



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Verbale n. 149 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 26 gennaio 2021

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

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

È presente il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 Domenico Arcuri (in videoconferenza).

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

È presente il Dr Stefano Merler della Fondazione Kessler (in videoconferenza).

È presente il Dr Patrizio Pezzotti di ISS (in videoconferenza).

La seduta inizia alle ore 12,00.

AGGIORNAMENTI SULLA CAMPAGNA VACCINALE NAZIONALE ANTI COVID-19

Il CTS, al fine di acquisire gli aggiornamenti concernenti la campagna vaccinale nazionale anti COVID-19, procede ad un confronto in videoconferenza con il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19.

Il Commissario straordinario riferisce al CTS i dati e le informazioni che seguono.

L'Italia avrebbe dovuto ricevere dalle sei case farmaceutiche che hanno contrattualizzato opzioni di acquisto con l'Unione Europea 194 milioni di dosi di vaccino nel 2021 e 8 milioni di dosi nel 2022.

Nella pianificazione attuale, ai 202 milioni di dosi contrattualizzate, attraverso la sottoscrizione di accordi aggiuntivi con le case farmaceutiche Pfizer e Moderna, si aggiungeranno ulteriori forniture fino a raggiungere 226 milioni di dosi.

Purtuttavia, a fronte di un incremento della disponibilità complessiva teorica nella fornitura dei vaccini, si è registrato già un primo decremento della disponibilità del 2021.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

La prima modifica del piano delle forniture è legata alla indisponibilità da parte dell'azienda farmaceutica Sanofi nella distribuzione nel 2021 di 40 milioni di vaccini che, quindi, si renderanno disponibili solo a partire dall'anno 2022.

Il piano messo alla base del programma di vaccinazione presentato in Parlamento affermava la disponibilità per l'Italia di 28 milioni di vaccini nel primo trimestre 2021.

Alla data odierna, la disponibilità complessiva del primo trimestre si è ridotta a 15 milioni. Il medesimo piano prevedeva nel secondo semestre la disponibilità di 57 milioni di vaccini che, ad oggi, si è ridotta a 32.

Il Commissario straordinario ascrive la riduzione della consegna delle dosi vaccinali alla decisione unilaterale di Pfizer che, pur in presenza di un contratto aggiuntivo, ha consegnato senza preavviso – con grave ripercussione sulla campagna vaccinale – quantità inferiori di vaccini rispetto alle sue previsioni ed alla analoga decisione di Astra Zeneca di ridurre le consegne in Europa – all'esito dell'approvazione da parte delle agenzie regolatorie del proprio vaccino – comunicando alla struttura commissariale la riduzione della consegna delle dosi nel primo trimestre da 16 a 3,4 milioni, mentre non è ancora nota la riduzione delle consegne del secondo trimestre.

Situazione attuale della campagna vaccinale in Italia

In Italia, alla data del 25/01/2021, sono state somministrate 1'434'000 dosi di vaccino come di seguito specificato:

- Alla data del 02/01/2021 sono state effettuate 87'000 vaccinazioni;
- Alla data del 16/01/2021 sono state effettuate 1'170'000 vaccinazioni;
- Alla data del 25/01/2021 sono state effettuate 1'434'000 vaccinazioni.

Alla data del 16/01/2021, quando la casa farmaceutica Pfizer annuncia la riduzione delle dotazioni, in Italia sono state effettuate più vaccinazioni che nel resto dei Paesi europei, registrando una media di circa 80'000 somministrazioni quotidiane.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Nei giorni successivi alla riduzione delle consegne dei vaccini da parte di Pfizer, l'Italia registra un crollo della somministrazione dei vaccini che si attesta a circa 30'000 al giorno, da ascrivere principalmente alla mancanza di certezze sulla disponibilità di vaccini per l'effettuazione delle seconde dosi.

Il Commissario straordinario comunica al CTS che sono state intraprese azioni legali a tutela del Paese, anche per i potenziali danni che l'intempestività nella comunicazione delle riduzioni di dosi consegnate producono sulla campagna di nazionale di vaccinazione.

La revisione degli impegni assunti delle case produttrici, con la riduzione della consegna delle dosi di vaccino – a quanto emerge dalle discussioni tra le aziende farmaceutiche e la Commissione Europea – appare uniforme in tutti i paesi europei.

Alla data del 15/01/2021 l'Italia aveva somministrato 200'000 vaccini in più della Germania. Rispetto a questo, il nostro Paese registra 300'000 vaccinazioni in meno, con una variazione netta di circa 500'000 registrata nei 9 giorni successivi. Questo dato emerge dal sito dell'Agenas (<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1791-flash-vaccini-fonti-p-chigi,-italia-seconda-in-ue-per-somministrazioni-flash>).

I rapporti contrattuali tra Italia e le case farmaceutiche

Il Commissario straordinario conferma di condividere con il CTS esclusivamente le informazioni pubbliche, non potendo condividere le informazioni confidenziali e non pubbliche relative ai rapporti contrattuali.

L'Unione Europea ha sottoscritto, per conto dei 27 Paesi membri, contratti con le case produttrici, stabilendo il criterio condiviso della numerosità delle popolazioni per la ripartizione delle dosi.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Ogni singolo Paese ha successivamente sottoscritto i cosiddetti “*Vaccine order form*”, discendenti dal contratto con l'Unione Europea. Per l'Italia, il contraente dei “*Vaccine order form*” è il Commissario straordinario per l’attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19.

La possibilità di rivalersi nei confronti delle aziende produttrici dei vaccini può essere pertanto legata ad una procedura italiana per gli ordini che il nostro Paese ha sottoscritto tramite i “*Vaccine order form*” (che non sono contratti) ovvero tramite l'Unione Europea per quanto concerne i contratti che questa ha sottoscritto per conto dei Paesi membri.

Riduzione della distribuzione dei vaccini nei Paesi UE e distribuzione dei vaccini a Paesi terzi

La concorrenza competitiva delle aziende produttrici dei vaccini attualmente disponibili sul mercato è influenzata dalla fortissima richiesta internazionale che, in assenza di alternative, consente una più agile distribuzione dei vaccini nei luoghi in cui il prezzo maggiormente pagato.

I contratti sottoscritti dall'Unione Europea hanno cadenza trimestrale. Ciononostante, il Presidente del Consiglio Europeo ha comunicato che l'Unione Europea intende intraprendere – come l’Italia ha già fatto – la via legale per imporre ai produttori il rispetto degli impegni e delle previsioni contrattuali.

Il Commissario straordinario resta in attesa di conoscere il programma di distribuzione minimo che le aziende produttrici possono assicurare, al fine di una riprogrammazione della campagna nazionale di vaccinazione che potrà registrare la grave ripercussione della procrastinazione dell’inizio della somministrazione dei vaccini ai cittadini italiani con età superiore a 80 anni.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Organizzazione della prima fase della campagna nazionale di vaccinazione

I primi obiettivi della campagna vaccinale sono stati identificati nella somministrazione del vaccino al personale sanitario, socio-sanitario e non sanitario operante nelle strutture sanitarie, con lo scopo di far diventare “covid-free” gli ospedali e la vaccinazione degli operatori e degli ospiti delle residenze assistenziali per anziani per limitare l’insorgenza di ulteriori potenzialmente gravi focolai di contagio.

È stata registrata la somministrazione di vaccini a soggetti non compresi tra le categorie illustrate e la struttura commissariale è in contatto con le Regioni per acquisire eventuali informazioni al riguardo.

Organizzazione della campagna nazionale di vaccinazione di massa

Il primo contingente di medici ed infermieri reclutato con il bando emesso dalla Struttura Commissariale sarà a breve reso operativo per il supporto alle Regioni nelle attività vaccinali di massa.

È stato approntato il sistema informativo capace di gestire in rete prenotazioni, rendicontazioni, somministrazioni e farmacovigilanza. Alcune Regioni hanno adottato il sistema; le altre hanno interfacciato i propri sistemi già attivi. Il sistema, così, riesce ad essere operativo per l’intero Paese.

In Italia, il vaccino anti Covid-19 è distribuito e somministrato gratuitamente e non obbligatorio.

Il Commissario straordinario condivide con il CTS la circostanza di aver ricevuto offerte di vaccini da parte di mediatori privati che testimoniano un possibile inserimento nelle dinamiche di approvvigionamento dei vaccini di soggetti terzi non facenti parte di governi o rappresentanze governative, rilevando la gravità determinata dall’esistenza

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

eventuale di un mercato privato di approvvigionamento parallelo che riesce ad ottenere vaccini a discapito degli stati che non riescono, allo stato attuale, a ricevere le quantità di dosi contrattualizzate in sede di negoziazione con le aziende produttrici.

PRESENTAZIONE AL CTS DI UN MODELLO MATEMATICO RELATIVO ALL'ANALISI DI IMPATTO DELLA RIAPERTURA DELLE SCUOLE SULL'EPIDEMIA DA SARS-COV-2 A SEGUITO DELL'ENTRATA IN VIGORE DEL DPCM 03/11/2020

Su richiesta del presidente dell'ISS, il Dott. Stefano Merler della Fondazione Bruno Kessler condivide in videoconferenza con il CTS un modello matematico (allegato) che è stato elaborato con l'intento di analizzare l'impatto della mobilità e della riapertura delle scuole sull'andamento dell'epidemia da SARS-CoV-2 nel Paese, caratterizzato dalla differenziazione, tra le Regioni, dei diversi livelli di rischio:

- Il modello si basa su un'analisi retrospettiva e considera essenzialmente 2 parametri: l'indice di trasmissibilità R_t e l'incidenza dei nuovi casi su 100'000 abitanti in 7gg.
- Il modello assume che il controllo dell'epidemia e, quindi, l'allentamento delle misure possano ritenersi sufficientemente sicuri con un valore di R_t sensibilmente inferiore a 1 (auspicabilmente 0,7-0,8 o, meglio, raggiungendo gli stessi valori di R_t pari a 0,5-0,6 registrati al termine del *lockdown* di marzo 2020 ma molto difficili da raggiungere per le diverse modalità di approccio al contenimento delle misure adottate nel periodo autunno-invernale) e con un'incidenza inferiore a 50 casi/100'000 abitanti in 7gg. che consente il ripristino completo delle attività di *contact tracing*.
- Le forti spinte sociali alle riaperture delle attività sociali ed economiche non consentono, ad oggi, il raggiungimento di un valore di R_t molto inferiore a 1.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- Fin dalla fine del *lockdown* è stata registrata una ripresa dei contatti sociali misurati in termini di mobilità nei diversi territori; quest'ultima, alla fine di settembre 2020, è ritornata a livelli quasi prepandemici.
- La riapertura di tutte le scuole accompagnata dalla ripresa ordinaria di tutti i contatti sociali, senza le misure di contenimento adottate, avrebbe avuto ripercussioni molto più gravi con una curva epidemica molto difficile da contenere.
- Il modello ha previsto un'analisi degli effetti e delle misure di contenimento sull'epidemia adottate prima e dopo l'applicazione del DPCM 03/11/2020 ed ha misurato la decrescita dell' R_t nelle Regioni con i diversi livelli di rischio. I principali risultati del modello hanno evidenziato una decrescita differenziale dell' R_t , maggiore nelle Regioni "rosse", intermedia nelle "arancioni", minore nelle Regioni "gialle".
- Prima dell'applicazione dei precetti del DPCM 03/11/2020, indipendentemente dalla riapertura o chiusura delle scuole, l'analisi individuava una difficoltà al raggiungimento di uno stabile indice di trasmissibilità R_t inferiore a 1. L'epidemia avrebbe mostrato comunque una crescita indipendentemente dalle scuole che, però, sarebbe stata più marcata con l'apertura delle scuole secondarie di secondo grado e meno marcata limitando l'apertura alle sole scuole primarie e secondarie di primo grado. Viceversa, nelle c.d. zone arancioni o rosse l'apertura delle scuole superiori non sembra avere impatto sull'incidenza. In definitiva, quindi, l'epidemia appare gestibile in zona gialla con la chiusura delle scuole secondarie di secondo grado, mentre nelle zone arancione o rossa l'epidemia risulta gestibile anche con la loro apertura. Il modello mostra una differenza dell'indice R_t di 0,1-0,15 degli scenari che prevedono l'apertura o la chiusura delle scuole superiori, molto simili ai valori osservati a novembre.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- Di seguito si riportano alcune considerazioni che dimostrano l'alto grado di incertezza del modello matematico proposto:
 - Per ciò che concerne l'analisi dei contagi intrascolastici, non si hanno, ad oggi, informazioni; non esistono stime di trasmissibilità nelle scuole e quindi non è possibile analizzare l'effetto della riorganizzazione scolastica alla ripresa delle attività didattiche dopo la scorsa estate. Al momento, è possibile basarsi solo sul numero dei contagi che avvengono in età scolare, senza avere evidenza se questi siano avvenuti all'interno delle scuole, prima dell'ingresso negli istituti scolastici o nelle attività periscolastiche.
 - Il minor impatto dei contagi fino alle scuole secondarie di primo grado è dovuto alla minore suscettibilità all'infezione da SARS-CoV-2 di soggetti in questa fascia di età.
 - Il modello assume che non vi sia nessuna riduzione di trasmissibilità in caso di impiego della DAD al 50% o al 75%.
- Alla luce di queste considerazioni, appare plausibile che l'incremento di R_t di 0,10-0,15 nel caso della riapertura delle scuole superiori possa costituire una sovrastima.

Il CTS, all'esito della presentazione mostrata e commentata dal Dr Stefano Merler, chiede di riconsiderare il modello matematico proposto inserendo nell'analisi le misure di mitigazione adottate nei diversi ambiti territoriali (riorganizzazione del trasporto pubblico urbano e del trasporto pubblico locale, documenti operativi proposti dai tavoli insediati presso le prefetture ai sensi dell'art. 1 c. 10 lett. s) del DPCM 03/12/2020 per la gestione del rischio nelle aree metropolitane, ecc.).

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

PRESENTAZIONE AL CTS DI UN MODELLO MATEMATICO RELATIVO ALL'ANALISI DI IMPATTO DELLA VARIANTE VIRALE 202012/01 (VARIANTE INGLESE) DI SARS-COV-2 SULL'INDICE DI TRASMISSIBILITÀ RT

Su richiesta del presidente dell'ISS, il Dott. Stefano Merler della Fondazione Bruno Kessler condivide in videoconferenza con il CTS un modello matematico (allegato) elaborato con l'intento di analizzare l'impatto della variante virale 202012/01 (VOC) del virus SARS-CoV-2 sull'indice di trasmissibilità R_t in Italia:

- Il modello, per la dinamica di VOC in Italia, assume l'esistenza di una *cross protection* tra le due tipologie virali, con il medesimo tempo di generazione.
- Assume che l' R_t non-VOC sia pari a 1.
- Anche se la trasmissibilità sembra variare dal 30% al 70% in più della forma non-VOC, il modello assume che il VOC presenti una trasmissibilità del 50% superiore al non-VOC.
- Il modello assume una prevalenza di VOC in Italia pari dell'1%.
- Assume che l'immunità iniziale in Italia sia oggi pari al 15% con 60'000 soggetti infetti giornalieri, stimando il tasso di notifica essere pari al 25% dei casi reali.
- Con queste assunzioni, il modello mostra che il VOC, partendo dall'1% di prevalenza, potrebbe diventare la forma prevalente in 50 giorni e che l'epidemia potrebbe avere un picco di prevalenza nei prossimi 3 mesi di 400'000 nuove infezioni (new infections) al giorno (incluso asintomatici e casi non notificati) che, con il tasso di notifica del 25% precedentemente illustrato, potrebbe condurre all'individuazione di 100'000 casi al giorno anziché i 15000 di oggi.
- Con questi assunti, l' R_t del non-VOC, fissato a 1 nel modello, con il passare del tempo decresce, mentre il VOC presenta un R_t significativamente più alto, pari a 1,6. Se si combinano gli indici, l' R_t complessivo atteso è basso, poiché costituito dalla media di tanti soggetti affetti da non-VOC (che contagiano meno) e pochi soggetti affetti da VOC (con grande capacità di contagio).

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- L'indice Rt basso costituirebbe una condizione da attenzionare, poiché sarebbe più difficile accorgersi della presenza del VOC, atteso che il non-VOC ne coprirebbe la rilevazione.
- La prevalenza iniziale di VOC impatta sul timing della trasmissione.
- L'immunità iniziale ha poco impatto.

Il modello, che presenta elevati gradi di incertezza sulle assunzioni, non tiene conto di una serie di considerazioni come, ad esempio:

- gli effetti della campagna vaccinale;
- l'efficacia del vaccino anche sulle varianti virali;
- la circolazione del VOC in Italia;
- l'impatto sulle misure di contenimento: non è detto che, a parità di trasmissibilità della variante inglese, l'impatto sia identico anche in Italia, grazie ai diversi sistemi di contenimento per il contrasto alla circolazione del virus.

Ad oggi, i casi VOC stimati (tra sospetti e confermati) in Italia sono circa 142 casi, di cui 41 in Lombardia, 7 in Veneto, 2 in Toscana, 3 nelle Marche, 67 in Abruzzo, 5 nel Lazio, 8 in Campania e 9 in Puglia.

A Varese è stata isolata la variante brasiliana.

Il CTS, al termine della presentazione mostrata e commentata dal Dr Stefano Merler, resta in attesa di conoscere eventuali aggiornamenti del modello, all'esito degli ulteriori aggiornamenti epidemiologici relativi all'analisi della circolazione delle varianti virali nel nostro Paese.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

USO DI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE PER LE VARIANTI DEL VIRUS SARS-COV-2

In riferimento ad alcune informazioni che riportano in alcuni paesi l'impiego di differenti dispositivi di protezione delle vie respiratorie per le varianti del virus SARS-CoV-2, il CTS, sottolineando che al momento non sono disponibili evidenze scientifiche a supporto di tali orientamenti, rimanda la decisione in una delle prossime sedute, all'esito di approfondimenti della tematica.

ANALISI DELLA LETALITÀ SUI CASI DI COVID-19 IN ITALIA

Su richiesta del presidente dell'ISS, il Dott. Patrizio Pezzotti condivide in videoconferenza con il CTS l'analisi relativa alla "Letalità tra i casi diagnosticati (Case Fatality Rate) con Covid-19: un confronto tra le regioni e nelle diverse fasi epidemiche" (allegato).

PROPOSTA DI RIAPERTURA DEI PUBBLICI ESERCIZI

In riferimento al documento "Programmare la riapertura dei pubblici esercizi", trasmesso dal Ministero dello Sviluppo Economico (allegato), il CTS declina le seguenti considerazioni.

Il documento propone l'adozione di alcune misure volte a favorire la ripresa delle attività nel settore dei pubblici esercizi (in particolare bar e ristoranti), riconoscendo la necessità di agire sui protocolli sanitari attualmente già adottati, con un ulteriore rafforzamento delle misure restrittive adeguandole alle caratteristiche strutturali dei locali e alla tipologia del servizio reso.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Il CTS, in premessa, sottolinea che la situazione epidemiologica attuale, sulla base dell'ultimo monitoraggio (Report Nazionale del Ministero della Salute-ISS n. 36 periodo 11–17 gennaio 2021), pur mostrando una lieve diminuzione della incidenza nel Paese, evidenzia ancora in molte Regioni/PPAA un rischio moderato/alto secondo la definizione del DM Salute del 30/04/2020, con elevato impatto sui servizi assistenziali nella maggior parte delle Regioni/PPAA. Allo stato attuale, 2 Regioni /PA si trovano in zona rossa, 14 Regioni si trovano nella zona con livello di rischio in zona arancione, 5 Regioni/PA si trovano in zona gialla.

Le recenti misure di rilascio connesse con il ritorno a scuola per gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado necessitano – come previsto dall'OMS – di un periodo di almeno 14 giorni per valutarne l'impatto prima di adottare ulteriori allentamenti delle misure di contenimento. Altri elementi di cautela sono correlati all'andamento in Europa della pandemia che rimane a livelli di alta circolazione, registrando, tra l'altro, una possibile maggiore trasmissibilità della variante VOC B.1.1.7.

Circa la previsione di rimodulazione delle misure previste nelle diverse fasce di rischio, specificatamente per il settore della ristorazione in zona gialla e arancio, si rimanda alle valutazioni del decisore politico, segnalando tuttavia che una rimodulazione complessiva dei pacchetti di misure potrebbero modificare l'efficacia nella mitigazione del rischio. Per converso, sempre relativamente al rischio, andrebbero considerate le diverse tipologie dei pubblici esercizi destinati alla somministrazione di cibi e/o bevande, distinguendo anche fra quelle con disponibilità o meno di tavoli per il consumo (ristoranti Vs bar, enoteche, minimarket, ecc.), considerazione peraltro inserita nel documento proposto e condivisa dal CTS.

Il CTS evidenzia che il "Protocollo giornaliero" risulta essere una rielaborazione delle misure contenute nelle Schede tecniche dell'Allegato 9 "Linee guida per la riapertura

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

delle attività economiche, produttive e ricreative della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome dell'8 ottobre 2020" del DPCM 14/01/2021 che prevede un rafforzamento di alcune delle misure ivi previste per lo specifico settore della ristorazione.

Il settore della ristorazione presenta alcune criticità connesse all'ovvio mancato uso delle protezioni delle vie respiratorie durante la consumazione di cibi e bevande, in ambiente chiuso anche per periodi di tempo protratti, con potenziale aumento del rischio in presenza di soggetti asintomatici contagiati dal virus SARS-CoV-2 che il CTS, nella seduta n. 68 del 10/05/2020, ha considerato nel "Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della ristorazione" redatto da INAIL e ISS in cui venivano analizzati i relativi scenari di gestione del rischio e proposte misure di sistema, organizzative e di prevenzione e protezione. ISS, inoltre, ha pubblicato il Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2020 "Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2" che offre importanti elementi per la gestione del rischio stesso negli ambienti al chiuso.

Il CTS segnala la necessità di mettere in maggiore evidenza la regolamentazione sull'uso delle protezioni delle vie respiratorie. Tale misura, che insieme al distanziamento interpersonale e all'igiene delle mani rappresenta una delle misure cardine della prevenzione del contagio, nel documento presentato risulta essere solo richiamata in maniera indiretta in alcuni punti. Il CTS suggerisce di enfatizzare fin dalla parte iniziale del documento l'obbligo del rispetto del distanziamento fisico e dell'impiego delle protezioni delle vie respiratorie, al pari della misurazione della temperatura e delle misure relative alla igienizzazione delle mani. Specificamente, andrebbe raccomandato l'uso continuativo della mascherina chirurgica (o di livello

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

superiore sulla base della valutazione dei rischi) per tutti i lavoratori in coerenza con la normativa vigente nei luoghi di lavoro.

Circa il distanziamento andrebbe più chiaramente previsto che la distanza di un metro debba essere mantenuta in tutti i contesti e quindi il layout dei tavoli deve prevedere il mantenimento di tale misura anche nelle aree di passaggio e stazionamento ai tavoli per personale e clienti.

A tal fine, è anche necessario prevedere il numero massimo di persone che possono essere ammesse nei locali in rapporto alla superficie ed ai posti disponibili, esponendo – all’ingresso dei locali – il numero massimo di persone all’entrata.

Per il servizio al banco, rispetto a cui viene correttamente previsto il mantenimento di una distanza interpersonale di almeno un metro con le altre persone, vanno anche previste misure idonee ad evitare la formazione di assembramenti di persone in fila alla cassa o in attesa di essere servite al banco, come, ad esempio, un contingentamento degli ingressi in proporzione alla superficie disponibile.

In riferimento alla gestione delle attività di preparazione e servizio di cibi e bevande (anche nella modalità a buffet o self-service delineate nel protocollo ma che si sconsiglia vivamente di applicare nella attuale situazione epidemiologica), il CTS suggerisce di considerare le previsioni del Rapporto ISS COVID-19 n. 32/2020 “Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull’igiene degli alimenti nell’ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti”.

Per quanto attiene alle previsioni relative a “Attività ludiche (carte da gioco)” e “Servizi accessori”, sebbene il protocollo ne preveda un utilizzo condizionato alla preliminare igiene delle mani, il CTS, in considerazione della situazione epidemiologica attuale, ritiene che tali attività non debbano essere consentite, poiché carte da gioco, riviste e giornali costituiscono non solo oggetti di uso altamente

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

promiscuo ma anche superfici di contatto che possono facilmente favorire la trasmissione del virus SARS-CoV-2.

AEROPORTO DI ROMA FIUMICINO – PROGETTO PER L'AMPLIAMENTO DELLA SPERIMENTAZIONE DI VOLI CON A BORDO ESCLUSIVAMENTE PASSEGGERI CON ATTESTATO DI NEGATIVITÀ AL TEST MOLECOLARE O ANTIGENICO

In riferimento al documento ricevuto dall'Ente Gestore dell'Aeroporto Internazionale di Roma Fiumicino denominato "Sperimentazione dei voli Covid-tested New York-Roma e Atlanta-Roma – Resoconto e opportunità di prosecuzione ed estensione del progetto pilota" (allegato), il CTS esprime le seguenti considerazioni.

Il documento presenta gli esiti della sperimentazione iniziale del progetto pilota, condiviso nel CTS durante la seduta n. 111 del 01/10/2020, sui voli "Covid-Tested" lungo le rotte intercontinentali Roma-New York e Roma-Atlanta. Sulla base dei risultati raggiunti, viene proposta l'estensione della durata della sperimentazione e l'allargamento dello studio verso altre rotte UE ed extra-UE attualmente interessate da restrizioni (isolamento fiduciario) in arrivo.

Nell'ottica della ripresa dei viaggi e di un progressivo incremento del numero di passeggeri, vengono proposte soluzioni di gestione dei flussi informativi (certificazioni e autocertificazioni) attraverso sistemi informatici in grado di superare il supporto cartaceo.

Il resoconto della iniziale sperimentazione dei voli "Covid-Tested" appare molto positivo, avendo dimostrato l'efficacia sanitaria del protocollo che, attraverso il controllo preventivo (in partenza e all'arrivo) del 100% dei passeggeri, può consentire una radicale riduzione del rischio di importazione di contagio, annullando anche la necessità di osservare la misura di isolamento fiduciario all'arrivo.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Il documento presentato, per quanto concerne l'estensione ad altre rotte, prevede l'applicazione del protocollo ad ulteriori direttrici intercontinentali con inclusione di un maggior numero di collegamenti con gli USA (Los Angeles, Washington DC, Boston, Miami e Dallas) e di Giappone (Tokyo), Brasile (San Paolo), Argentina (Buenos Aires), EAU, Canada, Cina, Corea del Sud, Hong Kong e Taiwan.

Viene allegato un protocollo relativo alla proposta di apertura della rotta "Covid-Tested" Roma-Tokyo da applicare, in via sperimentale, su tre voli Roma-Tokio e tre voli Tokio-Roma a settimana.

Questa proposta di protocollo prevede l'obbligo di un test (antigenico o molecolare) massimo 48 ore prima della partenza dall'Italia o dal Giappone; divieto di imbarco per i passeggeri privi del certificato attestante la negatività al test; test di conferma all'arrivo a destinazione con esenzione dalla quarantena e con possibilità di esclusione del test in arrivo dal Giappone in considerazione della condizione sanitaria particolarmente favorevole in quel paese.

Questa ultima previsione, tuttavia, non è condivisibile in considerazione delle imprevedibili mutazioni della curva epidemica con potenziali repentine accelerazioni della circolazione virale, nonché per la possibilità di perdere il tracciamento di passeggeri per cui il Giappone ha rappresentato solo un hub di transito e non quello di origine.

Il CTS, pertanto, suggerisce di adottare un principio di maggiore cautela prevedendo comunque l'effettuazione del test in arrivo a Roma come regola non derogabile, non solo per i voli provenienti dal Giappone ma anche per tutte le altre rotte intercontinentali a cui si propone di estendere il protocollo.

Infatti, anche a fronte di una sempre maggior disponibilità di test per l'identificazione dei viaggiatori positivi ai test per la ricerca di SARS-CoV-2 presso i punti di ingresso, il

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

quadro pandemico resta sempre preoccupante, accresciuto anche dal rischio di importazione delle nuove varianti di SARS-CoV-2 da paesi extraeuropei.

Ad oggi, ad esclusione delle tratte internazionali autorizzate dall'Ordinanza del Ministro della Salute 23/11/2020, le uniche ipotesi di deroga alla quarantena fiduciaria per i viaggiatori di provenienza extraeuropea sono quelle previste dall'art. 1 comma 4 lettera d) del DPCM 07/09/2020 (che integra e modifica il DPCM 07/08/2020) che prevedono l'adozione di misure a partire da 14 giorni prima della partenza, con obblighi di sorveglianza sanitaria e limitazioni alla mobilità, e comportano l'obbligo di sottoscrizione di uno specifico protocollo.

Infine, per quanto attiene la digitalizzazione dei processi attraverso la creazione di un "Travel Health Portal" che consentirebbe la sostituzione completa dei documenti cartacei, l'ipotesi potrebbe meritare considerazione e sviluppo anche e soprattutto nell'ottica della progressiva ripresa dei viaggi che movimenterà un numero sempre crescente di passeggeri. Purtuttavia, l'implementazione di rigidi protocolli di sicurezza e la stringente osservanza delle disposizioni in materia di tutela della riservatezza, in ragione del trattamento di dati sanitari per loro natura sensibili, sono state già ravvisate fin dalle prime fasi della pandemia al fine di garantire un efficace e tempestivo *contact tracing* dei passeggeri in viaggio su tratte internazionali, in assenza sia di un sistema informativo digitale predisposto a tale scopo sia di uniformità di procedure internazionali per la tipologia dei dati dei passeggeri raccolti.

A tal fine il Ministero della Salute ha aderito a due progetti europei tra loro complementari:

- EU dPLF – Health Gateways, con l'obiettivo di fornire un single entry point per i dati dei passeggeri ai Paesi UE da utilizzare per tutti i mezzi di trasporto. Con il supporto dell'ECDC, si è occupata di definire un unico PLF – *Passenger Locator Form* digitale europeo, che l'UE ha auspicato possa essere utilizzato in maniera

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

omogenea da tutti gli Stati al fine di uniformare il minimum dataset da scambiare. L'Italia ad oggi è capifila sul settore aero e ha avviato una sperimentazione insieme ad Alitalia sulle tratte Francoforte-Roma Fiumicino e Parigi-Roma Fiumicino.

- ePLF – EASA, con l'obiettivo di provvedere alla realizzazione della piattaforma per lo scambio dei dati raccolti attraverso i PLF tra i Paesi EU. L'Italia ha partecipato come capofila insieme a Spagna e Repubblica Slovacca ed ha già predisposto e testato la struttura informatica con i requisiti tecnici necessari allo scambio dei dati.

Alla luce di queste considerazioni e ribadite le perplessità connesse all'evoluzione della pandemia, il CTS rimanda alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute la decisione sull'opportunità di prolungare l'attività dei voli "Covid-Tested" compresi gli ambiti di competenza relativi al controllo epidemiologico e/o analisi della riduzione dei tempi di isolamento fiduciario sul territorio nazionale.

RIPRESA DELLE PROVE CONCORSUALI PER IL RECLUTAMENTO DI PERSONALE DOCENTE NELLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE STATALI

In riferimento alla richiesta pervenuta dal Ministero dell'Istruzione concernente la ripresa dell'espletamento della prova scritta della procedura straordinaria finalizzata all'immissione in ruolo del personale docente su posti comuni e di sostegno nella scuola secondaria di primo e secondo grado indetta con decreti dipartimentali n. 510 del 23 aprile 2020 e n. 783 dell'8 luglio 2020 (allegato), il CTS declina le seguenti considerazioni.

In riferimento alla validità del protocollo di sicurezza adottato per la procedura concorsuale sospesa a decorrere dalle prove del 5 novembre 2020, per effetto di quanto previsto dal DPCM 03/11/2020, il CTS, confermando le considerazioni

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

espresse durante la seduta n. 114 del 08/10/2020, ritiene necessario sottolineare un ulteriore punto di attenzione.

In riferimento alla situazione epidemiologica attuale, anche se sulla base dell'ultimo monitoraggio (Report Min. Salute-ISS n. 36 periodo 11 gennaio – 17 gennaio 2021) si rileva una lieve diminuzione dell'incidenza nel Paese, la circolazione del virus risulta ancora sostenuta con possibile rischio di nuovo peggioramento ove non vengano osservate le misure di mitigazione poste in essere.

Tenuto conto delle severe limitazioni alla circolazione interregionale introdotte dal DPCM 14/01/2021 che prevede il divieto di circolazione anche fra le regioni in zona gialla, il CTS sottolinea la necessità di prevedere che i candidati svolgano la prova nella regione dove sono attualmente domiciliati, evitando spostamenti che potrebbero aumentare il rischio di diffusione del contagio

MONITORAGGIO DEI DATI SULLE DENUNCE INAIL DA COVID-19

Il CTS acquisisce il documento "Scheda Nazionale Infortuni Covid-19 – I dati sulle denunce da Covid-19" elaborato da INAIL e relativo all'aggiornamento al 31/12/2020 del monitoraggio dei dati sulle denunce di infortunio per infezioni da SARS-CoV-2 da COVID-19 (allegato).

CAMPAGNA DI DISTRIBUZIONE DOMICILIARE DI PULSOSSIMETRI

Il CTS raccomanda di considerare una campagna di distribuzione domiciliare di pulsossimetri a soggetti con riscontro di positività al virus SARS-CoV-2 maggiormente suscettibili al rischio di sviluppare il Covid-19. Il CTS sottolinea che la misurazione della saturazione di O₂ rappresenta una delle misure cardine della gestione domiciliare del paziente affetto da Covid-19 indicata – tra l'altro – nella circolare del Ministero della

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Salute n. 24970 del 10/11/2020 concernente la “Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2”. Il CTS rimarca che analoghe iniziative sono già in atto in altri Paesi europei (<https://www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/pulse-oximetry-to-detect-early-deterioration-of-patients-with-covid-19-in-primary-and-community-care-settings/>).

Il CTS conclude la seduta alle ore 17,50.

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

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Giovanni REZZA		X
Luca RICHELDI	IN VIDEOCONFERENZA	
Giuseppe RUOCCO		X
Nicola SEBASTIANI	IN VIDEOCONFERENZA	
Andrea URBANI	IN VIDEOCONFERENZA	
Alberto VILLANI	X	
Alberto ZOLI		X

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE~~