



REPORT ESTESO ISS

COVID-19: SORVEGLIANZA, IMPATTO DELLE
INFEZIONI ED EFFICACIA VACCINALE

Aggiornamento nazionale
20/07/2022 – ore 12:00

DATA PUBBLICAZIONE: 22/07/2022

Questo report è prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e riporta i dati della sorveglianza integrata dei casi di infezione da virus SARS-CoV-2 segnalati sul territorio nazionale, coordinata dall'ISS ai sensi dell'Ordinanza n. 640 del 27 febbraio 2020. Le informazioni contenute derivano da tutti i casi di infezione da virus SARS-CoV-2 che sono stati confermati tramite test molecolari e antigenici dalle Regioni e Province Autonome e segnalati al sistema di sorveglianza attraverso una piattaforma web dedicata. Il database nazionale si compone, pertanto, della somma dei casi presenti nei 21 sistemi informativi di Regioni e PPAA che sono stati sviluppati ad hoc per la sorveglianza COVID-19.

Si specifica che la definizione di caso di Covid-19 è quella riportata all'interno della circolare del Ministero della Salute n.705 dell'8 gennaio 2021. Si sottolinea inoltre, in coerenza con il dettato normativo, che, in assenza di test molecolare e/o antigenico con risultato positivo, non vengono inclusi i casi di pregressa infezione rilevati esclusivamente a posteriori attraverso un test sierologico positivo.

All'interno del presente report viene descritta, con l'ausilio di grafici, mappe e tabelle, la diffusione nel tempo e nello spazio dell'epidemia di COVID-19 in Italia, con un ulteriore livello di dettaglio che tiene conto della descrizione delle caratteristiche dei casi segnalati.

Il formato del report è di tipo dinamico, in coerenza con il fenomeno che descrive, mutevole per sua natura, e con l'evoluzione della pandemia legata all'emergenza sanitaria che ha interessato il nostro Paese. Per questo motivo è stato soggetto a variazioni nel corso del tempo, finalizzate ad un miglioramento nella sua leggibilità e nella completezza delle informazioni fornite.

Il presente report, nella sua forma attuale, è una nuova versione, realizzata in maniera semi-automatizzata attraverso l'implementazione di script che elaborano i dati provenienti dal sistema di sorveglianza integrato Covid-19 e che producono le rappresentazioni in forma grafica e tabellare.

Andamento e impatto dell'epidemia:

- Dall'inizio dell'epidemia alle ore 12 del 20 luglio 2022 sono stati diagnosticati e riportati al sistema di sorveglianza integrata COVID-19 20.421.147 casi, di cui 167.089 deceduti.
- Dall'ultima indagine rapida sulla prevalenza e distribuzione delle varianti di SARS-CoV-2 di interesse per la sanità pubblica in Italia, condotta il 5 luglio 2022 dall'Iss e dal Ministero della Salute insieme ai laboratori regionali e alla Fondazione Bruno Kessler, è emerso che la variante Omicron BA.5 risulta essere predominante con una prevalenza a livello nazionale pari a 75,5% (23,15% nell'indagine precedente, 7 giugno 2022) e a livello regionale /PPAA con valori > 50%. Questo aumento significativo si caratterizza da una contemporanea diminuzione della BA.2 che in questa indagine rappresenta il 10,3% del totale analizzato rispetto alla prevalenza stimata nell'indagine precedente e pari a 62,98%. BA.4 ha una prevalenza del 13,2% e stabile rispetto all'indagine precedente (11,4%). BA.4 e BA.5 rappresentano una prevalenza complessiva pari a 88,7% del totale analizzato. BA.1 è ormai al di sotto dell'1% del totale delle varianti Omicron identificate nel nostro Paese. Attualmente, non sono disponibili evidenze che le infezioni causate da BA.4 e BA.5 siano associate con un'aumentata severità delle manifestazioni cliniche rispetto a quelle causate da BA.1 e BA.2 (<https://www.iss.it/cov19-cosa-fa-iss-varianti>)
- Nel corso dell'ultima settimana il numero di casi segnalati sembra aver raggiunto il picco e iniziato a diminuire, Risultano in aumento le ospedalizzazioni, i ricoveri in terapia intensiva e i decessi.
- In leggera diminuzione, rispetto alla precedente settimana, la percentuale di casi tra gli operatori sanitari rispetto al resto della popolazione (2,0% vs 2,2%; si sottolinea che questo dato ha tempi di consolidamento maggiori rispetto agli altri, ed è quindi suscettibile di variazioni).
- In questa fase, caratterizzata dalla circolazione di varianti altamente trasmissibili, è **verosimile che ci sia stato anche un aumento della quota di persone che hanno avuto un'infezione non notificata ai sistemi di sorveglianza** per motivi legati sia alla mancata diagnosi che alla "autodiagnosi". **Questo fenomeno potrebbe portare alla sottostima del tasso di incidenza, e quindi del rischio relativo, e dell'efficacia vaccinale** (vedi Nota metodologica: paragrafo 4.5).
- Il tasso di incidenza a 7 gg, in diminuzione nei soggetti al sotto dei 70 anni rispetto alla settimana precedente, risulta compreso fra i 250 e 1.000 casi per 100.000 abitanti nelle fasce di età 0-9, 10-19, 20-29, 80-89 e >90 anni e maggiore di 1.000 casi per 100.000 abitanti in tutte le altre fasce di età.
- In aumento rispetto alla settimana precedente la percentuale di casi segnalati con stato clinico iniziale asintomatico (74% vs 76%).

- Fra il 4 e il 17 luglio, sono stati segnalati 1.288.153 nuovi casi, di cui 654 deceduti (tale valore non include le persone decedute nel periodo con una diagnosi antecedente al 4 luglio 2022).
- **Inizia a diminuire l'incidenza:** I dati del flusso ISS nel periodo 11/07/2022-17/07/2022 evidenziano una incidenza in lieve diminuzione e pari a 1.054 per 100.000 abitanti, rispetto alla settimana precedente che era 1.130 per 100.000 abitanti nel periodo 04/07/2022-10/07/2022). Un trend in diminuzione si osserva anche nel periodo più recente censito nei dati aggregati raccolti dal Ministero della Salute (977 casi per 100.000 abitanti nel periodo 15/7/2022-21/7/2022 vs 1.158 casi per 100.000 abitanti nel periodo 8/7/2022-14/7/2022).
- In aumento l'incidenza a 14 giorni in tutte le fasce d'età. Nella fascia 30-39 anni si registra il più alto tasso di incidenza a 14 giorni, pari a 2.458 per 100.000, mentre nella fascia di età 0-9 anni si registra il valore più basso, 1.554 casi per 100.000 abitanti.
- L'età mediana alla diagnosi dei soggetti segnalati nelle ultime settimane è in aumento e pari a 50 anni (rispetto a 48 anni della scorsa settimana).

Trasmissibilità del virus SARS-CoV-2:

- I valori di Rt sono i seguenti:
 - Rt sintomi = **1,23** (IC95%: **1,23-1,23**) al 6 luglio 2022, in leggera diminuzione rispetto alla settimana precedente (**1,31** al 29 giugno 2022)
 - Rt ospedalizzazioni = **1,00** (IC95%: **0,98-1,02**) al 12 luglio 2022, in diminuzione rispetto alla settimana precedente (**1,15** al 5 luglio 2022)
 - Rt augmented = **1,17** (IC95%: **1,17-1,18**) al 12 luglio 2022, in netta diminuzione rispetto alla settimana precedente (**1,35** al 5 luglio 2022).

Focus età scolare (0-19 anni):

- Dall'inizio dell'epidemia sono stati diagnosticati e riportati al sistema di sorveglianza integrata COVID-19 **4.298.810 casi nella popolazione 0-19 anni**, di cui **21.292 ospedalizzati, 471 ricoverati in terapia intensiva e 61 deceduti**.
- Stabile rispetto alla settimana precedente la percentuale dei casi segnalati nella popolazione in età scolare (13%) rispetto al resto della popolazione. Nell'ultima settimana, il 21% dei casi in età scolare è stato diagnosticato nei bambini sotto i 5 anni, il 35% nella fascia d'età 5-11 anni, il 44% nella fascia 12-19 anni.
- In diminuzione il tasso di incidenza in tutte le fasce d'età benché i dati riferiti all'ultima settimana siano da considerare in via di consolidamento.

Reinfezioni da virus SARS-CoV-2:

- Dal 24 agosto 2021 al 13 luglio 2022 sono stati segnalati **813.817 casi di reinfezione**, pari a 5,2% del totale dei casi notificati. Nell'ultima settimana la percentuale di reinfezioni sul totale dei casi segnalati risulta pari a 12,0%, in leggero aumento rispetto

alla settimana precedente (11,7%, dato con tempi di consolidamento maggiori rispetto ad altre informazioni).

- L'analisi del rischio di reinfezione a partire dal 6 dicembre 2021 (data considerata di riferimento per l'inizio della diffusione della variante Omicron), **evidenzia un aumento del rischio relativo aggiustato di reinfezione** (valori significativamente maggiori di 1):
 - nei soggetti con prima diagnosi di COVID-19 notificata da oltre 210 giorni rispetto a chi ha avuto la prima diagnosi di COVID-19 fra i 90 e i 210 giorni precedenti;
 - nei soggetti non vaccinati o vaccinati con almeno una dose da oltre 120 giorni rispetto ai vaccinati con almeno una dose entro i 120 giorni;
 - nelle femmine rispetto ai maschi. Il maggior rischio nei soggetti di sesso femminile può essere verosimilmente dovuto alla maggior presenza di donne in ambito scolastico (>80%) dove viene effettuata una intensa attività di screening e al fatto che le donne svolgono più spesso la funzione di caregiver in ambito familiare;
 - nelle fasce di età più giovani (dai 12 ai 49 anni) rispetto alle persone con prima diagnosi in età compresa fra i 50-59 anni. Verosimilmente il maggior rischio di reinfezione nelle fasce di età più giovani è attribuibile a comportamenti ed esposizioni a maggior rischio, rispetto alle fasce d'età > 60 anni;
 - negli operatori sanitari rispetto al resto della popolazione.

Impatto della vaccinazione nel prevenire infezioni, ricoveri e decessi

- La campagna vaccinale in Italia è iniziata il 27 dicembre 2020. Al 20 luglio 2022, sono state somministrate 139.030.538 (47.318.004 prime dosi, 49.944.381 seconde/uniche dosi, 40.405.854 terze dosi e 1.362.299 quarte dosi (<https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>)).
- Nella fascia 5-11 anni, in cui la vaccinazione è iniziata il 16 dicembre 2021, al 13 luglio 2022 si registra una copertura con almeno una dose pari a 38,3% e con il ciclo primario completo pari a 35,0%.
- Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età, relativo alla popolazione di età ≥ 12 anni, nel periodo 03/06/2022-03/07/2022 per i non vaccinati (85 ricoveri per 100.000 ab.) risulta all'incirca tre volte più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo da ≤120 giorni (26 ricoveri per 100.000 ab.) e oltre tre volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con dose aggiuntiva/booster (25 ricoveri per 100.000 ab.) (Tabella 5).
- Il tasso di ricoveri in terapia intensiva standardizzato per età, relativo alla popolazione di età ≥ 12 anni, nel periodo 03/06/2022-03/07/2022 per i non vaccinati (4 ricoveri per 100.000 ab.) risulta una due volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo da ≤ 120 giorni (1 ricovero per 100.000 ab.) e circa tre volte e mezzo volte più

alto rispetto ai vaccinati con dose aggiuntiva/booster (1 ricovero per 100.000 ab.) (Tabella 5).

- Il tasso di mortalità standardizzato per età, relativo alla popolazione di età ≥ 12 anni, nel periodo 27/05/2022-26/06/2022, per i non vaccinati (12 decessi per 100.000 ab.) risulta circa quattro volte più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo da ≤ 120 giorni (3 decessi per 100.000 ab.) e circa sei volte e mezzo più alto rispetto ai vaccinati con dose aggiuntiva/booster (2 decessi per 100.000 ab.) (Tabella 5).
- L'efficacia del vaccino (riduzione percentuale del rischio nei vaccinati rispetto ai non vaccinati) nel periodo di prevalenza Omicron (a partire dal 3 gennaio 2022) nel:
 - **prevenire la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 è:**
 - o pari al 36% entro 90 giorni dal completamento del ciclo vaccinale, 27% tra i 91 e 120 giorni, e 45% oltre 120 giorni dal completamento del ciclo vaccinale
 - o pari al 48% nei soggetti vaccinati con dose aggiuntiva/booster
 - **prevenire casi di malattia severa è:**
 - o pari a 67% nei vaccinati con ciclo completo da meno di 90 giorni, 68% nei vaccinati con ciclo completo da 91 e 120 giorni, e 70% nei vaccinati che hanno completato il ciclo vaccinale da oltre 120 giorni.
 - o pari al 85% nei soggetti vaccinati con dose aggiuntiva/booster.
- Le stime di efficacia del vaccino attualmente escludono dalla popolazione suscettibile i soggetti con pregressa diagnosi nei 90 giorni precedenti, tempo dopo il quale si è nuovamente a rischio di infezione come da definizione di reinfezione (vedi Glossario). Si evidenzia inoltre, dati gli attuali alti livelli di copertura vaccinale, che le stime di efficacia potrebbero risentire di uno sbilanciamento nella distribuzione della popolazione fra vaccinati e non vaccinati. Quest'ultimi rappresentano una fetta molto piccola della popolazione, caratterizzata verosimilmente da fattori di rischio differenti per i quali non è possibile aggiustare all'interno dei modelli per mancanza di adeguate informazioni a livello individuale (es: aspetti socio-comportamentali).
- Per un approfondimento sull'efficacia del vaccino nei bambini di 5-11 anni è disponibile uno studio effettuato dal gruppo di sorveglianza dell'ISS pubblicato recentemente su Lancet (link: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01185-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01185-0/fulltext))

Andamento e impatto dell'epidemia in Italia

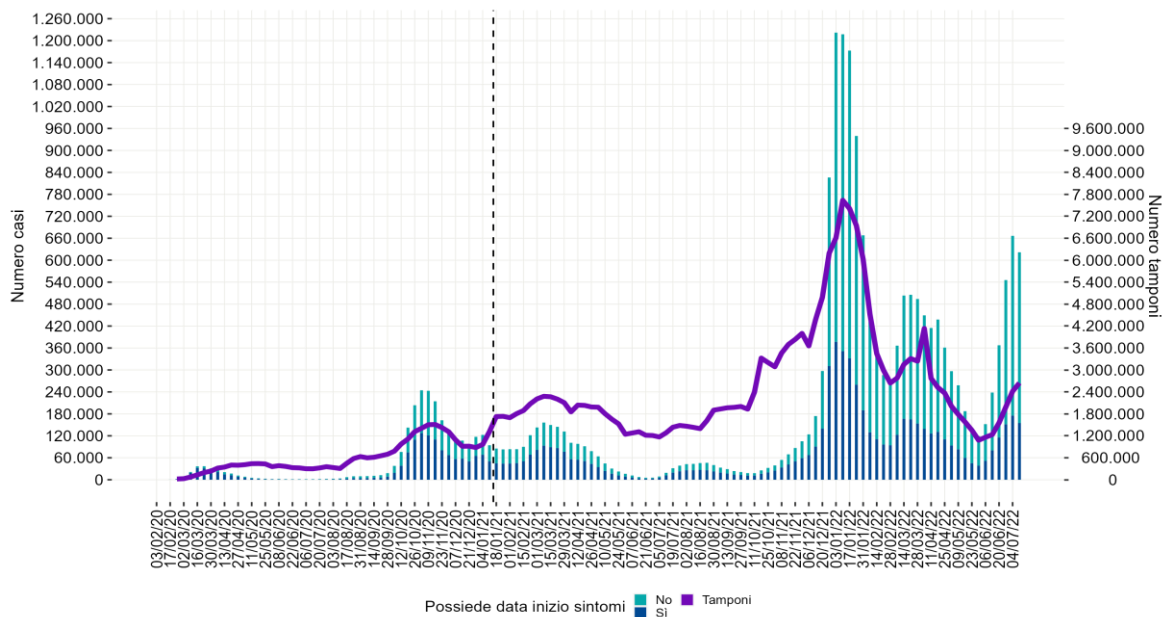


FIGURA 1 - CASI SETTIMANALI DI COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI (A SINISTRA) E NUMERO DI TAMPONI SETTIMANALI EFFETTUATI (A DESTRA)

Nota: Il dato relativo all'ultima settimana non è consolidato e verosimilmente sottostimato (vedi Nota metodologica: paragrafo 1)

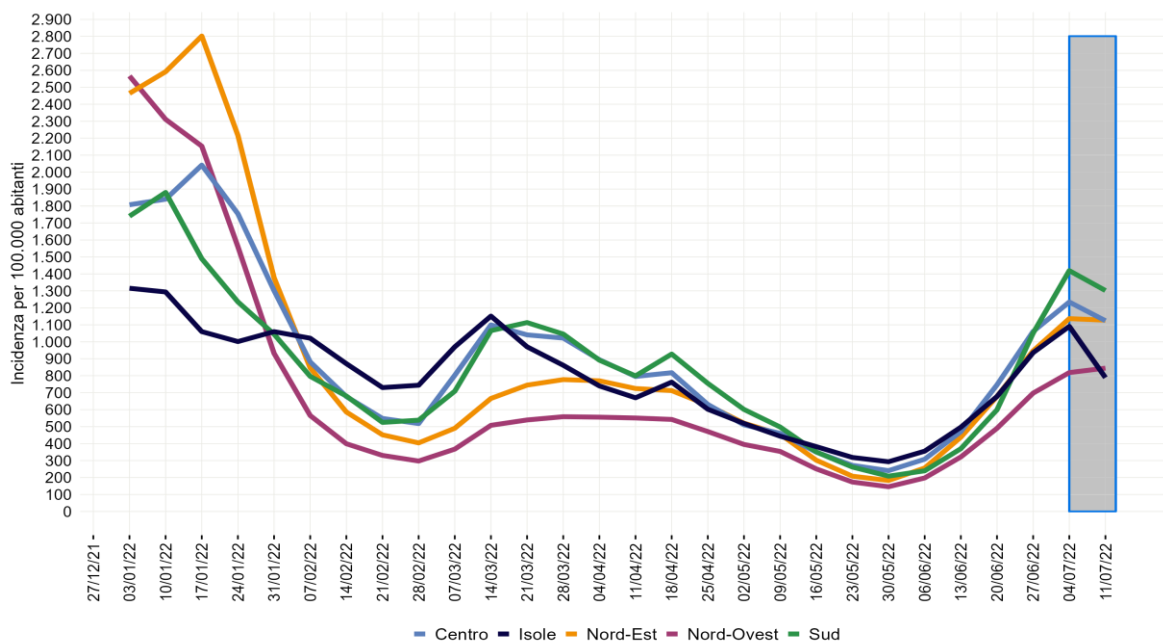


FIGURA 2 - TREND DEL TASSO DI INCIDENZA SETTIMANALE DI CASI DI COVID-19 SEGNALATI PER 100.000 ABITANTI PER AREA GEOGRAFICA DALL'INIZIO DELL'EPIDEMIA

Nota: All'interno dell'area grigia il dato deve essere considerato provvisorio (vedi Nota metodologica: paragrafo 1).

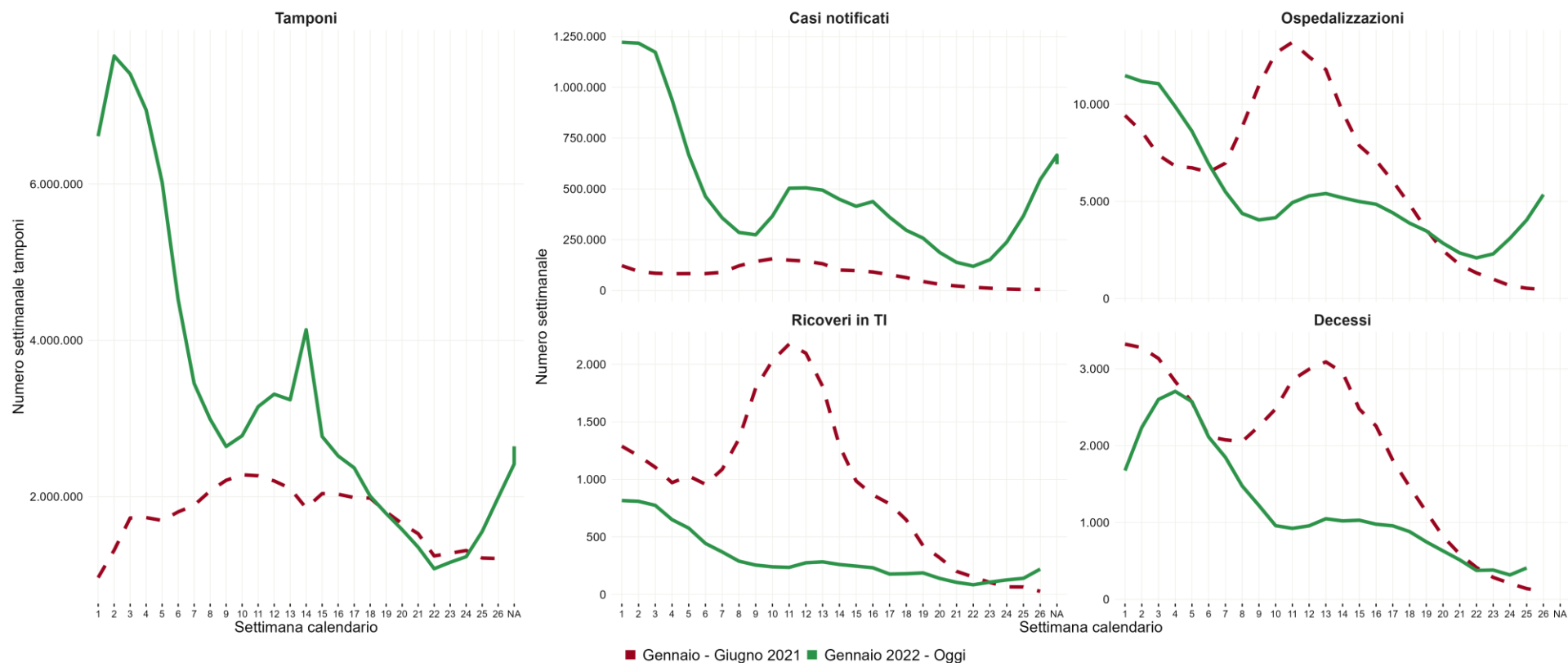


FIGURA 3 - CONFRONTO PER SETTIMANA DI CALENDARIO DEL NUMERO DI TAMPONI, CASI SEGNALATI DI COVID-19, OSPEDALIZZAZIONI, RICOVERI IN TERAPIA INTENSIVA E DECESSI – GENNAIO - GIUGNO 2021 E GENNAIO 2022 AD OGGI

Nota: -I dati relativi al numero dei tamponi sono forniti da MdS/PC -I dati dei diversi esiti sono limitati ad alcune settimane precedenti alla data di riferimento del presente bollettino (vedi dettaglio in Nota metodologica: paragrafo 1).

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEI CASI E DEI DECESSI PER COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO DA INIZIO EPIDEMIA

Classe di età (in anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Diagnosi totali				
	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. diagnosi	% diagnosi	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %
0-9	936.185	9,7	15	0,0	<0,1	874.095	8,1	16	0,0	<0,1	1.810.280	8,9	31	0,0	<0,1
10-19	1.244.791	13,0	16	0,0	<0,1	1.243.738	11,5	14	0,0	<0,1	2.488.529	12,2	30	0,0	<0,1
20-29	1.145.363	11,9	80	0,1	<0,1	1.249.385	11,6	47	0,1	<0,1	2.394.752	11,7	127	0,1	<0,1
30-39	1.262.544	13,1	269	0,3	<0,1	1.508.414	13,9	160	0,2	<0,1	2.770.962	13,6	429	0,3	<0,1
40-49	1.503.405	15,7	1.072	1,1	0,1	1.815.271	16,8	518	0,7	<0,1	3.318.677	16,3	1.590	1,0	<0,1
50-59	1.473.287	15,3	4.276	4,6	0,3	1.701.988	15,7	1.802	2,4	0,1	3.175.277	15,5	6.078	3,6	0,2
60-69	953.071	9,9	11.967	12,8	1,3	1.060.519	9,8	4.964	6,7	0,5	2.013.591	9,9	16.931	10,1	0,8
70-79	670.785	7,0	27.215	29,2	4,1	722.040	6,7	13.785	18,7	1,9	1.392.825	6,8	41.000	24,5	2,9
80-89	352.969	3,7	36.196	38,8	10,3	473.838	4,4	30.968	41,9	6,5	826.814	4,0	67.164	40,2	8,1
>90	62.804	0,7	12.154	13,0	19,4	166.410	1,5	21.548	29,2	12,9	229.214	1,1	33.702	20,2	14,7
Non noto	120	0,0	6	0,0	5,0	106	0,0	1	0,0	0,9	226	0,0	7	0,0	3,1
Totale	9.605.324	47,0	93.266	55,8	1,0	10.815.804	53,0	73.823	44,2	0,7	20.421.147	-	167.089	-	0,8

Nota: La tabella non include i casi per cui non è noto il sesso

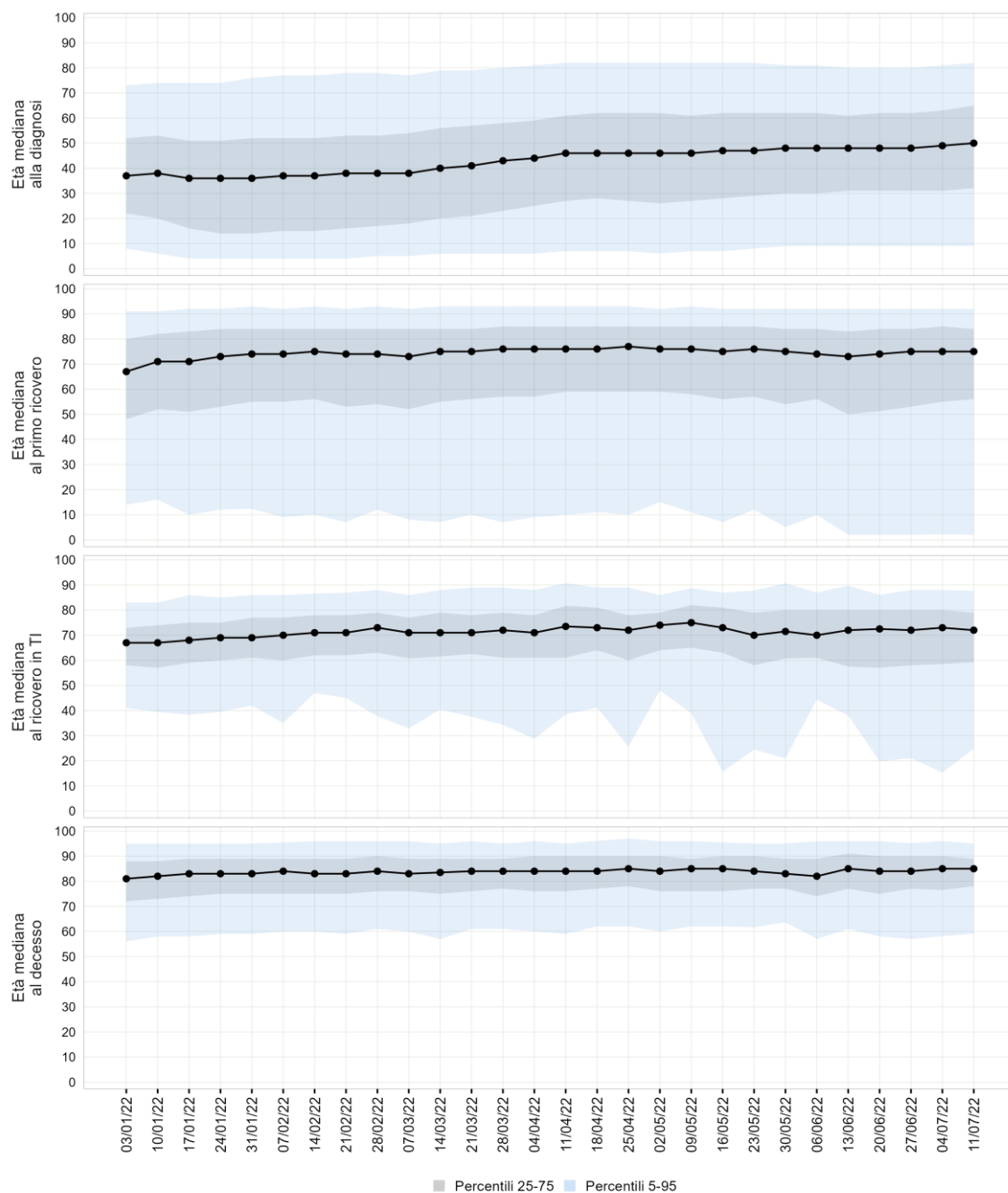


FIGURA 4 - ETÀ MEDIANA DEI CASI DI COVID-19 ALLA DIAGNOSI, AL PRIMO RICOVERO, AL RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA E AL DECESSO IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI

Nota: Il dato relativo all'ultima settimana non è consolidato e verosimilmente sottostimato (vedi Nota metodologica: paragrafo 1)

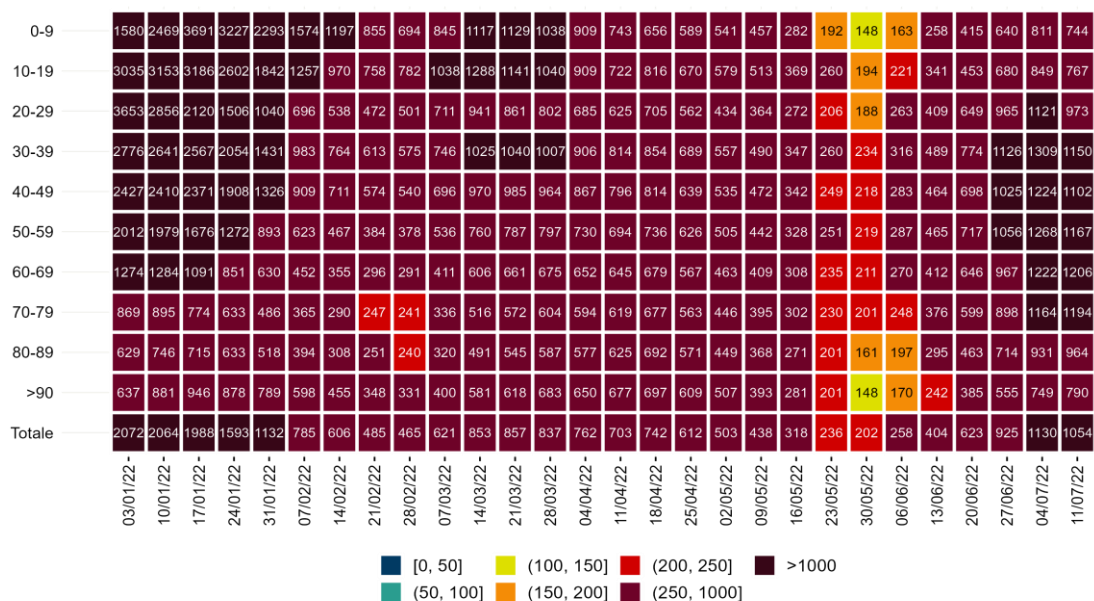


FIGURA 5 - TASSO DI INCIDENZA SETTIMANALE CASI SEGNALATI DI COVID-19 PER 100.000 ABITANTI PER FASCIA DI ETÀ A PARTIRE DA GENNAIO 2022

Nota: Il dato relativo all'ultima settimana non è consolidato e verosimilmente sottostimato (vedi Nota metodologica: paragrafo 1)

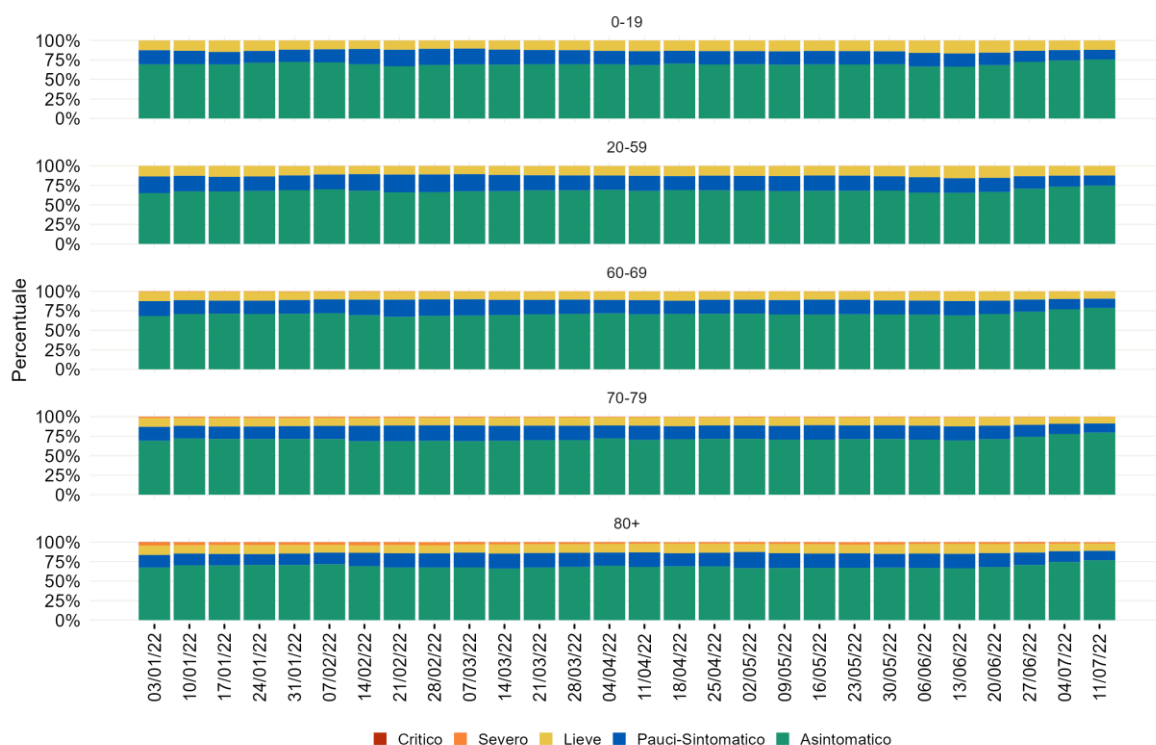


FIGURA 6 - PERCENTUALE SETTIMANALE CASI DI COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER STATO CLINICO E PER FASCIA D'ETÀ

Nota: Il dato relativo all'ultima settimana non è consolidato e verosimilmente sottostimato (vedi Nota metodologica: paragrafo 1)

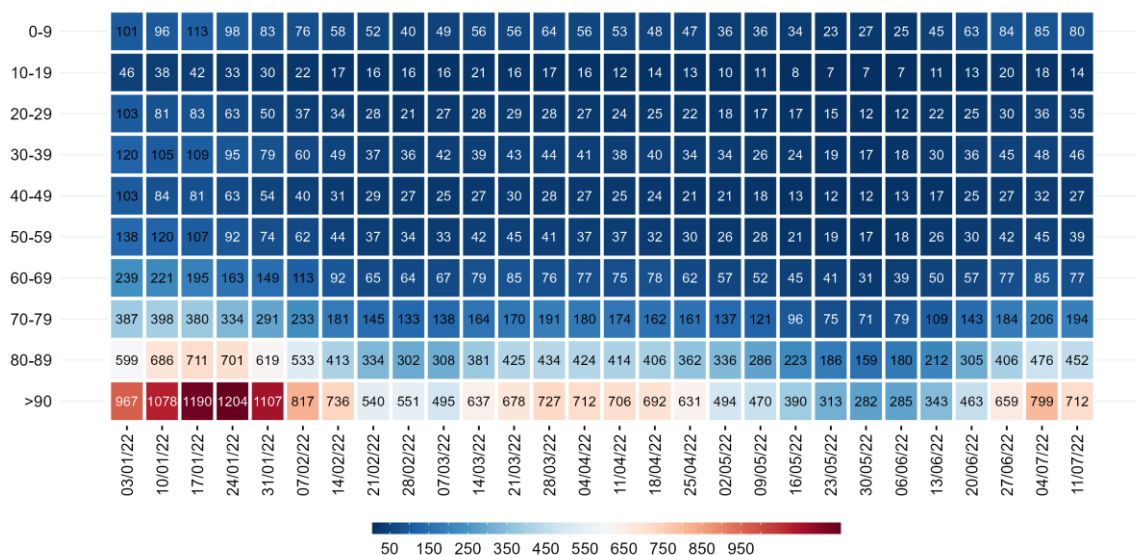


FIGURA 7 - TASSO DI RICOVERO SETTIMANALE PER 1.000.000 DI ABITANTI PER FASCIA D'ETÀ DA GENNAIO 2022

Nota: Il dato relativo alle ultime due settimane non è consolidato e verosimilmente sottostimato (vedi Nota metodologica: paragrafo 1)

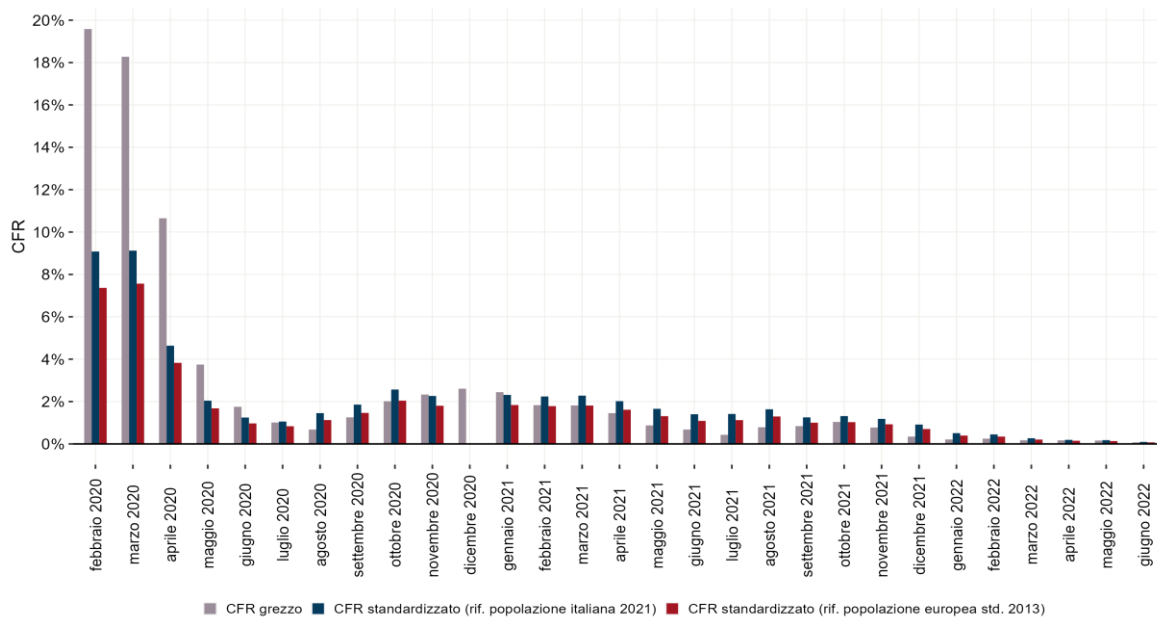


FIGURA 8 - ANDAMENTO PER MESE DI DIAGNOSI DEL CASE FATALITY RATE (CFR) GREZZO E STANDARDIZZATO PER ETÀ RISPETTO ALLA POPOLAZIONE ITALIANA (2021) E ALLA POPOLAZIONE EUROPEA STANDARD (2013)

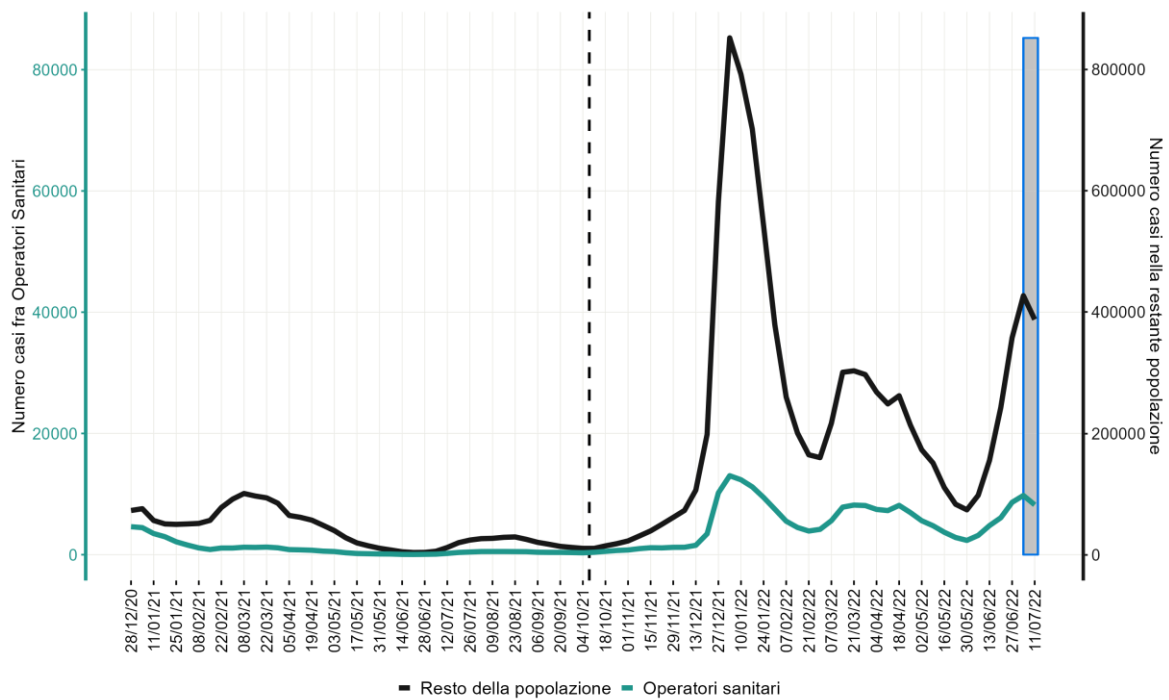


FIGURA 9 - ANDAMENTO SETTIMANALE DEL NUMERO DI CASI FRA GLI OPERATORI SANITARI E NEL RESTO DELLA POPOLAZIONE DI ETÀ COMPRESA TRA 20-65 ANNI DALL'INIZIO DELLA CAMPAGNA VACCINALE E DOPO L'INIZIO DELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA DOSE BOOSTER/AGGIUNTIVA (LINEA NERA TRATTEGGIATA)

Nota: All'interno dell'area grigia il dato deve essere considerato provvisorio (vedi Nota metodologica: paragrafo 1).

Infezioni da virus SARS-CoV-2 nelle ultime due settimane in Italia: dal 04 luglio 2022 al 17 luglio 2022

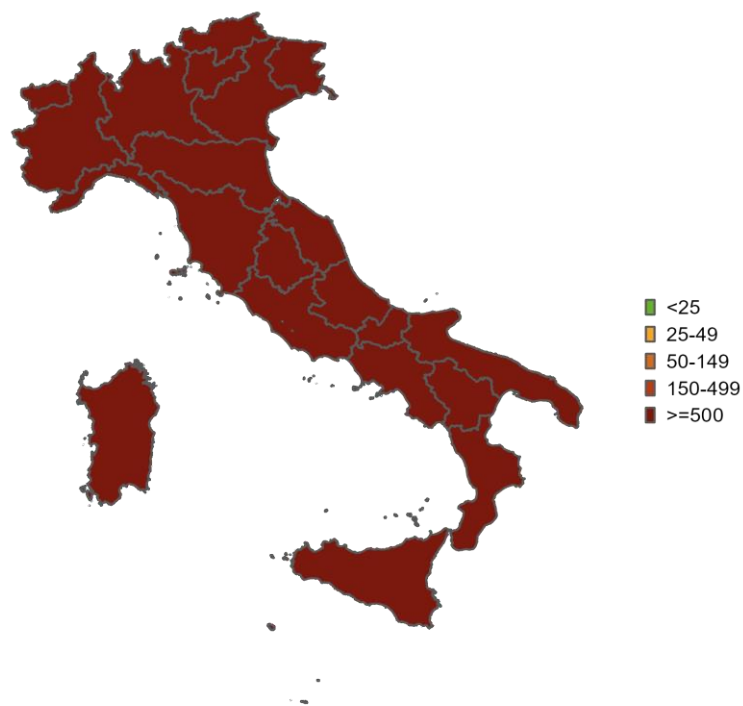


FIGURA 10 - TASSO DI INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI DI CASI DI COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER REGIONE/PA DI NOTIFICA (PERIODO: 04 - 17 LUGLIO 2022)

Le regioni Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Sicilia hanno notificato nell'ultima settimana un numero inferiore di casi per problemi tecnico-organizzativi e forte pressione sui servizi sanitari

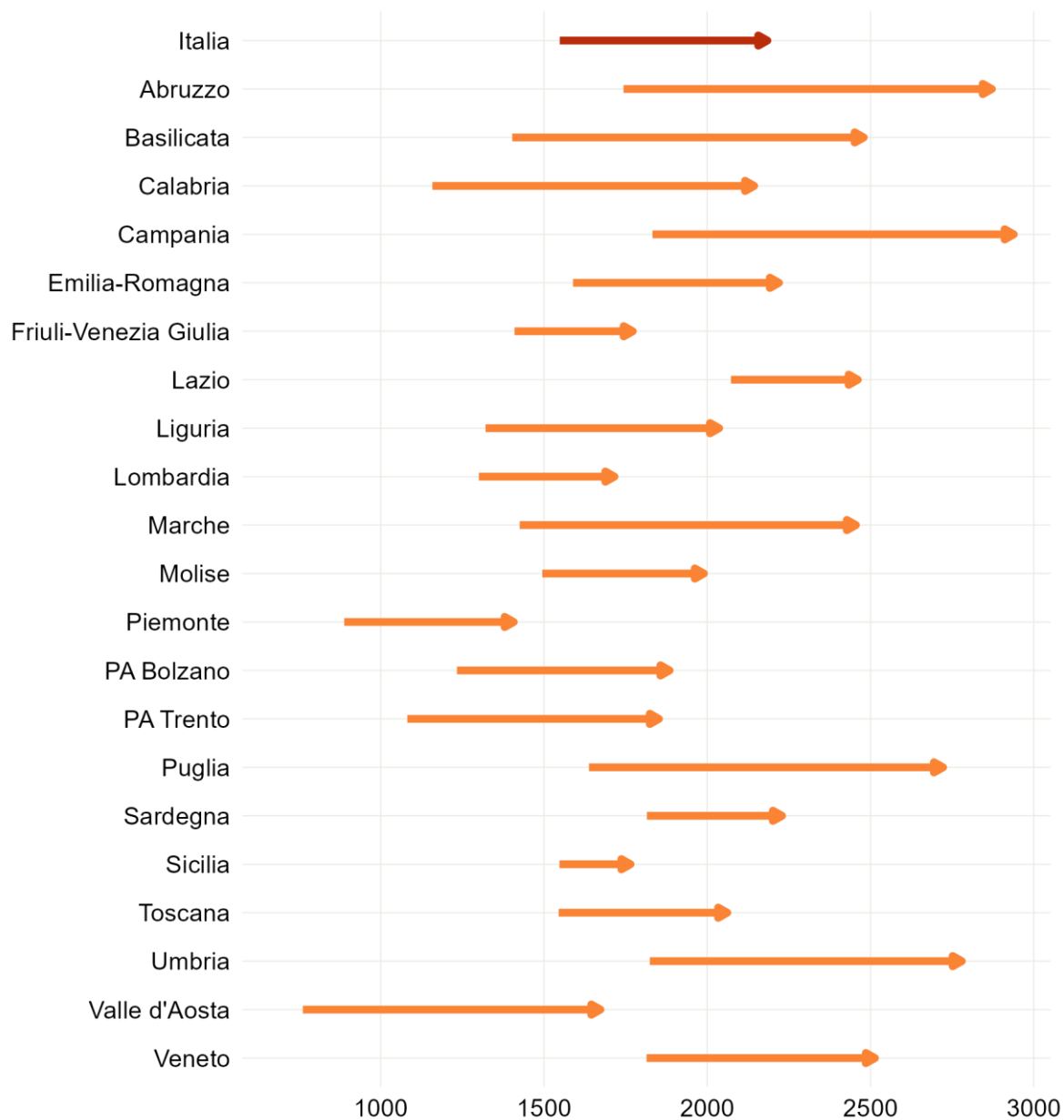


FIGURA 11 - CONFRONTO TRA IL NUMERO DI CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB.) SEGNALATI IN ITALIA PER REGIONE/PA (PERIODO: 04 - 17 LUGLIO 2022 E 20 GIUGNO - 03 LUGLIO 2022)
Le regioni Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Sicilia hanno notificato nell'ultima settimana un numero inferiore di casi per problemi tecnico-organizzativi e forte pressione sui servizi sanitari

TABELLA 2 - NUMERO ASSOLUTO E TASSO DI INCIDENZA (PER 100.000 AB) DEI CASI DI COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER REGIONE/PA DALL'INIZIO DELL'EPIDEMIA (TASSO DI INCIDENZA CUMULATIVA) E NEI PERIODI 11 - 17 LUGLIO 2022 E 04 - 17 LUGLIO 2022

Regione/PA	Numero di casi totale	Incidenza cumulativa (per 100.000 ab.)	N. Casi tra il 11 - 17 luglio 2022	Tasso di incidenza 7GG (per 100.000 ab.)	N. Casi tra il 04 - 17 luglio 2022	Tasso di incidenza 14GG (per 100.000 ab.)
Abruzzo	483.305	37.946,16	18.596	1.460,04	36.572	2.871,41
Basilicata	166.039	30.748,02	7.140	1.322,22	13.387	2.479,08
Calabria	426.344	23.113,26	20.124	1.090,98	39.539	2.143,52
Campania	2.035.952	36.416,89	75.797	1.355,77	164.282	2.938,50
ER	1.699.115	38.339,02	48.604	1.096,71	98.364	2.219,50
FVG	422.793	35.312,35	9.340	780,09	21.213	1.771,74
Lazio	1.975.291	34.562,12	64.806	1.133,93	140.640	2.460,81
Liguria	518.266	34.380,58	15.695	1.041,17	30.694	2.036,17
Lombardia	3.285.787	32.973,12	86.438	867,41	170.961	1.715,61
Marche	519.702	34.884,27	18.634	1.250,78	36.576	2.455,11
Molise	78.578	27.024,20	2.881	990,82	5.785	1.989,55
Piemonte	1.333.331	31.355,68	30.541	718,23	59.837	1.407,17
PA Bolzano	238.976	44.603,88	5.613	1.047,64	10.096	1.884,38
PA Trento	188.740	34.812,73	5.612	1.035,12	10.040	1.851,86
Puglia	1.350.157	34.511,75	50.599	1.293,38	106.490	2.722,02
Sardegna	411.797	26.076,62	17.134	1.084,99	35.197	2.228,81
Sicilia	1.513.569	31.523,05	33.192	691,29	84.734	1.764,75
Toscana	1.363.236	37.081,89	36.598	995,52	75.775	2.061,18
Umbria	345.695	40.217,11	11.923	1.387,09	23.891	2.779,41
VdA	41.175	33.384,14	1.174	951,86	2.063	1.672,65
Veneto	2.023.299	41.677,69	61.165	1.259,93	122.017	2.513,41
Italia	20.421.147	34.622,02	621.606	1.053,87	1.288.153	2.183,93

Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma, 20 luglio 2022

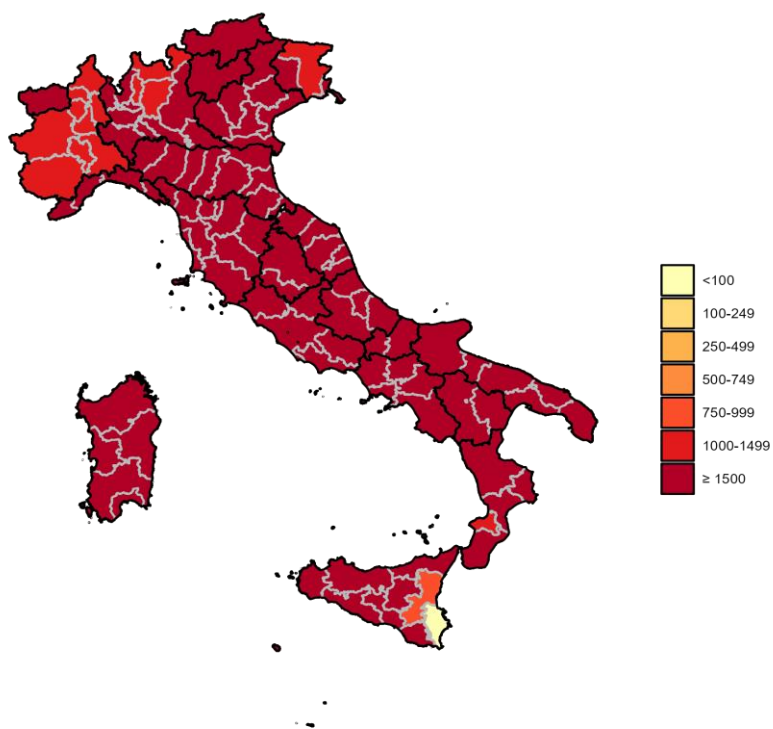


FIGURA 12 - TASSO DI INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI DI CASI DI COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER PROVINCIA DI DOMICILIO/RESIDENZA (PERIODO: 04 - 17 LUGLIO 2022)

Le regioni Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Sicilia hanno notificato nell'ultima settimana un numero inferiore di casi per problemi tecnico-organizzativi e forte pressione sui servizi sanitari



FIGURA 13 - CASI DI COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA PER COMUNE DI DOMICILIO/RESIDENZA (PERIODO: 04 - 17 LUGLIO 2022, XXXX COMUNI CON ALMENO UN CASO)

Le regioni Friuli-Venezia Giulia, Piemonte e Sicilia hanno notificato nell'ultima settimana un numero inferiore di casi per problemi tecnico-organizzativi e forte pressione sui servizi sanitari

Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma, 20 luglio 2022

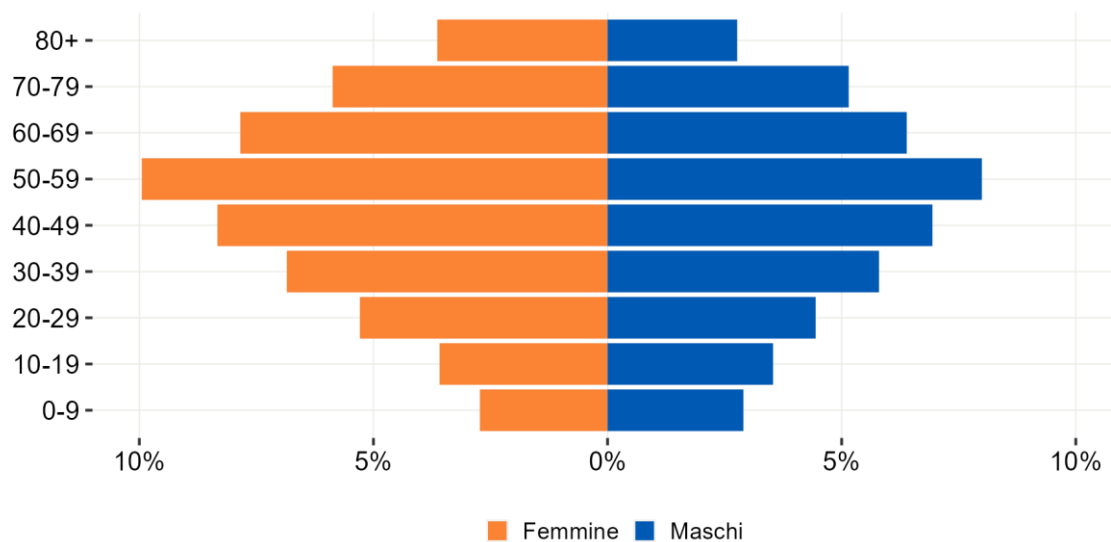


FIGURA 14 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE PER ETÀ E SESSO DEI CASI DI COVID-19 SEGNALATI IN ITALIA (PERIODO: 04 - 17 LUGLIO 2022)

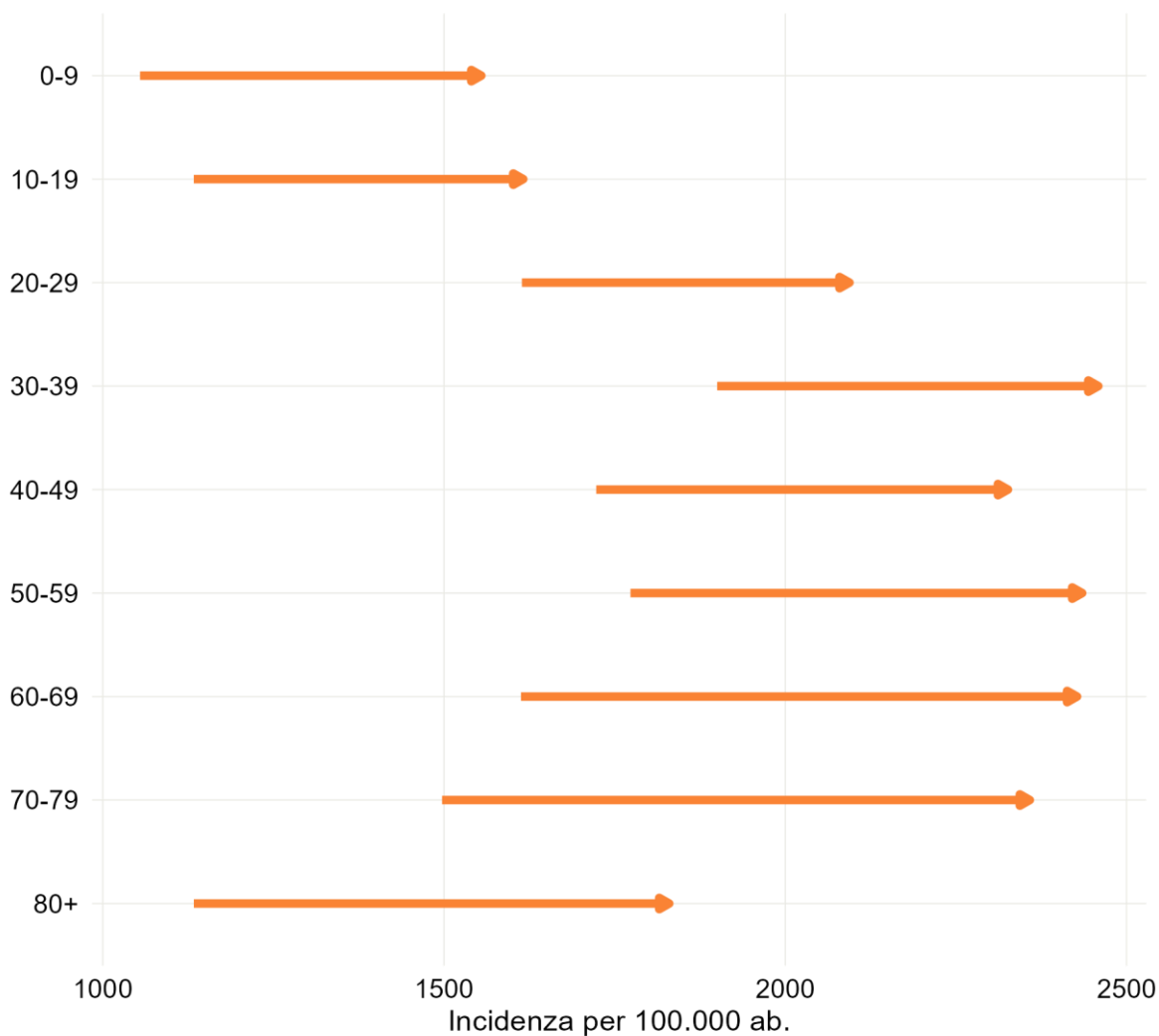


FIGURA 15 - VARIAZIONE TASSO DI INCIDENZA A 14 GIORNI PER 100.000 ABITANTI PER FASCIA DI ETÀ (PERIODO: 04 - 17 LUGLIO 2022)

Trasmissibilità del virus SARS-Cov-2

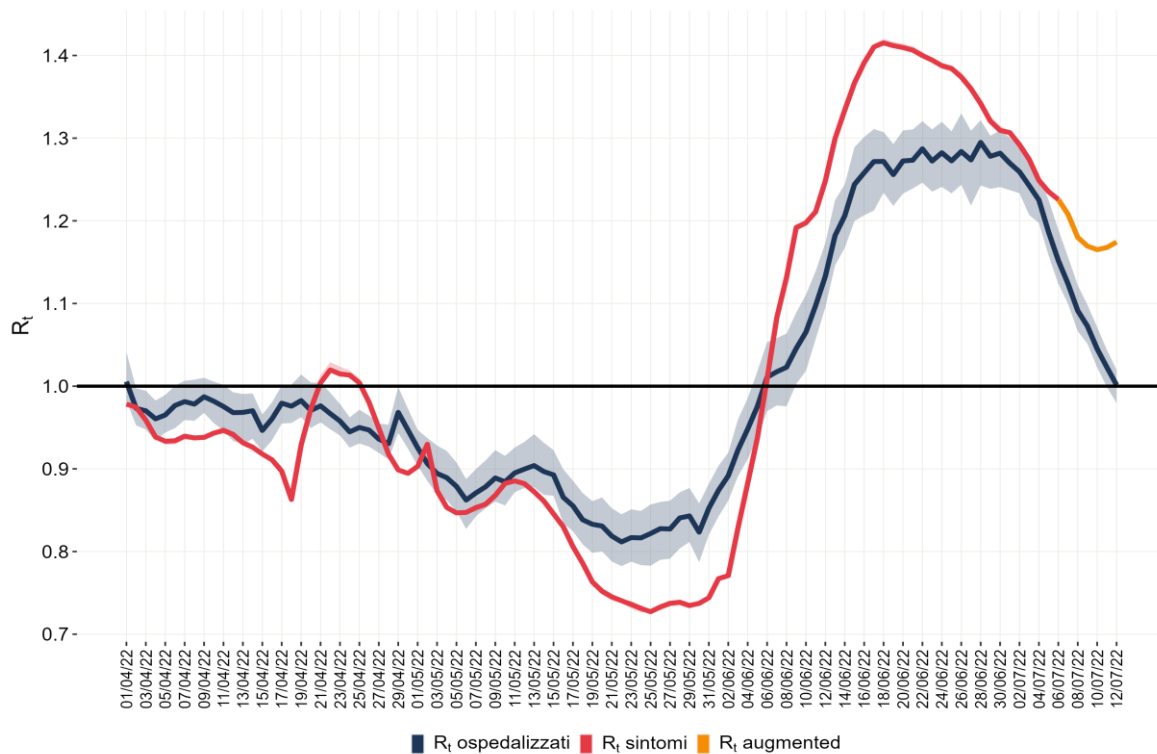


FIGURA 16 - ANDAMENTO GIORNALIERO DI Rt SINTOMI, Rt OSPEDALIZZAZIONI E Rt AUGMENTED NAZIONALE, CALCOLATO IL 20 LUGLIO 2022

Nota: Per i dettagli vedi Nota Metodologica paragrafo 2

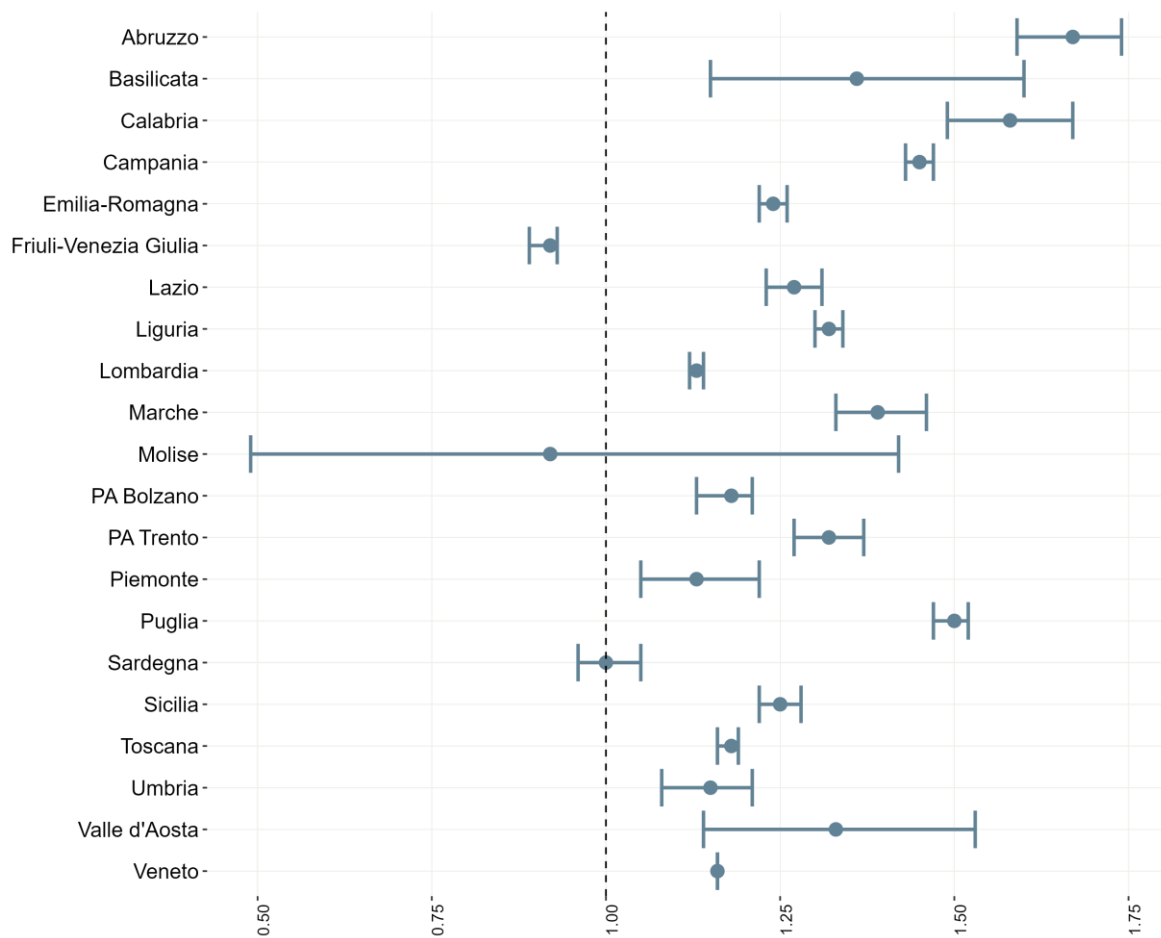


FIGURA 17 - STIMA DELL'RT SINTOMI AL 06 LUGLIO 2022 CALCOLATO IL 20 LUGLIO 2022

Nota: Per i dettagli vedi Nota Metodologica paragrafo 2

Focus età scolare

TABELLA 3 - DISTRIBUZIONE DEI CASI E DEI DECESSI SEGNALATI NELLA POPOLAZIONE 0-19 ANNI PER FASCIA DI ETÀ, IN ITALIA DALL'INIZIO DELL'EPIDEMIA

Classe di età (in anni)	N. casi	N. ospedalizzazioni	N. ricoveri in TI	N. deceduti
<5	678.423	10.844	160	22
5-11	1.690.395	4.229	96	17
12-15	967.286	2.593	94	11
16-19	962.706	3.626	121	11
Totale	4.298.810	21.292	471	61

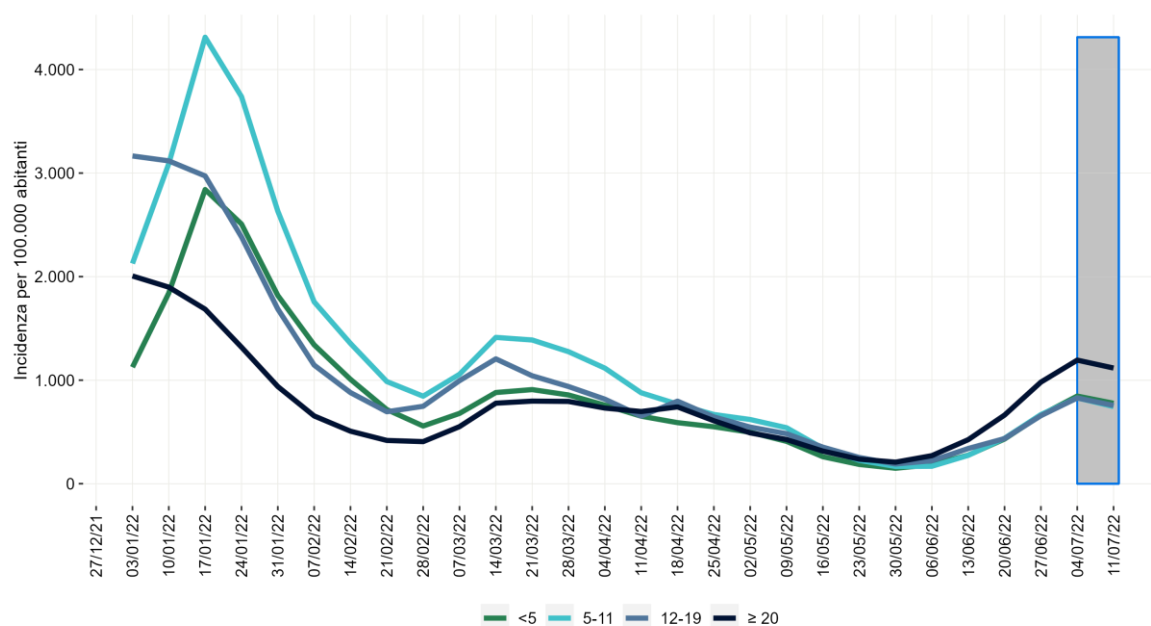


FIGURA 18 - TASSO DI INCIDENZA SETTIMANALE DI CASI DI COVID-19 SEGNALATI PER DATA DI PRELIEVO/DIAGNOSI NELLA POPOLAZIONE 0-19 PER FASCIA D'ETÀ DA GENNAIO 2022

Nota: All'interno dell'area grigia il dato deve essere considerato provvisorio (vedi Nota metodologica: paragrafo 1.)

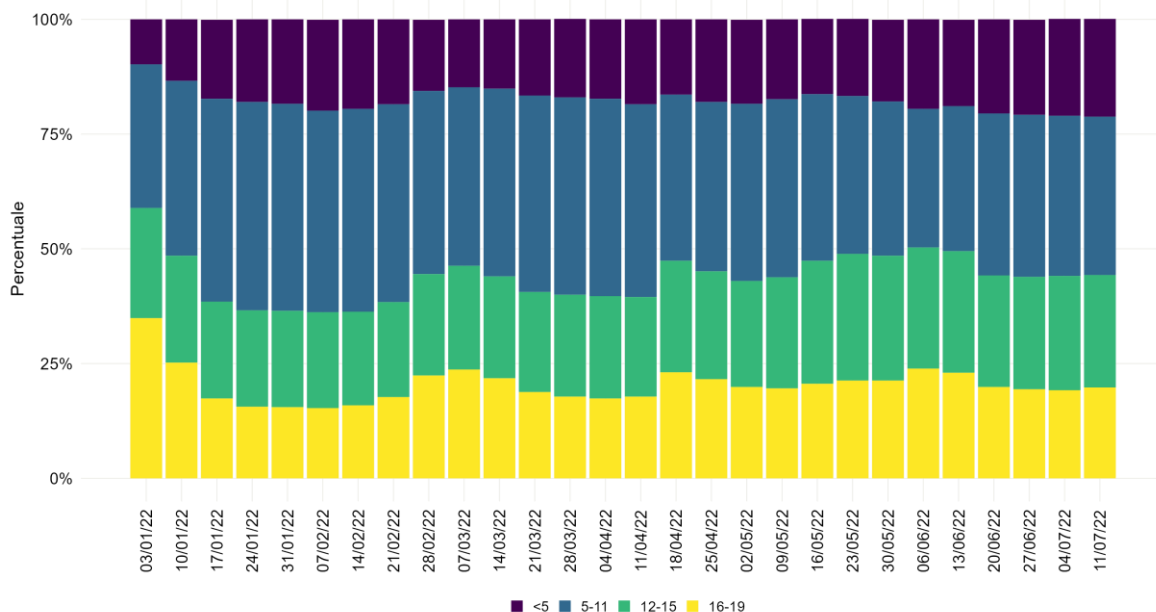


FIGURA 19 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE SETTIMANALE DEI CASI COVID-19 PER DATA DI PRELIEVO/DIAGNOSI NELLA POPOLAZIONE 0-19 ANNI PER FASCIA DI ETÀ DA GENNAIO 2022

Nota: Il dato relativo all'ultima settimana non è consolidato e verosimilmente sottostimato (vedi Nota metodologica: paragrafo 1)

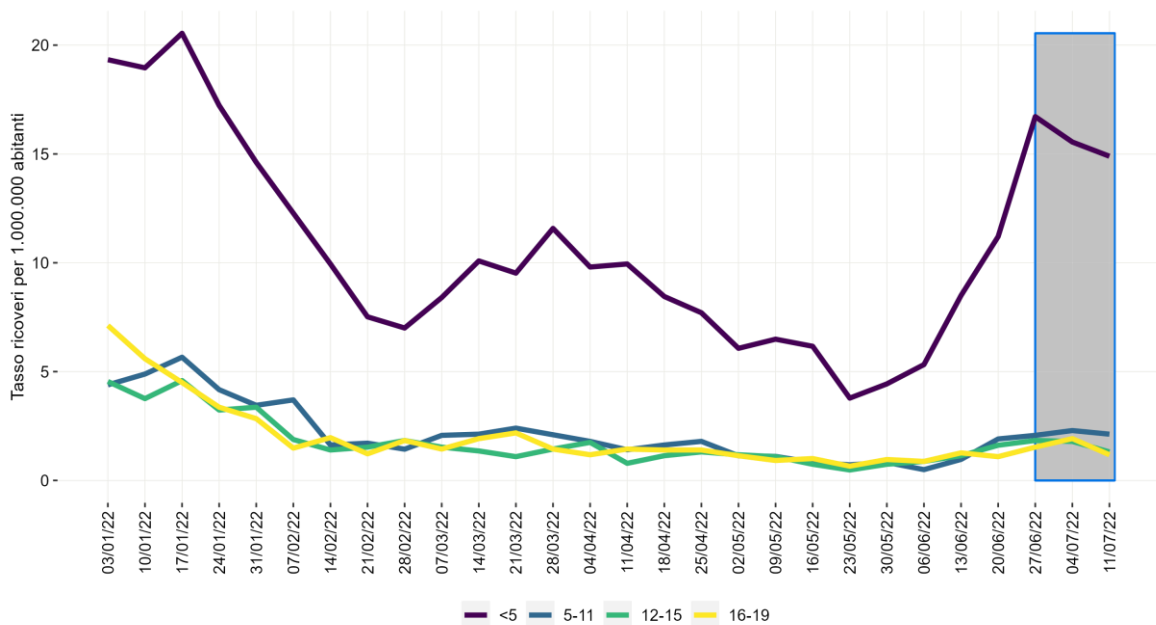


FIGURA 20 - TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE SETTIMANALE PER 1.000.000 ABITANTI PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI NELLA POPOLAZIONE 0-19 ANNI PER FASCIA DI ETÀ DA GENNAIO 2022

Nota: All'interno dell'area grigia il dato deve essere considerato provvisorio (vedi Nota metodologica: paragrafo 1)

Reinfezioni da SARS-CoV-2

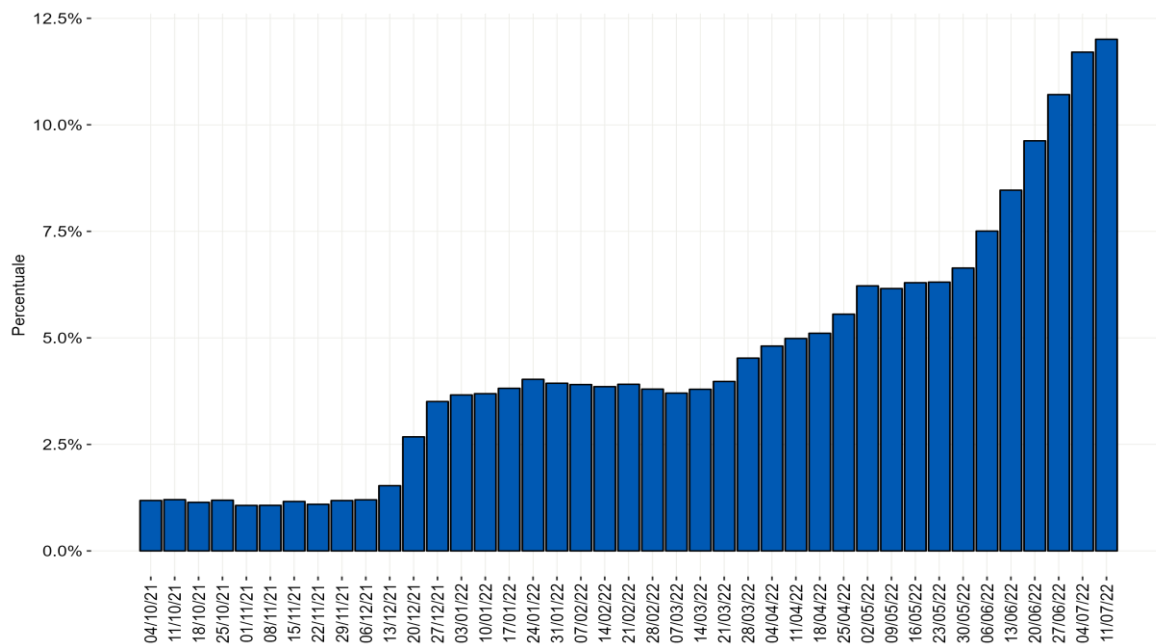


FIGURA 21 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE SETTIMANALE DEI CASI DI REINFEZIONE DA SARS-CoV-2 SUL TOTALE DEI CASI SEGNALATI PER DATA DI PRELIEVO/DIAGNOSI A PARTIRE DA GENNAIO 2022

Nota:

- Il dato relativo all'ultima settimana non è consolidato e verosimilmente sottostimato (vedi Nota metodologica: paragrafo 1).
- La linea nera tratteggiata al 06/12/2022 rappresenta all'incirca la data di inizio circolazione della variante Omicron in Italia

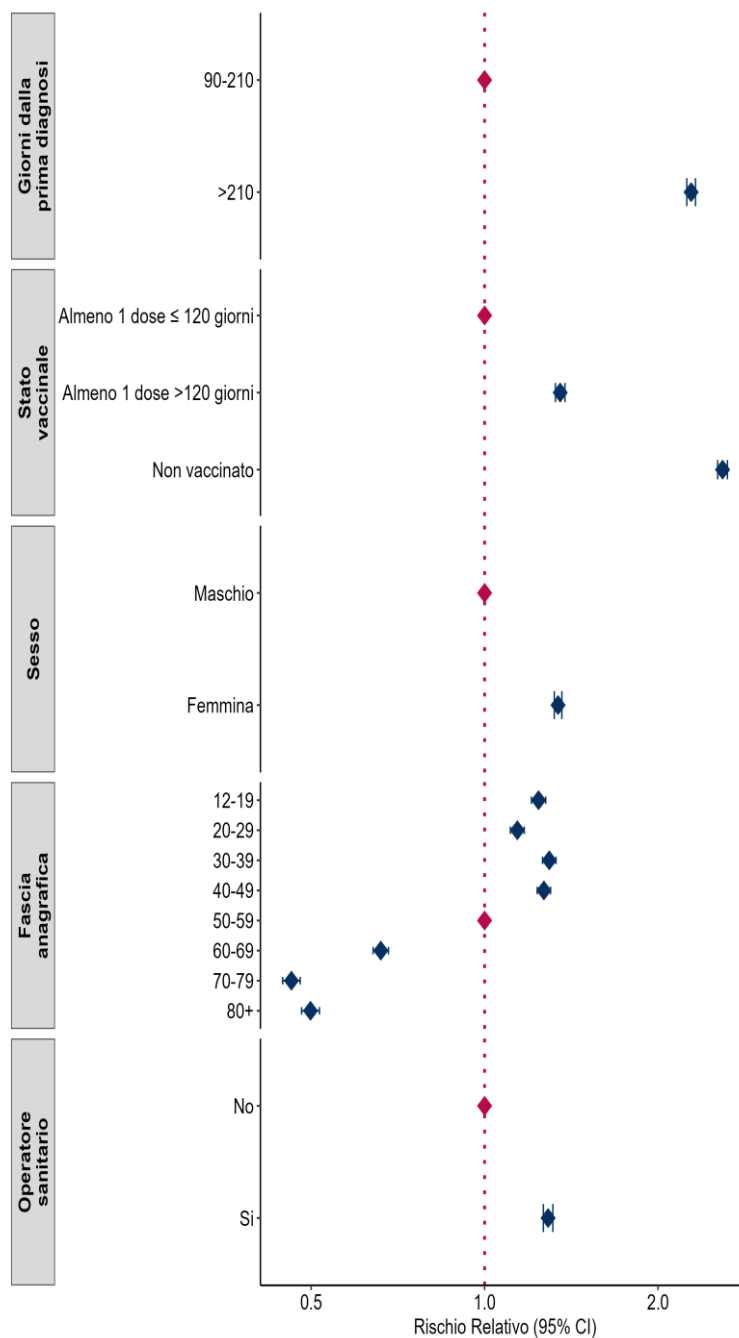


FIGURA 22 - RISCHIO RELATIVO AGGIUSTATO DI REINFEZIONE (95% IC) PER LA POPOLAZIONE DI ETÀ ≥12 ANNI A PARTIRE DAL 6/12/2021 RISPETTO AI GIORNI TRASCORSI DALLA PRIMA DIAGNOSI, ALLO STATO VACCINALE, ALLA FASCIA DI ETÀ E ALL'ESSERE O MENO OPERATORE SANITARIO

Nota:

- Il grafico sono rappresentati i rischi relativi aggiustati derivati dalla stima di un modello lineare generalizzato ad effetti casuali (vedi Nota Metodologica: paragrafo 3).
- Si evidenzia che un valore di rischio relativo (RR) superiore ad 1 indica un aumento del rischio, mentre valori inferiori ad uno indicano una diminuzione del rischio rispetto alla categoria di riferimento identificata dal rombo colorato in rosso (vedi Nota Metodologica: paragrafo 3.3)
- L'asse x (RR) per facilitare il lettore è rappresentata su scala logaritmica
- Per definizione dello stato vaccinale per l'analisi delle reinfezioni vedere Glossario alla voce Reinfezione da SARS-CoV2

Impatto delle vaccinazioni nel prevenire infezioni, infezioni gravi e decessi

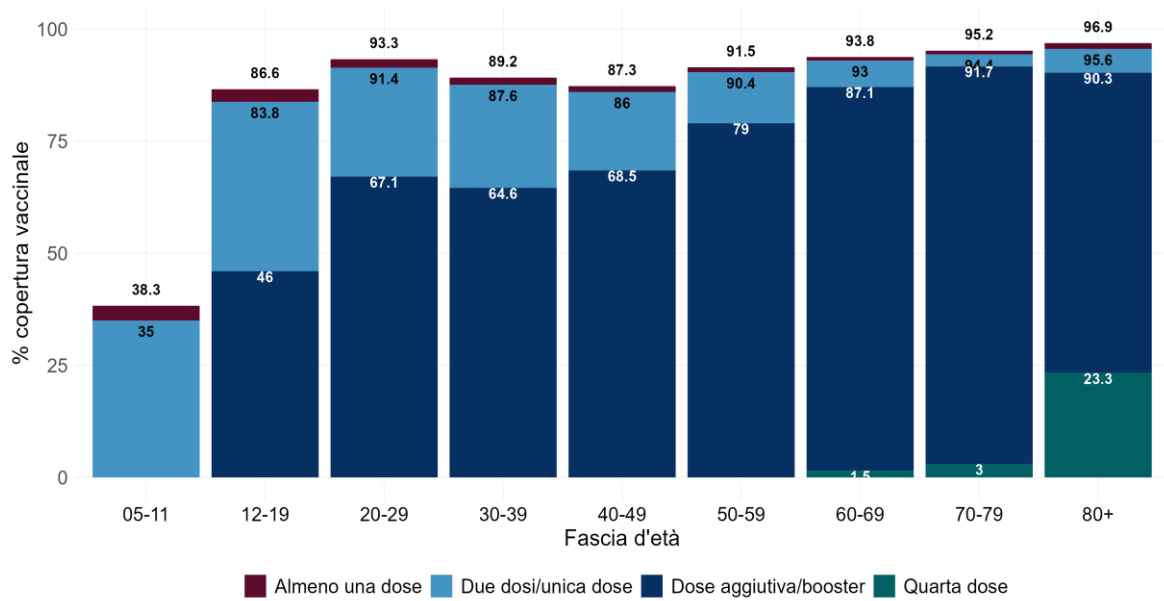


FIGURA 23 - COPERTURA VACCINALE PERCENTUALE PER FASCIA DI ETÀ, POPOLAZIONE ≥5 ANNI
 Fonte Dati: <https://raw.githubusercontent.com/italia/covid19-opendata-vaccini/master/dati/somministrazioni-vaccini-latest.csv>

TABELLA 4A - POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ ≥ 5 ANNI E NUMERO DI CASI DI COVID-19 SEGNALATI PER STATO VACCINALE E CLASSE D'ETÀ

Gruppo	Fascia di età	Non vaccinati	Vaccinati con ciclo incompleto	Vaccinati con ciclo completo da almeno 120 giorni	Vaccinati con ciclo completo da <120 giorni	Vaccinati con ciclo completo + dose aggiuntiva/booster	Vaccinati con quarta dose
Popolazione 02/07/2022	05-11	2.260.964	121.538	992.635	280.932		
	12-39	1.763.039	355.903	4.598.992	253.282	10.472.284	
	40-59	1.926.794	226.511	2.514.967	185.302	13.546.919	
	60-79	755.478	108.513	672.734	125.293	11.811.656	74.338
	80+	144.246	60.424	248.379	37.842	3.293.613	817.476
	Totale	6.850.521	872.889	9.027.707	882.651	39.124.472	891.814
Diagnosi tra 17/06/2022-17/07/2022	05-11	59.896	3.567	28.870	7.283	0	0
	12-39	77.836	12.872	112.833	9.444	442.139	0
	40-59	73.055	9.205	78.097	7.843	600.791	0
	60-79	35.452	3.157	34.803	4.024	469.776	7.722
	80+	8.090	676	6.102	835	100.236	22.041
	Totale	254.329	29.477	260.705	29.429	1.612.942	29.763

Nota: Per maggiori dettagli vedere Nota metodologica paragrafo 4

§ Solo i soggetti fra i 60 ed i 79 anni con condizioni concomitanti/preesistenti di elevata fragilità sono attualmente eleggibili per la somministrazione della quarta dose. Vista la bassa numerosità di questo gruppo e le condizioni di fragilità che caratterizzano i soggetti eleggibili, l'incidenza ed il confronto con gli altri stati vaccinali non sono riportati in quanto non si ritengono rappresentativi dell'efficacia della quarta dose per la popolazione 60-79.

TABELLA 4B - POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ ≥ 5 ANNI E NUMERO DI CASI DI COVID-19 OSPEDALIZZATI E RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA PER STATO VACCINALE E CLASSE D'ETÀ

Gruppo	Fascia di età	Non vaccinati	Vaccinati con ciclo incompleto	Vaccinati con ciclo completo da almeno 120 giorni	Vaccinati con ciclo completo da <120 giorni	Vaccinati con ciclo completo + dose aggiuntiva/booster	Vaccinati con quarta dose
Popolazione 18/06/2022	05-11	2.263.315	122.870	642.401	627.483		
	12-39	1.764.988	357.135	4.439.281	444.679	10.437.417	
	40-59	1.927.639	227.266	2.397.754	327.865	13.519.969	
	60-79	756.220	108.998	605.801	230.891	11.782.688	63.414
	80+	144.783	60.543	242.758	61.316	3.365.713	726.867
	Totale	6.856.945	876.812	8.327.995	1.692.234	39.105.787	790.281
Diagnosi tra 03/06/2022-03/07/2022 con ospedalizzazione	05-11	152	6	26	22	0	0
	12-39	394	59	346	53	929	0
	40-59	330	31	253	38	1.328	0
	60-79	714	61	421	73	3.781	136
	80+	819	60	359	75	4.094	593
	Totale	2.409	217	1.405	261	10.132	729
Diagnosi tra 03/06/2022-03/07/2022 con ricovero in TI	05-11	1	0	2	0	0	0
	12-39	4	1	6	3	24	0
	40-59	22	1	15	3	64	0
	60-79	51	3	27	3	210	9
	80+	26	2	7	4	128	14
	Totale	104	7	57	13	426	23

Nota: Per maggiori dettagli vedere Nota metodologica paragrafo 4

§ Solo i soggetti fra i 60 ed i 79 anni con condizioni concomitanti/preesistenti di elevata fragilità sono attualmente eleggibili per la somministrazione della quarta dose. Vista la bassa numerosità di questo gruppo e le condizioni di fragilità che caratterizzano i soggetti eleggibili, l'incidenza ed il confronto con gli altri stati vaccinali non sono riportati in quanto non si ritengono rappresentativi dell'efficacia della quarta dose per la popolazione 60-79.

TABELLA 4C - POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ ≥ 5 ANNI E NUMERO DI CASI DI COVID-19 DECEDUTI PER STATO VACCINALE E CLASSE D'ETÀ

Gruppo	Fascia di età	Non vaccinati	Vaccinati con ciclo incompleto	Vaccinati con ciclo completo da almeno 120 giorni	Vaccinati con ciclo completo da <120 giorni	Vaccinati con ciclo completo + dose aggiuntiva/booster	Vaccinati con quarta dose
Popolazione 11/06/2022	05-11	2.264.509	123.447	437.015	831.098		
	12-39	1.765.890	357.836	4.344.017	554.729	10.421.028	
	40-59	1.928.070	227.725	2.347.117	391.377	13.506.204	
	60-79	756.485	109.345	590.378	267.096	11.766.684	58.024
	80+	145.011	60.615	243.289	68.726	3.413.055	671.284
	Totale	6.859.965	878.968	7.961.816	2.113.026	39.106.971	729.308
Diagnosi tra 27/05/2022-26/06/2022 con decesso	05-11	0	0	0	0	0	0
	12-39	1	0	1	0	6	0
	40-59	15	1	12	3	22	0
	60-79	54	6	31	7	208	7
	80+	167	11	68	15	506	56
	Totale	237	18	112	25	742	63

Nota: Per maggiori dettagli vedere Nota metodologica paragrafo 4

§ Solo i soggetti fra i 60 ed i 79 anni con condizioni concomitanti/preesistenti di elevata fragilità sono attualmente eleggibili per la somministrazione della quarta dose. Vista la bassa numerosità di questo gruppo e le condizioni di fragilità che caratterizzano i soggetti eleggibili, l'incidenza ed il confronto con gli altri stati vaccinali non sono riportati in quanto non si ritengono rappresentativi dell'efficacia della quarta dose per la popolazione 60-79.

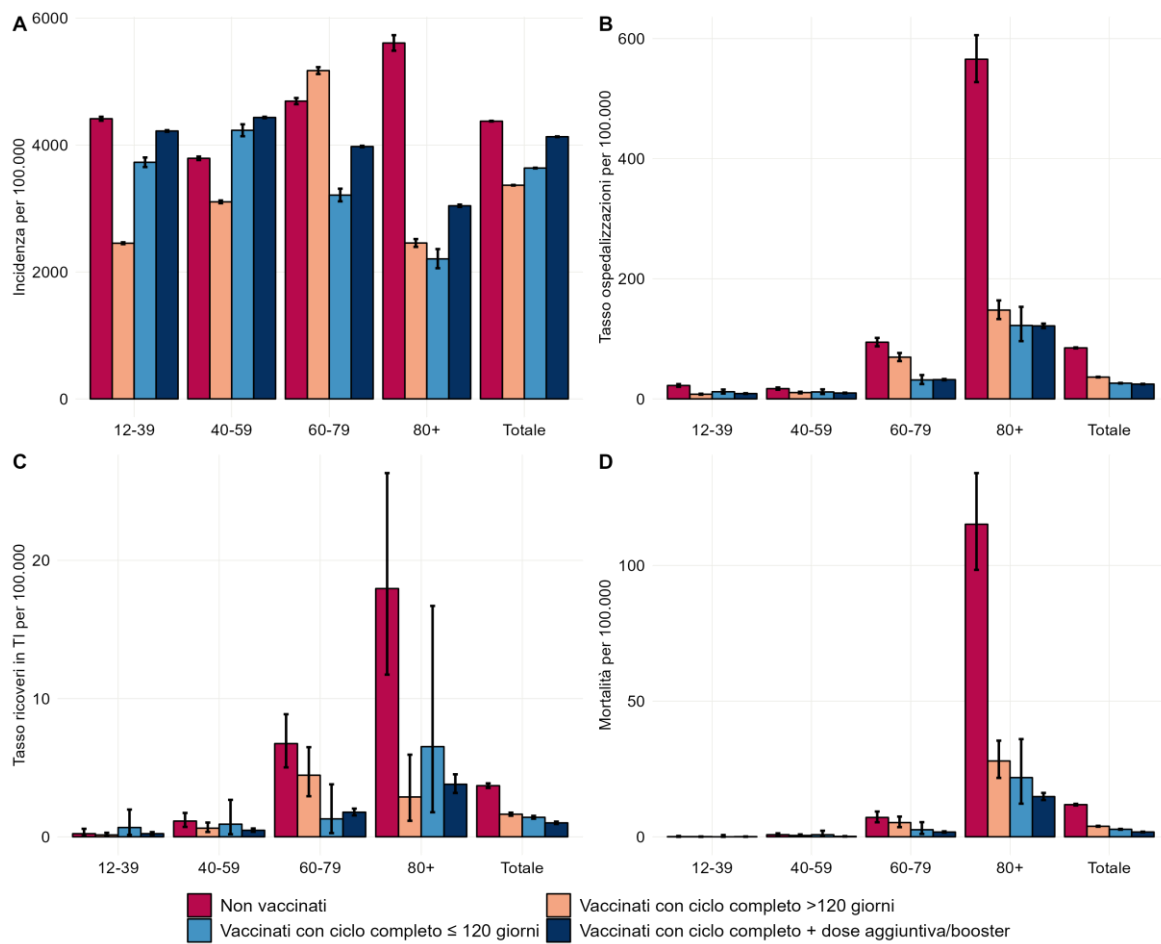


FIGURA 24 - TASSO DI INCIDENZA CASI COVID-19 SEGNALATI (A), DI OSPEDALIZZAZIONE (B), DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA (C) E DI DECESSO (D) PER 100.000 PER STATO VACCINALE E FASCIA DI ETÀ

Note:

- Il tasso relativo alla popolazione complessiva ("Totale") equivale al tasso standardizzato rispetto alla popolazione 2022 (<https://demo.istat.it/>)

- Il tasso di incidenza degli ultimi 30 giorni potrebbe essere sottostimato in quanto considera a rischio tutte le persone, tranne quelle che sono state diagnosticate e riportate alla sorveglianza negli ultimi 3 mesi. A causa dell'elevato numero di nuove infezioni, spesso non diagnosticate o autodiagnosticate e quindi non riportate alla sorveglianza, il numero delle persone a rischio considerate per il calcolo del tasso di incidenza è verosimilmente sovrastimato, in particolare nelle fasce 12-39 e 40-59. È inoltre verosimile la presenza di una più elevata sottotitola delle diagnosi nella popolazione non vaccinata e vaccinata da oltre 120 giorni. (Per maggiori dettagli vedere Nota metodologica paragrafo 4)

TABELLA 5 - TASSO DI INCIDENZA CASI COVID-19 SEGNALATI, DI OSPEDALIZZAZIONE, DI RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA E DI DECESSO PER 100.000 E RISCHIO RELATIVO PER STATO VACCINALE E FASCIA DI ETÀ

Gruppo	Fascia di età	Tasso (per 100,000)				Rischio relativo		
		Non vaccinati	Vaccinati con ciclo completo >120 giorni	Vaccinati con ciclo completo = 120 giorni	Vaccinati con ciclo completo + dose aggiuntiva/booster	Non vaccinati rispetto a vaccinati con ciclo completo >120 giorni	Non vaccinati rispetto a vaccinati con ciclo completo = 120 giorni	Non vaccinati rispetto a vaccinati con ciclo completo + dose aggiuntiva/booster
Diagnosi tra 17/06/2022-17/07/2022	12-39	4.414,9	2.453,4	3.728,7	4.222,0	1,8	1,2	1,0
	40-59	3.791,5	3.105,3	4.232,6	4.434,9	1,2	0,9	0,9
	60-79	4.692,7	5.173,4	3.211,7	3.977,2	0,9	1,5	1,2
	80+	5.608,5	2.456,7	2.206,5	3.043,3	2,3	2,5	1,8
	Totale	4.376,6	3.367,2	3.637,8	4.131,5	1,3	1,2	1,1
Diagnosi tra 03/06/2022-03/07/2022 con ospedalizzazione	12-39	22,3	7,8	11,9	8,9	2,9	1,9	2,5
	40-59	17,1	10,6	11,6	9,8	1,6	1,5	1,7
	60-79	94,4	69,5	31,6	32,1	1,4	3,0	2,9
	80+	565,7	147,9	122,3	121,6	3,8	4,6	4,7
	Totale	85,0	36,3	26,2	24,7	2,3	3,2	3,4
Diagnosi tra 03/06/2022-03/07/2022 con ricovero in TI	12-39	0,2	0,1	0,7	0,2	2,0	0,3	1,0
	40-59	1,1	0,6	0,9	0,5	1,8	1,2	2,2
	60-79	6,7	4,5	1,3	1,8	1,5	5,2	3,7
	80+	18,0	2,9	6,5	3,8	6,2	2,8	4,7
	Totale	3,7	1,6	1,4	1,0	2,3	2,6	3,7
Diagnosi tra 27/05/2022-26/06/2022 con decesso	12-39	0,1	0,0	0,0	0,1	Inf	Inf	1,0
	40-59	0,8	0,5	0,8	0,2	1,6	1,0	4,0
	60-79	7,1	5,3	2,6	1,8	1,3	2,7	3,9
	80+	115,2	28,0	21,8	14,8	4,1	5,3	7,8
	Totale	11,9	3,9	2,8	1,8	3,1	4,2	6,6

Note: Per maggiori dettagli vedere Nota metodologica paragrafo 4

- Il tasso relativo alla popolazione complessiva ('Totale') equivale al tasso standardizzato rispetto alla popolazione ISTAT 2022

- L'efficacia vaccinale riportata in tabella potrebbe essere sottostimata in quanto considera a rischio tutte le persone tranne quelle che sono state diagnosticate e riportate alla sorveglianza negli ultimi 3 mesi. A causa dell'elevato numero di nuove infezioni, spesso non diagnosticate o autodiagnosticate e quindi non riportate alla sorveglianza, il numero delle persone a rischio considerate per la stima dell'efficacia è verosimilmente sovrastimato, in particolare nelle fasce 12-39 e 40-59. È inoltre verosimile la presenza di una più elevata sottotitola delle diagnosi nella popolazione non vaccinata e vaccinata da oltre 120 giorni.

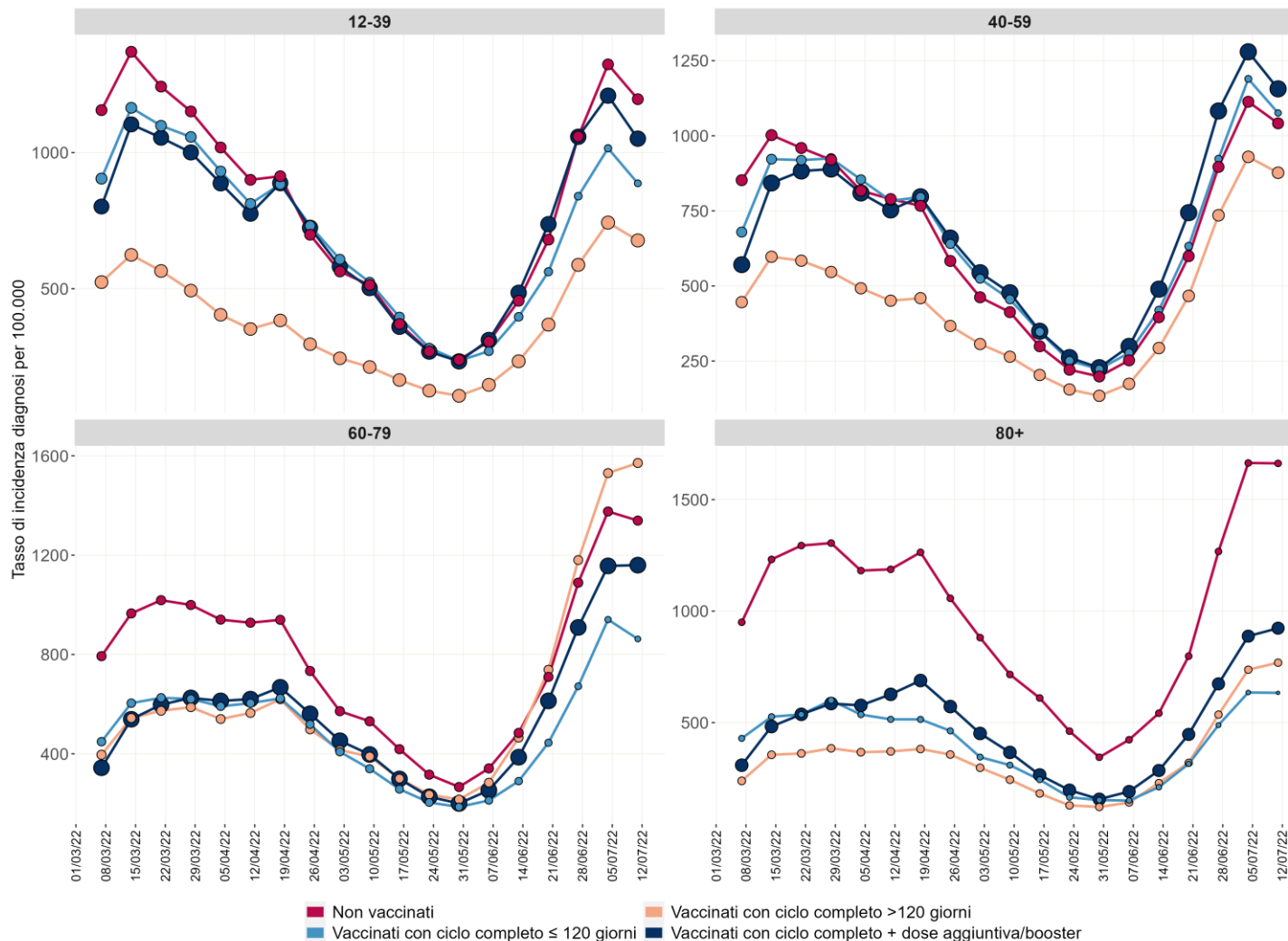


FIGURA 25 - TASSO DI INCIDENZA SETTIMANALE CASI COVID-19 SEGNALATI PER 100.000 PER STATO VACCINALE E FASCIA DI ETÀ

Nota: Per maggiori dettagli vedere Nota metodologica paragrafo 4

- L'efficacia vaccinale riportata in tabella potrebbe essere sottostimata in quanto considera a rischio tutte le persone tranne quelle che sono state diagnosticate e riportate alla sorveglianza negli ultimi 3 mesi. A causa dell'elevato numero di nuove infezioni, spesso non diagnostiche o autodiagnosticate e quindi non riportate alla sorveglianza, il numero delle persone a rischio considerate per la stima dell'efficacia è verosimilmente sovrastimato, in particolare nelle fasce 12-39 e 40-59. E' inoltre verosimile la presenza di una più elevata sottotifica delle diagnosi nella popolazione non vaccinata e vaccinata da oltre 120 giorni.

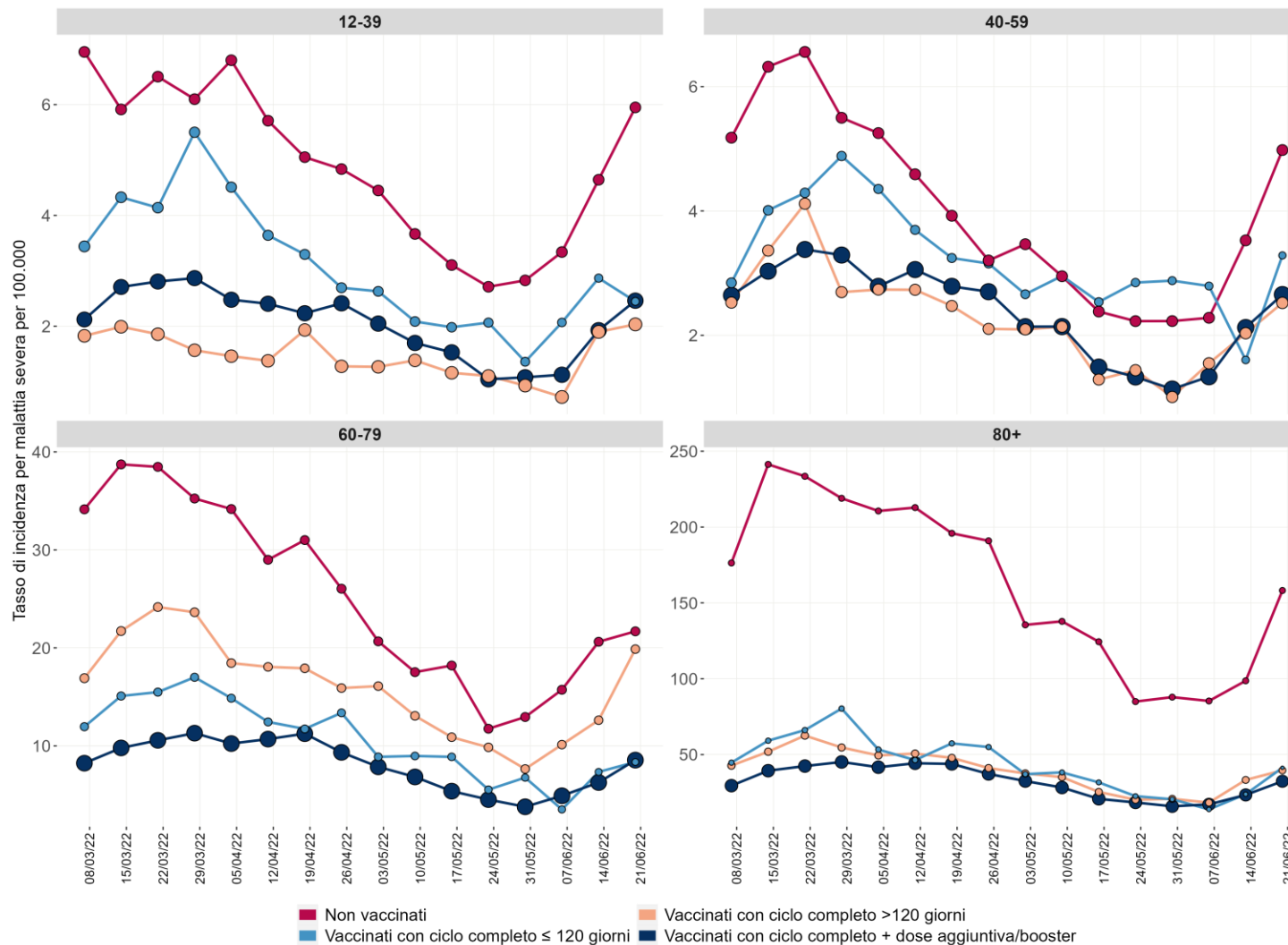


FIGURA 26 - TASSO DI INCIDENZA SETTIMANALE MALATTIA SEVERA PER 100.000 PER STATO VACCINALE E FASCIA DI ETÀ

Nota: Per maggiori dettagli vedere Nota metodologica paragrafo 4

- L'efficacia vaccinale riportata in tabella potrebbe essere sottostimata in quanto considera a rischio tutte le persone tranne quelle che sono state diagnosticate e riportate alla sorveglianza negli ultimi 3 mesi. A causa dell'elevato numero di nuove infezioni, spesso non diagnosticate o autodiagnosticate e quindi non riportate alla sorveglianza, il numero delle persone a rischio considerate per la stima dell'efficacia è verosimilmente sovrastimato, in particolare nelle fasce 12-39 e 40-59. E' inoltre verosimile la presenza di una più elevata sottotifica delle diagnosi nella popolazione non vaccinata e vaccinata da oltre 120 giorni.

TABELLA 6 - STIMA EFFICACIA VACCINALE [IC 95%] PER FASCIA DI ETÀ DAL 3/01/2022

Gruppo	Fascia di età	Vaccinati con ciclo completo entro 90 giorni	Vaccinati con ciclo completo da 91 - 120 giorni	Vaccinati con ciclo completo da oltre 120 giorni	Vaccinati con ciclo completo + dose aggiuntiva/booster
Diagnosi (3/01/2022 – 17/7/2022)	12-39	35,1 [34,9-35,4]	29,0 [28,7-29,3]	48,4 [48,3-48,6]	44,6 [44,4-44,7]
	40-59	36,2 [35,9-36,5]	30,2 [29,8-30,6]	38,5 [38,3-38,7]	44,1 [44,0-44,3]
	60-79	56,8 [56,4-57,3]	48,5 [47,9-49,1]	39,9 [39,6-40,3]	58,5 [58,3-58,7]
	80+	65,7 [64,9-66,5]	62,5 [61,3-63,6]	70,5 [70,1-70,8]	70,4 [70,2-70,7]
	Totale	36,3 [36,1-36,5]	27,4 [27,1-27,6]	44,9 [44,8-45,0]	48,3 [48,2-48,4]
Malattia severa (3/01/2022 – 26/6/2022)	12-39	50,5 [47,5-53,4]	62,7 [60,0-65,1]	76,2 [75,0-77,2]	-*
	40-59	57,1 [54,0-60,0]	59,6 [56,1-62,7]	64,1 [62,5-65,6]	74,9 [74,0-75,8]
	60-79	71,9 [70,1-73,5]	70,7 [68,4-72,9]	61,7 [60,6-62,8]	85,7 [85,4-86,1]
	80+	81,0 [79,8-82,2]	79,9 [78,0-81,7]	79,2 [78,6-79,8]	90,6 [90,4-90,8]
	Totale	66,8 [65,8-67,8]	68,0 [66,7-69,2]	69,7 [69,2-70,3]	85,4 [85,2-85,6]

Note:

- Per maggiori dettagli vedere Nota metodologica paragrafo 4.6 – 4.7.

- I dati relativi all'efficacia nella fascia di età 5-11 anni sono disponibili nel seguente studio ISS: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01185-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01185-0/fulltext)

- L'efficacia vaccinale riportata in tabella potrebbe essere sottostimata in quanto considera a rischio tutte le persone tranne quelle che sono state diagnosticate e riportate alla sorveglianza negli ultimi 3 mesi. A causa dell'elevato numero di nuove infezioni, spesso non diagnosticate o autodiagnosticate e quindi non riportate alla sorveglianza, il numero delle persone a rischio considerate per la stima dell'efficacia è verosimilmente sovrastimato, in particolare nelle fasce 12-39 e 40-59. E' inoltre verosimile la presenza di una più elevata sottonotifica delle diagnosi nella popolazione non vaccinata e vaccinata da oltre 120 giorni.

Nota metodologica

1. Differenze tr flusso MdS/PC e flusso ISS

Il numero di eventi riportati nel presente report potrebbe non essere allineato con il numero di eventi riportato nel bollettino quotidiano COVID-19 prodotto dal Ministero della Salute/Protezione Civile (MdS/PC).

Ciò deriva dal fatto che il flusso ISS è più complesso ed articolato rispetto a quello MdS/PC in quanto raccoglie i dati individuali ed è, pertanto, soggetto a un maggior ritardo di notifica dovuto ai tempi necessari alla raccolta e all'inserimento in piattaforma dei casi. I dati vengono aggiornati quotidianamente da ciascuna Regione/PA, ma alcune delle variabili che vengono richieste possono richiedere qualche giorno per la loro rilevazione, il loro inserimento e/o aggiornamento. Per le motivazioni esposte ne consegue, pertanto, che potrebbe non esserci una completa concordanza tra i dati riportati nel presente report e i dati aggregati riportati all'interno del flusso informativo del MdS/PC.

In aggiunta a quanto sopra, occorre infine specificare che il flusso ISS è soggetto a continue modifiche nel tempo a causa del costante aggiornamento dei dati trasmessi da Regioni e PPAA nella piattaforma ISS. Si suggerisce, pertanto, di ritenere come in via di consolidamento i dati relativi almeno all'ultima settimana per le diagnosi, alle ultime due settimane per le ospedalizzazioni e i ricoveri in terapia intensiva, e alle ultime tre settimane per i decessi.

Un'ulteriore differenza tra i due flussi è che gli eventi riportati dal bollettino quotidiano MdS/PC sono conteggiati per data di notifica, mentre nel presente report si utilizza la data di prelievo/diagnosi per il calcolo settimanale dei nuovi casi segnalati e la data di evento per i tassi settimanali di ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva e decesso.

2. Trasmissibilità del virus SARS-Cov-2

2.1 Rt disponibili e tempestività del dato

L'indice di trasmissibilità R_t è un parametro che misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva.

Ogni settimana vengono calcolati diversi R_t :

- **R_t sintomi**, basato sulle date di inizio sintomi;
- **$R_{t\text{medio}14\text{gg}}$** , la media degli R_t di 14 giorni, meno influenzato da variazioni di breve periodo;
- **R_t ospedalizzazioni**, basato sulle date di ricovero e che fornisce quindi un indice di trasmissibilità dei casi più gravi;

- **Rt "augmented"** sui casi sintomatici, basato su una tecnica che permette di fornire una stima più recente rispetto all'Rt sintomi (questa settimana il 7 giugno).

Tuttavia, per la scelta della data più recente alla quale si possa considerare sufficientemente stabile ciascuno di questi Rt, bisogna tener conto del consolidamento dei dati. L'acquisizione dei dati epidemiologici relativi alle infezioni è infatti affetta da una serie di ritardi, alcuni dei quali non comprimibili: in particolare, il tempo tra l'evento infettivo e lo sviluppo dei sintomi (tempo di incubazione), quello tra i sintomi e l'esecuzione del tampone, quello tra l'esecuzione del tampone e la conferma di positività, e quello tra la conferma di positività e l'inserimento nel sistema di sorveglianza integrata ISS. Il ritardo complessivo tra infezioni e loro rilevamento nel sistema di sorveglianza è valutato e aggiornato settimanalmente.

Sebbene l'Rt "augmented" sia una stima basata su dati più recenti e quindi più "tempestiva" va tenuto in considerazione che è al tempo stesso potenzialmente meno affidabile in quanto basato su dati ancora non completi e maggiormente dipendente dal ritardo di notifica, che potrebbe essere maggiore in situazioni di alta incidenza.

Per maggiori dettagli sulle modalità di calcolo e sull'interpretazione di questi parametri si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/open-data/rt.pdf>.

3. Reinfezioni da SARS-Cov-2

3.1 Definizione di reinfezione da SARS-CoV-2

In accordo con la nota ministeriale n. 0037911 del 20/08/2021 con oggetto "Flusso dati aggregati Ministero della Salute/Protezione Civile: aggiornamento sulla possibilità di inserimento delle reinfezioni da SARS-CoV-2", si definisce caso di reinfezione:

- una persona che a seguito di prima infezione da SARS-CoV-2 documentata da test molecolare/antigenico positivo, presenta una seconda infezione documentata da test molecolare/antigenico positivo a distanza di almeno 90 giorni dalla prima diagnosi;
- una persona che a seguito di prima infezione da SARS-CoV-2 documentata da test molecolare positivo, presenta una seconda infezione con test molecolare positivo entro i 90 giorni dalla prima diagnosi purché con ceppo virale di SARS-CoV-2 diverso dal precedente, documentato da genotipizzazione.

3.2 Stima del rischio di reinfezione

Data la definizione di reinfezione, l'analisi del rischio di reinfezione include tutti i casi notificati con una precedente diagnosi di infezione da virus SARS-CoV2 da oltre 90 giorni. L'analisi si focalizza sulle reinfezioni notificate in soggetti con età maggiore o uguale a 12 anni e con data di prelievo/diagnosi a partire dal 6 dicembre 2021, data utilizzata per identificare approssimativamente l'inizio della diffusione della variante

Omicron in Italia¹. Al fine di stimare il rischio di reinfezione è stato utilizzato il modello lineare generalizzato ad effetti casuali con distribuzione di Binomiale Negativa, considerando il numero di reinfezioni per settimana come variabile dipendente, la regione di residenza come effetto casuale ed includendo le seguenti covariate: giorni dalla prima diagnosi (90-210, >210), stato vaccinale (non vaccinato, vaccinato con almeno una dose da >120 giorni, vaccinato con almeno dose da ≤120 giorni, (vedi glossario sotto la voce Reinfezioni da Sars-CoV-2 per maggiori dettagli), sesso, classe di età decennali (ad esclusione della prima classe che è 12-19), l'essere o meno operatore sanitario, nazionalità (Italiana/Straniera), l'area geografica (Nord, Centro, Sud) e l'incidenza regionale settimanale standardizzata. All'interno del modello è inserita come variabile offset il tempo di osservazione in giorni di ciascun caso nel periodo di analisi.

3.3 Interpretazione

Il rischio di reinfezione è rappresentato dal Rischio Relativo (RR) che è il rapporto tra il rischio di osservare una reinfezione in un certo gruppo e il rischio in un altro gruppo. In generale, la classe di riferimento di ogni variabile è individuata dal rombo di colore rosso in cui infatti si osserva un RR pari a 1 (vedere **Figura 22**). Valori del RR superiori ad 1 identificano un aumento del rischio di reinfezione rispetto alla classe di riferimento mentre valori inferiori ad 1 individuano una diminuzione del rischio. Ad esempio, un RR pari a 1,8 in corrispondenza della classe >210 della variabile giorni dalla prima diagnosi indica un rischio di reinfezione 1,8 volte maggiore (80% maggiore) per chi ha avuto la prima diagnosi di SARS-CoV-2 da oltre 210 giorni rispetto a chi l'ha avuta fra 90 ed i 210 giorni.

4. Impatto delle vaccinazioni nel prevenire nuove infezioni, infezioni gravi e decessi

I dati di impatto delle vaccinazioni sono ricavati da un'analisi congiunta dei dati contenuti nell'Anagrafe Vaccinale Nazionale e di quelli contenuti nel database della Sorveglianza Integrata COVID-19. Tale attività è resa possibile dal Decreto legge 14 gennaio 2021 n. 2, che disciplina i sistemi informativi funzionali all'implementazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARSCoV-2.

4.1 Numero eventi per stato vaccinale

Per l'analisi dell'impatto delle vaccinazioni si utilizza sempre la data prelievo/diagnosi per calcolare il numero di casi segnalati nel corso del periodo di riferimento che hanno avuto come esito l'ospedalizzazione, il ricovero in terapia intensiva o il decesso.

4.2 La popolazione di riferimento

La popolazione di riferimento utilizzata corrisponde alla popolazione vaccinabile per Regione/PA e fascia di età resa disponibile al seguente link

¹ Stefanelli, P., Trentini, F., Petrone, D., Mammone, A., Ambrosio, L., Manica, M., ... & Merler, S. (2022). Tracking the progressive spread of the SARS-CoV-2 Omicron variant in Italy, December 2021-January 2022.*medRxiv*.

<https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini> dalla Struttura Commissariale per l'Emergenza Covid-19. Si evidenzia che tale popolazione è dinamica in quanto l'età della popolazione viene costantemente aggiornata dalla struttura commissariale: i soggetti nel tempo cambiano classe d'età portando con sé il proprio stato vaccinale. In aggiunta, lievi oscillazioni dei dati, sono da considerarsi fisiologiche in database che contengono milioni di dati individuali e sono attribuibili a consolidamento e pulizia dei dati e, talvolta, ad aggiornamenti tardivi da parte degli utenti.

4.3 Perché si usano differenti periodi di riferimento fra diagnosi, ospedalizzazioni, ricoveri in terapia intensiva e decessi?

In **Tabella 4A**, **Tabella 4B** e **Tabella 4C** sono riportati rispettivamente il numero di diagnosi di COVID-19, il numero di diagnosi con ospedalizzazione o ricovero in terapia intensiva e il numero di diagnosi che hanno avuto come esito il decesso. I periodi di riferimento per le diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 e per le ospedalizzazioni, i ricoveri in TI e i decessi sono differenti tra loro, in quanto tengono in considerazione il ritardo di notifica dei dati e il tempo necessario per valutare l'evoluzione della malattia a seguito della sua diagnosi. Si considera quindi un ritardo medio stimato di due settimane per ospedalizzazioni e ricoveri in terapia intensiva (calcolato a partire dalla domenica precedente alla data di analisi, 20/07/2022) e di tre settimane per i decessi.

Per una lettura più corretta del dato, all'interno di ciascuna tabella è riportata la popolazione di riferimento che equivale alla popolazione presente a metà del periodo preso in considerazione per ciascun "esito".

4.4 Effetto paradosso

È noto che, quando le coperture vaccinali nella popolazione sono elevate, si verifica il cosiddetto "effetto paradosso" per cui il numero assoluto di infezioni, ospedalizzazioni e decessi può essere simile, se non maggiore, tra i vaccinati rispetto ai non vaccinati, per via della progressiva diminuzione nella numerosità di quest'ultimo gruppo (https://www.iss.it/covid19-faq/-/asset_publisher/yJS4xO2fauqM/content/vaccinati-e-non-il-confronto-tra-i-casi-ci-dice-che-il-vaccino-funziona).

4.5 Calcolo e interpretazione dei tassi per stato vaccinale

In **Tabella 5** e nella **Figure 24** sono riportati i tassi specifici per età di incidenza, di ospedalizzazione, di ricovero in terapia intensiva e di decesso per stato vaccinale. Inoltre, è riportato per la popolazione complessiva ('Totale') il tasso di incidenza, di ospedalizzazione, di ricovero in terapia intensiva e di decesso standardizzato rispetto alla struttura per età della popolazione di riferimento (Istat, al 1 gennaio 2022, <https://demo.istat.it/>; Popolazione scaricata ad aprile 2022).

L'utilizzo dei tassi è fondamentale in quanto considerare solo il numero assoluto di eventi in uno specifico gruppo (ad es. completamente vaccinati, non vaccinati, ecc.), anche all'interno della stessa fascia di età, senza riferimento al numero di persone che in quello stesso periodo appartenevano a quello specifico gruppo, può dare informazioni fuorvianti. Per rendere possibile il confronto è quindi necessario calcolare i tassi di incidenza, di ospedalizzazione, di ricovero in terapia intensiva e di decesso

che rappresentano la proporzione di nuovi eventi che si verificano in una popolazione in un dato lasso di tempo. All'interno di ciascuna fascia di età è necessario calcolare il tasso specifico per età, ovvero il numero di eventi in ciascuna fascia d'età diviso la popolazione di ciascuna fascia d'età nel periodo di riferimento (per 100.000). Infine, per stimare correttamente il tasso nella popolazione complessiva di età pari o superiore a 12 anni ('Totale') è stato utilizzato il tasso standardizzato con metodo diretto, calcolato come la media dei tassi specifici per età pesata utilizzando la struttura per età della popolazione Italiana come riferimento standard (fonte dati di popolazione, ISTAT al 1 gennaio 2022, scaricata ad aprile 2022). In questo modo è stato possibile eliminare la distorsione nel confronto tra i vari gruppi esaminati (ad es. completamente vaccinati, non vaccinati, ecc.) dovuta alla loro differente distribuzione per età.

4.6 Calcolo e interpretazione dell'efficacia vaccinale

L'efficacia del vaccino è stimata usando il modello lineare generalizzato ad effetti casuali con distribuzione di Poisson, considerando il numero di eventi per giorno come variabile dipendente, lo stato vaccinale come variabile indipendente, le fasce di età decennali e l'incidenza regionale settimanale come variabili di aggiustamento e includendo la regione di somministrazione come effetto casuale. All'interno del modello è inserita come variabile offset il numero giornaliero di persone esposte per stato vaccinale, fascia anagrafica e Regione/PA. Il numero giornaliero di persone esposte è calcolato al netto dei soggetti con pregressa diagnosi nei 90 giorni precedenti come da definizione di reinfezione. Attraverso questo modello è possibile stimare il rischio relativo (RR), ossia il rapporto fra l'incidenza dell'evento tra i vaccinati completi (< 90 giorni, 91-120 giorni e >120 giorni e booster/dose aggiuntiva) e l'incidenza dello stesso evento tra i non vaccinati. Le stime di efficacia vaccinale in termini percentuali sono calcolate sulla base degli RR come $(1-RR)*100$. Più il valore è vicino a 100 e più alta è l'efficacia vaccinale (100 valore massimo possibile).

L'efficacia vaccinale misura quindi la riduzione percentuale del rischio di osservare un certo evento tra le persone vaccinate con ciclo completo rispetto alle persone non vaccinate. Una stima dell'efficacia del vaccino pari al 90% indica una riduzione del 90% della probabilità di insorgenza della malattia nel gruppo vaccinato. Siccome le stime riportate sono basate su un modello statistico, ciascuna stima ha un livello di incertezza espresso dall'intervallo di confidenza, il quale indica che verosimilmente (con il 95% di probabilità) il valore reale dell'efficacia è compreso tra i valori riportati nell'intervallo stesso.

I dati di efficacia delle vaccinazioni vengono presentati settimanalmente nelle Tabelle 5 e 6. La Tabella 5 riporta il tasso di incidenza, di ospedalizzazione, di ricovero in terapia intensiva e di decesso per 100.000 abitanti dei casi segnalati di Covid-19 e il rischio relativo per stato vaccinale e fascia di età. Per avere una informazione più esaustiva sull'efficacia vaccinale la Tabella 5 va letta insieme alla Tabella 6 che riporta le stime di efficacia vaccinale per fascia di età e a distanza di tempo variabile dal completamento del ciclo vaccinale o dopo la somministrazione della dose booster. È importante sottolineare che sia la Tabella 5 che la Tabella 6 sono 'pesate' solo per età e per la variabilità regionale e non tengono conto di numerosi altri possibili fattori di confondimento che richiederebbero dei modelli più complessi, difficili da elaborare su base settimanale, ma che vengono utilizzati per studi più approfonditi pubblicati

periodicamente². La Tabella 6 evidenzia chiaramente **un aumento dell'efficacia vaccinale dopo la somministrazione della dose booster**, in tutte le fasce di età, sia nella prevenzione dell'infezione di SARS-CoV-2 che della malattia severa, rispetto alla vaccinazione completa con due dosi.

Il fatto che nella Tabella 6 siano presenti alcuni dati apparentemente non conformi all'atteso (ad es. efficacia nei vaccinati con ciclo completo da 91 - 120 giorni inferiore all'efficacia nei vaccinati con ciclo completo da oltre 120 giorni), è da attribuire ad alcuni limiti dell'analisi, tra cui i più importanti sono **la cospicua diminuzione dei soggetti suscettibili a partire dal mese di gennaio 2022**, in relazione all'aumento della circolazione della variante Omicron, altamente trasmissibile, con il risultato di un aumento della quota di persone che hanno avuto un'infezione non notificata, che per l'analisi risultano come 'non vaccinati' e che però hanno una protezione data dall'infezione. Dopo alcuni mesi di circolazione della variante Omicron, il confronto tra vaccinati e non vaccinati sta quindi perdendo progressivamente di validità nel calcolo dell'efficacia visto che negli ultimi mesi il numero di nuove infezioni è stato particolarmente elevato, portando quindi ad una riduzione del numero dei suscettibili, in particolare nel gruppo dei non vaccinati e nelle fasce più giovani. Analizzando infatti le stesse tabelle nel periodo precedente la circolazione di Omicron, tali anomalie non si evidenziano.

Alla luce di queste considerazioni è in corso una revisione della modalità di analisi dei dati di efficacia.

4.7 Limiti delle stime di efficacia vaccinale

È necessario evidenziare che le stime di efficacia riportate non prendono in considerazione diversi fattori che potrebbero influire sul rischio di infezione/ricovero/morte e sulla probabilità di essere vaccinato da un periodo più o meno lungo. Infatti, la campagna vaccinale inizialmente ha coinvolto la popolazione più a rischio (operatori sanitari, residenti nelle RSA, persone con più di 80 anni e persone estremamente vulnerabili) e solo successivamente è stata aperta al resto della popolazione. Le stime di efficacia vaccinale non sono inoltre corrette per precedente infezione.

Le stime di efficacia relative alle fasce di età con un'alta copertura vaccinale potrebbero risentire di un maggiore sbilanciamento nella distribuzione della popolazione fra vaccinati e non vaccinati. Quest'ultimi attualmente rappresentano una fetta molto piccola della popolazione, caratterizzata verosimilmente da fattori di rischio differenti per i quali non è possibile aggiustare all'interno dei modelli per

² Fabiani M, Puopolo M, Filia A, Sacco C, Mateo-Urdiales A, ..., Pezzotti P. *Effectiveness of an mRNA vaccine booster dose against SARS-CoV-2 infection and severe COVID-19 in persons aged ≥60 years and other high-risk groups during predominant circulation of the delta variant in Italy, 19 July to 12 December 2021*. *Expert Rev Vaccines*. 2022 Apr 15;1-8. doi: 10.1080/14760584.2022.2064280. Epub ahead of print. PMID: 35389748; PMCID: PMC9115794.

Fabiani M, Puopolo M, Morciano C, Spuri M, Spila Alegiani S, ..., Pezzotti P. *Effectiveness of mRNA vaccines and waning of protection against SARS-CoV-2 infection and severe covid-19 during predominant circulation of the delta variant in Italy: retrospective cohort study*. *BMJ*. 2022 Feb 10;376:e069052. doi: 10.1136/bmj-2021-069052. PMID: 35144968; PMCID: PMC8829820.

mancanza di adeguate informazioni a livello individuale (es: aspetti socio-comportamentali).

Caso: attualmente la definizione di caso si basa sulla Circolare del Ministero della Salute "Definizione di caso" pubblicata il 9 Marzo 2020 (disponibile al seguente link:

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73669&parte=1%20&serie=null>) e aggiornata l'8 gennaio 2021 con la pubblicazione della Circolare del Ministero della Salute "Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing" (disponibile al seguente link: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=78155&parte=1%20&serie=null>)

Casi non vaccinati: tutti i casi notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV-2 che non hanno ricevuto alcuna dose di vaccino, oppure sono stati vaccinati con prima dose o con vaccino monodose nei 14 giorni precedenti la diagnosi stessa, ovvero che abbiano contratto l'infezione prima del tempo necessario per sviluppare una risposta immunitaria almeno parziale al vaccino.

Casi con ciclo incompleto di vaccinazione: tutti i casi notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV-2

- avvenuta almeno 14 giorni dopo la somministrazione della prima dose, in soggetti che hanno ricevuto un vaccino che prevede un ciclo vaccinale a due dosi (vaccini Pfizer-BioNtech, Moderna e Vaxzevria);
- avvenuta entro 14 giorni dalla somministrazione della seconda dose. Si ricorda che un ciclo di vaccinazione incompleto fornisce una protezione inferiore rispetto ad un ciclo di vaccinazione completo.

Casi con ciclo completo di vaccinazione: tutti i casi notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV2 dopo almeno 14 giorni dal completamento del ciclo vaccinale (14 giorni dalla somministrazione della seconda dose per i vaccini Pfizer-BioNtech, Moderna e Vaxzevria o 14 giorni dalla somministrazione dell'unica dose per il vaccino Janssen/Johnson&Johnson).

Casi con ciclo completo di vaccinazione effettuato da meno di 90 giorni: tutti i soggetti notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV2 documentata a partire dal quattordicesimo giorno dopo il completamento del ciclo vaccinale e per i successivi 90 giorni.

Casi con ciclo completo di vaccinazione effettuato fra i 91 e i 120 giorni: tutti i soggetti notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV2 effettuata fra i 91 e i 120 giorni dopo il quattordicesimo giorno successivo al completamento del ciclo vaccinale.

Casi con ciclo completo di vaccinazione effettuato da ≤ 120 giorni: tutti i soggetti notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV2 documentata a partire dal quattordicesimo giorno dopo il completamento del ciclo vaccinale e per i successivi 120 giorni.

Casi con ciclo completo di vaccinazione da oltre 120 giorni: tutti i soggetti notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV2 effettuata più di

120 giorni dopo il quattordicesimo giorno successivo al completamento del ciclo vaccinale che non hanno ricevuto la dose aggiuntiva/booster nei 14 giorni precedenti.

Casi con ciclo completo di vaccinazione più dose aggiuntiva/booster: tutti i soggetti notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV2 documentata almeno 14 giorni dopo la somministrazione della dose aggiuntiva o booster.

Decesso: decesso risultante da una malattia clinicamente compatibile in un caso probabile o confermato di COVID-19, a meno che non vi sia una chiara causa di morte alternativa non correlabile al COVID-19 (per esempio, trauma).

Efficacia vaccinale: misura la riduzione proporzionale dei casi tra le persone vaccinate. L'efficacia del vaccino è stimata calcolando il rischio di malattia fra le persone vaccinate e non vaccinate. Il complemento ad 1 del rapporto fra queste due misure equivale alla riduzione percentuale del rischio di malattia tra le persone vaccinate rispetto alle persone non vaccinate. Maggiore è la riduzione percentuale della malattia nel gruppo vaccinato, maggiore è l'efficacia del vaccino. Una stima dell'efficacia del vaccino pari al 90% indica una riduzione del 90% dell'insorgenza della malattia nel gruppo vaccinato, ovvero una riduzione del 90% rispetto al numero di casi attesi se non fossero stati vaccinati.

Età mediana: misura della tendenza centrale che indica l'età che divide la popolazione ordinata rispetto all'età stessa in due gruppi numericamente uguali.

Intervallo di confidenza: insieme di valori che verosimilmente include il valore reale della popolazione con un certo grado di confidenza. L'intervallo di confidenza al 95% indica l'intervallo di valori che contiene il valore reale della popolazione con probabilità pari al 95%.

Letalità: il numero di persone che sono morte a causa della malattia diviso per il numero totale di persone ammalate di quella malattia.

Malattia severa: condizione clinica di soggetti con storia di ricovero (in terapia intensiva e non) o deceduti.

Mortalità: il numero di persone che sono morte a causa della malattia diviso per la popolazione totale.

Reinfezione da SARS-CoV2: La nota ministeriale n. 0037911 del 20/08/2021 con oggetto "Flusso dati aggregati Ministero della Salute/Protezione Civile: aggiornamento sulla possibilità di inserimento delle reinfezioni da SARS-CoV-2" definisce caso di reinfezione:

- una persona che a seguito di prima infezione da SARS-CoV-2 documentata da test molecolare/antigenico positivo, presenta una seconda infezione documentata da test molecolare/antigenico positivo a distanza di almeno 90 giorni dalla prima diagnosi;
- una persona che a seguito di prima infezione da SARS-CoV-2 documentata da test molecolare positivo, presenta una seconda infezione con test molecolare positivo entro i 90 giorni dalla prima diagnosi purché con ceppo virale di SARS-CoV-2 diverso dal precedente, documentato da genotipizzazione.

Ai fini delle analisi delle reinfezioni in base allo stato vaccinale vengono utilizzate le seguenti definizioni:

- Non vaccinati, ovvero i soggetti che non hanno ricevuto alcuna dose o hanno ricevuto la prima dose o una dose di vaccino mono dose meno di 14 giorni prima della reinfezione o che hanno ricevuto la prima dose dopo la reinfezione.
- Almeno una dose entro 120 giorni ovvero i soggetti che risultavano vaccinati a partire dal quattordicesimo giorno dopo la somministrazione della prima dose, o della seconda dose/monodose o della dose booster/aggiuntiva e per i successivi 120 giorni.
- Almeno una dose da oltre 120 giorni ovvero i soggetti che risultavano aver ricevuto la prima dose, o la seconda dose/monodose o la dose booster/aggiuntiva da oltre 120 giorni.

Rischio Relativo: confronta il rischio di osservare un certo evento (per esempio un'infezione, un ricovero in ospedale dovuto ad una malattia o un decesso) in un gruppo con il rischio di osservare lo stesso evento in un altro gruppo.

Stato clinico asintomatico: assenza di segni o sintomi apparenti di malattia in persona positiva al test per SARS-CoV-2.

Stato clinico critico: chiari segni e sintomi di malattia (ad esempio, malattia respiratoria) e abbastanza gravi da richiedere il ricovero in Terapia Intensiva, riscontrati in una persona positiva al test per SARS-CoV-2.

Stato clinico lieve: chiari segni e sintomi di malattia (malattia respiratoria) ma non abbastanza gravi da richiedere il ricovero ospedaliero, riscontrati in una persona positiva al test per SARS-CoV-2.

Stato clinico pauci sintomatico: con sintomi lievi (ad esempio malessere generale, lieve rialzo della temperatura corporea, stanchezza, ecc.) riscontrati in persona positiva al test per SARS-CoV-2.

Stato clinico severo: chiari segni e sintomi di malattia (malattia respiratoria) abbastanza gravi da richiedere il ricovero ospedaliero, riscontrati in una persona positiva al test per SARS-CoV-2.

Tasso di incidenza: proporzione di nuove diagnosi che si verificano in una popolazione in un dato lasso di tempo.

Tasso di ricovero: proporzione di nuove ospedalizzazioni che si verificano in una popolazione in un dato lasso di tempo.

Tasso di incidenza specifica per età: proporzione di nuove diagnosi che si verificano in una popolazione in una fascia di età predeterminata in un dato lasso di tempo.

Tasso di incidenza standardizzata: media ponderata dei tassi specifici per età utilizzando come pesi la struttura per classe di età della popolazione standard (popolazione ISTAT 2022).

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

A cura di: Martina Del Manso, Chiara Sacco, Flavia Riccardo, Antonino Bella, Alberto Mateo Urdiales, Massimo Fabiani, Stefano Boros, Fortunato (Paolo) D'Ancona, Maria Cristina Rota, Antonietta Filia, Marco Bressi, Emiliano Ceccarelli, Maria Fenicia Vescio, Daniele Petrone, Corrado Di Benedetto, Marco Tallon, Alessandra Ciervo, Paola Stefanelli, Patrizio Pezzotti per ISS;

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

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

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

Aggiornamento nazionale: 20 luglio 2022