *team working* maturata in diversi contesti lavorativi. Ottime capacità comunicative, sviluppate soprattutto nell'ambito dell'insegnamento universitario e della formazione sul campo.

Atteggiamento costruttivo e capacità di mediazione, grazie all'esperienza maturata nel campo delle linee guida (coordinamento di panel multidisciplinari e multiprofessionali di esperti) in cui è indispensabile l'interazione positiva con gli altri per raggiungere obiettivi condivisi.

CAPACITÀ E COMPETENZE

Spiccate capacità organizzative e gestionali, dimostrate nel coordinamento di progetti di ricerca

ORGANIZZATIVE <i>ad es. coordinamento di gruppi di ricerca, progetti; sul posto di lavoro, in attività di volontariato (ad es. cultura e sport), a casa, ecc.</i>	epidemiologica e di sanità pubblica a valenza nazionale, e nella gestione di gruppi di lavoro e network operativi con le Aziende sanitarie e le organizzazioni umanitarie e del privato sociale.
CAPACITÀ E COMPETENZE TECNICHE <i>con computer, attrezzature specifiche ecc.</i>	Ottima conoscenza del sistema operativo Windows. Conoscenza avanzata dei package statistici STATA ed EpilInfo.
PATENTE	B
PUBBLICAZIONI	
COMUNICAZIONI A CONVEGNI E POSTER (in ordine cronologico)	<p>1) Ranno O, Baglio G, Scommegna S, Valentini P, Terranera S. Assistenza sociale e pediatria: problematiche emergenti in 117 bambini immigrati. In: Atti della III Consensus Conference della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: "L'immigrato: una realtà del nostro tempo: dall'accoglienza all'integrazione". Palermo, 29 maggio 1994, pp.29-33. 1994.</p> <p>2) Baglio G, Spinelli A, Donati S, et al. Indagine epidemiologica sull'utilizzo dei servizi da parte delle donne immigrate in gravidanza: primi risultati. In: Atti della IV Consensus Conference della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni: "I Flussi migratori nel bacino del Mediterraneo". Palermo, 12-14 dicembre 1996, pp.55-60. 1996.</p> <p>3) Grandolfo M, Spinelli A, Baglio G, Donati S. Diseguaglianze sociali nell'assistenza in gravidanza. In: Atti della X Conferenza Internazionale: "Equità e salute nel mondo" - International Association of Health Policy. Perugia, 23-26 settembre 1998, p.17. 1998.</p> <p>4) Spinelli A, Baglio G, Donati S, et al. Gravidanza, parto, puerperio: dati di una ricerca su donne immigrate. In: Atti del Convegno UICEMP "Immigrati e salute sessuale e riproduttiva: le risposte dei servizi". Milano, 26-27 novembre 1998, pp.35-9. 1999.</p> <p>5) Businco L, Bruno G, Furcolo G, Plantamura M, Grandolfo M, Baglio G. Studio multicentrico su "Dentizione e patologie minori nel lattante". In: Atti del Congresso Internazionale di Pediatria "Dal Neonato all'Adolescente". Firenze, 7-10 febbraio 1999, p.31. 1999 (poster).</p> <p>6) Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo M. La gravidanza in Italia tra le donne straniere. In: Atti del Congresso "Nascere stranieri a Milano". Milano, 29 maggio 1999, pp.3-9. 1999.</p> <p>7) Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo M. Diseguaglianze nell'assistenza alla nascita in Italia. In: Atti del Convegno Internazionale "La Nascita". Firenze, 17-20 novembre 2000. Rivista di Ostetricia e Ginecologia 2000: 13(2-3-4): 45-8. 2000.</p> <p>8) Spinelli A, Donati S, Grandolfo M, Baglio G. Maternità e aborto volontario tra le donne immigrate in Italia. In: Riassunti dei contributi scientifici del Convegno "Epidemiologia della diseguaglianza nei Paesi del Mediterraneo"-XXIV Riunione Annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Roma, 18-21 ottobre 2000, p.41. 2000.</p> <p>9) Sangalli M, Faustini A, Baglio G, et al. per il gruppo regionale delle Sorveglianza degli esiti del trattamento antitubercolare. Incidenza di tubercolosi polmonare ed esito del trattamento tra gli stranieri nel Lazio, 1995-1999. In: Riassunti dei contributi scientifici del Convegno "Epidemiologia della diseguaglianza nei Paesi del Mediterraneo"-XXIV Riunione Annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Roma, 18-21 ottobre 2000, p.90. 2000 (poster).</p> <p>10) Cacciani L, Materia E, Cesaroni G, Baglio G, et al. Reddito, distribuzione del reddito e ospedalizzazione: uno studio ecologico a Roma. In: Riassunti dei contributi, IV edizione delle "Giornate di studio sulla popolazione"-Università degli Studi di Milano Bicocca, 20-22 febbraio 2001, p.27. 2001.</p> <p>11) Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Evaluation of antenatal classes in Italy. In: Joint Conference of the Society for Social Medicine and the International Epidemiological Association. Oxford, 12-15 settembre 2001. Website http://www.ihs.ox.ac.uk. 2001 (poster).</p> <p>12) Baglio G, Materia E, Vantaggiato G, Perucci CA. I controlli dell'attività di ricovero nel Lazio e la valutazione di appropriatezza basata sui dati amministrativi. In: Atti del 6° Convegno Italiano sui Sistemi di Classificazione dei Pazienti "Appropriatezza clinica ed organizzativa". Torino, 4-5 ottobre 2001, p.16. 2001.</p> <p>13) Baglio G, Materia E, Vantaggiato G, Perucci CA. La valutazione di appropriatezza dei ricoveri con dati amministrativi: gli APR-DRG possono aiutare? In: Atti della XXV Riunione An-</p>

- nuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia "Epidemiologia e ambiente". Venezia, 3-6 ottobre 2001, p.169. 2001.
- 14) Baglio G, Cacciani L, Guasticchi G. Bisogni di salute e profilo sanitario dell'immigrato. Convegno "Immigrazione e Salute: le Linee Guida della Regione Lazio". Roma, 26 novembre 2001.
 - 15) Materia E, Baglio G, Vantaggiato G, Perucci CA. To evaluate appropriateness of care through administrative data: the role of APR-DRG. In: Abstract book-Annual EUPHA Meeting 2001. "Health Information Systems throughout Europe and their interaction with public health policy development and actions". Brussels, 6-8 dicembre 2001, p.65. 2001.
 - 16) De Luca A, Tancioni V, Agabiti N, Cardo S, Baglio G, et al. Implementation of a surveillance system of stroke based on administrative data in the Lazio Region (Italy). In: Abstract book-Fifth International Conference: Strategic Issues in Health Care Management "Policy, Finance and Performance in Health Care". University of St. Andrews 11-13 aprile 2002, p.81. 2002.
 - 17) De Luca A, Tancioni V, Agabiti N, Cardo S, Baglio G, et al. The role of a stroke surveillance system based on administrative data in the Lazio Region (Italy). In: Ital Heart J; Vol 3 Suppl 1: 24S-Abstracts Working Group on Epidemiology and Prevention of the European Society of Cardiology. Taormina (Italy), 17-20 aprile 2002 (poster).
 - 18) Baglio G, Materia E, Di Domenicantonio R, et al. Valutare l'appropriatezza dei ricoveri con dati amministrativi studiando per gravità: il metodo APPRO. Convegno Nazionale PRUO. Bari, 15-17 maggio 2002.
 - 19) Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Baglio G, et al. L'assistenza alla nascita dopo l'introduzione delle nuove normative. In: Affronti M, Lupo M, Messina MR, Eds. Atti del VII Consensus Conference sulla Immigrazione e V Congresso Nazionale SIMM. Erice, 19-22 maggio 2002, pp.6-11. 2002.
 - 20) Baglio G per il Gruppo Regionale Immigrazione e Salute-Area Zingari. Campagna vaccinale in favore di bambini nomadi presenti a Roma. In: Affronti M, Lupo M, Messina MR, Eds. Atti del VII Consensus Conference sulla Immigrazione e V Congresso Nazionale SIMM. Erice, 19-22 maggio 2002, pp. 324-27. 2002.
 - 21) Cacciani L, Geraci S, Marceca M, Guasticchi G, Baglio G. L'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio. In: Affronti M, Lupo M, Messina MR, Eds. Atti del VII Consensus Conference sulla Immigrazione e V Congresso Nazionale SIMM. Erice, 19-22 maggio 2002, pp.416-22. 2002.
 - 22) Baglio G, Cacciani L, Guasticchi G. Presentazione: Rapporto sull'Assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio, anno 2000-I ricoveri di cittadini stranieri nel Lazio. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Roma, 2 luglio 2002.
 - 23) Materia E, Allegritti A, Baglio G, Guasticchi G, Jefferson T. Il progetto LINCO per la promozione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa delle prestazioni ospedaliere: la prossima frontiera. In: Atti del 40° Congresso Nazionale Sitl; "Sanità Pubblica nell'era della globalizzazione". Cernobbio, 8-11 settembre 2002. vol II pp.451. 2002.
 - 24) Rossi L, Cacciani L, Baglio G, Materia E. L'appropriatezza dei ricoveri degli stranieri nel Lazio. In: Atti della XXVI Riunione Annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia; "Stile di vita e frequenza delle malattie in Italia". Napoli, 24-26 settembre 2002, p.97. 2002.
 - 25) Di Domenicantonio R, Materia E, Baglio G, Guasticchi G, Lispi L, Fortino A. La valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO. In: Atti della XXVI Riunione Annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia; "Stile di vita e frequenza delle malattie in Italia". Napoli, 24-26 settembre 2002, p.98. 2002.
 - 26) Cacciani L, Materia E, Guasticchi G, Baglio G. L'assistenza ospedaliera agli stranieri nel Lazio. In: Atti della XXVI Riunione Annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia; "Stile di vita e frequenza delle malattie in Italia". Napoli, 24-26 settembre 2002, p.102. 2002.
 - 27) Grandolfo M, Spinelli A, Medda E, Donati S, Baglio G. Fumo in gravidanza. In: Atti della XXVI Riunione Annuale della Associazione Italiana di Epidemiologia; "Stile di vita e frequenza delle malattie in Italia". Napoli, 24-26 settembre 2002, p.168. 2002.
 - 28) Materia E, Baglio G, Di Domenicantonio R, et al. Evaluating hospital appropriateness in Italy through administrative data: the APPRO method. In: Pfeiffer KP, Hofdijk J, Eds. Atti del Proceedings of the 18th International Case Mix Conference PCS/E 2002. Innsbruck, 2-5 October 2002, pp.678-91. 2002.
 - 29) Cacciani L, Materia E, Guasticchi G, Baglio G. Hospital assistance to migrant population in

- the Lazio Region, Italy. In: Atti del 10th Annual EUPHA Meeting. Dresden, 28-30 November 2002. Eur J Public Health, December 2002; 12 (suppl 4): 45. 2002 (poster).
- 30) De Luca A, Tancioni V, Salvatori R, Baglio G, et al. In-hospital mortality for stroke and misclassification in a cohort derived from the Health discharge register of Lazio Region Italy. In: Atti del 10th Annual EUPHA Meeting. Dresden 28-30 November 2002. Eur J Public Health, December 2002; 12 (suppl 4): 49. 2002 (poster).
- 31) Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G, Guasticchi G, Lispi L, Fortino A. Assessing hospital appropriateness in Italy through the APPRO method. In: Atti del 10th Annual EUPHA Meeting, Dresden, 28-30 November 2002. Eur J Public Health, December 2002; 12 (suppl 4): 78. 2002 (poster).
- 32) Rossi L, Cacciani L, Baglio G, Materia E. Appropriateness of hospital care for immigrants in Rome, Italy. In: Atti del 10th Annual EUPHA Meeting. Dresden, 28-30 november 2002. Eur J Public Health, December 2002; 12 (suppl 4): 93. 2002 (poster)
- 33) Baglio G, Materia E, Filocamo A, Di Domenicantonio R. Valutazione e promozione dell'appropriatezza dei ricoveri: il metodo APPRO. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio e ANMDO. Roma, 6 marzo 2003.
- 34) Spinelli A, Medda E, Baglio G, Guasticchi G. La nascita da donne straniere nel Lazio. In: Atti del Convegno; "La nascita: dall'informazione all'intervento. Flussi informativi e politiche assistenziali a confronto". Venezia, 21 marzo 2003. pp.117-24. 2003.
- 35) Materia E, Baglio G. Appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia: Razionale del Progetto LINCO e Epidemiologia della tonsillectomia in Italia. Istituto Superiore di Sanità, Roma 16 aprile 2003.
- 36) Farchi S, Giorgi Rossi P, Chini F, Baglio G, et al. I traumi negli stranieri extracomunitari: una popolazione ad alto rischio. Convegno: "La prevenzione basata sulle prove di efficacia. Esperienze di valutazione in Italia". Verona, 17-18 aprile 2003.
- 37) Baglio G, Cacciani L, Ciuta TS, et al. Salute senza esclusione: Campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma. Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. Roma, 13 maggio 2003.
- 38) Baglio G. La salute degli immigrati: le iniziative dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio. Workshop: "Immigrazione, Salute e Partecipazione: aspetti critici e nuove prospettive operative". Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 9 giugno 2003.
- 39) Baglio G. Presentazione del Documento di Indirizzo "Appropriatezza clinica e organizzativa degli interventi di tonsillectomia". XVII Congresso Nazionale della Società Italiana di Otorinolaringologia Pediatrica, Genova 28 giugno 2003.
- 40) Baglio G. Epidemiologia degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia in Italia. 59° Congresso Nazionale Società Italiana di Pediatria. Roma, 30 settembre 2003.
- 41) Di Domenicantonio R, Filocamo A, Baglio G, et al. La valutazione dell'appropriatezza organizzativa con differenti strumenti: comparazione APPRO-PRUO. In: Atti della XXVII Riunione Annuale dell'AIE: "Epidemiologia Clinica e valutazione dei servizi sanitari". Bologna, 20-22 ottobre 2003, p. 24. 2003 (poster).
- 42) Giorgi Rossi P, Farchi S, Chini F, Baglio G, et al. Caratteristiche dei traumatismi in stranieri da paesi non industrializzati, Lazio 2000. In: Atti della XXVII Riunione Annuale dell'AIE; "Epidemiologia Clinica e valutazione dei servizi sanitari". Bologna, 20-22 ottobre 2003, p.39. 2003 (poster).
- 43) Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G, Filocamo A, Guasticchi G. La promozione dell'appropriatezza dei ricoveri con il metodo APPRO. In: Atti della XXVII Riunione Annuale dell'AIE; "Epidemiologia Clinica e valutazione dei servizi sanitari". Bologna, 20-22 ottobre 2003, p.40. 2003 (poster).
- 44) Morrone A, Rossi L, Materia E, Baglio G, et al. I senza fissa dimora a Roma. X Workshop internazionale; "Cultura, Salute, Migrazioni". Congresso Internazionale La Solidarietà nella Cura della Salute: Debolezza e marginalità sociale. CNR, Roma, 30 ottobre 2003.
- 45) Cacciani L, Baglio G. Health-related databases for immigrants in Italy. In: Atti dell'11th Annual EUPHA Meeting; "L'armonizzazione delle pratiche di Sanità pubblica in Europa". Roma, 20-22 novembre 2003. Eur J Public Health 2003; 13 (suppl 2): 28. 2003 (poster).
- 46) Rossi L, Cacciani L, Baglio G, Guasticchi G, Materia E. Does educational level play a role in determining length of hospital stay? In: Atti dell'11th Annual EUPHA Meeting; "L'armonizzazione delle pratiche di Sanità pubblica in Europa". Roma, 20-22 novembre 2003. Eur J Public Health 2003; 13 (suppl 2), p.86. 2003 (poster).

- 47) Materia E, Baglio G, Canonaco D, et al. Promoting clinical and organisational appropriateness of tonsillectomy in Italy. In: Atti dell'11th Annual EUPHA Meeting; "L'armonizzazione delle pratiche di Sanità pubblica in Europa". Roma, 20–22 novembre 2003. Eur J Public Health 2003; 13 (suppl 2), p.106. 2003 (poster).
- 48) Cacciani L, Rosano A, Boros S, Camoni L, Colucci A, Guasticchi G, Rezza G, Urciuoli R, Baglio G, Pezzotti P. Time trends in AIDS incidence among immigrants in Italy. In: Atti dell'11th Annual EUPHA Meeting; "L'armonizzazione delle pratiche di Sanità pubblica in Europa". Roma, 20–22 novembre 2003. Eur J Public Health 2003; 13 (suppl 2), p.120. 2003 (poster).
- 49) Giorgi Rossi P, Farchi S, Chini F, Baglio G, et al. Immigrants from non industrialised countries and injuries: a population at risk. Lazio, Italy. In: Atti dell'11th Annual EUPHA Meeting; "L'armonizzazione delle pratiche di Sanità pubblica in Europa". Roma, 20–22 novembre 2003. Eur J Public Health 2003; 13 (suppl 2), p.121. 2003 (poster).
- 50) Baglio G, Materia E. Obiettivi e metodi del Documento di Indirizzo ed Epidemiologia della Tonsillectomia e/o Adenoidectomia in Italia. Corso per il Pediatra con il patrocinio della Società italiana di Otorinolaringologia Pediatrica. Milano, 22 novembre 2003.
- 51) Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G, Guasticchi G, Lispi L, Fortino A. Assessing appropriateness of hospitalisation in Italy through the APPRO method. Congresso International Society for Quality in Health Care. Chicago, 2003.
- 52) Baglio G, Cacciani L, Napoli PA, et al. A vaccination campagn for gypsy children in Rome. In: Atti Workshop Children & The Mediterranean Conference. Genova, 7-9 gennaio 2004. workshop II E2 pp. 469-71. 2004.
- 53) Baglio G. Programmazione politico-sanitaria per l'assistenza agli immigrati. Convegno Scuola Medica Ospedaliera: "Ospedale e Immigrazione: vecchie e nuove problematiche". Roma, 3 maggio 2004.
- 54) Baglio G. Ricerca biomedica ed epistemologia della complessità. Convegno "I Comitati Eti-ci e i programmi di prevenzione in sanità pubblica". Roma, 28-29 ottobre 2004.
- 55) Forcella E, Cacciani L, Spinelli A, Geraci S, Affronti M, Tosi M, Lante I, Carletti P, Mantini V, Baglio G. Sperimentazione di un sistema informativo relativo all'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati irregolari. In: Atti dell'VIII Consensus Conference sulla Immigrazione e VI Congresso Nazionale SIMM. Lampedusa, 5-8 maggio 2004, pp. 464-5. 2004.
- 56) Spinelli A, Baglio G, Guasticchi G. La donna immigrata. In: Atti dell'VIII Consensus Conference sulla Immigrazione e VI Congresso Nazionale SIMM. Lampedusa, 5-8 maggio 2004, pp. 519-34. 2004.
- 57) Spinelli A, Grandolfo M, Forcella E, Baglio G, et al. Survey of immigrant women who have an induced abortion in Italy. In: Atti del Sixth Congress International Federation of Abortion and Contraception Professionals; "United to improve womens health". Vienna, 10-11 settembre 2004. Abstracts-book, p. 8. 2004.
- 58) Cacciani L, Baglio G, Napoli PA, et al. Vaccine preventable diseases: an immunisation campaign for gypsy children in Rome. In: Atti della 12th Annual EUPHA Meeting; "Urbanisation and Health: new challenger in Health Promotion and Prevention". Oslo, 7-9 october 2004. Eur J Public Health 2004; 14 (suppl 4): 48. 2004.
- 59) Rossi L, Di Domenicantonio R, Baglio G, et al. Outcome evaluation of survey for lumbar disc herniation through hospital discharge data. In: Atti della 12th Annual EUPHA Meeting; "Urbanisation and Health: new challenger in Health Promotion and Prevention". Oslo, 7-9 october 2004. Eur J Public Health 2004; 14 (suppl 4): 82. 2004.
- 60) Gaddini A, Biscaglia L, Franco F, Cappello S, Baglio G, et al. Gli immigrati e il disagio mentale nel Lazio. Convegno Nazionale: "Disagio sociale e salute mentale: un dolore disabita-to". Roma, 9-10 dicembre 2004.
- 61) Spinelli A, Baglio G. La popolazione immigrata: i flussi informativi ed il problema della rilevazione delle informazioni. Convegno "Making maternal and child health a priority and not a luxury". Bologna, 18-19 aprile 2005.
- 62) Baglio G, Cacciani L, Tancioni V, et al. L'hospitalisation par traumatisme des immigrés dans le Latium: résultats préliminaires. In: Atti del XXIII Journees Mediterranées Internationales de Medicine du Travail. Cagliari, 19-21 maggio 2005.
- 63) Baglio G. Il Progetto Osi: una ricerca multicentrica, sperimentazione di un osservatorio epidemiologico sull'immigrazione. Il Convegno Nazionale "Il ben-essere degli immigrati tra assistenza e integrazione modelli e esperienze a confronto". Milano, 26-27 maggio 2005.

- 64) Cacciani L, Baglio G, Forcella E, Pignocco M, Spinelli A, Geraci S, et al. Progetto OSI: sperimentazione di un flusso di dati sanitari per gli immigrati irregolari in Italia. Atti del 29° Convegno Annuale di Epidemiologia "L'epidemiologia per la politica, la politica dell'epidemiologia". Pisa, 7-9 settembre 2005, pp. 81-2. 2005.
- 65) Baglio G, Cacciani L, Forcella E, Esposito T, Veloccia S, Spinelli A, et al. Gruppo di studio sulla salute degli immigrati. Atti del 29° Convegno Annuale di Epidemiologia "L'epidemiologia per la politica, la politica dell'epidemiologia". Pisa, 7-9 settembre 2005, pp. 255-9. 2005.
- 66) Cacciani L, Baglio G, Forcella E, Pignocco M, Spinelli A, Geraci S, et al. Testing a new health data information system for illegal immigrants in Italy. In: Atti 13th Annual EUPHA Meeting "Promoting the Public's Health: Reorienting Health Policies, Linking Health Promotion and Health Care". Graz, 10-12 November 2005. Eur J Public Health; 15(suppl. 1): 175-6. 2005.
- 67) Baglio G, Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S. Indagine sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere. Convegno: "L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere". Istituto Superiore di Sanità, Roma 15 dicembre 2005.
- 68) Pezzella FR, De Luca A, Picconi O, Baglio G, Sacchetti ML, Toni D, Guasticchi G, Prencipe M, Fiorelli M. The Italian version of the NIH Stroke Scale. Results of the certification process among 1555 trainees. European Stroke Conference. Firenze, 13-15 marzo 2005.
- 69) De Luca A, Guasticchi G, Gabriele S, Baglio G, et al. Stroke surveillance system in the Lazio Region (Italy): preliminary results of the first year of activity. In: Atti del 14th European Stroke Conference. Bologna, 25-28 maggio 2005. Cerebrovasc Dis 2005; 19(suppl. 2): 43. 2005.
- 70) De Luca A, Gabriele S, Ferri M, Baglio G, et al. Stroke surveillance system in the Lazio Region (Italy): results of the first year of activity. In: Atti del 2nd Annual Meeting; "bringing HTA into practice". Roma, 20-22 giugno 2005. Italian J Public Health 2005; 2 (2): (suppl. 1): 149. 2005.
- 71) Torre M, Romanini E, Baglio G, Salmaso S. Italian national hip arthroplasty register: present status and future perspectives. In: Atti "Italian Hip Society 2005 Annual Meeting". Milano, 16-18 dicembre 2005. Hip International 2005; 15(4): 258. 2005.
- 72) Forcella E, Cacciani L, Spinelli A, Picconi O, Pignocco M, Geraci S, Affronti M, Tosi M, Girolami M, Carletti P, Mantini V, Guasticchi G, Baglio G. Il Progetto OSI: sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati. In: Atti IX Consensus Conference sulla Immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM. Palermo, 27-30 aprile 2006, pp.31-5. 2006.
- 73) Forcella E, Baglio G, Guasticchi G, et al. IVG e contraccezione nelle donne immigrate. In: Atti IX Consensus Conference sulla Immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM. Palermo, 27-30 aprile 2006, pp.158-65. 2006.
- 74) Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Baglio G, et al. Chi sono le donne straniere che ricorrono all'IVG in Italia? In: Atti IX Consensus Conference sulla Immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM. Palermo, 27-30 aprile 2006, pp.166-73. 2006.
- 75) Cacciani L, Rosano A, Boros S, Colucci A, Camoni L, Suligoi B, Rezza G, Baglio G. Andamento dei casi di AIDS diagnosticati in Italia tra gli stranieri (1992-2003). In: Atti IX Consensus Conference sulla Immigrazione e VII Congresso Nazionale SIMM. Palermo, 27-30 aprile 2006, pp.118-22. 2006.
- 76) Forcella E, Spinelli ATM, Di Rollo S, Baglio G, Picconi O, Grandolfo M, et al. L'indagine sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere. In: Interruzione volontaria della gravidanza: quali strategie per la prevenzione? (Atti). Verona 6 maggio 2006, pp.22-6. 2006.
- 77) Sera F, Cardo S, Romanini E, Torre M, Baglio G, Guasticchi G. Accuracy of administrative data for assessing outcomes after hip replacement. In: VII Domestic Meeting of the European Hip Society (EHS). Antalya, June 21-24, 2006, pp. 159-60. 2006.
- 78) Villeggia M, Tancioni V, Iossa F, Baglio G. Dal Lazio in Lombardia. Una metodologia per la stima della mobilità sanitaria ospedaliera passiva evitabile. Atti del 30° Congresso Italiano di Epidemiologia "Epidemiologia: una disciplina, tante applicazioni". Palermo, 4-6 ottobre 2006, p.87. 2006 (poster).
- 79) Villeggia M, Baglio G. L'assistenza ospedaliera in mobilità nel Lazio 2004. Atti del 30° Congresso Italiano di Epidemiologia "Epidemiologia: una disciplina, tante applicazioni". Palermo, 4-6 ottobre 2006, p.88. 2006 (poster).

- 80) Cacciani L, Rosano A, Boros S, Colucci A, Suligoi B, Rezza G, Baglio G. AIDS among immigrants in Italy (1992-2003). In: Atti 14th EUPHA Conference "Politics, Policies and/or the Public's Health". Montreux, 16-18 November 2006. Eur J Public Health; 16(suppl.1): 188-9. 2006.
- 81) Cacciani L, Baglio G, Osborn J. Indirect standardization with unknown age distribution of the index population applied to hospitalisation rates among immigrants in Lazio (2003). EUPHA: Pre-conference on Migrant Health. 15 November 2006, Montreux, Switzerland. 2006.
- 82) Forcella E, Crescenzi A, Cacciani L, Geraci S, Baglio G. A campaign to improve access of Roma people to healthcare services in the city of Rome, Italy. 15th Annual EUPHA Conference "The Future of Public Health in the Unified". Helsinki, 11-13 October 2007.
- 83) Materia E, Rossi L, Di Domenicantonio R, Baglio G, et al. Impact evaluation of clinical guideline on tonsillectomy in Italy. 4th Guidelines International Network Conference. Toronto, August 22-25, 2007.
- 84) Lamberti A, Baglio G, Binkin N, Cattaneo C, Fontana G, Perra A, Spinelli A. Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni. In: Atti 43° Congresso nazionale Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI) "La promozione della salute per lo sviluppo sociale ed economico dell'Italia: il contributo dell'Igiene e della Sanità Pubblica". Bari, 1-4 ottobre 2008. Panorama della sanità 2008; 36(Suppl): 411.
- 85) Lamberti A, Fontana G, Baglio G, Binkin N, Cattaneo C, Perra A, Spinelli ATM, Gruppo OKkio alla SALUTE. Okkio alla salute: promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria. In: Atti 32° Congresso annuale Associazione italiana di epidemiologia (AIE) "Epidemiologia per la prevenzione". Milano, 15-17 ottobre 2008; p.115.
- 86) Rizzo S, Cernigliaro A, Dardanoni G, Alonso E, Di Benedetto G, Colletto G, Farinella A, La Carrubba R, Mattina F, Spatola C, Stella G, Toscano R, Trapani V, Turiano F, Spinelli A, Baglio G, Binkin N, Bucciarelli M, Cattaneo C, Fontana G, Lamberti A, Perra A. Okkio alla salute: la sorveglianza nutrizionale per la prevenzione del sovrappeso-obesità in età infantile in Sicilia. In: Atti 32° Congresso annuale Associazione italiana di epidemiologia (AIE). "Epidemiologia per la prevenzione". Milano 15-17 ottobre 2008; p.134.
- 87) Martini M, Pompa MG, D'Amato S, Forcella E, Baglio G. Actions to support the evidence-based HIV prevention strategy among migrant population in Italy: risk factors in receiving country. 2° conferenza "Migrant health in Europe". Malmo, Svezia, 22-24 Maggio 2008.
- 88) Martini M, Pompa MG, D'Amato S, Forcella E, Viola G, Baglio G. Questionnaire on HIV for migrant in receiving country: the case study of Italy. 2° conferenza "Migrant health in Europe". Malmo, Svezia, 22-24 Maggio 2008.
- 89) Pizzuti S, Di Thiene D, Di Nicola A, Baglio G, Geraci S, Marceca M. L'educazione continua in medicina (ECM) svolta in Italia nel periodo 2002-2008 sui temi della Salute dei migranti. In: Affronti M, Geraci S (eds). Atti X Consensus conference sull'immigrazione - VIII Congresso nazionale SIMM. Trapani 5-7 febbraio 2009.
- 90) Forcella E, Affronti M, Asole S, Baglio G, Geraci S, Giorgi E, et al. Sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare post-partum per le donne immigrate. In: Affronti M, Geraci S (eds). Atti X Consensus conference sull'immigrazione - VIII Congresso nazionale SIMM. Trapani 5-7 febbraio 2009; pp. 267-9.
- 91) Trillò ME, Baglio G, Gruppo di Coordinamento "Campagna accessibilità 2006". Salute senza esclusione: campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari da parte della popolazione rom e sinti e degli altri abitanti dei campi nomadi a Roma. Atti 7° Congresso Nazionale CARD 19-21 marzo 2009.
- 92) Martini M, Forcella E, D'amato S, Viola G, Baglio G, Pompa MG. Studio socio-comportamentale a supporto di una strategia di prevenzione HIV/AIDS rivolta ai migranti. Convegno Nazionale "Salute transculturale. L'impegno scientifico e il contributo operativo del National Focal Point". Istituto Superiore di Sanità, Roma 4 giugno 2009. ISTISAN Congressi 2009; 09/C3:21.
- 93) Forcella E, Affronti M, Asole S, Baglio G, Geraci S, Giorgi E, et all. Sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare post-partum per le donne immigrate. Convegno Nazionale "Salute transculturale. L'impegno scientifico e il contributo operativo del National Focal Point". Istituto Superiore di Sanità, Roma 4 giugno 2009. ISTISAN Congressi 2009; 09/C3:38-9 (poster).
- 94) Lamberti A, Spinelli A, Baglio G, Nardone P, Perra A, Binkin N, Fontana G, Cattaneo C,

- Galeone D, Silani MT, Mastantuono E, Teti S. Il sistema di sorveglianza OKKio alla SALUTE: la scuola e la promozione della salute nei bambini. In: Lana S, Cattaneo C, D'Argenio P, De Mei B (eds). Guadagnare salute: i progressi per le aziende sanitarie per la salute in Italia (Atti del Convegno). Castel Sant'Elmo, Napoli 24-25 settembre 2009; pp.77-8.
- 95) Spinelli A, Baglio G, Lamberti A, Perra A, Fontana G, Cattaneo C, Galeone D, Spizzichino L, Binkin N. Disparities of childhood obesity in Italy. In: Atti 53° Annual Scientific Meeting of the Society for Social Medicine. Conference Handbook. Newcastle, 9-11 settembre 2009; p.55.
- 96) Lamberti A, Spinelli A, Baglio G, Binkin N, Cattaneo C, Fontana G, Nardone P, Perra A, Gruppo OKKio alla SALUTE. Sistema di sorveglianza nazionale su alimentazione e attività fisica nei bambini di 6-10 anni: OKKio alla SALUTE 2008, risultati del primo anno di raccolta dati. In: Atti 11° Conferenza nazionale di sanità pubblica (Sltl). Napoli, 15-17 ottobre 2009. Igiene e Sanità Pubblica 2009; 5(suppl):430.
- 97) Lamberti A, Spinelli ATM, Baglio G, Nardone P, Perra A, Binkin N, Fontana G, Cattaneo C, Galeone D, Silani MT, Mastantuono E, Teti S. La definizione di un network tra mondo della salute e mondo della scuola per la realizzazione del sistema di sorveglianza "OKKio alla SALUTE". In: Atti 33° Congresso annuale dell'Associazione italiana di epidemiologia (AIE). Modena, 22-24 ottobre 2009; p.236.
- 98) Donati S, Baglio G, Morciano C, Mele A. Il taglio cesareo. 2° Congresso nazionale della Federazione italiana di ostetricia e ginecologia: "Come integrare umanizzazione e tecnologia". Torino, 1-3 dicembre 2009.
- 99) Lamberti A, Spinelli A, Nardone P, Baglio G, The Okkio alla SALUTE Group. Risk factors for childhood obesity in Italy. Atti EuroEpi 2010 – Florence 6-8 November 2010. Epidemiol Prev 2010; 34(5-6):62.
- 100) Nardone P, Lamberti A, Baglio G, Spinelli A, Binkin N e il Gruppo Okkio alla SALUTE. Il livello socio-economico delle madri e l'errata percezione dello stato ponderale e della sedentarietà dei propri figli. Atti XXXIV Congresso AIE 2010 – Firenze 9 novembre 2010. Epidemiol Prev 2010; 34(5-6):240 (poster)
- 101) Nardone P, Lamberti A, Baglio G, Spinelli A. Maternal education and prevalence of obesity among children. Atti 3rd European Public Health Conference – Amsterdam 10-13 novembre 2010. European Journal of Public Health 2010; 20(suppl.1):248-9.
- 102) Mazzarella G, Binkin N, Perra A, Baglio G, et al. Severe obesity in Italian children and related factors: data from Okkio alla Salute national survey. Atti 20th ECOG Congress – Brussels, 17-20 November 2010: 58 (poster)
- 103) Baglio G, Materia E. La condizione postmoderna e le traiettorie della complessità. Atti XI Congresso Nazionale SIMM "Salute per tutti: da immigrati a cittadini" – Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna: Lombar Key S.r.l 2011; pp.51-61.
- 104) Rosano A, Baglio G, Salvatore MA, Cacciani L, Spagnolo A. Analisi del rischio infortunistico tra i lavoratori immigrati in Italia (relazione). Atti XI Congresso Nazionale SIMM "Salute per tutti: da immigrati a cittadini" – Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna: Lombar Key S.r.l 2011; pp.102-5.
- 105) Nardone P, Spinelli A, Lamberti A, Buoncristiano M, Baglio G, Bucciarelli M, Andreozzi S, Pediconi M, Lauria L, Senatore S e il Gruppo OKKio alla SALUTE 2010. Quanto si muovono i bambini italiani? I risultati della seconda raccolta dati di OKKio alla SALUTE. In: Atti XII Conferenza nazionale di sanità pubblica (Sltl). Roma, 12-15 ottobre 2011. Igiene e Sanità Pubblica 2011; 3(suppl): 473.
- 106) Spinelli A, Galeone D, De Mei B, Lamberti A, Nardone P, Baglio G, et al. I bambini italiani sono obesi? Favorire le alleanze e l'integrazione per prevenire le malattie cardiocerebrovascolari (relazione). In: Atti XII Conferenza nazionale di sanità pubblica (Sltl). Roma, 12-15 ottobre 2011. Igiene e Sanità Pubblica 2011; 3(suppl): 371-6.
- 107) Spinelli A, Buoncristiano M, Bonciani M, Lamberti A, Nardone P, Baglio G, et al. Le abitudini alimentari tra i bambini delle terze classi elementari con madre straniera. Atti XII Congresso Nazionale SIMM "Migrazioni, salute e crisi" – Viterbo, 10-12 ottobre 2012. Bologna: Pendragon 2012; p.169.
- 108) Buoncristiano M, Lamberti A, Nardone P, Bonciani M, Spinelli A, Baglio G, e il Gruppo OKKio alla Salute 2010. Sovrappeso e obesità nei bambini di 8 e 9 anni figli di donne straniere: quale diffusione del fenomeno e quale la percezione delle madri. Atti XII Congresso Nazionale SIMM "Migrazioni, salute e crisi" – Viterbo, 10-12 ottobre 2012. Bologna:

- Pendragon 2012; p.170.
- 109) Baglio G (relazione). La solidarietà e i nuovi orizzonti della sanità samaritana. Atti XIII Congresso Nazionale SIMM "Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere" – Agrigento, 14-17 maggio 2014. Bologna: Pendragon 2014; p.84.
- 110) Di Nicola A, Geraci S, Marceca M, Baglio G, et al. Le politiche di contrasto delle disuguaglianze: dall'annuncio alla concretezza di un percorso regionale. Costruzione e monitoraggio di alcuni indicatori. Atti XIII Congresso Nazionale SIMM "Responsabilità ed equità per la salute dei migranti: un impegno da condividere" – Agrigento, 14-17 maggio 2014. Bologna: Pendragon 2014; p.146.
- 111) Baglio G, Fortino A, Geraci S, Marceca M, Tosti ME, Vella S. Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti. Atti XIV Congresso Nazionale SIMM "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna: Pendragon 2016; pp. 31-4.
- 112) Baglio G, Tosti ME, Marrone R, Pajno C, Rosso A, D'Angelo F, Ferrigno L, Geraci S, Marceca M. I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli: linea guida sui controlli sanitari all'arrivo e i percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza. Atti XIV Congresso Nazionale SIMM "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna: Pendragon 2016; pp. 60-3.
- 113) Napoli PA, Gnolfo F, Renzi S, Mazzarini G, Pajno C e Baglio G, per la Rete di assistenza sociosanitaria ai migranti in transito a Roma (anni 2014 e 2015). L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma. Atti XIV Congresso Nazionale SIMM "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna: Pendragon 2016; pp. 69-75.
- 114) Frascarelli W, Panella V, Baglio G, Lorenzini L, Forcella E, Geraci S, Mantini V. Sistema regionale centralizzato per la gestione degli STP/ENI con scheda informatizzata. Atti XIV Congresso Nazionale SIMM "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna: Pendragon 2016; p. 98.
- 115) Al Rousan A, Pizzi L, Alemaio T, Grmay S, Schillirò MC, Baglio G, Lodesani C, Di Carlo S. Primo soccorso psicologico (PSP) per i migranti in transito nel centro Baobab, e nella tendopoli alla Stazione Tiburtina, Roma: gli insegnamenti tratti da un servizio integrato di supporto psicologico e di mediazione interculturale. Atti XIV Congresso Nazionale SIMM "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna: Pendragon 2016; p. 145.
- 116) Motta F, Baglio G. "Salute senza esclusione": una storia di collaborazione pubblico-privato sociale in favore della popolazione rom. Atti XIV Congresso Nazionale SIMM "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna: Pendragon 2016; p. 158.
- 117) Sesti F, Del Gaudio R, Baglio G, Signorini S, Sonno M, Costanzo G. Sperimentazione di un modello formativo per la tutela della salute dei lavoratori stranieri del comparto edile - Progetto "Sicurezza e salute dei lavoratori stranieri del comparto edile" programma CCM 2013. Atti XIV Congresso Nazionale SIMM "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna: Pendragon 2016; p. 190.
- 118) Forcella E, Abi Ahmed L, Crivelli A, Eugeni E, Lorenzini L, Materia E, Santone G, Scassellati G, Mantini V, e il Gruppo di lavoro sulle Mgf: Baglio G, Buoncristiano M, D'Aguanno G, Mancini I, Santonico V. Mutilazioni Genitali Femminili: un progetto con le donne del Corno d'Africa a Roma. Atti XIV Congresso Nazionale SIMM "Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute" – Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna: Pendragon 2016; p. 192.
- ARTICOLI SU RIVISTE SCIENTIFICHE**
- 119) Baglio G, Guglietta B. Tecnologia e Organizzazione sanitaria. Quaderni della Ricerca sui Servizi Sanitari, ottobre 1993; pp.15-9.
- 120) Calamo FP, Baglio G, Guglietta B. Il Carcinoma mammario: epidemiologia descrittiva e fattori di rischio. Ann Ig 1994; 6(4-6):525-37.
- 121) Baglio G, Loiudice M, Geraci S. Immigrazione e salute: aspetti normativi. Ann Ig 1995; 7(3): 165-77.
- 122) Baglio G, Donati S, Andreozzi S, et al. Indagine conoscitiva su gravidanza, parto e puerperio in Italia: confronto tra donne extracomunitarie e donne italiane. Contracezione Fertilità Sessualità 1998;25(3):135-40.
- 123) Baglio G, Caroli M, Grandolfo ME, Stazi MA. Epidemiologia dell'obesità nell'età evolutiva. Riv Ital Pediatr 1998; 24 (suppl 3): 3-9.

- 124) Iorio AM, Alatri A, Camilloni B, Neri M, Baglio G, Donatelli I. Antibody response to 1995-1996 influenza vaccine in institutionalized and non-institutionalized elderly women. *Gerontology* 1999; 45(1):31-8.
- 125) Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanita* 1999; 35(2):289-96.
- 126) Donati S, Baglio G, Spinelli A, Grandolfo ME. Drug use in pregnancy among Italian women. *Eur J Clin Pharmacol* 2000; 56(4):323-28.
- 127) Baglio G, Spinelli A, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del bambino. *Ann Ist Super Sanita* 2000; 36(4):465-78.
- 128) Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME. Diseguaglianze nell'assistenza alla nascita. *Salute e Territorio; "La Nascita"* 2000; 120:100-1.
- 129) Baglio G, Materia E, Vantaggiato G, Perucci CA. Valutare l'appropriatezza dei ricoveri con i dati amministrativi: ruolo degli APR-DRG. *Tendenze Nuove*; 1/2001:51-69.
- 130) Calisti A, Materia E, Molle PH, Baglio G, Tancioni V. Problematiche neonatali post-dimissione di interesse chirurgico. *Riv Ital Pediatr* 2001; 27:559-62.
- 131) Materia E, Baglio G. Appropriatezza: la "prossima frontiera" dell'assistenza sanitaria. *Tendenze Nuove*; 1/2002 nuova serie:49-51.
- 132) Materia E, Rossi L, Spadea T, Cacciani L, Baglio G, et al. Hysterectomy and socio-economic position in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(6):461-5.
- 133) Marrocco G, Calisti A, Materia E, Baglio G, Tancioni V. Efficacia del trattamento chirurgico per ipospadia: analisi dei dati delle dimissioni ospedaliere nel triennio 1996-98. *Pediatr Med Chir* 2002; 24 (3):223-7.
- 134) Medda E, Baglio G, Guasticchi G, Spinelli A. La salute riproduttiva delle cittadine straniere nel Lazio. *Ann Ist Super Sanita* 2002; 38 (4):357-65.
- 135) Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osbor J. Do antenatal classes benefit the mother and her baby? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13 (2):94-101.
- 136) Baglio G, Di Domenicantonio R, Materia E, Guasticchi G. La valutazione dell'appropriatezza organizzativa per modulare le tariffe della compensazione interregionale della mobilità sanitaria. *Tendenze Nuove*; 2/2003 nuova serie: 107-20.
- 137) Baglio G, Villeggia M. La mobilità sanitaria interregionale nel 2001. *Annali degli Ospedali San Camillo e Forlanini* 2003; 5 (1):21-3.
- 138) Osborn J, Baglio G, Conforti F. Sherlock Holmes, Evidenza e Odontoiatria basata sull'Evidenza. *Medic* 2003; 11:16-24.
- 139) Marchisio P, Materia E, Baglio G, Canonaco D, Bellussi L, Mele A, Rizzoni G, a nome dei componenti del progetto LINCO. Appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia. *Dossier Otorinolaringoiatria* in: *Area Pediatrica* 2003; 7:8-23.
- 140) Baglio G, Bellussi L, Calia V, et al. Appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia. *Medico e Bambino* 2003; 22 (7):41-57.
- 141) Materia E, Baglio G, Mele A, Guasticchi G. Linee guida per la promozione dell'appropriatezza clinica ed organizzativa. L'esempio della tonsillectomia. *Tendenze Nuove*; 1/2004 nuova serie: 55-64.
- 142) Di Domenicantonio R, Filocamo A, Baglio G, Canonaco D, Conte A, Jozdani SM, et al. La valutazione dell'appropriatezza organizzativa con differenti metodi: APPRO-PRUO. *Ann Ig* 2004; 16(1-2):79-94.
- 143) Agabiti N, De Luca A, Tancioni V, Agabiti B, Cardo S, Picconi O, Baglio G, et al. Determinanti della mortalità intra-ospedaliera in seguito a ictus cerebrale nel Lazio. *Ann Ig* 2004; 16(1-2):351-64.
- 144) Materia E, Di Domenicantonio R, Baglio G, et al. Epidemiologia della tonsillectomia e/o adenoidectomia in Italia. *Pediatr Med e Chir* 2004; 26(3):179-86.
- 145) Cairella G, Baglio G, Censi L, Ciaralli F, Marchetti A, Rebella V, et al. Mini Nutritional Assessment (MNA) and nutritional risk assessment in elderly. A proposal of nutritional surveillance system for the Department of Public Health. *Ann Ig* 2005; 17(1):35-46.
- 146) Geraci S, Baglio G, De Benedictis A, Mazzetti M. Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri. In: Geraci S, Malsano B, Mazzetti M (eds). *Studi Emigrazione*. Roma: CSER (Ed), vol.XLII-marzo 2005; 157: 87-103.

- 147) Materia E, Baglio G, Bellussi L, Marchisio P, Perletti L, Pallestrini E, Calia V. The clinical and organisational appropriateness of tonsillectomy and adenoidectomy-an Italian perspective. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005; 69(4):497-500.
- 148) Baglio G, Cacciani L, Napoli PA, Geraci S, Motta F, Rossano R, et al. Una campagna vaccinale in favore dei bambini Rom e Sinti a Roma. *Ann Ig* 2005; 17(3):197-207.
- 149) Spinelli A, Baglio G, Lispi L, Guasticchi G. Condizioni di salute della donna immigrata in Italia. *Ann Ig* 2005; 17 (3):231-41.
- 150) Materia E, Baglio G. Health, science and complexity. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59(7):534-35.
- 151) Materia E, Cacciani L, Bugarini G, Cesaroni G, Davoli M, Mirale MP, Vergine L, Baglio G, et al. Income inequality and mortality in Italy. *Eur J Public Health* 2005; 15(4):411-7.
- 152) Farchi S, Giorgi Rossi P, Chini F, Baglio G, Cacciani L, Lori G, et al. I traumi negli immigrati da paesi non industrializzati: analisi degli accessi in Pronto Soccorso nel Lazio nell'anno 2000. *Ann Ig* 2005; 17(4):335-42.
- 153) Di Napoli A, Baglio G, Bracci C, Taviani A, Zerbino E, Romano V. Vittime di tortura richiedenti asilo in Italia: l'esperienza dell'associazione umanitaria "medici contro la tortura". *Ann Ig* 2005; 17(4):343-50.
- 154) Baglio G, Spinelli A, Guasticchi G. La salute delle donne immigrate in Italia e nel Lazio. *Studi Emigrazione*, 2006; 161: 43-58.
- 155) Baglio G, Materia E. Scienza, salute e complessità: per un'etica dell'incertezza. *Tendenze Nuove* 2006; 1:83-87.
- 156) Cacciani L, Baglio G, Rossi L, Materia E, Marceca M, Geraci S, et al. Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerging Themes in Epidemiology* 2006;3:4. <http://www.ete-online.com>.
- 157) Materia E, Baglio G. Salute e persona: una prospettiva epistemologica. *Tendenze Nuove* 2006 (numero speciale); 27-34.
- 158) Romanini E, Torre M, Manno V, Baglio G, Conti S. Chirurgia protesica dell'anca: la mobilità interregionale. *Giornale italiano di ortopedia e traumatologia*. 2008;34:129-34
- 159) Materia E, Baglio G. Salute e complessità. *Tendenze Nuove* 2008; 1:233-48.
- 160) Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, Fontana G, Lamberti A, Gruppo OKKIO alla SALUTE, Coorte PROFEA 2006. OKKIO alla SALUTE: promozione della salute e crescita sana nei bambini della scuola primaria. *Ann Ig* 2008; 20(4):337-44.
- 161) Griffi R, Urbinati S, Giannuzzi P, Jesi AP, Sommaruga M, Sagliocca L, Bianco E, Tassoni G, Iannucci M, Sanges D, Baldi C, Rociola R, Carbonelli MG, Familiari MG; Gruppo di Lavoro dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali; Istituto Superiore di Sanità; Piano Nazionale Linee Guida; Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva, Cristinziani GR, Amari C, Richichi I, Alessandrini F, Mordenti F, Mauro B, Mozzetta S, Miglioretti M, Buchberger R, Cammarano R, Sampaolo L, Pellegrini L, Rusticali B, Mele A, Ceci V, Chieffo C, Bolognese L, Schweiger C, Michielin P, Baglio G, Nobile A, Scrutinio D, Vigorito C. Italian guidelines on cardiac rehabilitation and secondary prevention of cardiovascular disease: executive summary. *G Ital Cardiol (Rome)* 2008; 9(4):286-97. <http://www.giornale-italiano-cardiologia.it/>
- 162) Genco A, Balducci S, Bacci V, Materia A, Cipriano M, Baglio G, Ribaudo MC, Maselli R, Lorenzo M, Basso N. Intragastric balloon or diet alone? A retrospective evaluation. *Obes Surg* 2008; 18(8):989-92.
- 163) Baglio G, Sera F, Cardo S et al. The validity of hospital administrative data for outcome measurement after hip replacement. *Italian Journal of Public Health* 2009; 6(2):114-27.
- 164) Romanini E, Manno V, Conti S, Baglio G, Di Gennaro S, Masciocchi M, Torre M. Mobilità interregionale e chirurgia protesica del ginocchio. *Annali di Igiene medicina preventiva e di comunità* 2009;21(4):329-36.
- 165) Materia E, Baglio G. Medicina e verità: tra scienza e narrazione. *Recenti Progr Med* 2009;100(7):365-70.
- 166) Binkin N, Fontana G, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Perra A, Spinelli A. A national survey of the prevalence of childhood overweight and obesity in Italy. *Obes Rev* 2009; 11(2):2-10.
- 167) Baglio G, Saunders C, Spinelli A, Osborn J. Utilisation of Hospital Services in Italy: A Comparative Analysis of Immigrant and Italian citizens. *J Immigr Minor Health* 2010; 12:598-609.
- 168) Donati S, Baglio G, Morciano C, Mele A. La Linea Guida sul Taglio Cesareo. *Tendenze Nuove* 2010; 4-5:371-80.

- 169) Spinelli A, Nardone P, Lamberti A, Baglio G e il Gruppo OKkio alla SALUTE 2008. Strategie differenziate nelle popolazioni target: i bambini. *G Ital Cardiol* 2010; 11(5 suppl. 3): 87S-89S.
- 170) Lamberti A, Spinelli A, Baglio G, Nardone P, Silani MT, Mastantuono E, Teti S, Menzano MT, Galeone D; Gruppo OKkio alla SALUTE 2008. Surveillance system OKkio alla SALUTE: the role of primary school in the promotion of healthy life style. *Results of 2008*. Ann Ig 2010; 22(6):555-62.
- 171) Spinelli A, Lamberti A, Buoncristiano M, Nardone P, Baglio G; Gruppo OKkio alla SALUTE 2010. Overweight and obesity among children. 1 out of 4 is overweight, 1 out of 9 is obese. *Epidemiol Prev* 2011; 35(5-6 Suppl 2):82-3.
- 172) Baglio G, Guerrera C, Zantedeschi E, Guasticchi G e il Gruppo di Lavoro Regione Lazio per l'Oftalmologia. Modelli per la riorganizzazione dell'assistenza oftalmologica nel Lazio. *Tendenze Nuove* 2012; 4:261-81.
- 173) Maritati G, Baglio G, Panuccio G, et al. EBM e Clinical Governance: una survey tra giovani chirurghi italiani. *Evidence* 2012; 4(1): e1000005.
- 174) Rosano A, Ronda E, Benavides FG, Cacciani L, Baglio G, Spagnolo A. Work-related health problems among resident immigrant workers in Italy and Spain. *Italian Journal of Public Health* 2012; 9(3):e7528_1-7.
- 175) Marceca M, Geraci S, Baglio G. Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level. *Italian Journal of Public Health* 2012; 9(3):e7948_1-11.
- 176) Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. La discriminazione nell'ambiente di lavoro tra gli immigrati in Italia. *Med Lav* 2012; 103(4):249-58.
- 177) Leonetti F, Capoccia D, Coccia F, Casella G, Baglio G, et al. Obesity, type 2 diabetes mellitus, and other comorbidities: a prospective cohort study of laparoscopic sleeve gastrectomy vs medical treatment. *Arch Surg* 2012; 147(8):694-700.
- 178) Graziadei A, Materia E, Baglio G. Questione di genere e complessità. *Prospettive sociali e sanitarie*, 2013; 1:26-9.
- 179) Binkin N, Spinelli A, Baglio G, Lamberti A. What is common becomes normal: the effect of obesity prevalence on maternal perception. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2013; 23(5): 410-6.
- 180) Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. Work-Related Injuries Among Immigrant Workers in Italy. *J Immigr Minor Health*. 2013; 15(1):182-7.
- 181) Minacori R, Baglio G, Romanini E, Sacchini D, Spagnolo AG. Il consenso informato nella cura del paziente con frattura del femore. *Lo Scalpello* 2013; 27:76-80.
- 182) Genco A, Dellepiane D, Baglio G, et al. Adjustable intragastric balloon vs non-adjustable intragastric balloon: case-control study on complications, tolerance, and efficacy. *Obes Surg* 2013; 23(7):953-8.
- 183) Baglio G, Romanini E. Le migliori evidenze al servizio della pratica clinica: una scommessa possibile ai tempi della crisi. *GIOT* 2013; 39:207-8.
- 184) Genco A, Maselli R, Frangella F, Cipriano M, Paone E, Meuti V, Baglio G, et al. Effect of consecutive intragastric balloon (BIB®) plus diet versus single BIB® plus diet on eating disorders not otherwise specified (EDNOS) in obese patients. *Obes Surg* 2013; 23(12): 2075-9.
- 185) Genco A, Lorenzo M, Baglio G, Furbetta F, et al. Does the intragastric balloon have a predictive role in subsequent LAP-BAND® surgery? Italian multicenter study results at 5-year follow-up. *Surg Obes Relat Dis*. 2014;10(3):474-8.
- 186) Censi L, Spinelli A, Roccaldo R, Bevilacqua N, Lamberti A, Angelini V, Nardone P, Baglio G. Dressed or undressed? How to measure children's body weight in overweight surveillance? *Public Health Nutr*. 2014; 17(12):2715-20.
- 187) Busardò FP, Bertol E, Vaiano F, Baglio G, Montana A, Barbera N, Zaami S, Romano G. Post mortem concentrations of endogenous gamma hydroxybutyric acid (GHB) and in vitro formation in stored blood and urine samples. *Forensic Sci Int*. 2014; 243:144-8.
- 188) Latina R, De Marinis MG, Baglio G, et al. Features and organization of Pain Centers in the Lazio Region, Italy, in 2011. *Ann Ig*. 2014 Jul-Aug;26(4):367-79.
- 189) Bertol E, Mari F, Vaiano F, Romano G, Zaami S, Baglio G, Busardò FP. Determination of GHB in human hair by HPLC-MS/MS: Development and validation of a method and application to a study group and three possible single exposure cases. *Drug Test Anal*. 2015 May;7(5):376-84.
- 190) Di Napoli A, Lapucci E, Baglio G, Di Giulio S, Registro Regionale Dialisi e Trapianto del Lazio. Dializzati italiani e stranieri nel Lazio. *G Ital Nefrol* 2015;32(3).

- 191) Baglio G. Tuberculosis and immigration: the answers that epidemiology can provide (and society is waiting for). *Epidemiol Prev* 2015;39(2):73-4.
- 192) Busardò FP, Kyriakou C, Tittarelli R, Mannocchi G, Pantano F, Santurro A, Zaami S, Baglio G. Assessment of the stability of mephedrone in ante-mortem and post-mortem blood specimens. *Forensic Sci Int*. 2015;256:28-37.
- 193) Busardò FP, Zaami S, Baglio G, et al. Assessment of the stability of exogenous gamma hydroxybutyric acid (GHB) in stored blood and urine specimens. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015;19(21):4187-94.
- 194) Latina R, Mauro L, Mitello L, D'Angelo D, Caputo L, De Marinis MG, Sansoni J, Fabriani L, Baglio G Attitude and Knowledge of Pain Management Among Italian Nurses in Hospital Settings. *Pain Manag Nurs* 2015;16(6):959-67.
- 195) Busardò FP, Bertol E, Mannocchi G, Tittarelli R, Pantano F, Vaiano F, Baglio G, Kyriakou C, Marinelli E. Determination of GHB levels in breast milk and correlation with blood concentrations. *Forensic Sci Int* 2016; 265:172-181.
- 196) Zaami S, Busardò FP, Santurro A, Di Sanzo M, Agostini S, Baglio G, Frati P. Heterologous Fertilization: the Opinion of Italian Physicians and a Brief European Overview *Curr Pharm Biotechnol* 2016;17(4):342-6.
- 197) Baglio G, Forcella E, Eugeni E. Implementazione delle raccomandazioni di buona pratica: la strategia SODA. *Tendenze Nuove* 2016; 2:75-88.
- 198) Zaami S, Busardò FP, Signore F, Felici N, Briganti V, Baglio G et al. Obstetric brachial plexus palsy: a population-based retrospective case-control study and medicolegal considerations. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2017; 14:1-6.
- 199) Busardò FP, Mannocchi G, Giorgetti R, Pellegrini M, Baglio G et al. Stability of endogenous GHB in vitreous humor vs peripheral blood in dead bodies. *Forensic Sci Int* 2017; 274:64-9.
- 200) Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl. 1: 57-63.
- 201) Eugeni E, Sesti F, Di Napoli A, Baglio G. La salute dei lavoratori stranieri in Italia. *Sistema Salute* 2017; 61(3):127-38.
- 202) Soricelli E, Casella G, Baglio G, Maselli R, Ernesti I, Genco A. Lack of correlation between gastroesophageal reflux disease symptoms and esophageal lesions after sleeve gastrectomy. *Surg Obes Relat Dis* 2018; 14(6):751-56.
- 203) Marceca M, Baglio G, Geraci S. Per un'epidemiologia della migrazione in Italia: l'opportunità di nuove alleanze. *Epidemiol Prev* 2018; 42 (1): 7-8.
- 204) Genco A, Lenca R, Ernesti I, Maselli R, Casella G, Bresciani S, Mariani S, Soricelli E, Baglio G, Lorenzo M, Monti M. Improving weight loss by combination of two temporary antiobesity treatments. *Obes Surg* 2018; 28 (12): 3733-7.
- 205) Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Global health and proximity: a framework for strategies of access to healthcare by hard-to-reach groups. *Recenti Prog Med* 2019;110(4):159-64.
- 206) Iorio S, Salvatori LM, Barnocchi A, Battisti A, Rinaldi A, Marceca M, Ricotta G, Brandimarte AM, Baglio G, Gazzaniga V, Paglione L. Social inequalities in the metropolitan area of Rome. A multidisciplinary analysis of the urban segregation of the "formerly-Bastogi" compound. *Ann Ig* 2019;31(3):211-29
- 207) Latina R, De Marinis MG, Giordano F, Osborn JF, Giannarelli D, Di Biagio E, Varrassi G, Sansoni J, Bertini L, Baglio G, et al. Epidemiology of Chronic Pain in the Latium Region, Italy: A Cross-Sectional Study on the Clinical Characteristics of Patients Attending Pain Clinics. *Pain Manag Nurs* 2019; 20: 373-81.
- 208) Aragona M, Castaldo M, Cristina Tumiati M, Schillirò C, Dal Secco A, Agrò F, Forese A, Tosi M, Baglio G, Mirisola C. Influence of post-migration living difficulties on post-traumatic symptoms in Chinese asylum seekers resettled in Italy. *Int J Soc Psychiatry* 2020; 66(2): 129-35.
- 209) Aragona M, Salvatore MA, Mazzetti M, Burgio A, Geraci S, Baglio G. Is the mental health profile of immigrants changing? A national-level analysis based on hospital discharges in Italy. *Ann Ig* 2020; 32(2):157-65.
- 210) Mutti L, Pentimalli F, Baglio G, et al. Coronavirus Disease (Covid-19): What Are We Learning in a Country With High Mortality Rate? *Front Immunol*. 2020 May 28;11:1208.
- 211) Correale P, Mutti L, Pentimalli F, Baglio G, et al. HLA-B*44 and C*01 Prevalence Correlates with Covid19 Spreading across Italy. *Int J Mol Sci*. 2020 Jul 23;21(15):E5205.
- 212) Marrone R, Baglio G, Bruscino G, et al. Prevalence of latent tuberculosis infection, hepatitis B,

LIBRI, MONOGRAFIE, DOCUMENTI
TECNICI

- hepatitis C, and syphilis among newly arrived unaccompanied minors living in reception centers in Rome. *Int J Infect Dis* 2020 Sep 15; S1201-9712(20)30736-0 [Online ahead of print].
- 213) Baglio G, Loiudice M, Geraci S. Immigrazione e salute: la normativa italiana. In: *Immigrazione e salute: un diritto di carta?*, a cura di Geraci S. Edizioni Anterem, Roma 1996; pp.79-98.
- 214) Loiudice M, Baglio G, Geraci S. Viaggio tra le politiche sanitarie per le popolazioni immigrate in diversi Paesi sviluppati. In: *Immigrazione e salute: un diritto di carta?*, a cura di Geraci S. Edizioni Anterem, Roma 1996; pp.123-66.
- 215) Motta F, Ruggeri C, Baglio G. La salute degli zingari. In: *Salute zingara*, a cura di Geraci S, Maisano B, Motta F. Edizioni Anterem, Roma 1998; pp.67-105.
- 216) Baglio G, Geraci S. Aspetti normativi. In: *Salute zingara*, a cura di Geraci S, Maisano B, Motta F. Edizioni Anterem, Roma 1998; pp.193-208.
- 217) Baglio G, Salinetti S, Spinelli A. Gravidanza, aborto spontaneo e volontario in Campania. Rapporti ISTISAN 99/21–Istituto Superiore di Sanità. 1999.
- 218) Spinelli A, Grandolfo ME, Pediconi M, Timperi F, Andreozzi S, Baglio G, et al. L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia: 1993-1994. Rapporti ISTISAN 00/3–Istituto Superiore di Sanità. 2000.
- 219) Cacciani L, Materia E, Cesaroni G, Baglio G, Davoli M, Arcà M, et al. Income, income distribution and hospitalisation: an ecologic study in Rome, Italy. In: TavaKoli M, Davies HTO, Malek M, Eds. *Health Policy and Economics; "Strategic Issues in Health Care Management"*. Ashgate Publishing Ltd 2001; pp.158-71.
- 220) Baglio G, Cacciani L, Materia E, Guasticchi G. Rapporto sull'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio - Anno 2000. Monografie ASP, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. 2002.
- 221) Baglio G, Cacciani L, Ciuta TS, D'Ascanio I, Geraci S, Grandolfo M, et al. Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma. Monografie ASP, Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio. 2003.
- 222) Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Morrone A, Spinelli A, Geraci S, Toma L, Andreozzi S. "Immigrati e zingari: salute e disegualanze". Rapporti ISTISAN 03/4–Istituto Superiore di Sanità 2003; 03/4: 11-23.
- 223) Geraci S, Baglio G, Marceca M, Martinelli B, Mazzetti M. Formazione degli operatori socio-sanitari impegnati nell'assistenza ad utenti immigrati: valutazione di un corso nelle aziende socio-sanitarie del Veneto. In: Bedetti C, Geraci S, Guerra R. Atti del Convegno; "Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali". Rapporti ISTISAN 03/6–Istituto Superiore di Sanità 2003; 03/6: 29-36.
- 224) Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma. In: Bedetti C, Geraci S, Guerra R. Atti del Convegno; "Salute senza esclusione: impegno internazionale ed esperienze locali". Rapporti ISTISAN 03/6–Istituto Superiore di Sanità 2003; 03/6: 57-63.
- 225) Baglio G, Bellussi L, Calia V, Canonaco D, Denuccio C, De Vincentis M, et al. Documento di indirizzo del Piano Nazionale Linee Guida: "Appropriatezza clinica ed organizzativa degli interventi di tonsillectomia e/o adenoidectomia". Milano: ZADIG Ed, 2003.
- 226) Villeggia M, Baglio G, Tancioni V, Salvatori R, Veloccia S, Papini P, et al. Rapporto sulla mobilità sanitaria interregionale. Anno 2001. Monografie ASP, Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio. 2004.
- 227) Materia E, Baglio G. Appropriatezza ed epistemologia della complessità. In: Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. (eds.) Rapporto Sanità 2004. L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica. Bologna: Il Mulino Ed 2004; maggio: 39-72.
- 228) Materia E, Baglio G, Filocamo A, Di Domenicantonio R, Guasticchi G. Valutare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri: la metodologia APPRO. In: Falcitelli N, Trabucchi M, Vanara F. (eds) Rapporto Sanità 2004. L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica. Bologna: Il Mulino Ed 2004; maggio:215-34.
- 229) Cacciani L, Rosano A, Pezzotti P, Rezza G, Baglio G. Tasso di incidenza triennale di AIDS tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2004: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Vita & Pensiero Ed 2004:178-80.
- 230) Fantini MP, Spinelli A, Loghi M, Baglio G, et al. Salute riproduttiva. In: Rapporto Osserva-

- salute 2004: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Vita & Pensiero Ed 2004:189-98.
- 231) Marchisio P, Materia E, Baglio G, Bellussi L, Perletti L, Calia V, a nome del gruppo di lavoro del Progetto LINCO. Indicazioni adeno-tonsillectomia. Epidemiologia della tonsillectomia e/o adenoidectomia in Italia. In: Marseglia GL, Boner A (eds.) Collana Monografica della Società Italiana di Pediatria; "Il bambino con ostruzione nasale". Pisa: PACINI Ed 2004: 125-130.
- 232) Agabiti N, Picconi O, Sperati A, Fabrizi E, Cardo S, Sera F, Baglio G, Guasticchi G. Interventi di protesi d'anca: iniziative regionali in corso e prospettive. In: Torre M. "Progetto per l'istituzione del Registro nazionale degli interventi di protesi di anca". Rapporti ISTISAN 05/18-Istituto Superiore di Sanità 2005; 05/18:33-38.
- 233) Cacciani L, Rosano A, Camoni L, Boros S, Urciuoli R, Rezza G, Baglio G, Colucci A, Pezzotti P. Casi di AIDS diagnosticati in Italia tra i cittadini stranieri (1982-2000). Rapporti ISTISAN 05/39-Istituto Superiore di Sanità 2005.
- 234) Il progetto OSI. Sperimentazione di un sistema informativo sanitario sull'assistenza di primo livello agli immigrati. Monografie ASP, aprile 2006.
- 235) Geraci S, Baglio G (eds). Salute delle popolazioni immigrate. In: Rapporto Osservasalute 2005: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2005: 169.
- 236) Baglio G, Cacciani L, Rosano A, Burgio A, Geraci S, Guasticchi G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2005: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2005: 173-6.
- 237) Geraci S, Baglio G. Note conclusive e raccomandazioni di Osservasalute. In: Rapporto Osservasalute 2005: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2005: 186.
- 238) Geraci S, Affronti M, Baglio G. La sfida della medicina delle migrazioni. In: Dossier Statistico Immigrazione 2005 - XV Rapporto. Roma: Nuova Anterem 2005: 179-88.
- 239) Baglio G, Spinelli A, Guasticchi G. La donna immigrata in Italia. In: Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Grandolfo ME. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Rapporti ISTISAN 06/17-Istituto Superiore di Sanità 2006; 06/17:1-9.
- 240) Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Baglio G, et al. Indagine sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere. In: Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Grandolfo ME. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Rapporti ISTISAN 06/17-Istituto Superiore di Sanità 2006; 06/17:26-54.
- 241) Cacciani L, Baglio G, Spinelli A, Osborn J. Tassi di ospedalizzazione tra gli immigrati in Italia: la standardizzazione indiretta-inversa. In: Rapporto Osservasalute 2006: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane:2006. Milano: Prex Ed 2006: 225-6.
- 242) Mele A, Materia E, Baglio G, De Masi S, Carra L, Aprile S (eds). Salute e Complessità. Viaggio nei campi del sapere. Bologna: Società Editrice Il Mulino 2007.
- 243) Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2007:283.
- 244) Burgio A, Cacciani L, Guasticchi G, Geraci S, Baglio G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2007: 299-302.
- 245) Cacciani L, Rosano A, Boros S, Colucci A, Camoni L, Suligoi B, Rezza G, Baglio G. Incidenza di AIDS tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2007:303-5.
- 246) Baglio G, Viola G, Guasticchi G, Geraci S. Incidenza della tubercolosi tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2007:306-8.
- 247) Geraci S, Baglio G. Accesso ai servizi sanitari degli immigrati a Roma. In: Caritas di Roma. Osservatorio Romano sulle Migrazioni – Terzo Rapporto. Roma: Edizioni IDOS 2007:272-87.
- 248) Baglio G, Geraci S. Accesso ai servizi sanitari degli immigrati a Roma. In: Caritas di Roma. Osservatorio Romano sulle Migrazioni – Quarto Rapporto 2007. Roma: Edizioni IDOS 2008:267-76.
- 249) Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2008: 283.

- 250) Cacciani L, Camoni L, Rosano A, Boros S, Colucci A, Suligoi B, Rezza G, Loghi M, Baglio G. Incidenza di AIDS e di HIV tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2008:293-7.
- 251) Burgio A, Viola G, Geraci S, Baglio G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2008: 301-6.
- 252) Spinelli ATM, Fontana G, Perra A, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Binkin N, Gruppo OKkio alla SALUTE. OKkio alla salute: promozione della salute e della crescita sana nei bambini della scuola primaria. In: Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2008:80-2.
- 253) Baglio G, Barbieri F, Cacciani L, et al. Salute senza esclusione: campagna per l'accessibilità dei servizi socio-sanitari in favore della popolazione rom e sinti a Roma. Quaderni Informa Area n. 5. aprile 2008.
- 254) Materia E, Baglio G. Complessità aziendale e postmodernità. In: Vanara F. Il Governo dell'azienda sanitaria. Bologna: Società Editrice Il Mulino 2008: 169-92.
- 255) AA.VV. Documento di Consenso: "Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare". Conferenza di Consenso, Roma 5-6 giugno 2008. Sito web SIMM: http://www.simmweb.it/fileadmin/documenti/Simm_x_news/2010/2-Dокументo_Consensus_conference_abs-tb_2008.pdf
- 256) AA.VV. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Progetto: "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" – Accordo Ministero della Salute/CCM - Regione Marche (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007). Ancona: Agenzia Regionale Sanitaria Marche 2009.
- 257) Baglio G, Tosti ME. Gli studi ecologici. In: Mele A, Spada E, Tosti ME (eds). Epidemiologia per la clinica e la sanità pubblica. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2009:53-9.
- 258) Baglio G, Mele A. Gli studi di prevalenza. In: Mele A, Spada E, Tosti ME (eds). Epidemiologia per la clinica e la sanità pubblica. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2009:61-9.
- 259) Baglio G. Bias e confondimento. In: Mele A, Spada E, Tosti ME (eds). Epidemiologia per la clinica e la sanità pubblica. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2009:139-64.
- 260) Baglio G, Sera F, Cardo S, et al. Studio di validità dei dati SDO relativi agli interventi di protesi d'anca. In: Torre M, Manno V, Masciocchi M, Romanini E, Zagra L (a cura di). Registro nazionale degli interventi di protesi d'anca: basi operative per l'implementazione. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/22:49-54.
- 261) Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 24:1-145.
- 262) Spinelli A, Binkin N, Perra A, Fontana G, Lamberti A, Cattaneo C, Baglio G, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008. OKkio alla SALUTE. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:1-3.
- 263) Fontana G, Perra A, Binkin N, Spinelli A, Cattaneo C, Lamberti A, Baglio G. Strumenti e metodologia del sistema di sorveglianza. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:4-15.
- 264) Cattaneo C, Baglio G, Binkin N, et al. Caratteristiche della popolazione in studio. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:16-20.
- 265) Binkin N, Baglio G, Lamberti A, et al. Stato ponderale dei bambini. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:21-7.
- 266) Baglio G, Lamberti A, Perra A, et al. Abitudini alimentari dei bambini. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:28-34.

- 267) Lamberti A, Baglio G, Fontana G, et al. Attività fisica e comportamenti sedentari nei bambini. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:35-41.
- 268) Binkin N, Spinelli A, Baglio G, et al. Percezione dello stato ponderale dei bambini da parte dei genitori. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:42-6.
- 269) Lamberti A, Perra A, Spinelli A, Baglio G, et al. Ambiente scolastico. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:47-53.
- 270) Perra A, Cattaneo C, Fontana G, Baglio G, et al. Valutazione di processo di OKkio alla SALUTE. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:80-99.
- 271) Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, et al. Conclusioni e prospettive future. In: Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Andreozzi S, Galeone D (a cura di). OKkio alla SALUTE: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporti ISTISAN 09/24–Istituto Superiore di Sanità 2009; 09/24:100-1.
- 272) Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano:Prex Ed 2009:225.
- 273) Baglio G, Burgio A, Viola G. Le fonti demografiche per la stima della presenza straniera in Italia: punti di forza, limiti e prospettive future. In: Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano:Prex Ed 2009:226-33.
- 274) Spinelli A, Lamberti A, Baglio G, Fontana G, Perra A, Cattaneo C, Binkin N, Gruppo OKkio alla SALUTE 2008. Sovrappeso e obesità nei bambini. In: Rapporto Osservasalute 2009. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano:Prex Ed 2009:74-9.
- 275) Mele A, Baglio G, Donati S, Morciano C, et al. Linea Guida SNLG "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole". Milano: ZADIG Ed, 2010. Sito web SNLG-ISS: http://www.snlg-iss.it/lgn_taglio_cesareo_assistenza donne
- 276) Cairella G, Baglio G, Garbagnati F, Lamberti A, Spinelli A. L'epidemiologia dell'obesità e del sovrappeso nel bambino e nell'adolescente. In: Gentile MG (editor). Nutrizione e salute. Dall'infanzia alla quarta età. Collana "Aggiornamenti in nutrizione clinica". Faenza: Tipografi Mattioli 2010; vol.18:11-24.
- 277) Mele A, Basevi V, Morciano, Ascone GB, Baglio G, et al. Linea Guida SNLG "Gravidanza fisiologica". Milano: ZADIG Ed, novembre 2010.
- 278) Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2010. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2010: 275-9.
- 279) Spinelli A, Forcella E, Asole S, Baglio G, et al. Sperimentazione di un intervento di assistenza domiciliare post-partum per le donne immigrate. In: Rapporto Osservasalute 2010. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2010: 293-4.
- 280) Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2011. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2011: 219-20.
- 281) D'Errico A, Burgio A, Geraci S, Baglio G. Ospedalizzazione tra gli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2011. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2011: 233-41.
- 282) Geraci S, Baglio G. La salute degli immigrati: dall'accesso alla fruibilità. In: Caritas di Roma. Osservatorio Romano sulle Migrazioni – Ottavo Rapporto. Roma: Edizioni IDOS 2011:106-13.
- 283) Il sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. Angela Spinelli, Anna Lamberti, Giovanni Baglio, et al. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 284) Lamberti A, Buoncristiano M, Baglio G, et al. Strumenti e metodologia del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone

- D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 285) Buoncristiano M, Baglio G, Lamberti A, et al. Caratteristiche della popolazione. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 286) Lamberti A, Buoncristiano M, Spinelli A, Baglio G, et al. Stato ponderale dei bambini. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 287) Spinelli A, Lamberti A, Baglio G. Abitudini alimentari dei bambini. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 288) Nardone P, Lamberti A, Buoncristiano M, Baglio G, et al. Attività fisica e comportamenti sedentari nei bambini. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 289) Buoncristiano M, Lamberti A, Nardone P, Spinelli A, Bonciani M, Andreozzi S, Baglio G. Percezione dello stato ponderale dei bambini da parte dei genitori. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 290) Lamberti A, Nardone P, Spinelli A, Baglio G, et al. Ambiente scolastico. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 291) Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Buoncristiano M, Baglio G. Conclusioni e prospettive future. In: Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, Andreozzi S, Galeone D. Sistema OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Rapporti ISTISAN 12/14–Istituto Superiore di Sanità 2012.
- 292) Mele A, Baglio G, Donati S, Morciano C, et al. Linea Guida SNLG “Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole” – Seconda parte. Milano: ZADIG Ed, 2012.
- 293) Baglio G, Materia E. La condizione postmoderna e le traiettorie della complessità. In: Geraci S, Gnolfo F. In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza. Bologna: Pendragon 2012: pp.12-22.
- 294) Censi L, D'Addesa D, Martone D, Galfo M, Bevilacqua N, Roccaldo R, Angelini V, Fabbri I, Castasta G, Toti E, Baglio G, et al. Articolazione dello Studio ZOOM8. In: Censi L, D'Addesa D, Galeone D, Andreozzi S, Spinelli S. Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria. Rapporti ISTISAN 12/42–Istituto Superiore di Sanità 2012: 5-13.
- 295) Angelini V, Spinelli A, Censi L, Martone D, Lamberti A, Nardone P, Baglio G, Gruppo ZOOM8. Ruolo dei servizi. In: Censi L, D'Addesa D, Galeone D, Andreozzi S, Spinelli S. Studio ZOOM8: l'alimentazione e l'attività fisica dei bambini della scuola primaria. Rapporti ISTISAN 12/42–Istituto Superiore di Sanità 2012: 31-37.
- 296) Ricordy A, Trevisani C, Motta F, Casagrande S, Geraci S, Baglio G. La Salute per i rom - Tra mediazione e partecipazione. Bologna: Pendragon 2012.
- 297) Casagrande S, Baglio G, Salvatore A, Geraci S. La formazione sulla salute degli immigrati e l'assistenza ospedaliera nel Lazio. In: Caritas di Roma. Osservatorio Romano sulle Migrazioni – Nono Rapporto. Roma: Edizioni IDOS 2012:82-7.
- 298) Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2013: 203-4.
- 299) Camoni L, Boros S, Suligoi B, Baglio G. AIDS tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2013: 213-5.
- 300) Pugliese A, Burgio A, Geraci S, Baglio G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2013: 226-33.
- 301) Tosti ME, Zuccaro O, Salvatore MA, Baglio G, Mele A. Epatite virale tra gli stranieri. In: Rapporto Osserva-salute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2013: 248-52.
- 302) AA.VV. (Baglio G coordinatore). Documento di indirizzo: Percorso assistenziale per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni. Pubblicazioni ASP 2013.
- 303) Forcella F, Eugeni E, Baglio G. Analisi delle cause profonde di inefficienza clinico-

- organizzativa e sviluppo di strategie volte al cambiamento. Pubblicazioni ASP 2013.
- 304) Buoncristiano M, Centra M, Baglio G. Analisi dei costi relativi al percorso assistenziale standard per pazienti ultrasessantacinquenni con frattura di femore. Pubblicazioni ASP 2013.
- 305) Calamo-Specchia F, Baglio G, Gianino MM. Senso e finalità delle valutazioni economiche e finanziarie in sanità pubblica. In: AAVV. Rapporto prevenzione 2013. L'economia della prevenzione. Bologna: Il Mulino Ed 2013.
- 306) Geraci S, Baglio G. Politiche sanitarie in materia di salute degli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2013. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2014: 223-30.
- 307) Geraci S, Baglio G, Burgio A. Salute degli immigrati. In: Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2015: 263-5.
- 308) Pugliese A, Burgio A, Geraci S, Petrelli A, Baglio G. Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2015: 273-81.
- 309) Camoni L, Boros S, Suligoi B, Baglio G. AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2015: 296-9.
- 310) Tosti ME, Alfonsi V, Baglio G. Epatite virale acuta tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2015: 303-9.
- 311) Motta F, Ricordy A, Baglio G, Geraci S, Marceca M (a cura di). I servizi sanitari del Lazio e la popolazione romani: strategie contro le diseguaglianze. Bologna: Pendragon 2015.
- 312) Materia E, Baglio G. Economia, finanza e diseguaglianze. In: Calamo-Specchia F (a cura di). Manuale critico di sanità pubblica. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore 2015: 160-6.
- 313) Materia E, Baglio G, Graziadei A. Differenze di genere. In: Calamo-Specchia F (a cura di). Manuale critico di sanità pubblica. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore 2015: 104-9.
- 314) AA.VV. Una rete per la salute degli immigrati: il GrIS Lazio tra riflessione e operatività. In: Centro Studi e Ricerche IDOS. Osservatorio Romano sulle Migrazioni – Undicesimo Rapporto. Roma: Edizioni IDOS 2016:119-26.
- 315) Geraci S, Baglio G, Burgio A. Salute della popolazione straniera. In: Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2016:267-9.
- 316) Burgio A, Baglio G, Petrelli A, Pugliese A. Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2016:277-81.
- 317) Tosti ME, Alfonsi V, Ferrigno L, Baglio G. Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osserva-salute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2016:286-92.
- 318) Baglio G, Pajno C, Napoli PA, Mazzarini G, Fortino A per il Gruppo di Lavoro sul piano di intervento "Selam Palace e insediamenti via delle Messi d'oro e via Collatina". L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma. In: Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2016:313-4.
- 319) Geraci S, Baglio G, Burgio A. Salute della popolazione straniera. In: Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2017:289-90.
- 320) Baglio G, Eugeni E, Gnolfo F, Napoli PA per il Gruppo di Lavoro "Rete di assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma (Anni 2014 e 2015)". Fenomeno dei migranti in transito a Roma: sperimentazione di un modello di prossimità assistenziale. In: Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2017:304-5.
- 321) Mazzetti M, Geraci S, Burgio A, Baglio G. Salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo? In: Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2017:306-7.
- 322) Baglio G, Eugeni E, Geraci S. La salute dei migranti: emergenza o pari opportunità? In: Centro Studi e Ricerche IDOS. Dossier Statistico Immigrazione 2016. Arezzo: Imprinting s.r.l. 2016: 236-41.

- 323) Fortino A, Baglio G, Aragona M, Segneri MC, Mirisola C, Fava A. L'esperienza dell'Inmp a servizio della salute dei migranti e delle fasce svantaggiate di popolazione. In: Centro Studi e Ricerche IDOS. Osservatorio Romano sulle Migrazioni - Dodicesimo Rapporto. Arezzo: Imprinting s.r.l. 2017: 88-97.
- 324) AA.VV. Programma "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza sociosanitaria alle popolazioni migranti. Rassegna di revisioni sistematiche, linee guida e documenti di indirizzo sulla salute degli immigrati. Roma: INMP marzo 2017 (ISBN 9788898544172).
- 325) Baglio G, Tosti ME, Marceca M (coordinatori). I controlli alla frontiera / La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza - Linea guida. Roma: Eurolit s.r.l. giugno 2017 (ISBN 9788898544189).
- 326) Geraci S, Eugeni E, Baglio G. Migrazione e salute: evidenze e policy per un'azione di sistema. In: Centro Studi e Ricerche IDOS. Dossier Statistico Immigrazione 2017. Arezzo: Imprinting s.r.l. 2017: 239-44.
- 327) Geraci S, Baglio G, Burgio A. Salute della popolazione straniera. In: Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2018:301-3.
- 328) Baglio G, Burgio A, Petrelli A, Pugliese A. Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2018:311-5.
- 329) Baglio G, Regine V, Boros S, Pugliese L, Suligoi B. AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2018: 320-4.
- 330) Tosti ME, Ferrigno L, Alfonsi V, Baglio G. Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia. In: Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2018:328-32.
- 331) AA.VV. "Linee Guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale". Ministero della Salute, 21 ottobre 2016.
- 332) Eugeni E, Baglio G, Gnolfo F, Gruppo di Lavoro "Sviluppo della Linea Guida". Linea Guida "I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli: controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza". In: Rapporto Osservasalute 2017. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2018:338-9.
- 333) AA.VV. L'Italia per l'equità nella salute. Roma: Eurolit s.r.l. novembre 2017 (ISBN 9788898544196).
- 334) Baglio G, Tosti ME, Marceca M (coordinatori). Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia - Linea guida. Roma: Eurolit s.r.l. febbraio 2018 (ISBN 9788898544202).
- 335) Geraci S, Baglio G, Burgio A. Salute della popolazione straniera. In: Rapporto Osservasalute 2018. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2019:363-5.
- 336) Pugliese A, Baglio G, Burgio A. Analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera e dei certificati di Assistenza al Parto per la costruzione di indicatori sulla gravidanza e sulla salute materno-infantile delle donne straniere. In: Rapporto Osservasalute 2018. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2019:366-8.
- 337) Baglio G, Eugeni E, D'Angelo F, Ferrigno L, Tosti ME, Vella S, Geraci S, Marceca M, Gruppo di Lavoro per lo sviluppo della LG. Linea Guida "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia". In: Rapporto Osservasalute 2018. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2019:374-6.
- 338) Baglio G, Eugeni E, Brandimarte A, Gnolfo F, Landi A, Tonetti S, Colosimo F, Napoli PA, Perrelli F, Leotta D. Piano di intervento socio-sanitario per immigrati e persone in condizione di fragilità socio-economica presenti negli insediamenti abusivi ed edifici occupati. In: Rapporto Osservasalute 2018. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2019:380-1.
- 339) Baglio G, Eugeni E. Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard-to-reach. In: Maciocco G (a cura di). Cure primarie e servizi territoriali. Roma: Carocci editore 2019.
- 340) Fortino A, Lispi L, Materia E, Di Domenicanantonio R, Baglio G. La valutazione dell'appropriatezza

DIVULGATIVE, BLOG

- dei ricoveri ospedalieri in Italia con il metodo APPRO. Panorama della Sanità 2002; 32:42-9.
- 341) Materia E, Baglio G. Complessità. Parole Chiave. Care 2006; 8(1-2):29-31.
- 342) Materia E, Baglio G. Complessità e sanità pubblica: sempre più a braccetto. Care 2006; 11-2.
- 343) Gruppo tecnico del progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia". La spesa sanitaria per gli immigrati. Monitor 2008; 7(21): 100-8.
- 344) Mazzarella G, Binkin N, Perra A, Gruppo di coordinamento OKkio alla SALUTE (Baglio). Obesità severa del bambino e fattori correlati. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 2008; 21(12): i-iii.
- 345) De Luca A, Marrone A, Binkin N, Perra A, Gruppo di coordinamento OKkio alla SALUTE (Baglio). Il punto sui bimbi che "saltano" la prima colazione. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 2008; 21(12):iii-iv.
- 346) Baglio G. La salute degli immigrati coinvolge tutti, oltre l'ideologia. Farefuturo Web Magazine 18 marzo 2009.
- 347) Baglio G. Una ricerca Istat smonta il mito dell'immigrato untore. Blog Salute Internazionale – 17 aprile 2009: <http://saluteinternazionale.info/2009/04/una-ricerca-istat-smonta-il-mito-dellimmigrato-untore/>
- 348) Baglio G, Materia E. L'enciclica sullo sviluppo umano integrale nella carità e nella verità. Blog Salute_ Internazionale. info – 14 settembre 2009. Sito web:
<http://www.saluteinternazionale.info/2009/09/1%e2%80%99enciclica-sullo-sviluppo-umano-integrale-nella-carita-e-nella-verita/>
- 349) Baglio G, Spinelli A. Obesità. L'Occidente epulone e la nemesi di Lazzaro. Blog Salute Internazionale – 21 ottobre 2009 <http://saluteinternazionale.info/2009/10/obesita-1%e2%80%99occidente-epulone-e-la-nemesi-di-lazzaro/>
- 350) Spinelli A, Baglio G. Le donne immigrate e la maternità: una scommessa di civiltà per l'Italia e per l'Europa. Blog Salute Internazionale – 3 dicembre 2009 <http://saluteinternazionale.info/2009/12/le-donne-immigrate-e-la-maternita-una-scommessa-di-civiltà-per-litalia-e-per-leuropa/>
- 351) Baldi A, Di Fabio M, Binkin N, Perra A, Gruppo di coordinamento OKkio alla SALUTE (Baglio). Bambini sovraesposti alla televisione e fattori correlati. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 2009; 22(01): i-ii.
- 352) Silvestri AR, Balducci MT, Binkin N, Perra A, Gruppo di coordinamento OKkio alla SALUTE (Baglio). La scuola elementare come luogo di promozione di stili alimentari sani e dell'attività fisica. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 2009; 22(01): iii-iv.
- 353) Bilei S, Callipari O, Binkin N, Perra A, Gruppo di coordinamento OKkio alla SALUTE (Baglio). I bambini fisicamente "non attivi": un'analisi dei dati sui bambini di otto anni delle scuole primarie. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 2009; 22(02): i-ii.
- 354) Mancini C, Ferreiro MS, Carletti P, De Giacomi GV, Seniori Costantini A, Calamita ML, Brusco A, Gallieri D, Burgio A, Mondo L, Rusciani R, Sticchi C, Volpi C, Biocca M, Caranci N, Candela S, Ventura C, Palazzi M, Vitali P, Baglio G, et al. Sintesi di un'esperienza e di una proposta metodologica per un profilo di salute della popolazione immigrata, Ancona 2009. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità 2009; 22(7-8): iii-iv.
- 355) Baglio G, Geraci S. Politiche efficaci per contrastare la tubercolosi negli immigrati: le raccomandazioni degli esperti. Blog Salute Internazionale – 29 marzo 2010. Sito web: <http://saluteinternazionale.info/2010/03/politiche-efficaci-per-contrastare-la-tubercolosi-negli-immigrati-le-raccomandazioni-degli-experti/>
- 356) Baglio G. Diabete mellito: la parola agli screening. Blog Salute Internazionale – 7 luglio 2010 <http://saluteinternazionale.info/2010/07/diabete-mellito-la-parola-agli-screening/>
- 357) Lamberti A, Baglio G. Merenda sana o junk snack: giovani generazioni a un bivio. Blog Salute Internazionale – 27 ottobre 2010. <http://www.saluteinternazionale.info/2010/10/merenda-sana-o-junk-snack-giovani-generazioni-a-un-bivio/>
- 358) Materia E, Baglio G. Ascesi e salute. Blog Salute Internazionale – 2 novembre 2011. Sito: <http://www.saluteinternazionale.info/2011/11/ascesi-e-salute/>
- 359) Materia E, Baglio G. I sistemi sanitari al tempo dei barbari. Janus 2011; 1:14-7.
- 360) Baglio G, Geraci S. Necessario ma non sufficiente. Janus 2011; 3:20-3.
- 361) Baglio G, Lamberti A. Obesità pandemica: una sfida indifferibile. Blog Salute Internazionale – 15 dicembre 2011. Sito: <http://www.saluteinternazionale.info/2011/12/obesita-pandemica-una-sfida-indifferibile/>
- 362) Nardone P, Lamberti A, Baglio G, et al. Il sistema di sorveglianza OKkio alla Salute: i prin-

- cipali risultati della seconda raccolta dati. Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità. 2012; 25(1): i-ii
- 363) Baglio G, Materia E. L'ascesi cambia la salute e la società. Janus 2012; 6:52-7.
 - 364) Materia E, Baglio G. Complessità, parola d'ordine del mondo globalizzato. Blog Salute Internazionale – 21 giugno 2012. <http://www.saluteinternazionale.info/2012/06/complessita-parola-dordine-del-mondo-globalizzato/>
 - 365) Materia E, Baglio G. Il bosone di Higgs e l'agenda nascosta della scienza. Janus on line 27/07/2012. Sito: <http://www.janusonline.it/rubriche/il-bosone-di-higgs-e-lagenda-nasco-sta-della-scienza>
 - 366) Materia E, Baglio G. Sanità pubblica ecologica. Blog Salute Internazionale – 4 aprile 2013. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/04/sanita-pubblica-ecologica/>
 - 367) Baglio G, Materia E. Trip Advisor in sanità. Sarà vera gloria? Blog Salute Internazionale – 13 novembre 2013. <http://www.saluteinternazionale.info/2013/11/trip-advisor-in-sanita-sara-vera-gloria/>
 - 368) Materia E, Forcella E, Baglio G. Per eliminare le mutilazioni genitali femminili. Blog Salute Internazionale – 22 gennaio 2014. <http://www.saluteinternazionale.info/2014/01/per-eliminare-le-mutilazioni-genitali-femminili/>
 - 369) Materia E, Baglio G. Papa Francesco e la dimensione sociale della salute. Blog Salute Internazionale – 17 marzo 2014. <http://www.saluteinternazionale.info/2014/03/papa-francesco-e-la-dimensione-sociale-della-salute/>
 - 370) Baglio G, Fortino A. I migranti invisibili nelle città-ragnatela. Blog Salute Internazionale – 17 giugno 2015. <http://www.saluteinternazionale.info/2015/06/i-migranti-invisibili-nelle-citta-ragnatela/>
 - 371) Baglio G, Tosti M E, Marceca M. I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli. Blog Salute Internazionale – 13 giugno 2018. <http://www.saluteinternazionale.info/2018/06/i-controlli-all-frontiera-la-frontiera-dei-controlli-2/>
 - 372) Baglio G, Affronti M. Il dovere dell'accoglienza. Blog Salute Internazionale – 8 maggio 2019. <http://www.saluteinternazionale.info/2019/05/il-dovere-dellaccoglienza/>

Ho sottoscritto, consapevole che, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, le dichiarazioni false, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi comportano la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti e l'applicazione delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000, dichiaro la veridicità del proprio curriculum vitae.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 – “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell'art. 13 GDPR 679/16 – “Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali”.

Roma, 30 novembre 2020

Dr. Giovanni Baglio



Ministero della Salute



Allegato 3

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

Monitoraggio Fase 2 Report settimanale

Report 28 Sintesi nazionale

Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020)
Dati relativi alla settimana 16-22 novembre 2020
(aggiornati al 25 novembre 2020)



Aggiornamento: 25 novembre 2020 - Periodo di riferimento: 16/11-22/11

Headline della settimana:

- La velocità di trasmissione dell'epidemia in Italia sta rallentando ed ha raggiunto livelli di Rt prossimi a 1 in molte Regioni/PA. Inoltre, per la prima volta da molte settimane, l'incidenza (dati flusso ISS) calcolata negli ultimi 14 gg è diminuita a livello nazionale. Questi dati sono incoraggianti e segnalano l'impatto delle misure di mitigazione realizzate nelle ultime settimane, tuttavia si accompagnano ad un lieve aumento nelle ospedalizzazioni in area medica e in terapia intensiva con pressione ancora molto elevata sui servizi ospedalieri che complessivamente non è in regressione.
- L'incidenza rimane tuttavia ancora troppo elevata per permettere una gestione sostenibile ed il contenimento. Per questo motivo, è necessario raggiungere livelli di trasmissibilità significativamente inferiori ad 1 consentendo una rapida diminuzione nel numero di nuovi casi di infezione e, conseguentemente, una riduzione della pressione sui servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.
- Dieci Regioni/PA sono ancora classificate a rischio alto o ad esso equiparate, di queste, 9 sono state classificate a rischio Alto e/o equiparate a rischio Alto per 3 o più settimane consecutive.
- Questo andamento non deve portare ad un rilassamento prematuro delle misure o ad un abbassamento dell'attenzione nei comportamenti.
- Si conferma la necessità di mantenere la **drastica riduzione delle interazioni fisiche** tra le persone. È fondamentale che la popolazione eviti tutte le occasioni di contatto con persone al di fuori del proprio nucleo abitativo che non siano strettamente necessarie e di rimanere a casa il più possibile. Rimane essenziale evitare gli eventi aggregativi che, se effettuati, porteranno ad un rapido aumento nel numero di nuovi casi.
- Si ricorda che è obbligatorio adottare comportamenti individuali rigorosi e rispettare le misure igienico-sanitarie predisposte relative a distanziamento e uso corretto delle mascherine. Si ribadisce la necessità di rispettare le misure raccomandate dalle autorità sanitarie compresi i provvedimenti quarantenari dei contatti stretti dei casi accertati e di isolamento dei casi stessi.



Ministero della Salute



Punti chiave:

- Si riporta una analisi dei dati relativi al periodo 16 - 22 novembre 2020. Per i tempi che intercorrono tra l'esposizione al patogeno e lo sviluppo di sintomi e tra questi e la diagnosi e successiva notifica, verosimilmente molti dei casi notificati in questa settimana hanno contratto l'infezione nella terza decade di ottobre.
- L'epidemia in Italia seppur mantenendosi grave a causa di un impatto elevato sui servizi assistenziali, mostra una riduzione nella trasmissibilità rispetto alla settimana precedente e questo è un segnale di impatto importante delle misure di mitigazione introdotte. Nella maggior parte del territorio la trasmissibilità è compatibile con uno scenario di tipo 1, in miglioramento rispetto a quello della settimana precedente ma con Rt puntuale ancora >1 nel suo valore medio in diverse Regioni/PA.
- Nella settimana di monitoraggio, quasi tutte le Regioni/PA sono ancora classificate a rischio alto di una epidemia non controllata e non gestibile sul territorio o a rischio moderato con alta probabilità di progredire a rischio alto nelle prossime settimane.
 - In particolare, 10 Regioni/PA sono classificate a rischio Alto di una trasmissione di SARS-CoV-2. Di queste, una è considerata a rischio alto a titolo precauzionale in quanto non valutabile in modo attendibile per completezza del dato di sorveglianza insufficiente al momento della valutazione anche per la stima dell'Rt. Di queste 10, 9 sono state classificate a rischio Alto e/o equiparate a rischio Alto per 3 o più settimane consecutive, questo prevede specifiche misure da adottare a livello provinciale e regionale in base al documento "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale" trasmesso con Circolare del Ministero della Salute del 12/10/2020 Prot. 32732. Delle 10 Regioni/PA a rischio Alto o ad esso equiparate, 5 presentano una trasmissibilità calcolata al 4 novembre compatibile con uno scenario di trasmissione 2 e le 5 restanti hanno uno scenario di tipo 1 tranne in un caso in cui tale classificazione non è considerata affidabile per incompletezza dei dati.
 - Le rimanenti Regioni/PA sono classificate a rischio moderato di cui 7 con una probabilità elevata di progredire a rischio alto nel prossimo mese e presentano una trasmissibilità calcolata al 4 novembre compatibile con uno scenario di trasmissione 2 in due di queste e con uno scenario di tipo 1 per la rimanente. Data la trasmissibilità e la probabilità elevata di un imminente passaggio alla classificazione di rischio alto si raccomanda alle autorità sanitarie delle 7 Regioni/PPAA con una probabilità elevata di progredire a rischio alto nel prossimo mese di valutare la opportunità di adottare, anche a livello sub-regionale, ulteriori misure di mitigazione previste per il proprio livello di rischio nel documento "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale" trasmesso con Circolare del Ministero della Salute del 12/10/2020 Prot. 32732.
- 17 regioni al giorno 24/11/2020 avevano superato almeno una soglia critica in area medica o TI. Nel caso si mantenga l'attuale trasmissibilità, quasi tutte le Regioni/PA hanno una probabilità maggiore del 50% di superare almeno una di queste soglie entro il prossimo mese. Complessivamente, il numero di persone ricoverate in **terapia intensiva è salito** da 3.612 (17/11) a 3.816 (24/11/2020); mentre il numero di persone ricoverate in aree mediche è passato da 33.074 (17/11) a 34.577 (24/11/2020).
- Questa settimana si osserva per la prima volta in varie settimane **una diminuzione nell'incidenza a livello nazionale** (dati flusso ISS) negli ultimi 14 gg (706.27 per 100,000 abitanti nel periodo 09/11/2020-22/11/2020 vs 732,6 per 100,000 abitanti nel periodo 02/11/2020-15/11/2020), sebbene questa rimanga a livelli molto alti. In diverse Regioni, tuttavia, si continua a segnalare una incidenza in aumento.
- Nel periodo 04 – 17 novembre 2020, l'Rt calcolato sui casi sintomatici è pari a **1,08 (95%CI: 0,91 – 1,25)**. Si riscontrano valori medi di Rt tra 1 e 1,25 nella maggior parte delle Regioni/PA italiane, in 4 Regioni/PA l'RT puntuale è inferiore a 1 anche nel suo intervallo di confidenza maggiore, indicando una diminuzione significativa nella trasmissibilità. Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell'Rt riportato si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/id/5477037).
- Si segnala che sono state riportate allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali in quasi tutte le Regioni/PA.
 - Sebbene in miglioramento, permane una diffusa difficoltà nel mantenere elevata la qualità dei dati riportati al sistema di sorveglianza integrato sia per tempestività (ritardo di notifica dei casi rapportati al sistema di sorveglianza su dati aggregati coordinati dal Ministero della Salute) sia per completezza. Il dato epidemiologico analizzato è relativo alla settimana 16-22 novembre 2020 che al momento è il dato consolidato più recente disponibile. Come conseguenza questo può portare ad una possibile **sottostima della velocità di trasmissione e dell'incidenza**.



Ministero della Salute

- Di per sé, questo costituisce una conferma della generale criticità di resilienza diffusa causata dalla gravità della situazione epidemiologica che, per quanto in miglioramento, è caratterizzata da una incidenza elevata che determina un carico ancora eccessivo sui servizi sanitari.
- Il dato relativo alla occupazione dei PL utilizzato per il calcolo degli indicatori 3.8 e 3.9 questa settimana è aggiornato al 24 novembre 2020, ed è il dato più aggiornato disponibile.
- Si osserva **una diminuzione nel numero di casi non riconducibili a catene di trasmissione note** (77.541 vs 87.202 della settimana precedente), che potrebbe suggerire un miglioramento nelle attività di tracciamento.

Conclusioni:

- La velocità di trasmissione dell'epidemia in Italia sta rallentando ed ha raggiunto livelli di Rt prossimi a 1 in molte Regioni/PA. Inoltre, per la prima volta da molte settimane, l'incidenza (dati flusso ISS) calcolata negli ultimi 14 gg è diminuita a livello nazionale. Questi dati sono incoraggianti e segnalano l'impatto delle misure di mitigazione realizzate nelle ultime settimane, tuttavia si accompagnano ad un lieve aumento nelle ospedalizzazioni in area medica e in terapia intensiva con pressione ancora molto elevata sui servizi ospedalieri **che complessivamente non è in regressione**.
- **L'incidenza rimane ancora troppo elevata per permettere una gestione sostenibile**, pertanto sarà necessario raggiungere livelli di trasmissibilità significativamente inferiori di 1 consentendo una rapida diminuzione nel numero di nuovi casi di infezione e, conseguentemente, una riduzione della pressione sui servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.
- Rimane inoltre elevato il numero di Regioni/PA che sono state classificate a rischio Alto e/o equiparate a rischio Alto per 3 o più settimane consecutive, questo prevede specifiche misure da adottare a livello provinciale e regionale in base al documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale" trasmesso con Circolare del Ministero della Salute del 12/10/2020 Prot. 32732.
- Per questo motivo questo andamento **non deve portare ad un rilassamento prematuro delle misure** o ad un abbassamento dell'attenzione nei comportamenti.
- Si conferma pertanto la necessità di mantenere la **drastica riduzione delle interazioni fisiche** tra le persone. È fondamentale che la popolazione eviti tutte le occasioni di contatto con persone al di fuori del proprio nucleo abitativo che non siano strettamente necessarie e di rimanere a casa il più possibile. Si ricorda che è obbligatorio adottare comportamenti individuali rigorosi e rispettare le misure igienico-sanitarie predisposte relative a distanziamento e uso corretto delle mascherine. Si ribadisce la necessità di rispettare le misure raccomandate dalle autorità sanitarie compresi i provvedimenti quarantenari dei contatti stretti dei casi accertati e di isolamento dei casi stessi.
- Si invitano le Regioni/PA a realizzare una continua analisi del rischio a livello sub-regionale. È necessario mantenere e/o rafforzare le misure di mitigazione in base al livello di rischio identificato come indicato nel documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale" trasmesso con Circolare del Ministero della Salute del 12/10/2020 Prot. 32732.



Sommario

Aggiornamento: 25 novembre 2020 - Periodo di riferimento: 16/11-22/11.....	2
Punti chiave:	3
Conclusioni:	4
1. Valutazione del rischio	7
Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento.....	8
Algoritmo di valutazione di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento	10
Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto.....	12
2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio	14
Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:	17
Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione.....	19
Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti.....	23



Ministero della Salute



1. Valutazione del rischio

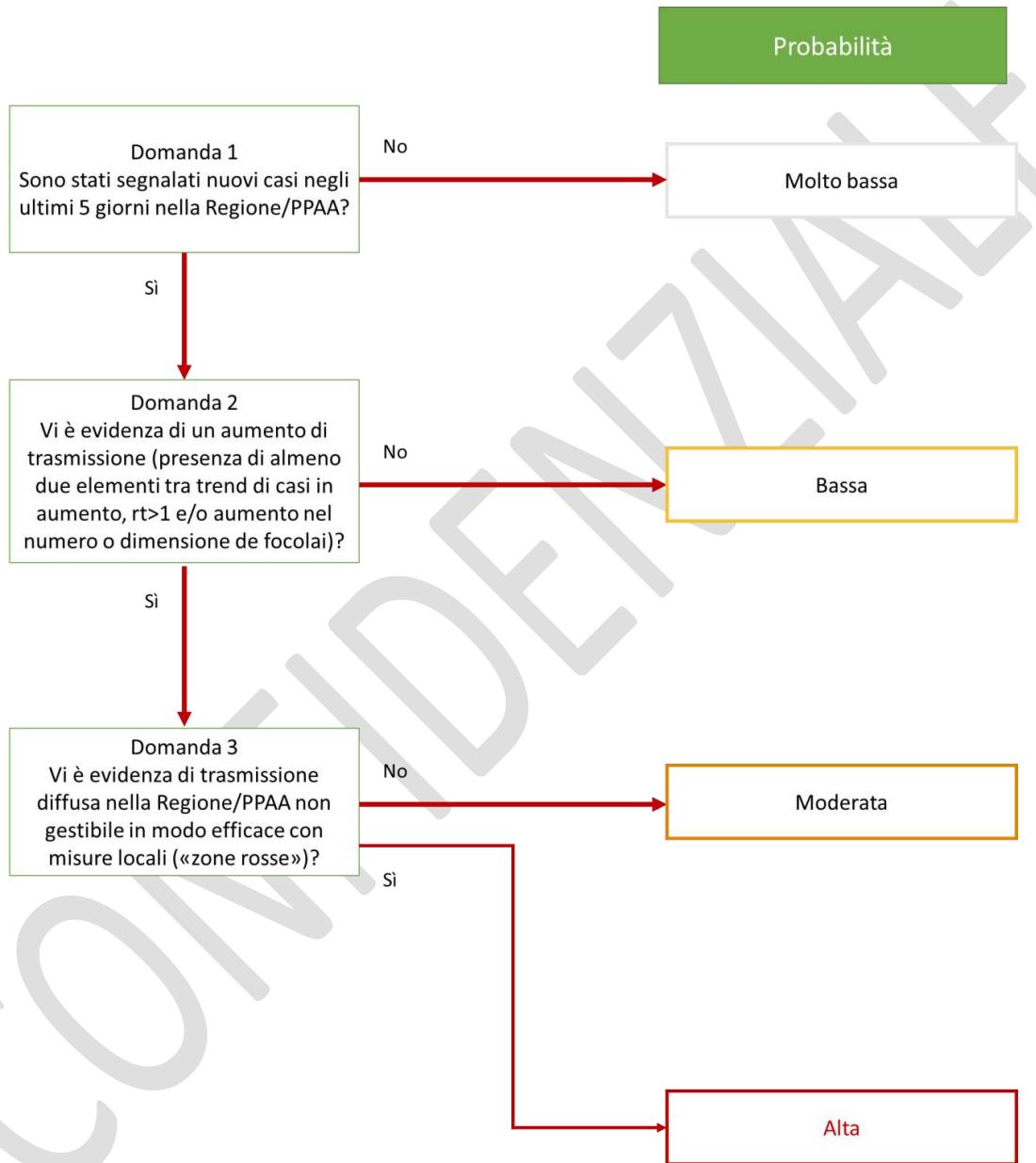
CONFIDENZIALE



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 25 novembre 2020 relativi alla settimana 16/11-22/11.

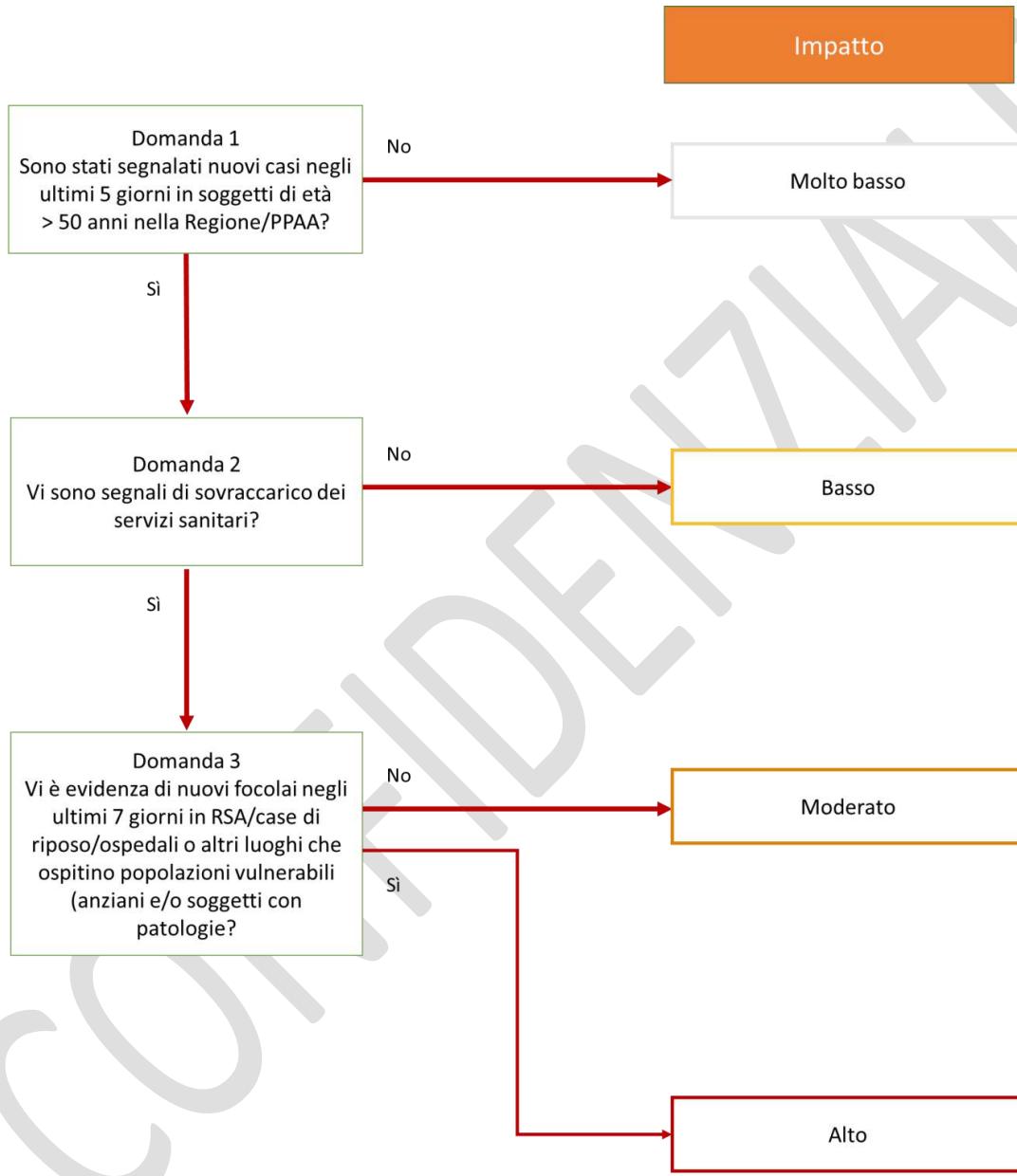
Regione.PA	Completezza dei dati sopra-soglia (appendice-tabella 2)?	Domanda 1	Domanda 2				Domanda 3	Valutazione della probabilità
		Nuovi casi segnalati negli ultimi 5 giorni?	Trend di casi (Ind3.1)	Trend di casi (Ind3.4)	Rt puntuale sopra uno?	Trend focolai	Dichiarata trasmissione non gestibile in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

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



Valutazione del rischio - Valutazione di impatto

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





Ministero della Salute

Tabella 2 – Valutazione di impatto d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile, dati al 25 novembre 2020 relativi alla settimana 16/11-22/11.

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

*aggiornato al 24/11/2020



Ministero della Salute

Valutazione del rischio - Classificazione complessiva di rischio

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

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



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

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



Tabella 3 – Valutazione complessiva di rischio d'accordo alla matrice di rischio del DM Salute 30 aprile e sulla probabilità di raggiungere le soglie critiche di occupazione dei PL in area medica e terapia intensiva nei prossimi 30 giorni, dati al 25 novembre 2020 relativi alla settimana 16/11-22/11.

Regione.PA	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Molteplici allerte di resilienza? (Appendice tabella 3)	Probabilità di una escalation o nei prossimi 30 giorni (proiezioni al giorno 25/12/2020 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	Alta	Alta	Si	>50%	>50%	Alta
Basilicata	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Calabria	Non valutabile	Alta	No	da 5 a 50%	>50%	Non valutabile (equiparato a Rischio Alto)
Campania	Moderata	Alta	No	<5%	<5%	Alta
Emilia-Romagna	Moderata	Alta	Si	>50%	>50%	Alta
FVG	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Lazio	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
Liguria	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
Lombardia	Moderata	Alta	Si	>50%	<5%	Alta
Marche	Bassa	Alta	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Molise	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Piemonte	Bassa	Alta	No	da 5 a 50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
PA Bolzano/Bozen	Bassa	Alta	Si	>50%	>50%	Alta
PA Trento	Bassa	Alta	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Puglia	Bassa	Alta	Si	>50%	>50%	Alta
Sardegna	Moderata	Alta	Si	<5%	<5%	Alta
Sicilia	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Toscana	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Umbria	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Bassa	Moderata	No	da 5 a 50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Veneto	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto



Ministero della Salute

2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio

CONFIDENZIALE



Milano 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 25 novembre 2020 relativi alla settimana 16/11-22/11.

Regione.PA	Incidenza per 100.000 ab 14gg	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 11/11/2020)	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	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
		Nuovi casi segnalati nella settimana	Casi (Fonte ISS)							
Abruzzo	654,33	3891	↓ ↗	1,06 (CI: 1,01-1,1)	Si	Alta	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2,6. in diminuzione (già segnalato la settimana precedente). Viene considerata una allerta di resilienza la autodichiarazione di epidemia non gestibile ai sensi dell'articolo 30 comma 1 del DL n. 149 del 9 novembre 2020.	Alta	Si
Basilicata	527,17	1356	↑ ↗	1,21 (CI: 1,1-1,32)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2,1. in aumento. Ind. 2,2 non costituisce allerta in quanto 2,3 risulta sotto soglia	2	No
Calabria	280,98	2924	↑ ↗	0,92 (CI: 0,83-1,01) (Non affidabile#)	No	Non valutabile	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2,1. in aumento.	1 (Non affidabile#)	Non valutabile (equiparato a Rischio Alto) Si
Campania	733,36	17680	↓ ↗	1 (CI: 0,97-1,04)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2,1. in aumento.	1	Alta Si
Emilia-Romagna	686,37	14616	↓ ↗	1,07 (CI: 1,06-1,09)	No	Moderata	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2,1. in aumento. Ind 2,6 sotto 75%	2	Alta Si
FVG	669,50	4350	↑ ↗	1,09 (CI: 1,04-1,13)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2,1. in aumento.	2	Alta No
Lazio	573,16	16038	↓ ↘	0,88 (CI: 0,85-0,9)	No	Bassa	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2,6 sotto 75%	1	Moderata No
Liguria	686,20	4490	↓ ↗	0,76 (CI: 0,73-0,79)	No	Bassa	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2,2 sopra soglia. Ind 2,6 sotto 75%.	2	Alta Si
Lombardia	1005,01	45972	↓ ↗	1,17 (CI: 1,16-1,17)	No	Moderata	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Marche	406,88	2573	↓ ↗	0,93 (CI: 0,86-1)	No	Bassa	Alta			No



Regione.PA	Incidenza per 100.000 ab	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 11/11/2020)	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
Molise	494,60	775	↑	1.17 (Cl: 0.88-1.5)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	1	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto	No
Piemonte	1115,73	21401	↓	0.89 (Cl: 0.88-0.9)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate. Ind. 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia	1	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto	No
PA Bolzano/Bozen	1423,85	3461	↓	1 (Cl: 0.96-1.04)	No	Bassa	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento. Ind 2.2 e 2.3 sopra-soglia	1	Alta	Si
PA Trento	537,09	1293	↓	0.81 (Cl: 0.75-0.88)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto	No
Puglia	443,85	8745	↓	0.99 (Cl: 0.96-1.02)	No	Bassa	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento. Ind 2.2 e 2.3 sopra-soglia	1	Alta	Si
Sardegna	157,93	1064	↓	0.71 (Cl: 0.65-0.77)	No	Moderata	Alta	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento. Ind 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia	1	Alta	Si
Sicilia	370,16	7559	↓	1.04 (Cl: 1.01-1.07)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione (già segnalato la settimana precedente)	2	Moderata	No
Toscana	716,62	11156	↓	1.2 (Cl: 1.17-1.22)	No	Moderata	Alta	0 allerte segnalate	2	Alta	Si
Umbria	718,63	2571	↓	0.74 (Cl: 0.71-0.77)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
V.d'Aosta/V.d'Ostia	1322,70	651	↓	0.99 (Cl: 0.92-1.07)	No	Bassa	Moderata	0 allerte segnalate. Ind 2.6 sotto 90% però in aumento	1	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto	No
Veneto	848,10	20743	↓	1.2 (Cl: 1.17-1.22)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento	2	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto	No

PA: Provincia Autonoma; gg: giorni

*in queste Regioni si è verificata una discrepanza tra il trend dei casi nel flusso MdS (in aumento) e il trend dei casi nel flusso ISS (in diminuzione). Questa discrepanza è in parte dovuta a un ritardo di notifica dei casi nel flusso ISS che potrebbe rendere alcuni indicatori meno affidabili.

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

Il mancato raggiungimento della soglia minima di completezza dell'indicatore 1.1 rende non affidabile la stima dell'Rt puntuale basato sulla data inizio sintomi utilizzata per la classificazione dello scenario.



Dimensione 1 - completezza dei dati

Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

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



Ministero della Salute

Appendice - Tabella 2 – Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio, monitoraggio per Regione, dati al 25 novembre 2020 relativi alla settimana 16/11-22/11

Regione.PA	Ind1.1 settimana precedente (%)	Ind1.1 settimana di riferimento (%)	Variazione	Ind1.2 (%)	Ind1.3 (%)	Ind1.4 (%)
Abruzzo	79.8	81.7	In aumento, sopra-soglia	100.0	100.0	99.3
Basilicata	70.9	87.0	In aumento, sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Calabria	30.8	20.3	Sotto-soglia	100.0	100.0	70.9
Campania	93.1	93.0	Stabilmente sopra-soglia	99.9	99.5	84.5
Emilia-Romagna	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.3
FVG	91.8	93.4	Stabilmente sopra-soglia	99.9	100.0	99.7
Lazio	92.1	92.9	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	75.7
Liguria	65.9	70.4	In aumento, sopra-soglia	100.0	100.0	97.1
Lombardia	65.7	76.3	In aumento, sopra-soglia	99.9	100.0	98.0
Marche	99.8	99.8	Stabilmente sopra-soglia	94.9	90.5	100.0
Molise	99.6	94.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Piemonte	95.5	95.2	Stabilmente sopra-soglia	99.9	99.8	98.6
PA Bolzano/Bozen	84.5	89.7	In aumento, sopra-soglia	99.5	100.0	98.4
PA Trento	99.9	99.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	92.5
Puglia	95.5	95.6	Stabilmente sopra-soglia	99.9	100.0	100.0
Sardegna	67.3	67.1	Di poco sopra-soglia	99.4	100.0	97.7
Sicilia	81.9	82.6	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	98.6
Toscana	99.7	91.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.7
Umbria	59.2	69.5	In aumento, sopra-soglia	100.0	100.0	99.2
V.d'Aosta/V.d'Aoste	78.5	86.9	In aumento, sopra-soglia	100.0	100.0	99.7
Veneto	87.8	85.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0

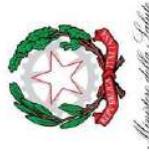


Ministero della Salute

Dimensione 2 - la classificazione della trasmissione ed impatto

Indicatori di risultato relativi alla stabilità di trasmissione

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



Ministero della Salute



Nota Metodologica

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Appendice - Tabella 3 - Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione, dati al 25 novembre 2020 relativi alla settimana 16/11-22/11

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	8544	-4,2	-8,9	1.06 (CI: 1.01-1.1)	402	5434	39%	50%
Basilicata	2936	9.3	3.1	1.21 (CI: 1.1-1.32)	18	25	21%	36%
Calabria	5408	44.7	21.3	0.92 (CI: 0.83-1.01)*	22	131	28%	50%
Campania	42431	3.4	-8,5	1 (CI: 0.97-1.04)	881	2542	34%	43%
Emilia-Romagna	30661	0.6	-8,9#	1.07 (CI: 1.06-1.09)	96	9423	34%	49%
FVG	8110	11.6	18.2	1.09 (CI: 1.04-1.13)	733	1760	31%	44%
Lazio	33619	-0,5	-8,6	0.88 (CI: 0.85-0.9)	275	570	37%	52%
Liguria	10589	-31,6	-31,5	0.76 (CI: 0.73-0.79)	401	270	53%	63%
Lombardia	101546	-15,3	-17,3	1.17 (CI: 1.16-1.17)	3700	22871	64%	53%
Marche	6178	-27,6	-27,4	0.93 (CI: 0.86-1)	196	1463	46%	47%
Molise	1495	65.3	18.2	1.17 (CI: 0.88-1.5)	32	0	29%	28%
Piemonte	48438	-12,9	-20,8	0.89 (CI: 0.88-0.9)	2575	4602	64%	88%
PA Bolzano/Bozen	7576	-6,7	-13,4	1 (CI: 0.96-1.04)	171	765	52%	100%
PA Trento	2915	-7,0	-20,3#	0.81 (CI: 0.75-0.88)	30	1043	47%	72%
Puglia	17791	3.8	-3,7	0.99 (CI: 0.96-1.02)	95	5071	45%	45%
Sardegna	2575	13.3	-19,3#	0.71 (CI: 0.65-0.77)	269	261	40%	34%
Sicilia	18391	13.0	-13,4	1.04 (CI: 1.01-1.07)	372	5602	29%	38%
Toscana	26678	-7,0	-13,8	1.2 (CI: 1.17-1.22)	720	8184	48%	35%
Umbria	6326	-26,5	-32,5	0.74 (CI: 0.71-0.77)	16	2373	55%	51%
V.d'Aosta/ V.d'Aoste	1660	-30,2	-31,8	0.99 (CI: 0.92-1.07)	44	66	38%	68%
Veneto	41622	0.9	-0,6	1.2 (CI: 1.17-1.22)	4302	5085	30%	39%

* Completezza sotto-soglia (indicatore 1.1); pertanto il dato relativo a Rt puntuale calcolato sulla base della data di inizio sintoni è verosimilmente sottostimato

** dato aggiornato al giorno 24/11/2020

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

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

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

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

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

Regione,PA	Ind2.1 (precedente)	Ind2.1 (settimana di riferimento)	Ind2.2 (media dei giorni tra inizio sintomi e diagnosi*)	Ind2.3 (media)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali	
									81.4%	2 allerte segnalate. Ind 2.6, in diminuzione (già segnalato la settimana precedente). Viene considerata una allerta di resilienza la autodichiarativa dell'epidemia non gestibile ai sensi dell'articolo 30 comma 1 del DL n. 149 del 9 novembre 2020.
Abruzzo	37.4%	37.3%	3	3	0.9 per 10000	0.8 per 10000	1.7 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1, in aumento. Ind. 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia	1 allerta segnalata. Ind 2.1, in aumento.
Basilicata	12.7%	12.8%	6	0	2.7 per 10000	4.8 per 10000	7.6 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1, in aumento.	1 allerta segnalata. Ind 2.1, in aumento.
Calabria	12.6%	16.4%	3	Non calcolabile	0.9 per 10000	0.6 per 10000	1.5 per 10000	95%	1 allerta segnalata. Ind 2.1, in aumento.	1 allerta segnalata. Ind 2.1, in aumento.
Campania	15.9%	16.7%	1	Non calcolabile	0.4 per 10000	0.7 per 10000	1.1 per 10000	96.6%	2 allerte segnalate. Ind 2.1, in aumento. Ind 2.6 sotto 75%	2 allerte segnalate. Ind 2.1, in aumento. Ind 2.6 sotto 75%
Emilia-Romagna	25.7%	28.8%	2	Non calcolabile	0.9 per 10000	1.4 per 10000	2.4 per 10000	73.6%	1 allerta segnalata. Ind 2.1, in aumento.	1 allerta segnalata. Ind 2.1, in aumento.
FVG	29.6%	34.3%	4	2	1 per 10000	1.2 per 10000	2.3 per 10000	91.7%	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione (già segnalato la settimana precedente)	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione (già segnalato la settimana precedente)
Lazio	33.9%	30%	4	3	0.9 per 10000	1 per 10000	1.8 per 10000	85.4%	1 allerta segnalata. Ind 2.6 sotto 75%	1 allerta segnalata. Ind 2.6 sotto 75%
Liguria	17.4%	13.1%	4	Non calcolabile	0.6 per 10000	1.4 per 10000	2 per 10000	72.7%	2 allerte segnalate. Ind 2.2 sopra soglia. Ind 2.6 sotto 75%.	2 allerte segnalate. Ind 2.2 sopra soglia. Ind 2.6 sotto 75%.
Lombardia	45.4%	41.2%	6	Non calcolabile	0.8 per 10000	0.9 per 10000	1.7 per 10000	66.5%	0 allerte segnalate	0 allerte segnalate
Marche	30.4%	26.8%	2	1	0.8 per 10000	1.5 per 10000	2.3 per 10000	100%	0 allerte segnalate	0 allerte segnalate
Molise	14.3%	13.5%	-1	-1	1.5 per 10000	2.2 per 10000	3.6 per 10000	100%	0 allerte segnalate	0 allerte segnalate
Piemonte	30%	22.9%	9	2	1 per 10000	1.6 per 10000	2.6 per 10000	92%	0 allerte segnalate. Ind. 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia	0 allerte segnalate. Ind. 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia
PA Bolzano/Bozen	56.9%	58.2%	6	4	0.9 per 10000	1.4 per 10000	2.3 per 10000	100%	2 allerte segnalate. Ind 2.1, in aumento. Ind 2.2 e 2.3 sopra-soglia	2 allerte segnalate. Ind 2.1, in aumento. Ind 2.2 e 2.3 sopra-soglia
PA Trento	23.1%	19.8%	3	Non calcolabile	1.1 per 10000	1.6 per 10000	2.7 per 10000	95%	0 allerte segnalate	0 allerte segnalate

Regione.PA	Ind2.1 (precedente)	Ind2.1 (settimana di riferimento)	Ind2.2 (media dei giorni tra inizio sintomi e diagnosi*)	Ind2.3 (media)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Puglia	33.4%	35.3%	6	4	0.9 per 10000	1.4 per 10000	2.3 per 10000	92%	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento. Ind 2.2 e 2.3 sopra soglia
Sardegna	14.6%	16%	8	3	0.5 per 10000	1.6 per 10000	2.1 per 10000	67.6%	2 allerte segnalate. Ind 2.1 in aumento. Ind 2.6 sotto 75%. Ind. 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia
Sicilia	9.9%	9.5%	3	Non calcolabile	0.3 per 10000	0.9 per 10000	1.2 per 10000	83.6%	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione (già segnalato la settimana precedente)
Toscana	25.5%	23.9%	0	2	2.2 per 10000	1.7 per 10000	3.9 per 10000	96.6%	0 allerte segnalate
Umbria	25.1%	20.9%	4	2	1.5 per 10000	3.1 per 10000	4.6 per 10000	90.3%	0 allerte segnalate
V.d'Aosta/V.d'Aoste	35%	25.7%	4	1	1.1 per 10000	2.9 per 10000	3.9 per 10000	84.2%	0 allerte segnalate. Ind 2.6 sotto 90% però in aumento
Veneto	40.5%	44.2%	2	1	1 per 10000	1.8 per 10000	2.8 per 10000	91.9%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento

* 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 referenti delle rispettive Regioni/PA prima della finalizzazione delle relazioni settimanali.

** la alta percentuale dei tamponi positivi si spiega in parte con il fatto che molti di questi tamponi sono test di conferma di test rapidi antigenici

non valutabile dato che hanno incluso per la prima volta in questa settimana di monitoraggio nel denominatore anche test antigenici rapidi.

Appendice - Tabella 5 – Incidenza cumulativa per COVID-19 (per 100,000 ab) per Regione/PA, a 7 e 14gg, dati al 25 novembre 2020 relativi alla settimana 16/11-22/11; Fonte ISS

Regione/PA	Numero di casi totale	Incidenza cumulativa per 100,000 ab	Diagnosi ultimi 7 gg	Incidenza 7 gg per 100,000 ab (9/11-15/11)	Incidenza 7 gg per 100,000 ab (16/11-22/11)	Diagnosi ultimi 14gg	Incidenza 14gg
Abruzzo	24787	1898.27	3891	356.34	297.99	8544	654.33
Basilicata	7029	1262.09	1356	283.69	243.48	2936	527.17
Calabria	15239	791.76	2924	129.06	151.92	5408	280.98
Campania	136123	2352.68	17680	427.79	305.57	42431	733.36
Emilia-Romagna	110571	2475.22	14616	359.18	327.19	30661	686.37
Friuli-Venezia Giulia	21858	1804.42	4350	310.4	359.10	8110	669.50
Lazio	112683	1921.10	16038	299.73	273.43	33619	573.16
Liguria	49423	3202.78	4490	395.23	290.97	10589	686.20
Lombardia	386837	3828.56	45972	550.02	454.99	101546	1005.01
Marche	26071	1717.00	2573	237.43	169.45	6178	406.88
Molise	4172	1380.25	775	238.2	256.40	1495	494.60
Piemonte	151516	3490.05	21401	622.78	492.95	48438	1115.73
Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	21442	4029.85	3461		650.47	7576	1423.85
				773.38			
Provincia Autonoma di Trento	14365	2646.76	1293		238.24	2915	537.09
				298.85			
Puglia	48298	1204.95	8745	225.68	218.17	17791	443.85
Sardegna	14879	912.56	1064	92.67	65.26	2575	157.93
Sicilia	56163	1130.40	7559	218.02	152.14	18391	370.16
Toscana	95693	2570.51	11156	416.95	299.67	26678	716.62
Umbria	21908	2488.74	2571	426.57	292.06	6326	718.63
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	6039	4811.91	651		518.72	1660	1322.70
				803.98			
Veneto	129433	2637.34	20743	425.44	422.66	41622	848.10
Italia	1454529	2414.37	193309	385.4	320.87	425489	706.27

27 novembre 2020

Allegato 4

Epidemia COVID-19

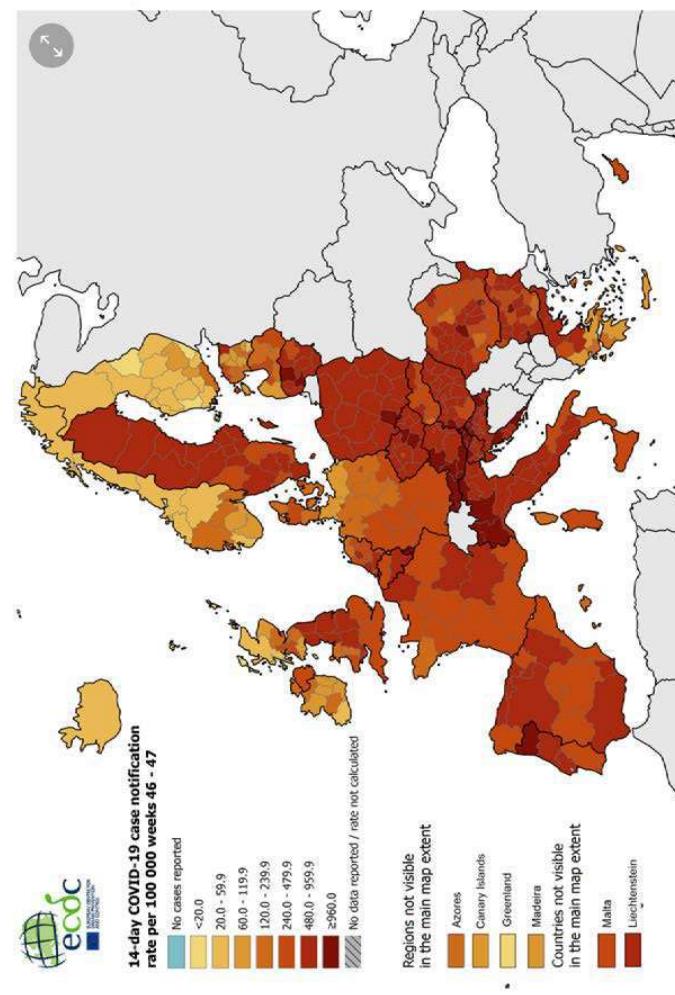
Monitoraggio del rischio

Silvio Brusaferro
Istituto Superiore di Sanità

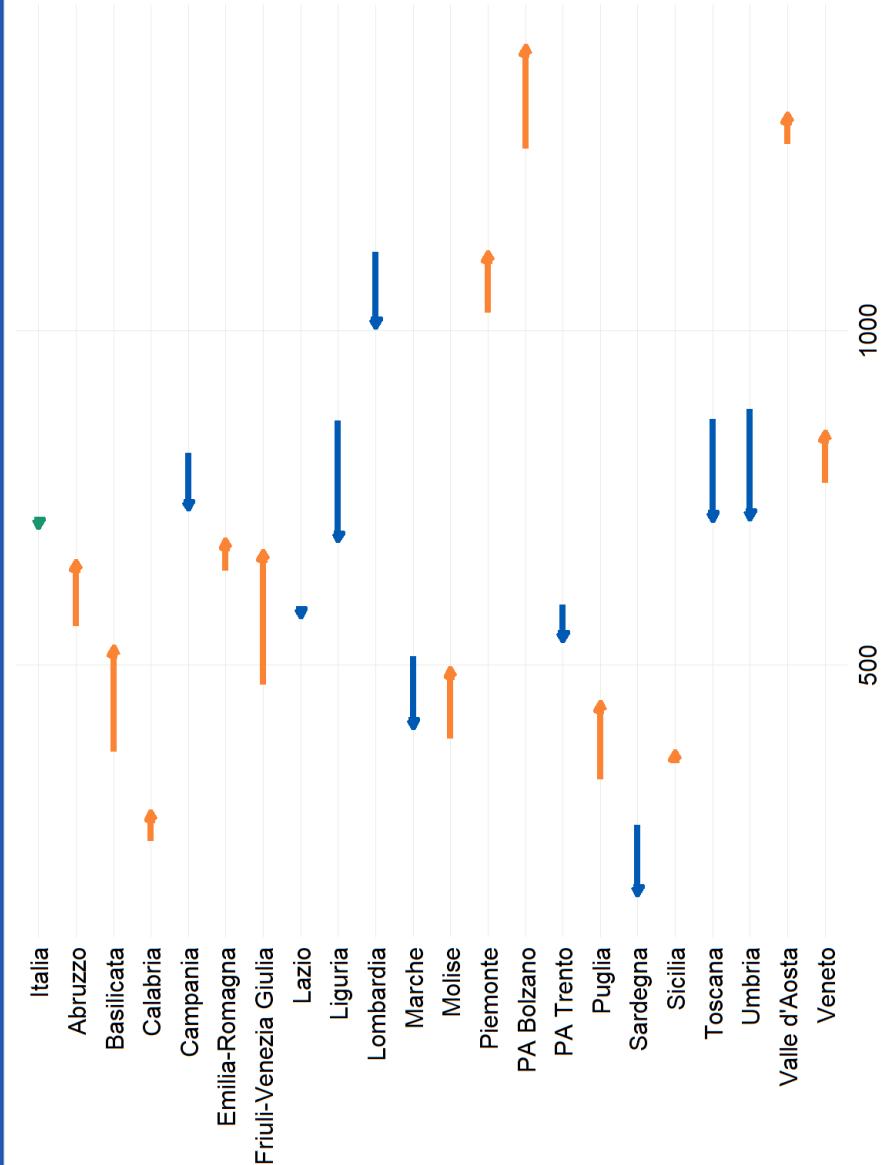
Casi notificati al Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (ECDC)

La situazione italiana riflette l'epidemiologia degli altri paesi UE/SEE (situazione in progressivo peggioramento)

14-day COVID-19 case notification rate per 100 000,
weeks 46-47



Casi in aumento in 12 regioni/PPAA



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

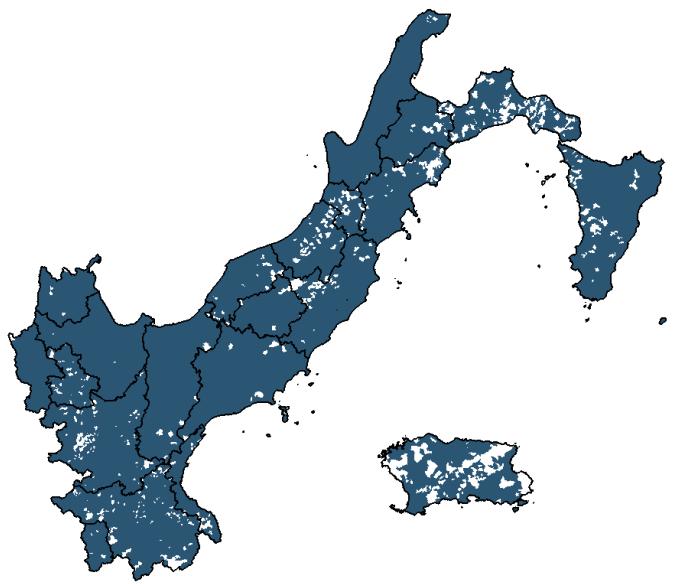
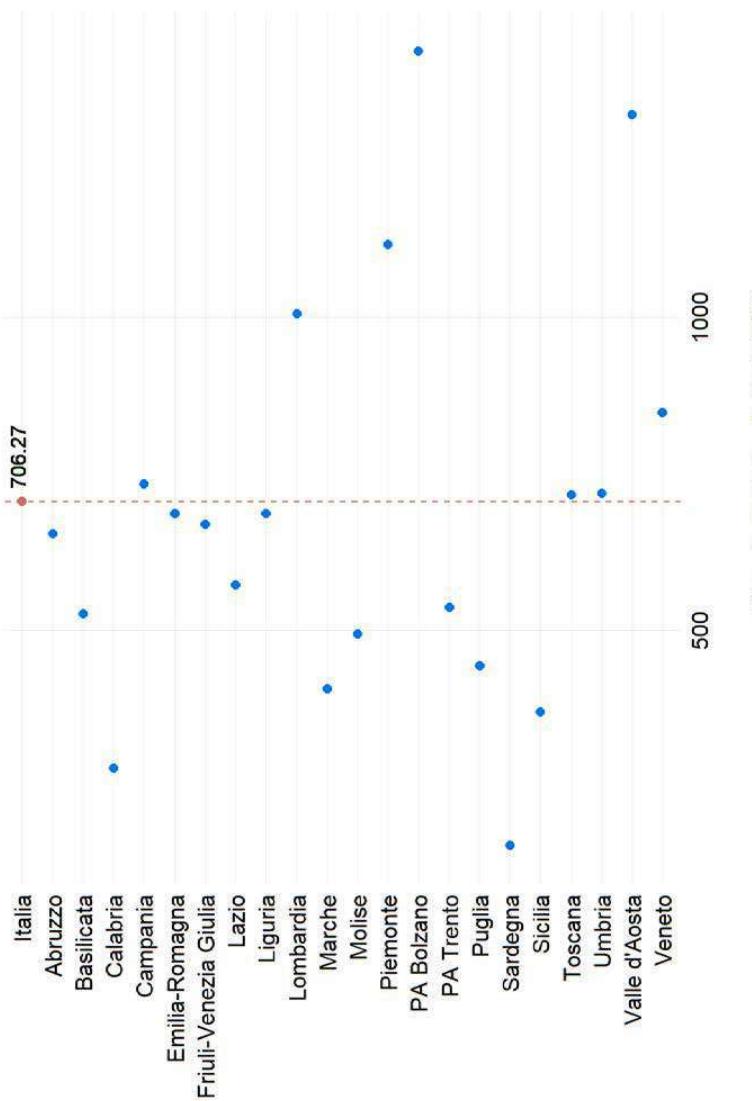
Incidenza cumulativa per COVID-19 (per 100,000 ab) per Regione/PA, a 7 e 14gg, dati al 25 novembre 2020

Regione/PA	Numero di casi totale	Incidenza cumulativa per 100,000 ab	Diagnosi ultimi 7 gg	Incidenza 7 gg per 100,000 ab	Diagnosi ultimi 14gg	Incidenza 14gg
Abruzzo	24787	1898.27	3891	297.99	8544	654.33
Basilicata	7029	1262.09	1356	243.48	2936	527.17
Calabria	15239	791.76	2924	151.92	5408	280.98
Campania	136123	2352.68	17680	305.57	42431	733.36
Emilia-Romagna	110571	2475.22	14616	327.19	30661	686.37
Friuli-Venezia Giulia	21858	1804.42	4350	359.10	8110	669.50
Lazio	112683	1921.10	16038	273.43	33619	573.16
Liguria	49423	3202.78	4490	290.97	10589	686.20
Lombardia	386837	3828.56	45972	454.99	101546	1005.01
Marche	26071	1717.00	2573	169.45	6178	406.88
Molise	4172	1380.25	775	256.40	1495	494.60
Piemonte	151516	3490.05	21401	492.95	48438	1115.73
Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	21442	4029.85	3461	650.47	7576	1423.85
Provincia Autonoma di Trento	14365	2646.76	1293	238.24	2915	537.09
Puglia	48298	1204.95	8745	218.17	17791	443.85
Sardegna	14879	912.56	1064	65.26	2575	157.93
Sicilia	56163	1130.40	7559	152.14	18391	370.16
Toscana	95693	2570.51	11156	299.67	26678	716.62
Umbria	21908	2488.74	2571	292.06	6326	718.63
Veneto	12222	1222.22	2771	222.22	1222	1222.22

Comuni con almeno un nuovo caso di infezione da virus SARS-CoV-2 diagnosticato e incidero' 700

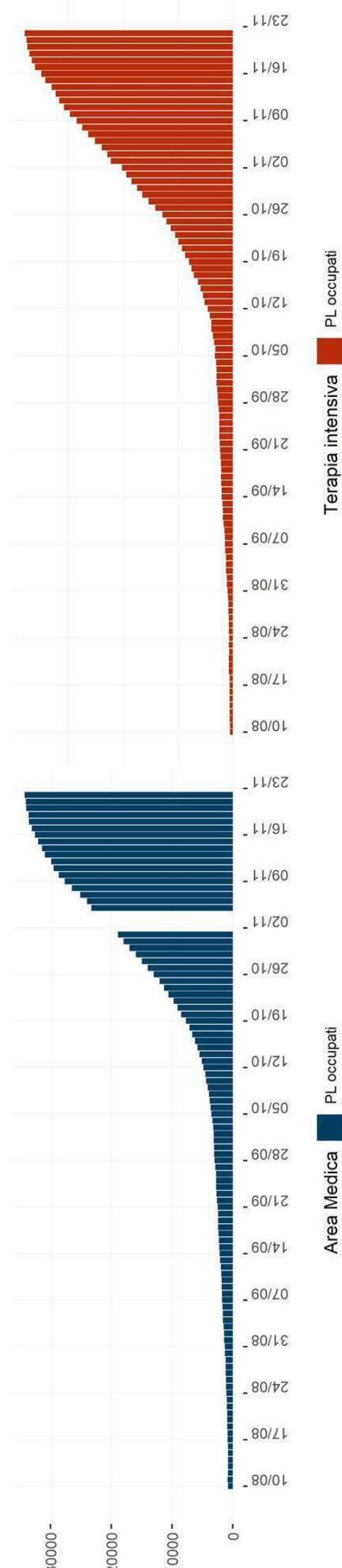
regionale, 9-22 novembre 2020

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



Occupazione posti letto

Numero di posti letto occupati al giorno in area medica e terapia intensiva in aumento

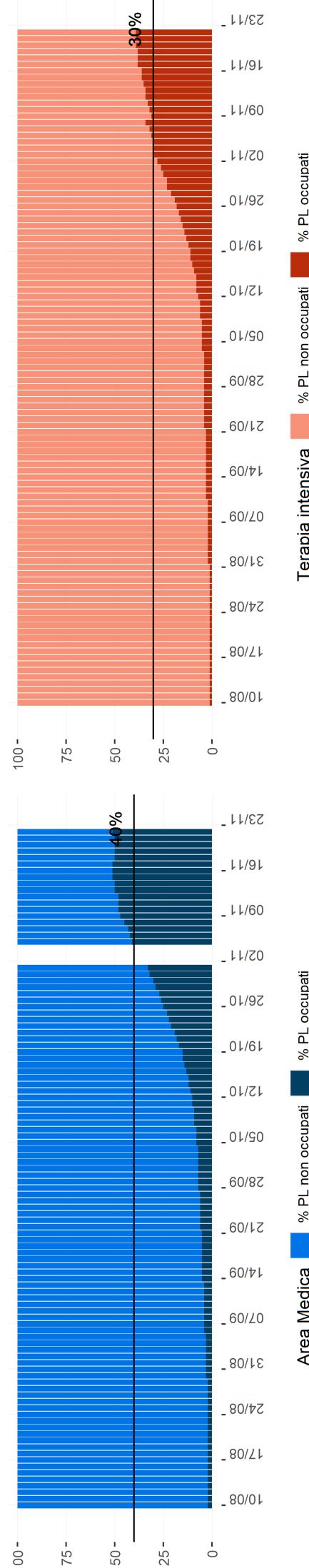


*PL occupati 2-3-4 Novembre : dati non disponibili

Occupazione posti letto

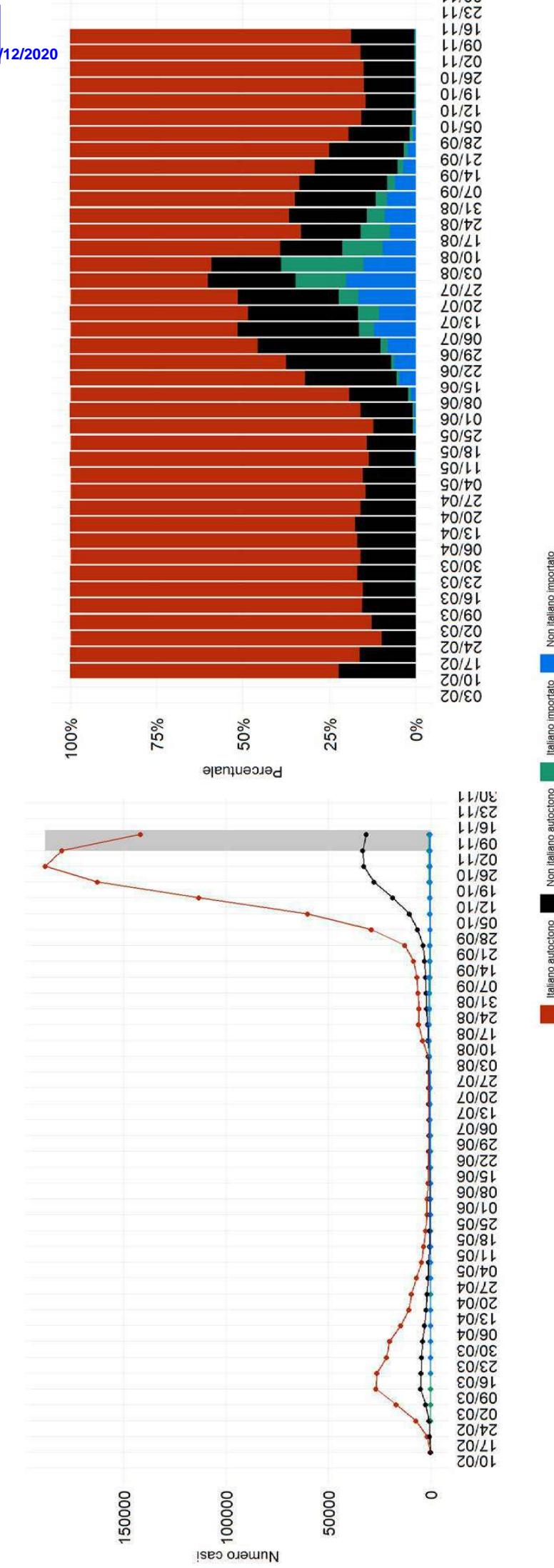
Tasso di occupazione dei posti letto in area medica e in terapia intensiva in aumento

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0063087 01/12/2020



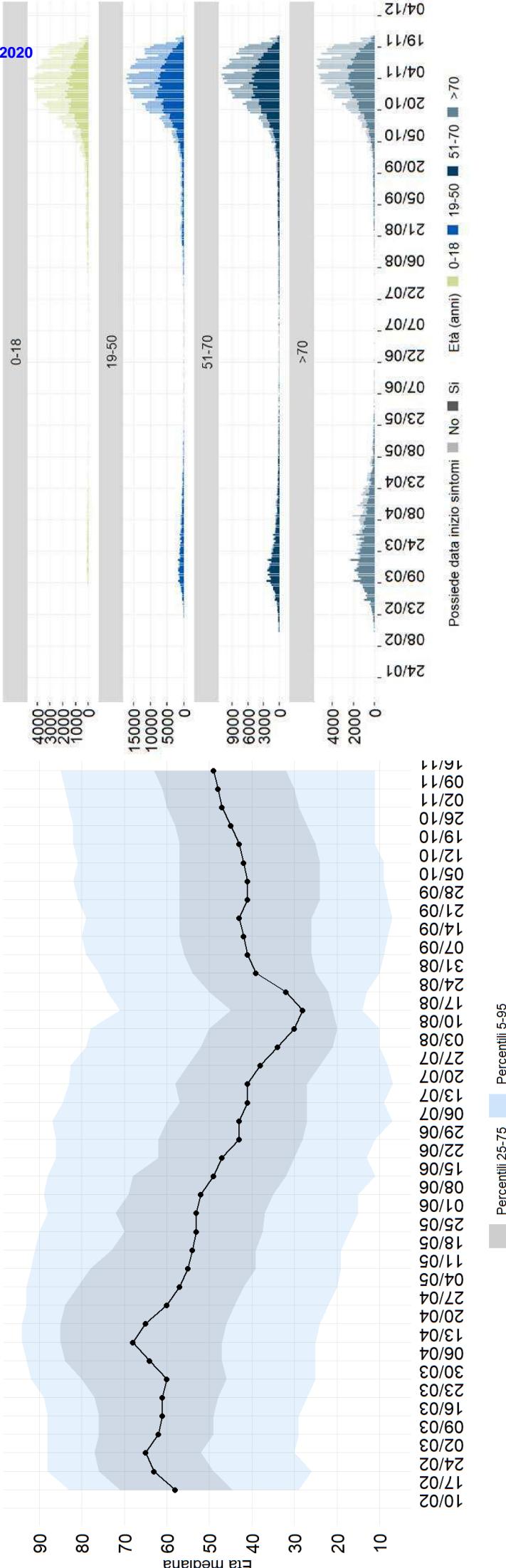
Luogo di esposizione all'infezione

La maggior parte dei casi contrae l'infezione in Italia



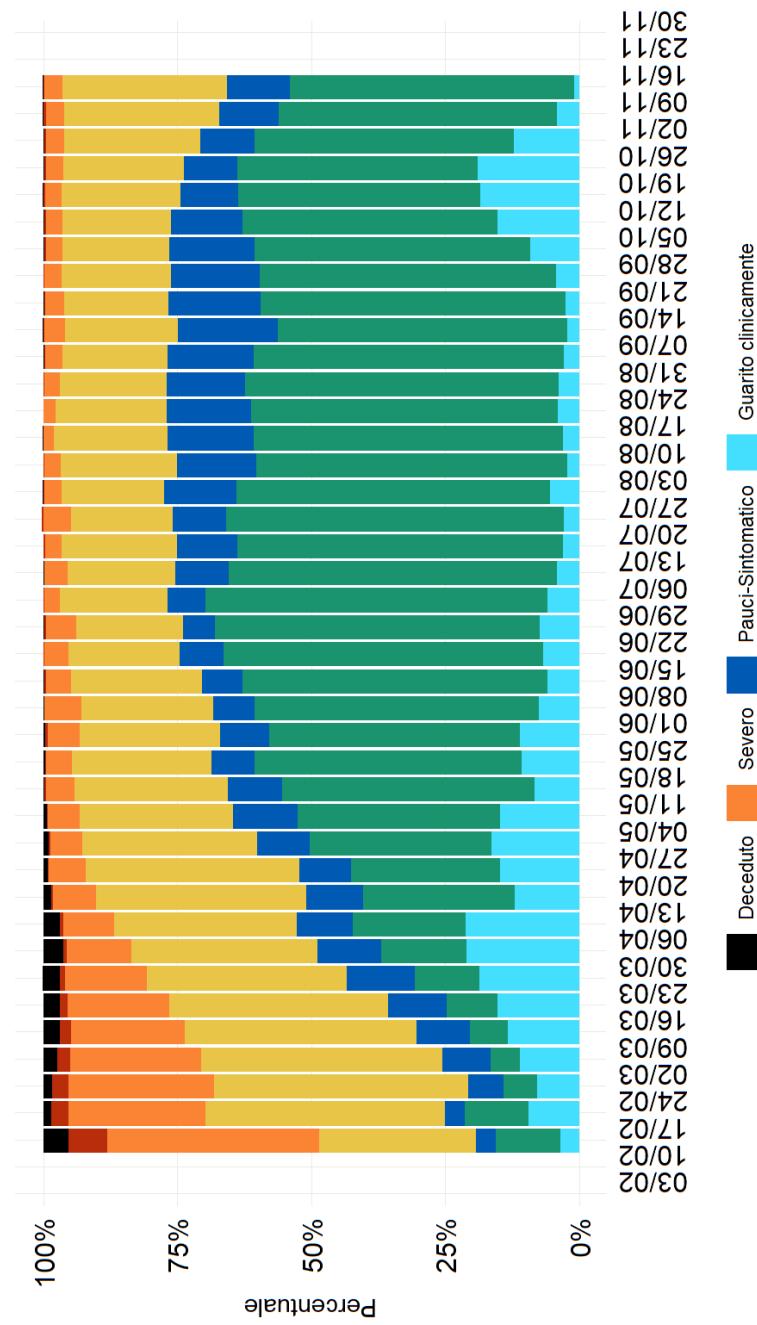
Caratteristiche della popolazione affetta

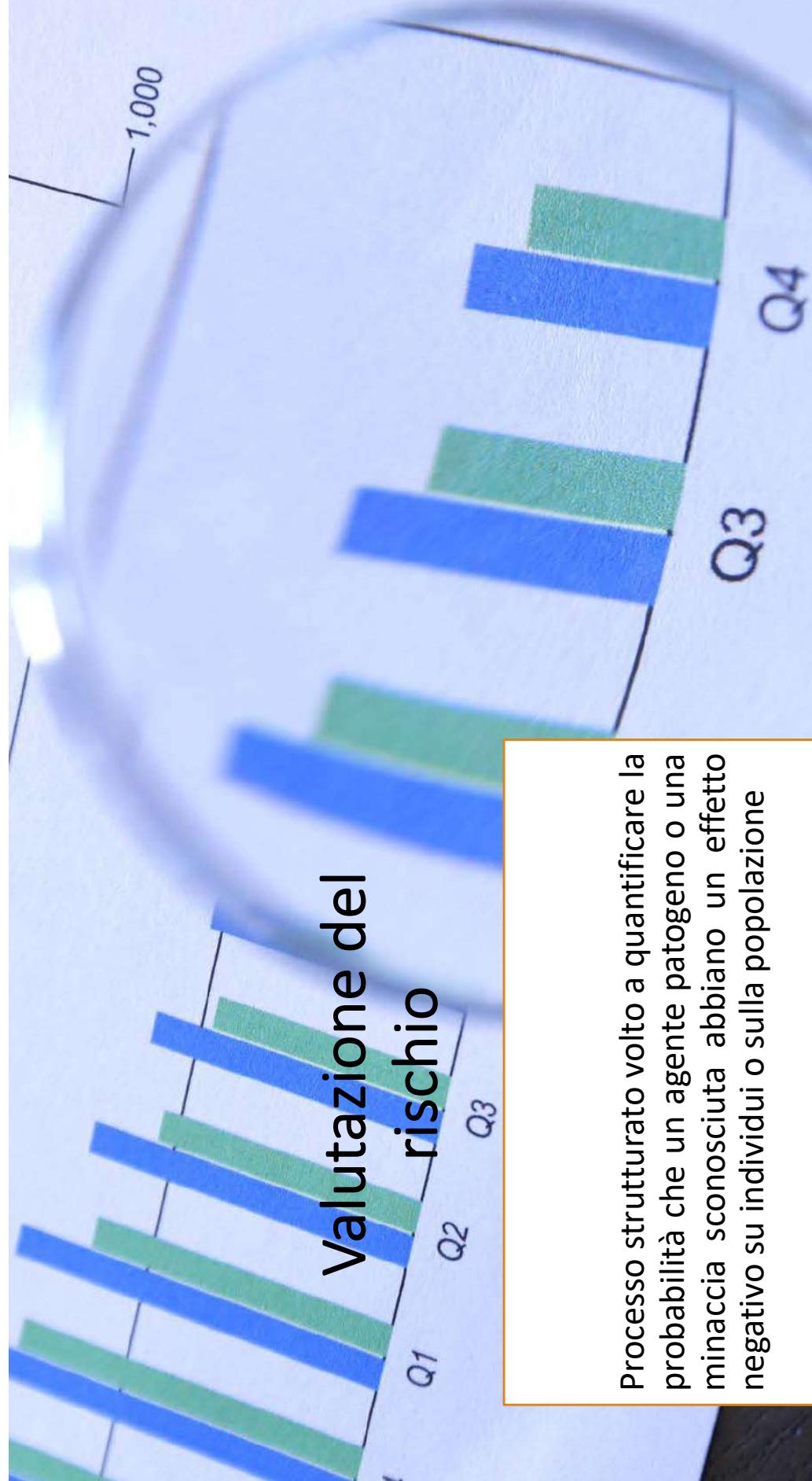
Età mediana in leggero aumento, in diminuzione casi in tutte le fasce di età



Stato clinico al momento della diagnosi

% asintomatici rispetto al totale dei casi diagnosticati è in leggera diminuzione nell'ultima settimana, in leggero aumento
casi con stato clinico lieve (anche per modulazioni delle strategie di accertamento diagnostico es. test rapidi)





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

Classificazione del rischio di una epidemia non controllata e non gestibile da SARS-CoV-2

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0063087 01/12/2020

				Resilienza territoriale	Classificazione del rischio complessiva
Probabilità	Impatto	Molto Bassa	Bassa		
Molto Basso	Rischio Molto basso	Rischio Basso	Rischio Bassissimo	Rischio Moderato	Rischio Moderato
Basso	Rischio Basso	Rischio Bassissimo	Rischio Bassissimo	Rischio Moderato	Rischio Moderato
Moderato	Rischio Bassissimo	Rischio Moderato	Rischio Bassissimo	Rischio Alto	Rischio Alto
Alto	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto	Rischio Molto Alto	Rischio Molto Alto

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

Poiché ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e rianalizzazione nella fase di transizione per il periodo autunno-

Elementi che influiscono sulla classificazione

probabilità, impatto, resilienza territoriale

- **Probabilità**= elevata circolazione del virus sul territorio
- **Impatto**= sovraccarico dei servizi ospedalieri e aumento della domanda di assistenza (popolazioni vulnerabili)
- **Resilienza territoriale**= capacità di testare-tracciare-isolare (prima linea)

Monitoraggio : disegnato per avere una molteplicità di fonti



Dati di sorveglianza

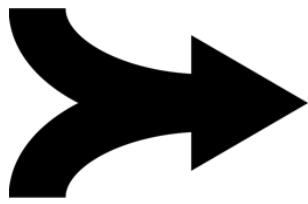
Consolidamento strutturato (Regioni/PA → ISS → 22 report a settimana a Regioni/PA)
Validazione con referenti regionali

Calcolo settimanale degli indicatori (DM Salute 30 Aprile 2020)

Raccolta settimanale/mensile di dati dalle

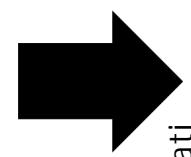
Regioni/PPAA e dal Ministero della Salute

Valutazione del rischio



Valutazione del rischio

Probabilità
Impacto
Risiko



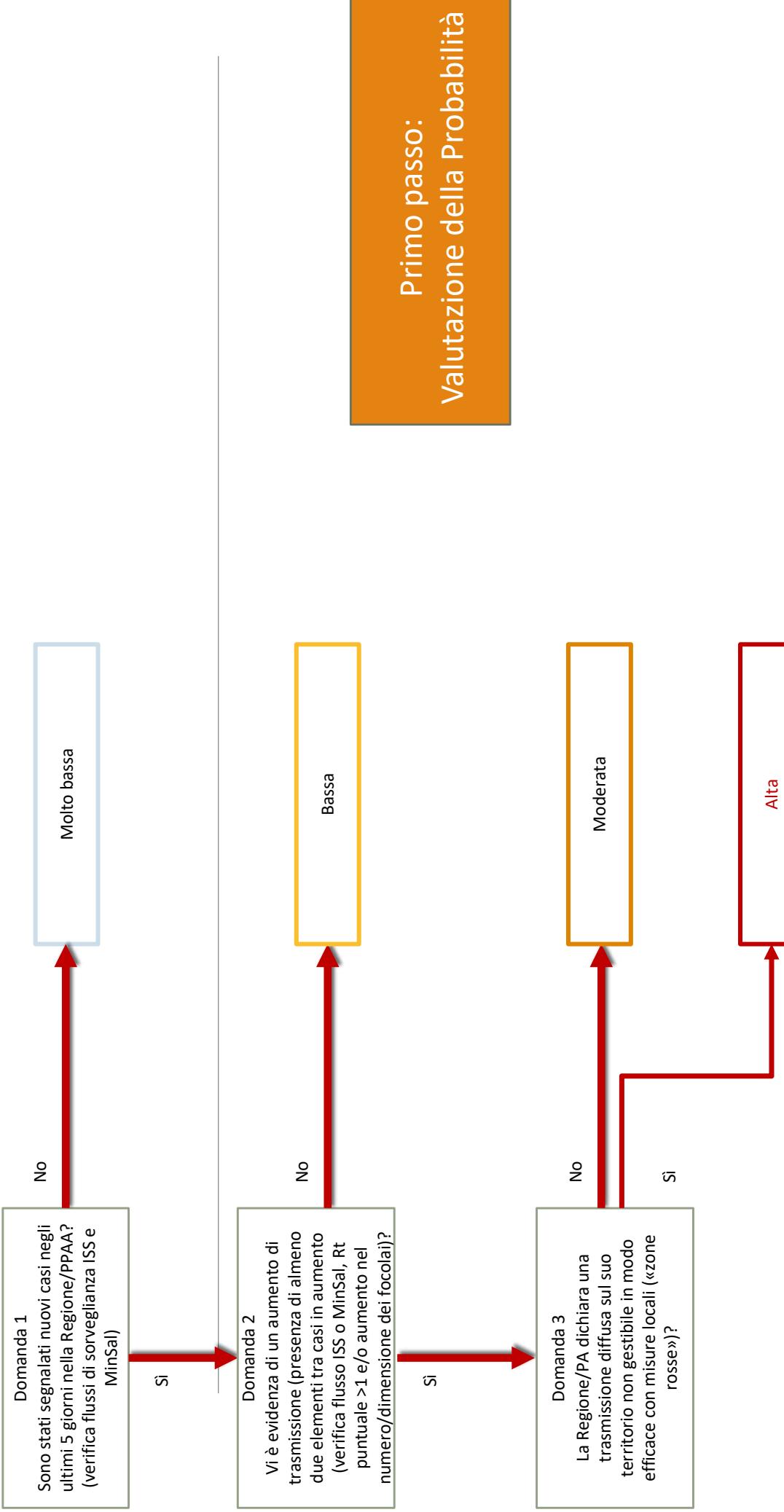
Valutazione della «Cabina di Regia» → Ministero della salute → CTS e Regioni/PA

Pubblicazione dei risultati

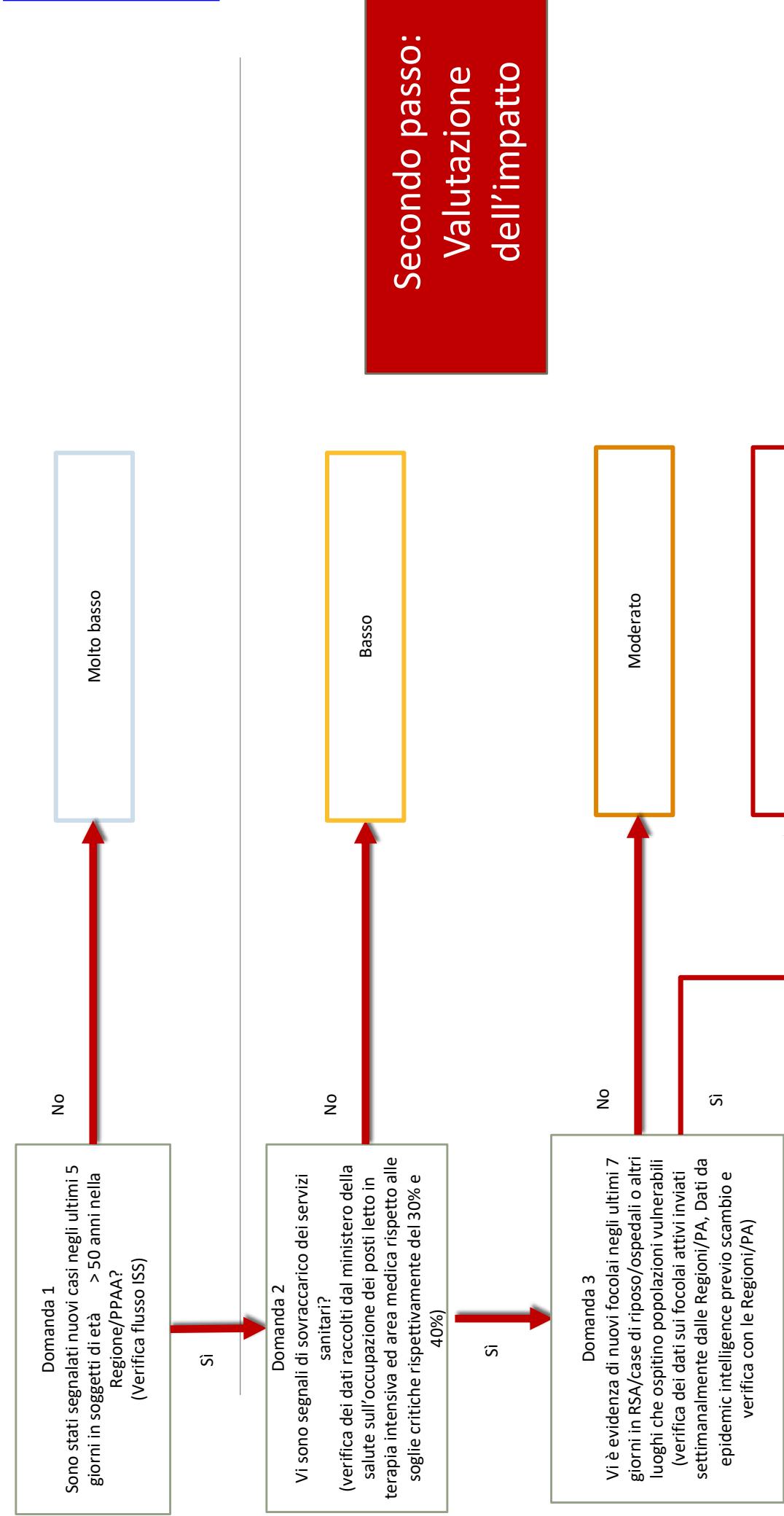
Analisi del rischio e scenario per Regione/PA

16-22 novembre 2020,
analisi dell'occupazione dei PL attivi aggiornata al 24 novembre

Fonte: Cabina di Regia



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



Regione.PA	Domanda 1		Domanda 2 (dati più recenti disponibili*)		Domanda 3		<u>Valutazione di impatto</u>
	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%)?	Sì	Sì	Sì	
Abruzzo	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Basilicata	Sì	No	No	-	-	-	Bassa
Calabria	Sì	No	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Campania	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Emilia-Romagna	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
FVG	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Lazio	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Liguria	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Lombardia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Marche	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Molise	Sì	No	No	-	-	-	Bassa
Piemonte	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
PA Bolzano/Bozen	Sì	Sì	No	-	-	-	Bassa
PA Trento	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Puglia	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Sardegna	Sì	Sì	No	Sì	Sì	Sì	Alta
Sicilia	Sì	No	No	-	-	-	Bassa
Toscana	Sì	Sì	No	Sì	Sì	Sì	Alta
Umbria	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Sì	Sì	Sì	No	No	No	Moderata
Veneto	Sì	No	No	-	-	-	Bassa

Resilienza Territoriale

Aumento a livello di rischio immediatamente superiore

Presenza molteplici allerte tra:

- Aumento nella % di positività a tamponi
- Carenza di risorse umane sul territorio
- Tempi troppo lunghi tra inizio sintomi e diagnosi
- Impossibilità di indagare completamente i nuovi casi di infezione con ricerca dei contatti stretti



CLASSIFICAZIONE DI RISCHIO COMPLESSIVA

Regione/PA	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Molteplici allerte di resilienza? (Appendice tabella 3)	Probabilità di una escalation o nei prossimi 30 giorni (proiezioni al giorno 25/12/2020 della probabilità di superare le soglie di occupazione dei PL)	% probabilità raggiungere occupazione aree mediche 40%	Classificazione complessiva del rischio
Abruzzo	Alta	Alta	Sì	>50%	>50%	Alta
Basilicata	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Calabria	Non valutabile	Alta	No	da 5 a 50%	>50%	Non valutabile (equiparato a Rischio Alto)
Campania	Moderata	Alta	No	<5%	<5%	Alta
Emilia-Romagna	Moderata	Alta	Sì	>50%	>50%	Alta
FVG	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Lazio	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
Liguria	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
Lombardia	Moderata	Alta	Sì	>50%	<5%	Alta
Marche	Bassa	Alta	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Molise	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Piemonte	Bassa	Alta	No	da 5 a 50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
PA Bolzano/Bozen	Bassa	Alta	Sì	>50%	>50%	Alta
PA Trento	Bassa	Alta	No	>50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Puglia	Bassa	Alta	Sì	>50%	>50%	Alta
Sardegna	Moderata	Alta	Sì	<5%	<5%	Alta
Sicilia	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Toscana	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Umbria	Bassa	Alta	No	<5%	<5%	Moderata
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Bassa	Moderata	No	da 5 a 50%	>50%	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto

Conclusioni della Cabina di Regia (27 novembre 2020)

- La velocità di trasmissione dell'epidemia in Italia sta rallentando ed ha raggiunto livelli di Rt prossimi a 1 in molte Regioni/PA. Inoltre, per la prima volta da molte settimane, l'incidenza (dati flusso ISS) calcolata negli ultimi 14 gg è diminuita a livello nazionale. Questi dati sono incoraggianti e segnalano l'impatto delle misure di mitigazione realizzate nelle ultime settimane, tuttavia si accompagnano ad un lieve aumento nelle ospedalizzazioni in area medica e in terapia intensiva con pressione ancora molto elevata sui servizi ospedalieri che complessivamente non è in regressione.
- L'incidenza rimane tuttavia ancora troppo elevata per permettere una gestione sostenibile ed il contenimento. Per questo motivo, è necessario raggiungere livelli di trasmissibilità significativamente inferiori ad 1 consentendo una rapida diminuzione nel numero di nuovi casi di infezione e, conseguentemente, una riduzione della pressione sui servizi sanitari territoriali ed ospedalieri.

Conclusioni della Cabina di Regia (27 novembre 2020)

- *Dieci Regioni/PA sono ancora classificate a rischio alto o ad esso equiparate, di queste, 9 sono state classificate a rischio Alto e/o equiparate a rischio Alto per 3 o più settimane consecutive.*
- *Questo andamento non deve portare ad un rilassamento prematuro delle misure o ad un abbassamento dell'attenzione nei comportamenti.*

Conclusioni della Cabina di Regia (27 novembre 2020)

- Si conferma la necessità di mantenere la **drastica riduzione delle interazioni fisiche** tra le persone. È fondamentale che la popolazione eviti tutte le occasioni di contatto con persone al di fuori del proprio nucleo abitativo che non siano strettamente necessarie e di rimanere a casa il più possibile. Rimane essenziale evitare gli eventi aggregativi che, se effettuati, porteranno ad un rapido aumento nel numero di nuovi casi.
- Si ricorda che è obbligatorio adottare comportamenti individuali rigorosi e rispettare le misure igienico-sanitarie predisposte relative a distanziamento e uso corretto delle mascherine. Si ribadisce la necessità di rispettare le misure raccomandate dalle autorità sanitarie compresi i provvedimenti quaranterini dei contatti stretti dei casi accertati e di isolamento dei casi stessi.

Prioritizzazione introdotta dal DPCM

Compatibilità della trasmissione osservata nel valore puntuale più recente con gli scenari (Circolari Salute [0027007](#) e [0032732](#))

Scenari 3 e 4

Misure aggiuntive prioritarie indicate a livello nazionale (DPCM 3 novembre) → 3 livelli

Regioni a rischio alto (o equiparato in quanto non valutabile) – [DM salute 30 aprile 2020](#)

Tratto dalla classificazione del rischio realizzata dalla CdR

Indicazioni per livello Regionale nel documento di ottobre 2012 per livello di rischio alto a prescindere dallo scenario ([Circolare 0032732](#))

Valutazione del rischio ([DM salute 30 aprile 2020](#))
Ruolo ISS: tecnico-scientifico a supporto del SSN ma non decisionale

5 livelli di rischio (molto basso → molto alto).
Indirizzo per le misure per livello Regionale nel documento del 12 ottobre ([Circolare 0032732](#))

11 Regioni/PA a rischio Alto o equiparato (non valutabile)
8 Regioni/PA a rischio moderato con una probabilità elevata di progredire a rischio alto nel prossimo mese.
Livello di autorità Locale, Regionale e Nazionale

DIPARTIMENTO DI PROTEZIONE CIVILE		Avviso di Pericolo Uscita		CTS 630 2020/063087 01/12/2020	
Regione.PA	Incidenza per 100.000 ab	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 11/11/2020)	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)
Abruzzo	654.33	3891	↓ ↗	1.06 (CI: 1.01-1.1)	Si
Basilicata	527.17	1356	↑	1.21 (CI: 1.1-1.32)	No
Calabria	280.98	2924	↑	0.92 (CI: 0.83-1.01) (Non affidabile#)	No
Campania	733.36	17680	↓ ↘	1 (CI: 0.97-1.04)	No
Emilia-Romagna	686.37	14616	↓ ↗	1.07 (CI: 1.06-1.09)	No
FVG	669.50	4350	↑ ↗	1.09 (CI: 1.04-1.13)	No
Lazio	573.16	16038	↓	0.88 (CI: 0.85-0.9)	No
Liguria	686.20	4490	↓	0.76 (CI: 0.73-0.79)	No
Lombardia	1005.01	45972	↓ ↗	1.17 (CI: 1.16-1.18)	No

Regione PA	Incidenza per 100.000 ab	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19 Casi (Fonte ISS)	Stima di Rt-puntuale (calcolato al 11/11/2020) Focali	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)	Valutazione della probabilità	Allerte relative alla resilienza dei servizi sanitari territoriali	Compatibilità Rt sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione**	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione equiparata o più alta per i sette giorni consecutivi	N° 01/12/2020
Molise	494,60	775	↑	1.17 (CI: 0.88-1.5)	No	Moderata	Bassa	0 allerte segnalate	1	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto	Alta
Piemonte	1115,73	21401	↓	↓	0.89 (CI: 0.88-0.9)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate. Ind. 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto	Ne
PA Bolzano/Bozen	1423,85	3461	↓	↓	1 (CI: 0.96-1.04)	No	Bassa	Alta	2 allerte segnalate. Ind. 2.1 in aumento. Ind 2.2 e 2.3 sopra soglia.	Ind. 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia	Alta
PA Trento	537,09	1293	↓	↑	0.81 (CI: 0.75-0.88)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto	No
Puglia	443,85	8745	↓	↓	0.99 (CI: 0.96-1.02)	No	Bassa	Alta	2 allerte segnalate. Ind. 2.1 in aumento. Ind 2.2 e 2.3 sopra soglia.	Ind. 2.1 in aumento. Ind 2.2 e 2.3 sopra soglia.	Alta
Sardegna	157,93	1064	↓	↑	0.71 (CI: 0.65-0.77)	No	Moderata	Alta	2 allerte segnalate. Ind. 2.1 in aumento. Ind 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia	Ind. 2.1 in aumento. Ind 2.2 non costituisce allerta in quanto 2.3 risulta sotto soglia	Alta
Sicilia	370,16	7559	↓	↑	1.04 (CI: 1.01-1.07)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind. 2.6 in diminuzione (già segnalato la settimana precedente)	Ind. 2.6 in diminuzione (già segnalato la settimana precedente)	Moderata
Toscana	716,62	11156	↓	↑	1.2 (CI: 1.17-1.22)	No	Moderata	Alta	0 allerte segnalate	0 allerte segnalate	Alta
Umbria	718,63	2571	↓	↑	0.74 (CI: 0.71-0.77)	No	Bassa	Alta	0 allerte segnalate	0 allerte segnalate	Moderata
V.d'Aosta/V.d'Aoste	1322,70	651	↓	↓	0.99 (CI: 0.92-1.07)	No	Bassa	Moderata	0 allerte segnalate. Ind. 2.6 sotto 90% però in aumento	0 allerte segnalate. Ind. 2.6 sotto 90% però in aumento	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto
Veneto	848,10	20743	↓	↑	1.2 (CI: 1.17-1.22)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento	Moderata con probabilità alta di progressione a rischio Alto

OMISSIS



Allegato 6

Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

CTS-COVID/62636

Roma, 27/11/2020

Al Sig. Ministro della Salute
On. Roberto Speranza

Oggetto: Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 03 novembre 2020
Monitoraggio dei dati epidemiologici ex art. 2 comma 1 e art. 3 comma 1

Il Comitato Tecnico Scientifico, nella seduta n. 131 del 27/11/2020, ha acquisito i dati epidemiologici ricevuti in data odierna ed aggiornati al periodo di riferimento 16/11/2020 – 22/11/2020, trasmessi da ISS relativamente al sistema di monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari istituito dal Ministero della Salute ed elaborati dalla cabina di regia di cui al decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020.

Il CTS viene reso edotto delle risultanze dei dati di monitoraggio del rischio e del Report Nazionale concernente l'aggiornamento epidemiologico e la resilienza dei servizi territoriali e dei servizi assistenziali aggiornati al 25/11/2020.

Il CTS, nel prendere atto che, dagli aggiornamenti dei dati epidemiologici, dieci Regioni/PA sono ancora classificate a rischio alto o ad esso equiparate e, di queste, 9 sono state classificate a rischio Alto e/o equiparate a rischio Alto per 3 o più settimane consecutive, ritiene che per il contenimento del contagio epidemico sostenuto dal virus SARS-CoV-2 sia necessario continuare a compiere azioni miranti ad interrompere le catene di trasmissione al fine del contenimento dell'impatto sui sistemi sanitari regionali.

Come riportato dai dati, si osserva come la velocità di trasmissione dell'epidemia in Italia stia rallentando e come, per la prima volta da molte settimane, l'incidenza sia diminuita a livello nazionale, segnale dell'impatto delle misure di mitigazione realizzate nelle ultime settimane. Tuttavia, questo dato si accompagna ad un lieve aumento nelle ospedalizzazioni in area medica e in terapia intensiva, ad una pressione ancora molto elevata sui servizi ospedalieri che complessivamente non è in regressione e ad una incidenza ancora troppo elevata per permettere

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~

MODULARIO
P.C.M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0063087 01/12/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

una gestione sostenibile ed il contenimento. Questo andamento, quindi, non deve portare ad una attenuazione prematura delle misure o ad un abbassamento dell'attenzione nei comportamenti.

In base all'impatto sui servizi sanitari e territoriali, è auspicabile una modulazione progressiva delle misure di mitigazione nelle Regioni/PA, evitandone, comunque, un'attenuazione troppo precoce. In caso contrario, questo potrebbe tradursi in una inversione della tendenza documentata oggi ed una ripresa del contagio in un contesto di incidenza ancora molto elevata.

Il Segretario //

[REDACTED]

Il Coordinatore

del Comitato Tecnico Scientifico
Dott. Agostino MIOZZO

[REDACTED]

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

GESTIONE DOMICILIARE DEI PAZIENTI CON INFEZIONE DA SARS-CoV-2

Premessa

L'infezione da SARS-CoV-2 è una condizione estremamente complessa per i meccanismi fisiopatogenetici connessi, per la molteplicità delle manifestazioni cliniche e per il ruolo giocato dalla risposta immunitaria dei soggetti.

Va, inoltre, ricordato che SARS-CoV-2 ha rappresentato, a tutti gli effetti, un patogeno sconosciuto alla comunità scientifica internazionale fino alla fine del mese di dicembre 2019 e la gestione clinica dei pazienti affetti da sintomi attribuibili al nuovo coronavirus (malati con COVID-19) è progressivamente evoluta nel tempo, riflettendo il progressivo accumularsi di informazioni relative al determinismo patogenetico della condizione morbosa, ai sintomi presentati dai pazienti e alle conoscenze che si sono andate via via accumulando nell'ambito dell'efficacia e delle tossicità correlate alle differenti terapie. In particolare, il trattamento si è articolato su approcci differenziati che sono andati a coinvolgere:

- farmaci a potenziale attività antivirale contro SARS-CoV-2;
- farmaci ad attività profilattica / terapeutica contro le manifestazioni trombotiche;
- farmaci in grado di modulare la risposta immunitaria;
- infusioni di plasma mirate a un trasferimento di anticorpi neutralizzanti il legame tra il nuovo coronavirus e il suo recettore espresso sulle cellule umane (ACE2).

Va anche opportunamente sottolineato che, ancora oggi, esistono larghi margini d'incertezza rispetto all'efficacia di alcuni degli approcci terapeutici sopramenzionati e l'uso delle differenti terapie piuttosto che l'assenza d'impiego delle stesse dipendono dalla severità delle manifestazioni cliniche presentate dai malati. Non casualmente, vi è forte raccomandazione che soprattutto i malati che presentano la sintomatologia più grave (pazienti ospedalizzati) vengano inclusi in *clinical trials* la cui conduzione è mirata a definire in maniera conclusiva il ruolo delle diverse opzioni di trattamento. Formulate queste dovere premesse, il decorso clinico dell'infezione può essere riassumibile in tre fasi:

- una fase iniziale durante la quale SARS-CoV-2, dopo essersi legato ad ACE2 ed essere penetrato all'interno delle cellule dell'ospite, inizia la replicazione. Questa fase di solito si caratterizza clinicamente per la presenza di malessere generale, febbre e tosse secca. I casi in cui il sistema immunitario dell'ospite riesce a bloccare l'infezione in questo stadio (la maggior parte) hanno un decorso assolutamente benigno;

- la malattia può poi evolvere verso una seconda fase, caratterizzata da alterazioni morfo-funzionali a livello polmonare causate sia dagli effetti citopatici del virus sia dalla risposta immunitaria dell'ospite. Tale fase si caratterizza per un quadro di polmonite interstiziale, molto spesso bilaterale, associata ad una sintomatologia respiratoria che nella fase precoce è generalmente limitata, ma che può, successivamente, sfociare verso una progressiva instabilità clinica con insufficienza respiratoria. Il fenomeno della cosiddetta "ipossiemia silente", caratterizzato da bassi valori di ossigenazione ematica in assenza di sensazione di dispnea soggettiva, è caratteristico di questa fase di malattia;
- questo scenario, in un numero limitato di persone, può evolvere verso un quadro clinico ingravescente dominato dalla tempesta citochinica e dal conseguente stato iperinfiammatorio, che determina conseguenze locali e sistemiche e rappresenta un fattore prognostico negativo producendo, a livello polmonare, quadri di vasculopatia arteriosa e venosa con trombizzazione dei piccoli vasi ed evoluzione verso lesioni polmonari gravi e, talvolta, permanenti (fibrosi polmonare). Le fasi finali di questo gravissimo quadro clinico portano ad una ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*) grave e in alcuni casi all'innesto di fenomeni di coagulazione intravascolare disseminata. In questa fase, si è osservata un'alterazione progressiva di alcuni parametri infiammatori quali PCR, ferritina, e citochine pro-infiammatorie (IL2, IL6, IL7, IL10, GSCF, IP10, MCP1, MIP1A e TNF α) e coagulativi quali aumentati livelli dei prodotti di degradazione della fibrina come il D-dimero, consumo di fattori della coagulazione, trombocitopenia.

Sulla base di queste tre fasi patogenetiche, i *National Institutes of Health* (NIH) statunitensi hanno formulato una classificazione, fondata anche su criteri radiologici con i limiti e le difficoltà legate alla realizzazione di queste indagini in una situazione pandemica, in cui si individuano 5 stadi clinici della malattia COVID-19, riassunti nella Tabella 1.

Stadio	Caratteristiche
Infezione asintomatica o presintomatica	Diagnosi di SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi
Malattia lieve	Presenza di sintomatologia lieve (es. febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea, mialgie), ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche
Malattia moderata	$SpO_2 \geq 94\%$ e evidenza clinica o radiologica di polmonite
Malattia severa	$SpO_2 < 94\%$, $PaO_2/FiO_2 < 300$, frequenza respiratoria > 30 atti/min (nell'adulto), o infiltrati polmonari $> 50\%$
Malattia critica	Insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multiorgano.

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

Le conoscenze maturate a oggi sull'infezione da SARS-CoV-2 e sul suo decorso evolutivo hanno permesso di porre le basi per una stratificazione dei pazienti in base al rischio di ospedalizzazione.

I dati di letteratura attualmente disponibili hanno evidenziato un'associazione significativa tra l'incidenza di forme clinicamente severe d'infezione da SARS-CoV2 e **l'età avanzata (soprattutto oltre i 70 anni d'età), il numero e la tipologia di patologie associate**, il sesso maschile e la latenza tra l'inizio dei sintomi e la prima valutazione medica.

I pazienti affetti da patologie quali ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, insufficienza cardiaca, diabete mellito, insufficienza renale e malattia coronarica sono più a rischio di sviluppare manifestazioni severe dell'infezione da SARS-CoV-2. Questi pazienti, così come quelli affetti da patologie respiratorie croniche e da insufficienza renale cronica preesistente, hanno, inoltre, una prognosi più sfavorevole.

La *Cleveland Clinic* ha condotto uno studio con lo scopo di sviluppare un modello statistico che possa stimare il rischio di ospedalizzazione di un paziente affetto da SARS-CoV-2. Lo studio ha portato alla realizzazione di un algoritmo di calcolo (<https://riskcalc.org/COVID19Hospitalization/>) che, sulla base di dati anagrafici, clinici e anamnestici, permette di quantificare questo rischio. Pur con i limiti intrinsecamente legati agli schematismi tipici degli algoritmi e sottolineando la necessità d'integrare le informazioni presenti nell'algoritmo con le connotazioni cliniche e socioassistenziali peculiari del paziente e non presenti nell'algoritmo, lo strumento può fornire utili indicazioni sul potenziale profilo di rischio del soggetto che ha sviluppato infezione da SARS-CoV-2.

Scenari di gestione domiciliare

Anche in occasione di questa seconda ondata pandemica, esiste la necessità di razionalizzare le risorse al fine di poter garantire la giusta assistenza a ogni singolo cittadino in maniera commisurata alla gravità del quadro clinico.

Una corretta gestione del caso fin dalla diagnosi consente di attuare un flusso che abbia il duplice scopo di mettere in sicurezza il paziente e di non affollare in maniera non giustificata gli ospedali e soprattutto le strutture di pronto soccorso.

I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), grazie alla presenza capillare nel territorio e alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, sia in termini sanitari che in termini sociali, devono giocare, in stretta collaborazione con il personale delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) e con eventuali unità di assistenza presenti sul territorio, un ruolo cruciale nell'ambito della gestione assistenziale dei malati COVID-19 rispetto ai seguenti aspetti:

- identificazione dei soggetti a rischio di contagio da SARS-CoV-2;
- segnalazione ai dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali (ASL) / aziende territoriali sanitarie (ATS), dei casi sospetti nei quali è richiesta l'esecuzione di test

diagnostico. La circolare del 3 novembre 2020 “Indirizzi operativi per l’effettuazione dei test antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS)” dispone l’esecuzione di test diagnostici da parte del MMG o PLS per i propri assistiti. I MMG e PLS, utilizzando le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria, anche attraverso sistemi di interoperabilità, predispongono il referto elettronico relativo al tampone eseguito per ciascun assistito, con l’indicazione dei relativi esiti nonché, nel caso di esito positivo e in via opzionale, dei dati di contatto dell’assistito;

- identificazione delle condizioni abitative e familiari che possono rendere non applicabile l’isolamento domiciliare;
- monitoraggio e gestione domiciliare dei pazienti che non richiedono ospedalizzazione;
- istruzione dei pazienti sull’utilizzo di presidi di monitoraggio a domicilio;
- prescrizione di norme di comportamento e terapie di supporto;
- istituzione di un’alleanza terapeutica con il paziente e con il *caregiver*;
- identificazione precoce di parametri e/o condizioni cliniche a rischio di evoluzione della malattia con conseguente necessità di ospedalizzazione;
- realizzazione di test diagnostici rapidi per screening di contatto stretto di caso o per riammissione in comunità di contatto stretto di caso e asintomatico secondo le indicazioni della circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica”;
- identificazione degli assistiti >70 anni e portatori di 3 o più patologie a rischio;
- identificazione degli assistiti portatori di patologia a rischio (ad esempio neoplasia, obesità morbigena, condizioni psichiatriche gravi).

Si ribadisce che, nella gestione di tutte le problematiche sopra riportate per ridurre la pressione sulle strutture di pronto soccorso e poter mantenere negli ospedali tutte le attività ordinarie, è opportuno che il personale delle USCA operi in stretta collaborazione fornendo supporto ai MMG e PLS. Rispetto alle attività sopramenzionate e al ruolo giocato dalle USCA, è opportuno richiamare il Decreto Legge del 9 Marzo 2020 numero 14/20, e più specificatamente l’articolo 8, comma 1, prevede che: “Al fine di consentire al Medico di medicina generale o al Pediatra di libera scelta o al Medico di continuità assistenziale di garantire l’attività assistenziale e ordinaria, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano istituiscono, entro 10 giorni dall’entrata in vigore del presente decreto presso una sede di continuità assistenziale già esistente, un’unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero”. Per i pazienti con malattia lieve, è indicata la sorveglianza domiciliare da parte del MMG, coadiuvato da un membro della famiglia. Una valutazione del contesto sociale (condizioni domiciliari generali,

presenza di *caregiver*) deve, pertanto, essere parte essenziale dell'iniziale valutazione. I pazienti e i membri della famiglia dovranno essere educati in merito all'igiene personale, alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni, e a come correttamente approcciare una persona con infezione da SARS-CoV2 in modo da evitare la diffusione dell'infezione ai contatti. Il MMG o PLS deve anche rilevare la presenza di eventuali fattori che possano rendere il paziente più a rischio di deterioramento e, in particolare, è fondamentale considerare e documentare la presenza di comorbosità.

I pazienti a basso rischio sono definiti dall'assenza di fattori di rischio aumentato (ad esempio patologie neoplastiche o immunodepressione) e sulla base delle seguenti caratteristiche:

- *sintomatologia simil-influenzale (ad esempio rinite, tosse senza difficoltà respiratoria, mialgie, cefalea);*
- *assenza di dispnea e tachipnea (documentando ogni qualvolta possibile la presenza di una SpO₂ > 92%);*
- *febbre ≤ 38 °C o > 38 °C da meno di 72 ore;*
- *sintomi gastro-enterici (in assenza di disidratazione e/o plurime scariche diarroiche);*
- *astenia, ageusia / disgeusia / anosmia.*

Per rendere omogenea e confrontabile la valutazione iniziale del paziente è, quindi, importante utilizzare uno *score* che tenga conto della valutazione di diversi parametri vitali. Uno degli *score* utilizzabili, anche al fine di adottare un comune linguaggio a livello nazionale è il ***Modified Early Warning Score*** (MEWS, Tabella 2), il quale ha il pregio di quantificare la gravità del quadro clinico osservato e la sua evoluzione, pur dovendosi tenere in conto eventuali limiti legati, per esempio, alla valutazione dello stato di coscienza in soggetti con preesistente deterioramento neurologico. Il MEWS, in associazione al dato pulsossimetrico a riposo o sotto sforzo, può essere utilizzato oltre che nella valutazione iniziale anche durante il periodo di *follow-up*.

Modified Early Warning Score

Tabella 2: *Modified Early Warning Score*

L'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione di ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte. Attraverso la scala MEWS, i pazienti vengono stratificati nei seguenti gruppi di rischio:

- rischio basso / stabile (score 0-2);
 - rischio medio / instabile (score 3-4);
 - rischio alto / critico (score 5).

La valutazione dei parametri al momento della diagnosi di infezione e il monitoraggio quotidiano, anche attraverso approccio telefonico, soprattutto nei pazienti sintomatici lievi è fondamentale poiché circa il 10-15% dei casi lievi progredisce verso forme severe.

Monitoraggio della saturazione dell'ossigeno a domicilio attraverso il pulsossimetro

L'utilizzo clinico del pulsossimetro è validato da decenni di uso diffuso nelle strutture ospedaliere. In pazienti sani adulti, non fumatori, è considerata normale una saturazione superiore a 95%. Con l'aumentare dell'età, in particolare dopo i 70 anni, la capacità di saturazione ossiemoglobinica si può

ridurre e presentare valori al di sotto di 94%, in particolare se concomitano patologie polmonari e/o cardiovascolari. I pazienti affetti da COVID-19 a maggior rischio di mortalità sono quelli che si presentano con livelli più bassi di ossigenazione ematica. La pulsossimetria domiciliare, eventualmente complementata da una valutazione sotto sforzo in casi selezionati (ad esempio con il “test della sedia” o con il “test del cammino”, vedi sotto), fornisce un’informazione medica di cruciale importanza per identificare la cosiddetta “ipossiemia silente”, cioè la condizione clinica caratterizzata da bassi livelli ematici di ossigeno in assenza di significativa sensazione soggettiva di dispnea e di rilevazione di segni di iniziale impegno respiratorio (tachipnea, alitamento delle pinne nasali, utilizzo di muscoli accessori per la respirazione, rientramenti al giugolo, rientramenti intercostali e sottocostali) tipica di COVID-19 e il conseguente rapido peggioramento clinico del paziente. Per converso, valori normali della pulsossimetria forniscono un’informazione affidabile e quantitativa in grado di rendere più sicura la gestione domiciliare. L’utilizzo diffuso del pulsossimetro potrebbe ridurre gli accessi potenzialmente inappropriati ai servizi di pronto soccorso degli ospedali, identificando nel contempo prontamente i pazienti che necessitano di una rapida presa in carico da parte dei servizi sanitari. Rimandando a documenti specifici presenti nella bibliografia riportata al termine di questo documento, si sottolinea la relativamente facile realizzabilità del “test del cammino” (che si effettua facendo camminare l’assistito per un massimo di 6 minuti lungo un percorso senza interruzione di continuità di 30 metri monitorando la saturazione dell’ossigeno) o del “test della sedia” (che consiste nell’utilizzo di una sedia senza braccioli, alta circa 45 cm, appoggiata alla parete: il paziente, senza l’aiuto delle mani e delle braccia, con le gambe aperte all’altezza dei fianchi, deve eseguire in un minuto il maggior numero di ripetizioni alzandosi e sedendosi con gambe piegate a 90 gradi, monitorando la saturazione dell’ossigeno e la frequenza cardiaca mediante un pulsossimetro) per documentare la presenza di desaturazione sotto sforzo.

Sulla base dell’analisi della letteratura scientifica disponibile ad oggi e sulla base delle caratteristiche tecniche dei saturimetri disponibili in commercio per uso extra-ospedaliero, si ritiene di considerare come valore soglia di sicurezza per un paziente COVID-19 domiciliato il **92% di saturazione dell’ossigeno (SpO₂) in aria ambiente**. Infatti, valori di saturazione superiori a questo limite hanno una assai bassa probabilità di associarsi a un quadro di polmonite interstiziale grave. Inoltre, il margine medio di accuratezza dei saturimetri commerciali è stimabile nell’ordine di $\pm 4\%$. L’insieme di queste considerazioni giustifica la raccomandazione dell’adozione della soglia del 92%, invece del valore del 94% riportato nella classificazione NIH. Nel contesto di valutazione del paziente, si valorizzeranno anche i parametri relativi ad alterazioni marcate della frequenza respiratoria e cardiaca (vedi MEWS riportato sopra).

Le caratteristiche minime richieste per un pulsossimetro da utilizzare in modo affidabile in ambiente extra-ospedaliero sono le seguenti:

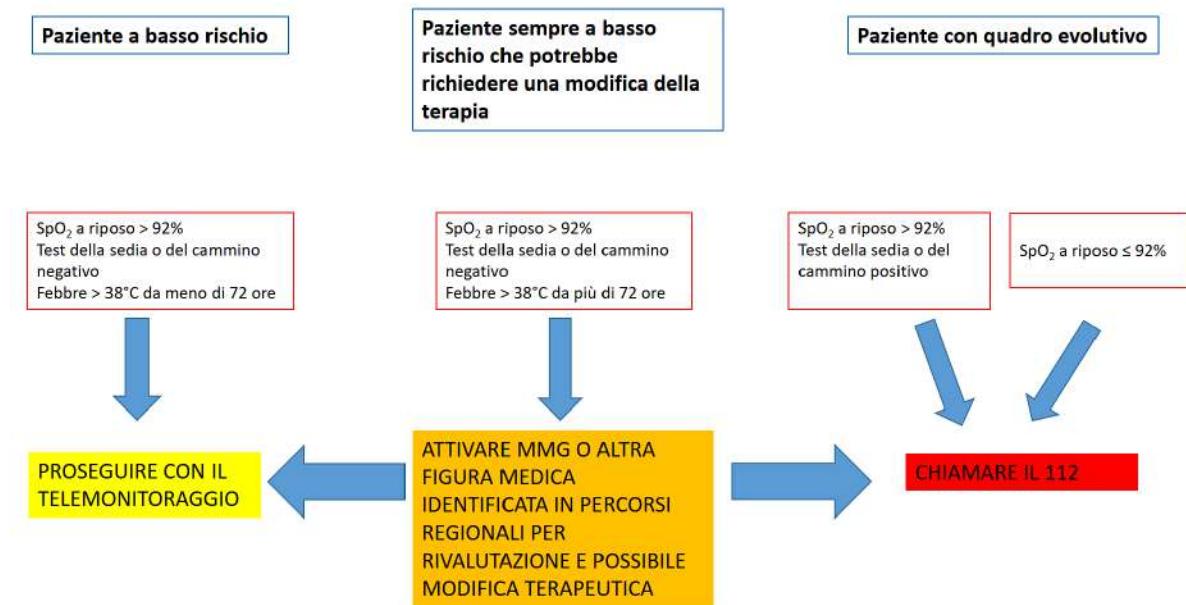
- tipologia di dispositivo portatile, con peso e dimensioni contenute;
- adeguato grado di protezione da urti ed infiltrazione di fluidi (classe IPX);
- rilevazione e monitoraggio di frequenza cardiaca saturazione (SpO_2);
- idoneo per uso adulto e pediatrico;
- *display* integrato per la visualizzazione dei parametri rilevati, chiaramente distinguibili;
- funzionamento a batteria (preferibilmente ricaricabile) con elevata autonomia;
- auspicabili algoritmi specifici per una accurata rilevazione del segnale anche in condizioni difficili (ad esempio interferenze elettriche, movimento, luce, bassa perfusione);
- funzionamento senza materiale di consumo (sensori) dedicato;
- facilmente sanificabile e resistente agli urti;
- preferibile la predisposizione per interfacciamento con dispositivi esterni per trasferimento dati acquisiti tramite protocollo *bluetooth* o equivalente (utilizzo in protocolli di teleassistenza sulla base dei modelli organizzativi regionali e aziendali);
- marcatura CE come Dispositivo Medico ai sensi della normativa vigente, con classe di rischio non inferiore a IIA.

Il monitoraggio delle condizioni cliniche e della saturazione dell'ossigeno andrà proseguito nel soggetto infettato da SARS-CoV-2 per tutta la durata dell'isolamento domiciliare, in rapporto alle condizioni cliniche e all'organizzazione territoriale. Il paziente dovrà essere istruito sulla necessità di comunicare una variazione dei parametri rispetto al *baseline* e, in particolare, **dovrà comunicare valori di saturazione di ossigeno inferiori al 92%**. Qualora venga esclusa la necessità di ospedalizzazione, potrà essere attivata, con tutte le valutazioni prudenziali di fattibilità del caso, la fornitura di ossigenoterapia domiciliare.

Nel caso di aggravamento delle condizioni cliniche, durante la fase di monitoraggio domiciliare, andrà eseguita una rapida e puntuale rivalutazione generale per verificare la necessità di una ospedalizzazione o valutazione specialistica, onde evitare il rischio di ospedalizzazioni tardive. È largamente raccomandabile che, in presenza di adeguata fornitura di dispositivi di protezione individuale (mascherine, tute con cappuccio, guanti, calzari, visiera), i MMG e i PLS, anche integrati nelle USCA, possano garantire una diretta valutazione dell'assistito attraverso l'esecuzione di visite domiciliari.

Una rappresentazione schematica del monitoraggio del soggetto infettato da SARS-CoV-2 e della dinamica possibilità di transizione da paziente a basso rischio a paziente con un quadro in evoluzione

peggiorativa tale da richiedere o una modifica della terapia o un riferimento a strutture di pronto soccorso è delineato nello schema sotto-riportato.



Principi di gestione della terapia farmacologica

Le presenti raccomandazioni si riferiscono alla gestione farmacologica in ambito domiciliare dei casi lievi di COVID-19 e si applicano sia ai casi confermati, sia a quelli probabili, secondo la definizione WHO sotto riportata (7/08/2020):

- **caso confermato:** un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici;
- **caso probabile:** un caso che presenta criteri clinici compatibili con COVID-19 e abbia avuto un contatto probabile o confermato con un caso certo; un caso sospetto con *imaging* del torace suggestivo per COVID-19 (da realizzarsi al meglio in *hotspot* territoriali dedicati o già esistenti o da crearsi allo scopo ove inviare i pazienti per accertamenti radiologici ed esami di primo livello per evitare per quanto possibile il ricorso a strutture sanitarie di pronto soccorso); un caso con recente insorgenza di anosmia o ageusia non altrimenti spiegabile.

Per **caso lieve** si intende: presenza di sintomi come febbre ($>37.5^{\circ}\text{C}$), malessere, tosse, faringodinia, congestione nasale, cefalea, mialgie, diarrea, anosmia, disgeusia, in assenza di dispnea, disidratazione, alterazione dello stato di coscienza. Occorre sottolineare che i soggetti anziani e quelli immunodepressi possono presentare sintomi atipici e quindi vanno valutati con particolare attenzione

e cautela. Inoltre, come già ribadito, i soggetti ad alto rischio di progressione, necessitano di una valutazione specifica sulla base dei rispettivi fattori di rischio individuali.

In linea generale, per soggetti con queste caratteristiche cliniche non è indicata alcuna terapia al di fuori di una eventuale terapia sintomatica di supporto.

In particolare, nei soggetti a domicilio asintomatici o paucisintomatici, sulla base delle informazioni e dei dati attualmente disponibili, si forniscono le seguenti indicazioni di gestione clinica:

- **vigile attesa;**
- **misurazione periodica della saturazione dell'ossigeno tramite pulsossimetria;**
- **trattamenti sintomatici (ad esempio paracetamolo);**
- **appropriate idratazione e nutrizione;**
- **non modificare terapie croniche in atto per altre patologie (es. terapie antiipertensive, ipolipemizzanti, anticoagulanti o antiaggreganti), in quanto si rischierebbe di provocare aggravamenti di condizioni preesistenti;**
- **i soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico in ragione di un precedente trapianto di organo solido piuttosto che per malattie a patogenesi immunomediata, potranno proseguire il trattamento farmacologico in corso a meno di diversa indicazione da parte dello specialista curante;**
- **non utilizzare routinariamente corticosteroidi;**
- **l'uso dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno. L'impiego di tali farmaci a domicilio può essere considerato solo in quei pazienti il cui quadro clinico non migliora entro le 72 ore, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia;**
- **non utilizzare eparina. L'uso di tale farmaco è indicato solo nei soggetti immobilizzati per l'infezione in atto;**
- **non utilizzare antibiotici. Il loro eventuale uso è da riservare solo in presenza di sintomatologia febbrale persistente per oltre 72 ore o ogni qualvolta in cui il quadro clinico ponga il fondato sospetto di una sovrapposizione batterica, o, infine, quando l'infezione batterica è dimostrata da un esame microbiologico;**
- **non utilizzare idrossiclorochina la cui efficacia non è stata confermata in nessuno degli studi clinici controllati fino ad ora condotti;**
- **non somministrare farmaci mediante aerosol se in isolamento con altri conviventi per il rischio di diffusione del virus nell'ambiente.**

Non esistono, ad oggi, evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia di **supplementi vitaminici e integratori alimentari** (ad esempio vitamine, inclusa

vitamina D, lattoferrina, quercitina), il cui utilizzo per questa indicazione non è, quindi, raccomandato.

Per una più completa valutazione delle diverse categorie di farmaci da utilizzare nelle diverse fasi della malattia in relazione alle prove di efficacia disponibili, si fornisce di seguito una panoramica generale delle linee di indirizzo AIFA sulle principali categorie di farmaci. Le raccomandazioni fornite riflettono la letteratura e le indicazioni esistenti. Si basano anche sulle Schede Informative AIFA che sono aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche (<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>).

RACCOMANDAZIONI E DECISIONI AIFA SUI FARMACI COVID-19

FARMACI SINTOMATICI

Terapia sintomatica	Paracetamolo o FANS possono essere utilizzati in caso di febbre o dolori articolari o muscolari (a meno che non esista chiara controindicazione all'uso). Altri farmaci sintomatici potranno essere utilizzati su giudizio clinico.
---------------------	--

FARMACI CHE POSSONO ESSERE UTILIZZATI SOLO IN SPECIFICHE FASI DELLA MALATTIA

Corticosteroidi	L'uso dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno. Tale raccomandazione si basa sul fatto che attualmente esistono evidenze di un benefico clinico di tali farmaci solo in questo <i>setting</i> di pazienti/fase di malattia. Si sottolinea, inoltre, che nella fase iniziale della malattia (nella quale prevalgono i fenomeni connessi alla replicazione virale) l'utilizzo del cortisone potrebbe avere un impatto negativo sulla risposta immunitaria sviluppata. L'uso dei corticosteroidi a domicilio può essere considerato in quei pazienti il cui quadro clinico non migliora entro le 72 ore, se in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia. Lo studio che ha dimostrato la riduzione di mortalità con basse dosi di corticosteroidi ha utilizzato il desametasone al dosaggio di 6 mg per un massimo di 10 giorni. Eventuali altri corticosteroidi dovrebbero essere utilizzati a dosaggi equivalenti quali: metilprednisolone 32 mg, prednisone: 40 mg, e idrocortisone: 160 mg. È importante, infine, ricordare che in molti soggetti con malattie croniche l'utilizzo del cortisone può determinare importanti eventi avversi che rischiano di complicare il decorso della malattia virale. Valga come esempio a tutti noto, quello dei soggetti diabetici in cui sia la
Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it/	

	presenza di un'infezione, sia l'uso del cortisone possono gravemente destabilizzare il controllo glicemico.
Eparine Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it	L'uso delle eparine nella profilassi degli eventi trombo-embolici nel paziente medico con infezione respiratoria acuta e ridotta mobilità è raccomandato dalle principali linee guida e deve continuare per l'intero periodo dell'immobilità. L'utilizzo routinario delle eparine non è raccomandato nei soggetti non ospedalizzati e non allettati a causa dell'episodio infettivo, in quanto non esistono evidenze di un benefico clinico in questo <i>setting</i> di pazienti / fase di malattia. Nel caso di soggetto allettato possono essere usati i dosaggi profilattici dei vari composti eparinici. È importante ricordare che l'infezione da SARS-CoV-2 non rappresenta una controindicazione a continuare la terapia anticoagulante orale (con AVK o NAO) o la terapia antiaggregante anche doppia già in corso.

FARMACI NON RACCOMANDATI PER IL TRATTAMENTO DEL COVID-19

Antibiotici Scheda AIFA Informativa (relativa ad azitromicina): https://www.aifa.gov.it	<p>L'utilizzo routinario di antibiotici non è raccomandato nelle prime 72 ore. Come regola generale, si ricorda che l'utilizzo routinario di antibiotici non è mai raccomandato per trattare le infezioni virali. In corso di un'infezione virale, l'uso degli antibiotici può essere considerato solo quando la persistenza della sintomatologia è superiore alle 48-72 ore e il quadro clinico fa sospettare la presenza di una sovrapposizione batterica o quando l'infezione batterica è dimostrata da un esame colturale.</p> <p>La mancanza di un solido razionale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti con la sola infezione virale da SARS-CoV-2 non consentono di raccomandare l'utilizzo degli antibiotici, da soli o associati ad altri farmaci con particolare riferimento all'idrossiclorochina.</p> <p>Un ingiustificato utilizzo degli antibiotici può inoltre determinare l'insorgenza e il propagarsi di resistenze batteriche che potrebbero compromettere la risposta a terapie antibiotiche future.</p>
---	---

Idrossiclorochina Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it	<p>L'utilizzo di clorochina o idrossiclorochina non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.</p> <p>Numerosi studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono per un'inefficacia del farmaco a fronte di un aumento degli eventi avversi legati all'uso del farmaco, seppur non gravi. Ciò rende negativo il rapporto fra i benefici e i rischi dell'uso di questo farmaco.</p>
Lopinavir / ritonavir Darunavir / ritonavir o cobicistat Scheda Informativa AIFA: https://www.aifa.gov.it	<p>L'utilizzo di lopinavir / ritonavir o darunavir / ritonavir o cobicistat non è raccomandato né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.</p> <p>Gli studi clinici randomizzati ad oggi pubblicati concludono tutti per un'inefficacia di questi approcci farmacologici.</p>
<p>Le raccomandazioni fornite riflettono la letteratura e le indicazioni esistenti e verranno aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche. Per un maggiore dettaglio sulle singole schede è possibile consultare il sito istituzionale dell'AIFA al seguente link: https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19.</p> <p>Dalle linee di indirizzo fornite è esclusa l'ossigenoterapia che rappresenta un presidio terapeutico essenziale in presenza di insufficienza respiratoria e per il cui corretto utilizzo si rimanda alle raccomandazioni specifiche. In aggiunta a tali raccomandazioni occorre precisare che i soggetti in trattamento cronico (ad esempio con antipertensivi, ACE-inibitori o statine) è raccomandato che proseguano il loro trattamento fino a differenti disposizioni del proprio medico. I soggetti in trattamento immunosoppressivo cronico in ragione di un precedente trapianto di organo solido piuttosto che per malattie a patogenesi immunomediatata, potranno proseguire il trattamento farmacologico in corso a meno di diversa indicazione da parte dello specialista curante.</p>	

Bibliografia essenziale

1. National Institutes of Health. COVID-19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19. Bethesda, MD NIH; 2020.
<https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf>
2. Zhou F, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 395:1054–1062.
3. Chen T, et al. Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China (2019): a single-centered, retrospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020 Apr 11: glaa089.
4. Jutzeler CR, et al. Comorbidities, clinical signs and symptoms, laboratory findings, imaging features, treatment strategies, and outcomes in adult and pediatric patients with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Travel Med Infect Dis*. 2020 Aug 4:101825.
5. <https://riskcalc.org/COVID19Hospitalization/>
6. World Health Organization (WHO). Home care for patients with COVID-19 presenting with mild symptoms and management of their contacts Interim guidance. 2020 [updated 12 August 2020].
7. Huang CC, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan. *Lancet* 2020; 395:497-506.
8. Richardson S, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. *JAMA* 2020; 323: 2052-2059.
9. Luks AM, et al. Pulse oximetry for monitoring patients with COVID-19 at home. Potential pitfalls and practical guidance. *Ann Am Thorac Soc*. 2020; 17: 1040-1046.
10. National Health Service UK. Pulse oximetry to detect early deterioration of patients with COVID-19 in primary and community care settings. Publications approval reference: 001559 (11 June 2020, updated 7 October 2020).
11. Bohannon RW et al. 1-Minute Sit-to-Stand Test: systematic review of procedures, performance, and clinimetric properties. *J Cardiopulm Rehab Prevent*. 2019; 39: 2-8.
12. O'Driscoll BR, et al. British Thoracic Society Emergency Oxygen Guideline Group; BTS Emergency Oxygen Guideline Development Group. BTS guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *Thorax* 2017; 72: ii1-ii90.
13. Binita K, et al. Emergency oxygen therapy: from guideline to implementation. *Breath* 2013; 9: 246-254.
14. Crook S, et al. A multicentre validation of the 1-min sit-to-stand test in patients with COPD. *Eur. Respir. J.* 2017; 49: 1601871.

15. Mehmet H, et l. What is the optimal chair stand test protocol for older adults? A systematic review.

Disabil Rehabil. 2020; 42: 2828-283.

Allegato 8

MINISTERO DELLA SALUTE

Oggetto: Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura

Le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, comunque denominate e gli hospice, ospitano persone anziane o disabili che costituiscono una fascia di popolazione particolarmente fragile e a maggior rischio di evoluzione grave se colpita da COVID-19. Per questo motivo si sono rese necessarie misure particolarmente stringenti di prevenzione e controllo delle infezioni per tutelare la salute degli assistiti in queste strutture.¹

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 59 dell'8 marzo 2020 è stato pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che ha fornito *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”*.

Tale decreto prevede, all'articolo 2, comma 1, lettera q), che *“l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione”*.

La predetta disposizione è stata confermata dai successivi decreti, da ultimo dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 novembre 2020, recante *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»* (G.U. Serie Generale n. 275 del 4 novembre 2020).

In particolare, l'articolo 1, comma 9, lettera dd), del citato D.P.C.M 3 novembre 2020, ribadisce che *“l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione”*.

D'altra parte, l'attuazione di tali misure, tra cui il distanziamento fisico e le restrizioni ai contatti sociali

¹ Per lo scopo di questo documento, con il termine strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali” si includono strutture residenziali in ambito territoriale per persone non autosufficienti, quali anziani e disabili, strutture residenziali extraospedaliere ad elevato impegno sanitario, per trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA o similari), Residenze Sanitarie per Disabili (RSD), lungodegenze, case di riposo, strutture sociali in ambito territoriale.

imposte dalle norme volte al contenimento della diffusione del contagio hanno determinato una riduzione dell’interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socioaffettive che, in una popolazione fragile e in larga misura cognitivamente instabile, possono favorire l’ulteriore decadimento psicoemotivo determinando poi un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico. Inoltre, anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dal proprio caro e la conseguente difficoltà ad offrire sostegno e supporto affettivo in un momento difficile come quello attuale.

In tale contesto si collocano le proposte della “Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana”, istituita presso il Ministero della Salute con DM 8 settembre 2020, riguardanti la ripresa in sicurezza di visite e contatti dei parenti e dei volontari presso gli anziani in strutture residenziali, che, a partire dall’analisi degli elementi di criticità caratterizzanti il sistema residenziale sociosanitario per la terza età, individuano soluzioni organizzative utili per ripristinare in sicurezza le attività socio-relazionali all’interno delle strutture stesse, altrettanto necessarie quanto quelle sanitarie.

Tenuto conto delle suddette indicazioni e in coerenza con quanto previsto dal rapporto dell’ISS “*Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali*” Versione del 24 agosto 2020, per garantire uniformità di applicazione delle citate disposizioni e per assicurare il pieno accesso in sicurezza di parenti e visitatori presso le strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice, si forniscono ulteriori chiarimenti e indicazioni, ferme restando le specifiche disposizioni adottate nel rispetto della propria autonomia, esercitabile anche attraverso l’adozione di protocolli di sicurezza specifici. Tali indicazioni sono valide nell’attuale contesto di diffusa circolazione del virus.

1. Indicazioni generali

- 1.1. Poiché l’isolamento sociale e la solitudine rappresentano motivo di sofferenza e importanti fattori di rischio nella popolazione anziana per la sopravvivenza, lo stato di salute fisica e mentale, in particolare per depressione, ansia e decadimento cognitivo/demenza, come documentato da ampia letteratura scientifica, debbono essere assicurate le visite dei parenti e dei volontari per evitare le conseguenze di un troppo severo isolamento sulla salute degli ospiti delle residenze. Le visite devono essere effettuate in sicurezza tramite adeguati dispositivi di protezione e adeguate condizioni ambientali.
- 1.2. È necessario inoltre che tutte le strutture residenziali approntino adeguate misure perché ad ogni ospite sia data facoltà di collegarsi regolarmente in modalità digitale con i propri congiunti e amici, al fine di scongiurare un isolamento forzato e garantire per quanto possibile occasioni di relazione sociale e affettiva. In particolare, questi strumenti sono fondamentali laddove le condizioni epidemiologiche dell’area in cui si trova la struttura non permettano visite frequenti in presenza.
- 1.3. Deve essere favorita la ripresa – nel rispetto delle previste misure di contenimento del rischio - delle attività sanitarie e sociosanitarie eventualmente sospese quali, ad esempio, fisioterapia, (e) logopedia e terapia occupazionale e deve essere facilitato – previa adeguata informazione/formazione sul rischio e sulle misure da attuare per mitigarlo - l’apporto degli assistenti sociali, assistenti personali e del volontariato, in considerazione del contributo da essi fornito agli ospiti in termini di mantenimento delle abilità fisiche e socio-relazionali.
- 1.4. Vanno sviluppate e diffuse buone pratiche nella gestione dei contatti e della rete sociale degli ospiti, sia in presenza che a distanza, e modalità per valutarne l’impatto in termini di efficacia e

di sicurezza. Le direzioni sanitarie debbono perciò predisporre un piano dettagliato per assicurare la possibilità di visite in presenza e contatti a distanza in favore degli ospiti delle strutture. Si sollecitano soluzioni tipo “sala degli abbracci” dove un contatto fisico sicuro può arrecare beneficio agli ospiti in generale ed a quelli cognitivamente deboli in particolare; devono comunque essere previsti, per le eventuali diverse tipologie di soluzioni individuate, adeguati protocolli - in particolare, ad esempio, in riferimento alle misure igieniche da rispettare ed ai dispositivi di protezione da indossare - al fine di garantire il contenimento del rischio e la sicurezza degli ospiti, degli operatori, dei volontari e dei visitatori.

- 1.5. Si ricordano le indicazioni per il tracciamento di tutti gli ingressi e l’opportunità di attivare forme di monitoraggio sulle visite e i contatti effettuate nelle residenze.

2. Test antigenici rapidi per i visitatori alle strutture residenziali autorizzati dal direttore della struttura.

Al fine di ristabilire e favorire gli accessi dei visitatori in sicurezza, come già messo in atto in alcune Regioni, si raccomanda di predisporre strategie di screening immediato, tramite la possibilità di esecuzione di test antigenici rapidi ai familiari/parenti/visitatori degli assistiti. Questi test possono essere effettuati direttamente in loco e, in caso di esito negativo, i visitatori sono autorizzati ad accedere alla struttura secondo le indicazioni fornite dal direttore della struttura. In tal modo si coniuga la salvaguardia della salute e la necessità della vicinanza dei propri cari. Nell’attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da un’elevata circolazione virale, è altamente probabile il riscontro di soggetti positivi a SARS-CoV-2 che potrebbero trasmettere l’infezione e quindi risulta di fondamentale utilità l’impiego razionale di metodiche di screening che siano validate come riportato dalla circolare del Ministero della Salute del 30 ottobre n. 35324 “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica”. L’utilizzo dei test antigenici rapidi è ormai riconosciuto a livello internazionale quale strumento di comprovata efficacia soprattutto nelle indagini di screening, al fine di identificare precocemente casi SARS-CoV-2 positivi e mettere in atto strategie di contrasto e contenimento dell’infezione. Il ricorso a tale misura non prescinde dal rispetto e dall’adozione delle indicazioni e precauzioni standard contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 Rev. 2, a cui i visitatori autorizzati devono attenersi al fine di prevenire e ridurre il rischio di casi COVID-19. In particolare, è necessario vigilare che i visitatori si attengano scrupolosamente alle indicazioni sui comportamenti da tenere durante l’intera durata del periodo trascorso all’interno della struttura stessa (per ulteriori approfondimenti si rimanda al Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 Rev.2).

3. Test molecolari per lo screening dei nuovi ingressi di assistiti e per il personale delle strutture.

Il test antigenico rapido al momento è indicato in quei contesti in cui sono vantaggiosi l’identificazione e l’isolamento rapido dei positivi a tutela dei soggetti fragili a rischio di complicanze e delle larghe comunità chiuse permettendo, inoltre, una veloce identificazione dei casi evitando così la diffusione del virus. Tuttavia, i test antigenici rapidi attualmente a disposizione hanno una minore sensibilità (ovvero la capacità di rilevare correttamente tutti i soggetti positivi) e il documento del Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica” contenuto nella Circolare del Ministero della Salute 35324 del 30 ottobre 2020, specifica che il test molecolare permette di identificare con la massima sensibilità i soggetti positivi per tutelare i fragili a rischio di complicanze e le larghe comunità a rischio di cluster. Il test molecolare è pertanto quello

raccomandato per l'ingresso di assistiti in larghe comunità chiuse (RSA, strutture per soggetti con disabilità mentale, altro) e per lo screening degli operatori sanitari/personale che operano in contesti ad alto rischio.

4. Sospensione dell'accesso ai visitatori nelle strutture socioassistenziali e sociosanitarie qualora sia presente un caso Covid-19 o un focolaio in atto.

Il mantenimento delle strutture socioassistenziali e sociosanitarie quanto più possibile COVID-free è indispensabile per la salute degli assistiti e di tutto il personale operante all'interno. Tuttavia, qualora si verificasse l'insorgenza di una positività in un soggetto, come previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev 2, è necessario sospendere le visite. Le visite agli assistiti in isolamento o in quarantena possono essere tuttavia consentite in casi selezionati secondo la valutazione dei Direttori delle strutture e in base alle possibilità delle stesse di gestire in modo completamente autonomo (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID-19 da quelle con gli assistiti negativi.

In questo contesto le strutture devono assicurare il potenziamento della possibilità di relazioni a distanza con diverse modalità e garantire costante informazione sullo stato di salute degli ospiti ai propri familiari.

5. Sospensione di nuovi ingressi nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali con casi tra gli assistiti

Alla luce delle difficoltà a definire in tempi brevi l'effettiva circolazione del virus all'interno di una struttura in cui un assistito è risultato positivo, a causa del tempo di incubazione che può arrivare anche a 14 giorni, si raccomanda di sospendere gli ingressi di nuovi assistiti nella struttura sino alla risoluzione del focolaio. Può essere considerato l'ingresso di nuovi assistiti in caso siano presenti assistiti positivi, secondo la valutazione dei Direttori delle strutture e in base alle possibilità delle stesse di gestire in modo completamente autonomo (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID-19 da quelle con gli assistiti negativi.

6. Hospice.

Nelle strutture residenziali la visita può essere autorizzata in situazioni di fine vita di assistiti non affetti da COVID-19, dalla Direzione della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici. In particolare, negli hospice, considerata la loro natura, questa pratica deve essere quanto più possibile applicata. Le persone autorizzate dovranno comunque essere in numero limitato e osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Nelle situazioni di fine vita, su richiesta dell'assistito o dei familiari, si consideri anche di autorizzare l'assistenza spirituale, ove non sia possibile attraverso modalità telematiche, con tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Può essere considerato l'ingresso di nuovi assistiti in caso siano presenti assistiti positivi, secondo la valutazione dei Direttori delle strutture sentiti i risk manager.

7. Misure organizzative e di prevenzione delle infezioni

Si raccomanda alle Direzioni delle strutture di attuare tutte le misure di prevenzione delle infezioni e di programmazione e la gestione delle visite di cui al Rapporto ISS n. 4/2020, nella

sua versione più aggiornata, in particolare quelle previste nel paragrafo “Misure di carattere organizzativo per prevenire l’ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 nelle strutture residenziali”.

Si raccomanda altresì di attuare la formazione specifica degli operatori della struttura così come previsto nel paragrafo “ Formazione e addestramento del personale per la corretta adozione delle misure di prevenzione, protezione e precauzioni di isolamento” del sopracitato Rapporto ISS n. 4/2020 nonché di vigilare sul rispetto delle misure igieniche e di prevenzione individuate per il contenimento del rischio, da parte degli operatori, volontari, ospiti e visitatori della struttura.

Bibliografia

1. Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020.
2. Documento di lavoro della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana istituita con DM 8 settembre 2020, con proposte per la ripresa in sicurezza di visite e contatti presso gli anziani in strutture residenziali, novembre 2020 (in fase di pubblicazione).
3. Ministero della Salute Circolare n. 35324 del 30/10/2020 “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica”.
4. European Commission: Commission recommendation of 18/11/2020 on the use of rapid antigen tests for the diagnosis of SARS-CoV-2 infection.
5. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on healthcare utilization among older adults” Kerstin-Gerst-Emerson et Al, Am J Public Health 2015

Allegato 9

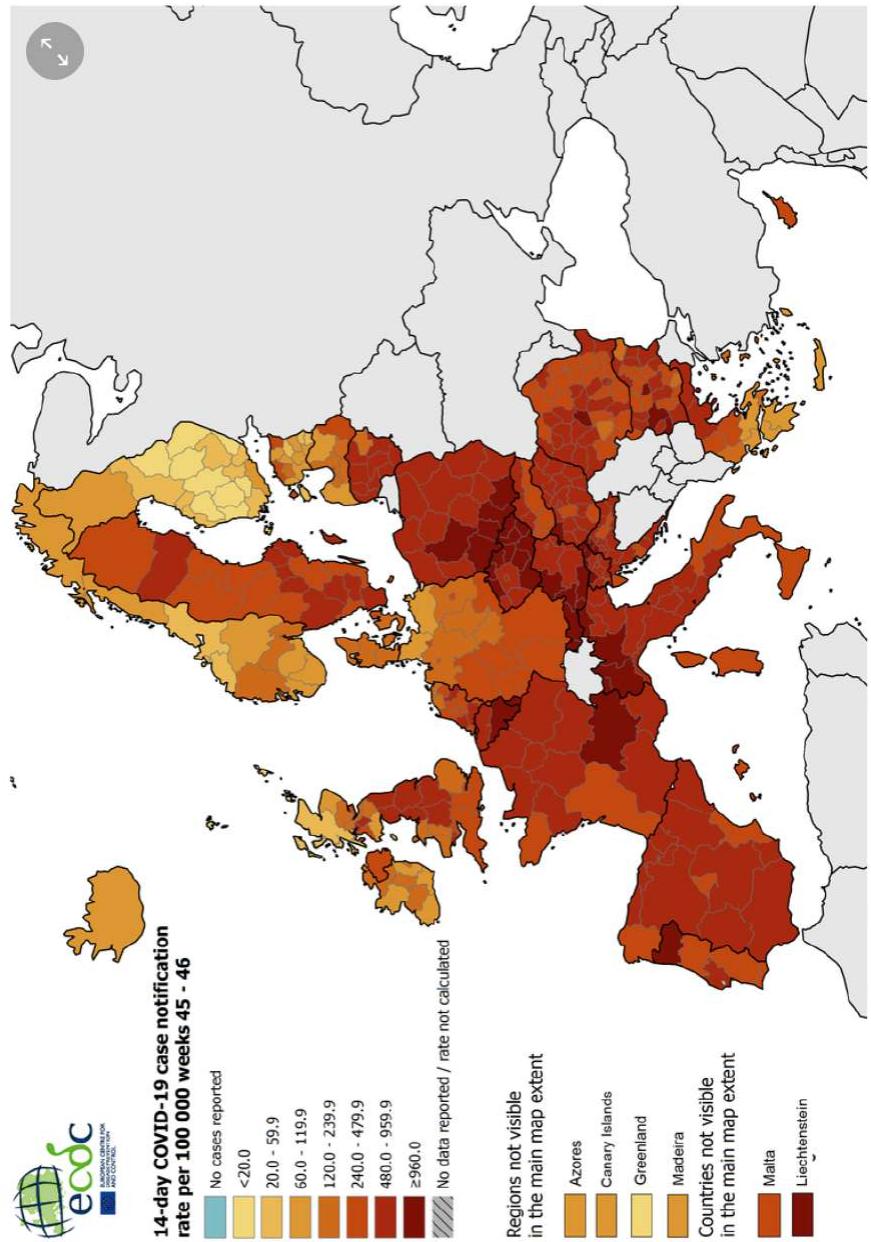
Incontro

**Ministero dell'Istruzione – Sindaci delle Aree
Metropolitane**



25 novembre 2020

Tasso casi notificati COVID-19 per 100.000 abitanti in Europa su 14 giorni - settimana 45-46



La sicurezza degli studenti e delle attività periscolastiche nel contesto dell'emergenza nelle aree metropolitane

- ❖ La **prevenzione degli affollamenti nel TPL** è l'obiettivo più importante e tra i più sfidanti nelle politiche di contrasto al contagio da SARS-CoV-2 nel contesto del trasporto pubblico ed è particolarmente complessa nelle aree metropolitane.
- ❖ I protocolli di sicurezza nelle attività scolastiche hanno sempre evidenziato l'importanza di mettere in sicurezza l'intero fenomeno, incluse **le attività periscolastiche** ed in particolare quelle relative a tragitto da casa a scuola e viceversa.
- ❖ La **riduzione di oltre il 30% medio dell'utilizzo del TPL**, frutto anche delle politiche di diversificazione della domanda e dell'offerta rispetto all'anno precedente, non ha impedito il verificarsi di fenomeni di affollamento nelle ore di punta.
- ❖ La collaborazione fra istituzioni, in questa fase di misure contenitive, può ulteriormente migliorare la prevenzione del contagio per permettere la ripresa delle attività scolastiche in presenza anche attraverso **un'analisi del fenomeno nel periodo settembre-ottobre**, precedente all'introduzione delle misure contenitive.
- ❖ Per le caratteristiche proprie, **la scuola può offrire diverse opportunità organizzative e preventive** per un utilizzo in sicurezza del TPL anche rispetto ad altra tipologia di utenza.
- ❖ La sicurezza delle attività periscolastiche deve considerare anche altri contesti di **rischio oltre il TPL**: aggregazioni nei pressi della scuola in entrata e uscita, attività ludico ricreative ecc.

Misure per la gestione della riapertura delle scuole

DOCUMENTO TECNICO SULL'IPOTESI DI RIMODULAZIONE DELLE MISURE
CONTENITIVE NEL SETTORE SCOLASTICO

Aggiornamento al "Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico"

Documento tecnico sull'ipotesi di modulazione delle misure contentive nel settore scolastico

Aggiornamento del documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore



Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi

Yannick CTS 82

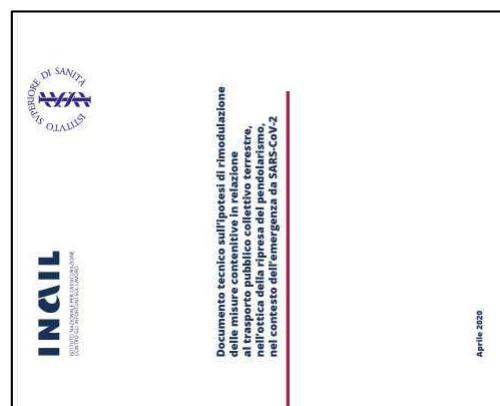
卷之三

28 maggio

22 giugno

28 agosto

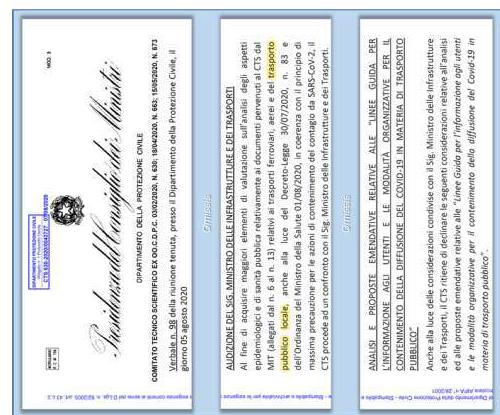
Misure per la gestione del trasporto pubblico locale



Documento tecnico sulle ipotesi di modulazione delle misure contenitive in relazione al trasporto pubblico terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2

Verhale CTS 59

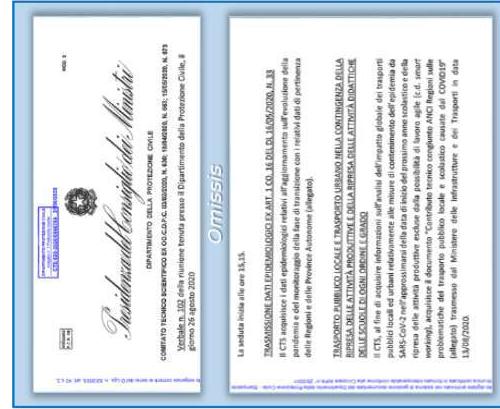
24 aprile



Linee guida per l'informazione agli utenti e le modalità organizzative per il contenimento della diffusione del COVID-19 in materia di trasporto pubblico

వ్యవస్థల క్రమాగానికి

5 agosto



Misure proposte per la gestione del TPL

Misure fondamentali

- Uso corretto delle protezioni delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o mascherina di comunità)
- Rigoroso rispetto del distanziamento fisico
- Presenza di distributori di gel idroalcolico a bordo dei mezzi e nelle stazioni di metropolitane

Misure organizzative

- Gestione accessi e organizzazione dei percorsi nelle stazioni della metropolitana
- Ricorso ai *mobility managers*
- Interventi per ridurre l'uso del TPL nelle ore di punta
 - Scaglionamento ingressi scuole, uffici, attività commerciali
 - Incremento numero dei mezzi (anche ricorrendo a NCC, noleggi da rimessa etc)
 - Aumento della frequenza delle corse
 - Riduzione tempi di percorrenza
 - Personale dedicato alle stazioni per la prevenzione affollamenti

Interventi a bordo

- Differenziazione percorsi salita/discesa
- Qualità dell'aria
- Igienizzazione puntuale e frequente dei mezzi
- Separatori in materiale idoneo

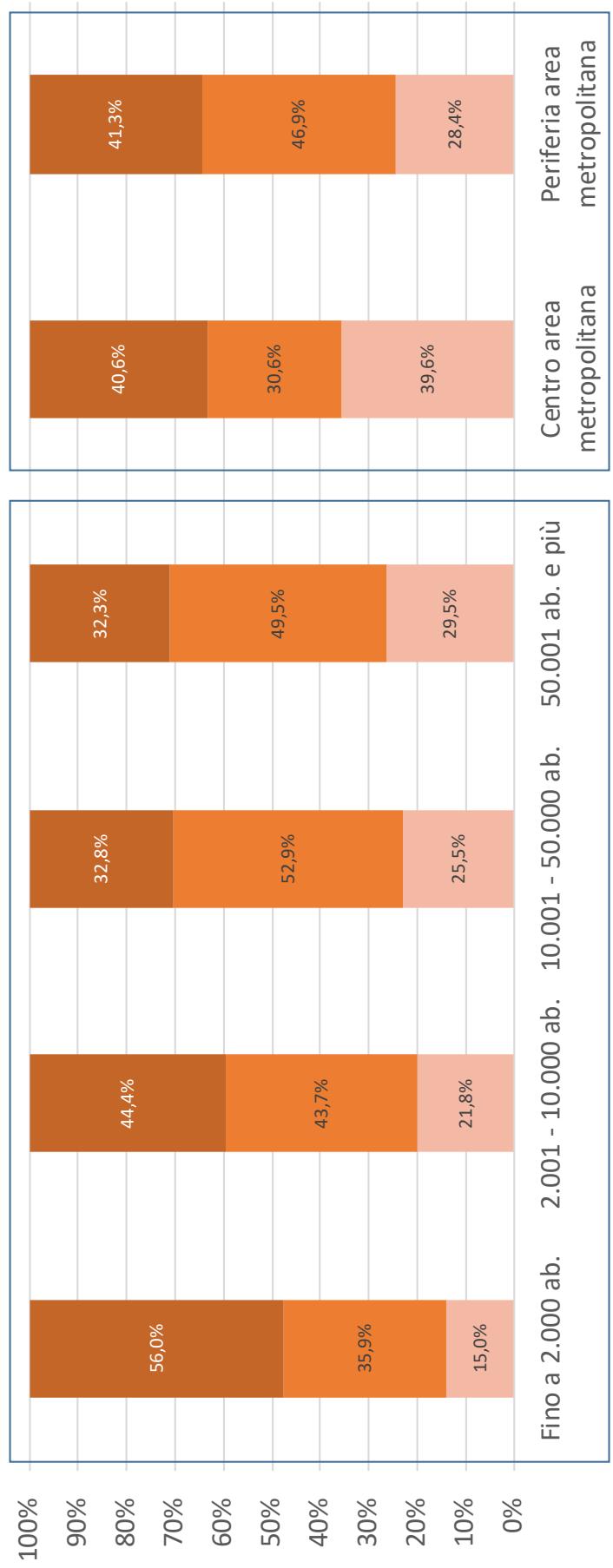
Aumento dell'occupazione fino al 75% della capienza omologata, nel rispetto della gerarchia delle misure organizzative e di prevenzione indicate e compatibilmente con gli indicatori epidemiologici

Spostamenti verso la scuola/università degli studenti in Italia

- ❖ Nei 2019, **11,1 milioni di studenti** si sono mossi quotidianamente sul territorio nazionale
- ❖ **3,5 milioni di studenti** si sono spostati fuori dal proprio Comune
- ❖ Il **70%** degli studenti è uscito tra le 7:30 e le 8:00
- ❖ **Più di 3,5 milioni di studenti (35% circa)** si sono spostati con **mezzi pubblici**.
Di questi circa **1 milione** risiede tra **Lombardia e Lazio**
- ❖ Tra questi i più utilizzati sono **pullman e corriere (13,9%) e tram e bus (11,7%)**
- ❖ Gli utenti della metropolitane ammontano a circa **500 mila studenti**
- ❖ **4 milioni** hanno usato **l'auto** (da passeggero o conducente) o **la moto** per raggiungere la scuola o l'università
- ❖ **3,2 milioni** circa si sono spostati a piedi o in bici
- ❖ Oltre la metà ha impiegato **meno di 30 minuti** con i **mezzi pubblici**
- ❖ Con i mezzi privati il **72,5%** ha impiegato meno di **15 minuti** per raggiungere la scuola o l'università in auto o moto

Spostamenti verso la scuola/università degli studenti in Italia per mezzo di trasporto utilizzato e tipo di comune

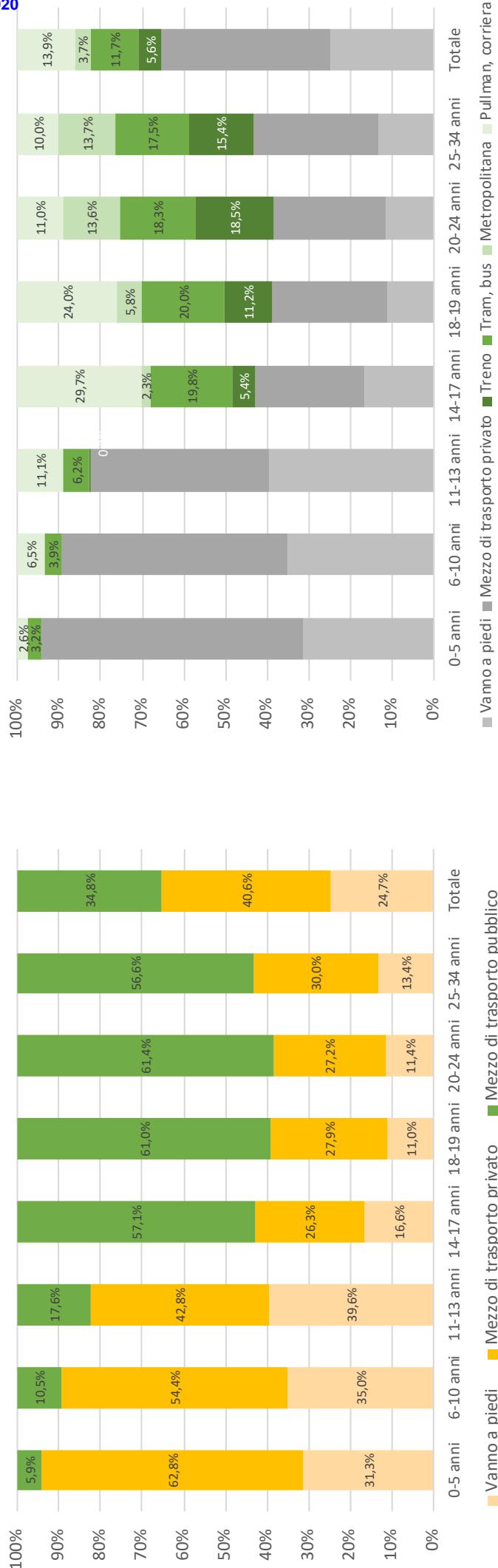
Bambini e studenti (0-34 anni) che escono di casa per andare a scuola o all'università per mezzo di trasporto utilizzato e tipo di comune



Spostamenti verso la scuola/università degli studenti in Italia per fascia di età e mezzo di trasporto utilizzato

FOCUS SUL TIPO DI TRASPORTO PUBBLICO UTILIZZATO

Bambini e studenti (0-34 anni) che escono di casa per andare a scuola o all'università per mezzo di trasporto utilizzato



Mappatura dati disponibili

- Apple

(<https://covid19.apple.com/mobility>)

Dati di mobilità aggregati (da App Mappe) per paese, regione e città. Sono riferiti agli spostamenti a piedi, in auto e con mezzi pubblici. Le variazioni sono espresse in percentuale rispetto alla baseline del 100% fissata al 13 gennaio 2020.

- Google

(<https://www.google.com/covid19/mobility/index.html?hl=it>)

Dati di mobilità aggregati (da App Google Maps) per paese, regione e città. Sono riferiti alle visite di negozi, parchi, luoghi di lavoro, farmacie, stazioni e abitazioni. Sono espressi in variazione percentuale rispetto ad un valore mediano del periodo di 5 settimane dal 3 gennaio al 6 febbraio 2020.

- Moovit Intel

(https://moovitapp.com/insights/it/Analisi_Moovit_sull_index_per_la_mobilit%C3%A0_pubblica-countries)

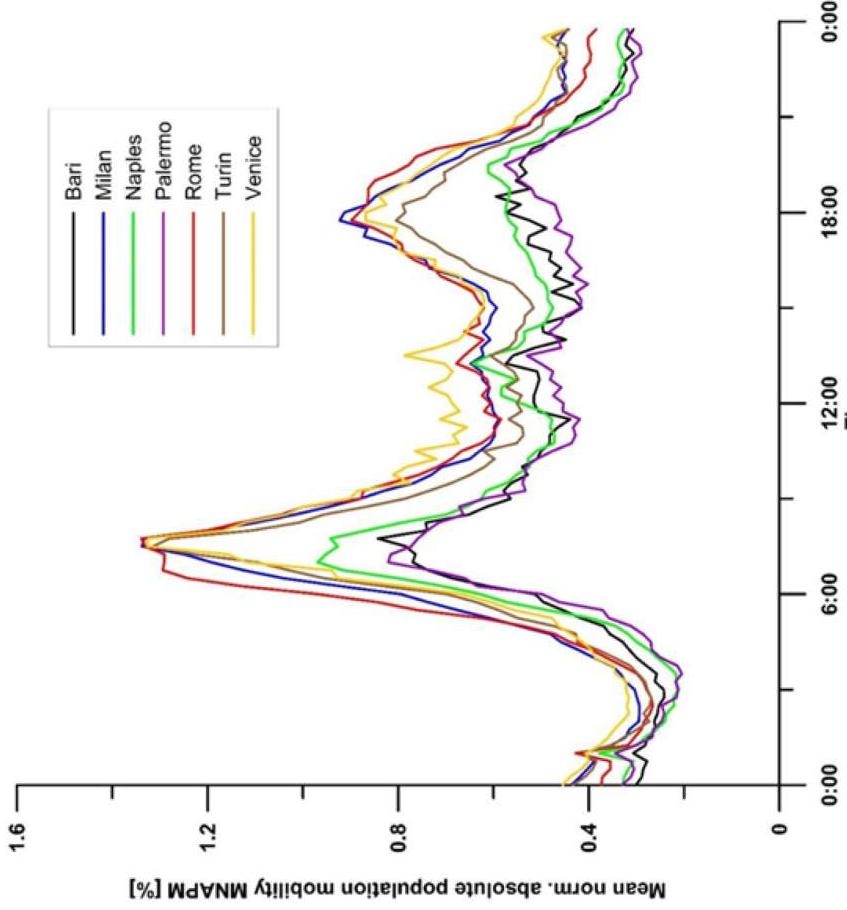
Dati aggregati della domanda di trasporto pubblico in tutto il mondo. Sono espressi in variazione percentuale dell'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblico rispetto all'utilizzo nella giornata lavorativa del 15 gennaio 2020.

- Dati mobilità dei municipi (es. Roma Mobilità)

(<https://romamobilita.it/it/covid-19-impatto-sulla-mobilita>)

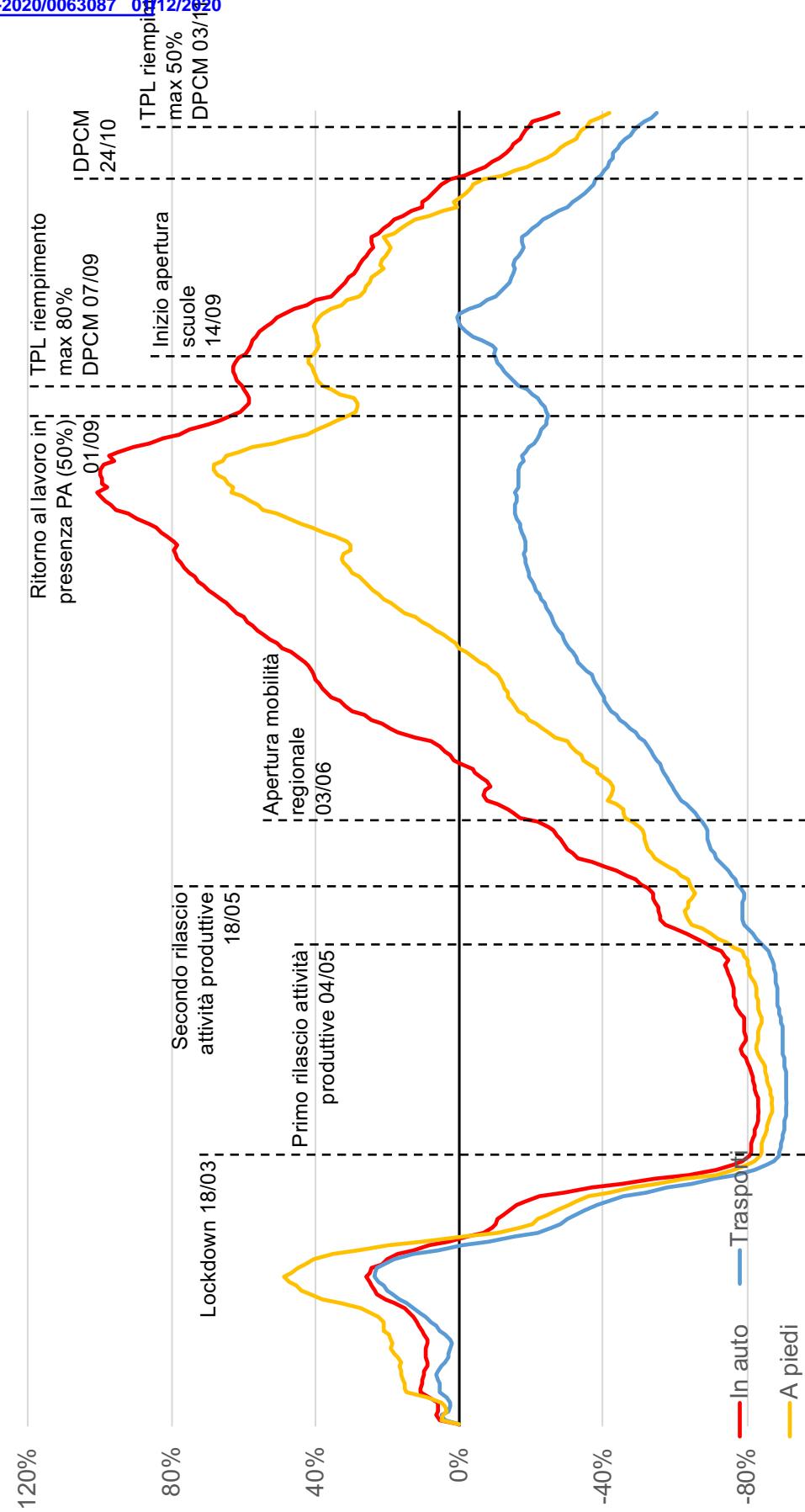
Dati riferiti al territorio comunale di Roma relativi alla quantità di traffico veicolare che transita ogni ora, alle vidiemazioni in ingresso alle stazioni metropolitane, ai passaggi di pedoni e veicoli attraverso i segnali bluetooth dei telefoni cellulari in forma anonima, ad un campione di veicoli con dispositivo di geolocalizzazione a bordo.

Profili giornalieri percentuali e parametri di mobilità nei giorni lavorativi per le principali città metropolitane (prima del Covid-19)



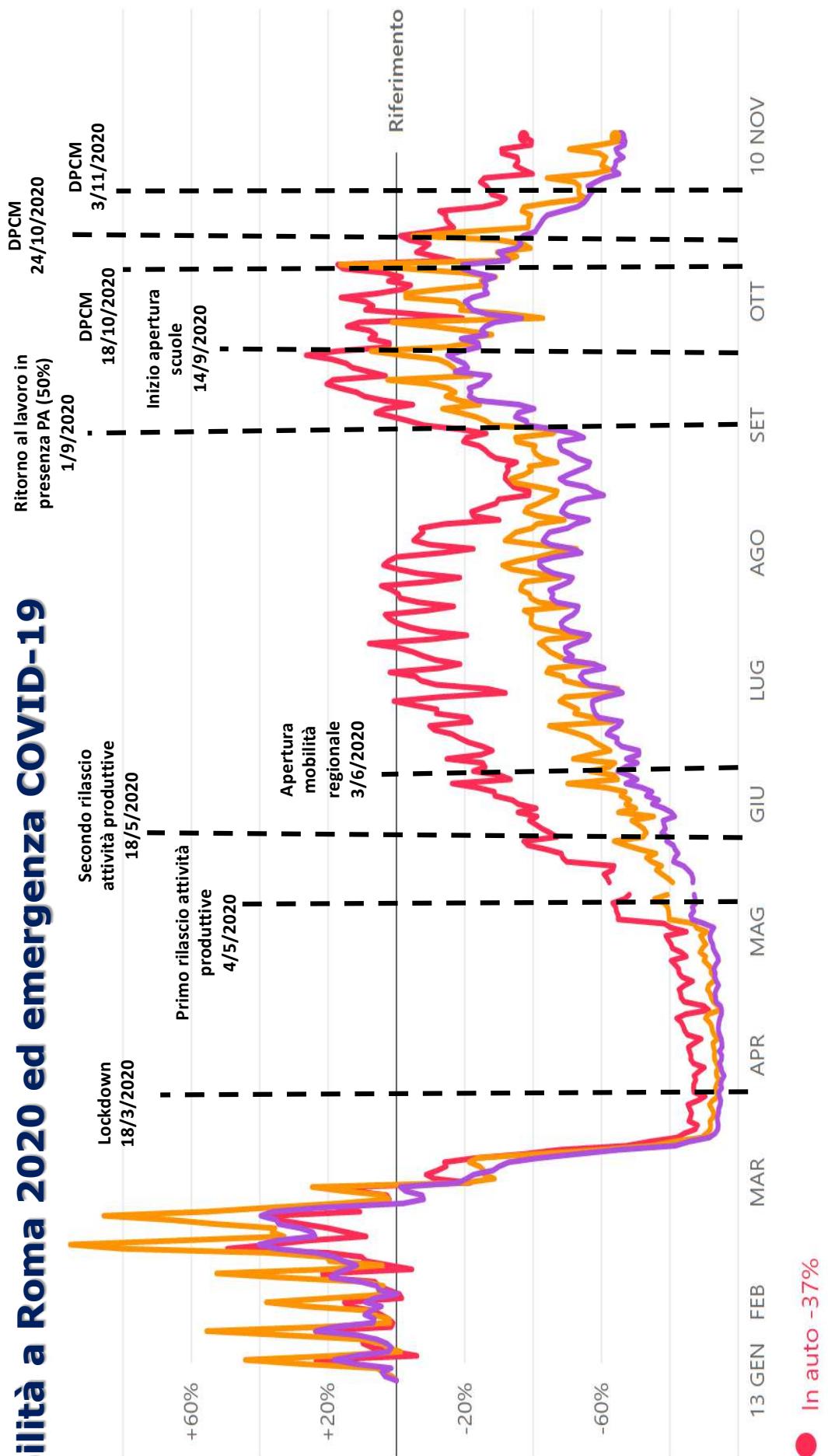
Città	Mattino		Pomeriggio	
	Picco di mobilità	Durata del picco	Picco di mobilità	Durata del picco
Roma	07:21	03:14	18:22	03:56
Milano	07:29	03:20	18:03	03:35
Torino	07:30	02:38	18:04	03:30
Venezia	07:42	02:41	18:11	03:52
Napoli	07:22	02:51	18:46	03:51
Bari	07:32	03:25	18:39	04:18
Palermo	07:27	03:03	19:14	02:58

Mobilità in Italia 2020 ed emergenza Covid-19 (baseline 13-gen)



Mobilità a Roma 2020 ed emergenza COVID-19

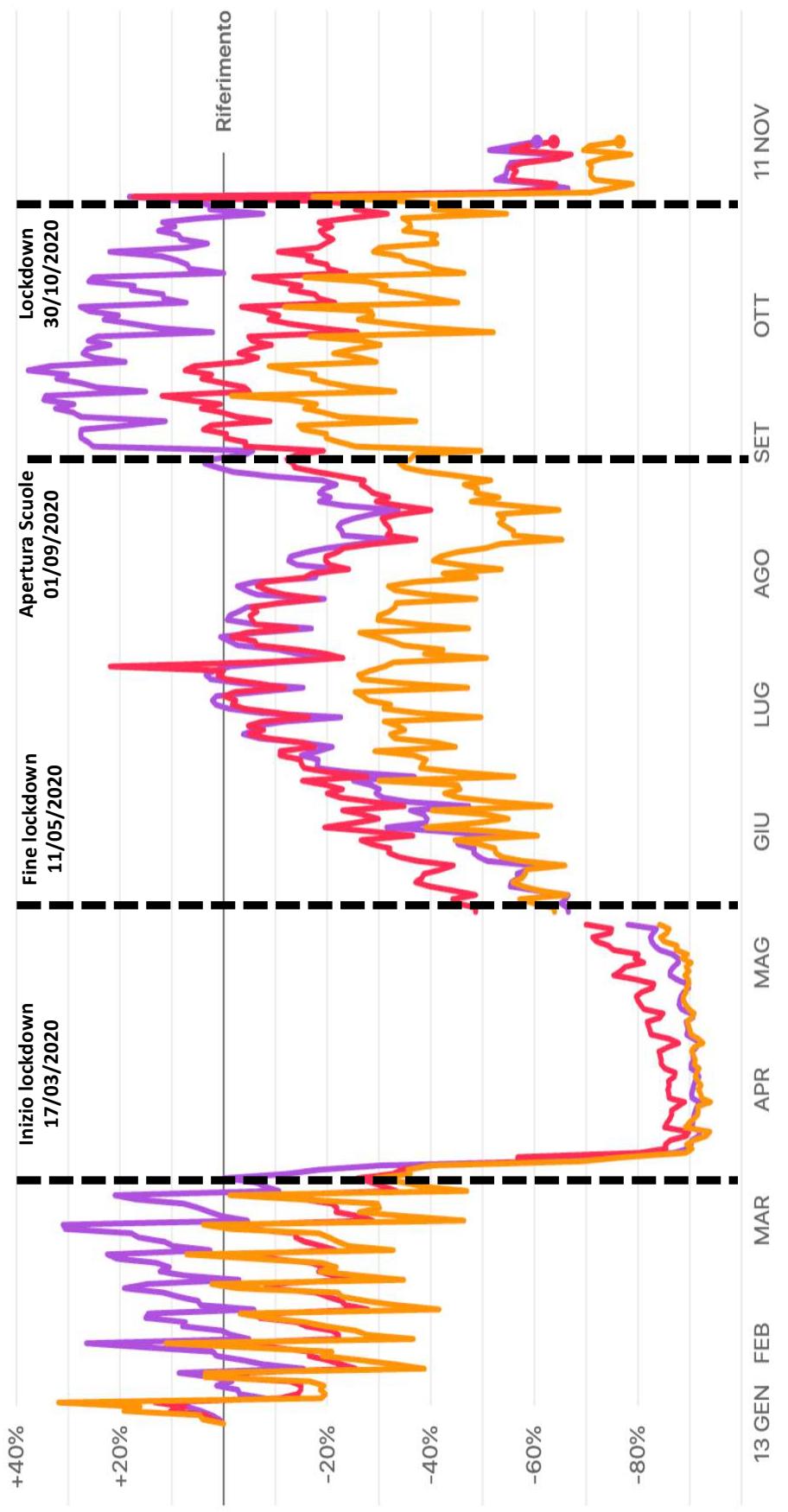
DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0063087 01/12/2020



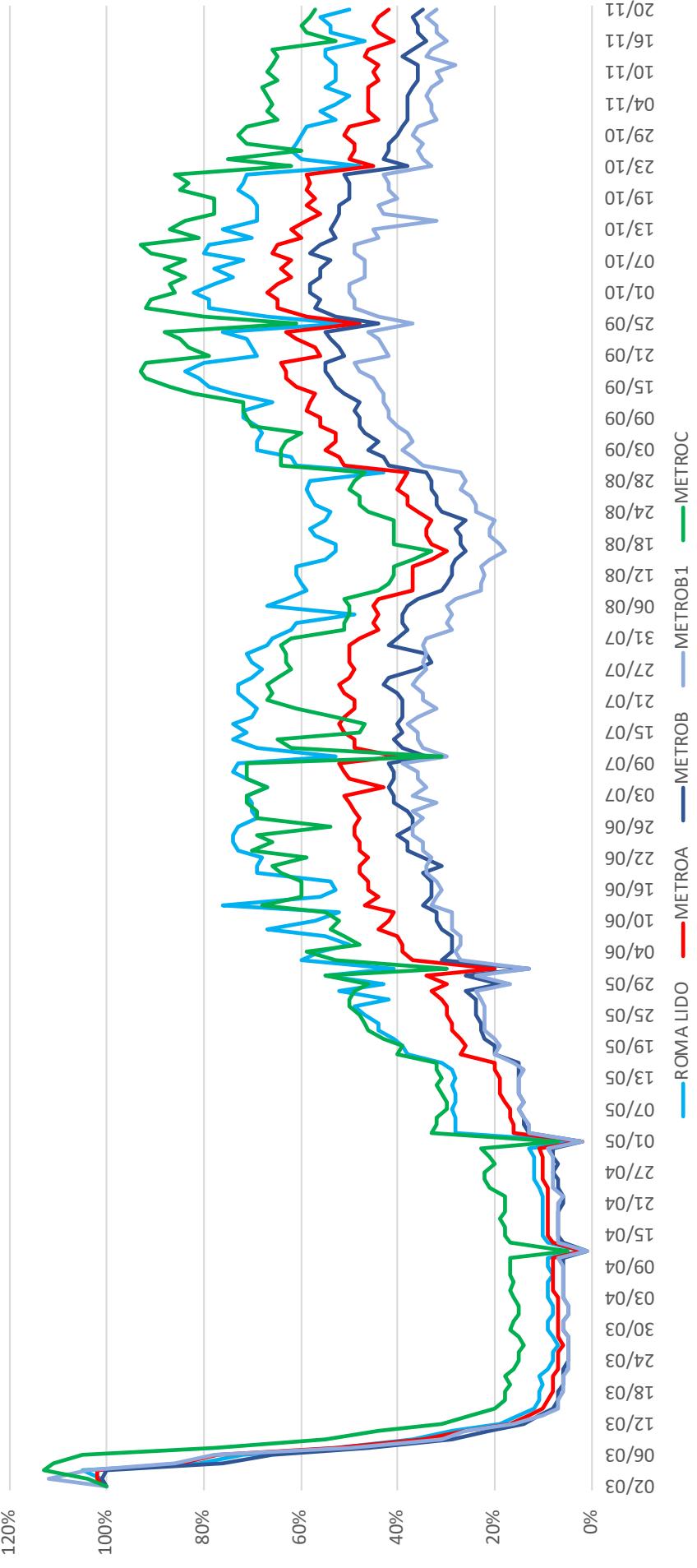
● In auto -37%

INAIL

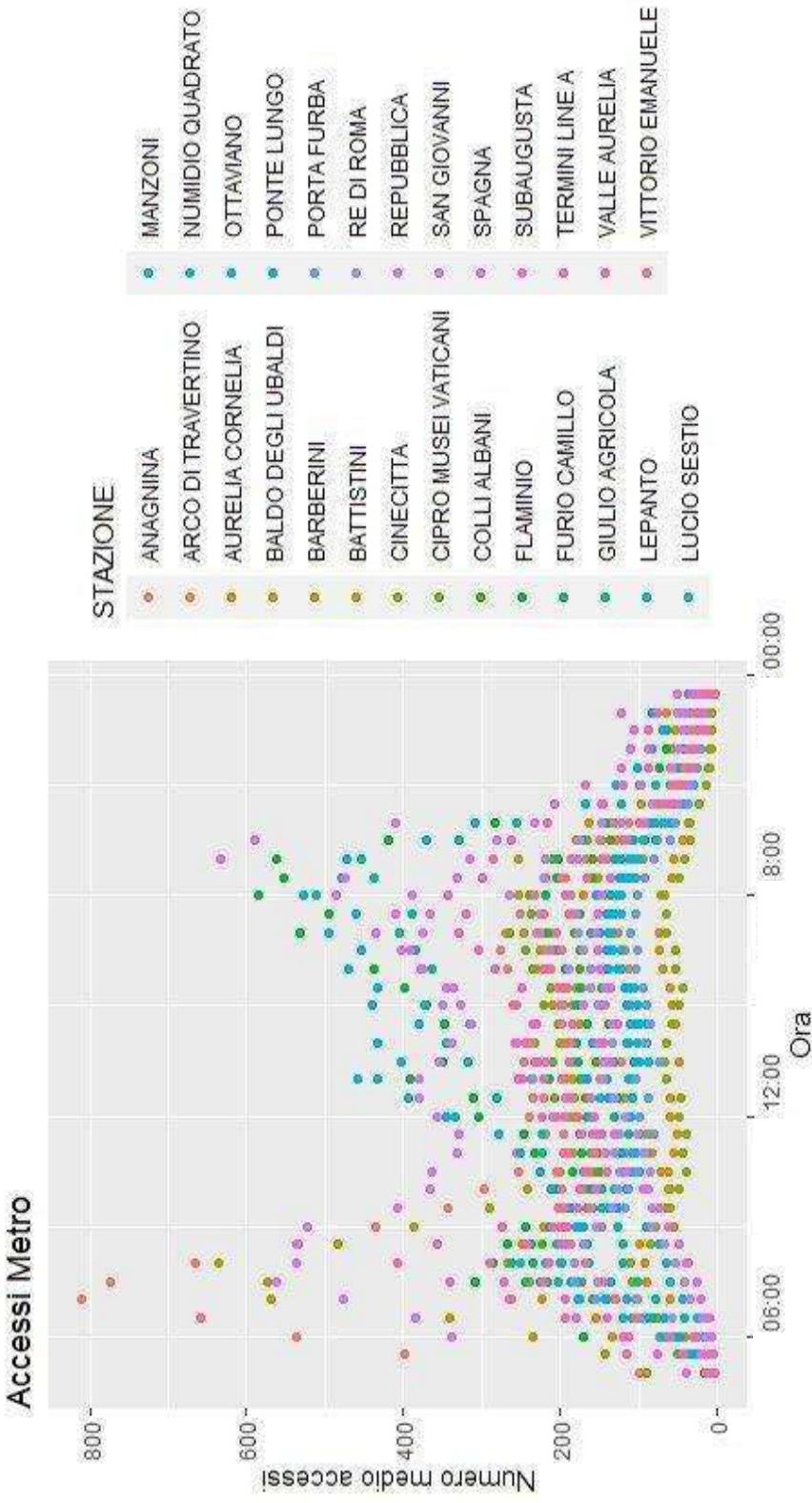
Mobilità a Parigi 2020 ed emergenza COVID-19



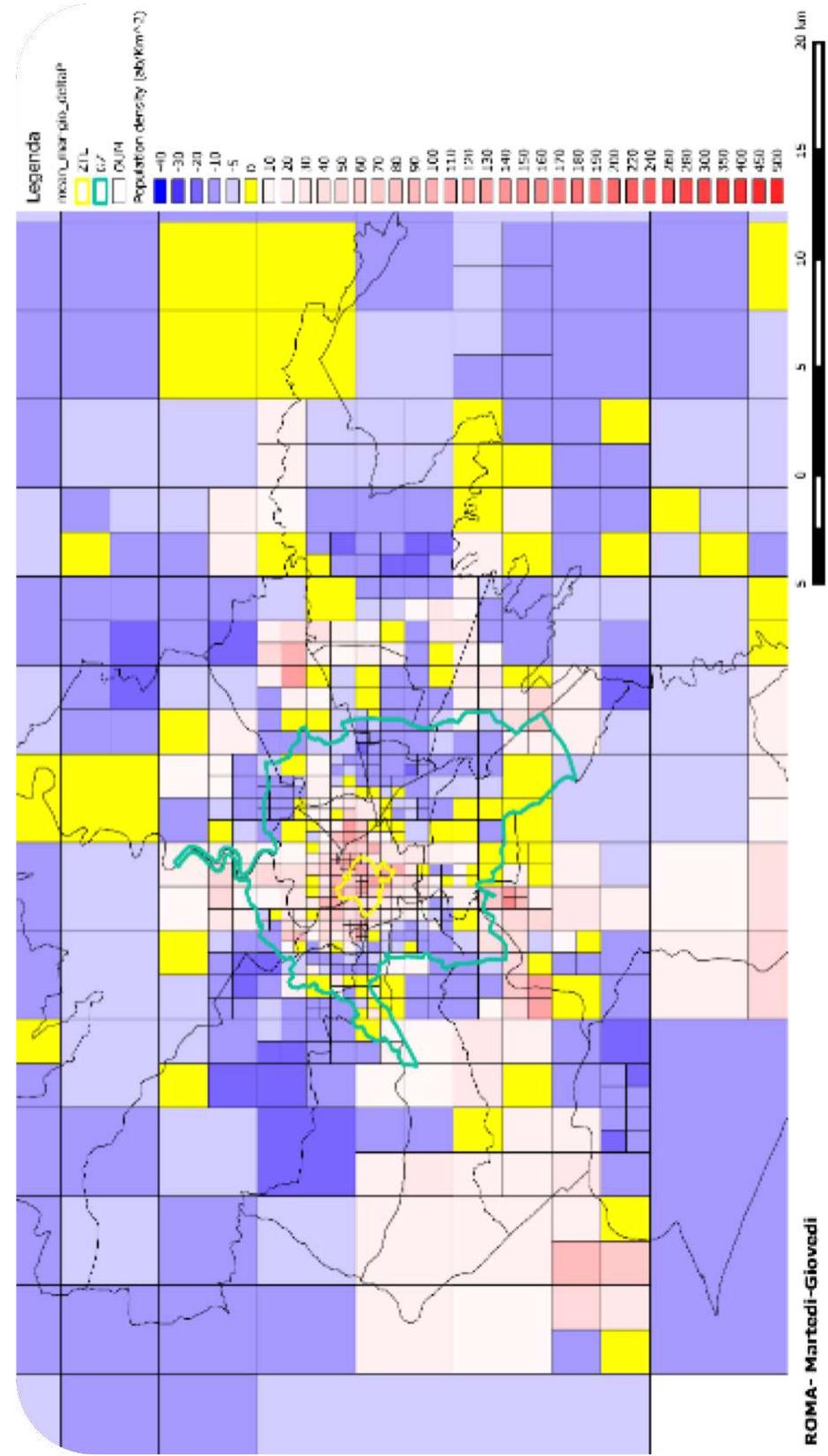
Ingressi nel sistema della metro a Roma (confronto giornaliero rispetto al 2 marzo)



Accessi Metro A – Roma (dati giorno medio settembre-ottobre 2020)

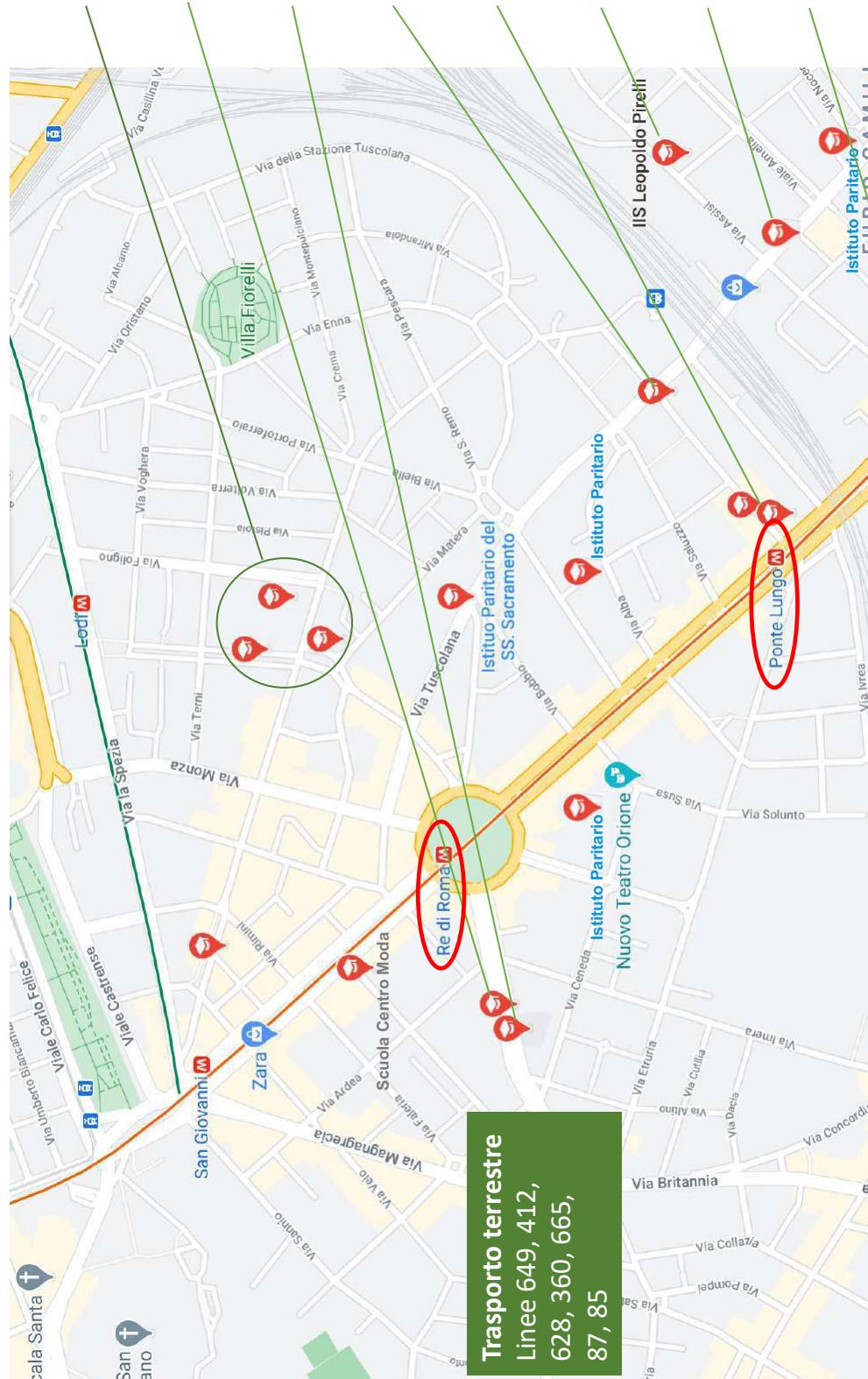


Mappa di densità di popolazione in base ai dati di telefonia mobile a Roma



Case Study

IIS Duca D'Aosta 1300 alunni, 130 os
Liceo De Chirico 850 alunni, 85 os
Liceo Margherita di Savoia 900 alunni, 90 os
Liceo Russell 1600 alunni, 160 os
Liceo Augusto 940 alunni, 94 os
IIS Pirelli succ. 550 alunni, 55 os
Liceo Darwin 900 alunni, 90 os
Scuole paritarie Circa 250 alunni, 50 os



Conclusioni

1. Oltre il 40% degli studenti che risiedono nelle aree metropolitane utilizzano il TPL prevalentemente nelle fasce superiori ai 14 anni di età (circa il 60%). Il tempo di percorrenza medio è inferiore ai 30 minuti al giorno per chi usa il trasporto pubblico. Circa 500.000 studenti utilizzano la metropolitana nel tragitto casa scuola. Il 70% degli studenti si sposta tra le 7:30 e le 8:00.
2. L'utilizzo dei dati di mobilità prodotti dai monitoraggi delle strutture di mobility delle aree metropolitane ma anche i big data resi disponibili dalle piattaforme digitali (Apple, Google, Intel) offrono grandi opportunità per la comprensione del fenomeno anche in rispetto ai picchi orari e alle tratte più critiche.
3. L'analisi di distribuzione e di densità degli istituti scolastici su base territoriale può fornire ulteriori elementi, anche attraverso survey mirate, per una corretta pianificazione fra domanda e offerta del TPL.
4. I dati sui contesti periscolastici non connessi ai trasporti offrono meno dati di analisi ma sono meritevoli di approfondimenti e azioni dedicate, soprattutto per la prevenzione degli affollamenti e delle aggregazioni in particolare in luoghi di ritrovo in entrata e

Area d'intervento

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo-Uscita
CTS 630-2020/0063087 01/12/2020



Collaborazione

Attivazione di un canale diretto all'interno dell'area metropolitana con le scuole del territorio, attraverso gli uffici scolastici, i dip. mobilità comuni, con eventuali link con strutture di carattere nazionale



Comunicazione

- Uso dei dati di mobilità (settembre - ottobre 2020)
- Approfondimento esigenze del trasporto pubblico
- Attività periscolastiche
- Survey mirate delle scuole su aree specifiche



Identificazione e attivazione misure organizzative

- Modulazione della domanda: differenziazione orari accesso a scuola, accordi tra scuole per casi mirati
- Potenziamento mezzi anche attraverso mezzi aggiuntivi di superficie dal privato
- Potenziamento personale dedicato alle stazioni più critiche
- Incentivare mobilità sostenibile



La complessità passa per la comunicazione attraverso uno sforzo condiviso per la promozione della consapevolezza sui rischi/bisogni della comunità e la modifica delle abitudini

Comunicazione



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 3 – Coordinamento USMAF – SASN

**Modulo per la richiesta di deroga PER MOTIVI DI LAVORO
concessa ai sensi dell'articolo 6 comma 7 lettera d)
del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) 24 ottobre
2020**

NOME COMPAGNIA/AZIENDA _____

Il/La Sig./Sig.ra _____ (*NOME e COGNOME del datore di lavoro/rappresentante legale*)_____, presa visione del protocollo sanitario richiede la concessione della deroga di deroga PER MOTIVI DI LAVORO/PER MOTIVI NON DIFFERIBILI ai sensi dell'articolo 6 comma 7 lettera d)e) del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) 24 ottobre 2020 per i seguenti soggetti:

Nome Cognome _____

Nome Cognome _____

Nome Cognome _____

Nome Cognome _____

Per ciascuno di essi si allega la Scheda Anagrafica (allegato 1).

Data e luogo di partenza_____

Data e luogo di arrivo_____

Luogo e data

Firma

NOME e COGNOME

del datore di lavoro/rappresentante legale



Ministero della Salute

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

Protocollo sanitario per la concessione della deroga PER MOTIVI DI LAVORO ai sensi dell'articolo 6 comma 7 lettera d) del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) 24 ottobre 2020

Razionale

Dato il carattere particolarmente diffusivo della pandemia determinata dal virus SARS-CoV-2 e l'attuale rilievo di numerosi casi positivi riscontrati anche tra i soggetti provenienti da Paesi esteri, si rende necessario rafforzare i controlli tesi a diminuire il rischio di una diffusione maggiore dell'infezione nel nostro Paese, evitando il formarsi di eventuali focolai.

Campo di applicazione

Il presente protocollo si applica a soggetti che per motivi di lavoro devono far ingresso in Italia da un Paese estero, al fine di essere esentati dalla quarantena una volta entrati in territorio nazionale, per poter riprendere la loro attività lavorativa.

Tale protocollo prevede:

- il rispetto di norme comportamentali in tutte fasi del viaggio, dalla partenza all'arrivo e permanenza in Italia,
- l'esecuzione di un tampone molecolare/antigenico nelle **72 ore** antecedenti la partenza e dopo **5 giorni** dall'ingresso in Italia.

Il seguente documento si articola sulla base alle fasi del viaggio.

1. Prima della partenza per l'Italia

Considerando che il periodo di incubazione, ovvero il lasso di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici, che si stima vari fra 2 e 14 giorni, affinché si disponga della deroga per la quarantena prevista per chi entri in Italia dagli Stati in elenco D, E ed F dell'allegato 20 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti dovranno attenersi alle seguenti misure a partire da 14 giorni prima dell'ingresso in Italia.

- Nei 14 giorni precedenti la partenza per l'Italia, dovranno

- utilizzare DPI adeguati e previsti nonché attenersi alle norme igieniche e di distanziamento sociale previste;
 - muoversi preferibilmente con mezzi privati, evitando l'uso di mezzi pubblici;
 - evitare il più possibile il contatto con persone non frequentate abitualmente;
 - evitare luoghi pubblici o comunque affollati.
-
- A partire da 96 ore prima della partenza dovrà essere misurata la temperatura corporea due volte al giorno (la mattina e la sera).

In caso di una temperatura $>37,5$ °C questa alterazione dovrà essere comunicata all'Autorità sanitaria competente in base alle informazioni epidemiologiche, anamnestiche e alla visita clinica specificando esplicitamente:

- l'assenza di segni e sintomi clinici ascrivibili all'infezione da SARS-COV 2 (febbre, tosse, stato di debolezza/affaticamento, mal di testa, dolori muscolari, mal di gola, rinite acuta, dispnea, anoressia, nausea, vomito, diarrea, stato mentale alterato, anosmia, ageusia) al momento della certificazione e nelle 96 ore precedenti;
 - l'assenza di collegamento epidemiologico con un cluster di casi o con un caso confermato;
-
- 72 ore prima della partenza per l'Italia, i soggetti dovranno sottoporsi al tampone rinofaringeo per la determinazione del virus SARS-COV 2 con test RT-PCR o antigenico, che dovrà risultare negativo. **La certificazione dell'Autorità sanitaria competente dovrà essere prodotta in originale, con firma autografa e timbro dell'Autorità sanitaria del Paese da cui si fa ingresso;**
 - Il trasferimento verso l'aeroporto/porto dovrà avvenire esclusivamente con mezzo privato riservato ai soggetti, rispettando le misure di distanziamento sociale e l'uso dei DPI previsti per tutto il percorso;

Pertanto, annullano la deroga e impediscono l'ingresso in Italia:

- **La presenza di una temperatura $>$ a 37,5 °C il giorno della partenza;**
- **L'esito positivo del tampone molecolare o antigenico effettuato.**

Nota Tamponi

1. L'esecuzione del tampone rinofaringeo molecolare (RT-PCR) e/o di quello antigenico è a carico del soggetto.
2. Il referto del tampone deve provenire da un laboratorio autorizzato dalle Autorità sanitarie del Paese da cui si fa ingresso e preventivamente comunicato alle Autorità sanitarie italiane per permettere eventuali accertamenti. La mancanza di questa condizione renderà il tampone non valido impedendo l'accesso in Italia.
3. I tamponi devono essere effettuati entro e non oltre 72 ore precedenti la partenza.
4. Il referto del tampone dovrà essere inviato in originale, con firma e timbro del referente della struttura di cui al punto 2, specificando la conformità ai protocolli diagnostici per SARS-CoV-2 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
5. Qualora il tampone risultasse positivo, al soggetto sarà preclusa la partenza per l'Italia.

2. Imbarco, viaggio e sbarco

- In base all'art. 5 comma 1 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti sono tenuti a consegnare al vettore all'atto dell'imbarco una **dichiarazione** resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445;
- Al momento dell'imbarco andrà esibita attestazione dell'effettuazione - entro e non oltre 72 ore precedenti - la partenza del tampone con esito negativo;
- Nel caso in cui la temperatura corporea, misurata al momento dell'imbarco, sia superiore a 37,5°C verrà precluso l'ingresso in Italia come all'articolo 7 comma 1 del DPCM del 24 ottobre 2020;
- Sono tenuti a rispettare le norme di distanziamento sociale e di igiene, nonché l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali (DPI), sia in aeroporto/porto che sul mezzo;
- Sono tenuti ad occupare una zona che sia esclusiva per i soggetti al fine di evitare il più possibile il contatto con gli altri passeggeri (è possibile accordarsi con i gestori aeroportuali/portuali a tal proposito);
- L'imbarco sul mezzo dovrà avvenire seguendo una corsia preferenziale al fine di prevenire il più possibile il contatto con altri passeggeri;
- Durante il viaggio è obbligatorio l'uso della mascherina che vada a coprire naso e bocca interamente;
- Durante il viaggio dovranno essere limitati il più possibile gli spostamenti all'interno del mezzo; nel caso sia necessario l'uso dei servizi igienici ricordarsi di igienizzare le mani con soluzione idroalcolica al 70% dopo l'utilizzo di questi, evitando di toccarsi naso e bocca con le mani non igienizzate;

- Lo sbarco dovrà avvenire seguendo una corsia preferenziale o comunque in maniera tale da prevenire il più possibile il contatto con gli altri passeggeri;
- All'arrivo in aeroporto/porto è prevista la misurazione della temperatura, nel caso fosse $> 37,5^{\circ}\text{C}$, così come da disposizione del DPCM 24 ottobre 2020 i soggetti dovranno allertare immediatamente l'Autorità locale competente e recarsi tramite mezzo privato nel luogo scelto dove effettuare la quarantena e la sorveglianza sanitaria di 14 giorni ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera c);
- In caso di temperatura $<37,5^{\circ}\text{C}$ i soggetti raggiungeranno il luogo indicato per il soggiorno usando un mezzo privato e nel minor tempo possibile.

3. Ingresso in Italia

- Ai sensi dell'art 5 comma 3 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti dovranno obbligatoriamente e immediatamente **comunicare** il proprio ingresso in Italia al Dipartimento di Prevenzione dell'Autorità sanitaria competente per territorio, che disporrà eventuali ulteriori accertamenti clinici/diagnostici ritenuti necessari e le misure di sanità pubblica che riterranno appropriate;
- I soggetti dovranno rimanere **raggiungibili** per ogni attività di sorveglianza per i 14 giorni successivi;
- I soggetti dovranno effettuare un **tampone** molecolare RT-PCR o antigenico **5 giorni** dopo il rientro in Italia;
- In caso di comparsa di sintomi, i soggetti sono tenuti ad avvertire immediatamente il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente attraverso numeri telefonici e email dedicati, e sottoporsi ad isolamento in attesa di successive indicazioni da parte dell'Autorità sanitaria;
- Nei 14 giorni successivi all'ingresso i soggetti
 - per quanto possibile e garantendo l'espletamento dell'attività lavorativa, limiteranno al minimo gli spostamenti e il contatto con estranei;
 - sono tenuti ad utilizzare preferibilmente mezzi privati per gli spostamenti in Italia, rispettando le misure del distanziamento sociale e quelle igieniche nonché l'utilizzo dei DPI previsti;
 - dovranno tenere traccia degli spostamenti effettuati, le località visitate inclusi i locali (alberghi, ristoranti, teatri, ecc.) ed eventuali contatti stretti con persone, attraverso un diario giornaliero.

NB. Si raccomanda di inviare copia della concessione della deroga ricevuta all'Autorità Sanitarie competenti per il territorio nel quale si fa ingresso (Regione/Provincia).

Allegato 1

Dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445

Io sottoscritto I the undersigned Nome/Name _____ Cognome/Family name _____

Residente in via e numero / street name and n° _____

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

Numero di telefono/Contact number: _____

Email: _____

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

_____ Rilasciato il/Issued on _____

Da/ Issuing Country/ _____

Domiciliato in Italia/Domicile in Italy: _____

Dichiaro di/ *I hereby declare:*

- dover entrare in Italia per il seguente motivo/ *Trip purpose:*

- aver effettuato il Tampone in data /Date of swabbing _____ e che lo stesso sia risultato negativo/ *which result is negative.*
- di attenermi alle indicazioni previste dalle allegate linee guida/ *to comply with the indications provided for in the protocol attached.*

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

Informazioni sul viaggio

• Data e ora di Arrivo/*Date and time of arrival:* _____

Numero del Volo/*Flight number:* _____

• Data e ora di Ritorno (se previsto)/ *Date and time of return (in the evenience of):* _____

Numero del Volo/*Flight number:* _____

Data _____

Firma/Signature _____



Ministero della Salute

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

Protocollo sanitario per la concessione della deroga PER MOTIVI DI LAVORO ai sensi dell'articolo 6 comma 7 lettera d) del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) 24 ottobre 2020

Razionale

Dato il carattere particolarmente diffusivo della pandemia determinata dal virus SARS-CoV-2 e l'attuale rilievo di numerosi casi positivi riscontrati anche tra i soggetti provenienti da Paesi esteri, si rende necessario rafforzare i controlli tesi a diminuire il rischio di una diffusione maggiore dell'infezione nel nostro Paese, evitando il formarsi di eventuali focolai.

Campo di applicazione

Il presente protocollo si applica a soggetti che per motivi di lavoro devono far ingresso in Italia da un Paese estero, al fine di essere esentati dalla quarantena una volta entrati in territorio nazionale, per poter riprendere la loro attività lavorativa.

Tale protocollo prevede:

- il rispetto di norme comportamentali in tutte fasi del viaggio, dalla partenza all'arrivo e permanenza in Italia,
- l'esecuzione di un tampone molecolare/antigenico nelle **72 ore** antecedenti la partenza e dopo **48 ore** dall'ingresso in Italia.

Il seguente documento si articola sulla base alle fasi del viaggio.

1. Prima della partenza per l'Italia

Considerando che il periodo di incubazione, ovvero il lasso di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici, che si stima vari fra 2 e 14 giorni, affinché si disponga della deroga per la quarantena prevista per chi entri in Italia dagli Stati in elenco D, E ed F dell'allegato 20 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti dovranno attenersi alle seguenti misure a partire da 14 giorni prima dell'ingresso in Italia.

- Nei 14 giorni precedenti la partenza per l'Italia, dovranno

- utilizzare DPI adeguati e previsti nonché attenersi alle norme igieniche e di distanziamento sociale previste;
 - muoversi solo con mezzi privati, evitando l'uso di mezzi pubblici;
 - evitare il più possibile il contatto con persone non frequentate abitualmente;
 - evitare luoghi pubblici o comunque affollati.
-
- A partire da 96 ore prima della partenza dovrà essere misurata la temperatura corporea due volte al giorno (la mattina e la sera).

In caso di una temperatura $>37,5$ °C questa alterazione dovrà essere comunicata all'Autorità sanitaria competente in base alle informazioni epidemiologiche, anamnestiche e alla visita clinica specificando esplicitamente:

- l'assenza di segni e sintomi clinici ascrivibili all'infezione da SARS-COV 2 (febbre, tosse, stato di debolezza/affaticamento, mal di testa, dolori muscolari, mal di gola, rinite acuta, dispnea, anoressia, nausea, vomito, diarrea, stato mentale alterato, anosmia, ageusia) al momento della certificazione e nelle 96 ore precedenti.
 - l'assenza di collegamento epidemiologico con un cluster di casi o con un caso confermato;
-
- 72 ore prima della partenza per l'Italia, i soggetti dovranno sottoporsi al tampone rinofaringeo per la determinazione del virus SARS-COV 2 con test RT-PCR o antigenico, che dovrà risultare negativo. **La certificazione dell'Autorità sanitaria competente dovrà essere prodotta in originale, con firma autografa e timbro dell'Autorità sanitaria del Paese da cui si fa ingresso.**
 - Il trasferimento verso l'aeroporto/porto dovrà avvenire esclusivamente con mezzo privato riservato ai soggetti, rispettando le misure di distanziamento sociale e l'uso dei DPI previsti per tutto il percorso;

Pertanto, annullano la deroga e impediscono l'ingresso in Italia:

- **La presenza di una temperatura $>$ a 37,5 °C il giorno della partenza;**
- **L'esito positivo del tampone molecolare o antigenico effettuato.**

Nota Tamponi

1. L'esecuzione del tampone rinofaringeo molecolare (RT-PCR) e/o di quello antigenico è a carico del soggetto.
2. Il referto del tampone deve provenire da un laboratorio autorizzato dalle Autorità sanitarie del Paese da cui si fa ingresso e preventivamente comunicato alle Autorità sanitarie italiane per permettere eventuali accertamenti. La mancanza di questa condizione renderà il tampone non valido impedendo l'accesso in Italia.
3. I tamponi devono essere effettuati entro e non oltre 72 ore precedenti la partenza.
4. Il referto del tampone dovrà essere inviato in originale, con firma e timbro del referente della struttura di cui al punto 2, specificando la conformità ai protocolli diagnostici per SARS-CoV-2 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
5. Qualora il tampone risultasse positivo, al soggetto sarà preclusa la partenza per l'Italia.

2. Imbarco, viaggio e sbarco

- In base all'art. 5 comma 1 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti sono tenuti a consegnare al vettore all'atto dell'imbarco una **dichiarazione** resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445;
- Al momento dell'imbarco andrà esibita attestazione dell'effettuazione - entro e non oltre 72 ore precedenti - la partenza del tampone con esito negativo;
- Nel caso in cui la temperatura corporea, misurata al momento dell'imbarco, sia superiore a 37,5°C verrà precluso l'ingresso in Italia come all'articolo 7 comma 1 del DPCM del 24 ottobre 2020;
- Sono tenuti a rispettare le norme di distanziamento sociale e di igiene, nonché l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali (DPI), sia in aeroporto/porto che sul mezzo;
- Sono tenuti ad occupare una zona che sia esclusiva per i soggetti al fine di evitare il più possibile il contatto con gli altri passeggeri (è possibile accordarsi con i gestori aeroportuali/portuali a tal proposito);
- L'imbarco sul mezzo dovrà avvenire seguendo una corsia preferenziale al fine di prevenire il più possibile il contatto con altri passeggeri;
- Durante il viaggio è obbligatorio l'uso della mascherina che vada a coprire naso e bocca interamente;
- Durante il viaggio dovranno essere limitati il più possibile gli spostamenti all'interno del mezzo; nel caso sia necessario l'uso dei servizi igienici ricordarsi di igienizzare le mani con soluzione idroalcolica al 70% dopo l'utilizzo di questi, evitando di toccarsi naso e bocca con le mani non igienizzate. È preferibile che uno dei servizi a bordo del mezzo sia ad uso esclusivo e privato del soggetto e degli altri membri della compagnia/azienda.

- Lo sbarco dovrà avvenire seguendo una corsia preferenziale o comunque in maniera tale da prevenire il più possibile il contatto con gli altri passeggeri;
- All'arrivo in aeroporto/porto è prevista la misurazione della temperatura, nel caso fosse $> 37,5^{\circ}\text{C}$, così come da disposizione del DPCM 24 ottobre 2020 i soggetti dovranno allertare immediatamente l'Autorità locale competente e recarsi tramite mezzo privato nel luogo scelto dove effettuare la quarantena e la sorveglianza sanitaria di 14 giorni ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera c);
- In caso di temperatura $<37,5^{\circ}\text{C}$ i soggetti raggiungeranno il luogo indicato per il soggiorno usando un mezzo privato e nel minor tempo possibile.

3. Ingresso in Italia

- Ai sensi dell'art 5 comma 3 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti dovranno obbligatoriamente e immediatamente **comunicare** il proprio ingresso in Italia al Dipartimento di Prevenzione dell'Autorità sanitaria competente per territorio, che disporrà eventuali ulteriori accertamenti clinici/diagnosticci ritenuti necessari e le misure di sanità pubblica che riterranno appropriate.
- I soggetti dovranno rimanere **raggiungibili** per ogni attività di sorveglianza.
- I soggetti dovranno effettuare un **tampone** molecolare RT-PCR o antigenico 48 ore dopo il rientro in Italia.
- In caso di comparsa di sintomi, i soggetti sono tenuti ad avvertire immediatamente il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente attraverso numeri telefonici e email dedicati, e sottoporsi ad isolamento in attesa di successive indicazioni da parte dell'Autorità sanitaria.
- Nei 14 giorni successivi all'ingresso i soggetti
 - per quanto possibile e garantendo l'espletamento dell'attività lavorativa, limiteranno al minimo gli spostamenti e il contatto con estranei;
 - sono tenuti ad utilizzare preferibilmente mezzi privati per gli spostamenti in Italia, rispettando le misure del distanziamento sociale e quelle igieniche nonché l'utilizzo dei DPI previsti;
 - dovranno tenere traccia degli spostamenti effettuati, le località visitate inclusi i locali (alberghi, ristoranti, teatri, ecc.) ed eventuali contatti stretti con persone, attraverso un diario giornaliero.

NB. Si raccomanda di inviare copia della concessione della deroga ricevuta all'Autorità Sanitarie competenti per il territorio nel quale si fa ingresso (Regione/Provincia).

Allegato 1

**Dichiarazione
ai sensi degli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445**

Io sottoscritto I the undersigned Nome/Name _____ Cognome/Family name _____

Residente in via e numero / street name and n° _____

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

Numero di telefono/Contact number: _____

Email _____

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

_____ Rilasciato il/Issued on _____

Da/ Issuing Country/ _____

Domiciliato in Italia/Domicile in Italy: _____

Dichiaro di/ *I hereby declare:*

- dover entrare in Italia per il seguente motivo/ *Trip purpose:*

- aver effettuato il Tampone in data /Date of swabbing _____ e che lo stesso sia risultato **negativo/ which resulted negative.**
- di attenermi alle indicazioni previste dalle allegate linee guida/ *to comply with the indications provided for in the protocol attached.*

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

Informazioni sul viaggio

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

Numero del Volo/*Flight number:* _____

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

Numero del Volo/*Flight number:* _____

Data _____

Firma/Signature



Ministero della Salute

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

Protocollo sanitario per la concessione della deroga PER MOTIVI DI LAVORO ai sensi dell'articolo 6 comma 7 lettera d) del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) 24 ottobre 2020

Razionale

Dato il carattere particolarmente diffusivo della pandemia determinata dal virus SARS-CoV-2 e l'attuale rilievo di numerosi casi positivi riscontrati anche tra i soggetti provenienti da Paesi esteri, si rende necessario rafforzare i controlli tesi a diminuire il rischio di una diffusione maggiore dell'infezione nel nostro Paese, evitando il formarsi di eventuali focolai.

Campo di applicazione

Il presente protocollo si applica a soggetti che per motivi di lavoro devono far ingresso in Italia da un Paese estero, al fine di essere esentati dalla quarantena una volta entrati in territorio nazionale, per poter riprendere la loro attività lavorativa.

Tale protocollo prevede:

- il rispetto di norme comportamentali in tutte fasi del viaggio, dalla partenza all'arrivo e permanenza in Italia,
- l'esecuzione di un tampone molecolare/antigenico nelle **72 ore** antecedenti la partenza e entro **48 ore** dal ritorno in Patria.

Il seguente documento si articola sulla base alle fasi del viaggio.

1. Prima della partenza per l'Italia

Considerando che il periodo di incubazione, ovvero il lasso di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici, che si stima vari fra 2 e 14 giorni, affinché si disponga della deroga per la quarantena prevista per chi entri in Italia dagli Stati in elenco D, E ed F dell'allegato 20 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti dovranno attenersi alle seguenti misure a partire da 14 giorni prima dell'ingresso in Italia.

- Nei 14 giorni precedenti la partenza per l'Italia, dovranno

- utilizzare DPI adeguati e previsti nonché attenersi alle norme igieniche e di distanziamento sociale previste;
 - muoversi esclusivamente con mezzi privati, evitando l'uso di mezzi pubblici;
 - evitare il più possibile il contatto con persone non frequentate abitualmente;
 - evitare luoghi pubblici o comunque affollati.
-
- A partire da 96 ore prima della partenza dovrà essere misurata la temperatura corporea due volte al giorno (la mattina e la sera).

In caso di una temperatura $>37,5$ °C questa alterazione dovrà essere comunicata all'Autorità sanitaria competente in base alle informazioni epidemiologiche, anamnestiche e alla visita clinica specificando esplicitamente:

- l'assenza di segni e sintomi clinici ascrivibili all'infezione da SARS-COV 2 (febbre, tosse, stato di debolezza/affaticamento, mal di testa, dolori muscolari, mal di gola, rinite acuta, dispnea, anoressia, nausea, vomito, diarrea, stato mentale alterato, anosmia, ageusia) al momento della certificazione e nelle 96 ore precedenti;
 - l'assenza di collegamento epidemiologico con un cluster di casi o con un caso confermato;
-
- 72 ore prima della partenza per l'Italia, i soggetti dovranno sottoporsi al tampone rinofaringeo per la determinazione del virus SARS-COV 2 con test RT-PCR o antigenico, che dovrà risultare negativo. **La certificazione dell'Autorità sanitaria competente dovrà essere prodotta in originale, con firma autografa e timbro dell'Autorità sanitaria del Paese da cui si fa ingresso;**
 - Il trasferimento verso l'aeroporto/porto dovrà avvenire esclusivamente con mezzo privato riservato ai soggetti, rispettando le misure di distanziamento sociale e l'uso dei DPI previsti per tutto il percorso;

Pertanto, annullano la deroga e impediscono l'ingresso in Italia:

- **La presenza di una temperatura $>$ a 37,5 °C il giorno della partenza;**
- **L'esito positivo del tampone molecolare o antigenico effettuato.**

Nota Tamponi

1. L'esecuzione del tampone rinofaringeo molecolare (RT-PCR) e/o di quello antigenico è a carico del soggetto.
2. Il referto del tampone deve provenire da un laboratorio autorizzato dalle Autorità sanitarie del Paese da cui si fa ingresso e preventivamente comunicato alle Autorità sanitarie italiane per permettere eventuali accertamenti. La mancanza di questa condizione renderà il tampone non valido impedendo l'accesso in Italia.
3. I tamponi devono essere effettuati entro e non oltre 72 ore precedenti la partenza.
4. Il referto del tampone dovrà essere inviato in originale, con firma e timbro del referente della struttura di cui al punto 2, specificando la conformità ai protocolli diagnostici per SARS-CoV-2 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
5. Qualora il tampone risultasse positivo, al soggetto sarà preclusa la partenza per l'Italia.

2. Imbarco, viaggio e sbarco

- In base all'art. 5 comma 1 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti sono tenuti a consegnare al vettore all'atto dell'imbarco una **dichiarazione** resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445;
- Al momento dell'imbarco andrà esibita attestazione dell'effettuazione - entro e non oltre 72 ore precedenti - la partenza del tampone con esito negativo;
- Nel caso in cui la temperatura corporea, misurata al momento dell'imbarco, sia superiore a 37,5°C verrà precluso l'ingresso in Italia come all'articolo 7 comma 1 del DPCM del 24 ottobre 2020;
- Sono tenuti a rispettare le norme di distanziamento sociale e di igiene, nonché l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali (DPI), sia in aeroporto/porto che sul mezzo;
- Sono tenuti ad occupare una zona che sia esclusiva per i soggetti al fine di evitare il più possibile il contatto con gli altri passeggeri (è possibile accordarsi con i gestori aeroportuali/portuali a tal proposito);
- L'imbarco sul mezzo dovrà avvenire seguendo una corsia preferenziale al fine di prevenire il più possibile il contatto con altri passeggeri;
- Durante il viaggio è obbligatorio l'uso della mascherina che vada a coprire naso e bocca interamente;
- Durante il viaggio dovranno essere limitati il più possibile gli spostamenti all'interno del mezzo; nel caso sia necessario l'uso dei servizi igienici ricordarsi di igienizzare le mani con soluzione idroalcolica al 70% dopo l'utilizzo di questi, evitando di toccarsi naso e bocca con le mani non igienizzate. È preferibile che uno dei servizi a bordo del mezzo sia ad uso esclusivo e privato del soggetto e degli altri membri della compagnia/azienda.

- Lo sbarco dovrà avvenire seguendo una corsia preferenziale o comunque in maniera tale da prevenire il più possibile il contatto con gli altri passeggeri;
- All'arrivo in aeroporto/porto è prevista la misurazione della temperatura, nel caso fosse $> 37,5^{\circ}\text{C}$, così come da disposizione del DPCM 24 ottobre 2020 i soggetti dovranno allertare immediatamente l'Autorità locale competente e recarsi tramite mezzo privato nel luogo scelto dove effettuare la quarantena e la sorveglianza sanitaria di 14 giorni ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera c);
- In caso di temperatura $<37,5^{\circ}\text{C}$ i soggetti raggiungeranno il luogo indicato per il soggiorno usando un mezzo privato e nel minor tempo possibile.

3. Ingresso in Italia

- Ai sensi dell'art 5 comma 3 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti dovranno obbligatoriamente e immediatamente **comunicare** il proprio ingresso in Italia al Dipartimento di Prevenzione dell'Autorità sanitaria competente per territorio, che disporrà eventuali ulteriori accertamenti clinici/diagnosticci ritenuti necessari e le misure di sanità pubblica che riterranno appropriate;
- I soggetti dovranno rimanere **raggiungibili** per ogni attività di sorveglianza;
- In caso di comparsa di sintomi, i soggetti sono tenuti ad avvertire immediatamente il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente attraverso numeri telefonici e email dedicati, e sottoporsi ad isolamento in attesa di successive indicazioni da parte dell'Autorità sanitaria;
- Durante la permanenza in Italia:
 - per quanto possibile e garantendo l'espletamento dell'attività lavorativa, limiteranno al minimo gli spostamenti e il contatto con estranei;
 - sono tenuti ad utilizzare solo mezzi privati per gli spostamenti in Italia, rispettando le misure del distanziamento sociale e quelle igieniche nonché l'utilizzo dei DPI previsti;
 - dovranno tenere traccia degli spostamenti effettuati, le località visitate inclusi i locali (alberghi, ristoranti, teatri, ecc.) ed eventuali contatti stretti con persone, attraverso un diario giornaliero.

4. Partenza dall'Italia e ritorno in Patria

- Al termine della permanenza in Italia, i soggetti dovranno tornare nel luogo di residenza/domicilio abituale evitando il più possibile in contatto con estranei;
- Il trasferimento verso l'aeroporto/porto dovrà avvenire esclusivamente con mezzo privato riservato ai soggetti, rispettando le misure di distanziamento sociale e l'uso dei DPI previsti per tutto il percorso;
- Entro 48 ore dal ritorno in Patria, i soggetti dovranno sottoporsi al tampone rinofaringeo per la determinazione del virus SARS-COV 2 con test RT-PCR o antigenico, che dovrà risultare negativo. **La certificazione in originale dovrà essere inviata al presente Ufficio e all'Autorità sanitaria competente del territorio in cui hanno espletato l'attività lavorativa in Italia.**

NB. Si raccomanda di inviare copia della concessione della deroga ricevuta all'Autorità Sanitarie competenti per il territorio nel quale si fa ingresso (Regione/Provincia).

Allegato 1

Dichiarazione

ai sensi degli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445

Io sottoscritto I the undersigned Nome/Name _____ Cognome/Family name _____

Residente in via e numero / street name and n° _____

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

Numero di telefono/Contact number: _____

Email: _____

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

_____ Rilasciato il/Issued on _____

Da/ Issuing Country/ _____

Domiciliato in Italia/Domicile in Italy: _____

Dichiaro di/ *I hereby declare:*

- dover entrare in Italia per il seguente motivo/ *Trip purpose:*

- aver effettuato il Tampone in data /Date of swabbing _____ e che lo stesso sia risultato negativo/ *which result is negative.*
- di attenermi alle indicazioni previste dalle allegate linee guida/ *to comply with the indications provided for in the protocol attached.*

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

Informazioni sul viaggio

• Data e ora di Arrivo/*Date and time of arrival:* _____

Numero del Volo/*Flight number:* _____

• Data e ora di Ritorno (se previsto)/ *Date and time of return (in the evenience of):* _____

Numero del Volo/*Flight number:* _____

Data _____

Firma/Signature _____



Ministero della Salute

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

**Protocollo sanitario per la concessione della deroga PER MOTIVI NON DIFFERIBILI
ai sensi dell'articolo 6 comma 7 lettera e)
del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) 24 ottobre 2020**

Razionale

Dato il carattere particolarmente diffusivo della pandemia determinata dal virus SARS-CoV-2 e l'attuale rilievo di numerosi casi positivi riscontrati anche tra i soggetti provenienti da Paesi esteri, si rende necessario rafforzare i controlli tesi a diminuire il rischio di una diffusione maggiore dell'infezione nel nostro Paese, evitando il formarsi di eventuali focolai.

Campo di applicazione

Il presente protocollo si applica a soggetti italiani o stranieri che si trovano in territorio estero e devono far ingresso in Italia, al fine di essere esentati dalla quarantena una volta entrati in territorio nazionale, **per motivi non differibili**, inclusi inclusa la partecipazione a manifestazioni sportive e fieristiche di livello internazionale.

Tale protocollo prevede:

- il rispetto di norme comportamentali in tutte fasi del viaggio, dalla partenza all'arrivo e permanenza in Italia,
- l'esecuzione di un tampone molecolare/antigenico nelle **72 ore** antecedenti la partenza e entro **48 ore** dal ritorno in Patria.

Il seguente documento si articola sulla base alle fasi del viaggio.

1. Prima della partenza per l'Italia

Considerando che il periodo di incubazione, ovvero il lasso di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici, che si stima vari fra 2 e 14 giorni, affinché si disponga della deroga per la quarantena prevista per chi entri in Italia dagli Stati in elenco D, E ed F dell'allegato 20 del

DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti dovranno attenersi alle seguenti misure a partire da 14 giorni prima dell'ingresso in Italia.

- Nei 14 giorni precedenti la partenza per l'Italia, dovranno
 - utilizzare DPI adeguati e previsti nonché attenersi alle norme igieniche e di distanziamento sociale previste;
 - muoversi esclusivamente con mezzi privati, evitando l'uso di mezzi pubblici;
 - evitare il più possibile il contatto con persone non frequentate abitualmente;
 - evitare luoghi pubblici o comunque affollati.
- A partire da 72 ore prima della partenza dovrà essere misurata la temperatura corporea due volte al giorno (la mattina e la sera).

In caso di una temperatura $>37,5$ °C questa alterazione dovrà essere comunicata all'Autorità sanitaria competente in base alle informazioni epidemiologiche, anamnestiche e alla visita clinica specificando esplicitamente:

- l'assenza di segni e sintomi clinici ascrivibili all'infezione da SARS-CoV 2 (febbre, tosse, stato di debolezza/affaticamento, mal di testa, dolori muscolari, mal di gola, rinite acuta, dispnea, anoressia, nausea, vomito, diarrea, stato mentale alterato, anosmia, ageusia) al momento della certificazione e nelle 72 ore precedenti;
- l'assenza di collegamento epidemiologico con un cluster di casi o con un caso confermato;
- 72 ore prima della partenza per l'Italia, i soggetti dovranno sottoporsi al tampone rinofaringeo per la determinazione del virus SARS-CoV 2 con test RT-PCR o antigenico, che dovrà risultare negativo. **La certificazione dell'Autorità sanitaria competente dovrà essere prodotta in originale, con firma autografa e timbro dell'Autorità sanitaria del Paese da cui si fa ingresso.**
- Il trasferimento verso l'aeroporto/porto dovrà avvenire preferibilmente con mezzo privato riservato ai soggetti, rispettando le misure di distanziamento sociale e l'uso dei DPI previsti per tutto il percorso.

Annnullano la deroga e impediscono l'ingresso in Italia:

- **La presenza di una temperatura $> 37,5$ °C il giorno della partenza;**
- **L'esito positivo del tampone molecolare o antigenico effettuato.**

Nota Tamponi

1. L'esecuzione del tampone rinofaringeo molecolare (RT-PCR) e/o di quello antigenico è a carico del soggetto.
2. Il referto del tampone deve provenire da un laboratorio autorizzato dalle Autorità sanitarie del Paese da cui si fa ingresso e preventivamente comunicato alle Autorità sanitarie italiane per permettere eventuali accertamenti. La mancanza di questa condizione renderà il tampone non valido impedendo l'accesso in Italia.
3. I tamponi devono essere effettuati entro e non oltre 72 ore precedenti la partenza.
4. Il referto del tampone dovrà essere inviato in originale, con firma e timbro del referente della struttura di cui al punto 2, specificando la conformità ai protocolli diagnostici per SARS-CoV-2 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
5. Qualora il tampone risultasse positivo, al soggetto sarà preclusa la partenza per l'Italia.

2. Imbarco, viaggio e sbarco

- In base all'art. 5 comma 1 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti sono tenuti a consegnare al vettore all'atto dell'imbarco una **dichiarazione** resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445;
- Al momento dell'imbarco andrà esibita attestazione dell'effettuazione - entro e non oltre 72 ore precedenti - la partenza del tampone con esito negativo;
- Nel caso in cui la temperatura corporea, misurata al momento dell'imbarco, sia superiore a 37,5°C verrà precluso l'ingresso in Italia come all'articolo 7 comma 1 del DPCM del 24 ottobre 2020;
- Sono tenuti a rispettare le norme di distanziamento sociale e di igiene, nonché l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuali (DPI), sia in aeroporto/porto che sul mezzo;
- Durante il viaggio è obbligatorio l'uso della mascherina che vada a coprire naso e bocca interamente;
- Durante il viaggio dovranno essere limitati il più possibile gli spostamenti all'interno del mezzo; nel caso sia necessario l'uso dei servizi igienici ricordarsi di igienizzare le mani con soluzione idroalcolica al 70% dopo l'utilizzo di questi, evitando di toccarsi naso e bocca con le mani non igienizzate;
- All'arrivo in aeroporto/porto è prevista la misurazione della temperatura, nel caso fosse > 37,5°C, così come da disposizione del DPCM 24 ottobre 2020 i soggetti dovranno allertare immediatamente l'Autorità locale competente e recarsi tramite mezzo privato nel luogo scelto dove effettuare la quarantena e la sorveglianza sanitaria di 14 giorni ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera c);
- In caso di temperatura <37,5°C i soggetti raggiungeranno il luogo indicato per il soggiorno usando un mezzo privato e nel minor tempo possibile.

3. Ingresso in Italia

- Ai sensi dell'art 5 comma 3 del DPCM 24 ottobre 2020, i soggetti dovranno obbligatoriamente e immediatamente **comunicare** il proprio ingresso in Italia al Dipartimento di Prevenzione dell'Autorità sanitaria competente per territorio, che disporrà eventuali ulteriori accertamenti clinici/diagnosticci ritenuti necessari e le misure di sanità pubblica che riterranno appropriate;
- I soggetti dovranno rimanere **raggiungibili** per ogni attività di sorveglianza;
- In caso di comparsa di sintomi, i soggetti sono tenuti ad avvertire immediatamente il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente attraverso numeri telefonici e email dedicati, e sottoporsi ad isolamento in attesa di successive indicazioni da parte dell'Autorità sanitaria;
- Durante la permanenza in Italia:
 - per quanto possibile e garantendo l'espletamento dell'attività lavorativa, limiteranno al minimo gli spostamenti e i contatti con chiunque non faccia parte dell'evento/manifestazione/o non sia correlato alla motivazione non differibile per cui fa ingresso in Italia;
 - per gli spostamenti in Italia non correlati dell'evento/manifestazione/o non sia correlato alla motivazione non differibile per cui fa ingresso in Italia, sono tenuti ad utilizzare solo mezzi privati, rispettando le misure del distanziamento sociale e quelle igieniche nonché l'utilizzo dei DPI previsti;
 - dovranno tenere traccia degli spostamenti effettuati, le località visitate inclusi i locali (alberghi, ristoranti, teatri, ecc.) ed eventuali contatti stretti con persone, attraverso un diario giornaliero.

4. Partenza dall'Italia e ritorno in Patria

- Al termine della permanenza in Italia, i soggetti dovranno tornare nel luogo di residenza/domicilio abituale evitando il più possibile in contatto con estranei;
- Il trasferimento verso l'aeroporto/porto dovrà avvenire esclusivamente con mezzo privato riservato ai soggetti, rispettando le misure di distanziamento sociale e l'uso dei DPI previsti per tutto il percorso;
- Entro 48 ore dall'arrivo in Patria, i soggetti dovranno sottoporsi al tampone rinofaringeo per la determinazione del virus SARS-COV 2 con test RT-PCR o antigenico, che dovrà risultare negativo. **La certificazione in originale dovrà essere inviata al presente Ufficio e all'Autorità sanitaria competente del territorio in cui hanno espletato l'attività lavorativa in Italia.**

NB. Si raccomanda di inviare copia della concessione della deroga ricevuta all'Autorità Sanitarie competenti per il territorio nel quale si fa ingresso (Regione/Provincia).

Allegato 1

Dichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000 n. 445

Io sottoscritto I the undersigned Nome/Name _____ Cognome/Family name _____

Residente in via e numero / street name and n° _____

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

Numero di telefono/Contact number: _____

Email: _____

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

_____ Rilasciato il/Issued on _____

Da/ Issuing Country/ _____

Domiciliato in Italia/Domicile in Italy: _____

Dichiaro di/ *I hereby declare:*

- dover entrare in Italia per il seguente motivo/ *Trip purpose:*

- aver effettuato il Tampone in data /Date of swabbing _____ e che lo stesso sia risultato negativo/ *which result is negative.*
- di attenermi alle indicazioni previste dalle allegate linee guida/ *to comply with the indications provided for in the protocol attached.*

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

Informazioni sul viaggio

- Data e ora di Arrivo/*Date and time of arrival:* _____
- Numero del Volo/*Flight number:* _____
- Data e ora di Ritorno (se previsto)/ *Date and time of return (in the evenience of):* _____
- Numero del Volo/*Flight number:* _____

Data _____

Firma/Signature _____

OMISSIS