



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. 143 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 08 gennaio 2021

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

La seduta inizia alle ore 12,15.

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 acquisisce i dati epidemiologici ricevuti in data odierna ed aggiornati al periodo di riferimento 28/12/2020 – 03/01/2021 (allegato), trasmessi da ISS relativamente al sistema di monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari istituito dal Ministero della Salute ed elaborati dalla cabina di regia di cui al DM Salute 30/04/2020.

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

Il CTS prende atto che, dagli aggiornamenti dei dati epidemiologici di ISS e dal monitoraggio del rischio della cabina di regia di cui al DM Salute 30/04/2020, viene evidenziato un peggioramento generale della situazione epidemiologica nel Paese, con la rilevazione dell'inversione di tendenza dell'incidenza a 14 giorni che torna a crescere.

Si rileva un aumento per la quarta settimana consecutiva dell'indice Rt a livello nazionale che, per la prima volta dopo sei settimane, risulta essere >1.

Il CTS rimarca che l'incidenza in Italia rimane ancora molto elevata e l'epidemia è ancora sostenuta in tutto il Paese e causa un ulteriore accresciuto impatto sui servizi

~~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

assistenziali. Tre regioni presentano un Rt puntuale significativamente >1 (Calabria, Emilia Romagna e Lombardia), altre 6 lo superano nel valore medio (Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta), altre 4 hanno un valore uguale (Puglia) o che lo sfiora (Lazio, Piemonte, Veneto).

La Regione Veneto mostra un tasso di incidenza particolarmente elevato, rispetto al contesto nazionale.

Il CTS rileva un aumento generale del rischio, principalmente dovuto all'incremento dei tassi di occupazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle aree mediche.

Alla luce dei dati e delle considerazioni espresse, il CTS sottolinea che l'incidenza nel Paese rimane ancora molto alta, con un impatto dell'epidemia ancora sostenuto. Tali condizioni non consentono allentamenti dei provvedimenti adottati previsti dal decreto legge 02/12/2020, n. 158, dal DPCM 03/12/2020, dal decreto legge 05/01/2021, n. 1.

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).

INDIVIDUAZIONE DI NUOVE MODALITÀ PER L'ADOZIONE DELLE MISURE DI CONTROLLO E MITIGAZIONE DELL'EPIDEMIA DA SARS-COV-2

Il CTS acquisisce il documento "Individuazione di un cut-off di incidenza oltre il quale adottare misure di mitigazione a prescindere da livelli di rischio e Rt" elaborato da ISS

~~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

sulla base dell'analisi retrospettiva del monitoraggio settimanale dei dati epidemiologici (allegato). Il documento trasmesso, basato sull'analisi del trend e sulla correlazione tra incidenza settimanale dei casi e impatto dell'epidemia da SARS-CoV-2 sui sistemi sanitari regionali, riferisce il sovraccarico dei servizi assistenziali nella maggior parte delle Regioni/PPAA quando viene raggiunta una incidenza compresa tra 250 e 300 casi/100'000 abitanti in 7gg.

Il CTS, nel condividere l'impianto complessivo dello studio, sottolinea l'importanza della traduzione pratica delle eventuali azioni di mitigazione da intraprendere sulla base dell'analisi delle incidenze dei casi/100'000 abitanti in 7gg. nonché della tempestività con cui questi indici devono essere trasmessi al fine dell'efficacia ed efficienza del sistema di monitoraggio per la definizione dei diversi livelli di rischio delle Regioni.

RICORSO PROPOSTO INNANZI AL TAR DEL LAZIO SULL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELLE VIE AEREE AI BAMBINI DI ETÀ SUPERIORE AI 6 ANNI

Il Comitato Tecnico Scientifico riceve dal Servizio del Contenzioso del Dipartimento della Protezione Civile la nota n. [REDACTED] (allegato), per trasmettere all'Avvocatura dello Stato eventuali incombenti istruttori concernenti il ricorso proposto innanzi al TAR del Lazio [REDACTED] relativo all'impugnazione del DPCM 03/12/2020 nella parte relativa alla disposizione circa l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie aeree per i bambini con età superiore a 6 anni.

Al riguardo, il CTS sottolinea che la medesima richiesta è stata formulata anche alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute la cui relazione tecnica viene acquisita dal Comitato Tecnico Scientifico (allegato) per la

~~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

successiva trasmissione Servizio del Contenzioso del Dipartimento della Protezione Civile che curerà i seguiti di competenza.

QUESITO DELLA PREFETTURA DI VARESE CONCERNENTE L' ORGANIZZAZIONE DI UN EVENTO DELLA CURIA ARCIVESCOVILE DI MILANO

In riferimento all'istanza trasmessa dalla Prefettura di Varese relativa alla richiesta di parere sull'organizzazione di un evento promosso dalla Curia Arcivescovile di Milano (allegato), il CTS sottolinea l'attuale vigenza del DPCM 03/12/2020 e, in particolare, dell'Allegato n. 8 "Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini e adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19" a cui le modalità organizzative devono riferirsi.

Al riguardo, il CTS, nel raccomandare il rigoroso rispetto del distanziamento fisico di almeno 1 metro in tutti i contesti, l'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie e la frequente igienizzazione delle mani, rimanda all'ente organizzatore ed alle Autorità locali competenti la scelta più appropriata della declinazione di indirizzo ed operativa delle misure di prevenzione e contenimento del contagio da SARS-CoV-2, sulla base della più puntuale conoscenza degli aspetti tecnico organizzativi negli specifici contesti.

PARERI

- Il CTS acquisisce il parere della Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico del Ministero della Salute sul prodotto [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 conclude la seduta alle ore 13,40.

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

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Allegato 1



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

Monitoraggio Fase 2 Report settimanale

Report 34 Sintesi nazionale

Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020)
Dati relativi alla settimana 28/12/2020-3/1/2021
(aggiornati al 5/1/2021)



Aggiornamento: 5 gennaio 2021 - Periodo di riferimento: 28/12/2020-3/1/2021

Headline della settimana:

Questa settimana si osserva un peggioramento generale della situazione epidemiologica nel Paese. L'incidenza a 14 giorni torna a crescere dopo alcune settimane di decrescita, aumenta anche l'impatto della pandemia sui servizi assistenziali e questo si traduce in un aumento generale del rischio.

L'indice di trasmissione nazionale è in aumento per la quarta settimana consecutiva e, per la prima volta dopo sei settimane, sopra uno. Tre regioni hanno un Rt puntuale significativamente maggiore di 1 (Calabria, Emilia Romagna e Lombardia), altre 6 lo superano nel valore medio (Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta), altre 4 hanno un valore uguale (Puglia) o che lo sfiora (Lazio, Piemonte, Veneto). Una regione (Veneto) mostra un tasso di incidenza particolarmente elevato, rispetto al contesto nazionale.

L'epidemia si trova, in una fase delicata che sembra preludere ad un nuovo rapido aumento nel numero di casi nelle prossime settimane, qualora non venissero definite ed implementate rigorosamente misure di mitigazione più stringenti. Questo avverrebbe in un contesto di elevata incidenza con una pressione assistenziale ancora elevata ed in crescita in molte Regioni/PA.



Punti chiave:

- Si riporta una analisi dei dati relativi al periodo 28 dicembre 2020 - 03 gennaio 2021. Per i tempi che intercorrono tra l'esposizione al patogeno e lo sviluppo di sintomi e tra questi e la diagnosi e successiva notifica, verosimilmente molti dei casi notificati in questa settimana hanno contratto l'infezione nella seconda metà di dicembre. Si sottolinea che la settimana in valutazione è quella a cavallo del nuovo anno ed è stata caratterizzata da un numero particolarmente basso di tamponi nelle giornate festive. Permane una diffusa difficoltà nella tempestività dell'invio dei dati. Come conseguenza questo può portare ad una possibile sottostima della velocità di trasmissione e dell'incidenza. Una valutazione più accurata sull'andamento dell'epidemia nel periodo festivo appena trascorso sarà possibile a partire dalla prossima settimana.
- Questa settimana si osserva un peggioramento generale della situazione epidemiologica nel Paese. L'incidenza nazionale a 14 giorni torna a crescere dopo alcune settimane di decrescita, aumenta anche l'impatto della pandemia sui servizi assistenziali e questo si traduce in un aumento generale del rischio.
- Si osserva, dopo alcune settimane di diminuzione, nuovamente un aumento dell'**incidenza a livello nazionale** negli ultimi 14 gg (313,28 per 100.000 abitanti (21/12/2020-03/01/2021) vs 305,47 per 100.000 abitanti (14/12/2020 – 27/12/2020), dati flusso ISS). Si evidenzia, in particolare, il persistente valore elevato di questo indicatore nella Regione del Veneto (927,36 per 100.000 abitanti negli ultimi 14 gg). L'incidenza su tutto il territorio è ancora lontana **da livelli che permetterebbero il completo ripristino sull'intero territorio nazionale dell'identificazione dei casi e tracciamento dei loro contatti. Il servizio sanitario ha mostrato i primi segni di criticità quando il valore a livello nazionale ha superato i 50 casi per 100.000 in sette giorni e una criticità di tenuta dei servizi con incidenze elevate.**
- Nel periodo 15 – 28 dicembre 2020, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a **1,03 (range 0,98 – 1,13) in aumento da quattro settimane e per la prima volta, dopo sei settimane, sopra uno.** 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 osserva **un aumento complessivo del rischio di una epidemia non controllata e non gestibile** dovuto ad un aumento diffuso della probabilità di trasmissione di SARS-CoV-2 sul territorio nazionale in un contesto in cui l'impatto sui servizi assistenziali è ancora alto nella maggior parte delle Regioni/PPAA.
- Complessivamente, questo porta alla classificazione di 12 Regioni/PPAA a rischio alto questa settimana (vs nessuna la settimana precedente), 8 a rischio moderato (di cui due ad alto rischio di progressione a rischio alto nelle prossime settimane) e solo una Regione (Toscana) a rischio basso. Tre Regioni/PPAA (Calabria, Emilia-Romagna e Lombardia) hanno un Rt puntuale maggiore di 1 anche nel valore inferiore, compatibile quindi con uno scenario di tipo 2, altre 6 (Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria, V. d'Aosta/V./d'Aoste) lo superano nel valore medio, e altre quattro lo raggiungono (Puglia) o lo sfiorano (Lazio, Piemonte e Veneto).
- Sono 13 le Regioni/PPAA che hanno un tasso di occupazione in terapia intensiva e/o aree mediche sopra la soglia critica (vs 10 la settimana precedente). Il tasso di occupazione in terapia intensiva a livello nazionale torna a essere sopra la soglia critica (30%). Complessivamente, il numero di persone ricoverate in **terapia intensiva è in lieve aumento** da 2.565 (28/12/2020) a 2.579 (04/01/2021); il numero di persone ricoverate in aree mediche è invece lievemente diminuito passando da 23.932 (28/12/2020) a 23.317 (04/01/2021). Tale tendenza a livello nazionale sottende forti variazioni inter-regionali.
- Tutte le Regioni/PPAA tranne una (Valle d'Aosta) riportano un'allerta di resilienza. Questo è dovuto principalmente a un aumento nei tassi di positività che potrebbe riflettere il minor numero di test realizzati nel periodo festivo. Nessuna Regione/PA riporta molteplici allerte.
- Si osserva di nuovo **un aumento nel numero di casi non riconducibili a catene di trasmissione note** (40.487 vs 31.825 la settimana precedente) nonostante la percentuale dei casi rilevati attraverso attività di tracciamento dei contatti aumenti lievemente (26,8% vs 26,0% la settimana precedente). Si osserva, anche, un **lieve aumento nella percentuale di casi rilevati attraverso la comparsa dei sintomi** (32,8 % vs 32,4% la settimana precedente). Infine, il 28,8% dei casi è stato rilevato attraverso attività di screening e nell'11,6% non è stata riportata la ragione dell'accertamento diagnostico



Conclusioni:

- Nonostante la settimana in valutazione **(28/12/2020-03/01/2021)** sia stata caratterizzata da un numero particolarmente basso di tamponi nelle giornate festive, **si osserva di nuovo un aumento della incidenza nel Paese (166,02 per 100.000 abitanti).**
- Nel periodo 15 – 28 dicembre 2020, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a **1,03 (range 0,98 – 1,13) in aumento da quattro settimane e per la prima volta in sei settimane sopra uno.** Questo si realizza in un contesto europeo caratterizzato da un nuovo aumento nel numero di casi in molti paesi Europei e la circolazione di varianti virali con una potenziale maggiore capacità di trasmissione.
- Si osserva **un aumento complessivo del rischio di una epidemia non controllata e non gestibile** nel Paese dovuto ad un aumento diffuso della probabilità di trasmissione di SARS-CoV-2 in un contesto in cui l'impatto sui servizi assistenziali è ancora alto nella maggior parte delle Regioni/PPAA.
- **L'epidemia si trova, quindi, in una fase delicata che sembra preludere ad un nuovo rapido aumento nel numero di casi nelle prossime settimane, qualora non venissero definite ed implementate rigorosamente misure di mitigazione più stringenti.** Questo avverrebbe in un contesto di elevata incidenza con una pressione assistenziale ancora elevata ed in crescita in molte Regioni/PPAA.
- 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/PPAA 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: 5 gennaio 2021 - Periodo di riferimento: 28/12/2020-3/1/2021	2
Punti chiave:	3
Conclusioni:	4
1. Valutazione del rischio	7
Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento	8
Algoritmo di valutazione di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento	10
Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto	12
2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio	14
Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:	17
Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione	19
Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti	23

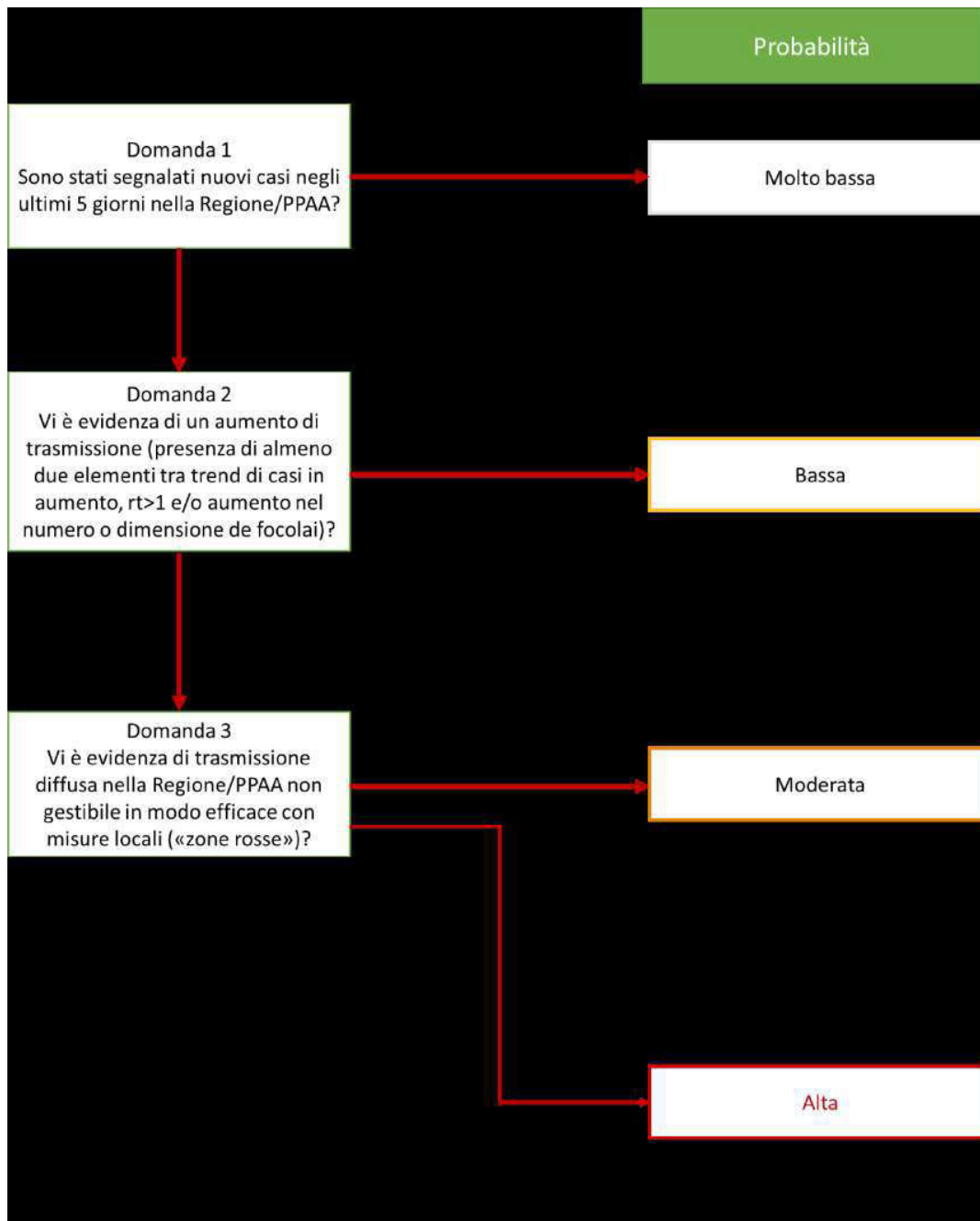


1. Valutazione del rischio



Valutazione del rischio - Valutazione di probabilità di diffusione

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





Ministero della Salute



Tabella 1 - Valutazione della probabilità di diffusione d'accordo all'algoritmo di valutazione del DM Salute 30 aprile 2020, dati al 5 gennaio 2021 relativi alla settimana 28/12/2020-3/1/2021

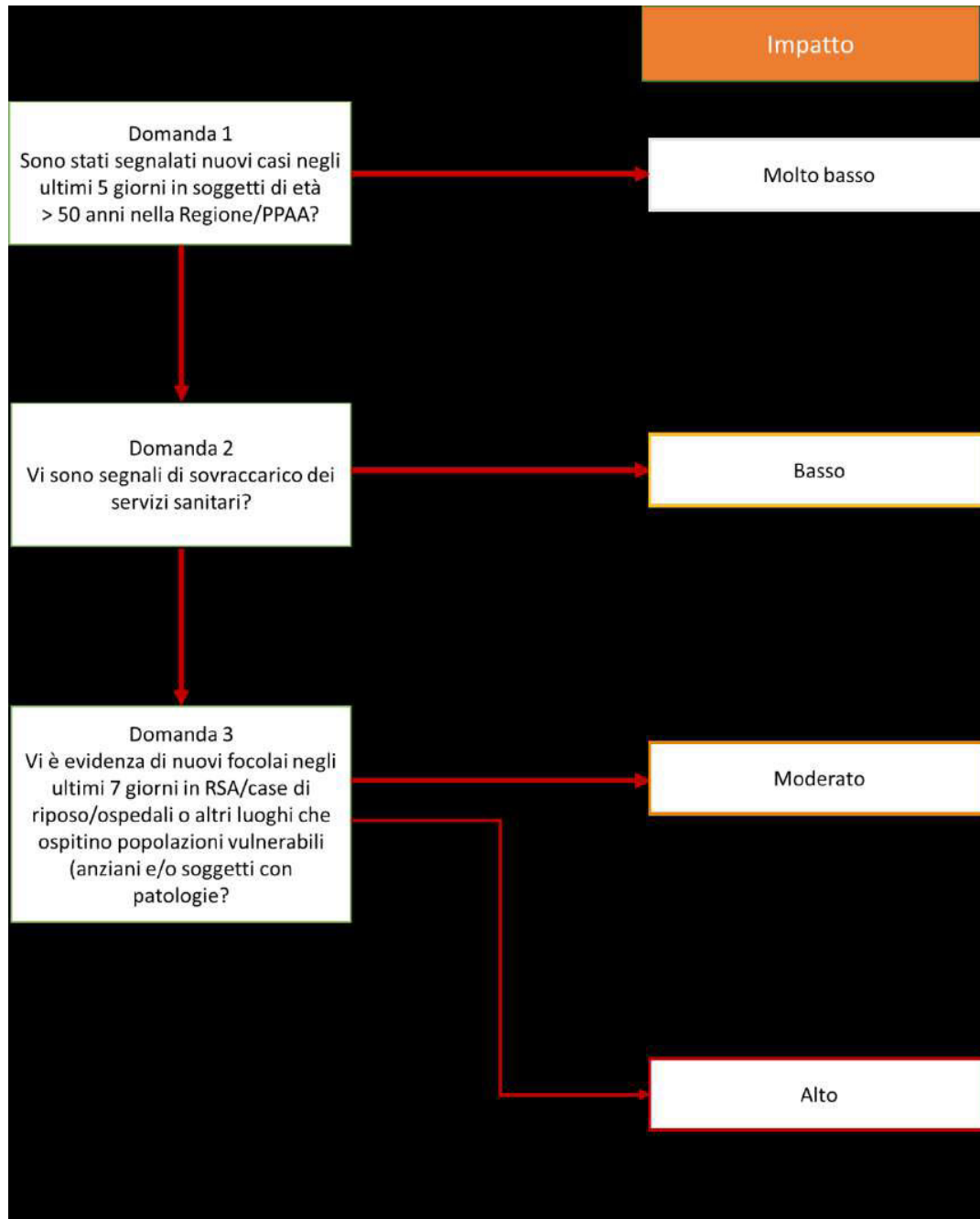
Regione.PA	Completezza dei dati sopra-soglia (appendice-tabella 2)?	Domanda 1	Domanda 2				Domanda 3	Valutazione della probabilità
		Nuovi casi segnalati negli ultimi 5 giorni?	Trend di casi (Ind3.1)	Trend di casi (Ind3.4)	Rt puntuale sopra uno?	Trend focolai	Dichiarata trasmissione non gestibile in modo efficace con misure locali (zone rosse)?*	
Abruzzo	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
Basilicata	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
Calabria	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↓	No	Moderata
Campania	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
Emilia-Romagna	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↑	No	Moderata
FVG	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
Lazio	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
Liguria	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↑	No	Moderata
Lombardia	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↓	No	Moderata
Marche	Sì	Sì	↑	↑	No	↓	No	Moderata
Molise	Sì	Sì	↓	↑	Sì	↑	No	Moderata
Piemonte	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
PA Bolzano/Bozen	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
PA Trento	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
Puglia	Sì	Sì	↑	↑	No	↑	No	Moderata
Sardegna	Sì	Sì	↓	↓	Sì	↑	No	Moderata
Sicilia	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↑	No	Moderata
Toscana	Sì	Sì	↓	↑	No	↓	No	Bassa
Umbria	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↑	No	Moderata
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Sì	Sì	↑	↑	Sì	↑	No	Moderata
Veneto	Sì	Sì	↑	↑	No	↓	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 5 gennaio 2021 relativi alla settimana 28/12/2020-3/1/2021

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

*aggiornato al 04/01/2021



Valutazione del rischio - Classificazione complessiva di rischio

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

Probabilità Impatto	Molto Basso	Bassa	Moderata	Alta		
Molto Basso	Rischio Molto basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato		
Basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato	+	Resilienza territoriale
Moderato	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto	=	Classificazione del rischio complessiva
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 5 gennaio 2021 relativi alla settimana 28/12/2020-3/1/2021

Regione.PA	Valutazione della probabilità	Valutazione di impatto	Molteplici allerte di resilienza? (Appendice tabella 3)	Probabilità di una escalation o nei prossimi 30 giorni (proiezioni al giorno 28/01/2021 della probabilità di superare le soglie di occupazione dei PL)		Classificazione complessiva del rischio
				% probabilità raggiungere occupazione TI 30%	% probabilità raggiungere occupazione aree mediche 40%	
Abruzzo	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
Basilicata	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Calabria	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	>50%	Moderata ad alto rischio di progressione a rischio alto
Campania	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Emilia-Romagna	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
FVG	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Lazio	Moderata	Alta	No	<5%	<5%	Alta
Liguria	Moderata	Alta	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Alta
Lombardia	Moderata	Alta	No	da 5 a 50%	<5%	Alta
Marche	Moderata	Alta	No	da 5 a 50%	>50%	Alta
Molise	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata ad alto rischio di progressione a rischio alto
Piemonte	Moderata	Alta	No	<5%	<5%	Alta
PA Bolzano/Bozen	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
PA Trento	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Puglia	Moderata	Alta	No	<5%	da 5 a 50%	Alta
Sardegna	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Sicilia	Moderata	Bassa	No	<5%	da 5 a 50%	Moderata
Toscana	Bassa	Bassa	No	<5%	<5%	Bassa
Umbria	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
A.d'Aosta/V.d'Aoste	Moderata	Moderata	No	<5%	da 5 a 50%	Moderata
Veneto	Moderata	Alta	No	>50%	da 5 a 50%	Alta



2. Appendice- Indicatori per la valutazione del rischio

Appendice - Tabella 1 – Quadro sintetico con i principali indicatori del monitoraggio e compatibilità con gli Rt puntuali con gli scenari ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", dati al 5 gennaio 2021 relativi alla settimana 28/12/2020-3/1/2021

Regione.PA	Incidenza per 100.000 ab 14gg	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt puntuale (calcolato al 22/12/2020)	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 a Rt sintomi puntuali con gli scenari di trasmissione e*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
			Casi (Fonte ISS)	Focolai								
Abruzzo	190.69	1514	↑	↑	0.9 (CI: 0.83-0.97)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1. in aumento e sopra 20%	1	Moderata	No
Basilicata	183.86	623	↑	↑	0.83 (CI: 0.67-1)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%	1	Moderata	No
Calabria	157.89	1584	↑	↓	1.14 (CI: 1.04-1.24)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	2	Moderata ad alto rischio di progressione a rischio alto	No
Campania	187.22	5596	↑	↑	0.83 (CI: 0.76-0.89)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	1	Moderata	No
Emilia-Romagna	459.09	10830	↑	↑	1.05 (CI: 1.03-1.08)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%	2	Alta	No
FVG	362.16	2488	↑	↑	0.91 (CI: 0.86-0.95)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 25%	1	Alta	No
Lazio	303.18	9422	↑	↑	0.98 (CI: 0.94-1.02)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 25%	1	Alta	No
Liguria	235.37	2022	↑	↑	1.02 (CI: 0.95-1.08)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	1	Alta	No
Lombardia	241.77	13508	↑	↓	1.27 (CI: 1.24-1.3)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 30%	2	Alta	No
Marche	352.34	3052	↑	↓	0.93 (CI: 0.82-1.05)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%	1	Alta	No



Regione.PA	Incidenza per 100.000 ab	Nuovi casi segnalati nella settimana	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 22/12/2020)	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 a Rt sintomi puntuali con gli scenari di trasmissione e*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
			Casi (Fonte ISS)	Focolai								
Molise	205.78	362	↑	↑	1.27 (CI: 0.96-1.63)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.	1	Moderata ad alto rischio di progressione a rischio alto	No
Piemonte	227.62	5395	↑	↑	0.95 (CI: 0.92-0.99)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.	1	Alta	No
PA Bolzano/Bozen	374.19	1231	↑	↑	0.81 (CI: 0.75-0.89)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 30%.	1	Alta	No
PA Trento	291.48	697	↑	↑	0.85 (CI: 0.79-0.91)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 20%.	1	Alta	No
Puglia	318.34	7161	↑	↑	1 (CI: 0.96-1.03)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 30%.	1	Alta	No
Sardegna	166.95	1272	↓	↑	1.02 (CI: 0.95-1.09)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.	1	Moderata	No
Sicilia	246.56	6634	↑	↑	1.04 (CI: 0.99-1.08)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione e sopra 90%.	1	Moderata	No
Toscana	147.98	2939	↑	↓	0.9 (CI: 0.87-0.95)	No	Bassa	Bassa	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.	1	Bassa	No
Umbria	243.10	1247	↑	↑	1.01 (CI: 0.95-1.08)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%.	1	Alta	No
V.d'Aosta/V.d'Aoste	230.28	148	↑	↑	1.07 (CI: 0.87-1.27)	No	Moderata	Moderata	0 allerte segnalate	1	Moderata	No
Veneto	927.36	22296	↑	↓	0.97 (CI: 0.96-0.98)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%.	1	Alta	No

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



Dimensione 1 - completezza dei dati

Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

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



Ministero della Salute

Appendice - Tabella 2 – Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio, monitoraggio per Regione, dati al 5 gennaio 2021 relativi alla settimana 28/12/2020-3/1/2021

Regione.PA	Ind1.1 settimana precedente (%)	Ind1.1 settimana di riferimento (%)	Variazione	Ind1.2 (%)	Ind1.3 (%)	Ind1.4 (%)
Abruzzo	83.8	85.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.7
Basilicata	100.0	99.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Calabria	91.4	90.5	Stabilmente sopra-soglia	98.4	96.4	99.5
Campania	90.6	92.2	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.0
Emilia-Romagna	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.4
FVG	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	99.9
Lazio	90.8	91.7	Stabilmente sopra-soglia	98.3	100.0	88.9
Liguria	88.4	91.3	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	98.2
Lombardia	63.4	75.4	In aumento, sopra-soglia	99.8	100.0	98.6
Marche	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Molise	94.1	90.7	Stabilmente sopra-soglia	98.7	100.0	100.0
Piemonte	97.6	97.3	Stabilmente sopra-soglia	99.3	99.9	98.5
PA Bolzano/Bozen	93.4	89.3	Stabilmente sopra-soglia	98.5	100.0	99.6
PA Trento	100.0	99.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	96.1
Puglia	94.9	96.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0
Sardegna	59.1	70.7	In aumento, sopra-soglia	99.3	100.0	99.8
Sicilia	91.9	90.5	Stabilmente sopra-soglia	99.8	100.0	99.3
Toscana	96.1	96.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.3
Umbria	91.5	89.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.2
V.d'Aosta/V.d'Aoste	92.5	92.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	99.7
Veneto	85.3	84.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100.0	100.0



Dimensione 2 - la classificazione della trasmissione ed impatto

Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione

Settore		N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Stabilità di trasmissione		3.1	Numero di casi riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni	Numero di casi con trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5gg (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscolto 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 "cruscolto 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 ospitano popolazioni vulnerabili. La presenza nuovi focolai nella Regione richiede una valutazione del rischio ad hoc che definisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	ISS - Monitoraggio dei focolai e delle zone rosse con schede di indagine
		3.6	Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note	Nel caso vi siano nuovi focolai dichiarati, l'indicatore può monitorare la qualità del contact-tracing, nel caso non vi siano focolai di trasmissione la presenza di casi non collegati a catene di trasmissione potrebbe essere compatibile con uno scenario di bassa trasmissione in cui si osservano solo casi sporadici (considerando una quota di circolazione non visibile in soggetti pauci- sintomatici)	In presenza di focolai, la presenza di nuovi casi di infezione non tracciati a catene note di contagio richiede una valutazione del rischio <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
Servizi sanitari e assistenziali non sovraccarichi		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 MdS.
		3.9	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19	≤ 40%	> 40%	



Nota Metodologica

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

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

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

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

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

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

- **Compatibile con Scenario 1:** Rt regionali sopra soglia per periodi limitati (inferiore a 1 mese)
- **Compatibile con Scenario 2:** Rt regionali significativamente compresi tra $R_t=1$ e $R_t=1,25$
- **Compatibile con Scenario 3:** Rt regionali significativamente compresi tra $R_t=1,25$ e $R_t=1,5$
- **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 5 gennaio 2021 relativi alla settimana 28/12/2020-3/1/2021

Regione.PA	Ind3.1	Trend 3.1 (% variazione settimanale)	Trend 3.4 (% variazione settimanale)	Ind3.2 (Rt puntuale)	Ind3.5	Ind3.6	Ind3.8*	Ind3.9*
Abruzzo	2482	42.1	53.8	0.9 (CI: 0.83-0.97)	202	699	21%	31%
Basilicata	1073	37.4	46.7	0.83 (CI: 0.67-1)	0	7	5%	22%
Calabria	3439	22.9	11.4	1.14 (CI: 1.04-1.24)	16	285	12%	27%
Campania	11850	13.0	30.0	0.83 (CI: 0.76-0.89)	517	2209	15%	31%
Emilia-Romagna	22395	8.6	11.9	1.05 (CI: 1.03-1.08)	77	6696	31%	44%
FGV	6110	46.8	32.3#	0.91 (CI: 0.86-0.95)	668	2532	36%	52%
Lazio	18902	16.0	16.5	0.98 (CI: 0.94-1.02)	195	319	34%	44%
Liguria	3728	44.1	40.1	1.02 (CI: 0.95-1.08)	256	94	35%	42%
Lombardia	25852	3.0	23.7	1.27 (CI: 1.24-1.3)	1322	7683	39%	28%
Marche	5705	35.0	48.6	0.93 (CI: 0.82-1.05)	129	1696	30%	42%
Molise	639	-16.4	44.3	1.27 (CI: 0.96-1.63)	9	0	29%	24%
Piemonte	10703	18.2	20.2	0.95 (CI: 0.92-0.99)	828	1463	29%	48%
PA Bolzano/Bozen	1824	67.8	62.7	0.81 (CI: 0.75-0.89)	37	234	32%	43%
PA Trento	2184	28.9	106.7	0.85 (CI: 0.79-0.91)	13	1093	48%	63%
Puglia	13054	23.5	26.7	1 (CI: 0.96-1.03)	190	4199	30%	43%
Sardegna	3475	-2.4	-16.4#	1.02 (CI: 0.95-1.09)	232	251	24%	29%
Sicilia	12018	36.2	23.3	1.04 (CI: 0.99-1.08)	644	3494	23%	28%
Toscana	5987	-0.5	16.1	0.9 (CI: 0.87-0.95)	223	1585	25%	17%
Umbria	2199	67.2	48.7	1.01 (CI: 0.95-1.08)	130	633	34%	36%
V.d'Aosta/V.d'Aoste	301	0.7	26.2	1.07 (CI: 0.87-1.27)	57	0	5%	48%
Veneto	48341	3.7	3.1	0.97 (CI: 0.96-0.98)	1605	5315	37%	45%

* dato aggiornato al giorno 04/01/2021

Regioni/PPAA dove è stato rilevato un forte ritardo di notifica dei casi nel flusso ISS che potrebbe rendere la valutazione di questi indicatori meno affidabile. Nel caso della Regione FVG, dai 2504 casi segnalati nella settimana 21-27 dicembre, 444 hanno una data prelievo anteriore al 14 dicembre, che potrebbe spiegare in parte il disallineamento osservato. Nel caso della PA di Trento e la Regione Toscana il disallineamento si spiega parzialmente per un errore nell'inserimento delle date di prelievo/diagnosi nel flusso ISS.

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.* *Il calcolo di questo indicatore, senza modificarne la definizione, sarà oggetto di rivalutazione in collaborazione con le Regioni/PA alla luce delle modifiche previste nella definizione internazionale di caso per gli aspetti legati all'accertamento diagnostico dei casi COVID-19	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 (mediana giorni tra inizio sintomi e diagnosi**)	Ind2.3 (mediana)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	22.3%	28.2%	3	4	0.8 per 10000	1 per 10000	1.8 per 10000	96.5%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 20%
Basilicata	7.3%	9.5%	2	-2	1.2 per 10000	6.2 per 10000	7.4 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 5%
Calabria	9.9%	12.5%	2	0	0.9 per 10000	0.6 per 10000	1.5 per 10000	95%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%
Campania	9.3%	11.1%	1	Non calcolabile	0.8 per 10000	1.5 per 10000	2.2 per 10000	96%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.
Emilia-Romagna	15.4%	19.4%	3	Non calcolabile	1.2 per 10000	1.7 per 10000	2.8 per 10000	80.4%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%.
FVG	22.7%	26.4%	3	2	1.3 per 10000	1.2 per 10000	2.5 per 10000	93.7%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 25%.
Lazio	22.3%	27.2%	4	0	0.9 per 10000	1 per 10000	1.8 per 10000	99.5%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 25%.
Liguria	8.1%	10.8%	3	2	1 per 10000	1 per 10000	2 per 10000	92.1%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.
Lombardia	25.2%	33.5%	3	Non calcolabile	1 per 10000	1 per 10000	1.9 per 10000	93.2%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 30%.
Marche	9.3%	11.2%	1	0	1 per 10000	1.4 per 10000	2.4 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.
Molise	10.6%	12.3%	-1	-1	1.1 per 10000	2.8 per 10000	3.9 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.
Piemonte	8.2%	11.9%	4	1	1.2 per 10000	1.8 per 10000	3.1 per 10000	94.3%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.
PA Bolzano/Bozen	32%	35.7%	3	1	5.4 per 10000	1.4 per 10000	6.8 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 30%.
PA Trento	20.5%	22.6%	3	3	1.1 per 10000	1.6 per 10000	2.7 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 20%.
Puglia	31.2%	36.2%	4	4	0.9 per 10000	0.8 per 10000	1.8 per 10000	91.5%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 30%.
Sardegna	11.4%	12.4%	4	1	0.7 per 10000	1.9 per 10000	2.6 per 10000	77.1%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.
Sicilia	17.1%	14.1%	2	Non calcolabile	0.7 per 10000	2 per 10000	2.6 per 10000	86.5%	1 allerta segnalata. Ind 2.6 in diminuzione e sopra 90%
Toscana	11.3%	13.7%	0	2	2.1 per 10000	1.8 per 10000	4 per 10000	99.2%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 10%.

Regione.PA	Ind2.1* (precedente)	Ind2.1 (settimana di riferimento)	Ind2.2 (mediana giorni tra inizio sintomi e diagnosi**)	Ind2.3 (mediana)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Umbria	12.5%	17.7%	3	1	1.5 per 10000	3.1 per 10000	4.6 per 10000	100%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%.
V.d'Aosta/V.d'Aoste	17.2%	12%	2	0	2.2 per 10000	2.4 per 10000	4.6 per 10000	98.6%	0 allerte segnalate
Veneto	13.8%	15.6%	2	1	1 per 10000	1.8 per 10000	2.8 per 10000	95.3%	1 allerta segnalata. Ind 2.1 in aumento e sopra 15%.

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

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

Appendice - Tabella 5 – Incidenza cumulativa per COVID-19 (per 100,000 ab) per Regione/PA, a 7 e 14gg, dati al 5 gennaio 2021
 relativi alla settimana 28/12/2020-3/1/2021; 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 (28/12-3/1)	Diagnosi ultimi 14gg	Incidenza 14gg
Abruzzo	36.031	2.759,37	1.514	115,95	2.490	190,69
Basilicata	10.908	1.958,58	623	111,86	1.024	183,86
Calabria	25.427	1.321,09	1.584	82,30	3.039	157,89
Campania	190.293	3.288,93	5.596	96,72	10.832	187,22
Emilia-Romagna	179.586	4.020,18	10.830	242,44	20.508	459,09
Friuli-Venezia Giulia	42.419	3.501,78	2.488	205,39	4.387	362,16
Lazio	172.484	2.940,63	9.422	160,63	17.783	303,18
Liguria	61.521	3.986,77	2.022	131,03	3.632	235,37
Lombardia	486.181	4.811,78	13.508	133,69	24.428	241,77
Marche	42.014	2.766,99	3.052	201,00	5.350	352,34
Molise	6.754	2.234,46	362	119,76	622	205,78
Piemonte	201.502	4.641,43	5.395	124,27	9.882	227,62
Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	29.646	5.571,72	1.231	231,36	1.991	374,19
Provincia Autonoma di Trento	22.471	4.140,30	697	128,42	1.582	291,48
Puglia	95.385	2.379,69	7.161	178,65	12.760	318,34
Sardegna	29.218	1.791,99	1.272	78,01	2.722	166,95
Sicilia	99.255	1.997,72	6.634	133,52	12.250	246,56
Toscana	121.538	3.264,76	2.939	78,95	5.509	147,98
Umbria	29.949	3.402,19	1.247	141,66	2.140	243,10
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	7.390	5.888,40	148	117,93	289	230,28
Veneto	269.794	5.497,36	22.296	454,31	45.512	927,36
Italia	2.159.766	3.584,99	100.021	166,02	188.732	313,28

Appendice – Tabella 8 – Misure raccomandate in una situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo (scenario 2), misure raccomandate nel periodo Novembre – Dicembre 2020

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA		
BASSA/MOLTO BASSA per almeno 3 settimane consecutive a una valutazione del rischio più elevata	MODERATA	ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)
Trasmissione di SARS-CoV-2 limitata a cluster con catene di trasmissione note	Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note	Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, graduale aumento della pressione per i Dipartimenti di Prevenzione
Obiettivo: contenimento e repressione focolai Interventi: Criteri minimi – Interventi Ordinari	Obiettivo: contenimento e repressione focolai Interventi: Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate	Obiettivo: Mitigazione della diffusione del virus Interventi: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)
NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
<ul style="list-style-type: none"> - ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di early warning 	<ul style="list-style-type: none"> - ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione - attivazione alberghi per isolamento casi 	<ul style="list-style-type: none"> - semplificazione contact tracing - semplificazione sorveglianza attiva - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COV D sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COV D - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) - potenziamento alberghi per isolamento casi
Comunità		
<ul style="list-style-type: none"> - precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti 	<ul style="list-style-type: none"> - rafforzamento del distanziamento sociale - zone rosse locali - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali 	<ul style="list-style-type: none"> - azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.)
Scuole e Università		
<ul style="list-style-type: none"> - lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi 	<ul style="list-style-type: none"> - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) 	<ul style="list-style-type: none"> - possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile

8 gennaio 2021

Allegato 2

Epidemia COVID-19

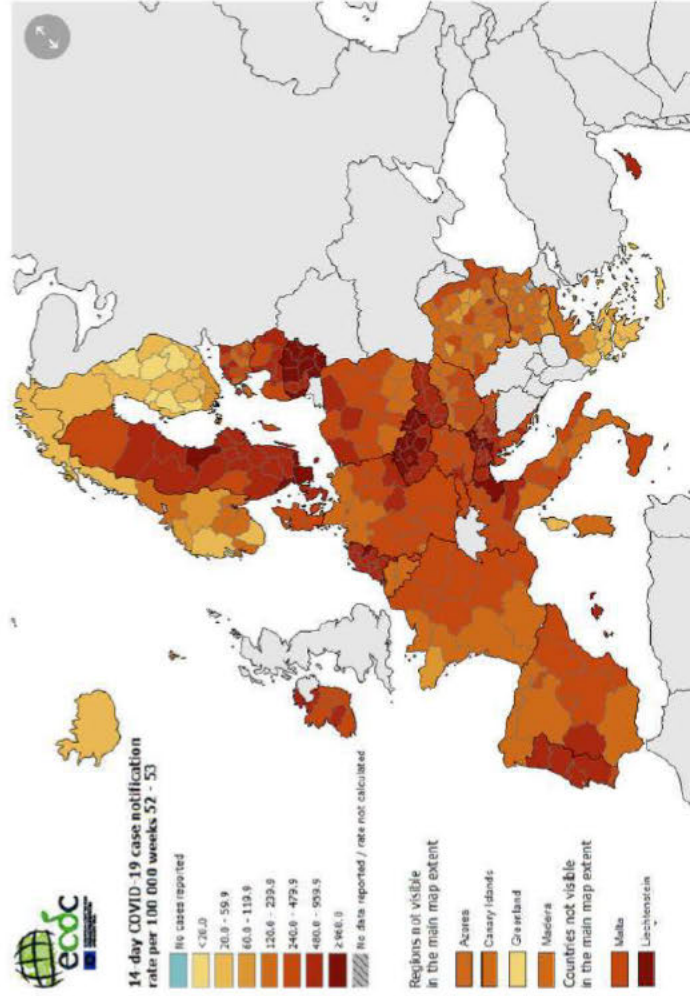
Monitoraggio del rischio

Silvio Brusaferro
Istituto Superiore di Sanità

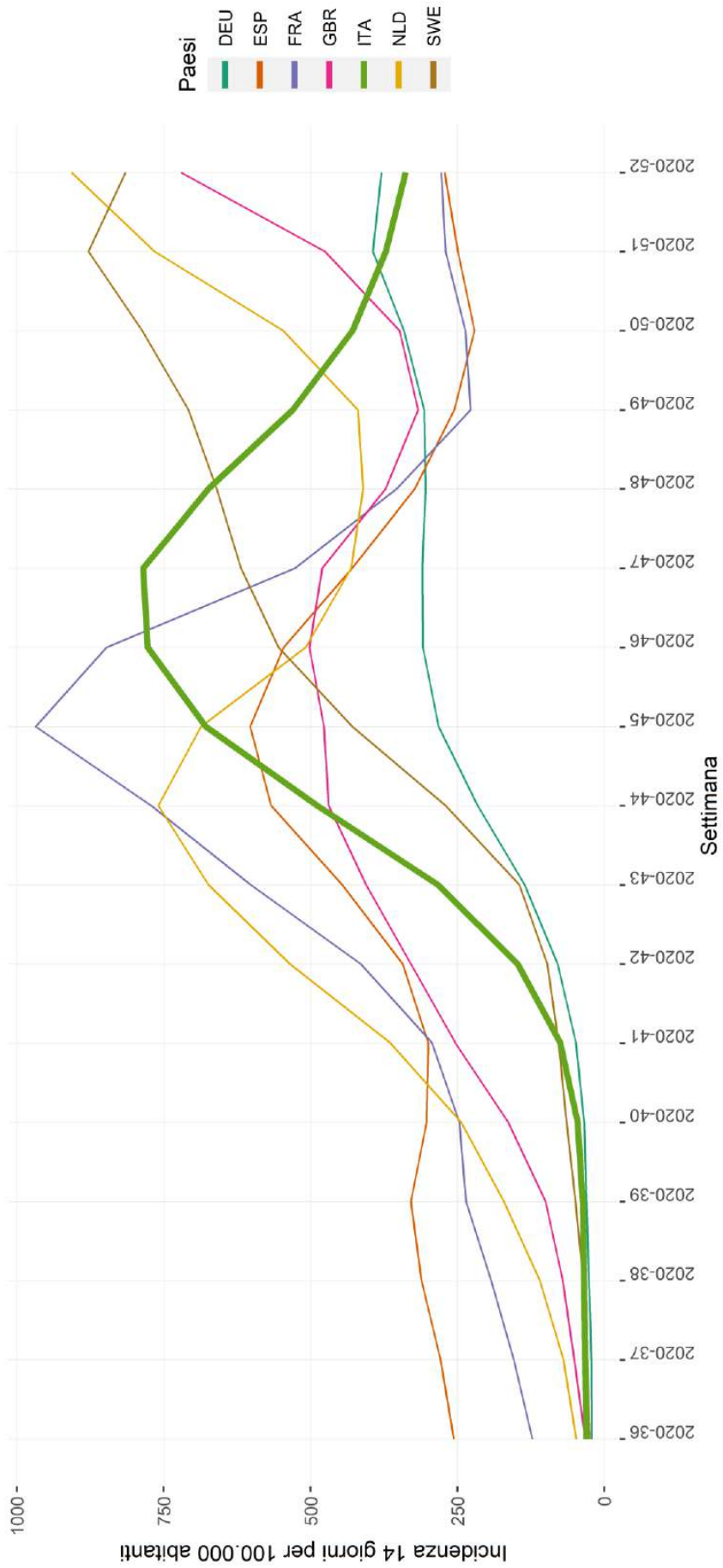
Casi notificati al Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (ECDC)

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

14-day COVID-19 case notification rate per 100 000, weeks 52-53



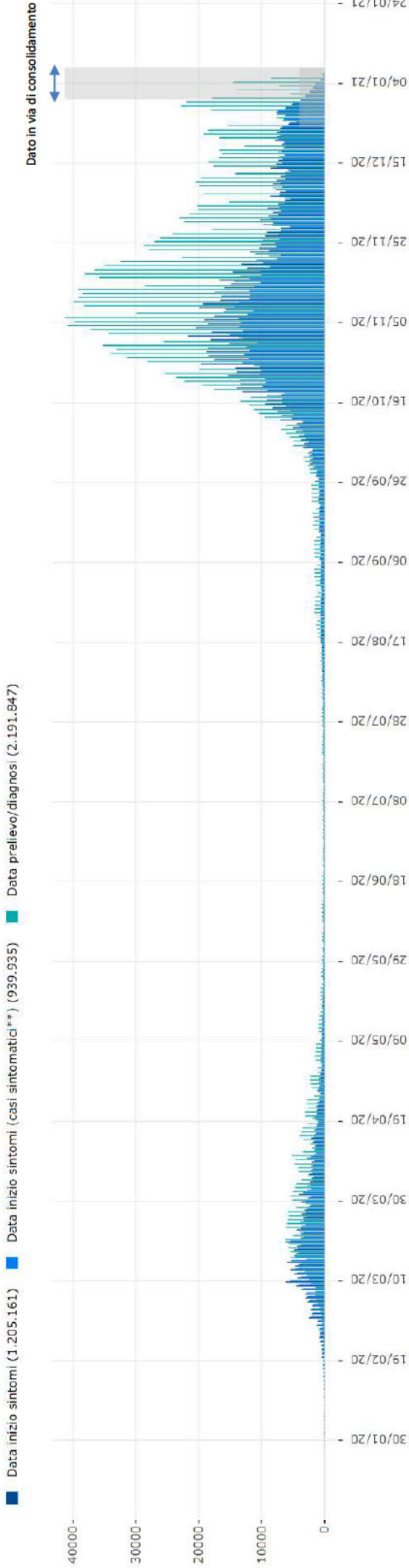
Andamento incidenza (14 gg) in alcuni paesi europei (ECDC)



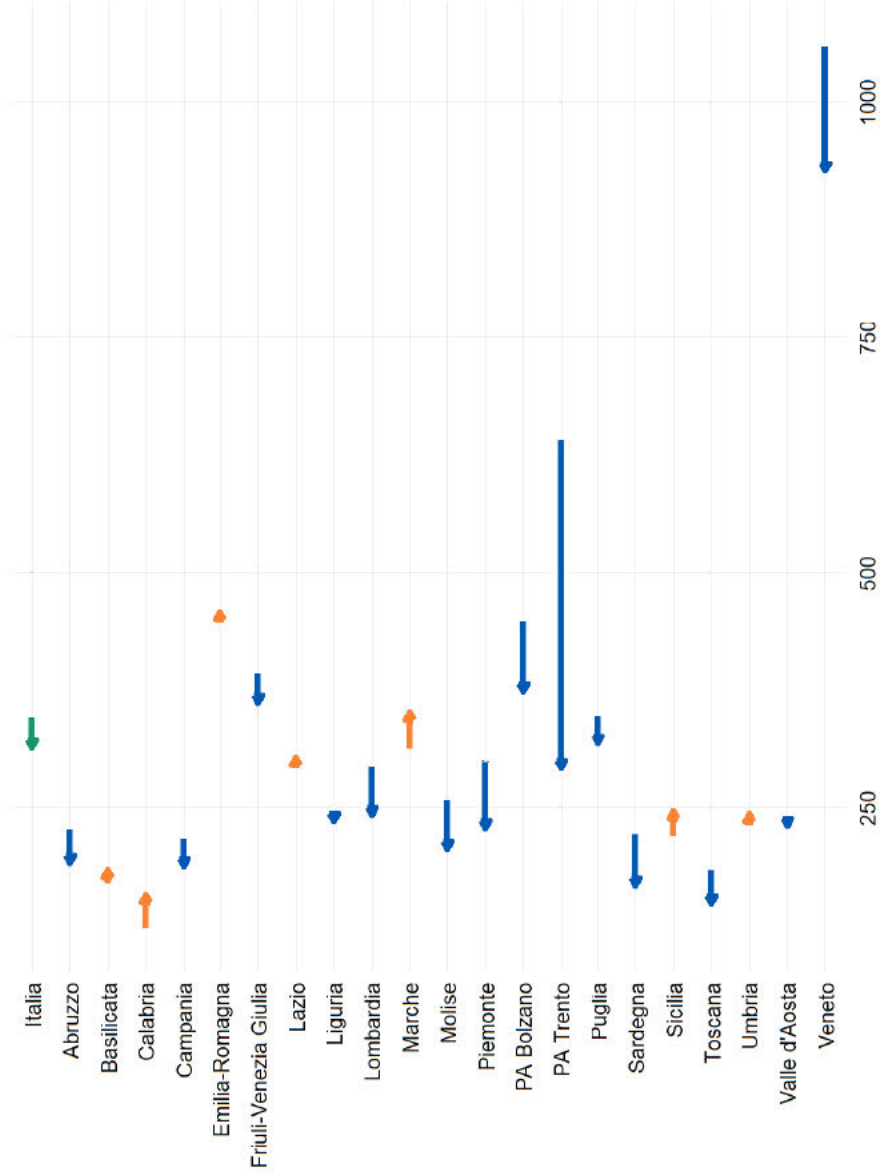
Casi notificati al sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia



Curva epidemica dei casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo o diagnosi (verde) e per data di inizio dei sintomi (blu)
Nota: Il numero dei casi riportato negli ultimi giorni (riquadri grig) deve essere considerato provvisorio sia per possibili ritardi di segnalazione che di diagnosi.



Casi in diminuzione in tutte le Regioni/PPAA



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

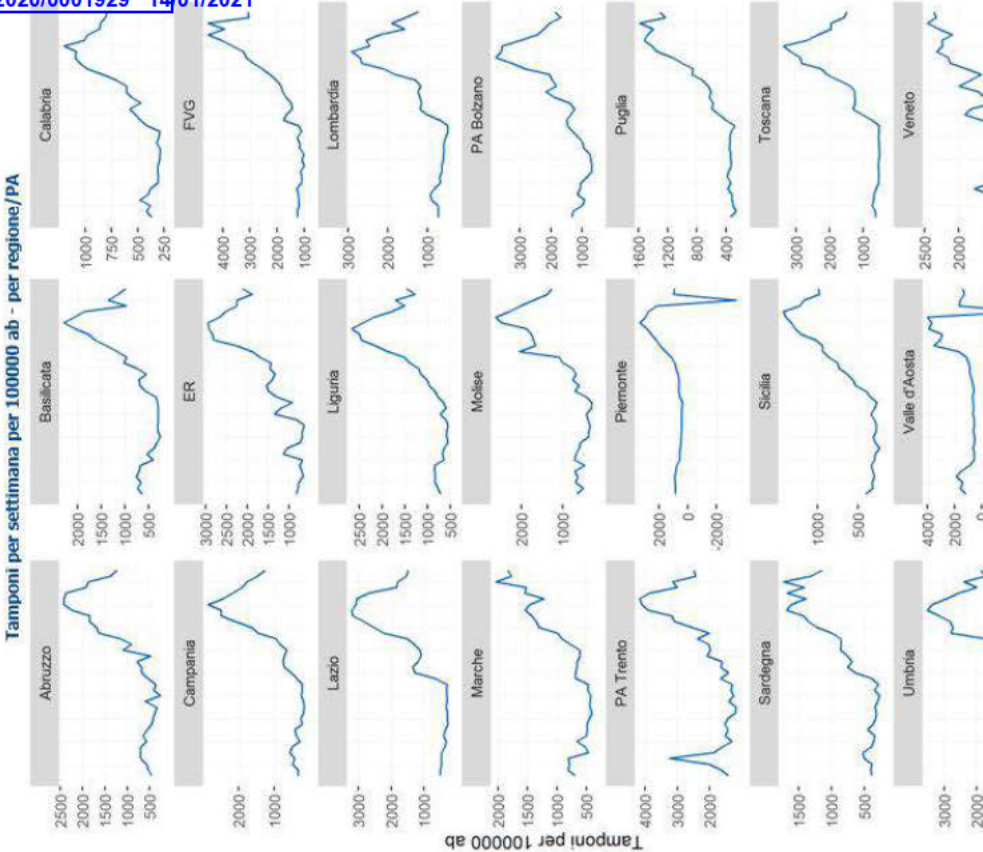
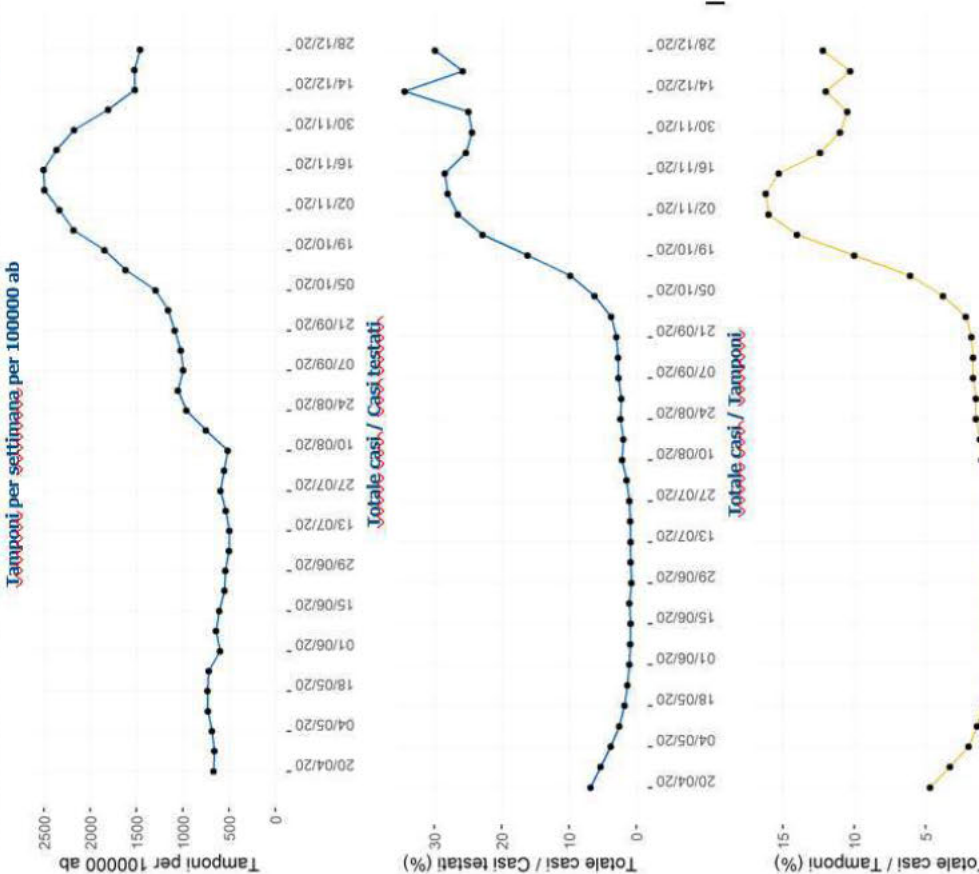
Incidenza cumulativa per COVID-19 (per 100,000 ab) per Regione/PA, a 7 e 14gg, dati al 5 gennaio 2021

REGIONE/PA	NUMERO DI CASI TOTALE	INCIDENZA CUMULATIVA (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 28/12 - 3/1	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 21/12 - 3/1	INCIDENZA 14GG (PER 100.000 AB)
Abruzzo	36.031	2.759,37	1.514	115,95	2.490	190,69
Basilicata	10.908	1.958,58	623	111,86	1.024	183,86
Calabria	25.427	1.321,09	1.584	82,30	3.039	157,89
Campania	190.293	3.288,93	5.596	96,72	10.832	187,22
Emilia-Romagna	179.586	4.020,18	10.830	242,44	20.508	459,09
Friuli-Venezia Giulia	42.419	3.501,78	2.488	205,39	4.387	362,16
Lazio	172.484	2.940,63	9.422	160,63	17.783	303,18
Liguria	61.521	3.986,77	2.022	131,03	3.632	235,37
Lombardia	486.181	4.811,78	13.508	133,69	24.428	241,77
Marche	42.014	2.766,99	3.052	201,00	5.350	352,34
Molise	6.754	2.234,46	362	119,76	622	205,78
Piemonte	201.502	4.641,43	5.395	124,27	9.882	227,62
PA Bolzano	29.646	5.571,72	1.231	231,36	1.991	374,19
PA Trento	22.471	4.140,30	697	128,42	1.582	291,48
Puglia	95.385	2.379,69	7.161	178,65	12.760	318,34
Sardegna	29.218	1.791,99	1.272	78,01	2.722	166,95
Sicilia	99.255	1.997,72	6.634	133,52	12.250	246,56
Toscana	121.538	3.264,76	2.939	78,95	5.509	147,98
Umbria	29.949	3.402,19	1.247	141,66	2.140	243,10
Valle d'Aosta	7.390	5.888,40	148	117,93	289	230,28
Veneto	269.794	5.497,36	22.296	454,31	45.512	927,36

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

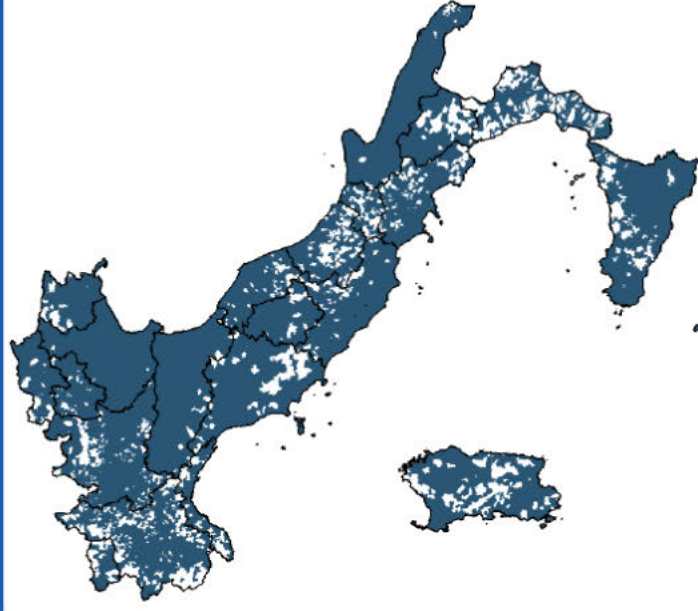
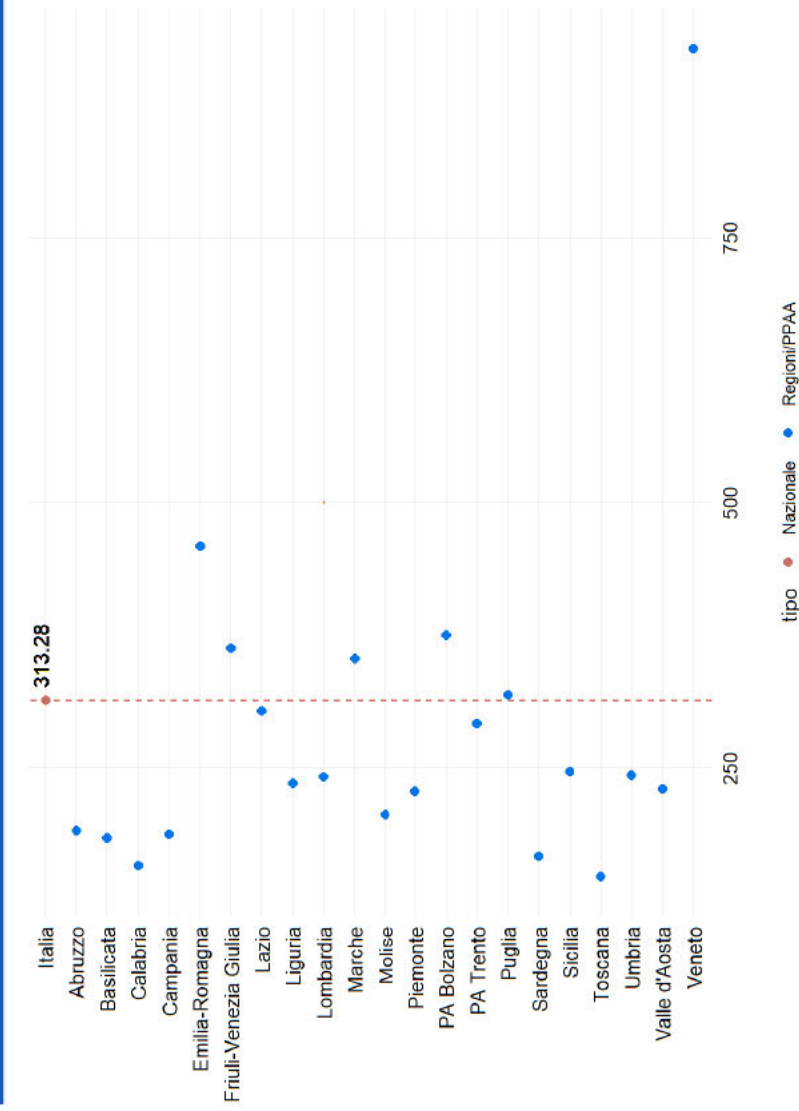
Tamponi per settimana per 100000 ab - per regione/PA

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



Comuni con almeno un nuovo caso di infezione da virus SARS-CoV-2 diagnosticato e incidenza regionale, 21 dicembre 2020 – 3 gennaio 2021

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



Caratteristiche della popolazione affetta

Età mediana costante nelle ultime quattro settimane, in diminuzione i casi in tutte le fasce di età

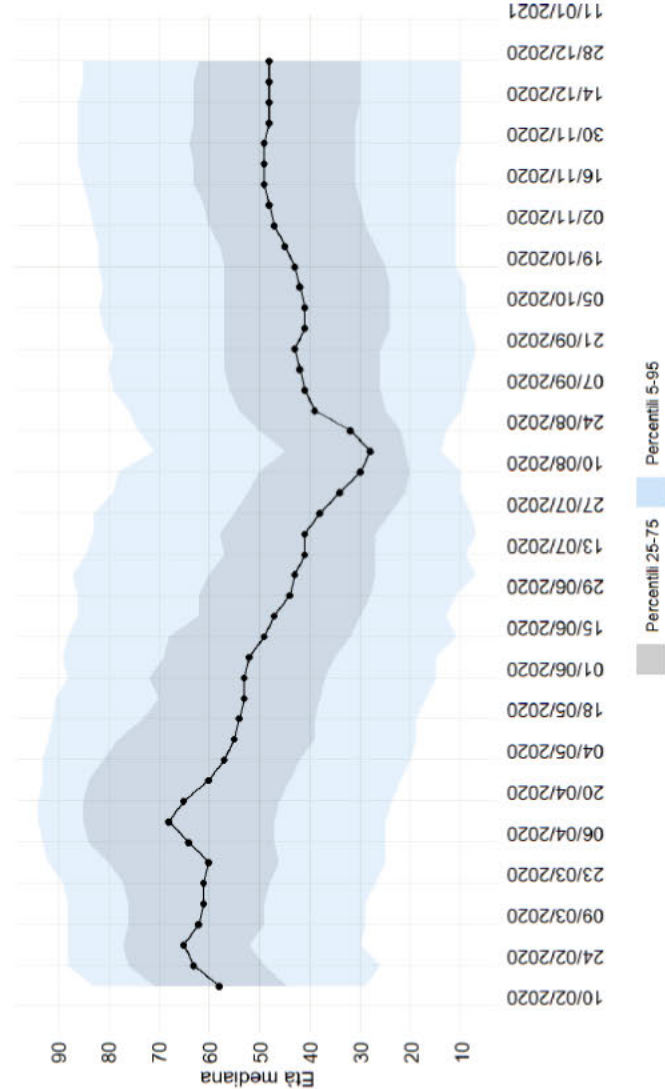


FIGURA 13 – ETÀ MEDIANA DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI

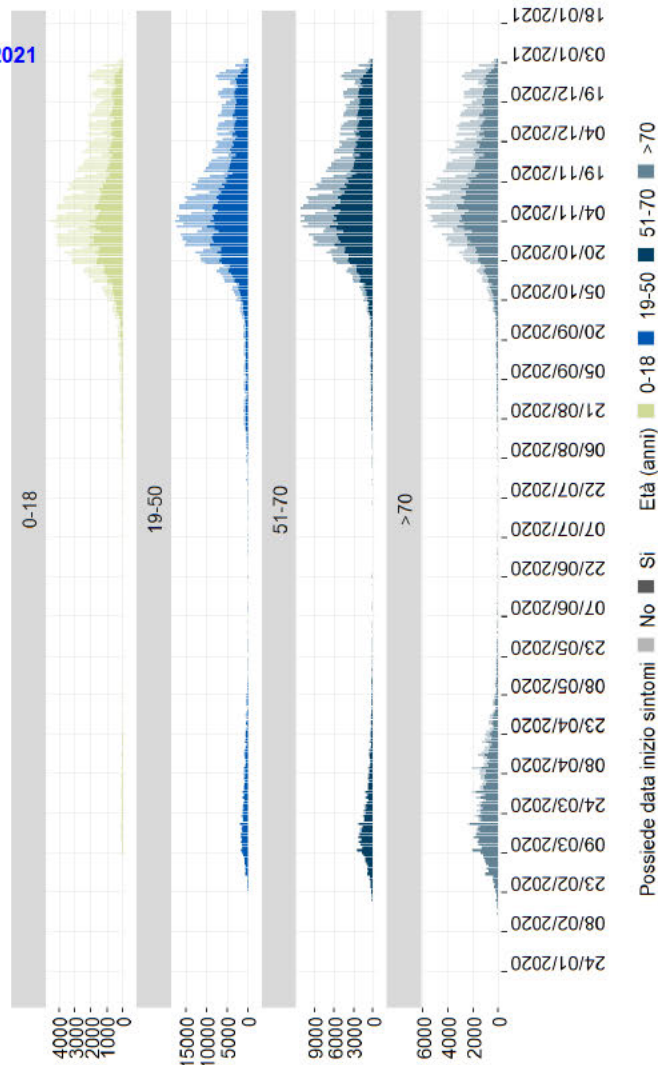
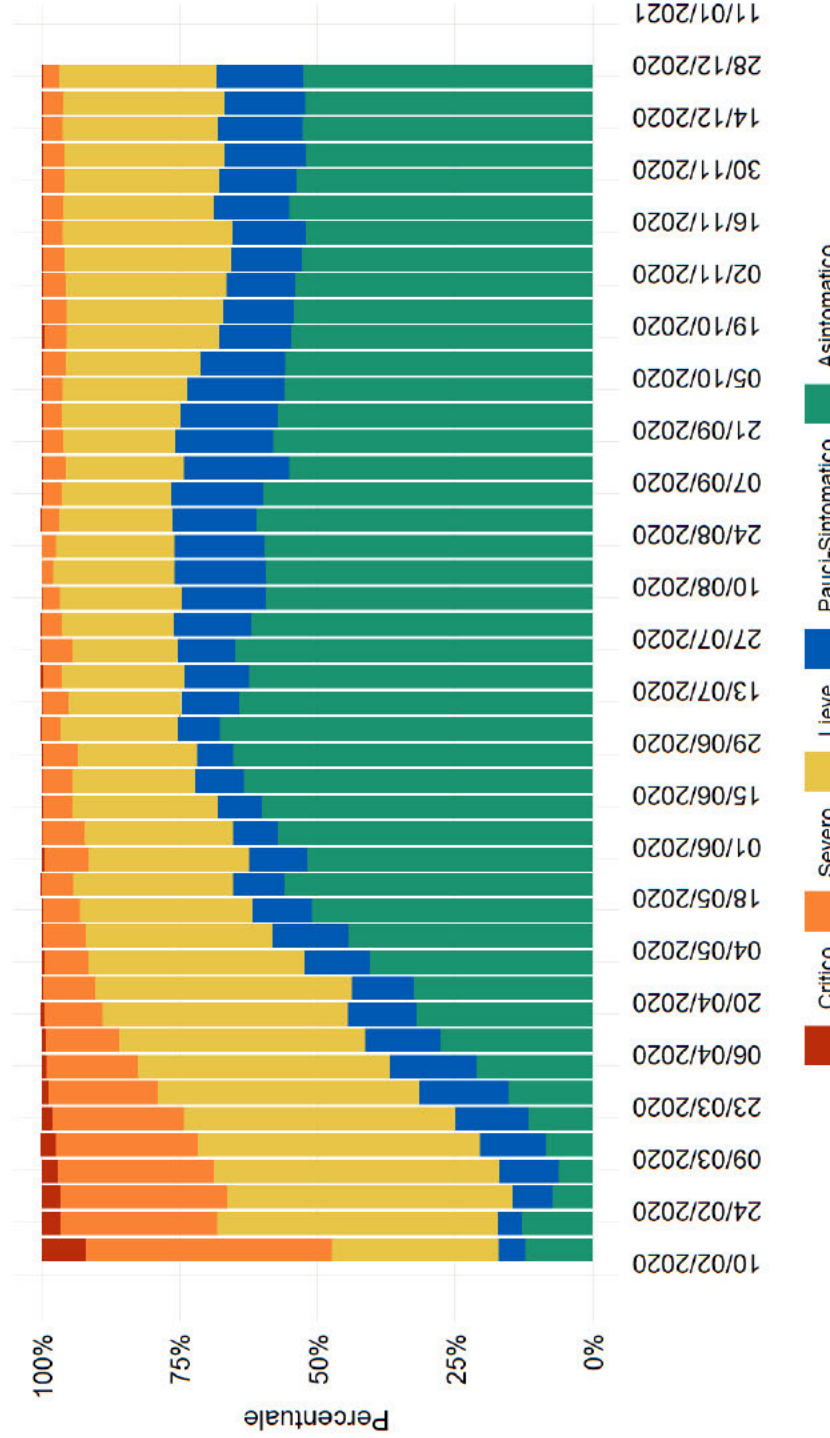


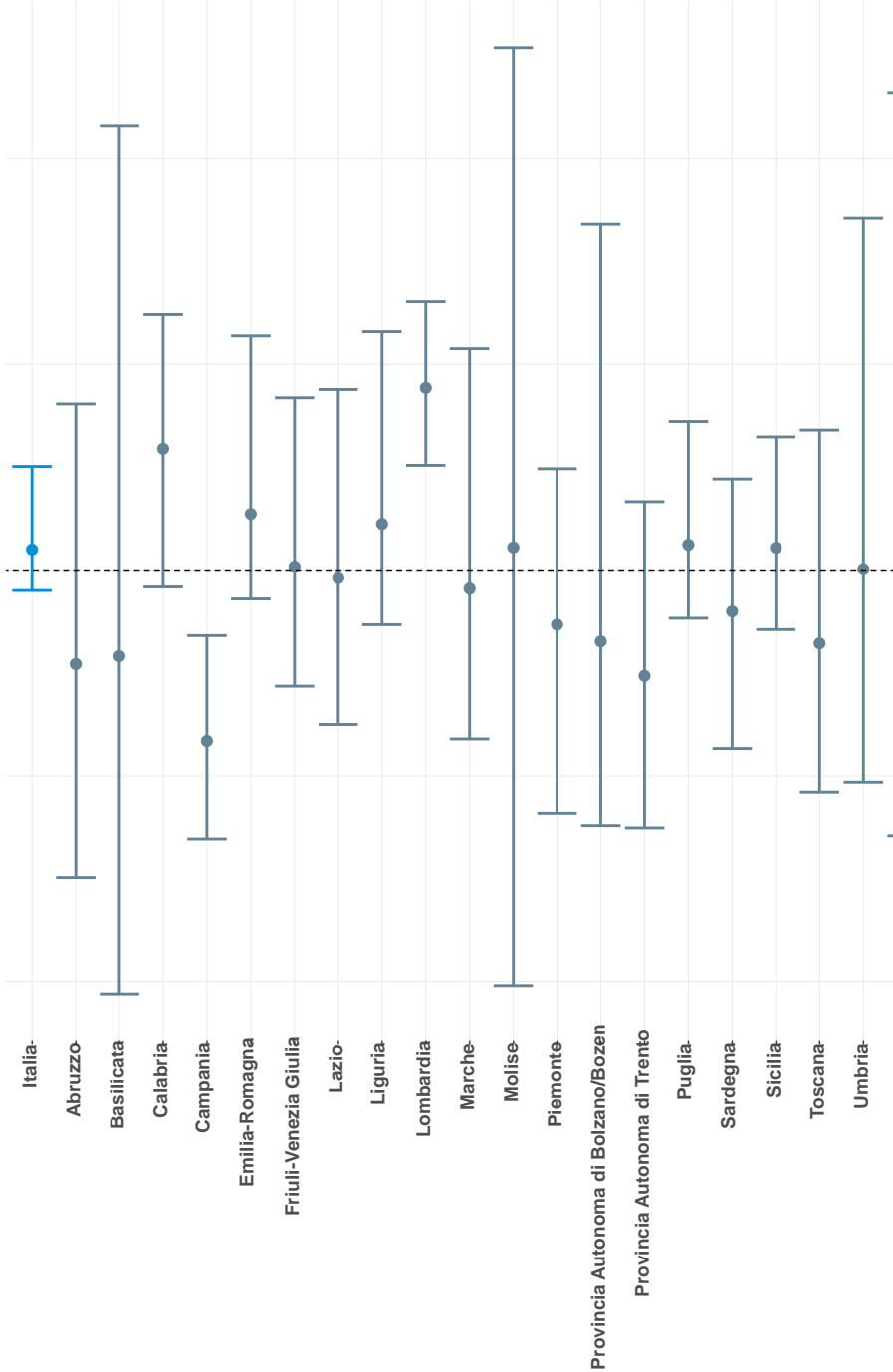
FIGURA 14 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA INIZIO SINTOMI (O PRELIEVO / DIAGNOSI) PER CLASSE DI ETÀ

Stato clinico al momento della diagnosi

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

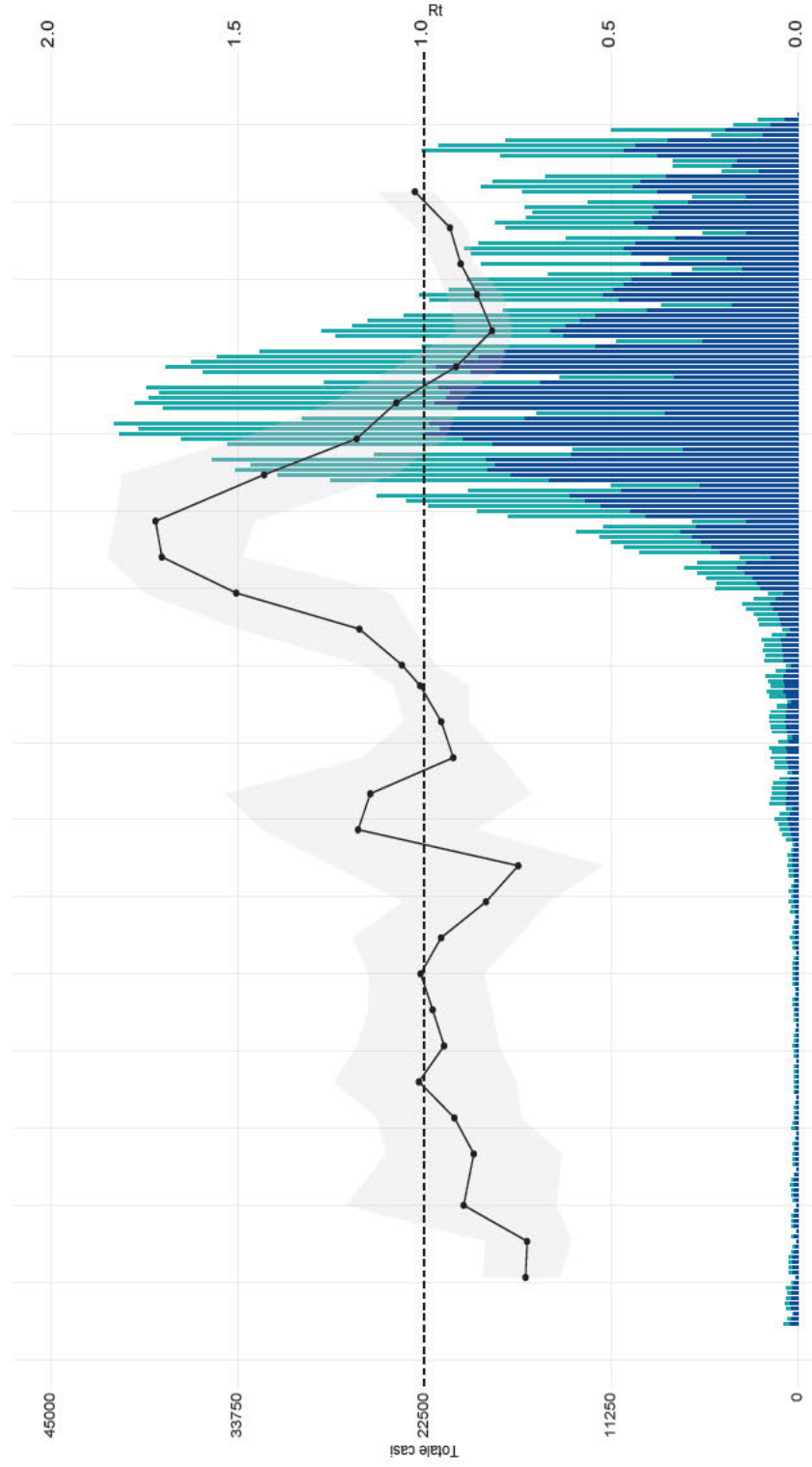


Stima riepilogativa dell'Rtmedio14gg per regione basato su inizio sintomi dal 15 al 28 dicembre, calcolato il 5/1/2021



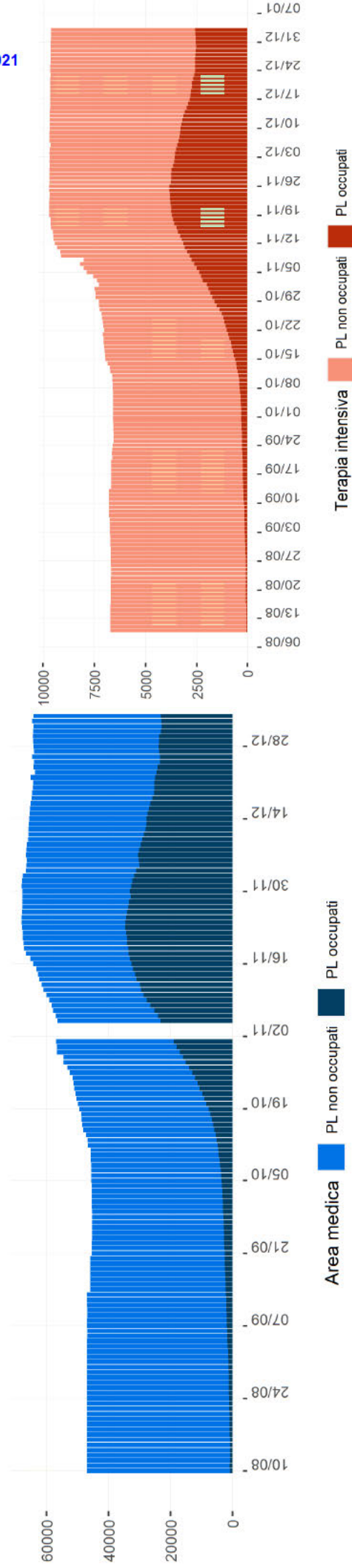
Stime dell'Rt medio 14gg e numero di casi per data prelievo/diagnosi distinti per presenza o assenza della data di inizio sintomi.

Il punto corrispondente a ciascuna stima di Rt è collocato nel giorno centrale dell'intervallo di 14 gg a cui si riferisce



Occupazione posti letto

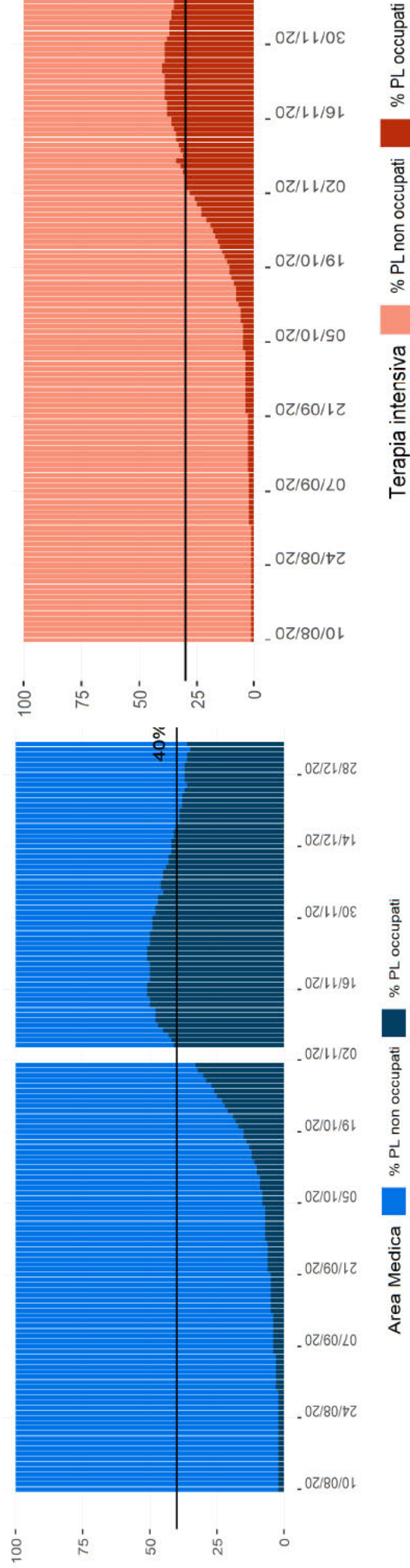
Numero di posti letto occupati al giorno in area medica in diminuzione e terapia intensiva in lieve aumento



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

Occupazione posti letto

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

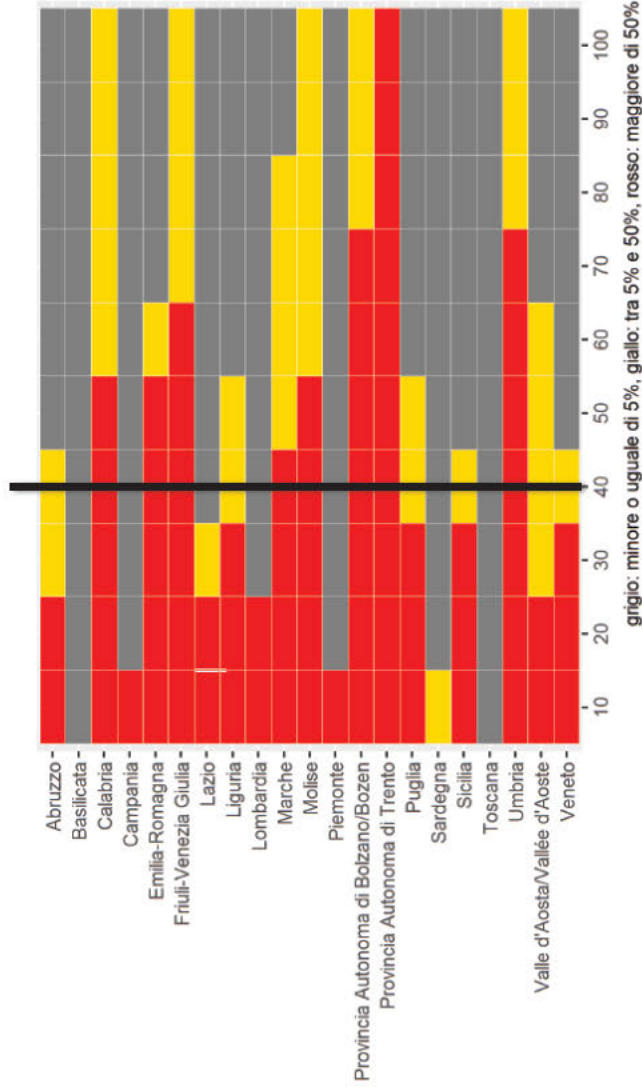


* PL occupati 2-3-4 Novembre : dati non disponibili

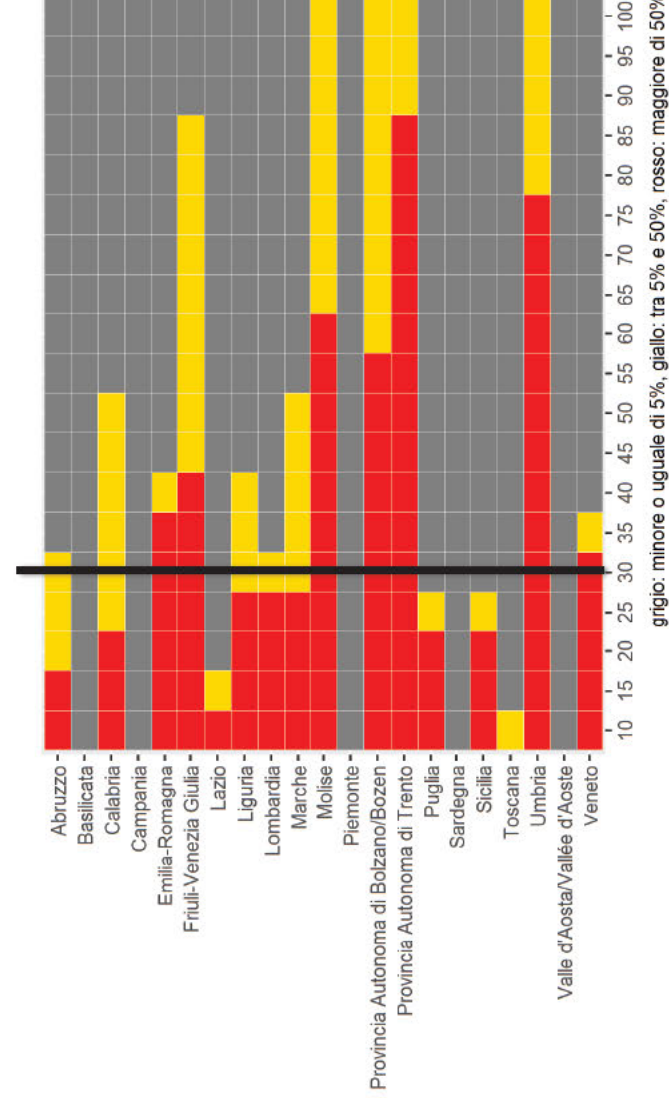
Proiezioni dell'occupazione dei posti letto a 30 giorni

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

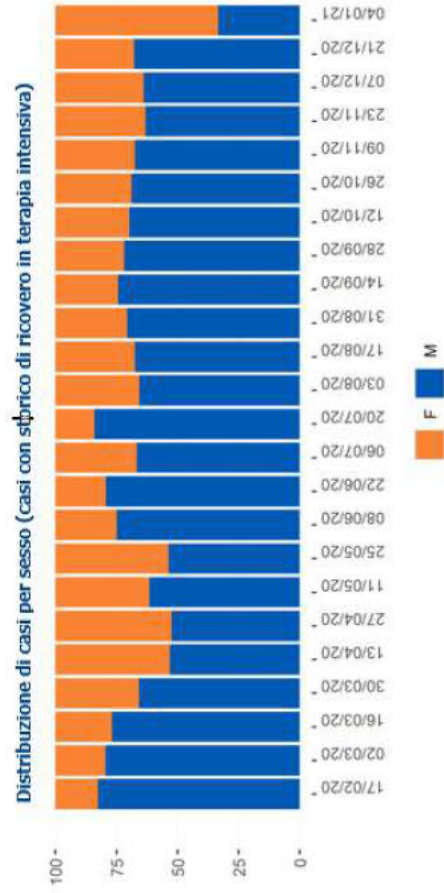
Soglie Area Medica



Soglie Terapia intensiva

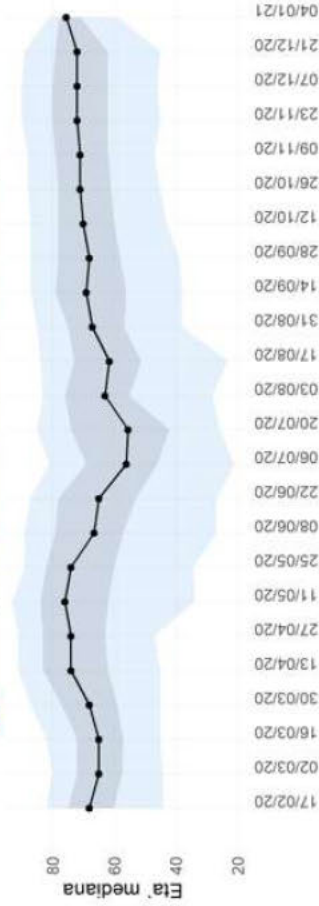


Focus – Terapia intensiva

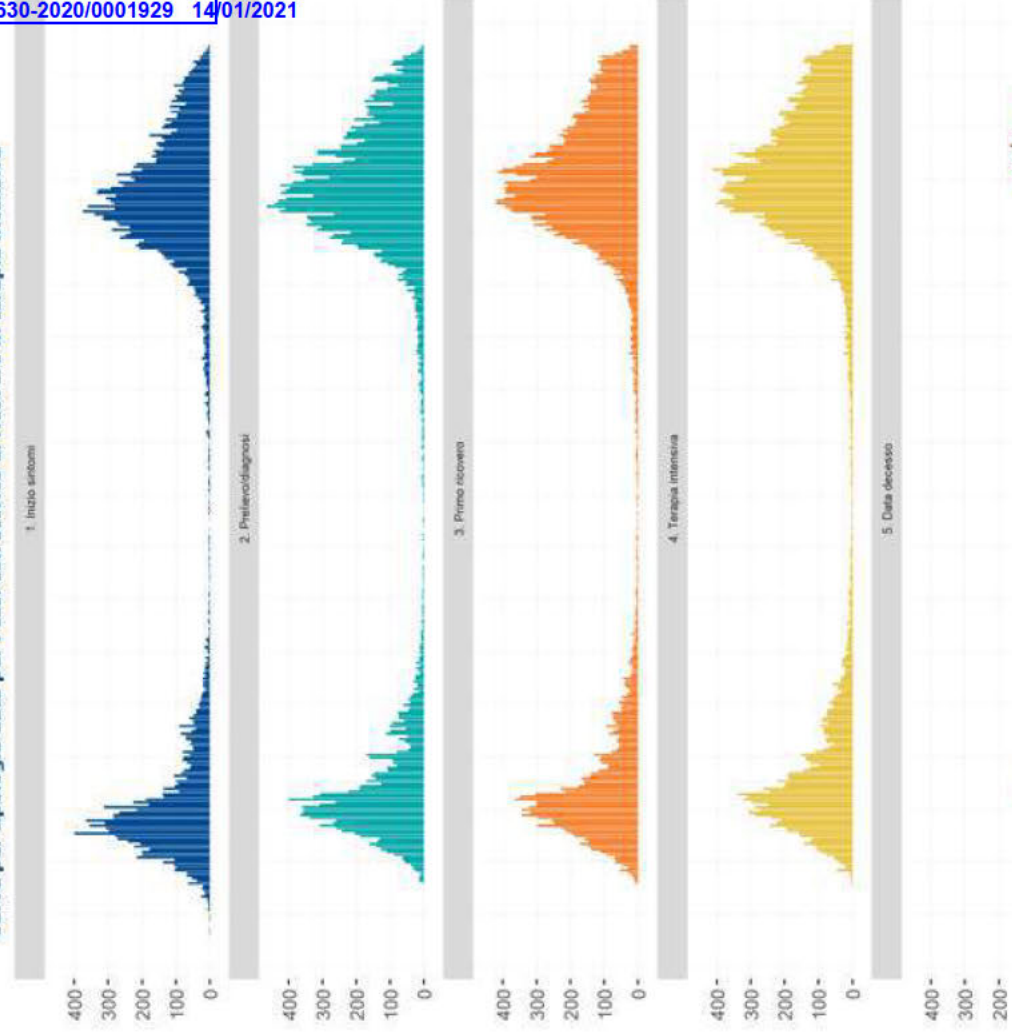


per data prelievo/diagnosi
Nota: Ogni barra fa riferimento all'intervallo di tempo tra la data indicata sotto la barra e quella successiva.

Età mediana (casi con storico di ricovero in terapia intensiva)

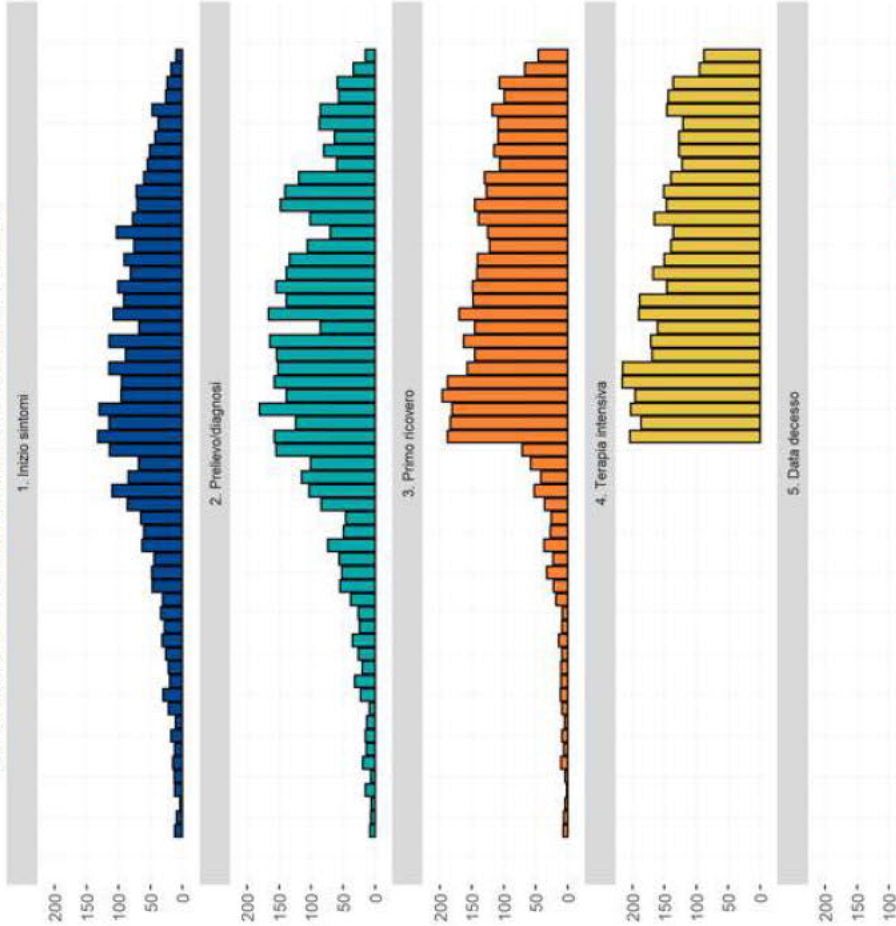


Curve per tipologia data per i casi con storico di ricovero in terapia intensiva

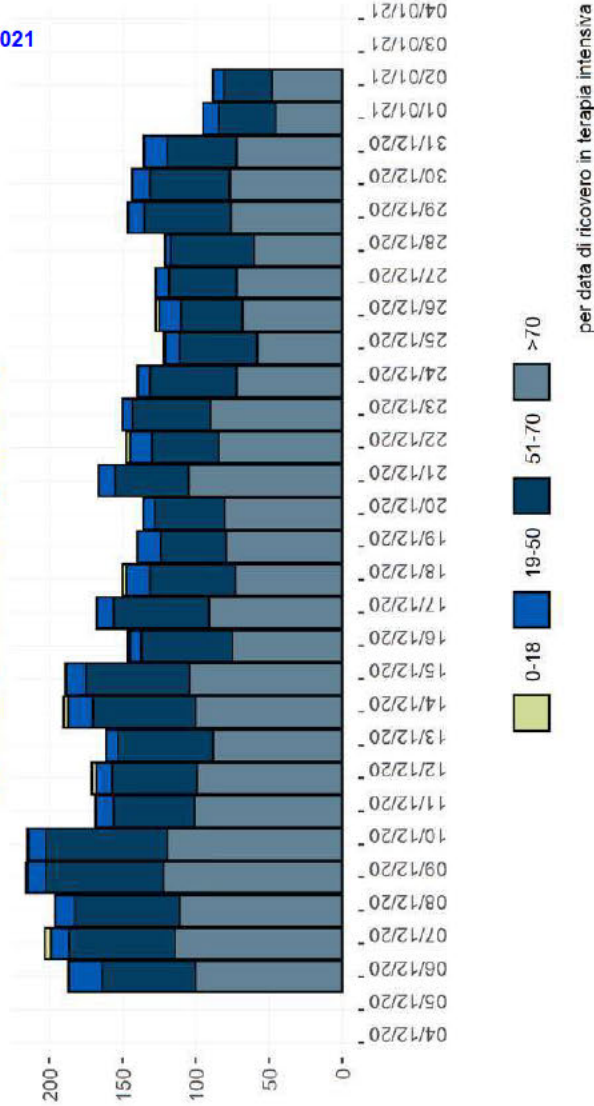


Focus – Terapia intensiva

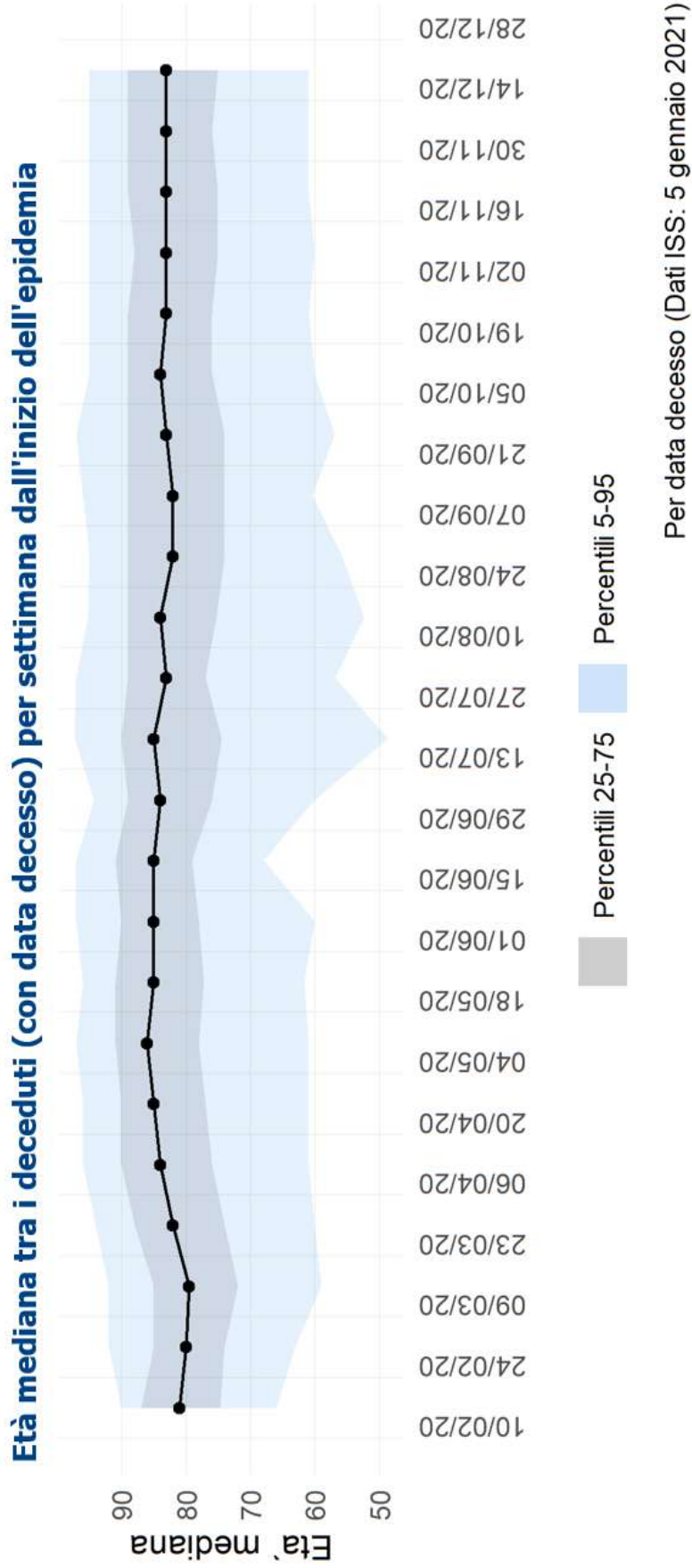
Curve epidemiche dei casi con storia di ricovero in terapia intensiva nel periodo 5/12/2020-3/1/2021 riportati al sistema di sorveglianza integrato, per data di inizio sintomi, diagnosi, primo ricovero, ricovero in Terapia Intensiva e decesso (Fonte ISS)



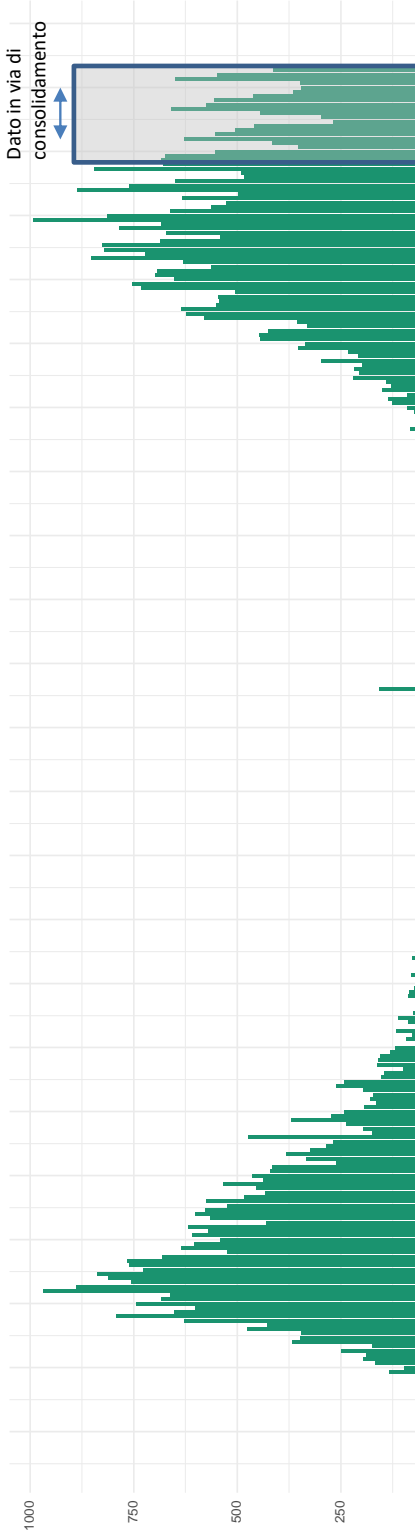
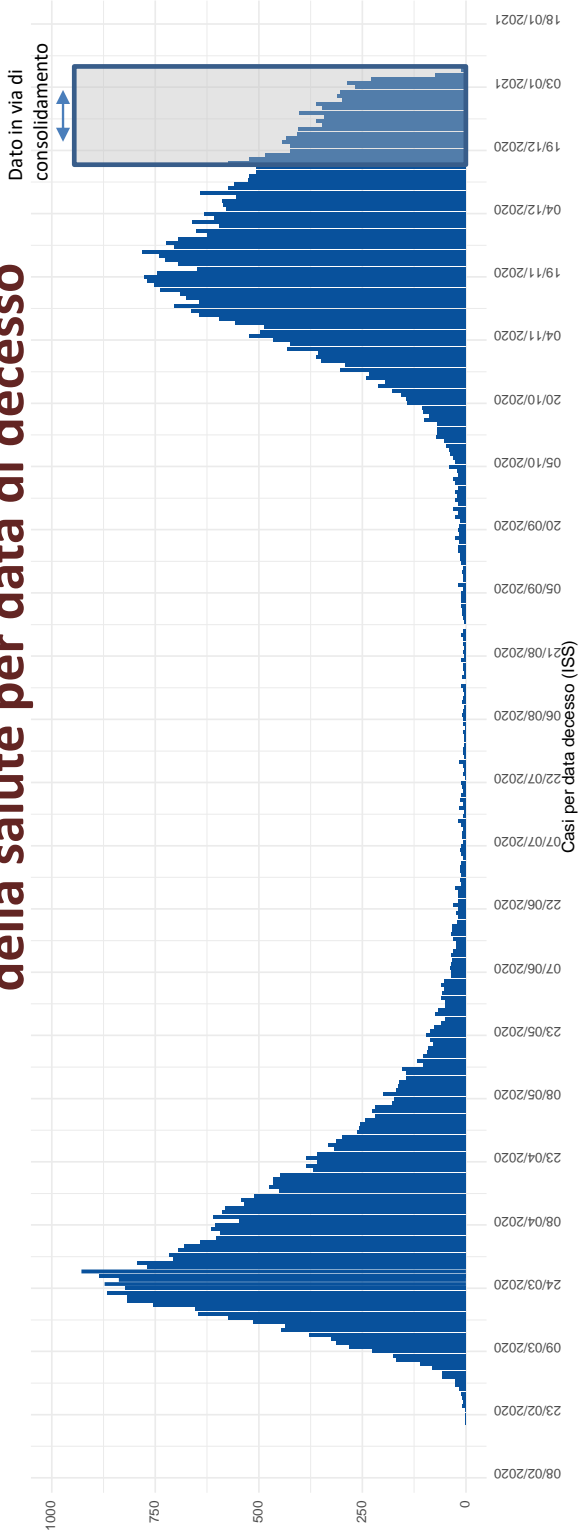
Curva dei casi con storico di ricovero in terapia intensiva per fascia di età il periodo 5/12/2020-3/1/2021, per fascia di età (Fonte ISS)



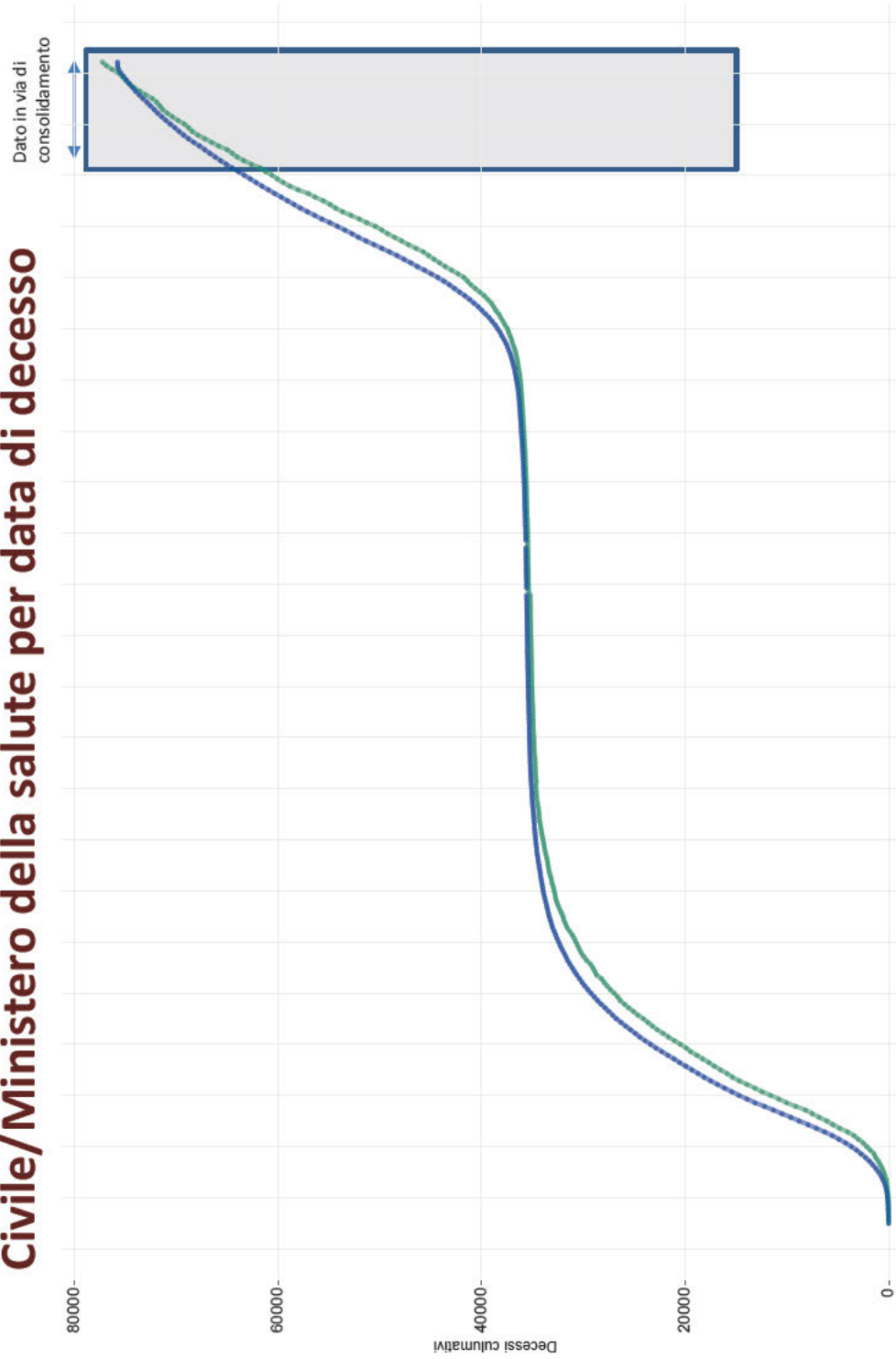
Età mediana dei casi deceduti riportati al sistema di sorveglianza integrato



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

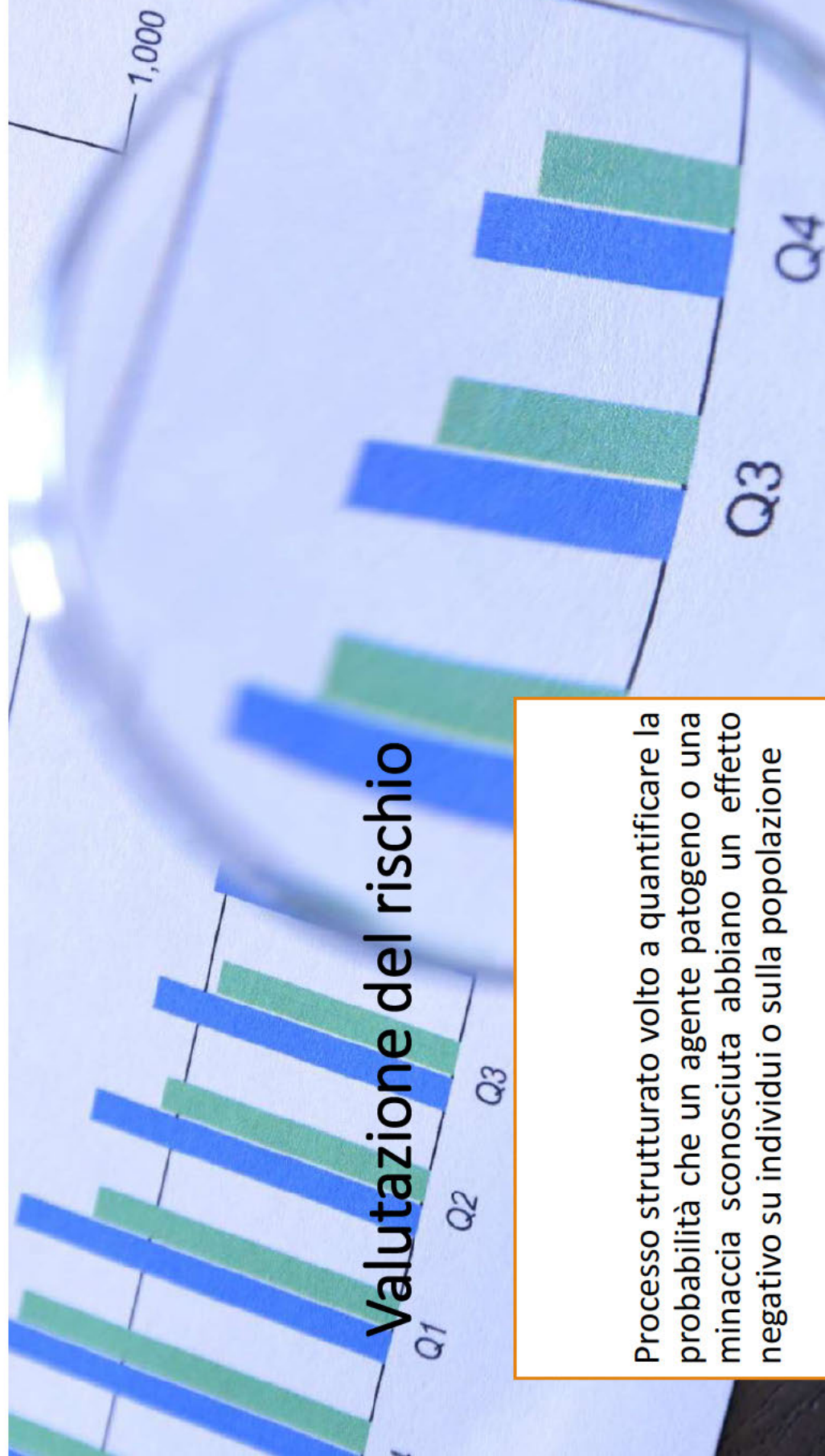


Confronto cumulativo dei casi deceduti riportati alla Sorveglianza COVID-19 e Protezione Civile/Ministero della salute per data di decesso



Valutazione del rischio

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



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."

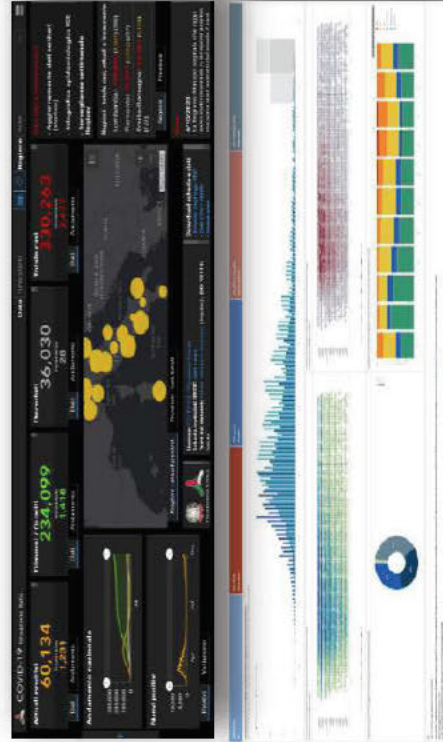
Doiché ai sensi del documento "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-

Elementi che influiscono sulla classificazione

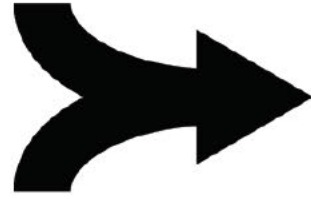
probabilità, impatto, resilienza territoriale

- **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



Raccolta settimanale/mensile di dati dalle

Regioni/PPAA e dal Ministero della Salute

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)

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

Valutazione del rischio

Molto Basso	Bassa	Moderata	Alta
Molto Basso	Rischio Molto basso	Rischio Basso	Rischio Moderato

Pubblicazione dei risultati

COVID-19

Report monitoraggio

In evidenza

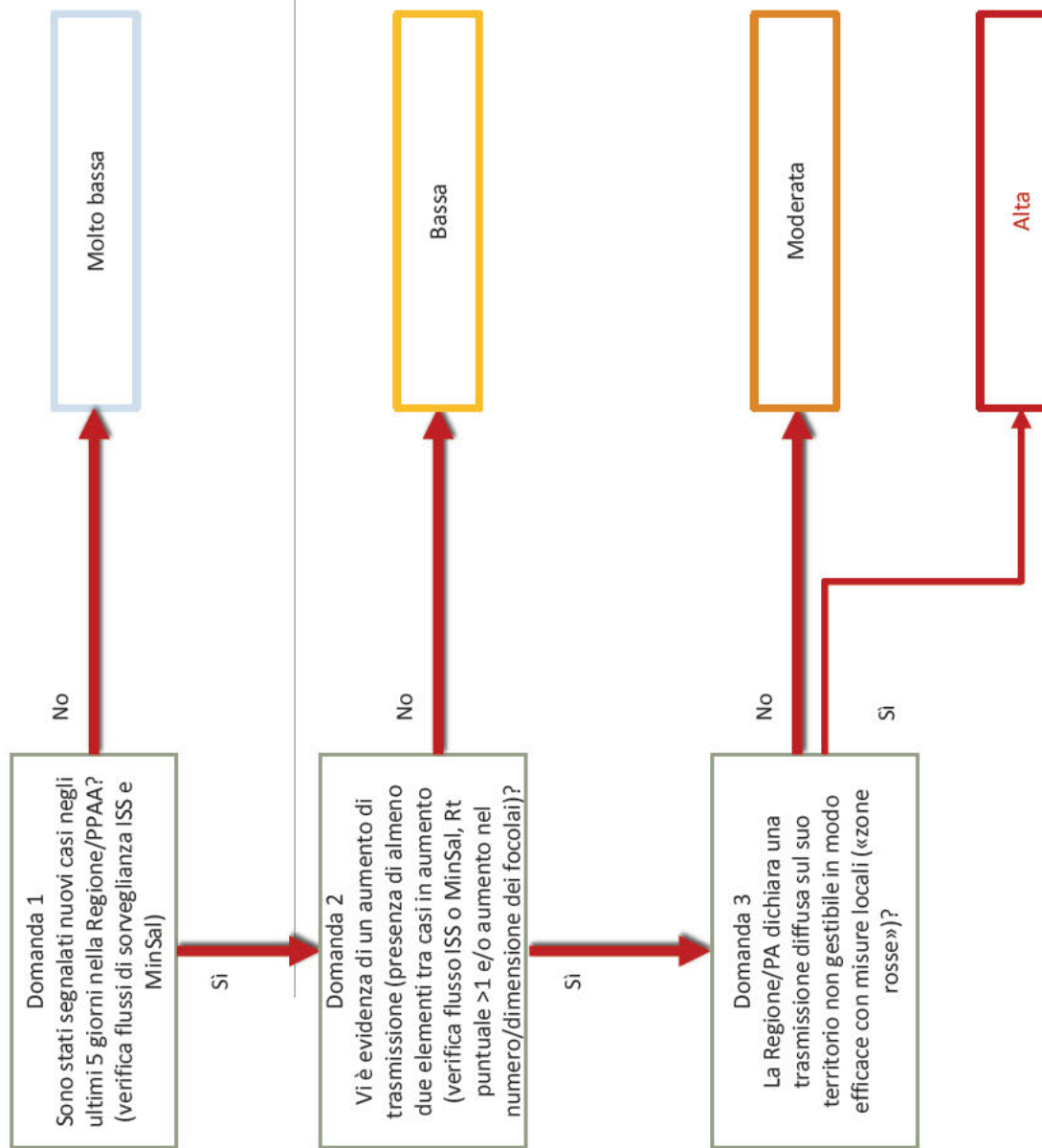
Report monitoraggio settimanale Covid-19: bassa criticità, ma in alcune aree casi in aumento

Analisi dati del periodo 15-21 giugno

Analisi del rischio e scenario per Regione/PA

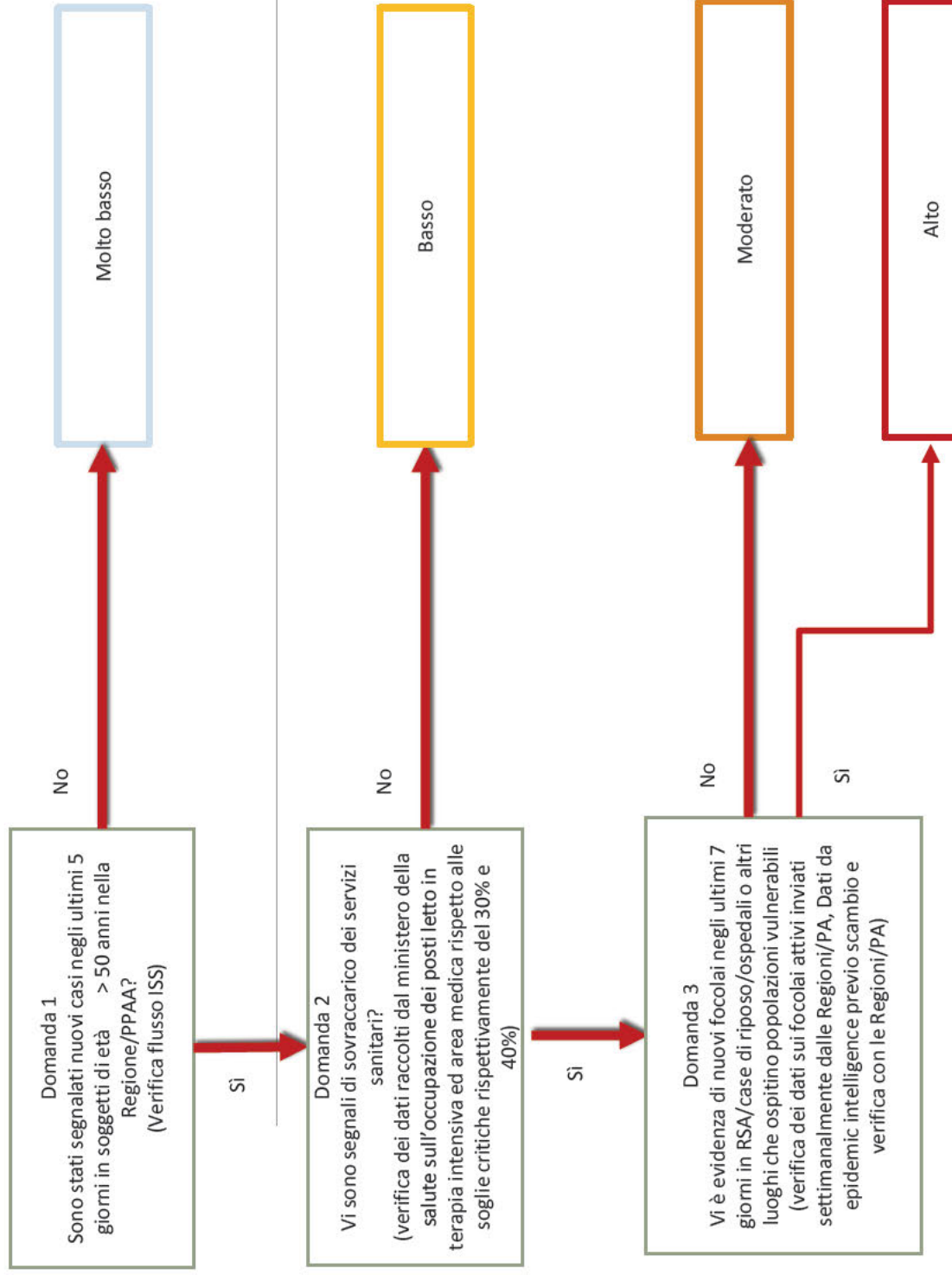
28 dicembre 2021– 3 gennaio 2021(5 gennaio 2021),
analisi dell'occupazione dei PL attivi aggiornata al 4 gennaio 2021

Fonte: Cabina di Regia



Primo passo:
Valutazione della Probabilità

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



Secondo passo:
Valutazione
dell'impatto

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 ospitano popolazioni vulnerabili (anziani e/o soggetti con patologie)?	
Abruzzo	Sì	No	No	-	Bassa
Basilicata	Sì	No	No	-	Bassa
Calabria	Sì	No	No	-	Bassa
Campania	Sì	No	No	-	Bassa
Emilia-Romagna	Sì	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	No	Sì	Alta
Marche	Sì	No	Sì	Sì	Alta
Molise	Sì	No	No	-	Bassa
Piemonte	Sì	No	Sì	Sì	Alta
PA Bolzano/Bozen	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
PA Trento	Sì	Sì	Sì	Sì	Alta
Puglia	Sì	No	Sì	Sì	Alta
Sardegna	Sì	No	No	-	Bassa
Sicilia	Sì	No	No	-	Bassa
Toscana	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 28/01/2021 della probabilità di superare le soglie di occupazione dei PL)		Classificazione complessiva del rischio
				% probabilità raggiungere occupazione TI 30%	% probabilità raggiungere occupazione aree mediche 40%	
Abruzzo Basilicata	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Moderata
	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Calabria	Moderata	Bassa	No	da 5 a 50%	>50%	Moderata ad alto rischio di progressione a rischio alto
Campania	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Emilia-Romagna	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
FVG	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Lazio	Moderata	Alta	No	<5%	<5%	Alta
Liguria	Moderata	Alta	No	da 5 a 50%	da 5 a 50%	Alta
Lombardia	Moderata	Alta	No	da 5 a 50%	<5%	Alta
Marche	Moderata	Alta	No	da 5 a 50%	>50%	Alta
Molise	Moderata	Bassa	No	>50%	>50%	Moderata ad alto rischio di progressione a rischio alto
Piemonte	Moderata	Alta	No	<5%	<5%	Alta
PA Bolzano/Bozen	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
PA Trento	Moderata	Alta	No	>50%	>50%	Alta
Puglia	Moderata	Alta	No	<5%	da 5 a 50%	Alta
Sardegna	Moderata	Bassa	No	<5%	<5%	Moderata
Sicilia	Moderata	Bassa	No	<5%	da 5 a 50%	Moderata

Headline della Cabina di Regia (8 gennaio 2021)

Questa settimana si osserva un peggioramento generale della situazione epidemiologica nel Paese. L'incidenza a 14 giorni torna a crescere dopo alcune settimane di decrescita, aumenta anche l'impatto della pandemia sui servizi assistenziali e questo si traduce in un aumento generale del rischio.

L'indice di trasmissione nazionale è in aumento per la quarta settimana consecutiva e, per la prima volta dopo sei settimane, sopra uno. Tre regioni hanno un Rt puntuale significativamente maggiore di 1 (Calabria, Emilia Romagna e Lombardia), altre 6 lo superano nel valore medio (Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta), altre 4 hanno un valore uguale (Puglia) o che lo sfiora (Lazio, Piemonte, Veneto). Una regione (Veneto) mostra un tasso di incidenza particolarmente elevato, rispetto al contesto nazionale.

L'epidemia si trova, in una fase delicata che sembra preludere ad un nuovo rapido aumento nel numero di casi nelle prossime settimane, qualora non venissero definite ed implementate rigorosamente misure di mitigazione più stringenti. Questo avverrebbe in un contesto di elevata incidenza con una pressione assistenziale ancora elevata ed in crescita in molte Regioni/PA.

Individuazione di un cut-off di incidenza oltre il quale adottare misure di mitigazione a prescindere da livelli di rischio e Rt

Regione/PPAA	Settimana Monitoraggio	Periodo dati Incidenza	Incidenza a 7 giorni (per 100.000 abitanti)	Incidenza a 7 giorni in soggetti di età ≥ 50aa (per 100.000 abitanti)	% occupazione in terapia intensive*	% occupazione aree mediche*
Abruzzo	26	2/11-8/11	294,31	276,23	29%	41%
Basilicata	27	9/11-15/11	265,02	254,79	33%	35%
Calabria	27	9/11-15/11	78,51	76,35	34%	43%
Campania	26	2/11-8/11	355,47	370,29	31%	50%
Emilia-Romagna	26	2/11-8/11	270,08	254,14	34%	50%
Friuli-Venezia Giulia	28	16/11-22/11	359,1	398,36	31%	44%
Lazio	26	2/11-8/11	224,29	211,11	26%	47%
Liguria	25	26/10-1/11	414,16	368,01	25%	49%
Lombardia	25	26/10-1/11	522,8	451,02	32%	31%
Marche	26	2/11-8/11	206,73	189,32	45%	56%
Molise	29	23/11-29/11	241,18	243,17	38%	29%
Piemonte	25	26/10-1/11	418,25	380,35	25%	44%
PA di Bolzano	25	26/10-1/11	468,16	462,89	26%	40%
PA di Trento	26	2/11-8/11	306,41	393,31	47%	59%
Puglia	26	2/11-8/11	174,39	184,67	33%	40%
Sardegna	26	2/11-8/11	56,24	55,93	31%	30%
Sicilia	27	9/11-15/11	149,04	154,01	30%	36%
Toscana	26	2/11-8/11	228,76	208,99	48%	39%
Umbria	25	26/10-1/11	364,77	334,73	40%	40%
Valle d'Aosta	24	19/10-25/10	465,33	528,13	17%	59%
Veneto	29	23/11-29/11	401,47	436,35	30%	42%
Mediana			294,31	276,23		
Media			298,31	296,77		
Minimo			56,24	55,93		
Massimo			522,80	528,13		
Deviazione standard			127,57	129,60		

*I tassi di occupazione nei posti letto riferiscono, per le settimane 24 e 25, al tasso medio di occupazione nella settimana di monitoraggio. A partire della

Individuazione di un cut-off di incidenza oltre il quale adottare misure di mitigazione a prescindere da livelli di rischio e Rt



Regione.PA	Incidenza per 100.000 ab	Trend settimanale COVID-19		Stima di Rt-puntuale (calcolato al 22/12/2020)	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 a RT sintomi puntuale con gli scenari di trasmissione e*	Classificazione complessiva di rischio	Classificazione Alta e/o equiparata ad Alta per 3 o più settimane consecutive
	14gg	Casi (Fonte ISS)	Focolai								
Molise	205.78	↑	↑	1.27 (CI: 0.96-1.63)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento e sopra 10%.	1	Moderata ad alto rischio di progressione a rischio alto	No
Piemonte	227.62	↑	↑	0.95 (CI: 0.92-0.99)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento e sopra 10%.	1	Alta	No
PA Bolzano/Bozen	374.19	↑	↑	0.81 (CI: 0.75-0.89)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento e sopra 30%.	1	Alta	No
PA Trento	291.48	↑	↑	0.85 (CI: 0.79-0.91)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento e sopra 20%.	1	Alta	No
Puglia	318.34	↑	↑	1 (CI: 0.96-1.03)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento e sopra 30%.	1	Alta	No
Sardegna	156.95	↓	↑	1.02 (CI: 0.95-1.09)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento e sopra 10%.	1	Moderata	No
Sicilia	246.56	↑	↑	1.04 (CI: 0.99-1.08)	No	Moderata	Bassa	1 allerta segnalata. Ind. 2.6 in diminuzione e sopra 50%.	1	Moderata	No
Toscana	147.98	↑	↓	0.9 (CI: 0.87-0.95)	No	Bassa	Bassa	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento e sopra 10%.	1	Bassa	No
Umbria	243.10	↑	↑	1.01 (CI: 0.95-1.08)	No	Moderata	Alta	1 allerta segnalata. Ind. 2.1 in aumento e sopra 15%.	1	Alta	No
V.d'Aosta/V.d.Aoste	230.28	↑	↑	1.07 (CI: 0.87-1.27)	No	Moderata	Moderata	0 allerte segnalate	1	Moderata	No

**Allegato 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

CTS 630-2020/972
08/01/2021

Roma, 08/01/2021

Al Sig. Ministro della Salute
On. Roberto Speranza**Oggetto:** Decreto-Legge 09/11/2020, n. 149
Monitoraggio dei dati epidemiologici ex art. 30 comma 1

Il Comitato Tecnico Scientifico, nella seduta n. 143 del 08/01/2021, ha acquisito i dati epidemiologici ricevuti in data odierna ed aggiornati al periodo di riferimento 28/12/2020 – 03/01/2021, trasmessi da ISS relativamente al sistema di monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari istituito dal Ministero della Salute ed elaborati dalla cabina di regia di cui al DM Salute 30/04/2020.

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

Il CTS prende atto che, dagli aggiornamenti dei dati epidemiologici di ISS e dal monitoraggio del rischio della cabina di regia di cui al DM Salute 30/04/2020, viene evidenziato un peggioramento generale della situazione epidemiologica nel Paese, con la rilevazione dell'inversione di tendenza dell'incidenza a 14 giorni che torna a crescere.

Si rileva un aumento per la quarta settimana consecutiva dell'indice Rt a livello nazionale che, per la prima volta dopo sei settimane, risulta essere >1.

Il CTS rimarca che l'incidenza in Italia rimane ancora molto elevata e l'epidemia è ancora sostenuta in tutto il Paese e causa un ulteriore accresciuto impatto sui servizi assistenziali. Tre regioni presentano un Rt puntuale significativamente >1 (Calabria, Emilia Romagna e Lombardia), altre 6 lo superano nel valore medio (Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta), altre 4 hanno un valore uguale (Puglia) o che lo sfiora (Lazio, Piemonte, Veneto).

La Regione Veneto mostra un tasso di incidenza particolarmente elevato, rispetto al contesto nazionale.

~~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 rileva un aumento generale del rischio, principalmente dovuto all'incremento dei tassi di occupazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle aree mediche.

Alla luce dei dati e delle considerazioni espresse, il CTS sottolinea che l'incidenza nel Paese rimane ancora molto alta, con un impatto dell'epidemia ancora sostenuto. Tali condizioni non consentono allentamenti dei provvedimenti adottati previsti dal decreto legge 02/12/2020, n. 158, dal DPCM 03/12/2020, dal decreto legge 05/01/2021, n. 1.

Il Segretario
del Comitato Tecnico Scientifico



Il Coordinatore
del Comitato Tecnico Scientifico



~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Allegato 4

Individuazione di un cut-off di incidenza oltre il quale adottare misure di mitigazione a prescindere da livelli di rischio e Rt

Analisi retrospettiva del monitoraggio settimanale

07/01/2021

Documento di consenso tecnico

Sommario

Conclusione	6
Premessa	2
Relazione tra incidenza e impatto della pandemia	4
Cut-off superiore di incidenza oltre il quale adottare misure di mitigazione a prescindere da livelli di rischio e Rt.....	6

Premessa

Dall' inizio del mese di maggio 2020, il sistema di monitoraggio nazionale coordinato dalla Cabina di Regia, ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020, classifica in ognuna delle 21 Regioni e Province autonome ogni settimana il rischio di una epidemia non controllata e non gestibile da virus SARS-CoV-2. Alla base di questa valutazione quantitativa vi sono 21 indicatori (di cui 16 non-opzionali) che sono utilizzati sulla base di algoritmi standardizzati per valutare la probabilità, l'impatto dell'epidemia e la resilienza dei servizi territoriali in ogni Regione/PA.

Attraverso il monitoraggio si è osservato, a partire delle ultime settimane di settembre, un aumento generale della probabilità di una epidemia non controllata e gestibile dovuta ad un aumento della trasmissibilità (R_t) e dell'incidenza di infezione per SARS-CoV-2 in tutte le Regioni/PPAA italiane. Grazie al monitoraggio, è stato possibile documentare che il passaggio dalla fase di contenimento epidemico (fase di transizione epidemica) ad una fase di mitigazione (fase epidemica acuta) è avvenuto in Italia quando l'incidenza a 7 gg ha superato i 50 casi per 100.000 abitanti.

Gradualmente, è aumentato anche l'impatto della epidemia sui servizi sanitari assistenziali. Nella settimana 26 (dal 2-8/11/2020), per la prima volta dall'inizio del monitoraggio, la percentuale di occupazione dei posti letto ha superato la soglia critica in terapia intensiva (30%) e nelle aree mediche (40%). Dalla settimana di monitoraggio 28 (16-22/11/2020) all'ultima settimana documentata (settimana 33, 28/12/2020 – 3/1/2021), l'incidenza è diminuita significativamente. Tuttavia, 10 Regioni/PPAA ancora riportano un tasso di occupazione in terapia intensiva e/o nelle aree mediche al di sopra delle soglie critiche. Si osserva, inoltre, una trasmissibilità superiore o vicina ad uno in diverse Regioni che, in particolare in contesti con elevata resilienza assistenziale, si associa ad una incidenza particolarmente elevata (figura 1 e 2).

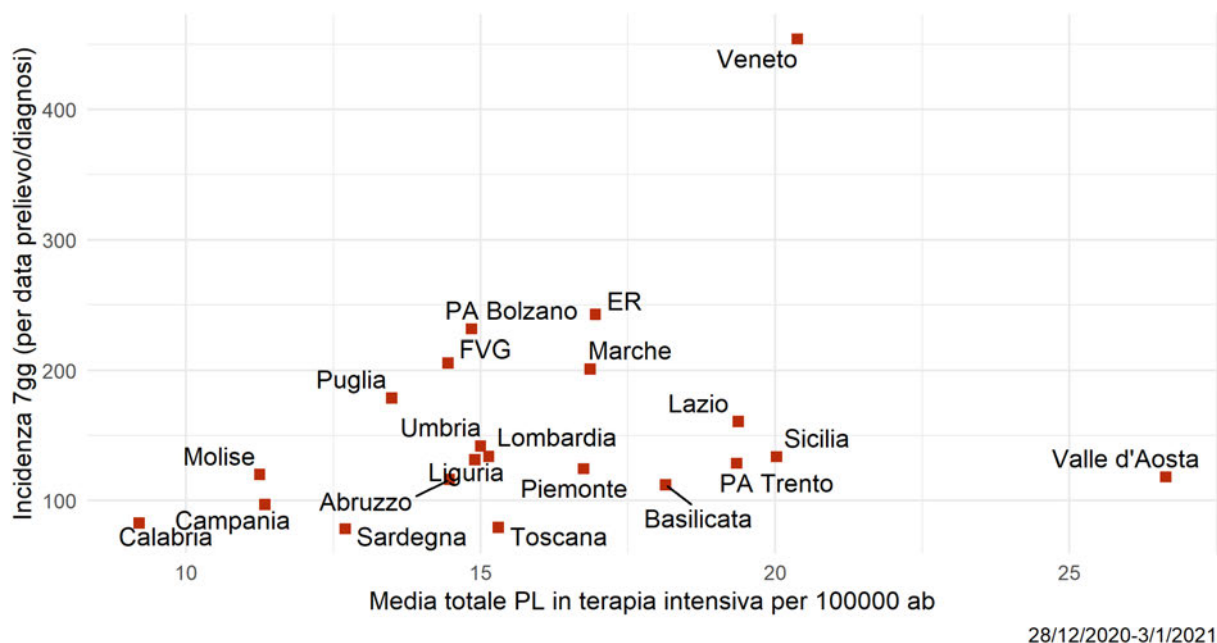


Figura 1 Incidenza e numero medio di posti letto riportati in terapia Intensiva, 28/12/2020-3/1/2021

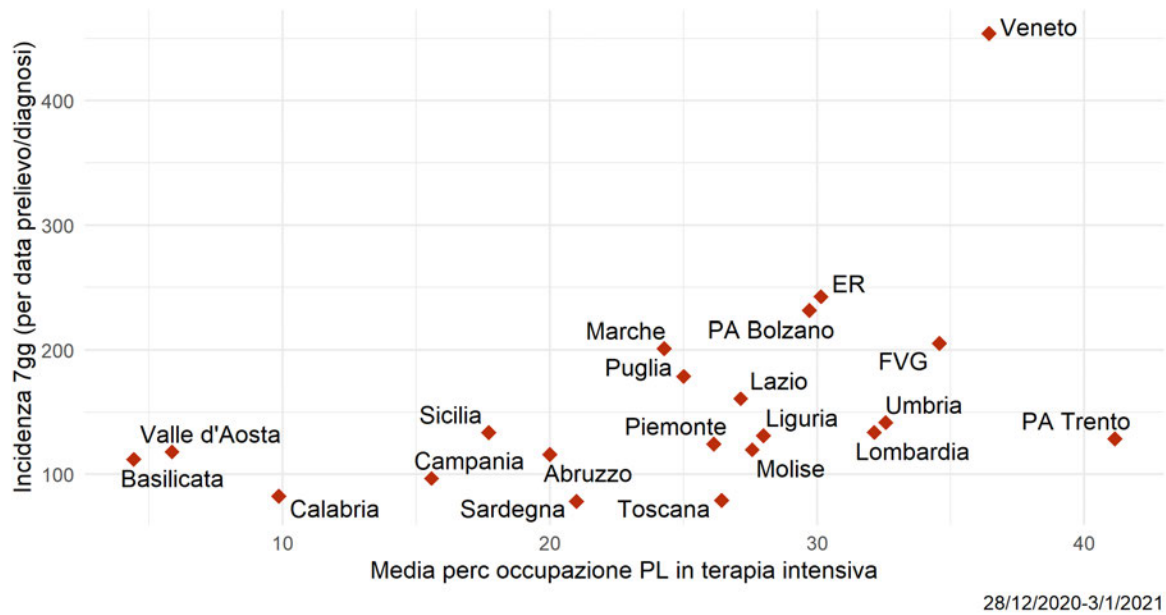


Figura 2 - Figura 3 Incidenza e numero medio di posti letto riportati in area medica, 28/12/2020-3/1/2021

Gli ultimi dati europei mostrano come il numero di casi, ricoverati e decessi stia aumentando in modo evidente in vari Paesi. Questo potrebbe essere in parte legato alla emergenza di varianti virali a maggiore trasmissibilità. In Italia, la trasmissibilità è in aumento da quattro settimane, contestualmente i casi e l'incidenza sono nuovamente in aumento (figura 3). **L'epidemia si trova, quindi, in una fase delicata che sembra preludere ad un nuovo rapido aumento nel numero di casi nelle prossime settimane, qualora non venissero definite ed implementate rigorosamente misure di mitigazione più stringenti.** Questo avverrebbe in un contesto di elevata incidenza con una pressione assistenziale ancora elevata in molte Regioni/PA.

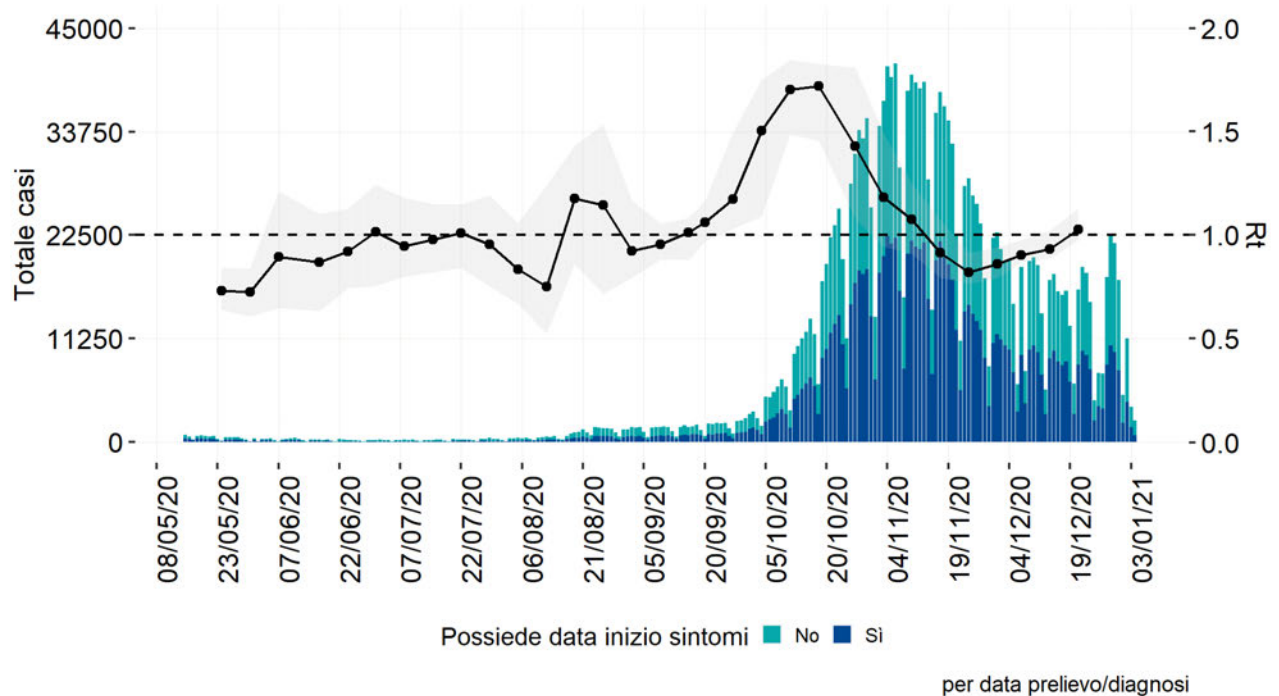


Figura 4 - Curva epidemica per data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi e Rt

Sulla base dei dati raccolti nel monitoraggio della seconda fase acuta dell'epidemia, questa breve relazione presenta l'incidenza regionale nella popolazione generale e nella popolazione di età pari o superiore ai 50 anni in cui, nelle diverse Regioni e Province Autonome, è stato documentato un sovraccarico nei servizi assistenziali.

Questo esercizio è finalizzato a definire, come già avvenuto per il cut-off di incidenza che ha caratterizzato il passaggio nella fase epidemica acuta, l'incidenza settimanale in cui è verosimile un sovraccarico avvenuto o imminente dei servizi assistenziali nella maggior parte delle Regioni/PA.

Relazione tra incidenza e impatto della pandemia

Tutte le Regioni/PPAA hanno superato la soglia critica di occupazione in terapia intensiva e/o in aree mediche, per almeno una settimana nella stagione autunno-invernale. L'incidenza media settimanale nel momento in cui le soglie critiche sono state superate per la prima volta è pari a 298,31 casi per 100.000 abitanti. Questo valore, tuttavia varia fortemente tra Regioni/PPA (range: 56,24 – 522,8). Anche considerando l'incidenza solo nei soggetti di età superiore ai 50 aa, dato considerato meno soggetto a variazioni inter-regionali legate a politiche di testing di asintomatici e screening, si osserva un dato simile (media 296,77 casi per 100.000 abitanti; range 55,93 casi per 100.000 - 528,13 casi per 100.000 abitanti). La tabella 1 mostra l'incidenza settimanale nella popolazione generale e nella popolazione di età pari o superiore ai 50 anni nelle Regioni/PPAA italiane nella settimana in cui si è superata per la prima volta la soglia critica di occupazione dei posti letto in terapia intensiva/aree mediche nel periodo autunnale.

Tabella 1 - Incidenza settimanale di casi di COVID-19 regionale nella settimana di monitoraggio in cui si è superata per la prima volta la soglia critica di occupazione nei posti letto in terapia intensiva e/o aree mediche. Fonte: Sorveglianza ISS

Regione/PPAA	Settimana Monitoraggio	Periodo dati incidenza	Incidenza a 7 giorni (per 100.000 abitanti)	Incidenza a 7 giorni in soggetti di età ≥ 50aa (per 100.000 abitanti)	% occupazione in terapia intensive*	% occupazione in aree mediche*
Abruzzo	26	2/11-8/11	294,31	276,23	29%	41%
Basilicata	27	9/11-15/11	265,02	254,79	33%	35%
Calabria	27	9/11-15/11	78,51	76,35	34%	43%
Campania	26	2/11-8/11	355,47	370,29	31%	50%
Emilia-Romagna	26	2/11-8/11	270,08	254,14	34%	50%
Friuli-Venezia Giulia	28	16/11-22/11	359,1	398,36	31%	44%
Lazio	26	2/11-8/11	224,29	211,11	26%	47%
Liguria	25	26/10-1/11	414,16	368,01	25%	49%
Lombardia	25	26/10-1/11	522,8	451,02	32%	31%
Marche	26	2/11-8/11	206,73	189,32	45%	56%
Molise	29	23/11-29/11	241,18	243,17	38%	29%
Piemonte	25	26/10-1/11	418,25	380,35	25%	44%
PA di Bolzano	25	26/10-1/11	468,16	462,89	26%	40%
PA di Trento	26	2/11-8/11	306,41	393,31	47%	59%
Puglia	26	2/11-8/11	174,39	184,67	33%	40%
Sardegna	26	2/11-8/11	56,24	55,93	31%	30%
Sicilia	27	9/11-15/11	149,04	154,01	30%	36%
Toscana	26	2/11-8/11	228,76	208,99	48%	39%
Umbria	25	26/10-1/11	364,77	334,73	40%	40%
Valle d'Aosta	24	19/10-25/10	465,33	528,13	17%	59%
Veneto	29	23/11-29/11	401,47	436,35	30%	42%
Mediana			294,31	276,23		
Media			298,31	296,77		
Minimo			56,24	55,93		
Massimo			522,80	528,13		
Deviazione standard			127,57	129,60		

*I tassi di occupazione nei posti letto riferiscono, per le settimane 24 e 25, al tasso medio di occupazione nella settimana di monitoraggio. A partire della settimana 26, riferiscono al dato più aggiornato disponibile (due giorni dopo la fine del periodo di monitoraggio segnalato)

In base ai dati presentati, quando viene raggiunta una incidenza settimanale di 300 casi per 100.000 abitanti, sia considerando l'intera popolazione che la popolazione di età pari o superiore ai 50 anni, si verifica un sovraccarico (avvenuto o imminente) dei servizi assistenziali nella maggior parte delle Regioni/PA. Un possibile cut-off di incidenza oltre il quale adottare misure di mitigazione a prescindere da livelli di rischio e Rt dovrebbe quindi avere un valore inferiore a tale soglia.

È importante sottolineare che l'incidenza riportata in tabella 1 potrebbe leggermente sottostimare l'incidenza reale a causa dei ritardi di notifica. Poiché, tuttavia, ogni settimana le valutazioni sono realizzate nella settimana di monitoraggio corrente con lo stesso ritardo di notifica, si considera l'incidenza qui riportata come la stima più appropriata ad identificare un possibile cut-off di incidenza elevata oltre il quale identificare misure di mitigazione specifiche.

Conclusione

In Italia, secondo i dati del monitoraggio nazionale di COVID-19, l'incidenza settimanale media sopra la quale le Regioni/PPAA hanno superato la soglia critica di occupazione dei posti letto in terapia intensiva e/o aree mediche è stato pari a 298 casi per 100.000 abitanti, con un range da 56 a 523 casi per 100.000 abitanti. Anche considerando l'incidenza in soggetti di età pari o superiore ai 50 aa, dato considerato meno soggetto a variazioni inter-regionali legate a politiche di testing di asintomatici e screening, si osserva un dato simile (media 296,77 casi per 100.000 abitanti; range 56 - 528 casi per 100.000 abitanti). In base ai dati, quando viene raggiunta una incidenza settimanale di 300 casi per 100.000 abitanti, sia considerando l'intera popolazione che la popolazione di età pari o superiore ai 50 anni, si verifica un sovraccarico (avvenuto o imminente) dei servizi assistenziali nella maggior parte delle Regioni/PA. Un possibile cut-off di incidenza oltre il quale adottare misure di mitigazione a prescindere da livelli di rischio e Rt dovrebbe quindi avere un valore inferiore a tale soglia.

Cut-off superiore di incidenza oltre il quale adottare misure di mitigazione a prescindere da livelli di rischio e Rt

In base ai dati presentati, volendo intervenire prima di raggiungere valori di incidenza critici, si propone l'adozione del massimo livello delle misure di mitigazione quando **l'incidenza nella popolazione di età uguale o superiore ai 50anni sia ≥ 250 casi/ 100.000 abitanti**. Il denominatore sarà calcolato sul dato di popolazione più aggiornato disponibile fornito da ISTAT. In figura 5, si riporta una proposta di approccio alla valutazione su tre livelli di incidenza.

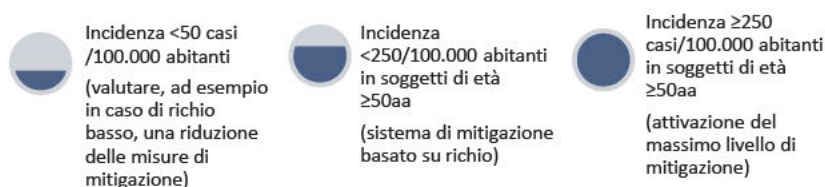


Figura 5 – Evoluzione della modulazione della valutazione della risposta all'interno di un range di incidenza basato su una valutazione empirica della resilienza dei servizi territoriali (cut-off inferiore) ed assistenziali (cut-off superiore)

MODULARIO
P.C.M. - P.C. - 9



Allegato 5

*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

VICE CAPO DEL DIPARTIMENTO
Servizio del Contenzioso

Al Comitato tecnico scientifico (CTS)
segreteria.cts@protezionecivile.it

c.p.c. All'Avvocatura Generale dello Stato
roma@mailcert.avvocaturastato.it
CT 39944/2020 - Avvocato Fabrizio Fedeli
Anticipata via mail
Pec: fabrizio.fedeli@avvocaturastato.it

Prot. N°

Risposta al Foglio del

N°

OGGETTO: URGENTE. [redacted] ed altri c/Presidenza del Consiglio dei Ministri
+ altri. [redacted]
[redacted] (da citare nella risposta)

Con nota acquisita al prot. [redacted] del 24/12/2020 (all. 1) l'Avvocatura Generale dello Stato ha trasmesso l'ordinanza del Tar Lazio che dispone incumbenti istruttori a carico di codesta Amministrazione fissando l'udienza di merito al 10 febbraio 2021.

A tale riguardo i ricorrenti impugnano i numerosi atti in oggetto, tra cui il DPCM del 3 novembre 2020, segnatamente nella parte in cui prevede l'obbligo indiscriminato per gli scolari di età superiore ai 6 anni, di utilizzo della mascherina anche al banco, nel corso di tutta l'attività didattica in presenza.

Con l'ordinanza in parola, il giudice amministrativo ha ritenuto "che, a tal fine, è necessario acquisire dall'Amministrazione, entro trenta giorni dalla comunicazione o, se anteriore, dalla notificazione della presente ordinanza, una sintetica relazione in cui si chiariscano le evidenze scientifiche, poste alla base dell'impostazione dell'uso della mascherina anche ai bambini di età superiore ai 6 anni, anche durante l'orario scolastico, basate su specifica istruttoria sulla "situazione epidemiologica locale" di ciascuna regione, sul "contesto socio-culturale" in cui bambini vivono, come suggerito dal CTS nel verbale n. 104 dalle quali possa ritenersi scongiurato il pericolo che si verifichi un calo di ossigenazione per apparati polmonari assai giovani, causato dall'uso prolungato della mascherina, o che vi siano ricadute di tale imposizione sulla salute psico-fisica dei minori in un fase della crescita particolarmente delicata".

Foglio n. 2

In vista dell'udienza pubblica fissata per il 10 febbraio 2021, al fine di dare seguito all'incombente istruttorio, si invita codesto Comitato tecnico scientifico a voler cortesemente far pervenire quanto richiesto dal TAR, entro e non oltre la data del 12 gennaio 2021 per l'adempimento istruttorio a cura dell'Amministrazione.

IL VICE CAPO DIPARTIMENTO
Maria Siciliani

LA DIRIGENTE DEL SERVIZIO

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE

Allegato n° 1 Protocollo Uscita

C.T.S. 630-2020/0001928 - 14/01/2021

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE

Protocollo Generale: ENTRATA

CTZ/0068048 24/12/2020

Mittente
AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO
0657531 23/12/2020

PEC



Avvocatura Generale dello Stato

Via dei Portoghesi, 12 -
00186 ROMA

Roma,
Partenza N.
Tipo Affare CT 39944/20
Sez. I Avv. F. Fedeli
E-mail:
fabrizio.fedeli@avvocaturastato.it

Si prega di indicare
nella successiva
corrispondenza i dati
sopra riportati

Risp. a nota

Alla Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento per gli Affari Giuridici e legislativi
Ufficio Contenzioso e per la consulenza giuridica
00187 ROMA
PEC: ufficiocontenzioso@mailbox.governo.it
(Segue nota 18.11.2020 prot. n. 573357)

Presidenza Consiglio Ministri
Dip. Protezione Civile
Servizio del Contenzioso
Via Ulpiano 11
00193 R O M A
PEC: protezionecivile@pec.governo.it
(Segue nota 18.11.2020 prot. n. 573358)

Al Ministero della Salute
Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
Via G. Ribotta, 5
00144 ROMA
PEC: dgprev@postacert.sanita.it
(Segue nota 18.11.2020 prot. n. 573359)

Oggetto: [REDACTED] altri c/Presidenza del Consiglio dei Ministri + altri.

In relazione all'affare in oggetto, si trasmette l'ordinanza del TAR del Lazio che dispone incumbenti istruttori a carico di codesta Amministrazione fissando l'udienza di merito al 10 febbraio 2021.

Si prega di fornire riscontro trasmettendo la relazione tecnica di chiarimenti direttamente al TAR del Lazio e per conoscenza alla Scrivente.

l'Avvocato incaricato

Fabrizio Fedeli
Documento firmato da:
FABRIZIO FEDELI
21.12.2020 09:46:18 UTC

il Vice Avvocato Generale

Ruggero Di Martino

Documento firmato da:
RUGGERO DI MARTINO
23.12.2020 06:40:43 CET



DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita

CTIS 630-2020/0001929-140
DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Protocollo Generale: ENTRATA
CTZ/0068046 24/12/2020

7/2021 Mittente
AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO
0657531 23/12/2020

N. 09424/2020 REG.RIC.

Pubblicato il 17/12/2020



N.07718 2020 REG.PROV.CAU.
N. 09424/2020 REG.RIC.



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

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

ORDINANZA

sul ricorso numero di registro generale [REDACTED] proposto da

[REDACTED]

contro

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, Ministero dell'Interno, in persona dei rispettivi legali rappresentanti *pro tempore*, rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato, presso cui sono domiciliati *ex lege* in Roma, via dei Portoghesi, 12;

Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Protezione Civile e Comitato Tecnico Scientifico istituito presso il Dipartimento Protezione Civile, non costituiti in giudizio;

per l'annullamento

N. 09424/2020 REG.RIC.

previa sospensione dell'efficacia,

del DPCM del 3 novembre 2020, recante misure urgenti di contenimento del contagio nell'interno del territorio nazionale, nella parte in cui all'art. 1, comma 1, dispone l'obbligo di indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie nei luoghi al chiuso, per bambini di età superiore ai 6 anni, e nella parte in cui, all'art. 1, comma 9, lett. s), prevede che l'attività didattica ed educativa per la scuola dell'infanzia, il primo ciclo di istruzione e per i servizi educativi per l'infanzia continua a svolgersi in presenza con uso obbligatorio di dispositivi di protezione delle vie respiratorie salvo che per i bambini di età inferiore ai 6 anni e per soggetti con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina;

- della nota prot. 0001990 del 5 novembre 2020 del Ministero della Pubblica Istruzione, Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e di formazione, con la quale si è previsto l'obbligo dell'uso della mascherina per gli studenti con almeno sei anni di età, per le attività che continuano a svolgersi in presenza;

- della nota del Ministero della Pubblica Istruzione, Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e di formazione, prot. 0001994 del 9 novembre 2020, nella parte in cui prevede che la mascherina dovrà essere indossata sempre a partire dalla scuola primaria, da chiunque sia presente a scuola, durante la permanenza nei locali scolastici e nelle pertinenze, anche quando gli alunni sono seduti al banco e indipendentemente dalle condizioni di distanza;

- ove occorra e ove si intendano quali atti dotati di efficacia lesiva, del Verbale n. 124 della riunione dell'8 novembre 2020 del Comitato Tecnico Scientifico, che non risulta pubblicato e dal contenuto sconosciuto, con il quale verrebbe chiarita la portata dell'art. 1, comma 9, lett. s), del DPCM 3 novembre 2020 e del Verbale n. 104 del 31 agosto 2020 del Comitato Tecnico Scientifico, nella parte in cui determinano l'obbligo di utilizzo della mascherina per studenti minori, di età superiore ai sei anni, nell'ambito dell'attività didattica "in presenza";

- ancora, ove occorrer possa e ove si intendano quali atti dotati di efficacia lesiva,

N. 09424/2020 REG.RIC.

del Verbale n. 82 della riunione del 28 maggio 2020 del Comitato Tecnico Scientifico, ove intesi a determinare l'obbligo di utilizzo della mascherina per studenti minori, di età superiore ai sei anni, nell'ambito dell'attività didattica "in presenza", e di tutti i successivi aggiornamenti e approfondimenti, ivi compresi i verbali 122 e 123 del Comitato Tecnico Scientifico, il cui contenuto è sconosciuto;

- di tutti gli atti successivi, presupposti, consequenziali e connessi, anche non espressamente menzionati e anche di carattere istruttorio, di ogni successivo DPCM, di ogni nota, comunicazione, circolare, faq, chiarimento, ordinanza, decreto, atto e/o provvedimento adottato dalle Amministrazioni resistenti, teso a recepire e comunque a determinare l'obbligo di utilizzo della mascherina per studenti minori, di età superiore ai sei anni, nell'ambito dell'attività didattica "in presenza".

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della Presidenza del Consiglio dei Ministri con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione e il Ministero dell'Interno;

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

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

Visti tutti gli atti della causa;

Ritenuta la propria giurisdizione e competenza;

Relatrice, nella camera di consiglio del giorno 16 dicembre 2020, la dott.ssa Laura Marzano, in collegamento da remoto in videoconferenza, ai sensi dell'art. 4 D.L. 28/2020, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 L. 25 giugno 2020, n. 70, cui rinvia l'art. 25 D.L. 137/2020;

Premesso:

- che i ricorrenti (una associazione che persegue finalità di solidarietà sociale e alcuni genitori di bimbi di età superiore ai 6 anni, tutti residenti nel Lazio) impugnano i numerosi atti in oggetto, tra cui il DPCM del 3 novembre 2020,

N. 09424/2020 REG.RIC.

segnatamente nella parte in cui prevede l'obbligo indiscriminato per gli scolari di età superiore ai 6 anni, di utilizzo della mascherina anche al banco, nel corso di tutta l'attività didattica in presenza;

- che, in particolare, essi sostengono che, alla stregua delle indicazioni fornite dall'OMS e dal CTS, il DPCM avrebbe dovuto calibrare il suddetto obbligo previa valutazione della situazione epidemiologica locale, nonché, per i bambini di età compresa fra i 6 e gli 11 anni, prestando attenzione al contesto socio-culturale e a fattori come la *compliance* del bambino nell'utilizzo della mascherina e il suo impatto sulle capacità di apprendimento, prevedendo, dunque, la possibilità di esonero dall'utilizzo della mascherina a scuola, per i suddetti minori, non solo in caso di patologie o disabilità incompatibili con tale uso, ma anche qualora l'uso della stessa provochi un "fastidio" o un "disturbo" di qualsivoglia natura;
- che le amministrazioni intimiste, nel costituirsi in giudizio, eccepiscono preliminarmente l'improcedibilità del ricorso - avendo il DPCM perso efficacia e non avendo i ricorrenti impugnato il successivo DPCM del 3 dicembre 2020 - e, nel merito, difendono la piena legittimità delle misure impugate;
- che i ricorrenti replicano a tale eccezione evidenziando di non voler impugnare il successivo DPCM "salvo successive determinazioni e/o decisioni", "in primo luogo perchè la durata di efficacia dei DPCM è incompatibile con la trattazione della domanda cautelare collegiale, posto che nel momento in cui verrebbe affrontata la questione ex art. 55 c.p.a. il nuovo DPCM sarebbe già "scaduto" sicchè "la tempistica" non consentirebbe dunque una piena ed adeguata tutela giurisdizionale in quanto i ricorrenti si troverebbero a dover "rincorrere" i DPCM che si succederanno nel tempo senza poter mai trattare la questione oggetto di causa";
- che i ricorrenti precisano, in ogni caso, di aver espressamente impugnato, oltre al DPCM del 3 novembre 2020, "ogni successivo DPCM...teso a recepire e comunque a determinare l'obbligo di utilizzo della mascherina per studenti minori, di età superiore ai sei anni, nell'ambito dell'attività didattica "in presenza",

N. 09424/2020 REG.RIC.

ribadendo che la misura impugnata sarebbe irragionevole, eccessiva e risulterebbe adottata in difetto di istruttoria e in spregio alle evidenze scientifiche;

Rilevato:

- che le amministrazioni intime, quanto al merito, affermano che “la disposizione del DPCM in argomento appare in linea con le indicazioni fornite sul tema dal Comitato tecnico scientifico (CTS), nel verbale n. 104 del 31 agosto 2020 (doc. 5), nel quale sono state illustrate le Raccomandazioni tecniche per l'uso della mascherina chirurgica a scuola (così a pag. 10-11 della memoria del 12 dicembre 2020) e che il Ministero dell'Istruzione ha pubblicato sul proprio sito istituzionale una nota del 9 novembre 2020, indirizzata ai dirigenti scolastici al fine di fugare alcuni dubbi interpretativi sull'uso delle mascherine, in cui “viene richiamato il parere espresso dal CTS nel verbale n. 124 relativo alla seduta dell'8 novembre 2020, il quale, anche in considerazione dell'andamento della contingenza epidemiologica, ritiene auspicabile e opportuno confermare la misura adottata, in coerenza con la scalabilità delle precauzioni previste dalle “Misure di prevenzione e raccomandazioni per gli studenti delle scuole di ogni ordine e grado per la ripresa dell'anno scolastico 2020-2021”, approvate nella seduta del CTS n. 104 del 31 agosto 2020” (così a pag. 14 id);
- che nel verbale del CTS n. 104 del 31 agosto 2020, depositato dalla difesa erariale, che si riferisce alla ripresa delle attività scolastiche, si legge: “*In particolare, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in un recente documento del 21 agosto fornisce indicazioni rispetto all'uso delle mascherine in ambito scolastico differenziandole per fasce di età: - Fra 6 e 11 anni: uso condizionato alla situazione epidemiologica locale, prestando, comunque, attenzione al contesto socio-culturale e a fattori come la compliance del bambino nell'utilizzo della mascherina e il suo impatto sulle capacità di apprendimento; - Dai 12 anni in poi: utilizzare le stesse previsioni di uso degli adulti*”;
- che il DPCM impugnato ha imposto l'uso della mascherina, in modo incondizionato sul tutto il territorio nazionale, anche ai bambini di età compresa fra

N. 09424/2020 REG.RIC.

i sei e gli undici anni, specificando che tale obbligo permane durante l'orario scolastico (art. 1 comma 9, lett. s), senza alcuna considerazione né della "situazione epidemiologica locale" né del "contesto socio-culturale", come indicato dal CTS nel verbale richiamato dalla difesa erariale;

- che nel richiamato verbale il CTS aveva raccomandato che *"- Nell'ambito della scuola primaria, per favorire l'apprendimento e lo sviluppo relazionale, la mascherina può essere rimossa in condizione di staticità (i.e. bambini seduti al banco) con il rispetto della distanza di almeno un metro e l'assenza di situazioni che prevedano la possibilità di aerosolizzazione (es. canto); -Nella scuola secondaria, anche considerando una trasmissibilità analoga a quella degli adulti, la mascherina potrà essere rimossa in condizione di staticità con il rispetto della distanza di almeno un metro, l'assenza di situazioni che prevedano la possibilità di aerosolizzazione (es. canto) e in situazione epidemiologica di bassa circolazione virale come definita dalla autorità sanitaria"*;

- che l'ordinanza del Ministero della Salute del 4 novembre 2020, emanata ai sensi degli artt. 2 e 3 dello stesso DPCM, non ha annoverato il Lazio né fra le regioni che si collocano in uno scenario di tipo 3 (Puglia e Sicilia) né in quelle che si collocano in uno scenario di tipo 4 (Calabria, Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta), scenari entrambi riferiti ad un differente livello di rischio "alto" dal "Documento di prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione nel periodo autunno-invernale", condiviso dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome in data 8 ottobre 2020 (così si legge nell'ordinanza in parola): classificazione, questa, che appare contraddire la necessità di imporre l'uso della mascherina durante l'orario delle lezioni, anche ai bambini di età compresa fra i 6 e gli 11 anni, in una regione, il Lazio, in cui proprio la "situazione epidemiologica locale" non è stata ritenuta tale da doverla classificare in zona "arancio" o "rossa";

Considerato:

N. 05424/2020 REG.RIC.

- che, preliminarmente, non può essere accolta l'eccezione di improcedibilità del ricorso atteso che, in disparte le affermazioni di parte ricorrente - in ordine all'impugnazione preventiva di ogni successivo DPCM teso a replicare l'obbligo di utilizzo della mascherina per studenti minori, di età superiore ai sei anni, nell'ambito dell'attività didattica "in presenza" -, risulta dirimente il rilievo, da una parte, che non sono ancora scaduti i termini per l'impugnazione del DPCM del 3 dicembre 2020 e, dall'altra, che in ricorso è stata contestualmente proposta un'istanza risarcitoria, il cui esame postula necessariamente la delibazione della legittimità del provvedimento impugnato;
- che la questione posta dalla parte ricorrente riguarda un profilo di tutela della salute individuale dei minori, rispondente anch'esso - come la tutela della salute pubblica - ad un valore direttamente tutelato dalla Costituzione;
- che dal DPCM impugnato non risulta siano stati effettuati approfondimenti sulla necessità dell'uso della mascherina a scuola, anche quando sia garantito il distanziamento di un metro - distanziamento che il CTS rimarca essere la principale misura di prevenzione - né sull'incidenza dell'uso di mascherina, per alunni di età superiore ai 6 anni, sulla salute psico-fisica degli stessi, né un'analisi del contesto socio-educativo in cui l'obbligo per tali scolari è stabilito come pressoché assoluto, né sulla possibilità che vi sia un calo di ossigenazione per apparati polmonari assai giovani causato dall'uso prolungato della mascherina;
- che neanche risulta che il DPCM abbia disciplinato l'imposizione dell'uso delle mascherine ai suddetti minori subordinandola alla adozione da parte degli istituti scolastici di specifici indirizzi operativi pratici per le singole classi, dando precise indicazioni sul monitoraggio del livello di ossigenazione individuale del minore dopo l'uso prolungato della mascherina, sull'ausilio da fornire in modo immediato agli scolari che diano segno di affaticamento, sulle modalità per valutare "la compliance del bambino nell'utilizzo della mascherina e il suo impatto sulle capacità di apprendimento";
- che, infine, dal DPCM impugnato non emergono elementi tali da far ritenere che

N. 09424/2020 REG.RIC.

l'amministrazione abbia effettuato un opportuno bilanciamento tra il diritto fondamentale alla salute della collettività e tutti gli altri diritti inviolabili, parimenti riconosciuti e tutelati dalla costituzione, fra cui primariamente il diritto alla salute dei minori di età superiore ai 6 anni, sì da poter connotare di ragionevolezza e proporzionalità l'imposizione a questi ultimi dell'uso di un dispositivo di protezione individuale in modo prolungato e incondizionato, anche "al banco" e con distanziamento adeguato;

- che, a tal fine, è necessario acquisire dall'amministrazione, entro trenta giorni dalla comunicazione o, se anteriore, dalla notificazione della presente ordinanza, una sintetica relazione in cui si chiariscano le evidenze scientifiche, poste alla base dell'imposizione dell'uso della mascherina anche ai bambini di età superiore ai 6 anni, anche durante l'orario scolastico, basate su specifica istruttoria sulla "situazione epidemiologica locale" di ciascuna regione, sul "contesto socio-culturale" in cui i bambini vivono, come suggerito dal CTS nel verbale n. 104, dalle quali possa ritenersi scongiurato il pericolo che si verifichi un calo di ossigenazione per apparati polmonari assai giovani, causato dall'uso prolungato della mascherina, o che vi siano ricadute di tale imposizione sulla salute psico-fisica dei minori in una fase della crescita particolarmente delicata;

- che, in disparte la circostanza della formale perdita di efficacia del DPCM impugnato, le questioni prospettate in giudizio non sono delibabili in sede cautelare, in quanto involgono, oltre che l'irragionevolezza, la sproporzione, la non conformità al principio di precauzione della misura in rassegna, adottata dal Governo per fronteggiare l'emergenza Covid, nonché il mancato bilanciamento di tutti gli interessi coinvolti, ugualmente tutelati dalla costituzione, anche profili di contrarietà alla carta costituzionale dei poteri emergenziali spesi dal Governo nell'adottare la normazione di che trattasi e della stessa tecnica di normazione utilizzata dal Governo;

- che, invero, i ricorrenti lamentano che con un atto di natura amministrativa, il

N. 09424/2020 REG.RIC.

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE

Allegato n° 1 Protocollo Uscita

CTZ 630/2020/0001923 - 14/01/2021

Protocollo Generale: ENTRATA

CTZ/0068046 24/12/2020

Mittente

AVVOCATURA GENERALE DELLO STATO

0657531 23/12/2020

DPCM, siano state disposte restrizioni di libertà fondamentali (i ricorrenti si riferiscono alla previsione che l'omessa osservanza delle prescrizioni riguardanti l'uso della mascherina, determina l'impossibilità di frequenza della scuola dell'obbligo per i minori), le quali potrebbero essere imposte esclusivamente con legge e nei casi e nei modi espressamente dalla stessa previsti;

- che, pertanto, è opportuno fissare fin d'ora l'udienza per la trattazione della causa nel merito;

- che le spese della presente fase possono essere compensate;

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio, Roma, Sezione Prima, dispone l'incombente istruttorio di cui in motivazione.

Compensa le spese della presente fase cautelare.

Fissa, per la trattazione del merito, l'udienza pubblica del 10 febbraio 2021.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 16 dicembre 2020, in collegamento da remoto in videoconferenza, ai sensi dell'art. 4 D.L. 28/2020, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 L. 25 giugno 2020, n. 70, cui rinvia l'art. 25 D.L. 137/2020, con l'intervento dei magistrati:

Antonino Savo Amodio, Presidente

Laura Marzano, Consigliere, Estensore

Lucia Maria Brancatelli, Primo Referendario

L'ESTENSORE

Laura Marzano

IL PRESIDENTE

Antonino Savo Amodio

IL SEGRETARIO

*Ministero della Salute*DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
Ufficio I - DGPREV
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 RomaAvvocatura Generale
sezione1@mailcert.avvocaturastato.it

AFFARE LEGALE: 038722/2020

AVVOCATO FEDELI

Oggetto: [REDACTED] c/ PRESIDENZA DEL
CONSIGLIO DEI MINISTRI RICORSO AL T.A.R. CON SOSPENSIVA - TRIBUNALE
AMMINISTRATIVO REGIONALE ROMA. Ulteriori elementi a seguito di ordinanza
7468/2020 su ricorso registro generale 9122/2020

Un gruppo di esperti internazionale e multidisciplinare riunito dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)** ha esaminato le evidenze sulla malattia e la trasmissione di SARS-CoV-2 nei bambini e le evidenze disponibili sull'uso delle maschere da parte dei bambini.

Sulla base di tali evidenze e di altri fattori, come i bisogni psicosociali dei bambini e le tappe dello sviluppo, l'OMS e il **Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF)** consigliano quanto segue:

Ai bambini di età pari o inferiore a 5 anni, basandosi su una valutazione della sicurezza, sull'interesse generale del bambino e sulla capacità di utilizzare in modo appropriato una mascherina con assistenza minima, non dovrebbe essere richiesto di indossare mascherine.

L'OMS e l'UNICEF consigliano che la decisione di utilizzare mascherine per bambini di età compresa tra 6 e 11 anni dovrebbe essere basata sui seguenti fattori:

- la presenza di una trasmissione diffusa nell'area in cui risiede il bambino;
- la capacità del bambino di utilizzare in modo sicuro e appropriato una maschera;
- accesso alle maschere, riciclaggio e sostituzione delle maschere in determinati contesti (come scuole e servizi di assistenza all'infanzia);
- adeguata supervisione di un adulto e istruzioni al bambino su come indossare e togliere in sicurezza le mascherine;
- potenziale impatto sull'apprendimento e lo sviluppo psicosociale, in accordo con insegnanti, genitori/tutori e/o operatori sanitari;

- interazioni specifiche che il bambino ha con persone ad alto rischio di sviluppare malattie gravi, come anziani e persone con patologie sottostanti.

L'OMS e l'UNICEF consigliano ai bambini di età pari o superiore a 12 anni di indossare la mascherina alle stesse condizioni degli adulti, in particolare quando non possa essere garantito il distanziamento di almeno 1 metro dagli altri e vi sia una trasmissione diffusa nella zona¹.

Il **Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC)** americano incoraggia l'uso delle mascherine nei bambini di età pari o superiore a 2 anni, anche all'interno del contesto scolastico².

Anche l'**Accademia Americana di Pediatria** ha precisato che le mascherine possono essere indossate, anche in ambito scolastico, in modo sicuro, da tutti i bambini dai 2 anni in su, compresa la stragrande maggioranza dei bambini con particolari condizioni di salute, con rare eccezioni.

Tuttavia, i bambini di età inferiore ai 2 anni non dovrebbero indossare maschere, a causa del rischio di soffocamento, poiché potrebbero non essere in grado di rimuoverle senza aiuto. Anche i bambini con gravi problemi respiratori o disturbi cognitivi possono avere difficoltà a tollerare una mascherina e possono essere necessarie ulteriori precauzioni³.

A seguito dell'adozione dell'utilizzo della mascherina nell'ambito della comunità da parte di molti Paesi si sono diffuse preoccupazioni riguardo al fatto che le mascherine possano portare a bassi livelli di ossigeno nel sangue, noti come **ipossiemia**. Tuttavia, le mascherine sono realizzate con materiali traspiranti che non bloccano l'ossigeno. L'ossigeno infatti scorre attraverso e intorno alla mascherina, mentre le goccioline respiratorie e di saliva che possono contenere il virus vengono bloccate.

Un altro falso mito è che le mascherine possano portare ad un aumento dell'anidride carbonica nel sangue (noto come **ipercapnia**) ma le molecole di anidride carbonica sono molto più piccole delle goccioline respiratorie e non possono essere intrappolate da materiali traspiranti come quelli delle mascherine.

Non vi sono inoltre evidenze che le mascherine possano influenzare la capacità dei bambini di concentrarsi o di imparare a scuola. La stragrande maggioranza dei bambini dai 2 anni in su può

¹ WHO. Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19, 21 August 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-Children-2020.1).

² CDC. Guidance for K-12 School Administrators on the Use of Masks in Schools, 18 December 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/cloth-face-cover.html>)

CDC. Help Stop the Spread of COVID-19 in Children, 17 September 2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/children/protect-children.html>)

³ American Academy of Pediatrics. COVID-19 Planning Considerations: Guidance for School Re-entry. 19 August 2020 (<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-in-person-education-in-schools/>)

tranquillamente indossare una mascherina per lunghi periodi di tempo, come ad esempio durante la giornata scolastica o addirittura all'asilo, compresi i bambini con patologie⁴.

L'organismo umano è molto efficiente nel mantenere la saturazione di ossigeno intorno al 98%, con valori normali di saturazione dell'emoglobina arteriosa compresi tra il 90 e il 98%.

Uno studio osservazionale su **chirurghi** che indossavano mascherine chirurgiche durante interventi di chirurgia maggiore, di una durata che variava da 1 a 4 ore, ha rivelato una diminuzione della saturazione arteriosa di O₂ dal 98% circa prima dell'intervento, al 96% dopo l'intervento. Inoltre, è stato anche notato un aumento della frequenza cardiaca da ~ 85 bpm prima dell'intervento chirurgico, a 90 bpm dopo l'intervento. Non si tratta dunque di rilevazioni clinicamente importanti, dato che i valori di saturazione di O₂ post-operatorio sono rimasti nel range della normalità (90-98%), così come i valori della frequenza cardiaca (valori normali a riposo: 60-100 battiti al minuto)⁵.

In uno studio in cui sono stati invece esaminati i **bambini** che indossavano mascherine con lo scopo di proteggersi dall'inquinamento atmosferico, analogamente a quanto emerso negli studi sugli adulti, i bambini presentavano disagi correlati esclusivamente all'aumento della temperatura facciale⁶.

Uno studio sull'educazione all'uso della maschera mediante telemedicina di **bambini autistici** durante la pandemia COVID-19 ha permesso di misurare la percentuale di emoglobina satura di ossigeno nel sangue (SpO₂) utilizzando un pulsossimetro da dito per rilevare una eventuale ipossia durante l'uso della mascherina. Sono state compiute tre letture consecutive separate da un intervallo di 3 secondi ed è stata riportata la SpO₂ media come percentuale. Per ridurre al minimo i potenziali artefatti, i partecipanti si sono seduti immobili durante le letture con il braccio approssimativamente a livello del cuore. È stato utilizzato lo stesso dito per ottenere il valore SpO₂ coerenti. Tenendo conto anche che i pulsossimetri da banco presentano un'accuratezza SpO₂ del $\pm 2\%$ rispetto ad un ossimetro professionale per la misurazione dello scambio dei gas (American Thoracic Society, 2018), i dati della pulsossimetria riportati in questo studio

⁴ American Academy of Pediatrics. "Mask Mythbusters: 5 Common Misconceptions about Kids & Cloth Face Coverings", 18 agosto 2020. (<https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Pages/Mask-Mythbusters.aspx>)

⁵ Beder A., Büyükköçak Ü., Sabuncuoğlu H., Keskil Z.A., Keskil S. Preliminary report on surgical mask induced deoxygenation during major surgery. *Neurocirugía*. 2008;19:121-126. doi: 10.1016/S1130-1473(08)70235-5.

⁶ Smart N.R., Horwell C.J., Smart T.S., Galea K.S. Assessment of the wearability of facemasks against air pollution in primary school-aged children in London. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020;17:3935. doi: 10.3390/ijerph17113935

suggeriscono che l'uso della mascherina non ha portato ad una bassa saturazione di ossigeno nei partecipanti⁷.

Per quanto concerne gli aspetti psicologici legati all'uso della mascherina, si è visto che, a seguito dell'introduzione delle disposizioni riguardo l'uso delle mascherine, parte della popolazione potrebbe aver percepito di non avere la libertà di scegliere se indossare la mascherina durante la pandemia COVID-19. Pertanto, le raccomandazioni e le disposizioni riguardo l'indossare la mascherina possono aver portato ad una diminuzione della percezione dell'**autonomia**. Questo, piuttosto che un eventuale impatto fisiologico, può essere in parte ciò che ha portato ad atteggiamenti negativi nei confronti dell'uso della mascherina.

È inoltre possibile che il bisogno psicologico di **relazionarsi** con gli altri possa, in parte, portare ad atteggiamenti negativi nei confronti dell'indossare la mascherina, piuttosto che qualsiasi altro effetto fisiologico o disagio reale.

È dimostrato che le persone tendono a notare o prestare maggiore attenzione ai fattori che confermano le loro convinzioni, come concentrarsi maggiormente sui disagi minori associati all'uso della maschera (ad esempio, aumento della temperatura del viso, resistenza respiratoria, ecc.) per fornire una convalida alle proprie convinzioni e cercare di soddisfare il bisogno di **comprensione**.

Questo lascia ipotizzare che i disagi percepiti e gli atteggiamenti negativi associati all'uso delle mascherine durante la pandemia COVID-19 possano essere almeno parzialmente spiegati dai tentativi di soddisfare tre bisogni psicologici di base (autonomia, relazione e comprensione), piuttosto che con un disagio fisiologico reale⁸.

Continuano tuttavia ad emergere ulteriori dati a sostegno dell'uso delle maschere. Pertanto, le mascherine potrebbero rimanere nel prossimo futuro e potrebbero non avere applicazione solo per COVID-19, ma anche per influenze stagionali gravi e per potenziali future epidemie/pandemie respiratorie. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi anche su come possa essere incoraggiata l'adozione dell'uso delle mascherine e come possa essere diminuita la percezione del disagio.

Il Direttore dell'Ufficio I
(Dott. E. Adabbo)

R.P.

(*)Firma autografa, sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art.3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993

⁷ Sivaraman, Maithri et al. "Telehealth mask wearing training for children with autism during the COVID-19 pandemic." *Journal of applied behavior analysis*, 10.1002/jaba.802. 25 Nov. 2020, doi:10.1002/jaba.802

⁸ Scheid, Jennifer L et al. "Commentary: Physiological and Psychological Impact of Face Mask Usage during the COVID-19 Pandemic." *International journal of environmental research and public health* vol. 17,18 6655. 12 Sep. 2020, doi:10.3390/ijerph17186655



Prefettura di Varese
Ufficio Territoriale del Governo
Gabinetto

Varese, data del protocollo

URGENTE
All. n. 1

- AL COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO
ROMA

OGGETTO: COVID-19. Richiesta di parere su "Progetto Bolla", organizzato dalla Comunità Pastorale Beato Samuele Marzorati di Varese presso l'Oratorio della Parrocchia di San Fermo (VA).

Con lettera n. 25489, del 20 novembre 2020, ad ogni buon fine unita in copia (**All. n. 1**), è stata segnalata all'attenzione di codesto Comitato l'iniziativa in oggetto, che all'epoca risultava in corso di realizzazione ma veniva quindi sospesa su conforme disposizione dell'Avvocatura della Curia Arcivescovile di Milano.

Infatti, ai fini di consentirne la prosecuzione, la predetta Avvocatura aveva ritenuto di conoscerne l'ammissibilità ai sensi delle disposizioni di cui all'art. 3 del DPCM 3 novembre 2020 e dell'Ordinanza del Ministro della Salute 4 novembre 2020 – che in quel momento disciplinavano le attività consentite – ed era stata interessata, in proposito, questa Prefettura, a sua volta attivatasi con la lettera indirizzata a codesto Comitato, alla quale si fa ora seguito.

Gli organizzatori si sono nuovamente rivolti a quest'Ufficio per conoscere se ed in quali termini il Comitato tecnico-scientifico abbia ritenuto di valutare l'iniziativa in argomento.

Questa Prefettura, visto il progetto, osserva che appare ben organizzato in generale ed articolato in base alle specifiche misure di cui al Documento "Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini e adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19", Allegato n. 8 al DPCM 3 novembre 2020. Non si ravviserebbero, pertanto, motivi ostativi alla sua realizzazione nei termini prospettati.

Si resta, peraltro, in attesa di cortesie notizie sull'autorevole parere che Codesto comitato riterrà di esprimere nel merito.

Si ringrazia per l'attenzione.


IL PREFETTO
(Caputo)

Prefettura Varese
Prot. Uscita del 20/11/2020
Numero: 0025489
Classifica: 07.10



Prefettura di Varese
Ufficio Territoriale del Governo
Gabinetto

Varese, data del protocollo

All. n. 1

- AL COMITATO TECNICO-SCIENTIFICO
ROMA

OGGETTO: COVID-19. Richiesta di parere su "Progetto Bolla", organizzato dalla Comunità Pastorale Beato Samuele Marzorati di Varese, in corso di realizzazione dal 15 al 29 novembre 2020 presso l'Oratorio della Parrocchia di San Fermo (VA).

L'Avvocatura della Curia Arcivescovile di Milano ha interessato questa Prefettura al fine di conoscere se, sulla base delle disposizioni di cui all'art. 3 del DPCM 3 novembre 2020 e dell'Ordinanza del Ministro della Salute 4 novembre 2020, sia ammessa la possibilità di realizzare, in favore di un gruppo di adolescenti, la Progettualità – per pronto riferimento unita alla presente (*All. 1*) – che la Comunità Pastorale "Beato Samuele Marzorati" di Varese ha predisposto, attenendosi alle direttive di cui al Documento "Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini e adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19", Allegato n. 8 al DPCM citato.

Dalle informazioni acquisite per le vie brevi, il Progetto, di cui era stata preventivamente data notizia alle Autorità sanitarie varesine, è destinato ad offrire ad un gruppo di studenti delle scuole superiori uno spazio isolato e protetto, all'interno del quale, per la durata quattordicinale del progetto stesso, gli ospiti potranno seguire le lezioni in modalità DAD, utilizzare spazi anche all'aperto per attività sportive e fisiche in generale, condividere, nel rispetto delle prescrizioni igienico-sanitarie vigenti oggi in Lombardia, gli spazi comuni e consumare i pasti, in condizioni tali da escludere iniziative o ingressi dall'esterno che possano compromettere l'isolamento.

Tutti i partecipanti sono stati accolti previa effettuazione, nella giornata di avvio dell'attività, del test antigenico rapido COVID-19, che sarà ripetuto nella giornata conclusiva.

Si ringrazia fin d'ora per l'attenzione e si resta in attesa di conoscere, in proposito, l'autorevole avviso di codesto Comitato.


IL PREFETTO
(Caputo)



ORATORI della COMUNITÀ
PASTORALE
Beato SAMUELE MARZORATI

PROGETTO BOLLA

Vita, scuola e servizio in oratorio

Ente promotore:	Parrocchia Ss. Pietro e Paolo, capofila della Comunità Pastorale Beato Samuele Marzorati con la partecipazione di CP Sant'Antonio Abate.
Responsabile operativo:	don Gabriele Colombo (Parrocchia Ss. Pietro e Paolo)
Referente (esterno):	don Matteo Missora (CP Sant'Antonio Abate)
Educatore professionale:	Elena Anselmi (CP Sant'Antonio Abate)
Destinatari:	adolescenti e giovani volontari della CP Beato Samuele Marzorati e Sant'Antonio Abate residenti nel Comune di Varese
Numero max:	20 partecipanti + 2 responsabili
Periodo di svolgimento:	giorni 14 – residenziale con pernottamento Da domenica 15 novembre a domenica 29 novembre 2020
Luogo di svolgimento:	Oratorio Luigi Molina, piazza XXVI maggio 9 – 21100 Varese
Sostenibilità:	attraverso libero contributo dei partecipanti

Il progetto si inserisce nelle opportunità previste dal Dpcm del 3 novembre 2020, in particolar modo nelle attività previste su tutto il territorio nazionale e regolamentate nell'allegato 8: Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini e adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19

OBIETTIVI EDUCATIVI

In riferimento all'allegato 8 il progetto si propone di:

- individuare orientamenti e proposte per realizzare, nell'attuale fase 2 dell'emergenza COVID-19, opportunità organizzate di socialità per adolescenti e giovani volontari, contenendo il rischio di contagio epidemiologico. Tale prospettiva è stata perseguita ricercando il giusto bilanciamento tra il diritto alla socialità, al gioco e in generale all'educazione dei bambini e degli adolescenti e, d'altra parte, la necessità di garantire condizioni di tutela della loro salute, nonché di quella delle famiglie e del personale educativo e ausiliario impegnato nello svolgimento delle diverse iniziative.

In riferimento agli obiettivi trasversali dell'allegato 8 il progetto si propone di realizzare:

- 1. la centratura sulla qualità della relazione interpersonale, mediante il rapporto individuale fra l'adulto e l'adolescente e mediante l'organizzazione delle attività personali e comunitarie;
- 2. l'attenta organizzazione degli spazi più idonei e sicuri a servizio delle attività scolastiche, personali e comunitarie programmate;
- 3. l'attenzione particolare agli aspetti igienici e di pulizia, al fine di ridurre i rischi tramite protocolli di sicurezza adeguati.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO

Il progetto prevede la permanenza residenziale - per giorni 14 - nella struttura dell'Oratorio Luigi Molina debitamente attrezzata anche per le esigenze di pernottamento, preparazione pasti e condivisione degli ambienti.

Tutti i soggetti continueranno a svolgere le attività scolastiche a distanza previste e le attività a distanza relative ai propri impegni.

Il resto del tempo sarà impiegato per la conduzione e la gestione della vita condivisa: pulizie, preparazione dei pasti (con riferimento a cuoco dotato di HACCP), gestione degli ambienti.

Si individuano nei tempi liberi i tempi per la socializzazione, lo sport all'interno della struttura medesima e attività educative specifiche di orientamento cristiano.

Si valutano progetti di supporto a distanza e interno alla struttura di iniziative di carità/volontariato.

ISOLAMENTO DELLA STRUTTURA

Il nome del progetto "bolla" prende spunto dalla peculiarità dell'esperienza proposta. I partecipanti, infatti, non avranno necessità (se non gravi motivi familiari e/o di necessità medica) di avere contatti con l'esterno. Allo stesso tempo non ci saranno iniziative o ingressi esterni nella struttura tali da comprometterne l'isolamento.

Anche la preparazione dei pasti avverrà con ausilio di cuoco professionale volontario con ingresso e uscita dedicato e senza contatto con i partecipanti interni.

Il tempo di permanenza, giorni 14, corrisponde inoltre ad un intero periodo di quarantena secondo le attuali disposizioni.

PROTOCOLLI E PROFILASSI

Fermo restando tutte le disposizioni dell'allegato 8 su igienizzazione, sanificazione e pulizia degli ambienti e uso dei dispositivi DPI si definiscono come ulteriori misure di sicurezza le seguenti profilassi:

Ingresso

Per poter partecipare il soggetto si sottoporà domenica 15 novembre al KIT ANTIGENICO RAPIDO COVID-19 regolarmente acquistato presso farmacia autorizzata, fiscalmente documentato e somministrato da operatore professionale.

In caso di esito negativo - e fatta salva l'autodichiarazione generale di stato di salute - il soggetto potrà prendere parte al progetto.

In caso di esito positivo il soggetto non potrà accedere all'esperienza. A sua discrezione potrà procedere ad effettuare Tampone COVID-19 e solo con esito negativo e, considerato l'isolamento preventivo nei giorni del tampone e fino al suo esito, potrà essere ammesso successivamente all'esperienza.

Permanenza

Durante la permanenza verranno registrati su apposito modulo i valori giornalieri di temperatura corporea al mattino e alla sera.

In caso di sintomi influenzali e/o di febbre superiore a 37,5 °C il soggetto sarà opportunamente isolato nello spazio apposito di quarantena e si procederà ad informare la famiglia, il medico curante e ATS per le valutazioni del caso e i protocolli da applicare in seguito.

Uscita

Per poter rientrare nella propria famiglia domenica 29 novembre ogni partecipante si sottoporrà al medesimo KIT ANTIGENICO RAPIDO COVID-19 effettuato all'ingresso.

In caso di esito negativo il soggetto potrà liberamente lasciare la struttura.

In caso di esito positivo il soggetto - in accordo con la famiglia e il responsabile del progetto - valuterà la prosecuzione della quarantena fino all'esito del tampone oro-faringeo in accordo con medico di base e ATS.

DOCUMENTI RICHIESTI PER LA PARTECIPAZIONE

All'atto dell'ingresso ogni partecipante deve consegnare:

1. Patto di corresponsabilità famiglia – parrocchia (per i maggiorenni è autodichiarazione)
2. Autodichiarazione sullo stato di salute
3. Documenti fotocopati (carta identità/tessera sanitaria) che ciascun partecipante deve in ogni caso avere fisicamente con sé per tutta la durata del progetto.

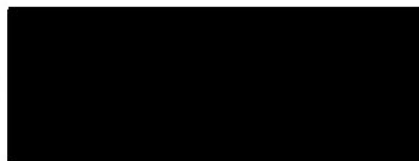
POSSONO PRENDERE PARTE AL PROGETTO COLORO CHE:

1. Non hanno contratto il virus con esito positivo al tampone nei 30 giorni precedenti l'avvio dell'esperienza;
2. Non sono in stato di quarantena fiduciaria predisposta da ATS/ASST o sono stati a contatto stretto negli ultimi 14 giorni con soggetti COVID-POSITIVI
3. Non manifestano, né hanno manifestato nei precedenti 3 giorni l'avvio dell'esperienza, sintomi influenzali di causa non ancora definita o febbre con misurazione pari o maggiore a 37,5 °C

SOSTENIBILITÀ ECONOMICA

Il progetto si regge sulla libera partecipazione dei soggetti coinvolti alle spese comuni. Non è previsto lucro e l'attività rientra nel campo delle attività educative non commerciali di enti religiosi, esente dunque da dichiarazione IVA.

Varese, 13 novembre 2020



4/01/2021

Fwd:

segr.dgfdm@sanita.it

mar 29/12/2020 12:28

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

Allegato 8

Gentilissimi,

preliminarmente si segnala che quanto rappresentato da questo Ministero non costituisce in alcun modo una validazione o una valutazione della qualità di un dispositivo medico-diagnostico in vitro, bensì un responso circa la situazione amministrativa del prodotto oggetto della richiesta.

Si rammenta che ai sensi del Decreto Legislativo 332/2000, attuazione della Direttiva 98/79/CE, che regola attualmente la commercializzazione dei dispositivi medico-diagnostici in vitro nell'Unione Europea, tali prodotti marcati CE, se non appartenenti all'allegato II della direttiva e se non destinati a test autodiagnostici, sono inseriti in banca dati mediante una procedura eseguita a cura del fabbricante, senza la preventiva verifica di un organismo notificato.

Ciò posto, in riferimento alla richiesta in oggetto, si comunica che la ricerca effettuata nella Banca Dati del Ministero della salute con l'inserimento del nome del fabbricante ([redacted] presente sulla dichiarazione di conformità allegata alla mail) e delle dizioni " [redacted] " e " [redacted] " ha avuto esito negativo.

Si rappresenta che nella documentazione inviata è presente dichiarazione di conformità secondo direttiva 98/79/CE per il prodotto [redacted], fabbricante [redacted] (Germania).

Cordiali saluti.

MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico

Staff del Direttore Generale

tel. 065994 3199 3207

Da: "Segreteria CTS" <segreteria.cts@protezionecivile.it>

A: "Segreteria DGFDm" <segr.dgfdm@sanita.it>

Inviato: Giovedì, 24 dicembre 2020 9:43:31

Oggetto: [redacted]

Gentilissimi buongiorno,

si inoltra la documentazione allegata, relativa ad una richiesta di valutazione pervenuta dalla Struttura Commissariale.

Si ringrazia e si resta in attesa di un cortese e urgente riscontro.

Per la Segreteria del CTS

Laura Moscatello

Da: Errigo Natale <nerrigo@invitalia.it>
Inviato: martedì 22 dicembre 2020 23:35
A: Segreteria CTS
Cc: Fabbrocini Antonio; Rizzardo Roberto
Oggetto: ThEA Diagnostics -SarsCov2

Spettabile Segreteria CTS,
si allega documentazione riferita a [REDACTED], per una URGENTE valutazione del Comitato Tecnico Scientifico.

Qui sotto link specifico sulle funzionalità del [REDACTED].
<https://ramglobal.com/covid-19/>
<https://www.ram.group/>

Grazie.
Saluti,

Natale ERRIGO
INVITALIA

Agenzia nazionale per l'attrazione
degli investimenti e lo sviluppo d'impresa SpA

Incentivi e Innovazione
Area Grandi Investimenti e Sviluppo Imprese
Sviluppo Imprese 2

T +39 06 42160747

M +39 333 6168624

nerrigo@invitalia.it

www.invitalia.it

Rispetta l'ambiente - è veramente necessario stampare questa e-mail?

Ai sensi del D.lgs n. 196 del 30.06.03 (Codice Privacy) si precisa che le informazioni contenute in questo messaggio sono riservate e ad uso esclusivo del destinatario.

Qualora il messaggio in parola Le fosse pervenuto per errore, La preghiamo di eliminarlo senza copiarlo e di non inoltrarlo a terzi, dandocene gentilmente comunicazione. Grazie

Please consider the environment - do you really need to print this e-mail?

This message, for the D.lgs n. 196 / 30.06.03 (Privacy Code), may contain confidential and/or privileged information. If you are not the addressee or authorized to receive this for the addressee, you must not use, copy, disclose or take any action based on this message or any information herein. If you have received this message in error, please advise the sender immediately by reply e-mail and delete this message. Thank you for your cooperation.



OMISSIS