



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 BRUSAFFERO	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 Alfa	
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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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 della 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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- 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'Rt nelle Regioni con i diversi livelli di rischio. I principali risultati del modello hanno evidenziato una decrescita differenziale dell'Rt, 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 Rt 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 Rt 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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- 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 Rt 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

Mo



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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 Rt 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'Rt 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'Rt del non-VOC, fissato a 1 nel modello, con il passare del tempo decresce, mentre il VOC presenta un Rt significativamente più alto, pari a 1,6. Se si combinano gli indici, l'Rt 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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

- 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 brasiliiana.

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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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 protracti, 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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

Il documento presentato, per quanto concerne l'estensione ad altre rotte, prevede l'applicazione del protocollo ad ulteriori direttive 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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

espresso 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 sostenuto 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



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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.

	PRESENTA	ASSENTE
Agostino MIOZZO	X	
Fabio CICILIANO	X	
Massimo ANTONELLI	IN VIDEOCONFERENZA	
Giovannella BAGGIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Giovanni BAGLIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Roberto BERNABEI	IN VIDEOCONFERENZA	
Silvio BRUSAFFERRO	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	PRESENTA Ammassari in rappresentanza di Alfa	
Francesco MARAGLINO		X
Rosa Marina MELILLO	IN VIDEOCONFERENZA	
Nausicaa ORLANDI		X
Flavia PETRINI	IN VIDEOCONFERENZA	
Kyriakoula PETROPULACOS	IN VIDEOCONFERENZA	

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

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

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

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Flavia Petrini <flavia.petrini@unich.it>

mar 02/02/2021 10:12

Posta in arrivo

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

Cc: cts <cts@protezionecivile.it>; stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>; Giovannella Baggio <giovannella.baggio@gmail.com>;

Approvo anche la nuova versione, rimarcando che (come già rilevato da Giovannella) è difficile, non ricevendo più le email di risposte-obiezioni dei colleghi, comprendere cosa sia stato emendato.

Grazie
Flavia

Il giorno 1 feb 2021, alle ore 10:57, Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it> ha scritto:

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio
<verbale CTS 149 del 26-01-2021.pdf>

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

rosa marina melillo <rosmelil@unina.it>

lun 01/02/2021 16:20

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

Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>;

Approvo il verbale emendato,

grazie

Rosa Marina

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

Data: lunedì 1 febbraio 2021 10:57

A: cts <cts@protezionecivile.it>

Cc: "stefano.palomba@gmail.com" <stefano.palomba@gmail.com>

Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Attenzione: questo e-mail è stato inviato da un mittente non autorizzato. È possibile che sia un messaggio di spam o un tentativo di attacco. Non aprire l'attachment.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Si segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Bernabei Roberto <Roberto.Bernabei@unicatt.it>

lun 01/02/2021 11:32

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

ok

Prof. Roberto Bernabei
Direttore Dipartimento Scienze dell' Invecchiamento,
Neurologiche, Ortopediche e della Testa-Collo
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS
Largo F. Vito, 1, 00168 Roma - Italia
Tel. (39) 06 30154859
Fax (39) 06 3051911

Da: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>
Data: lunedì 1 febbraio 2021 11:01
A: cts <cts@protezionecivile.it>
Cc: "stefano.palomba@gmail.com" <stefano.palomba@gmail.com>
Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Giovannella Baggio <giovannella.baggio@gmail.com>

lun 01/02/2021 11:12

Posta in arrivo

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

Cc:cts <cts@protezionecivile.it>; stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>;

Approvo verbale 150.

GB

Prof. Giovannella Baggio

Presidente Centro Studi Nazionale su Salute e Medicina di Genere

<http://www.centrostudinazionalesalutemedicinadigenere.it/>

Professore Ordinario (fuori ruolo), Studioso Senior, Università di Padova

Scientific Editor dello Italian Journal of Gender-specific Medicine

Palasanità, Stanza no. 24

Azienda Ospedaliera Università di Padova

Via Giustiniani, 2

35128 Padova

Il giorno lun 1 feb 2021 alle ore 10:57 Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it> ha scritto:

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Villani Alberto <alberto.villani@opbg.net>

Iun 01/02/2021 12:13

Posta in arrivo

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

Approvo
Alberto Villani

Scarica [Outlook per Android](#)

From: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>
Sent: Monday, February 1, 2021 10:57:37 AM
To: cts <cts@protezionecivile.it>
Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>
Subject: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Ottimo

abio

aiutaci a sostieni la ricerca scientifica con il tuo 5x1000. Lavoreremo insieme per personalizzare le cure di ogni bambino. Nella tua prossima dichiarazione dei redditi scrivi il codice fiscale dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù 80403930581, nella sezione "Ricerca Sanitaria", e metti la tua firma.

R: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Luca Richeldi <luca.richeldi@policlinicogemelli.it>

lun 01/02/2021 11:12

Posta in arrivo

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

Approvo, grazie.

LR

Prof. Luca Richeldi
Università Cattolica del Sacro Cuore

Da: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>
Data: lunedì, 1 febbraio 2021 10:58
A: cts <cts@protezionecivile.it>
Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>
Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

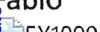
Per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

i ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

 5X1000

Il presente messaggio ed ogni file allegato, contengono informazioni strettamente riservate. Se non siete l'effettivo destinatario o ricevete questo messaggio per errore, vi preghiamo di darne immediata comunicazione, inviando un messaggio di risposta all'indirizzo e-mail del mittente e successivamente di cancellarlo definitivamente. La riproduzione, comunicazione o distribuzione non autorizzata del materiale nella presente email è vietata. L'uso improprio costituisce violazione della normativa sulla protezione dei dati personali (Regolamento EU 2016/679).

This message and any attached file contains highly confidential information. If you are not the intended recipient or you receive this message in error, please immediately notify, by sending a reply message to the email address of the sender and then delete it permanently. The reproduction, communication or distribution of the material in this email is prohibited. Improper use is a violation of General Data Protection Regulation (GDPR EU 2016/679).

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Dionisio Mauro <m.dionisio@sanita.it>

lun 01/02/2021 11:12

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

Cc: cts <cts@protezionecivile.it>; stefano palomba <stefano.palomba@gmail.com>;

approvo il verbale 149 emendato
cordialmente
Mauro Dionisio

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

A: "cts" <cts@protezionecivile.it>

Cc: "stefano palomba" <stefano.palomba@gmail.com>

Inviato: Lunedì, 1 febbraio 2021 10:57:37

Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

Re: [EXT] APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL
26/01/2021

GUERRA, Raniero <guerrar@who.int>

Iun 01/02/2021 11:10

A: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>; cts <cts@protezionecivile.it>;
Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>;

approvo. grazie.

rg

From: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>
Sent: 01 February 2021 10:57
To: cts <cts@protezionecivile.it>
Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>
Subject: [EXT] APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Rabio

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

mer 03/02/2021 17:30

A: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>; cts <cts@protezionecivile.it>;
Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>;

1 allegati (3 MB)

verbale CTS 149 del 26-01-2021 copias copia.pdf;

Carissimi,

Allego il verbale con alcune precisazioni relative all'interpretazione della presentazione Merler.

Chiedo inoltre di affrontare più compiutamente il tema dei reflui in una prossima seduta in modo da poterlo meglio inquadrare e precisare lo stato dell'arte delle sperimentazioni in atto e le prospettive.

Con queste considerazioni approvo il verbale

Silvio Brusaferro

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

Data: lunedì 1 febbraio 2021 10:58

A: cts <cts@protezionecivile.it>

Cc: Stefano Palomba <stefano.palomba@gmail.com>

Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

Posta - segreteria.cts@protezionecivile.it 03/02/2021

Page 1 of 1

R: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Baglio Giovanni <baglio@agenas.it>

mer 03/02/2021 09:48

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

Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>;

Approvo il verbale n.149. Grazie, un caro saluto
Giovanni

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

Inviato: lunedì 1 febbraio 2021 10:58

A: cts <cts@protezionecivile.it>

Cc: stefano.palomba@gmail.com

Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

Questo messaggio e-mail ha natura strettamente confidenziale e potrebbe contenere informazioni riservate e/o protette. Se avete ricevuto questo messaggio per errore, vogliate informarne immediatamente il mittente rispondendo a questo stesso indirizzo e-mail e procedere all'immediata cancellazione del messaggio e degli eventuali allegati da qualsivoglia sistema, dispositivo e/o spazio di archiviazione comunque denominato. Sono vietati l'utilizzo, la conservazione, la riproduzione e/o divulgazione, il trattamento in qualunque forma di questa comunicazione e dei suoi contenuti da parte di chi l'abbia ricevuta per errore.

Grazie

The content of this email is strictly confidential and may contain classified information. If you received this message by mistake, please notify the sender immediately by e-mail and delete it and its attachments from all your systems, devices and/or data storage media. Copying, disclosing and/or distributing or taking any action in reliance on the contents of this message is prohibited if you are not the intended recipient of this email.

Thank You

Posta - segreteria.cts@protezionecivile.it
DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID-0005888 03/02/2021

Page 1 of 2

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

an.urbani@sanita.it

mer 03/02/2021 09:55

A:Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>;
Cc:cts <cts@protezionecivile.it>; stefano palomba <stefano.palomba@gmail.com>;

Categorie: Categoria giallo

Approvo, grazie.
AU

logo
ministero

*Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Segreteria della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
tel. 06 59943103 - fax 06 59942739
email dp.segreteria@sanita.it*

Da: "Segreteria CTS" <segreteria.cts@protezionecivile.it>
A: "cts" <cts@protezionecivile.it>
Cc: "stefano palomba" <stefano.palomba@gmail.com>
Inviato: Lunedì, 1 febbraio 2021 10:57:37
Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

R: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Antonelli Massimo <Massimo.Antonelli@unicatt.it>

mer 03/02/2021 09:59

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

Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>;

Approvo il verbale 149 emendato

Saluti

MA

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

Data: lunedì, 1 febbraio 2021 11:01

A: cts <cts@protezionecivile.it>

Cc: stefano.palomba@gmail.com <stefano.palomba@gmail.com>

Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Stefano Palomba <stefano.palomba@gmail.com>

mer 03/02/2021 10:00

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

IGESAN approva

Il giorno lun 1 feb 2021 alle 10:57 Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it> ha scritto:

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie

Fabio

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Petropulacos Kyriakoula <Kyriakoula.Petropulacos@regione.emilia-romagna.it>

mer 03/02/2021 10:04

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

Categorie: Categoria giallo

Approvo
Grazie
Licia

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

Data: lunedì 1 febbraio 2021 10:58

A: cts <cts@protezionecivile.it>

Cc: "stefano.palomba@gmail.com" <stefano.palomba@gmail.com>

Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

per la vostra approvazione, è nuovamente in allegato il verbale n. 149 del 26/01/2021, emendato con i contributi ricevuti, completo di allegati.

Vi ricordo che eventuali ulteriori proposte di emendamento dovranno essere inviate in testo mail a CTS@PROTEZIONECIVILE.IT così che tutti possano prenderne conoscenza.

Vi segnalo, inoltre, che, per l'accresciuta complessità nell'organizzazione della verbalizzazione e dell'approvazione dei documenti, la correzione di refusi, di consecutio temporum, e di altre variazioni di minima saranno emendate senza ulteriori passaggi di validazione.

Grazie
Fabio

Verbali 149 e 150

Iavicoli Sergio <s.iavicoli@inail.it>

mer 03/02/2021 10:19

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

Approvo i verbali

Si

[Scarica Outlook per iOS](#)

La presente comunicazione è trasmessa al destinatario da o per conto di Inail, e tutte le informazioni in essa contenute sono indirizzate esclusivamente al destinatario. Il messaggio, unitamente ai suoi allegati, potrebbe contenere informazioni private, confidenziali, riservate per disposizioni di legge, o informazioni che non possono essere, in ogni caso, soggette a divulgazione. Per questo motivo, qualsiasi uso, revisione, distribuzione o diffusione non autorizzata devono ritenersi proibiti e perseguitabili legalmente. Qualora tale messaggio sia stato ricevuto per errore, il ricevente non è autorizzato a leggere, stampare, conservare, copiare o diffondere la presente comunicazione o parte di essa. In tale caso si invita a cancellare immediatamente il messaggio e dare tempestiva comunicazione dell'errata ricezione, in forma di risposta scritta al mittente.

R: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Iachino Achille <a.iachino@sanita.it>

mer 03/02/2021 10:50

A: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>;
Cc:cts <cts@protezionecivile.it>; stefano palomba <stefano.palomba@gmail.com>;

Ok per me.

Grazie.

Achille



Dott. Achille Iachino
Direzione Generale dei Dispositivi Medici e del Servizio Farmaceutico
Direttore Generale
00144 Roma - Viale Giorgio Ribotta, 5
tel. 06 5994.3207-3199 - email: a.iachino@sanita.it

Da: an.urbani@sanita.it <an.urbani@sanita.it>
Inviato: mercoledì 3 febbraio 2021 09:55
A: Segreteria CTS <segreteria.cts@protezionecivile.it>
Cc: cts <cts@protezionecivile.it>; stefano palomba <stefano.palomba@gmail.com>
Oggetto: Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE EMENDATO N. 149 DEL 26/01/2021

Approvo, grazie.

AU

logo
ministero

Ministero della Salute
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Segreteria della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
tel. 06 59943103 - fax 06 59942739
email dp.segreteria@sanita.it

Re: APPROVAZIONE DEL VERBALE N. 149 DEL 26/01/2021

Ammassari Adriana <a.ammassari@aifa.gov.it>

mer 03/02/2021 10:29

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

Cccts <cts@protezionecivile.it>; stefano palomba <stefano.palomba@gmail.com>;

Categorie: Categoria giallo

Approvo il verbale n. 149

Saluti

Adriana Ammassari

Adriana Ammassari, MD
Clinical Assessor
Settore Innovazione e Strategia del Farmaco
Agenzia Italiana del Farmaco
Via del Tritone, 181 - 00187 Roma
Tel. +39 0659784663; e mail: a.ammassari@aifa.gov.it | www.aifa.gov.it

Questa e-mail può contenere informazioni riservate o comunque tutelate ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (Codice Privacy), ed è rivolta unicamente al/i soggetto/i cui è indirizzata. La riproduzione, la diffusione e l'utilizzo non autorizzati o da parte di persone diverse dal legittimo destinatario delle informazioni in essa contenute sono proibiti ed illegittimi. Nel caso abbiate ricevuto questa e-mail per errore, vogliate cortesemente cancellarla. Grazie.

This e-mail contains information that may be privileged, confidential or otherwise protected from disclosure pursuant to the provisions set forth by Legislative decree no. 196/2003 (Privacy Code) and is intended only for the addressee(s). Unauthorized copying, dissemination or use of the information herein or by anyone other than the intended recipient are prohibited and may be unlawful. If you have received this e-mail by mistake, please delete it. Thank you

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

A: "cts" <cts@protezionecivile.it>

Cc: "stefano palomba" <stefano.palomba@gmail.com>

Inviato: Domenica, 31 gennaio 2021 10:32:19

Oggetto: APPROVAZIONE DEL VERBALE N. 149 DEL 26/01/2021

Gentili colleghi,

Ripartenza dopo Natale e VOC

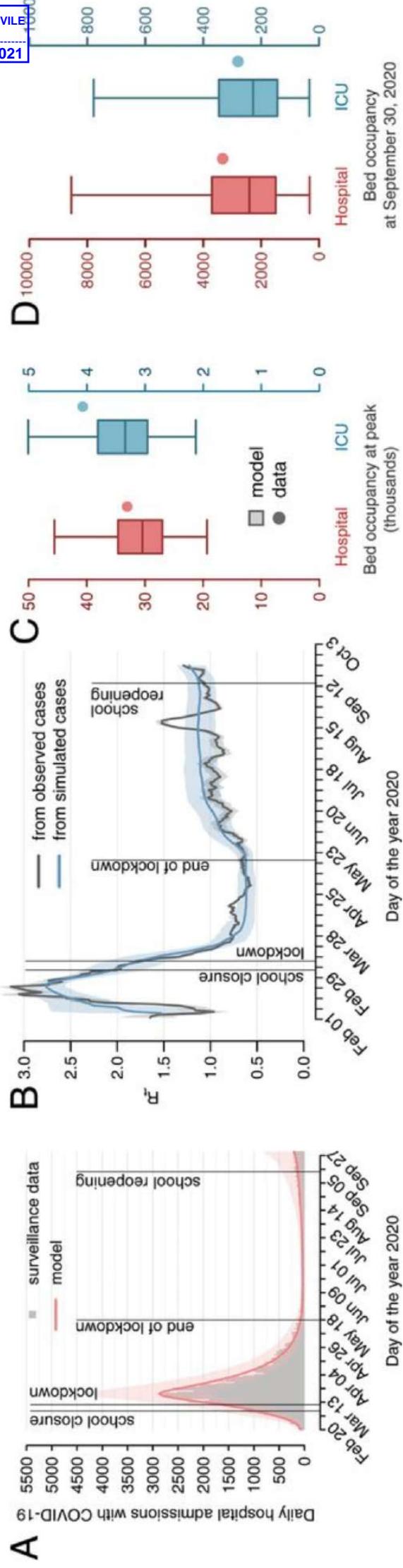
Allegato 1

Stefano Merler

Fondazione Bruno Kessler

Uscita dal lockdown

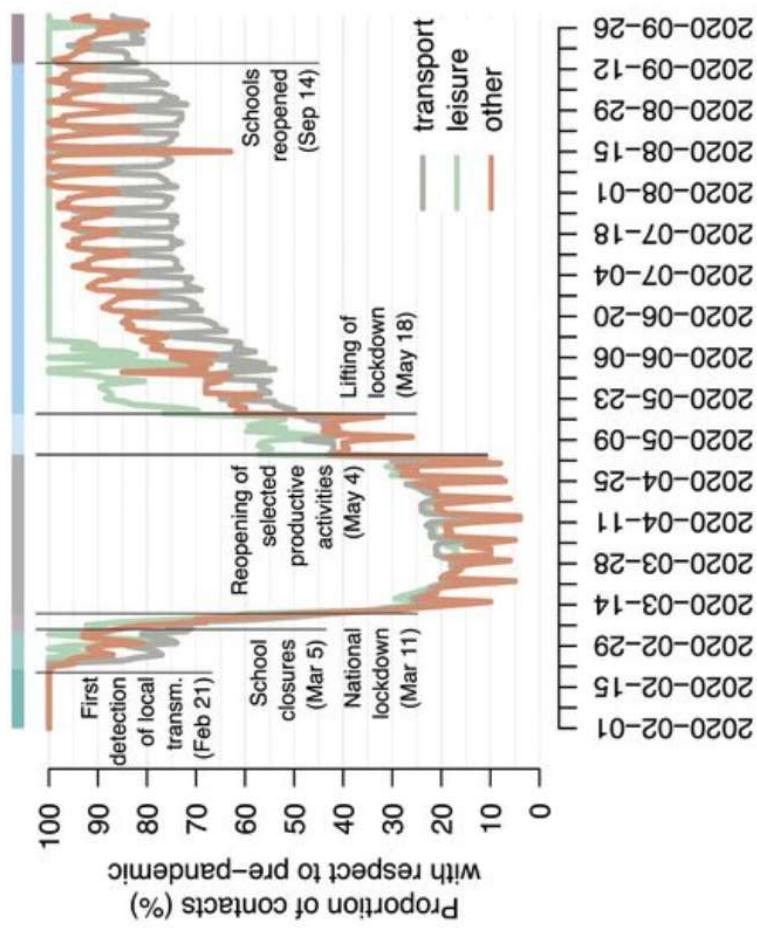
DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0005853 03/02/2021



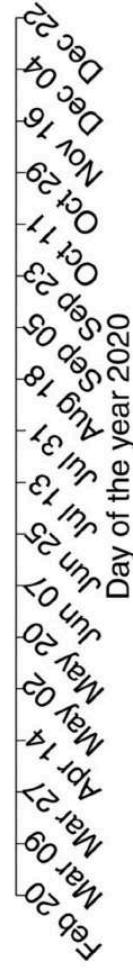
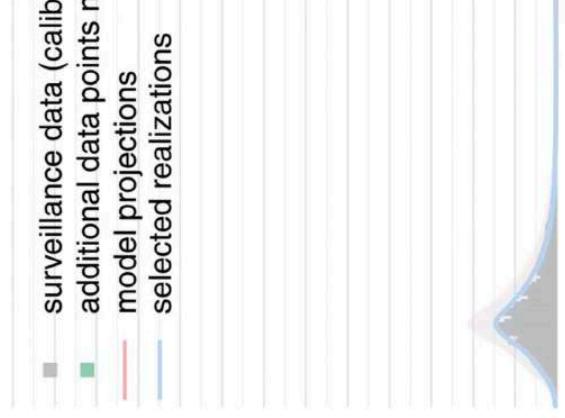
Messaggio chiave: riaperture richiedono R_t ben sotto 1 e bassa incidenza.

L'ondata autunnale

In assenza di ulteriori interventi di mitigazione
(es. se non fossero stati fatti i DPCM di ottobre
novembre e le varie ordinanze regionali)



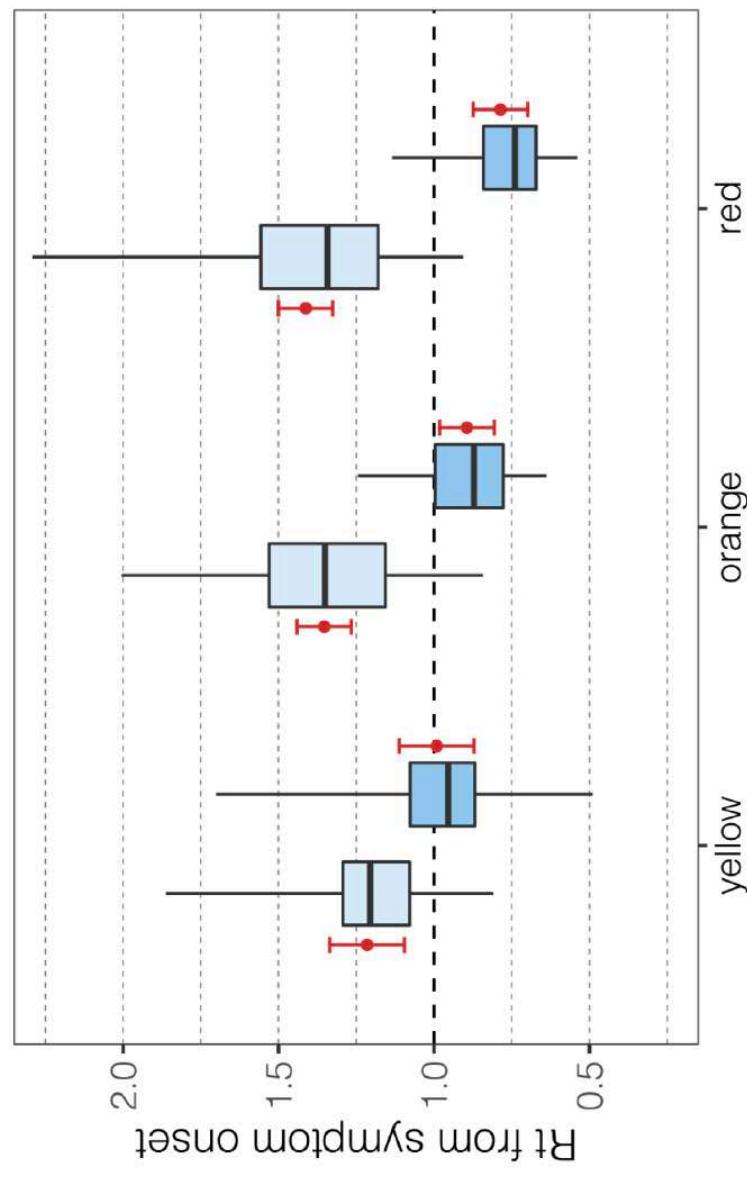
Daily hospital admissions
with COVID-19 (thousands)



Messaggio chiave: data la ripresa dei contatti sociali a settembre era molto probabile l'ondata autunnale [cosa che sarebbe
successo anche a maggio] → scenari liberi blu

Effetti del DPCM 3 novembre

Period Oct 30 – Nov 05 Nov 19 – Nov 25

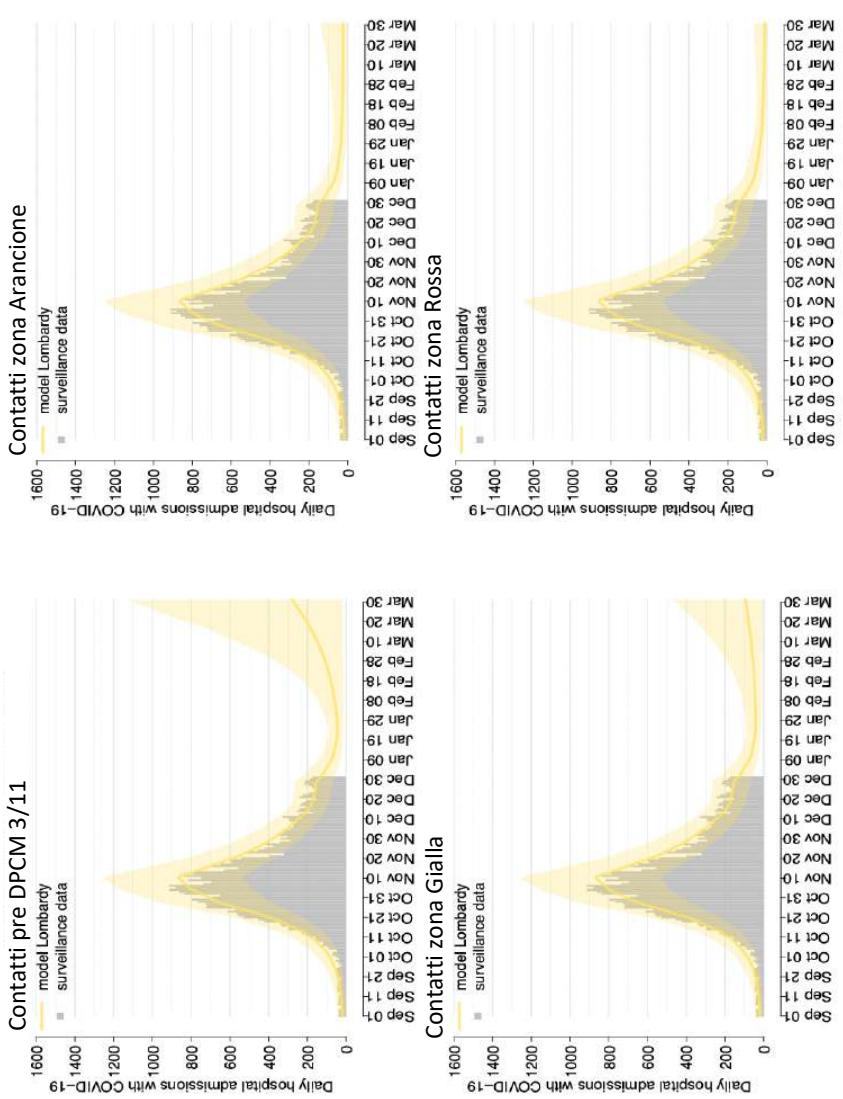


Messaggi chiave:

Riduzioni Rt
Giallo: 18.4%
Arancione: 34%
Rosso: 44.9%

Giallo: non sufficiente a garantire $Rt < 1$

Proiezioni¹ fino a fine marzo (Lombardia)



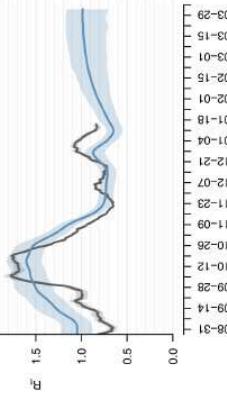
Messaggio chiave: epidemia probabilmente gestibile fino a fine marzo (incidenza non crescente) in zona Arancione (e ovviamente Rossa).

L'effetto della zona Gialla e' più incerto, ma non ci si aspetta comunque una crescita delle ospedalizzazioni ingestibile fino a fine marzo.

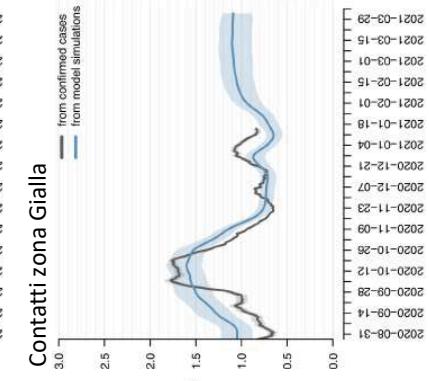
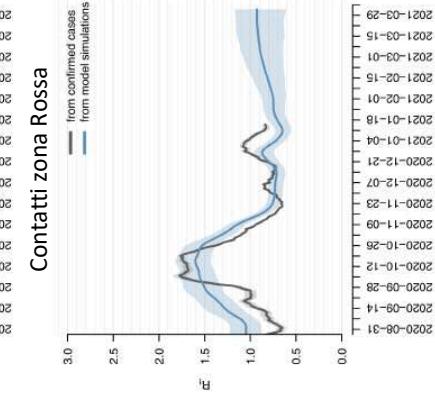
Proiezioni¹ fino a fine marzo (Lombardia)



Messaggio chiave: per le zone
Gialle la stima centrale di R_t è di
poco superiore a 1 (ma con larghi
intervalli di confidenza)



[Stime di R_t da modello coerenti
con i risultati dell'analisi degli
effetti del DPCM 3/11 e con le
stime di R_t da sintomatici da dati
di sorveglianza]



Coveat - Limitazioni

Il modello utilizzato considera la trasmissione esplicita di SARS-COV-2 nelle scuole. Le stime della trasmissione scolastica sono basate sul numero di contatti scolastici¹, che non discriminano tra contatti negli edifici scolastici o durante le attività` periscolastiche. Non sono inoltre disponibili stime di trasmissibilità` di SARS-COV-2 nelle scuole e tra scuole e comunità` e non è nemmeno possibile, in questo momento, tener conto del possibile impatto dei "Tavoli dei Prefetti" (es. Posticipazione e differenziazione orario di ingresso e di uscita, Rimodulazione dei servizi di trasporto, Azioni di prevenzione e contrasto formazione di assembramenti). Per questi motivi, le stime di Rt potrebbero essere pessimistiche. Impossibile dire di quanto.

Ci si aspetta comunque un impatto molto minore delle scuole dagli asili fino alle medie rispetto alle superiori, dovuto all'assunzione di una minor suettibilità` all'infezione dei bambini e ragazzi da 0 a 14 anni²

Le proiezioni delle ospedalizzazioni con contatti come pre-DPCM 3/11 o come in zona Gialla sono comunque molto incerte e gli intervalli di confidenza di Rt contengono sistematicamente il valore 1

Risultati coerenti con quelli ottenuti per altre regioni

¹ Mossong et al. Social Contacts and Mixing Patterns Relevant to the Spread of Infectious Diseases. Plos Medicine, 2008.

Modello della potenziale dinamica di VOC

Allegato 2

Modello a 2 strain (non-VOC e VOC), omogeneo su tutto il territorio nazionale, con cross-protection, stesso tempo di generazione (6.6 giorni in media [1])

Rt-non VOC: 1 [0.8-1.2] (sorveglianza)

Maggior trasmissibilità` VOC: 50% [30%-70%] [2]

Prevalenza iniziale VOC in Italia: 1% [0.5%-25%], come in Francia, stima all'1.4% [3]

Immunità` iniziale: 15% [10%-30%], stima grezza da [4]

Infetti iniziali: 60000 (stima grezza da sorveglianza: 15000 casi giornalieri individuati, con tasso di notifica al 25% [4])

[1] Cereda et al. The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. Arxiv. 2020.

[2] Davies et al. Estimated transmissibility and severity of novel SARS-CoV-2 Variant of Concern 202012/01 in England. Medrxiv, 2020.

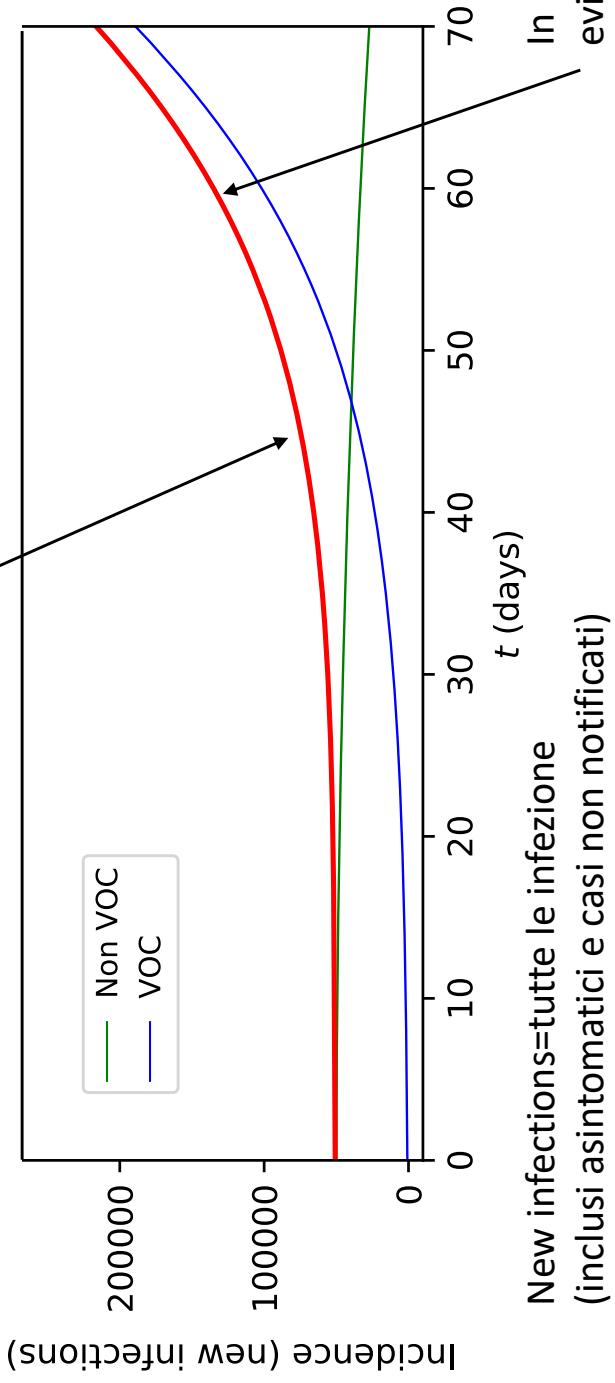
[3] Sabbatini et al. Estimated date of dominance of VOC-202012/01 strain in France and projected scenarios. INSERM, Report 26, 2021.

[4] Martínez et al. Retrospective analysis of the Italian outbreak from COVID-19 lockdown. DNA & S 2021

Simulazioni con parametri baseline

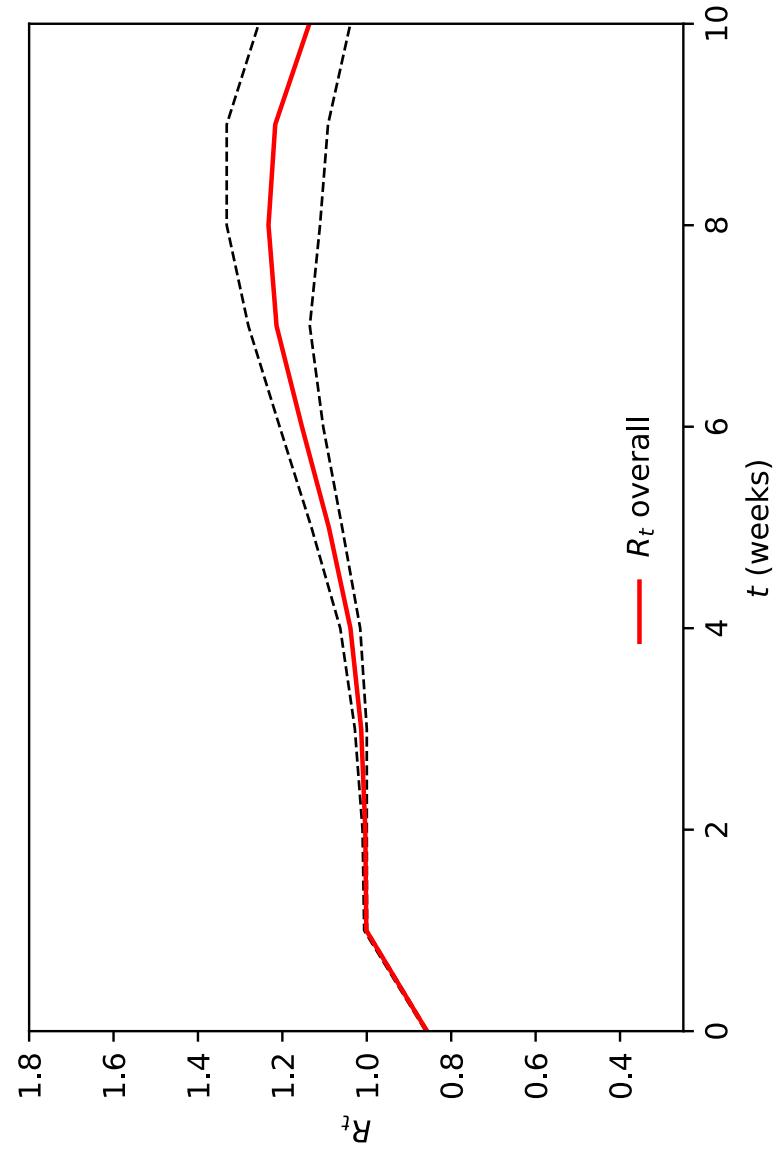
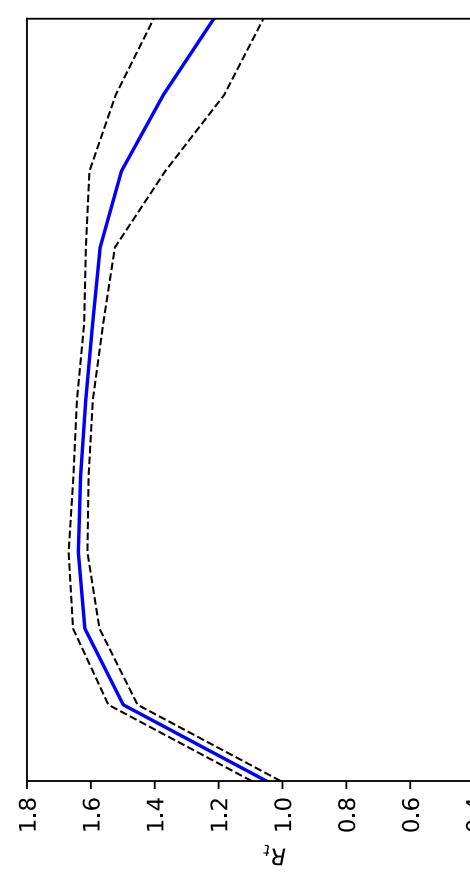
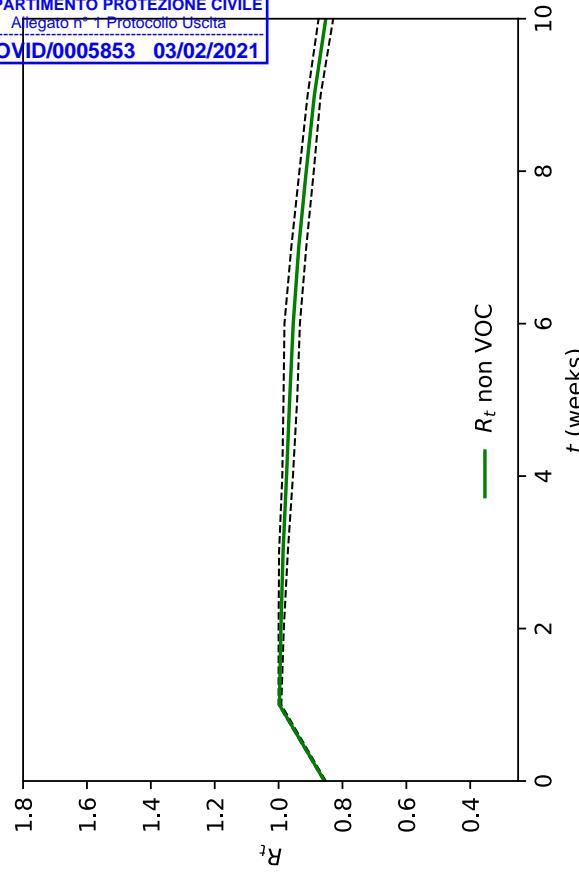
In assenza di ulteriori interventi di mitigazione
rispetto a quelli che mantengono Rt non-VOC=1

Rt -non VOC: 1
Maggior trasmisibilità VOC: 50%
Prevalenza iniziale VOC in Italia: 1%
Immunità iniziale: 15%



Implicazioni per la sorveglianza

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
COVID/0005853 03/02/2021



Interpretazione e caveat-limitazioni

Le stime sono basate su pura simulazione, in presenza di poche informazioni sulla circolazione di VOC in Italia. I risultati, che verranno aggiornati man mano che aumenterà la nostra conoscenza su VOC, sono quindi da interpretare con estrema cautela.

Le stime non tengono conto della vaccinazione (efficace anche contro VOC)

Se il potenziale di trasmissione di VOC in Italia dovesse essere simile alla stima centrale ottenuta in UK (50% in più` di VOC rispetto a non-VOC), la terza ondata potrebbe non essere gestibile con misure da Zona Gialla (Rt non-VOC=1)

Esiste pero` enorme incertezza sulla maggior trasmissibilità` di VOC in UK. Inoltre, non e` detto che la maggior trasmissibilità` osservata in UK sia necessariamente la stessa che si avra` in Italia. Questo rende gli scenari altamente incerti. Se ad esempio la maggior trasmissibilità` fosse solo del 30%, l'impatto di VOC potrebbe essere meglio gestibile e diluito nel tempo

La prevalenza iniziale di VOC in Italia puo` incidere notevolmente sulla tempistica della eventuale terza ondata, molto meno sul numero di casi

Il livello di partenza di Rt non-VOC (che dipende dalle misure in campo) e` critico nel determinare l'impatto di VOC. Se si

Allegato 3

Letalità tra i casi diagnosticati (Case fatality rate) con Covid-19: un confronto tra le regioni e nelle diverse fasi epidemiche



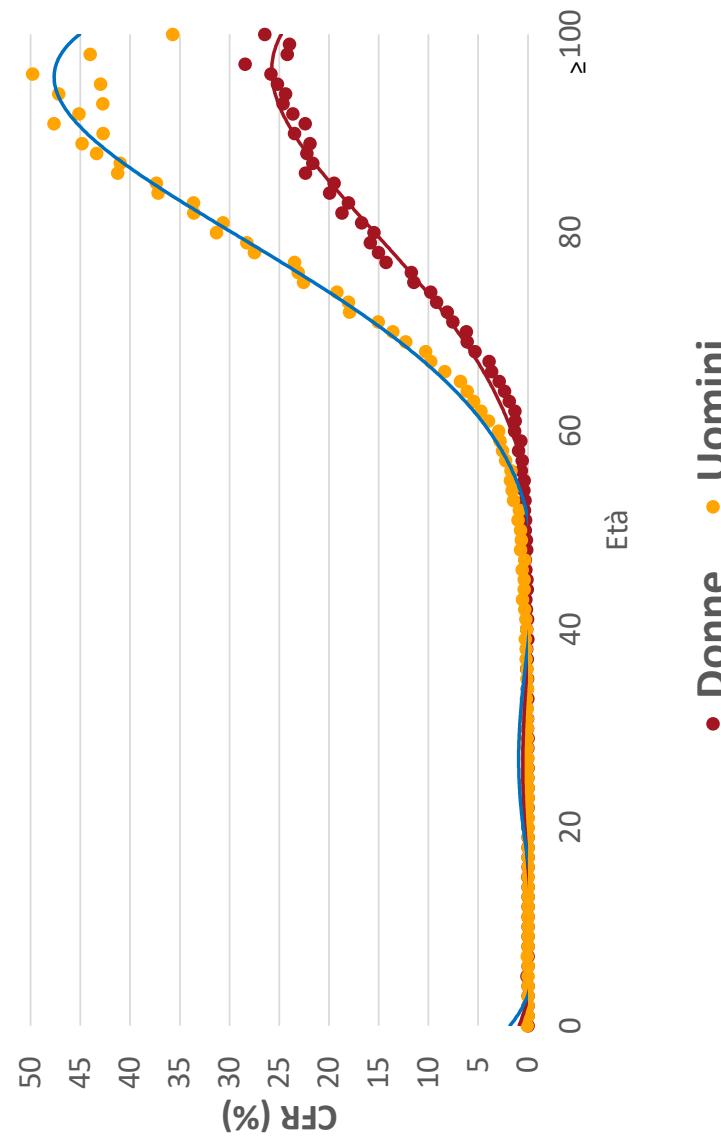
CTS – 26/1/2021

Razionale

- Molti siti e giornali pubblicano graduatore regionali del CFR basate sui dati aggregati cumulati diffusi quotidianamente dal Ministero della Salute
- Le differenze regionali che emergono sono spesso attribuite alla qualità dei servizi sanitari e a una comunicazione incompleta dei dati reali sull'andamento dell'infezione
- In un rapporto di prossima pubblicazione, l'ISS ha stimato il CFR specifico per regione/PA tenendo conto dell'effetto distortore dovuto alla differente struttura demografica e distribuzione nel tempo

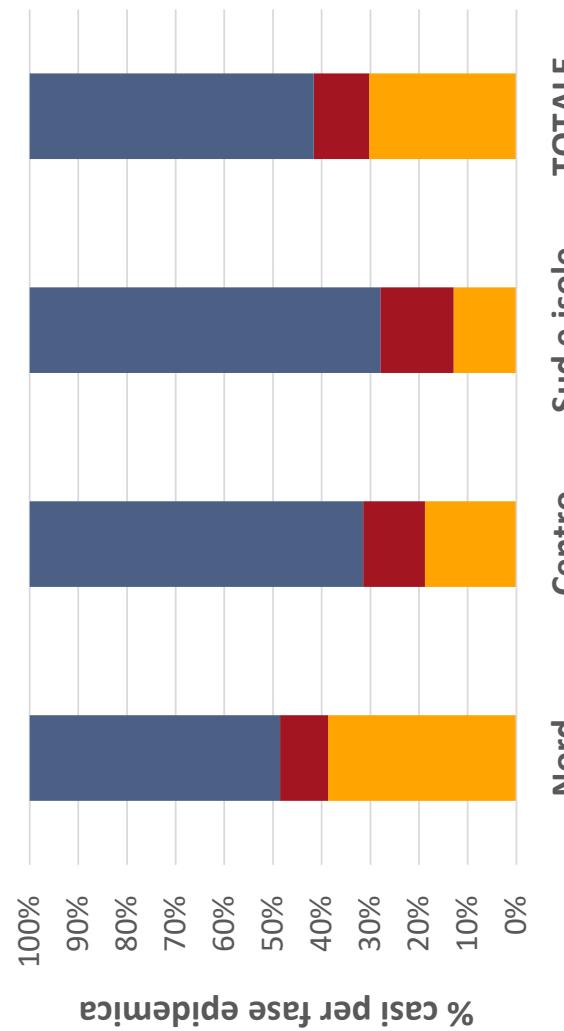
Relazione del CFR con sesso ed età

- Il sesso e l'età sono due fattori fortemente associati con il CFR e vanno quindi tenuti in considerazione per un corretto confronto tra le regioni



Diffusione dell'epidemia nel tempo per macroarea

- Nelle regioni settentrionali, circa il 40% dei casi diagnosticati fino a Ottobre si sono registrati durante la prima ondata epidemica, in confronto a circa il 15% nelle regioni centro-meridionali, dove l'infezione si è diffusa con maggiore intensità nelle fasi successive



Pandemia da Covid-19 in Italia: l'utilizzo del *Case Fatality Rate* (CFR) per un confronto della letalità tra le regioni

- Utilizzo dei dati (casi e decessi) della Sorveglianza Integrata Covid-19
- Analisi condotta su casi diagnosticati da inizio epidemia al 31 ottobre 2020 con follow-up per ogni caso di almeno 30 giorni (30 novembre 2020)
- Decessi COVID-19 avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi
 - *Case fatality rate* (CFR) a livello regionale e per fase pandemica
 - Fase 1: febbraio-maggio
 - Fase 2: giugno-settembre
 - Fase 3: ottobre
 - CFR standardizzati per sesso e classe di età (< 50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89 e ≥ 90 anni)

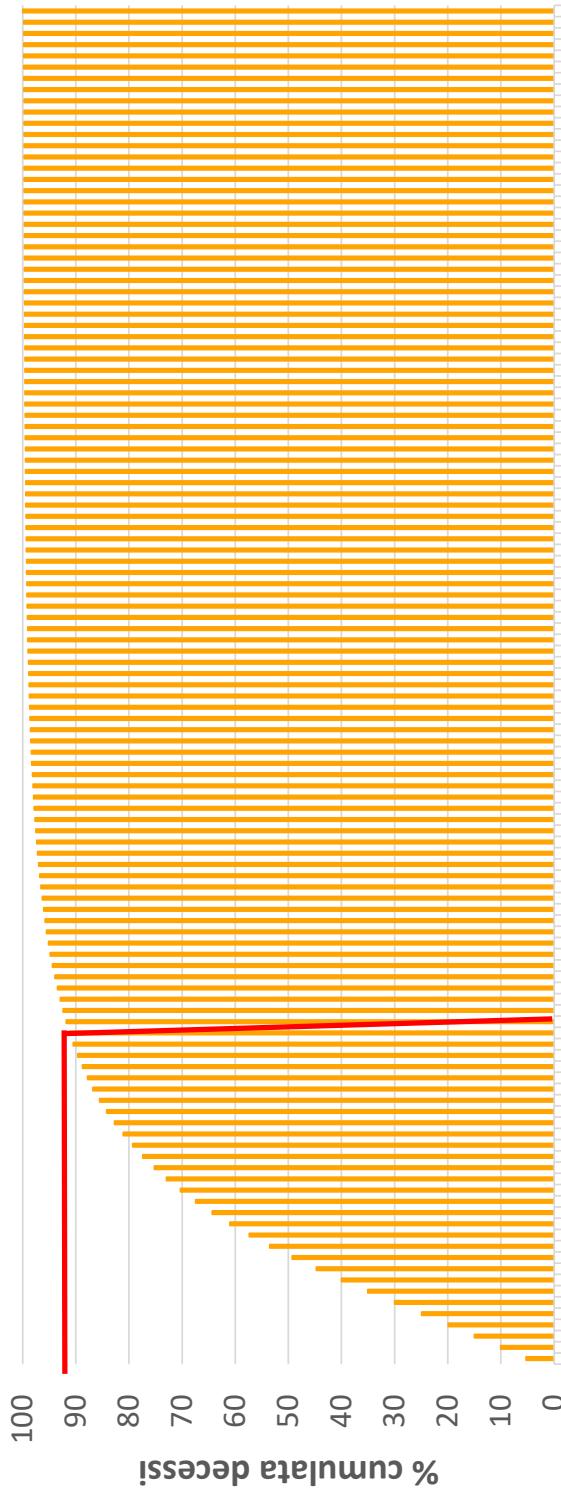
Definizione **decesso COVID-19**

- I criteri suggeriti dall'ISS alle regioni/PA per la segnalazione dei decessi associati a COVID-19 nel sistema di sorveglianza utilizza le indicazioni di ECDC e WHO, riprese nel rapporto sulla "Definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte per COVID-19"*.
 - Oltre alla positività accertata con test molecolare è richiesta la presenza di tutte le seguenti condizioni:
 - ✓ presenza di un quadro clinico e strumentale suggestivo di COVID-19
 - ✓ assenza di una chiara causa di morte diversa dal COVID-19 (es: trauma)
 - ✓ assenza di un periodo di recupero clinico completo tra malattia e decesso.

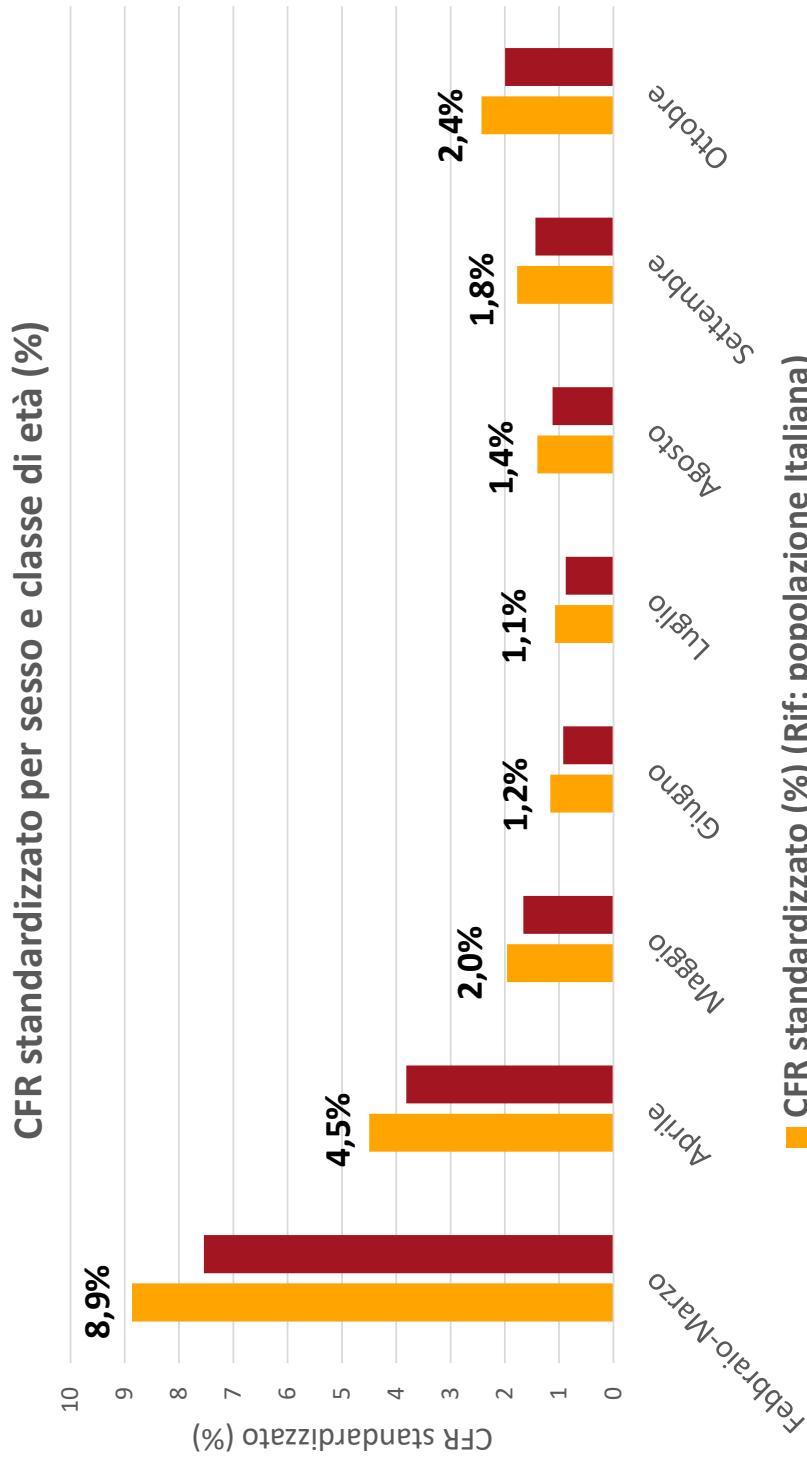
* Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale – INAIL, ISTAT COVID-19: rapporto ad intorium su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte

Tempo intercorso tra diagnosi e decesso

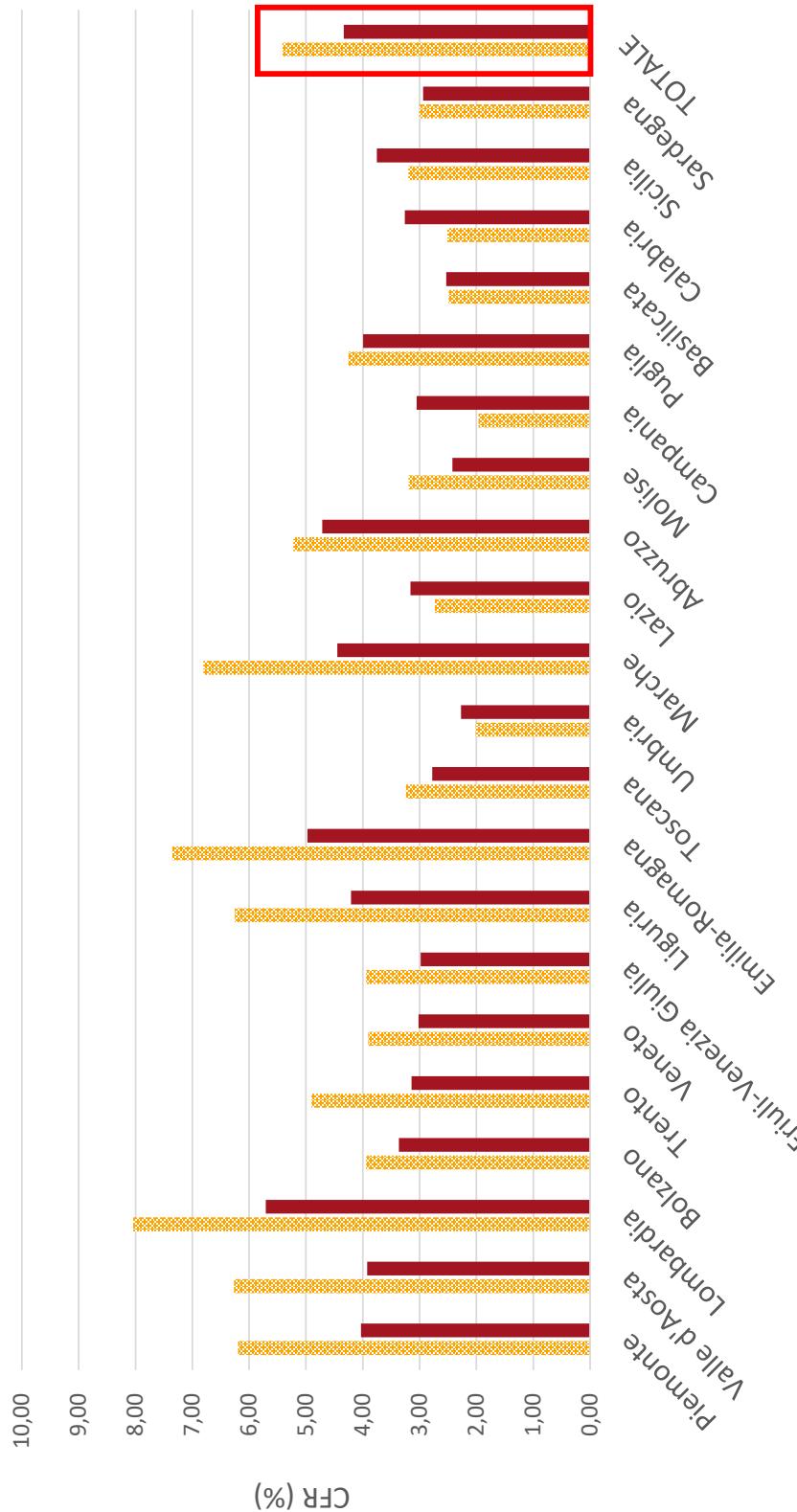
- Il 92% dei decessi registrati da inizio epidemia è avvenuto entro 30 giorni dalla diagnosi (mediana=10 giorni; IQR: 5-17)



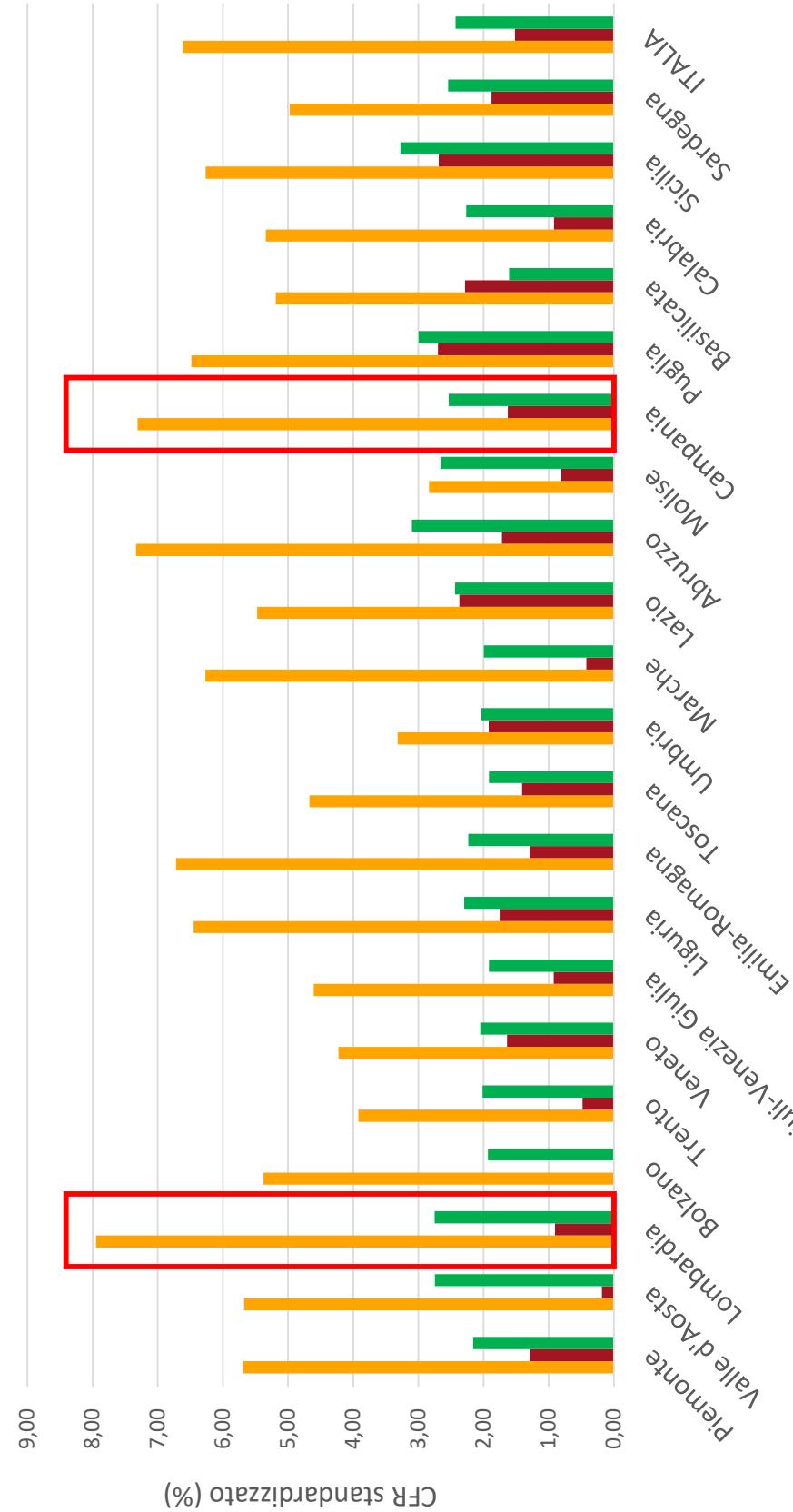
Andamento mensile del CFR standardizzato



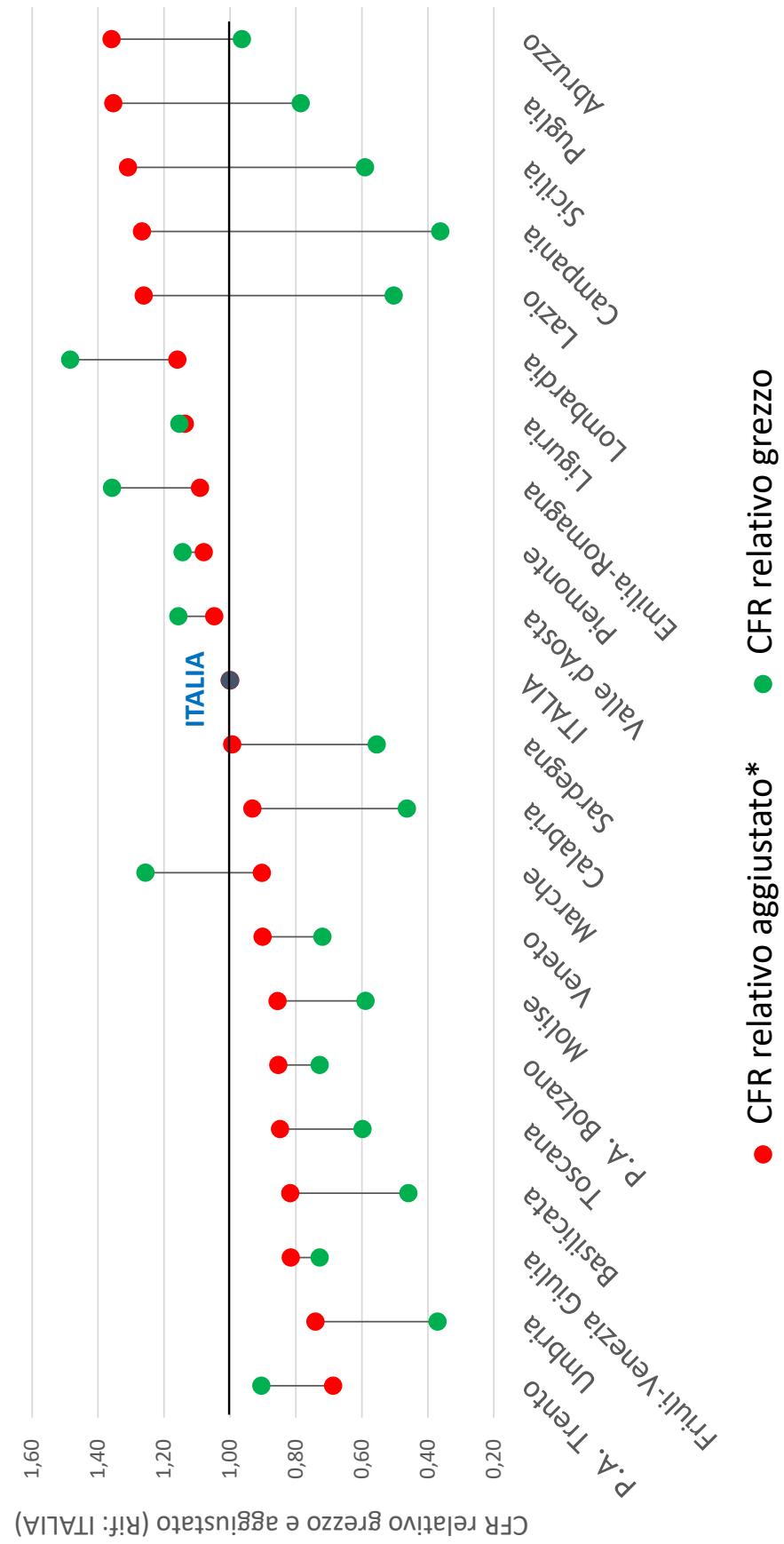
CFR grezzo e standardizzato a livello regionale



CFR standardizzato distinto per regione e fase pandemico



CFR relativo grezzo e aggiustato*



Conclusioni

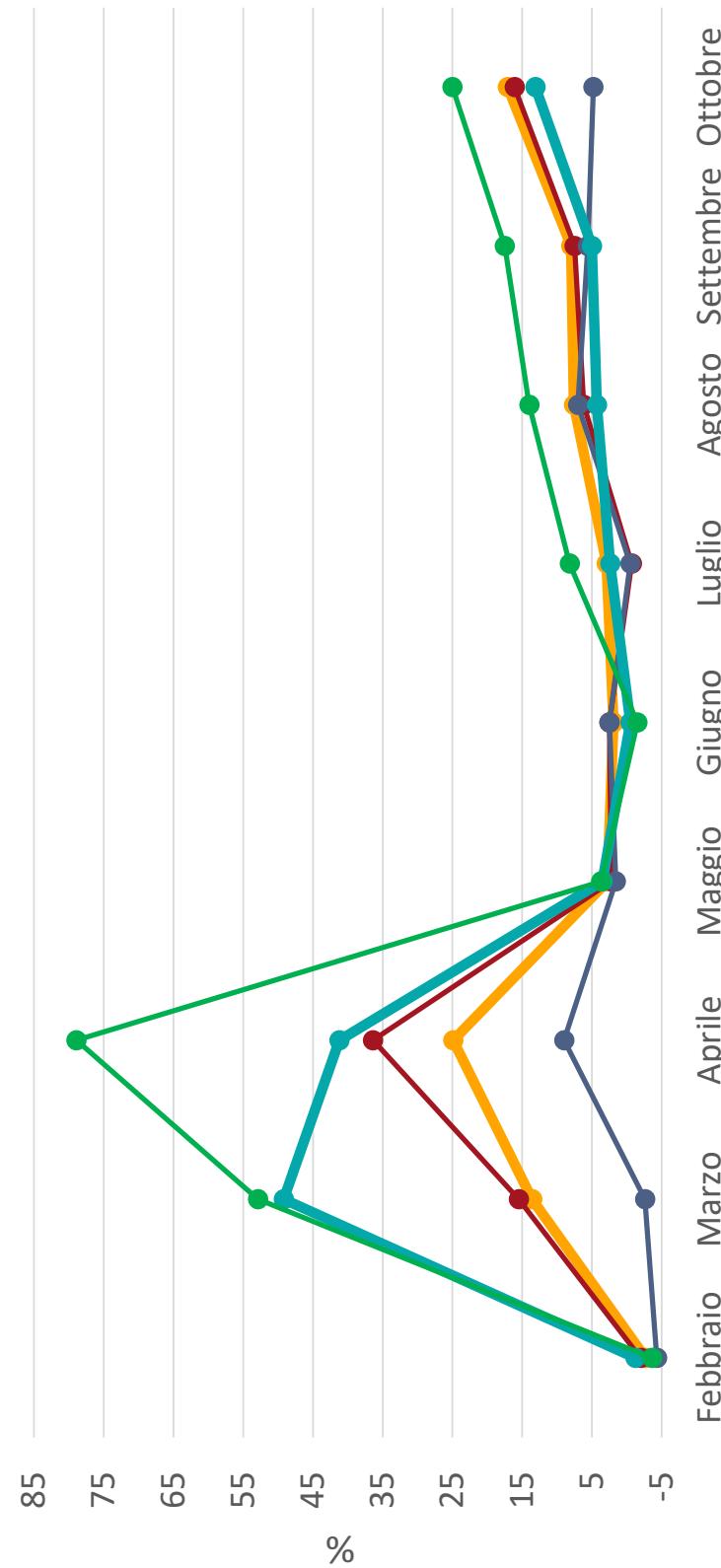
- Il CFR standardizzato è diminuito da 6,6% durante la prima fase dell'epidemia a 1,5% nella seconda fase e 2,4% nel mese di ottobre
- L'elevato CFR standardizzato osservato nella prima fase epidemica è verosimilmente spiegato dal numero relativamente ridotto di tamponi effettuati sulla popolazione infetta asintomatica*
- Il CFR standardizzato evidenzia delle differenze regionali che comunque tendono a ridursi, e talvolta appaiono invertite, quando il confronto è corretto per il periodo di diagnosi
- L'effetto periodo (la diffusione nel tempo dell'epidemia) e le caratteristiche demografiche (sessu ed età), sono chiavi importanti per una corretta interpretazione delle differenze regionali di letalità

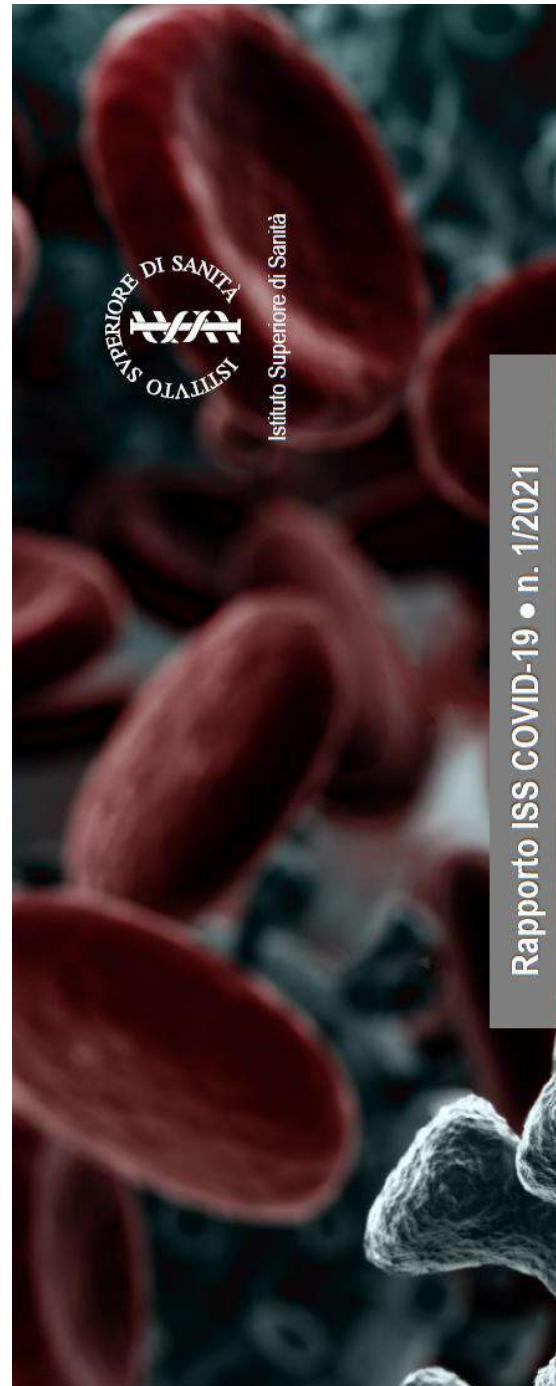
Conclusioni

- Le differenze residue tra i CFR standardizzati regionali potrebbero essere spiegate da una diversa sensibilità della definizione di decesso COVID-19 applicata a livello regionale.
- I CFR calcolati utilizzando la popolazione Europea standard come riferimento evidenziano un CFR più basso, suggerendo che la struttura per età relativamente più anziana della popolazione Italiana possa spiegare in parte le differenze riportate con gli altri Paesi
- Non sono comunque disponibili dati disaggregati per gli altri Paesi Europei che consentano una stima del CFR standardizzato separatamente per ciascuna fase epidemica.
- L'unico indicatore disponibile per un confronto a livello Europeo è l'eccesso di mortalità (ottobre 2020: 13,1% in Italia vs 17,1% nell'insieme dei Paesi UE), anche se non standardizzato per sesso ed età

Confronto eccesso di mortalità con Paesi UE

Eccesso di mortalità (%) rispetto alla media del 2016-2019
(Fonte: Eurostat)





Rapporto ISS COVID-19 • n. 1/2021

Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia

I: Documento Fipe - Programmare la Ripartenza

Allegato 4

Miozzo Agostino

lun 25/01/2021 16:01

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

3 allegati (438 KB)

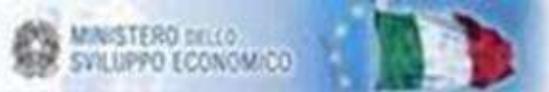
ATT00001.htm; PROGRAMMARE LA RIPARTENZA_.pdf; Allegato_ Informazioni per i clienti.pdf;

Da: SEGRETERIA CAPOGABINETTO <segreteria.capogabinetto@mise.gov.it>**Inviato:** lunedì 25 gennaio 2021 15:33**A:** Miozzo Agostino**Cc:** Segreteria Morani; Francesco Fortuna; Camilla Sebastiani**Oggetto:** I: Documento Fipe - Programmare la Ripartenza

Gentile dott. Miozzo,

Le inoltro, per le valutazioni del Comitato da Lei presieduto, le proposte congiunte di FIPE-FIEPET finalizzate a programmare la riapertura dei pubblici esercizi, predisposte secondo quanto concordato nella riunione del 21 gennaio u.s..

Cordiali saluti,



Segreteria del Capo di Gabinetto

Ministero dello Sviluppo Economico

Avv. Francesco Fortuna

Via Vittorio Veneto, 33

Tel. 06 42043.4880-4887-4582

www.mise.gov.it**Da:** Marzia Risa <segreteria@fipe.it>**Inviato:** sabato 23 gennaio 2021 17:07**A:** Segreteria Morani <segreteria.morani@mise.gov.it>**Cc:** SEGRETERIA CAPOGABINETTO <segreteria.capogabinetto@mise.gov.it>; Daniel De Vito <daniel.devito@mise.gov.it>;lino.stoppani@gmail.com' <lino.stoppani@gmail.com>; Roberto Calugi <roberto.calugi@fipe.it>; Luciano Sbraga<luciano.sbraga@fipe.it>; Corrado Luca Bianca <corradoluca.bianca@confesercenti.it>**Oggetto:** Documento Fipe - Programmare la Ripartenza

Questa mail proviene da un dominio esterno, prima di cliccare qualsiasi link assicurarsi che il mittente e la natura del messaggio siano attendibili.

Buongiorno,

come da accordi intercorsi durante l'incontro con il Comitato Tecnico Scientifico del giorno 21 gennaio u.s., si invia il documento da sottoporre allo stesso CTS.

Cordiali saluti.

Direttore Generale
Fipe – Federazione Italiana Pubblici Esercizi
Piazza G.G. Belli, 2 – 00153 Roma
Tel. 0658392122
www.fipe.it
<https://www.facebook.com/Fipe.Italia>
<https://twitter.com/fipeconf>
<https://www.youtube.com/user/fipeitalia>



PROGRAMMARE LA RIAPERTURA DEI PUBBLICI ESERCIZI

DOCUMENTO CONGIUNTO FIPE – FIEPET

Roma, 22 gennaio 2021

I pubblici esercizi sono stati tra i settori produttivi maggiormente esposti alle conseguenze dell'emergenza sanitaria che ha drammaticamente colpito il Paese. All'interno di essi le attività di ristorazione hanno **oramai accumulato 160 giorni di chiusura in molte aree del Paese a cui si deve aggiungere anche un numero di giornate contraddistinte da vincoli di vario genere** allo svolgimento dell'attività.

La categoria è favorevole a rafforzare i Protocolli sanitari già adottati e rispetto ai quali i controlli eseguiti dalle autorità competenti hanno dimostrato grande efficacia partendo, tuttavia, dal presupposto che nelle imprese di somministrazione di alimenti e bevande è del tutto **ingiustificato sottoporre attività diverse a medesime restrizioni** per garantire efficacemente il contrasto alla diffusione del contagio. Occorre dunque distinguere le attività in base alle caratteristiche strutturali dei locali e alla tipologia del servizio reso.

A tal fine è stata elaborata una *check list* che non solo ha il fine di declinare tale rafforzamento delle misure di sicurezza di contenimento del contagio ma anche quello di proporsi come strumento di autocontrollo dei processi da parte delle imprese (cfr. *infra* - all.1).

Alla luce del suddetto rafforzamento delle misure di sicurezza potrebbe avanzarsi la proposta di poter consentire nelle c.d. **“aree gialle” almeno il servizio serale per quelle attività di somministrazione di alimenti e bevande in grado di garantire il servizio al tavolo così da assicurare un consumo nel rispetto delle necessarie misure di distanziamento interpersonale.** Potrebbe prevedersi l'introduzione di un **divieto di vendita di bevande alcoliche a partire dalle ore 18.00 che risulta conforme al già vigente divieto di consumo di cibi e bevande nei luoghi pubblici e aperti al pubblico (strade, piazze, ecc.)** per eliminare sia i rischi di assembramento all'interno e negli spazi attigui ai locali, principalmente nelle aree delle città vociate alla movida, e sia la possibilità di consumo in luoghi anche distanti dai locali. A tal fine sarebbe tuttavia opportuno che tale divieto fosse esteso a tutte le attività commerciali perché si registrano ampi fenomeni di *dumping* commerciale con l'acquisto di bevande alcoliche da consumare all'esterno messi in atto da esercizi di vario genere (mini market, take away, ecc.). Sebbene si tratti di indurre i consumatori a modificare i propri comportamenti di acquisto si ritiene che in una fase di emergenza sanitaria in cui i consumatori hanno subito e continuano a subire limitazioni ben più rilevanti non sarà certo questo a costituire un *vulnus* irreparabile per i cittadini.

Al tempo stesso potrebbe **prevedersi per la ristorazione la possibilità di operare, almeno nelle ore diurne, nelle c.d. “aree arancioni”** dove le imprese del settore sono le uniche a rimanere chiuse in un contesto economico in cui tutte le attività produttive, anche quelle commerciali, risultano aperte. Si ricorda che in queste aree l'eventuale apertura di questa categoria di Pubblici Esercizi non è generatrice di mobilità considerando che per i cittadini non sono sottoposti a restrizioni all'interno del comune di residenza mentre la loro chiusura

determina la totale assenza di servizi di necessità per milioni di consumatori. Anche in questo caso potrebbe essere prevista la **riapertura delle attività almeno fino alle ore 18.00 mantenendo il divieto di vendita di bevande alcoliche dopo tale ora.**

Questo nuovo approccio tiene conto delle esigenze di tutela della salute e al contempo delle caratteristiche del processo produttivo delle imprese di ristorazione che non possono gestire l'attività con continui *stop and go*. Un ristorante è un'azienda di trasformazione che ha necessità di programmare l'approvvigionamento di materie prime, la preparazione di semi lavorati anche laddove si fa cucina espressa, l'organizzazione del lavoro fino ad arrivare alla necessità di stabilizzare il rapporto con consumatori sempre più orientati a pianificare il consumo attraverso prenotazioni effettuate anche con largo anticipo.

Si tratta di attività assimilabili ad un processo produttivo di trasformazione e non meramente di carattere commerciale. Sotto questo profilo garantire certezza e continuità di lavoro è un'esigenza produttiva prima ancora che economica.

ZONA GIALLA

	APERTURA	MISURE DI SICUREZZA
RISTORANTI	<p>FINO ALLE 22 (compatibilmente con il rientro a casa dei clienti entro le 22.00) <u>dalle 18 alle 22 servizio esclusivamente al tavolo</u></p> <p>SI ASPORTO – SI DELIVERY</p> <p>- FINO ALLE 20 <u>(dalle 18 solo servizio al tavolo)</u></p>	<p>- Rilevazione temperatura</p> <p>- Prenotazione obbligatoria (v. protocollo giornaliero)</p>
BAR	<p>SI ASPORTO (fino alle 22)</p> <p>SI DELIVERY</p>	<p>- divieto vendita bevande alcoliche dopo le 18</p> <p>(v. protocollo giornaliero)</p>

ZONA ARANCIONE

	APERTURA	MISURE DI SICUREZZA
RISTORANTI	FINO ALLE 18 SI ASPORTO (fino alle 22) SI DELIVERY	<ul style="list-style-type: none">- Rilevazione temperatura- Prenotazione obbligatoria (v. protocollo giornaliero)
BAR	FINO ALLE 18 SI ASPORTO (fino alle 22) SI DELIVERY	<ul style="list-style-type: none">- divieto vendita bevande alcoliche dalle 18 (v. protocollo giornaliero)

PROTOCOLLO GIORNALIERO

MISURE DI PREVENZIONE PER I SERVIZI DI RISTORAZIONE

(tra cui bar, ristoranti, pizzerie, gelaterie, pasticcerie, *catering* ecc.)

<u>Informazione</u> Predisporre un' adeguata informazione per i clienti sulle misure di prevenzione, comprensibile anche per gli avventori di altra nazionalità (cfr. allegato)	<input type="checkbox"/>
<u>Prenotazione</u> Consentire l'accesso ai clienti solo tramite prenotazione e mantenere il registro delle presenze per in periodo di 14 giorni	<input type="checkbox"/>
<u>Temperatura corporea clienti</u> All'ingresso del locale deve essere rilevata la temperatura corporea , impedendo l'accesso in caso di temperatura > 37,5 °C	<input type="checkbox"/>
<u>Prodotti igienizzanti</u> Rendere disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani per clienti e personale anche in più punti del locale, con la raccomandazione di procedere ad una frequente igiene delle stesse	<input type="checkbox"/>
<u>Servizi igienici</u> Assicurare un' adeguata frequenza di pulizia dei servizi igienici , garantendo che siano sempre disponibili prodotti per il lavaggio e/o igienizzazione delle mani	<input type="checkbox"/>
<u>Consumazione al banco</u> La consumazione al banco è consentita solo se può essere assicurata la distanza interpersonale di almeno 1 metro tra i clienti, a eccezione delle persone, che in base a disposizioni di legge, non siano soggette al distanziamento interpersonale ; detto ultimo aspetto afferisce alla responsabilità individuale	<input type="checkbox"/>
<u>Disposizione dei tavoli</u> I tavoli devono essere disposti in modo da assicurare il distanziamento interpersonale di almeno 1 metro tra i clienti, a eccezione delle persone che, in base a disposizioni di legge, non siano soggette al distanziamento interpersonale ; detto ultimo aspetto afferisce alla responsabilità individuale. Tale distanza può essere ridotta solo ricorrendo a barriere fisiche tra i diversi tavoli adeguate a prevenire il contagio tramite droplets Sono consentite massimo 4 persone per tavolo, salvo che siano tutti conviventi e aspetto afferisce alla responsabilità individuale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Ricambio d'aria</u> Favorire il ricambio d'aria negli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l' adeguatezza delle portate di aria esterna secondo le normative vigenti. In ogni caso, l'affollamento deve essere correlato alle portate effettive di aria esterna. Per gli impianti di condizionamento , è obbligatorio , se tecnicamente possibile, escludere totalmente la funzione di ricircolo dell'aria . In ogni caso vanno rafforzate ulteriormente le misure per il ricambio d'aria naturale e/o attraverso l'impianto, e va garantita la pulizia, a impianto fermo, dei filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati. Se tecnicamente possibile, va aumentata la capacità filtrante del ricircolo , sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore ,	<input type="checkbox"/>

garantendo il mantenimento delle portate. Nei servizi igienici va mantenuto in funzione continuata l'estrattore d'aria	<input type="checkbox"/>
<u>Buffet</u> È possibile organizzare una modalità a buffet mediante somministrazione da parte di personale incaricato, escludendo la possibilità per i clienti di toccare quanto esposto e prevedendo in ogni caso, per clienti e personale, l'obbligo del mantenimento della distanza e l'obbligo dell'utilizzo della mascherina a protezione delle vie respiratorie . La modalità self-service può essere eventualmente consentita per buffet realizzati esclusivamente con prodotti confezionati in monodosi. In particolare, la distribuzione degli alimenti dovrà avvenire con modalità organizzative che evitino la formazione di assembramenti anche attraverso una riorganizzazione degli spazi in relazione alla dimensione dei locali; dovranno essere altresì valutate idonee misure (es. segnaletica a terra, barriere, ecc.) per garantire il distanziamento interpersonale di almeno un metro durante la fila per l'accesso al buffet	<input type="checkbox"/>
<u>Spazi esterni</u> Laddove possibile, privilegiare l'utilizzo degli spazi esterni (giardini, terrazze, plateatici), sempre nel rispetto del distanziamento di almeno 1 metro tra i clienti .	<input type="checkbox"/>
<u>Misure per il personale</u> Il personale di servizio a contatto con i clienti è tenuto ad indossare la mascherina a protezione delle vie respiratorie e deve procedere a una frequente igiene delle mani con prodotti igienizzanti (prima di ogni servizio al tavolo)	<input type="checkbox"/>
<u>Postazione cassa e modalità di pagamento</u> La postazione dedicata alla cassa può essere dotata di barriere fisiche (es. schermi); in alternativa il personale deve indossare la mascherina e avere a disposizione gel igienizzante per le mani . In ogni caso, favorire modalità di pagamento elettroniche, possibilmente direttamente al tavolo dei clienti	<input type="checkbox"/>
<u>Misure per i clienti</u> I clienti sono obbligati a indossare la mascherina tutte le volte che non sono seduti al tavolo, il rispetto di tale afferisce alla responsabilità del cliente .	<input type="checkbox"/>
<u>Disinfezione delle superfici</u> Al termine di ogni servizio al tavolo sarà assicurata un'adeguata pulizia e disinfezione delle superfici, evitando il più possibile utensili e contenitori riutilizzabili se non disinfezionabili (saliere, oliere, ecc)	<input type="checkbox"/>
<u>Menù</u> Per i menù favorire la consultazione online sul proprio cellulare o predisporre menù in stampa plastificata e, quindi, disinfezionabile dopo l'uso , oppure cartacei a perdere	<input type="checkbox"/>
<u>Attività ludiche (carte da gioco)</u> Sono consentite le attività ludiche che prevedono l'utilizzo di materiali di cui non sia possibile garantire una puntuale e accurata disinfezione (quali ad esempio carte da gioco), purché siano rigorosamente rispettate le seguenti indicazioni : obbligo di utilizzo di mascherina; igienizzazione frequente delle mani e della superficie di gioco; rispetto della distanza di sicurezza di almeno 1 metro sia tra giocatori dello stesso tavolo sia tra tavoli adiacenti. Nel caso di utilizzo di carte da gioco è consigliata inoltre una frequente sostituzione dei mazzi di carte usati con nuovi mazzi	<input type="checkbox"/>
<u>Servizi accessori</u> È consentita la messa a disposizione, possibilmente in più copie, di riviste, quotidiani e materiale informativo a favore dell'utenza per un uso comune, da consultare previa igienizzazione delle mani	<input type="checkbox"/>



ESERCIZI DI RISTORAZIONE INFORMAZIONE PER I CLIENTI SULLE MISURE DI PREVENZIONE

È vietato l'ingresso nel locale in presenza di temperatura oltre 37,5°

Nel locale la mascherina può essere tolta solo per consumare o quando si è seduti al tavolo

Si raccomanda di utilizzare il gel igienizzante per la pulizia delle mani

Si ricorda l'obbligo di mantenere il distanziamento interpersonale di almeno 1 metro

Il consumo al tavolo è consentito per un massimo di 4 persone, salvo che siano tutti conviventi

Il consumo al banco è consentito con il distanziamento interpersonale di almeno 1 metro

Riviste, quotidiani e altro materiale informativo che si trova presso l'esercizio, possono essere consultate previa Igienizzazione delle mani

L'accesso ai bagni è consentito a condizione che non si creino file/assembramenti

Nel caso di attività ludiche (es. gioco delle carte), è necessario utilizzare la mascherina, igienizzare frequentemente le mani e la superficie di gioco, nonché mantenere la distanza di almeno 1 metro, sia tra giocatori dello stesso tavolo, sia tra tavoli adiacenti



BIO SAFETY

QUALITY

Allegato 5

MINISTERO DELLA SALUTE

Ufficio di Gabinetto
c.a. Consigliere Tiziana Coccoluto
Lungotevere Ripa, 1
00153 Roma

MINISTERO DELLE INFRASTRUTTURE E TRASPORTI

Ufficio di Gabinetto
c.a. Consigliere Alberto Stanganelli
Piazzale di Porta Pia, 1
00198 Roma

MINISTERO DEGLI AFF. ESTERI E DELLA COOP. INTERNAZIONALE

Ufficio Legislativo
c.a. Consigliere Stefano Soliman
Piazzale della Farnesina, 1
00135 Roma

E, p.c.:

MINISTERO DELLA SALUTE
Direzione Generale della Prevenzione
Sanitaria
c.a. Dott. Giovanni Rezza
Sede Centrale - Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

c.a. Pres. Prof. Silvio Brusaferro
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO

(Istituito ai sensi delle Ordinanze del Capo del Dipartimento della Protezione Civile nn. 630, 663 e 673)
c.a. Coord. Dott. Agostino Miozzo
Sede Operativa DPC – Via del Vitorchiano, 2
00189 Roma

Aeroporti di Roma S.p.A.

Via Pier Paolo Racchetti, 1
00054 Fiumicino (Roma)
Cap. Soc. Euro 62.224.743,00 int. vers.
Cod. Fisc. e num d'iscr. del Registro
delle Imprese di Roma 13032990155

Repertorio Notizie Economiche
ed Amministrative di Roma n° 971268
Partita IVA - 06572251004
"Società soggetta a direzione
e coordinamento di Atlantia S.p.A."

tel. 06-65951
fax. 06-65953646
www.adr.it
aeroportidiromasp@pec.adr.it
aeroportidiroma@adr.it

Aeroporto G.B. Pastine
Via Appia Nuova, 1651
00043 Ciampino (Roma)
tel. 06-65951



REGIONE LAZIO

Assessorato alla Sanità

Unità di Crisi COVID-19 per la gestione
dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
c.a. Ass. Alessio D'Amato
Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma

INMI Lazzaro Spallanzani

c.a. Dir. Prof. Francesco Vaia
Via Portuense, 292
00149 Roma

ENAC

Direzione Centrale Economia e Vigilanza

Aeroporti

c.a. Dir. Alessio Quaranta
Viale del Castro Pretorio, 118
00185 Roma

Oggetto: Aeroporto di Roma Fiumicino – Sperimentazione dei voli COVID Tested ai sensi dell'Ordinanza 23 Novembre 2020 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e con il Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale – Resoconto di prosecuzione ed estensione ad altre rotte

Con riferimento all'Ordinanza in oggetto e alla luce dell'avvenuto avvio della sperimentazione relativa ai voli "COVID Tested" sulle tratte intercontinentali New York-Roma e Atlanta-Roma, trasmettiamo la presente per fornire il resoconto allegato sui risultati conseguiti e chiedere di poter proseguire il pilota almeno fino a settembre 2021, nonché estendere le rotte ad ulteriori rotte UE ed extra UE anch'esse indicate nell'allegato I.

Il report contiene anche una riflessione, emersa nel corso della sperimentazione e più in generale nel corso della fase emergenziale sull'opportunità di ragionare sulla creazione di un "Travel Health Portal", che possa custodire in modo protetto i record inseriti dai passeggeri ("Health Declarations") e che metta a disposizione delle Autorità preposte i modelli autocertificativi richiesti dalla normativa e i certificati sanitari per valutazione/validazione degli ufficiali sanitari.

Oltre ad evidenziare che il progetto ADR è ad oggi l'unico progetto pilota worldwide supportato dall'UNWTO, segnaliamo che nei due mesi circa trascorsi dalla pubblicazione dell'ordinanza, ADR ha ricevuto sollecitazioni da diverse ambasciate estere per l'attivazione di ulteriori rotte, tra cui inter alia, l'Ambasciata americana e l'Ambasciata giapponese, motivo per cui, in data 24 dicembre u.s., ADR ha inviato al Gabinetto del Ministero della Salute il progetto di estensione del progetto pilota, anche prima della scadenza dell'ordinanza in oggetto, alle rotte Roma-Tokyo (cfr. allegato II).



Ci preme infine ringraziare le Autorità in indirizzo e in copia per il continuo aggiornamento dell'impianto normativo al fine di garantire la sicurezza dei flussi aerei nel difficile contesto pandemico corrente e per l'apprezzamento e fiducia manifestate nei confronti delle soluzioni proposte e implementate da Aeroporti di Roma.

Rimaniamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento a supporto dei dati sopra riportati.

Cordiali saluti,


Aeroporti di Roma S.p.A.
L'Amministratore Delegato
Marco Troncone


Aeroporti di Roma S.p.A.
Accountable Manager
Ivan Bassato

Allegati: 1) Resoconto sperimentazione voli Covid Tested
2) Covid Tested Tokyo

Sperimentazione voli Covid Tested New York-Roma e Atlanta-Roma



Resoconto e opportunità di prosecuzione ed estensione del progetto pilota

Sintesi

La sperimentazione dei voli Covid Tested sull'aeroporto di Fiumicino ha prodotto eccellenti risultati in termini di:

- riduzione del rischio (su 3.003 passeggeri arrivati a Roma solamente 3 casi confermati di positività);
- efficacia operativa (totale controlli eseguiti in meno di 2 ore, nessun ritardo sui voli);
- soddisfazione dei passeggeri (oltre il 90% dei passeggeri suggerirebbe l'esperienza di viaggio Covid Tested).

Pertanto, questi risultati confermano :

- l'efficacia sanitaria del protocollo che consente - attraverso un controllo preventivo sul 100% dei passeggeri - una radicale riduzione del rischio di importazione di contagio, in particolare in relazione alla alternativa della misura di isolamento fiduciario;
- la piena idoneità a sostenere, nella necessaria massima sicurezza, un'auspicata fase di progressiva ripresa del traffico aereo e della connettività internazionale del Paese.

A tal fine, Aeroporti di Roma:

- si sta già adoperando per implementare a breve soluzioni operative di testing integrate nei processi aeroportuali ed atte a sollevare il SSN dai relativi costi, nonché per assicurare gli opportuni supporti informatici per la miglior gestione del processo (*health pass digitale, travel health portal*)
- richiede sin d'ora una proroga del periodo di sperimentazione oltre la prossima scadenza del 15 Febbraio ed almeno sino a fine settembre 2021, nonché un'estensione ad altre direttive intercontinentali strategiche per il Paese, anche in una prospettiva di policy applicabile all'intero sistema aeroportuale nazionale.

Il collegamento New York JFK-Roma Fiumicino è stato attivato dalla compagnia Alitalia con le modalità previste dall'Ordinanza il giorno 8 dicembre 2021, mentre i voli "COVID Tested" Atlanta-Roma Fiumicino sono stati attivati da Delta Air Lines il 18 dicembre 2021 (rif. ns note congiunte con le due compagnie prot. N. 29625 del 3/12/2020 e prot. N. 30098 del 10/12/2020). Entrambe le rotte vedono l'impegno dei vettori interessati con 3 voli di andata e 3 voli di ritorno per settimana (con modifiche occasionali alle frequenze in base alle festività stagionali).

Al 13.1.2021 le operazioni si sono svolte sempre con ottima puntualità e regolarità, registrando un elevato livello di soddisfazione generale da parte dei passeggeri. La seguente tabella ripropone i voli e i passeggeri consuntivati alla data (da tenere presente, nella valutazione dell'incremento passeggeri, la concomitanza con il periodo dell'anno di avvio dei voli, molto a ridosso delle feste natalizie).



Tratta	Numero voli	Numero passeggeri	Media passeggeri/volo	Variazione rispetto ai 60 gg. precedenti ¹
Alitalia JFK-FCO	14	2245	160	+184%
Alitalia FCO-JFK	14	1756	125	+69%
Delta ATL-FCO	11	758	69	+28%
Delta FCO-ATL	11	842	77	+13%

Come noto, per i passeggeri che fanno ingresso con questi voli nel territorio nazionale, l'Ordinanza prevede che i Vettori acquisiscano all'atto dell'imbarco evidenza che gli stessi si siano sottoposti con esito negativo ad un test molecolare (RT PCR) o antigenico per la ricerca del SARS-CoV-2 eseguito non prima delle 48 ore precedenti l'imbarco. Nel caso del volo da New York, Alitalia ha lasciato ai passeggeri facoltà di rivolgersi al centro medico di propria fiducia per eseguire il test. Per il volo da Atlanta, invece, Delta ha organizzato presso l'aeroporto di Atlanta una screening area che esegue sui passeggeri lo stesso tipo di test antigenico. In questo caso si tratta del test BinaxNOW COVID-19 AG Card di Abbott. Si segnala che, in considerazione del fatto che i voli originanti dall'hub Delta di Atlanta sono caratterizzati da un'elevata percentuale di passeggeri in transito il protocollo di Delta prevede, in aggiunta a quanto previsto dall'Ordinanza, per i propri passeggeri anche un test molecolare (RT PCR) a 72 ore dalla partenza, a cui i passeggeri si sottopongono a propria cura e spese, in modo da ridurre il rischio che la positività al test emerga nel test ad Atlanta quando il passeggero ha già effettuato la prima tratta del suo itinerario di viaggio verso Roma.

Tutti i passeggeri in arrivo a Roma sono sottoposti, subito dopo lo sbarco, ad un test rapido antigenico in un'area creata ad hoc da ADR ed operata, per quanto riguarda l'attività sanitaria, dalle unità USCAR della Regione Lazio con il supporto dell'USMAF di Roma Fiumicino. Costante supervisione scientifica sulle attività è inoltre garantita dalla Direzione Sanitaria dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive "L. Spallanzani", che ha potuto anche verificare le casistiche presentate di seguito.

Per quanto riguarda il numero delle positività riscontrate all'esecuzione del test rapido si sta effettuando un rigoroso monitoraggio di ogni singolo caso grazie alla collaborazione con l'USMAF e la Regione Lazio (anonimizzando opportunamente le informazioni utilizzate nel monitoraggio). Sempre con riferimento al 13.1.2021, il quadro dei casi è il seguente:

Tratta	Numero passeggeri in arrivo	Casi positivi antigenico in aeroporto	Di cui confermati in quanto COI>10	Di cui confermati al Test molecolare	Di cui non confermati al Test molecolare	Rateo positivi confermati/ passeggeri	Rateo positivi antigenico/ passeggeri
Alitalia JFK-FCO	2.245	12	2	1	9	0,13%	0,53%

¹ Per quanto riguarda il volo Delta precedentemente all'attivazione del volo COVID Tested da Atlanta, la compagnia operava un volo New York-Roma Fiumicino. Il confronto quindi è fatto sugli ultimi 60 giorni di operatività di questa tratta.



Delta ATL-FCO	758	2	0	0	2	0%	0,26%
Totali in arrivo	3.003	14	2	1	11	0,1%	0,47%

Per i casi di positività confermati, su richiesta dell'USMAF e in cooperazione con le compagnie aeree interessate, si è fatta una ricerca a ritroso del test presentato negli USA all'atto dell'imbarco. Su n.3 casi totali ad oggi riscontrati, n.1 aveva prodotto un esito di negatività al test molecolare e n.2 un esito di negatività al test antigenico.

Al fine di ottenere ulteriori elementi sulla presenza a bordo dei voli COVID Tested di eventuali "falsi negativi" (casi positivi risultati invece negativi sia al test pre-partenza sia a quello post-arrivo ovvero casi negativi contagiati successivamente sul territorio italiano), su richiesta dell'USMAF di Fiumicino, il SERESMI – Servizio Regionale per l'Epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle Malattie Infettive della Regione Lazio e l'INMI Spallanzani hanno incrociato i dati del database regionale dei casi positivi al COVID con quelli contenuti nel database degli arrivi con i voli COVID Tested che è nelle disponibilità delle Autorità Sanitarie dell'aeroporto e regionali. E' stato comunicato ad ADR che tale analisi incrociata - condizionata, nella fase di linkage, dalla completezza e qualità dei dati anagrafici - ha prodotto allo stato n. 2 occorrenze, pari allo **0,7 per mille** del totale, sulle quali dovrebbero essere effettuate ulteriori valutazioni, non di competenza della scrivente, per stabilire se si tratti di caso importato.

Per quanto riguarda i test eseguiti presso l'aeroporto di Fiumicino dalle unità USCAR sui passeggeri in partenza da Roma verso New York ed Atlanta essi sono stati al 13.1.2021 complessivamente 990 (essendosi i rimanenti passeggeri in partenza testati precedentemente all'arrivo presso l'aeroporto di Roma Fiumicino). Solamente in n.1 caso i test antigenici hanno evidenziato una possibile positività. Tale positività è stata confermata dal test PCR.

I dati dell'ultima tabella sopra riportata evidenziano ad avviso della scrivente l'elevata robustezza dello schema di controllo previsto dall'Ordinanza 23/11/2020.

Sempre con riferimento all'ultima tabella, il rateo "positivi al test antigenico a Fiumicino/totale passeggeri in arrivo" per i voli COVID Tested (**0,47%**) è sensibilmente inferiore all'analogo rateo riscontrato nell'attività di testing in aeroporto (con identico protocollo di testing) condotta tra agosto e dicembre 2020 sui passeggeri in arrivo dai Paesi UE considerati a rischio. Nell'attività di analisi fatta con USMAF e Regione Lazio risultano infatti essere stati testati nel terminal nel corso degli ultimi 4 mesi del 2020, **36.319** passeggeri in arrivo dai Paesi UE a rischio secondo le Ordinanze del Ministero della Salute succedutesi nel tempo ("Lista C" dei Paesi di cui all'allegato 20 dei DPCM passati) e in quel caso il rateo dei positivi al test antigenico svolto a Fiumicino è stato del **0,8%**, dato che ha confermato una probabile incidenza di casi positivi nei passeggeri del trasporto aereo del tutto in linea con le prevalenze stimate dallo European Center for Disease Prevention and Control per gli utenti del trasporto aereo nella



UE/SEE (1% secondo le “Guidelines for COVID-19 testing and quarantine of air travellers – Addendum to the Aviation Health Safety Protocol”, ECDC/EASA – 2/12/2020).

Se si fa invece riferimento alle operazioni di testing svoltesi sino ad oggi al drive-in operato dalla Croce Rossa Italiana presso il parcheggio lunga sosta dell'aeroporto di Fiumicino, struttura sanitaria attivata l'1/9/2020, aperta alla popolazione generale e utilizzata solo in minima parte dai passeggeri del trasporto aereo, il rateo tra casi positivi al test antigenico/individui testati ha raggiunto in questa struttura valori giornalieri massimi prossimi al **20%** in corrispondenza dei picchi pandemici della seconda ondata dell'autunno 2020. Prendendo a riferimento il periodo successivo al 20 dicembre, il rateo giornaliero medio dei casi positivi/individui totali testati al drive-in è stato del **10,9%**, sensibilmente superiore al rateo dei voli COVID Tested medesimi, anche se chiaramente nel caso del drive-in si tratta di una popolazione target costituita da sintomatici e contatti stretti o sospetti tali.

Quanto sopra conferma ancora una volta che la mobilità aerea verso il nostro Paese riattivata con lo schema di controllo previsto dall'Ordinanza 23/11/2020 appare costituita da flussi con virus-prevalenza prossima a zero. Ad oggi, il rateo relativo ai casi confermati su tali flussi è fortemente inferiore sia al rapporto tra nuovi casi giornalieri e totale dei tamponi effettuati nella regione Lazio, sia a quello relativo ai flussi di passeggeri che sono stati controllati in arrivo a Fiumicino come era precedentemente previsto per alcuni direttive UE.

Quanto sopra appare ancor più significativo se si considera che tali flussi originano dagli USA, attualmente caratterizzati da un'incidenza negli ultimi 7 giorni di circa 75 nuovi casi giornalieri medi per 100.000 abitanti (fonte CDC USA, 7 giorni terminanti il 12/1/21), pari a circa 3 volte il valore attualmente riportato per il nostro Paese. Per quanto riguarda gli Stati USA di origine dei due voli COVID Tested, il CDC USA riporta che lo stesso indice è pari a 93 e 92 nuovi casi medi giornalieri per 100.000 abitanti per gli stati di New York e Georgia rispettivamente, sensibilmente sopra la media generale degli USA.

In sintesi, in base alle positive evidenze emerse in questo primo significativo periodo si propone di prendere in considerazione per il periodo successivo al 15 febbraio 2021, scadenza prevista nell'Ordinanza 23/11/2020, non solo l'estensione temporale della sperimentazione, ma anche un allargamento del perimetro della medesima, con particolare riferimento a:

- ulteriori direttive intercontinentali da attivarsi come voli “COVID Tested” con doppio controllo dei passeggeri prima della partenza e dopo l'arrivo. Per strategicità dei collegamenti aerei con il nostro Paese si ritiene opportuno attivare collegamenti negli USA anche da Los Angeles, Washington DC, Boston, Miami e Dallas e al di fuori degli stessi - in ordine di priorità - dal Giappone (Tokyo), Brasile (San Paolo), Argentina (Buenos Aires), EAU, Canada, Cina, Corea del Sud, Hong Kong e Taiwan.
- Ampliamento delle causali ammesse per l'ingresso con voli COVID Tested nel nostro Paese, prevedendo anche, appena possibile, le ragioni private “non essenziali”.



Quanto sopra consentirebbe un ulteriore step di riattivazione in sicurezza di una parziale connettività aerea intercontinentale (oggi quasi del tutto azzerata dall'imposizione delle quarantene fiduciarie) e potrebbe costituire un modello utile anche a servizio degli altri gateway d'ingresso del Paese, attivando parallelamente tratte intercontinentali anche ad esempio su Milano Malpensa.

E' chiaro che l'incremento dei voli COVID Tested porterebbe ad aumento importante, seppur del tutto in linea con la capacità di testing installata su Fiumicino, del numero dei test da eseguirsi. Per questo motivo ADR sta agendo nella prospettiva di sgravare il Servizio Sanitario Regionale dai costi di tali attività, pianificando di attivare con l'auspicato allargamento della sperimentazione a febbraio il pagamento del costo del test erogato a Fiumicino da parte del passeggero stesso (limitando l'addebito a carico dei passeggeri ai soli costi diretti sostenuti per la messa a disposizione del servizio). In questo senso sono già in corso concreti step organizzativi da parte di ADR ed un'interlocuzione nel merito con la Regione Lazio e l'INMI "L. Spallanzani" per assicurare la medesima affidabilità scientifica ed efficienza operativa dell'attuale configurazione.

Appare infine opportuno che l'ampliamento della sperimentazione sia caratterizzato da un'adeguata digitalizzazione dei processi con una sostituzione completa della documentazione cartacea che attualmente il passeggero è chiamato a presentare. Nel pieno rispetto della normativa GDPR sulla protezione dei dati sensibili e personali, la gestione del dato sanitario funzionale all'effettuazione dei voli COVID Tested deve essere opportunamente integrata nei flussi dati che caratterizzano storicamente il trasporto aereo commerciale (dati in molti casi ugualmente sensibili ed efficacemente protetti dagli operatori della filiera). ADR e le principali compagnie aeree stanno valutando l'integrazione dei dati sanitari sui test prodotti dai passeggeri in un "Travel Health Portal", che possa custodire in modo protetto i record inseriti dai passeggeri ("Health Declarations") e che metta a disposizione delle Autorità preposte i modelli autocertificativi richiesti dalla normativa e i certificati sanitari per valutazione/validazione degli ufficiali sanitari. Appare fortemente raccomandabile che un eventuale provvedimento di estensione dell'Ordinanza faccia esplicito riferimento alla realizzazione di un "Travel Health Portal". Un simile strumento sarà essenziale quando nelle fasi di progressiva riduzione dei casi e di contenimento della pandemia, grazie all'efficacia delle campagne vaccinali, i flussi aerei torneranno ad aumentare. Dall'attuale -90% circa, in cui flussi sono caratterizzati sull'aeroporto di Fiumicino da poche migliaia di passeggeri al giorno gestibili anche con supporti cartacei (rispetto agli oltre 150.000 passeggeri giornalieri caratterizzanti il periodo pre-COVID), si passerà gradualmente a riduzioni più contenute e ciò renderà necessaria la gestione delle informazioni sanitarie e di viaggio con modalità digitali. Un "Travel Health Portal" quale quello già allo studio da parte di ADR presenta numerosi e importanti benefici, in primis:

- gestione efficace e sicura degli attestati di negatività prima della partenza;
- possibilità per le compagnie aeree di condizionare l'imbarco alla messa a disposizione degli attestati sanitari corretti da parte dei passeggeri;
- forte supporto al contact tracing ricercando direttamente in un unico database informatico le autocertificazioni prodotte dai passeggeri (ora disponibili solo in modalità cartacea);



- digitalizzazione con QR-code delle informazioni che i passeggeri devono rendere nei momenti di verifica in aeroporto (facilità di lettura e standardizzazione).

In questo senso le tecnologie su cui si sta lavorando, che come noto ADR ha già iniziato a sperimentare con buoni esiti (pilota “AOK Pass” con Alitalia partito il 5 gennaio 2021), appaiono sempre più mature per un dispiegamento operativo più generale.

Infine, solo a corredo di quanto sopra, è prevedibile che il possesso da parte del passeggero di un idoneo record vaccinale possa ad un certo punto rappresentare un elemento significativo per consentire il transito in aeroporto e l'imbarco a bordo di un aeromobile. Anche da questo punto di vista la disponibilità e messa in opera in via sperimentale di un “travel health portal” potrà essere molto utile e vantaggiosa per le Autorità e per la sicurezza dei viaggi aerei.

Inoltre, si ritiene essenziale segnalare i tempi delle operazioni aeroportuali:

Qui si seguito i tempi medi riferiti al momento in cui l'aeromobile in arrivo ha raggiunto la piazzola di parcheggio:

- Registrazione del primo passeggero mediamente dopo 4 minuti;
- Uscita del primo passeggero dall'area test mediamente dopo 40 minuti;
- Registrazione dell'ultimo passeggero mediamente dopo 60 minuti;
- Uscita dell'ultimo passeggero dall'area test mediamente dopo 105 minuti.

Da ultimo, è utile segnalare che la soddisfazione dei passeggeri intervistati su entrambi i voli dalle compagnie aeree supera il 90%. In particolare Alitalia segnala che il 94% dei passeggeri ha riferito che i voli Covid Tested infondono una sensazione di maggiore sicurezza prima e durante il volo. Delta ha comunicato che quasi il 100% dei passeggeri raccomanderebbe ad altri l'esperienza del volo Covid Tested.

In conclusione, alle luce delle risultanze del progetto pilota, sarebbe utile e opportuno proseguire il pilota almeno fino a fine settembre 2021, nonché estenderne l'applicazione a tutte le rotte UE che prevedano una restrizione a livello normativo (isolamento fiduciario e/o limitazioni ai motivi di viaggio) e alle rotte extra UE sopra indicate.

Air Transport Health and Safety



Opportunity to open a COVID-Tested route between Rome and Tokyo

Key Highlights: Covid-tested flights as a way forward for the relaunch of the aviation industry; The importance of international cross-cooperation to achieve the resumption of air traffic; Focus on health & safety measures to improve passengers' confidence and experience. First approved Covid-tested flights between USA and Italy (JFK-FCO and ATL-FCO) ongoing since December 2020 and very successfully implemented. The strategic route Rome FCO-Tokyo HND as a top priority for the safe reactivation of international air travel to/from Italy.

1) Background & ADR's Perspective

- Measures adopted by the air transport industry to mitigate the risk of spreading the virus have proven to be effective and have been rigorously implemented by Italian airports and airlines.
- There is no evidence of outbreaks that have occurred due to procedural gaps in the air transport industry, nor due to the failure to comply with the rules.
- Since the beginning of the pandemic, ADR has fully implemented all the necessary measures, including all the recommendation made by EASA/ECDC¹ in the Aviation Health Safety Protocol and a series of additional procedures.
- ADR's risk prevention and control measures have been fully recognised by all the relevant bodies - e.g. Skytrax's 5-star rating to Fiumicino, the first airport in the world to have received this certification for its anti-Covid protocol, Health Accreditation by ACI, RINA Services Biosafety Trust Certification, ACI's Best Airport Award for the third time in a row (focused in 2020 on measures to contain the pandemic)
- However, restrictive measures such as border closures or mandatory self-isolation ("quarantine") on arrival result in zeroed or very low levels of traffic.
- Self-isolation is based on passengers' responsibility, therefore it is not easy to monitor and does not fully prevent the risk of allowing Covid to spread within communities.
- Large scale testing in airports premises, not only at Rome, have proved to be feasible at a low cost and with a fast pace.
- Having established the Region's largest drive-through testing centre, as well as three testing areas inside the terminal, ADR and the Region's Health Authorities are ensuring screening to departing passengers and deal efficiently with the management of proven positive cases in order not to affect all the other passengers.
- The first trial of pre-departure screening of air passengers was started on 16th September, 2020 and initially involved two daily frequencies of the Rome Fiumicino-Milan Linate domestic link operated by Alitalia. The trial has been started by Order of the Region Lazio and will continue until the 31st January, 2021.
- After the initial trial on a domestic route, more recently, as a consequence of the Italian Ministry of Health Order dated 23rd Nov, 2020, the first two "Covid-tested quarantine-free" USA-Italy health

¹ EASA=European Union Aviation Safety Agency, ECDC=European Centre for Disease Prevention and Control

corridors have been successfully established. Considerable experience and data have been gathered by ADR in the operations of such flights in full cooperation with major airlines like Alitalia and Delta Air Lines. The ongoing experimentation is currently approved till 15th February, 2021.

- In this scenario, ADR is fully committed to extend the application of protocols aiming simultaneously at reducing the risk of spreading COVID and favouring the resumption of air connections.
- As the relaunch of the air travel industry plays a fundamental role in the global economic recovery, new travel protocols should be put into place in time for the coming summer season, starting in March 2021.
- In this regard, ADR's view is focused on pre-flight testing for all passengers as a solution to avoid restrictions such as providing "compulsory reasons for travelling" and/or quarantine on arrival.

2) Opportunity to open a COVID Tested corridor between Rome and Tokyo

- The initial trials of COVID Tested corridors have been possible thanks to the strong partnership – and a shared vision – with Regione Lazio, the Italian Ministry of Health and other relevant national health players, such as the National Institute Communicable Diseases "L. Spallanzani".
- The testing facilities inside the terminal currently has a total capacity of about 4.000 test/day. So far the operating cost of the first trials have been shared by the Regional Health Service and ADR, with the former sponsoring the healthcare personnel and medical supplies and the latter building the necessary areas, providing the administrative and security staff and the managerial supervision of the operations.
- As several COVID testing options become more and more available for the public as well as for air passengers, a new concept of escalating the health corridors to more intercontinental routes is under elaboration at ADR. According to the new concept, passengers will have the options to test, at their expenses, either off airport (labs and pharmacies) or at the airport. The National or Regional Health Services will no longer be required to economically support the trials. ADR will do its best to limit the cost of testing at Fiumicino airport to a fair level.
- Under such circumstances, it is proposed that a COVID Tested route between Rome Fiumicino and Tokyo Haneda is approved with the following characteristics:
 - ✓ Operated by Alitalia in cooperation with ANA (All Nippon Airways), initially 3 times a week from FCO to HND and 3 times on return;
 - ✓ 100% mandatory testing for passengers departing from Japan to Italy, maximum 48 hours before departure, molecular or antigen testing methodology;
 - ✓ Boarding restricted to passengers that can show a valid certificate of negativity with the above tests;
 - ✓ Confirmation test upon arrival at Rome Fiumicino with on-airport rapid antigen test of all passengers. Given the very low prevalence of SARS-CoV-2 in Japan, this confirmation test in Fiumicino might be considered unnecessary.
 - ✓ Passengers arriving to Italy with the procedure above will be exempted from quarantine in accordance with the same scheme adopted in the Order of the Italian Minister of Health dated 23rd November, 2020.
 - ✓ The same scheme will also be adopted on the flights from Rome Fiumicino to Tokyo Haneda. In this case, pre-coordination with Japanese Authorities is especially necessary to coordinate all decisions concerning arrival testing in Tokyo and lifting of applicable travel restrictions to Japan.

- ✓ It is envisaged that passengers will carry the costs of testing in Japan and in Italy, with all stakeholders collaborating to keep these costs to fair and acceptable levels.



Allegato 6

Ministero dell'Istruzione

Il Capo di Gabinetto

Gentile Presidente, Caro Goffredo,

in data 1 ottobre 2020 questo Ministero ha diramato agli Uffici scolastici regionali le istruzioni per l'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. La nota precisava che le indicazioni riportate dovevano intendersi integrate dal Protocollo di sicurezza per la gestione delle prove scritte, allegato allo stesso documento ed elaborato sulla base delle indicazioni del Protocollo di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 nello svolgimento dei concorsi pubblici di competenza della Commissione Ripam, emanato dal Dipartimento della Funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

In relazione al suddetto Protocollo di sicurezza, il Comitato tecnico scientifico, con il verbale n. 114 dell'8 ottobre 2020, ha formulato alcune osservazioni, puntualmente recepite dall'Amministrazione.

Le prove del concorso, inizialmente calendarizzate dal 22 ottobre 2020 al 16 novembre 2020, sono state sospese, a decorrere dalle prove del 5 novembre 2020, per effetto di quanto previsto dal DPCM del 3 novembre 2020.

A seguito dell'adozione del DPCM del 14 gennaio 2021 che prevede - all'art. 1, c. 1, lett. z) - che *“... a decorrere dal 15 febbraio 2021 sono consentite le prove selettive dei concorsi banditi dalle pubbliche amministrazioni nei casi in cui e' prevista la partecipazione di un numero di candidati non superiore a trenta per ogni sessione o sede di prova, previa adozione di protocolli adottati dal Dipartimento della funzione pubblica e validati dal Comitato tecnico-scientifico di cui all'art. 2 dell'ordinanza 3 febbraio 2020, n. 630, del Capo del Dipartimento della protezione civile....”*, si è

Pres. Goffredo Zaccardi

Capo di Gabinetto del Ministro della Salute

ROMA

proceduto a riattivare la suddetta procedura concorsuale, calendarizzando le prove nei giorni 15, 16, 18 e 19 febbraio 2021.

Alla luce di quanto sopra esposto, ti chiedo cortesemente di avere conferma dal competente Comitato tecnico scientifico della validità del protocollo di sicurezza già adottato o se lo stesso debba essere integrato.

Ti ringrazio,

Luigi Fiorentino

I dati sulle denunce da COVID-19 (monitoraggio al 31 dicembre 2020)

Allegato 7

La tutela infortunistica

L'articolo 42, comma 2, del Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 stabilisce che nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro, il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela dell'infortunato. Le prestazioni Inail nei casi accertati di infezioni da coronavirus in occasione di lavoro sono erogate anche per il periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria dell'infortunato con la conseguente astensione dal lavoro.

In via preliminare si precisa che, secondo l'indirizzo vigente in materia di trattazione dei casi di malattie infettive e parassitarie, l'Inail tutela tali affezioni morbose, inquadrandole, per l'aspetto assicurativo, nella categoria degli infortuni sul lavoro: in questi casi, infatti, la causa virulenta è equiparata a quella violenta. Sono destinatari di tale tutela, quindi, i lavoratori dipendenti e assimilati, in presenza dei requisiti soggettivi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, nonché gli altri soggetti previsti dal decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38 (lavoratori parasubordinati, sportivi professionisti dipendenti e lavoratori appartenenti all'area dirigenziale) e dalle altre norme speciali in tema di obbligo e tutela assicurativa Inail.

Nell'attuale situazione pandemica, l'ambito della tutela riguarda innanzitutto gli operatori sanitari esposti a un elevato rischio di contagio. A una condizione di elevato rischio di contagio possono essere ricondotte anche altre attività lavorative che comportano il costante contatto con il pubblico/l'utenza. In via esemplificativa, ma non esaustiva, si indicano: lavoratori che operano in front-office, alla cassa, addetti alle vendite/banconisti, personale non sanitario operante all'interno degli ospedali con mansioni tecniche, di supporto, di pulizie, operatori del trasporto infermi, etc. Le predette categorie non esauriscono, però, l'ambito di intervento in quanto residuano casi, anch'essi meritevoli di tutela.

**Le denunce di infortunio pervenute all'Inail al 31 dicembre 2020:
l'individuazione dei casi, il periodo di osservazione e il contesto nazionale**

I dati sulle denunce di infortunio da Covid-19 che l'Inail mette a disposizione sono provvisori e il loro confronto con quelli osservati a livello nazionale dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) richiede cautele, innanzitutto per la più ampia platea rilevata dall'ISS rispetto a quella Inail riferita ai soli lavoratori assicurati, e poi per la trattazione degli infortuni, in particolare quelli con esito mortale, per i quali la procedura presenta maggiore complessità dato l'attuale contesto, del tutto eccezionale e senza precedenti, di lockdown. Numerosi infortuni, infatti, sono entrati negli archivi statistici dell'Istituto nel mese di aprile data la circostanza, emersa soprattutto agli inizi della pandemia e prima dell'emanazione della circolare Inail del 3 aprile 2020 n. 13, non sempre chiara di ricondurre la natura dei contagi da Covid-19 a infortunio sul lavoro (in quanto la causa virulenta è equiparata alla causa violenta) e non a malattia professionale.

Per quantificare il fenomeno, comprensivo anche dei casi accertati positivamente dall'Inail, sarà comunque necessario attendere il consolidamento dei dati, con la conclusione dell'iter amministrativo e sanitario relativo a ogni denuncia. Inoltre, giova ribadire che i dati Inail sono un sottoinsieme del fenomeno osservato a livello epidemiologico dall'ISS, non essendo oggetto della tutela assicurativa Inail, ad esempio, una specifica platea, anche particolarmente esposta al rischio contagio, come quella dei medici di famiglia e dei medici liberi professionisti.

Le statistiche di seguito riportate hanno il fine di dare conoscenza quantitativa e qualitativa del fenomeno coronavirus a livello nazionale in termini di denunce pervenute all'Istituto da parte dei datori di lavoro alla data del 31 dicembre 2020 e saranno replicate con successivi aggiornamenti. Il comunicato nazionale prevede un approfondimento a livello territoriale, con la predisposizione di 21 schede regionali.

Si precisa che:

- *La rilevazione delle denunce di infortunio da Covid-19 è per mese e luogo di accadimento degli infortuni;*
- *L'analisi delle denunce di infortunio con esito mortale da Covid-19 è per mese di decesso dell'infortunato e luogo del contagio.*

Report

Denunce di infortunio in complesso

Il monitoraggio alla data del 31 dicembre 2020 rileva:

- 131.090 denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 segnalate all'Inail, il 23,7% delle denunce di infortunio pervenute da inizio anno e il 6,2% dei contagiati nazionali totali comunicati dall'ISS al 31 dicembre (contro, rispettivamente, il 20,9% e il 6,5% registrati al 30 novembre). Rispetto al monitoraggio effettuato alla data del 30 novembre (104.328 denunce) i casi in più sono 26.762 (+25,7%), di cui 16.991 riferiti a dicembre, 7.901 a novembre e altri 1.599 ad ottobre, complice la seconda ondata di contagi che ha avuto un impatto, anche in ambito lavorativo, più intenso rispetto alla prima ondata: 57,6% è, infatti, la quota sul totale delle denunce del trimestre ottobre-dicembre contro il 38,5% di marzo-maggio; i restanti 271 casi dell'incremento sono riconducibili agli altri mesi dell'anno (il consolidamento dei dati permette di acquisire informazioni non disponibili nelle rilevazioni precedenti);
- un'analisi delle denunce di infortunio per mese di accadimento rileva che la "seconda ondata" dei contagi ha avuto un impatto più significativo della prima anche in ambito lavorativo. Infatti, nel trimestre ottobre-dicembre si rileva il picco dei contagi con quasi 75.500 denunce di infortunio da inizio pandemia (57,6%), cifra peraltro destinata ad aumentare nella prossima rilevazione per effetto del consolidamento particolarmente influente sull'ultimo mese della serie, superando il dato registrato nel trimestre marzo-maggio (con il 38,5% dei casi da inizio pandemia, pari a circa 50.500 denunce). Novembre, con quasi 36 mila denunce supera il dato di marzo (28 mila) diventando il mese col maggior numero di eventi a seguito del Covid-19 nel 2020. Tra la prima e la seconda ondata, ovvero nei mesi estivi, si era invece registrato un ridimensionamento del fenomeno (con giugno, luglio e agosto al di sotto dei mille casi mensili, anche in considerazione delle ferie per molte categorie di lavoratori) e una leggera risalita a settembre (poco più di 1.800 casi, pari all'1,4%) che lasciava prevedere una ripresa dei contagi nei mesi successivi. Da inizio pandemia al 31 dicembre, le denunce si sono concentrate nei mesi di novembre (27,2%), marzo (21,6%), ottobre (17,4%), aprile (14,0%) e dicembre (13,0%), per un totale del 93,2%; il rimanente 6,8% riguarda maggio (2,9%), settembre (1,4%), febbraio (0,8%), giugno e agosto (0,7% per entrambi) e luglio (0,3%); con mese di accadimento gennaio, risultano 14 casi denunciati all'Inail;
- il 69,6% dei contagiati sono donne, il 30,4% uomini, la quota femminile sale al 71,6% nel solo mese di dicembre;
- l'età media dall'inizio dell'epidemia è di 46 anni per entrambi i sessi; l'età mediana (quella che ripartisce la platea - ordinata secondo l'età - in due gruppi ugualmente numerosi) è di 48 anni (stessa età mediana riscontrata dall'ISS sui contagiati nazionali); sui casi di dicembre si registra la riduzione di un anno (45 anni l'età media e 47 anni quella mediana);

- il dettaglio per classe di età mostra come il 42,2% del totale delle denunce riguardi la classe 50-64 anni. Seguono le fasce 35-49 anni (37,0%), under 34 anni (19,0%) e over 64 anni (1,8%);
- gli italiani sono l'85,7% (sette su dieci sono donne);
- gli stranieri sono il 14,3% (otto su dieci sono donne); le nazionalità più colpite sono la rumena (20,9% dei contagiati stranieri), la peruviana (14,0%), l'albanese (7,9%), l'ecuadoregna (4,7%) e la moldava (4,2%);
- l'analisi territoriale, per luogo evento dell'infortunio, evidenzia una distribuzione delle denunce del 47,5% nel Nord-Ovest (prima la Lombardia con il 28,4%), del 23,0% nel Nord-Est (Veneto 9,7%), del 13,8% al Centro (Lazio 5,6%), dell'11,5% al Sud (Campania 5,4%) e del 4,2% nelle Isole (Sicilia 2,7%). Le province con il maggior numero di contagi da inizio pandemia sono Milano (11,1%), Torino (7,5%), Roma (4,5%), Napoli (3,8%), Brescia e Varese (2,8%), Genova e Verona (2,6%), Bergamo, Cuneo e Monza e Brianza (2,1%). Milano è anche la provincia che registra il maggior numero di contagi professionali nel mese di dicembre, seguita da Torino, Roma, Verona e Varese. Sono però le province meridionali di Vibo Valentia, Oristano e Sud Sardegna quelle che registrano i maggiori incrementi percentuali rispetto alla rilevazione di novembre;
- delle 131.090 denunce di infortunio da Covid-19, quasi tutte riguardano la gestione assicurativa dell'Industria e servizi (97,7%), mentre il numero dei casi registrati nelle restanti gestioni assicurative, per Conto dello Stato (Amministrazioni centrali dello Stato, Scuole e Università statali), Agricoltura e Navigazione è di circa 3 mila unità;
- rispetto alle attività produttive (classificazione delle attività economiche Ateco-Istat 2007) coinvolte dalla pandemia, il settore della sanità e assistenza sociale (ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili...) registra il 68,8% delle denunce; seguito dall'amministrazione pubblica (attività degli organismi preposti alla sanità – Asl - e amministratori regionali, provinciali e comunali) con il 9,1%; dal noleggio e servizi di supporto (servizi di vigilanza, di pulizia, call center...) con il 4,4%; dal settore manifatturiero (addetti alla lavorazione di prodotti chimici, farmaceutici, stampa, industria alimentare) con il 3,1%; dalle attività dei servizi di alloggio e di ristorazione con il 2,5%; inoltre, commercio all'ingrosso e al dettaglio, trasporto e magazzinaggio, attività professionali, scientifiche e tecniche (consulenti del lavoro, della logistica aziendale, di direzione aziendale) e altre attività di servizi (pompe funebri, lavanderia, riparazione di computer e di beni alla persona, parrucchieri, centri benessere...), tutti con l'1,8%.

Ripartendo l'intero periodo di osservazione in tre intervalli, fase di "lockdown" (fino a maggio compreso), fase "post lockdown" (da giugno a settembre) e fase di "seconda ondata" di contagi (ottobre-dicembre), si possono riscontrare significative differenze in termini di incidenza del fenomeno in vari settori: per l'insieme dei settori della sanità, assistenza sociale e amministrazione pubblica (attività degli organismi preposti alla sanità – Asl - e amministratori regionali,

provinciali e comunali) si osserva una progressiva riduzione dell'incidenza delle denunce tra le prime due fasi e una risalita nella terza (si è passati dall'80,4% dei casi codificati nel primo periodo fino a maggio compreso, al 54,9% del periodo giugno-settembre, per poi risalire al 77,4% nel trimestre ottobre-dicembre). Viceversa altri settori, con la graduale ripresa delle attività (in particolare nel periodo estivo) hanno visto aumentare l'incidenza dei casi di contagio tra le prime due fasi e una riduzione nella terza, come i servizi di alloggio e ristorazione (passati dal 2,5% del primo periodo, al 5,9% del secondo e al 2,4% nel terzo) o i trasporti (passati dall'1,2%, al 5,5% e al 2,1%). Il decremento in termini di incidenza osservato nell'ultimo trimestre nei servizi di alloggio e ristorazione e nei trasporti non deve però trarre in inganno: infatti in questi settori, come del resto in tutti gli altri, il fenomeno è ripreso vigorosamente ad ottobre e in particolare a novembre-dicembre in termini di numerosità delle denunce; a diminuire è la quota di questi casi sul totale, a fronte del più consistente aumento che caratterizza - sia in valore assoluto che relativo - la sanità;

- L'analisi per professione dell'infortunato evidenzia la categoria dei tecnici della salute come quella più coinvolta da contagi con il 38,7% delle denunce (in tre casi su quattro sono donne), l'82,2% delle quali relative a infermieri. Seguono gli operatori socio-sanitari con il 19,2% (l'80,9% sono donne), i medici con il 9,2% (il 48,0% sono donne), gli operatori socio-assistenziali con il 7,4% (l'85,1% donne) e il personale non qualificato nei servizi sanitari (ausiliario, portantino, barelliere) con il 4,7% (3 su 4 sono donne).

Il restante personale coinvolto riguarda, tra le prime categorie professionali, impiegati amministrativi (4,1%, di cui il 68,9% donne), addetti ai servizi di pulizia (2,3%, il 78,3% donne), conduttori di veicoli (1,2%, con una preponderanza di contagi maschili pari al 91,9%) e direttori e dirigenti amministrativi e sanitari (0,9%, di cui il 45,8% donne).

Con riferimento all'analisi dei dati per mese di accadimento, si osserva una progressiva riduzione dell'incidenza dei casi di contagio per le professioni sanitarie tra le prime due fasi e una risalita nella terza: tra queste, la categoria dei tecnici della salute (prevalentemente infermieri) dal 39,2% del primo periodo fino a maggio compreso, è passata al 23,5% del trimestre giugno-settembre, per poi ritornare al 39,2% nel periodo ottobre-dicembre; così come i medici, scesi dal 10,1% nella fase di "lockdown" al 5,4% in quella "post lockdown" per poi registrare l'8,8% nella "seconda ondata" dei contagi.

Altre professioni, con il ritorno alle attività, hanno visto invece aumentare l'incidenza dei casi di contagio tra le prime due fasi e registrato una riduzione nella terza, come gli esercenti e addetti nelle attività di ristorazione (passati dallo 0,6% del primo periodo al 3,8% di giugno-settembre e allo 0,6% tra ottobre e dicembre), gli addetti ai servizi di sicurezza, vigilanza e custodia (passati dallo 0,6% all'1,4% e poi allo 0,8%) o gli artigiani e operai specializzati delle lavorazioni alimentari (da 0,2% al 4,4% e allo 0,1%).

Denunce di infortunio con esito mortale

Il monitoraggio alla data del 31 dicembre 2020 rileva:

- 423 denunce di infortunio sul lavoro con esito mortale da Covid-19 pervenute all'Inail, circa un terzo dei decessi denunciati da inizio anno e una incidenza dello 0,6% rispetto al complesso dei deceduti nazionali da Covid-19 comunicati dall'ISS al 31 dicembre (contro lo 0,7% registrato al 30 novembre). Il 44,2% sono deceduti ad aprile, il 29,6% a marzo, il 9,7% a novembre, il 6,6% a dicembre, il 5,2% a maggio, l'1,7% ad ottobre, l'1,4% a luglio, l'1,2% a giugno e lo 0,2% sia ad agosto che a settembre. Rispetto al monitoraggio del 30 novembre (366 casi), i decessi sono 57 in più, di cui 28 a dicembre e 21 a novembre; gli altri decessi sono distribuiti tra marzo e aprile (il consolidamento dei dati permette di acquisire le informazioni non disponibili nei mesi precedenti). Per i casi mortali, pertanto, a differenza delle denunce in complesso, è la prima ondata dei contagi ad avere avuto un impatto più significativo della seconda: 79,0% è, infatti, la quota sul totale dei decessi del trimestre marzo-maggio contro il 18,0% di ottobre-dicembre;
- l'83,2% dei decessi ha interessato gli uomini, il 16,8% le donne (al contrario di quanto osservato sul complesso delle denunce in cui si rileva una percentuale superiore per le donne);
- l'età media dei deceduti è 59 anni (56 per le donne, 59 per gli uomini) così come l'età mediana (quella che ripartisce la platea - ordinata secondo l'età - in due gruppi ugualmente numerosi), 58 anni per le donne e 60 per gli uomini (82 anni quella calcolata dall'ISS per i deceduti nazionali);
- il dettaglio per classe di età mostra come il 70,2% del totale delle denunce riguardi la classe 50-64 anni. Seguono le fasce over 64 anni (19,9%), 35-49 anni (8,7%) e under 34 anni (1,2%) nella quale non si rilevano decessi femminili;
- gli italiani sono l'89,4% (oltre otto su dieci sono maschi);
- gli stranieri sono il 10,6% (sette su dieci sono maschi); le comunità più colpite sono la peruviana (con il 20,0% dei decessi occorsi agli stranieri), la rumena e l'albanese (11,1% per entrambe);
- l'analisi territoriale, per luogo evento dei decessi, evidenzia una distribuzione del 51,3% nel Nord-Ovest (prima la Lombardia con il 37,6%), del 12,1% nel Nord-Est (Emilia Romagna 8,7%), del 13,9% nel Centro (Lazio 6,6%), del 18,9% al Sud (Campania 9,5%) e del 3,8% nelle Isole (Sicilia 3,6%). Basilicata e Provincia Autonoma di Bolzano non hanno registrato casi mortali. Le province che contano più decessi da inizio pandemia sono Bergamo (10,4%), Milano (9,2%), Napoli (6,6%), Brescia (6,1%), Roma (5,4%), Cremona (4,3%), Torino e Genova (entrambe 3,5%). Nel confronto con le denunce professionali da Covid-19 per ripartizione geografica, per i mortali si osserva una quota più elevata al Sud (18,9% contro l'11,5% riscontrato nelle denunce totali) e un'incidenza inferiore nel Nord-Est (12,1% rispetto al 23,0% delle denunce totali);

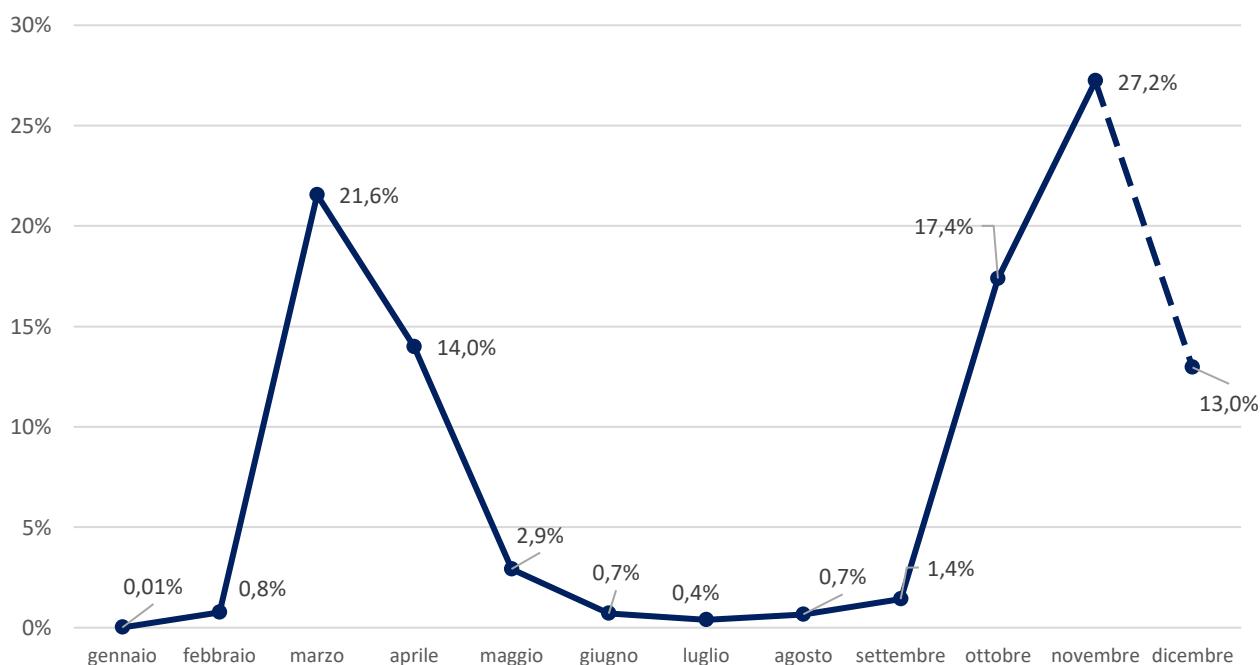
- dei 423 decessi da Covid-19, la stragrande maggioranza riguarda la gestione assicurativa dell'Industria e servizi (91,3%), mentre il numero dei casi registrati nelle restanti gestioni assicurative, per Conto dello Stato (Amministrazioni centrali dello Stato, Scuole e Università statali), Navigazione e Agricoltura è di 37 unità;
- rispetto alle attività produttive (classificazione delle attività economiche Ateco-Istat 2007) coinvolte dalla pandemia, il settore della sanità e assistenza sociale (ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili...) registra il 25,2% dei decessi codificati; seguito dalle attività del manifatturiero (addetti alla lavorazione di prodotti chimici, farmaceutici, stampa, industria alimentare) con il 13,4%; dal trasporto e magazzinaggio e dall'amministrazione pubblica (attività degli organismi preposti alla sanità - Asl - e amministratori regionali, provinciali e comunali), entrambi con il 10,7%; dal commercio all'ingrosso e al dettaglio con il 9,7%; dalle costruzioni con il 7,2%; dalle attività professionali, scientifiche e tecniche (dei consulenti del lavoro, della logistica aziendale, di direzione aziendale) con il 4,5%; dalle attività inerenti il noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese (servizi di vigilanza, attività di pulizia, fornitura di personale, call center...) con il 4,1%; dalle attività finanziarie e assicurative e da quelle dei servizi di alloggio e ristorazione, con il 3,4% ciascuna; dalle altre attività dei servizi (pompe funebri, lavanderia, riparazione di computer e di beni alla persona, parrucchieri, centri benessere...) con il 3,1%;
- l'analisi per professione dell'infortunato evidenzia come circa un terzo dei decessi riguardi personale sanitario e socio-assistenziale. Nel dettaglio, le categorie più colpite dai decessi sono quelle dei tecnici della salute con il 10,0% dei casi codificati (il 61% sono infermieri, di cui circa la metà donne) e dei medici con il 6,8% (un decesso su dieci è femminile). A seguire gli operatori socio-sanitari con il 5,1% (circa la metà sono donne), il personale non qualificato nei servizi sanitari (ausiliari, portantini, barellieri, tra questi il 44% sono donne) con il 3,9% e gli operatori socio-assistenziali con il 2,9% (il 58% sono donne), gli specialisti nelle scienze della vita (tossicologi e farmacologi) con l'1,9%. Le restanti categorie professionali coinvolte riguardano gli impiegati amministrativi con il 10,9% (nove su dieci sono uomini), gli addetti all'autotrasporto con il 5,8% (tutti uomini), gli addetti alle vendite e i direttori e dirigenti amministrativi e sanitari con il 2,4% ciascuno, gli artigiani meccanici con il 2,2%, gli addetti ai servizi di sicurezza, vigilanza e custodia con l'1,9%, gli artigiani e operai specializzati nelle rifiniture e mantenimento delle strutture edili e nella meccanica di precisione, gli esercenti ed addetti nelle attività di ristorazione e gli specialisti delle scienze gestionali, commerciali e bancarie, tutti con l'1,7% ciascuno.

Denunce di infortunio da COVID-19 pervenute all'Inail

(periodo accadimento gennaio – 31 dicembre 2020)

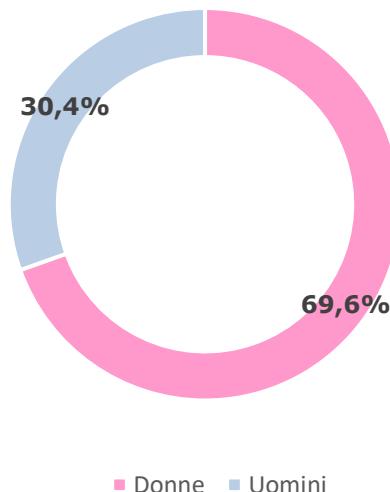
Classe di età	Donne	Uomini	Totale	% sul totale
fino a 34 anni	16.515	8.425	24.940	19,0%
da 35 a 49 anni	34.926	13.509	48.435	37,0%
da 50 a 64 anni	38.565	16.751	55.316	42,2%
oltre i 64 anni	1.172	1.227	2.399	1,8%
Totale	91.178	39.912	131.090	100,0%

Mese evento

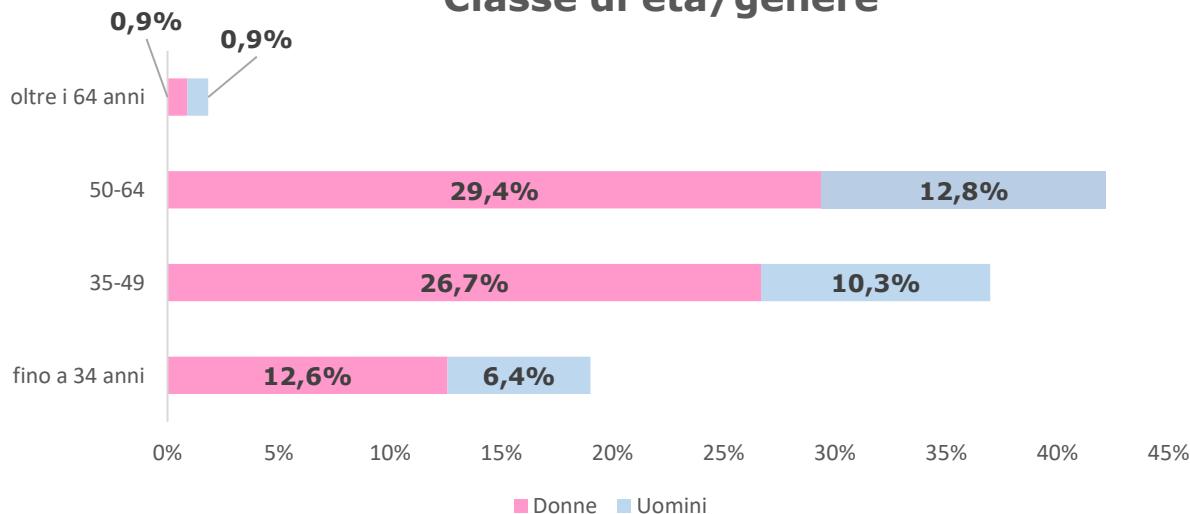


Nota: il valore di dicembre è da intendersi provvisorio e soggetto ad aumentare nelle prossime rilevazioni per effetto del consolidamento particolarmente influente sull'ultimo mese della serie.

Genere

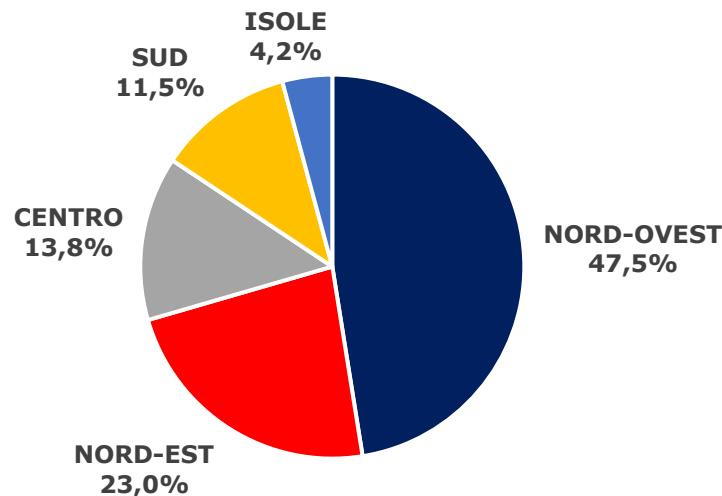


Classe di età/genere

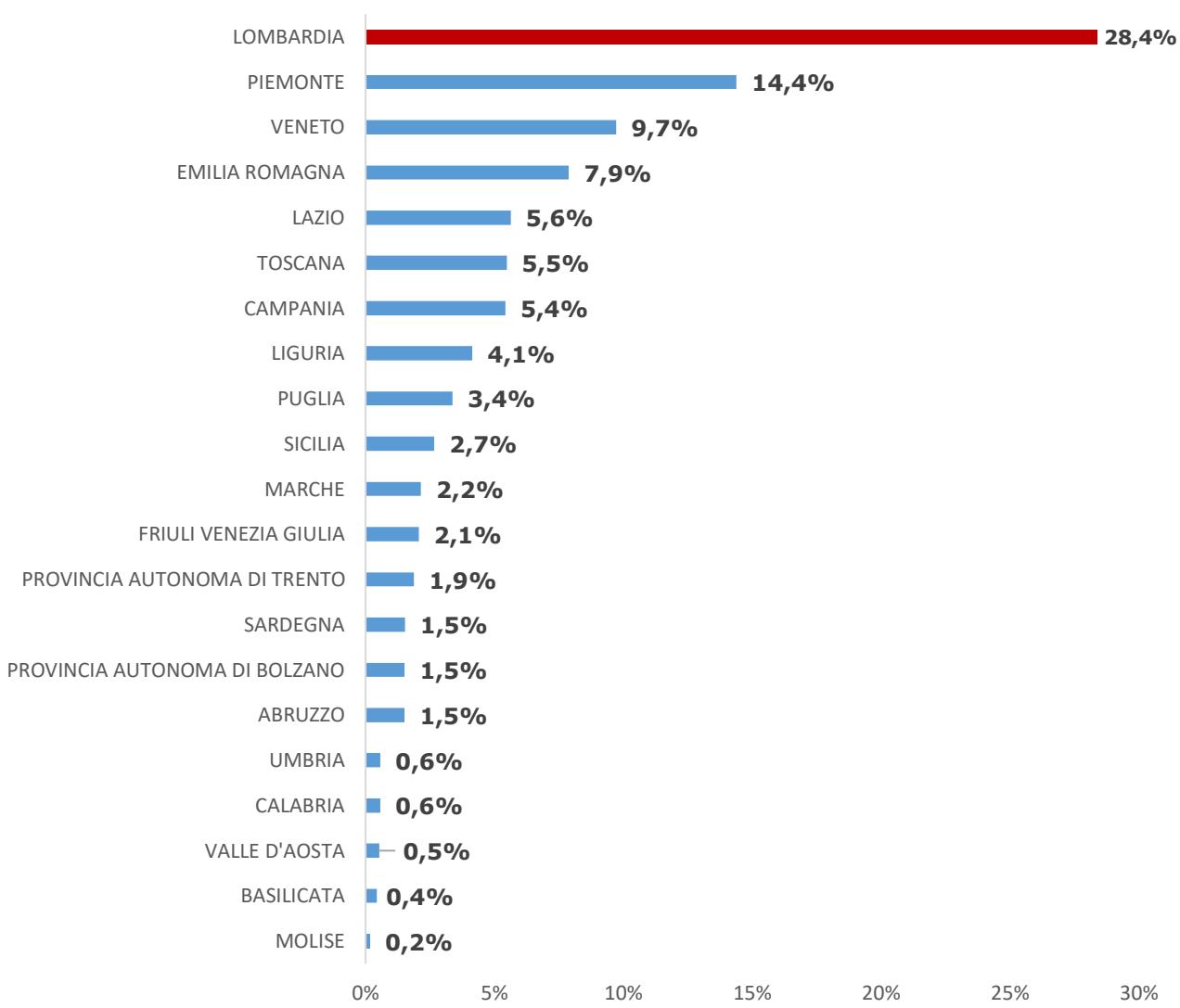


Nota: nei grafici la somma delle percentuali potrebbe differire dal 100,0% a seguito degli arrotondamenti al 1° decimale.

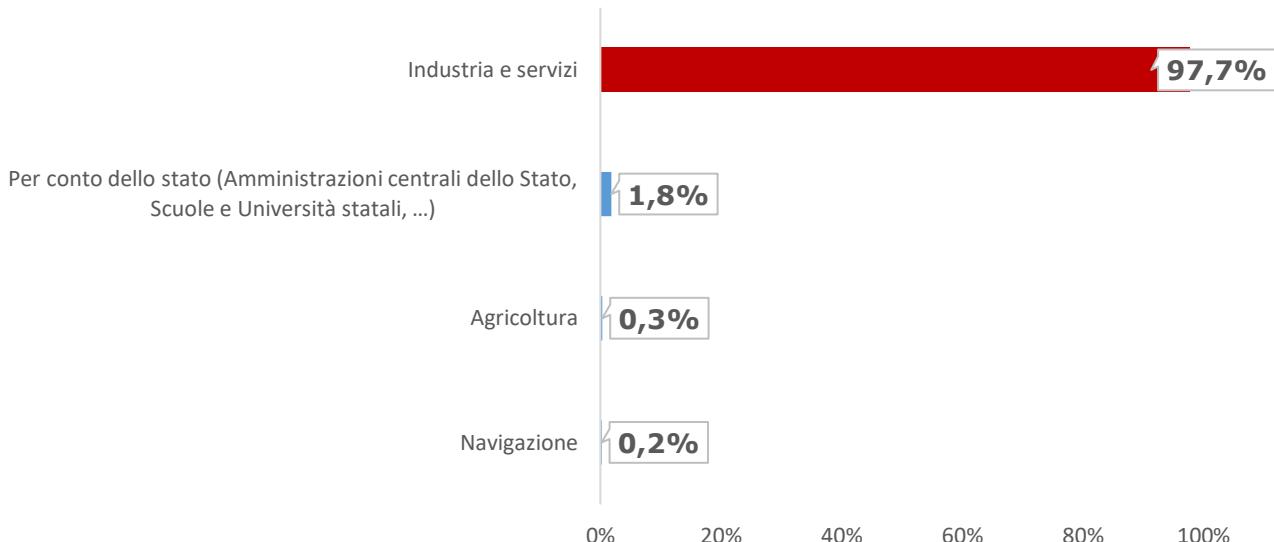
Ripartizione territoriale



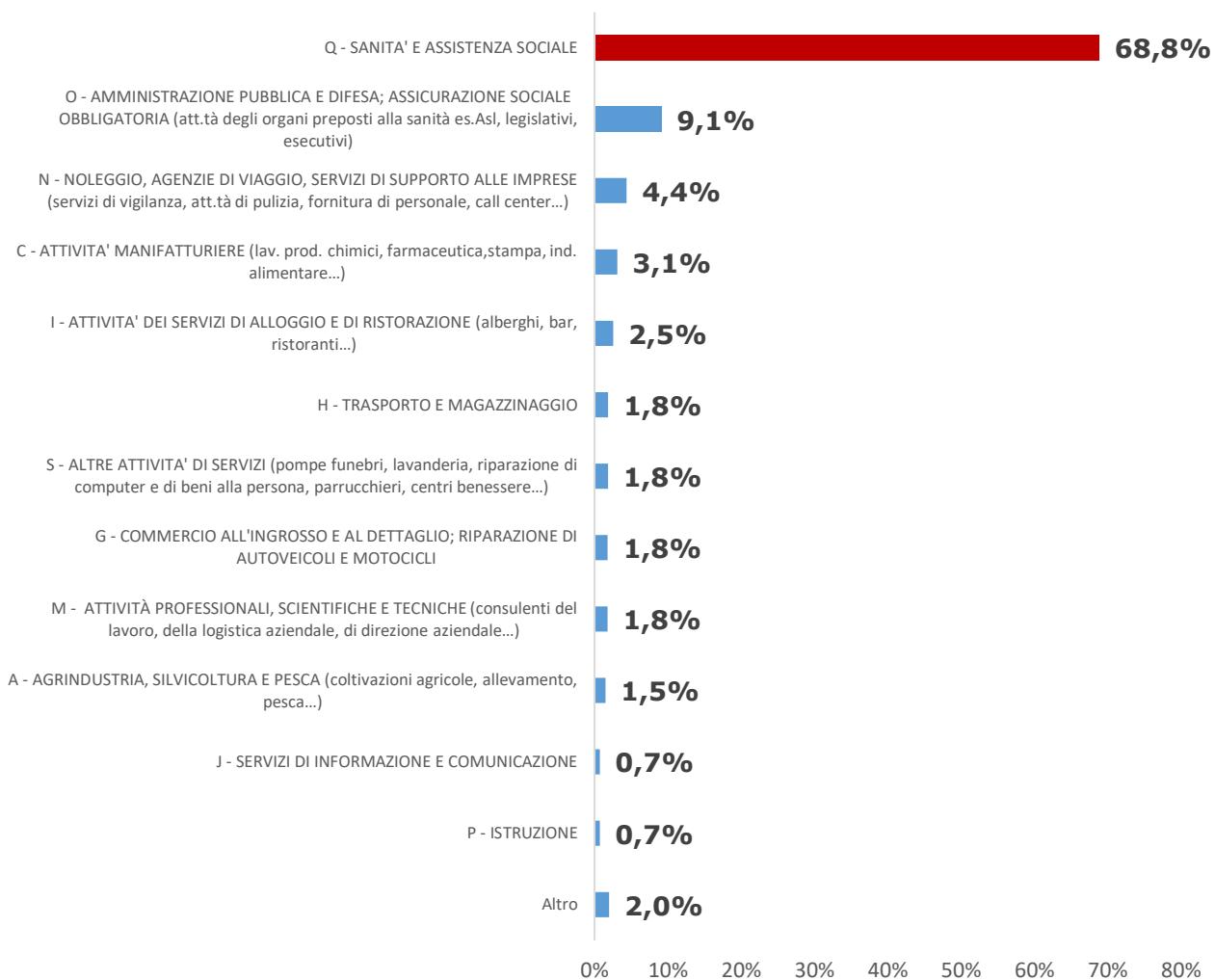
Regione dell'evento

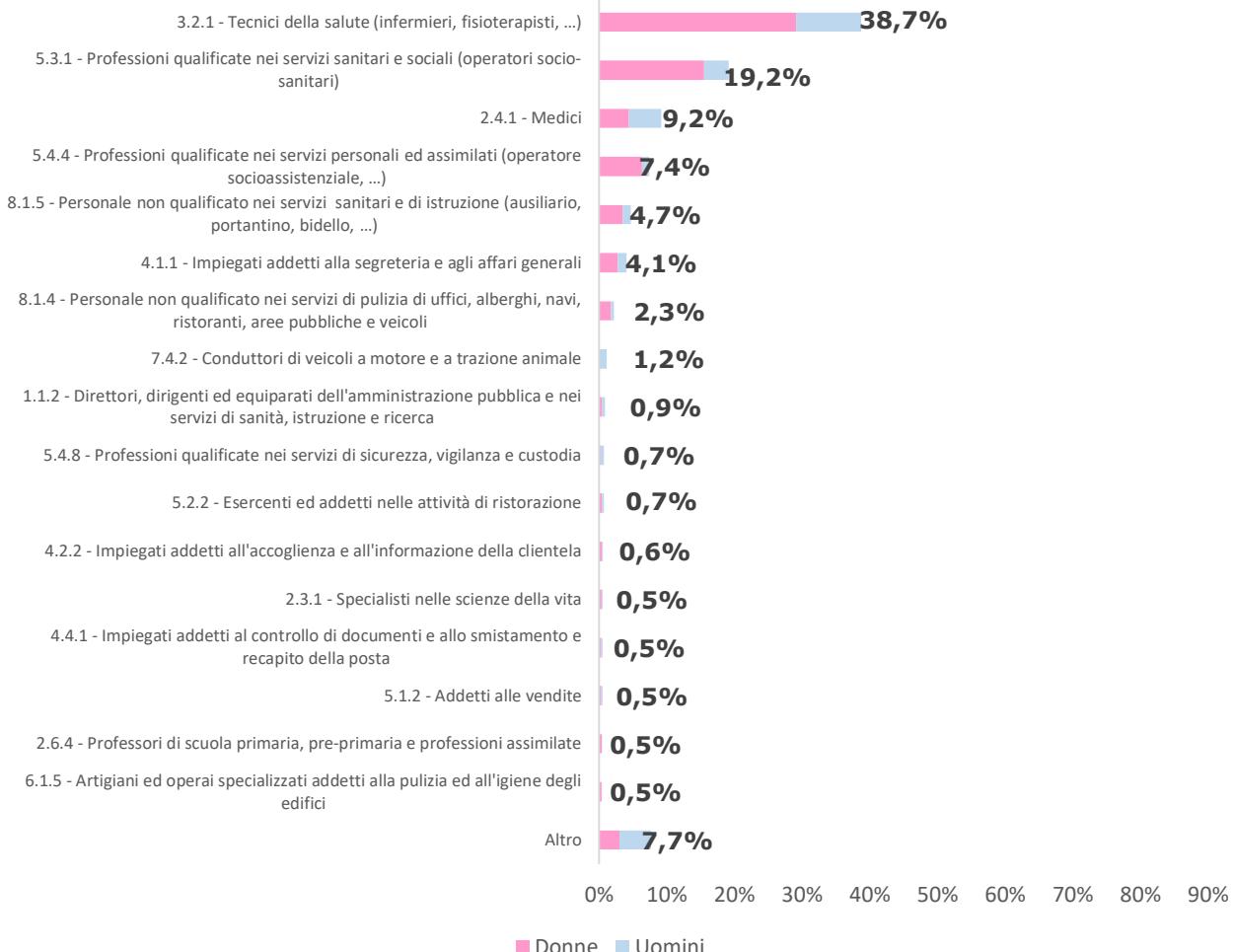


Gestione assicurativa



Industria e servizi (solo casi codificati)



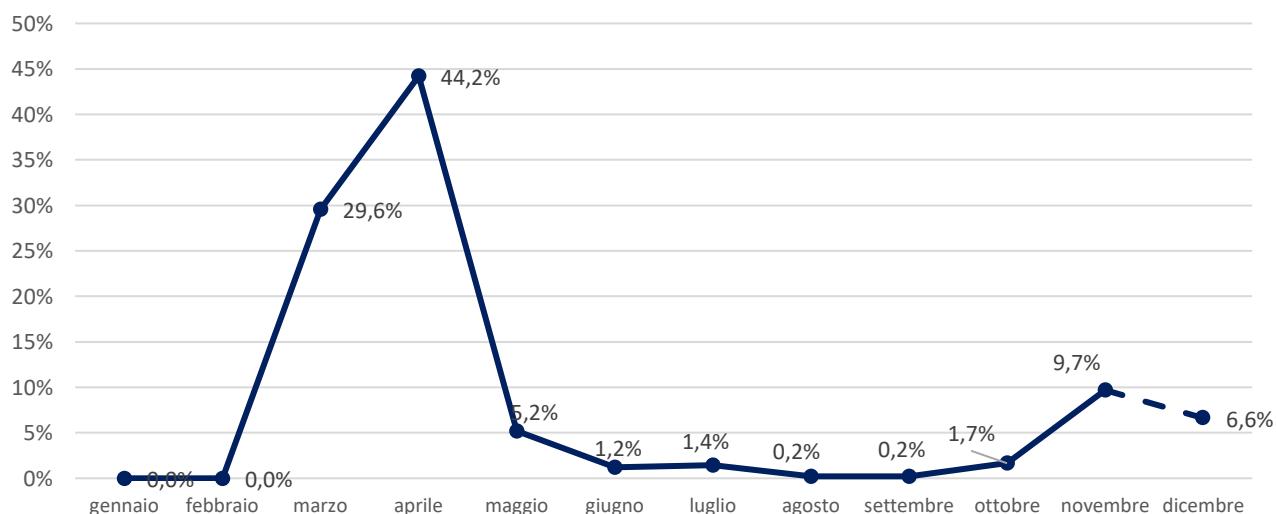
Professioni (cod. cp2011, casi codificati)

Denunce di infortunio con esito mortale da COVID-19 pervenute all'Inail

(periodo accadimento gennaio – 31 dicembre 2020)

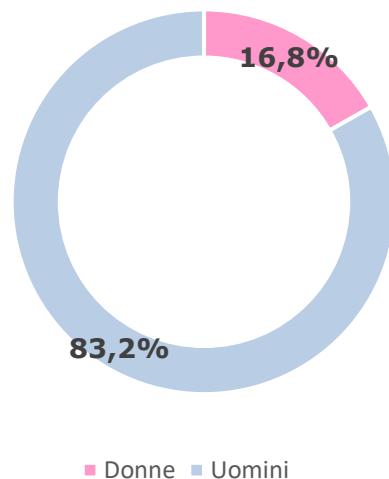
Classe di età	Donne	Uomini	Totale	% sul totale
fino a 34 anni	-	5	5	1,2%
da 35 a 49 anni	13	24	37	8,7%
da 50 a 64 anni	47	250	297	70,2%
oltre i 64 anni	11	73	84	19,9%
Totale	71	352	423	100,0%

Mese decesso



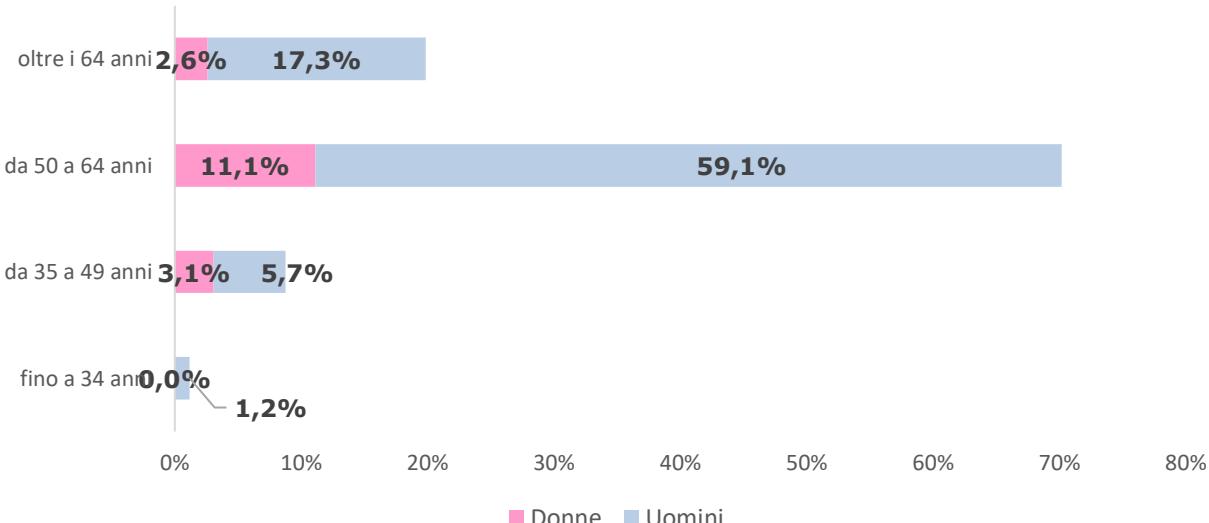
Nota: il valore degli ultimi mesi, di dicembre in particolare, è da intendersi provvisorio e soggetto a consolidamento nelle prossime rilevazioni.

Genere



■ Donne ■ Uomini

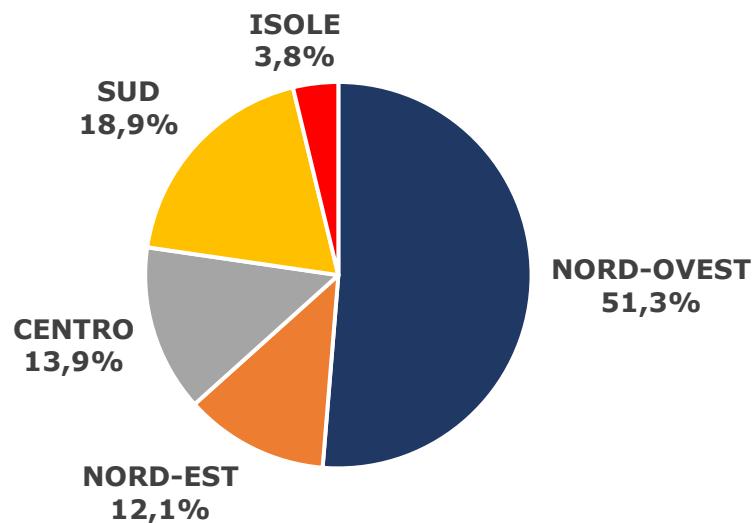
Classe di età/genere



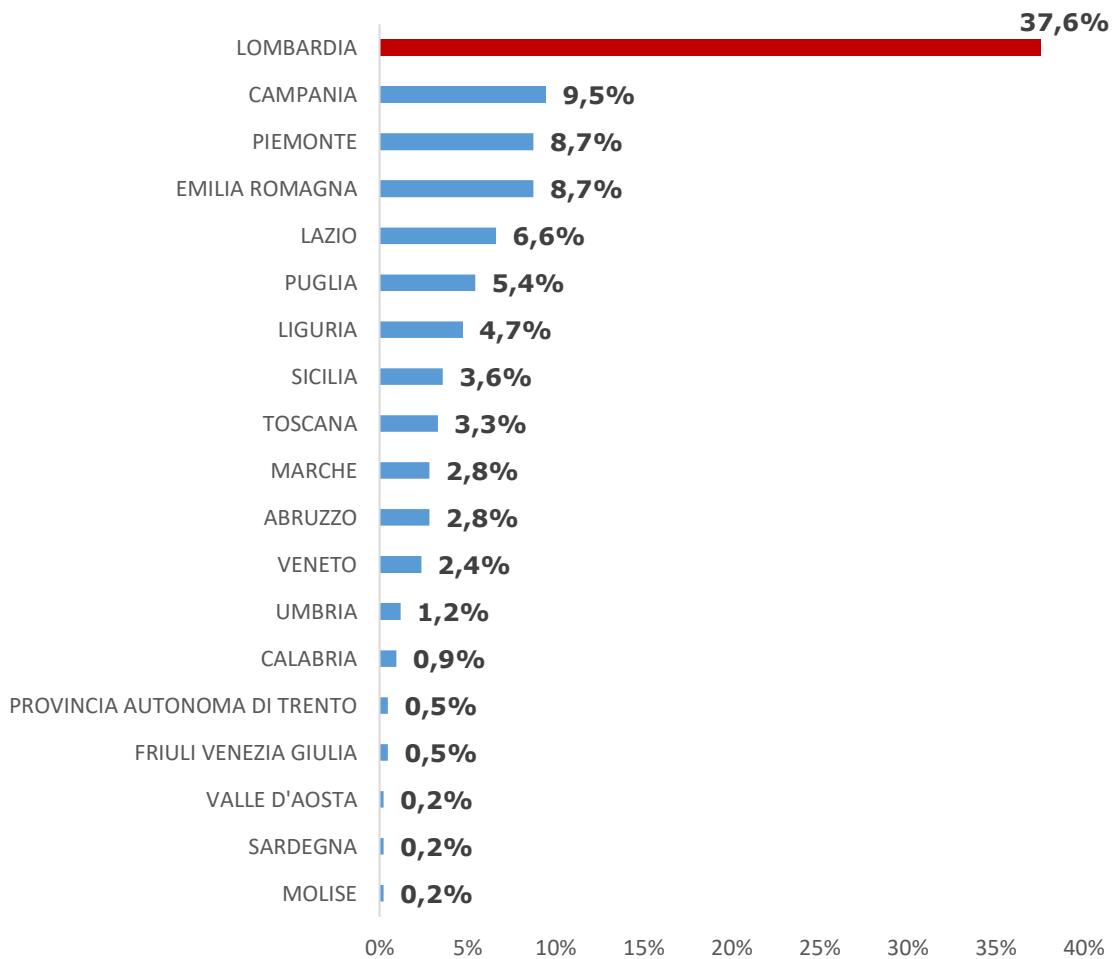
■ Donne ■ Uomini

Nota: nei grafici la somma delle percentuali potrebbe differire dal 100,0% a seguito degli arrotondamenti al 1° decimale.

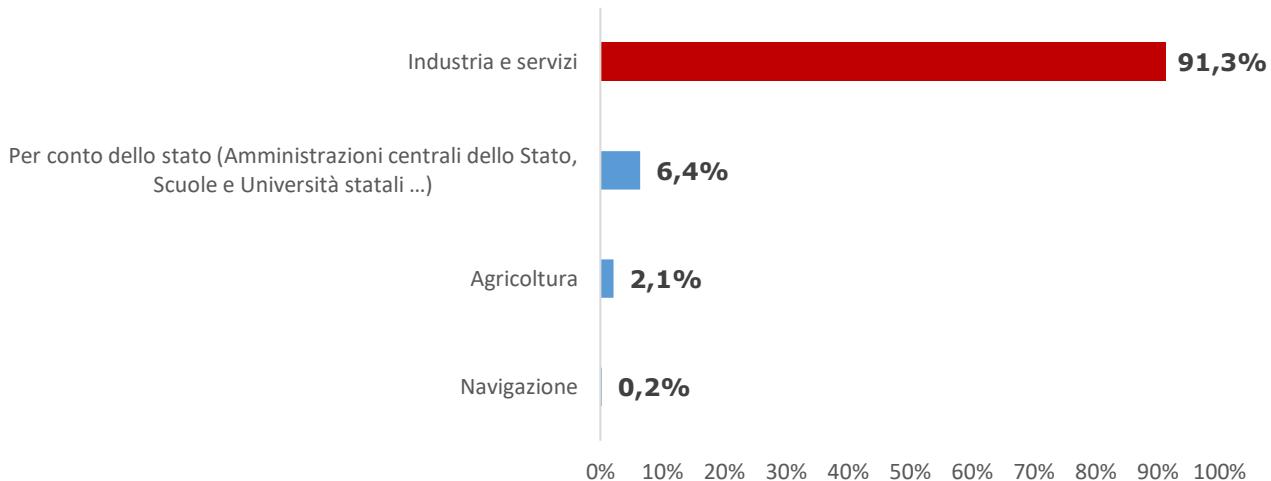
Ripartizione territoriale



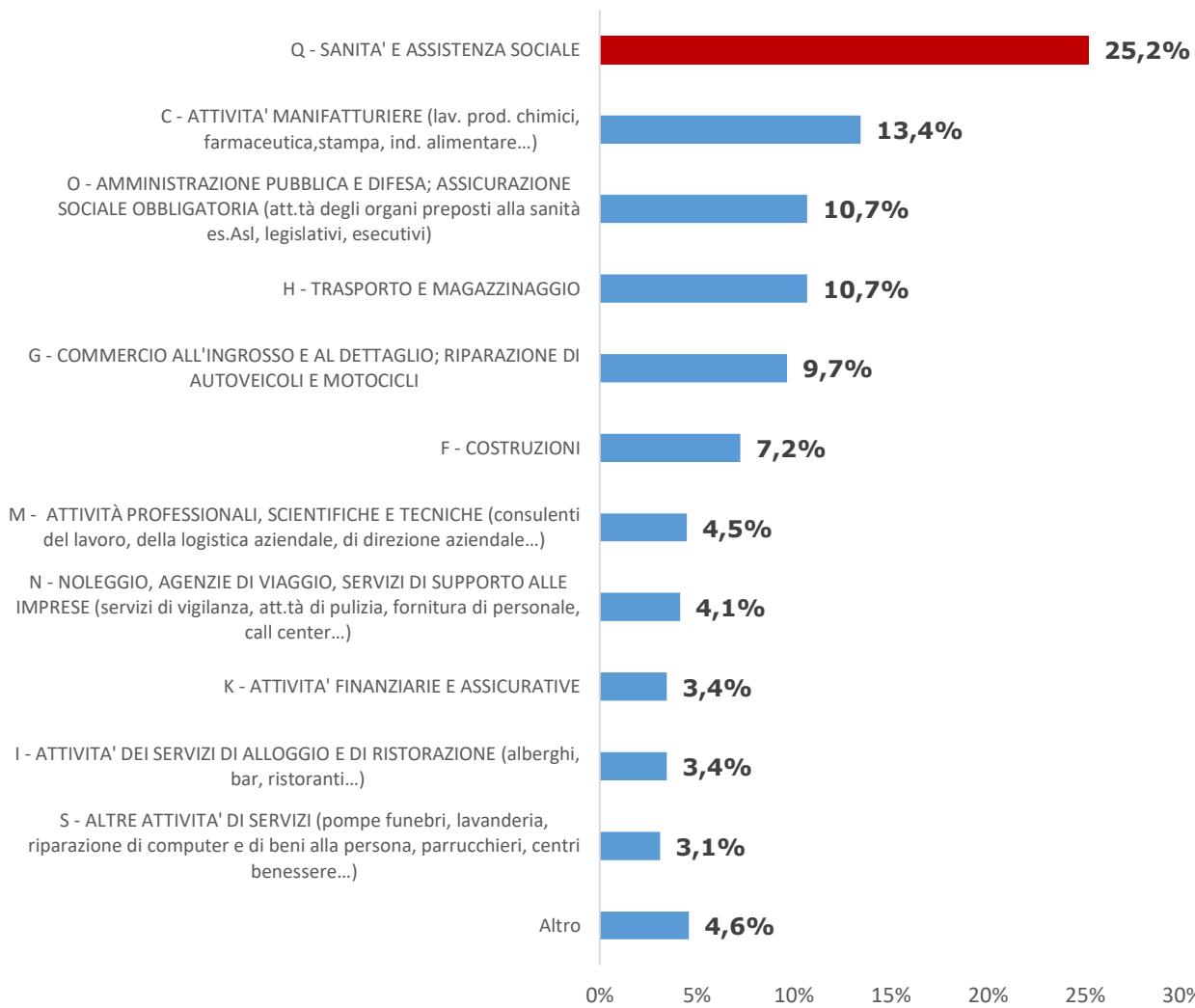
Regione dell'evento



Gestione assicurativa



Industria e servizi (solo casi codificati)



Principali professioni (cod. cp2011, casi codificati)

