



Epidemia COVID-19

Aggiornamento nazionale
11 agosto 2021 - ore 12:00

DATA PUBBLICAZIONE: 13 AGOSTO 2021

EPIDEMIA COVID-19

Aggiornamento nazionale

11 agosto 2021 - ore 12:00

Nota di lettura: Questo bollettino è prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e riporta i dati della sorveglianza integrata dei casi di infezione da virus SARS-CoV-2 riportati sul territorio nazionale e coordinata dall'ISS ai sensi dell'Ordinanza n. 640 del 27 febbraio 2020. I dati vengono raccolti attraverso una piattaforma web dedicata e riguardano tutti i casi di infezione da virus SARS-CoV-2 confermati tramite positività ai test molecolari e antigenici. I dati vengono aggiornati giornalmente da ciascuna Regione/PA anche se alcune informazioni possono richiedere qualche giorno per il loro inserimento e/o aggiornamento. Per questo motivo, potrebbe non esserci una completa concordanza con quanto riportato attraverso il flusso informativo del Ministero della Salute che riporta dati aggregati.

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

Il bollettino descrive, con grafici, mappe e tabelle, la diffusione nel tempo e nello spazio dell'epidemia di COVID-19 in Italia. Fornisce, inoltre, una descrizione delle caratteristiche delle persone affette. Il presente report è stato modificato nel format al fine di renderne più facile la lettura.

In evidenza

Nuove infezioni da virus SARS-CoV-2 in Italia:

- **Continua l'aumento dell'incidenza settimanale** a livello nazionale: 68 per 100.000 abitanti (02/08/2021-08/08/2021) vs 62 per 100.000 abitanti (26/07/2021-01/08/2021). Nel periodo 21 luglio - 3 agosto 2021, l'Rt medio calcolato sui casi sintomatici è stato pari a **1,27 (range 1,07 - 1,65)**, in diminuzione rispetto alla settimana precedente ma ancora al di sopra della soglia epidemica. La variante delta è da considerarsi attualmente predominante in linea con quanto osservato in altri Paesi Europei.
- Durante il periodo 26 luglio - 8 agosto 2021 nuovi casi confermati di infezione sono stati segnalati in tutte le Regioni/PPAA italiane. Nel 77% dei casi è riportata una trasmissione locale (autoctona) dell'infezione.
- Ancora molto bassa l'età mediana dei soggetti che hanno contratto l'infezione da virus SARS-CoV-2 (27 anni). Nelle ultime due settimane il 29,3% dei casi totali ha un'età inferiore a 19 anni, il 59,5% ha una età compresa tra 20 e 59 anni e il 11,2% ha un'età superiore a 60 anni.

Impatto della malattia COVID-19:

- Dall'inizio dell'epidemia, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 4.409.090 casi di COVID-19 diagnosticati in Italia dai laboratori di riferimento regionali come positivi per SARS-CoV-2 e 127.476 decessi.
- La letalità del COVID-19 cresce con l'aumentare dell'età ed è più elevata in soggetti di sesso maschile a partire dalla fascia di età 30-39 anni.

Impatto della vaccinazione nel prevenire nuove infezioni, ricoveri e decessi:

- La maggior parte dei casi notificati negli ultimi 30 giorni in Italia sono stati diagnosticati in persone **non vaccinate**.
- Si stima un forte effetto di riduzione del rischio di infezione di SARS-Cov-2 nelle persone completamente vaccinate rispetto ai non vaccinati (82% per la diagnosi, 95% per l'ospedalizzazione, 97% per i ricoveri in terapia intensiva e 97% per i decessi).

Premessa: Contesto europeo

Il Centro Europeo per la Prevenzione ed il Controllo delle Infezioni (ECDC)¹, all'8 agosto 2021, riporta un tasso di incidenza di casi COVID-19 segnalati nell'Unione Europea (EU) e nell'Area Economica Europea (EEA) nelle due settimane precedenti pari a 209,2 per 100.000 abitanti, mentre nel rapporto precedente risultava pari a 214. I ricoveri ospedalieri di casi COVID-19 sono stabili da dieci settimane, mentre il tasso di decessi per COVID-19 degli ultimi 14 giorni è ancora in aumento (6.3 vs 4.7 decessi per milione di abitanti nel rapporto precedente). Il tasso di positività rimane stabile pari a 2,6% (vs 2,5% nel rapporto precedente), con una variabilità che va dallo 0,13% dell'Austria al 12,8% della Spagna; in Italia si attesta al 2,8%. Nell'ultimo rapporto, la percentuale mediana in EU/EEA degli over 18 che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino è pari al 73.6% (range 19,8-91,2%), mentre per quanto riguarda la somministrazione della seconda dose tale valore si attesta al 62,3% (range 18,0- 87,6%). La variante B.1.617.2 (Delta) si conferma dominante in EU/EEA (94,4%, range 81,6%-98,8%).

Si stima che l'attuale situazione epidemiologica caratterizzata da un elevato numero di casi continuerà nelle prossime settimane, con una leggera diminuzione del tasso di notifica dei casi e una stabilizzazione del tasso di notifica dei decessi. Sebbene ad oggi i tassi di notifica più elevati si siano osservati fra i gruppi di età più giovani, in diversi paesi è stato osservato un aumento dei casi nei gruppi di età più avanzata con un aumento anche del tasso di ospedalizzazioni da COVID-19.

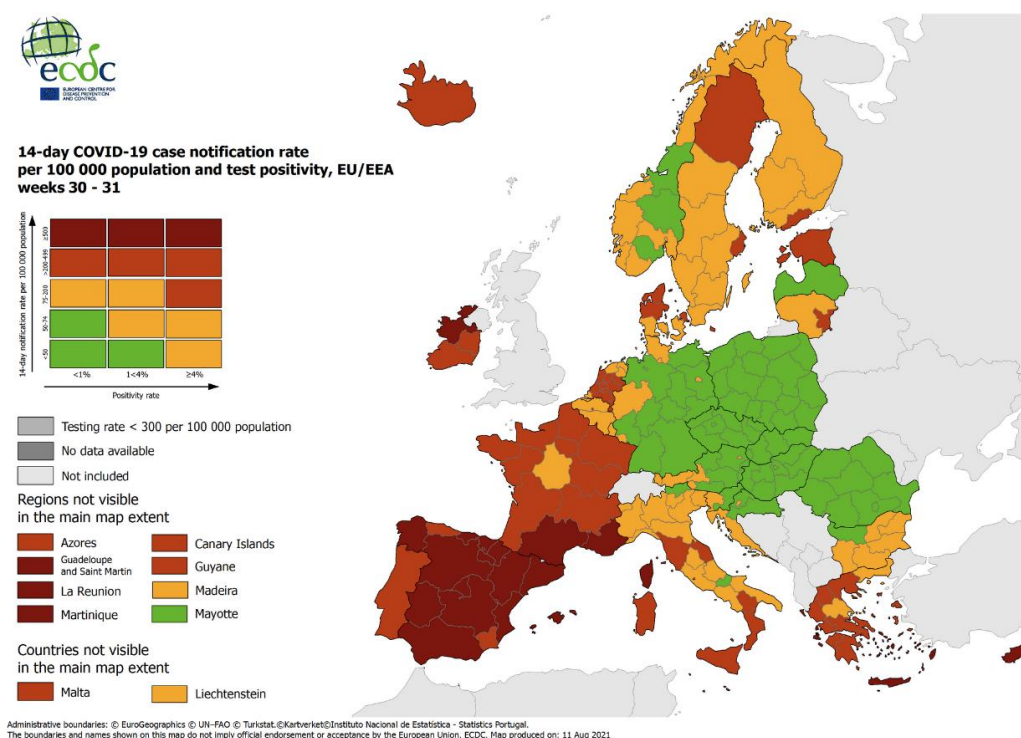


FIGURA 1 - INDICATORE COMBINATO: TASSO DI NOTIFICA, PERCENTUALE TAMPONI EFFETTUATI E TASSO DI POSITIVITÀ DEGLI ULTIMI 14 GIORNI, PUBBLICATO IL 12 AGOSTO 2021, AGGIORNATO ALL'8 AGOSTO 2021 (ECDC)

¹ Surveillance Report (2021 - W31) del 12 agosto 2021, <https://covid19-surveillance-report.ecdc.europa.eu/archive-COVID19-reports/index.html>

Nuove infezioni da virus SARS-CoV-2 in Italia

Dall'inizio dell'epidemia alle ore 12 dell'11 agosto 2021, sono stati riportati al sistema di sorveglianza integrata Covid-19 4.409.090 casi di COVID-19 diagnosticati in Italia dai laboratori di riferimento regionali come positivi per SARS-CoV-2 e 127.476 decessi.

Il trend in decremento del numero dei nuovi casi di infezione osservato dalla metà del mese di marzo 2021, si è arrestato a giugno. Dall'inizio di luglio, infatti, si osserva un nuovo aumento dei casi verosimilmente dovuto all'allentamento delle misure di mitigazione e alla contemporanea diffusione della variante delta, caratterizzata da una maggiore trasmissibilità rispetto alle varianti precedenti (Figura 2). Il numero di tamponi realizzato ogni settimana, che aveva registrato una flessione da metà aprile, risulta nuovamente in aumento da inizio luglio.

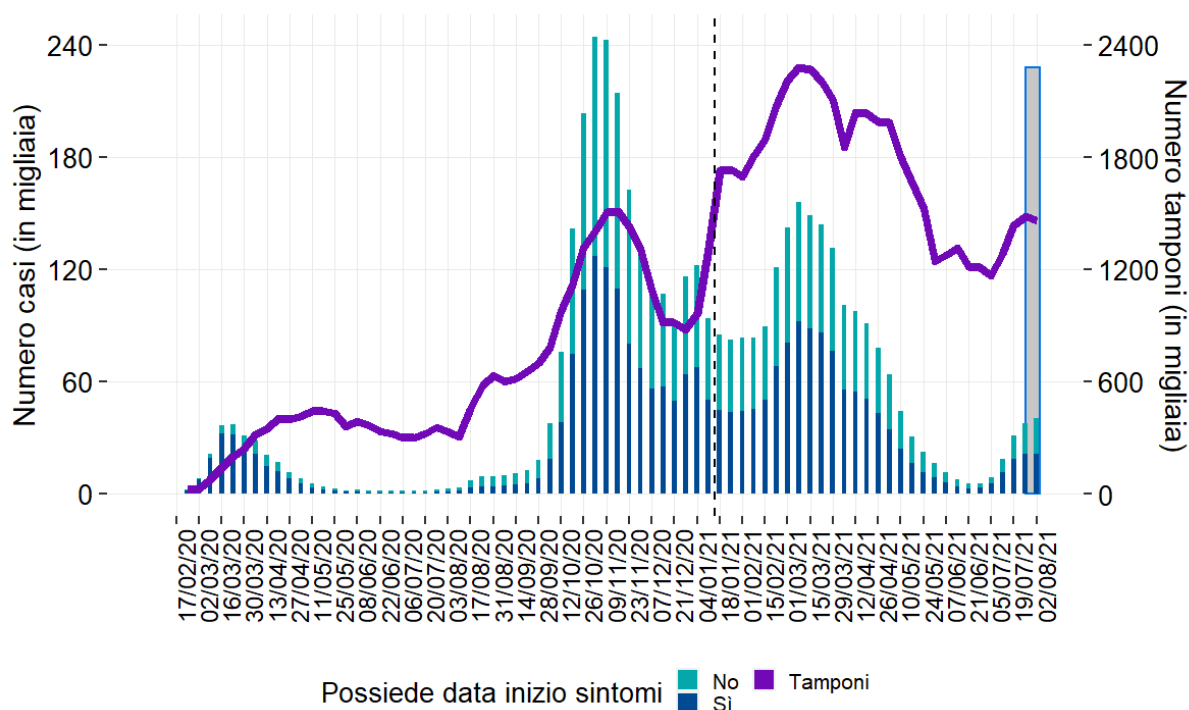


FIGURA 2 - CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI (A SINISTRA) (N=4.409.090) E NUMERO DI TAMPONI EFFETTUATI (A DESTRA)

Nota: All'interno dell'area grigia il dato deve essere considerato provvisorio. La linea tratteggiata nera indica la data di adozione della nuova definizione di caso. La data riportata si riferisce all'inizio della settimana (lunedì).

Durante il periodo 26 luglio - 8 agosto 2021 sono stati diagnosticati e segnalati 77.829 nuovi casi, di cui 93 deceduti (tale valore non include le persone decedute nel periodo con una diagnosi antecedente al 26 luglio).

L'incidenza nel periodo 26 luglio - 8 agosto 2021 per regione/PA è mostrata in Figura 3. Tutte le regioni/PPAA, ad esclusione del Molise, registrano un aumento dell'incidenza a 14 giorni (Figura 4).

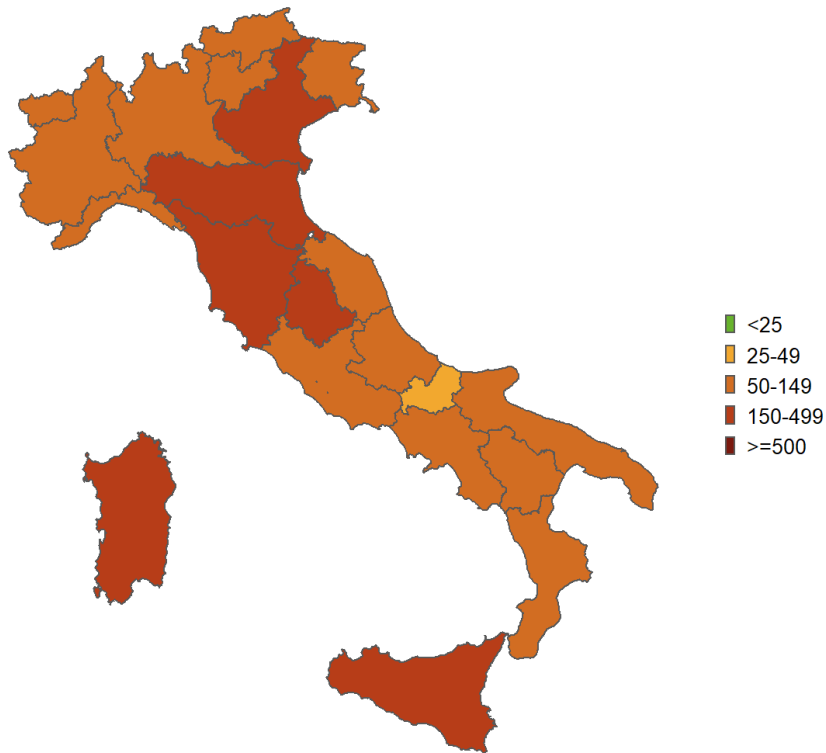


FIGURA 3 - INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/PA DI NOTIFICA (PERIODO: 26 LUGLIO - 8 AGOSTO 2021)

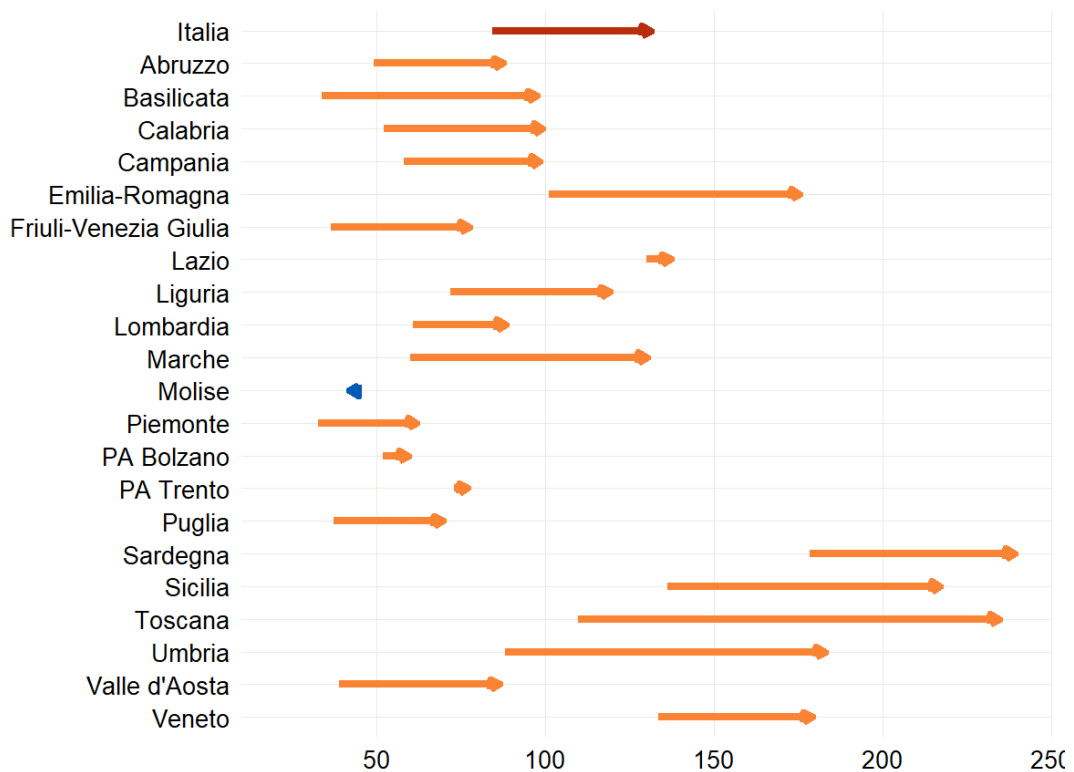


FIGURA 4 - CONFRONTO TRA IL NUMERO DI CASI DI CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB.) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/PA (PERIODO: 26 LUGLIO - 8 AGOSTO 2021 E 12 - 25 LUGLIO 2021)

Il 41% dei casi di Covid-19 segnalati in Italia nel periodo 26 luglio - 8 agosto 2021 è stato sottoposto ad accertamento diagnostico a causa della presenza di sintomi. Nelle ultime due settimane, si è osservata un'ulteriore decrescita dei casi di COVID-19 importati dall'estero (1,3% vs 2% riportati fra il 19 luglio - 1 agosto 2021).

Il 25% dei casi segnalati al sistema di sorveglianza nelle ultime due settimane è di sesso maschile e di età compresa tra 10 e 29 anni, mentre la percentuale di femmine nella stessa fascia di età è pari al 20% (Figura 5). In generale, nel periodo 26 luglio - 8 agosto 2021 il 52,1% dei casi di COVID-19 segnalati sono stati diagnosticati nei maschi. I casi di COVID-19 rilevati in persone con età superiore a 60 anni sono in leggero aumento rispetto alla settimana precedente (11,2% vs 9,8% fra il 19 luglio - 1 agosto 2021). L'età mediana degli ultimi quattordici giorni resta però invariata rispetto alla settimana precedente (28 anni, range 0-104aa).

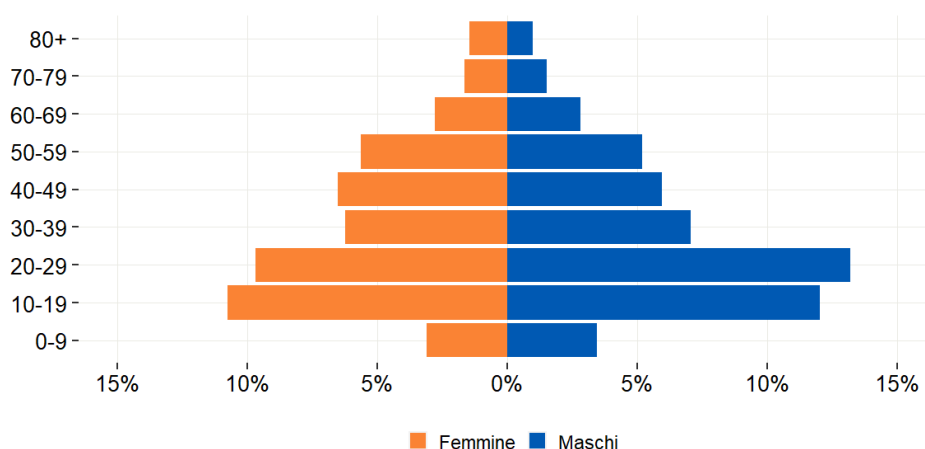


FIGURA 5 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ E SESSO DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA (PERIODO: 26 LUGLIO - 8 AGOSTO 2021)

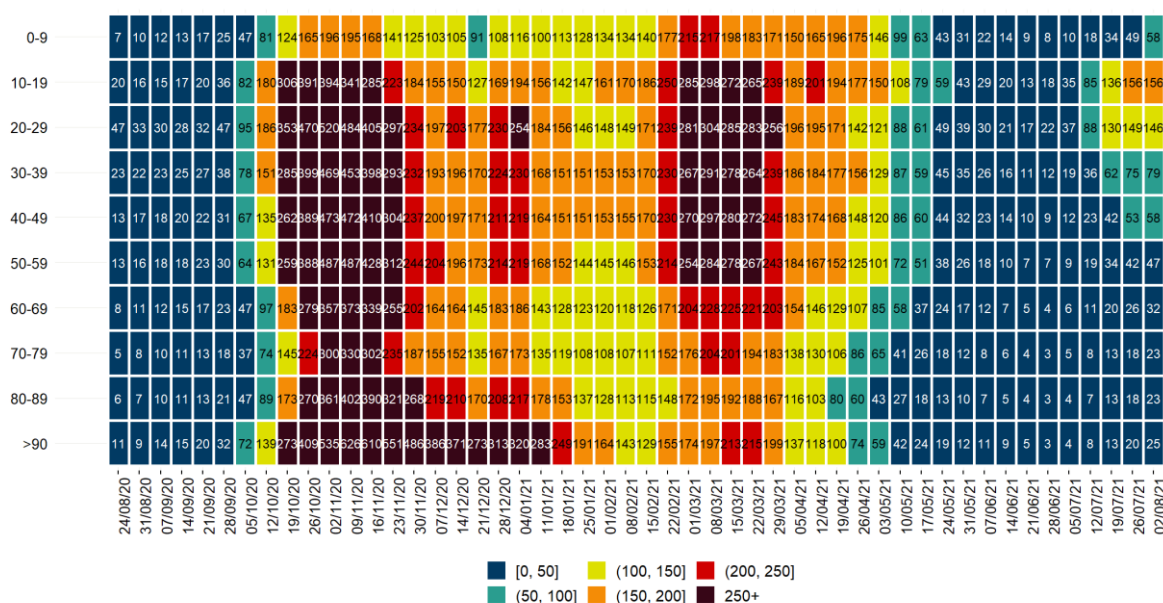


FIGURA 6 - INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI A LIVELLO NAZIONALE PER FASCIA DI ETÀ

Nota: La data riportata si riferisce all'inizio della settimana (lunedì).

Da fine giugno si è osservato un aumento dell'incidenza settimanale fra 0 e 40 anni. Sebbene il dato non sia ancora consolidato, nell'ultima settimana (Figura 6) si è registrato, in particolare, un aumento nella fascia 0-9 con un'incidenza leggermente superiore a 50 casi per 100.000 abitanti per la prima volta da inizio maggio. Similmente a quanto osservato nella settimana precedente, l'incidenza nella fascia di età 10-19 è pari a 156 per 100.000 abitanti, nella fascia 20-29 è pari a 146 per 100.000 abitanti e nelle fasce 30-39 e 40-49 è pari rispettivamente a 79 e 56 per 100.000 abitanti.

In Figura 7 è riportata l'incidenza settimanale per 100.000 abitanti per fasce di età decennali da 0 a 40 anni, e per sesso a partire da inizio giugno 2021. Da fine giugno si è osservato un aumento dell'incidenza settimanale sia per i maschi che per le femmine nelle quattro fasce di età considerate. Tale andamento potrebbe essere dovuto all'allentamento delle misure restrittive e ad attività ricreative. Nell'ultima settimana si è ridotta la differenza di incidenza fra maschi e femmine nelle fasce di età 10-19 e 30-39, mentre si conferma l'andamento osservato da fine giugno per il quale l'incidenza nei maschi di età compresa fra i 20 ed i 29 anni risulta essere sempre maggiore rispetto a quella osservata nelle femmine.

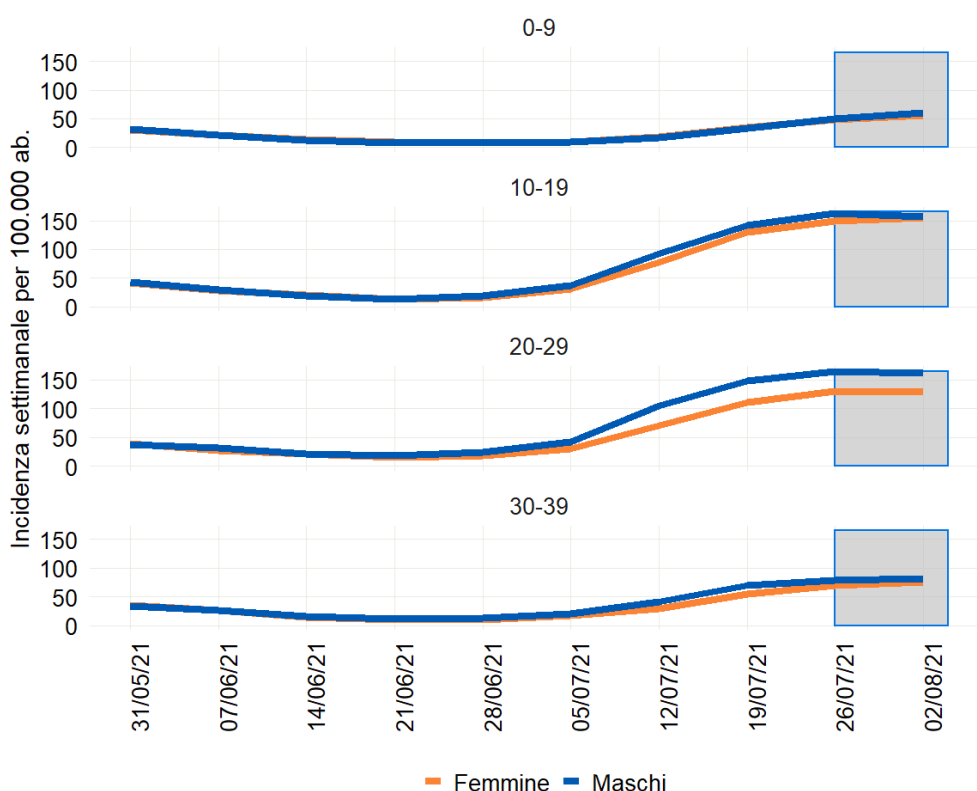


FIGURA 7 - INCIDENZA PER 100.000 ABITANTI PER FASCIA DI ETÀ (UNDER 40) E SESSO A PARTIRE DA INIZIO GIUGNO.

Trasmissibilità

La **Figura 8** riporta l'andamento nazionale dal primo giugno 2021. I valori stimati più recenti sono: $R_t \text{ sintomi}=1,23$ (IC95%: 1,21-1,24) al 28 luglio 2021, $R_t \text{ ospedalizzazioni}=1,20$ (IC95%: 1,14-1,25), al 3 agosto 2021 e $R_t \text{ augmented}=1,06$ (IC95%: 1,05-1,07) al 3 agosto 2021). Per dettagli sulle modalità di calcolo ed 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>)². Si conferma l'andamento in decrescita dell' R_t augmented osservato a partire dalla seconda metà di luglio, $1,06$ vs $1,23$ (IC95%: 1,22-1,25) al 27 luglio. Similmente, ma con un andamento leggermente posticipato, si osserva una decrescita per R_t ospedalizzazioni che alla stessa data è pari a $1,20$ vs $1,24$ (IC95%: 1,18-1,32) della settimana precedente, che si mantiene tuttavia al di sopra della soglia epidemica. Questo verosimilmente riflette la diversa tempistica che intercorre tra la data di inizio dei sintomi e la data di ricovero usualmente osservata nelle persone diagnosticate con Covid-19 che poi sono state ricoverate. L'elevata proporzione di soggetti giovani e asintomatici va considerata nella lettura di queste stime di trasmissibilità.

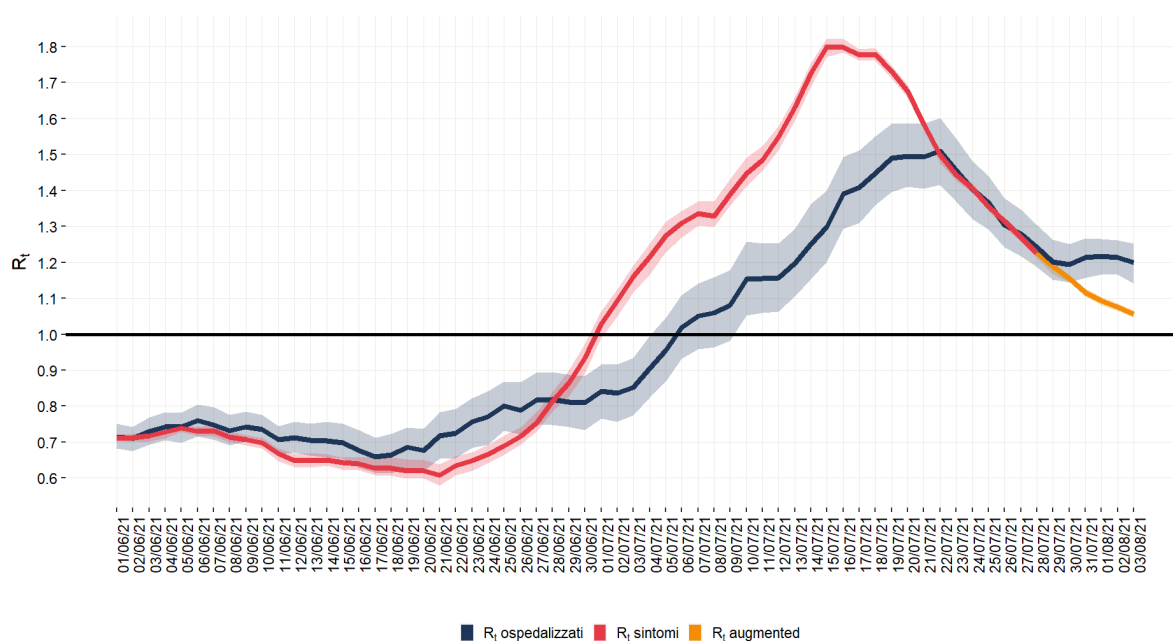


FIGURA 8 - ANDAMENTO GIORNALIERO DI RT SINTOMI, RT OSPEDALIZZAZIONI E RT AUGMENTED NAZIONALE, CALCOLATO L'11/8/2021

² Ogni settimana vengono calcolati diversi R_t : R_t sintomi (basato sulle date di inizio sintomi), $R_{t\text{medio}14\text{gg}}$ (media degli R_t di 14 giorni, meno influenzato da variazioni di breve periodo) e R_t ospedalizzazioni (basato sulle date di ricovero e che fornisce quindi un indice di trasmissibilità dei casi più gravi). Tuttavia, per la scelta della data più recente alla quale si può considerare sufficientemente stabile ciascuno di questi R_t bisogna tener conto del consolidamento dei dati. L'acquisizione dei dati epidemiologici sulle 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. Per il presente bollettino, ad esempio, si considera il 29 giugno come data ultima per valutare la stima di R_t medio dei casi sintomatici. Viene inoltre calcolato l' R_t "augmented" sui casi sintomatici. Questo è basato su una tecnica di "data imputation" che permette di fornire una stima più recente (questa settimana 6 luglio); tuttavia, va tenuto che sebbene più "tempestivo" è al tempo stesso potenzialmente meno affidabile in quanto basato su dati ancora non completi.

Nel periodo 21 luglio - 3 agosto 2021, l'Rt medio a 14 giorni, calcolato sui casi sintomatici e meno influenzato da variazioni di breve periodo, è stato pari a **1,27 (range 1,07- 1,65)**, in diminuzione rispetto alla settimana precedente, **1,56 (range 1,25- 1,82)**, ma ancora al di sopra della soglia epidemica.

La stima per Regione/PA del numero di riproduzione netto Rt sintomi al 21 luglio è riportato in **Figura 9**.

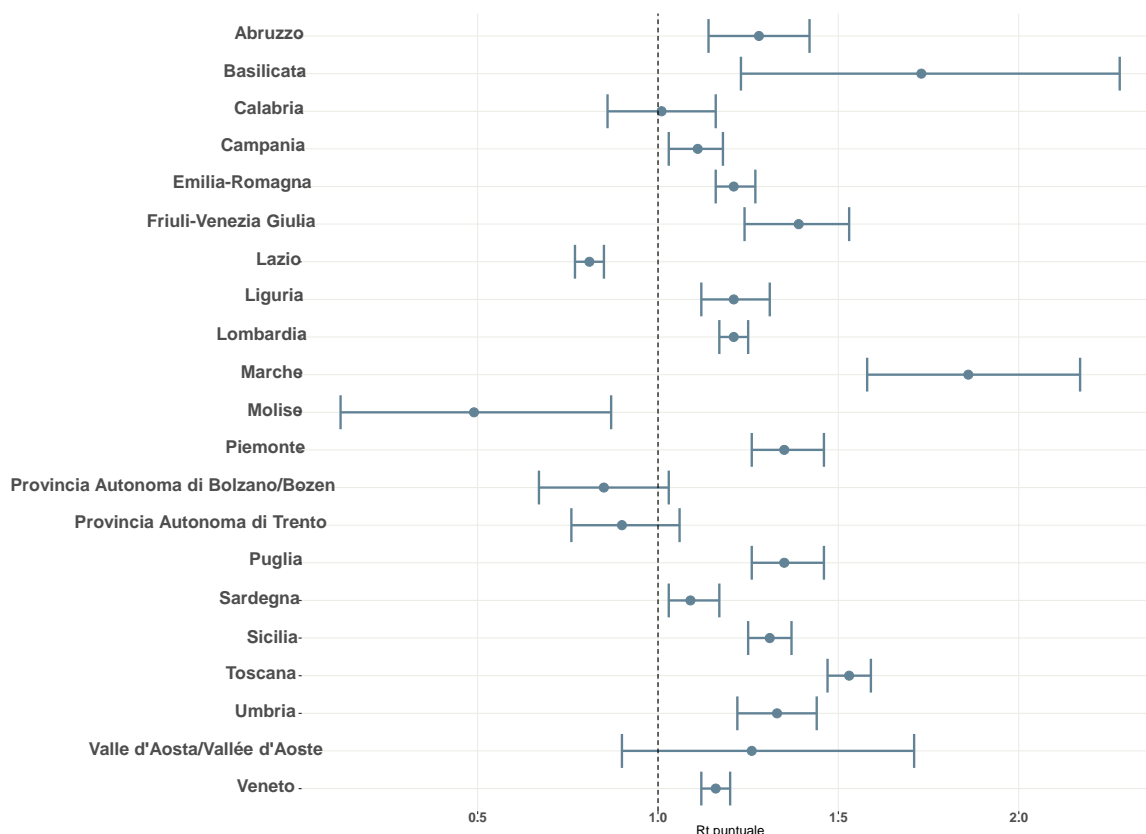


FIGURA 9 - STIMA DELL'RT SINTOMI PER REGIONE/PA AL 21 LUGLIO 2021, CALCOLATO L'11/8/2021

Impatto della malattia COVID-19 in Italia

Il Case Fatality Rate (CFR) a 28 giorni dalla diagnosi di COVID-19, grezzo e standardizzato rispetto alla popolazione italiana (2021) e alla popolazione europea standard (2013), per mese di diagnosi a partire da inizio pandemia è riportato in **Figura 10**. Il CFR grezzo è diminuito dal 19,2%, rilevato all'inizio della pandemia, allo 0,6%, a giugno 2021. Osservando i valori del CFR standardizzato rispetto alla popolazione italiana, si nota una diminuzione di approssimativamente 7 punti percentuali fra febbraio 2020 e giugno 2021. Lo stesso andamento decrescente è osservato in corrispondenza del CFR standardizzato rispetto alla popolazione europea. Si osserva, in particolare, una diminuzione continua del CFR (sia grezzo che standardizzato) da gennaio 2021 in poi. Gli alti valori del CFR osservati nella prima fase pandemica potrebbero essere spiegati dal ridotto numero di tamponi che venivano effettuati, e dal fatto che venivano testati prevalentemente i casi sintomatici. Come evidenziato in **Figura 2**, la capacità diagnostica è aumentata da inizio pandemia, passando da un numero medio giornaliero di tamponi effettuati pari a 3.110 a febbraio 2020 a 180.365 a giugno 2021.

I valori del CFR standardizzato utilizzando come riferimento la popolazione europea (mediamente più giovane della popolazione italiana) risultano sempre più bassi rispetto ai valori del CFR standardizzato che ha come riferimento la popolazione italiana. Questo suggerisce che le differenze con gli altri Paesi europei, in termini di letalità, siano in parte dovute alla struttura per età della popolazione italiana, relativamente più anziana.

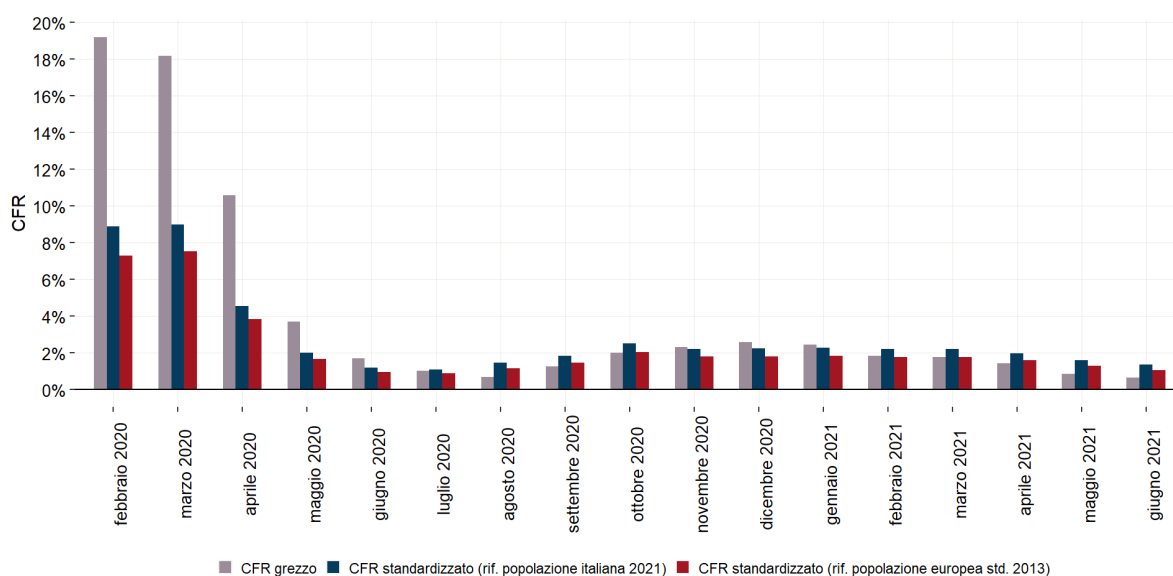


FIGURA 10 -ANDAMENTO PER MESE DI DIAGNOSI DEL CASE FATALITY RATE (CFR) GREZZO E STANDARDIZZATO RISPETTO ALLA POPOLAZIONE ITALIANA (2021) E ALLA POPOLAZIONE EUROPEA STANDARD (2013)

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEI CASI (N= 4.409.090) E DEI DECESSI (N=127.476) PER COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile					Soggetti di sesso femminile					Casi totali				
	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	Letalità %	N. casi	% casi per classe di età	N. deceduti	% deceduti per classe di età	Letalità %
0-9	125.741	5,8	7	<0,1	<0,1	117.310	5,2	7	<0,1	<0,1	243.051	5,5	14	<0,1	<0,1
10-19	232.996	10,8	9	<0,1	<0,1	213.201	9,5	8	<0,1	<0,1	446.197	10,1	17	<0,1	<0,1
20-29	277.988	12,9	44	0,1	<0,1	264.198	11,8	25	<0,1	<0,1	542.190	12,3	69	0,1	<0,1
30-39	270.541	12,5	163	0,2	0,1	281.633	12,5	98	0,2	<0,1	552.178	12,5	261	0,2	<0,1
40-49	334.569	15,5	795	1,1	0,2	367.660	16,4	340	0,6	0,1	702.230	15,9	1.135	0,9	0,2
50-59	370.193	17,1	3.274	4,5	0,9	384.764	17,1	1.278	2,3	0,3	754.959	17,1	4.552	3,6	0,6
60-69	247.693	11,5	9.527	13,2	3,8	229.484	10,2	3.624	6,5	1,6	477.178	10,8	13.151	10,3	2,8
70-79	175.240	8,1	21.774	30,2	12,4	170.178	7,6	10.403	18,8	6,1	345.418	7,8	32.177	25,2	9,3
80-89	105.239	4,9	27.905	38,7	26,5	151.879	6,8	23.512	42,4	15,5	257.125	5,8	51.417	40,3	20,0
≥90	21.485	1,0	8.528	11,8	39,7	66.977	3,0	16.153	29,1	24,1	88.462	2,0	24.681	19,4	27,9
Età non nota	51	0,0	1	0,0	2,0	51	0,0	1	0,0	2,0	102	0,0	2	0,0	2,0
Totale	2.161.736	49,0	72.027	56,5	3,3%	2.247.335	51,0	55.449	43,5	2,5	4.409.090	-	127.476	-	2,9

NOTA: LA TABELLA NON INCLUDE I CASI PER CUI NON È NOTO IL SESSO

La **Tabella 1** riporta la distribuzione dei casi e dei decessi segnalati e la letalità per sesso e fasce di età decennali, mentre la **Tabella 2** riporta il numero di casi e decessi segnalati in età pediatrica. Come ormai ben noto, si osserva che la letalità del COVID-19 cresce con l'aumentare dell'età dei pazienti ed è più elevata nei soggetti di sesso maschile a partire dalla fascia di età 30-39 anni.

TABELLA 2 - DISTRIBUZIONE DEI CASI (N=689.248) E DEI DECESSI (N=31) DIAGNOSTICATI NELLA POPOLAZIONE 0-19 ANNI PER FASCIA DI ETÀ IN ITALIA

Classe di età (anni)	N. casi	N. deceduti
<3	53.149	6
3-5	67.892	4
6-10	159.407	6
11-13	123.067	7
14-19	285.733	8
Totale	689.248	31

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

La campagna vaccinale in Italia è iniziata il 27 dicembre 2020. All'11 agosto 2021, sono state somministrate 72.920.991 delle 76.586.691 dosi di vaccino finora consegnate (37.792.217 prime dosi e 35.128.774 seconde/uniche dosi) (<https://github.com/italia/covid19-opendata-vaccini>).

All'11 agosto, in Italia, il 91,2% degli ultraottantenni ha completato il ciclo vaccinale. In tutte le Regioni/PA la copertura vaccinale per questa fascia d'età è maggiore dell'80%, ad esclusione della Calabria e della Sicilia, dove solo il 77,3% e il 76,1% rispettivamente hanno completato il ciclo vaccinale. Nelle fasce di età 70-79 anni e 60-69 anni la copertura vaccinale completa con due dosi si attesta rispettivamente intorno al 86,6% e 80,2%.

Sulla base del Decreto-legge 14 gennaio 2021 n. 2, che disciplina i sistemi informativi funzionali all'implementazione del piano strategico dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 (comma 7, art 3), viene effettuata periodicamente una analisi congiunta dei dati dell'anagrafe nazionale vaccini e della sorveglianza integrata COVID-19, di cui di seguito sono riportati i principali risultati.

La maggior parte dei casi segnalati in Italia negli ultimi 30 giorni sono stati identificati in soggetti non vaccinati. La **Tabella 3** riporta il numero assoluto e la percentuale di persone vaccinate nella popolazione generale e di casi di infezione da SARS-CoV2, di casi ospedalizzati, ricoverati in terapia intensiva e deceduti per stato vaccinale negli ultimi 30 giorni. Sono classificati come:

- o **casi non vaccinati** tutti i soggetti notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV-2 che non hanno mai ricevuto una dose di vaccino SARS-CoV-2 o che sono stati vaccinati con prima o mono dose entro 14 giorni dalla diagnosi stessa, ovvero prima del tempo necessario a sviluppare una risposta immunitaria almeno parziale al vaccino. Considerando che il periodo di incubazione (il tempo che intercorre tra il primo contatto con il virus e la manifestazione dei sintomi della malattia) dell'infezione da SARS-CoV2 può richiedere fino a 14 giorni, è anche possibile che alcuni casi, abbiano contratto l'infezione prima della vaccinazione stessa.
- o **casi con ciclo incompleto di vaccinazione** tutti i casi notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV-2 e documentata dopo 14 giorni dalla somministrazione della prima dose, in soggetti che hanno ricevuto solo la prima dose di un vaccino che prevede una seconda dose a completamento del ciclo vaccinale (vaccini Pfizer-BioNtech, Moderna e Vaxzevria),. In questo gruppo sono inclusi anche i soggetti che hanno ricevuto la seconda dose ma nei quali la diagnosi è avvenuta entro 14 giorni dalla seconda dose. Si evidenzia che un ciclo di vaccinazione incompleto fornisce una protezione inferiore rispetto ad un ciclo di vaccinazione completo.
- o **casi con ciclo completo di vaccinazione** tutti i casi notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV2 documentata dopo 14 giorni dal completamento del ciclo vaccinale (quindi 14 giorni dal completamento 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).

TABELLA 3 - POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ >12 ANNI E CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI, OSPEDALIZZATI, RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA E DECEDUTI NEGLI ULTIMI 30 GIORNI, PER STATO

VACCINALE E CLASSE D'ETÀ* VEDI GLOSSARIO PER DEFINIZIONI

GRUPPO	FASCIA DI ETÀ	NON VACCINATI	VACCINATI CON CICLO INCOMPLETO	VACCINATI CON CICLO COMPLETO
Popolazione (24/07/2021)	12-39	10.220.321 (58,6%)	4.558.902 (26,1%)	2.656.332 (15,2%)
	40-59	6.790.774 (36,8%)	4.302.256 (23,3%)	7.354.430 (39,9%)
	60-79	2.893.691 (21,3%)	2.343.633 (17,3%)	8.335.455 (61,4%)
	80+	418.020 (9,2%)	136.645 (3%)	3.999.442 (87,8%)
Diagnosi di Sars-CoV-2 (09/07/2021-08/08/2021)	12-39	58.875 (75,5%)	13.561 (17,4%)	5.552 (7,1%)
	40-59	16.853 (57,1%)	5.801 (19,6%)	6.873 (23,3%)
	60-79	4.101 (38,5%)	2.104 (19,8%)	4.445 (41,7%)
	80+	756 (26,3%)	104 (3,6%)	2.017 (70,1%)
Ospedalizzazioni** (02/07/2021-01/08/2021)	12-39	1.129 (89,9%)	93 (7,4%)	34 (2,7%)
	40-59	1.081 (85,1%)	101 (7,9%)	89 (7%)
	60-79	637 (63,3%)	160 (15,9%)	210 (20,9%)
	80+	220 (40,7%)	26 (4,8%)	294 (54,4%)
Ricoveri in Terapia Intensiva** (02/07/2021-01/08/2021)	12-39	42 (95,5%)	2 (4,5%)	0 (0%)
	40-59	82 (87,2%)	6 (6,4%)	6 (6,4%)
	60-79	104 (77,6%)	13 (9,7%)	17 (12,7%)
	80+	19 (61,3%)	1 (3,2%)	11 (35,5%)
Decessi** (18/06/2021-18/07/2021)	12-39	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
	40-59	24 (92,3%)	2 (7,7%)	0 (0%)
	60-79	64 (83,1%)	7 (9,1%)	6 (7,8%)
	80+	54 (62,1%)	5 (5,7%)	28 (32,2%)

*La copertura vaccinale qui indicata fa riferimento al 24 luglio perché corrisponde ad una media di copertura vaccinale nel periodo. Il numero di eventi riportati in questa tabella potrebbe non essere allineato con il numero di eventi riportato nel bollettino quotidiano COVID-19 prodotto da Ministero della Salute/Protezione Civile (MdS/PC). Le differenze si devono, principalmente, a due fattori: a) gli eventi riportati da MdS/PC sono per data di notifica, mentre questa tabella usa la data di prelievo/diagnosi e b) ritardi di notifica nel flusso ISS più complesso ed articolato.

**Ospedalizzazioni, ricoveri in terapia intensiva e decessi qui riportati riferiscono al periodo della diagnosi per tener conto del tempo necessario all'aggravamento dopo la diagnosi e del ritardo di notifica

Negli ultimi 30 giorni, si rileva come il 26,3% delle diagnosi di SARS-COV-2, il 40,7% delle ospedalizzazioni, il 61,3% dei ricoveri in terapia intensiva e il 62,1% dei decessi negli over 80 siano avvenuti tra coloro che non hanno ricevuto alcuna dose di vaccino. La **Figura 11** rappresenta graficamente la distribuzione per stato vaccinale dei valori percentuali riportati nella **Tabella 3**.

Si evidenzia che, nel momento in cui le vaccinazioni nella popolazione raggiungono alti livelli di copertura, si verifica il cosiddetto effetto paradosso per cui il numero assoluto di infezioni, ospedalizzazioni e decessi può essere simile tra vaccinati e non vaccinati, per via della progressiva diminuzione nel numero di questi ultimi. Per esempio, nella fascia di età 80+, dove la copertura vaccinale è intorno al 90%, si osserva che il numero di ospedalizzazioni fra vaccinati con ciclo completo è pari a 294 e mentre nei non vaccinati è leggermente più basso, pari a 220 (**Tabella 3**). Tuttavia, calcolando a partire da questi dati il tasso di ospedalizzazione negli ultimi 30 giorni, si riscontra come questo per i non vaccinati sia oltre sette volte più alto rispetto ai vaccinati con ciclo completo (52 vs 7 ricoveri per 100.000 abitanti).

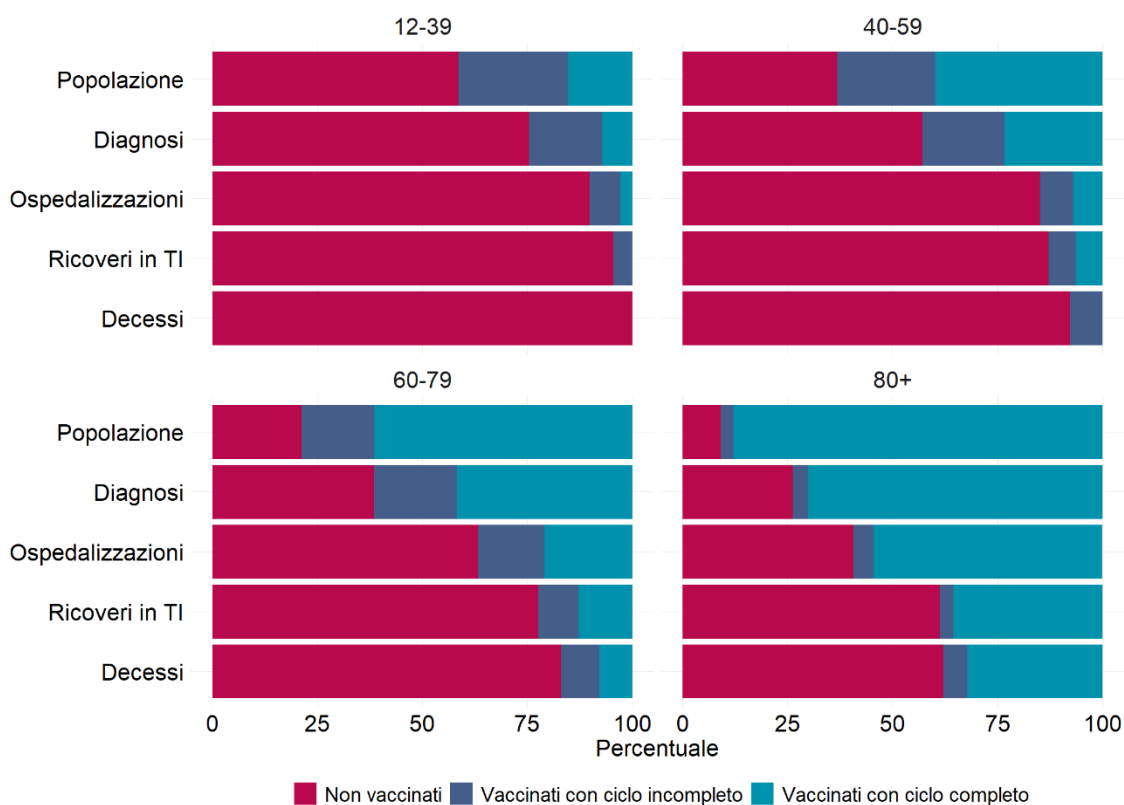


FIGURA 11 -COPERTURA VACCINALE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ > 12 ANNI (ULTIMI 30 GIORNI) E CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI, OSPEDALIZZATI, RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA (TI) E DECEDUTI, NEGLI ULTIMI 30 GIORNI* PER STATO VACCINALE E CLASSE D'ETÀ
VEDI GLOSSARIO PER DEFINIZIONI

La **Tabella 4** e la **Figura 12** mostrano le stime di efficacia vaccinale, con intervallo di confidenza al 95%, nel periodo dal 4 aprile (approssimativamente la data in cui la vaccinazione è stata estesa alla popolazione generale) all'8 agosto 2021 per fascia di età. L'efficacia del vaccino misura la riduzione proporzionale del rischio di osservare un certo evento tra le persone vaccinate, ovvero equivale alla riduzione percentuale del rischio di osservare un certo evento tra le persone vaccinate rispetto alle persone non vaccinate. In questa analisi sono stati presi in considerazione quattro eventi diversi: la diagnosi di COVID-19, l'ospedalizzazione, il ricovero in terapia intensiva e il decesso. Visto che la maggioranza dei vaccini a disposizione prevede attualmente due dosi, l'efficacia è valutata sia per i vaccinati con ciclo completo che per i vaccinati con ciclo incompleto³.

³ L'efficacia del vaccino è stimata usando il modello di Poisson, considerando il numero di eventi per giorno come variabile dipendente lo stato vaccinale come variabile indipendente e le fasce di età decennali come variabile di aggiustamento. All'interno del modello è inserita come variabile offset il numero giornaliero di persone esposte per stato vaccinale e fascia anagrafica. Le stime sono effettuate anche stratificando per fascia di età (12-39, 40-59, 60-79 e 80+) ma sempre aggiustando per fascia di età decennale nello strato. Attraverso questo modello è possibile stimare il rischio relativo (RR), ossia il rapporto fra l'incidenza dell'evento tra i vaccinati (completi o incompleti) rispetto alla 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).

TABELLA 4 - STIMA EFFICACIA VACCINALE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ >12 ANNI NEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI NEL PERIODO 4 APRILE - 8 AGOSTO 2021, CON L'INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95% VEDI GLOSSARIO PER DEFINIZIONI

GRUPPO	FASCIA DI ETÀ	EFFICACIA VACCINALE (%) (VACCINATI CICLO INCOMPLETO VS NON VACCINATI)*	EFFICACIA VACCINALE (%) (VACCINATI CICLO COMPLETO VS NON VACCINATI)*
Diagnosi di Sars-CoV-2	12-39	41,34 [40,45-42,22]	68,32 [67,6-69,02]
	40-59	66,63 [66,08-67,17]	79,00 [78,59-79,41]
	60-79	75,51 [75,05-75,96]	88,01 [87,71-88,31]
	80+	52,73 [51,2-54,22]	88,91 [88,58-89,23]
	Totale	62,06 [61,71-62,41]	82,33 [82,11-82,54]
Ospedalizzazioni	12-39	79,27 [75,63-82,53]	88,44 [85,42-91,00]
	40-59	89,49 [88,32-90,58]	94,00 [93,09-94,82]
	60-79	86,55 [85,8-87,26]	95,53 [95,08-95,94]
	80+	65,38 [63,27-67,38]	94,07 [93,69-94,44]
	Totale	82,32 [81,68-82,95]	94,7 [94,44-94,95]
Ricoveri in Terapia Intensiva	12-39	-**	-**
	40-59	92,09 [88,51-94,82]	97,15 [94,84-98,63]
	60-79	90,57 [88,96-92,01]	97,79 [96,94-98,46]
	80+	74,86 [66,32-81,63]	95,79 [94,22-97,01]
	Totale	89,4 [87,93-90,74]	97,16 [96,49-97,74]
Decessi	12-39	-**	-**
	40-59	86,82 [79,33-92,19]	95,13 [89,47-98,26]
	60-79	89,44 [87,98-90,76]	96,89 [95,91-97,7]
	80+	74,22 [71,74-76,53]	96,69 [96,27-97,07]
	Totale	82,26 [80,91-83,53]	96,82 [96,45-97,15]

*In tabella sono riportate le stime dell'efficacia con intervallo di confidenza al 95%. Per maggiori dettagli metodologici fare riferimento a quanto riportato in nota 3.

**stime non calcolabili per bassa frequenza di eventi in alcuni strati

L'efficacia complessiva della vaccinazione incompleta nel prevenire l'infezione è pari al 62,1% (95%IC: 61,7%-62,4%), mentre quella della vaccinazione completa è pari all'82,3% (95%IC: 82,1%-82,5%). Questo risultato indica che nel gruppo dei vaccinati con ciclo completo il rischio di contrarre l'infezione si riduce dell'82% rispetto a quello tra i non vaccinati. Siccome è una stima basata su un modello statistico, questa implica un livello di incertezza che è espresso dall'intervallo di confidenza, il quale indica che verosimilmente (con il 95% di probabilità) il valore reale dell'efficacia è compreso tra 82,1% e 82,5%. L'efficacia nel prevenire l'ospedalizzazione, sale all'82,3% (95%IC: 81,7%-83,0%) per la vaccinazione con ciclo incompleto e al 94,7% (95%IC: 94,4%-95,0%) per quella con ciclo completo. L'efficacia nel prevenire i ricoveri in terapia intensiva è pari all'89,4% (95%IC: 87,9%-90,7%) per la vaccinazione con ciclo incompleto e pari al 97,2% (95%IC: 96,5%-97,7%) per quella con ciclo completo. Infine, l'efficacia nel prevenire il decesso è pari all'82,3% (95%IC: 80,9-83,5%) per la vaccinazione con ciclo incompleto e pari al 96,8% (95%IC: 96,5%-97,2%) per la vaccinazione con ciclo completo.

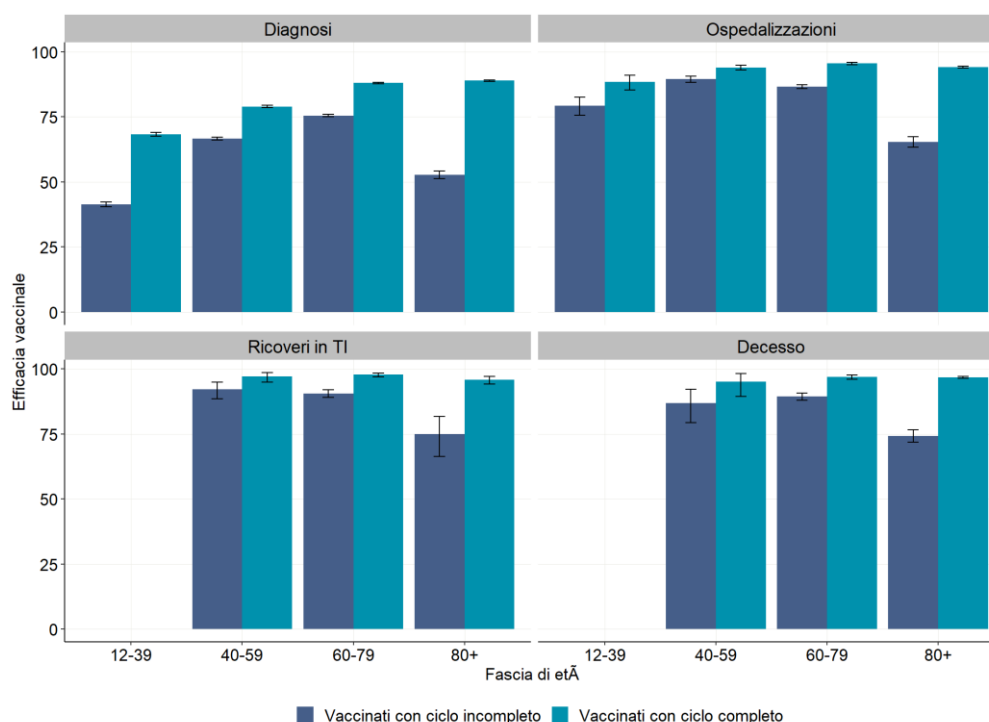


FIGURA 12 - STIMA DELL'EFFICACIA VACCINALE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA DI ETÀ > 12 ANNI NEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI, OSPEDALIZZATI, RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA E DECEDUTI NEL PERIODO 04 APRILE - 8 AGOSTO 2021, PER STATO VACCINALE E CLASSE D'ETÀ

Nota: A causa del basso numero di ricoveri in terapia intensiva e di decessi nella fascia di età 12-39, le stime di efficacia vaccinale in questo gruppo non sono riportate in quanto non calcolabili. VEDI GLOSSARIO PER DEFINIZIONI

È necessario ricordare 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 (per esempio, categoria a rischio, comorbidità, ecc.). Un'analisi dettagliata e più rigorosa sull'effetto protettivo dei vaccini contro il COVID-19 è riportata nel rapporto prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità⁴ e nella relativa pubblicazione scientifica⁵. In particolare, alcuni aspetti comportamentali potrebbero spiegare la minore efficacia vaccinale stimata nella fascia di età 12-39, soprattutto in relazione al rischio di diagnosi. È noto, infatti, come nella popolazione complessiva, viste anche le difficoltà del *contact tracing*, una quota di infezioni asintomatiche o con sintomi lievi non siano diagnosticate, e questo è verosimile si verifichi più frequentemente nella popolazione giovane, generalmente colpita dal virus in forma più lieve rispetto alla popolazione adulta. Tra i giovani non vaccinati, lo stigma e la paura di eventuali restrizioni alla loro vita sociale conseguenti un'eventuale diagnosi potrebbero ridurre l'utilizzo dei servizi diagnostici e quindi portare a una sottostima del rischio in questo gruppo e, di conseguenza, a una sottostima dell'efficacia vaccinale.

D'altra parte, è possibile che una parte della popolazione giovane, specialmente nelle settimane immediatamente precedenti l'inizio della stagione estiva, si sia vaccinata per non subire restrizioni alle proprie attività sociali, alcune delle quali potrebbero averli

⁴ <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/pdf/report-valutazione-impatto-vaccinazione-covid-19-15-mag-2021.pdf>

⁵ Mateo-Urdiales A, Spila Alegiani S, Fabiani M, Pezzotti P, Filia A, Massari M, Riccardo F, Tallon M, Proietti V, Del Manso M, Puopolo M, Spuri M, Morciano C, D'Ancona FP, Da Cas R, Battilomo S, Bella A, Menniti-Ippolito F; Italian Integrated Surveillance of COVID-19 study group; on behalf of the Italian COVID-19 vaccines registry. Risk of SARS-CoV-2 infection and subsequent hospital admission and death at different time intervals since first dose of COVID-19 vaccine administration, Italy, 27 December 2020 to mid-April 2021. Euro Surveill. 2021 Jun;26(25):2100507. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2021.26.25.2100507. PMID: 34169819; PMCID: PMC8229378. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34169819/>

sovrapposti a contesti e comportamenti a rischio rispetto ai non vaccinati, causando quindi una riduzione della stima dell'efficacia vaccinale.

Infine, la maggiore trasmissione osservata in questa fascia di età nelle ultime settimane, quando la variante delta è predominante in Italia, potrebbe anche spiegare, almeno in parte, questo risultato, data la minore efficacia dei vaccini contro questa variante⁶.

In generale, sebbene da un lato sia stato ipotizzato che in caso di sintomi lievi l'utilizzo dei servizi diagnostici nei vaccinati si riduca per un acquisito senso di sicurezza, potrebbe anche verificarsi che le persone vaccinate siano più attente e sensibili al problema in queste circostanze, rivolgendosi quindi più frequentemente ai servizi diagnostici rispetto alla popolazione non vaccinata. In quest'ultimo caso, si avrebbe una sotto-diagnosi delle infezioni relativamente più frequente tra i non vaccinati, con conseguente sottostima dell'efficacia vaccinale.

Un altro effetto della campagna vaccinale è la diminuzione nell'età mediana dei casi di COVID-19, dato che le categorie vaccinate prioritariamente sono state le fasce di età più avanzate. L'età mediana dei casi al primo ricovero è leggermente aumentata nell'ultima settimana (54 anni), mentre si è osservata una leggera diminuzione dell'età dei casi al decesso (80 anni) (Figura 13). L'età mediana all'ingresso in terapia intensiva è risultata pari a 63 anni.

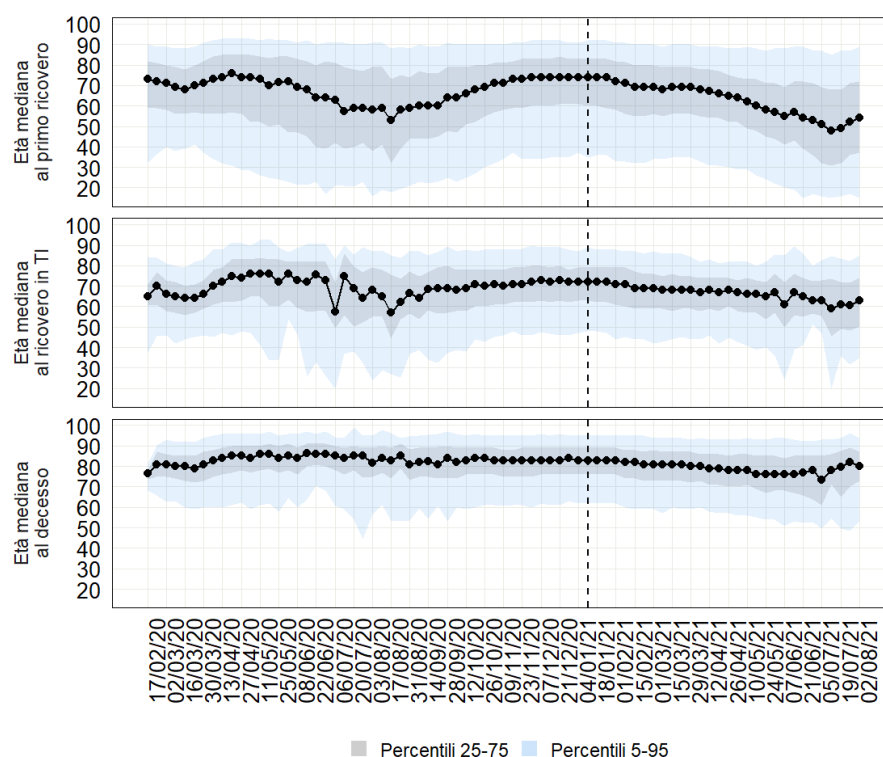


FIGURA 13 - ETÀ MEDIANA DEI CASI DI COVID-19 AL PRIMO RICOVERO, AL RICOVERO IN TI E AL DECESSO IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI

Nota: La data riportata si riferisce all'inizio della settimana (lunedì).

⁶ Lopez-Bernal et al. Effectiveness of COVID-19 vaccines against the B.1.617.2 variant. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.22.21257658v1.full.pdf>

Materiale supplementare

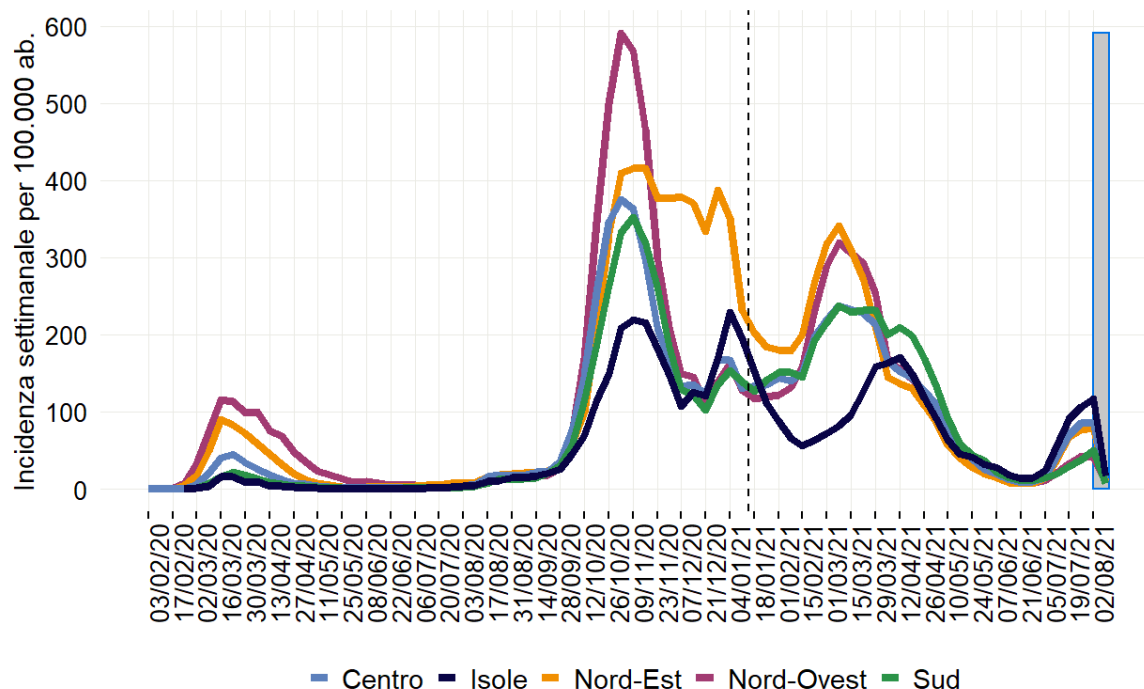


FIGURA A1 - TREND SETTIMANALE PER AREA GEOGRAFICA DEL NUMERO DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA DALL'INIZIO DELL'EPIDEMIA

Nota: All'interno dell'area grigia il dato deve essere considerato provvisorio. La linea tratteggiata nera indica la data di adozione della nuova definizione di caso. La data riportata si riferisce all'inizio della settimana (lunedì).

TABELLA A1 - DISTRIBUZIONE DEL MOTIVO PER CUI I CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA SONO STATI TESTATI - PERIODO: 26 LUGLIO - 8 AGOSTO 2021

Motivo del test	Casi	
	N	%
Screening	15.049	19,3
Contact tracing	20.935	26,9
Pazienti con sintomi	32.004	41,1
Non noto	9.841	12,6
Totale	77.829	

TABELLA A2 - DISTRIBUZIONE DELL'ORIGINE DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PERIODO: 26 LUGLIO - 8 AGOSTO 2021

Origine dei casi	Casi	
	N	%
Autoctoni	60.264	77,4
Importati dall'estero	1.020	1,3
Provenienti da Regione diversa da quella di notifica	1.384	1,8
Non noto	15.161	19,5
Totale	77.829	

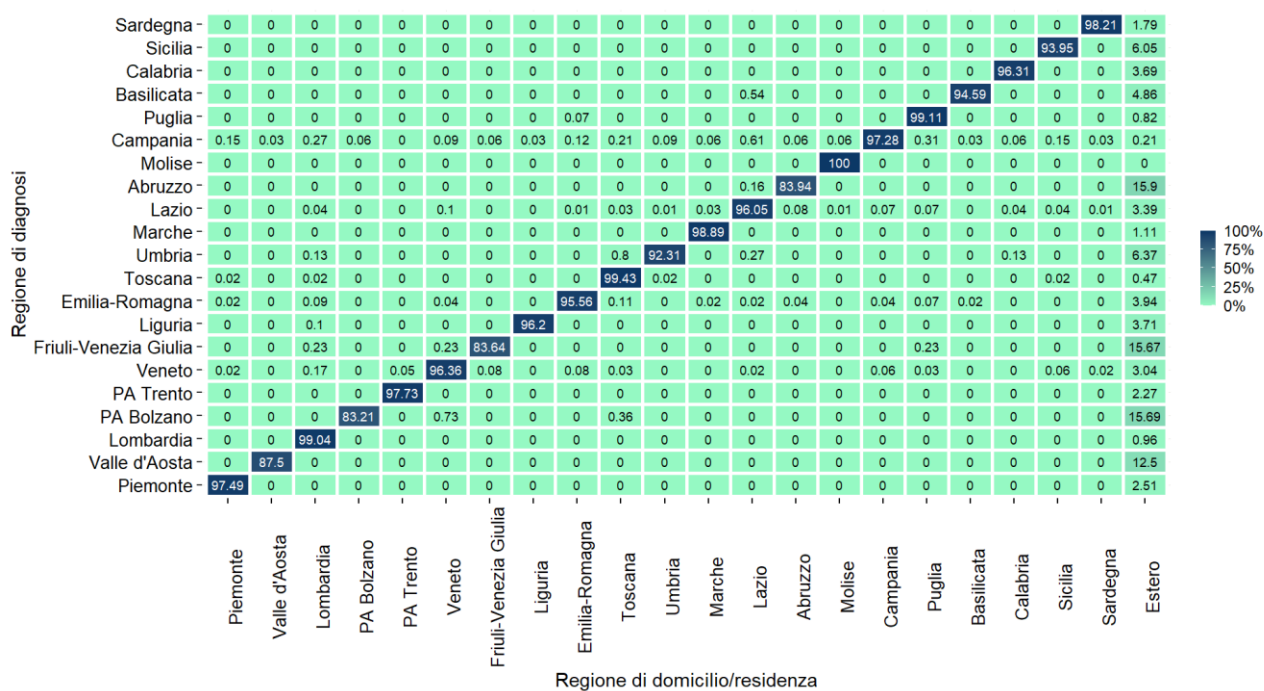


FIGURA A2 - PROPORZIONE DI CASI DI COVID-19 (PER 100,000 AB) PROVENIENTI DA ALTRA REGIONE/PPAA O STATO ESTERO SUL TOTALE DEI CASI DIAGNOSTICATI DA CIASCUNA REGIONE/PPAA NEL PERIODO 26 LUGLIO - 8 AGOSTO 2021.

TABELLA A3 - NUMERO ASSOLUTO E INCIDENZA (PER 100,000 AB) DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/PA DALL'INIZIO DELL'EPIDEMIA (INCIDENZA CUMULATIVA) E NEI PERIODI 2 - 8/8/2021 E 26/7-8/8/2021

REGIONE/PA	NUMERO DI CASI TOTALE	INCIDENZA CUMULATIVA (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 2 - 8/8/2021	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 26/7-8/8/2021	INCIDENZA 14GG (PER 100.000 AB)
Abruzzo	77.126	6.000,83	605	47,07	1.124	87,45
Basilicata	27.464	5.015,53	326	59,53	534	97,52
Calabria	72.428	3.857,21	969	51,60	1.864	99,27
Campania	436.133	7.678,72	3.230	56,87	5.592	98,45
Emilia-Romagna	400.150	9.001,14	4.122	92,72	7.805	175,57
Friuli-Venezia Giulia	105.942	8.837,68	480	40,04	928	77,41
Lazio	371.421	6.492,47	3.574	62,47	7.848	137,18
Liguria	106.888	7.079,59	913	60,47	1.799	119,15
Lombardia	858.504	8.613,47	4.347	43,61	8.811	88,40
Marche	106.844	7.116,26	1.102	73,40	1.956	130,28
Molise	14.033	4.732,13	62	20,91	124	41,81
Piemonte	369.454	8.645,82	1.310	30,66	2.647	61,94
PA Bolzano	65.543	12.280,52	161	30,17	317	59,39
PA Trento	47.779	8.770,89	196	35,98	420	77,10
Puglia	258.534	6.583,61	1.562	39,78	2.733	69,60
Sardegna	64.444	4.032,22	1.716	107,37	3.822	239,14
Sicilia	252.746	5.221,08	5.802	119,85	10.514	217,19
Toscana	257.959	7.032,05	4.503	122,75	8.605	234,58
Umbria	60.075	6.944,98	835	96,53	1.583	183,00
Valle d'Aosta	11.811	9.533,07	79	63,76	107	86,36
Veneto	443.812	9.146,14	4.264	87,87	8.696	179,21
ITALIA	4.409.090	7.440,55	40.158	67,77	77.829	131,34

+

Glossario

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 soggetti notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV-2 che non hanno mai ricevuto una dose di vaccino SARS-CoV-2 o che sono stati vaccinati con prima o mono dose entro 14 giorni dalla diagnosi stessa, ovvero prima del tempo necessario a 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 che hanno ricevuto solo la prima dose di un vaccino, che prevede una seconda dose a completamento del ciclo vaccinale (vaccini Pfizer-BioNtech, Moderna e Vaxzevria), documentata dopo 14 giorni dalla prima dose.

Casi con ciclo completo di vaccinazione: tutti i casi notificati con una diagnosi confermata di infezione da virus SARS-CoV2 documentato dopo 14 giorni dal completamento del ciclo vaccinale (quindi 14 giorni dal completamento 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).

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 (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.

Incidenza: proporzione di nuovi casi di malattia che si verificano in una popolazione in un dato lasso di tempo.

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.

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

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.

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

A cura di: Flavia Riccardo, Antonino Bella, Martina Del Manso, Alberto Mateo Urdiales, Massimo Fabiani, Stefano Boros, Fortunato (Paolo) D'Ancona, Maria Cristina Rota, Antonietta Filia, Matteo Spuri, Sara Antignani, Chiara Sacco, Marco Bressi, 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 Mignoli (Calabria); Pietro Buono (Campania); Erika Massimiliani (Emilia-Romagna); Fabio Barbone (Friuli Venezia Giulia); Francesco Vairo (Lazio); Camilla Sticchi (Liguria); Danilo Cereda (Lombardia); Lucia Di Furia (Marche); Francesco Sforza (Molise); Annamaria Bassot (P.A. Bolzano); Pier Paolo Benetollo (P.A. Trento); Chiara Pasqualini (Piemonte); Lucia Bisceglia (Puglia); Maria Antonietta Palmas (Sardegna); Salvatore Scondotto (Sicilia); Emanuela Balocchini (Toscana); Anna Tosti (Umbria); Mauro Ruffier (Valle D'Aosta); Filippo Da Re (Veneto).

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

Aggiornamento nazionale: 11 agosto 2021