



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

Verbale n. 108 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 18 settembre 2020

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

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

È presente il Sottosegretario di Stato alla Salute Sandra Zampa (in videoconferenza).

È presente il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute Dr Goffredo Zaccardi (in videoconferenza).

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

È presente il Dr Luigi Bertinato di ISS (in videoconferenza).

È presente il Dr Niccolò Berni del Ministero dell'Istruzione (in videoconferenza).

La seduta inizia alle ore 14,05.

TRASMISSIONE DATI EPIDEMIOLOGICI EX ART. 1 CO. 16 DEL DL 16/05/2020, N. 33

Il CTS acquisisce i dati epidemiologici relativi all'aggiornamento sull'evoluzione della pandemia (allegato) e del monitoraggio della fase di transizione con i relativi dati di pertinenza delle Regioni e delle Province Autonome (allegato).

TRASMISSIONE DATI EPIDEMIOLOGICI RELATIVI ALLA SORVEGLIANZA INTEGRATA ISS

Il CTS acquisisce i dati epidemiologici aggiornati inerenti alla sorveglianza integrata dell'epidemia da SARS-CoV-2 con il resoconto nazionale (allegato) ed i report regionali relativi all'analisi dell'andamento del COVID-19 nei diversi ambiti territoriali (allegato).

~~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

COMUNICAZIONE DEL CAPO DI GABINETTO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute apre la riunione odierna sottolineando che segue i lavori del CTS su indicazione del Sig. Ministro della Salute con una funzione essenzialmente di ascolto e che i rari interventi nel consesso non sono mai diretti a valutare scelte o decisioni del CTS medesimo, per il quale nutre il massimo rispetto non solo per l'autorevolezza dei componenti del Comitato ma in quanto organo istituzionale dell'apparato governativo del Paese.

Riporta al CTS pieno sostegno, anche a seguito delle ultime vicende che hanno interessato il tentativo di coinvolgimento del CTS o di alcuni suoi componenti in problematiche di ordine socio-economico riguardanti aziende private, riprese da alcune note stampa. Il Capo di Gabinetto stigmatizza la vicenda, analogamente al fatto che si siano verificate fughe di notizie o, addirittura, come è successo qualche giorno fa su alcuni quotidiani, espressioni pubblicate di soggetti privati e pubblici negative o di imputazione di singole scelte – peraltro condivise dal Ministero della Salute – a uno dei componenti del Comitato Tecnico Scientifico a cui il Capo di Gabinetto ha espresso la sua solidarietà, così come per gli altri membri del Comitato Tecnico Scientifico. Infine, sollecita il rispetto delle regole di riservatezza, censurando comportamenti incentrati alla diffusione all'esterno di documenti del CTS, addirittura ancora in fase di approvazione dei componenti.

AUDIZIONE DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE

Il CTS, al fine di acquisire informazioni relative all'effetto sugli indici epidemiologici a seguito della ripresa dell'anno scolastico, procede all'audizione del Sig. Ministro dell'Istruzione, con lo scopo di condividere eventuali criticità rappresentate dai dirigenti scolastici.

~~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

Il Ministro dell'Istruzione rappresenta che i primi dati sono in fase di raccolta e potranno essere resi disponibili a partire dalla prossima settimana. Mette in evidenza il riscontro di difformità di interpretazione da parte dei Dipartimenti di Prevenzione territoriali, dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale relativamente alla problematica dell'isolamento fiduciario delle classi o delle intere scuole, nonché per la riammissione a scuola (per studenti e personale scolastico), a seguito del riscontro di casi positivi al virus SARS-CoV-2.

Al riguardo, il CTS ha condiviso con il Ministro dell'Istruzione l'esistenza di una bozza avanzata di circolare del Ministero della Salute relativa alla definizione di approcci comuni di gestione dei casi di positività al SARS-CoV-2 da distribuire alle articolazioni territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione.

Durante l'interlocuzione, il CTS ha ribadito l'esistenza di criticità connesse alla eterogeneità di approccio tra le diverse Regioni in tema di gestione delle modalità di *contact tracing*, auspicando l'emanazione da parte del Ministero della Salute di una specifica circolare che renda uniforme l'applicazione delle raccomandazioni. Viene messa in evidenza anche la notevole eterogeneità dei comportamenti dei MMG e dei PLS concernenti le certificazioni sanitarie per il rientro dopo l'assenza a scuola per motivi di salute e la loro responsabilità per certificare la riammissione non supportata dall'evidenza dell'esito negativo dei test molecolari per la ricerca di SARS-CoV-2. Al riguardo, il CTS acquisisce la circolare dell'ASL Roma 3 (allegato), trasmessa ai Dirigenti Scolastici del territorio di propria competenza che chiarisce le modalità di certificazione medica per le assenze scolastiche nel periodo di contingenza con l'epidemia da SARS-CoV-2, sulla base delle indicazioni fornite dalla Regione Lazio (allegato).

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLAiate



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

È stata posta l'attenzione anche ad alcune segnalazioni riguardanti la presenza di docenti cosiddetti "negazionisti" che, durante l'esercizio delle funzioni di insegnamento, scherniscono gli studenti o ordinano loro la rimozione delle mascherine quando seduti al banco. Al riguardo, il CTS chiede al Ministro dell'Istruzione di farsi parte attiva affinché vengano arginati questi comportamenti deprecabili all'interno degli istituti scolastici. Altra problematica evidenziata è relativa ad una quota non trascurabile di studenti che non vogliono indossare le mascherine all'interno dei plessi scolastici.

Relativamente all'ambito scolastico, infine, il CTS acquisisce il documento dell'OMS *"Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19"*, aggiornato al 14/09/2020 (allegato).

Il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 condivide con il CTS l'avvenuta distribuzione di 165 milioni di mascherine chirurgiche, di 650.000 litri di gel idroalcolico per l'igiene delle mani e di 200.000 tra banchi monoposto e sedute innovative, la cui distribuzione avvenuta in poco più di due settimane (dal 28/8 al 14/09 uu.ss.) corrisponde all'intera produzione italiana annuale, testimoniano lo sforzo straordinario che nessun Paese al mondo ha fatto.

Il Commissario comunica che sono stati finora eseguiti circa 533.000 test sierologici, la cui esecuzione ha consentito di esaminare circa il 60% del personale della scuola e che lo screening proseguirà ancora per alcuni giorni nelle Regioni nelle quali l'anno scolastico non sia stato ancora avviato. Comunica altresì che solo circa il 2,43% del personale docente e non docente è risultato positivo ai testi sierologici e, per questi casi, si riserva di comunicare tempestivamente l'esito delle indagini molecolari per la ricerca di SARS-CoV-2.

INFORMAZIONI NON CLASIFICATE CONTROACCERTATE



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

Il Commissario, infine, sottolinea l'avvenuto rafforzamento della dotazione di tamponi e di reagenti di estrazione e di amplificazione per consentire il soddisfacimento delle aumentate richieste che si verificheranno con l'approssimarsi della stagione autunno-invernale.

Il CTS rileva che in diversi plessi scolastici sul territorio nazionale si stia provvedendo all'acquisizione di dispositivi e strumenti c.d. di sanificazione (tunnel di disinfezione, apparati di ozonizzazione, tunnel sanificanti con raggi UVC, ozono, ecc.) che, oltre ad avere costi molto rilevanti, non sono sicuramente risolutivi nella prevenzione del contagio da SARS-CoV-2.

Rimarca, infatti, che le indicazioni sulle attività di sanificazione inserite nel *"Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico"* approvato dal CTS nella seduta n. 82 del 28/05/2020 siano assolutamente sufficienti e bastevoli per la gestione dell'igiene nel contesto scolastico, sottolineando che l'impiego a titolo oneroso di dispositivi – di cui peraltro non risulta provata scientificamente la capacità specifica contro il virus SARS-CoV-2 – non sia assolutamente giustificato e costituisca, viceversa, un costo in alcuni casi ragguardevole che non presuppone alcun vantaggio nel contenimento del contagio dal virus SARS-CoV-2.

Viene infine rimarcata l'esigenza di trovare una soluzione condivisa per evitare che l'estensiva richiesta di test molecolari da parte dei PLS e dei MMG, anche a seguito del riscontro di lievi segni e/o sintomi influenzali ovvero a seguito di assenze anche non connesse a segni che potrebbero indirizzare verso una infezione sostenuta da SARS-CoV-2 per la riammissione a scuola di studenti e personale scolastico, possa condurre ad una insostenibilità dei tempi di attesa per l'esito del test. Sottolinea che già adesso, in diverse realtà nazionali, si è assistito ad un non trascurabile

~~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

allungamento dei tempi di attesa dei campioni per l'esecuzione della metodica *real-time RT-PCR*, a cui corrisponde un allungamento dei tempi di risposta di anche diversi giorni durante i quali i soggetti restano in attesa del responso e della successiva certificazione sanitaria.

QUESITO DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE SULLE MODALITÀ DI TRATTAZIONE E MANEGGIO DEL MATERIALE DIDATTICO CARTACEO (QUADERNI, LIBRI, ECC.)

Durante l'audizione odierna, il CTS riceve dal Sig. Ministro dell'Istruzione un'istanza relativa alle modalità di gestione e di eventuale sanificazione del materiale didattico cartaceo (quaderni, carta, libri, ecc.) e degli accessori alla didattica (penne, astucci, matite, righe, ecc.) durante lo svolgimento dell'attività scolastica.

Al riguardo, in coerenza con quanto indicato nella seduta n. 94 del 07/07/2020 durante la quale è stata data risposta a numerosi quesiti provenienti dal Ministero dell'Istruzione inerenti a diversi ambiti del mondo della scuola – tra cui il maneggio di materiale cartaceo da parte del personale amministrativo nelle attività di ricezione *front office* – il CTS ritiene di esprimere analoghe indicazioni per la trattazione da parte del personale docente di materiale cartaceo (quaderni, libri, fogli, testi, album, ecc.), così come pure per gli accessori alla didattica (penne, astucci, matite, righe, ecc.).

Specificamente, sottolineando che in nessuno dei documenti tecnici del Comitato Tecnico Scientifico è mai stato previsto l'utilizzo dello spray (o gel) idroalcolico nella gestione del materiale cartaceo, il CTS – nella trattazione e nel maneggio del materiale cartaceo sia per il personale amministrativo nelle attività di ricevimento *front office* sia per il personale docente e non docente nelle attività didattiche e di supporto – nel ribadire il rispetto delle misure generali di comportamento per il contenimento del

~~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

contagio da SARS-CoV-2, non raccomanda l'impiego di spray idroalcolico sulle superfici cartacee – il cui maneggio immediato può avvenire senza l'uso di guanti – ritenendo sufficiente la frequente igienizzazione delle mani.

STRUTTURA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO PER L'ATTUAZIONE E IL COORDINAMENTO DELLE MISURE DI CONTENIMENTO E CONTRASTO DELL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19: RICHIESTA PUBBLICA DI OFFERTA AI FINI DELL'ACQUISIZIONE DI TEST RAPIDI PER LA RILEVAZIONE QUALITATIVA DI ANTIGENI SPECIFICI DI SARS-COV-2

Il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 rappresenta al CTS che, in base ad una specifica richiesta del Sig. Ministro della Salute, ha la necessità di procedere ad una richiesta pubblica di offerta per l'acquisizione di test rapidi per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici di SARS-CoV-2.

Il Commissario declina le principali caratteristiche della richiesta di offerta riassumibili come di seguito indicato:

- Acquisizione fino a 5 milioni di test rapidi per la rilevazione qualitativa di antigeni specifici di SARS-CoV-2 presenti su tampone nasofaringeo compatibile con l'utilizzo come POCT (Point-Of-Care-Test);
- I potenziali fornitori saranno individuati tra i produttori o distributori per l'Italia di tali test con una capacità di fornitura di almeno 50.000 test al mese;
- Il produttore deve possedere un sistema di gestione della qualità adeguato;
- Il produttore deve aver fornito enti pubblici anche non italiani per un controvalore di almeno € 300.000 l'anno nei due anni precedenti;
- I kit diagnostici devono possedere marcatura CE o IVD;

~~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

- I kit diagnostici devono essere dotati di un test immunocromatografico equivalente a lettura visiva o tramite segnale fluorescente o equivalente rilevato da uno strumento portatile dedicato eseguibile al punto di prelievo su tampone nasofaringeo o su campione salivare;
- I kit diagnostici devono essere conservabili a temperatura ambiente ed avere validità – a prodotto integro – non inferiore a sei mesi;
- I kit diagnostici devono essere corredati di tutto l'occorrente per eseguire il prelievo; devono fornire, per i test a lettura strumentale, un report cartaceo o archiviare in memoria i dati su un supporto SD o equivalente;
- I kit diagnostici non devono necessitare di attrezzature di laboratorio quali pipettatrici, centrifughe o altro;
- I kit devono avere un tempo di sviluppo del risultato contenuto al massimo in 30 minuti e consentire un'interpretazione chiara dei risultati;
- I kit devono prevedere la fornitura, ove previsto nella metodica, anche di eventuali calibratori e controlli esterni;
- I kit devono possedere una sensibilità analitica minima del 95% di rilevazione a 1000 TCID₅₀/ml o a 4x10⁶ copie di RNA/ml;
- I kit devono possedere una specificità maggiore o uguale al 98%;
- I kit devono possedere una sensibilità clinica minima capace di rilevare non meno dell'85% dei campioni con ciclo soglia di amplificazione ≤ a 25 in real-time PCR classica o con concentrazioni di RNA virale ≥ 1x10⁶ copie di RNA/ml.

Il Commissario straordinario declina le caratteristiche aggiuntive come di seguito specificate:

- utilizzabilità del test su saliva o su altri campioni compatibili con screening;
- avere un tempo di risposta inferiore a 30 minuti;
- avere una sensibilità analitica, una sensibilità clinica e una specificità clinica anche migliore;

~~INFORMAZIONI NON CLASIFICATE CONTROLAiate~~



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

- deve dichiarare l'assenza di inibitori di PCR nel campione prelevato per il test rapido;
- semplicità di esecuzione e limitata necessità di addestramento specifico del personale;
- lettura automatizzata che permetta una valutazione oggettiva della positività o della negatività dell'indagine.

La procedura prevederà la nomina di un responsabile unico del procedimento individuato in un dirigente distaccato presso gli uffici del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19.

Per la procedura, il Commissario straordinario chiede di potersi avvalere di esperti che possano supportare il RUP nella valutazione delle proposte che perverranno.

In riferimento alla richiesta trasmessa dal Ministero della Salute alla Struttura Commissariale, non ancora pervenuta al CTS, il Commissario straordinario sottolinea che nel documento è riportato che *"il test antigenico può essere acquisito se è stato già approvato da Agenzie regolatorie nazionali o internazionali che diano sufficienti garanzie di affidabilità oppure già validato da un laboratorio accreditato del nostro Paese"*.

Il Commissario sottolinea che le ragioni per cui è stato definito questo requisito sono da ricercare nella scarsità attuale di prodotti che abbiano ricevuto certificazione e che possano consentire di soddisfare il rilevante fabbisogno. Per incrementare la capacità di approvvigionamento il Commissario ritiene necessario doversi procedere anche all'acquisizione di prodotti ritenuti affidabili da agenzie regolatorie anche internazionali.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROACCERTATE~~



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

Il Commissario straordinario rileva la necessità di individuare alcuni esperti da affiancare al RUP per stabilire *"che le agenzie che hanno certificato questi prodotti diano sufficienti garanzie di affidabilità"*.

La soluzione proposta potrebbe prevedere, all'interno della procedura di richiesta pubblica di offerta, la designazione dei "componenti scientifici" che saranno chiamati a stabilire se un'agenzia regolatoria risulti affidabile oppure no.

Il Direttore generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute comunica al CTS la costituzione, concordata con il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute, del gruppo di esperti costituito dal lui medesimo, dal Presidente del Consiglio Superiore di Sanità e dal Direttore Scientifico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" con il compito di valutare le garanzie di affidabilità delle diverse agenzie regolatorie e dei laboratori accreditati del nostro Paese che abbiano validato i test che saranno eventualmente preselezionati a seguito dell'offerta pubblica di acquisto.

Interviene il Direttore Scientifico dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" che conferma di essere stato contattato in precedenza, confermando l'impegno e chiedendo se nel gruppo di esperti individuato sia inserito anche il Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute.

Su questa istanza, il Direttore generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute comunica che il gruppo dei componenti scientifici individuati resta formato dai 3 esperti precedentemente citati.

Il Commissario straordinario comunica la proposta di variazione del testo della procedura di offerta come di seguito: *"...A tal fine il seggio monocratico si avvarrà di una commissione di tre esperti individuati dal Comitato Tecnico Scientifico istituito presso il Dipartimento della Protezione Civile..."*.

~~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

Nell'allegato relativo all'approvazione del test antigenico da parte delle agenzie regolatorie nazionali o internazionali oppure già validato da laboratori accreditati del nostro Paese, il Commissario propone di modificare il testo come di seguito: "...la sussistenza di questo requisito verrà stabilita dalla Commissione degli esperti individuati dal Comitato Tecnico Scientifico...".

Il Coordinatore del CTS rileva che l'individuazione dei 3 esperti sia pervenuta direttamente dal Ministero della Salute e comunicate al CTS durante la seduta odierna che, prendendo atto della circostanza, concorda sui nominativi indicati dal Ministero della Salute.

Il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute chiede che il CTS individui uno o due esperti non appartenenti al Ministero della Salute che possano arricchire con la loro professionalità la Commissione.

Il Segretario del CTS osserva che i 3 esperti individuati dal Ministero della Salute siano assolutamente sufficienti e bastevoli per le attività di valutazione richieste dal Commissario straordinario per la procedura relativa alla richiesta pubblica di offerta, non ravvisando la necessità di individuare ulteriori elementi.

Il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute rimarca che il Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria non potrà fare parte del gruppo di esperti poiché sarà colui che, all'esito della conclusione della procedura, dovrà provvedere a sottoscrivere gli atti finali della gara ed a effettuare gli ordini di fornitura.

Il Commissario straordinario rimarca la necessità di ottenere i nominativi degli esperti per poter dare seguito alla pubblicazione della richiesta pubblica di offerta, indipendentemente che siano forniti dal Ministero della Salute o dal Comitato Tecnico Scientifico.

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

Il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute, relativamente a quanto espresso dal Direttore generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute, evidenzia la significatività della proposta fatta su un tema così delicato all'interno del consesso quale membro del CTS e quale massima espressione della competenza e delle responsabilità in materia, rigettando anche il minimo dubbio circa una eventuale scelta predeterminata in tal senso da parte del Ministero della Salute.

Il Coordinatore del CTS ribadisce che mai è stato posto alcun dubbio sulla liceità della scelta operata dal Ministero della Salute né è stato posto alcun rilievo da parte di nessuno del CTS sulla identificazione degli esperti per la realizzazione della richiesta pubblica di offerta in argomento.

ISTANZA DELLA FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO RELATIVA ALLA RICHIESTA DI REVISIONE DEL PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA SANITARIA MEDIANTE L'ESECUZIONE DEI TEST MOLECOLARI

Il CTS analizza la richiesta pervenuta dall'Ufficio per lo Sport della Presidenza del Consiglio dei Ministri concernente la proposta della Federazione Italiana Gioco Calcio relativa alla richiesta di revisione del proprio protocollo concernente l'esecuzione dei test molecolari per la ricerca del Virus SARS-CoV-2 (allegato), anche all'esito della divulgazione dei calendari della stagione sportiva 2020/2021 delle squadre professionalistiche della Serie A.

Al riguardo, sottolineando che lo sport del gioco del calcio rimane uno sport di contatto in cui il rischio potenziale di contagio da SARS-CoV-2 è significativamente più elevato rispetto ad altre discipline sportive, anche di squadra, il CTS ha esaminato il calendario delle diverse squadre professionalistiche della Serie A, analizzando gli intervalli di tempo liberi tra la disputa di gare contigue.

~~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

Valutato il sensibile incremento dell'intervallo del tempo intercorrente tra le gare, significativamente maggiore rispetto al periodo di tempo tra gli incontri disputati nella fase finale della stagione sportiva 2019/2020, in coerenza con quanto espresso nella seduta n. 67 del 07/05/2020 circa il rischio di possibile danno mucosale da tamponamenti ripetuti a causa della periodicità ravvicinata nella esecuzione dei test molecolari, dal punto di vista eminentemente medico-scientifico, il CTS ritiene di poter ritenere non ostativa la possibilità di ottenere per i calciatori l'esito negativo del test molecolare attraverso l'esecuzione di un tampone rino-faringeo per la ricerca del virus SARS-CoV-2 a ridosso della competizione sportiva, la cui esecuzione deve, comunque, essere eseguita entro e non oltre le 48 ore antecedenti la disputa della gara.

Il CTS, richiamando gli obblighi di legge sanciti per il contenimento del contagio dal virus da SARS-CoV-2, ribadisce la responsabilità dell'Autorità Sanitaria Locale competente e, per quanto di competenza, del medico sociale per i calciatori e del medico competente per gli altri lavoratori del gruppo squadra.

ANALISI SULLA DURATA DELLA QUARANTENA E DELL'ISOLAMENTO FIDUCIARIO

Il CTS, durante la seduta n. 107 del 15/09/2020, ha analizzato la riduzione della quarantena a 7 giorni, attualmente in essere in Francia, per i soggetti riscontrati positivi al test molecolare per la ricerca del virus SARS-CoV-2.

In aggiunta ai documenti già analizzati nella seduta n. 107 del 15/09/2020, il CTS acquisisce il documento "Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19. Duration of Isolation & Precautions for Adults" aggiornato da CDC il 10/09/2020 (allegato).

~~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

A seguito della decisione del Governo francese di ridurre il periodo di quarantena a 7 giorni, in assenza di evidenze scientifiche convincenti che suggeriscano alternative perseguibili in sicurezza, l'OMS ha confermato che il criterio relativo alla durata della quarantena resta di quattordici giorni, anche a seguito della rilevazione dell'incremento ubiquitario delle curve di contagio in Europa e alla coincidente riapertura delle scuole, che, presumibilmente, porterà ad un aumento della circolazione virale.

L'OMS ritiene necessario mantenere un approccio conservativo di massima cautela.

Per ciò che concerne la definizione della durata dell'isolamento di soggetti asintomatici con riscontro di positività al test molecolare per la ricerca del virus SARS-CoV-2, si ripropone la conferma del criterio collegato alla esecuzione di due tamponi negativi eseguiti a distanza non inferiore a 24 ore l'uno dall'altro ovvero il ricorso al criterio clinico. Il criterio clinico potrebbe contribuire a ridurre il carico lavorativo dei sistemi diagnostici territoriali in caso di segnalata sofferenza dal sistema di monitoraggio nazionale e, in carenza di test molecolari, riservare l'esecuzione del tampono a procedure di prima diagnosi, contribuendo così ad un'appropriata classificazione del rapporto tamponi eseguiti/soggetti positivi e della relativa stima di incidenza, oltre che a consentire l'uscita dall'isolamento a quei soggetti risultati ancora positivi al tampono, ma non più contagiosi.

Il CTS rimanda ad un'ulteriore valutazione complessiva prevista in una delle prossime sedute.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLAiate~~



Presidente del Consiglio dei Ministri

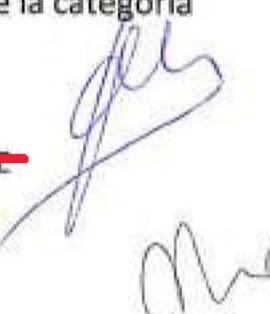
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630; 18/04/2020, N. 663; 15/05/2020, N. 673

PROCEDURA DI SORVEGLIANZA SANITARIA ALTERNATIVA AL PERIODO DI ISOLAMENTO FIDUCIARIO PER IL PERSONALE SANITARIO E NON SANITARIO IMPEGNATO ALL'ESTERO NELLE ATTIVITÀ DI COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO

In riferimento alla possibilità di procedere a stretta sorveglianza sanitaria alternativa al periodo di isolamento fiduciario da parte di cittadini italiani esercenti professioni sanitarie e non sanitarie impegnati all'estero nelle attività di Cooperazione allo Sviluppo che debbano rientrare sul territorio nazionale, il CTS esprime le seguenti osservazioni:

- Già nella seduta n. 103 del 28/08/2020, il CTS aveva segnalato l'esigenza di un provvedimento normativo che consentisse di evitare l'obbligo della quarantena per i professionisti sanitari e non sanitari impiegati all'estero in attività di supporto internazionale, di supporto e di soccorso internazionale afferenti ad Istituzioni ed Enti nazionali e locali, sottolineando l'importanza della modifica della norma al fine di evitare eventuali difficoltà di applicazione delle diverse ordinanze regionali.
- Il D.P.C.M. del 07/09/2020 prevede una serie di categorie di persone fisiche alle quali non si applicano i provvedimenti di isolamento fiduciario all'atto dell'ingresso sul territorio nazionale, indipendentemente dai Paesi da cui provengono. Tra queste, non sono annoverati i professionisti inviati all'estero per l'espletamento di missioni sanitarie, di supporto e di soccorso internazionale afferenti ad Istituzioni ed Enti nazionali e locali, né operatori impegnati all'estero nelle attività di Cooperazione allo Sviluppo che debbano rientrare sul territorio nazionale
- Fatta salva la modifica della norma rimandando al Legislatore la valutazione di competenza al fine di inserire – oltre ai professionisti sanitari e non sanitari impiegati all'estero in attività di supporto internazionale, di supporto e di soccorso internazionale afferenti ad Istituzioni ed Enti nazionali e locali – anche la categoria


~~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

degli operatori impegnati all'estero in attività di Cooperazione allo Sviluppo tra quelle esentate al periodo obbligatorio di isolamento fiduciario, il CTS, analogamente a quanto già raccomandato per alcuni specifici contesti, ritiene di esprimere un parere non ostativo alla evidenza della negatività al tampone rino-faringeo per la ricerca del virus SARS-CoV-2 in ingresso sul territorio nazionale ed una nuova successiva esecuzione del tampone rino-faringeo in caso di permanenza eccedente le 72 ore, in coerenza con lo specifico protocollo di sicurezza della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute (allegato).

QUESITO DELLA SCUDERIA FERRARI PER I GRAN PREMI DI FORMULA 1 DA DISPUTARE IN PAESI EXTRA-UE E AL DI FUORI DELL'AREA SCHENGEN

In riferimento al quesito della Scuderia Ferrari trasmesso dal Ministero della Salute concernente la richiesta di una deroga alla quarantena precauzionale per i propri tecnici che rientrano in Italia da Paesi Esteri al di fuori dell'Area Schengen e che non possono sospendere l'attività lavorativa (allegato), il CTS osserva quanto segue.

A seguito della valutazione della documentazione prodotta e considerati i protocolli di sicurezza della Federazione Automobilistica Internazionale e della Scuderia Ferrari presentati (allegato), il CTS, in riferimento all'art. 6 co. 6 lett. d) del DPCM 07/08/2020, ripreso dal DPCM 07/09/2020, rimanda alla Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute l'applicazione della deroga all'isolamento fiduciario che consente l'esenzione dalla quarantena dei viaggiatori che rientrano in Italia per motivi di lavoro regolati da speciali protocolli di sicurezza, approvati dalla competente autorità sanitaria.

~~INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLAiate~~



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

Il CTS ribadisce che non è ammissibile alcuna deroga al divieto di ingresso previsto dal DPCM 07/08/2020 ripreso dal DPCM 07/09/2020, che riguarda i viaggiatori che negli ultimi 14 giorni siano transitati o abbiano soggiornato in uno dei Paesi esteri compresi nell'elenco F dell'Allegato 20 del citato decreto.

IDONEITÀ ALLA MANSIONE DI SOGGETTI CON PREGRESSA POSITIVITÀ AL SARS-COV-2 RISULTATI ASINTOMATICI O PAUCISINTOMATICI DURANTE LA QUARANTENA

In riferimento a diversi quesiti pervenuti per le vie brevi al CTS relativi all'impiego di lavoratori per i quali sia stata riscontrata in passato una positività accertata al virus SARS-CoV-2 e di cui successivamente sia stata verificata la negativizzazione attraverso l'esecuzione di test molecolare secondo i protocolli in vigore, che non abbiano manifestato sintomi o che abbiano manifestato forme paucisintomatiche da COVID-19, il CTS ritiene non sussistere alcuna controindicazione alla ripresa ordinaria dell'attività lavorativa.

Come recentemente disciplinato dalla circolare interministeriale del 04/09/2020 del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, il CTS sottolinea, tuttavia, la necessità di prevedere una valutazione del medico competente per l'eventuale attivazione delle forme di tutela per i lavoratori fragili, come anche per la tutela dei lavoratori che siano stati affetti da COVID-19 in forme più gravi al fine di prevedere possibili impatti sull'idoneità alla mansione specifica.

TRASMISSIONE DEI DOCUMENTI TRA I COMPONENTI DEL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO E MODALITÀ DI APPROVAZIONE DEI VERBALI

Il Segretario del CTS, in coerenza con quanto già ribadito nelle sedute n. 57 del 22/04/2020, n. 106 del 07/09/2020 rammenta agli altri componenti del Comitato che

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

i pareri, gli atti prodotti, approvati e licenziati dal CTS medesimo – al termine del processo che porta alla redazione dei verbali delle sedute ed alla allegazione dei documenti quali parti sostanziali – seguono un unico iter istituzionale di corrispondenza che prevede la trasmissione da parte del Coordinatore del CTS al Capo Dipartimento della Protezione Civile che, a sua volta, reindirizza al Sig. Ministro della Salute ed al Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19.

Il Segretario del CTS, anche all'esito dei recenti avvenimenti, invierà a ciascun componente del Comitato, per il tramite degli uffici della segreteria, una nuova *"Dichiarazione pubblica di interessi e impegno alla riservatezza"* (allegato) – peraltro mai sospesa – relativa a tutto quanto trattato in sede di CTS, compresa la diffusione delle informazioni acquisite durante le sedute, incluse quelle riferite ai media che, in nessun modo – se non precedentemente autorizzate – possono essere riportate in nome e per conto del CTS medesimo.

Saranno altresì riorganizzate le modalità di trasmissione delle bozze dei verbali, a partire dal presente documento, al fine di rendere più sicura la riservatezza degli atti del CTS, analogamente alla revisione della mailing list dei destinatari comprendente i componenti del CTS, la Segreteria del Comitato e, su indicazione del Sig. Ministro della Salute, il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute.

PARERI

- Il CTS ratifica il parere di ISS, sulla base delle evidenze documentali relativo a [redacted] (allegato).

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLAiate



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

- Il CTS acquisisce il parere FAVOREVOLE della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su nuova presentazione studio clinico [REDACTED]

Il CTS conclude la seduta alle ore 18,45.

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

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

MODULARIO
P.C.M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0050771 26/09/2020

MOD. 3



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

Nicola SEBASTIANI		OK Karl
Andrea URBANI	IN VIDEOCONFERENZA	OK Karl
Alberto VILLANI		OK Karl
Alberto ZOLI	IN VIDEOCONFERENZA	OK Karl

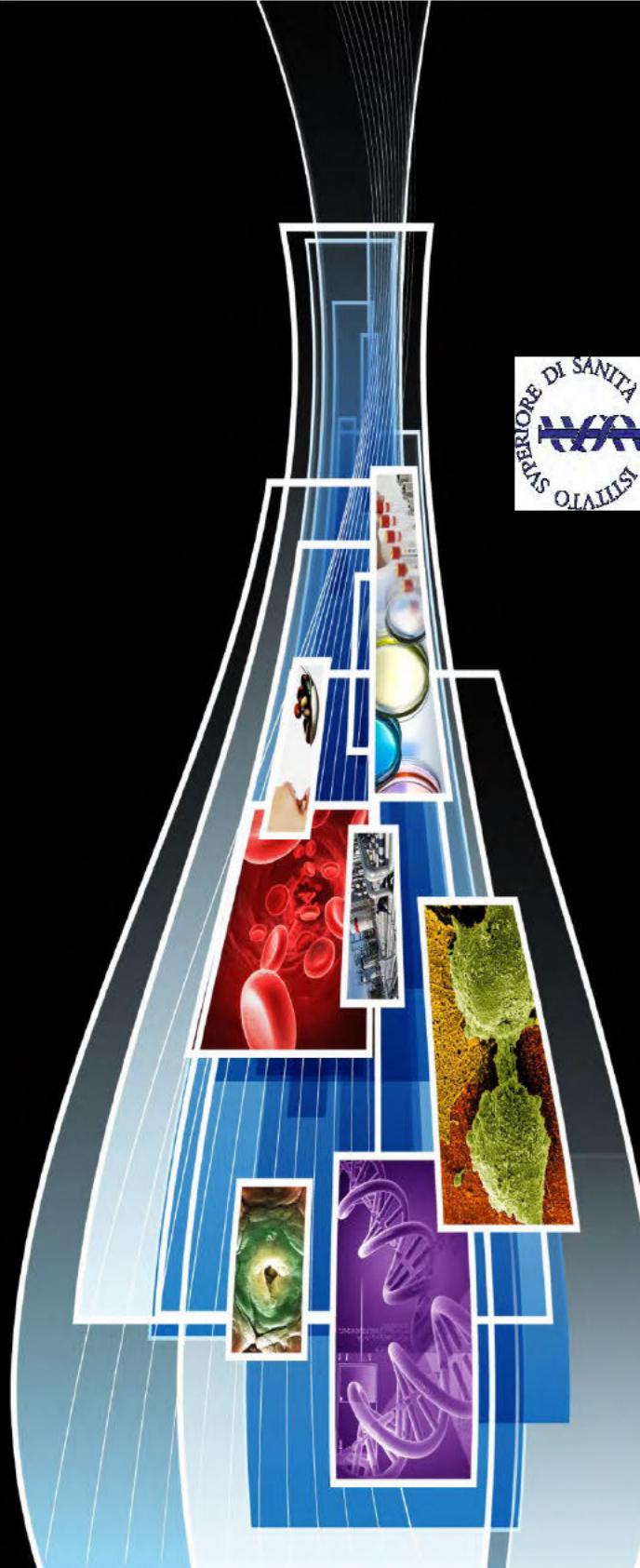
INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

Allegato 1

Aggiornamento NUOVO CORONAVIRUS COVID-19, 18 settembre 2020

COVID-19

fase di transizione



COVID-19 – in Italia

Situazione dall'inizio della epidemia

Data di ultimo aggiornamento: 17 settembre 2020

291.240

Casi

31.598

Casi tra gli operatori sanitari*

57 anni

Età mediana dei casi

47,3% | 52,7%

Maschi (%) | Femmine (%)

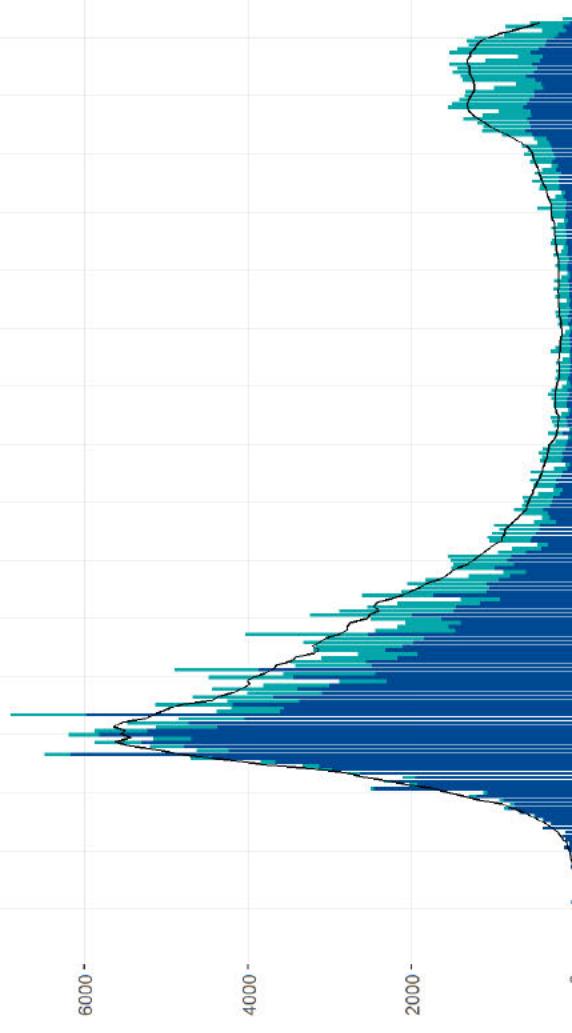
35.659 (12,2%)

Deceduti (letalità)

208.993

Curettati

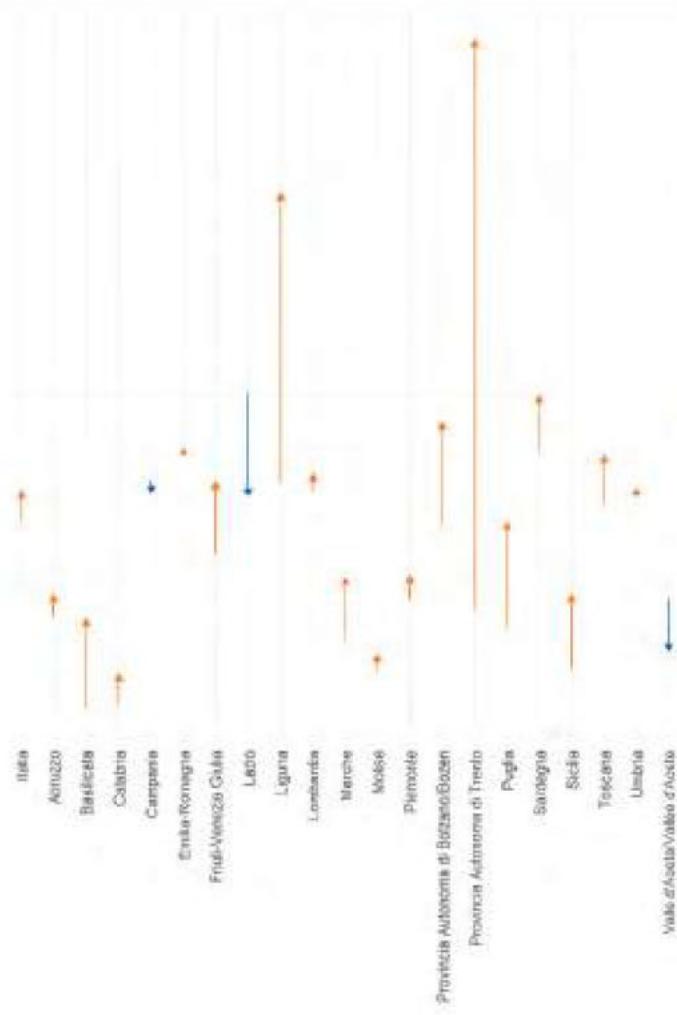
Numero di casi di infezione confermata da virus SARS-CoV-2 in Italia segnalati al sistema di sorveglianza integrato per data di inizio sintomi (blu) e per data di prelievo/diagnosi (verde), 23 gennaio – 17 settembre 2020



COVID-19 – in Italia

Aumento dei casi per Regione/PA

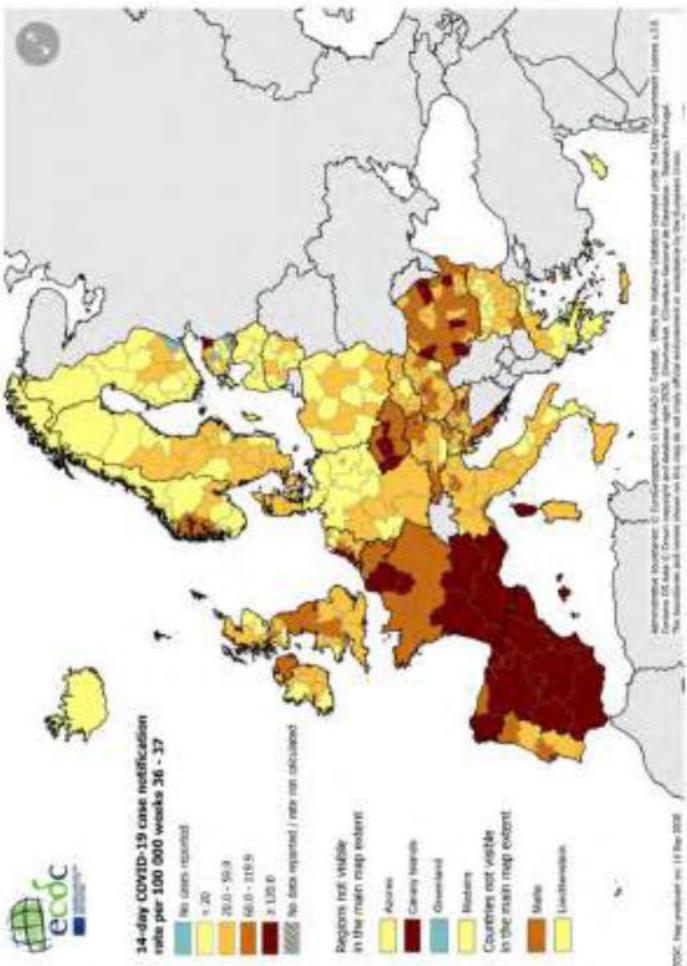
VARIAZIONE INCIDENZA 14 GIORNI PER REGIONI NEL PERIODO
31/8-13/9/2020 E 17/8-30/8/2020



COVID-19 – in Italia

Aumento ancora contenuto rispetto ad altri Paesi EU/EEA, ma in progressivo peggioramento

14-day COVID-19 case notification rate per 100 000,
weeks 36-37

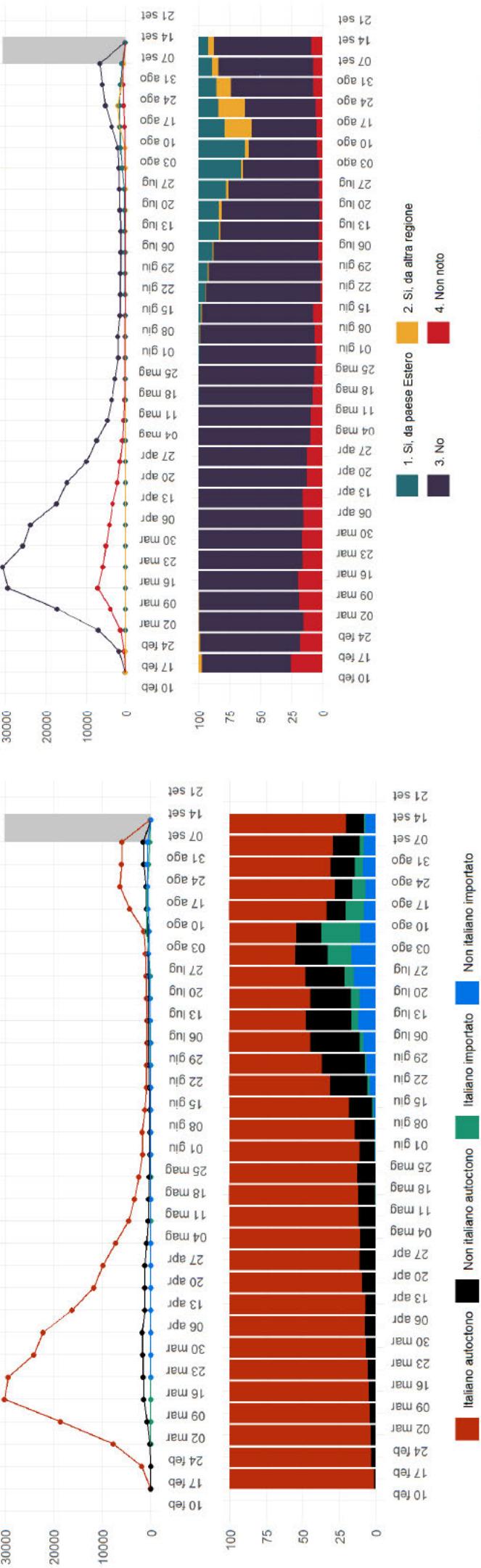


COVID-19 – in Italia

% casi importati/autoctoni per nazionalità italiana/non-italiana

Principalmente casi autoctoni, in particolare in soggetti di nazionalità italiana

In diminuzione i casi importati da altra Regione/PA

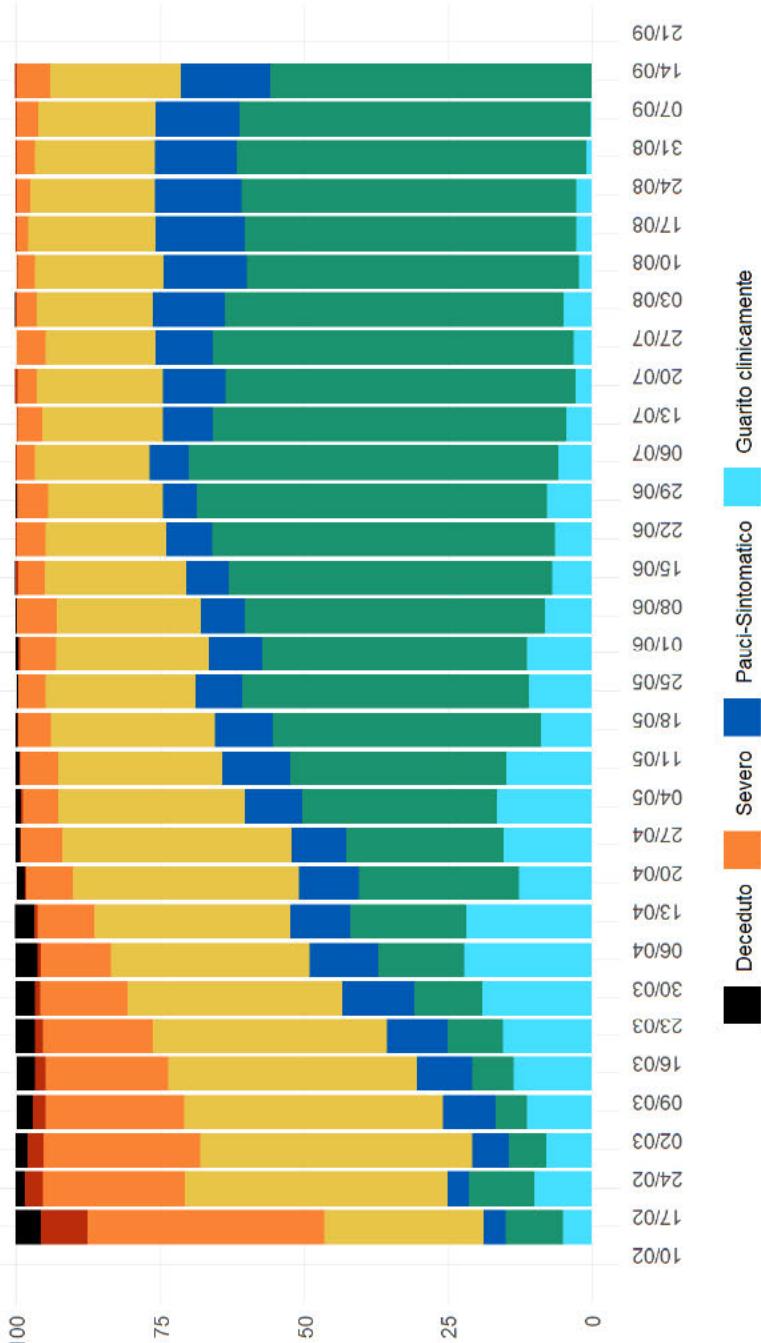


COVID-19 – in Italia

Situazione dall'inizio della epidemia

Transizione epidemiologica
Percentuale di Casi confermati di COVID-19 per stato clinico
alla momento della diagnosi e settimana di diagnosi

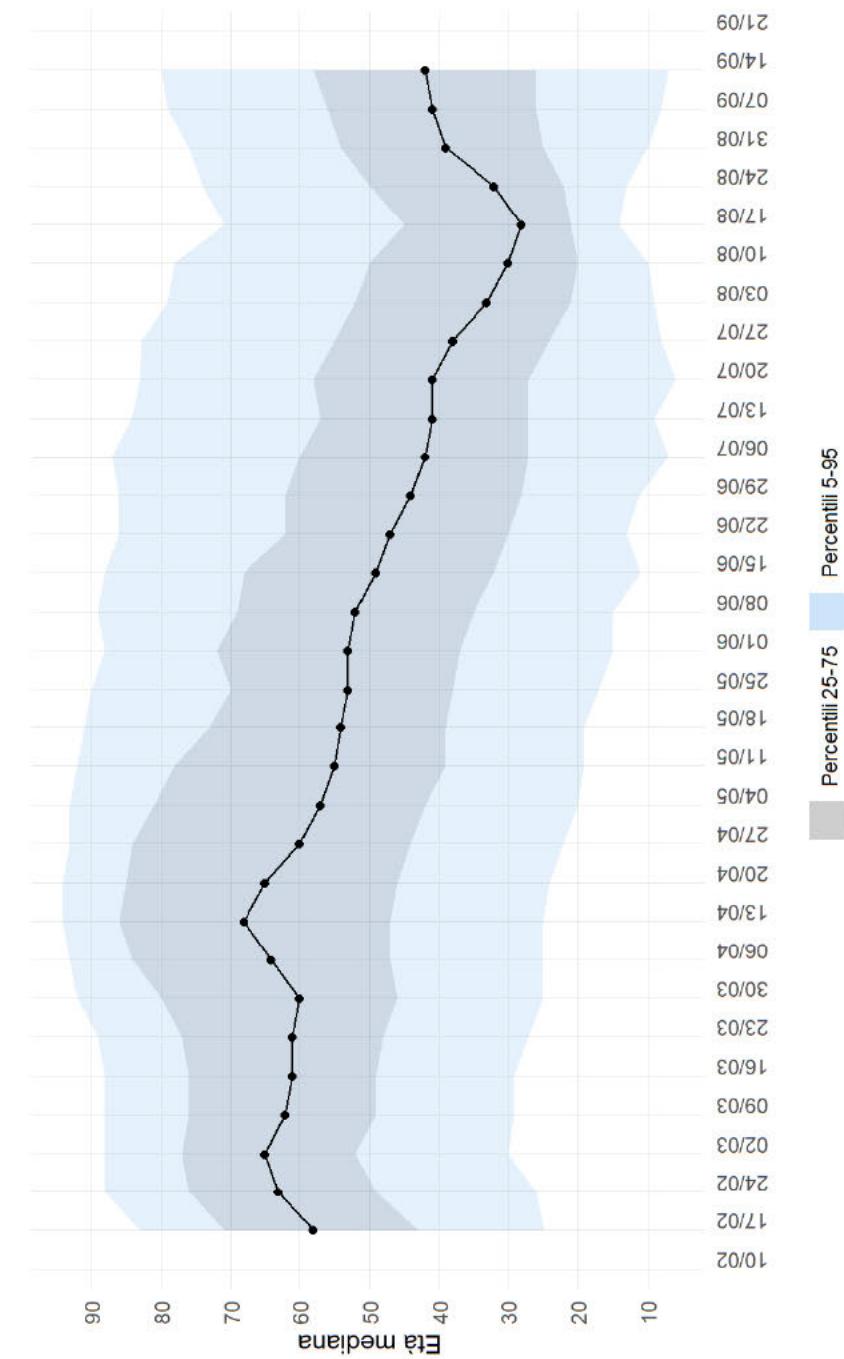
54% asintomatici (casi diagnosticati negli ultimi 7 gg, aggiornamento al 17 settembre 2020)



COVID-19 – in Italia

Transizione epidemiologica

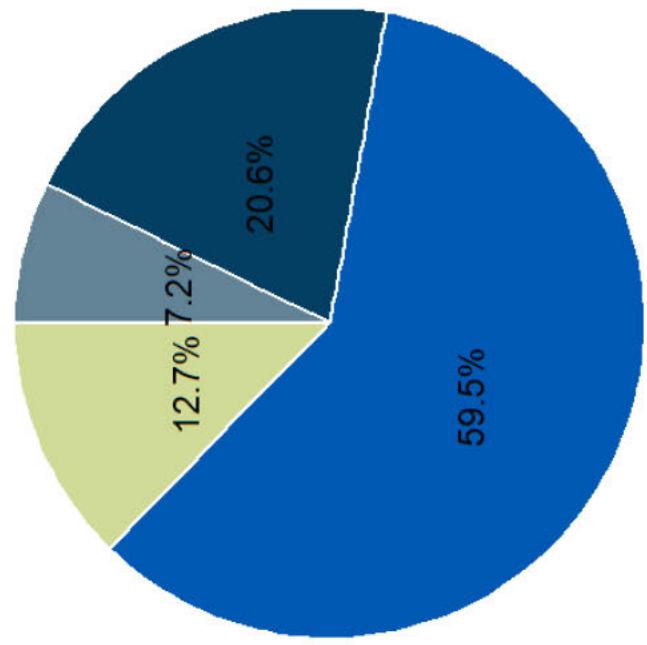
Lieve aumento nell'età mediana dei casi diagnosticati e riportati al sistema di sorveglianza integrato nell'ultima settimana di monitoraggio



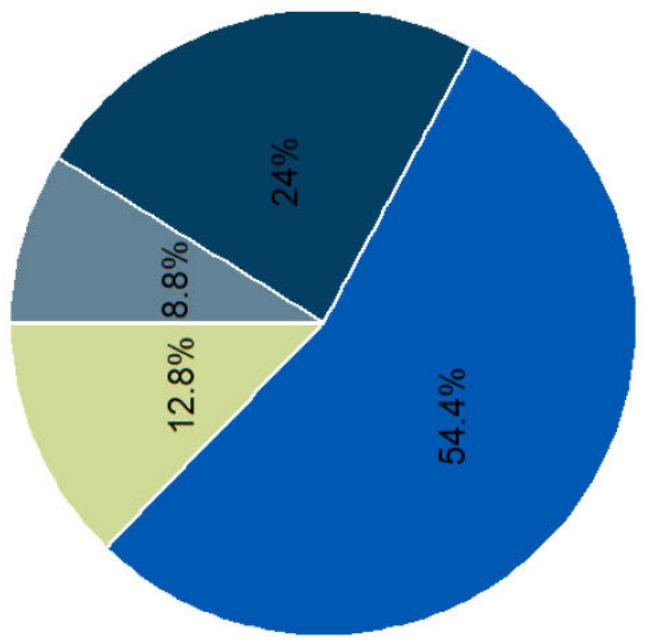
COVID-19 – in Italia

Confronto casi per fascia d'età

CASI DIAGNOSTICATI TRA IL 24 AGOSTO
E IL 6 SETTEMBRE 2020

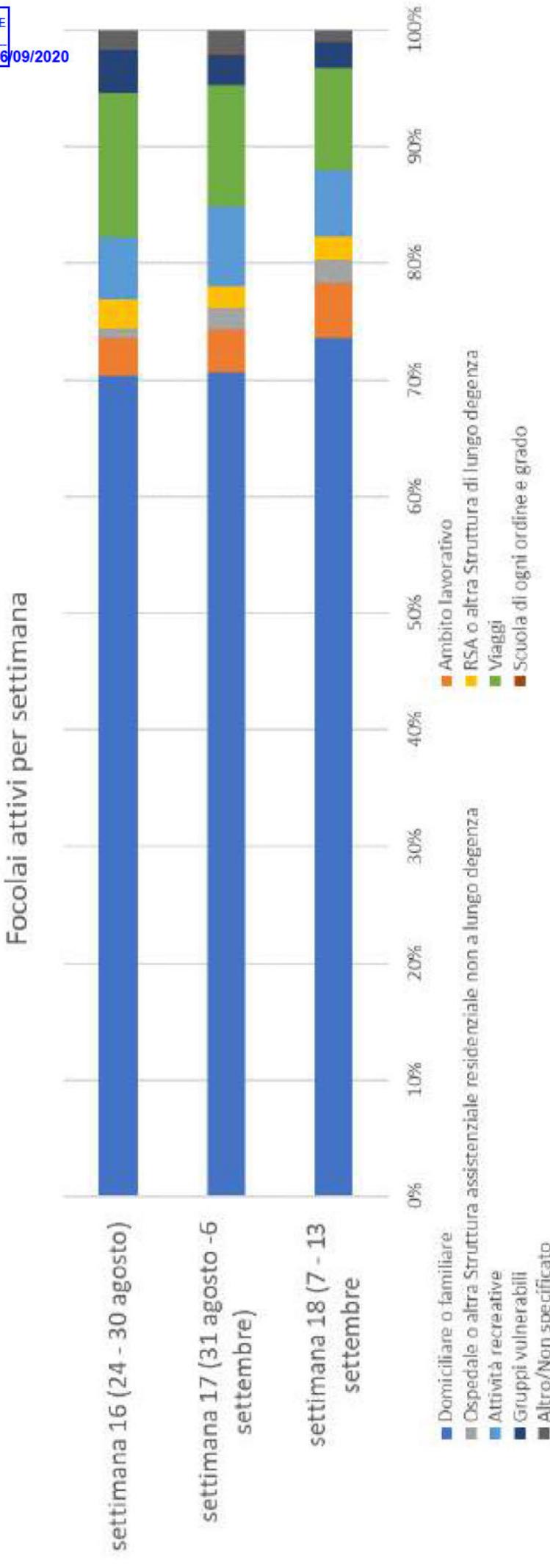


CASI DIAGNOSTICATI TRA IL 7 E
IL 13 SETTEMBRE 2020



COVID-19 – in Italia

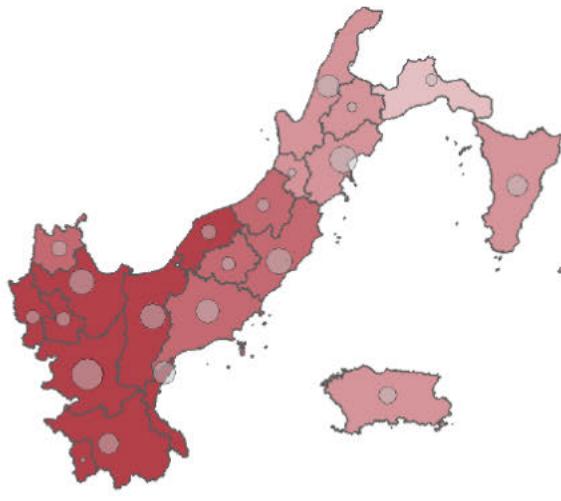
Distribuzione dei focolai attivi in Italia per setting e settimana di monitoraggio



COVID-19 – in Italia

Persistenza di trasmissione

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0050771 26/09/2020



Incidenza (per 100.000 abitanti) dei casi confermati di COVID-19 e numero di casi diagnosticati nella settimana 7-13 settembre 2020, per Regione/PA di diagnosi

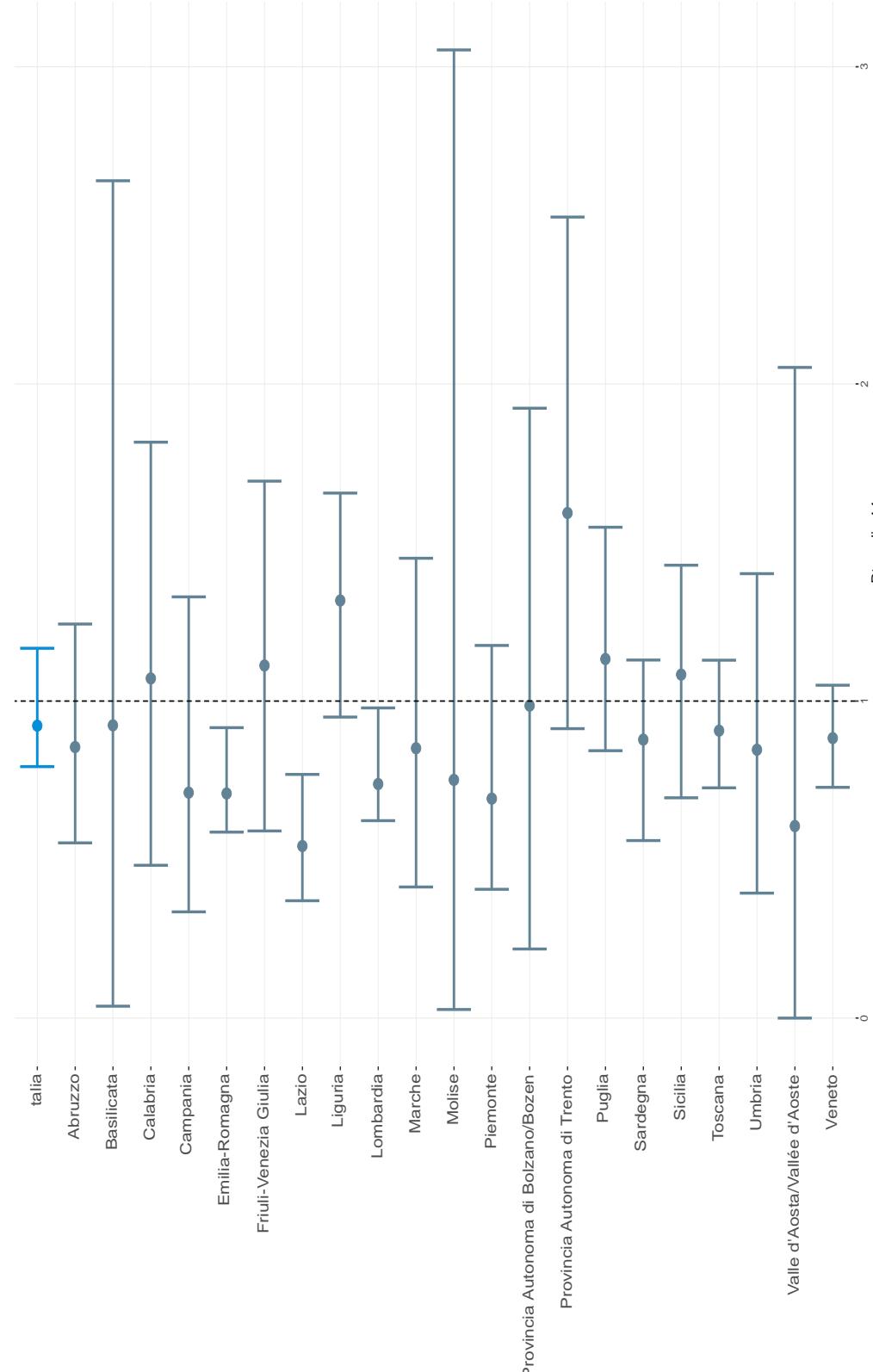
N. casi [diagnosi 7gg] (7/9-13/9) ● 500 ● 1000

Incidenza per 100000 □ 0,01-50 □ 50,01-100 □ 100,01-200 □ 200,01-500 □ >500

Incidenza cumulativa per COVID-19 (per 100,000 ab) per Regione/PA, a 7 e 14gg, dati al 1 settembre 2020 relativi alla settimana 6-13 settembre e ai 14 giorni 31 agosto-3 settembre

REGIONE/PA	NUMERO DI CASI TOTALE	INCIDENZA CUMULATIVA (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 6-13/9	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 31/8 - 13/9	INCIDENZA 14GG (PER 100.000 AB)
Abruzzo	4.030	308.63	108	8.27	244	18.69
Basilicata	583	104.68	47	8.44	90	16.16
Calabria	1.665	86.51	70	3.64	197	10.24
Campania	8.881	153.49	849	14.67	1.708	29.52
Emilia-Romagna	33.631	752.86	729	16.32	1.534	34.34
Friuli Venezia Giulia	4.211	347.63	207	17.09	372	30.71
Lazio	13.416	228.73	821	14	1.716	29.26
Liguria	11.952	774.53	517	33.5	947	61.37
Lombardia	103.621	1.025.55	1.409	13.95	3.183	31.5
Marche	7.571	498.62	187	12.32	311	20.48
Molise	562	185.93	21	6.95	37	12.24
Piemonte	33.988	782.89	502	11.56	898	20.68
PA Bolzano	3.147	591.45	135	25.37	197	37.02
PA Trento	5.518	1.016.69	171	31.51	422	77.75
Puglia	6.592	164.46	616	15.37	1.056	26.35
Sardegna	2.720	166.82	290	17.79	650	39.87
Sicilia	5.343	107.54	460	9.26	928	18.68
Toscana	12.958	348.08	607	16.31	1.247	33.5
Umbria	2.078	236.06	143	16.24	264	29.99
Valle d'Aosta	1.260	1.003.98	13	10.36	16	12.75
Veneto	24.996	509.32	848	17.28	1.834	37.37

Rt «medio 14 gg» (DAL 27 AGOSTO – 9 SETTEMBRE, CALCOLATO AL 15/09/2020)



Indicatori di processo sulla completezza dei dati (tabella 1)

Regione/PA	Ind1.1 precedente	Ind1.1 settimana di riferimento	Variazione	Ind1.2	Ind1.3	Ind1.4
Abruzzo	92.0	89.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.0
Basilicata	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Calabria	83.9	86.2	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	97.9
Campania	63.3	47.5	Sotto soglia	99.3	100	98.3
Emilia-Romagna	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	98.2	100	99.6
FVG	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Lazio	93.3	93.7	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	98.3
Liguria	88.3	74.1	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	94.1
Lombardia	70.9	71.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.5
Marche	100.0	99.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Molise	100.0	93.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Piemonte	74.4	72.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.5
PA Bolzano/Bozen	98.4	96.9	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.1
PA Trento	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	93.5
Puglia	98.6	95.2	Stabilmente sopra-soglia	99.6	100	99.4
Sardegna	83.4	72.3	Stabilmente sopra-soglia	98.3	100	95.8
Sicilia	67.0	62.3	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	96.1
Toscana	97.5	95.8	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	100.0
Umbria	97.7	97.6	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	99.8
V.d'Aosta/N.d'Aoste	100.0	100.0	Stabilmente sopra-soglia	100.0	ND	100.0
Veneto	68.0	72.4	Stabilmente sopra-soglia	100.0	100	98.7

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focali	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**	
Abruzzo	5	-5,6	0,76 (CI: 0,54-0,99)	4,1	56	35	↑	29	18	1%	3%
Basilicata	5	81,8	0,82 (CI: 0,31-1,43)	133,3	4	2	↑	4	0	1%	0%

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note			
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focali	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**	
Calabria	Si	84,8	0,44 (CI: 0,24-0,74)	-73,8	10	8 ↑	6	8	0%	2%	Moderata
Campagna	Sì	-15,0	0,39 (CI: 0,28-0,51)	-43,2	13	9 ↑	9	162	1%	5%	Non valutabile

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)

O PROTEZIONE CIVILE 1 Protocollo Uscita 2020/0050771 26/09/2020		Classificazione del rischio e note									
Regions/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio									
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi	Focali attivi precedente	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9***		
Emilia-Romagna	Si	-7.5	0.68 (CI: 0.61-0.76)	-28.2	338	243 ↑	79	289	2%	3%	Bassa
FVG	Si	28.2	0.85 (CI: 0.62-1.1)	14.3	43	32 ↑	17	35	2%	1%	Moderata

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2) CTS 63

Indicatori di monitoraggio								Classificazione del rischio e note			
Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Ind3.5 Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.6 nuovi focali	Ind3.8**	Ind3.9***		
Casi in aumento in flusso MinSal ed in diminuzione in quello ISS. Il trend ISS è tuttavia in aumento nel numero dei casi escludendo i casi importati da Paese estero o altra Regione/PA . Rt minore di 1, anche nell'intervallo di confidenza maggiore. Sono stati notificati nuovi casi di età >50aa nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Sono riportati 773 focali attivi nella Regione (in aumento) di cui 145 nuovi. La maggior parte dei nuovi casi diagnosticati, 1008, non sono associati a catene di contagio note. Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.											
Lombardia	Sì	8.7	0.77 (CI: 0.71-0.84)	-9.8	773	663	↑ 145	1008	3%	Moderata	
Marche	Sì	-2.3	0.61 (CI: 0.41-0.84)	-16.3	25	21	↑ 15	42	1%	1%	Bassa
Molise	Sì	-21.4	0.29 (CI: 0.04-0.73)	-5.9	2	5	↓ 1	5	0%	2%	Bassa

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**	
Piemonte	Si	-17.8	0.51 (CI: 0.39-0.65)	-21.7	56	46	↑	22	41	2%	Bassa
PA Bolzaneto/Brezen	Si	12.7	0.65 (CI: 0.33-1.17)	3.6	15	14	↑	8	11	4%	Moderata

Casi in diminuzione in entrambi i flussi di sorveglianza, escludendo i casi importati da stato estero o tra Regioni/PA. Sono stati notificati nuovi casi di età >50 anni nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Rt minore di 1, anche nell'intervallo di confidenza maggiore. Sono riportati 56 focolai attivi nella settimana (in aumento) di cui 22 nuovi focolai (in diminuzione). Sono segnalati 41 nuovi casi non associati a catene di contagio note (in lieve aumento). Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri/monitorati.

Casi in aumento in entrambi i flussi di sorveglianza. Sono stati notificati nuovi casi di età >50 anni nei precedenti 5 giorni della settimana di monitoraggio. Si conferma il trend in aumento nel numero dei casi anche escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Rt minore di 1, anche se lo supera nell'intervallo di confidenza maggiore. Sono segnalati 15 focolai attivi nella Provincia Autonoma (in lieve aumento) con 8 nuovi focolai di trasmissione. Sono 11 i nuovi casi non associati a catene di contagio note (in lieve aumento). Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri/monitorati.

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**	
PA Trento	Si	275,0	1,69 (Cl: 1,3-2,16)	263,8	18	↑ 10	↑ 11	40	1%	1%	Moderata
Puglia	Sì	20,4	1,16 (Cl: 0,97-1,37)	19,6	14	↓ 18	↓ 13	149	7%	6%	Moderata

Casi in forte aumento in entrambi i flussi 09/09/2020
 sorveglianza. Sono stati notificati nuovi casi di età >50a nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Si conferma il trend in aumento nel numero dei casi anche escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Rt maggiore di 1 anche nell'intervallo di confidenza minore. Sono riportati 18 focolai attivi (in aumento), di cui 11 nuovi (in aumento). Quaranta nuovi casi non sono associati a catene di contagio note (in aumento). Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati.

Casi in aumento in entrambi i flussi di sorveglianza per la sesta settimana consecutiva. Si conferma il trend in aumento nel numero dei casi anche escludendo i casi importati da stato estero o altra Regione/PA. Sono stati notificati nuovi casi di età >50a nei 5 giorni precedenti la fine della settimana di monitoraggio. Rt maggiore di 1, anche se non lo supera nell'intervallo di confidenza minore. Sono segnalati 14 focolai attivi (in diminuzione) di cui 13 nuovi nella Regione, nella settimana di monitoraggio in corso. Sono 149 (34% del totale) i casi non associati a catene di contagio note (in aumento). Non si rilevano segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali ospedalieri monitorati ma si segnala un aumento dell'occupazione in area medica.

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**		
Sardegna	51	2.9	0.79 (CI: 0.66-0.94)	5.3	92	37	↑	30	16	4%	3%	Moderata
Sicilia	58	47.1	1.01 (CI: 0.81-1.26)	19.2	147	129	↑	39	105	2%	2%	Moderata

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)

Regione/P.A.	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio						Classificazione del rischio e note			
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focolai	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**	
Toscana	Si	0.95 (CI: 0.82-1.09)	3.1	-8.4	161	127	↑	38	436	2%	Moderata
Umbria	Si	-9.7	0.52 (CI: 0.36-0.71)	-10.7	35	30	↑	15***	47	2%	Bassa

Indicatori di risultato sulla trasmissione ed impatto sui servizi assistenziali (tabella 2)

Regione/PA	Almeno un caso segnalato negli ultimi 5 giorni	Indicatori di monitoraggio					Classificazione del rischio e note				
		Ind3.1	Ind3.2*	Ind3.4	Focali attivi	Focali attivi precedente	Focali attivi trend	Ind3.5 nuovi focali	Ind3.6	Ind3.8**	Ind3.9**
V.d'Aosta/V.d'Aoste	Si	54.5	0.93 (CI: 0.35-1.6)	-85.0	1	1	--	0	4	0%	2%
Veneto	Si	18.8	0.82 (CI: 0.71-0.93)	8.6	433	329	↑	177	0	1%	1%

Indicatori di processo sulla resilienza dei servizi territoriali (tabella 3)

Regione/PA	Ind2.1 (sett. rif.)	Ind2.1 (prec.)	Ind2.2	Ind2.3 (pz.)	Ind2.4	Ind2.5	Totale risorse umane	Ind2.6	Resilienza dei servizi sanitari territoriali
Abruzzo	2,1%	2,1%	5	4	0,3 per 10000	0,5 per 10000	0,8 per 10000	100%	1 allerta segnalata
Basilicata	1,4%	0,8%	1	0	1 per 10000	6,9 per 10000	7,9 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Calabria	1,5%	0,9%	4,5	4	0,5 per 10000	0,5 per 10000	1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Campania	1,5%	1,6%	2	2	0,4 per 10000	0,7 per 10000	1,1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Emilia-Romagna	2,1%	2,5%	4	ND	0,4 per 10000	0,9 per 10000	1,4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
FVG	2%	1,3%	2	1	0,3 per 10000	0,6 per 10000	0,8 per 10000	100%	1 allerta segnalata
Lazio	3%	3,3%	3	2	0,7 per 10000	1 per 10000	1,6 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Liguria	3,1%	2,3%	3	ND	0,4 per 10000	1,1 per 10000	1,5 per 10000	64%	0 allerte segnalate, Ind 2,6 minore 95%
Lombardia	5,3%	2%	2	ND	0,4 per 10000	0,7 per 10000	1 per 10000	79,6%	2,6 minore 95%; ind 2,1 in aumento e sopra 5%
Marche	2,1%	2,1%	2	2	0,4 per 10000	1 per 10000	1,4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Molise	1,1%	0,7%	2,5	0	1,1 per 10000	1,4 per 10000	2,4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Piemonte	1,6%	2%	5	2	0,3 per 10000	1 per 10000	1,3 per 10000	99%	0 allerte segnalate
PA Bolzano/Bozen	2,3%	1,6%	1	1,5	0,5 per 10000	1,1 per 10000	1,6 per 10000	100%	0 allerte segnalate, Ind 2,1 in aumento e sopra 5%
PA Trento	7,6%	2,6%	3	ND	1,1 per 10000	1,6 per 10000	2,7 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Puglia	4,2%	4,1%	2	2	0,5 per 10000	0,9 per 10000	1,4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Sardegna	2,5%	4,1%	5	4	0,3 per 10000	1,2 per 10000	1,4 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Sicilia	1,3%	1,4%	2	ND	0,3 per 10000	0,8 per 10000	1,1 per 10000	100%	0 allerte segnalate
Toscana	0,4%	0,6%	3	3	0,4 per 10000	0,9 per 10000	1,3 per 10000	98,2%	0 allerte segnalate
Umbria	3%	3,3%	3	3	0,5 per 10000	1,5 per 10000	2 per 10000	100%	0 allerte segnalate

Quadro sintetico

Regione/PA	Incidenza 14 gg per 100.000 ab	Incidenza 7 gg per 100.000 ab	Nuovi casi diagnosticati nella settimana	Nuovi casi importati da Stato estero (%)	Nuovi casi identificati per screening	Trend settimanale dei nuovi casi di COVID-19 diagnosticati Fonte ISS	Trend settimanale del numero di focolai attivi COVID-19	Stima di Rt (30 agosto 2020)	Classificazione di rischio per aumento di trasmissione ed impatto di COVID-19 sui servizi assistenziali	Resilienza delle reti sanitarie territoriali	DIPARTIMENTO DI PROTEZIONE CIVILE Allegato n° 1 Protocollo Uscita CTS 630-2020/0050771 26/08/2020
Abruzzo	19.07	9.73	127	12 (9.4%)	24	↑	↑	0.76 (CI: 0.54-0.99)	Bassa	1 allerta segnalata	0/2020
Basilicata	10.77	7.54	42	11 (26.2%)	14	↓	↑	0.82 (CI: 0.31-1.43)	Moderata	0 allerte segnalate	0/2020
Calabria	5.51	1.14	22	3 (13.6%)	6	↓	↑	0.44 (CI: 0.21-0.74)	Moderata	0 allerte segnalate	0/2020
Campania	30.35	10.99	636	59 (9.3%)	406	↓	↑	0.39 (CI: 0.28-0.51)	Non valutabile	0 allerte segnalate	0/2020
Emilia-Romagna	35.62	14.89	665	195 (29.3%)	187	→	↑	0.68 (CI: 0.61-0.76)	Bassa	0 allerte segnalate	0/2020
FVG	22.29	11.89	144	45 (31.2%)	54	↑	↑	0.85 (CI: 0.62-1.11)	Moderata	1 allerta segnalata	1/2020
Lazio	28.66	10.64	624	67 (10.7%)	276	→	↑	0.4 (CI: 0.35-0.46)	Bassa	0 allerte segnalate	0/2020
Liguria	43.81	25.08	387	7 (1.8%)	59	↑	↑	1.49 (CI: 1.23-1.78)	Moderata	0 allerte segnalate	0/2020
Lombardia	34.23	16.23	1640	208 (12.7%)	785	↓	↑	0.77 (CI: 0.71-0.84)	Moderata	Ind 2.6 minore 95%; ind 2.1 in aumento e sopra 5%	0/2020
Marche	16.33	7.44	113	59 (52.2%)	50	↓	↑	0.61 (CI: 0.41-0.84)	Bassa	0 allerte segnalate	0/2020
Molise	10.92	5.29	16	2 (12.5%)	3	→	↓	0.29 (CI: 0.04-0.73)	Bassa	0 allerte segnalate	0/2020
Piemonte	20.29	8.91	387	95 (24.5%)	151	→	↑	0.51 (CI: 0.39-0.65)	Bassa	0 allerte segnalate	0/2020
PA Bolzano/Bozen	21.05	10.71	57	32 (56.1%)	26	↑	↑	0.65 (CI: 0.33-1.17)	Moderata	0 allerte segnalate	0/2020
PA Trento	58.96	46.25	251	3 (1.2%)	121	↓	↑	1.69 (CI: 1.3-2.16)	Moderata	ind 2.1 in aumento e sopra 5%	0/2020
Puglia	19.88	10.83	434	15 (3.5%)	89	↑	↓	1.16 (CI: 0.97-1.37)	Moderata	0 allerte segnalate	0/2020
Sardegna	35.39	18.15	296	10 (34%)	40	↓	↑	0.79 (CI: 0.66-0.94)	Moderata	0 allerte segnalate	0/2020
Sicilia	11.03	6.00	298	44 (14.8%)	58	↑	↑	1.01 (CI: 0.81-1.26)	Moderata	0 allerte segnalate	0/2020
Toscana	34.28	16.39	610	87 (14.3%)	193	↓	↑	0.95 (CI: 0.82-1.09)	Moderata	0 allerte segnalate	0/2020
Umbria	28.17	13.29	117	30 (25.6%)	39	↓	↑	0.52 (CI: 0.36-0.71)	Bassa	0 allerte segnalate	0/2020
V.d'Aosta/N.d'Aoste	18.33	2.39	3	NA (NA%)	2	↓	↑	0.93 (CI: 0.35-1.6)	Bassa	- 0 allerte segnalate	0/2020

Conclusione /1

- In Italia si osserva un lento e progressivo peggioramento dell'epidemia di SARS-Cov-2, sebbene con un **andamento più contenuto rispetto a quello osservato in altri paesi europei**. Anche in questa settimana si rileva una trasmissonnione diffusa del virus su tutto il territorio nazionale, che provoca focolai anche di dimensioni rilevanti e spesso associati ad attività ricreative che comportano assembramenti e violazioni delle regole di distanziamento fisico sia sul territorio nazionale che all'estero.
- Nelle due ultime settimane si è osservato un aumento significativo dell'età media alla diagnosi. Questo è probabilmente dovuto ad una trasmissonnione dalla popolazione più giovane a quella più fragile o anziana, soprattutto all'interno della famiglia: Questo si riflette in un maggiore impegno dei servizi ospedalieri. Si raccomanda quindi di adottare tutte le opportune precauzioni anche in ambito familiare.
- Il numero di nuovi casi di infezione rimane nel complesso inferiore rispetto a quello di altri paesi europei, ma con un aumento da sette settimane consecutive. Il rispetto delle misure di prevenzione e della quarantena raccomandate dalle autorità sanitarie resta un elemento cruciale ed ineludibile per contrastare la diffusione dell'infezione. D'altro canto l'aumento delle capacità di offerta diagnostica deve essere accompagnato dal potenziamento dei servizi territoriali per la ricerca dei casi e la gestione dei contatti, inclusa la quarantena dei contatti stretti e l'isolamento immediato dei casi secondari. La riduzione nei tempi tra l'inizio della contagirosità e l'isolamento resta un elemento fondamentale per il controllo della diffusione dell'infezione.

Conclusione /2

- È quindi necessario mantenere elevata la resilienza dei servizi territoriali, continuare a rafforzare la consapevolezza e la compliance della popolazione al rispetto delle misure di controllo, realizzare la ricerca attiva ed accertamento diagnostico di potenziali casi, l'isolamento dei casi, la quarantena dei loro contatti stretti. Queste azioni sono fondamentali per controllare la trasmissione ed eventualmente identificare rapidamente e fronteggiare recrudescenze epidemiche.
- È essenziale mantenere elevata l'attenzione e continuare a rafforzare le attività di "contact tracing" (ricerca dei contatti) in modo da identificare precocemente tutti i potenziali focolai di trasmissione e continuare a controllare l'epidemia. Per questo rimane fondamentale mantenere una elevata consapevolezza della popolazione generale circa il peggioramento della situazione epidemiologica e sull'importanza di continuare a rispettare in modo rigoroso tutte le misure necessarie a ridurre il rischio di trasmissione quali l'igiene individuale, l'uso delle mascherine e il distanziamento fisico.

Conclusione /3

- Si ribadisce la necessità di rispettare i provvedimenti quarantenari e le altre misure raccomandate dalla autorità sanitarie sia per le persone che rientrano da paesi per i quali è prevista la quarantena, e sia a seguito di richiesta dell'autorità sanitaria essendo stati individuati come contatti stretti di un caso. Sebbene i servizi territoriali siano riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus, viene ripetutamente segnalato un carico di lavoro eccezionale che rischia di compromettere la tempestiva gestione dei contatti oltre che non assicurare le attività non-collegate a questa emergenza.
- La situazione descritta in questo report, relativa prevalentemente ad infezioni contratte tra fine agosto ed inizio di settembre 2020, conferma la presenza di importanti segnali di allerta legati ad un aumento della trasmissione locale. Al momento i dati confermano l'opportunità di mantenere le misure di prevenzione e controllo già adottate dalle Regioni/PPAA e essere pronti alla attivazione di ulteriori interventi in caso di evoluzione in ulteriore peggioramento.

Allegato 2

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

Monitoraggio Fase 2 Report settimanale

Report 18
Sintesi nazionale

Fonte dati: Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020).
Dati relativi alla settimana 7 settembre – 13 settembre 2020
(aggiornati al 15 settembre 2020)

Aggiornamento: 15 settembre 2020 - Periodo di riferimento: 7/9-13/9

Headline della settimana: COVID-19 in Italia viene trasmesso prevalentemente in contesti domiciliari e familiari con trasmissione del virus dalle fasce di età più giovanili a quelle più anziane. Si raccomanda di adottare precauzioni in particolare per proteggere le persone più fragili (anziani, persone con patologie preesistenti) in ambito familiare.

Punti chiave:

- Si riporta una analisi dei dati relativi al periodo 7-13 settembre 2020. Per i tempi che intercorrono tra l'esposizione al patogeno e lo sviluppo di sintomi e tra questi e la diagnosi e successiva notifica, verosimilmente molti dei casi notificati in questa settimana hanno contratto l'infezione tra la fine di agosto e l'inizio di settembre. Alcuni dei casi identificati tramite screening, tuttavia, potrebbero aver contratto l'infezione in periodi antecedenti.
- Si conferma un **aumento nei nuovi casi segnalati in Italia per la settima settimana consecutiva** con una incidenza cumulativa (dati flusso ISS) negli ultimi 14 gg (periodo 31/8-13/9) di **29,63 per 100 000 abitanti**. La maggior parte dei casi (81,9%) continua ad essere contratta sul territorio nazionale, con diminuzione dei casi importati da stato estero (10,8% dei nuovi casi diagnosticati nella settimana di monitoraggio). Nel 7,3% dei casi l'informazione non è indicata. È in diminuzione da due settimane la percentuale **casi importati da altra Regione/PA** (5,5% nella settimana corrente).
- Durante l'estate in Italia, come in Europa, si è verificata una **transizione epidemiologica** dell'epidemia da SARS-CoV-2 con una aumentata **circolazione del virus in un contesto di avanzata riapertura delle attività commerciali (inclusi luoghi di aggregazione) e di aumentata mobilità intra e inter nazionale in una popolazione più giovane**.
- Da tre settimane tuttavia si assiste ad un ulteriore cambiamento epidemiologico. **Si confermano i segnali rilevati la scorsa settimana di una maggiore trasmissione in ambito domiciliare/familiare con circolazione del virus anche tra persone con età più avanzata**. È infatti ancora in aumento l'età mediana dei casi diagnosticati (41 anni nella settimana di monitoraggio) ed il 35% dei nuovi casi diagnosticati nella settimana di monitoraggio ha un'età maggiore di 50 anni.
- Le dinamiche di trasmissione si mantengono estremamente fluide: si continuano ad osservare focolai associati ad attività ricreative (invariati rispetto alla scorsa settimana di monitoraggio) con un ulteriore aumento della trasmissione in ambito familiare/domestico (73,6% di tutti i focolai attivi nella settimana di monitoraggio per cui è indicato il contesto di probabile esposizione).
- A partire da giugno, probabilmente per effetto delle riaperture del 4 e 18 maggio e del 3 giugno, a livello nazionale si è notato un leggero ma costante incremento dell'indice di trasmissione nazionale (R_t) che ha superato la soglia di 1 intorno al 16 agosto 2020. Nel periodo 27 agosto al 9 settembre 2020 l' R_t calcolato sui casi sintomatici è pari a 0,92 (95%CI: 0,79 – 1,17), al di sotto di 1 nel suo valore medio dopo due settimane. Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell' R_t riportato si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/id/5477037).
- Bisogna tuttavia interpretare con cautela l'indice di trasmissione nazionale in questo particolare momento dell'epidemia. Infatti R_t calcolato sui casi sintomatici, pur rimanendo l'indicatore più affidabile a livello regionale e confrontabile nel tempo per il monitoraggio della trasmissibilità, potrebbe sottostimare leggermente la reale trasmissione del virus a livello nazionale. Pertanto l' R_t nazionale deve essere sempre interpretato tenendo anche in considerazione il dato di incidenza.
- Anche in questa settimana di monitoraggio sono stati diagnosticati nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 in tutte le Regioni/PPAA. Nella settimana di monitoraggio il **30,0% dei nuovi casi diagnosticati in Italia è stato identificato tramite attività di screening, mentre il 35,2% nell'ambito di attività di contact tracing**. I rimanenti casi sono stati identificati in quanto sintomatici (28,7%) o non è riportata la ragione dell'accertamento diagnostico (6,1%). Quindi, complessivamente, il 65,2% dei nuovi casi sono stati diagnosticati grazie alla intensa attività di screening e alla indagine dei casi con identificazione e monitoraggio dei contatti stretti.
- Il virus oggi circola in tutto il paese. Dieci Regioni/PPAA hanno riportato un aumento nel numero di casi diagnosticati rispetto alla settimana precedente (flusso ISS) che non può essere attribuito unicamente ad un aumento di casi importati da stato estero e/o da altra Regione. In quasi tutte le regioni/PPAA continua ad essere segnalato un numero elevato di nuovi casi e si osserva un trend sostanzialmente in aumento da diverse settimane. **Focolai sono riportati nella quasi totalità delle province (101/107) e tutte le Regioni/PA hanno riportato almeno un nuovo focolaio**

nella settimana di monitoraggio. Questo deve invitare alla cautela in quanto denota che nel Paese la circolazione di SARS-CoV-2 è sempre più rilevante. Rispetto al periodo 17 al 30 agosto 2020), in quasi tutte le Regioni si osserva un aumento del tasso di occupazione dei posti letto dedicati sia in area medica che in terapia intensiva. **A livello nazionale il tasso di occupazione in area medica è aumentato dall'2 al 4% mentre il tasso di occupazione in terapia intensiva dal 1 al 2%, con valori superiori al 5% per alcune regioni.** Sebbene, non siano ancora stati identificati segnali di sovraccarico dei servizi sanitari assistenziali, **la tendenza osservata potrebbe riflettersi a breve tempo in un maggiore impegno.** Si conferma, inoltre, l'importante e crescente impegno dei servizi territoriali (Dipartimenti di Prevenzione) per far sì che i focolai presenti siano prontamente identificati ed indagati.

Nella settimana di monitoraggio sono stati riportati complessivamente **2397 focolai attivi di cui 698 nuovi** (**la definizione adottata di focolaio prevede la individuazione di 2 o più casi positivi tra loro collegati**), entrambi in aumento per la settima settimana consecutiva (nella precedente settimana di monitoraggio erano stati segnalati 2280 focolai attivi di cui 691 nuovi). Questo comporta **un sempre maggiore impegno dei servizi territoriali nelle attività di ricerca dei contatti che sono riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus.**

Conclusioni:

In Italia si osserva un lento e progressivo peggioramento dell'epidemia di SARS-CoV-2, sebbene con un andamento più contenuto rispetto a quello osservato in altri paesi europei. Anche in questa settimana si rileva una trasmissione diffusa del virus su tutto il territorio nazionale, che provoca focolai anche di dimensioni rilevanti e spesso associati ad attività ricreative che comportano assembramenti e violazioni delle regole di distanziamento fisico sia sul territorio nazionale che all'estero.

Nelle due ultime settimane si è osservato un aumento significativo dell'età mediana alla diagnosi. Questo è probabilmente dovuto ad una trasmissione dalla popolazione più giovane a quella più fragile o anziana, soprattutto all'interno della famiglia: Questo si riflette in un maggiore impegno dei servizi ospedalieri. Si raccomanda quindi di adottare tutte le opportune precauzioni anche in ambito familiare.

Il numero di nuovi casi di infezione rimane nel complesso inferiore rispetto a quello di altri paesi europei, ma con un aumento da sette settimane consecutive. Il rispetto delle misure di prevenzione e della quarantena raccomandate dalle autorità sanitarie resta un elemento cruciale ed ineludibile per contrastare la diffusione dell'infezione. D'altro canto l'aumento delle capacità di offerta diagnostica deve essere accompagnato dal potenziamento dei servizi territoriali per la ricerca dei casi e la gestione dei contatti, inclusa la quarantena dei contatti stretti e l'isolamento immediato dei casi secondari. **La riduzione nei tempi tra l'inizio della contagiosità e l'isolamento resta un elemento fondamentale per il controllo della diffusione dell'infezione.**

E quindi necessario mantenere elevata la resilienza dei servizi territoriali, continuare a rafforzare la consapevolezza e la compliance della popolazione al rispetto delle misure di controllo, realizzare la ricerca attiva ed accertamento diagnostico di potenziali casi, l'isolamento dei casi, la quarantena dei loro contatti stretti. Queste azioni sono fondamentali per controllare la trasmissione ed eventualmente identificare rapidamente e fronteggiare recrudescenze epidemiche.

E' essenziale mantenere elevata l'attenzione e continuare a rafforzare le attività di "contact tracing" (ricerca dei contatti) in modo da identificare precocemente tutti i potenziali focolai di trasmissione e continuare a controllare l'epidemia. Per questo rimane fondamentale mantenere una elevata consapevolezza della popolazione generale circa il peggioramento della situazione epidemiologica e sull'importanza di continuare a rispettare in modo rigoroso tutte le misure necessarie a ridurre il rischio di trasmissione quali l'igiene individuale, l'uso delle mascherine e il distanziamento fisico.

Si ribadisce la necessità di rispettare i provvedimenti quarantenari e le altre misure raccomandate dalla autorità sanitarie sia per le persone che rientrano da paesi per i quali è prevista la quarantena, e sia a seguito di richiesta dell'autorità sanitaria essendo stati individuati come contatti stretti di un caso. Sebbene i servizi territoriali siano riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus, viene ripetutamente segnalato un carico di lavoro eccezionale che rischia di compromettere la tempestiva gestione dei contatti oltre che non assicurare le attività non-collegate a questa emergenza.

La situazione descritta in questo report, relativa prevalentemente ad infezioni contratte tra fine agosto ed inizio di settembre 2020, **conferma la presenza di importanti segnali di allerta legati ad un aumento della trasmissione locale.** Al momento i dati confermano l'opportunità di mantenere le misure di prevenzione e controllo già adottate dalle Regioni/PPAA e essere pronti alla attivazione di ulteriori interventi in caso di evoluzione in ulteriore peggioramento.

Si raccomanda alla popolazione di prestare particolare attenzione al rischio di contrarre l'infezione in situazioni di affollamento in cui si osserva un mancato rispetto delle misure raccomandate e durante periodi di permanenza in paesi o aree con una più alta circolazione virale. In questi casi, si raccomanda di prestare responsabilmente particolare attenzione alle norme comportamentali di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2, in particolare nei confronti di fasce di popolazione più vulnerabili.

Incidenza cumulativa per COVID-19 (per 100.000 ab) per Regione/PA, a 7 e 14gg, dati al 15 settembre 2020 relativi alla settimana 7/9-13/9

Regione/PA	Numero di casi totale	Incidenza cumulativa per 100.000 ab	Diagnosi ultimi 7 gg	Incidenza 7 gg per 100.000 ab	Diagnosi ultimi 14gg	Incidenza 14gg
Abruzzo	4030	308.63	108	8.27	244	18.69
Basilicata	583	104.68	47	8.44	90	16.16
Calabria	1665	86.51	70	3.64	197	10.24
Campania	8881	153.49	849	14.67	1708	29.52
Emilia-Romagna	33631	752.86	729	16.32	1534	34.34
Friuli-Venezia Giulia	4211	347.63	207	17.09	372	30.71
Lazio	13416	228.73	821	14.00	1716	29.26
Liguria	11952	774.53	517	33.50	947	61.37
Lombardia	103621	1025.55	1409	13.95	3183	31.50
Marche	7571	498.62	187	12.32	311	20.48
Molise	562	185.93	21	6.95	37	12.24
Piemonte	33988	782.89	502	11.56	898	20.68
Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen	3147	591.45	135	25.37	197	37.02
Provincia Autonoma di Trento	5518	1016.69	171	31.51	422	77.75
Puglia	6592	164.46	616	15.37	1056	26.35
Sardegna	2720	166.82	290	17.79	650	39.87
Sicilia	5343	107.54	460	9.26	928	18.68
Toscana	12958	348.08	607	16.31	1247	33.50
Umbria	2078	236.06	143	16.24	264	29.99
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1260	1003.98	13	10.36	16	12.75
Veneto	24996	509.32	848	17.28	1834	37.37
Italia	288723	479.25	8750	14.52	17851	29.63



2020

Epidemia COVID-19

Aggiornamento nazionale

15 settembre 2020 – ore 11:00

DATA PUBBLICAZIONE: 18 SETTEMBRE 2020

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

A cura di: Flavia Riccardo, Xanthi Andrianou, Antonino Bella, Martina Del Manso, Alberto Mateo Urdiales, Massimo Fabiani, Stefania Bellino, Stefano Boros, Fortunato (Paolo) D'Ancona, Maria Cristina Rota, Antonietta Filia, Ornella Punzo, Andrea Siddu, Matteo Spuri, Maria Fenicia Vescio, Corrado Di Benedetto, Marco Tallon, Alessandra Ciervo, Patrizio Pezzotti, Paola Stefanelli, Annalisa Pantosti per ISS;

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

e di: Antonia Petrucci (Abruzzo); Michele La Bianca (Basilicata); Anna Domenica Mignuoli (Calabria); Pietro Buono (Campania); Erika Massimiliani (Emilia-Romagna); Tolinda Gallo (Friuli Venezia Giulia); Francesco Vairo (Lazio); Camilla Sticchi (Liguria); Danilo Cereda (Lombardia); Lucia Di Furia (Marche); Francesco Sforza (Molise); Maria Grazia Zuccaro (P.A. Bolzano); Pier Paolo Benetollo (P.A. Trento); Chiara Pasqualini (Piemonte); Lucia Bisceglia (Puglia); Maria Antonietta Palmas (Sardegna); Salvatore Scondotto (Sicilia); Emanuela Balocchini (Toscana); Anna Tosti (Umbria); Mauro Ruffier (Valle D'Aosta); Filippo Da Re (Veneto).

Citare il documento come segue: Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 18 settembre 2020

EPIDEMIA COVID-19

Aggiornamento nazionale

15 settembre2020 – ore 11:00

Nota di lettura: Questo bollettino è prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ed integra dati microbiologici ed epidemiologici forniti dalle Regioni/PPAA e dal Laboratorio Nazionale di Riferimento per SARS-CoV-2 dell'ISS. I dati vengono raccolti attraverso una piattaforma web dedicata e riguardano tutti i casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori di riferimento regionali. I dati vengono aggiornati giornalmente da ciascuna Regione/PA anche se alcune informazioni possono richiedere qualche giorno per il loro inserimento e/o aggiornamento. Per questo motivo, potrebbe non esserci una completa concordanza con quanto riportato attraverso il flusso informativo del Ministero della Salute che riporta dati aggregati.

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

Il bollettino descrive, con grafici, mappe e tavelle la diffusione, nel tempo e nello spazio, dell'epidemia di COVID-19 in Italia. Fornisce, inoltre, una descrizione delle caratteristiche delle persone affette.

In evidenza

- Si conferma, **per la settima settimana consecutiva**, un aumento nei nuovi casi segnalati in Italia con una incidenza cumulativa negli ultimi 14 giorni (periodo 31/8-13/9) di 29,63 per 100 000 abitanti, in aumento dal periodo 6-19 luglio.
- **Il virus oggi circola in tutto il paese.** Dieci Regioni/PPAA hanno riportato un aumento nel numero di casi diagnosticati rispetto alla settimana precedente che non può essere attribuito unicamente ad un aumento di casi importati da stato estero e/o da altra Regione. In quasi tutte le regioni/PPAA continua ad essere segnalato un numero elevato di nuovi casi e si osserva un trend sostanzialmente in aumento da diverse settimane. Focolai sono riportati nella quasi totalità delle province (101/107) e tutte le Regioni/PA hanno riportato almeno un nuovo focolaio nella settimana tra il 7 e 13 settembre.
- **La maggior parte dei casi (71,3%) continua**, negli ultimi 14 giorni (periodo 31/8-13/9) **ad essere contratta sul territorio nazionale**, con diminuzione dei casi importati da stato estero (12,8% dei nuovi casi diagnosticati). Nel 7,4% dei casi l'informazione non è indicata. È in diminuzione da due settimane la percentuale casi importati da altra Regione/PA.
- Negli ultimi 14 giorni (periodo 31/8-13/9) il 33,7% dei nuovi casi diagnosticati in Italia è stato identificato tramite attività di screening, mentre il 33,4% nell'ambito di attività di contact tracing. I rimanenti casi sono stati identificati in quanto sintomatici (27,7%) o non è riportata la ragione dell'accertamento diagnostico (5,2%). Quindi, complessivamente, il 67,1% dei nuovi casi sono stati diagnosticati grazie alla intensa attività di screening e alla indagine dei casi con identificazione e monitoraggio dei contatti stretti. **Questo conferma l'importante e crescente impegno dei servizi territoriali per far sì che i focolai presenti siano prontamente identificati ed indagati.**
- **Nel periodo 27 agosto al 9 settembre 2020 l'Rt calcolato sui casi sintomatici è pari a 0,92 (95%CI: 0,79 – 1,17), al di sotto di 1 nel suo valore medio dopo due settimane.** Per dettagli sulle modalità di calcolo ed interpretazione dell'Rt riportato si rimanda all'approfondimento disponibile sul sito dell'Istituto Superiore di Sanità (https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUzg/content/id/5477037). Bisogna tuttavia interpretare con cautela l'indice di trasmissione nazionale in questo particolare momento dell'epidemia. Infatti, l'Rt calcolato sui casi sintomatici, pur rimanendo l'indicatore più affidabile a livello regionale e confrontabile nel tempo per il monitoraggio della trasmissibilità, potrebbe sottostimare leggermente la reale trasmissione del virus a livello nazionale. Pertanto, l'Rt nazionale deve essere sempre interpretato tenendo anche in considerazione il dato di incidenza.
- In Italia, come in Europa e globalmente, si è verificata una transizione epidemiologica dell'epidemia da SARS-CoV-2, con un forte abbassamento dell'età mediana della popolazione che contrae l'infezione. Tuttavia, **l'età mediana dei casi diagnosticati è di nuovo in aumento (40 anni negli ultimi 14 giorni (periodo 31/8-13/9)) ed il 33% dei nuovi casi diagnosticati ha un'età maggiore di 50 anni.**
- **Sebbene la circolazione nel periodo estivo sia avvenuta con maggiore frequenza nelle fasce di età più giovani, in un contesto di avanzata riapertura delle attività commerciali (inclusi luoghi di aggregazione) e di aumentata mobilità, ci sono ora segnali di una maggiore trasmissione sul territorio nazionale in ambito domiciliare/familiare con circolazione anche in persone con età più avanzata.**

Raccomandazioni

- La situazione descritta in questo report, relativa prevalentemente ad infezioni contratte nella prima decade di settembre 2020, conferma la presenza di importanti segnali di allerta legati ad un aumento della trasmissione locale. **Al momento i dati confermano l'opportunità di mantenere le misure di prevenzione e controllo già adottate dalle Regioni/PPAA e essere pronti alla attivazione di ulteriori interventi in caso di evoluzione in ulteriore peggioramento.**
- Il numero di nuovi casi di infezione rimane nel complesso inferiore rispetto a quello di altri paesi europei, ma con un aumento da sette settimane consecutive. **Il rispetto delle misure di prevenzione e della quarantena raccomandate dalle autorità sanitarie resta un elemento cruciale ed ineludibile per contrastare la diffusione dell'infezione.** D'altro canto, l'aumento delle capacità di offerta diagnostica deve essere accompagnato dal potenziamento dei servizi territoriali per la ricerca dei casi e la gestione dei contatti, inclusa la quarantena dei contatti stretti e l'isolamento immediato dei casi secondari. La riduzione nei tempi tra l'inizio della contagiosità e l'isolamento resta un elemento fondamentale per il controllo della diffusione dell'infezione.
- È necessario **mantenere elevata la resilienza dei servizi territoriali, continuare a rafforzare la consapevolezza e la compliance della popolazione al rispetto delle misure di controllo, realizzare la ricerca attiva ed accertamento diagnostico di potenziali casi, l'isolamento dei casi, la quarantena dei loro contatti stretti.** Queste azioni sono fondamentali per controllare la trasmissione ed eventualmente identificare rapidamente e fronteggiare recrudescenze epidemiche.
- È essenziale mantenere elevata l'attenzione e continuare a rafforzare le attività di "contact tracing" (ricerca dei contatti) in modo da identificare precocemente tutti i potenziali focolai di trasmissione e continuare a controllare l'epidemia. Per questo **rimane fondamentale mantenere una elevata consapevolezza della popolazione generale circa il peggioramento della situazione epidemiologica e sull'importanza di continuare a rispettare in modo rigoroso tutte le misure necessarie a ridurre il rischio di trasmissione quali l'igiene individuale, l'uso delle mascherine e il distanziamento fisico.**
- L'aumento dell'età dei casi diagnosticati nella settimana di monitoraggio riflette la trasmissione del virus dalle fasce di età più giovanili a quelle più anziane, soprattutto all'interno della famiglia. Si raccomanda quindi di **adottare tutte le opportune precauzioni anche in ambito familiare.**
- Si ribadisce la necessità di rispettare i provvedimenti quarantenari e le altre misure raccomandate dalla autorità sanitarie sia per le persone che rientrano da paesi per i quali è prevista la quarantena, e sia a seguito di richiesta dell'autorità sanitaria essendo stati individuati come contatti stretti di un caso. **Questo comporta un sempre maggiore impegno dei servizi territoriali nelle attività di ricerca dei contatti che sono riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus.**

La situazione nazionale nelle ultime due settimane (31 agosto - 13 settembre 2020)

- Durante il periodo 31 agosto - 13 settembre 2020, sono stati diagnosticati e segnalati 17.851 nuovi casi, di cui 41 deceduti (questo numero non include le persone decedute nel periodo con una diagnosi antecedente al 31 agosto).
- 494 (3%) casi si sono verificati in operatori sanitari.
- La maggior parte dei casi sono stati notificati dalla regione Lombardia (N=3.183) seguita dal Veneto (N=1.834), dal Lazio (N=1.716), dalla Campania (N=1.708), dall'Emilia-Romagna (N=1.534), e dalla Toscana (N=1.247) (**Figura 1**).

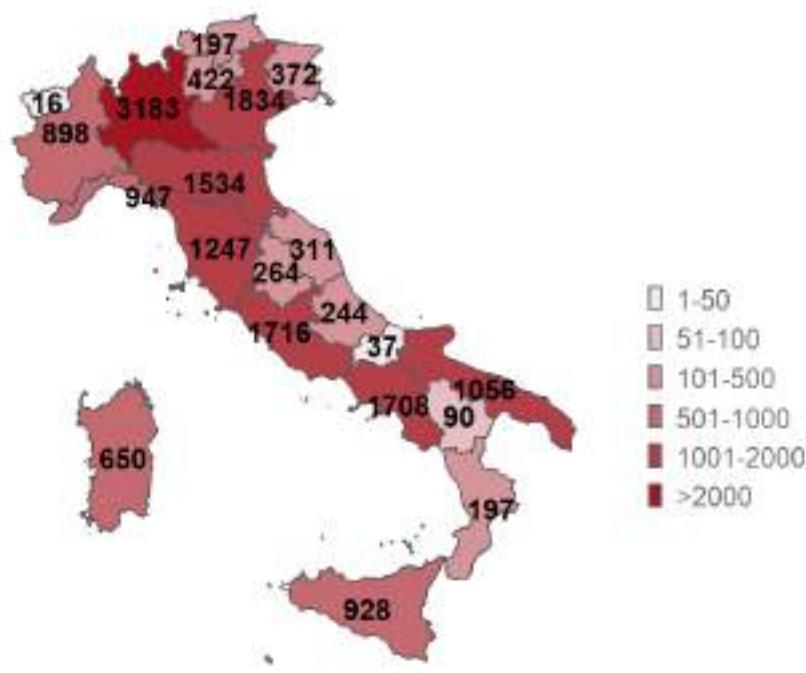


FIGURA 1 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/PA DI NOTIFICA.
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

- In **Figura 2** è riportata la curva epidemica per data di diagnosi/prelievo dei 17.851 casi diagnosticati tra il 31 agosto - 13 settembre (in verde) e per data di inizio sintomi dei 6.738 casi per cui la data è nota e compresa negli ultimi 30 giorni (in blu). Si evidenzia che per una piccolissima quota di casi, la data di inizio dei sintomi si può far risalire a molto tempo prima rispetto alla data di diagnosi. Questo lungo intervallo, verosimilmente, riflette l'identificazione attraverso attività di screening di casi attualmente non più sintomatici, ma che hanno riferito l'insorgenza dei sintomi settimane o mesi prima dell'effettuazione del tampone rino-oro faringeo. Si sottolinea comunque che per la maggior parte dei casi diagnosticati la data di inizio sintomi è recente e quindi tali persone si sono verosimilmente infettate a partire dall'inizio di settembre. La diminuzione nei giorni più recenti riflette verosimilmente un ritardo di notifica dei casi e non una reale diminuzione.

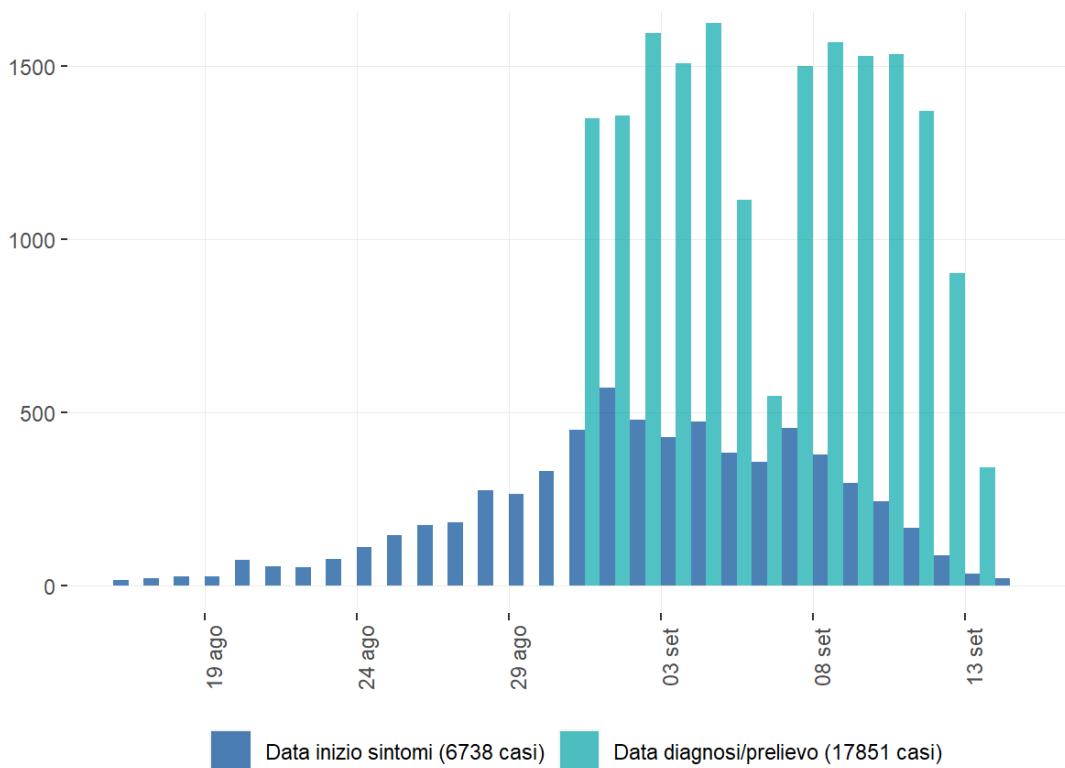


FIGURA 2 – CURVA EPIDEMICA PER DATA DI DIAGNOSI/PRELIEVO (VERDE) E DATA INIZIO SINTOMI (BLU) DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA.
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

- Nel 32,9% dei casi le persone segnalate al sistema di sorveglianza nelle ultime due settimane hanno un'età superiore a 50 anni e il 12,8% ha meno di 19 anni (Età mediana 40 anni (0-107aa); il 52,1% dei casi sono di sesso maschile (**Figura 3** e **Figura 4**).

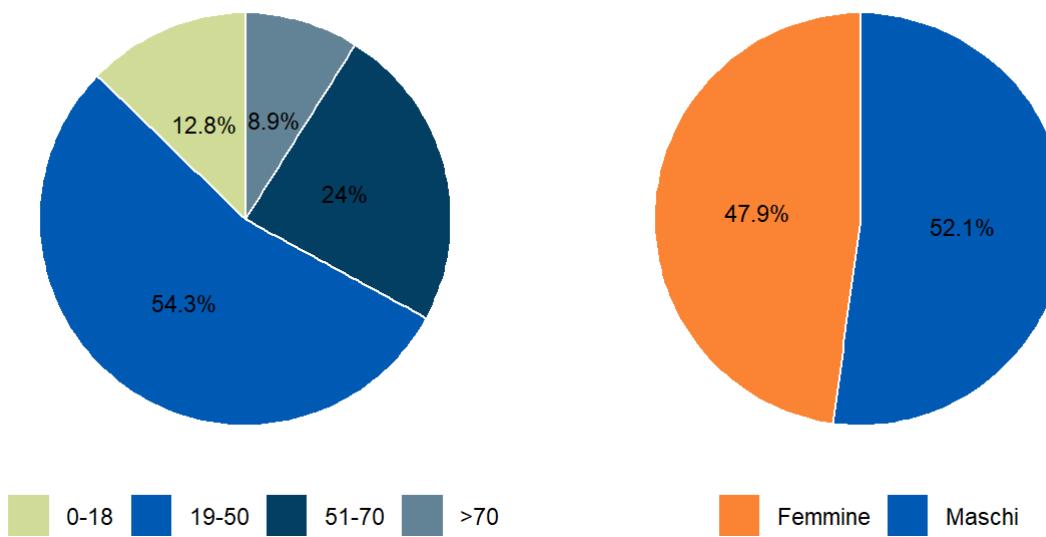


FIGURA 3 - DISTRIBUZIONE PER ETÀ DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

FIGURA 4 - DISTRIBUZIONE PER SESSO DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

- La **Figura 5** mostra la distribuzione dei nuovi casi per comune di domicilio/residenza riportati al Sistema di Sorveglianza Nazionale Covid-19. Nella mappa sono riportati 17.070 casi rispetto ai 17.851 segnalati nel periodo dal 31 agosto - 13 settembre 2020 (551 casi sono stati esclusi poiché non è nota l'informazione sul domicilio/residenza e 230 casi hanno un domicilio/residenza fuori dalla regione di diagnosi). I casi sono distribuiti in 2.588 comuni. Si osserva una importante diffusione sul territorio nazionale di nuovi casi di infezione con almeno 1 caso segnalato in tutte le Regioni/PPAA.

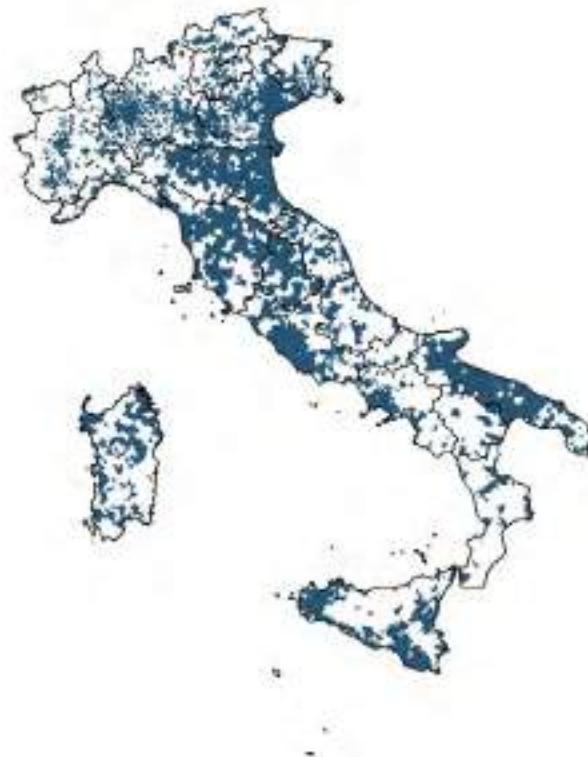


FIGURA 5 - CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER COMUNE DI DOMICILIO/RESIDENZA (COMUNI CON ALMENO UN CASO).
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

- La **Tabella 1** e la **Tabella 2** riportano rispettivamente il motivo per cui i casi sono stati sottoposti a test diagnostico e il luogo di origine dell'infezione.

TABELLA 1 - DISTRIBUZIONE DEL MOTIVO PER CUI I I CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA SONO STATI TESTATI
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

Motivo del test	Casi	
	N	%
Screening	6.009	33.7
Contact tracing	5.961	33.4
Paziente con sintomi	4.947	27.7
Non noto	934	5.2
Totale	17.851	

TABELLA 2 - DISTRIBUZIONE DELL'ORIGINE DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA.
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

Origine dei casi	Casi	
	N	%
Autoctoni	12.720	71.3
Importati dall'estero	2.279	12.8
Provenienti da regione diversa da quella di notifica	1.524	8.5
Non noto	1.328	7.4
Totale	17.851	

La situazione delle regioni nelle ultime due settimane (31 agosto - 13 settembre 2020)

- La **Tabella 3** riporta il numero dei casi totali dall'inizio dell'epidemia, l'incidenza cumulativa (per 100.000 abitanti), il numero di casi e l'incidenza nell'ultima settimana (7 - 13 settembre 2020) e negli ultimi 14 giorni (31 agosto - 13 settembre 2020) per Regione/PA e per l'Italia. La distribuzione dei casi nelle ultime due settimane non è uniforme nelle regioni. La PA di Trento riporta la maggiore incidenza con 77,75 casi per 100.000 abitanti, mentre per la Calabria il valore minimo è pari a 10,24 casi per 100.000 abitanti. Dieci regioni (PA di Trento, Liguria, Sardegna, Veneto, PA di Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia e Friuli-Venezia Giulia) riportano un'incidenza pari o superiore a 30 casi per 100.000 abitanti (**Figura 6, Tabella 3**).

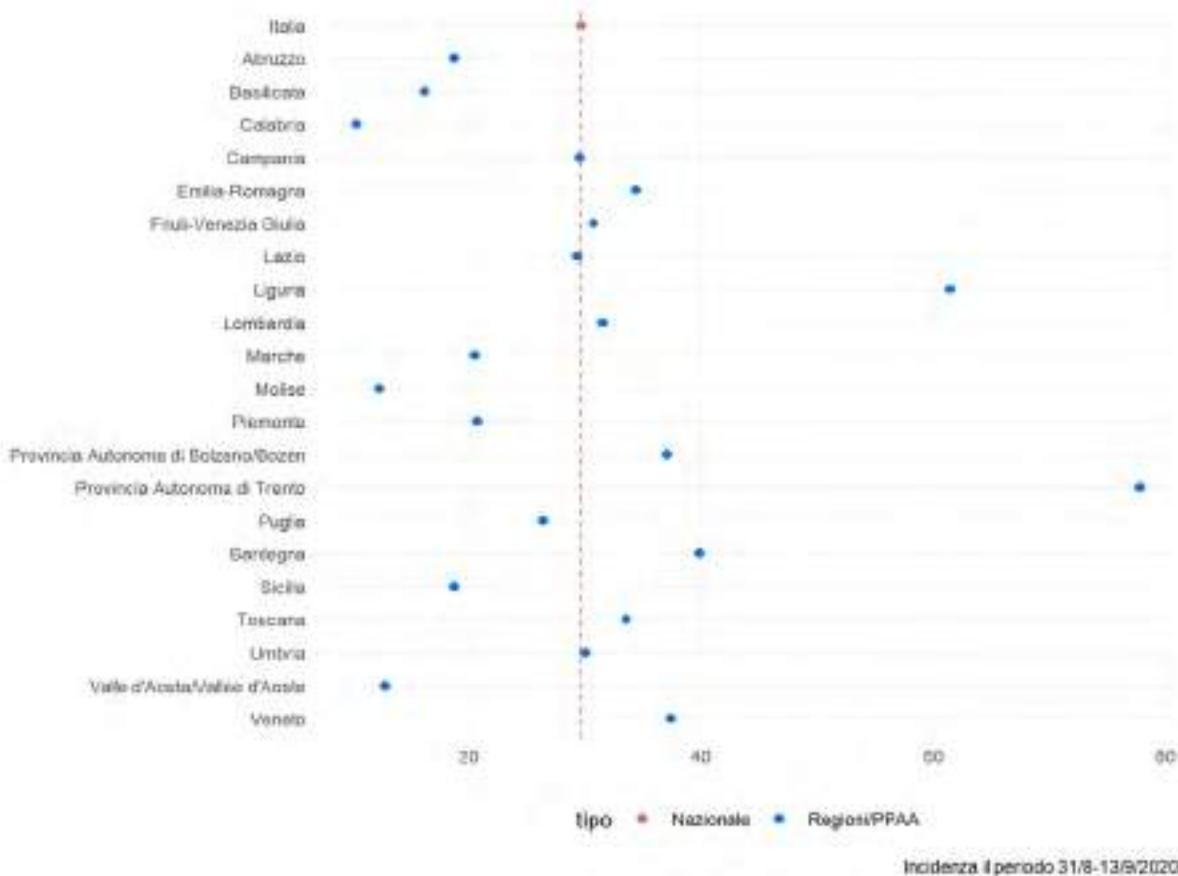


FIGURA 6 - NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE.
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

TABELLA 3 - NUMERO ASSOLUTO E INCIDENZA CUMULATIVA (PER 100,000 AB) DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE/PA.
PERIODO: 31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020

REGIONE/PA	NUMERO DI CASI TOTALE	INCIDENZA CUMULATIVA (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 6-13/9	INCIDENZA 7GG (PER 100.000 AB)	N. CASI TRA IL 31/8 - 13/9	INCIDENZA 14GG (PER 100.000 AB)
Abruzzo	4.030	308,63	108	8,27	244	18,69
Basilicata	583	104,68	47	8,44	90	16,16
Calabria	1.665	86,51	70	3,64	197	10,24
Campania	8.881	153,49	849	14,67	1.708	29,52
Emilia-Romagna	33.631	752,86	729	16,32	1.534	34,34
Friuli Venezia Giulia	4.211	347,63	207	17,09	372	30,71
Lazio	13.416	228,73	821	14	1.716	29,26
Liguria	11.952	774,53	517	33,5	947	61,37
Lombardia	103.621	1.025,55	1.409	13,95	3.183	31,5
Marche	7.571	498,62	187	12,32	311	20,48
Molise	562	185,93	21	6,95	37	12,24
Piemonte	33.988	782,89	502	11,56	898	20,68
PA Bolzano	3.147	591,45	135	25,37	197	37,02
PA Trento	5.518	1.016,69	171	31,51	422	77,75
Puglia	6.592	164,46	616	15,37	1.056	26,35
Sardegna	2.720	166,82	290	17,79	650	39,87
Sicilia	5.343	107,54	460	9,26	928	18,68
Toscana	12.958	348,08	607	16,31	1.247	33,5
Umbria	2.078	236,06	143	16,24	264	29,99
Valle d'Aosta	1.260	1.003,98	13	10,36	16	12,75
Veneto	24.996	509,32	848	17,28	1.834	37,37
ITALIA	288.723	479,25	8.750	14,52	17.851	29,63

- In **Figura 7** è riportato il confronto tra l'incidenza (per 100.000 abitanti) delle ultime due settimane (**31 agosto - 13 settembre 2020**) e quella osservata nelle due settimane precedenti (**17 - 30 agosto 2020**). Il verso e il colore della freccia indicano aumenti (rosso) o diminuzione (blu). Si osserva una riduzione dell'incidenza in Calabria, nel Lazio e in Valle d'Aosta. In tutte le altre regioni il numero di casi (per 100.000 abitanti) è in aumento e in modo più marcato in Liguria e nella PA di Trento.

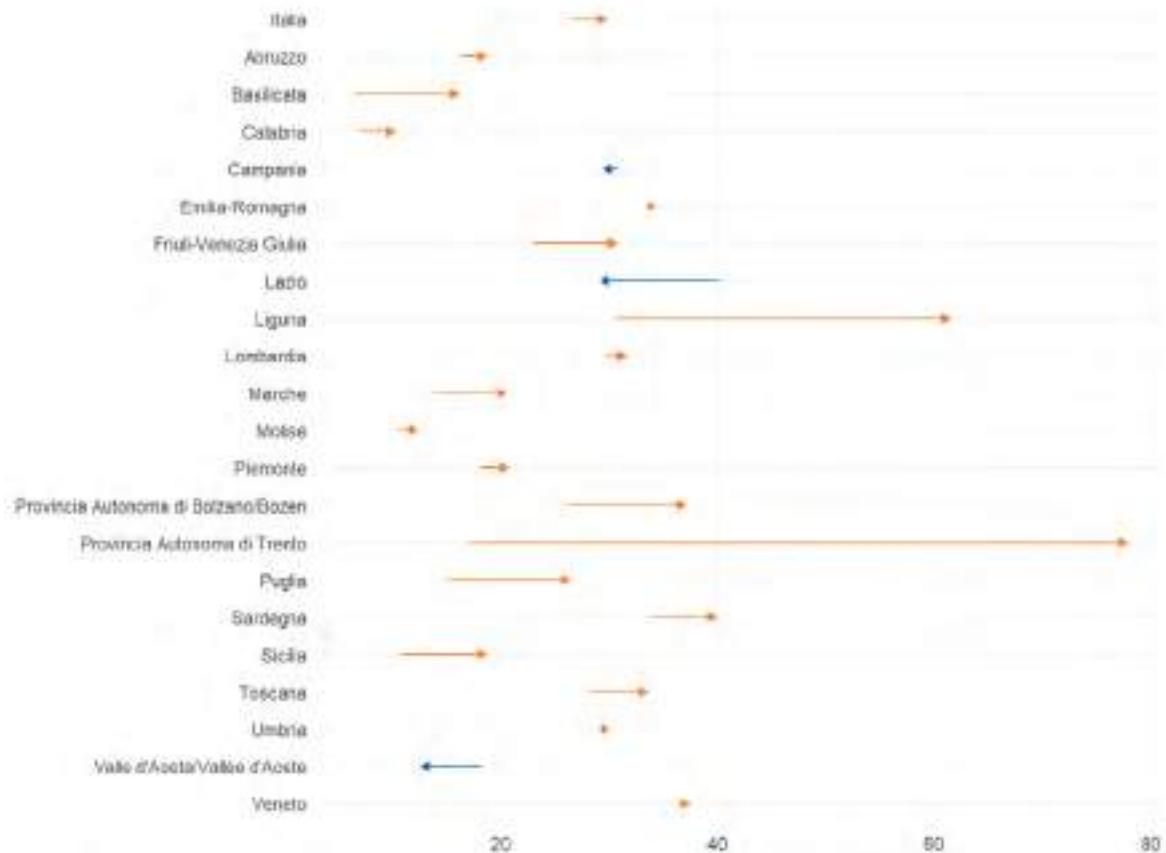


FIGURA 7 – CONFRONTO TRA IL NUMERO CASI DI COVID-19 (PER 100.000 AB) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER REGIONE NEL PERIODO (31 AGOSTO - 13 SETTEMBRE 2020) E (17 - 30 AGOSTO 2020)

- In **Figura 8** viene riportata la stima del numero di riproduzione netto Rt medio in un periodo di 14 giorni basato sulla data di inizio sintomi (Rtmedio14gg). L'indice di trasmissione nazionale (Rtmedio14gg) calcolato al 15 settembre 2020 sui casi sintomatici e riferito al periodo 27 agosto – 9 settembre 2020, è pari a **0,92** (95% CI: 0.79 – 1.17).
- In diverse Regioni l'Rt presenta valori intorno o superiori ad 1 ma con intervalli di confidenza che non superano 1 nel loro intervallo inferiore. Si sottolinea che quando il numero di casi è molto piccolo, alcune Regioni/PPAA possono presentare temporaneamente stime con valore medio $Rt > 1$ a causa di piccoli focolai locali che incidono sul totale dei casi, senza che questo rappresenti necessariamente un elemento preoccupante.

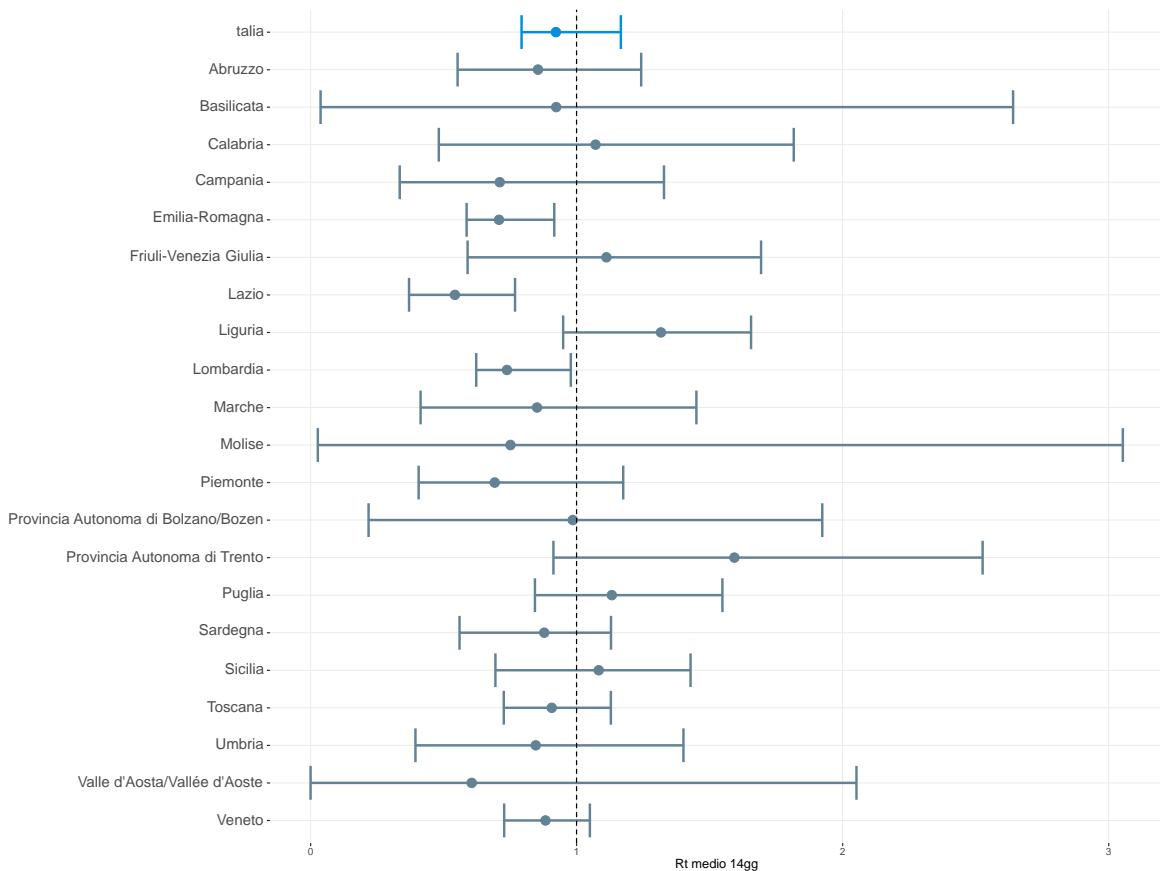


FIGURA 8 - STIMA RIEPILOGATIVA DELL'RTMEDIO14GG PER REGIONE BASATO SU INIZIO SINTOMI DAL 27 AGOSTO – 9 SETTEMBRE, CALCOLATO IL 15/09/2020

- Nelle ultime due settimane, al netto dei casi asintomatici che non rientrano nel calcolo dell'Rt, si osserva una diminuzione dell'indice di trasmissione nazionale Rt, al di sotto del valore soglia, anche se lo supera nel suo limite superiore, che sta ad indicare una lieve diminuzione della trasmissione del virus nel nostro paese. **Figura 9.**

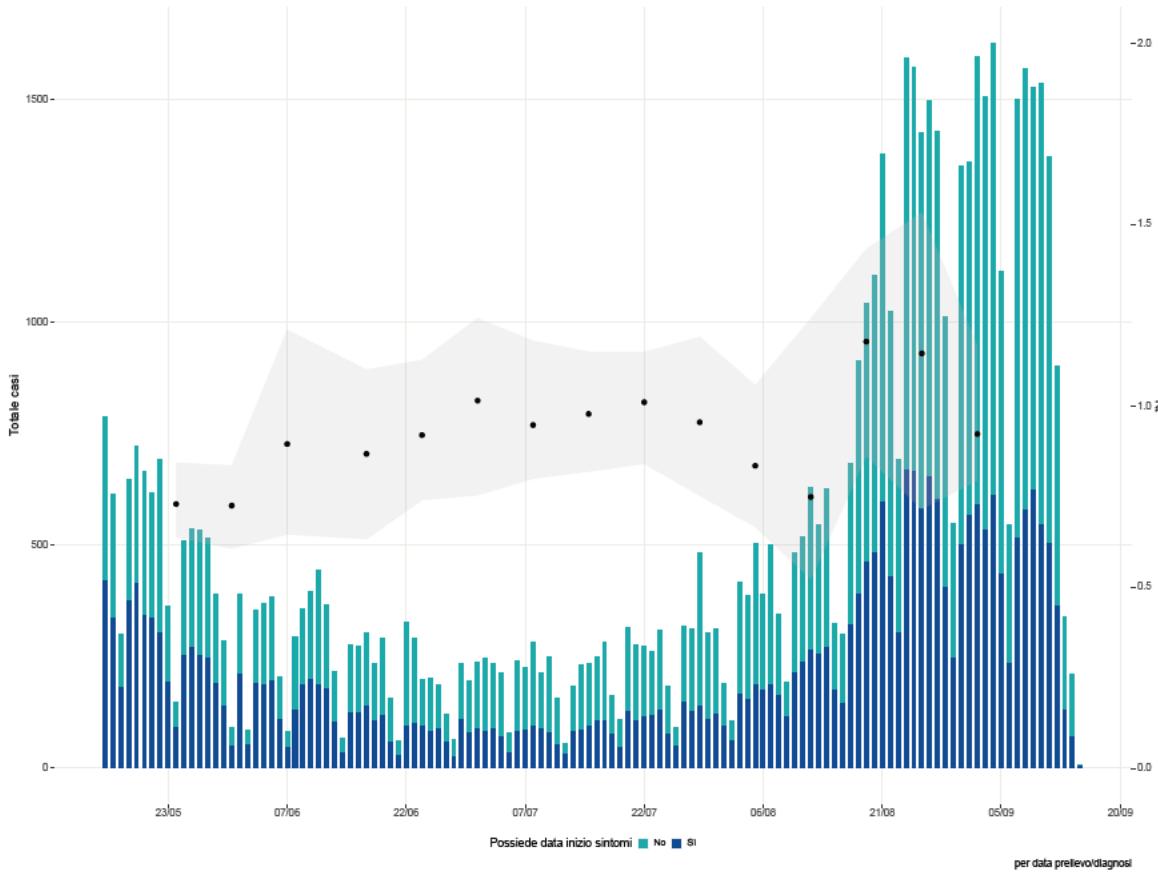


FIGURA 9 - STIMA DELL'R_TMEDIO 14GG CALCOLATO IL 15/09/2020 E NUMERO DI CASI PER DATA PRELIEVO/DIAGNOSI DISTINTI PER PRESENZA O ASSENZA DELLA DATA DI INIZIO SINTOMI.

- Queste considerazioni assieme ad altri indicatori ci permettono inoltre di affermare che, sebbene il numero di casi riportato giornalmente sia numericamente simile a quanto riportato alla fine di febbraio 2020, la situazione epidemiologica è notevolmente cambiata. Questo dato, letto assieme al dato sul numero di nuovi casi diagnosticati ogni giorno, suggerisce che il grande lavoro svolto dai servizi territoriali ha per il momento contenuto la diffusione del virus sul nostro territorio. La maggior parte dei casi è identificato attraverso screening di popolazione e ricerca dei contatti con identificazione dei focolai e rapida realizzazione di misure di isolamento e quarantena. Anche se al momento i servizi territoriali sono ancora in grado di far fronte alle attività associate al contact tracing, un ulteriore aumento dei casi diagnosticati potrebbe mettere i servizi territoriali a rischio di un sovraccarico.

La situazione nazionale dall'inizio dell'epidemia (al 15 settembre2020)

Dall'inizio dell'epidemia alle ore 11 del 15 settembre2020, sono stati riportati al sistema di sorveglianza 288.723 casi di COVID-19 diagnosticati in Italia dai laboratori di riferimento regionale come positivi per SARS-CoV-2 (10.130 casi in più rispetto all'8 settembre 2020) e 35.641 decessi (72 decessi in più rispetto all'8 settembre).

- La **Figura 10** mostra l'andamento del numero di casi di COVID-19 segnalati in Italia per data di prelievo/diagnosi (disponibile per 288.315/288.723 casi). Dopo un lungo periodo con un trend in discesa, la curva epidemica mostra nelle ultime settimane un aumento

nel numero di nuovi casi diagnosticati anche se con piccole variazioni giornaliere, con valori più bassi nei fine settimana. Si ricorda che le diagnosi più recenti potrebbero essere sottostimate a causa di un ritardo nella notifica, particolarmente negli ultimi 5 giorni (box grigio).

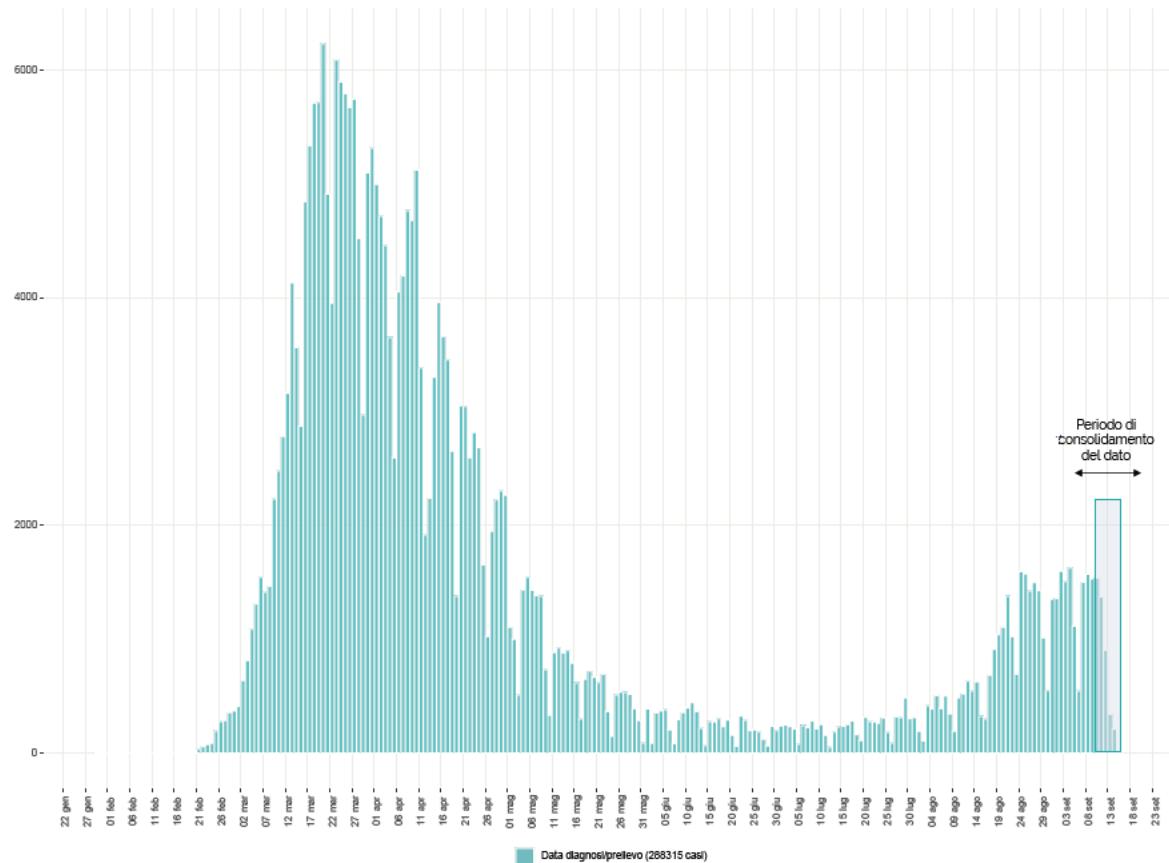


FIGURA 10 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA PRELIEVO/DIAGNOsi (N=288.315).

Nota: i dati più recenti devono essere considerati provvisori (vedere soprattutto riquadro grigio)

- La **Figura 11** mostra la distribuzione dei casi per data inizio dei sintomi. La data di inizio sintomi è al momento disponibile per 201.845/288.723 casi segnalati. Lo scarto tra il numero di casi segnalati e quello di casi per i quali è disponibile la data di inizio dei sintomi può essere dovuto al fatto che una parte dei casi diagnosticati è asintomatica e/o dal consolidamento del dato ancora in corso. L'andamento osservato è simile a quello per data di prelievo/diagnosi ma è chiaramente in anticipo con casi che hanno riportato sintomi già da fine gennaio.

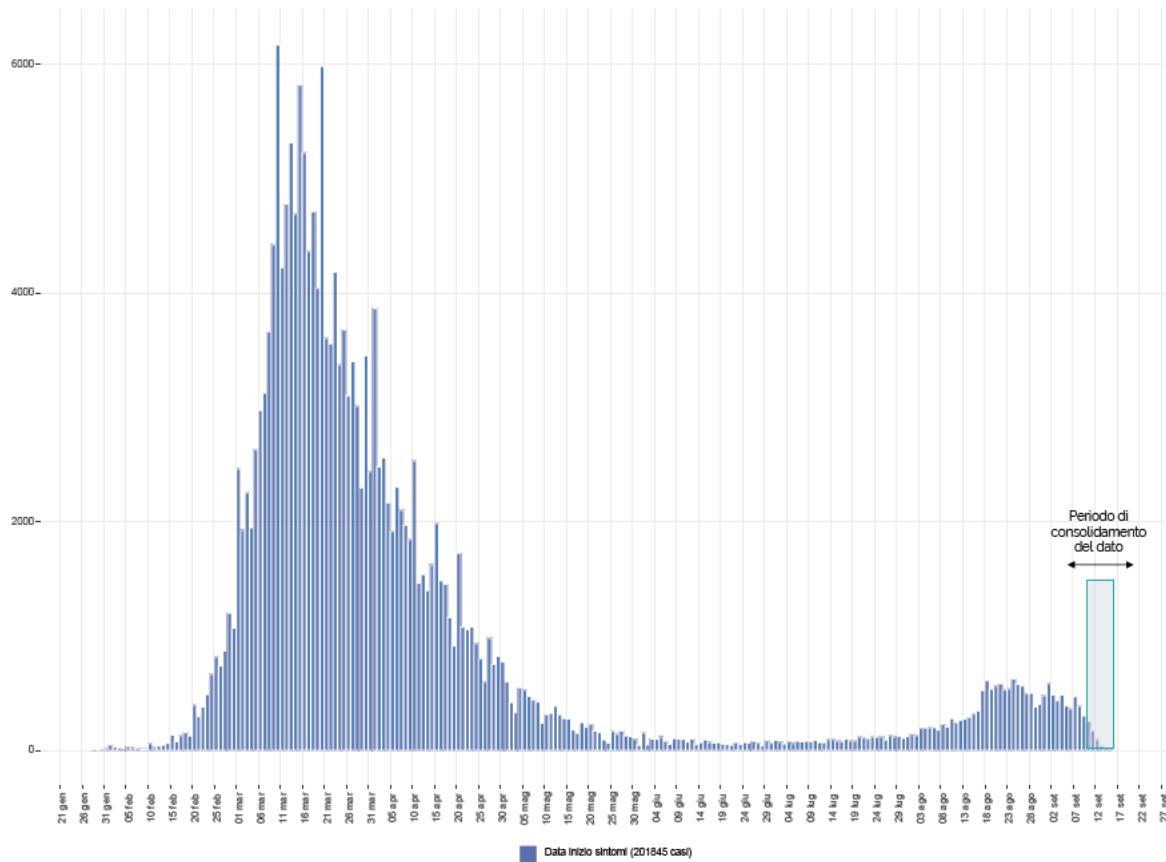


FIGURA 11 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA INIZIO SINTOMI (N=201.845).

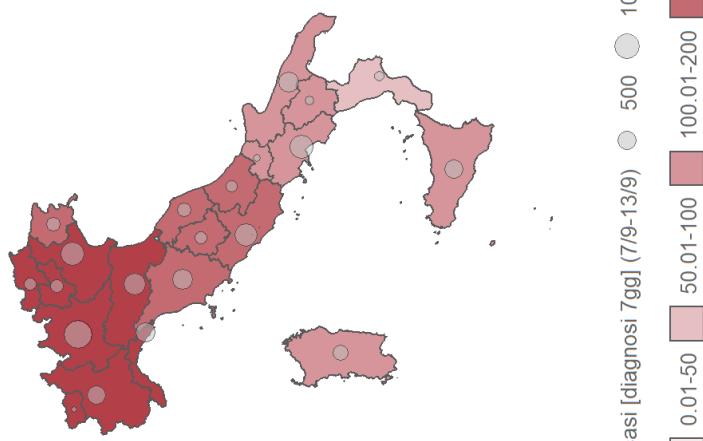
Note: i dati più recenti devono essere considerati provvisori sia per il ritardo di notifica sia perché casi non ancora diagnosticati riporteranno in parte la data di inizio sintomi nei giorni del riquadro grigio.

- La **Tabella 4** riporta il tempo mediano trascorso tra la data di insorgenza dei primi sintomi e la data di diagnosi (dato disponibile per 201.653 casi) per intervalli di tempo con lo stesso tempo mediano. Da metà giugno a fine agosto si osserva una riduzione del tempo mediano intercorso tra inizio dei sintomi e prelievo/diagnosi. Dal 28 agosto si osserva un lieve aumento del tempo mediano che sale da 2 a 3 giorni.
-

TABELLA 4 - DISTRIBUZIONE DEI CASI PER TEMPO MEDIANO INTERCORSO TRA DATA INIZIO DEI SINTOMI E PRELIEVO/DIAGNOSI (N=201.653).

Periodo di prelievo/diagnosi		N. casi	Tempo mediano (gg)
dal	al		
20/02/2020	10/03/2020	13.109	4
11/03/2020	20/03/2020	38.213	5
21/03/2020	30/03/2020	42.085	6
31/03/2020	09/04/2020	33.204	5
10/04/2020	19/04/2020	21.186	4
20/04/2020	29/05/2020	30.915	5
30/05/2020	08/06/2020	1.308	4
09/06/2020	18/06/2020	1.381	5
19/06/2020	27/08/2020	12.186	2
28/08/2020	15/09/2020	8.066	3

**FIGURA 12 – INCIDENZA (PER 100.000 ABITANTI) E NUMERO DI CASI COVID-19
 DIAGNOSTICATI IN ITALIA (N=288.723) NELLA SETTIMANA 7 - 13 SETTEMBRE 2020
 (N=8.750), PER REGIONE/PA DI DIAGNOSI**



**TABELLA 5 - DISTRIBUZIONE DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA
 PER REGIONE/PA DI DIAGNOSI (N=288.723) DALL'INIZIO DELL'EPIDEMIA**

Regione/PA	N. Casi	% sul totale	Incidenza cumulativa per 100.000
Lombardia	103.621	35,9%	1025,55
PA di Trento	5.518	1,9%	1016,69
Valle d'Aosta	1.260	0,4%	1003,98
Piemonte	33.988	11,8%	782,89
Liguria	11.952	4,1%	774,53
Emilia-Romagna	33.631	11,6%	752,86
PA di Bolzano	3.147	1,1%	591,45
Veneto	24.996	8,7%	509,32
Marche	7.571	2,6%	498,62
Toscana	12.958	4,5%	348,08
Friuli Venezia Giulia	4.211	1,5%	347,63
Abruzzo	4.030	1,4%	308,63
Umbria	2.078	0,7%	236,06
Lazio	13.416	4,6%	228,73
Molise	562	0,2%	185,93
Sardegna	2.720	0,9%	166,82
Puglia	6.592	2,3%	164,46
Campania	8.881	3,1%	153,49
Sicilia	5.343	1,9%	107,54
Basilicata	583	0,2%	104,68
Calabria	1.665	0,6%	86,51

- La **Figura 12** mostra i dati di incidenza (per 100.000 abitanti) dei casi confermati di COVID-19 (n=288.723) e il numero di casi diagnosticati nella settimana dal 7 - 13 settembre 2020 (n=8.750), per Regione/P.A. di diagnosi.
- La **Tavella 5** riporta in dettaglio il numero dei casi cumulativi ed il tasso di incidenza per 100.000 abitanti per regione/PA. I casi sono stati diagnosticati soprattutto nel Centro-Nord Italia, in particolare in Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto, Lazio, Toscana e Liguria (l'81% del totale nazionale). Campania, Marche, Puglia, PA di Trento e Sicilia hanno riportato tra 5.000 e 10.000 casi; Molise e Basilicata meno di 1.000 casi ciascuna. Si sottolinea che, a causa della numerosità della popolazione, la PA di Trento e la regione Valle d'Aosta pur riportando un numero meno consistente di casi presentano una incidenza cumulativa (numero di casi totali segnalati/popolazione residente) particolarmente elevata, con valori simili a quelli riportati dalla Lombardia.
- L'età mediana dei casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 segnalati dall'inizio dell'epidemia è di 57 anni (range 0-109). La **Figura 13** mostra l'andamento dell'età mediana per settimana di diagnosi; si osserva, a partire dalla fine di aprile, un chiaro trend in diminuzione con l'età mediana che passa da oltre 60 anni nei primi due mesi dell'epidemia fino a circa 30 anni nella settimana centrale di agosto. Nelle ultime tre settimane si osserva un nuovo importante aumento dell'età mediana che raggiunge i 40 anni.

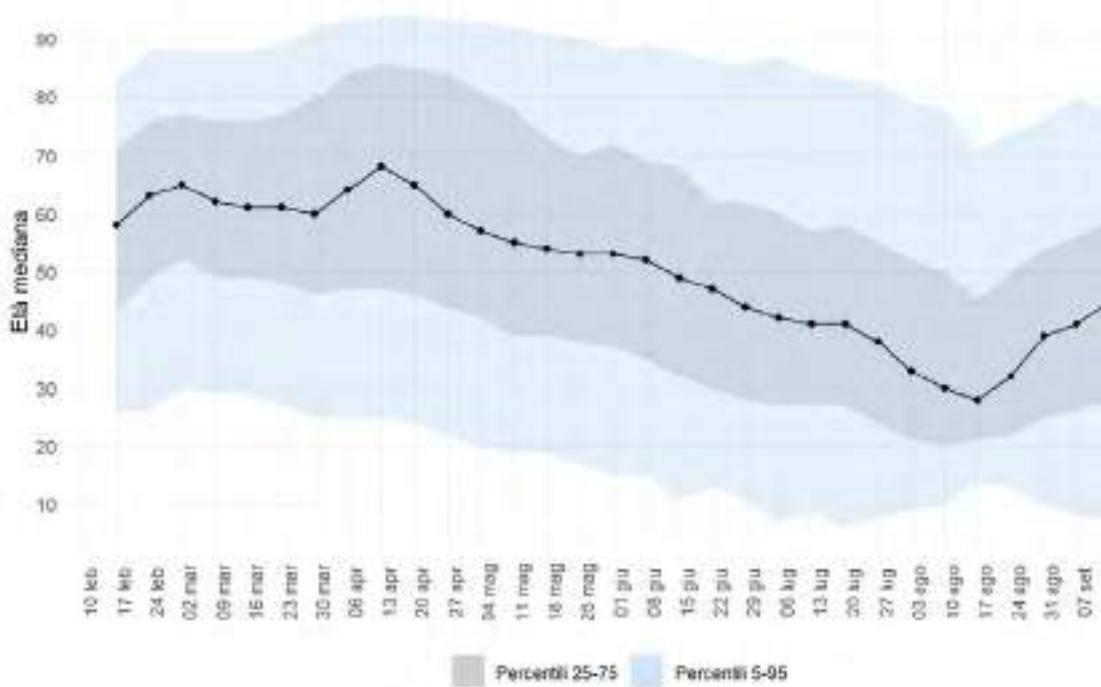


FIGURA 13 – ETÀ MEDIANA DEI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI

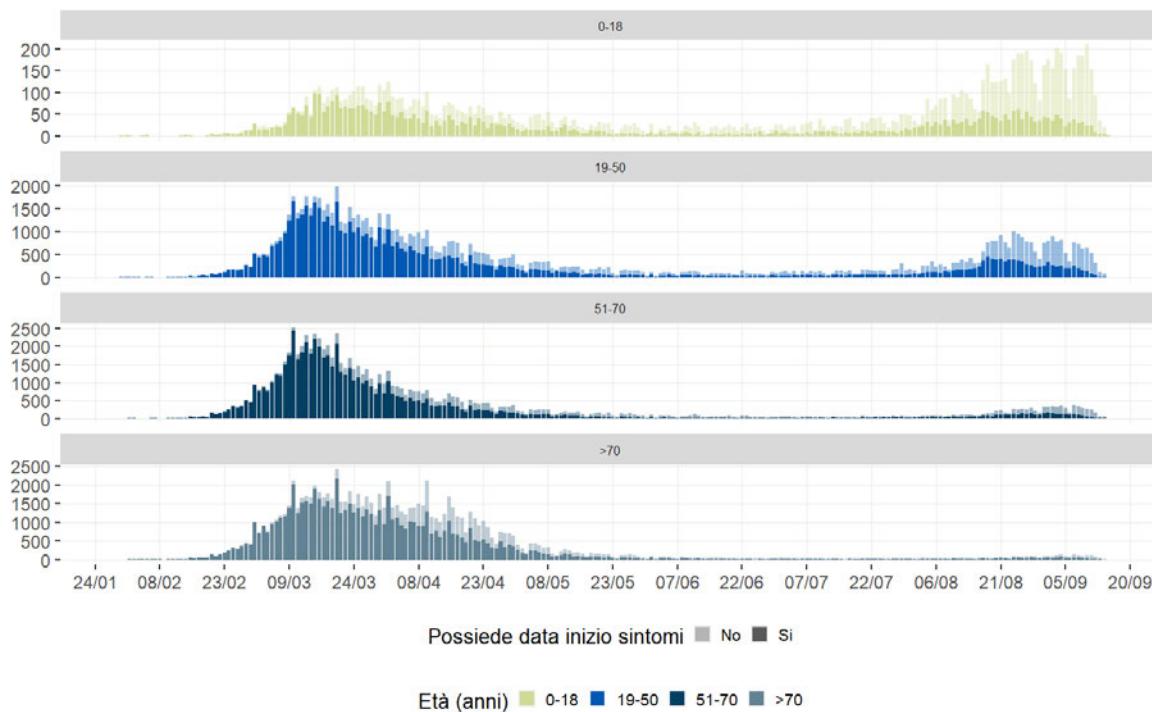


FIGURA 14 – CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA INIZIO SINTOMI (O PRELIEVO/DIAGNOSI) PER CLASSE DI ETÀ

- La **Figura 14** mostra l'andamento dei casi (per data inizio sintomi o data prelievo/diagnosi se non disponibile la data inizio sintomi) per classe di età. Si osserva che a partire dall'inizio di maggio si è verificata una diminuzione importante del numero di casi in tutte le fasce di età ma con un decremento più marcato nei soggetti di età maggiore di 50 anni. Nelle ultime settimane si evidenzia un considerevole incremento dei casi nella fascia di età 0-18 e 19-50 anni di cui molti asintomatici. Nelle ultime due settimane di agosto si inizia ad osservare di nuovo un aumento dei casi anche nelle persone >50 anni con una quota di asintomatici molto più piccola.
- La **Figura 15** mostra la percentuale di casi per sesso nel tempo. Complessivamente si è riscontrato un numero maggiore di casi in persone di sesso femminile (52,7%), anche se nella fase iniziale dell'epidemia il numero di casi diagnosticati in persone di sesso maschile era superiore.
- La **Figura 16** mostra la variazione nel tempo del numero assoluto e della proporzione di casi confermati di Covid-19 per nazionalità (italiana/non italiana) e luogo (Italia/Esteri) di acquisizione della malattia. Sebbene la maggior parte dei casi segnalati sia sempre contratta localmente, a partire dalla metà di giugno, è aumentato il numero di nuovi casi di infezione da virus SARS-CoV-2 importati da uno stato estero. L'incremento è verosimilmente legato all'aumento della mobilità in seguito alla sospensione delle misure di lock-down in diversi paesi. In particolare, nel mese di agosto 2020 sono stati segnalati 2.999 (13,2%) casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in cittadini italiani di ritorno da un viaggio all'estero (9,1% invece la proporzione di casi tra i cittadini stranieri con infezione contratta all'estero). Nelle prime due settimane di settembre sono stati 641 (4%) i casi tra i cittadini italiani con infezione contratta fuori dal territorio nazionale e 8,4% tra cittadini stranieri (dato soggetto ad aggiornamento in base

alle indagini epidemiologiche in corso). Quindi, nel mese di agosto il 77,7% dei nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 segnalati è stato contratto localmente e questa percentuale è salita all'87,6% nelle prime due settimane di settembre, il che indica una persistente ed ampia diffusione del patogeno sul territorio nazionale.

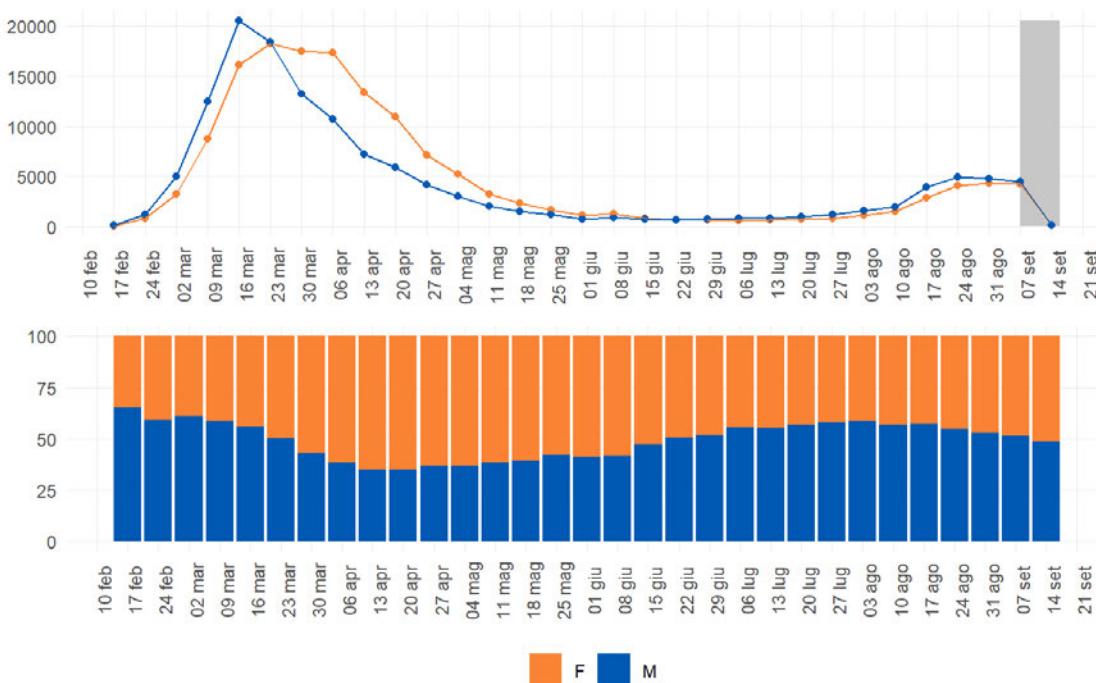


FIGURA 15 – PERCENTUALE DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SESSO E SETTIMANA DI DIAGNOSI

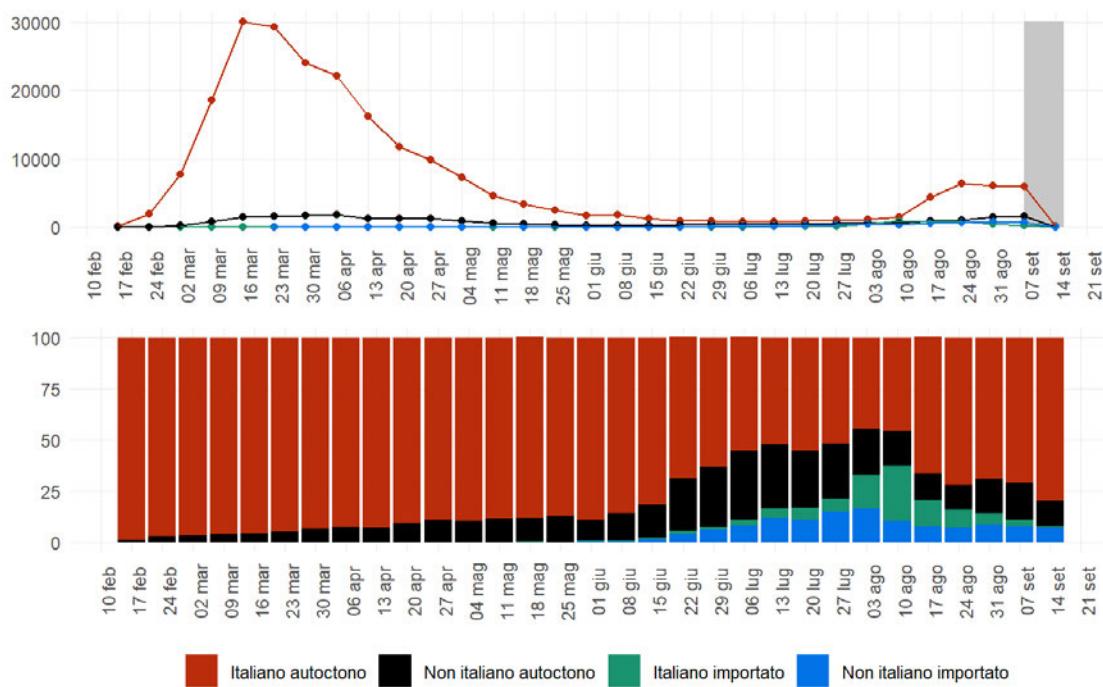


FIGURA 16 – NUMERO E PERCENTUALE DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI, PER NAZIONALITÀ E PER LUOGO DI ESPOSIZIONE

- La **Figura 17** mostra il cambiamento nel tempo del quadro clinico riportato al momento della diagnosi dei casi confermati di Covid-19. Mentre nelle prime settimane dell'epidemia c'era una maggiore percentuale di casi severi, critici e di casi già deceduti al momento della diagnosi (diagnosticati mediante tamponi effettuati *post-mortem*), con il passare del tempo, si evidenzia, in percentuale, un netto incremento dei casi asintomatici o pauci-sintomatici e una marcata riduzione dei casi severi e dei decessi. La percentuale degli asintomatici rispetto al totale dei casi diagnosticati nelle ultime 5 settimane sembra esser costante, mentre è in leggero aumento la percentuale dei casi con stato clinico severo al momento della diagnosi.

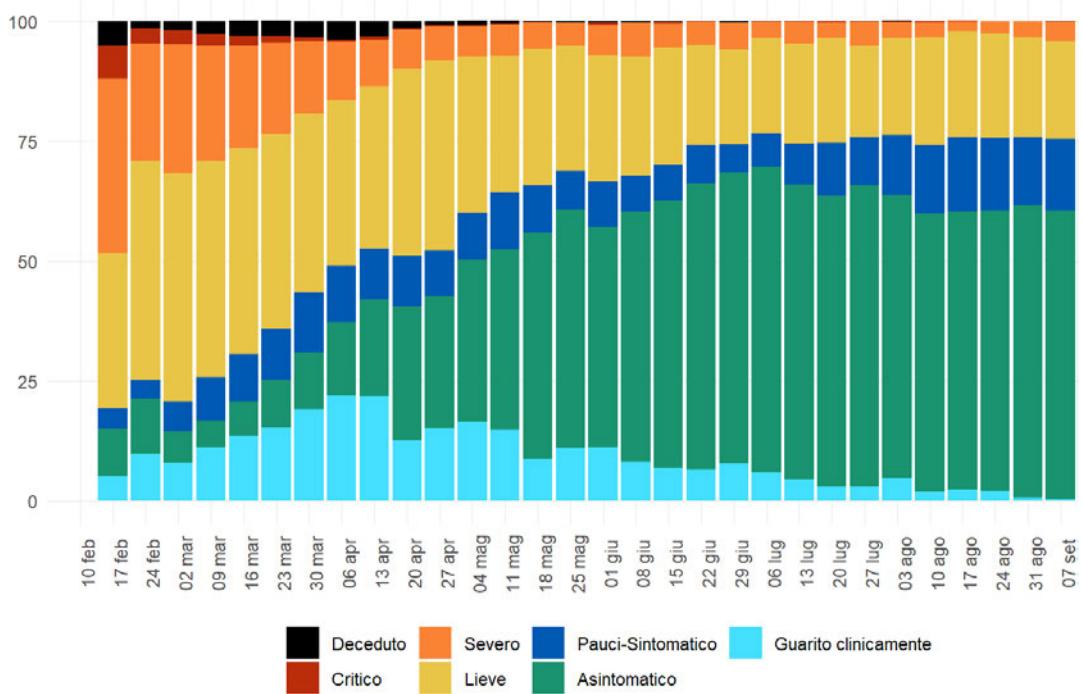


TABELLA 6 - DISTRIBUZIONE DEI CASI (N=288.723) E DEI DECESSI (N=35.641) PER COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER FASCIA DI ETÀ E SESSO

Classe di età (anni)	Soggetti di sesso maschile				Soggetti di sesso femminile				Casi totali				
	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	N. casi	% casi totali	N. deceduti	% del totale deceduti	N. casi	% casi per classe di età	N. deceduti	% deceduti per classe di età	Letalità %
0-9	2.296	51,6	1	25,0	0,0	2.157	48,4	3	75,0	0,1	4.453	1,5	4
10-19	4.968	53,3	0	0,0	0,0	4.353	46,7	0	0,0	0,0	9.321	3,2	0
20-29	13.152	51,4	12	80,0	0,1	12.451	48,6	3	20,0	0,0	25.607	8,9	15
30-39	13.038	48,8	45	66,2	0,3	13.692	51,2	23	33,8	0,2	26.734	9,3	68
40-49	16.887	44,2	224	71,6	1,3	21.305	55,8	89	28,4	0,4	38.193	13,2	313
50-59	23.269	46,9	944	75,8	4,1	26.392	53,1	301	24,2	1,1	49.663	17,3	1.245
60-69	20.917	58,8	2.718	76,0	13,0	14.673	41,2	857	24,0	5,8	35.591	12,3	3.575
70-79	20.644	56,7	6.456	69,3	31,3	15.786	43,3	2.865	30,7	18,1	36.430	12,6	9.321
80-89	17.402	40,4	7.983	54,7	45,9	25.657	59,6	6.603	45,3	25,7	43.066	14,9	14.586
≥90	3.980	20,3	2.064	31,7	51,9	15.663	79,7	4.449	68,3	28,4	19.643	6,8	6.513
Età non nota	5	22,7	0	0,0	0,0	17	77,3	1	100,0	5,9	22	0,0	1
Totali	136.558	47,3	20.447	57,4	15,0	152.146	52,7	15.194	42,6	10,0	288.723	100,0	35.641
													100,0
													12,3

NOTA: LA TABELLA NON INCLUDE I CASI CON SESSO NON NOTO

- La **Figura 18** mostra, a partire dall'alto verso il basso, la distribuzione dei casi per data inizio sintomi, data di prelievo/diagnosi, data di ricovero e data di decesso. L'andamento dei casi è simile tra loro ma si osserva che il raggiungimento del picco si sposta nel tempo. Infatti, mentre il picco della curva per data inizio sintomi è intorno al 10 marzo, il picco per data prelievo/diagnosi e quello per ricovero sono intorno al 20 marzo; quello dei decessi è invece tra fine marzo ed inizio aprile.

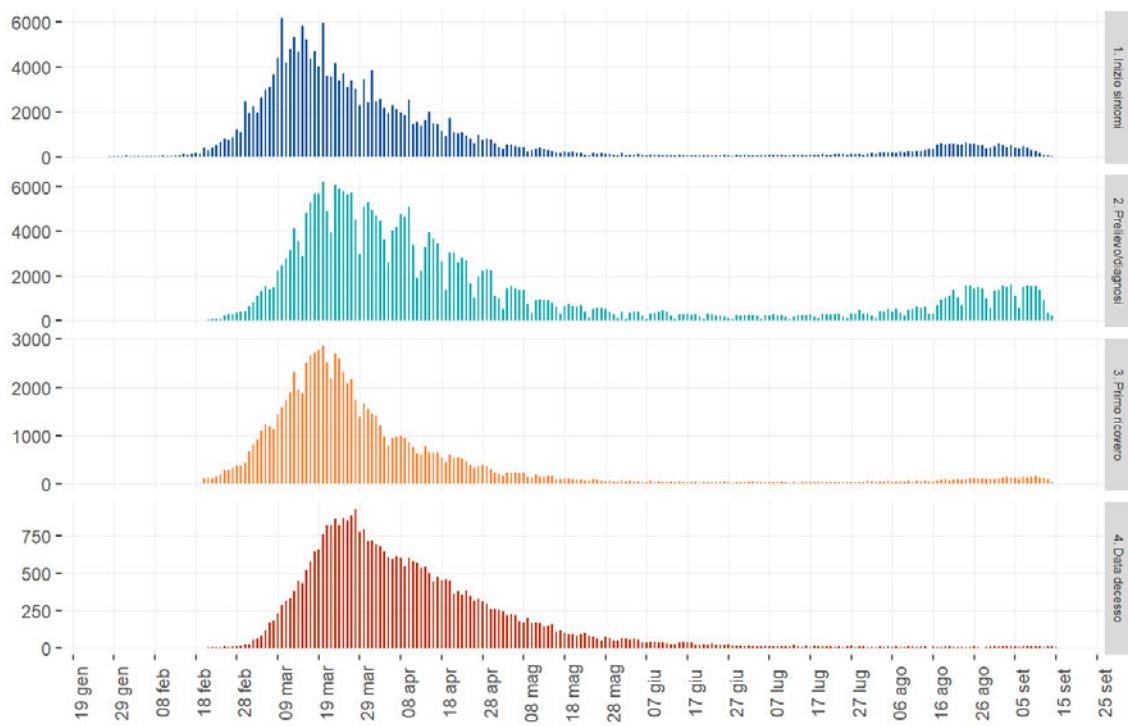


FIGURA 18 – CONFRONTO TRA I CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER DATA DI INIZIO SINTOMI, DATA DI PRELIEVO/DIAGNOSI, DATA DI RICOVERO E DATA DI DECESSO

- Al 15 settembre 2020, risultano guariti 209.054 casi. Escludendo dal totale dei casi segnalati i casi guariti e quelli deceduti (35.641), l'informazione sulla gravità clinica dei pazienti affetti da COVID-19 è disponibile per 37.244/44.028 casi confermati (84,5%) riportati al sistema di sorveglianza. Tra questi, 20.055 (53,9%) risultano asintomatici, 5.121 (13,7%) sono pauci-sintomatici, 8.347 (22,5%) hanno sintomi lievi, 3.405 (9,1%) severi e 316 (0,8%) presentano un quadro clinico critico.
- Escludendo i casi che risultano guariti e quelli deceduti, l'informazione sulla collocazione del paziente è disponibile per 32.802/44.028 casi (74,5% del totale); in particolare, 29.782 (90,9%) stanno affrontando l'infezione presso il proprio domicilio/in altra struttura, 45 casi (0,1%) si trovano su una Nave Quarantena, 41 (0,1%) sono ricoverati presso l'Ospedale Militare (Celio) e 2.934 (8,9%) sono ospedalizzati. Di questi, 266 (9%) sono ricoverati in Terapia Intensiva. Si sottolinea che i dati sullo stato clinico e sul reparto di degenza sono soggetti a modifiche dovute a un loro progressivo e continuo consolidamento. Tale informazione, nel flusso della Sorveglianza Integrata Covid-19 dell'ISS è aggiornata meno tempestivamente di quella del flusso aggregato del Ministero della Salute.

- La **Figura 19** mostra l'andamento dei dati aggregati, riportati dal Ministero della Salute al 15 settembre 2020, per condizione di ricovero, isolamento domiciliare e esito dei casi confermati di COVID-19.

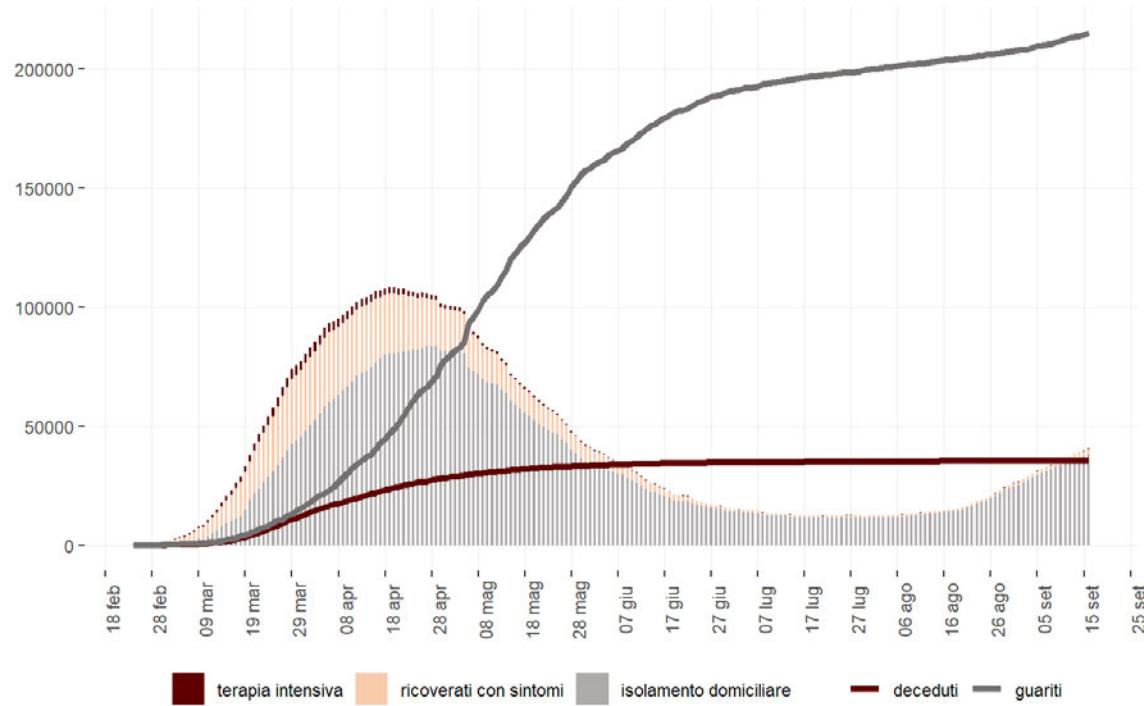


FIGURA 19 – NUMERO TOTALE DI CASI DI COVID-19 (ESCLUSI GUARITI E DECEDUTI) DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER STATO DI RICOVERO/ISOLAMENTO E NUMERO CUMULATIVO DELL'ESITO (N=289.990) AL 15/09/2020 (FONTE DATI MINISTERO DELLA SALUTE E PROTEZIONE CIVILE).

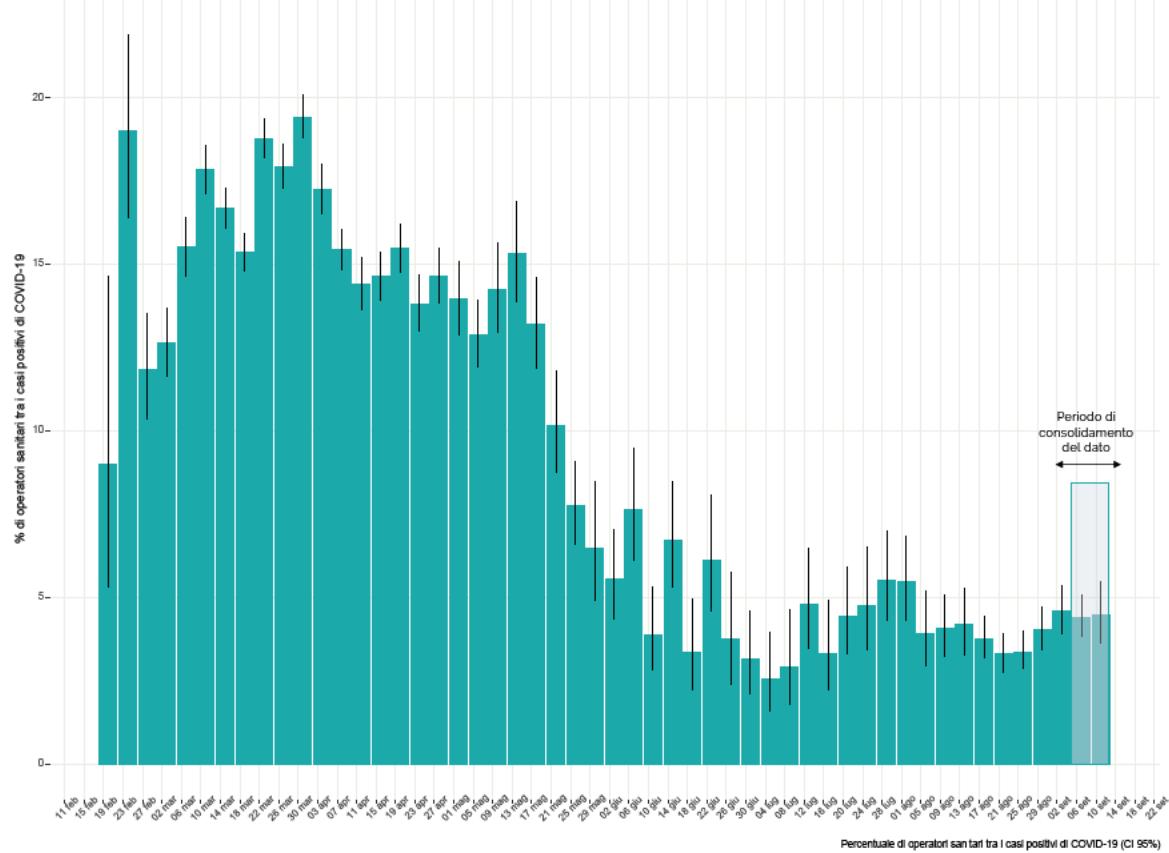
- Dall'inizio dell'epidemia sono stati diagnosticati 31.515 casi tra gli operatori sanitari (età mediana 57 anni) pari al 11% dei casi totali segnalati. La **Tabella 7** riporta la distribuzione dei casi segnalati per classe di età e la letalità osservata in questa popolazione.

TABELLA 7. DISTRIBUZIONE DI CASI, DECESSI E LETALITÀ NEGLI OPERATORI SANITARI

Classe di età (anni)	Casi		Deceduti		Letalità (%)
	N	%	N	%	
18-29	3.665	11,6	0	NA	0%
30-39	5.594	17,8	1	1.1	0%
40-49	8.687	27,6	4	4.3	0%
50-59	10.055	31,9	23	24.5	0.2%
60-69	3.207	10,2	51	54.3	1.6%
70-79	167	0.5	15	16.0	9%
Età non nota	140	0,4	0	NA	0%
Totale	31.515		94		0.3%

- I dati riportati dalle regioni indicano che la letalità tra gli operatori sanitari è inferiore, anche a parità di classe di età (**Tabella 7**), rispetto alla letalità totale (vedi **Tabella 6**), verosimilmente perché gli operatori sanitari asintomatici e pauci-sintomatici sono stati maggiormente testati rispetto alla popolazione generale.

La **Figura 20** riporta la proporzione di casi tra operatori sanitari sul totale dei casi segnalati in Italia per periodo di diagnosi (ogni 4 giorni). Da inizio giugno la percentuale di operatori sanitari è inferiore al 10% del totale dei casi.



- FIGURA 20 – PERCENTUALE DI OPERATORI SANITARI RIPORTATI SUL TOTALE DEI CASI DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER PERIODO DI DIAGNOSI (4 GIORNI).**

NOTA: OGNI BARRA FA RIFERIMENTO ALL'INTERVALLO DI TEMPO TRA LA DATA INDICATA SOTTO LA BARRA E QUELLA SUCCESSIVA (ESEMPIO: 19 FEB SI RIFERISCE AL PERIODO DAL 19-22 FEB, 23 FEB SI RIFERISCE AL PERIODO DAL 23-26 FEB, ETC.).



Allegato 4

2020

EPIDEMIA COVID-19

Aggiornamento nazionale (appendice): 15 settembre 2020

DATA PUBBLICAZIONE: 11 SETTEMBRE 2020

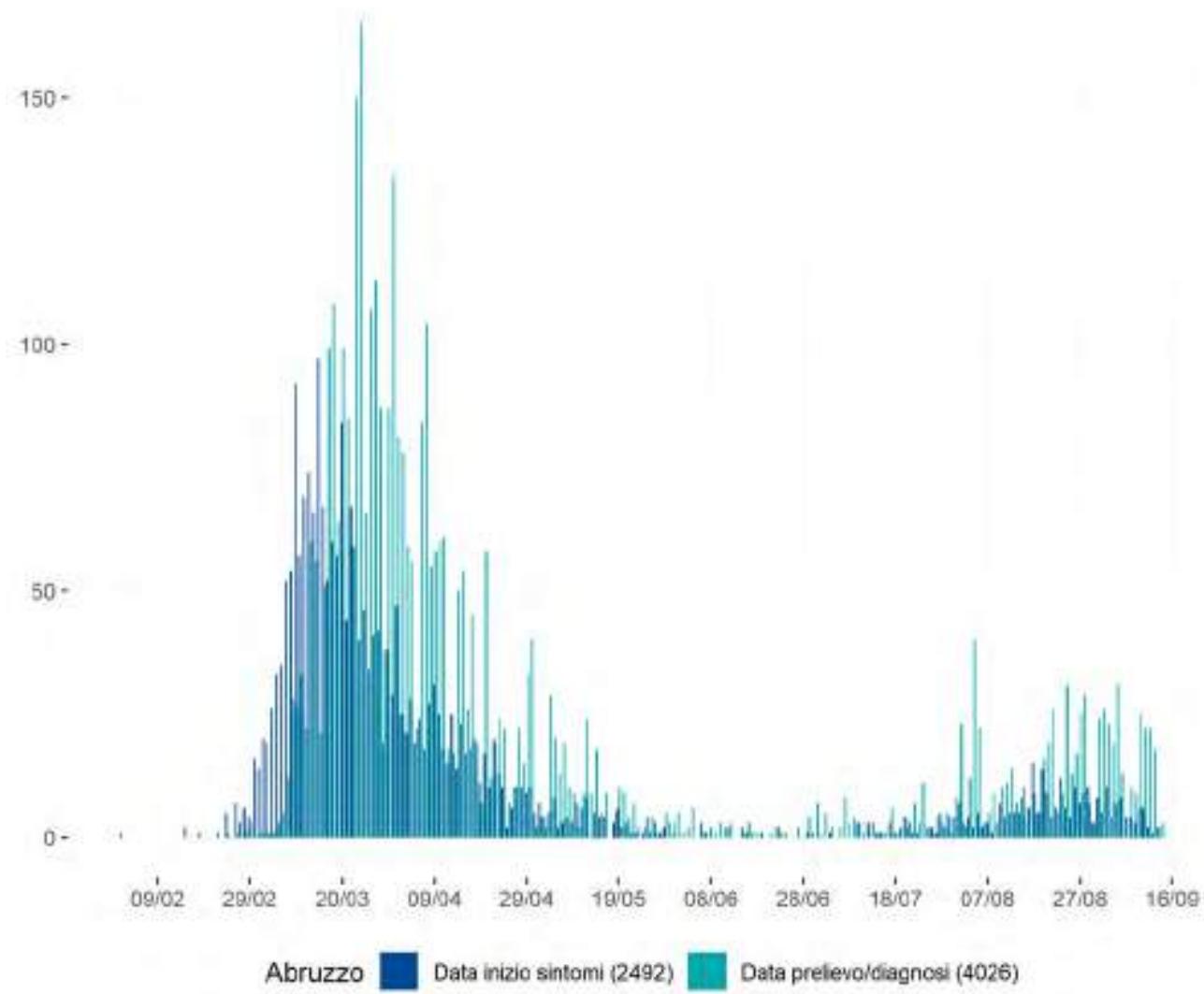
I dati raccolti sono in continua fase di consolidamento e, come prevedibile in una situazione emergenziale, alcune informazioni sono incomplete. In particolare, si segnala, soprattutto nelle Regioni in cui si sta verificando una trasmissione locale sostenuta del virus, la possibilità di un ritardo di alcuni giorni tra il momento della esecuzione del tampone per la diagnosi e la segnalazione sulla piattaforma dedicata. I grafici, le tabelle e le mappe sono generati automaticamente e potrebbero essere soggetti a piccoli difetti grafici che non impattano sulla precisione del dato presentato. Nelle mappe sono riportati casi per comune di diagnosi e provincia quando queste coincidono con la Regione/PA di diagnosi.

Abruzzo

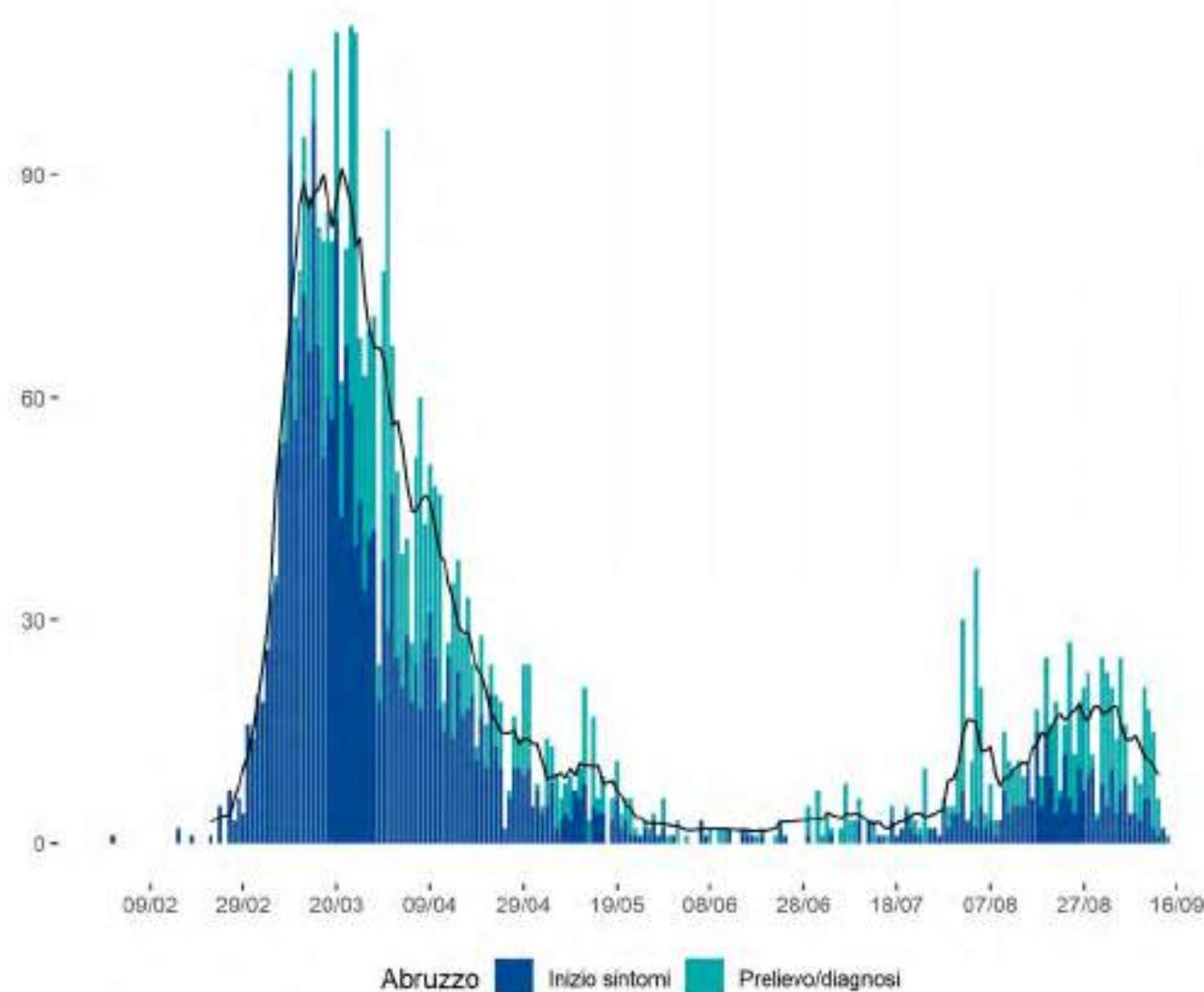
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 4030 | Incidenza cumulativa: 308.63 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 108 | Incidenza: 8.27 per 100000
- Rt: 0.86 (CI: 0.55-1.24) [medio 14gg]

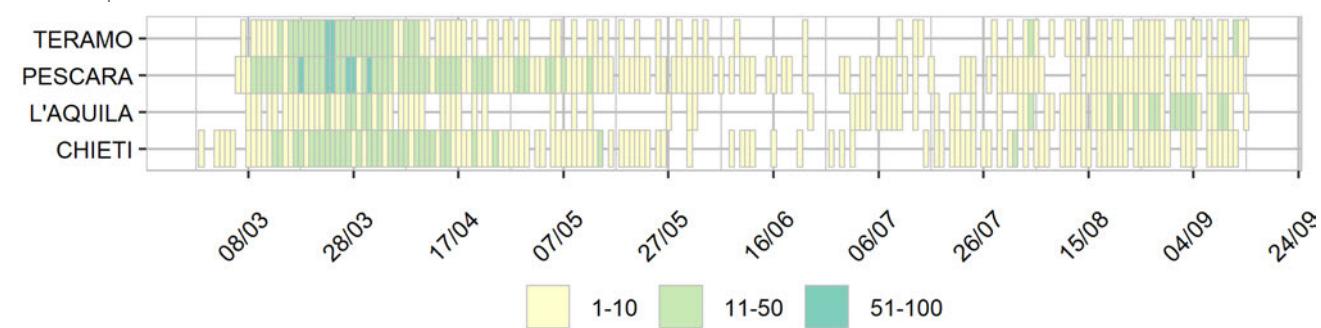
Curva epidemica



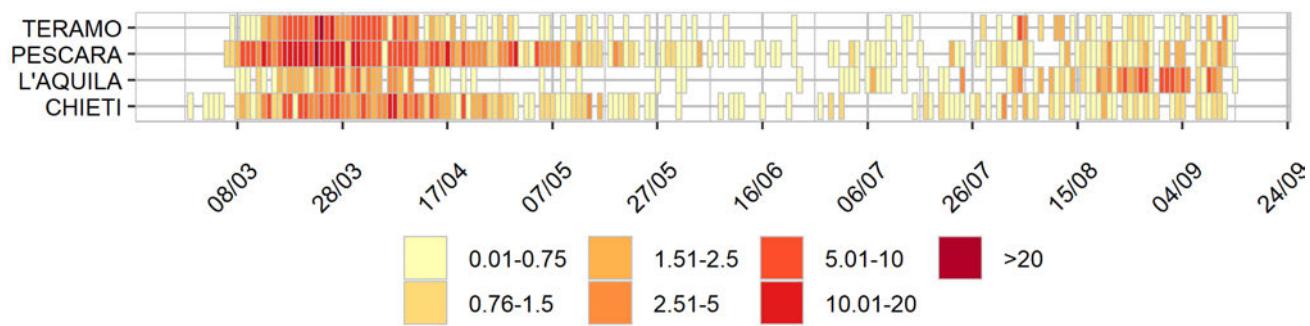
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

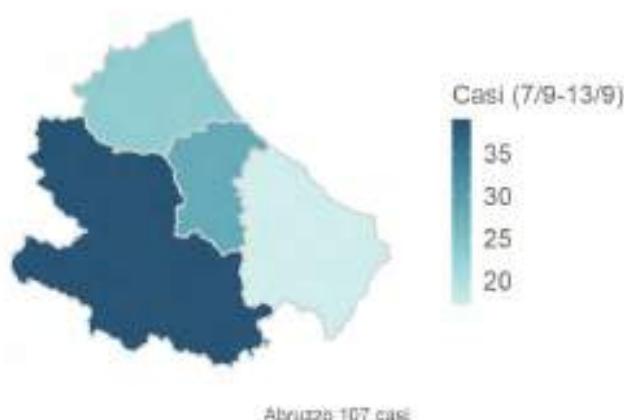


Heatmap - incidenza per 100000

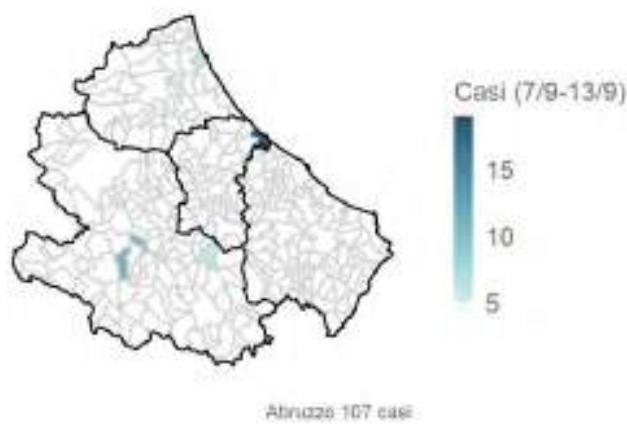


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

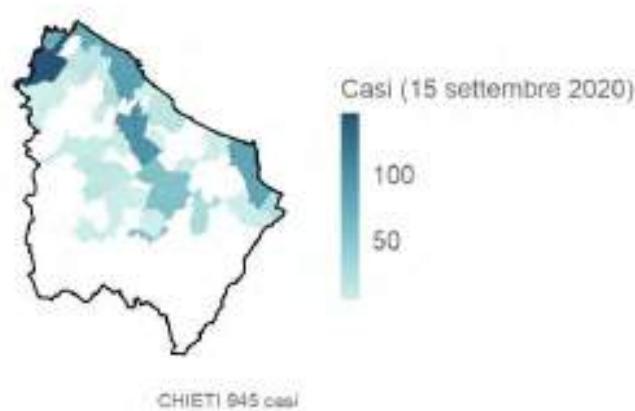
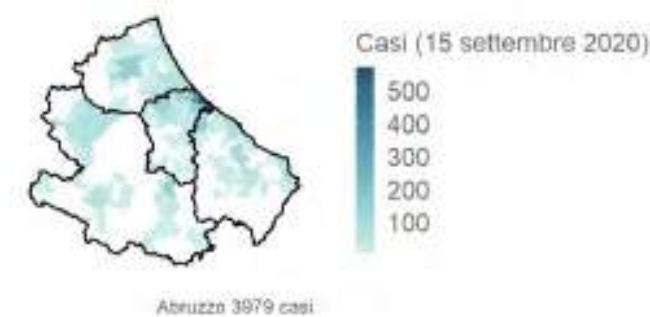


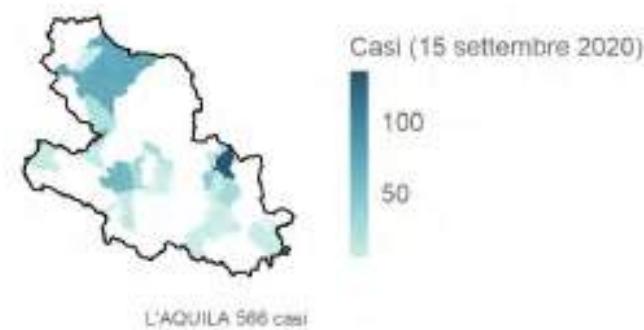
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)

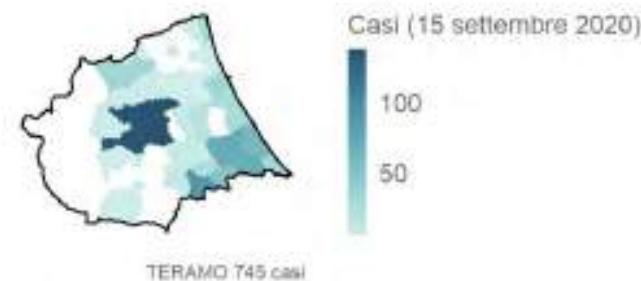


Mappa - comuni (domicilio/residenza)







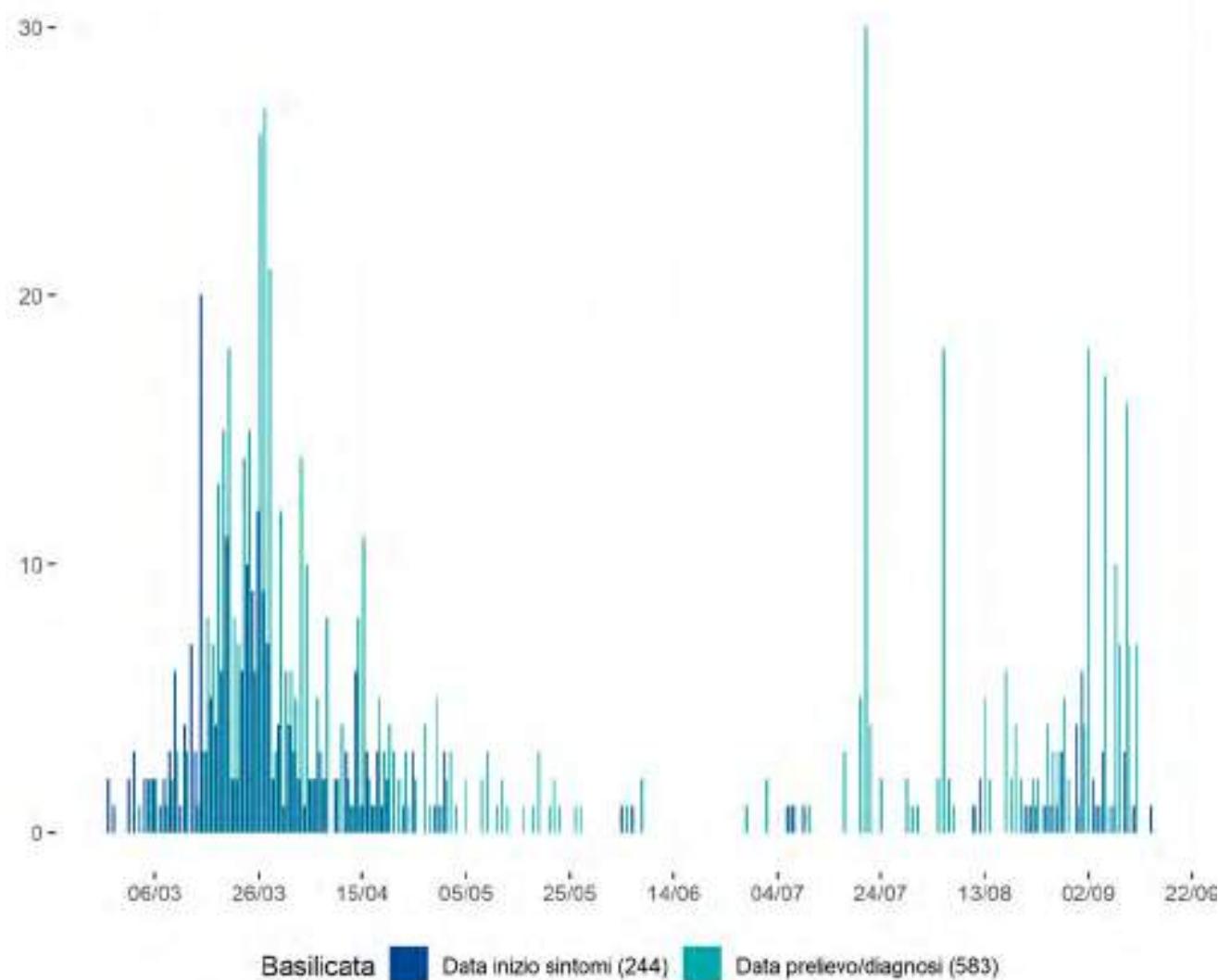


Basilicata

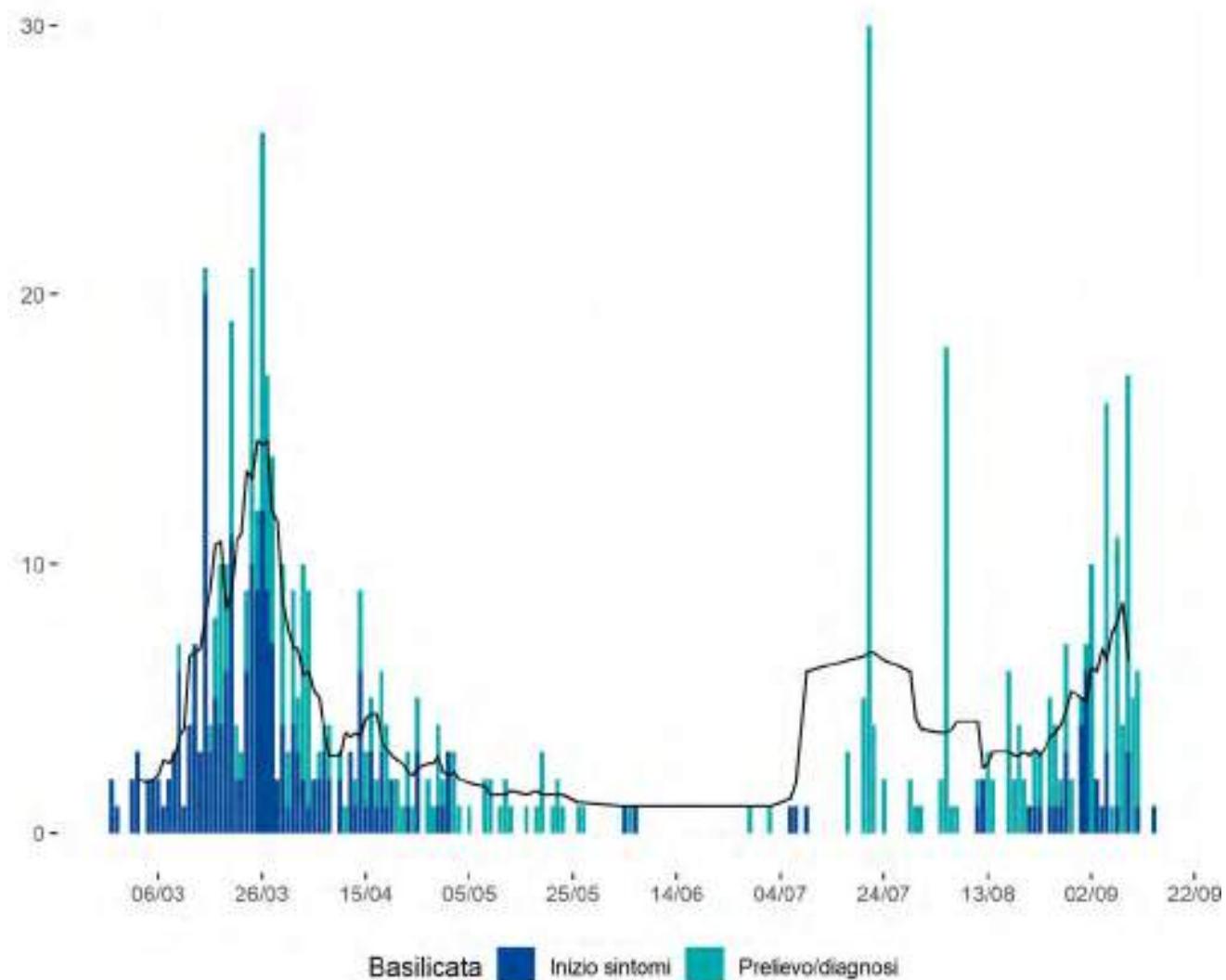
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 583 | Incidenza cumulativa: 104.68 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 47 | Incidenza: 8.44 per 100000
- Rt: 0.92 (CI: 0.04-2.64) [medio 14gg]

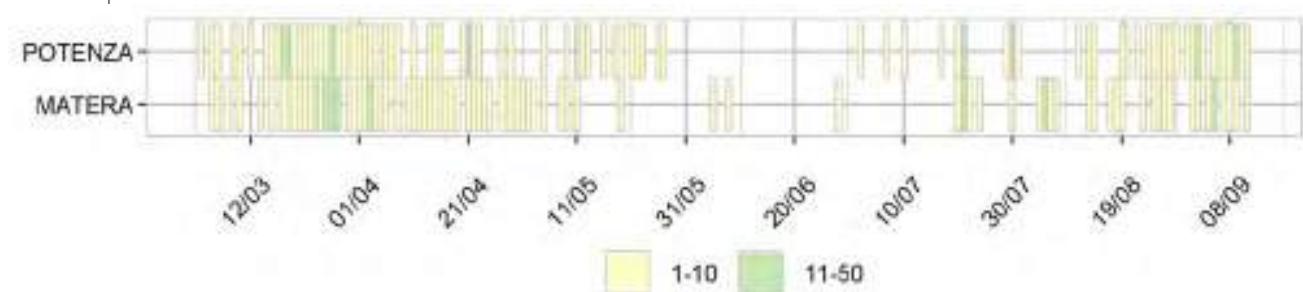
Curva epidemica



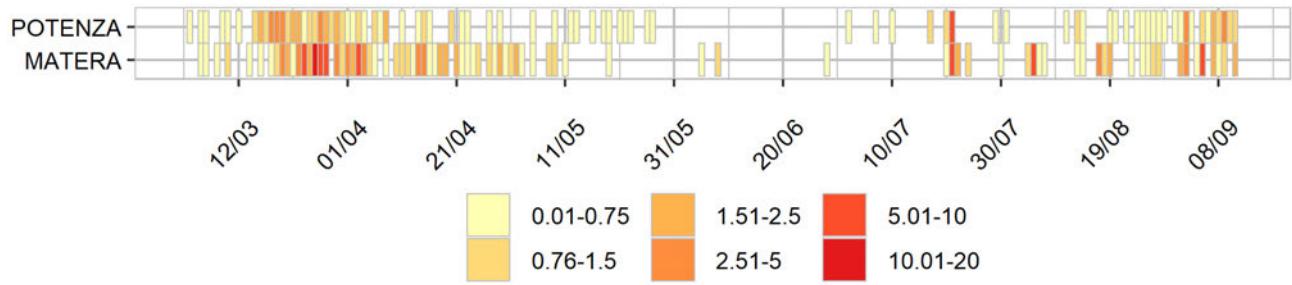
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

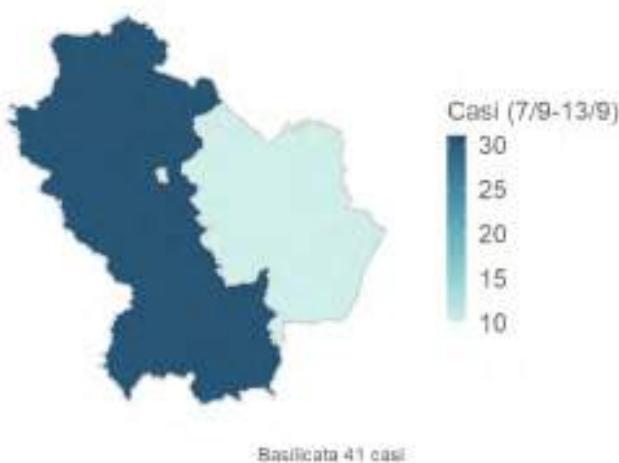


Heatmap - incidenza per 100000

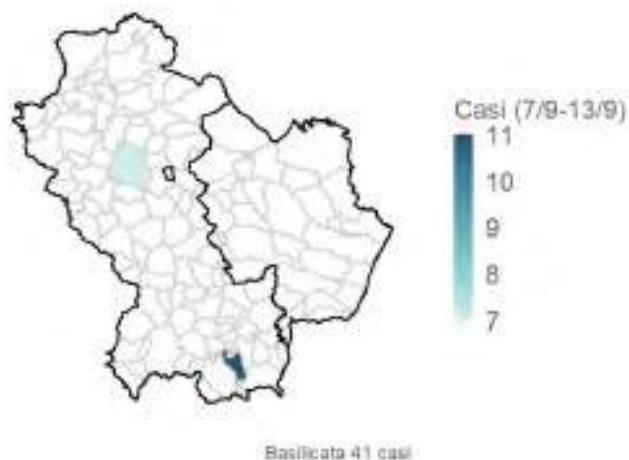


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

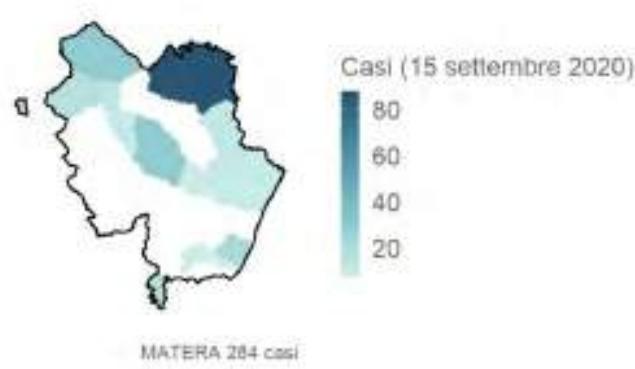
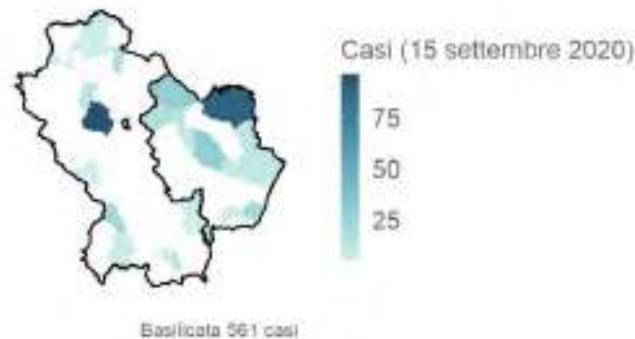


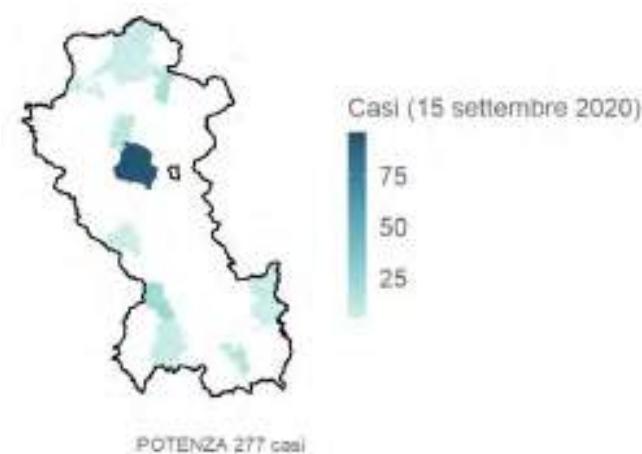
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)



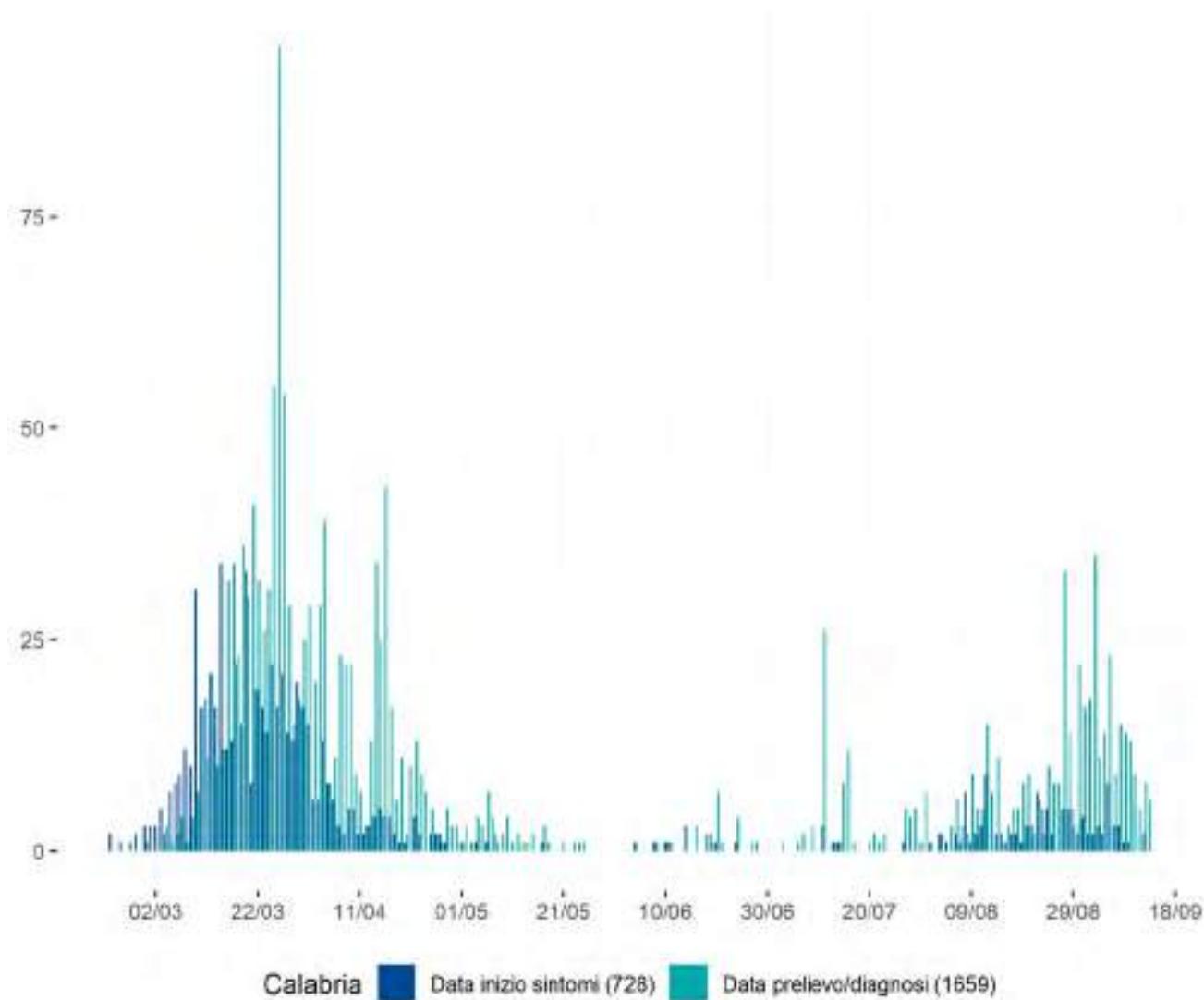


Calabria

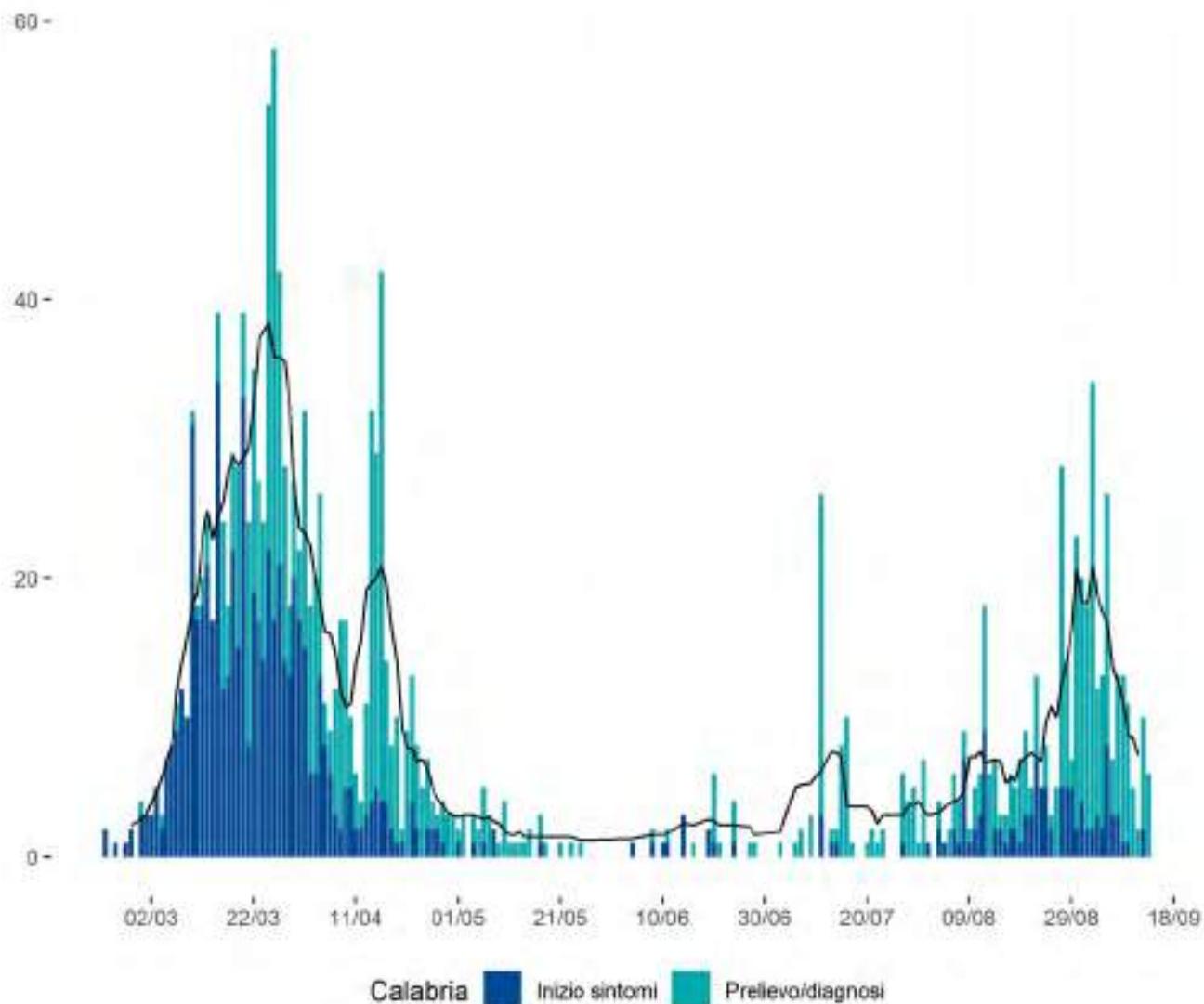
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 1665 | Incidenza cumulativa: 86.51 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 70 | Incidenza: 3.64 per 100000
- Rt: 1.07 (CI: 0.48-1.82) [medio 14gg]

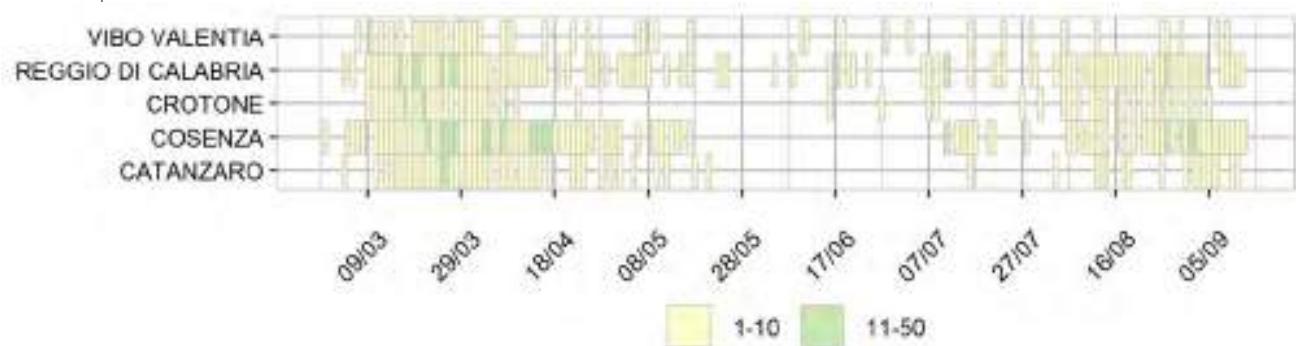
Curva epidemica



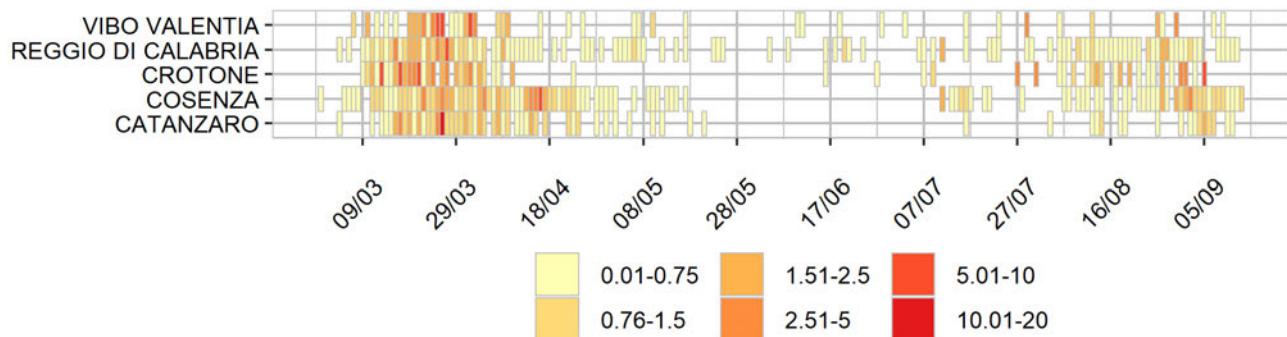
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

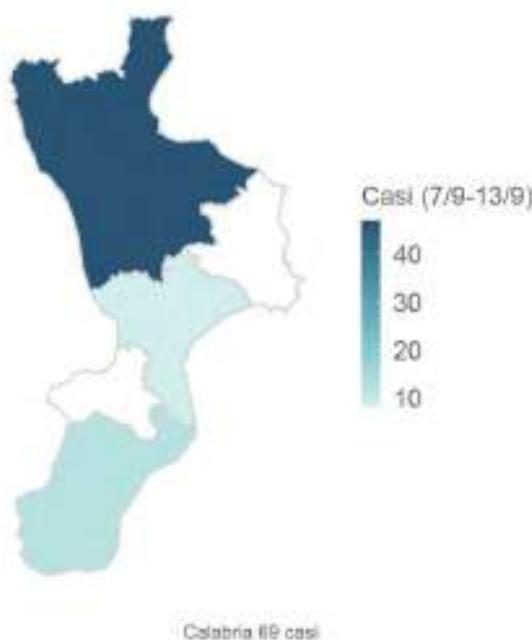


Heatmap - incidenza per 100000

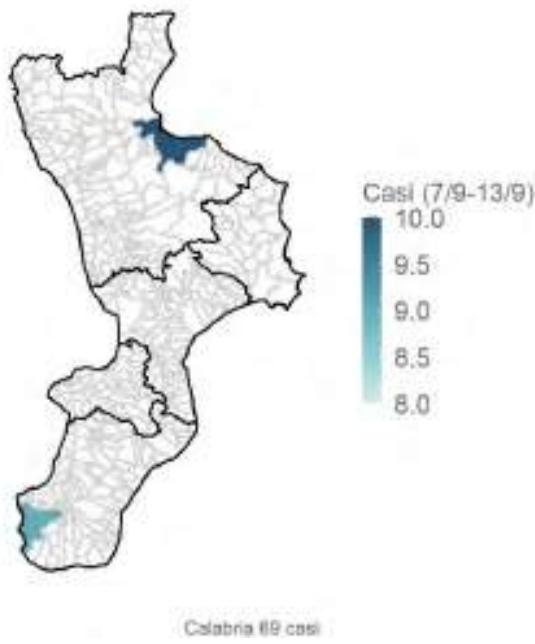


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

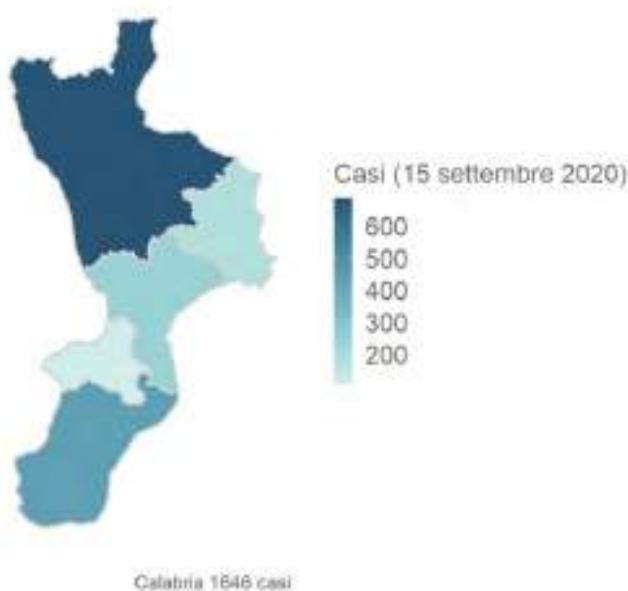


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

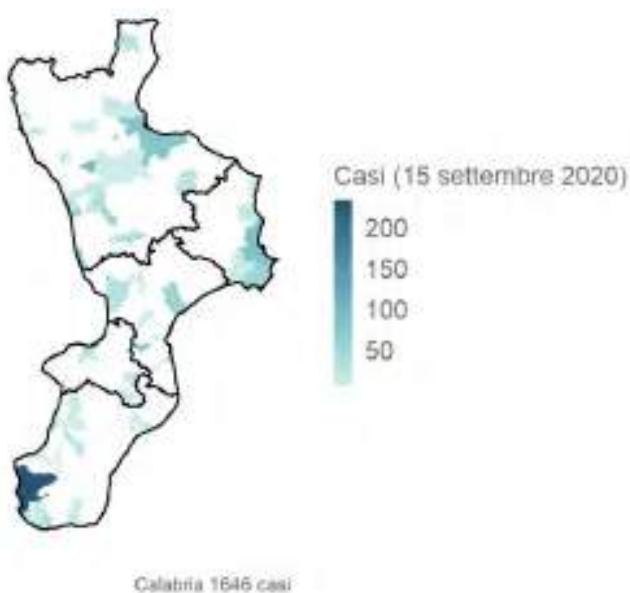


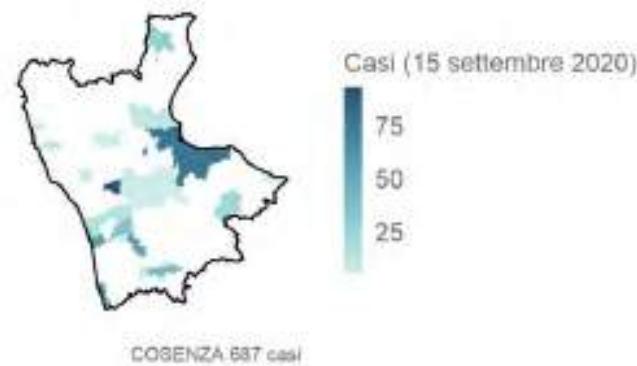
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

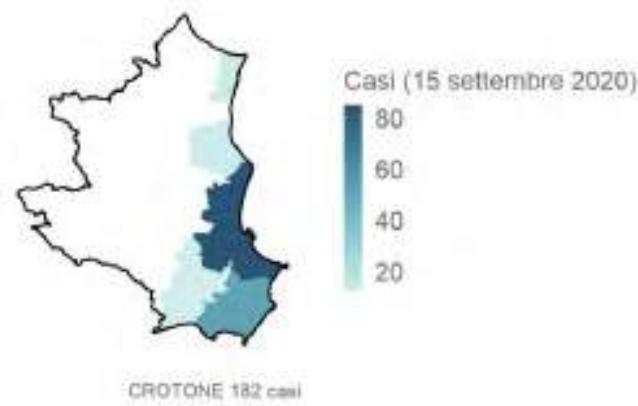
Mappa - province (domicilio/residenza)

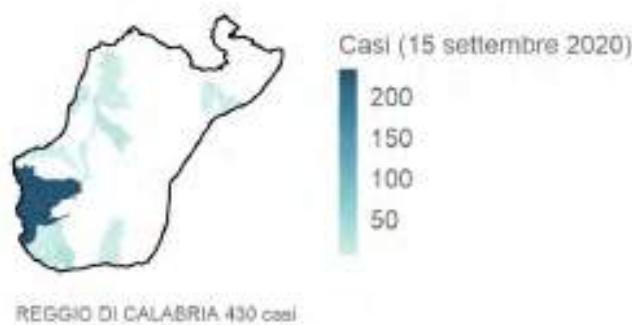


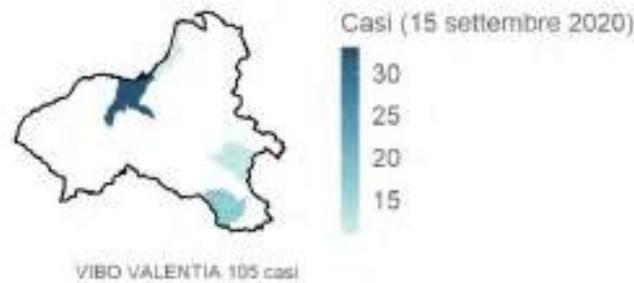
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









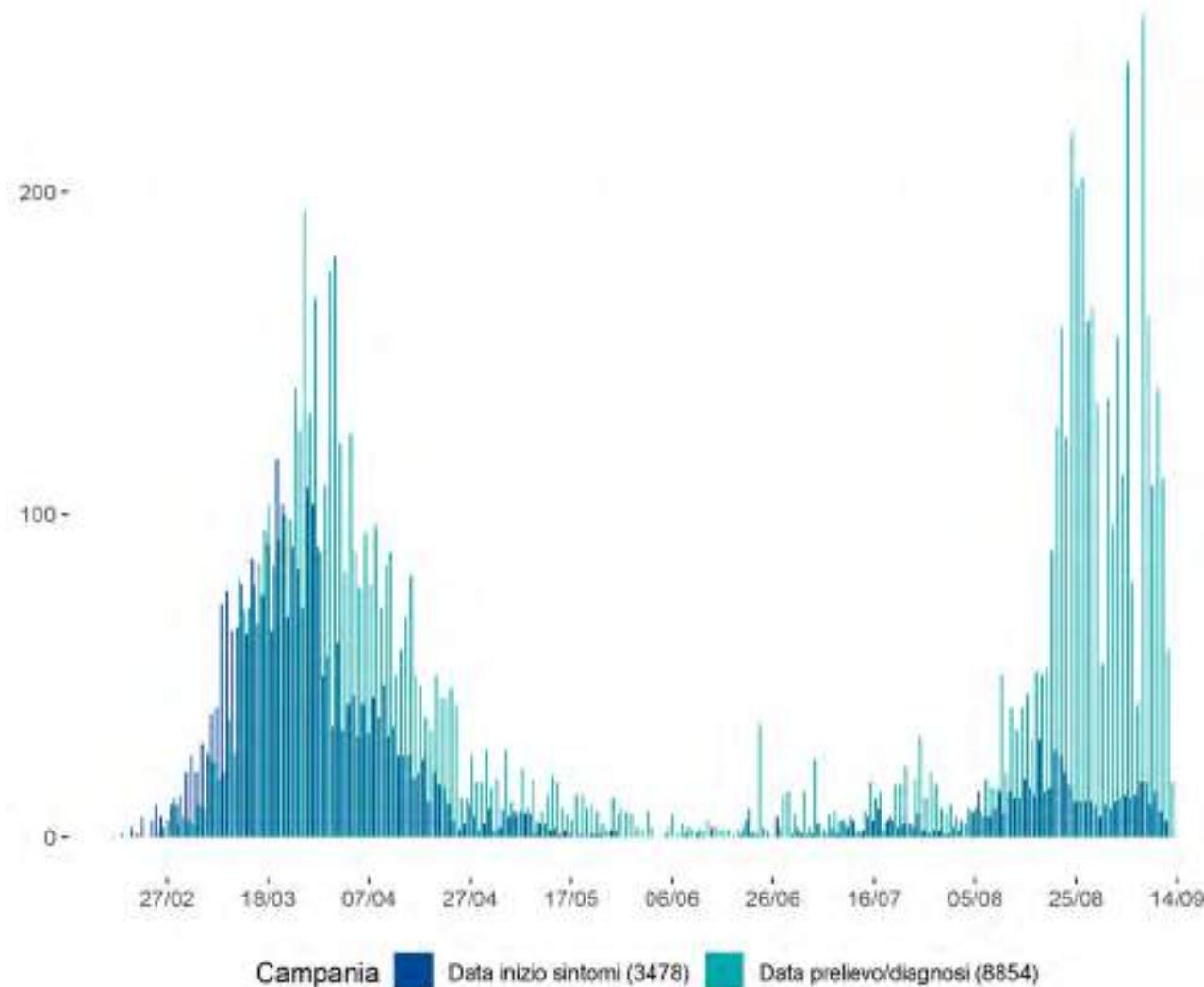


Campania

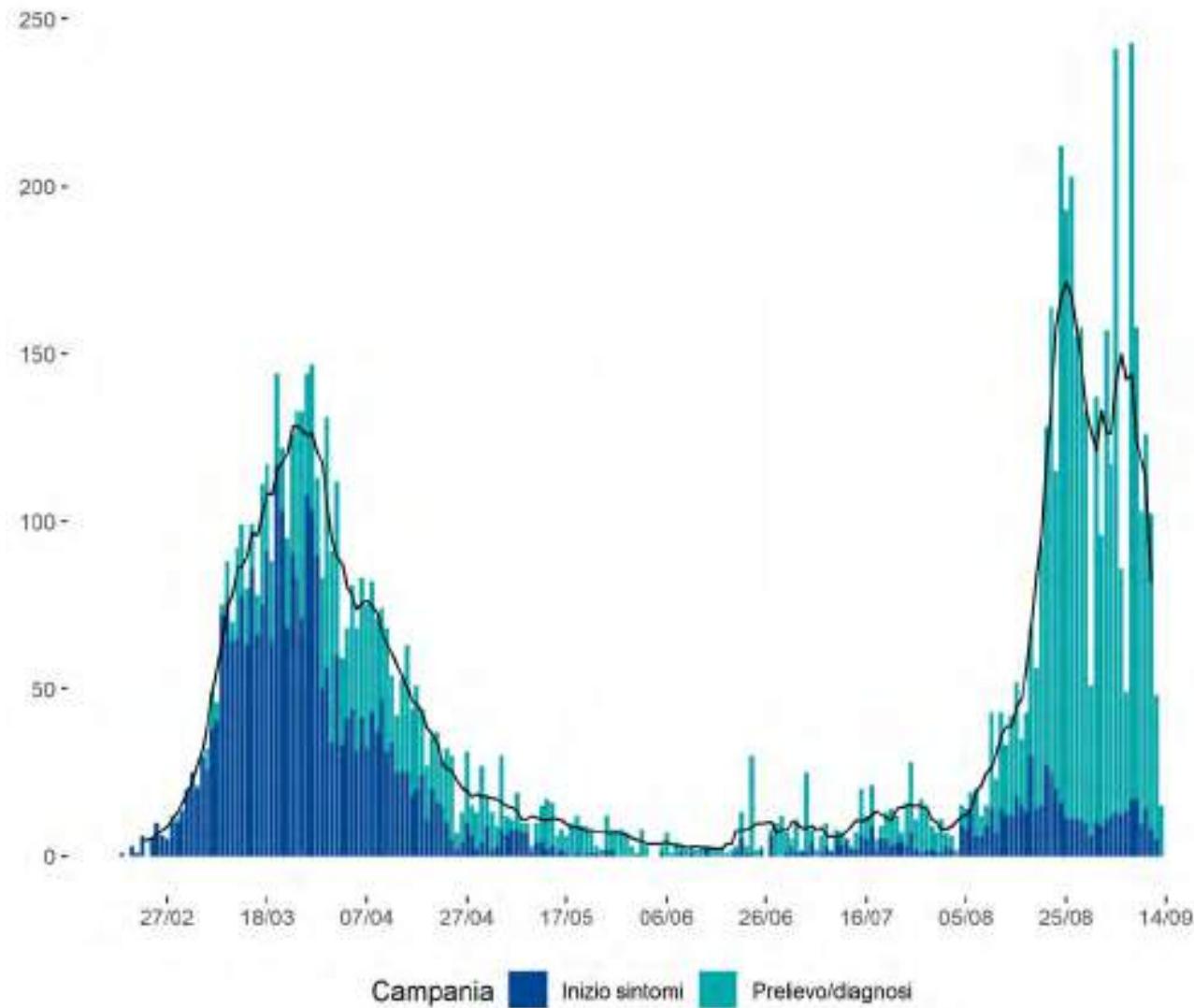
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 8881 | Incidenza cumulativa: 153.49 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 849 | Incidenza: 14.67 per 100000
- Rt: 0.71 (CI: 0.34-1.33) [medio 14gg]

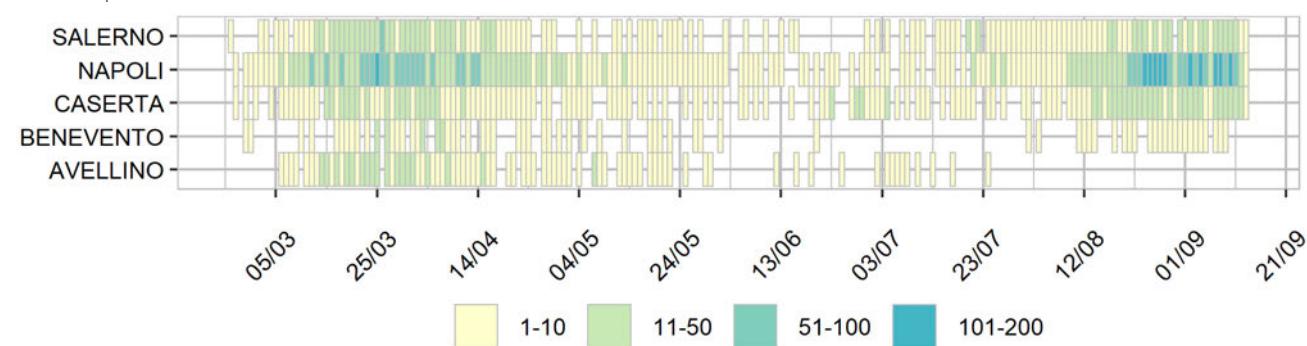
Curva epidemica



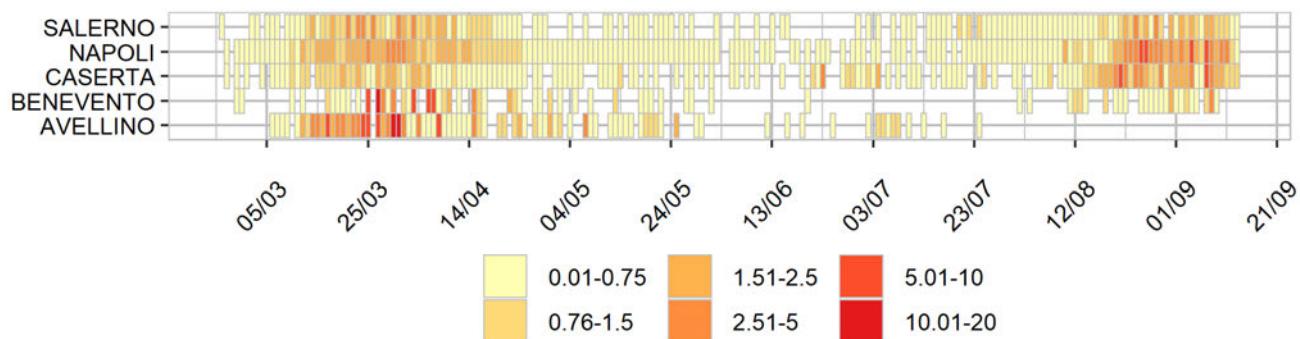
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

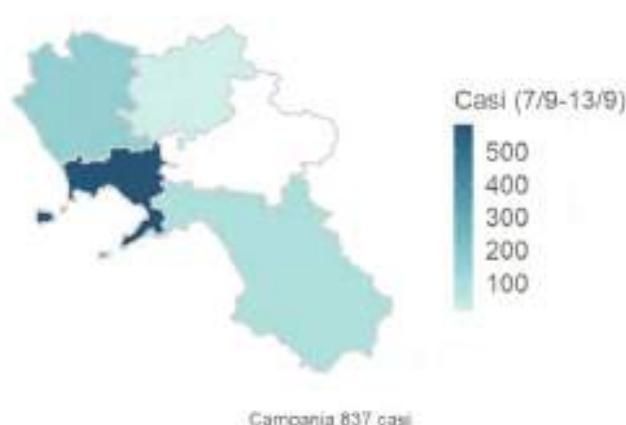


Heatmap - incidenza per 100000

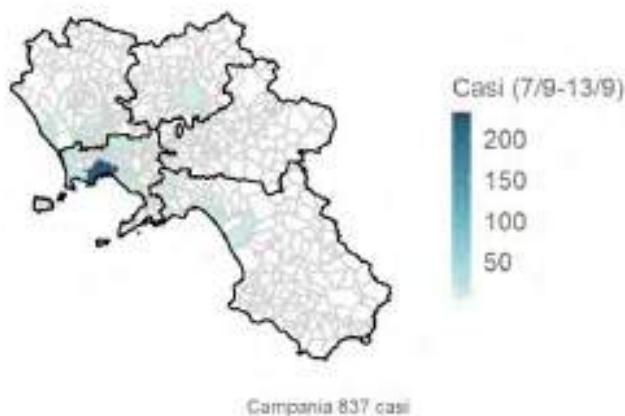


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

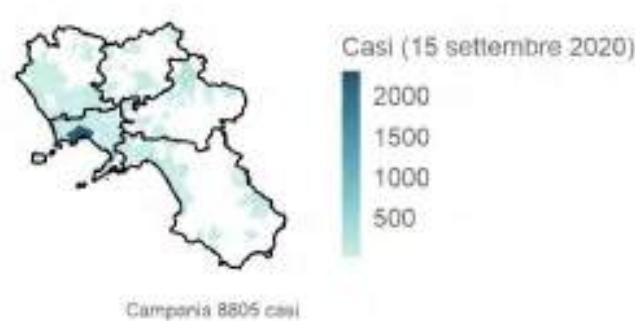


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

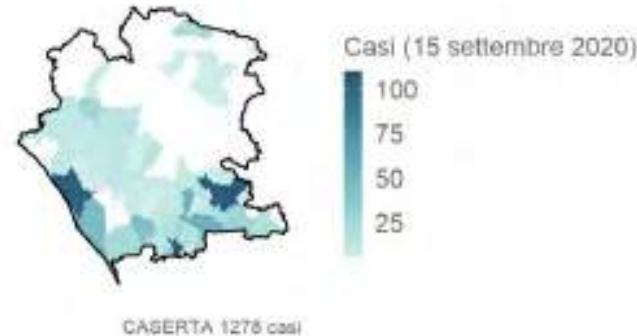
Mappa - province (domicilio/residenza)



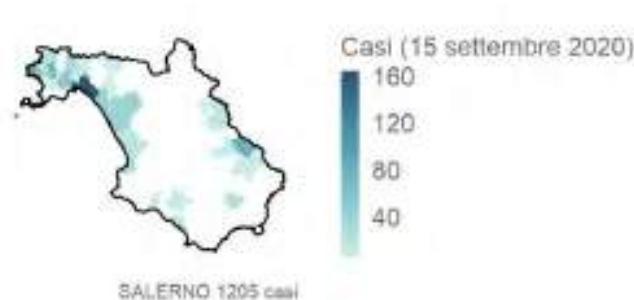
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









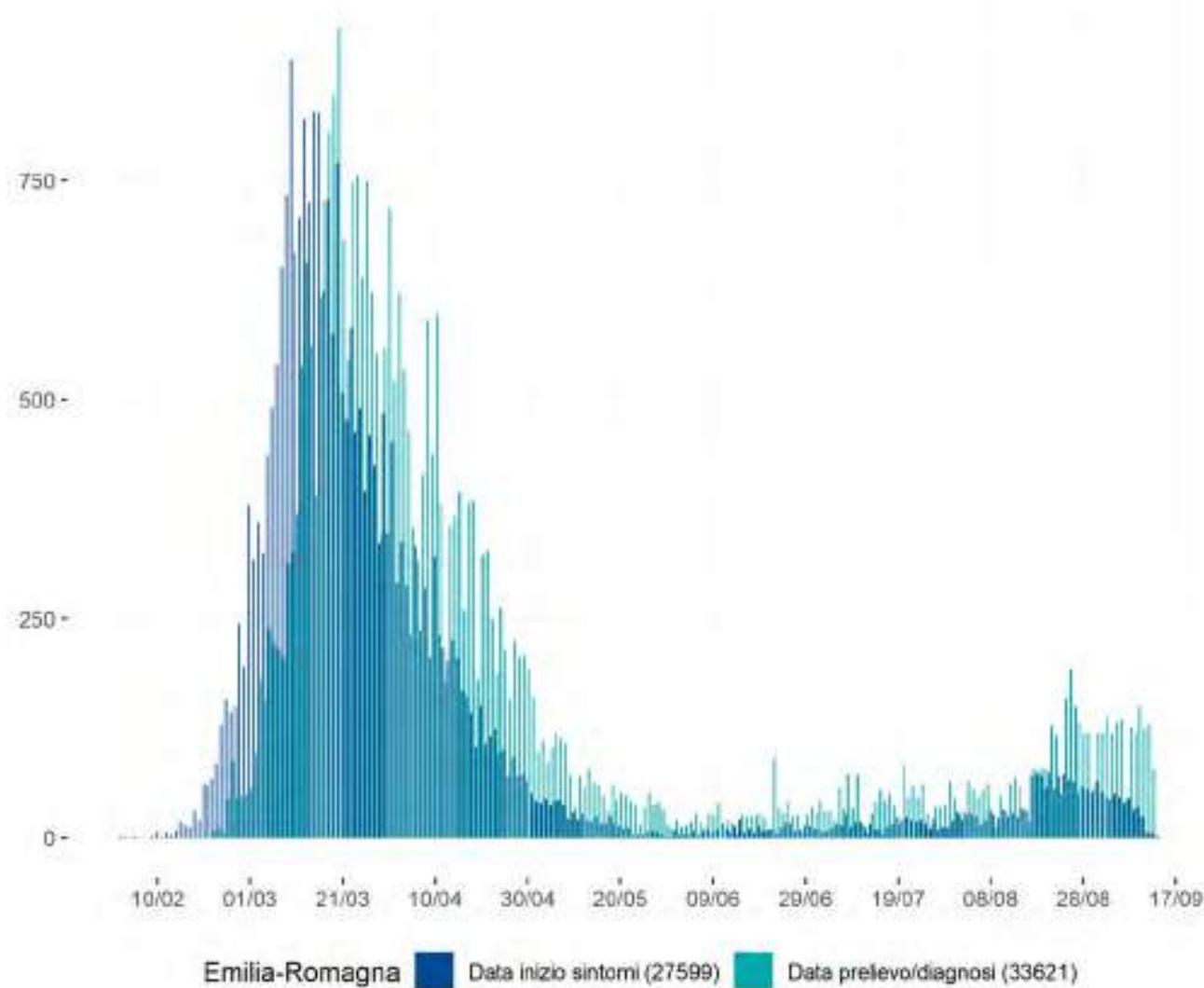


Emilia-Romagna

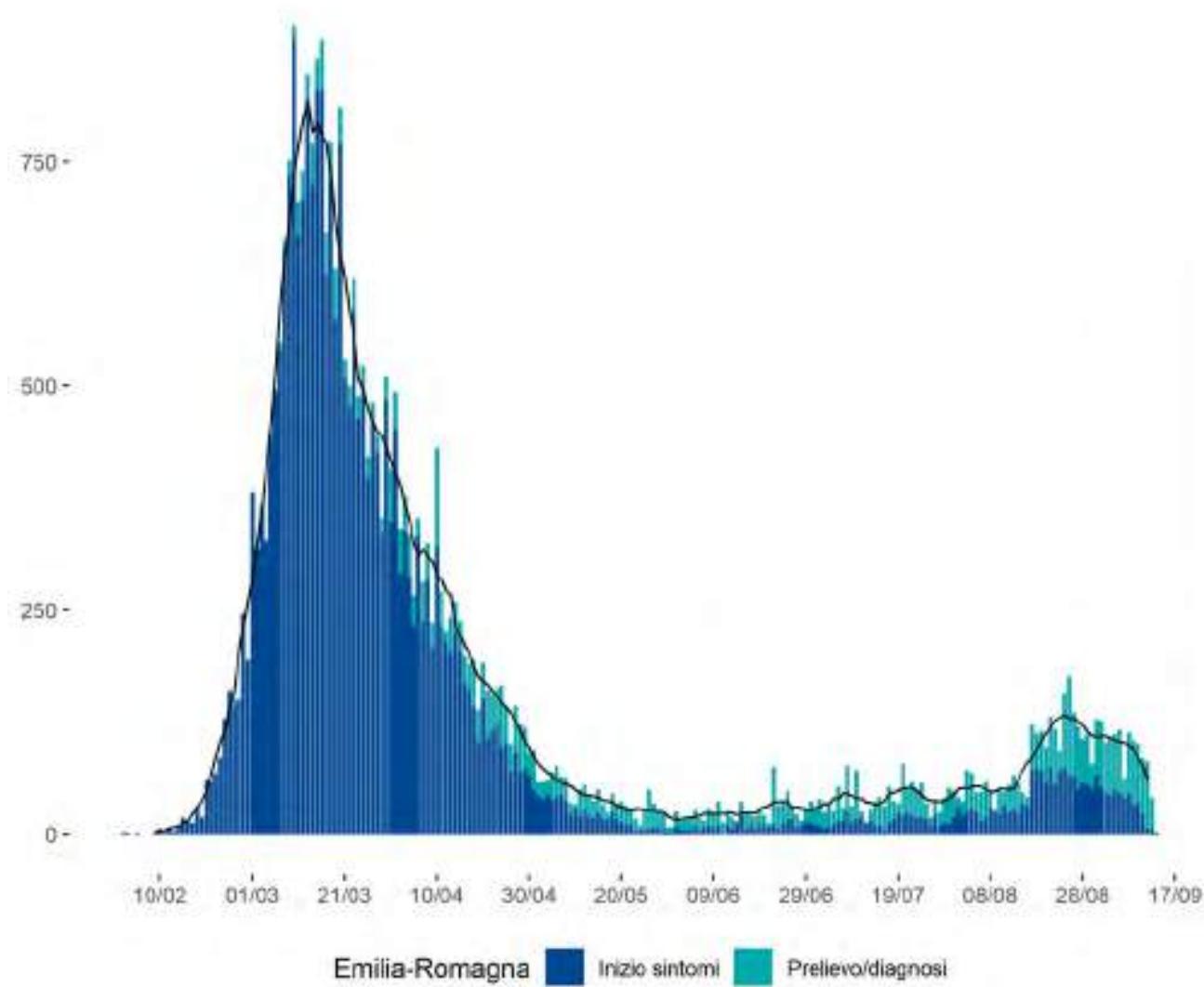
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 33631 | Incidenza cumulativa: 752.86 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 729 | Incidenza: 16.32 per 100000
- Rt: 0.71 (CI: 0.59-0.92) [medio 14gg]

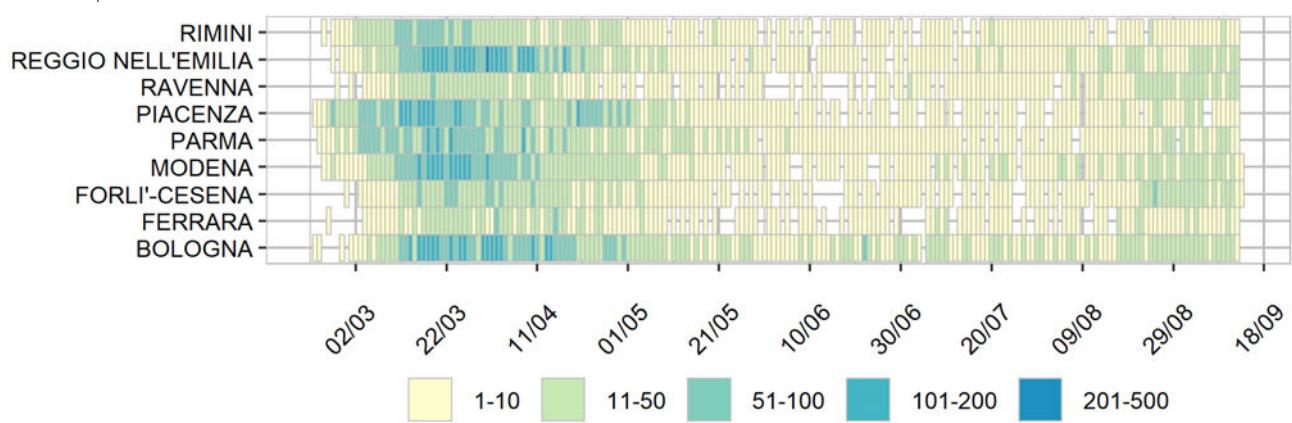
Curva epidemica



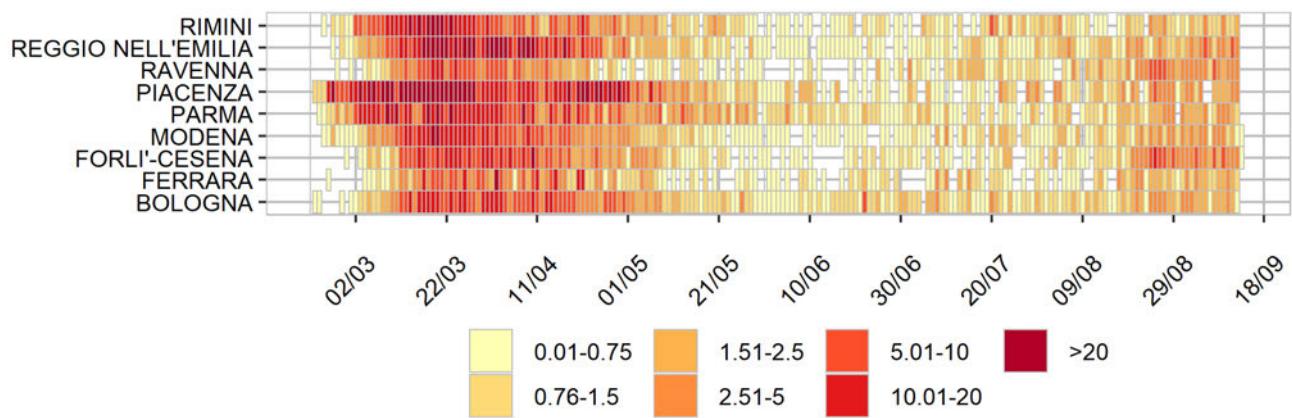
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi



Heatmap - incidenza per 100000

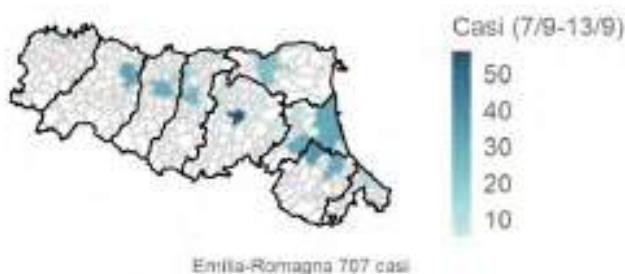


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

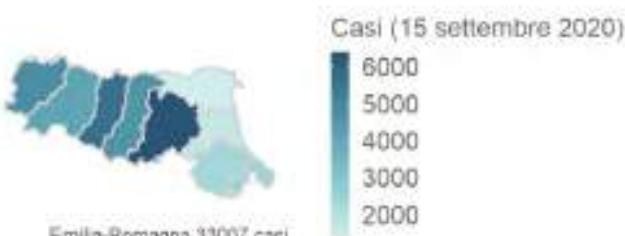


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

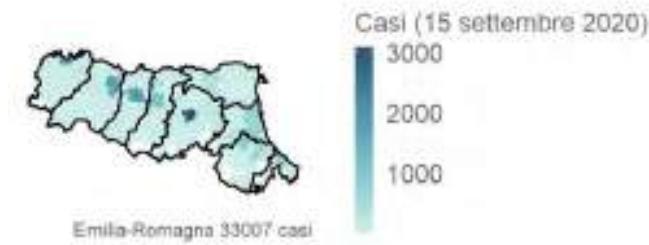


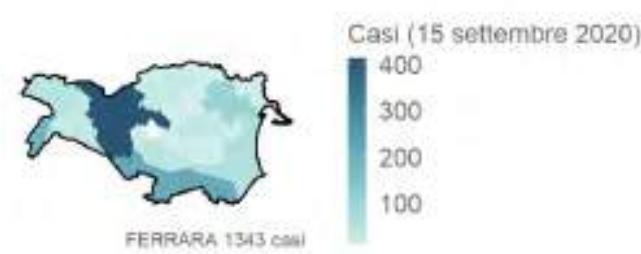
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

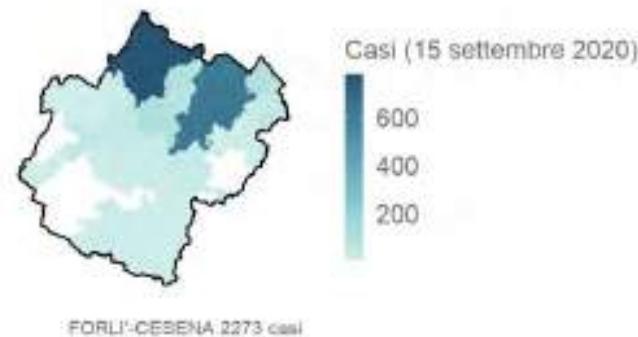
Mappa - province (domicilio/residenza)

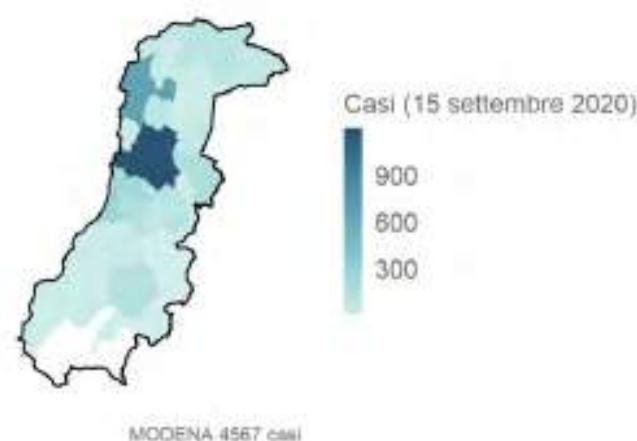


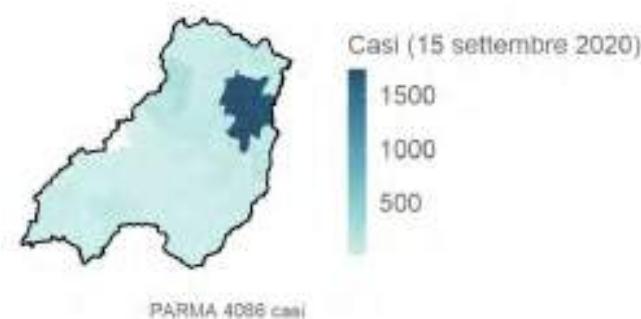
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

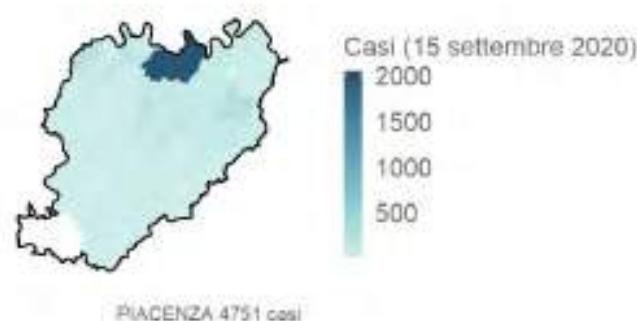


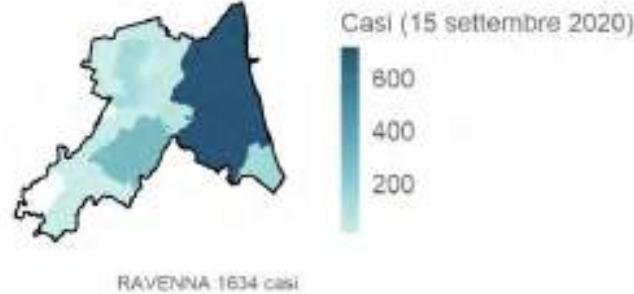


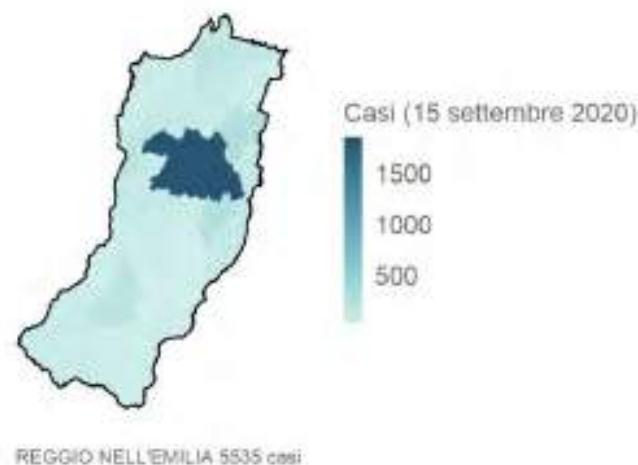


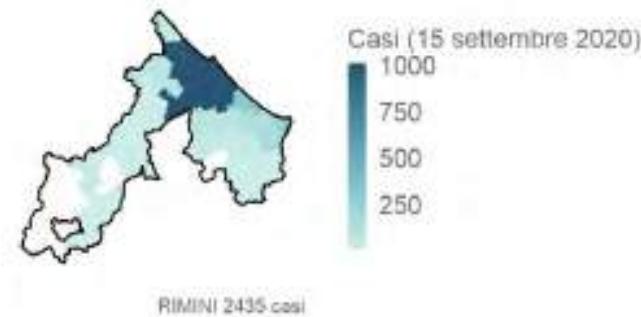










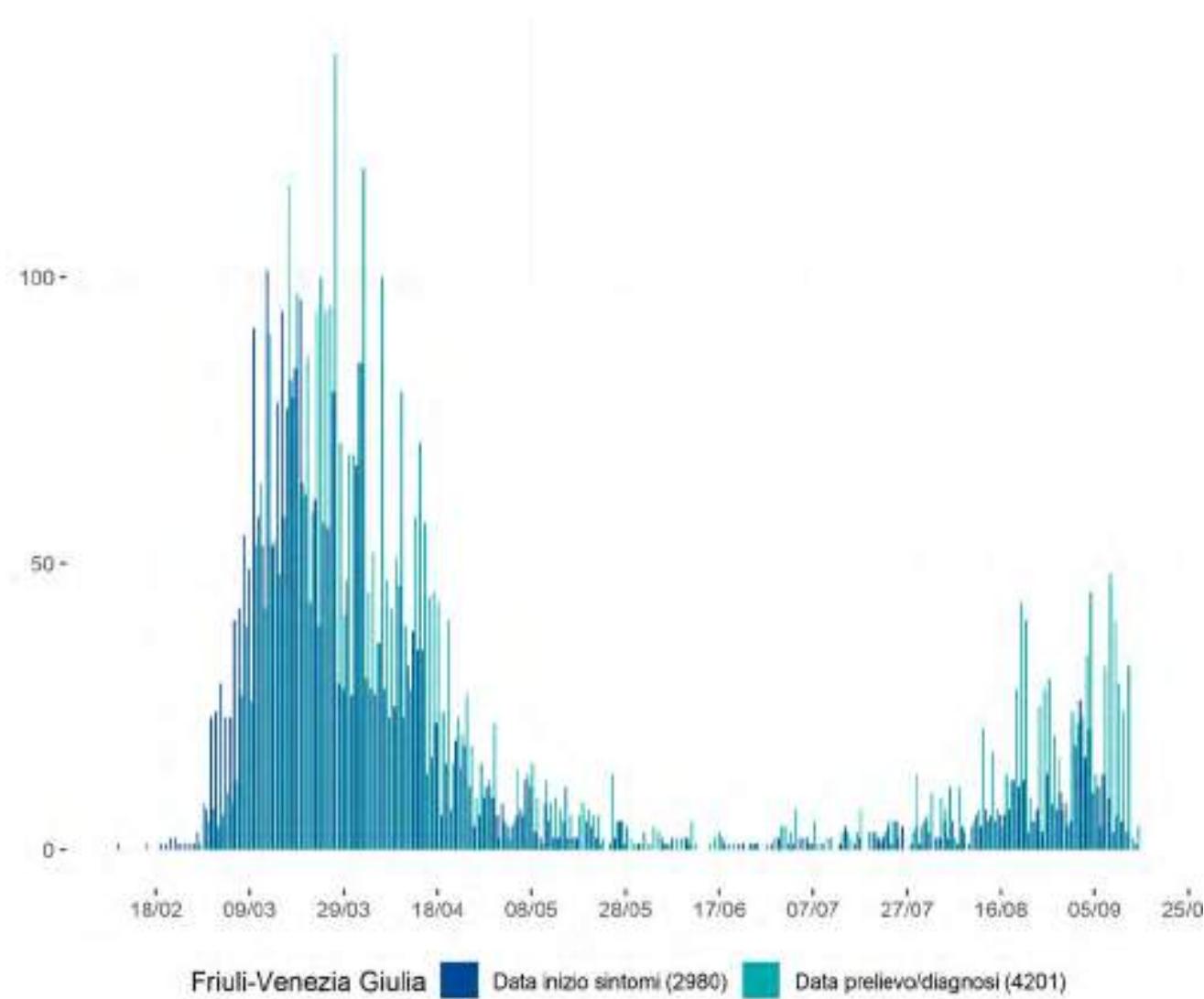


Friuli-Venezia Giulia

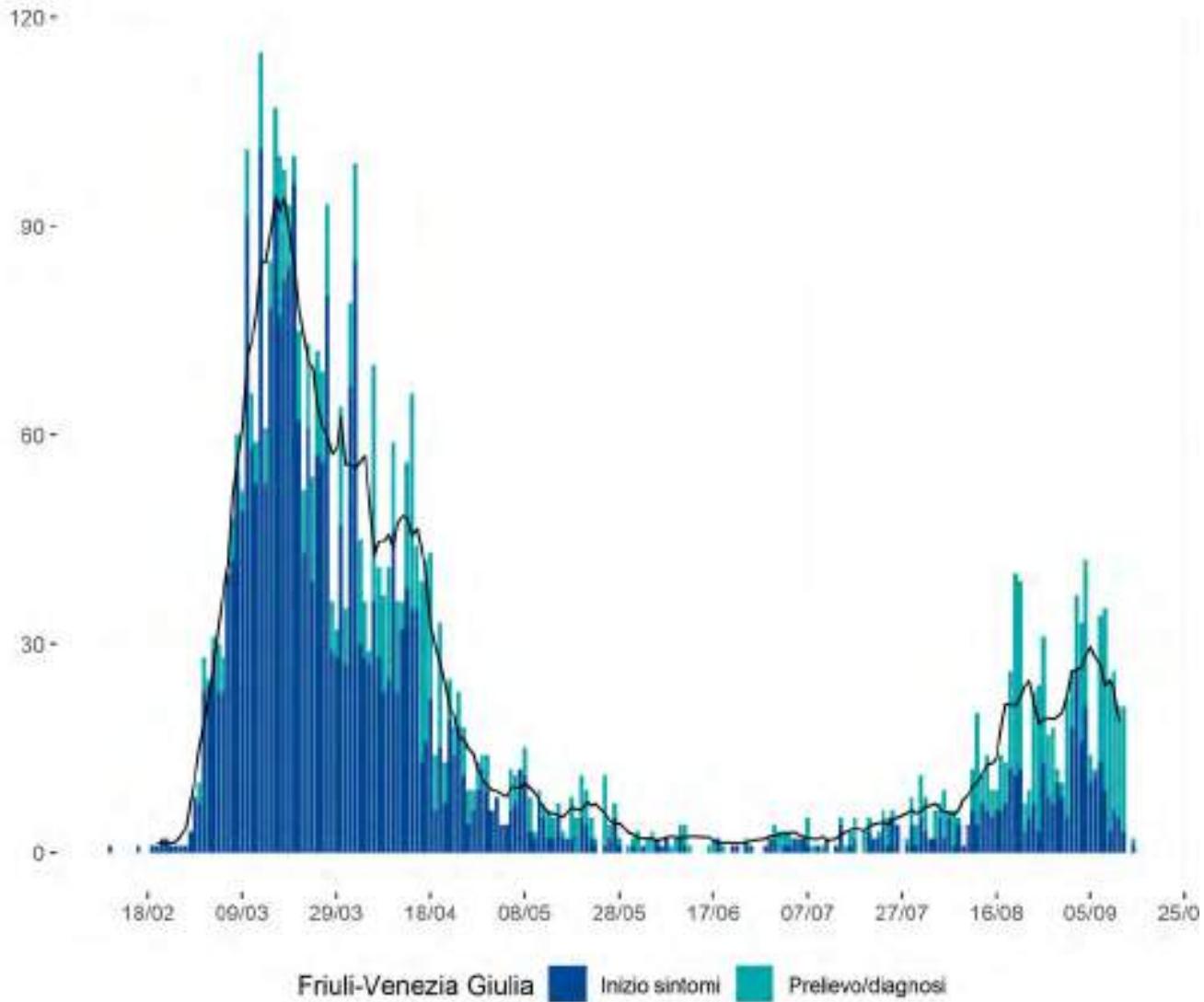
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 4211 | Incidenza cumulativa: 347.63 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 207 | Incidenza: 17.09 per 100000
- Rt: 1.11 (CI: 0.59-1.69) [medio 14gg]

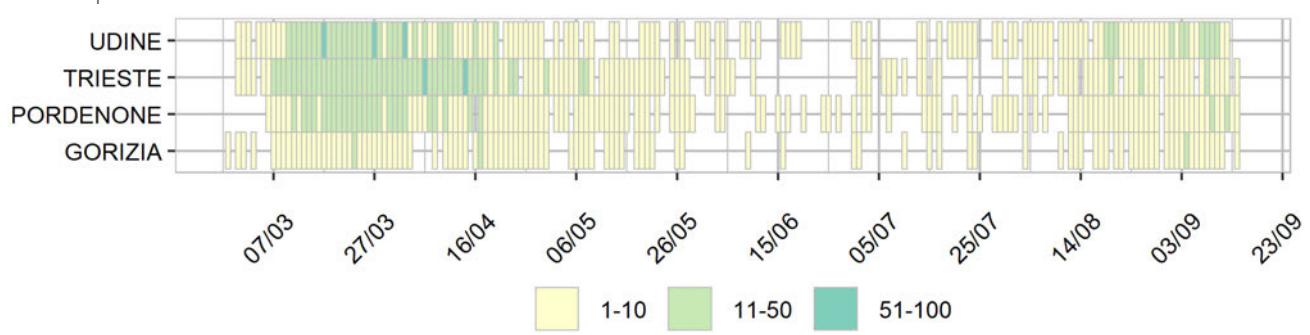
Curva epidemica



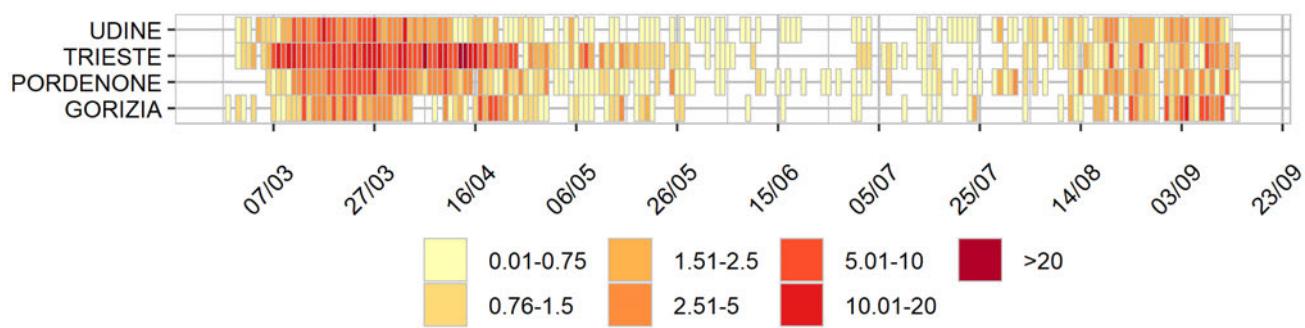
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

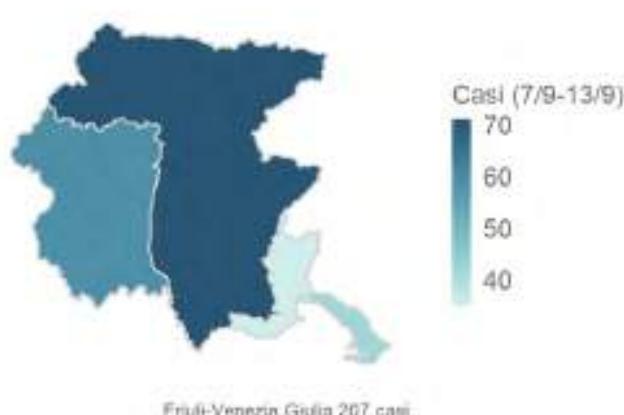


Heatmap - incidenza per 100000

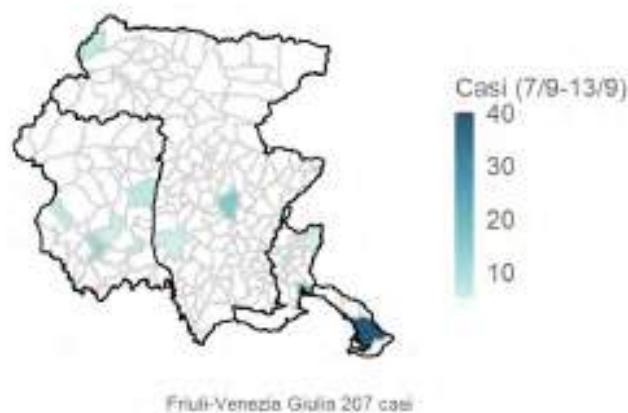


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

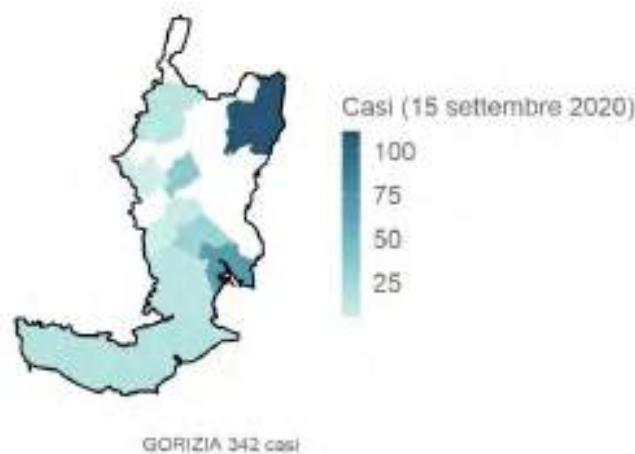


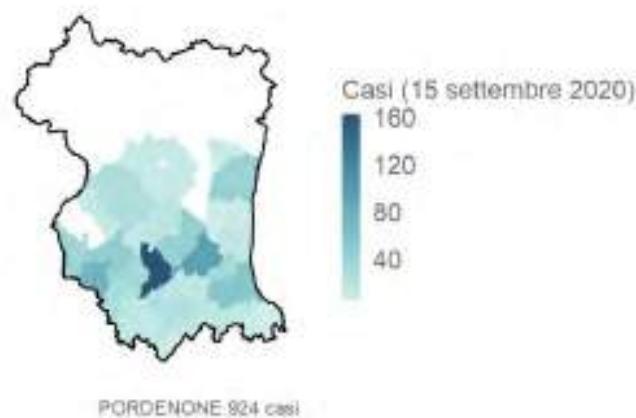
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

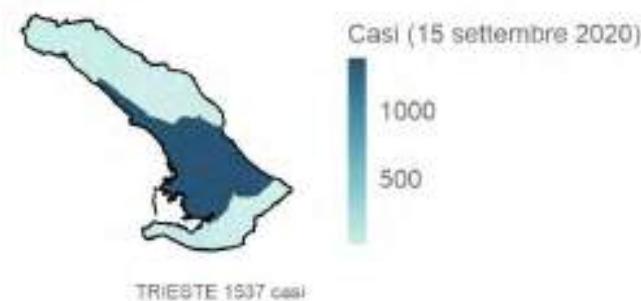
Mappa - province (domicilio/residenza)

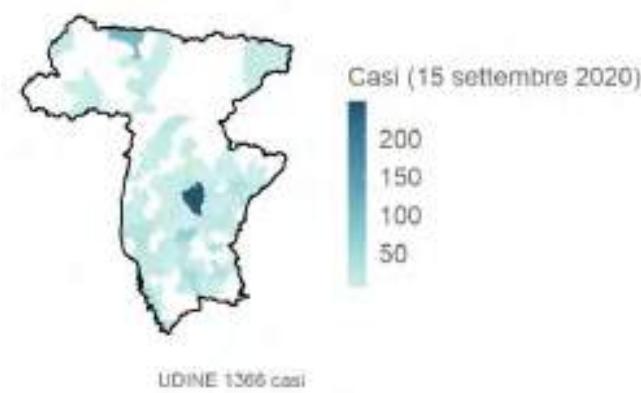


Mappa - comuni (domicilio/residenza)







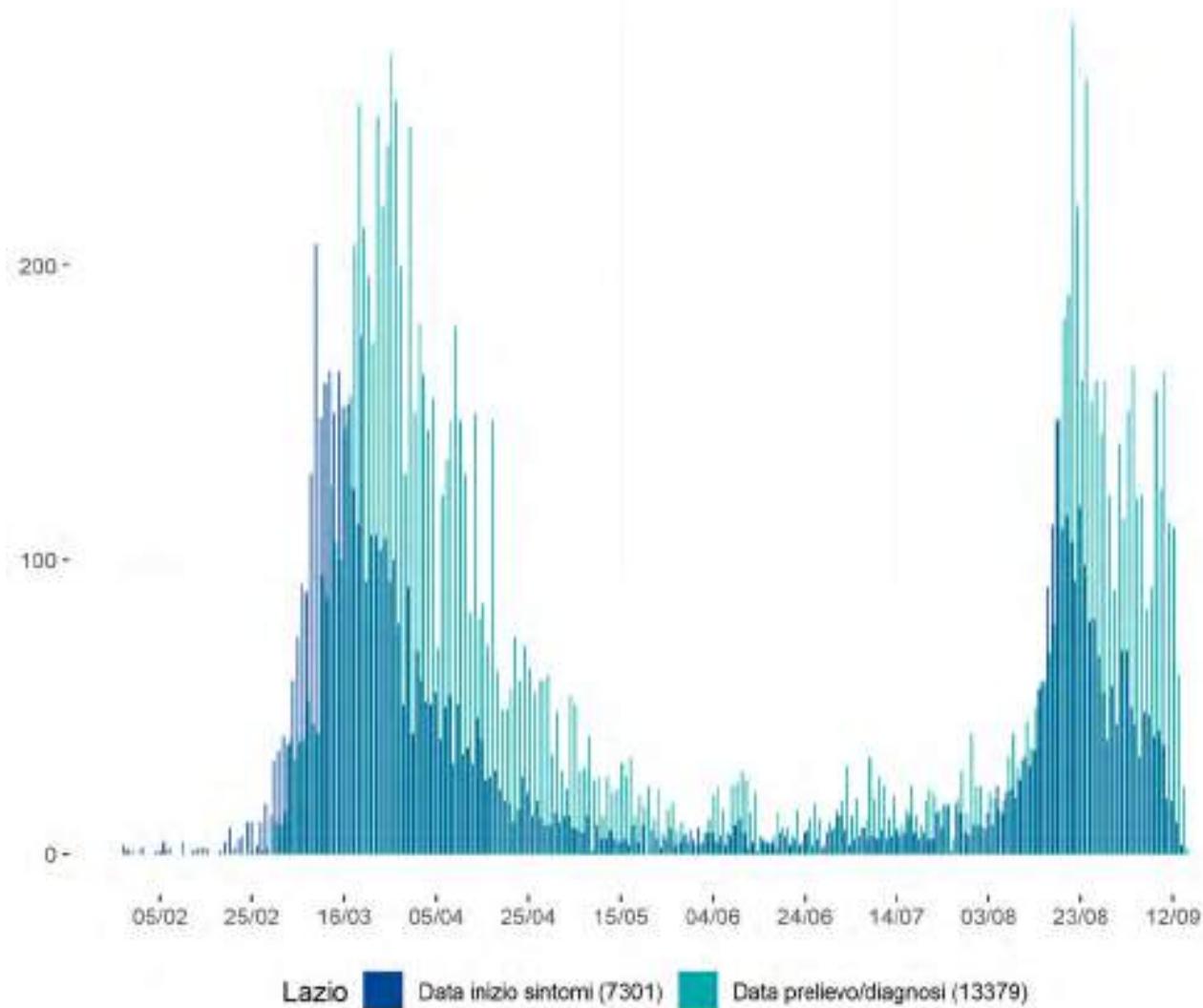


Lazio

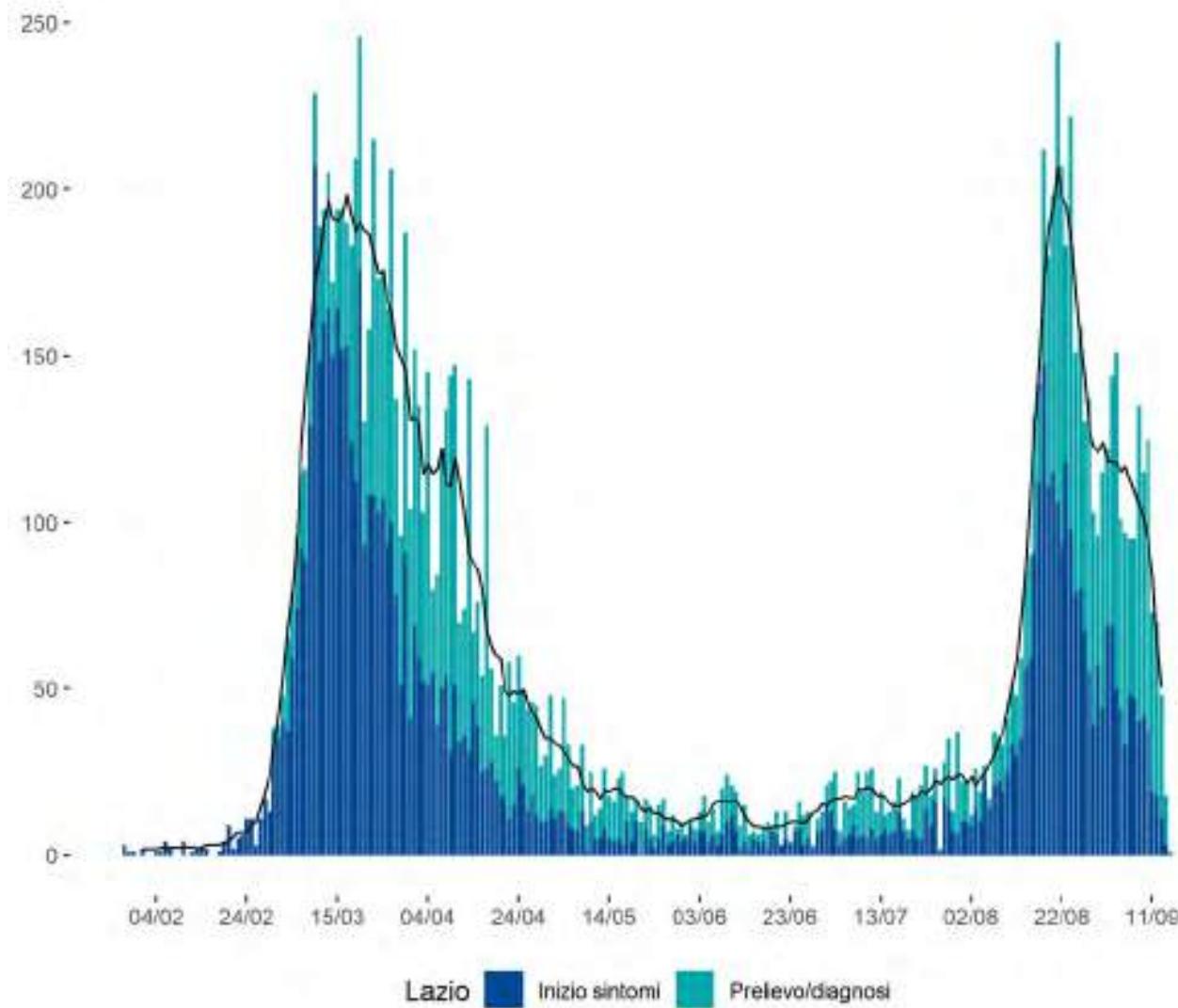
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 13416 | Incidenza cumulativa: 228.73 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 821 | Incidenza: 14 per 100000
- Rt: 0.54 (CI: 0.37-0.77) [medio 14gg]

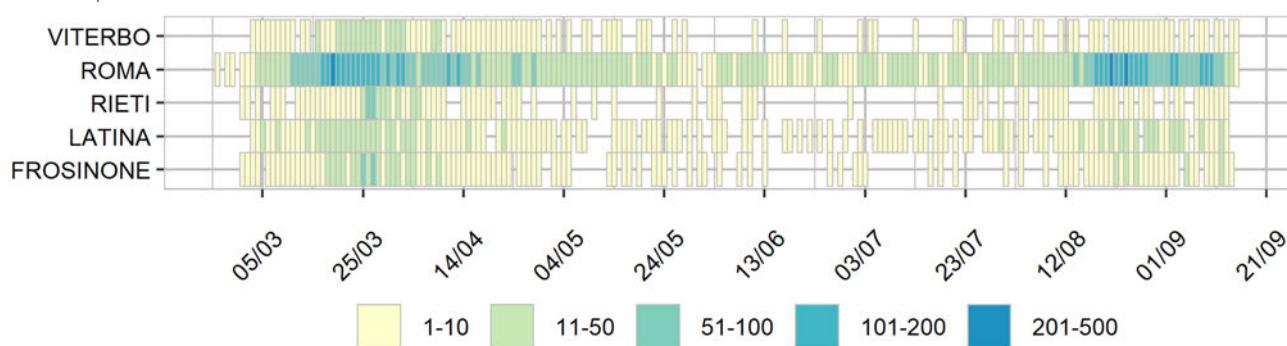
Curva epidemica



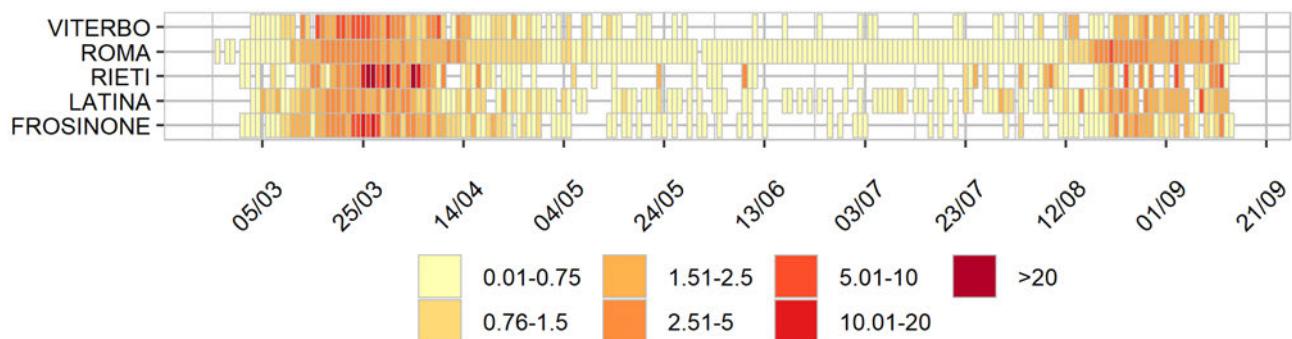
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

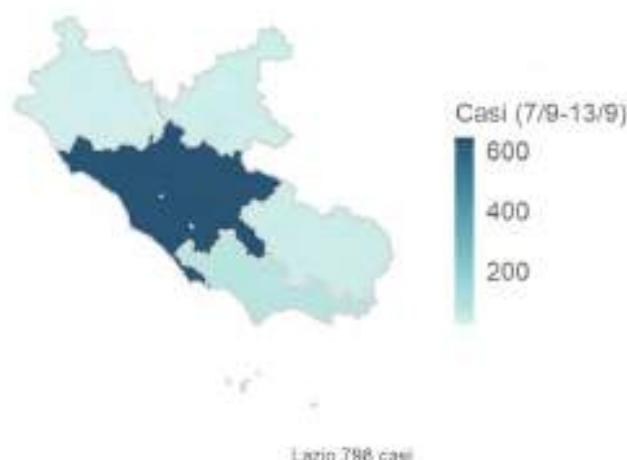


Heatmap - incidenza per 100000

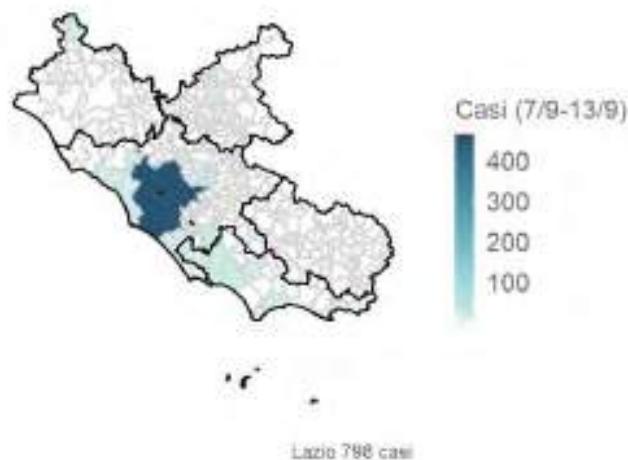


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

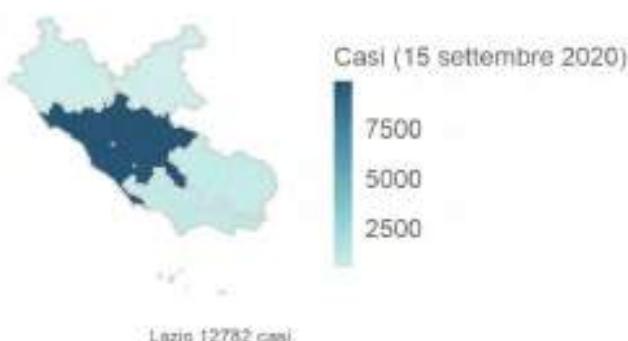


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

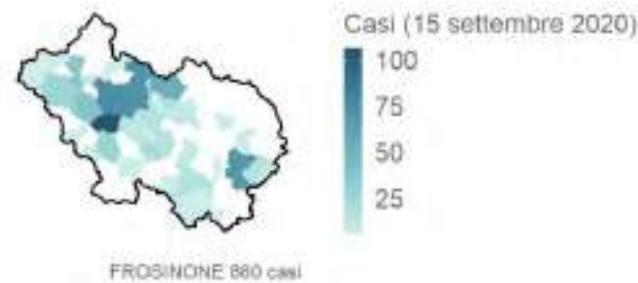


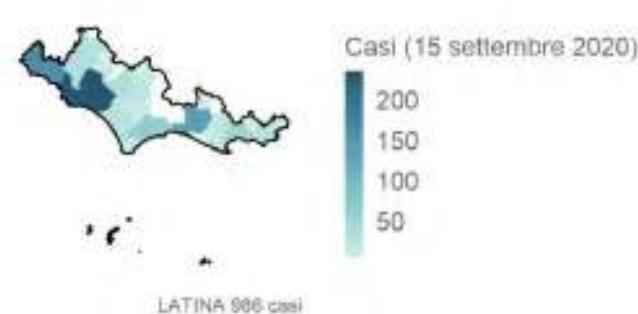
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

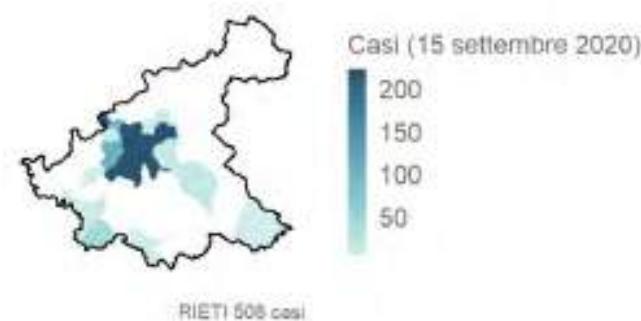
Mappa - province (domicilio/residenza)

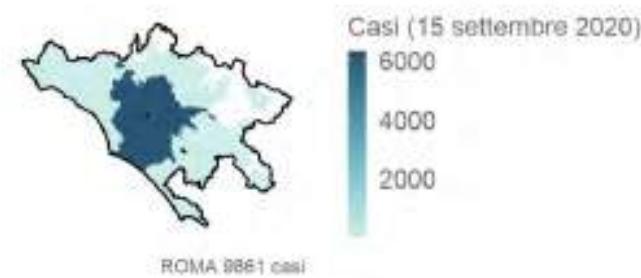


Mappa - comuni (domicilio/residenza)









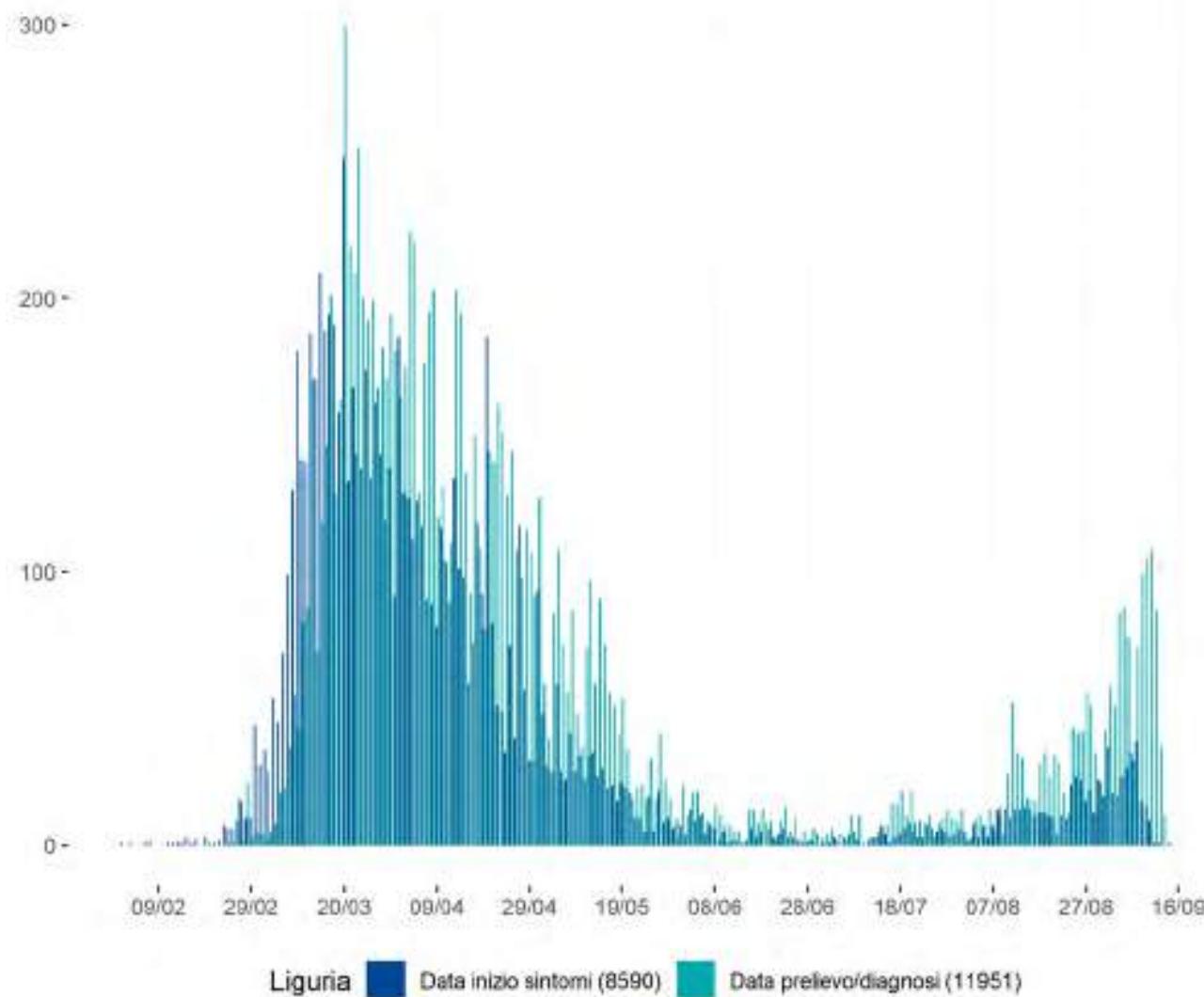


Liguria

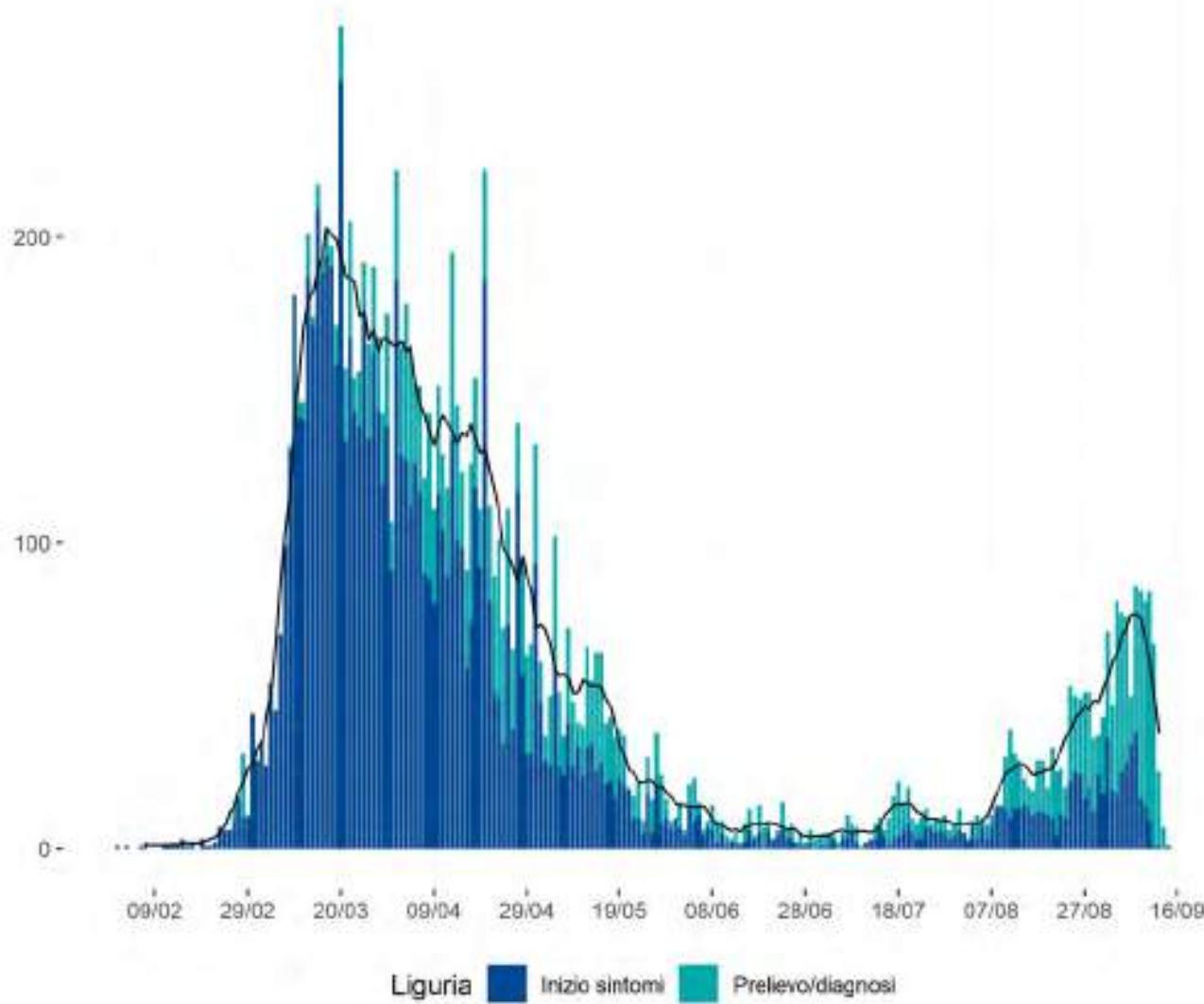
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 11952 | Incidenza cumulativa: 774.53 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 517 | Incidenza: 33.5 per 100000
- Rt: 1.32 (CI: 0.95-1.66) [medio 14gg]

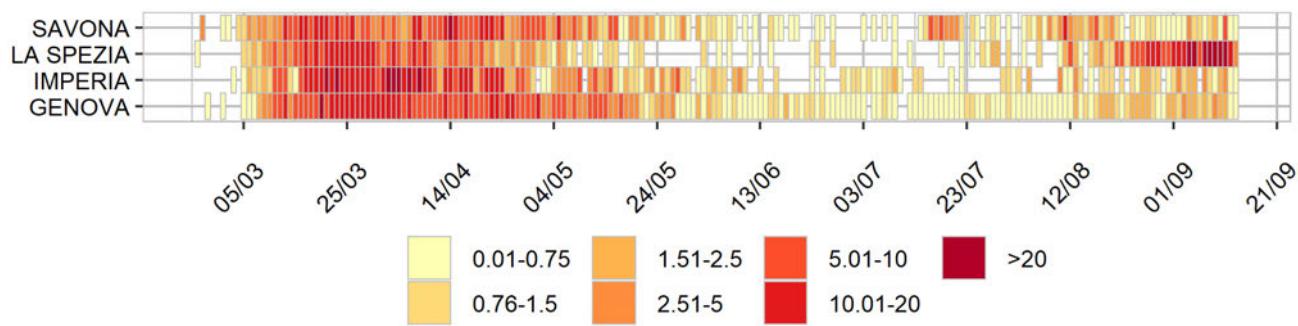
Curva epidemica



Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - incidenza per 100000



Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

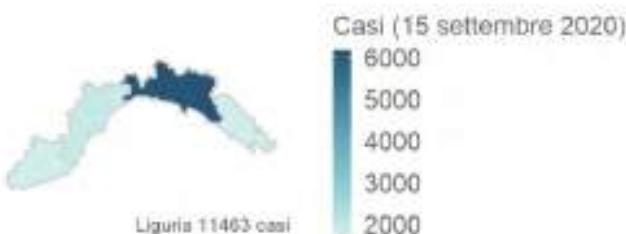


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

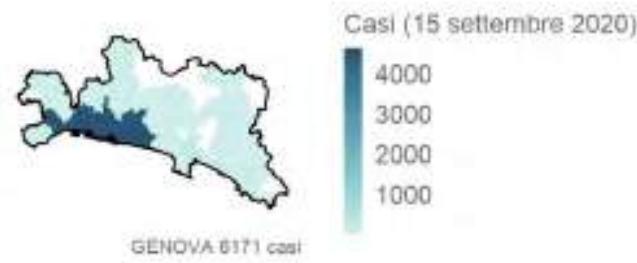
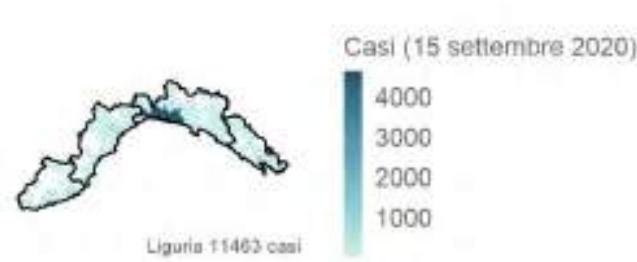


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

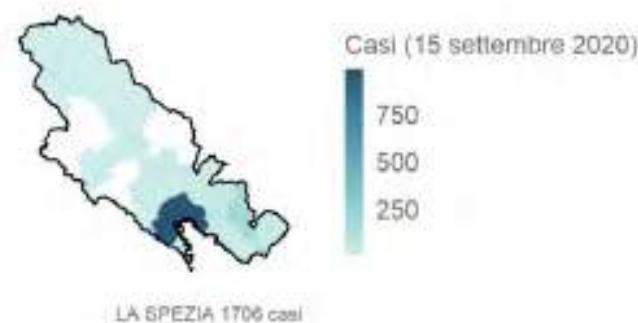
Mappa - province (domicilio/residenza)

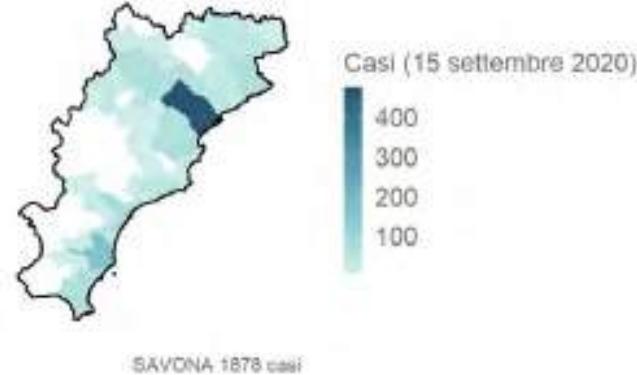


Mappa - comuni (domicilio/residenza)







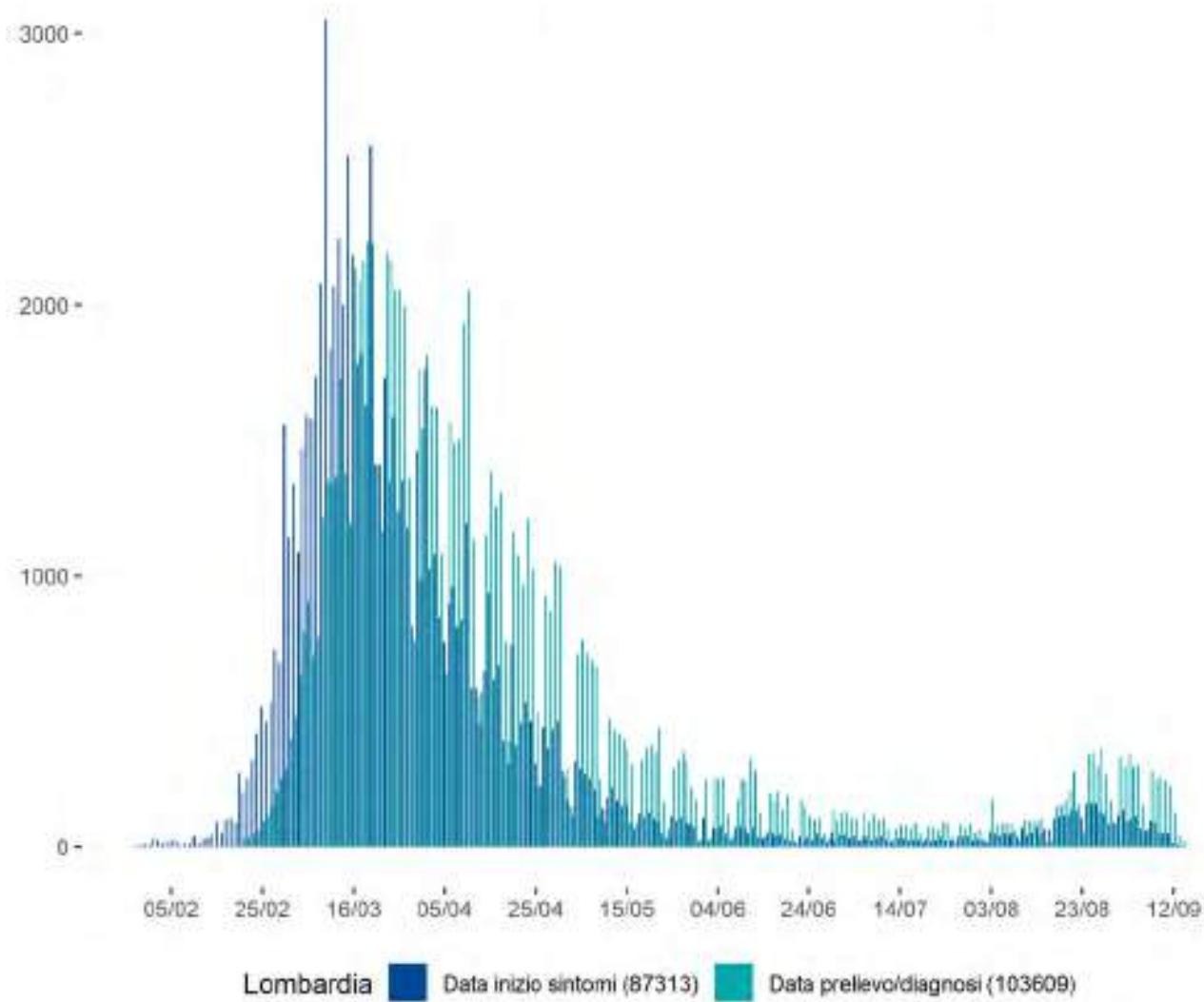


Lombardia

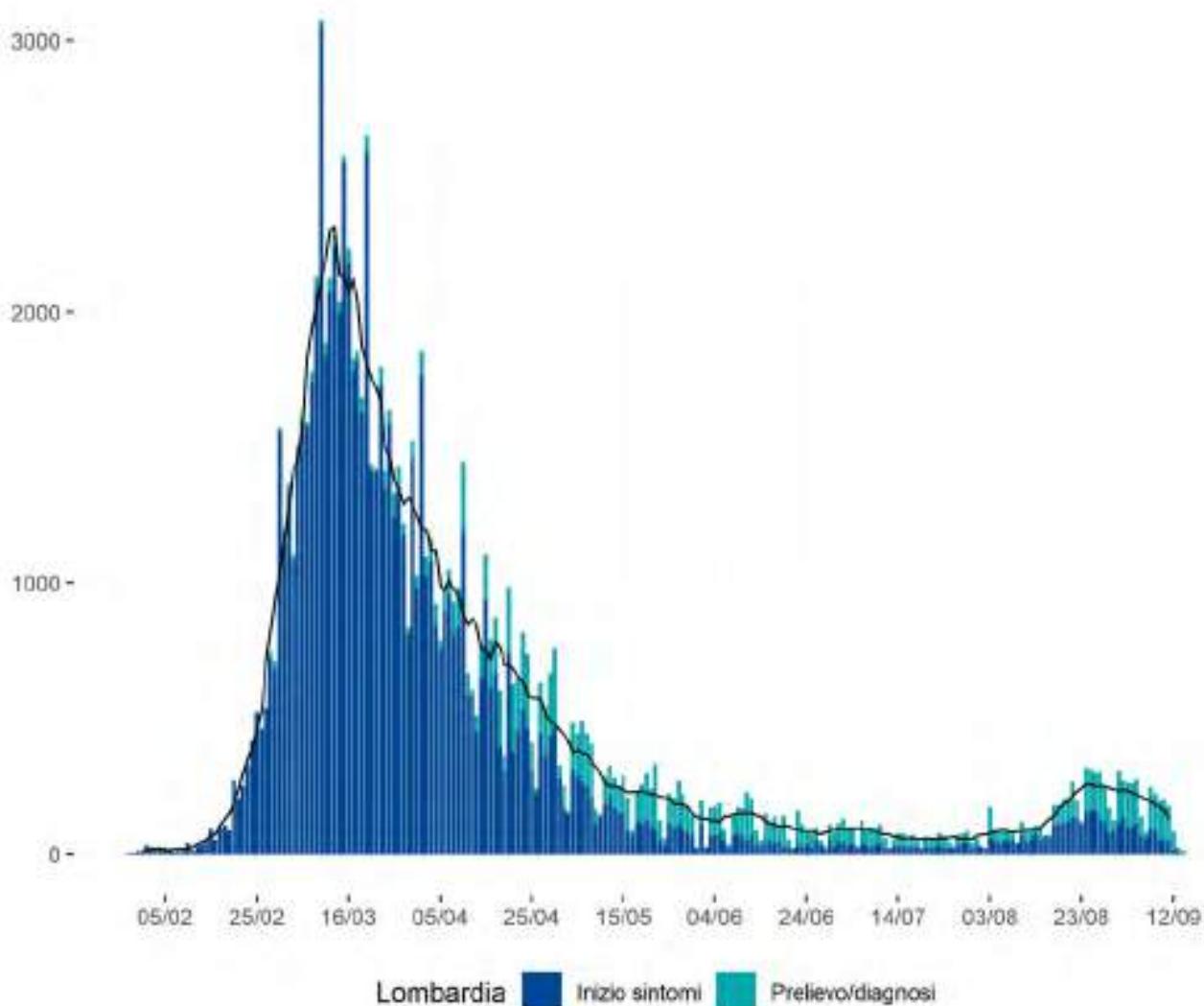
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 103621 | Incidenza cumulativa: 1025.55 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 1409 | Incidenza: 13.95 per 100000
- Rt: 0.74 (CI: 0.62-0.98) [medio 14gg]

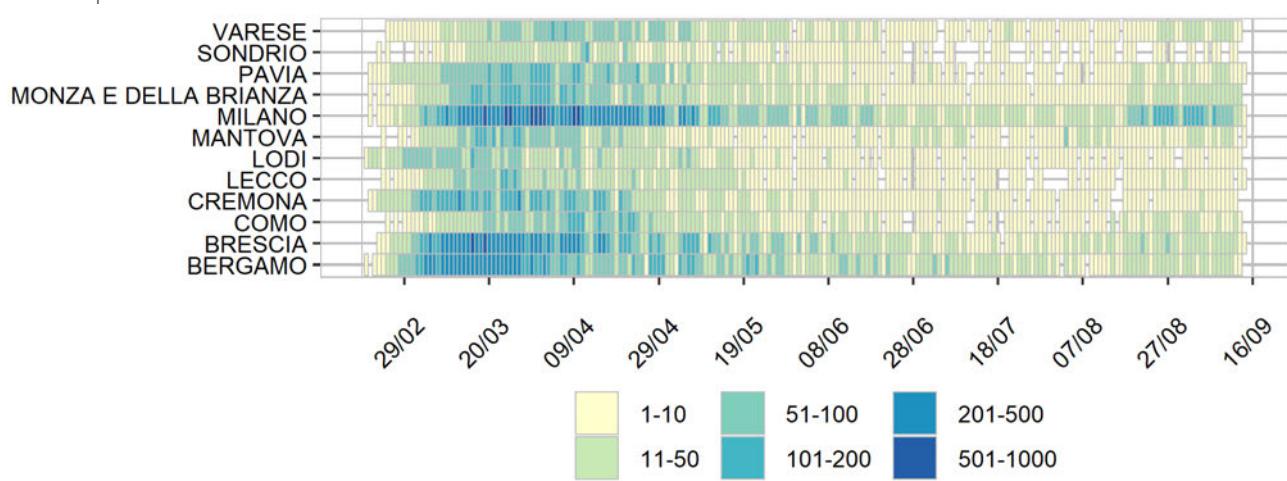
Curva epidemica



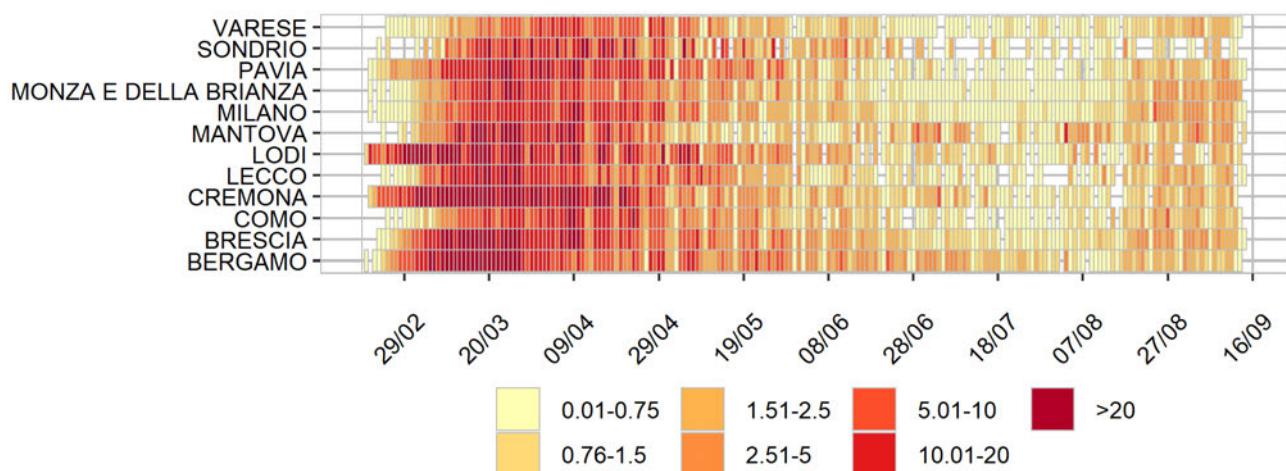
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

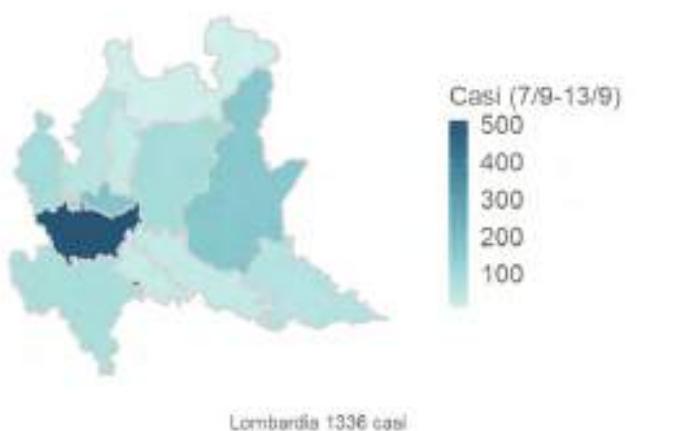


Heatmap - incidenza per 100000

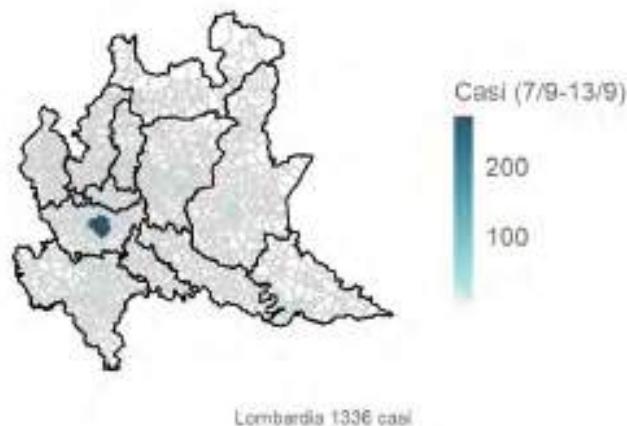


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

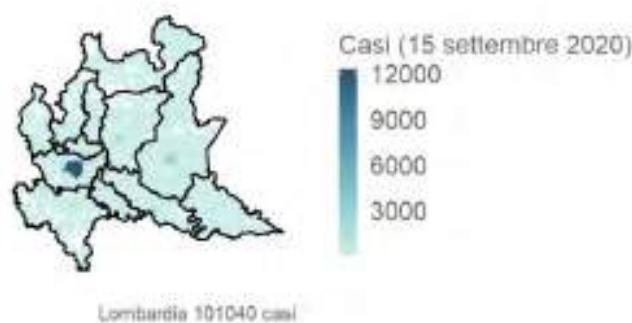


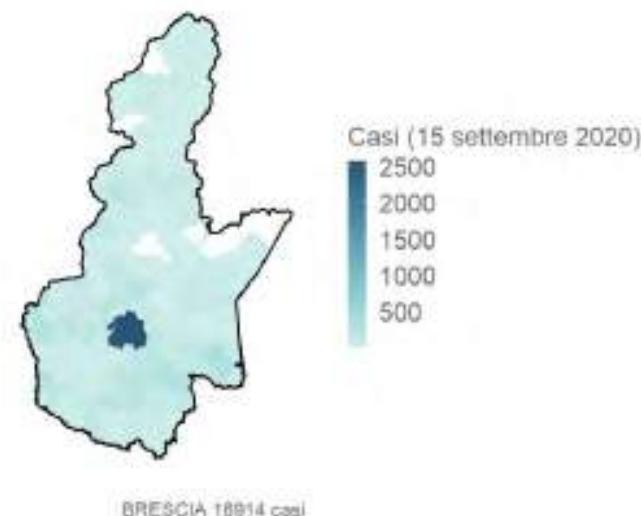
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

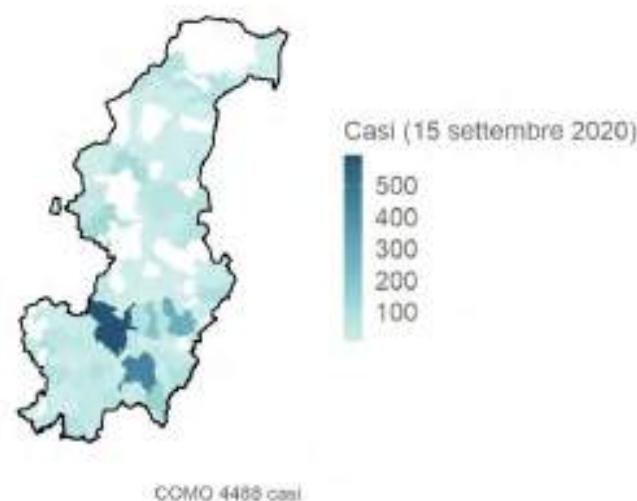
Mappa - province (domicilio/residenza)

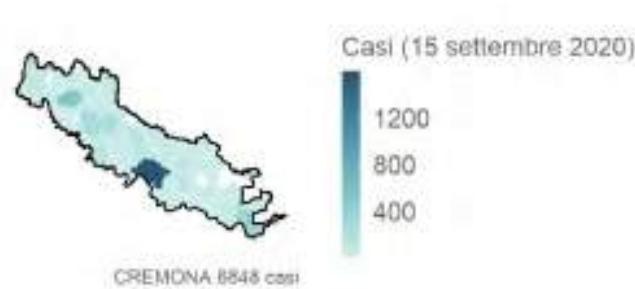


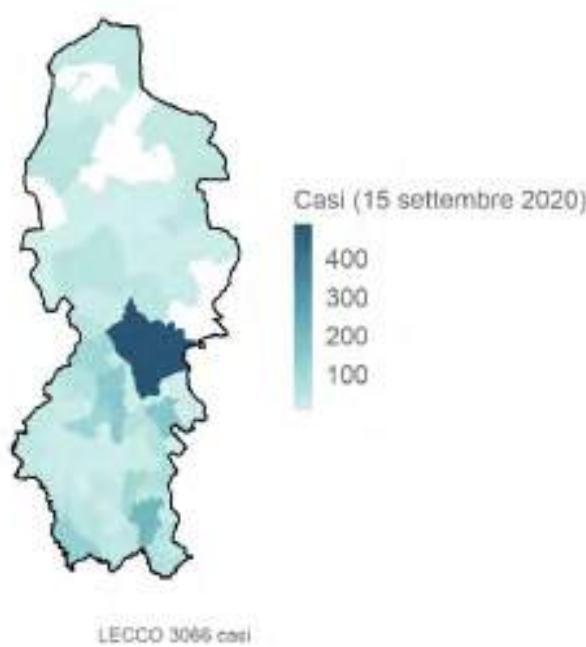
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

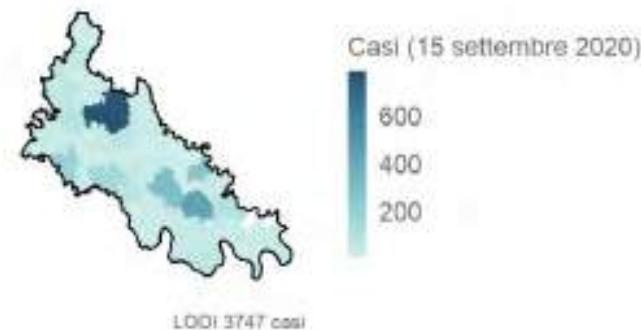


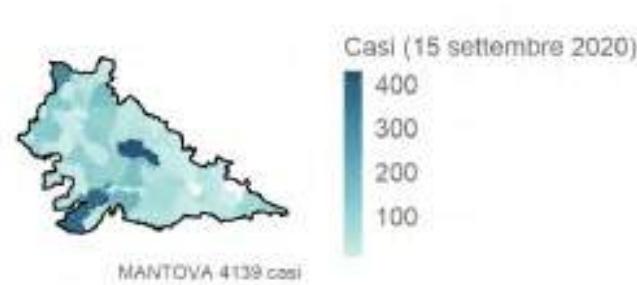


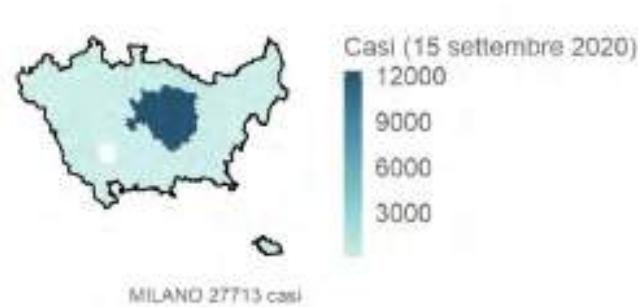


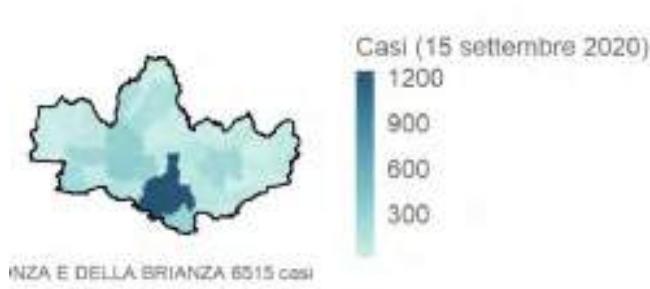


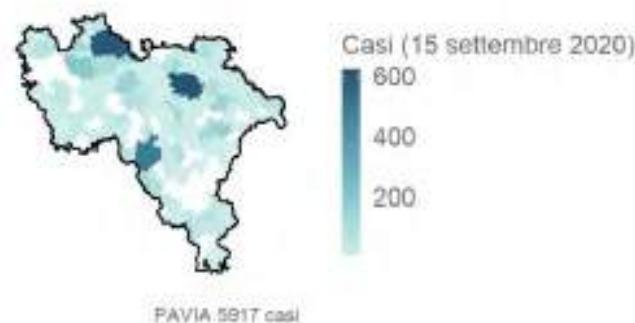




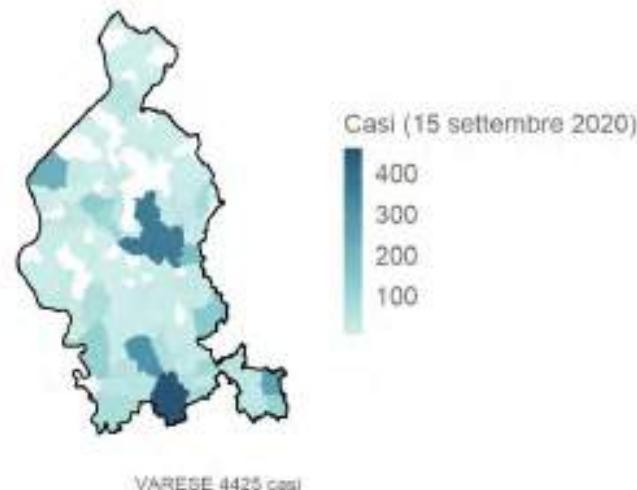










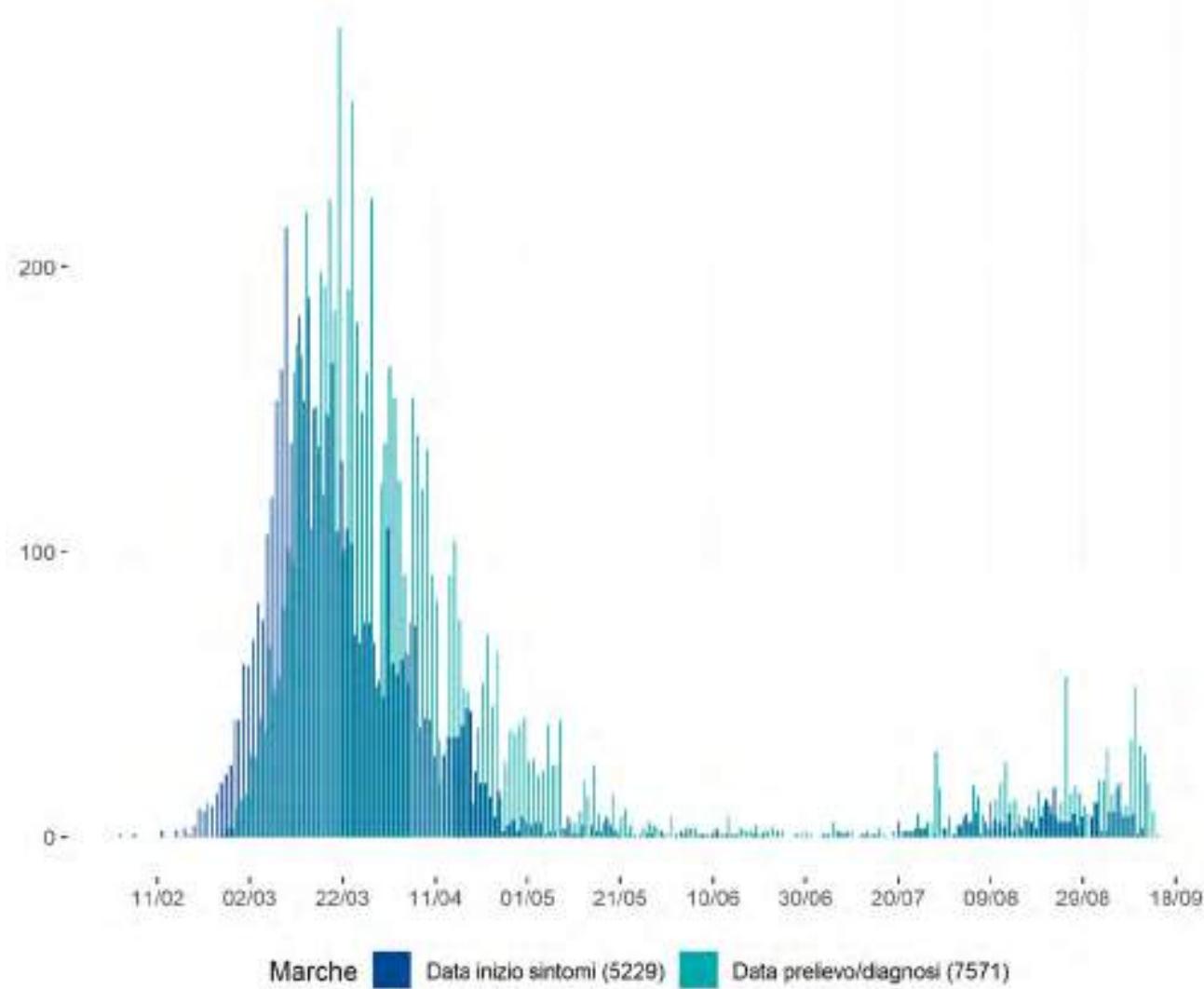


Marche

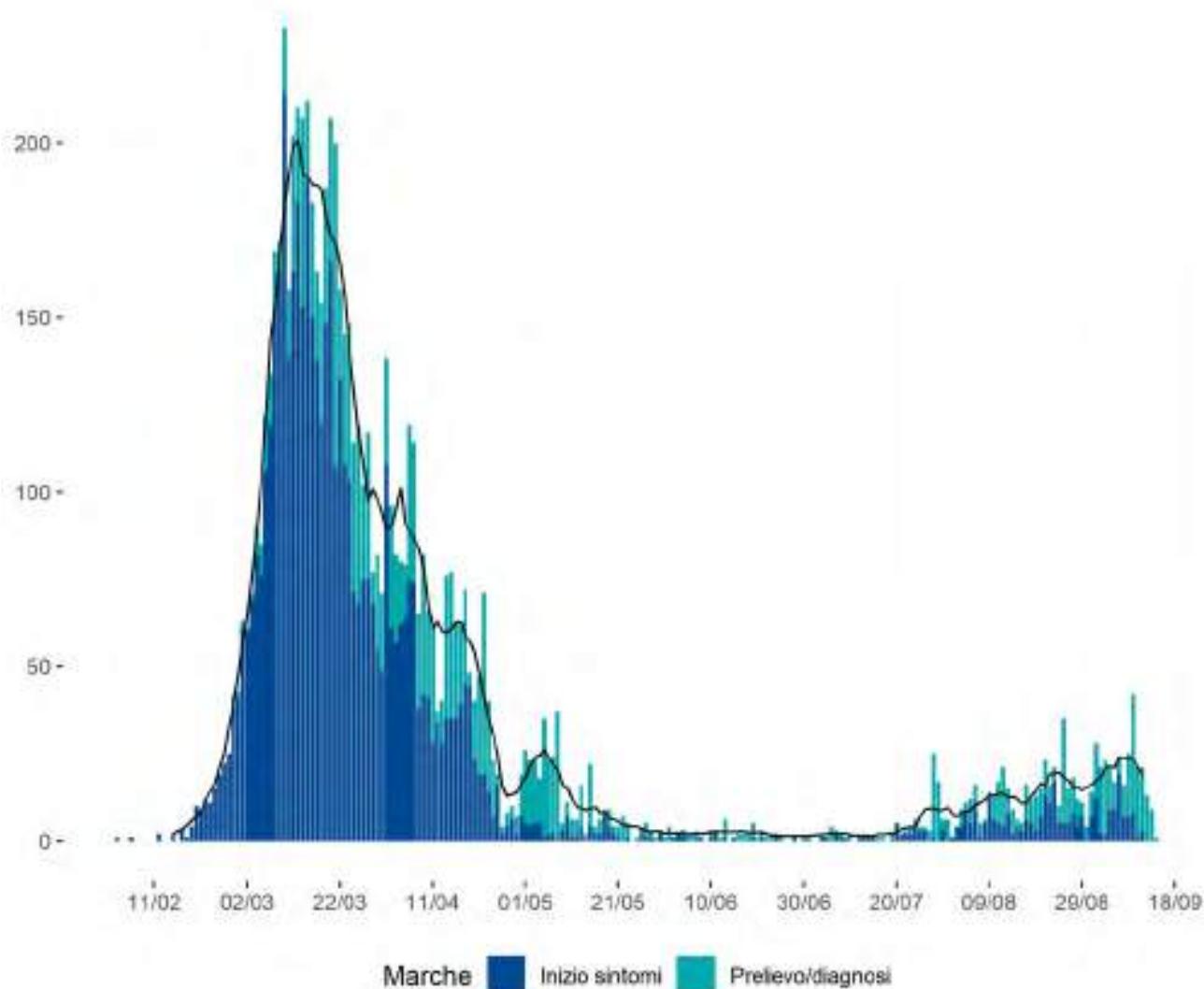
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 7571 | Incidenza cumulativa: 498.62 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 187 | Incidenza: 12.32 per 100000
- Rt: 0.85 (CI: 0.41-1.45) [medio 14gg]

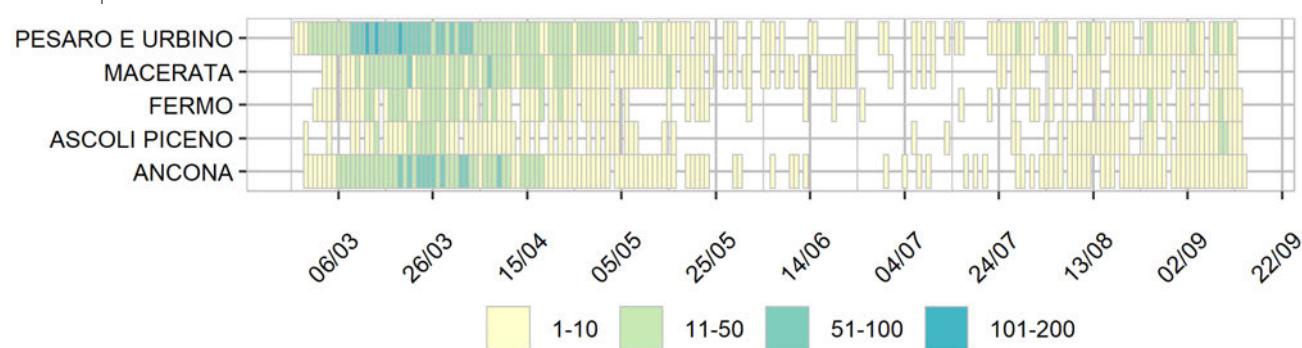
Curva epidemica



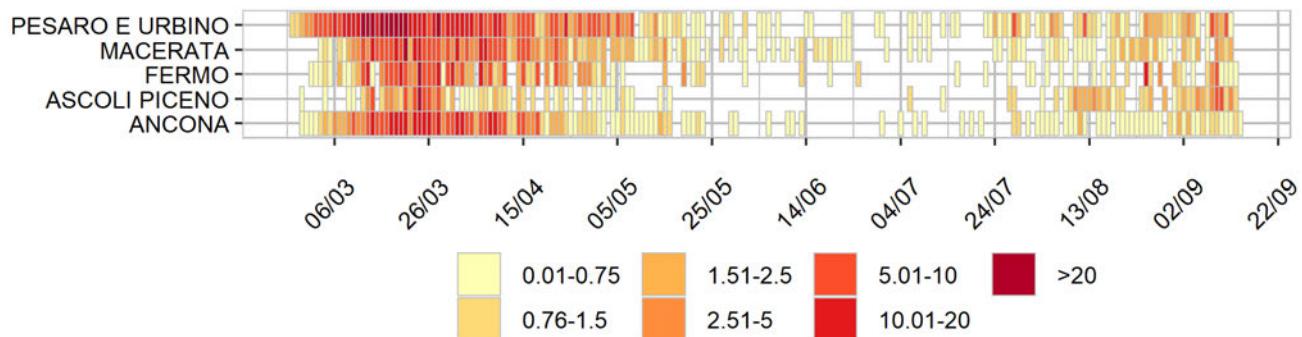
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

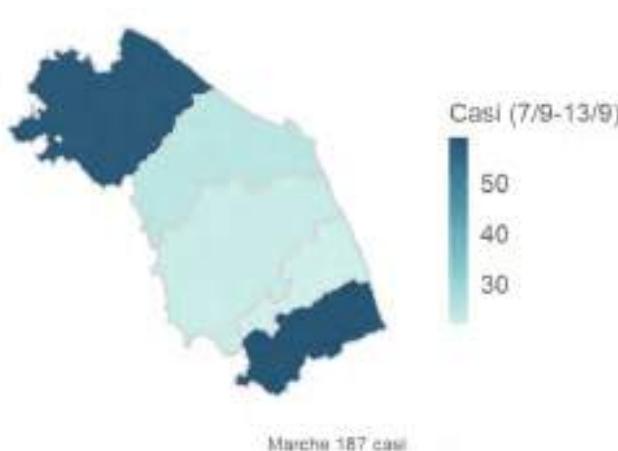


Heatmap - incidenza per 100000

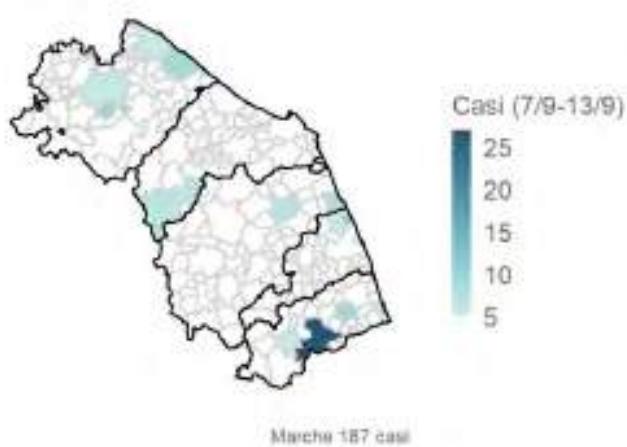


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

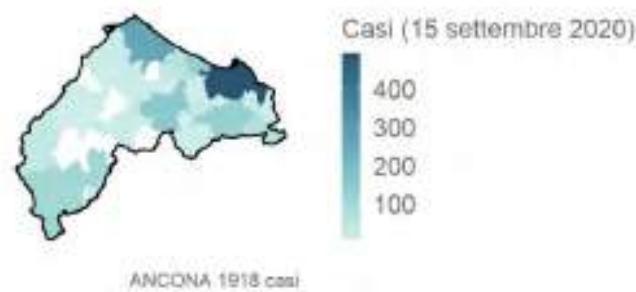


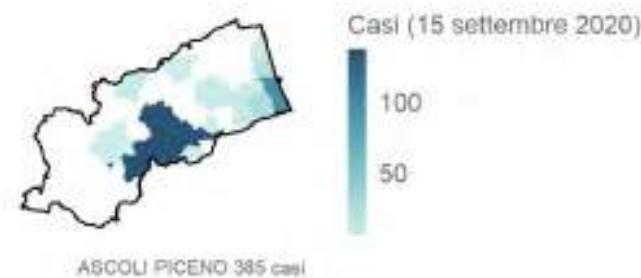
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)

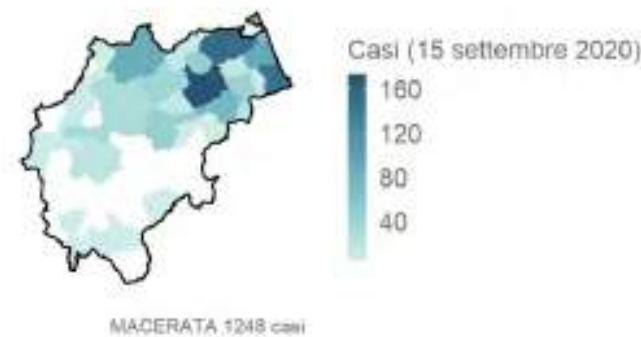


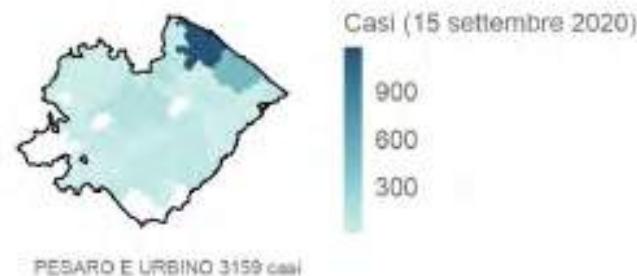
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









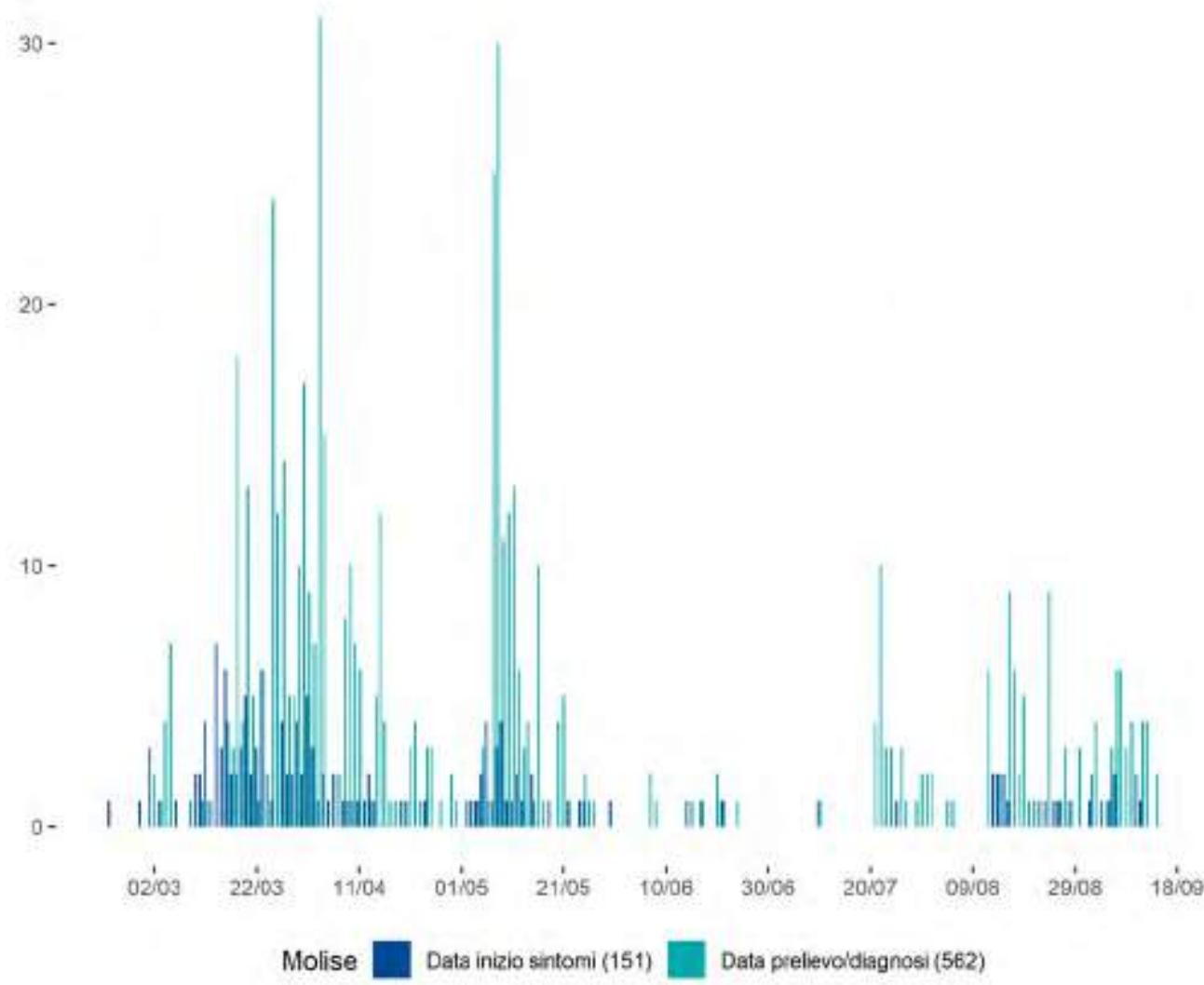


Molise

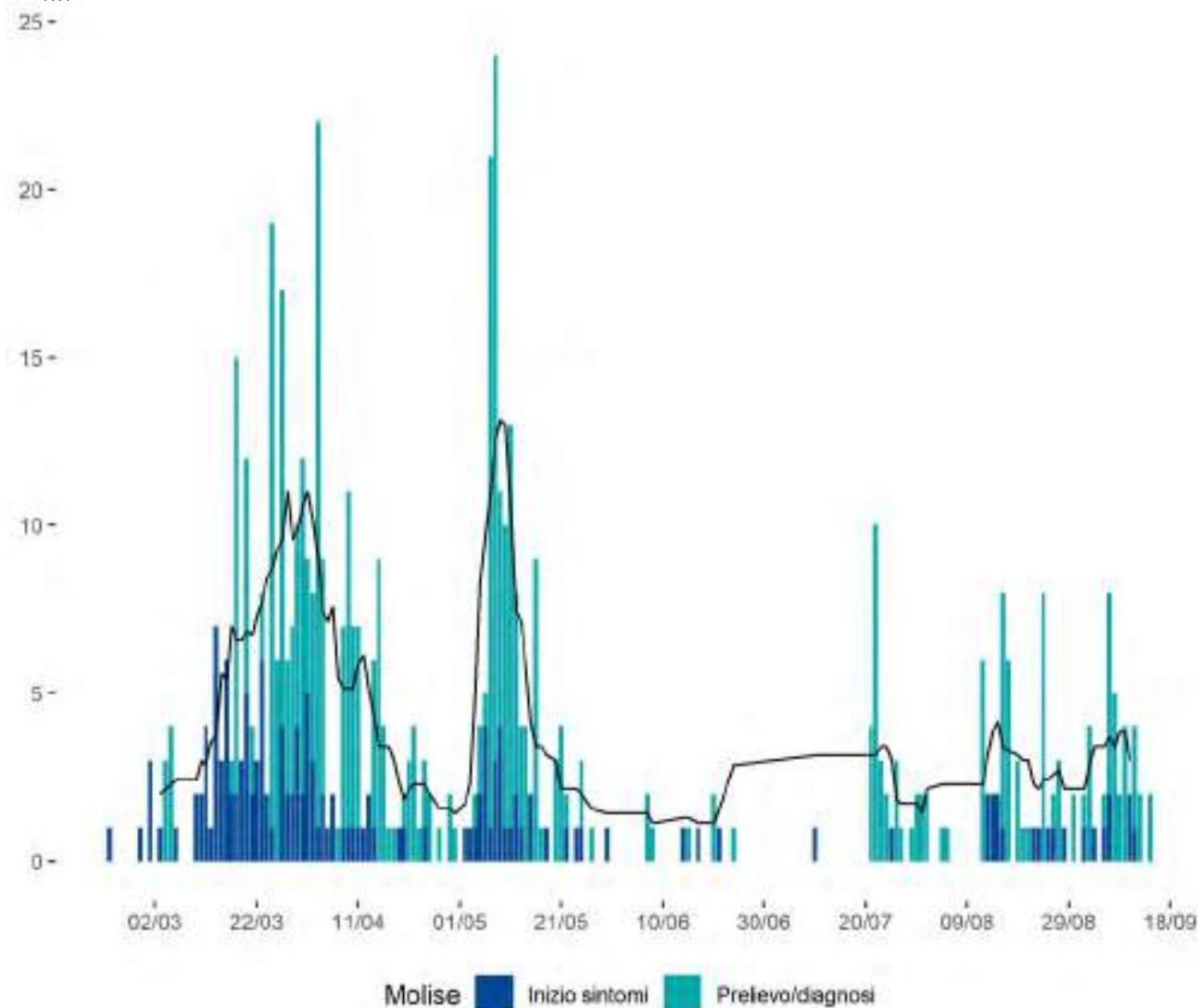
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 562 | Incidenza cumulativa: 185.93 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 21 | Incidenza: 6.95 per 100000
- Rt: 0.75 (CI: 0.03-3.05) [medio 14gg]

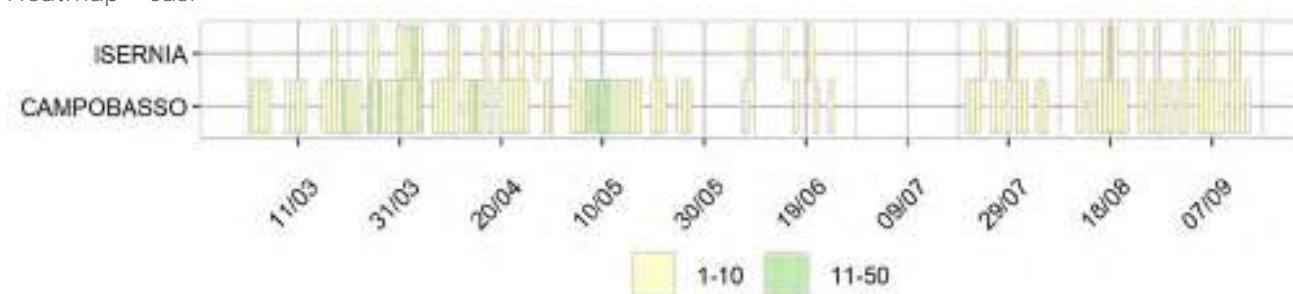
Curva epidemica



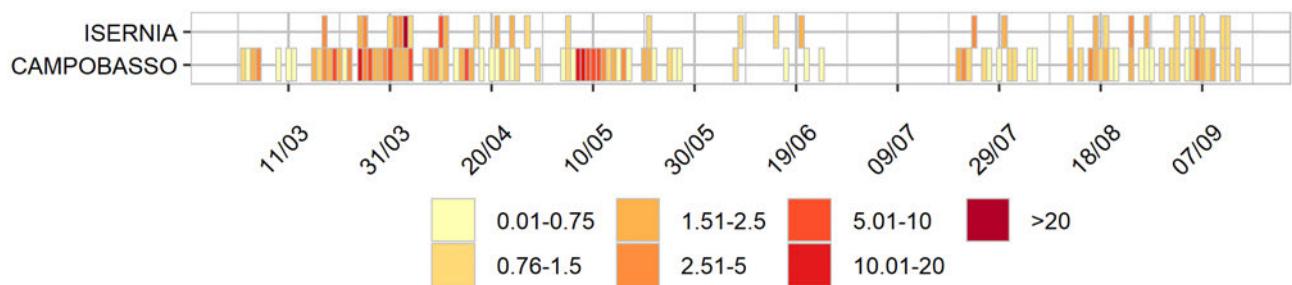
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

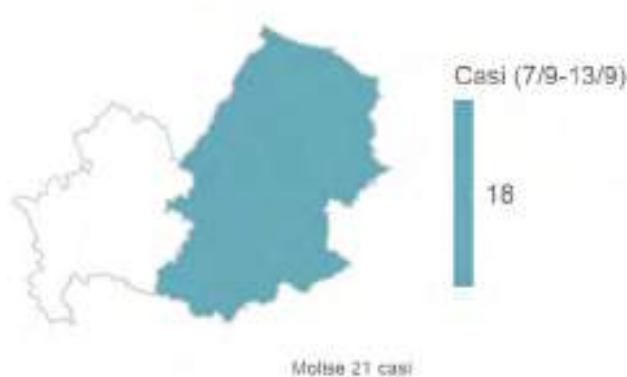


Heatmap - incidenza per 100000

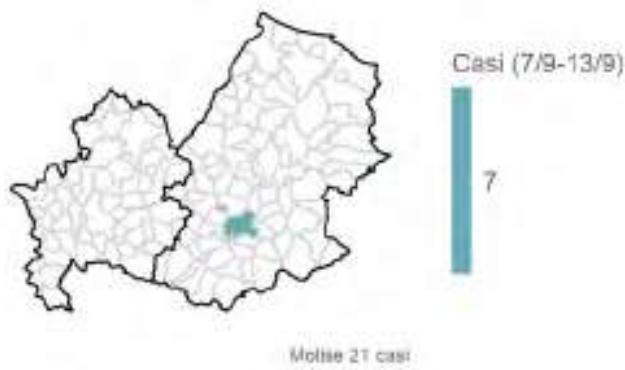


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

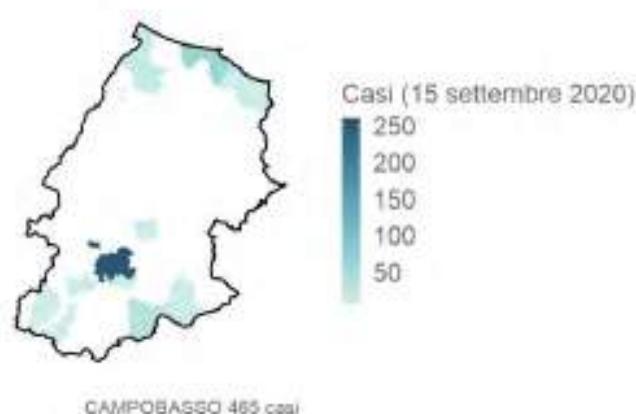
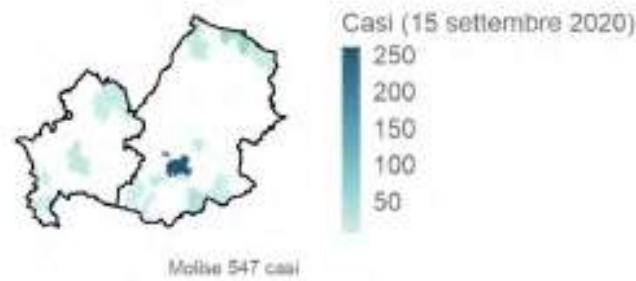


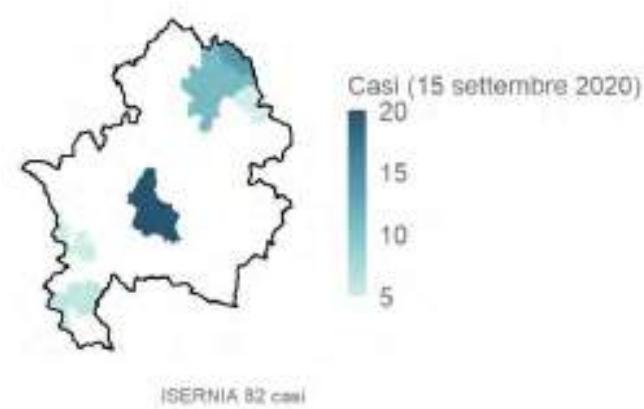
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)



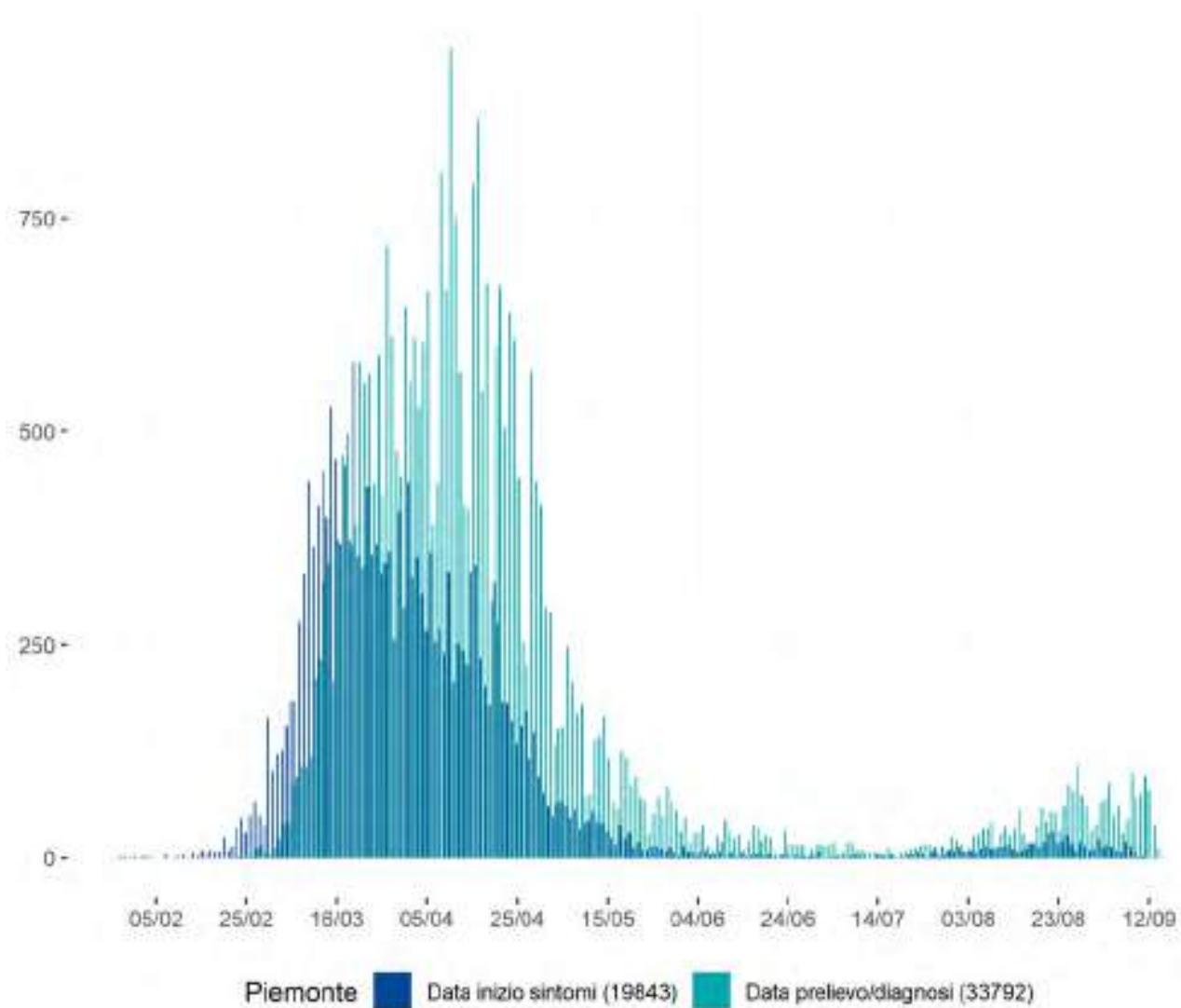


Piemonte

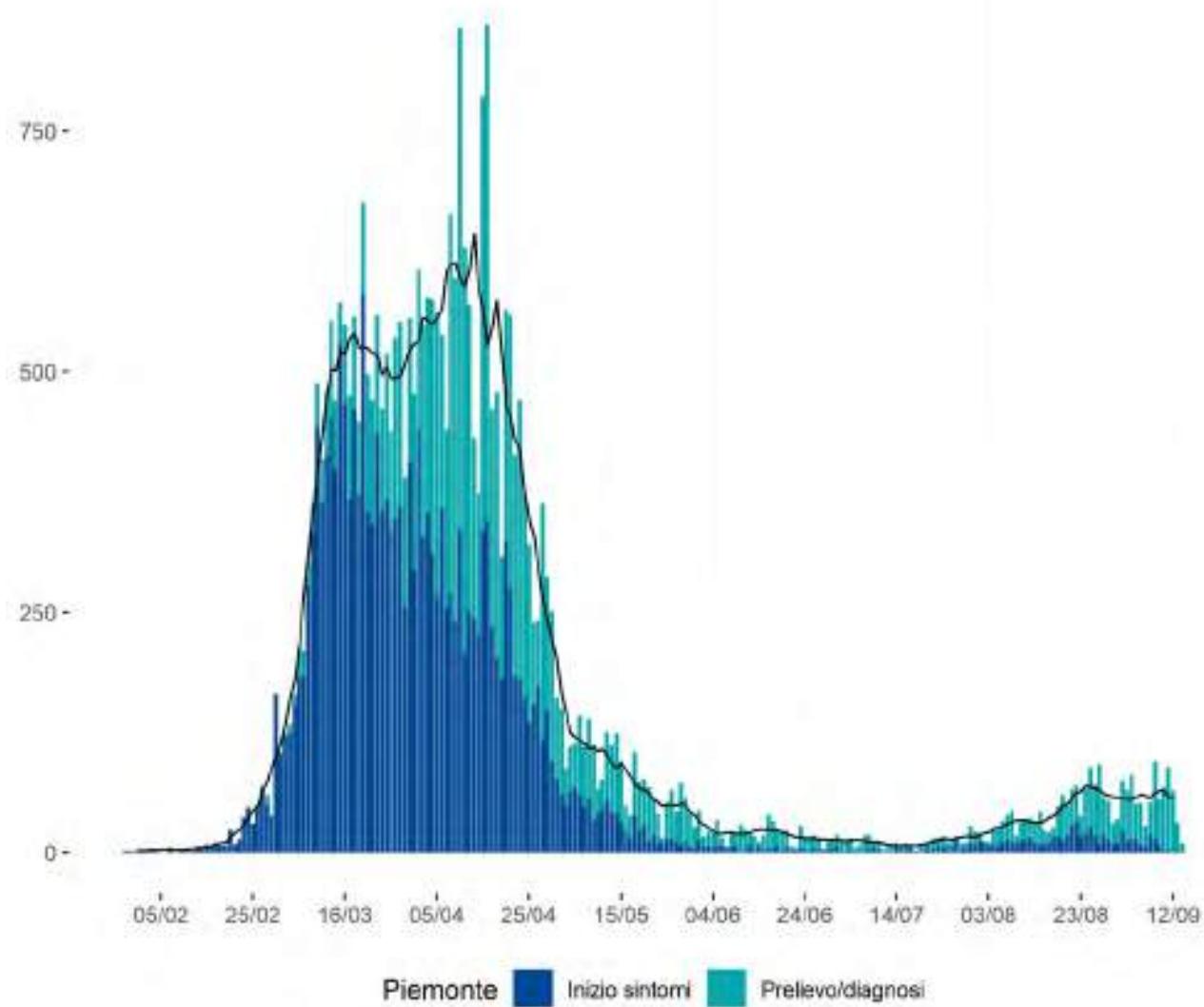
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 33988 | Incidenza cumulativa: 782.89 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 502 | Incidenza: 11.56 per 100000
- Rt: 0.69 (CI: 0.41-1.18) [medio 14gg]

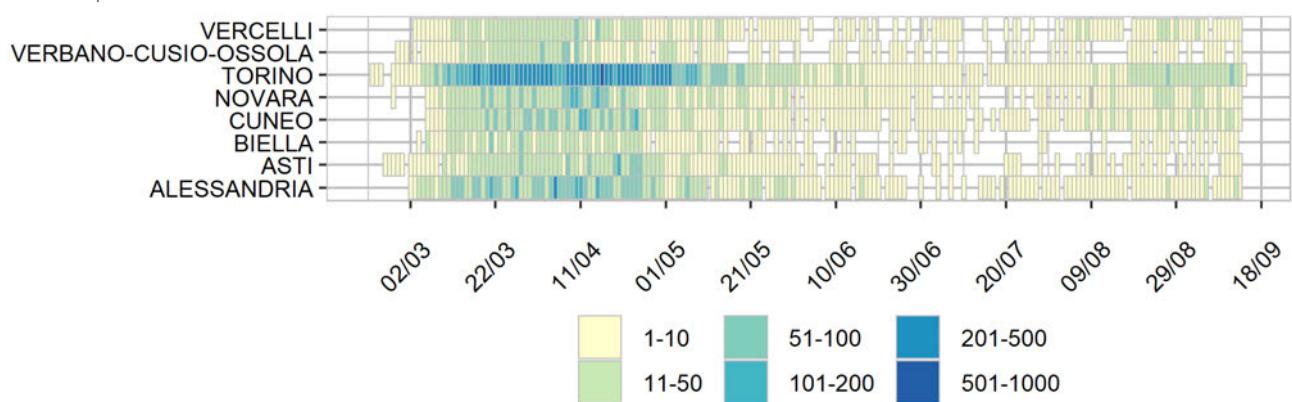
Curva epidemica



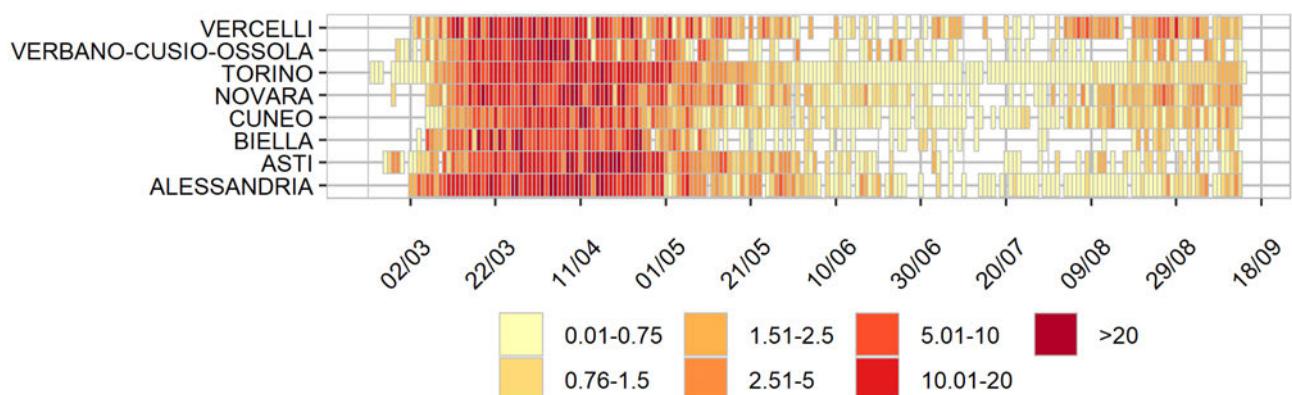
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

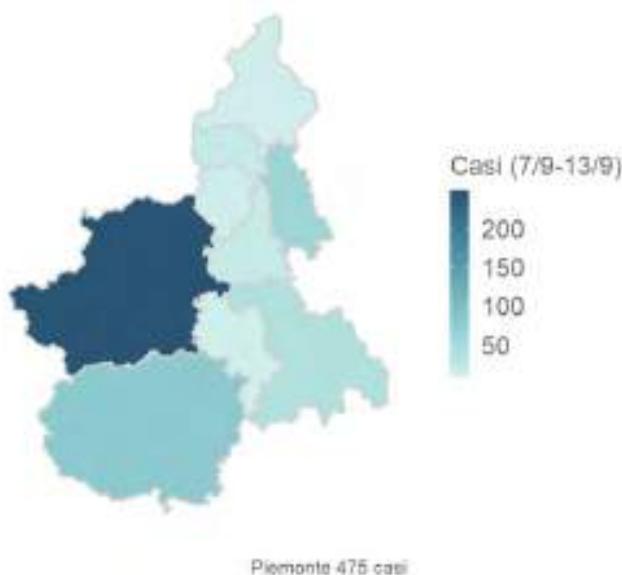


Heatmap - incidenza per 100000

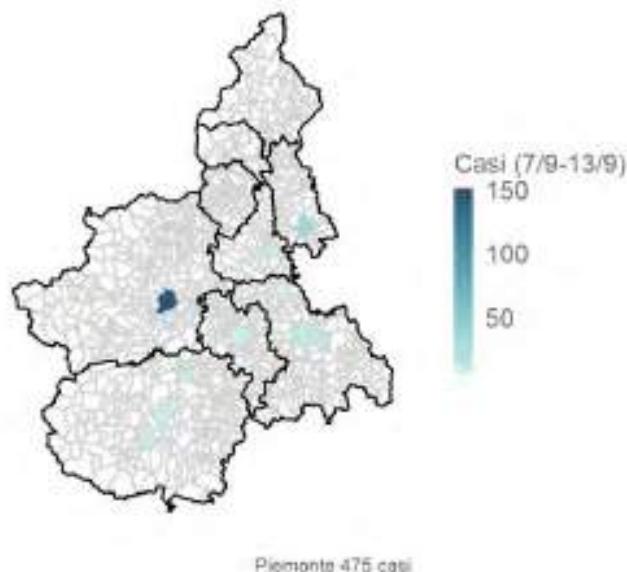


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

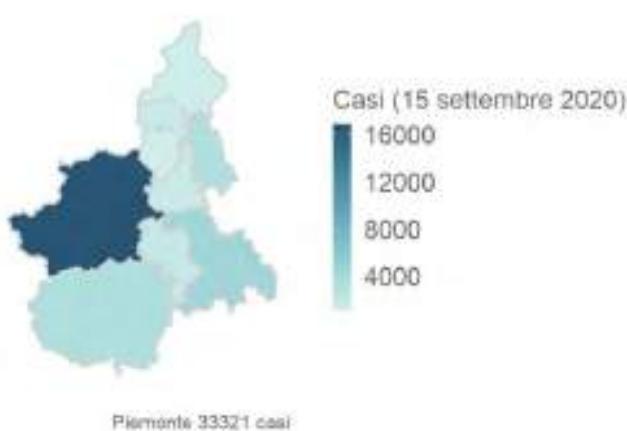


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

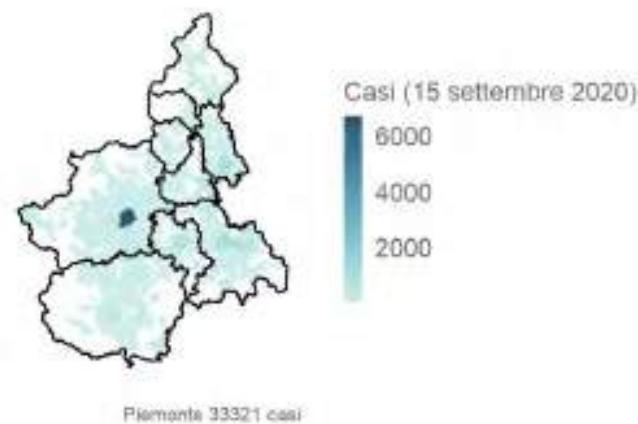


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

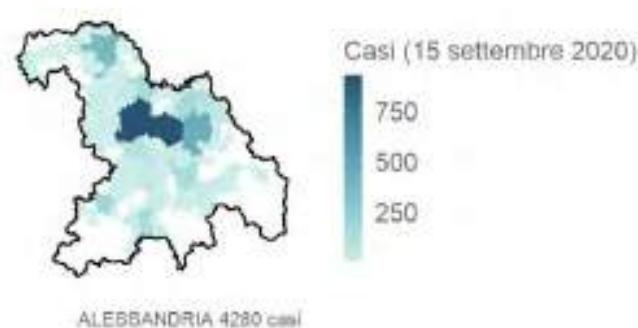
Mappa - province (domicilio/residenza)



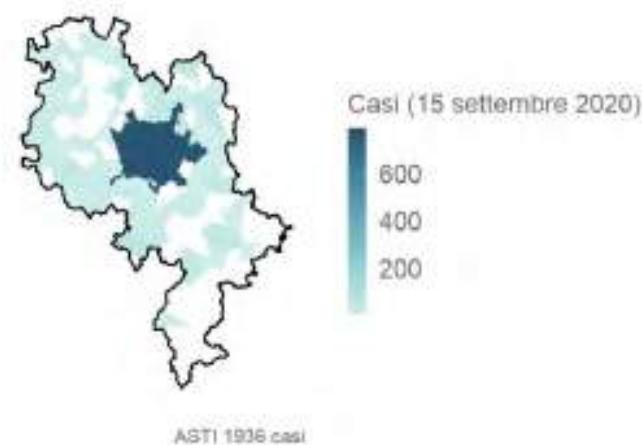
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

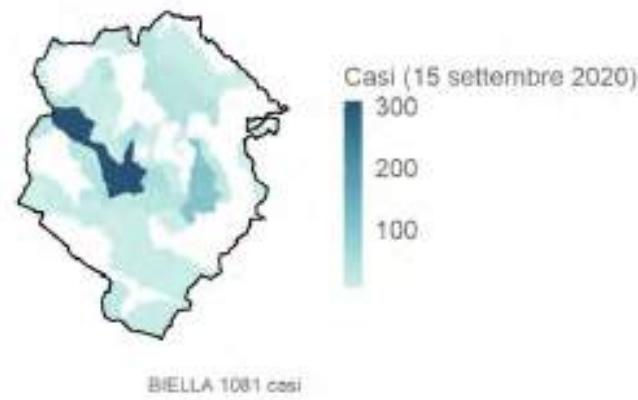


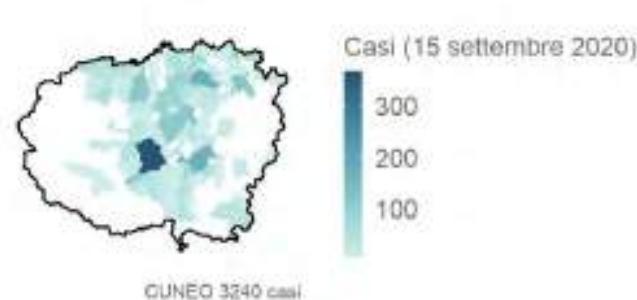
Piemonte 33321 casi

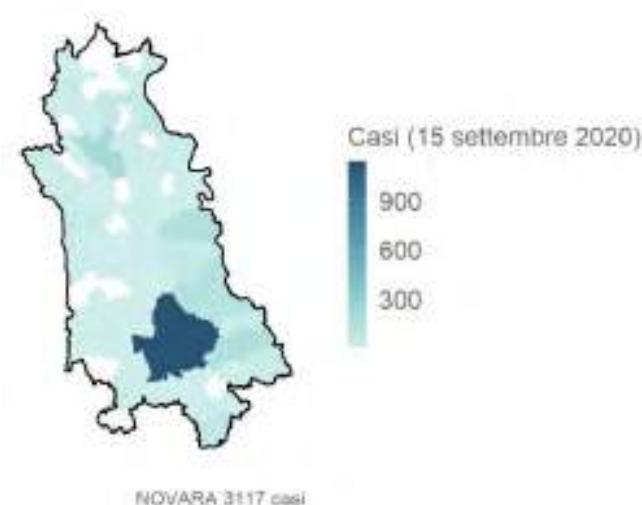


ALESSANDRIA 4280 casi

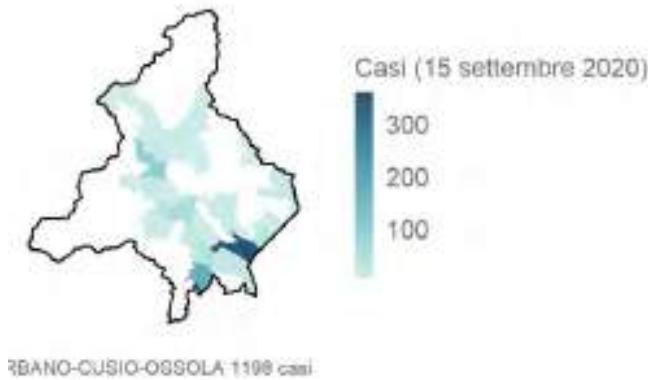


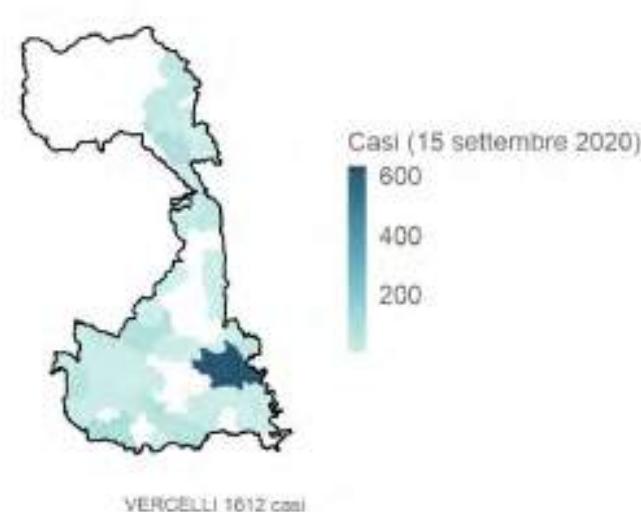










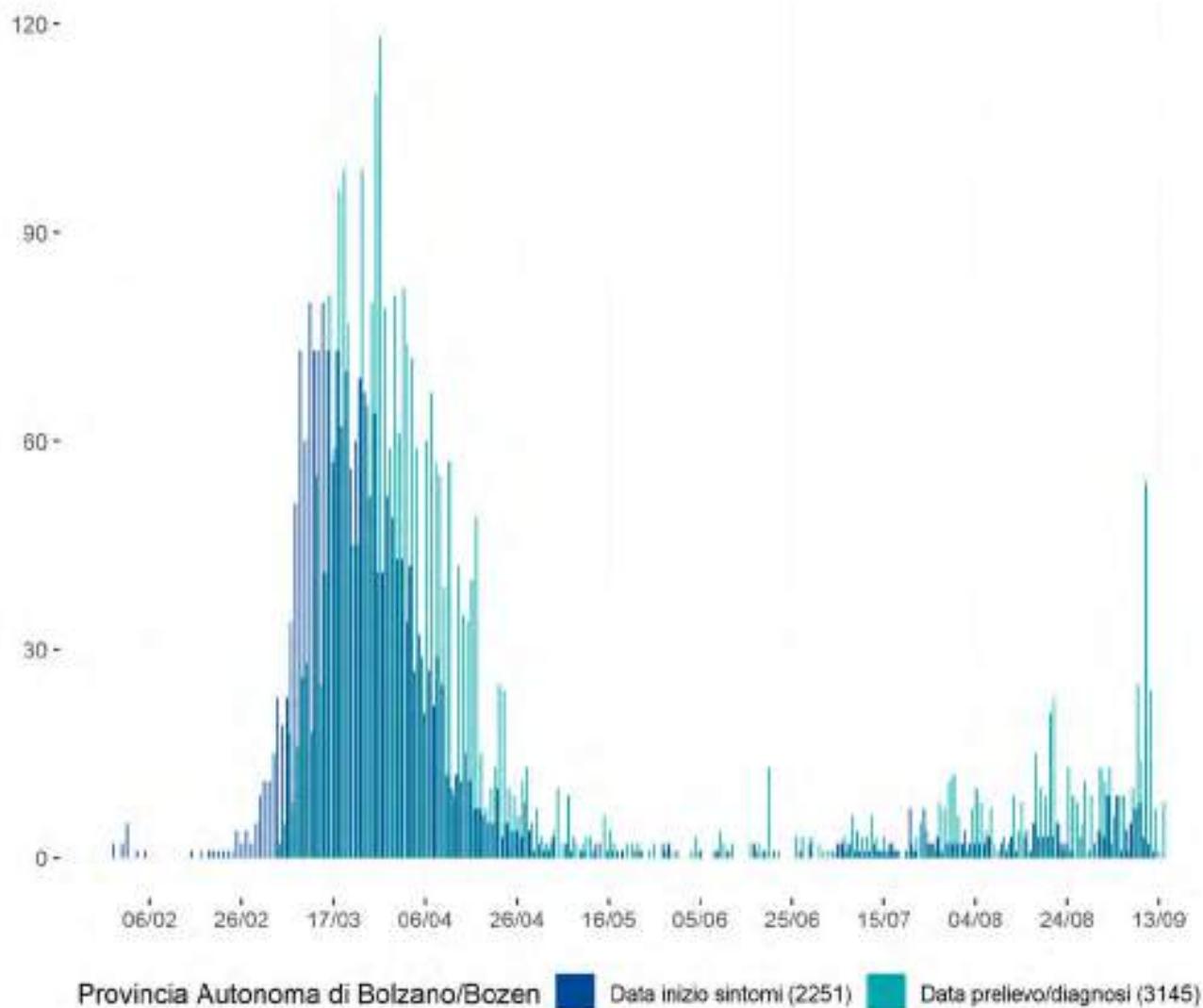


Provincia Autonoma di Bolzano/Bozen

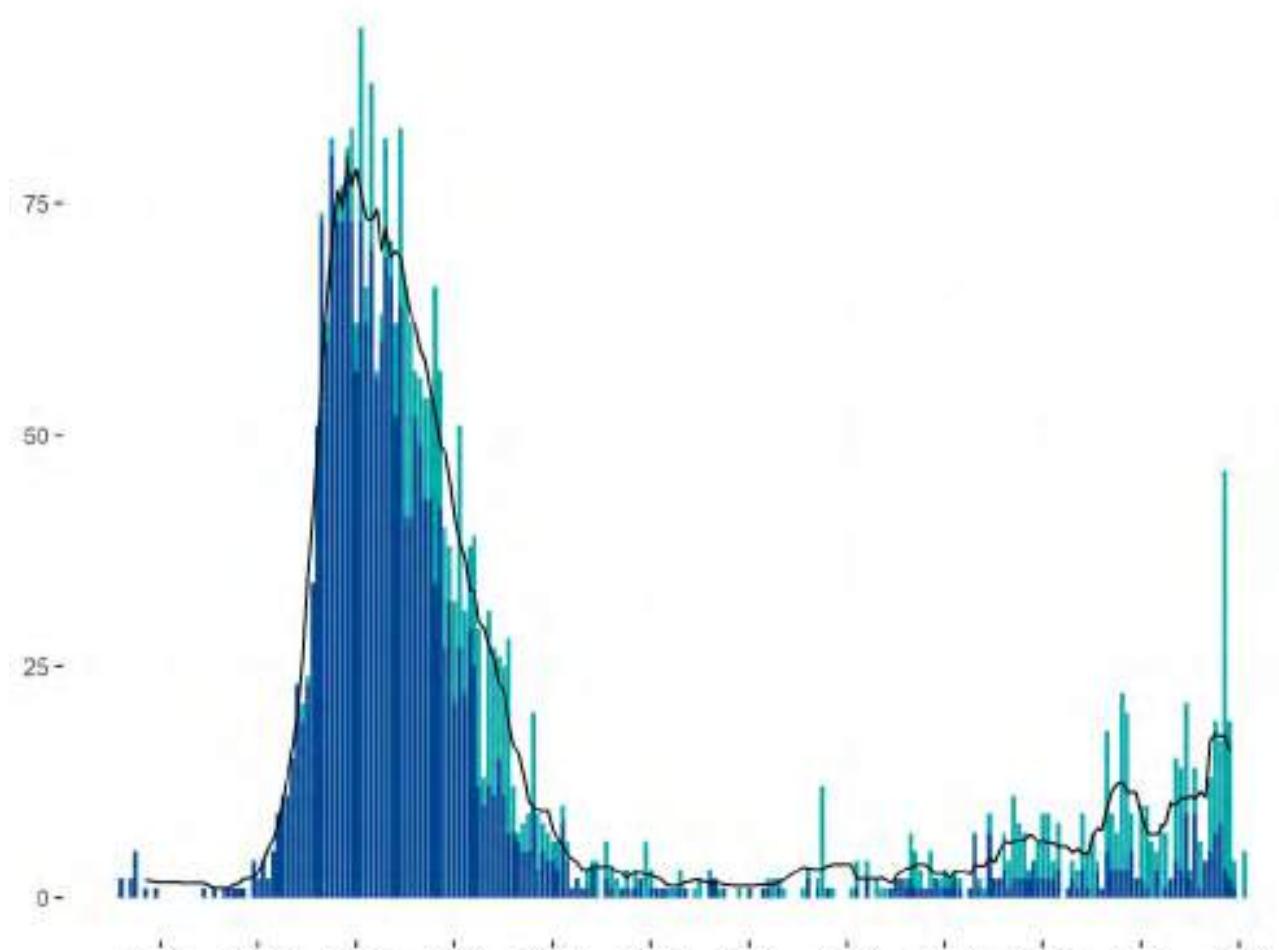
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 3147 | Incidenza cumulativa: 591.45 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 135 | Incidenza: 25.37 per 100000
- Rt: 0.99 (CI: 0.22-1.92) [medio 14gg]

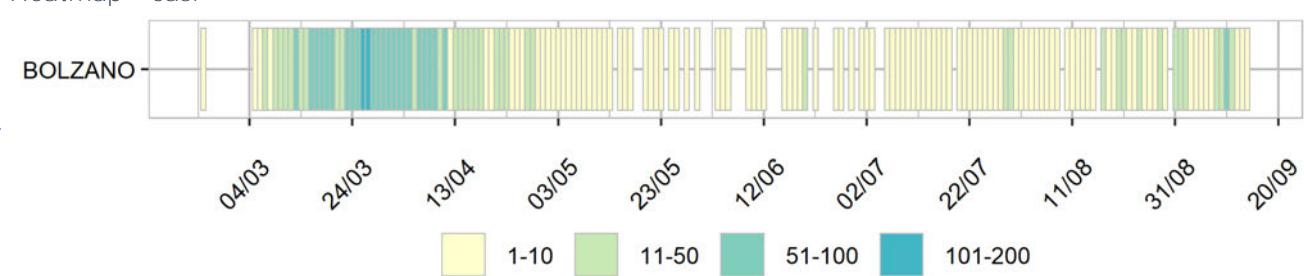
Curva epidemica



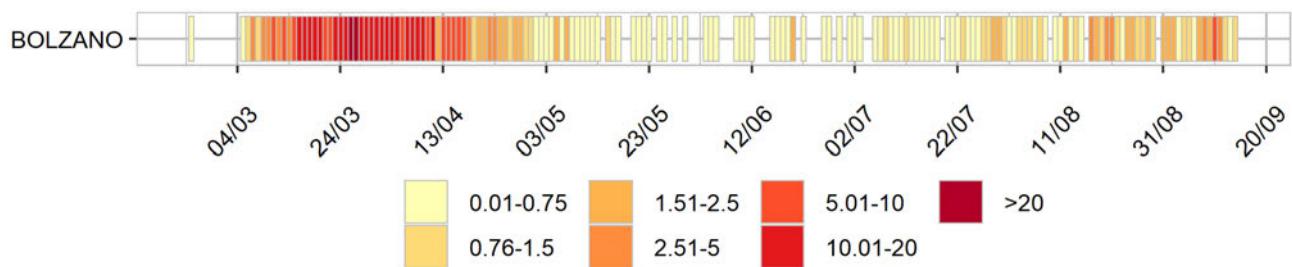
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi



Heatmap - incidenza per 100000



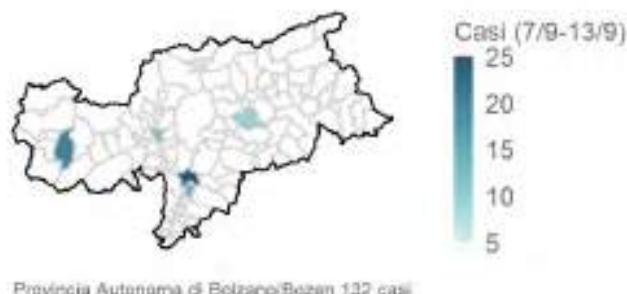
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Provincia Autonoma di Bolzano/132 casi

Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

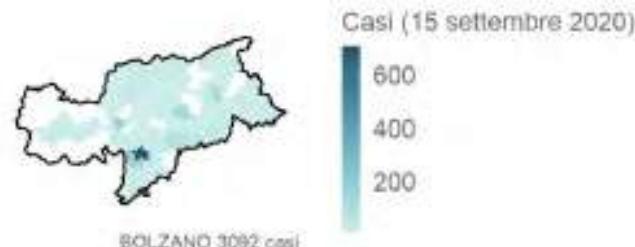
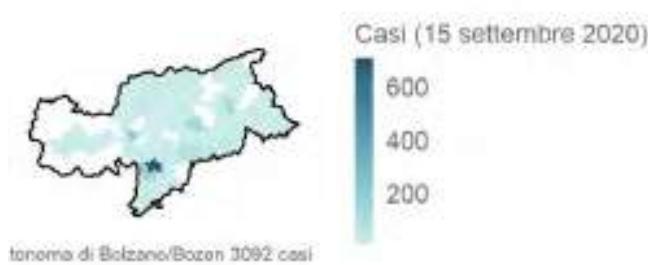


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)

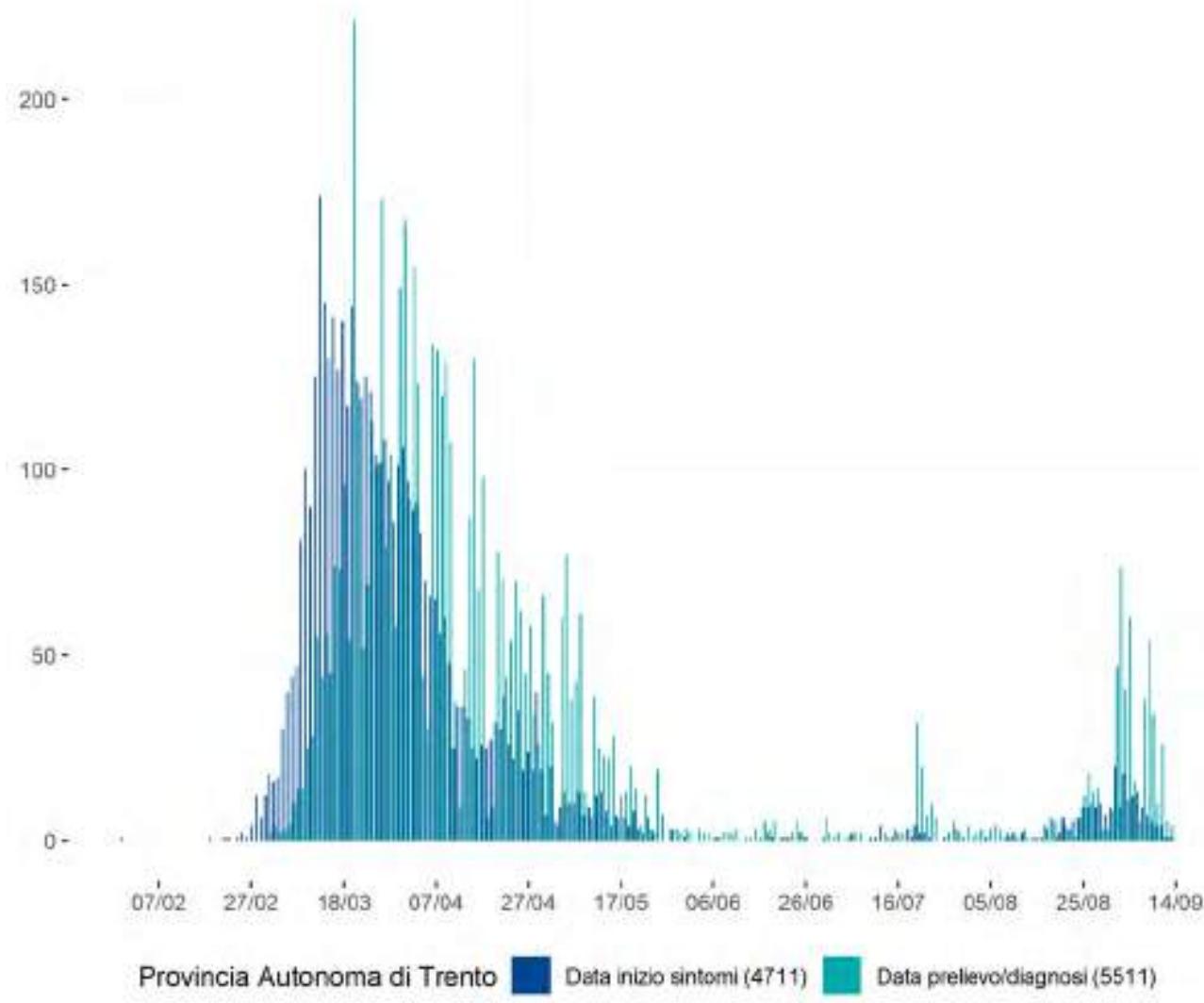


Provincia Autonoma di Trento

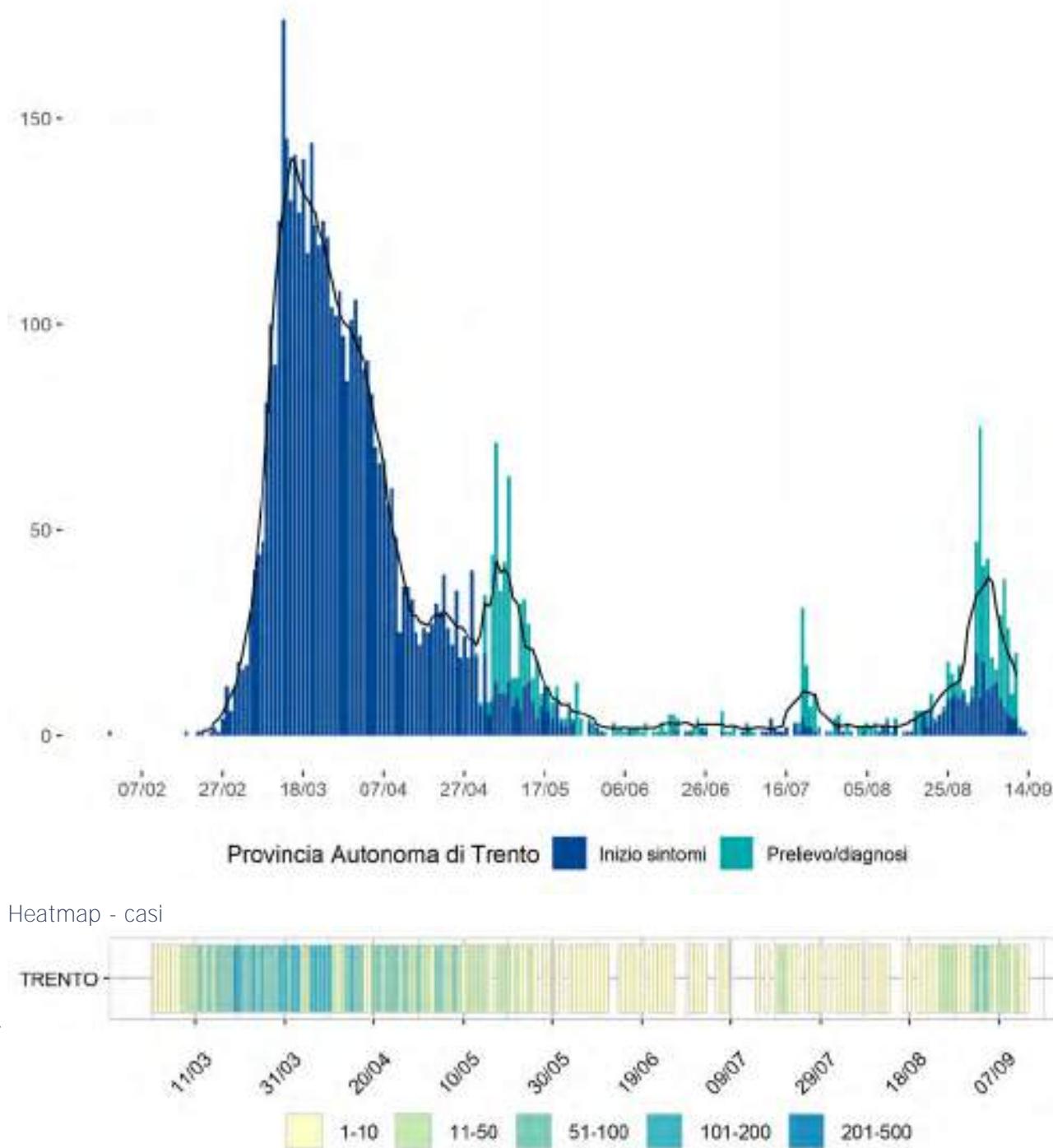
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 5518 | Incidenza cumulativa: 1016.69 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 171 | Incidenza: 31.51 per 100000
- Rt: 1.59 (CI: 0.91-2.53) [medio 14gg]

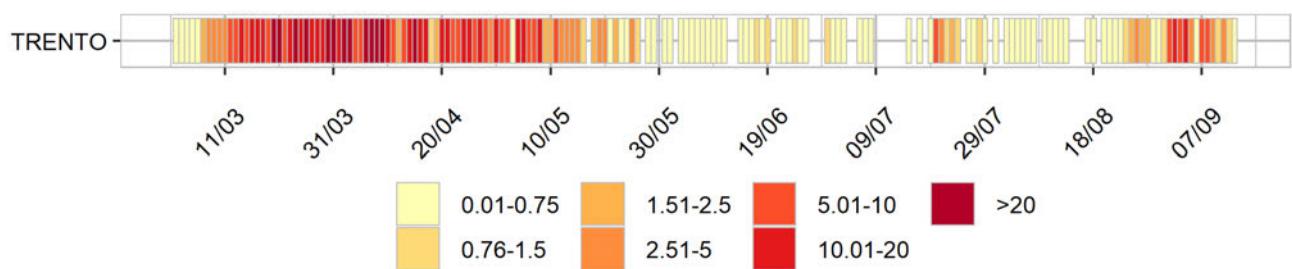
Curva epidemica



Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - incidenza per 100000

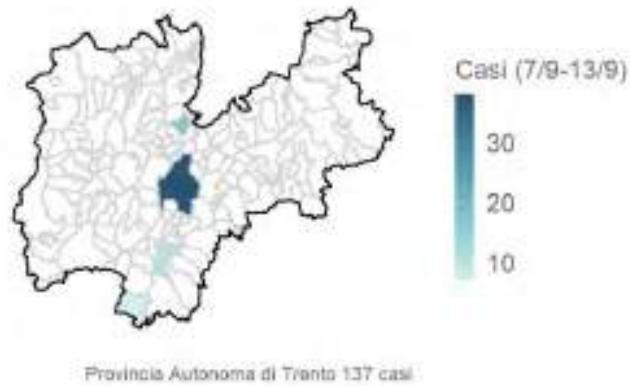


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

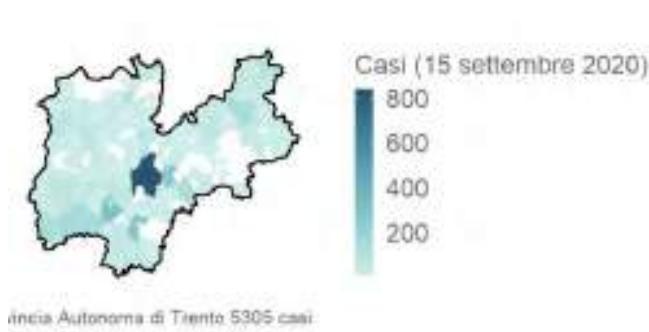


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)

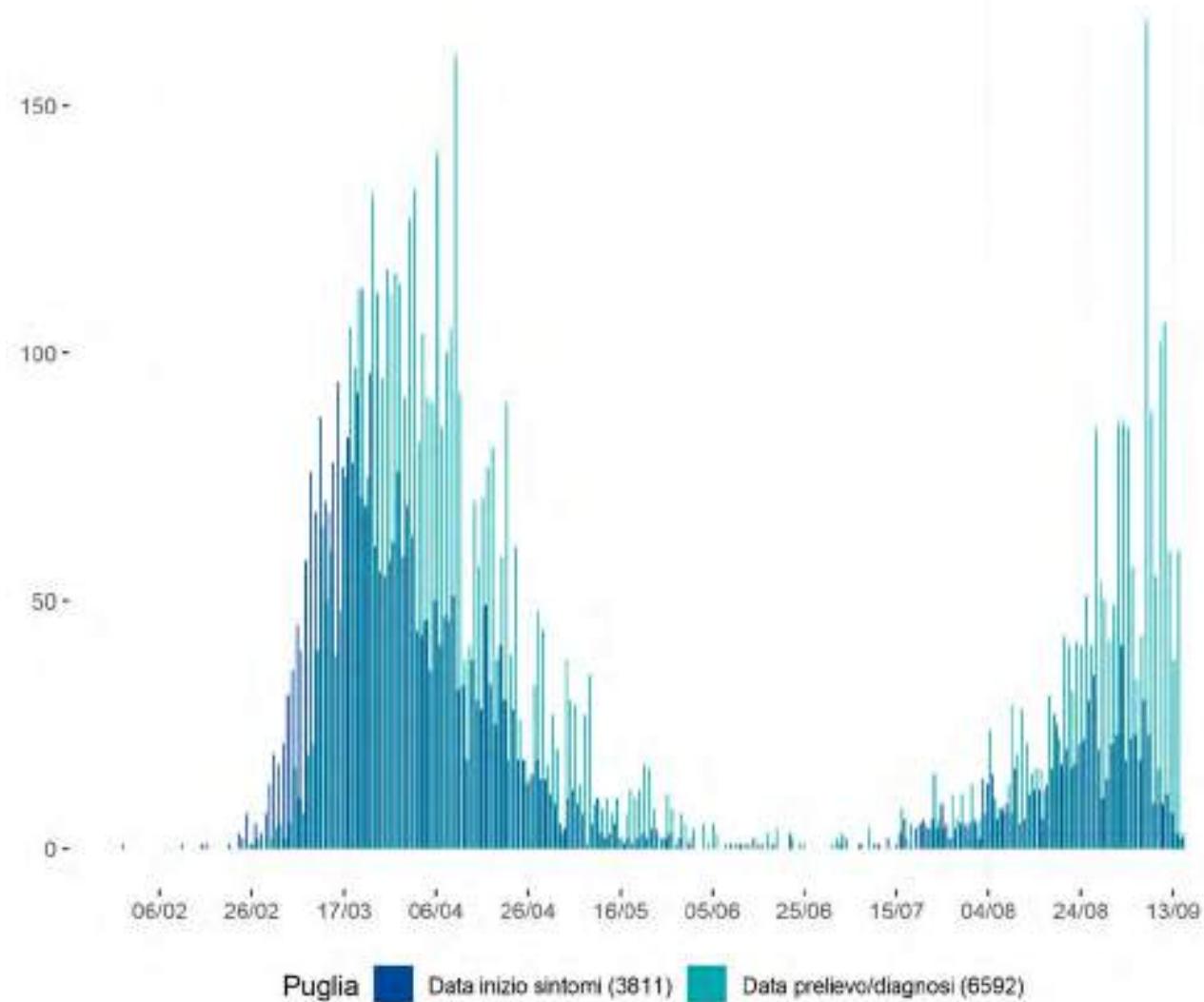


Puglia

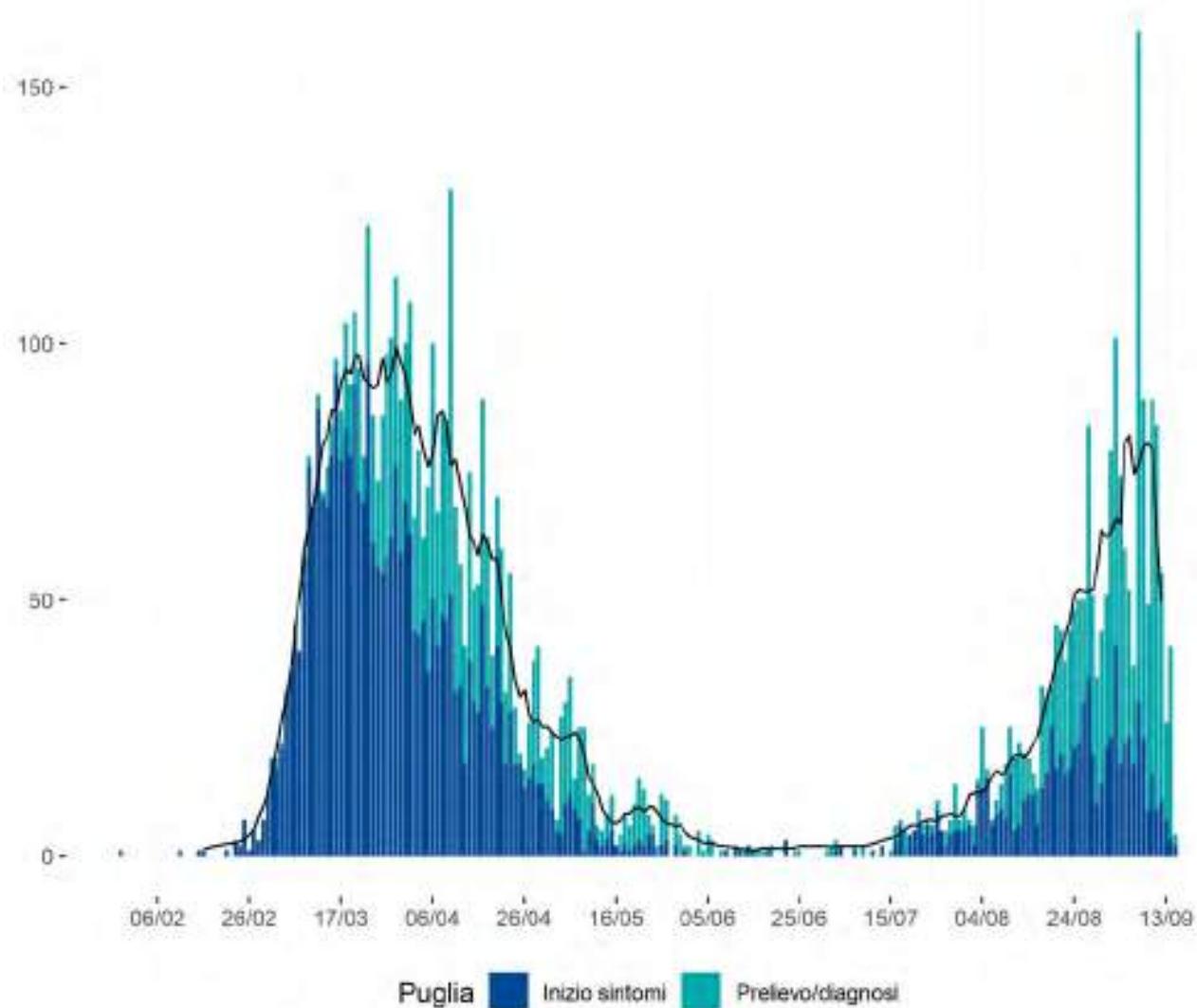
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 6592 | Incidenza cumulativa: 164.46 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 616 | Incidenza: 15.37 per 100000
- Rt: 1.13 (CI: 0.84-1.55) [medio 14gg]

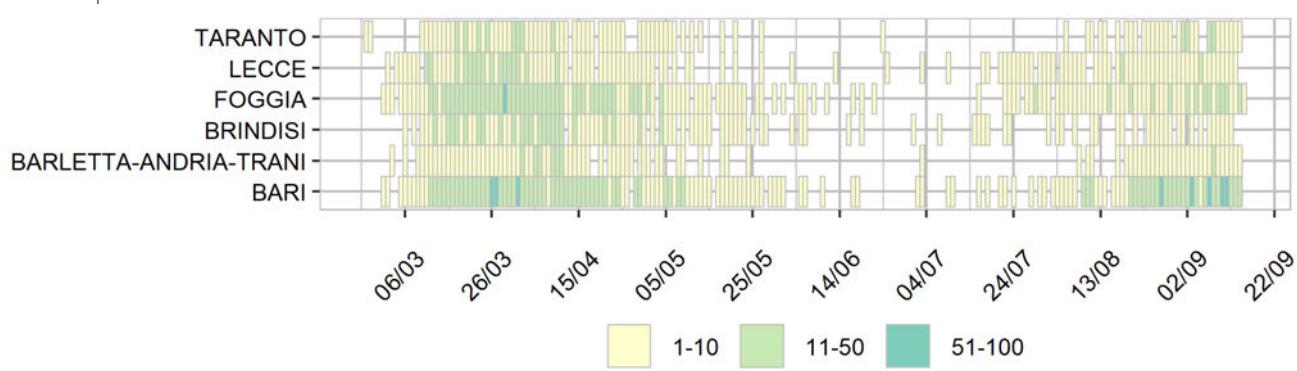
Curva epidemica



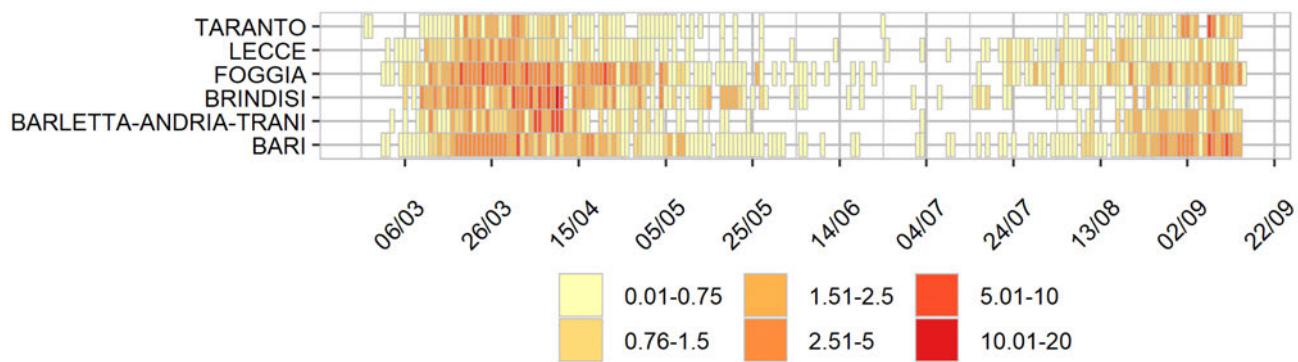
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

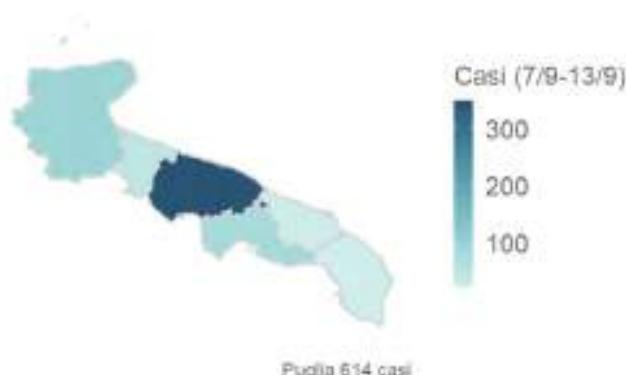


Heatmap - incidenza per 100000



Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

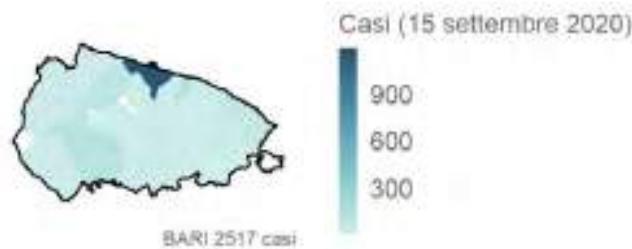
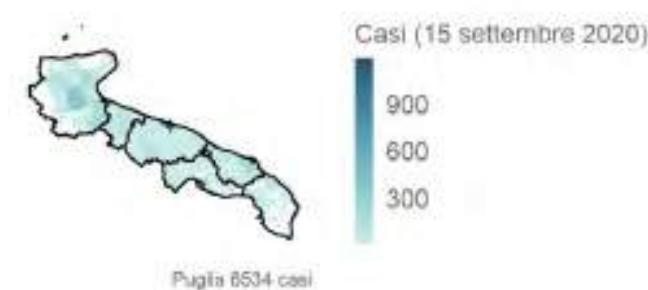


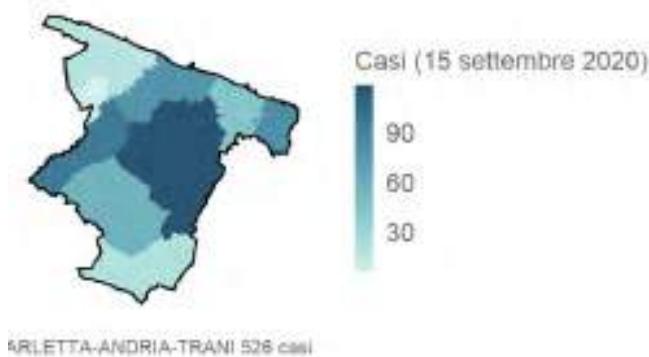
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

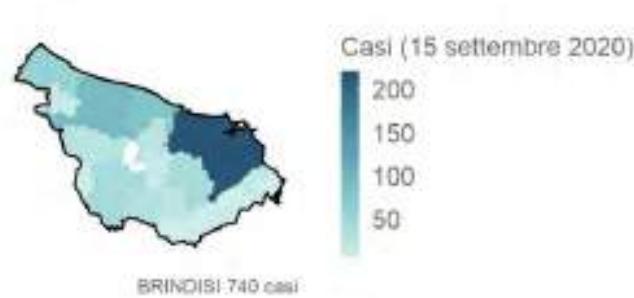
Mappa - province (domicilio/residenza)

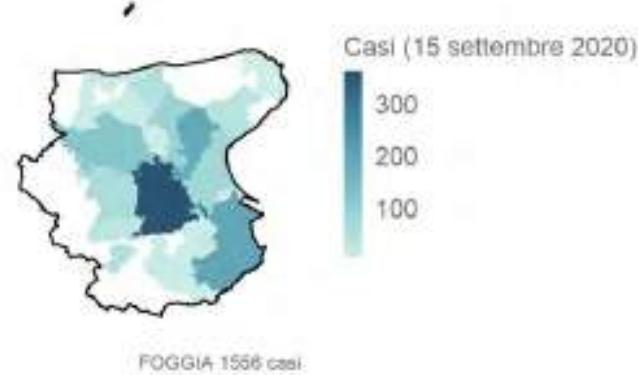


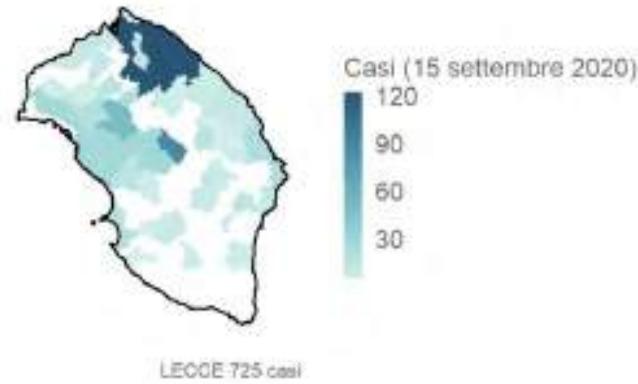
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

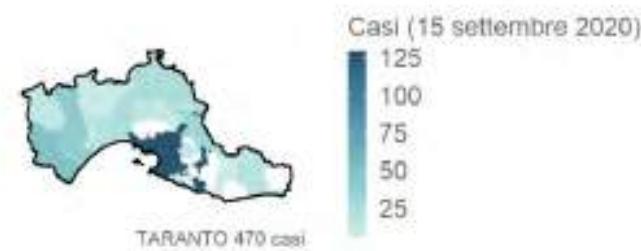










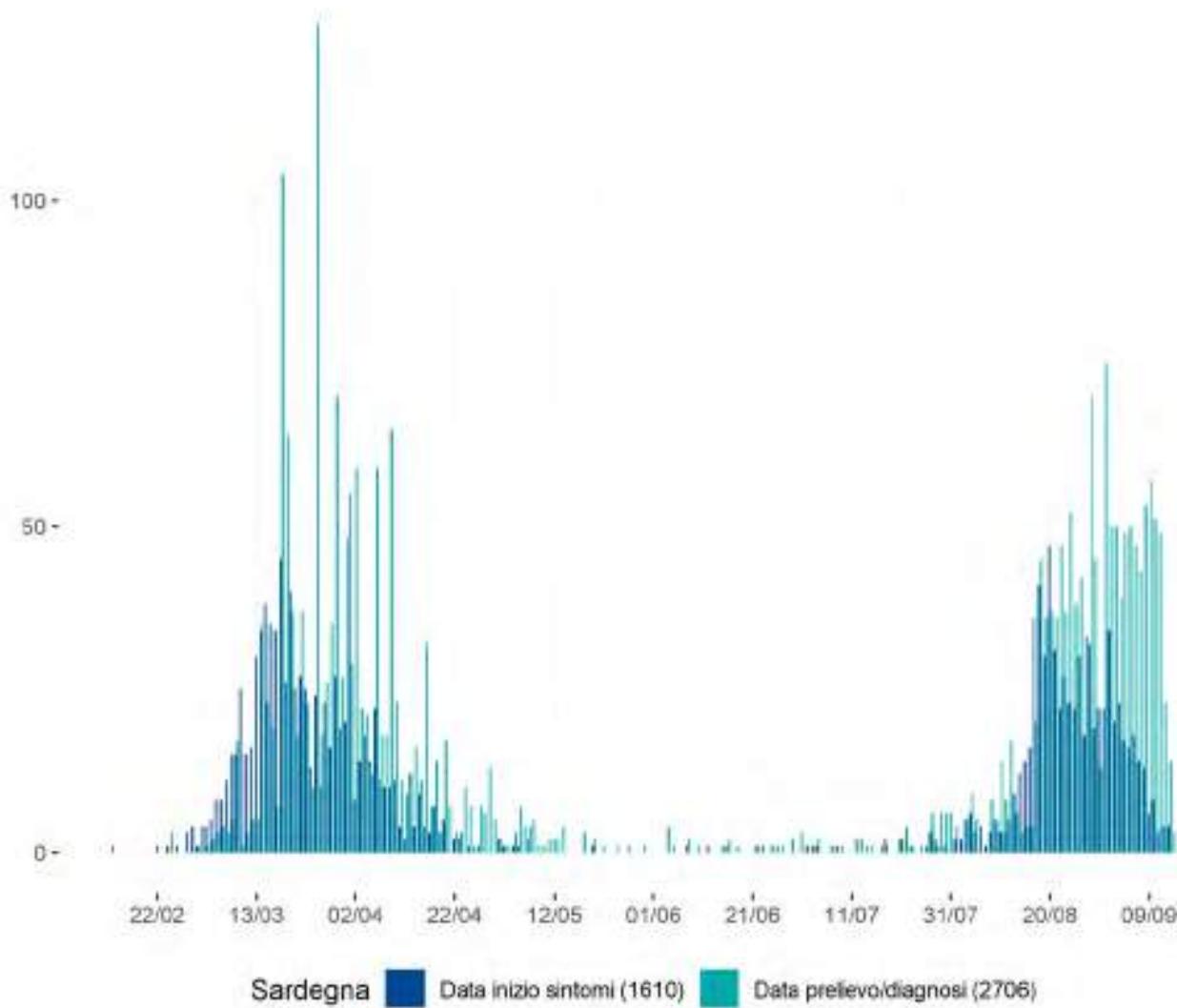


Sardegna

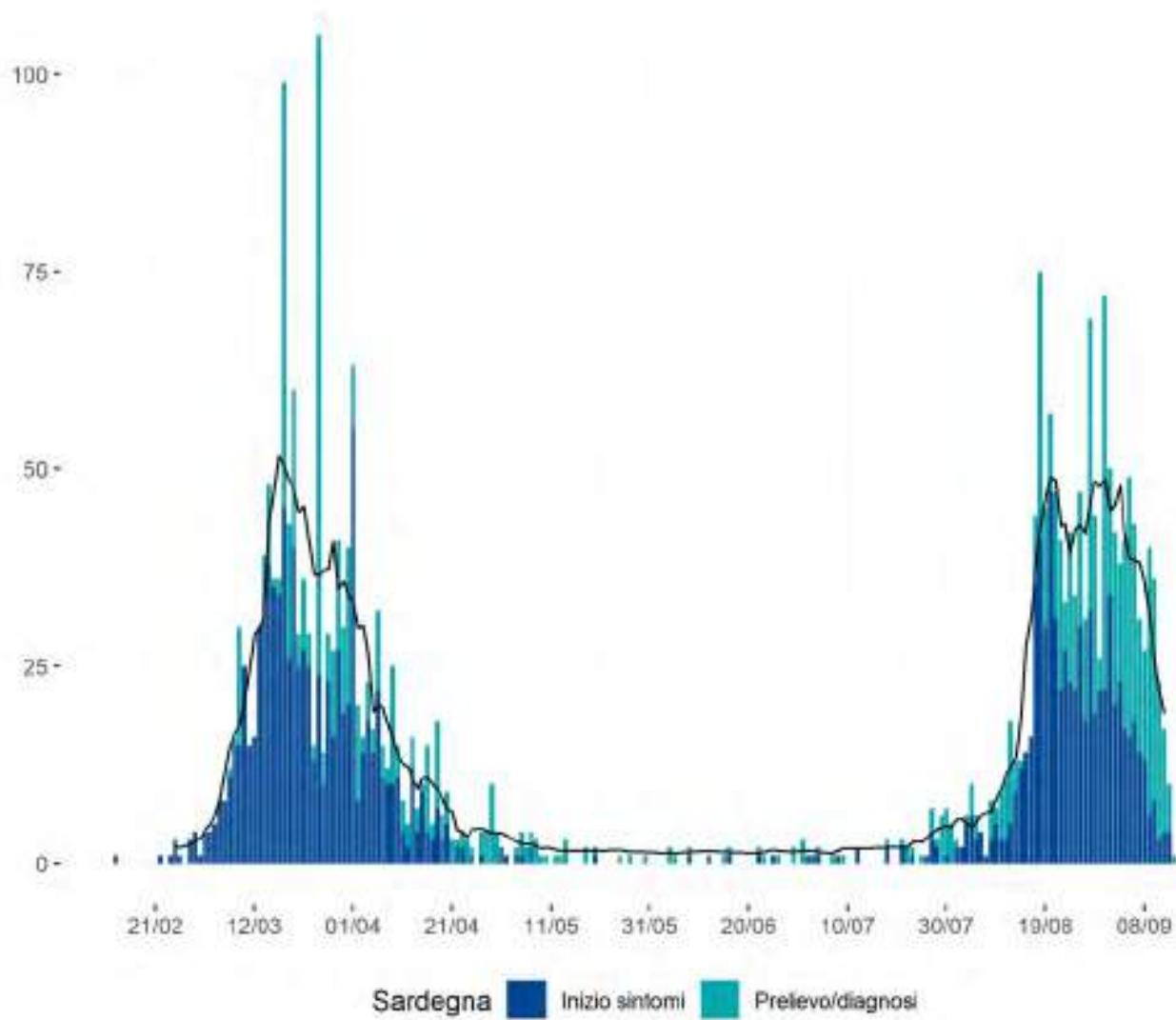
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 2720 | Incidenza cumulativa: 166.82 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 290 | Incidenza: 17.79 per 100000
- Rt: 0.88 (CI: 0.56-1.13) [medio 14gg]

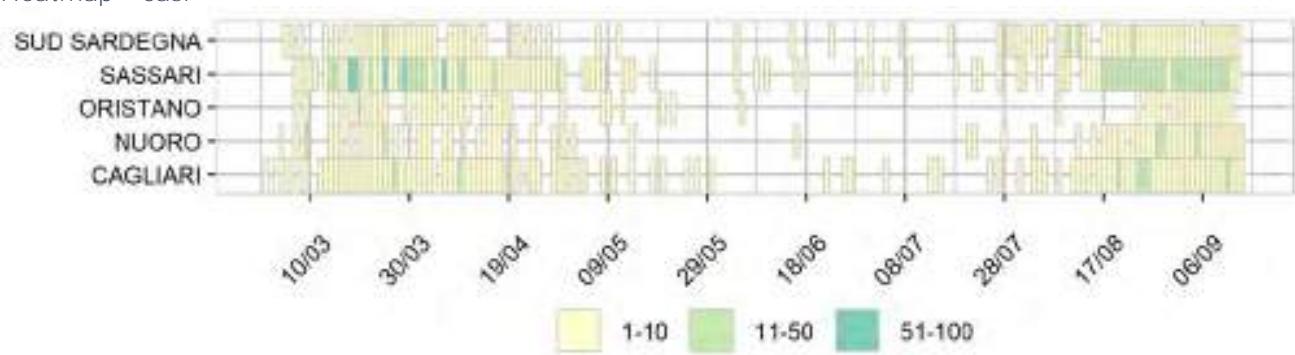
Curva epidemica



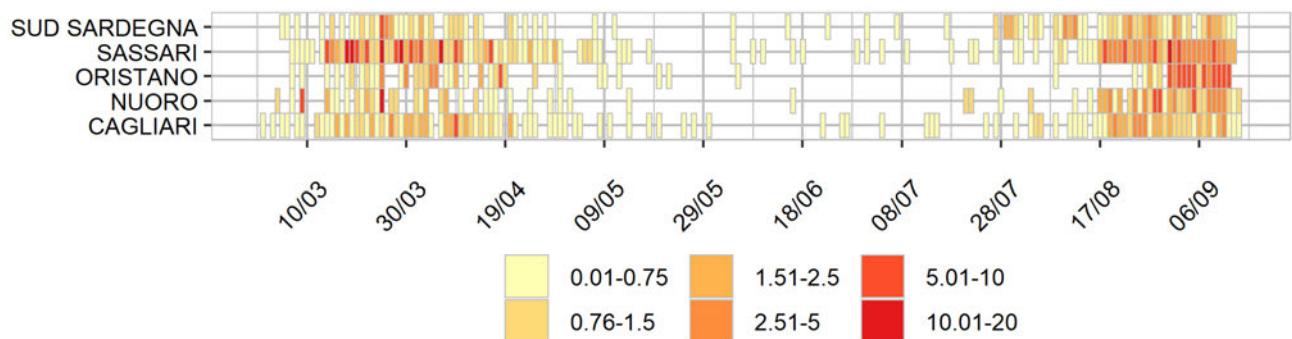
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

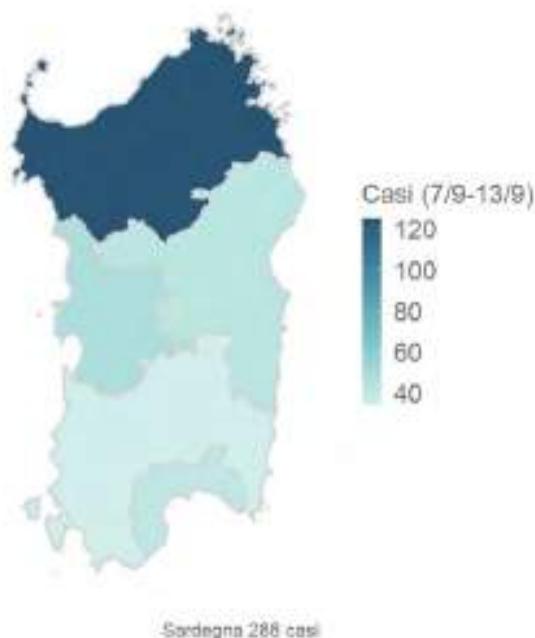


Heatmap - incidenza per 100000

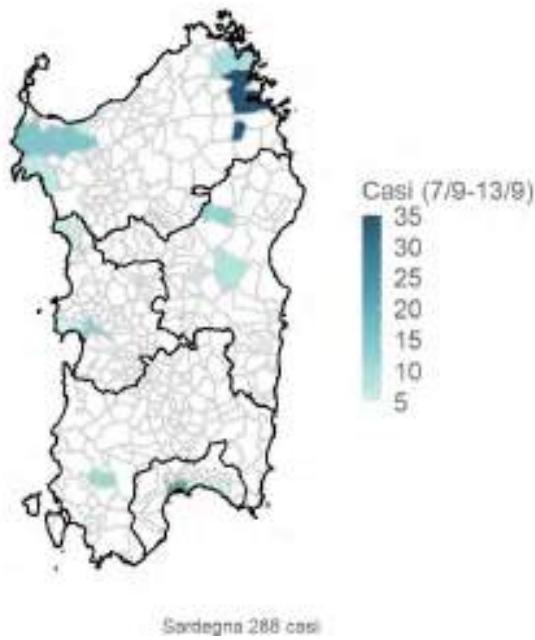


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



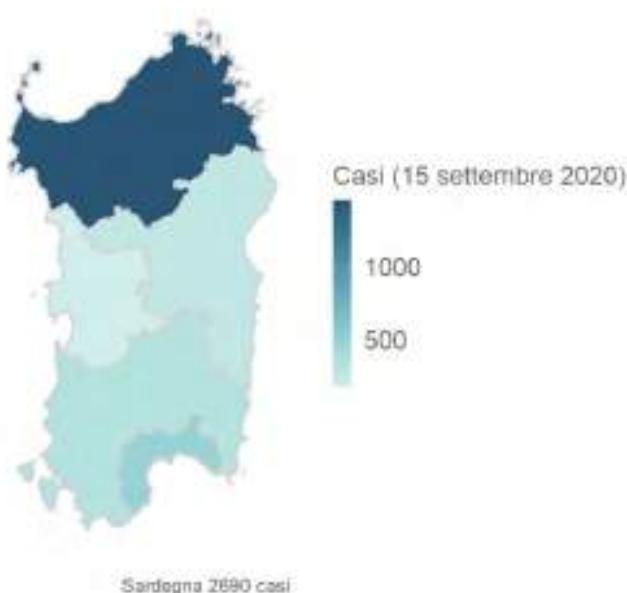
Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Sardegna 288 casi

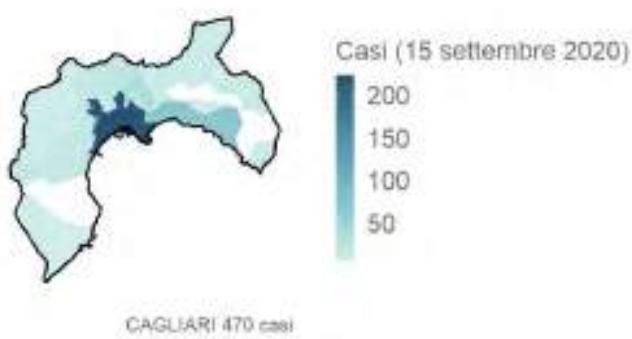
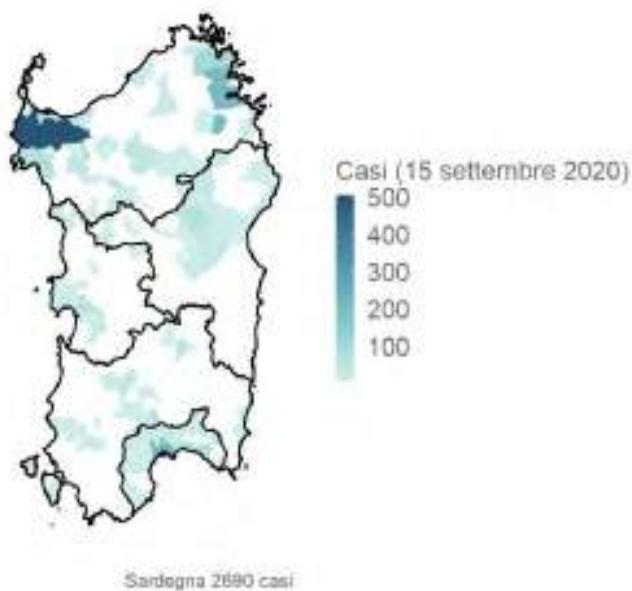
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'â€™inizio dellâ€™epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

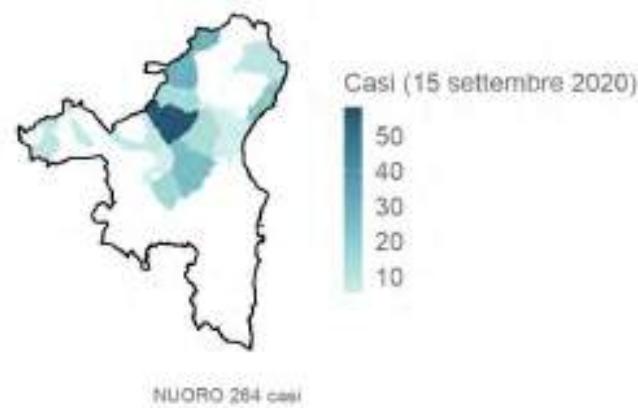
Mappa - province (domicilio/residenza)



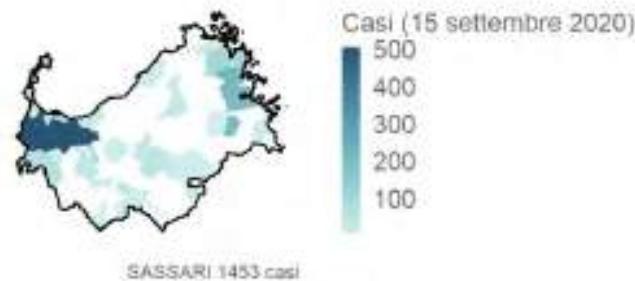
Sardegna 2890 casi

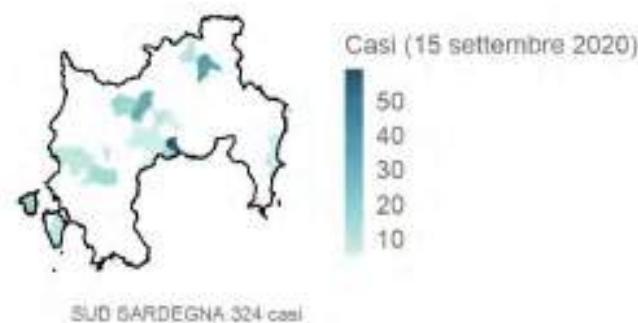
Mappa - comuni (domicilio/residenza)









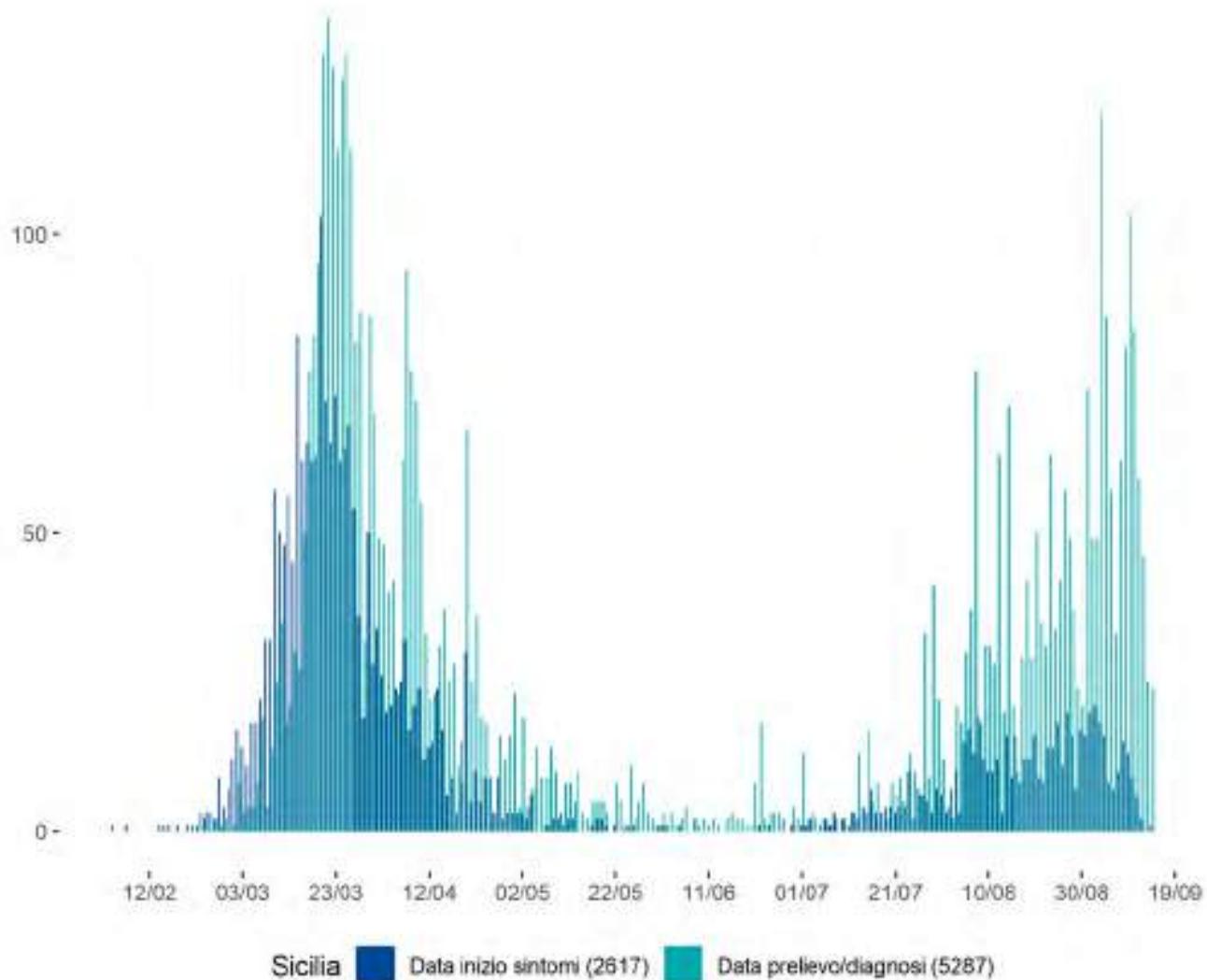


Sicilia

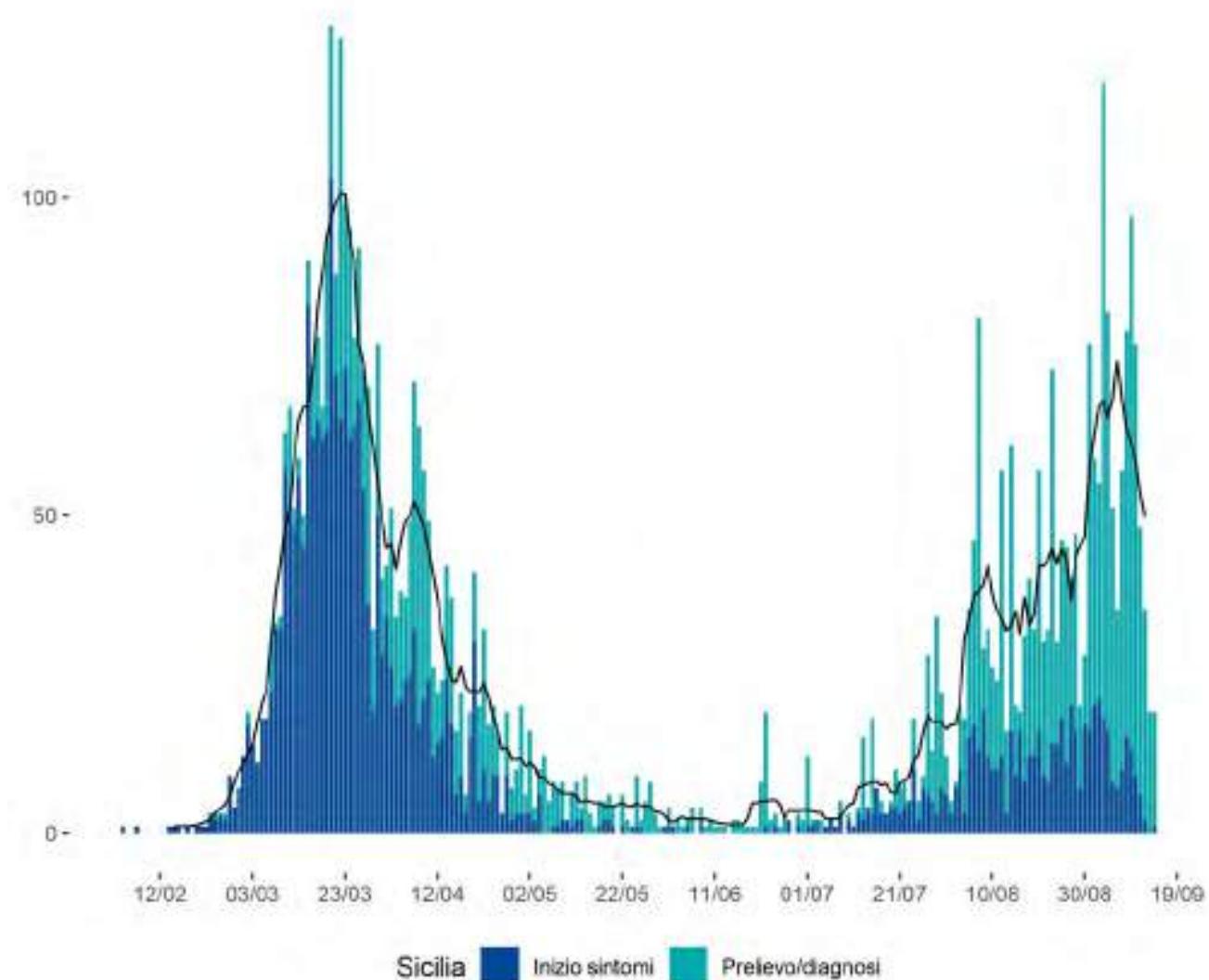
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 5343 | Incidenza cumulativa: 107.54 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 460 | Incidenza: 9.26 per 100000
- Rt: 1.08 (CI: 0.7-1.43) [medio 14gg]

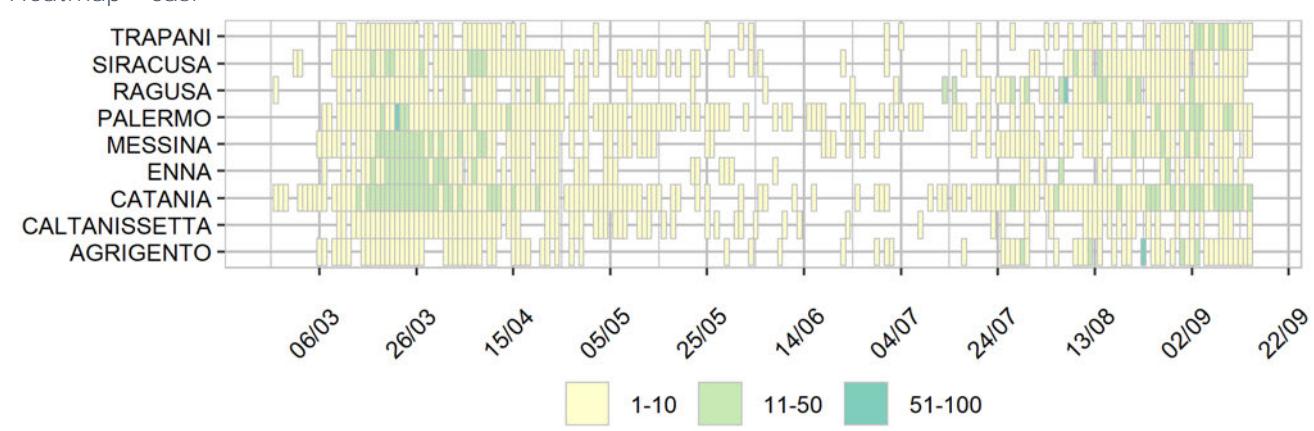
Curva epidemica



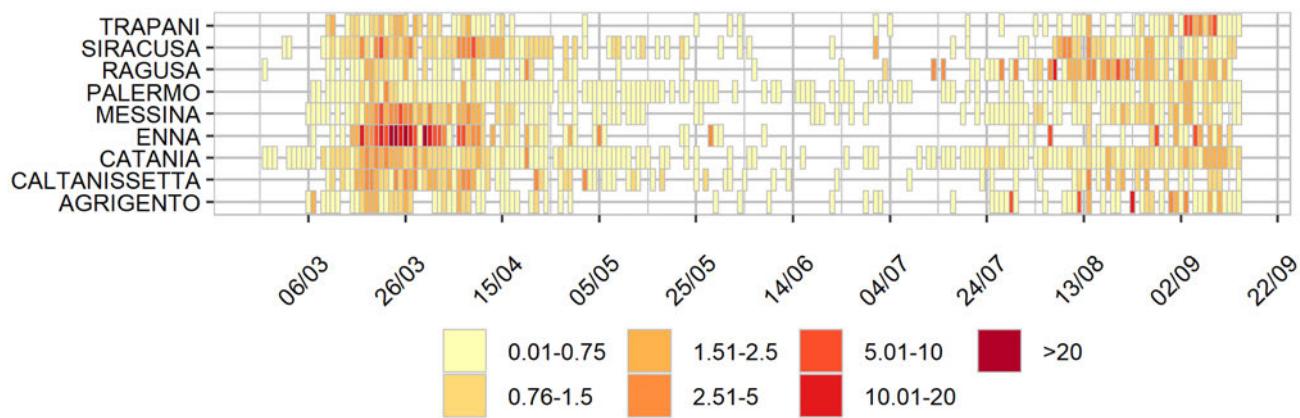
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi



Heatmap - incidenza per 100000



Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

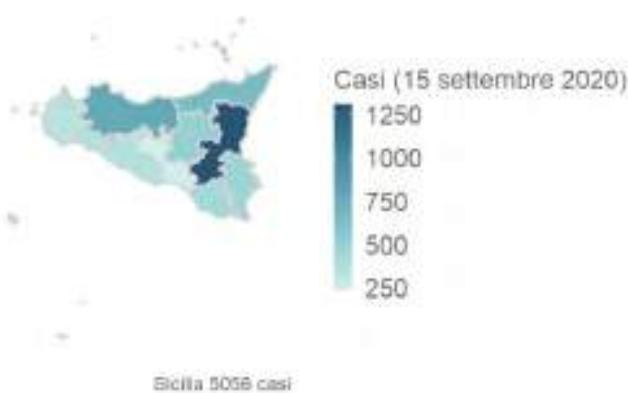


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

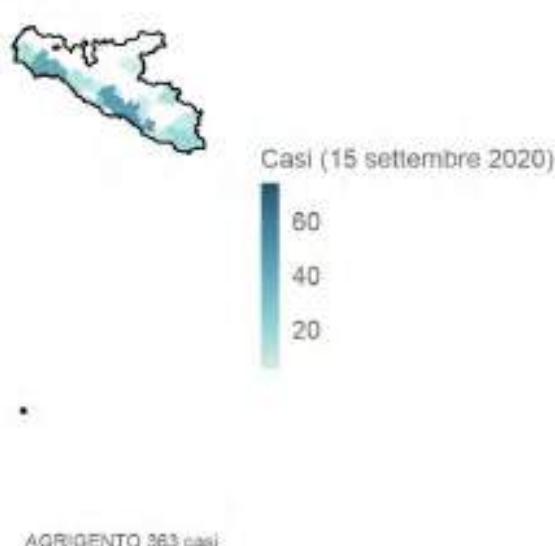
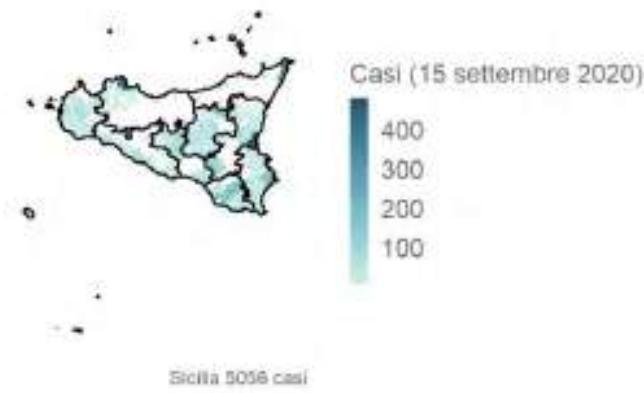


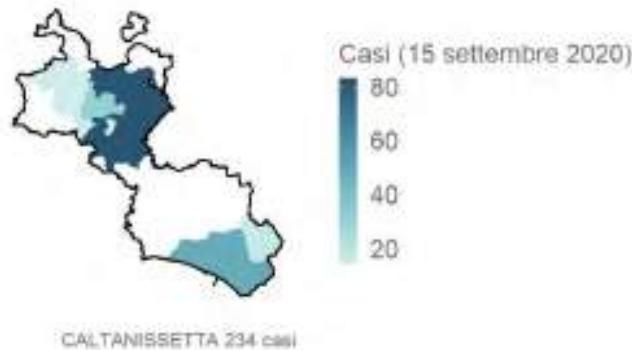
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

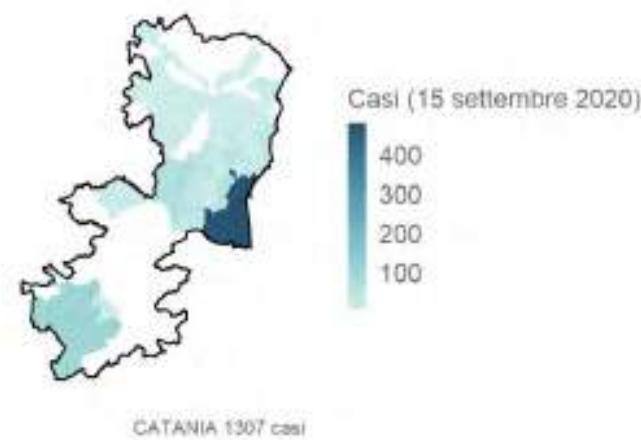
Mappa - province (domicilio/residenza)

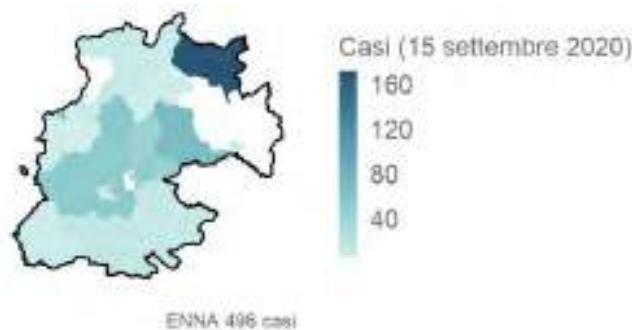


Mappa - comuni (domicilio/residenza)

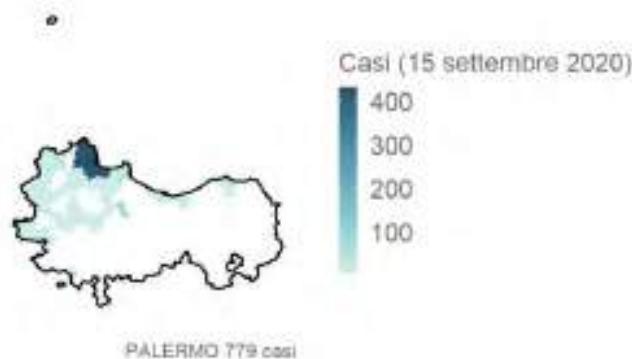


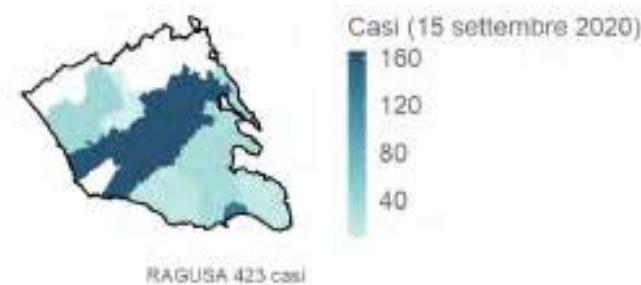


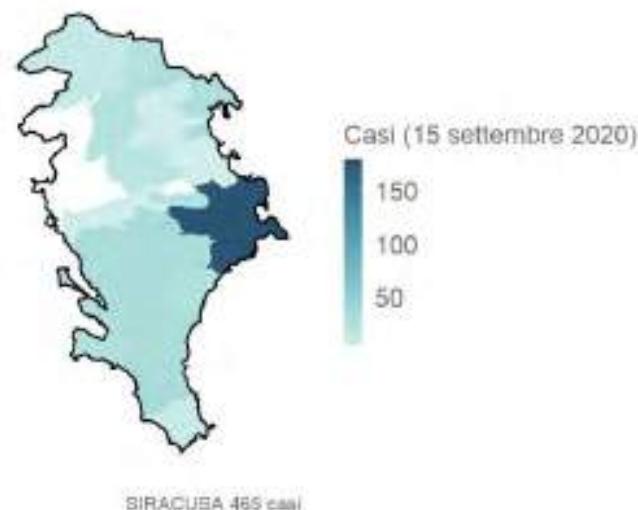


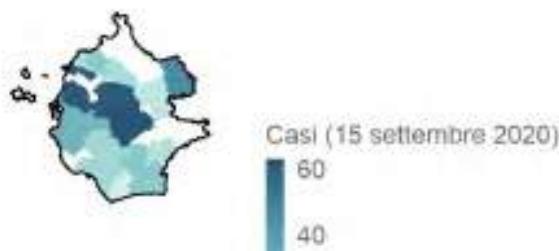












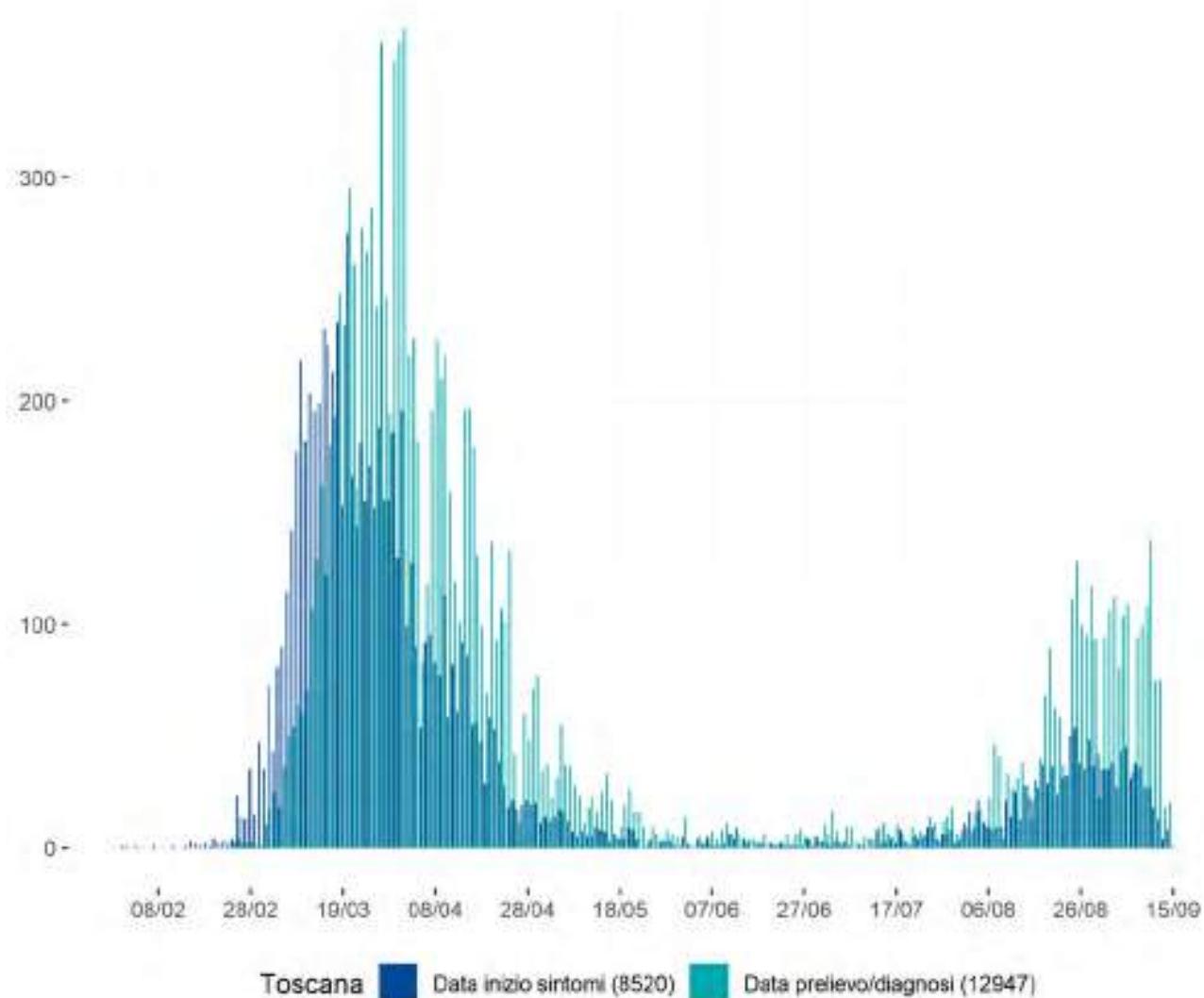
TRAPANI 335 casi

Toscana

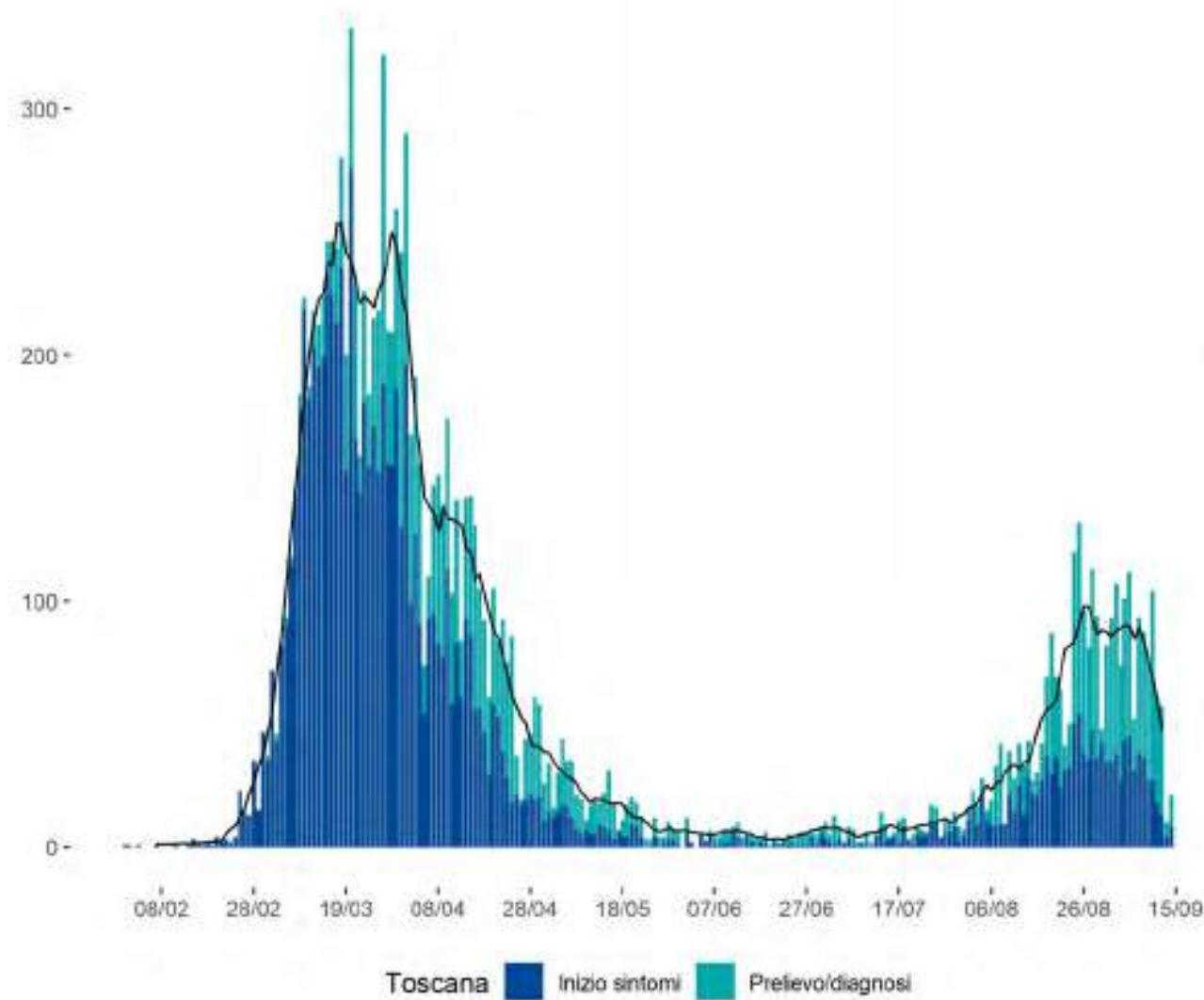
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 12958 | Incidenza cumulativa: 348.08 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 607 | Incidenza: 16.31 per 100000
- Rt: 0.91 (CI: 0.73-1.13) [medio 14gg]

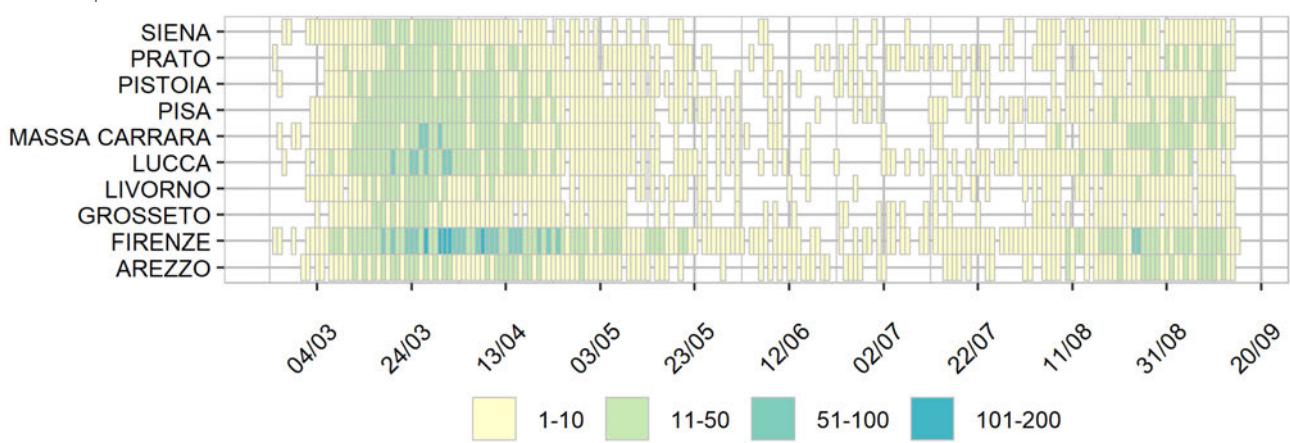
Curva epidemica



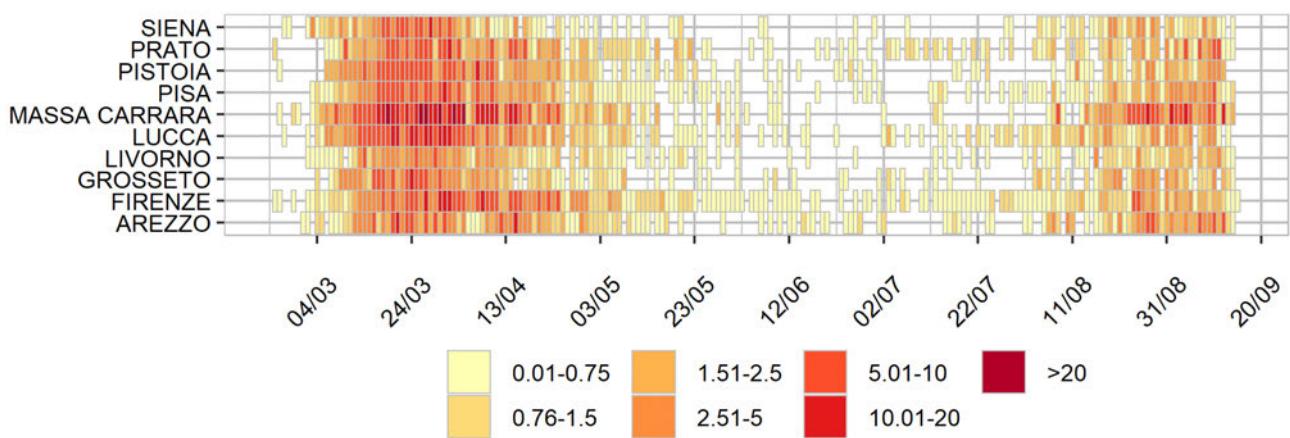
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

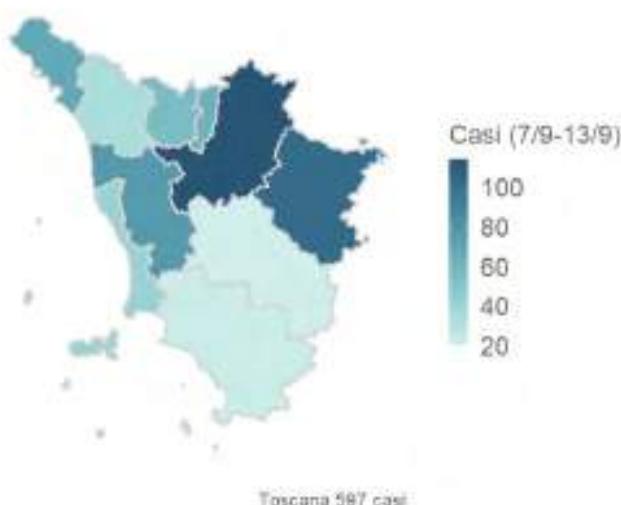


Heatmap - incidenza per 100000

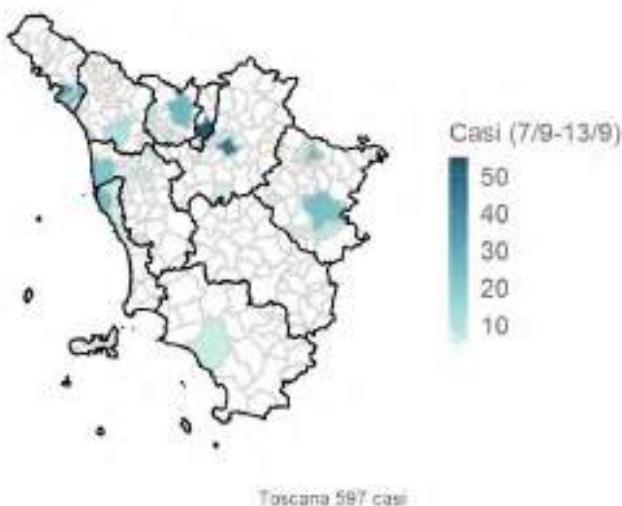


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

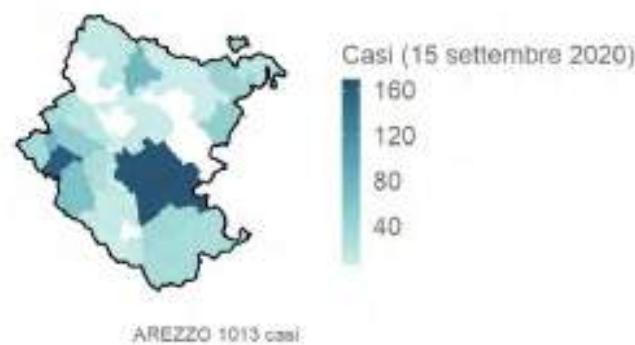


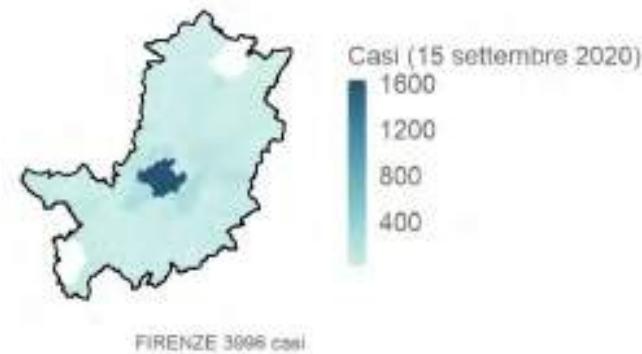
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)

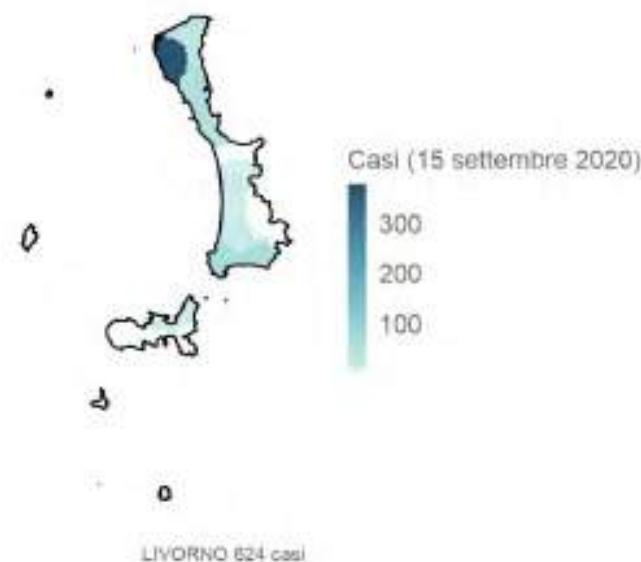


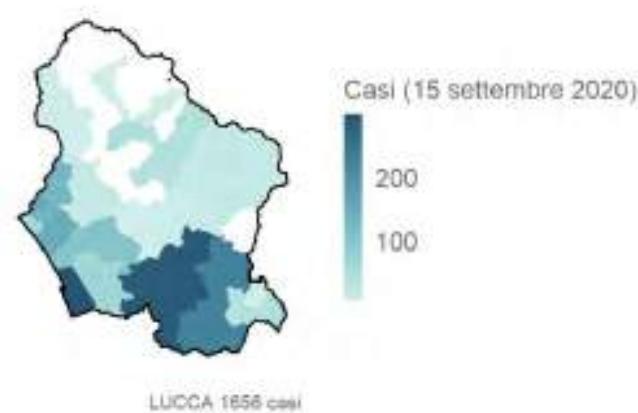
Mappa - comuni (domicilio/residenza)

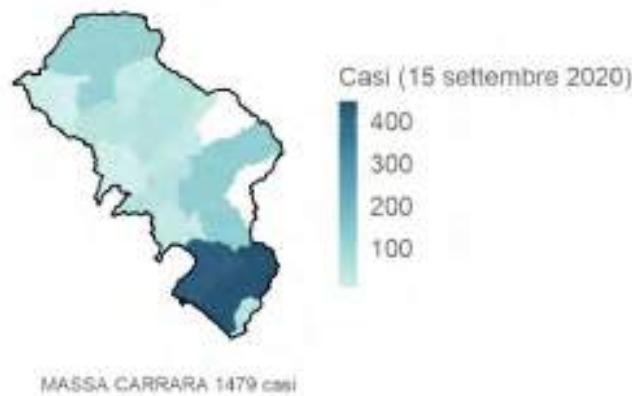


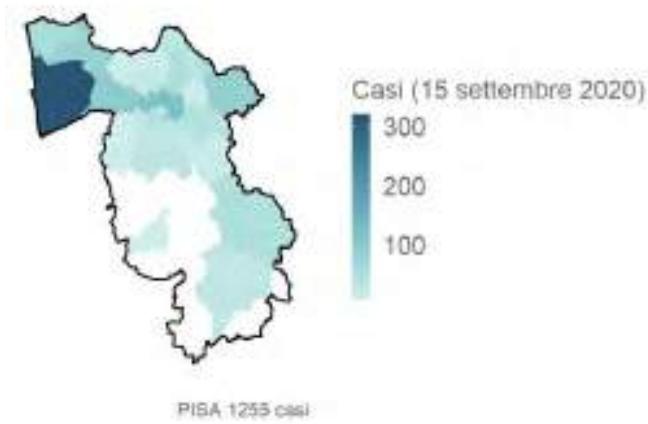


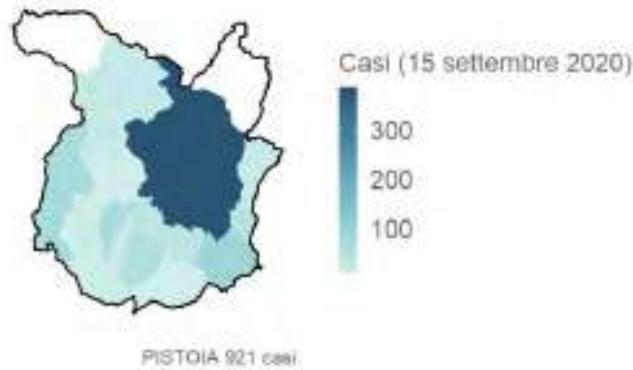


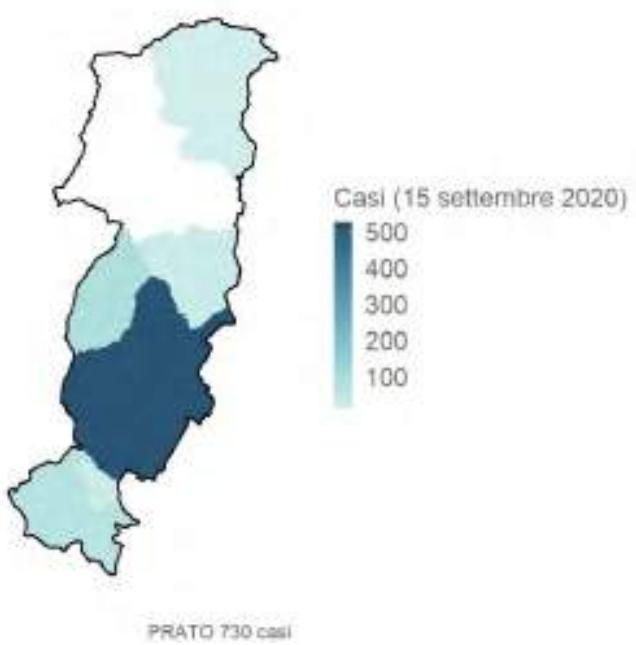


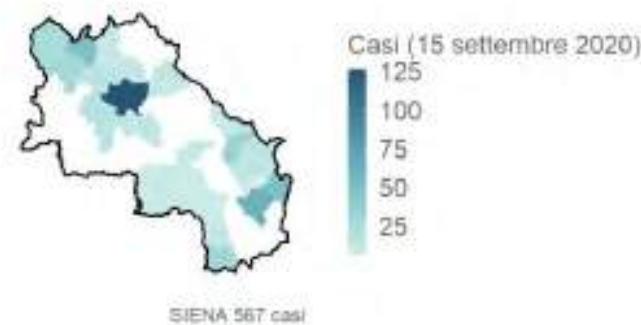










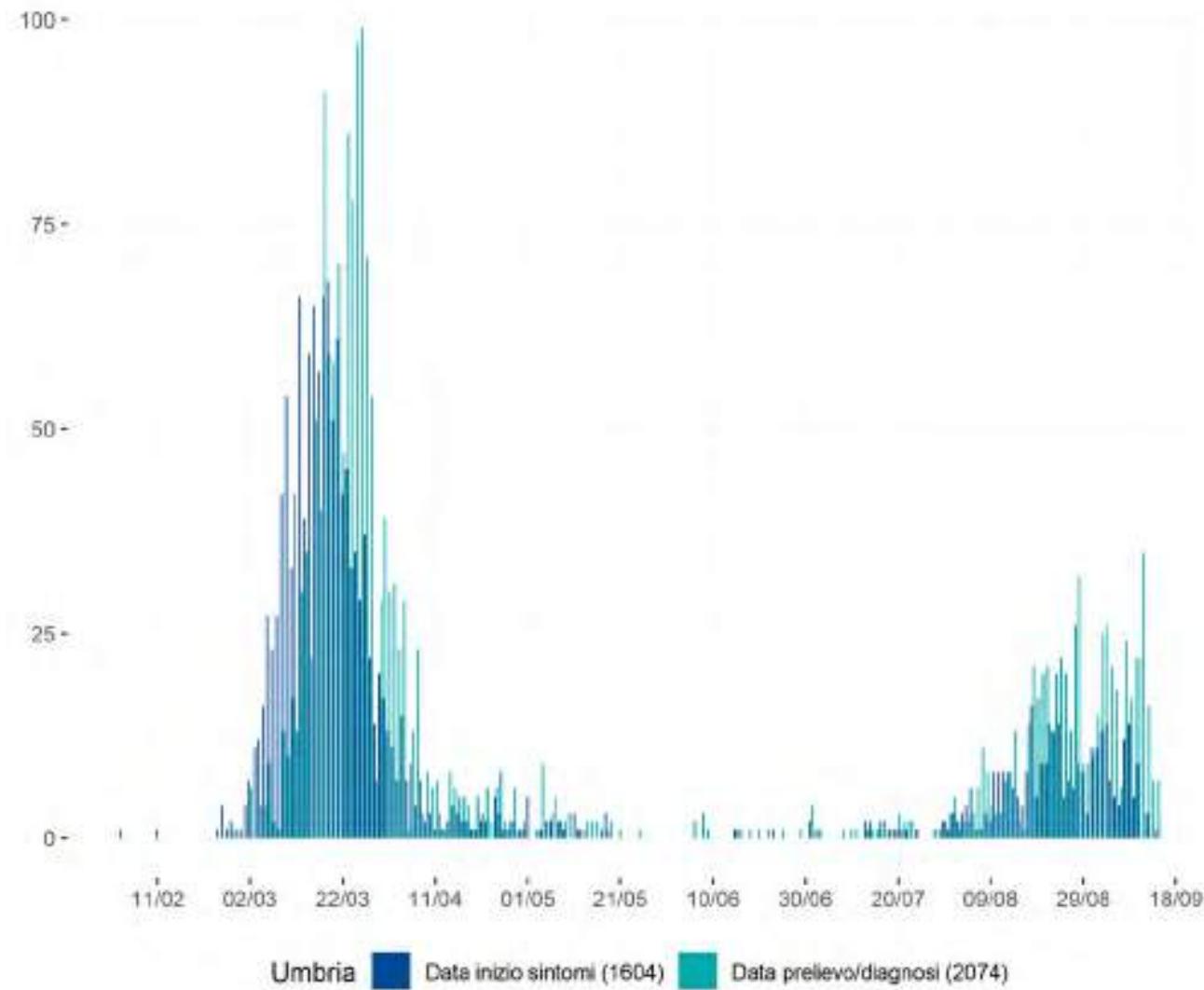


Umbria

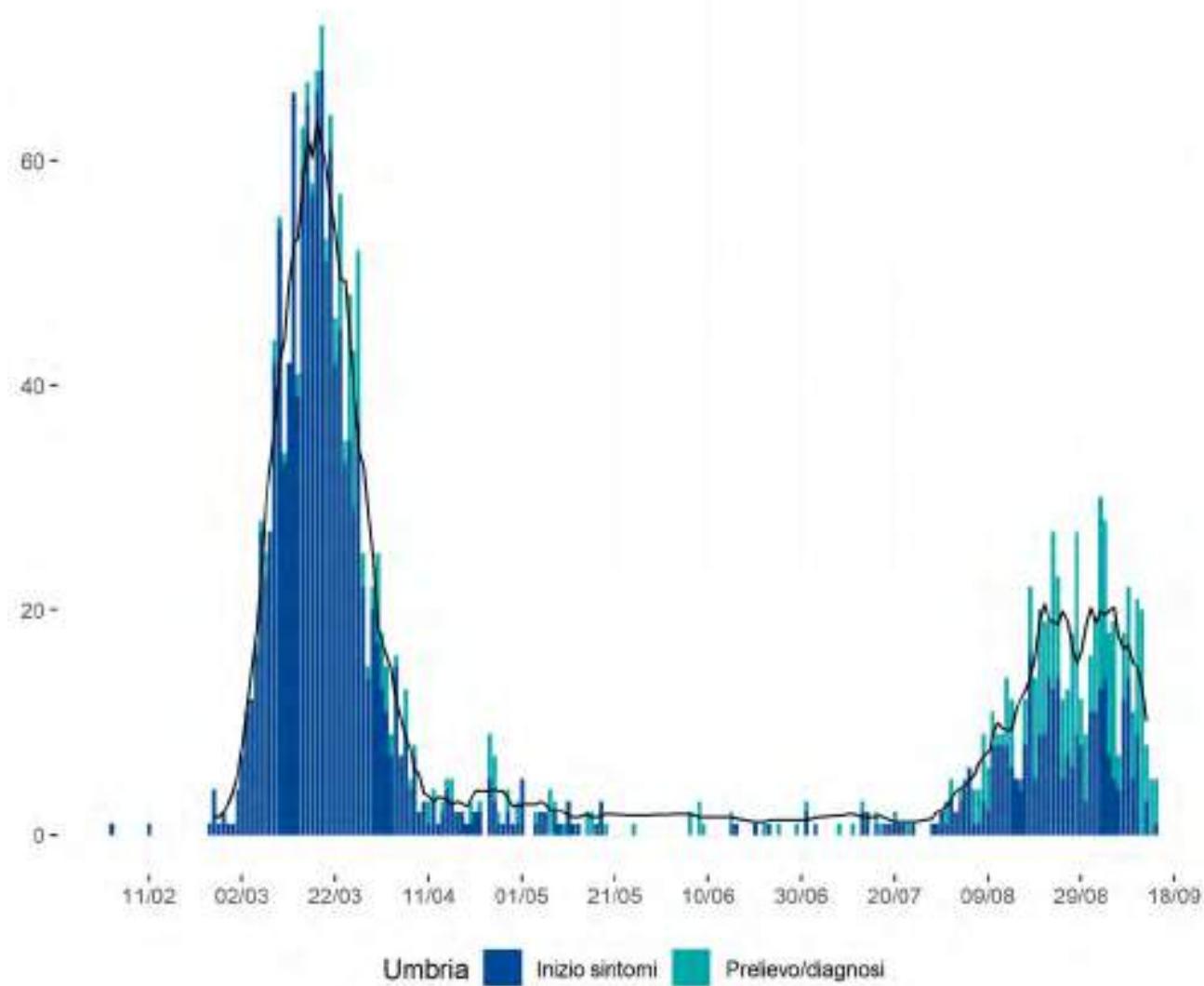
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 2078 | Incidenza cumulativa: 236.06 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 143 | Incidenza: 16.24 per 100000
- Rt: 0.85 (CI: 0.39-1.4) [medio 14gg]

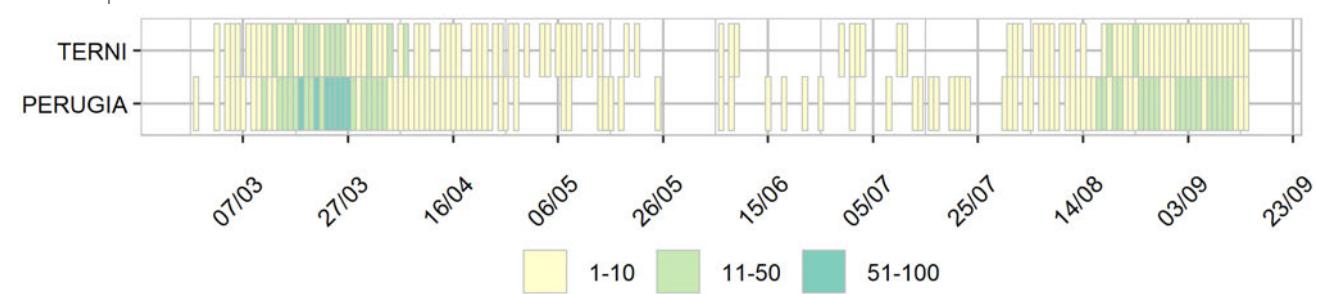
Curva epidemica



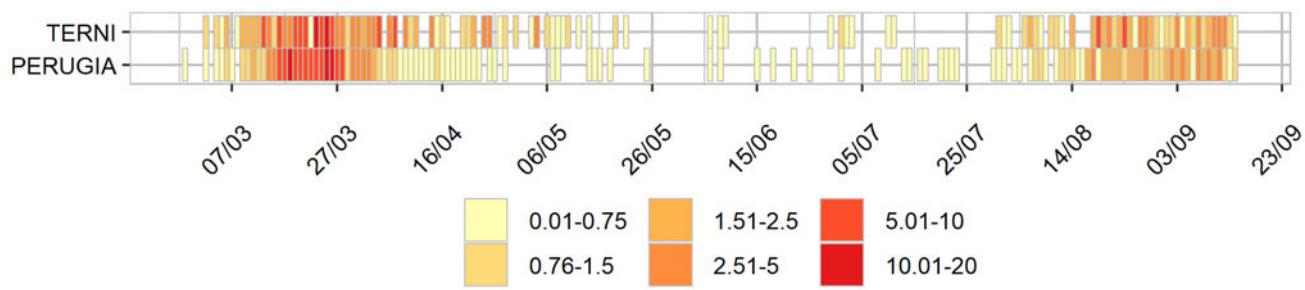
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

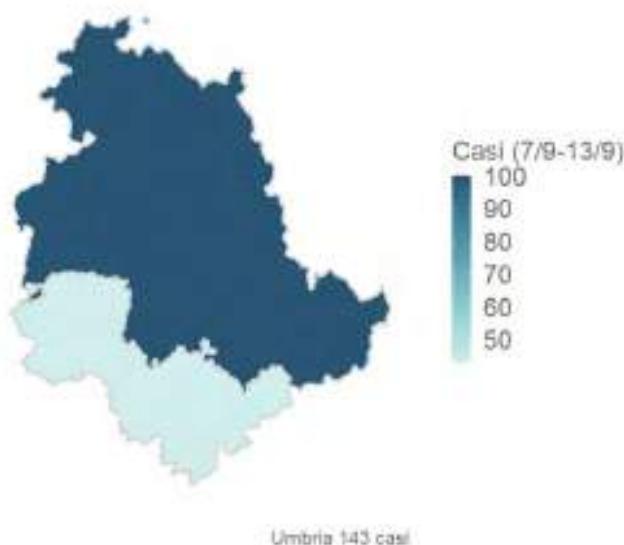


Heatmap - incidenza per 100000

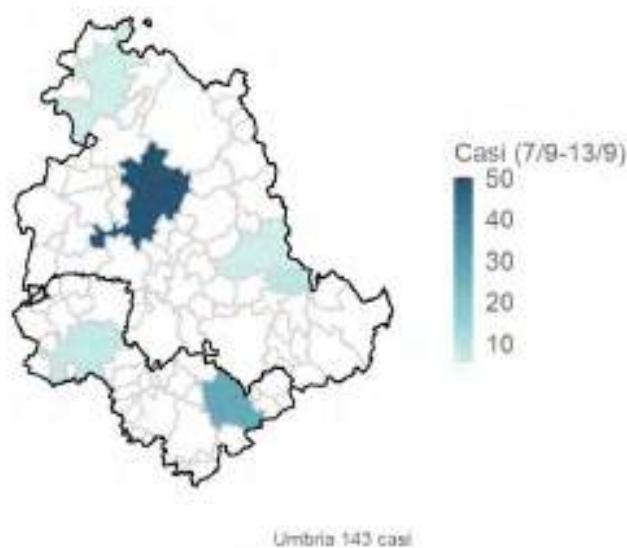


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

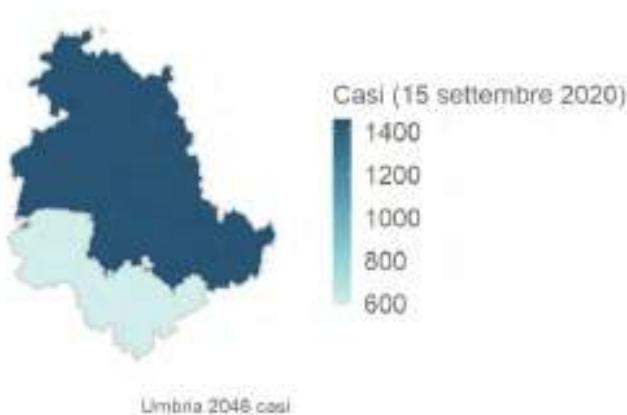


Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

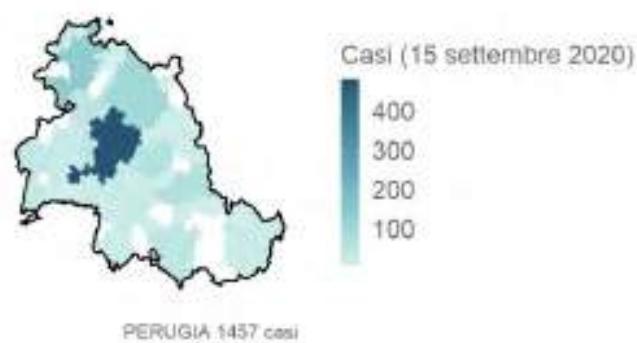
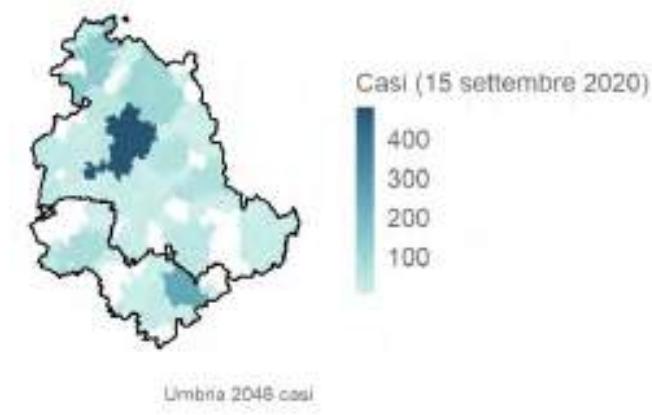


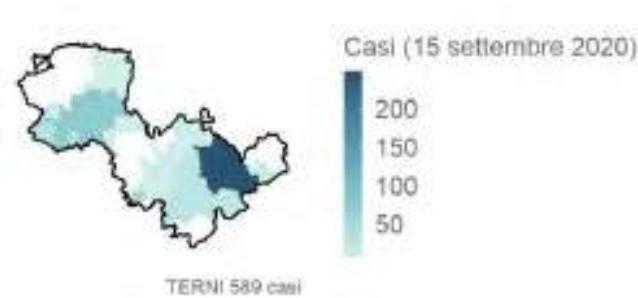
Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)

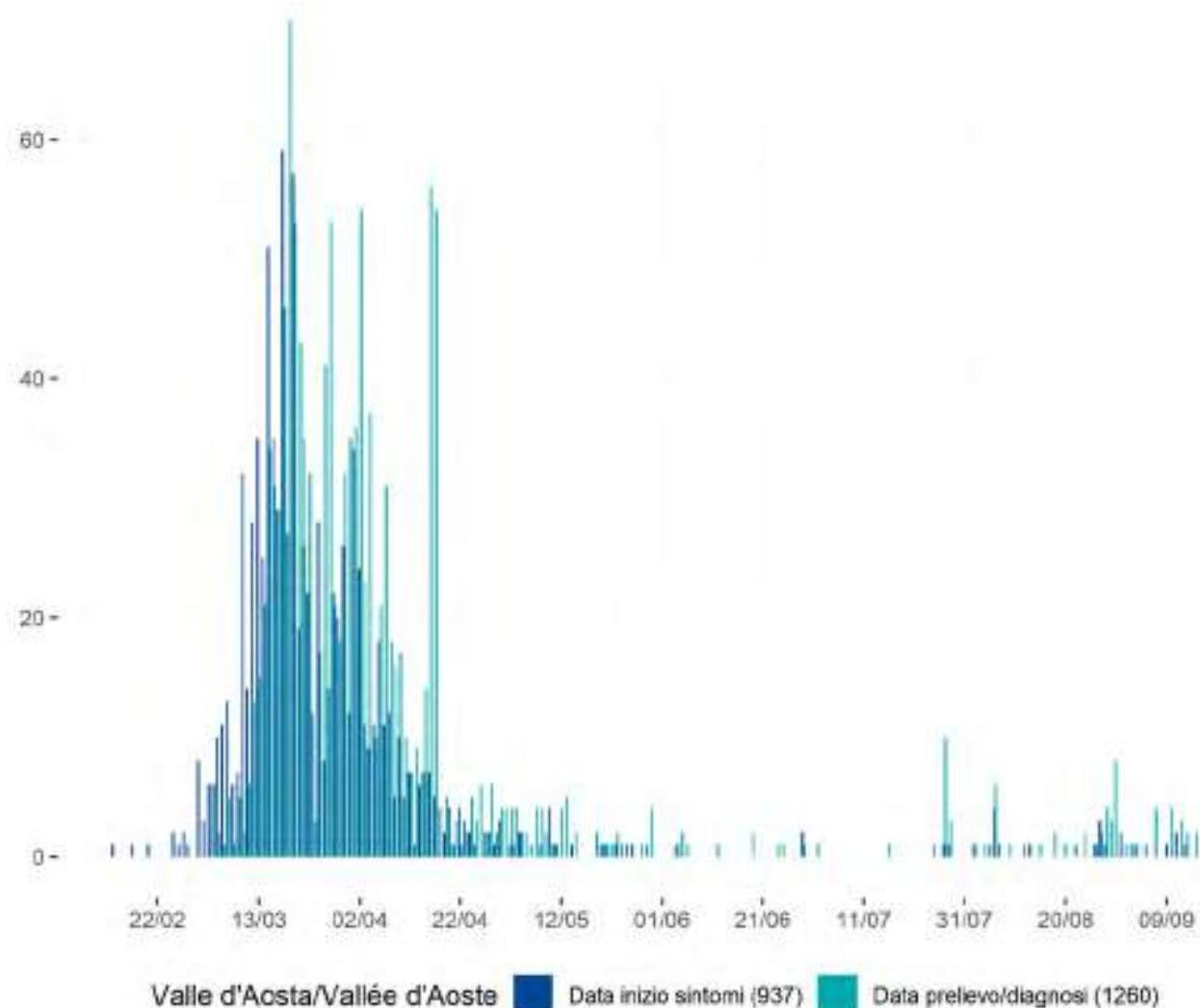




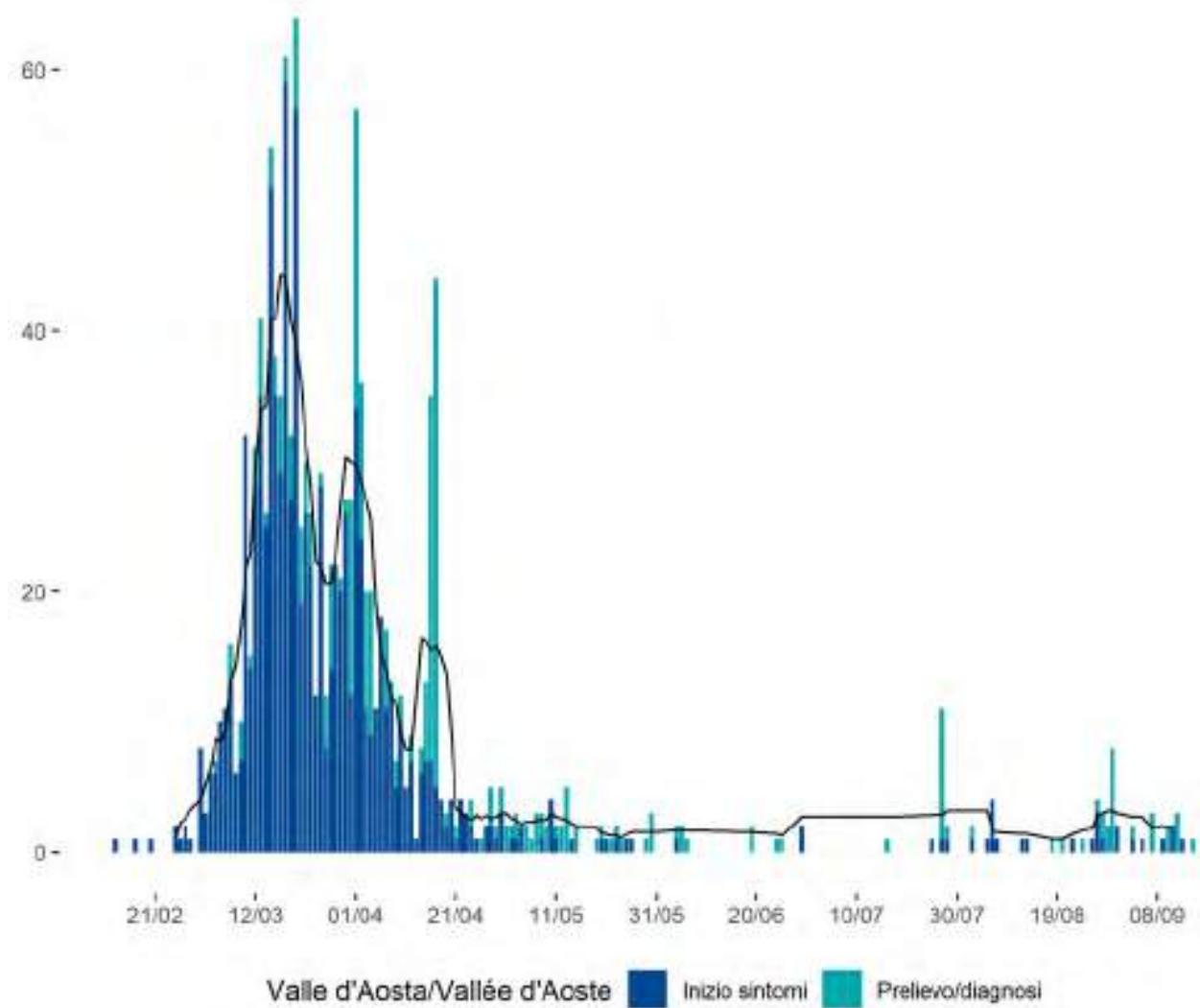
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 1260 | Incidenza cumulativa: 1003.98 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 13 | Incidenza: 10.36 per 100000
- Rt: 0.61 (CI: 0-2.05) [medio 14gg]

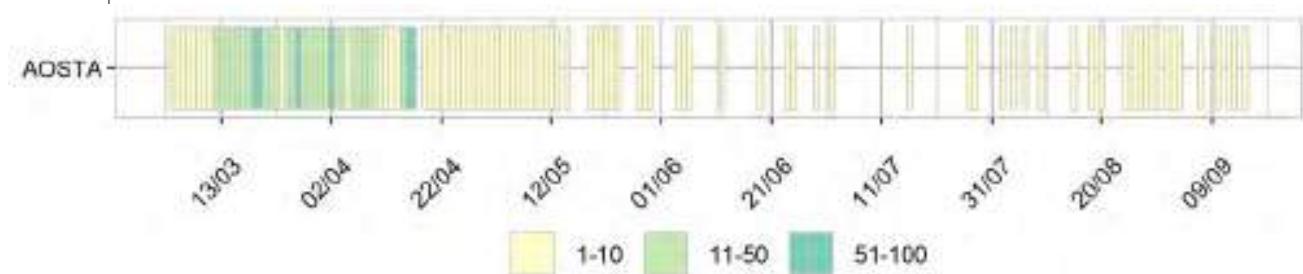
Curva epidemica



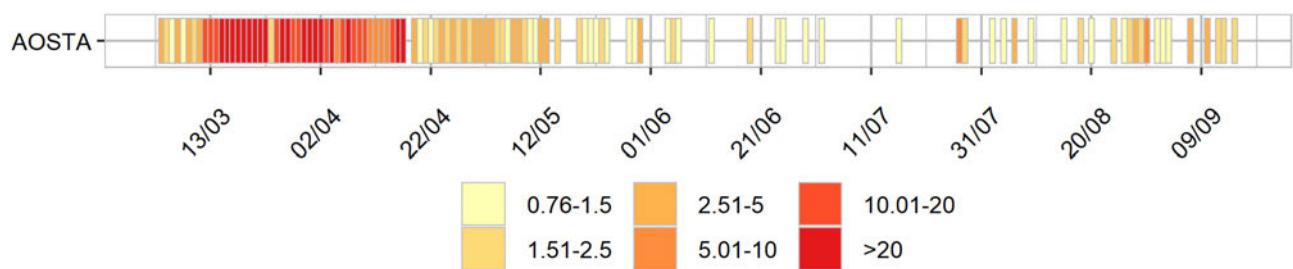
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi



Heatmap - incidenza per 100000



Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

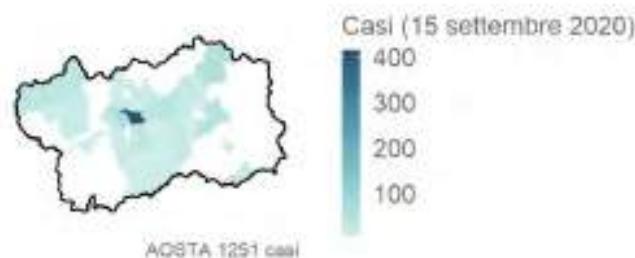
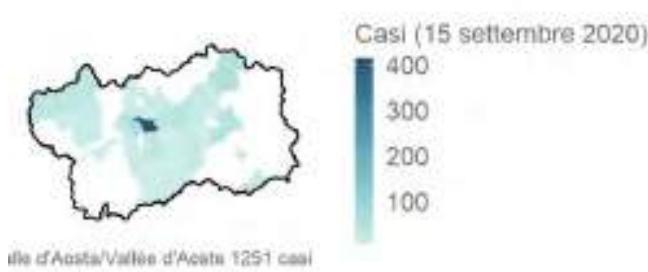


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia
(per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza)



Mappa - comuni (domicilio/residenza)

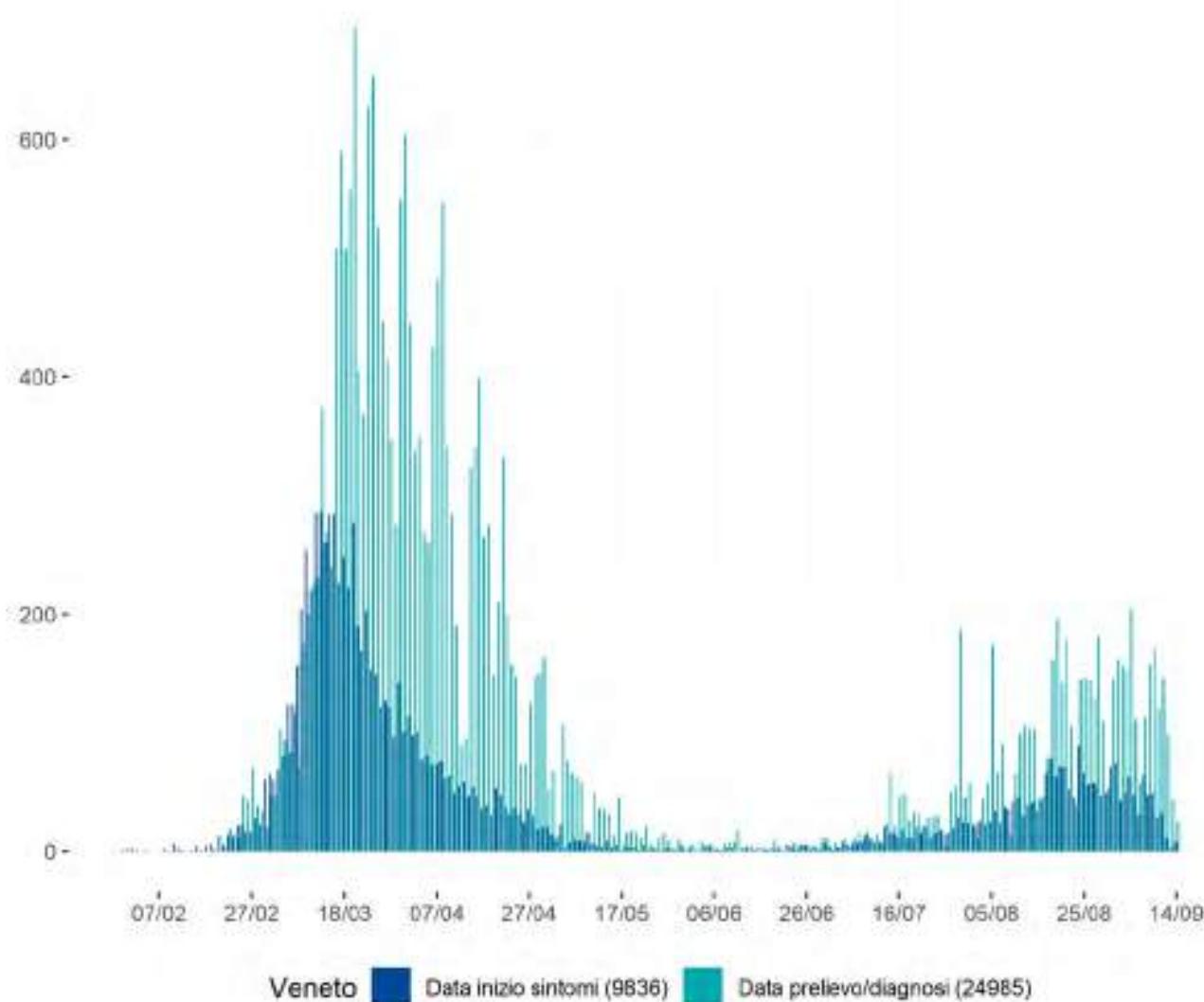


Veneto

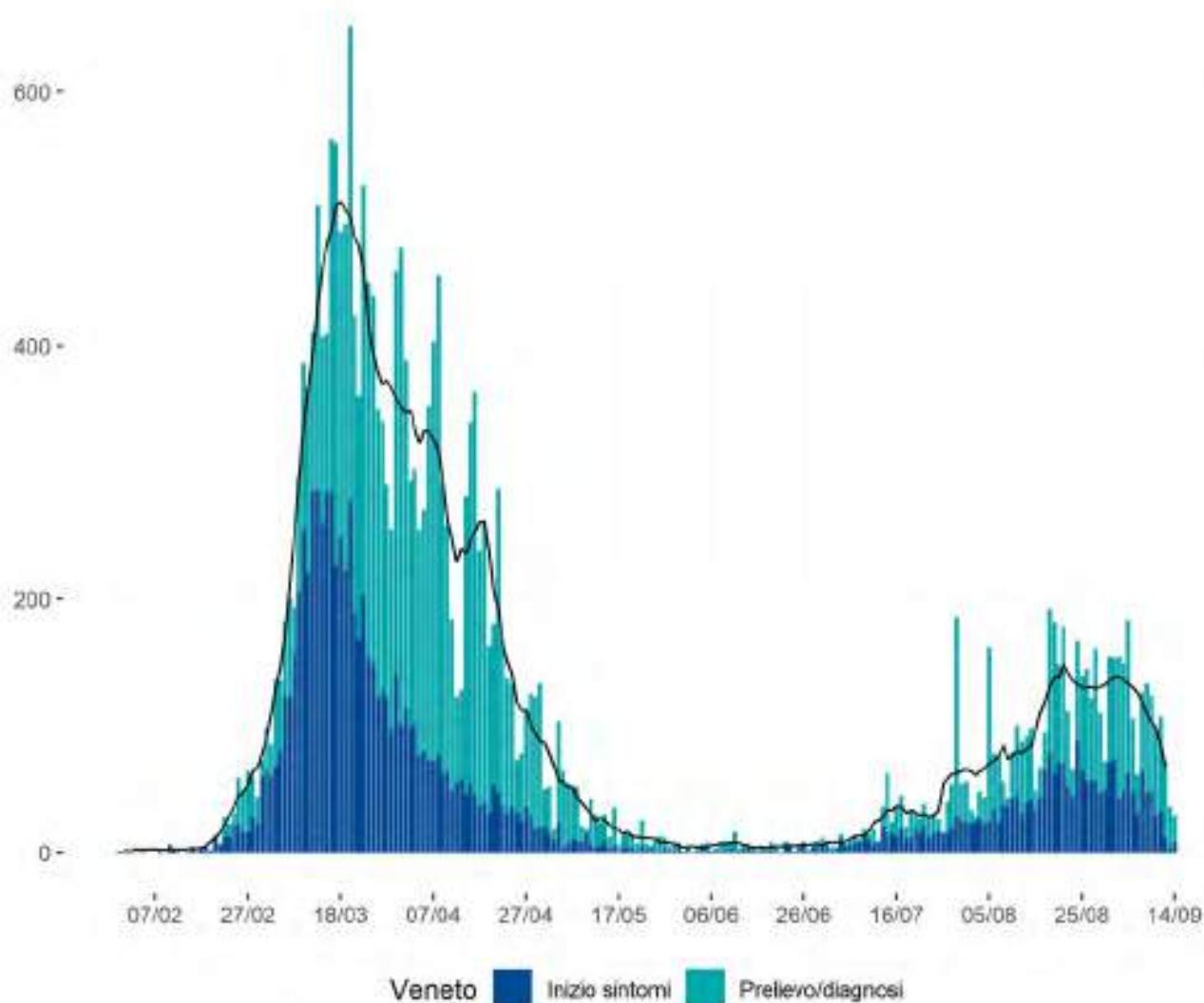
Aggiornamento epidemiologico

- Casi totali: 24996 | Incidenza cumulativa: 509.32 per 100000
- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 7/9-13/9: 848 | Incidenza: 17.28 per 100000
- Rt: 0.88 (CI: 0.73-1.05) [medio 14gg]

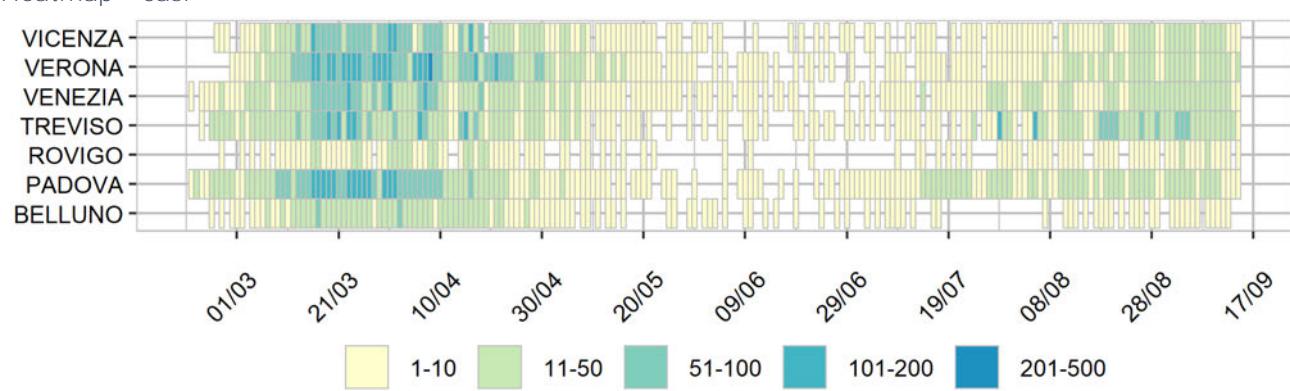
Curva epidemica



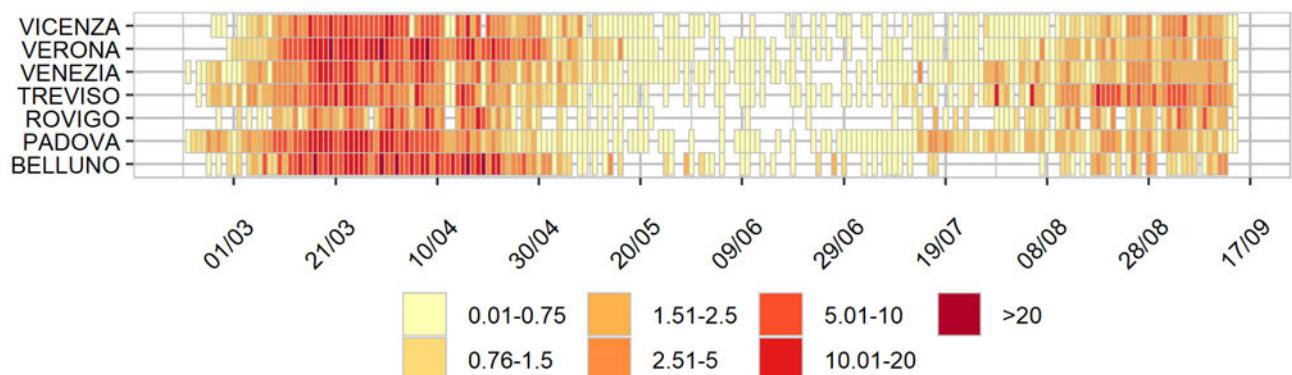
Curva epidemica comb. data inizio sintomi e data prelievo/diagnosi - la linea indica il valore della media mobile a 7gg



Heatmap - casi

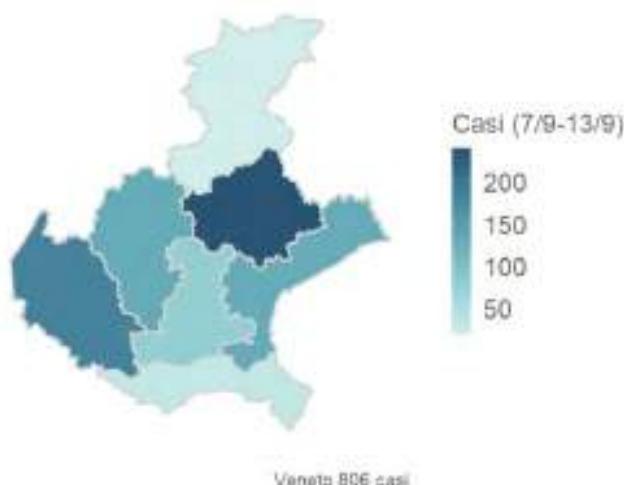


Heatmap - incidenza per 100000

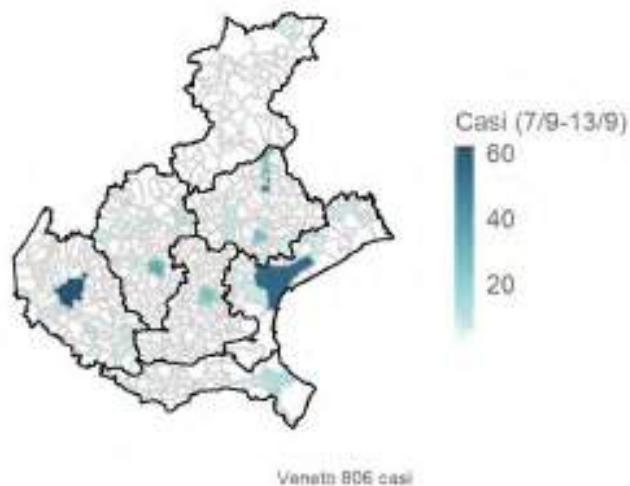


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati nel periodo di monitoraggio (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

Mappa - province (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)



Mappa - comune (domicilio/residenza - casi con data prelievo/diagnosi: 7/9-13/9)

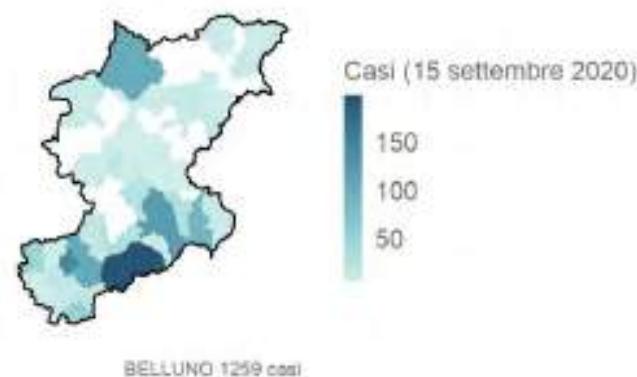


Rappresentazione dei casi di COVID-19 per provincia e comune segnalati dall'inizio dell'epidemia (per garantire il rispetto della privacy individuale, non sono rappresentate comuni/province in cui siano stati notificati meno di 5 casi confermati di COVID-19)

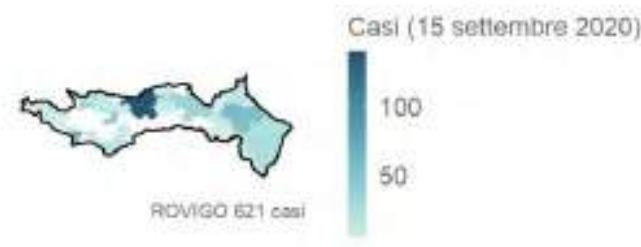
Mappa - province (domicilio/residenza)

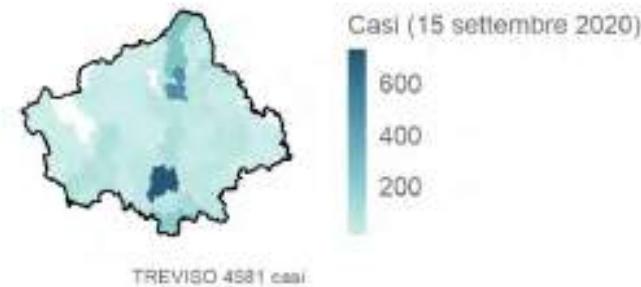


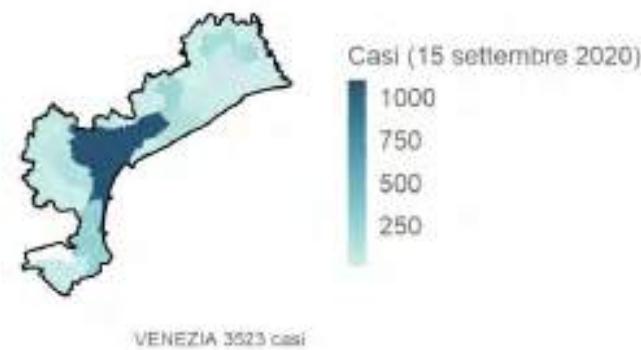
Mappa - comuni (domicilio/residenza)



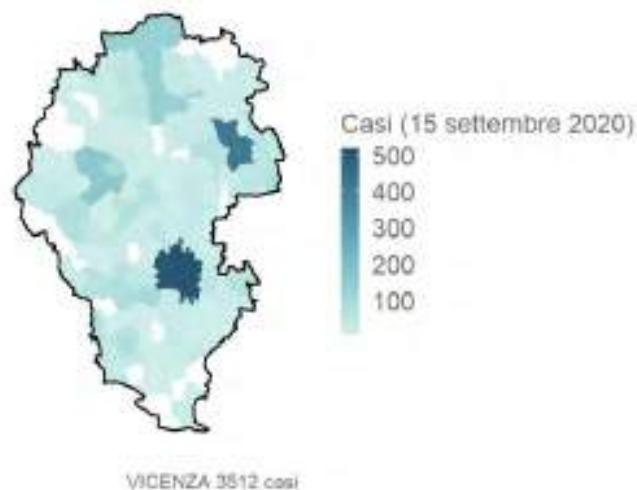














Direzione Dipartimento di Prevenzione

Prot 55446 del 26/09/2020

Dirigenti scolastici
Municipi X- XI - XII e Comune
Fiumicino

SEDI

Oggetto: COVID-19 Certificazioni mediche
Per assenze scolastiche.

Per opportuna conoscenza e seguito si invia una sintesi delle indicazioni trasmesse dalla Regione Lazio con nota prot. 0789903 dell'14/09/2020, relative all'oggetto:

- 1) dopo assenza per malattia superiore a 3 giorni la riadmissione nei servizi educativi/scuole dell'infanzia sarà consentita previa presentazione della idonea certificazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina generale attestante l'assenza di malattie infettive o diffuse e l'idoneità al reinserimento nella comunità educativa/scolastica.
- 2) Per gli studenti che frequentano la scuola dell'obbligo e la scuola secondaria di secondo grado, la riadmissione dopo assenza scolastica di più di 5 giorni sarà consentita previa presentazione della idonea certificazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale.
- 3) In entrambi i casi sopracitati le assenze, rispettivamente superiori a 3 o 5 giorni, dovute a motivi diversi da malattia, potranno essere preventivamente comunicate dalla famiglia alla scuola/servizio educativo che, solo in questo caso, non dovrà richiedere il certificato per la riadmissione.
- 4) Nel caso di alunni con infezione accertata da virus SARS-CoV-2, il SISP attesta l'avvenuta guarigione microbiologica sulla base dei criteri clinici e di laboratorio previsti dal Ministero della salute, comunicandola al PLS/MMG che provvederà alla necessaria certificazione per il rientro in comunità.

Il Direttore del Dipartimento

Di Prevenzione

Dott. Aldo Buccheri

Il Commissario Straordinario

dott. Giuseppe Montavalli

ASL ROMA 3
Via dell'Imbreccato, 71b/73
00149 - Roma

www.aslroma3.it
C.F. P.IVA 04733491007

Tel. 06/56485318
Fax 06/56485324
e-mail: c.p.prevenzione@aslroma3.it

Allegato 6

DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCOSANITARIA
AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE
AREA RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO

ASL del Lazio

- Direzioni Generali
 - Direzioni Sanitarie
- e, p.c.
- Direzioni dei Dipartimenti di Prevenzione
 - Direzioni dei SISP
 - PLS/MMG
 - Referenti ASL, "Scuole che Promuovono Salute" (SPS)
 - Ufficio Scolastico Regionale
 - Anci Lazio
 - Roma Capitale, Dipartimento Servizi Educativi e Scolastici
 - Direzione Regionale Formazione, Ricerca e Innovazione, Scuola e Università, diritto allo studio

Oggetto: Covid-19 certificazioni mediche per assenza scolastica

In concomitanza alla ripresa delle attività scolastiche ed educative, si richiede l'attenzione sulle disposizioni nazionali e regionali relative alle certificazioni mediche per assenza scolastica:

- o In linea con le indicazioni del DM n. 80 del 3/08/2020 e con le indicazioni operative del Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020, dopo assenza per malattia superiore a 3 giorni la riammissione nei servizi educativi/scuole dell'infanzia sarà consentita previa presentazione della idonea certificazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale attestante l'assenza di malattie infettive o diffuse e l'idoneità all'inserimento nella comunità educativa/scolastica.
- o Per gli studenti che frequentano la scuola dell'obbligo e la scuola secondaria di secondo grado, la riammissione dopo assenza scolastica di più di 5 giorni sarà consentita previa presentazione della idonea certificazione del Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale, secondo quanto disposto dalla Legge Regionale 22 ottobre 2018, n. 7 "disposizioni per la semplificazione e lo sviluppo regionale" (art. 68), in quanto gli stessi certificati sono richiesti da "misure di proflessi previste a livello internazionale e nazionale per esigenze di sanità pubblica". Per le patologie sospette COVID-19 si fa riferimento al percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da documenti regionali e dal documento



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
AREA PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE
AREA RETE INTEGRATA DEL TERRITORIO

elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità di cui all'allegato 21 del DPCM 7 agosto 2020, così come integrato e modificato dal DPCM del 7 settembre 2020.

- o In entrambi i casi sopracitati le assenze, rispettivamente superiori a 3 o 5 giorni, dovute a motivi diversi da malattia, potranno essere preventivamente comunicate dalla famiglia alla scuola/servizio educativo che, solo in questo caso, non dovrà richiedere il certificato per la rimissione.
- o Nel caso di alunni con infezione accertata da virus SARS-CoV-2, il SISP attesta l'avvenuta guarigione microbiologica sulla base dei criteri clinici e di laboratorio previsti dal Ministero della salute, comunicandola al PLS/MMG che provvederà alla necessaria certificazione per il rientro in comunità.

Si prega di voler dare la massima diffusione della presente nota ai servizi e ai soggetti interessati.
Ringraziando per la consueta collaborazione, si inviano cordiali saluti.

Per il Dirigente dell'Ufficio

Città Primarie e intermedie

Carola Magni

Il Dirigente dell'Area Promozione della salute

e Prevenzione

Alessandra Barca

Il Direttore
Riccardo Scotti

P.D.

Lilja Fiscaglia, l.fiscaglia@regione.lazio.it
11/09/2020

Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19

Allegato 7

Annex to Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19

14 September 2020



Introduction

Countries around the world are taking broad public health and social measures (PHSM), including closure of schools, to prevent the spread of the SARS-CoV-2 virus, which causes COVID-19.¹ This Annex examines considerations for school operations, including openings, closures and re-openings and the measures needed to minimize the risk to students and staff of COVID-19. This Annex applies to **educational settings for children under the age of 18 years** and outlines general principles and key recommendations that can be tailored not only to schools but to specific school-related contexts, such as extracurricular activities.

This Annex replaces a document published by the World Health Organization on 10 May 2020 entitled *Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19*.² This document was developed with input from the Technical Advisory Group (TAG) of Experts on Educational Institutions and COVID-19 and experts from WHO, UNICEF, and UNESCO, who jointly reviewed the latest evidence to develop this interim guidance, which considers equity, resource implications, and feasibility. The main changes introduced in this document are a risk-based approach for school operations in the context of COVID-19 based on the level and intensity of the transmission at administrative levels lower than the national level, age-appropriate considerations for both physical distancing and the use of masks in the school setting and comprehensive, multi-layered measures to prevent introduction and spread of SARS-CoV-2 in educational setting.

This Annex is intended to help policy makers and educators with making decisions on running schools as safely as possible during the COVID-19 pandemic. At the forefront of all considerations and decisions should be the continuity of education for children for their overall well-being, health and safety. Nonetheless, all decisions will have implications for children, parents or caregivers, teachers and other staff and more broadly, their communities and societies.³

Readers may also wish to refer to WHO-issued guidance on adapting PHSM as the epidemiology of COVID-19 evolves, while managing the risk of resurgence of cases.³

General principles

The principles underlying the considerations for school-related public health measures to prevent and minimize SARS-CoV-2 transmission in school settings are as follows:

- Ensuring continuity of safe, adequate and appropriate educational and social learning and development of children
- Minimizing the risk of SARS-CoV-2 transmission within school and school-associated settings among children, teachers and other school staff
- Guarding against the potential for schools to act as amplifiers for transmission of SARS-CoV-2 within communities
- Ensuring school-related PHSM are integrated into and support the wider measures implemented at the community level

Considerations in decisions on school operations

From a public health perspective, deciding to close or re-open schools should be guided by a risk-based approach, taking into consideration the epidemiology of COVID-19 at the local level, the capacity of educational institutions to adapt their system to operate safely; the impact of school closures on educational loss, equity, general health and wellbeing of children; and the range of other public health measures being implemented outside school. Decisions on full or partial closure or reopening should be taken at a local administrative level, based on the local level of transmission of SARS-CoV-2 and the local risk assessment, as well as how much the reopening of educational settings might increase transmission in the community. The shutting down educational facilities should only be considered when there are no other alternatives.

Based on the best available data, COVID-19 appears to have a limited direct burden on children's health, accounting for about 8.5% of reported cases globally, and very few deaths (see the box **Research on COVID-19 in children and in schools** on page 8). In contrast, school closures have clear negative impacts on child health, education and development, family income and the overall economy. National and local governments should consider prioritizing continuity of education by investing in comprehensive, multi-layered measures (see Table 2) to prevent introduction and further spread of SARS-CoV-2 in educational settings, while also limiting transmission in the wider community.

SARS-CoV-2 transmission

The intensity of SARS-CoV-2 transmission within a distinctive administrative and epidemiological unit (district or sub-districts) can be classified as follows:

- **No cases:** an area with no cases detected locally (no laboratory-confirmed cases locally in an area with comprehensive surveillance)⁴
- **Sporadic transmission:** An area experiencing one or more cases, imported or locally. In this situation, all schools will be open (or re-opened if good control of previously widespread transmission has been achieved through implementation of public health measures).
- **Clusters transmission:** An area experiencing cases clustered in time, limited geographic location and/or by common exposures. In this situation, most schools will remain open, implementing COVID-19 prevention and control measures. Authorities may consider closing schools as part of broader PHSMS in the areas experiencing an expansion in the number of clusters that includes schools.
- **Community transmission:** An area experiencing larger outbreaks of local transmission defined through an assessment of factors including, but not limited to: large numbers of cases not able to be linked to transmission chains; large numbers of cases from sentinel lab surveillance and multiple unrelated clusters in several areas. Depending on the trends and intensity of the transmission, local authorities may consider a risk-based approach for the operation of school and other community-wide PHSMS, including school closure, particularly in areas with increasing trends of COVID-19 cases, hospitalizations for COVID-19 and COVID-19 deaths; any schools remaining open should adhere strictly to COVID-19 guidelines⁴ (see Table 1).

Table 1: Status of SARS-COV-2 transmission level and consideration for school operations.

Transmission level at district/sub-district level	General considerations
No cases	All schools open and implement COVID-19 prevention and control measures.
Sporadic cases	All schools open and implement COVID-19 prevention and control measures.
Clusters transmission	Most schools open, and implement COVID-19 prevention and control measures. Authorities may consider closing schools as part of broader PHSMS in the areas experiencing an expansion in the number of clusters that includes schools.
Community transmission	Risk-based approach for the operation of school and other community-wide PHSMS with aim of ensuring the continuity of children's education. It is likely that broad PHSMS including school closure will be in place in areas with increasing trends of COVID-19 cases, hospitalizations for COVID-19 and COVID-19 deaths; any schools remaining open should strictly adhere to COVID-19 guidelines. ⁴

School readiness and capacity to implement and maintain COVID-19 prevention and control measures

National guidance on the prevention and control of COVID-19 in schools has been published by some countries and international organizations.^{5,6} The recommended key measures to be taken to help ensure the safety of students and staff are summarized in Table 2. The capacity of schools to implement the outlined recommended measures should be considered in decisions regarding the operation of schools in all transmission scenarios.

Table 2: Comprehensive, multi-layered measures to prevent introduction and spread of SARS-CoV-2 in educational settings.^{1,5,7,8}

Community level	<p>Recommended broader community level measures in communities where schools are reopening:³</p> <ul style="list-style-type: none"> • Early detection of suspected cases, test suspect cases; identify and trace contacts; quarantine contacts • Investigation of clusters to implement and communicate localized measures to limit gatherings and reduce mobility • Physical distancing of at least 1 metre, hand and other personal hygiene practices and age-appropriate wearing of masks when physical distancing cannot be achieved⁹ • Community-led initiatives for risk reduction (e.g. addressing incorrect and misleading information, rumours and stigma) and protection/shielding of vulnerable groups and safe public transportation, including organizing “walking buses” and safe cycling routes • Other PHSM, as appropriate.
School level	<ul style="list-style-type: none"> • Administrative policies: setting attendance and entry rules; cohorting (keeping students and teachers in small groups that do not mix, also referred to as bubble, capsule, circle, safe squad); staggering the start of school, breaks, bathroom, meal and end times; alternate physical presence (e.g. alternate days, alternate shifts) • Infrastructure: Reorganization of the physical space or its use, identifying entry/exists and marking direction of walking, handwashing facilities, building environmental design clues (“nudging”) to facilitate appropriate use of space • Maintaining clean environment: frequent cleaning of surfaces and shared objects • Ensuring adequate and appropriate ventilation with priority for increasing fresh outdoor air by opening windows and doors, where feasible, as well as encouraging outdoor activities, as appropriate • The age-appropriate use of masks where physical distancing cannot be maintained; this includes ensuring the availability of masks • Symptom screening by parents and teachers, testing and isolation of suspected cases, as per national procedures; stay-at-home when sick policies • Reorganization of school transportation and arrival/departure times • Clear accessible sharing of information, and feedback mechanisms established with parents, students and teachers • Continuation of essential school-based services such as mental health and psychosocial support, school feeding and nutrition programmes, immunization and other services.
Classroom level	<ul style="list-style-type: none"> • Physical distancing where appropriate • Wearing of masks, where recommended • Frequent hand hygiene • Respiratory etiquette • Cleaning and disinfection • Adequate ventilation • Spacing of desks or grouping of children if required.
Individuals at high-risk	<ul style="list-style-type: none"> • Identification of students and teachers at high-risk of severe illness – those individuals with pre-existing medical conditions; develop appropriate strategies to keep these individuals safe • Adoption of a coordinated and integrated approach to ensure vulnerable children’s holistic needs (protection, mental health and psychosocial support, rehabilitation, nutrition and other issues) • Maintenance of physical distancing and use of medical masks • Frequent hand hygiene and respiratory etiquette.

COVID-19 prevention and control measures

Physical distancing

Physical distancing at school

Physical distancing measures can be applied to individuals (in and outside classrooms) and through administrative measures that aim to keep groups apart (cohorting, staggering, alternating distance learning with presence in school, where possible, etc.).

Individual physical distancing

Outside classrooms

- Maintain a distance of at least 1 metre for both students (all age-groups) and staff, where feasible.

Inside classrooms, the following age-appropriate measures may be considered based on local SARS-COV-2 transmission intensity.

- Community-transmission districts/sub-districts
 - Maintain a distance of at least 1 metre between all individuals (students of all age groups and staff) for any schools remaining open.
- Cluster-transmission districts/sub-districts
 - A risk-based approach should be applied to maintain distance of at least 1 metre between students. The benefits of adhering to physical distancing of at least 1 metre inside a classroom should be weighed against the social, emotional, developmental and mental health gains from interactions between children.
 - Teacher and support staff should keep at least 1 metre from each other and from students. When maintaining at least 1 metre distance is not practical or hampers support to students, teachers and support staff should wear a mask.
- Sporadic cases transmission districts/sub-districts
 - Children under the age of 12 years should not be required to keep physical distance at all times.
 - Where feasible, children aged 12 years and over should keep at least 1 metre apart from each other
 - Teacher and support staff should keep at least 1 metre apart from each other and from students. When keeping at least 1 metre distance is not practical or hampers support to students, teachers and support staff should wear a mask.
- No cases transmission districts/sub-districts
 - Children under the age of 12 years should not be required to keep physical distance at all times.
 - Where feasible, children aged 12 years and over should keep at least 1 metre apart from each other
 - Teacher and support staff should keep at least 1 metre apart from each other and from students. When keeping at least 1 metre distance is not practical or hampers support to students, teachers and support staff should wear a mask.

Physical distancing between groups

- Limit mixing of classes and of age groups for school and after-school activities.
- School districts with limited space or resources may consider alternative class modalities to limit contacts between different classes. For example, in the staggering modality, different classes start and end at different times.
- The high-school timetable can be modified, with some students and teachers attending in the morning, others in the afternoon, others in the evening. Schools can also minimize shared break times by alternating when and where classes take meals.
- Consider increasing the number of teachers or having recourse to volunteer support, if possible, to allow for fewer students per classroom (if space is available).
- Ensure crowd control during school or day-care drop off and pick up periods; clearly identify entry and exits, with marking direction for walking; consider restrictions for parents and care-givers entering school campus and premises.
- Create awareness that ensures students do not gather in large groups or in close proximity when in lines, when leaving the school and in their free time.

Use of masks in school settings

WHO and UNICEF recently issued *Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19*.⁹ To operationalize this guidance for school settings, age categories should be aligned with the local educational structure.

In countries or areas where there is intense community transmission of SARS-CoV-2 and in settings where physical distancing cannot be achieved, WHO and UNICEF advise decision makers to apply the following criteria for use of masks in schools (either in classes, corridors or communal areas) when developing national policies:

- Children aged 5 years and under should not be required to wear masks.
- For children between six and 11 years of age, a risk-based approach should be applied to the decision to use a mask. This approach should take into consideration:
 - intensity of transmission in the area where the child is and updated data/available evidence on the risk of infection and transmission in this age group
 - social and cultural environment such as beliefs, customs, behaviour or social norms that influence the community and population's social interactions, especially with and among children
 - the child's capacity to comply with the appropriate use of masks and availability of appropriate adult supervision
 - potential impact of mask wearing on learning and psychosocial development
 - additional specific considerations and adaptations for specific settings such as sport activities or for children with disabilities or underlying diseases.
- Children and adolescents 12 years or older should follow the national mask guidelines for adults.
- Teacher and support staff may be required to wear masks when they cannot guarantee at least a 1-metre distance from others or there is widespread transmission in the area.
- All efforts should be made to ensure the use of a mask does not interfere with learning.
- Children should not be denied access to education because of mask wearing or the lack of a mask because of low resources or unavailability.

The use of masks by children and adolescents in schools should only be considered as one part of a comprehensive strategy to limit the spread of COVID-19. Schools should establish a system for waste management including disposal of used masks to reduce the risk of contaminated masks being disposed of in classrooms and playgrounds.⁹

Ventilation

Strategies for ensuring adequate ventilation in public buildings including classrooms are described in details in the *Operational considerations for COVID-19 management in the accommodation sector* and the recent WHO Q&A on ventilation and air conditioning in the context of COVID-19.^{10,11} To summarize:

- Consider using natural ventilation (i.e., opening windows if possible and if it is safe to do so) to increase dilution of indoor air by outdoor air when environmental conditions and building requirements allow.
- Ensure adequate ventilation and increase total airflow supply to occupied spaces, if possible.
- If heating, ventilation and air conditioning (HVAC) systems are used, they should be regularly inspected, maintained and cleaned. Rigorous standards for installation and maintenance of ventilation systems are essential to ensure that they are effective and safe. The same applies to monitoring the condition of filters. If feasible, increase central air filtration to the highest level possible without significantly diminishing design airflow.
- For mechanical systems increase the total airflow supply and the percentage of outdoor air, such as by using economizer modes of HVAC operations (potentially as high as 100%). First verify compatibility with HVAC system capabilities for both temperature and humidity control as well as compatibility with outdoor/indoor air quality considerations.
- Disable demand-control ventilation (DCV) controls that reduce air supply based on temperature or occupancy.
- Consider running the HVAC system at maximum outside airflow for 2 hours before and after times when the building is occupied, in accordance with the manufacturer's recommendations.

Hygiene and daily practices at school

The hygiene and environmental cleaning measures to limit exposure include:

- Educate everyone in the school about prevention of COVID-19, including appropriate and frequent hand hygiene, respiratory etiquette, use of mask use, if recommended, symptoms of COVID-19 and what to do when one feels sick; offer

regular updates as the pandemic evolves; counter rumors and misleading information through messaging and communication.

- Create a schedule for frequent hand hygiene, especially for young children, specifically at school arrival and at certain key moments of the school routine, including before snacks and lunch and before school exit; provide sufficient soap and clean water or alcohol-based rub at school entrances and throughout the school and in classrooms where feasible; ensure physical distancing when students wait at hand hygiene/washing points using signage on the ground.
- Schedule regular cleaning of the school environment daily, including toilets, with water and soap/detergent and disinfectant;¹ clean and disinfect frequently touched surfaces such as door handles, desks, toys, supplies, light switches, doorframes, play equipment, teaching aids used by children and covers of shared books; elaborate checklists for schools' cleaners to ensure all daily hygiene tasks are accomplished and ensure provision of cleaning and protective supplies for cleaning staff such as personal protective equipment (PPE).
- Assess what can be done to limit risk of exposure, or direct physical contact, in physical education classes, sports, music or other physical activities and playgrounds, wet areas (shower/pool) and changing rooms, labs/computer labs, libraries, bathrooms and dining areas/cafeteria.
- Increase frequency of cleaning in the canteen, gym and sports facilities and changing rooms. Provide hand hygiene stations at entrances and exits, establish one-way circulation of athletes through the facilities and limit the number of persons allowed in the locker room at one time; display clear information as to the number of people allowed at the entrance of individual school facilities.
- Put in place respiratory and hand hygiene and physical distancing measures in transportation such as **school buses**. If possible, the bus windows should be kept open; provide information for students on safe commuting to and from school, including for those using public transportation.

Screening and management of sick students, teachers and other school staff

- Enforce the policy of “staying at home if unwell” for students, teachers or school staff with potential COVID-19 infection and connect them with local healthcare providers for assessment, testing and care. If possible, connect with local organizations to provide home care support and ensure communication between home and school.
- Create a checklist for parents/students /staff to decide whether they can go to school, with due consideration for the local epidemiology of COVID-19. The checklist should include:
 - underlying medical conditions and vulnerabilities, to protect the student/staff
 - recent illness or symptoms suggestive of COVID-19, to prevent spread to others
 - special circumstances in the home environment, to tailor support as needed.
- Waive the requirement for a doctor's note to excuse absences when there is community transmission of COVID-19.
- Consider daily screening for history of fever or feeling feverish in the previous 24 hours upon entry into the building for all staff, students and visitors to identify persons who are sick.
- Ensure students who have been in contact with a COVID-19 case stay home for 14 days. School officials should notify public health authorities in the event of a positive COVID-19 case among students or staff.

To respond to school-based cases, prompt isolation of cases and contact tracing and quarantine of contacts should be implemented while maintaining confidentiality.¹² This should also include:

- Decontamination of relevant areas of schools; contact tracing and risk assessment before considering class or school closures. Depending on the national policy, consider isolation of a classroom or a group within a classroom if contact has been limited to specific groups rather than moving school closure.

Communication with parents, students, teachers and school staff

Inclusive and early collaboration between the school and the community (including but not limited to community and religious leaders, teachers' union, community organizations, women's organizations and youth associations) is key to developing and implementing necessary measures. It will be important to maintain flexibility and modify approaches as needed and ensure learning and sharing of good practices.

- Ensure frequent communications and messaging on COVID-19 and school measures that will reassure parents, students, and teachers that schools are safe to attend once the mitigation measures have been undertaken. In addition, communication should be carried out to address and counter rumours and misleading information, as well as stigma among school staff, teachers, parents/caregivers and students,

- Consult with students, school staff and teachers about the measures the school is putting in place and their roles.
- Inform parents about the measures the school is putting in place and ask for cooperation to report any cases of COVID-19 that occur in the household. If someone in the household is suspected of having COVID-19, all children in the household should stay at home and keep schools informed.

Explain to the students the reason for school-related measures, including discussing the scientific considerations and highlighting the help they can get through schools (e.g. psychosocial support).

Additional school-related measures on re-opening a school that was closed

- Ensure that school-based and school-linked health services, health promotion, school feeding, care and support services are maintained where possible, while maintaining infection prevention and control:
 - Assess the impact of differential access to health information and education during school closures. Once schools reopen, design tailored catch-up strategies, especially for students with particular vulnerabilities.
 - Continue existing school health policies such as immunization. For school-based immunization programmes, ensure there is a plan for catch-up vaccination, if needed.
 - Reinstate and continue the provision of essential school health (including menstrual health management and related products) and school feeding/nutrition packages.
 - Intensify classroom-based socioemotional learning as schools reopen. Follow up with those who have dropped out of school to institute support mechanisms. Enhance opportunities for young people and their families to access mental health and psychosocial support services.
 - Be alert to the possibility that children or adolescents may have experienced violence or sexual violence during times of restricted mobility, and make provisions so that they can obtain support and care if needed.
- Boarding schools and other specialized institutions will need to extend all COVID-19 provisions to residential facilities, lecture halls, laboratories and other learning facilities.
- Water systems should be flushed and chlorinated to mitigate legionellosis risk following building reopening.

Remote learning

Where children cannot attend classes in person, support should be given to ensure students have continued access to educational materials and technologies (internet, texting radio, radio, or television). See the Framework for Reopening Schools for more details.⁵

Monitoring of school operations

As protective school measures are applied, it is important to conduct monitoring in close collaboration with schools and communities and establish surveillance programmes to carefully monitor the impact of schools reopening. With surveillance data the most appropriate measures to mitigate the risks and allow authorities/stakeholders to reassure parents, learners and teacher alike that schools are safe to attend. It will be important in these activities to maintain flexibility and modify approaches as needed and to ensure learning and sharing of good practices. The following effects and trends should be monitored:

- Effectiveness of symptoms-reporting, monitoring, rapid testing and tracing of suspected cases
- Effects of policies and measures on educational objectives and learning outcomes
- Effects of policies and measures on health and well-being of children, siblings, staff, parents and other family members
- Trend in school dropouts after lifting the restrictions
- The number of cases in children and staff in the school, and frequency of school-based outbreaks in the local administrative area and the country
- Assessment of impact of remote-teaching on learning outcomes and formative assessments

Check list for assessment of school readiness

Refer to the IASC Interim Guidance for COVID-19 Prevention and Control in Schools⁶ and the School Reopening Framework⁵ for an extensive review of this section.

Research on COVID-19 in children and in schools

Data from individual countries and several studies suggest that children under the age of 18 years represent about 8.5 % of reported cases, with relatively few deaths compared to other age-groups.^{13–17} Infection in children generally causes mild disease, and serious illness due to COVID-19 is seen only infrequently. However, cases of critical illness have been reported.^{18,19} As with adults, pre-existing medical conditions have been suggested as a risk factor for severe disease and ICU admission in children.^{20,21}

The extent to which children contribute to transmission of SARS-CoV-2 remains incompletely understood. Young children seem to have lower susceptibility to infection compared to adults, with susceptibility generally increasing with age.^{22,23} Children under the age of 10 seem to become infected less frequently than adults and adolescents, whereas the epidemiology among adolescents is more like that of young adults. Current evidence from contact tracing and cluster investigations also suggests that children are less likely than adults to be main transmitters of infection.^{24,22,25,26,23} For example, a recent study from the Republic of Korea of both household and non-household contacts suggests that infected children under 10 years of age are less contagious than infected adults.²⁷

Documented transmission among children and staff within educational settings is limited because so many countries closed schools and children have largely remained at home during intense periods of community transmission.^{28–33} Studies in educational settings suggest that the introduction of the virus generally started with infected adults. Staff-to-staff transmission was more common than staff to student transmission, and student-to-student transmission was rare.^{28,17,35} Overall, most evidence from countries that have reopened schools or never closed them, suggest that schools have not been associated with significant increases in community transmission.³⁵ Adherence to enhanced prevention measures and timely detection and isolation of cases and their contacts has so far been successful in preventing progression to larger outbreaks in most situations (as outlined in page 2). The exception of one country, where a major school outbreak emerged 10 days after school reopening, highlights the potential for spread within crowded high-school environments when limited precautionary measures (masks and physical distancing) are taken.^{35,36} However, a clear causal role for schools in community resurgence has currently not been demonstrated.

Risk of an outbreak in schools and other settings where young people congregate is determined in large part by the background community transmission and settings-linked risk amplifiers.^{28,36,37} An outbreak in Georgia, United States of America, has demonstrated that SARS-CoV-2 can spread efficiently in youth-centric overnight settings, resulting in high attack rates in all age groups (the median age was 12 years old).³⁸ Understanding the high-risk settings where SARS-CoV-2 spread easily will guide policy makers in prioritizing preventive and response PHMS. Analysis of data from Japan suggests a small proportion of cases (20%) spread the virus to many others, creating clusters.³⁸ Based on analysis of the shared characteristics of clusters, Japanese authorities developed a concept called the “Three Cs” to denote high-risk places and situations: 1) *Closed spaces with poor ventilation*; 2) *Crowded spaces with many people*; and 3) *Close contact, such as from intimate conversations, loud cheering, singing, or exercise within a short distance from other persons*.³⁸ Mass public awareness was launched in Japan asking residents and visitors to avoid the Three Cs, and in some situations local jurisdictions have closed venues with environments related to them. The major COVID-19 outbreak in a high school that started 10 days after school reopening provides a cautionary tale that a “Three Cs” cluster can start in over-crowded school settings.³⁹

Considering that most countries are only slowly lifting restrictions on activities and social gatherings, the longer-term effects of keeping schools open on community transmission are yet to be evaluated. This underscores the importance of rigorous implementation of preventive measures when SARS-CoV-2 is circulating in the community.

References

1. Viner, R. M. *et al.* School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health* **4**, 397–404 (2020).
2. World Health Organization. (2020). Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19: annex to considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19, 10 May 2020. World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332052> accessed 04 September 2020)
3. World Health Organization. (2020). Considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19: interim guidance, 16 April 2020. World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331773> accessed 04 September 2020)
4. World Health Organization. (2020). Public health criteria to adjust public health and social measures in the context of COVID-19: annex to considerations in adjusting public health and social measures in the context of COVID-19, 12 May 2020. World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332073> accessed 04 September 2020)

5. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), United Nations Children's Fund (UNICEF), World Food Programme, World Bank & United Nations High Commissioner for Refugees. Framework for Reopening Schools, June 2020, (<https://www.unicef.org/sites/default/files/2020-06/Framework-for-reopening-schools-2020.pdf>) accessed 04 September 2020)
6. United Nations Children's Fund (UNICEF), World Health Organization & International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (IFRC). Interim Guidance for COVID-19 Prevention and Control in Schools. March 2020 (<https://uni.cf/2Zi58VC>) accessed 04 September 2020)
7. Path to Zero & Schools: Achieving Pandemic Resilient Teaching and Learning Spaces. *Harvard Global Health Institute* <https://globalhealth.harvard.edu/path-to-zero-schools-achieving-pandemic-resilient-teaching-and-learning-spaces/> (2020).
8. Bonell, C. et al. An evidence-based theory of change for reducing SARS-CoV-2 transmission in reopened schools. *Health Place* **64**, 102398 (2020).
9. World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). Advice on the use of masks for children in the community in the context of COVID-19: annex to the advice on the use of masks in the context of COVID-19, 21 August 2020. World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333919>) accessed 04 September 2020)
10. World Health Organization. Ventilation and air conditioning in public spaces and buildings and COVID-19: Q&A. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-ventilation-and-air-conditioning-in-public-spaces-and-buildings-and-covid-19> accessed 04 September 2020)
11. World Health Organization. (2020). Operational considerations for COVID-19 management in the accommodation sector: interim guidance, 30 April 2020. World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331937>) accessed 04 September 2020)
12. World Health Organization. (2020). Considerations for quarantine of contacts of COVID-19 cases: interim guidance, 19 August 2020. World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333901>) accessed 04 September 2020)
13. Guan, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* **382**, 1708–1720 (2020).
14. Wortham, J. M. et al. *Morbidity and Mortality Weekly Report Characteristics of Persons Who Died with COVID-19—United States*. vol. 69 (2019).
15. Bialek, S. et al. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **69**, 422–426 (2020).
16. Ladhani, S. N. et al. COVID-19 in children: analysis of the first pandemic peak in England. *Arch. Dis. Child. archdischild-2020-320042* (2020) doi:10.1136/archdischild-2020-320042.
17. European Centre for Disease Prevention and Control (2020). COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. *European Centre for Disease Prevention and Control* <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission> accessed 04 September 2020)
18. Boast, A. An evidence summary of Paediatric COVID-19 literature. *Dont Forget Bubbles* (2020) doi:10.31440/dftb.24063.
19. Dong, Y. et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics* vol. 145 20200702 (2020).
20. Rajapakse, N. & Dixit, D. Human and novel coronavirus infections in children: a review. *Paediatrics and International Child Health* (2020) doi:10.1080/20469047.2020.1781356.
21. Götzinger, F. et al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. *Lancet Child Adolesc. Health* **4**, 653–661 (2020).
22. Goldstein, E. & Lipsitch, M. On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community. *medRxiv* 2020.07.19.20157362 (2020) doi:10.1101/2020.07.19.20157362.
23. Viner, R. M. et al. Susceptibility to and transmission of COVID-19 amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv* 2020.05.20.20108126 (2020) doi:10.1101/2020.05.20.20108126.
24. Joint IPA-UNICEF COVID-19 Information Brief. Epidemiology, Spectrum, and Impact of COVID-19 on Children, Adolescents, and Pregnant Women. (<https://ipa-world.org/society-resources/code/images/HjNYEyfuM250.pdf>) accessed 04 September 2020)
25. Fretheim, A. *The role of children in the transmission of SARS-CoV-2 (COVID-19)-a rapid review memo*.

26. Ludvigsson, J. F. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic – A systematic review. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* vol. 109 1525–1530 (2020).
27. Park, Y. J. et al. Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea, 2020. *Emerg. Infect. Dis.* **26**, (2020).
28. Macartney, K. et al. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. *Lancet Child Adolesc. Health* (2020) doi:10.1016/s2352-4642(20)30251-0.
29. Fontanet, A. et al. SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. *medRxiv* 2020.06.25.20140178 (2020) doi:10.1101/2020.06.25.20140178.
30. Fontanet, A. et al. Cluster of COVID-19 in Northern France: A Retrospective Closed Cohort Study. *SSRN Electron. J.* 2020.04.18.20071134 (2020) doi:10.1101/2020.04.18.20071134.
31. Stein-Zamir, C. et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. *Eurosurveillance* **25**, 2001352 (2020).
32. Torres, J. P. et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in blood in a large school community subject to a Covid-19 outbreak: a cross-sectional study. *Clin. Infect. Dis. Off. Publ. Infect. Dis. Soc. Am.* (2020) doi:10.1093/cid/ciaa955.
33. Heavey, L., Casey, G., Kelly, C., Kelly, D. & McDarby, G. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. *Eurosurveillance* **25**, 2000903 (2020).
34. Ismail, S. A., Saliba, V., Lopez Bernal, J. A., Ramsay, M. E. & Ladhani, S. N. *SARS-CoV-2 infection and transmission in educational settings: cross-sectional analysis of clusters and outbreaks in England.* <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.08.21.20178574> (2020) doi:10.1101/2020.08.21.20178574.
35. Levinson, M., Cevik, M. & Lipsitch, M. Reopening Primary Schools during the Pandemic. *N. Engl. J. Med.* (2020) doi:10.1056/nejmms2024920.
36. Szablewski, C. M. SARS-CoV-2 Transmission and Infection Among Attendees of an Overnight Camp — Georgia, June 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **69**, (2020).
37. Blaisdell, L. L. Preventing and Mitigating SARS-CoV-2 Transmission — Four Overnight Camps, Maine, June–August 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* **69**, (2020).
38. Oshitani, H. & Experts Members of The National COVID-19 Cluster Taskforce at Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan. Cluster-based approach to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) response in Japan-February-April 2020. *Jpn. J. Infect. Dis.* (2020) doi:10.7883/yoken.JJID.2020.363.
39. Stein-Zamir, C. et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. *Eurosurveillance* **25**, 2001352 (2020).

Acknowledgements

This document was developed with input from Technical Advisory Group (TAG) of Experts on Educational Institutions and COVID-19 and in consultation with WHO, UNESCO and UNICEF.

WHO, UNESCO and UNICEF will continue to closely monitor emerging evidence about this topic and the situation for any changes that may affect this interim guidance. Should any factors change, WHO, UNESCO and UNICEF will issue a further update. Otherwise, this interim guidance document will expire two years after the date of publication.

© World Health Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and United Nations Children's Fund, 2020. Some rights reserved. This work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#) license.

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/Adjusting_PH_measures/Schools/2020.2](#)

FW: Frequenza tamponi calcio professionistico

Pierro Giuseppe <G.Pierro@governo.it>

Allegato 8

mer 16/09/2020 11:14

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

✉ 2 allegati

Calendario Serie B 2020-2021.pdf; Calendario Serie A 2020-2021.pdf;

Gent.mi,

come concordato nel corso dell'incontro di ieri, vi allego il calendario delle partite di calcio di serie A.

Saluti,

Giuseppe Pierro

 signature_1486085
425
Giuseppe PierroCapo del Dipartimento per lo Sport
Presidenza del Consiglio dei MinistriVia della Ferratella in Laterano, 51
00184 RomaG.Pierro@governo.itwww.sport.governo.it

Tel. [REDACTED]

Mob. [REDACTED]

Da: Marco Brunelli <m.brunelli@figc.it>**Data:** mercoledì 16 settembre 2020 10:40**A:** Pierro Giuseppe <G.Pierro@governo.it>**Cc:** Gabriele Gravina <g.gravina@figc.it>**Oggetto:** Frequenza tamponi calcio professionistico

Egregio dott. Pierro,

faccio seguito a quanto Le ha anticipato telefonicamente il presidente Gravina per sottoporre nuovamente alla Sua attenzione e, per Suo tramite, a quella del Comitato Tecnico Scientifico un tema che continua ad essere sollevato con preoccupazione dai medici sportivi delle squadre professionalistiche di calcio di Serie A, B e C, nell'imminenza della partenza dei campionati della stagione 2020/2021 (prevista per il 19 settembre in Serie A e per il 26 settembre in serie B e C).

Mi riferisco, in particolare, alla frequenza dei test molecolari mediante tamponi previsti per il monitoraggio dei componenti del cosiddetto "gruppo squadra" e di quello degli arbitri in base ai protocolli attualmente in vigore sia per la ripresa degli allenamenti sia per la partecipazione alle gare in modalità a porte chiuse.

In base a tali indicazioni, ogni calciatore, tecnico e componente dello staff tecnico di una squadra si sta sottponendo a esami con tamponi ogni quattro giorni, quasi ininterrottamente dal 20 maggio, data di ripresa degli allenamenti di gruppo dopo il *lockdown*.

Appare di tutta evidenza come tale procedura, validata in un momento in cui l'emergenza da diffusione dell'infezione da Covid-19 era ai suoi massimi livelli e, fattore non di poco conto, la frequenza delle partite necessarie al completamento della stagione 2019/2020 molto più ravvicinata di quella attuale (si vedano, al proposito, i calendari dei Campionati di Serie A e B che per comodità Le allego), appaia oggi sovradimensionata rispetto alle reali esigenze di controllo e monitoraggio del "gruppo squadra", tanto più se si considera che lo stesso è prevalentemente composto da soggetti di età molto giovane, in buona salute e sotto stretto controllo medico. Oltre tutto, come ci viene segnalato da molti responsabili degli staff sanitari dei club, l'effettuazione di due tamponi a settimana risulta particolarmente invasiva, con rischio di lesioni anche serie delle mucose nasali dei soggetti interessati.

CDS 000-2020/0050774 del 26/09/2020

In considerazione di quanto sopra, si consiglia al presidente di adeguatamente di riconsiderare la serie di test sanitari a cui devono essere sottoposti il "gruppo squadra" e quello degli arbitri nell'attuale fase di disputa delle gare, riducendo la frequenza dei controlli mediante test molecolare (tampone).

Certo di un Suo pronto riscontro, colgo l'occasione per porgere cordiali saluti.

Marco Brunelli



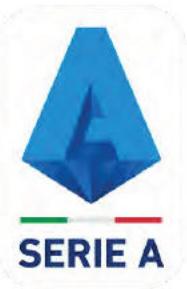
Marco Brunelli

Segretario Generale – Federazione Italiana Gioco Calcio - www.figc.it

Via Gregorio Allegri, 14 - 00198 Roma
m.brunelli@figc.it - Tel. +39 06 84912338/2614

DONA il tuo 5x1000 alla Fondazione Museo del Calcio – codice fiscale 94057960489

Progetto Green – Meno Carta! Rispetta l'ambiente! Non stampare questa mail se non è necessario.



**Comunicato Ufficiale
n. 4**

del
2 settembre 2020

Si pubblica in allegato il calendario del Campionato di Serie A TIM della stagione sportiva 2020/2021.

PUBBLICATO IN MILANO IL 2 SETTEMBRE 2020

IL PRESIDENTE
Paolo Dal Pino



10

SERIE A TIM
Serie B e Promozione Città Giampolo
alla Circoscr. A 1° ZONE 01

STAGIONE di documenti digitali a
disposizione pubblica per
SPORTIVA

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE		Allegato n° 1 Protocollo Uscita	
C.T.S. 630/2020		2020/0050771	
1 ^a Giornata 20 set 2020 31 gen 2021	2 ^a Giornata 27 set 2020 07 feb 2021	3 ^a Giornata 04 ott 2020 14 feb 2021	4 ^a Giornata 18 ott 2020 21 feb 2021
BENEVENTO - INTER FIorentina - TORINO CROTONE - CROTONE GENOA - SAMPDORIA JUVENTUS - ATALANTA LAZIO - MILAN MILAN - BOLOGNA PARMA - NAPOLI SASSUOLO - CAGLIARI UDINESE - SPEZIA HELLAS VERONA - ROMA	BOLOGNA - PARMA CAGLIARI - Lazio CROTONE - MILAN INTER - FIorentina NAPOLI - GENOA ROMA - JUVENTUS SAMPDORIA - BENEVENTO SPEZIA - SASSUOLO TORINO - ATALANTA HELLAS VERONA - UDINESE	ATALANTA - CAGLIARI BENEVENTO - BOLOGNA FIorentina - SAMPDORIA GENOA - TORINO JUVENTUS - NAPOLI LAZIO - INTER MILAN - SPEZIA PARMA - HELAS VERONA SASSUOLO - CROTONE UDINESE - ROMA	BOLOGNA - SASSUOLO CROTONE - JUVENTUS INTER - MILAN NAPOLI - ATALANTA ROMA - BENEVENTO SAMPODRIA - LAZIO SPEZIA - FIorentina TORINO - CAGLIARI UDINESE - PARMA HELLAS VERONA - GENOA
5 ^a Giornata 25 ott 2020 28 feb 2021	6 ^a Giornata 01 nov 2020 03 mar 2021	7 ^a Giornata 08 nov 2020 07 mar 2021	8 ^a Giornata 22 nov 2020 14 mar 2021
ATALANTA - SAMPDORIA BENEVENTO - NAPOLI CAGLIARI - CROTONE FIorentina - UDINESE GENO - INTER JUVENTUS - HELAS VERONA LAZIO - BOLOGNA MILAN - ROMA PARMA - SPEZIA SASSUOLO - TORINO	BOLOGNA - CAGLIARI CROTONE - ATALANTA INTER - PARMA NAPOLI - SASSUOLO ROMA - FIorentina SAMPDORIA - GENOA SPEZIA - JUVENTUS TORINO - LAZIO UDINESE - MILAN HELLAS VERONA - BENEVENTO	ATALANTA - INTER BENEVENTO - SPEZIA BOLOGNA - NAPOLI CAGLIARI - SAMPDORIA GENOA - ROMA LAZIO - JUVENTUS MILAN - HELAS VERONA PARMA - FIorentina SASSUOLO - UDINESE TORINO - CROTONE	CROTONE - LAZIO FIorentina - BENEVENTO INTER - TORINO JUVENTUS - CAGLIARI NAPOLI - MILAN ROMA - PARMA SAMPDORIA - BOLOGNA SPEZIA - ATALANTA UDINESE - GENOA HELLAS VERONA - SASSUOLO
10 ^a Giornata 06 dic 2020 04 apr 2021	11 ^a Giornata 13 dic 2020 11 apr 2021	12 ^a Giornata 16 dic 2020 18 apr 2021	13 ^a Giornata 20 dic 2020 21 apr 2021
CROTONE - NAPOLI FIorentina - GENOA INTER - BOLOGNA JUVENTUS - TORINO PARMA - BENEVENTO ROMA - SASSUOLO SAMPDORIA - MILAN SPEZIA - LAZIO UDINESE - ATALANTA HELLAS VERONA - CAGLIARI	ATALANTA - FIorentina BOLOGNA - ROMA CAGLIARI - INTER CROTONE - SPEZIA GENOA - JUVENTUS LAZIO - HELAS VERONA MILAN - PARMA NAPOLI - SAMPDORIA SASSUOLO - BENEVENTO TORINO - UDINESE	BENEVENTO - LAZIO FIorentina - SASSUOLO GENOA - MILAN INTER - NAPOLI JUVENTUS - ATALANTA PARMA - CAGLIARI ROMA - TORINO SPEZIA - BOLOGNA UDINESE - CROTONE HELLAS VERONA - SAMPDORIA	ATALANTA - ROMA BENEVENTO - GENOA CAGLIARI - UDINESE FIorentina - HELAS VERONA INTER - SPEZIA LAZIO - NAPOLI PARMA - JUVENTUS SAMPDORIA - CROTONE SASSUOLO - MILAN TORINO - BOLOGNA
15 ^a Giornata 03 gen 2021 02 mag 2021	16 ^a Giornata 06 gen 2021 09 mag 2021	17 ^a Giornata 10 gen 2021 12 mag 2021	18 ^a Giornata 17 gen 2021 16 mag 2021
ATALANTA - SASSUOLO BENEVENTO - MILAN CAGLIARI - NAPOLI FIorentina - BOLOGNA GENOA - LAZIO INTER - CROTONE JUVENTUS - UDINESE PARMA - TORINO ROMA - SAMPDORIA SPEZIA - GENOA SASSUOLO - GENDA TORINO - HELAS VERONA	ATALANTA - PARMA BOLOGNA - UDINESE CAGLIARI - BENEVENTO CROTONE - ROMA LAZIO - FIorentina MILAN - JUVENTUS NAPOLI - SPEZIA SAMPDORIA - INTER SASSUOLO - PARMA GENDA - UDINESE HELAS VERONA - SPEZIA	BENEVENTO - ATALANTA FIorentina - CAGLIARI GENOA - BOLOGNA JUVENTUS - SASSUOLO MILAN - TORINO PARMA - LAZIO ROMA - INTER SPEZIA - SAMPDORIA UDINESE - NAPOLI GENDA - UDINESE HELAS VERONA - CROTONE	ATALANTA - GENOA BOLOGNA - HELAS VERONA CAGLIARI - MILAN CROTONE - BENEVENTO INTER - JUVENTUS LAZIO - ROMA NAPOLI - FIorentina SAMPDORIA - UDINESE SASSUOLO - PARMA GENDA - UDINESE HELAS VERONA - SPEZIA
9 ^a Giornata 29 nov 2020 21 mar 2021	10 ^a Giornata 29 nov 2020 14 mar 2021	11 ^a Giornata 23 dic 2020 25 apr 2021	12 ^a Giornata 23 dic 2020 25 apr 2021
ATALANTA - HELAS VERONA BENEVENTO - JUVENTUS BOLOGNA - CROTONE CAGLIARI - SPEZIA GENOA - PARMA LAZIO - UDINESE MILAN - FIorentina NAPOLI - ROMA SASSUOLO - INTER TORINO - SAMPDORIA	ATALANTA - HELAS VERO BENEVENTO - JUVENTUS BOLOGNA - CROTONE CAGLIARI - SPEZIA GENOA - PARMA LAZIO - UDINESE MILAN - FIorentina NAPOLI - ROMA SASSUOLO - INTER TORINO - SAMPDORIA	BOLOGNA - ATALANTA CROTONE - PARMA JUVENTUS - FIorentina MILAN - LAZIO NAPOLI - TORINO ROMA - CAGLIARI SAMPDORIA - SASSUOLO SPEZIA - GENOA UDINESE - BENEVENTO HELLAS VERONA - INTER	BOLOGNA - ATALANTA CROTONE - PARMA JUVENTUS - FIorentina MILAN - LAZIO NAPOLI - TORINO ROMA - CAGLIARI SAMPDORIA - SASSUOLO SPEZIA - GENOA UDINESE - BENEVENTO HELLAS VERONA - INTER

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)

[MENU >](#)

Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19

Duration of Isolation & Precautions for Adults

Updated Sept. 10, 2020

[Print](#)

Note:

At this time, we have limited information about reinfections with the virus that causes COVID-19. This is a new virus, and CDC is actively working to learn more. We will provide updates as they become available. Data to date show that a person who has had and recovered from COVID-19 may have low levels of virus in their bodies for up to 3 months after diagnosis. This means that if the person who has recovered from COVID-19 is retested within 3 months of initial infection, they may continue to have a positive test result, even though they are not spreading COVID-19.

There are no confirmed reports to date of a person being reinfected with COVID-19 within 3 months of initial infection. However, additional research is ongoing. Therefore, if a person who has recovered from COVID-19 has new symptoms of COVID-19, the person may need an evaluation for reinfection, especially if the person has had close contact with someone infected with COVID-19. The person should isolate and contact a healthcare provider to be evaluated for other causes of their symptoms, and possibly retested.

CDC recommends that all people, whether or not they have had COVID-19, take steps to prevent getting and spreading COVID-19. Wash hands regularly, stay at least 6 feet away from others whenever possible, and wear masks.

For more information:

- [Media statement](#)
- [Information for Healthcare Professionals](#)

Accumulating evidence supports ending isolation and precautions for persons with COVID-19 using a symptom-based strategy. This update incorporates recent evidence to inform the duration of isolation and precautions recommended to prevent transmission of SARS-CoV-2 to others, while limiting unnecessary prolonged isolation and unnecessary use of laboratory testing resources.

Key findings are summarized here.

1. Concentrations of SARS-CoV-2 RNA measured in upper respiratory specimens decline after onset of symptoms (CDC, unpublished data, 2020; Midgley et al., 2020; Young et al., 2020; Zou et al., 2020; Wölfel et al., 2020; van Kampen et al., 2020).
2. The likelihood of recovering replication-competent virus also declines after onset of symptoms. For patients with mild to moderate COVID-19, replication-competent virus has not been recovered after 10 days following symptom onset (CDC, unpublished data, 2020; Wölfel et al., 2020; Arons et al., 2020; Bullard et al., 2020; Lu et al., 2020; personal communication with Young et al., 2020; Korea CDC, 2020). Recovery of replication-competent virus between 10 and 20 days after symptom onset has been documented in some persons with severe COVID-19 that, in some cases, was complicated by immunocompromised state (van Kampen et al., 2020). However, in this series of patients, it was estimated that 88% and 95% of their specimens no longer yielded replication-competent virus after 10 and 15 days, respectively, following symptom onset.

3. A large contact tracing study demonstrated that high risk household and hospital contacts did not develop infection if their exposure to a case patient started 6 days or more after the case patient's illness onset (Cheng et al., 2020).
4. Although replication-competent virus was not isolated 3 weeks after symptom onset, recovered patients can continue to have SARS-CoV-2 RNA detected in their upper respiratory specimens for up to 12 weeks (Korea CDC, 2020; Li et al., 2020; Xiao et al, 2020). Investigation of 285 "persistently positive" persons, which included 126 persons who had developed recurrent symptoms, found no secondary infections among 790 contacts attributable to contact with these case patients. Efforts to isolate replication-competent virus from 108 of these case patients were unsuccessful (Korea CDC, 2020).
5. Specimens from patients who recovered from an initial COVID-19 illness and subsequently developed new symptoms and retested positive by RT-PCR did not have replication-competent virus detected (Korea CDC, 2020; Lu et al., 2020). The risk of reinfection may be lower in the first 3 months after initial infection, based on limited evidence from another betacoronavirus (HCoV-OC43), the genus to which SARS-CoV-2 belongs (Kiyuka et al, 2018).
6. Currently, 6 months after the emergence of SARS-CoV-2, there have been no confirmed cases of SARS-CoV-2 reinfection. However, the number of areas where sustained infection pressure has been maintained, and therefore reinfections would be most likely observed, remains limited.
7. Serologic or other correlates of immunity have not yet been established.

The current evidence includes the following caveats:

- In a recent study of skilled nursing facility workers followed prospectively for asymptomatic infection, one of 48 infected staff had a nasopharyngeal swab which was weakly positive on a single-passage plaque assay more than 20 days after initial diagnosis; however, the specimen was not subjected to serial passage to demonstrate the presence of replication-competent virus (Quicke et al., 2020).
- In one case report, a person with mild illness provided specimens that yielded replication-competent virus for up to 18 days after symptom onset (Liu et al., 2020).
- Data currently available are derived from adults; equivalent data from children and infants are not presently available.
- More data are needed concerning viral shedding in some situations, including in immunocompromised persons.

Assessment

Available data indicate that persons with mild to moderate COVID-19 remain infectious no longer than 10 days after symptom onset. Persons with more severe to critical illness or severe immunocompromise likely remain infectious no longer than 20 days after symptom onset. Recovered persons can continue to shed detectable SARS-CoV-2 RNA in upper respiratory specimens for up to 3 months after illness onset, albeit at concentrations considerably lower than during illness, in ranges where replication-competent virus has not been reliably recovered and infectiousness is unlikely. The etiology of this persistently detectable SARS-CoV-2 RNA has yet to be determined. Studies have not found evidence that clinically recovered persons with persistence of viral RNA have transmitted SARS-CoV-2 to others. These findings strengthen the justification for relying on a symptom based, rather than test-based strategy for ending isolation of these patients, so that persons who are by current evidence no longer infectious are not kept unnecessarily isolated and excluded from work or other responsibilities.

Reinfection with SARS-CoV-2 has not yet been definitively confirmed in any recovered persons to date. If, and if so when, persons can be reinfected with SARS-CoV-2 remains unknown and is a subject of investigation. Persons infected with related endemic human betacoronavirus appear to become susceptible again at around 90 days after onset of infection. Thus, for persons recovered from SARS-CoV-2 infection, a positive PCR during the 90 days after illness onset more likely represents persistent shedding of viral RNA than reinfection.

- If such a person remains *asymptomatic* during this 90-day period, then any re-testing is unlikely to yield useful information, even if the person had close contact with an infected person.
- If such a person becomes *symptomatic* during this 90-day period and an evaluation fails to identify a diagnosis other than SARS-CoV-2 infection (e.g., influenza), then the person may warrant evaluation for SARS-CoV-2 reinfection in consultation with an infectious disease or infection control expert. Isolation may be warranted during this evaluation, particularly if symptoms developed after close contact with an infected person.

Correlates of immunity to SARS-CoV-2 infection have not been established. Specifically, the utility of serologic testing to establish the absence or presence of infection or reinfection remains undefined.

The recommendations below are based on the best information available in mid-July 2020 and reflect the realities of an evolving pandemic. Even for pathogens for which many years of data are available, it may not be possible to establish recommendations that ensure 100% of persons who are shedding replication-competent virus remain isolated. CDC will continue to closely monitor the evolving science for information that would warrant reconsideration of these recommendations.

Recommendations

1. Duration of isolation and precautions

- For most persons with COVID-19 illness, isolation and precautions can generally be discontinued 10 days *after symptom onset*¹ and resolution of fever for at least 24 hours, without the use of fever-reducing medications, and with improvement of other symptoms.
 - A limited number of persons with severe illness may produce replication-competent virus beyond 10 days that may warrant extending duration of isolation and precautions for up to 20 days after symptom onset; consider consultation with infection control experts.
- For persons who never develop symptoms, isolation and other precautions can be discontinued 10 days *after the date of their first positive RT-PCR test for SARS-CoV-2 RNA*.

2. Role of PCR testing² to discontinue isolation or precautions

- For persons who are severely immunocompromised, a test-based strategy could be considered in consultation with infectious diseases experts.
- For all others, a test-based strategy is no longer recommended except to discontinue isolation or precautions earlier than would occur under the strategy outlined in Part 1, above.

3. Role of PCR testing² after discontinuation of isolation or precautions

- For persons previously diagnosed with symptomatic COVID-19 who remain asymptomatic after recovery, retesting is not recommended within 3 months after the date of symptom onset for the initial COVID-19 infection.
- For persons who develop new symptoms consistent with COVID-19 during the 3 months after the date of initial symptom onset, if an alternative etiology cannot be identified by a provider, then the person may warrant retesting; consultation with infectious disease or infection control experts is recommended. Isolation may be considered during this evaluation based on consultation with an infection control expert, especially in the event symptoms develop within 14 days after close contact with an infected person.
- For persons who never developed symptoms, the date of first positive RT-PCR test for SARS-CoV-2 RNA should be used in place of the date of symptom onset.

4. Role of serologic testing

- Serologic testing should not be used to establish the presence or absence of SARS-CoV-2 infection or reinfection.

[1] *Symptom onset* is defined as the date on which symptoms first began, including non-respiratory symptoms.

[2] *PCR testing* is defined as the use of an RT-PCR assay to detect the presence of SARS-CoV-2 RNA..

References

- Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090. doi:10.1056/NEJMoa2008457.
- Bullard J, Durst K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L et al. Predicting Infectious SARS-CoV-2 From Diagnostic Samples. *Clin Infect Dis* 2020 May 22. doi: 10.1093/cid/ciaa638.
- Cheng HW, Jian SW, Liu DP, Ng TC, Huang WT, Lin HH, et al. Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset. *JAMA Intern Med* 2020 May 1; doi:10.1001/jamainternmed.2020.2020.
- Kiyuka PK, Agoti CN, Munywoki PK, Njeru R, Bett A, Otieno JR, et al. Human Coronavirus NL63 Molecular Epidemiology and Evolutionary Patterns in Rural Coastal Kenya. *J Infect Dis* 2018 May 5;217(11):1728-1739. doi: 10.1093/infdis/jiy098.
- Korea Centers for Disease Control and Prevention. Findings from Investigation and Analysis of re-positive cases. May 19, 2020. Available at: https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a3040200000&bid=0030&act=view&list_no=367267&nPage=1
- Li N, Wang X, Lv T. Prolonged SARS-CoV-2 RNA Shedding: Not a Rare Phenomenon. *J Med Virol* 2020 Apr 29. doi: 10.1002/jmv.25952.

- Liu WD, Chang SY, Wang JT, Tsai MJ, Huang CC, Hsu CC, et al. Prolonged Virus Shedding Even After Seroconversion in a Patient With COVID-19. *J Infect* 2020 Apr 10;S0163-4453(20)30190-0. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.063
- Lu J, Peng J, Xiong Q, Liu Z, Lin H, Tan X, et al. Clinical, immunological and virological characterization of COVID-19 patients that test re-positive for SARS-CoV-2 by RT-PCR. (Preprint) Medrxiv. 2020. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.15.20131748v1> doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.15.20131748>
- Midgley CM, Kujawski SA, Wong KK, Collins JP, Epstein L, Killerby ME et al. (2020). Clinical and Virologic Characteristics of the First 12 Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the United States. *Nat Med* 2020 Jun;26(6):861-868. doi: 10.1038/s41591-020-0877-5.
- Quicke K, Gallichote E, Sexton N, Young M, Janich A, Gahm G, et al. Longitudinal Surveillance for SARS-CoV-2 RNA Among Asymptomatic Staff in Five Colorado Skilled Nursing Facilities: Epidemiologic, Virologic and Sequence Analysis. (Preprint) Medrxiv. 2020. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125989v1> doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125989>
- van Kampen J, van de Vijver D, Fraaij P, Haagmans B, Lamers M, Okba N, et al. Shedding of infectious virus in hospitalized patients with coronavirus disease-2019 (COVID-19): duration and key determinants. (Preprint) Medrxiv. 2020. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125310v1> doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125310>
- Wölfel R, Corman VM, Guggemos W, Seilmaier M, Zange S, Müller MA, et al. (2020). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. doi:10.1038/s41586-020-2196-x
- Xiao F, Sun J, Xu Y, Li F, Huang X, Li H, et al. Infectious SARS-CoV-2 in Feces of Patient with Severe COVID-19. *Emerg Infect Dis* 2020;26(8):10.3201/eid2608.200681. doi:10.3201/eid2608.200681
- Young BE, Ong SWX, Kalimuddin S, Low JG, Ta, SY, Loh J, et al. Epidemiologic Features and Clinical Course of Patients Infected With SARS-CoV-2 in Singapore. *JAMA* 2020 Mar 3;323(15):1488-1494. doi:10.1001/jama.2020.3204
- Personal communication with Young BE first author of preprint of: Young BE, Ong SW, Ng LF, Anderson DE, Chia WN, Chia PY, et al. Immunological and Viral Correlates of COVID-19 Disease Severity: A Prospective Cohort Study of the First 100 Patients in Singapore. (Preprint) SSRN. 2020. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3576846 http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3576846
- Zou L, Ruan F, Huang M, Liang L, Huang H, Hong Z, et al. (2020). SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. *N Engl J Med*, 382(12), 1177-1179. doi:10.1056/NEJMc200173

Figure 1a: From Wölfel et al., demonstrating declining viral burden in upper respiratory specimens as illness progresses and decreasing capacity to isolate replication-competent virus from these same specimens as the number of patients with detectable IgM and IgG increases.

Figure 1b: From Wölfel et al., demonstrating declining viral burden in upper respiratory specimens as illness progresses and decreasing capacity to isolate replication-competent virus from these same specimens as the number of patients with detectable IgM and IgG increases. This figure shows seroconversion and virus isolation success, dependent on day after the onset of symptoms. Top, fraction of seroconverted patients. Bottom, aggregated results of virus isolation trials.

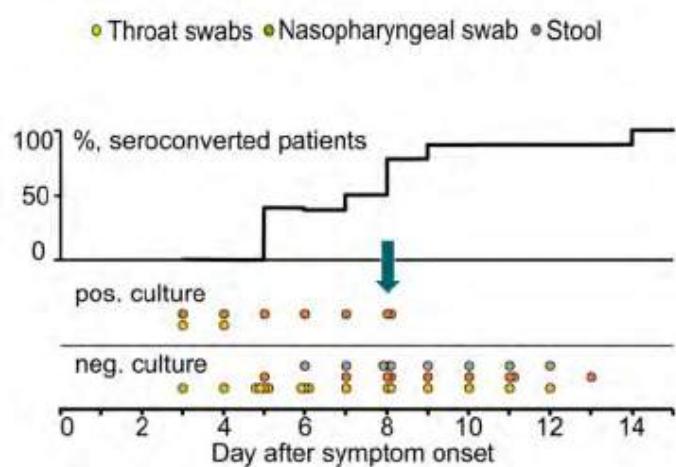
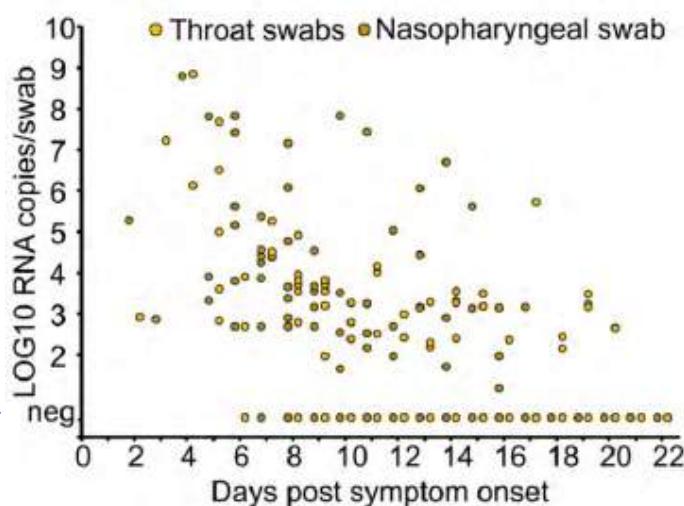


Figure 2: From Midgley *et al.*, demonstrating inability to recover replication-competent virus from specimens collected more than 9 days after illness onset. Kaplan-Meier analysis shows time to inability to recover replication-competent SARS-CoV-2 from 14 U.S. patients. Last probability of successful isolation falls to 50% at day 4 after illness onset and to 80% at day 8. After day 9, probability approaches zero. Unpublished CDC data.

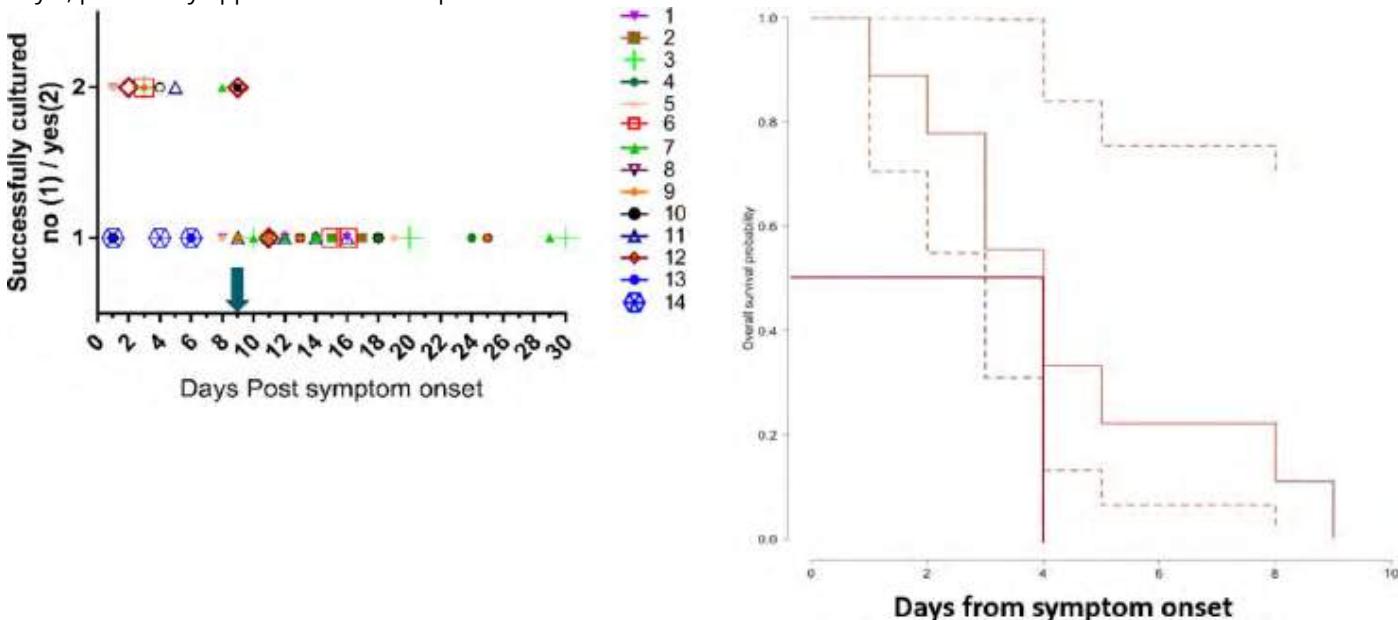


Figure 3: From van Kampen *et al.*, demonstrating declining viral RNA loads (\log_{10} RNA copies/mL) and likelihood of positive viral culture for SARS-CoV-2 in the upper respiratory samples from a sample of severely ill patients, including some post-solid organ or -bone marrow transplant. Black boxes represent samples that yielded replication-competent virus. This figure shows viral RNA loads (\log_{10} RNA copies/mL) in the respiratory samples versus the duration of symptoms (days). Black boxes represent virus culture positive samples and open red circles represent the virus culture negative samples.

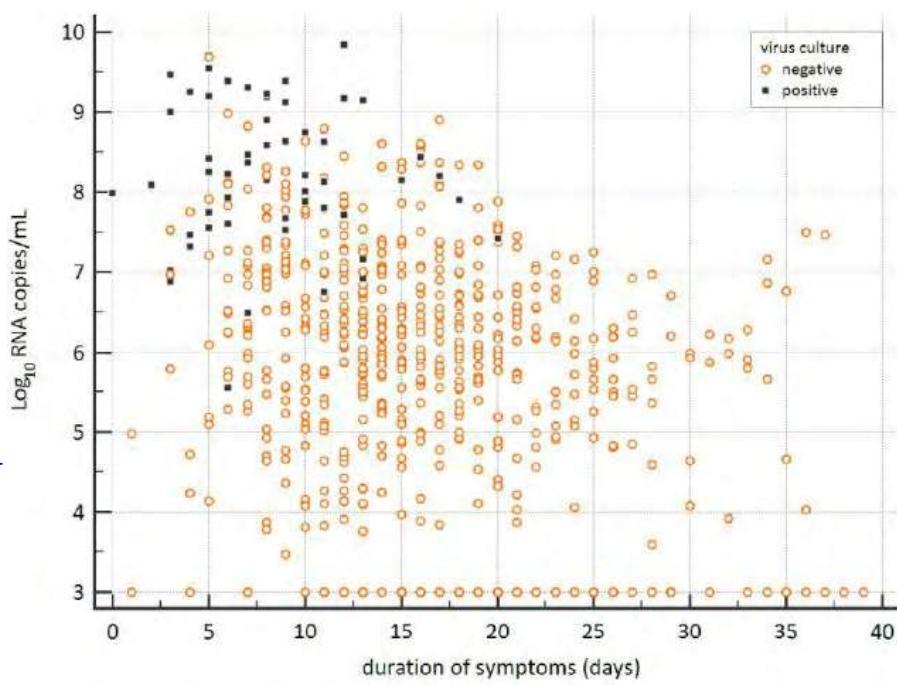


Figure 4a: from van Kampen *et al.*, demonstrating decreasing estimated probability of positive viral culture for SARS-CoV-2 from upper respiratory specimens among severely ill patients with COVID-19 with increasing days since symptom onset (shown above in upper panel) and decreasing viral load as measured by RT-PCR on the same specimens (lower panel). This figure shows probit analyses of the detection of infectious virus in respiratory samples with cell culture for duration of symptoms in days (upper panel). Blue line represent the probit curve and the dotted red lines represent the 95% confidence interval. Circles are marker points. Serum neutralizing antibody titers are expressed as plaque-reduction neutralization titers 50% as described previously.

Figure 4b: from van Kampen et al., demonstrating decreasing estimated probability of positive viral culture for SARS-CoV-2 from upper respiratory specimens among severely ill patients with COVID-19 with increasing days since symptom onset (upper panel) and decreasing viral load as measured by RT-PCR on the same specimens (shown above in lower panel). This figure shows serum neutralizing antibody titer (lower panel). Blue line represent the probit curve and the dotted red lines represent the 95% confidence interval. Circles are marker points. Serum neutralizing antibody titers are expressed as plaque-reduction neutralization titers 50% as described previously.

Figure 2 – upper panel

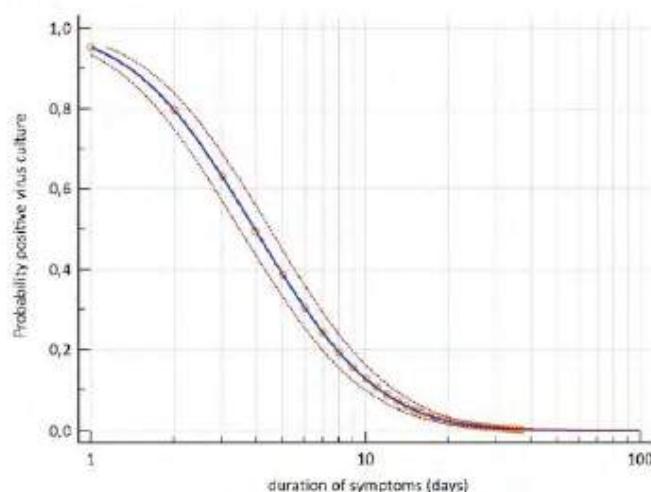


Figure 2 – middle panel

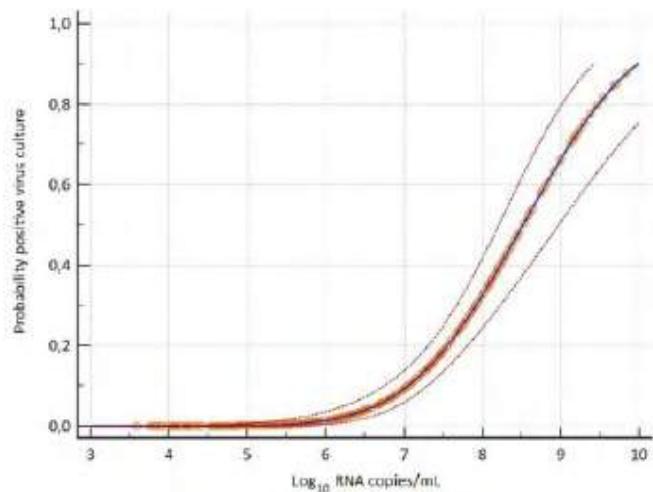


Figure 5. CDC unpublished data showing median Ct values and their 95% confidence intervals among specimens from which replication-competent virus was recovered and not recovered according to the Ct value for the amplification target (N1, N2, or N3) in the CDC RT-PCR assay. RNP = human RNase P, a positive control for the presence of adequate human sample. Red dots indicate specimens with inconclusive RT-PCR amplification according to their corresponding Ct values and culture results.

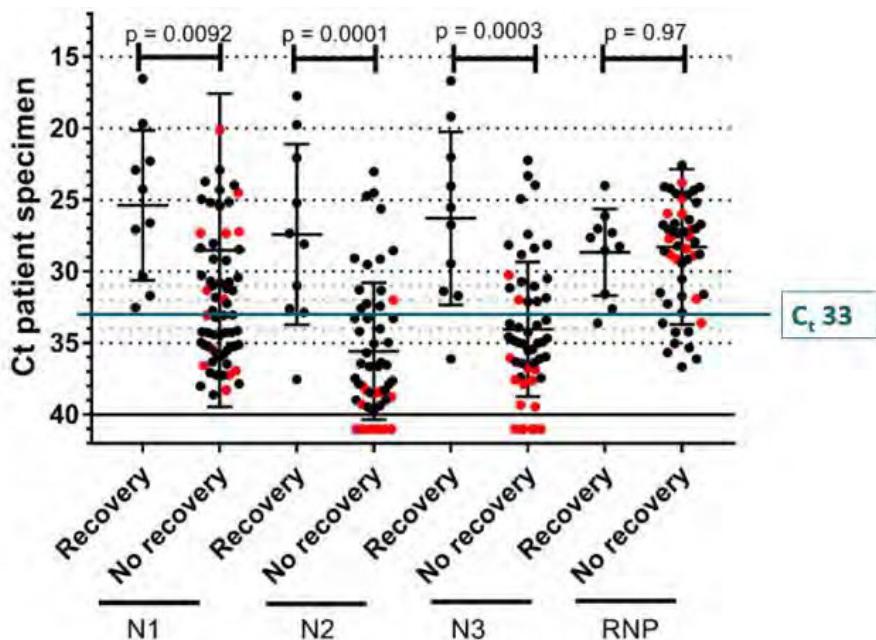
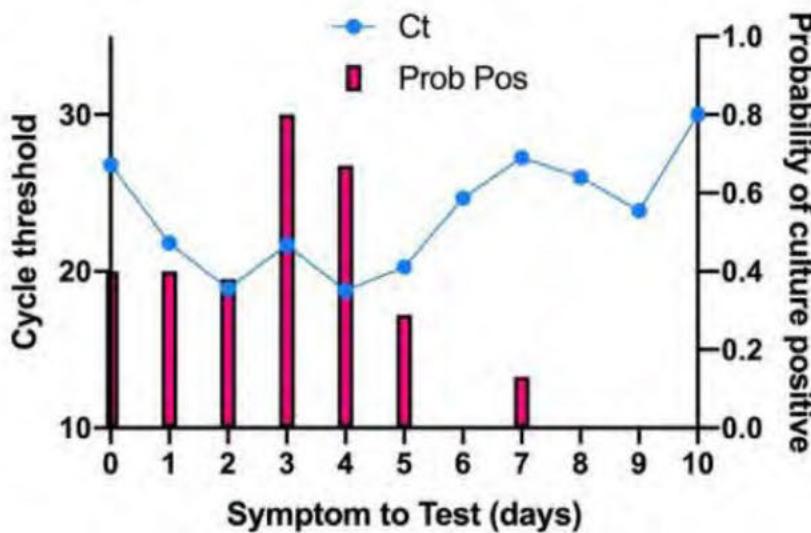


Figure 6. From Bullard *et al.*, comparing symptom onset to test (days) to the probability of successful culture on Vero cells (bar graph) and SARS-CoV-2 E gene RT-PCR cycle threshold (Ct) value (line graph). This figure shows a comparison of symptom onset to test (days) to the probability of successful cultivation on Vero cells and SARS-CoV-2 E gene RT-PCR Cycle threshold (Ct) value. Ct values are represented by the line graph with circles. Probability of SARS-CoV-2 culture is shown by the bar graph.



Last Updated Sept. 10, 2020



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA Ufficio 3 – Coordinamento USMAF - SASN

Linee guida per Protocollo di Sicurezza per ingresso in Italia per Cittadini Italiani inviati all'estero in missioni di Soccorso Internazionale o in Attività di Cooperazione allo Sviluppo.

Il presente documento rappresenta il protocollo cui devono attenersi i Cittadini Italiani inviati all'estero in missioni di Soccorso Internazionale o in Attività di Cooperazione allo Sviluppo perché sia garantita loro l'esenzione all'obbligo di isolamento sanitario al loro rientro presso il loro domicilio/residenza in Italia.

Tale protocollo dovrà essere inoltrato anche alle autorità regionali competenti nel cui territorio si faccia ingresso in quanto potrebbero essere vigenti ordinanze regionali specifiche.

Introduzione

Il presente protocollo serve a garantire, per quanto possibile, che i soggetti siano in salute durante il viaggio dal paese da cui partono al territorio nazionale italiano.

La Associazione ..., così come comunicato per le vie brevi, conferma che i soggetti rientrano in Italia dopo aver svolto il ruolo di Presso il paese ... dal giorno ... al In qualità di....

I documenti inviati dall'Associazione... sono stati visionati da questo Ufficio, per tanto si concede la deroga ai soggetti come da accordi per vie brevi.

Il seguente documento è diviso in base alle tappe del viaggio.

Procedura da seguire prima della partenza per l'Italia.

Dato il carattere particolarmente diffusivo della pandemia determinata dal virus SARS-CoV-2 e l'attuale rilievo di numerosi casi positivi riscontrati tra soggetti provenienti da paesi esteri che hanno innescato numerosi focolai nel nostro paese, si rende necessario rafforzare i controlli tesi a diminuire il rischio di reimportazione dell'infezione.

Considerando che il periodo di incubazione, ovvero il lasso di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici si stima che vari fra 2 e 11 giorni, fino ad un massimo di 14 giorni, affinché si disponga della deroga per l'entrata in Italia, i soggetti dovranno sottoporsi alle seguenti misure a partire da 14 giorni prima dell'ingresso in Italia:

- i soggetti cercheranno nel limite del possibile di attuare tutte le precauzioni individuali che possano garantire loro la minima possibilità di contagio (distanza di sicurezza di almeno un metro, galateo respiratorio, uso corretto dei DPI previsti);

- 72 ore ¹prima della partenza per l'Italia, dovranno sottoporsi al tampone rino-faringeo per la determinazione del virus SARS-COV 2 con test RT-PCR o antigenico, con risultato negativo;
- il trasferimento verso l'aeroporto dovrà avvenire esclusivamente con mezzo privato riservato ai soggetti, rispettando le misure di distanziamento sociale e l'uso dei DPI previsti per tutto il percorso;
- a partire da 96 ore prima della partenza dovrà essere misurata la temperatura corporea due volte al giorno (la mattina e la sera). In caso di una temperatura >37,5 °C questa alterazione dovrà essere comunicata all'autorità sanitaria competente deputata ad attestare lo stato di salute dello staff e del soggetto in base alle informazioni epidemiologiche, anamnestiche e alla visita clinica specificando esplicitamente:
 - l'assenza di segni e sintomi clinici ascrivibili all'infezione da SARS-COV 2 (febbre, tosse, stato di debolezza/affaticamento, mal di testa, dolori muscolari, mal di gola, rinite acuta, dispnea, anoressia/nausea/vomito, diarrea, stato mentale alterato, anosmia, ageusia) al momento della certificazione e nelle 96 ore precedenti.
 - l'assenza di collegamento epidemiologico con un cluster di casi al cui interno vi sia almeno un caso confermato;

La certificazione dell'assenza dei sintomi cui sopra sarà scritta nell'autodichiarazione, nel caso in cui le informazioni fossero mendaci, si procederà alle pene conseguenti

La presenza di una temperatura > a 37,5 °C al giorno della partenza è criterio di esclusione dalla deroga, impedendo di fatto la partenza per l'Italia.

Nota Tamponi.

1. L'esecuzione del tampone rino-faringeo e del test diagnostico è a carico del richiedente;
2. Il risultato delle analisi di laboratorio tramite RT-PCR deve provenire da un laboratorio/ospedale/struttura sanitaria autorizzato dalle autorità sanitarie competenti del paese di partenza e preventivamente comunicato all'Italia per permettere eventuali accertamenti; la mancanza di questa condizione renderà il risultato del tampone non valido impedendo l'accesso in Italia;
3. I tamponi devono essere effettuati entro e non oltre secondo la cadenza indicata precedentemente (72 ore) *
4. la certificazione dell'esito delle analisi dovrà essere prodotta in originale, con firma e timbro del referente della struttura di cui al comma 2, specificando che sono state utilizzati protocolli specifici di RT-PCR per SARS-CoV-2 indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
5. Nell'evenienza di un tampone positivo, al soggetto/membro dello staff positivo sarà preclusa la partenza per l'Italia.

• ¹ ECDC COVID-19-cruise-guidance-27-07-2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-cruise-guidance-27-07-2020.pdf>)

Misure da seguire all'imbarco, sul mezzo e allo sbarco.

I soggetti, in base all'art. 5 comma 1 del DPCM 7 agosto 2020 dovranno obbligatoriamente consegnare al vettore all'atto dell'imbarco sul mezzo con cui intende arrivare in Italia una dichiarazione resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 28 Dicembre 2000 n. 445.

Inoltre:

- In caso la Temperatura Corporea dei soggetti fosse superiore a 37,5°C alla misurazione effettuata dal vettore al momento dell'imbarco, sarà precluso l'ingresso in Italia;
- Dovranno rispettare le norme di distanziamento sociale e di igiene, nonché l'utilizzo dei DPI, sia in aeroporto che in aereo;
- Dovranno occupare una zona che sia esclusiva per i soggetti al fine di evitare il più possibile il contatto con gli altri passeggeri (è possibile mettersi d'accordo con i gestori aeroportuali a tal proposito);
- L'imbarco sul mezzo dovrà avvenire seguendo una corsia preferenziale al fine di prevenire il più possibile il contatto con altri passeggeri;
- Durante il viaggio è obbligatorio l'uso della mascherina che vada a coprire naso e bocca interamente;
- Durante il viaggio dovranno essere limitati il più possibile gli spostamenti all'interno del mezzo; nel caso sia necessario l'uso dei servizi igienici ricordarsi di igienizzare le mani con soluzione idroalcolica al 70% dopo l'utilizzo di questi, evitando di toccarsi naso e bocca con le mani non igienizzate..
- Lo sbarco dovrà avvenire seguendo una corsia preferenziale o comunque in maniera tale da prevenire il più possibile il contatto con gli altri passeggeri (ad esempio attendendo l'ingresso nel mezzo degli altri passeggeri o garantendosi l'imbarco prioritario);
- All'arrivo in aeroporto è prevista la misurazione della temperatura, nel caso fosse $> 37,5^{\circ}\text{C}$, così come da disposizione del DPCM 7 agosto 2020 i soggetti dovranno allertare immediatamente l'autorità competente locale e recarsi tramite mezzo privato nel luogo scelto in cui dovranno effettuare il periodo di sorveglianza sanitaria e di isolamento fiduciario di 14 giorni ai sensi dell'art. 5 comma 1 lettera c).
- In caso di temperatura $<37,5^{\circ}\text{C}$ i soggetti si dirigeranno usando un mezzo privato nel luogo stabilito di soggiorno nel minor tempo possibile.

Soggiorno in Italia

In base a quanto previsto dall'art 5 comma 2 del DPCM 7 agosto 2020, i soggetti dovranno obbligatoriamente e immediatamente comunicare il proprio ingresso in Italia al Dipartimento prevenzione dell'autorità sanitaria competente per territorio, che disporrà eventuali ulteriori accertamenti clinici/di laboratorio ritenuti necessari e le misure di sanità pubblica appropriate.

I soggetti dovranno rimanere raggiungibili per ogni attività di sorveglianza e, in caso di comparsa di sintomi, dovranno avvertire immediatamente il Dipartimento di prevenzione territorialmente

competente per il tramite dei numeri telefonici appositamente dedicati, e sottoporsi, nelle more delle conseguenti determinazioni dell'autorità sanitaria, ad isolamento.

Bibliografia.

- “Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro” 24/04/2020;
- “Rapporto ISS COVID 19 n°20_2020” per la gestione degli ambienti indoor (https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+20_2020.pdf/2877483a-49cf-9e41a173-03e9ab18f00e?t=1589185558757);
- WHO “Laboratory testing for 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in suspected human cases” Interim guidance 19 Marzo 2020;
- WHO: “Public health surveillance for COVID-19: interim guidance” 7 Agosto 2020
- ECDC COVID-19-cruise-guidance-27-07-2020 (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-cruise-guidance-27-07-2020.pdf>)
- DPCM 7 Agosto 2020

Ferrari



Ministero della Salute
Viale Giorgio Ribotta 5
00144
Roma
c.a. Preg.mo Dott. Andrea
Urbani
Direttore Generale della
Programmazione

c.a. Preg.mo Dott. Giovanni
Rezza
Direttore Generale della
Prevenzione

Maranello, 17 settembre 2020

Oggetto: richiesta di autorizzazione al rientro sul territorio nazionale ai sensi dell'art.6, comma 6 DPCM 7 agosto 2020.

Con la presente la Scrivente formula rispettosa richiesta di ottenere da Codesto Ministero autorizzazione per il proprio personale (ai sensi del DPCM 7 agosto 2020 art.6, comma 6) al re-ingresso sul territorio italiano, per ragioni non differibili ed in regime di parziale esenzione dall'obbligo di isolamento fiduciario, da paesi classificati dal decreto suddetto in "Elenco E ed F" dell'Allegato 20 ("Spostamenti da e per l'estero"), sulla base di quanto di seguito illustrato.

Le ragioni indifferibili consistono nella partecipazione della Scrivente, con il proprio team "Scuderia Ferrari" (i) alla competizione sportiva internazionale denominata "Campionato Mondiale FIA di Formula Uno" ("Formula One FIA World Championship") nonché (ii) alle attività propedeutiche e successive che si svolgono in loco presso i circuiti nei giorni antecedenti e seguenti le date di svolgimento degli eventi sportivi.

Il calendario eventi del Campionato è determinato dalla "Federazione Internazionale dell'Automobile" ("FIA"), autorità sportiva competente, e prevede, allo stato, i seguenti eventi sportivi organizzati presso promoter stabiliti in paesi rientranti nell'elenco E e nell'elenco F (gli "Eventi"):

- (1) "Formula 1 VTB Russian Grand Prix 2020", previsto per il 25 - 27 settembre 2020 presso il circuito di Sochi (Russia);

Ferrari S.p.A.
Direzione e stabilimento
Via Abetone Est n. 4
41053 Maranello (MO), Italia
Tel. +39 0596 949 111
www.ferrari.com

Sede legale:
Via Emilia Est n. 1163
P.O. Box n. 589
41122 Modena, Italia
Capitale sociale
€ 20.260.000 i.v.

Ileg. Imprese di Modena,
P. IVA e Codice Fiscale
n. 00159560366
R.E.A. di Modena n. 88483

Società a socio unico
Direzione e coordinamento
Ferrari N.V.



- (2) "Formula 1 DHL Turkish Grand Prix 2020" previsto per il 13-15 novembre presso il circuito di Istanbul (Turchia);
- (3) "Formula 1 Gulf Air Bahrain Grand Prix 2020" previsto per il 26-29 novembre presso il circuito del Bahrain (Emirati Arabi Uniti);
- (4) "Formula 1 Rolex Sakhir Grand Prix 2020" previsto per il 4-6 dicembre presso il circuito del Bahrain – outer track (Emirati Arabi Uniti);
- (5) "Formula 1 Etihad Airways Abu Dhabi Grand Prix 2020" previsto per il 10-13 dicembre presso il circuito di Yas Marina (Abu Dhabi).

In relazione agli Eventi sopra elencati, la Scrivente partecipa con il personale strettamente necessario alla gestione delle attività sportive e tecniche del team "Scuderia Ferrari" con un numero di persone che si attesta tra le 80 e le 110 per singolo evento (il "Personale").

Le disposizioni normative richiamate impongono al rientro nel Paese l'obbligo di isolamento fiduciario; per ottenere deroga a tale obbligo, tuttavia, non è organizzativamente possibile per la Scrivente avvalersi dell'ipotesi disciplinata all'art. 6, comma 6, lett. d-bis.

Pertanto, ove non fosse possibile ottenere deroga ad hoc, il team "Scuderia Ferrari" si troverebbe nella situazione - stante il calendario ufficiale - di non poter partecipare a tutti gli Eventi sportivi per l'impossibilità del Personale.

A tal riguardo, la Scrivente intende sottoporre alla valutazione di codesto Ministero, con lo scopo di ottenere specifica autorizzazione in deroga, il protocollo organizzativo e preventivo già adottato dal Team in vista dell'avvio del Campionato, che si applica a ciascun team ed agli *stakeholder* definiti dall'autorità sportiva (FIA).

L'autorità sportiva ha infatti imposto un rigido protocollo organizzativo sin dall'avvio delle prime competizioni (19 giugno 2020) al fine di evitare il diffondersi di situazioni di contagio da COVID-19 ed ha previsto, tra le altre misure, anche controlli sanitari costanti e periodici (tampone molecolare) per tutta la "popolazione" partecipante agli eventi (atleti e staff) per l'intero periodo di svolgimento del Campionato.

Tale protocollo (il "Codice" - Allegato S al Regolamento Sportivo "Codice di Condotta FIA - Covid-19" - qui allegato sub Allegato1), è già pienamente operativo per il personale del team "Scuderia Ferrari" ed è costantemente aggiornato da FIA in base all'evoluzione delle misure preventive raccomandate dal WHO ed integrato in base alle prescrizioni normative vigenti localmente. E' altresì garantito per il team un presidio dedicato di assistenza medica in loco ad ogni Evento che effettua il monitoraggio continuo dello stato di salute del personale.



Le principali misure adottate in base al protocollo citato ed alle ulteriori regole che la Scrivente si è data ("Sintesi Comportamenti Trasferite F1") sono descritte con maggiore dettaglio nell'Allegato 2 qui accluso.

Tra queste Vi segnaliamo che:

- (i) tutto il personale di "Profilo 1" ritenuto esposto a maggiore rischio di trasmissione del virus deve essere sottoposto a test molecolare preventivo entro le 96/120 ore dell'accesso al circuito; tale misura (test molecolare) deve essere ripetuta durante lo svolgimento di un evento entro 5 giorni dall'effettuazione del precedente test; in difetto è interdetto l'accesso al circuito.
Ciò si applica e si applicherà per l'intera durata degli Eventi e per l'intero periodo di svolgimento del Campionato.
Il Personale di "Scuderia Ferrari", indipendentemente dalla classificazione "Profilo 1"/"Profilo 2" adottata dal Codice, segue le regole appena descritte per i "Profili 1" per espressa scelta cautelativa del Team, pertanto tutto il Personale che partecipa agli Eventi è sottoposto ai test prima della partenza per ciascun Evento entro le 72 ore antecedenti e, successivamente, con la frequenza indicata (entro 5 giorni dal precedente test).
- (ii) Tutto il Personale effettua trasferimenti con mezzi aerei e terrestri (auto, bus) riservati, al fine di limitare qualunque contatto esterno ed alloggia in hotel ai quali è richiesto di adottare misure di prevenzione e di distanziamento del citato Personale da tutti gli altri ospiti presenti nelle strutture alberghiere.
- (iii) A tutto il Personale è richiesto di evitare qualunque contatto con terzi non facenti parte del Team durante gli spostamenti e nel corso dello svolgimento degli Eventi, nonché raccomandato in genere di limitare i contatti con terzi ed attenersi alle regole di prevenzione comunemente adottate.

Al fine di poter consentire la partecipazione a tutti gli Eventi sopracitati, in aggiunta alle misure già adottate, e quale ulteriore misura precauzionale, sarebbe intenzione della Scrivente sottoporre a test molecolare il Personale immediatamente dopo il re-ingresso nel Paese, ed al massimo entro le 48 ore dal rientro, qualora l'ultimo test molecolare effettuato in corso di Evento fosse stato effettuato oltre le 72 ore precedenti e/o il risultato dello stesso non fosse disponibile all'interessato prima della partenza.

Il Personale rientrato dai paesi in elenco E ed F di cui all'Allegato 20 in attesa degli esiti del test dovrà in ogni caso avviare il periodo di isolamento fiduciario prescritto dalle vigenti norme presso la propria abitazione o domicilio.



In relazione a questo aspetto, la Scrivente rispettosamente chiede che - in caso di esito negativo dei test effettuati (nelle 72 ore precedenti la partenza ovvero al rientro) e previa autorizzazione di Codesto spettabile Ministero - il Personale interessato possa essere autorizzato ad interrompere il periodo di isolamento per consentire la ripresa dell'attività lavorativa e la partecipazione alle successive competizioni.

A questo riguardo, giova menzionare che ogni comunicazione relativa agli esiti dei test è già effettuata direttamente al medico competente ed ai lavoratori interessati, pertanto sarebbe cura del medico competente aziendale comunicare con l'Azienda Sanitaria Locale di Modena , eventualmente preallertata dalla Scrivente rispetto agli elenchi del personale viaggiante, l'interruzione del periodo di isolamento.

Inoltre, segnaliamo che Ferrari S.p.A. ha adottato, oltre alle misure preventive di legge applicate a tutto il personale dipendente della Società, ulteriori misure, anche promuovendo e realizzando un progetto di screening dell'intera popolazione aziendale (nonché dei loro familiari e del personale di fornitori che accedono con regolarità allo stabilimento Ferrari) con finalità preventive, patrocinato dalla Regione Emilia-Romagna e condiviso con l'Azienda Sanitaria Locale, che consente, su base volontaria, l'effettuazione periodica di test sierologici per individuare tempestivamente eventuali situazioni di rischio.

Confidando che quanto sopra, ed in allegato, sia sufficiente ad illustrare le circostanze di indifferibilità ed a consentire al Ministero il rilascio di autorizzazione, restiamo in ogni caso a disposizione per fornire qualunque ulteriore delucidazione si rendesse necessaria o opportuna. A tal fine Vi preghiamo di indirizzare ogni richiesta a Andrea Girotti all'indirizzo email: andrea.girotti@ferrari.com, ovvero al numero di telefono 3346591767.
Con ossequio.

Michele Antoniazzi
Responsabile
Ferrari S.p.A.

Allegato1 - Codice di Condotta FIA Covid-19 (*e traduzione di cortesia*)
Allegato2 - Sintesi Comportamenti Trasferte F1



ALLEGATO 1

Codice di Condotta FIA
(e traduzione di cortesia)



ALLEGATO 2

Sintesi Comportamenti Trasferte F1

* **Prima dell'espatrio**

Contingentamento del personale da inviare in trasferta.

Effettuazione di tampone entro le 72 h antecedenti la partenza.

Rilevazione temperatura corporea all'atto della partenza. In caso la temperatura corporea sia superiore a 37,5°C o in presenza di sintomi riconducibili a COVID-19 la persona non viene fatta partire ed invitata a contattare il medico curante per le opportune valutazioni del caso.

Comunicazione all'ASL di Modena del personale in partenza da parte del medico competente aziendale.

* **Durante il Viaggio (sia in andata che in ritorno)**

Per raggiungere l'aeroporto è già previsto l'utilizzo di mezzi privati o a noleggio con o senza conducente, con obbligo di utilizzo mascherina chirurgica o con filtrazione superiore ma senza valvola.

Per raggiungere la destinazione è già previsto l'utilizzo di voli charter con obbligo di utilizzo mascherina chirurgica o con filtrazione superiore ma senza valvola, limitando allo stretto necessario i movimenti all'interno dell'aeromobile.

* **Trasferimenti**

I trasferimenti sono ridotti a quelli strettamente necessari per l'effettuazione della manifestazione sportiva.

Da e per l'aeroporto, da e per l'hotel, da e per il circuito è previsto l'utilizzo di mezzi a noleggio con o senza conducente, con obbligo di utilizzo mascherina chirurgica o con filtrazione superiore ma senza valvola, con una capienza massima dei veicoli ridotta al 75 %.

* **A destinazione (hotel e presso circuiti)**

Permanenza in hotel in stanza singola, in strutture alle quali è espressamente richiesto di adottare misure di prevenzione e di distanziamento del personale del team da tutti gli altri ospiti presenti nelle strutture alberghiere.

Obbligo dell'utilizzo mascherina chirurgica o con filtrazione superiore, ma senza valvola, in ogni situazione ad esclusione della consumazione di cibi e bevande e durante l'attività fisica di allenamento.

Messa a disposizione del materiale per la sanificazione di superfici e mani.

Ripetizione tampone da laboratorio accreditato secondo la normativa locale con cadenza massima di 5 giorni, rispetto al precedente effettuato in Italia o in circuito.

Creazione di gruppi di lavoro stabili per limitare al massimo contatti strettamente non necessari.

Registrazione dei contatti stretti al di fuori del gruppo di lavoro proprio.

Presenza di team sanitario che segue la squadra in circuito e presso l'hotel.

Rilevazione della temperatura quotidianamente a tutto il personale per l'ingresso al circuito.



In caso la temperatura corporea sia superiore a 37,5°C, la persona viene confinata in hotel in camera singola ed è fatto intervenire il team sanitario per le valutazioni del caso.

In caso si rilevassero sintomi riferibili a COVID-19 vengono attivate le autorità locali.

* Rientro in Italia

Qualora l'ultimo test molecolare effettuato in corso di Evento sia stato effettuato oltre le 72 ore precedenti e/o il risultato dello stesso non sia disponibile all'interessato prima della partenza, effettuazione del tampone entro 48 ore dal rientro in Italia, con isolamento fiduciario fino all'ottenimento del certificato con esito negativo con comunicazione da parte del medico competente aziendale all'ASL di Modena, dell'esito del tampone.

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE



FEDERATION INTERNATIONALE DE L'AUTOMOBILE

APPENDICE AL CODICE SPORTIVO INTERNAZIONALE

CODICE DI CONDOTTA COVID-19

1. Introduzione

- 1.1 Il presente Codice di Condotta COVID-19 (il *Codice COVID-19*) viene emanato dalla FIA, esercitando i poteri di cui agli Articoli 1.1 e 19.2 del Codice Sportivo Internazionale. Esso sarà in vigore dal 19 giugno 2020 e fino a quando non verrà abrogato da parte della FIA. I termini definiti (riportati in *corsivo*) che non vengono definiti qui di seguito, hanno il significato attribuito loro dal Codice Sportivo Internazionale.
- 1.2 Il contesto del presente Codice *COVID-19* è il seguente:
- 1.2.1 L'inizio della stagione automobilistica 2020 è stato rinviauto a causa della pandemia da COVID-19.
- 1.2.2 Ora, che in vari Paesi le autorità nazionali stanno allentando le restrizioni, tra le squadre ed altre parti interessate (anche dette nel seguito "*Stakeholder*") del Campionato mondiale di Formula 1 FIA, del Campionato di Formula 2 FIA e del Campionato di Formula 3 FIA c'è il desiderio di far iniziare i rispettivi *Campionati* il prima possibile, a condizione che i rischi di trasmissione del virus COVID-19 possano essere mitigati in misura accettabile.
- 1.2.3 La FIA ha pertanto consultato le linee guida emanate dalle autorità sanitarie pubbliche, e si è avvalsa del parere indipendente di un esperto esterno, al fine di mettere a punto i protocolli previsti dal presente *Codice di Condotta COVID-19* per mitigare i rischi di trasmissione del virus COVID-19 che possono sorgere durante lo svolgimento di *Eventi* che prevedano una *Competizione* nel Campionato del Mondo FIA di Formula Uno unitamente alle *Competizioni* degli altri *Campionati (Eventi Ufficiali)*.
- 1.3 La FIA monitorerà il presente *Codice di Condotta COVID-19* e potrà modificarlo di tanto in tanto, per garantirne l'efficacia. Salvo diversa indicazione, tali modifiche entreranno in vigore non appena verranno pubblicate sul sito web della FIA.
- 1.4 Il presente *Codice di Condotta COVID-19* si applicherà a tutte le *Competizioni* organizzate nell'ambito di un *Evento Ufficiale*, quindi anche alle *Competizioni* organizzate nell'ambito dell'*Evento Ufficiale* che non fanno parte del Campionato del Mondo di Formula Uno della FIA. La FIA deciderà se il presente *Codice di Condotta COVID-19* debba essere applicato (in tutto o in parte) anche ad altri *Eventi* (cioè ad *Eventi* che prevedono solo *Competizioni* che non

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

fanno parte del Campionato del Mondo di Formula Uno *FIA*) oppure se ad essi si dovranno applicare altre disposizioni, nel momento in cui tali *Eventi* si potranno tenere.

2. Ambito di Applicazione

- 2.1 Il presente *Codice di Condotta COVID-19* si applica a ciascuna delle seguenti parti coinvolte in un *Evento Ufficiale* (ciascuna parte, definita uno **Stakeholder**):
- 2.1.1 La *FIA*.
 - 2.1.2 L'*Autorità Sportiva Nazionale (ASN)* del Paese in cui si svolge l'*Evento Ufficiale* in questione.
 - 2.1.3 L'*Organizzatore dell'Evento Ufficiale* in questione (se diverso dall'*ASN*).
 - 2.1.4 Il *Promotore dell'Evento Ufficiale* in questione.
 - 2.1.5 I rispettivi detentori dei diritti commerciali delle *Competizioni* nell'ambito dell'*Evento Ufficiale* in questione.
 - 2.1.6 Ogni squadra (un **Concorrente**) che partecipa ad una *Competizione* nell'ambito dell'*Evento Ufficiale* in questione.
 - 2.1.7 Le emittenti e gli altri mezzi di comunicazione che si occuperanno delle *Competizioni* nell'ambito dell'*Evento Ufficiale* in questione.
 - 2.1.8 I *contractor* ed i *sub-contractor* (appaltatori e sub-appaltatori) di una o di tutte le parti sopra elencate (ad es. il gestore della sede di svolgimento) incaricato dall'*Organizzatore* e/o dal *Promotore*).
 - 2.1.9 I fornitori di prodotti o servizi a una o a tutte le parti sopra elencate.
- 2.2 Come condizione per accedere agli *Eventi Trattati*, gli *Stakeholder* sono tenuti ad ottemperare al presente *Codice di Condotta COVID-19*, ed a garantire che le persone che, per loro conto, partecipano ad un *Evento Ufficiale* ottemperino al presente *Codice di Condotta COVID-19*. La non ottemperanza può comportare l'esclusione dagli *Eventi Trattati*.
- 2.3 Il presente *Codice di Condotta COVID-19* si applica anche ad ogni persona che, a qualsivoglia titolo, partecipa ad un *Evento Ufficiale* per conto di uno *Stakeholder*, ivi compresi (a titolo esemplificativo e non esaustivo) i funzionari, i dipendenti, i membri del personale, i *contractor*, gli agenti, i rappresentanti, i consulenti e i volontari, e – per quanto concerne i *Concorrenti* – ivi compresi i *Piloti*, il direttore di squadra, il direttore sportivo, il direttore tecnico, il team manager, i tecnici di gara e tutto il resto del personale della squadra (indipendentemente dal fatto che siano o meno già registrati presso la *FIA* e che rientrino o meno nella definizione di *Addetti*) (ciascuno, un **Addetto**)
- 2.4 Come condizione per poter accedere ad un *Evento Ufficiale*, l'*Addetto* deve impegnarsi per iscritto, in una forma che sia soddisfacente per la *FIA*, ad ottemperare al presente *Codice di Condotta COVID-19*. Nessun soggetto è obbligato ad accettare di conformarsi al presente *Codice di Condotta COVID-19*, e nessun soggetto verrà sanzionato dalla *FIA* per non averlo fatto; ma a chiunque non abbia accettato di conformarsi al presente *Codice di Condotta COVID-19* verrà negato l'accesso e non potrà partecipare ad alcun *Evento Ufficiale*.

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

- 2.5 Gli *Addetti* che devono accedere alle aree di lavoro ad alta densità di popolazione in un *Autodromo* (ad es. i paddock, la palazzina della direzione di gara, la corsia box) (**Aree ad Alta Densità**) sono definiti nel presente *Codice di Condotta COVID-19 Addetti di Profilo 1*. Tutti i protocolli riportati di seguito che si riferiscono ad *Addetti* o ad *Addetti di Profilo 1* si applicheranno integralmente agli *Addetti di Profilo 1*.
- 2.6 Gli *Addetti* che necessitano di entrare soltanto nelle aree di lavoro all'aperto a bassa densità di popolazione di un *Autodromo* (**Aree a Bassa Densità**) sono definiti nel presente *Codice di Condotta COVID-19 Addetti di Profilo 2*. I protocolli di seguito riportati che menzionano solo gli *Addetti di Profilo 1* non si applicheranno agli *Addetti di Profilo 2*, mentre si applicano a loro tutti i protocolli che si riferiscono agli *Addetti*. Gli *Addetti di Profilo 2* non saranno autorizzati ad entrare nelle Aree ad Alta Densità ; e l'*Autodromo* verrà predisposto in modo da evitare contatti fra *Addetti di Profilo 1* ed *Addetti di Profilo 2*.
- Nota orientativa: Non rientrano in queste categorie, e quindi sono al di fuori dell'ambito d'applicazione del presente *Codice di Condotta COVID-19*, (1) gli spettatori (i quali sono sotto la responsabilità dell'*Organizzatore dell'Evento Ufficiale* in questione); e (2) i corrieri che entrano in un'*Area a Bassa Densità* solo per un breve periodo, per consegnare o ritirare oggetti in un'apposita zona.
- 2.7 Fermo restando quanto previsto dall'art. 2.8, il soggetto che abbia accettato di conformarsi al presente *Codice di Condotta COVID-19* ma che successivamente ritiri il proprio consenso a venir testato, o non ottemperi agli altri requisiti del *Codice di Condotta COVID-19*, sarà escluso dagli *Eventi Trattati*, oppure, (a discrezione del *Delegato COVID-19*) sarà escluso dalle *Aree ad Alta Densità* ma potrà rimanere nelle *Aree a Bassa Densità* nel corso degli *Eventi Trattati*.
- 2.8 Ferma restando qualsiasi altra disposizione del presente *Codice di Condotta COVID-19*, l'ottemperanza alle disposizioni contenute nel presente *Codice di Condotta COVID-19* relativamente all'*App CTS* (come di seguito definita) è del tutto volontaria. A nessun *Addetto* sarà negato l'accesso né sarà espulso da alcun *Evento Ufficiale*, né patirà altra conseguenza, se dovesse optare di non seguire le disposizioni relative all'*App CTS*.
- 2.9 Interazione tra il *Codice di Condotta COVID-19* e gli altri obblighi:
- 2.9.1 Nulla nel presente *Codice di Condotta COVID-19* è volto a limitare l'applicazione di:
- 2.9.1.1 norme e regolamenti che disciplinano gli *Eventi Trattati*, ivi comprese (a titolo esemplificativo e non esaustivo) gli Statuti della *FIA* il Codice Sportivo Internazionale e le sue Appendici, nonché i regolamenti sportivi, tecnici e qualsiasi altro regolamento specifico o altrimenti applicabile alla *Competizione* in questione (le **Regole applicabili**); oppure
- 2.9.1.2 leggi e regolamenti transnazionali, nazionali e locali che si applicano agli *Eventi Trattati*, ivi comprese le leggi e i regolamenti relativi al COVID-19 (le **Leggi applicabili**).
- 2.9.2 Le **Regole applicabili** e le **Leggi applicabili** prevalgono sul presente *Codice di Condotta COVID-19*. In particolare, tutta la disciplina e le misure di sicurezza relative a corsia box e piste/tracciati, ed a tutte le altre disposizioni in materia di sicurezza,

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

previsti dalle *Regole applicabili* o dalle *Leggi applicabili* (collettivamente, i **Requisiti di sicurezza**) prevalgono sulle disposizioni del presente *Codice di Condotta COVID-19*.

- 2.9.3 Nel conformarsi al presente *Codice di Condotta COVID-19* gli *Stakeholder* e gli *Addetti* possono cambiare il modo in cui attuano i *Requisiti di sicurezza* soltanto se sono in grado di fare ciò senza pregiudicare l'efficacia di tali *Requisiti di sicurezza*. Di conseguenza, il mancato rispetto di una disposizione del *Codice di Condotta COVID-19* in quanto in contrasto con un *Requisito di sicurezza* non sarà Ufficiale come una non conformità al presente *Codice di Condotta COVID-19*. In caso di dubbio, lo *Stakeholder* dovrà consultare il *Delegato COVID-19*.

3. Protocolli

3A. Ambito di Applicazione

- 3.1 I protocolli di cui alla presente Sezione 3 si applicheranno integralmente ad ogni *Evento Ufficiale*, a meno che il *Delegato COVID-19* disponga diversamente per iscritto, ai sensi dell'Articolo 3.2.
- 3.2 Siccome la comprensione della pandemia COVID-19 si sta evolvendo rapidamente di giorno in giorno e, poiché le autorità ufficiali in diverse giurisdizioni differiscono nelle disposizioni che impongono e nei consigli che impartiscono in relazione alla pandemia e possono modificare con un breve preavviso tali disposizioni e/o consigli, il Consiglio Automobilistico Mondiale della FIA ha conferito al *Delegato COVID-19* la facoltà di modificare i protocolli di cui alla presente Sezione 3 (sia integrandoli, sia riducendoli o variandoli in altro modo) nella misura ritenuta necessaria dal *Delegato COVID-19*, fra un *Evento Ufficiale* ed un altro, o anche durante un *Evento Ufficiale*. Il *Delegato COVID-19* comunicherà tali modifiche a tutti gli *Stakeholder* mediante le *Note del Delegato COVID-19* (come di seguito definite), e ciascuno *Stakeholder* sarà responsabile della distribuzione delle *Note del Delegato COVID-19* ai propri *Addetti*.
- 3.3 Nelle *Note del Delegato COVID-19* il *Delegato COVID-19* potrà anche includere una guida operativa per guidare gli *Stakeholder* e gli *Addetti* nella gestione ed attuazione del presente *Codice di Condotta COVID-19*. Tale guida potrà essere di applicazione generale o specifica per un particolare *Evento Ufficiale*.

3B. Definizioni e interpretazione

- 3.4 I termini riportati sotto hanno qui i seguenti significati:

Per Fornitore di Test Accreditato si intende il fornitore di test nominato dalla FIA oppure (se tale fornitore non è in grado di fornire test in una specifica località) un fornitore alternativo accreditato dall'autorità sanitaria nazionale del Paese in cui il laboratorio opera.

Per contatto ravvicinato si intende dire che l'*Addetto* in questione (a) si è trovato a non più di due metri di distanza da una persona *infetta* (i) per più di quindici minuti, oppure (ii) mentre entrambi si trovavano in uno spazio ristretto (ad esempio, all'interno di un'automobile); oppure (b) si trovava nello stesso ambiente in cui era presente una persona *infetta* (ad esempio, condivideva un ambiente di lavoro o si trovava nello stesso assembramento); oppure (c) ha prestato assistenza diretta a una persona *infetta* senza indossare adeguati *DPI*.

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

Per **Delegato COVID-19** si intende la persona designata dalla FIA come responsabile, per suo conto, della supervisione dell'attuazione del presente *Codice di Condotta COVID-19* ad un *Evento Ufficiale*.

Per **Note del Delegato COVID-19** si intende il documento così denominato, rilasciato eventualmente dal *Delegato COVID-19*, contenente le modifiche al presente *Codice di Condotta COVID-19* e le eventuali note operative o linee guida, sia di applicazione generale che specifiche per un particolare *Evento Ufficiale*.

Per **Sintomi da COVID-19** si intendono: febbre, tosse, fiato corto, affaticamento, mal di testa, naso che cola (rinite), mal di gola (faringite), perdita del senso del gusto o dell'olfatto, eruzioni cutanee e/o scolorimento delle dita delle mani o dei piedi (e/o altri sintomi che l'Organizzazione Mondiale della Sanità potrà di tanto in tanto specificare).

Per **App CTS** si intende l'Applicazione per il Tracciamento dei contatti da utilizzare per tracciare le persone presenti all'*Autodromo* con le quali un *Addetto* che utilizza l'*App CTS* è entrato in *contatto ravvicinato*.

Idoneo a Partecipare significa che l'*Addetto di Profilo 1* in questione non presenta fattori di rischio COVID-19 che gli impedirebbero di partecipare ad *Eventi Trattati*. In particolare, la conferma da parte di uno *Stakeholder* che un *Addetto di Profilo 1* è *Idoneo a Partecipare* ad un *Evento Ufficiale* significa che:

- (1) l'*Addetto di Profilo 1* si è sottoposto ad un *Test PCR* organizzato dallo *Stakeholder* e somministrato da un *Fornitore di Test Approvato* nelle 96 ore precedenti l'arrivo all'*Autodromo* che ospita l'*Evento Ufficiale* in questione (**Test Pre-Evento**), e che lo *Stakeholder* ha ricevuto una comunicazione in tal senso, basata sull'esito del test, o dall'*Addetto di Profilo 1* oppure dal *Fornitore di Test Approvato*; e che
- (2) lo *Stakeholder* è giunto alla conclusione (esaminando la dichiarazione rilasciata dal *Addetto di Profilo 1* oppure un questionario di screening sanitario e di profilazione del rischio, compilato dal *Addetto di Profilo 1*, e/o con altri mezzi) che l'*Addetto di Profilo 1* non presenta patologie latenti o altri fattori di rischio specificamente correlati al COVID-19 (siano essi fattori di rischio per sé stesso o per gli altri) che comportino l'esclusione di tale persona dall'*Evento Ufficiale* in questione, tenendo conto di tutti gli attuali fattori di rischio riportati nelle linee guida nazionali e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Per **Gruppo** si intendono gli *Addetti di Profilo 1* affiliati ad un determinato *Stakeholder* (ad es. il 'Gruppo Pirelli' o il 'Gruppo Promotore') oppure che lavorano per un subcontractor o fornitore dello *Stakeholder* ma interagendo, nel corso dell'*Evento Ufficiale*, esclusivamente con gli *Addetti di Profilo 1* di tale *Stakeholder*. Per limitare i potenziali disagi causati da un test di esito positivo presso l'*Autodromo*, gli *Stakeholder* dovrebbero, ove possibile, indicare categorie il più ristrette possibili di *Addetti di Profilo 1* al seguito, suddivise in *Gruppi distinti* (ad es. il 'Gruppo Pit crew', il 'Gruppo propulsori', etc.).

Per **infetto** si intende un individuo che ha un'infezione conlamatata da COVID-19;

¹ Si rinvia a who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3.

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

Per ***Isolamento*** si intende il confinamento delle persone *infette* in un'apposita area, per prevenire la trasmissione del virus COVID-19 ad altri.

Per ***mascherina facciale per uso medico*** si intende una mascherina facciale che sia conforme alla norma europea EN 14683:2019+AC:2019.

Per ***Test PCR*** si intende un test di reazione a catena della polimerasi (utilizzando uno o più campioni corporei che il *Fornitore di Test Approvato* avrà facoltà di specificare) per rilevare la presenza di antigeni COVID-19, o altro test che il *Delegato COVID-19* avrà facoltà di specificare.

Per ***DPI*** si intende un dispositivo di protezione personale, quali la mascherina facciale per uso medico, occhiali protettivi, visiere, guanti etc.

Per ***Quarantena*** si intende la segregazione delle persone potenzialmente *infette* in un luogo idoneo presso l'*Autodromo*, per consentire il monitoraggio e per impedire il *contatto ravvicinato* con altri *Addetti* i fino a quando non si possa effettuare una diagnosi.

Per ***Autodromo*** si intendono le *Aree riservate*, le *Aree ad Alta Densità*, le *Aree a Bassa Densità* ed eventuali altre parti del sito in cui si svolge l'*Evento* in questione, accessibili soltanto a persone accreditate.

3C. Protocolli sempre in vigore

- 3.5 Gli *Stakeholder* dovranno rivedere e modificare le loro attività per far sì che le uniche persone presenti all'*Autodromo* per loro conto siano persone la cui presenza all'*Autodromo*/*li* è essenziale per la sicurezza ed il successo della *Competizione* e/o dell'*Evento Ufficiale* in questione.
- 3.6 Gli *Stakeholder* dovranno fornire ai propri *Addetti* copia del presente *Codice di Condotta COVID-19* e delle sue eventuali modifiche, dovranno accertarsi che i propri *Addetti* siano pienamente informati sulle disposizioni del presente *Codice di Condotta COVID-19* (come di tanto in tanto modificato), e dovranno accertarsi che i propri *Addetti* si conformino alle disposizioni del *Codice di Condotta COVID-19*.
- 3.7 Gli *Stakeholder* dovranno dedicare risorse sufficienti a consentire a loro ed ai loro *Addetti* di conformarsi al presente *Codice di Condotta COVID-19* in modo efficace e senza ritardi, anche (a titolo esemplificativo e non esaustivo) predisponendo dei Test Pre- per tutti i loro *Addetti* di Profilo 1, approvvigionandosi e fornendo mascherine facciali (incluse le mascherine facciali per uso medico) in quantità sufficiente da consentire – dopo quattro ore di utilizzo – la sostituzione di esse nonché degli altri *DPI* ad uso degli *Addetti* di Profilo 1 sia mentre si trovano all'*Autodromo* che durante gli spostamenti da e verso l'*Autodromo*.
- 3.8 Prima di ogni *Evento Ufficiale* (compreso il secondo di due *Eventi Trattati* da tenersi consecutivamente nel medesimo *Autodromo*), ogni *Stakeholder* dovrà fornire al *Delegato COVID-19* ed a chiunque altro sia stato indicato dal *Delegato COVID-19*:
 - 3.8.1 un elenco aggiornato di tutti gli *Addetti* che desidera far partecipare per suo conto all'*Evento Ufficiale*, e la categorizzazione di ciascuno di questi *Addetti* come *Addetto di Profilo 1* oppure *Addetto di Profilo 2*;

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

- 3.8.2 la conferma che ciascun *Addetto di Profilo 1* inserito in elenco è idoneo a partecipare all'*Evento Ufficiale*;
- 3.8.3 la conferma che ciascun *Addetto* inserito in elenco ha accettato per iscritto di essere vincolato, di conoscere e di rispettare in ogni momento il presente *Codice di Condotta COVID-19* (e, la prima volta che l'*Addetto* viene inserito in tale elenco, si dovrà allegare una copia del suo consenso scritto);
- 3.8.4 la conferma che ciascun *Addetto* inserito in elenco acconsentirà a sottoporsi al *Test Primario* (solo per gli *Addetti di Profilo 1*) ed al *Test Secondario* organizzati da o per conto della *FIA* nel corso dell'*Evento Ufficiale*;
- 3.8.5 la conferma che ciascun *Addetto* inserito in elenco (a) acconsentirà a fornire l'esito di tali test allo *Stakeholder*; e/o (b) accetterà che il *Fornitore di Test Approvato*, basandosi sull'esito di tali test, comunichi allo *Stakeholder* lo stato di idoneità dell'*Addetto* a partecipare all'*Evento Ufficiale*;
- 3.8.6 l'indicazione del *Gruppo* al quale ciascun *Addetto di Profilo 1* inserito in elenco è stato assegnato, ossia, se semplicemente al *Gruppo dello Stakeholder*, oppure ad un *Gruppo ristretto*, all'interno del *Gruppo generale* oppure, laddove lo *Stakeholder* sia un sub-contractor o un fornitore di un altro *Stakeholder* ed uno o più *Addetti* inclusi nella sua lista lavoreranno esclusivamente con l'altro *Stakeholder* nel corso di tale *Evento*, al *Gruppo* di quell'altro *Stakeholder* (o ad un *Gruppo ristretto* all'interno del *Gruppo* di quell'altro *Stakeholder*); e
- 3.8.7 il nominativo di un *Addetto* appartenente al *Gruppo generale* di ciascuno *Stakeholder* (non di *Gruppi* più piccoli all'interno di quello principale) che avrà la responsabilità di monitorare l'ottemperanza al presente *Codice di Condotta COVID-19* da parte dei membri di tale *Gruppo* e di segnalare al *Delegato COVID-19* eventuali casi di non conformità materiale.

Soltanto gli *Addetti* inseriti in elenco per i quali sono state fornite tutte le informazioni richieste potranno accedere all'*Autodromo*. Soltanto gli *Addetti di Profilo 1* della lista per i quali sono state fornite tutte le informazioni richieste potranno accedere alle *Aree ad Alta Densità* dell'*Autodromo*.

- 3.9 Qualora, prima di ciascun *Evento Ufficiale*, si verificassero circostanze tali da far sì che un *Addetto* risultasse non *idoneo a partecipare* all'*Evento Ufficiale* (ad esempio, se risultasse positivo al virus COVID-19 o iniziasse a presentare un qualsiasi *Sintomo da COVID-19* o avesse un contatto ravvicinato con qualcuno che presenta *Sintomi da COVID-19*), tale *Addetto* deve dichiararsi *non-idoneo*.
- 3.10 Nel corso di un *Evento Ufficiale*, ciascun *Addetto* dovrà segnalare immediatamente al proprio *Stakeholder*, o ad un operatore sanitario designato dal proprio *Stakeholder*, l'eventuale insorgenza di circostanze che potrebbero pregiudicare la sua *idoneità a partecipare* all'*Evento Ufficiale* (ad esempio, se dovesse risultare positivo al virus COVID-19 o se iniziasse a presentare *Sintomi da COVID-19* o se fosse stato in contatto ravvicinato con qualcuno che presenta *Sintomi da COVID-19*). Successivamente l'*Addetto* dovrà attenersi alle istruzioni impartitegli dal suo *Stakeholder* e dal *Delegato COVID-19*.
- 3.11 Lo *Stakeholder* è tenuto a monitorare costantemente e a comunicare tempestivamente al *Delegato COVID-19* l'insorgenza, nel corso dell'*Evento Ufficiale*, di circostanze (quali, ad esempio, una comunicazione da parte del *Fornitore di Test Approvato* relativamente ad un *Addetto*, o una segnalazione effettuata ai sensi dell'art. 3.9) che indichino che un *Addetto* appartenente ad

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

uno dei suoi *Gruppi* è o potrebbe essere non più *idoneo a partecipare* all'*Evento Ufficiale*. Successivamente lo *Stakeholder* dovrà cooperare con il *Delegato COVID-19* per affrontare la situazione, eventualmente allontanando tale *Addetto* dall'*Evento Ufficiale*, se ciò venisse richiesto dal *Delegato COVID-19*.

3D. Protocolli da seguire prima di ogni Evento Ufficiale

- 3.12 Ove possibile, gli *Stakeholder* dovranno adoperarsi affinché gli *Addetti* si rechino nel Paese dell'*Autodromo* soltanto con membri dello stesso *Gruppo*. Gli *Stakeholder* dovranno fornire agli *Addetti* i mezzi per osservare adeguate misure di mitigazione durante il periodo di viaggio (ad esempio, *Distanziamento Sociale*, lavaggio delle mani, uso di salviettine per le mani a base di alcool, uso di *DPI*).

Nota orientativa: Un *Addetto* facente parte del personale di uno *Stakeholder* che, nel corso dell'*Evento Ufficiale* lavorerà esclusivamente nel *Gruppo* di un altro *Stakeholder*, può recarsi nel Paese dell'*Autodromo* sia con quel *Gruppo* che con il *Gruppo* del proprio *Stakeholder*.

- 3.13 Nessuno sarà ammesso ad un *Autodromo*, anche se in possesso di un valido accreditamento, a meno che:

- 3.13.1 non abbia preventivamente confermato per iscritto, in una forma approvata dalla *FIA*, il proprio assenso ad essere vincolato ed ad ottemperare al presente *Codice di Condotta COVID-19*;
- 3.13.2 Il proprio *Stakeholder* non abbia preventivamente confermato per iscritto che tale persona è *idonea a partecipare* (solo per gli *Addetti di Profilo 1*);
- 3.13.3 non abbia passato i controlli (ad esempio, il controllo della temperatura) eseguiti dalle autorità nazionali o locali o dall'*Organizzatore dell'Evento Ufficiale*; e
- 3.13.4 non indossi una *mascherina facciale per uso medico* fino al raggiungimento di uno spazio occupato unicamente dal suo *Gruppo* (solo per gli *Addetti di Profilo 1*).

3E. Protocolli da seguire durante un Evento Ufficiale

- 3.14 Il tempo che gli *Addetti di Profilo 1* trascorrono al di fuori dell'*Autodromo* in occasione di un *Evento Ufficiale* o tra *Eventi Trattati* (ad es. in albergo) dovrà essere trascorso con gli altri membri dello stesso *Gruppo*, riducendo al minimo l'interazione con persone al di fuori di tale *Gruppo*.
- 3.15 Mentre si trovano al di fuori dell'*Autodromo*, gli *Addetti* devono osservare le opportune misure di mitigazione specificate dai loro *Stakeholder* (ad esempio, lavaggio delle mani, salviettine per le mani a base di alcool, *DPI*). Gli *Stakeholder* dovranno fornire *DPI* e qualsiasi altra dispositivo necessario agli *Addetti* per ottemperare a tali misure di mitigazione.
- 3.16 Tutti gli *Addetti* devono seguire le procedure di mitigazione messe in atto presso l'*Autodromo*, quali il regolare ed efficace lavaggio delle mani (utilizzando detergenti a base di alcool, se disponibili), l'osservanza dei percorsi pedonali a senso unico e/o la segnaletica a pavimento volti a facilitare il *Distanziamento Sociale*, e l'uso di *DPI*.
- 3.17 Gli *Addetti di Profilo 1* che appartengono allo stesso *Gruppo* possono svolgere attività comuni e condividere spazi e strutture comuni all'interno dell'*Autodromo*, senza osservare il *Distanziamento Sociale* (come di seguito definito).

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

Nota orientativa: Fermo restando l'art. 3.17, anche quando si interagisce unicamente con altri membri dello stesso *Gruppo*, si raccomanda agli *Addetti di Profilo 1* di mantenere il *Distanziamento Sociale* oppure di utilizzare misure di mitigazione alternative, quali l'uso di *mascherine facciali per uso medico*.

3.18 Ciascun Addetto di Profilo 1 deve:

- 3.18.1 ridurre al minimo le interazioni con i membri di altri *Gruppi*;
- 3.18.2 indossare una *mascherina facciale per uso medico* ognqualvolta si trovi in uno spazio non utilizzato esclusivamente dai membri dello stesso *Gruppo* (ad esempio, corsia box, area verifiche);
- 3.18.3 non utilizzare strutture o servizi dedicati all'uso esclusivo dei membri di un altro *Gruppo* (ad esempio, aree di ristorazione, servizi igienici); e
- 3.18.4 ridurre al minimo l'utilizzo di strutture o servizi accessibili anche a persone che non fanno parte del proprio *Gruppo*.

3.19 Ciascun Addetto di Profilo 1 deve rimanere sempre ad almeno due metri di distanza da tutti gli Addetti non appartenenti al proprio Gruppo (*Distanziamento Sociale*). L'unica deroga è prevista nel caso in cui tale *Distanziamento Sociale* pregiudicherebbe la sicurezza, il rispetto delle *Regole applicabili* o delle *Leggi applicabili*, oppure la possibilità di un *Concorrente* di prender parte alla *Competizione* in questione. Solamente in tali casi, gli *Addetti* in questione non saranno tenuti ad osservare il *Distanziamento Sociale* ma dovranno comunque indossare una *mascherina facciale per uso medico* (e/o altri *DPI* che potranno venir prescritti dal *Delegato COVID-19*) (salvo il caso in cui la *mascherina* venga rimpiazzata da sotto-casco e casco integrale coprente gli occhi, il naso e la bocca) e dovranno portare a termine l'attività in questione il più rapidamente possibile, mantenendo la massima distanza possibile dagli *Addetti* dagli altri *Gruppi*.

- 3.19.1 Uno *Stakeholder* che sia fornitore di prodotti o servizi condivisi rivolti a tutti i *Concorrenti* in un *Campionato* (ad es. pneumatici, telemetria, telecamere di bordo, ecc.) nel suo *Gruppo* avrà *Addetti* che dovranno interagire all'interno del paddock con gli *Addetti* di altri *Gruppi*. Oltre ad ottemperare alle prescrizioni dell'Articolo 3.18 in relazione a tali interazioni, tali *Stakeholder* potranno stabilire ulteriori misure di mitigazione (quali la creazione di specifiche fasce orarie per l'interazione con i diversi *Gruppi*) che dovranno essere rispettate da tutti gli *Addetti* che utilizzano i loro prodotti o servizi. Essi dovranno comunicare tali misure a tutti i suddetti utenti prima dell'*Evento Ufficiale* in questione e, per conoscenza, al *Delegato COVID-19*.
- 3.19.2 Uno *Stakeholder* che sia fornitore di prodotti o servizi condivisi rivolti a tutti i *Concorrenti* operante in più di un paddock, dovrà disporre di *Gruppi* distinti per ciascun paddock.
- 3.19.3 Uno *Stakeholder* che fornisca prodotti o servizi ad alcuni, ma non a tutti i *Concorrenti* (ad esempio, freni, componenti degli organi di trasmissione, *etc.*) non potrà avvalersi delle eccezioni di cui all'articolo 3.18. Se invece lo *Stakeholder* fornitore desidera che i propri *Addetti* possano interagire con gli *Addetti di Profilo 1* di un *Concorrente* nell'ambito di un *Evento Ufficiale*, il *Concorrente* dovrà indicare gli *Addetti* dello *Stakeholder* fornitore come appartenenti al *Gruppo*/ad uno dei *Gruppi* di tale *Concorrente*. Agli *Addetti* di tali *Stakeholder* fornitori non verrà consentito l'accesso alle *Aree ad Alta Densità* dell'*Autodromo* se non sono stati preventivamente inclusi da un *Concorrente* nel suo *Gruppo*/in uno dei suoi *Gruppi*.

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

- 3.20 Tutte le *mascherine facciali per uso medico* e gli altri *DPI* usati vanno trattati come rifiuti clinici e dovranno essere smaltiti in contenitori chiusi per rifiuti, forniti dall'*Organizzatore*.
 - 3.21 Agli *Addetti di Profilo 1* viene chiesto di scaricare e attivare su base volontaria l'*App CTS* (e di mantenerla sempre attiva durante *Evento Ufficiale*).
 - 3.21.1 Ogni *Addetto di Profilo 1* che scelga di utilizzare l'*App CTS*, dovrà tenerla alimentata, connessa al Bluetooth, ed in funzione su un dispositivo tenuto sempre acceso e su di sé (salvo i casi in cui questo non sia sicuro, come nel caso ad esempio di un *Pilota in pista*). Se l'*Addetto* è o potrebbe essere *infetto*, dovrà inserire nell'*App CTS* il codice univoco rilasciatogli dal *Fornitore di Test Approvato*, in modo da consentire la notifica automatica agli altri *Addetti* con cui i quali è stato in *contatto ravvicinato* e che stanno anche utilizzando l'*App CTS*. Gli *Addetti di Profilo 1* che dovessero riscontrare problemi di funzionamento dell'*App CTS* dovranno contattare immediatamente il/i rappresentante/i dell'*App CTS* presso l'*Autodromo*.
 - 3.21.2 Ogni *Addetto di Profilo 1* che scelga di non utilizzare l'*App CTS* dovrà tenere un elenco completo e preciso di ogni altro *Addetto* con cui ha avuto contatti ravvicinati durante gli spostamenti verso e/o durante ogni *Evento Ufficiale*. Se l'*Addetto* è o potrebbe essere *infetto*, dovrà fornire immediatamente tale elenco al proprio *Stakeholder* o al *Delegato COVID-19*.
 - 3.22 Ogni *Stakeholder* deve accertarsi che ciascuno dei suoi *Addetti di Profilo 1* si sottoponga ad un *Test PCR* somministrato dal *Fornitore di Test Approvato* presso l'*Autodromo* (1) non più di cinque giorni dopo la data in cui ha effettuato il suo *Test Pre-Evento*; e (2) almeno una volta ogni cinque giorni successivi, per tutto il tempo in cui continua a frequentare l'*Autodromo* dopo la corsa, e anche nel lasso di tempo tra due *Eventi Trattati* che si tengano in settimane consecutive nel medesimo *Autodromo* (collettivamente, il ***Test Primario***). Un *Addetto* può rifiutare di sottoporsi a tale *Test Primario* in qualsiasi momento, ma in tal caso dovrà abbandonare immediatamente le *Aree ad Alta Densità*, e non sarà riammesso ad alcuna *Area ad Alta Densità*. A richiesta dalla *FIA* lo *Stakeholder* deve dar conferma che tutti i propri *Addetti di Profilo 1* si sono conformati alle prescrizioni di tale *Test Primario*; e dovrà escludere da tutte le *Aree ad Alta Densità* tutti i propri *Addetti di Profilo 1* che non si sono conformati alle prescrizioni del *Test Primario*.
 - 3.23 Un *Addetto* che cominci a presentare un qualsiasi *Sintomo da COVID-19* mentre si trova al di fuori dell'*Autodromo* dovrà immediatamente presentarsi presso la struttura medica più vicina, come da istruzioni impartitegli dal suo *Stakeholder*.
 - 3.24 Un *Addetto* che cominci a presentare un qualsiasi *Sintomo da COVID-19* mentre si trova all'*Autodromo*, o che risulti positivo ad un *Test Primario*, oppure che venga identificato (sia tramite l'*App CTS* che tramite la tracciatura manuale dei contatti) come persona entrata in una qualsivoglia forma di *contatto ravvicinato* con una persona che è o che potrebbe essere *infetta*, dovrà immediatamente presentarsi per la *Quarantena* e sottoporsi ad un *Test PCR* somministrato dal *Fornitore di Test Approvato* (***Test Secondario***). Se l'*infezione* viene confermata, dovrà recarsi immediatamente nell'apposita area di *Isolamento* dell'*Autodromo* e seguire le istruzioni impartitegli dal funzionario dell'autorità sanitaria locale in servizio presso di essa.
- ### 3F. Protocolli da seguire al termine di un *Evento Ufficiale*
- 3.25 Laddove possibile, gli *Stakeholder* dovranno fare in modo che, al termine dell'*Evento Ufficiale*, gli *Addetti* si trasferiscano dal Paese ospitante soltanto insieme ad appartenenti di uno stesso

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

Gruppo. Gli *Stakeholder* dovranno fornire ai loro *Addetti* i mezzi necessari per poter osservare adeguatamente le misure di mitigazione durante il viaggio (ad es. *Distanziamento Sociale*, lavaggio delle mani, uso di salviettine per le mani a base di alcool, uso di *DPI*).

Nota orientativa (1): Un *Addetto* facente parte del personale di uno *Stakeholder* che, nel corso dell'*Evento Ufficiale*, abbia lavorato esclusivamente nel *Gruppo* di un altro *Stakeholder*, al termine dell'*Evento Ufficiale* potrà lasciare il Paese ospitante sia con quel *Gruppo* che con il *Gruppo* del proprio *Stakeholder*.

Nota orientativa (2): Quando uno *Stakeholder* è coinvolto in due *Eventi Trattati* che si svolgono in settimane consecutive nel medesimo *Autodromo*, dovrà per quanto possibile evitare che, nel periodo di tempo compreso tra i due *Eventi Trattati*, gli *Addetti* si allontanino dai dintorni dei loro rispettivi alloggi.

- 3.26 Se un *Addetto* presenta un qualsiasi *Sintomo da COVID-19* o risulta positivo al virus COVID-19 entro 14 giorni dalla fine di un *Evento Ufficiale*, dovrà segnalarlo immediatamente al suo *Stakeholder* o ad un operatore sanitario designato dal suo *Stakeholder*, e fornire i dettagli di tutti gli *Addetti* con cui è stato in contatto ravvicinato in quel periodo. Successivamente lo *Stakeholder* – o l'operatore sanitario – segnalerà al *Delegato COVID-19* che l'*Addetto* non potrà più partecipare agli *Eventi Trattati* e, se necessario, il *Delegato COVID-19* seguirà quell'*Addetto* con il quale l'*Addetto* in questione è entrato in *contatto ravvicinato*.

4. Procedura

- 4.1 Qualsiasi non conformità materiale ai requisiti del presente *Codice di Condotta COVID-19* dovrà essere immediatamente segnalata al *Delegato COVID-19*.
- 4.2 La decisione del *Delegato COVID-19* di espellere un *Addetto* e/o negargli l'accesso a tutto o parte di un qualsivoglia *Evento Ufficiale* sulla scorta della valutazione che l'*Addetto* è o potrebbe essere *infetto* è definitiva e non può essere contestata per nessun motivo in alcun Foro.
- 4.3 Sebbene i protocolli previsti dal presente *Codice di Condotta COVID-19* siano finalizzati a mitigare il rischio di trasmissione del virus COVID-19, viene riconosciuto da ogni *Stakeholder* e da ogni *Addetto* che non è possibile eliminare completamente tale rischio. Ogni *Addetto* si assume il rischio di malattia o decesso che potrebbe derivare dal COVID-19 in conseguenza della propria partecipazione ad un *Evento Ufficiale*, e (ai sensi dell'art. 1.1.3 del Codice Sportivo Internazionale) conviene (per conto proprio, degli eredi, dei successori e degli aventi causa) che né la *FIA* né i suoi amministratori, dirigenti, funzionari, dipendenti, agenti e rappresentanti si assumono alcuna responsabilità in relazione a tale malattia o decesso, a meno che non venga provato che tale malattia o decesso sia da attribuire a dolo o grave negligenza da parte della *FIA*. L'*Addetto* non intenterà alcuna azione legale in contrasto con la frase precedente, ed ogni *Stakeholder* si impegna a non intentare, adoperandosi affinché neppure i suoi *Addetti* intentino, alcuna azione legale in contrasto con la frase precedente.
- 4.4 Se non diversamente concordato con la *FIA*:
- 4.4.1 Il presente *Codice di Condotta COVID-19* e qualsiasi rivendicazione o controversia derivante da, o relativa al presente *Codice di Condotta COVID-19* saranno esclusivamente disciplinati ed interpretati in conformità alla legge francese, a prescindere da qualsiasi principio di conflitto di leggi che possa imporre l'applicazione di leggi di un'altra giurisdizione.
- 4.4.2 Tutte le rivendicazioni e controversie derivanti da o relative al presente *Codice di Condotta COVID-19* (1) verranno risolte in via definitiva ai sensi ed in conformità al

TRADUZIONE DI CORTESIA DALL'INGLESE

Codice Sportivo Internazionale ed al Regolamento Giudiziario e Disciplinare della FIA; oppure (2) (qualora la rivendicazione o la controversia in questione non rientri nell'ambito di applicazione del Regolamento Giudiziario e Disciplinare della FIA) verranno giudicate esclusivamente dal Tribunal Judiciaire de Paris.

- 4.4.3 Qualora il *Delegato COVID-19* ritenga che un *Addetto* debba essere espulso da un *Evento Ufficiale* e che gli debba essere negato ogni ulteriore accesso ad uno o più *Eventi Ufficiali* non a causa del rischio che tale *Addetto* sia o possa essere *infetto*, ma a seguito di sua deliberata o grave o ripetuta violazione del *Codice di Condotta COVID-19*, il *Delegato COVID-19* presenterà un rapporto ai *Commissari Sportivi*, i quali procederanno ai sensi dell'articolo 11.9 del Codice Sportivo Internazionale.
- 4.4.4 Qualora il *Delegato COVID-19* ritenga che uno *Stakeholder* abbia deliberatamente o seriamente o ripetutamente violato il *Codice di Condotta COVID-19*, il *Delegato COVID-19* presenterà un rapporto ai *Commissari Sportivi*, i quali procederanno ai sensi dell'articolo 11.9 del Codice Sportivo Internazionale.



FEDERATION INTERNATIONALE DE L'AUTOMOBILE

Allegato 12

ANNEXE S AU CODE SPORTIF INTERNATIONAL APPENDIX S TO THE INTERNATIONAL SPORTING CODE

CODE DE CONDUITE COVID-19

COVID-19 CODE OF CONDUCT

ARTICLE 1 INTRODUCTION

1.1 Le présent Code de Conduite COVID-19 (le **Code COVID-19**) est publié par la FIA dans l'exercice de ses pouvoirs en vertu des articles 1.1 et 19.2 du Code Sportif International. Il s'appliquera à partir du 19 juin 2020 et ce, jusqu'à ce que la FIA l'abroge. Les termes définis (indiqués en *italique*) dont la définition ne se trouve pas ci-dessous ont la signification qui leur est donnée dans le Code Sportif International.

1.2 Le contexte dans lequel ce *Code COVID-19* est élaboré est le suivant :

1.2.1 Le début de la saison de courses automobiles 2020 a été retardé en raison de la pandémie de COVID-19.

1.2.2 Maintenant que les autorités publiques assouplissent les restrictions dans divers pays, les équipes et autres parties prenantes du Championnat du Monde de Formule Un de la FIA, du Championnat de Formule 2 de la FIA et du Championnat de Formule 3 de la FIA souhaitent commencer leurs *Championnats* respectifs dès que possible, à condition que les risques de transmission de la COVID-19 puissent être réduits à un niveau acceptable.

1.2.3 La FIA a donc consulté les directives émises par les autorités de santé publique, et a pris l'avis d'un expert externe indépendant, afin d'élaborer les protocoles qui sont énoncés dans le présent *Code de Conduite COVID-19* pour réduire les risques de transmission de la COVID-19 pouvant survenir lors de l'organisation d'*Epreuves* qui comprennent une *Compétition* du Championnat du Monde de Formule Un de la FIA ainsi que des *Compétitions* des autres *Championnats (Epreuves Couvertes)*.

1.3 La FIA continuera à examiner le présent *Code COVID-19* et pourra le modifier périodiquement pour s'assurer qu'il demeure efficace. Sauf indication contraire, ces amendements entreront en vigueur dès leur publication sur le site internet de la FIA.

ARTICLE 1 INTRODUCTION

1.1 This COVID-19 Code of Conduct (the **COVID-19 Code**) is issued by the FIA in exercise of its powers under Articles 1.1 and 19.2 of the International Sporting Code. It will apply from 19 June 2020 until the FIA repeals it. Defined terms (denoted by *italicised text*) that are not defined below have the meaning given to them in the International Sporting Code.

1.2 The background to this *COVID-19 Code* is as follows:

1.2.1 The start of the 2020 motor racing season has been delayed as a result of the COVID-19 pandemic.

1.2.2 Now that state authorities are easing restrictions in various countries, there is a desire among the teams and other stakeholders in the FIA Formula One World Championship, the FIA Formula 2 Championship, and the FIA Formula 3 Championship to start their respective *Championships* as soon as possible, provided that the risks of transmission of the COVID-19 can be mitigated to an acceptable degree.

1.2.3 The FIA has therefore consulted the guidance issued by public health authorities, and has taken the advice of an independent external expert, in order to put together the protocols that are set out in this *COVID-19 Code of Conduct* to mitigate the risks of transmission of the COVID-19 that may arise during the staging of *Events* that include a *Competition* in the FIA Formula One World Championship together with *Competitions* from the other *Championships* (**Covered Events**).

1.3 The FIA will keep this *COVID-19 Code* under review and may amend it from time to time to ensure it remains effective. Unless otherwise stated, such amendments will come into effect as soon as they are published on the FIA's website.

1.4 Le présent *Code COVID-19* s'appliquera à toutes les *Compétitions* organisées dans le cadre d'une *Epreuve Couverte*, en ce compris les *Compétitions* organisées dans le cadre de l'*Epreuve Couverte* qui ne font pas partie du Championnat du Monde de Formule Un de la FIA. La FIA décidera si le présent *Code COVID-19* doit s'appliquer (en tout ou en partie) à d'autres *Epreuves* (c'est-à-dire aux *Epreuves* qui ne comprennent que des *Compétitions* ne faisant pas partie du Championnat du Monde de Formule Un de la FIA) lorsque ces *Epreuves* sont prêtes à être organisées, ou si d'autres dispositions doivent leur être appliquées.

ARTICLE 2 APPLICATION

2.1 Le présent *Code COVID-19* est applicable à chacune des parties suivantes impliquées dans une *Epreuve Couverte* (chacune étant une **Partie Prenante**) :

2.1.1 La *FIA*.

2.1.2 L'*ASN* du pays dans lequel l'*Epreuve Couverte* en question a lieu.

2.1.3 L'*Organisateur* de l'*Epreuve Couverte* en question (s'il ne s'agit pas de l'*ASN*).

2.1.4 Le *Promoteur* de l'*Epreuve Couverte* en question.

2.1.5 Les détenteurs des droits commerciaux respectifs des *Compétitions* de l'*Epreuve Couverte* en question.

2.1.6 Chaque équipe (un **Concurrent**) qui a participé à une *Compétition* de l'*Epreuve Couverte* en question.

2.1.7 Les diffuseurs et autres média couvrant les *Compétitions* de l'*Epreuve Couverte* en question.

2.1.8 Les contractants et sous-traitants de l'une ou de l'ensemble des parties énumérées ci-dessus (par exemple, l'exploitant du *Site* lié par contrat avec l'*Organisateur* et/ou le *Promoteur*).

2.1.9 Les fournisseurs de produits ou de services de l'une ou de l'ensemble des parties énumérées ci-dessus.

2.2 Comme condition d'accès aux *Epreuves Couvertes*, les *Parties Prenantes* sont tenues de se conformer au présent *Code COVID-19*, et de veiller à ce que les personnes assistant à une *Epreuve Couverte* en leur nom se conforment à ce *Code COVID-19*. Le non-respect de cette condition peut entraîner l'exclusion des *Epreuves Couvertes*.

2.3 Le présent *Code COVID-19* s'applique également à chaque personne assistant à une *Epreuve Couverte* pour quelque raison que ce soit au nom d'une *Partie Prenante*, y compris

1.4 This *COVID-19 Code* will apply to all *Competitions* staged as part of a *Covered Event*, i.e., including *Competitions* staged as part of the *Covered Event* that are not part of the FIA Formula One World Championship. The FIA will decide whether this *COVID-19 Code* should apply (in whole or in part) to other *Events* (i.e., to *Events* that only feature *Competitions* that are not part of the FIA Formula One World Championship) when such *Events* are ready to be staged, or alternatively whether other arrangements should apply to them.

ARTICLE 2 APPLICATION

2.1 This *COVID-19 Code* applies to each of the following parties involved in a *Covered Event* (each, a **Stakeholder**):

2.1.1 The *FIA*.

2.1.2 The *ASN* of the country in which the *Covered Event* in question takes place.

2.1.3 The *Organiser* of the *Covered Event* in question (if not the *ASN*).

2.1.4 The *Promoter* of the *Covered Event* in question.

2.1.5 The respective commercial rights-holders of the *Competitions* in the *Covered Event* in question.

2.1.6 Each team (a **Competitor**) that has entered a *Competition* in the *Covered Event* in question.

2.1.7 Broadcasters and other media organisations covering *Competitions* in the *Covered Event* in question.

2.1.8 The contractors and sub-contractors of any or all of the parties listed above (e.g., the *Venue operator* contracted by the *Organiser* and/or the *Promoter*).

2.1.9 The suppliers of products or services to any or all of the parties listed above.

2.2 As a condition of access to the *Covered Events*, *Stakeholders* are required to comply with this *COVID-19 Code*, and to ensure that individuals attending a *Covered Event* on their behalf comply with this *COVID-19 Code*. Non-compliance may lead to exclusion from *Covered Events*.

2.3 This *COVID-19 Code* also applies to each individual attending a *Covered Event* for any purpose on behalf of a *Stakeholder*, including (without limitation) the *Stakeholder's*

(sans s'y limiter) les dirigeants, employés, membres du personnel, contractants, agents, représentants, consultants et volontaires de la *Partie Prenante*, y compris (en ce qui concerne les *Concurrents*) les *Pilotes*, le team principal, le directeur sportif, le directeur technique, le team manager, les ingénieurs de course et tout autre personnel de l'équipe (qu'ils soient ou non déjà enregistrés auprès de la FIA et qu'ils entrent ou non dans la définition des *Participants*) (chacune étant une *Personne Présente*).

2.4 Comme condition pour avoir accès à une *Epreuve Couverte*, une *Personne Présente* doit accepter par écrit, sous une forme satisfaisante pour la FIA, de se conformer au présent *Code COVID-19*. Aucun individu n'est forcé d'accepter de s'y conformer et aucun individu ne sera sanctionné par la FIA s'il ne le fait pas ; mais tout individu qui n'accepte pas de se conformer au présent *Code COVID-19* n'aura pas accès et ne pourra pas participer à une *Epreuve Couverte*.

2.5 Les *Personnes Présentes* qui doivent entrer dans des zones de travail à forte densité de population sur un *Site* (par exemple, les paddocks, le bâtiment de la direction de course, la voie des stands) (**Zones à Forte Densité**) sont désignés dans le présent *Code COVID-19* comme étant des *Personnes Présentes de Profil 1*. Tous les protocoles énoncés ci-dessous qui font référence aux *Personnes Présentes* ou aux *Personnes Présentes de Profil 1* s'appliquent intégralement aux *Personnes Présentes de Profil 1*.

2.6 Les *Personnes Présentes* qui ne sont tenues d'entrer que dans les zones de travail extérieures à faible densité de population d'un *Site* (**Zones à Faible Densité**) sont désignés dans le présent *Code COVID-19* comme étant des *Personnes Présentes de Profil 2*. Les protocoles ci-dessous qui ne mentionnent que les *Personnes Présentes de Profil 1* ne s'appliquent pas aux *Personnes Présentes de Profil 2*, mais tous les protocoles qui font référence aux *Personnes Présentes* leur sont applicables. Les *Personnes Présentes de Profil 2* ne seront pas autorisées à pénétrer dans les *Zones à Forte Densité* ; et le *Site* sera organisé de manière à empêcher tout contact sur le *Site* entre les *Personnes Présentes de Profil 1* et *Personnes Présentes de Profil 2*.

Note explicative : Tombent en dehors de ces catégories, et donc en dehors du champ d'application du présent *Code COVID-19*, (1) les spectateurs (qui sont sous la responsabilité de l'*Organisateur* de l'*Epreuve Couverte* en question) ; et (2) les livreurs qui ne viennent dans une *Zone à Faible Densité* que pour une brève période pour déposer ou retirer des articles dans une zone désignée.

2.7 Sous réserve toujours de l'article 2.8, une personne qui a accepté de se conformer au présent *Code COVID-19* mais qui retire ensuite son consentement aux tests ou qui ne se conforme pas aux autres exigences du *Code COVID-19* sera soit

officers, employees, members of staff, contractors, agents, representatives, consultants, and volunteers, including (in respect of *Competitors*) Drivers, team principal, sporting director, technical director, team manager, race engineers, and all other team personnel (whether or not they are already registered with the FIA and whether or not they fall within the definition of *Participants*) (each, an **Attendee**).

2.4 As a condition of being granted access to a *Covered Event*, an **Attendee** must agree in writing, in a form satisfactory to the FIA, to comply with this *COVID-19 Code*. No individual is forced to agree to comply with this *COVID-19 Code*, and no individual will be sanctioned by the FIA for failing to do so; but any individual who does not agree to comply with this *COVID-19 Code* will not be granted access to and may not attend any *Covered Event*.

2.5 *Attendees* who are required to enter high population density working areas at a *Venue* (e.g., paddocks, race control building, pit lane) (**High Density Areas**) are referred to in this *COVID-19 Code* as **Profile 1 Attendees**. All of the protocols set out below that refer to *Attendees* or to *Profile 1 Attendees* apply in full to *Profile 1 Attendees*.

2.6 *Attendees* who are only required to enter outdoor low population density working areas at a *Venue* (**Low Density Areas**) are referred to in this *COVID-19 Code* as **Profile 2 Attendees**. The protocols below that mention only *Profile 1 Attendees* do not apply to *Profile 2 Attendees*, but all protocols referring to *Attendees* do apply to them. *Profile 2 Attendees* will not be permitted to enter *High Density Areas*; and the *Venue* will be organised so as to prevent contact at the *Venue* between *Profile 1 Attendees* and *Profile 2 Attendees*.

Guidance Note: Falling outside these categories, and therefore outside the scope of this *COVID-19 Code*, are (1) spectators (who are the responsibility of the *Organiser* of the *Covered Event* in question); and (2) delivery drivers who come into a *Low Density Area* only for a brief period to drop off or pick up items in a designated area.

2.7 Subject always to Article 2.8, an individual who has agreed to comply with this *COVID-19 Code* but then withdraws his/her consent to testing or fails to comply with the other requirements of the *COVID-19 Code* will either be excluded

exclue des *Epreuves Couvertes*, soit exclue des *Zones à Forte Densité* mais autorisée à rester dans les *Zones à Faible Densité* lors des *Epreuves Couvertes* (à la discréTION du *Délégué COVID-19*).

2.8 Nonobstant toute autre disposition du présent *Code COVID-19*, l'observation des dispositions du présent *Code COVID-19* relatives à l'*Application STC* (telle que définie ci-dessous) est entièrement volontaire. Aucune *Personne Présente* ne se verra refuser l'accès ou ne sera expulsée d'une *Epreuve Couverte*, ni ne subira d'autre préjudice, si elle choisit de ne pas se conformer aux dispositions relatives à l'*Application STC*.

2.9 Interaction entre le *Code COVID-19* et d'autres exigences :

2.9.1 Rien dans le présent *Code COVID-19* n'a pour but de compromettre l'application de ce qui suit :

2.9.1.1 les règles et règlements qui régissent les *Epreuves Couvertes*, y compris (sans s'y limiter) les Statuts de la FIA, le Code Sportif International et ses Annexes, et les règlements sportifs, techniques et tout autre règlement spécifique ou autrement applicable à la *Compétition* en question (les *Règles Applicables*) ; ou

2.9.1.2 les lois et réglementations transnationales, nationales et locales applicables aux *Epreuves Couvertes*, en ce compris les lois et réglementations relatives à la COVID-19 (les *Lois Applicables*).

2.9.2 Les *Règles Applicables* et les *Lois Applicables* prévalent sur le présent *Code de Conduite COVID-19*. En particulier, toutes les mesures de discipline et de sécurité relatives à la voie des stands et au circuit/à la piste ainsi que toutes les autres exigences de sécurité des *Règles Applicables* ou des *Lois Applicables* (ensemble, les *Exigences de Sécurité*) priment sur les exigences du présent *Code COVID-19*.

2.9.3 Les *Parties Prenantes* et les *Personnes Présentes* ne doivent modifier la manière dont elles appliquent les *Exigences de Sécurité* afin de se conformer au présent *Code COVID-19* que si elles sont en mesure de le faire sans compromettre l'efficacité des *Exigences de Sécurité*. Par conséquent, un manquement à une exigence du présent *Code COVID-19* en raison d'un conflit avec une *Exigence de Sécurité* ne doit pas être traité comme une non-conformité au présent *Code COVID-19*. En cas de doute, une *Partie Prenante* doit consulter le *Délégué COVID-19*.

from *Covered Events* or (at the discretion of the *COVID-19 Delegate*) will be excluded from the *High Density Areas* but permitted to remain in the *Low Density Areas* at *Covered Events*.

2.8 Notwithstanding any other provision of this *COVID-19 Code*, compliance with the provisions in this *COVID-19 Code* relating to the *CTS App* (as defined below) is entirely voluntary. No *Attendee* will be denied access to or will be ejected from any *Covered Event*, nor will they suffer any other detriment, if they choose not to comply with the provisions relating to the *CTS App*.

2.9 Interplay between the *COVID-19 Code* and other requirements:

2.9.1 Nothing in this *COVID-19 Code* is intended to compromise the application of:

2.9.1.1 the rules and regulations that govern the *Covered Events*, including (without limitation) the FIA Statutes, the International Sporting Code and its Appendices, and the sporting, technical, and any other regulations specific to or otherwise applicable to the *Competition* in question (the *Applicable Rules*) ; or

2.9.1.2 the transnational, national and local laws and regulations that apply to the *Covered Events*, including laws and regulations relating to COVID-19 (the *Applicable Laws*).

2.9.2 The *Applicable Rules* and the *Applicable Laws* take precedence over this *COVID-19 Code of Conduct*. In particular, all of the pit lane and circuit/track discipline and safety measures and all other safety requirements in the *Applicable Rules* or in the *Applicable Laws* (together, the *Safety Requirements*) take precedence over the requirements of this *COVID-19 Code*.

2.9.3 Stakeholders and Attendees should only change the way they carry out the *Safety Requirements* in order to comply with this *COVID-19 Code* if they are able to do so without compromising the efficacy of the *Safety Requirements*. As a result, a failure to satisfy a requirement of this *COVID-19 Code* because it conflicts with a *Safety Requirement* shall not be treated as non-compliance with this *COVID-19 Code*. In case of doubt, a *Stakeholder* should consult the *COVID-19 Delegate*.

ARTICLE 3 PROTOCOLES

ARTICLE 3A. APPLICATION

3.1 Les protocoles énoncés dans la présente Section 3 s'appliqueront intégralement à chaque *Epreuve Couverte*, à moins que le *Délégué Covid-19* en décide autrement par écrit conformément à l'article 3.2.

3.2 Parce que la compréhension de la pandémie de COVID-19 évolue rapidement de jour en jour, et parce que les autorités officielles de différentes juridictions varient dans les exigences qu'elles imposent et les conseils qu'elles donnent en relation avec la pandémie et peuvent changer ces exigences et/ou ces conseils dans un court délai, le Conseil Mondial du Sport Automobile a délégué le pouvoir de modifier les protocoles énoncés dans la présente Section 3 au *Délégué COVID-19* (que ce soit par des ajouts ou des suppressions, ou en les modifiant d'une autre manière) si ce dernier le juge nécessaire, d'une *Epreuve Couverte* à une autre ou même pendant une *Epreuve Couverte*. Le *Délégué COVID-19* diffusera de tels amendements auprès de toutes les *Parties Prenantes* dans les *Notes du Délégué COVID-19* (telles que définies ci-dessous), et chaque *Partie Prenante* sera responsable de les distribuer à ses *Personnes Présentes*.

3.3 Le *Délégué COVID-19* peut également inclure des directives d'ordre opérationnel dans ses *Notes* pour guider les *Parties Prenantes* et les *Personnes Présentes* dans le fonctionnement et la mise en œuvre du présent *Code COVID-19*. Ces directives peuvent être d'application générale ou spécifiques à une *Epreuve Couverte* en particulier.

ARTICLE 3B. DEFINITIONS ET INTERPRETATION

3.4 Les termes subséquents ont la signification suivante :

Par **Fournisseur de Tests Agréé**, on entend le fournisseur de tests désigné par la *FIA* ou (si ce fournisseur n'est pas en mesure de fournir des tests dans une localité spécifique) un fournisseur alternatif qui est agréé par l'autorité sanitaire nationale du pays dans lequel le laboratoire opère.

Un **contact étroit** signifie que la *Personne Présente* en question (a) a été à moins de deux mètres d'une personne *infectée* soit (i) pendant plus de quinze minutes, soit (ii) alors qu'elles se trouvaient toutes deux dans un espace confiné (par exemple, une voiture) ; ou (b) se trouvait dans le même environnement qu'une personne *infectée* (par exemple, elle partageait un lieu de travail ou se trouvait à un même rassemblement) ; ou (c) a fourni des soins directs à une personne *infectée* sans porter d'*EPI* approprié.

ARTICLE 3 PROTOCOLS

ARTICLE 3A. APPLICATION

3.1 The protocols set out in this Section 3 will apply in full to each *Covered Event*, unless the *Covid-19 Delegate* specifies otherwise in writing in accordance with Article 3.2.

3.2 Because the understanding of the COVID-19 pandemic is evolving rapidly from day to day, and because official authorities in different jurisdictions vary in the requirements they impose and the advice they give in relation to the pandemic and may change those requirements and/or that advice on short notice, the World Motor Sport Council has delegated authority to the *COVID-19 Delegate* to amend the protocols set out in this Section 3 (whether by adding to them or subtracting from them or otherwise varying them) as the *COVID-19 Delegate* deems necessary from one *Covered Event* to another, or even during a *Covered Event*. The *COVID-19 Delegate* will disseminate any such amendments to all *Stakeholders* in the *COVID-19 Delegate's Notes* (as defined below), and each *Stakeholder* will be responsible for distributing the *COVID-19 Delegate's Notes* to its *Attendees*.

3.3 The *COVID-19 Delegate* may also include operational guidance in the *COVID-19 Delegate's Notes* to guide *Stakeholders* and *Attendees* in the operation and implementation of this *COVID-19 Code*. Such guidance may be of general application or specific to a particular *Covered Event*.

ARTICLE 3B. DEFINITIONS AND INTERPRETATION

3.4 The following terms have the following meanings:

Approved Test Provider means the test provider appointed by the *FIA* or (if that provider is not able to provide tests in a specific locality) an alternative provider that is accredited by the national health authority of the country in which the laboratory operates.

Close contact means the *Attendee* in question (a) has been within two metres of an *infected* person either (i) for more than fifteen minutes, or (ii) while they were both in a confined space (e.g., a car); or (b) was in the same environment as an *infected* person (e.g., shared a workplace or was at the same gathering); or (c) provided direct care to an *infected* person without wearing appropriate *PPE*.

Délégué COVID-19 signifie la personne désignée par la FIA pour être responsable en son nom de la supervision de l'application du présent *Code COVID-19* lors d'une *Epreuve Couverte*.

Les **Notes du Délégué COVID-19** désignent le document de ce nom, émis de temps à autre par le *Délégué COVID-19*, contenant les amendements au présent *Code de Conduite COVID-19* et toute note ou directive d'ordre opérationnel, qu'elle soit d'application générale ou spécifique à une *Epreuve Couverte* en particulier.

Les **Symptômes de la COVID-19** sont la fièvre, la toux, l'essoufflement, la fatigue, les maux de tête, l'écoulement nasal (rhinite), le mal de gorge (pharyngite), la perte du goût ou de l'odorat, une éruption cutanée et/ou une décoloration des doigts ou des orteils (et/ou tout autre symptôme que l'Organisation Mondiale de la Santé peut préciser de temps à autre¹).

Application STC désigne l'application du Système de Traçage des Contacts à utiliser pour retrouver les personnes se trouvant sur le *Site* avec lesquelles une *Personne Présente*, utilisant l'*Application STC*, est entrée en *contact étroit*.

Apte à Participer signifie que la *Personne Présente de Profil 1* en question ne présente pas de facteurs de risque relatifs à la COVID-19 qui l'empêchent de participer à des *Epreuves Couvertes*. Plus précisément, la confirmation par une *Partie Prenante* qu'une *Personne Présente de Profil 1* est *Apte à Participer* à une *Epreuve Couverte* signifie que :

- 1) la *Personne Présente de Profil 1* a subi un *Test PCR* organisé par la *Partie Prenante* et effectué par un *Fournisseur de Tests Agréé* dans les 96 heures précédant son arrivée sur le *Site de l'Epreuve Couverte* en question (*Test Préalable à l'Epreuve*), et la *Partie Prenante* a reçu une communication de la *Personne Présente de Profil 1* ou du *Fournisseur de Tests Agréé* basée sur les résultats du test ; et
- 2) la *Partie Prenante* a conclu (en examinant soit une déclaration faite par la *Personne Présente de Profil 1* soit un questionnaire de dépistage et de profil de risques rempli par la *Personne Présente de Profil 1* et/ou par d'autres moyens) que la *Personne Présente de Profil 1* n'a pas de problèmes de santé sous-jacents ou d'autres facteurs de risque pertinents spécifiques à la COVID-19 (qu'elle crée des risques pour elle-même ou pour d'autres) qui impliquent qu'elle ne devrait pas assister à l'*Epreuve Couverte* en question, en tenant compte de tous les facteurs de risque applicables des directives nationales et de l'Organisation Mondiale de la Santé.

¹ Voir/see who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3

COVID-19 Delegate means the individual designated by the FIA to be the person responsible on its behalf for overseeing the operation of this *COVID-19 Code* at a *Covered Event*.

COVID-19 Delegate's Notes mean the document of that name issued from time to time by the *COVID-19 Delegate*, containing amendments to this *COVID-19 Code of Conduct* and any operational notes or guidance, whether of general application or specific to a particular *Covered Event*.

COVID-19 Symptoms means fever, cough, shortness of breath, fatigue, headache, runny nose (rhinitis), sore throat (pharyngitis), loss of sense of taste or smell, a skin rash, and/or discolouration of fingers or toes (and/or such other symptoms as the World Health Organisation may specify from time to time¹).

CTS App means the Contact Tracing System application to be used to trace people at the *Venue* with whom an *Attendee* using the *CTS App* has come into *close contact*.

Fit to Attend means that the *Profile 1 Attendee* in question has no COVID-19 risk factors that mean they should not attend *Covered Events*. More specifically, confirmation by a *Stakeholder* that a *Profile 1 Attendee* is *Fit to Attend* a *Covered Event* means that:

- 1) the *Profile 1 Attendee* has undergone one *PCR Test* organised by the *Stakeholder* and administered by an *Approved Test Provider* in the 96 hours prior to arrival at the *Venue* hosting the *Covered Event* in question (*Pre-Event Test*), and the *Stakeholder* has received a communication from the *Profile 1 Attendee* or from the *Approved Test Provider* based on the test results; and
- 2) the *Stakeholder* has concluded (either by reviewing a declaration made by the *Profile 1 Attendee* or a health screening and risk profiling questionnaire filled out by the *Profile 1 Attendee* and/or by other means) that the *Profile 1 Attendee* has no underlying health issues or other relevant risk factors specific to COVID-19 (whether creating risks for him/herself or others) that mean he/she should not attend the *Covered Event* in question, taking into account all applicable risk factors from national and World Health Organisation guidelines.

Groupe désigne les Personnes Présentes de Profil 1 liées à une Partie Prenante en particulier (par exemple, le “groupe Pirelli” ou le “groupe Promoteur”) ou qui travaillent pour un sous-traitant ou un fournisseur de la Partie Prenante mais qui interagiront exclusivement avec les Personnes Présentes de Profil 1 de cette Partie Prenante pendant l’Epreuve Couverte. Pour limiter les perturbations potentielles causées par un test positif sur le Site, les Parties Prenantes doivent, dans la mesure du possible, désigner comme faisant partie de Groupes distincts les plus petites catégories possibles de Personnes Présentes de Profil 1 qui lui sont liées (par exemple, le “groupe de l’équipe de la voie des stands”, le “groupe de l’unité de puissance”, etc.).

Infecté désigne un individu dont l’infection à la COVID-19 est confirmée.

Isolation désigne le confinement des personnes infectées dans une zone dédiée afin d’empêcher la transmission de la COVID-19 à d’autres personnes.

Un **masque de protection médical** désigne un masque de protection conforme à la Norme Européenne EN 14683:2019+AC:2019.

Test PCR désigne un test de Réaction de Polymérisation en Chaîne (utilisant le ou les échantillons corporels que le Fournisseur de Test Agréé peut préciser) pour la présence d’antigènes de la COVID-19, ou tout autre test que le Délégué COVID-19 peut spécifier.

EPI désigne les équipements de protection individuelle, tels qu’un masque de protection, un *masque de protection médical*, des lunettes, des lunettes de protection, des gants, etc.

Quarantaine signifie le confinement des personnes potentiellement infectées dans un endroit approprié sur le Site afin de permettre une surveillance et d’empêcher tout contact étroit avec les autres Personnes Présentes jusqu’à ce qu’un diagnostic puisse être établi.

Site désigne les Espaces Réservés, les Zones à Forte Densité, les Zones à Faible Densité et toute autre partie du lieu où se déroule l’Epreuve Couverte en question qui ne peut être accessible qu’aux personnes accréditées.

ARTICLE 3C. PROTOCOLES APPLICABLES EN TOUT TEMPS

3.5 Les Parties Prenantes doivent examiner et réviser leurs fonctionnements afin de s’assurer que les seules personnes qui se rendent sur le Site en leur nom sont des personnes dont la présence sur le Site est essentielle à l’organisation sûre et réussie de la Compétition et/ou de l’Epreuve Couverte en question.

Group means the *Profile 1 Attendees* affiliated with a particular *Stakeholder* (e.g., the ‘Pirelli group’, or the ‘Promoter group’) or who work for a sub-contractor or supplier of the *Stakeholder* but will be interacting exclusively with that *Stakeholder’s Profile 1 Attendees* during the *Covered Event*. To limit the potential disruption caused by a positive test at the *Venue*, *Stakeholders* should wherever possible designate the smallest possible categories of affiliated *Profile 1 Attendees* as separate *Groups* (e.g., the ‘pit crew group’, ‘the power unit group’, etc.).

Infected means an individual who has a confirmed COVID-19 infection.

Isolation means the confinement of *infected* persons to a dedicated area to prevent transmission of the COVID-19 to others.

Medical face mask means a face mask that complies with European Standard EN 14683:2019+AC:2019.

PCR Test means a Polymerase Chain Reaction test (using such bodily sample or samples as the *Approved Test Provider* may specify) for the presence of COVID-19 antigens, or such other test as the *COVID-19 Delegate* may specify.

PPE means personal protection equipment, such as a face mask, a *medical face mask*, glasses, goggles, gloves, etc.

Quarantine means separation of potentially *infected* persons in a suitable location at the *Venue* in order to allow monitoring and to prevent *close contact* with other *Attendees* until a diagnosis can be made.

Venue means the *Reserved Areas*, the *High Density Areas*, the *Low Density Areas*, and any other parts of the site where the *Covered Event* in question is staged that may only be accessed by accredited persons.

ARTICLE 3C. PROTOCOLS APPLICABLE AT ALL TIMES

3.5 Stakeholders shall review and revise their operations to ensure that the only persons who attend the *Venue* on their behalf are persons whose attendance at the *Venue* is essential to the safe and successful staging of the *Competition* and/or the *Covered Event* in question.

3.6 Les Parties Prenantes doivent fournir à leurs Personnes Présentes des copies du présent *Code COVID-19* et de tout amendement à celui-ci, doivent s'assurer que leurs Personnes Présentes sont pleinement informées des exigences du présent *Code COVID-19* (tel que modifié de temps à autre), et doivent s'assurer que leurs Personnes Présentes respectent les exigences du *Code COVID-19*.

3.7 Les Parties Prenantes doivent consacrer des ressources suffisantes pour leur permettre, ainsi qu'à leurs Personnes Présentes, de se conformer efficacement et sans délai au présent *Code COVID-19*, y compris (sans s'y limiter) l'organisation de *Tests Préalables à l'Epreuve* pour toutes leurs Personnes Présentes qui sont des *Personnes Présentes de Profil 1*, et la recherche et la fourniture de masques de protection (y compris les *masques de protection médicaux*) en quantité suffisante pour permettre leur remplacement après quatre heures d'utilisation, ainsi que d'autres *EPI*, à utiliser par les Personnes Présentes de Profil 1 pendant qu'elles se trouvent sur le Site et pendant leur voyage vers et depuis le Site.

3.8 Avant chaque *Epreuve Couverte* (en ce compris la seconde *Epreuve Couverte* dans le cas de deux *Epreuves Couvertes* consécutives organisées sur un même Site), chaque Partie Prenante doit fournir au Délégué COVID-19 et à d'autres selon les instructions du Délégué COVID-19 :

3.8.1 une liste à jour de toutes les Personnes Présentes qu'elle souhaite voir participer à l'*Epreuve Couverte* en son nom, et la désignation de chacune de ces Personnes Présentes comme *Personne Présente de Profil 1 ou Personne Présente de Profil 2* ;

3.8.2 la confirmation que chaque *Personne Présente de Profil 1* est *Apte à Participer à l'Epreuve Couverte* ;

3.8.3 la confirmation que chaque *Personne Présente* inscrite sur la liste a accepté par écrit d'être liée par le présent *Code COVID-19*, de s'en familiariser et de s'y conformer à tout moment (et la première fois que la *Personne Présente* est inscrite sur une telle liste, une copie de son accord écrit doit être jointe à la liste) ;

3.8.4 la confirmation que chaque *Personne Présente* listée acceptera les *Dépistages Primaires* (*Personnes Présentes de Profil 1 uniquement*) et le *Dépistage Secondaire* organisés par ou au nom de la FIA pendant l'*Epreuve Couverte* ;

3.8.5 la confirmation que chaque *Personne Présente* listée (a) acceptera de fournir les résultats de ces tests à la Partie Prenante ; et/ou (b) acceptera que le *Fournisseur de Tests Agréé* révèle à la Partie Prenante si la *Personne Présente* reste *Apte à Participer à l'Epreuve Couverte* sur la base des résultats de ces tests ;

3.6 Stakeholders shall provide their Attendees with copies of this COVID-19 Code and any amendments thereto, shall ensure their Attendees are fully informed about the requirements of this COVID-19 Code (as amended from time to time), and shall ensure their Attendees' compliance with the requirements of the COVID-19 Code.

3.7 Stakeholders shall devote sufficient resources to enable them and their Attendees to comply with this COVID-19 Code effectively and without delay, including (without limitation) organising Pre-Event Tests for any of their Attendees who are Profile 1 Attendees, and sourcing and supplying face masks (including medical face masks) in sufficient quantities to allow replacement after four hours' use, as well as other PPE, for use by those Profile 1 Attendees while they are at the Venue and while they are travelling to and from the Venue.

3.8 Before each Covered Event (including the second of two consecutive Covered Events staged at the same Venue), each Stakeholder must provide to the COVID-19 Delegate and to others as directed by the COVID-19 Delegate:

3.8.1 an up-to-date list of all of the Attendees that it wishes to attend the Covered Event on its behalf, and a designation of each of those Attendees as either a *Profile 1 Attendee* or a *Profile 2 Attendee*;

3.8.2 confirmation that each listed *Profile 1 Attendee* is *Fit to Attend the Covered Event*;

3.8.3 confirmation that each listed Attendee has agreed in writing to be bound by, to familiarise themselves with, and to comply at all times with this COVID-19 Code (and the first time the Attendee is included on such a list, a copy of their written agreement must be attached to the list);

3.8.4 confirmation that each listed Attendee will agree to Primary Testing (Profile 1 Attendees only) and Secondary Testing organised by or on behalf of the FIA during the Covered Event;

3.8.5 confirmation that each listed Attendee (a) will agree to provide the results of such testing to the Stakeholder; and/or (b) will agree to the Approved Test Provider disclosing to the Stakeholder whether the Attendee remains *Fit to Attend the Covered Event* based on the results of such testing;

3.8.6 la désignation du *Groupe* auquel chaque *Personne Présente de Profil 1* figurant sur la liste a été affectée, c'est-à-dire s'il s'agit simplement du *Groupe de la Partie Prenante*, ou d'un groupe plus restreint au sein de ce groupe plus large, ou, lorsque la *Partie Prenante* est un sous-traitant ou un fournisseur d'une autre *Partie Prenante* et qu'une ou plusieurs des *Personnes Présentes* figurant sur sa liste vont travailler exclusivement avec cette autre *Partie Prenante* pendant l'*Epreuve*, du *Groupe* de cette autre *Partie Prenante* (ou d'un groupe plus restreint au sein du *Groupe* de cette autre *Partie Prenante*) ; et

3.8.7 le nom d'une *Personne Présente* dans le *Groupe* global de chaque *Partie Prenante* (et non dans un groupe plus restreint au sein de ce groupe plus large) qui est chargée de contrôler la conformité des membres de ce *Groupe* au présent *Code COVID-19* et de signaler tout cas de non-conformité substantielle au *Délégué COVID-19*.

Seules les *Personnes Présentes* figurant sur la liste et pour lesquelles toutes les informations requises ont été fournies auront accès au *Site*. Seules les *Personnes Présentes de Profil 1* figurant sur la liste et pour lesquelles toutes les informations requises ont été fournies auront accès aux *Zones à Forte Densité* du *Site*.

3.9 Avant chaque *Epreuve Couverte*, si des circonstances surviennent et font qu'une *Personne Présente* n'est pas *Apte à Participer* à l'*Epreuve Couverte* (par exemple, si son test est positif à la COVID-19 ou si elle commence à souffrir de *Symptômes de la COVID-19* ou si elle a un *contact étroit* avec une personne souffrant de *Symptômes de la COVID-19*), la *Personne Présente* ne doit pas se déclarer *Apte à Participer*.

3.10 Pendant une *Epreuve Couverte*, chaque *Personne Présente* doit signaler immédiatement à sa *Partie Prenante*, ou à un professionnel de santé désigné par sa *Partie Prenante*, toute circonstance qui pourrait impliquer qu'elle n'est plus *Apte à Participer* à l'*Epreuve Couverte* (par exemple, si son test est positif à la COVID-19 ou si elle commence à souffrir de *Symptômes de la COVID-19* ou si elle a un *contact étroit* avec une personne souffrant de *Symptômes de la COVID-19*). Par la suite, la *Personne Présente* doit se conformer aux instructions de sa *Partie Prenante* et du *Délégué COVID-19*.

3.11 Une *Partie Prenante* doit surveiller en permanence et informer immédiatement le *Délégué COVID-19* si, au cours de l'*Epreuve Couverte*, des circonstances surviennent (telles qu'une divulgation par le *Fournisseur de Tests Agréé* concernant une *Personne Présente*, ou un rapport établi conformément à l'article 3.9) et indiquent que toute *Personne Présente* dans l'un de ses *Groupes* n'est plus, ou pourrait ne plus être, *Apte à Participer* à l'*Epreuve Couverte*. Par la suite, la *Partie Prenante* doit coopérer avec le *Délégué COVID-19* pour faire face à la situation, y compris en retirant la *Personne*

3.8.6 designation of the *Group* that each listed *Profile 1 Attendee* has been assigned to, i.e., whether simply to the *Stakeholder's Group*, or to a smaller group within that larger *Group*, or, where the *Stakeholder* is a sub-contractor or supplier of another *Stakeholder* and one or more of the *Attendees* on its list is going to work exclusively with that other *Stakeholder* during the *Event*, to that other *Stakeholder's Group* (or a smaller group within that other *Stakeholder's Group*); and

3.8.7 the name of one *Attendee* in each *Stakeholder's* overall *Group* (not any smaller group within that larger group) who is responsible for monitoring the compliance of members of that *Group* with this *COVID-19 Code* and for reporting any instances of material non-compliance to the *COVID-19 Delegate*.

Only *Attendees* on the list for whom all the required information has been provided will be given access to the *Venue*. Only *Profile 1 Attendees* on the list for whom all the required information has been provided will be given access to *High Density Areas* at the *Venue*.

3.9 Prior to each *Covered Event*, if any circumstances arise that mean an *Attendee* is not *Fit to Attend* the *Covered Event* (e.g., he/she tests positive for the COVID-19 or he/she starts to suffer from any *COVID-19 Symptoms* or he/she has any *close contact* with anyone suffering from *COVID-19 Symptoms*), the *Attendee* must not declare him/herself *Fit to Attend*.

3.10 During a *Covered Event*, each *Attendee* must report immediately to his/her *Stakeholder* or to a healthcare professional designated by his/her *Stakeholder* if any circumstances arise that may mean he/she is no longer *Fit to Attend* the *Covered Event* (e.g., he/she tests positive for the COVID-19 or he/she starts to suffer from any *COVID-19 Symptoms* or he/she has any *close contact* with anyone suffering from *COVID-19 Symptoms*). Thereafter the *Attendee* must comply with the instructions of his/her *Stakeholder* and the *COVID-19 Delegate*.

3.11 A *Stakeholder* must monitor continuously and advise the *COVID-19 Delegate* immediately if during the *Covered Event* any circumstances arise (such as a disclosure by the *Approved Test Provider* in respect of an *Attendee*, or a report made in accordance with Article 3.9) that indicate that any *Attendee* in one of its *Groups* is or may be no longer *Fit to Attend* the *Covered Event*. Thereafter the *Stakeholder* must cooperate with the *COVID-19 Delegate* in addressing the situation, including by removing the *Attendee* in question from the *Covered Event* if so required by the *COVID-19 Delegate*.

Présente en question de l'*Epreuve Couverte* si le *Délégué COVID-19* le demande.

ARTICLE 3D. PROTOCOLES APPLICABLES AVANT CHAQUE EPREUVE COUVERTE

3.12 Dans la mesure du possible, les *Parties Prenantes* doivent faire en sorte que les *Personnes Présentes* se rendent dans le pays du *Site* uniquement avec des membres du même *Groupe*. Les *Parties Prenantes* doivent fournir aux *Personnes Présentes* les moyens d'observer les mesures d'atténuation appropriées pendant la période de voyage (par exemple, la *Distanciation Sociale*, l'hygiène/le lavage des mains, l'utilisation de lingettes à base d'alcool, l'utilisation d'*EPI*).

Note explicative : Une *Personne Présente* qui est membre du personnel d'une *Partie Prenante* mais qui est affectée à un travail exclusif dans un *Groupe* d'une autre *Partie Prenante* pendant l'*Epreuve Couverte* peut se rendre dans le pays du *Site* soit avec ce *Groupe*, soit avec le *Groupe* de sa *Partie Prenante*.

3.13 Les personnes ne seront pas admises sur un *Site*, même si elles sont titulaires d'une accréditation valide, sauf si :

3.13.1 elles ont confirmé par écrit, sous une forme approuvée par la *FIA*, qu'elles acceptent d'être liées par le présent *Code COVID-19* et de s'y conformer ;

3.13.2 leur *Partie Prenante* a confirmé qu'elles sont *Aptes à Participer* (*Personnes Présentes de Profil 1* uniquement) ;

3.13.3 elles passent tous les contrôles (par exemple, contrôle de la température) administrés par les autorités nationales ou locales ou par l'*Organisateur* de l'*Epreuve Couverte* ; et

3.13.4 elles portent un *masque de protection médical* jusqu'à ce qu'elles atteignent un espace occupé uniquement par leur *Groupe* (*Personnes Présentes de Profil 1* uniquement).

ARTICLE 3E. PROTOCOLES APPLICABLES LORS D'UNE EPREUVE COUVERTE

3.14 Tout le temps passé par les *Personnes Présentes de Profil 1* en dehors du *Site* de l'*Epreuve Couverte* ou entre deux *Epreuves Couvertes* (par exemple, à l'hôtel) doit l'être avec d'autres membres du même *Groupe*, en limitant au maximum l'interaction avec des personnes extérieures à ce *Groupe*.

3.15 En dehors du *Site*, les *Personnes Présentes* doivent observer les mesures d'atténuation appropriées spécifiées par leurs *Parties Prenantes* (par exemple, l'hygiène/le lavage des mains, les lingettes à base d'alcool, les *EPI*). Les *Parties Prenantes* doivent fournir les *EPI* et autres ressources dont les

ARTICLE 3D. PROTOCOLS APPLICABLE PRIOR TO EACH COVERED EVENT

3.12 Wherever possible, *Stakeholders* shall arrange for *Attendees* to travel to the country of the *Venue* only with members of the same *Group*. *Stakeholders* shall provide *Attendees* with the means to observe appropriate mitigation measures during the period of travel (e.g., *Social Distancing*, hand-washing hygiene, use of alcohol-based hand wipes, use of *PPE*).

Guidance note: An *Attendee* who is a member of staff of one *Stakeholder* but is assigned to work exclusively in a *Group* of another *Stakeholder* during the *Covered Event* may travel to the country of the *Venue* either with that *Group* or with his/her *Stakeholder's Group*.

3.13 Individuals will not be admitted to a *Venue*, even if they hold valid accreditation, unless:

3.13.1 they have confirmed in writing in a form approved by the *FIA* their agreement to be bound by and to comply with this *COVID-19 Code*;

3.13.2 their *Stakeholder* has confirmed they are *Fit to Attend* (*Profile 1* *Attendees* only);

3.13.3 they pass any checks (e.g., temperature check) administered by the national or local authorities or the *Organiser* of the *Covered Event*; and

3.13.4 they wear a *medical face mask* until they reach a space occupied only by their *Group* (*Profile 1* *Attendees* only).

ARTICLE 3E. PROTOCOLS APPLICABLE DURING A COVERED EVENT

3.14 Any time that *Profile 1* *Attendees* spend outside the *Venue* during a *Covered Event* or between *Covered Events* (e.g., at a hotel) must be spent with other members of the same *Group*, keeping interaction with persons outside that *Group* to a minimum.

3.15 While outside the *Venue*, *Attendees* shall observe appropriate mitigation measures specified by their *Stakeholders* (e.g., hand-washing hygiene, alcohol-based hand wipes, *PPE*). *Stakeholders* shall provide the *PPE* and other resources that their *Attendees* require to observe such mitigation measures.

Personnes Présentes ont besoin pour respecter ces mesures d'atténuation.

3.16 Toutes les Personnes Présentes doivent suivre les procédures d'atténuation mises en place sur le Site, telles que le lavage régulier et efficace des mains (en utilisant des désinfectants pour les mains à base d'alcool si possible), le respect de couloirs piétons à sens unique et/ou des marquages au sol pour faciliter la Distanciation Sociale, et le port d'EPI.

3.17 Les Personnes Présentes de Profil 1 qui sont membres d'un même Groupe peuvent entreprendre des activités communes et partager un espace et des installations communs sur le Site sans observer de Distanciation Sociale (telle que définie ci-dessous).

Note explicative : Nonobstant la disposition 3.17, même lorsqu'elles n'interagissent qu'avec des membres du même Groupe, il est recommandé aux Personnes Présentes de Profil 1 de maintenir la Distanciation Sociale, ou bien de recourir à d'autres mesures d'atténuation telles que le port d'un masque de protection médical.

3.18 Chaque Personne Présente de Profil 1 :

3.18.1 doit réduire au minimum les interactions avec les membres des autres Groupes ;

3.18.2 doit porter un masque de protection médical chaque fois qu'elle se trouve dans un espace qui n'est pas exclusivement utilisé par les membres d'un même Groupe (par exemple, la voie des stands, la zone de vérifications techniques) ;

3.18.3 ne doit pas utiliser d'installations ou de services réservés à l'usage exclusif des membres d'un autre Groupe (par exemple, les espaces repas, les toilettes) ; et

3.18.4 doit limiter au maximum son utilisation des installations ou des services qui sont également ouverts aux personnes qui ne font pas partie de leur Groupe.

3.19 Chaque Personne Présente de Profil 1 doit à tout moment rester à une distance d'au moins deux mètres de toutes les Personnes Présentes qui ne sont pas membres de son Groupe (**Distanciation Sociale**). La seule exception à cette règle concerne les cas où une telle Distanciation Sociale compromettrait la sécurité, le respect des Règles Applicables ou des Lois Applicables, ou la capacité d'un Concurrent à participer à la Compétition en question. Dans ces cas uniquement, les Personnes Présentes en question ne sont pas tenues d'observer la Distanciation Sociale mais doivent porter un masque de protection médical (et/ou un autre EPI, selon les instructions du Délégué COVID-19) (à moins qu'il ne soit remplacé par une cagoule et un casque intégral couvrant les

3.16 All Attendees must follow the mitigation procedures put in place at the Venue, such as regular and effective washing of hands (using alcohol-based hand rubs where available), observance of one-way pedestrian systems and/or floor markings to facilitate Social Distancing, and wearing of PPE.

3.17 Profile 1 Attendees who are members of the same Group may undertake common activities and share common space and facilities at the Venue without observing Social Distancing (as defined below).

Guidance note: Notwithstanding clause 3.17, even when interacting only with members of the same Group, Profile 1 Attendees are recommended to maintain Social Distancing, or else to use alternative mitigation measures such as the wearing of medical face masks.

3.18 Each Profile 1 Attendee must:

3.18.1 keep to a minimum any interactions with any members of other Groups;

3.18.2 wear a medical face mask whenever in a space that is not exclusively used by members of the same Group (e.g., pit lane, scrutineering area);

3.18.3 not use any facilities or services that are dedicated for the exclusive use of members of another Group (e.g., dining areas, toilet facilities); and

3.18.4 keep to a minimum his/her use of any facilities or services that are also open for use by persons who are not in their Group.

3.19 Each Profile 1 Attendee must remain at least two metres distant from all Attendees who are not members of his/her Group (**Social Distancing**) at all times. The only exception to this is where such Social Distancing would jeopardise safety, compliance with Applicable Rules or Applicable Laws, or the ability of a Competitor to participate in the Competition in question. In such cases only, the Attendees in question do not have to observe Social Distancing but must wear a medical face mask (and/or other PPE, as directed by the COVID-19 Delegate) (unless superseded by a balaclava and full face helmet covering the eyes, nose and mouth) and complete the task in question as quickly as possible, while maintaining as much distance as possible from Attendees from other Groups.

yeux, le nez et la bouche) et accomplir la tâche en question aussi rapidement que possible, tout en gardant autant de distance que possible avec les *Personnes Présentes* des autres *Groupes*.

3.19.1 Une *Partie Prenante* qui est un fournisseur de produits ou de services communs à tous les *Concurrents* d'un *Championnat* (par exemple, pneus, télémétrie, caméras embarquées, etc.) aura dans son *Groupe* des *Personnes Présentes* qui devront interagir dans le paddock avec les *Personnes Présentes* d'un certain nombre d'autres *Groupes*. En plus de se conformer aux exigences de l'article 3.18 concernant ces interactions, ces *Parties Prenantes* peuvent spécifier d'autres mesures d'atténuation (telles que la création de créneaux horaires spécifiques pour l'interaction avec des *Groupes* différents) qui doivent être respectées par toutes les *Personnes Présentes* utilisant leurs produits ou services. Elles doivent communiquer ces mesures à tous ces utilisateurs avant l'*Epreuve Couverte* en question, en mettant le *Délégué COVID-19* en copie.

3.19.2 Une *Partie Prenante* qui fournit des produits ou des services communs à tous les *Concurrents* dans plus d'un paddock doit avoir des *Groupes* séparés pour chaque paddock.

3.19.3 Une *Partie Prenante* qui est un fournisseur de produits ou de services pour certains *Concurrents* mais pas tous (par exemple, freins, composants de la chaîne cinématique) ne peut pas se prévaloir des exceptions énoncées ci-dessus dans le présent article 3.18. Au lieu de cela, si le fournisseur de la *Partie Prenante* souhaite que ses *Personnes Présentes* interagissent avec les *Personnes Présentes* du *Profil 1* d'un *Concurrent* lors d'une *Epreuve Couverte*, le *Concurrent* doit désigner les *Personnes Présentes* du fournisseur de la *Partie Prenante* comme membres du *Groupe* du *Concurrent*/de l'un des *Groupes* du *Concurrent*. Les *Personnes Présentes* de ces fournisseurs des *Parties Prenantes* ne seront pas autorisées à accéder aux *Zones à Forte Densité* sur le *Site* si elles ne sont pas incluses par un *Concurrent* dans son *Groupe*/l'un de ses *Groupes*.

3.20 Tous les *masques de protection médicaux* et autres *EPI* usagés doivent être traités comme des déchets cliniques et doivent être jetés dans des poubelles fermées fournies par l'*Organisateur*.

3.21 Les *Personnes Présentes de Profil 1* sont invitées à télécharger et à activer l'*Application STC* (et à la maintenir activée à tout moment pendant l'*Epreuve Couverte*) sur une base volontaire.

3.21.1 Chaque *Personne Présente de Profil 1* qui choisit d'utiliser l'*Application STC* doit la garder allumée, connectée à système Bluetooth et sur un appareil qu'elle garde sur elle en permanence (sauf si cela peut être dangereux, par exemple,

3.19.1 A *Stakeholder* that is a supplier of shared products or services to all *Competitors* in a *Championship* (e.g. tyres, telemetry, on-board cameras, etc.) will have *Attendees* in its *Group* that have to interact within the paddock with *Attendees* from a number of other *Groups*. In addition to complying with the requirements of Article 3.18 in respect of such interactions, such *Stakeholders* may specify further mitigation measures (such as creating specific time-slots for interaction with different *Groups*) that must be respected by all *Attendees* using their products or services. They must communicate these measures to all such users prior to the *Covered Event* in question, copying the *COVID-19 Delegate*.

3.19.2 A *Stakeholder* that is supplying shared products or services to all *Competitors* in more than one paddock must have separate *Groups* for each paddock.

3.19.3 A *Stakeholder* that is a supplier of products or services to some but not all *Competitors* (e.g. brakes, drivetrain components) may not rely on the exceptions set out above in this Article 3.18. Instead, if the *Stakeholder* supplier wishes to have its *Attendees* interact with *Profile 1 Attendees* of a *Competitor* at a *Covered Event*, the *Competitor* must designate the *Stakeholder* supplier's *Attendees* as members of the *Competitor's Group*/one of the *Competitor's Groups*. *Attendees* of such *Stakeholder* suppliers will not be permitted access to *High Density Areas* at the *Venue* if they are not included by a *Competitor* in its *Group*/one of its *Groups*.

3.20 All used *medical face masks* and other *PPE* are to be treated as clinical waste and must be disposed of in closed waste receptacles provided by the *Organiser*.

3.21 *Profile 1 Attendees* are asked to download and activate the *CTS App* (and keep it activated at all times during the *Covered Event*) on a voluntary basis.

3.21.1 Each *Profile 1 Attendee* who chooses to use the *CTS App* should keep it powered, connected to Bluetooth, and operating on a device that is kept on his/her person at all times (except where this may be unsafe, e.g., a *Driver* on the track).

un Pilote sur la piste). Si la Personne Présente est ou peut être infectée, elle doit entrer le code unique fourni par le Fournisseur de Tests Agréé dans l'Application STC, afin de permettre la notification automatique aux autres Personnes Présentes avec lesquelles elle a été en *contact étroit* et qui utilisent également l'Application STC. Les Personnes Présentes de Profil 1 qui rencontrent des problèmes d'utilisation de l'Application STC doivent immédiatement contacter le(s) représentant(s) de l'Application STC sur le Site.

3.21.2 Chaque Personne Présente de Profil 1 qui choisit de ne pas utiliser l'Application STC doit tenir une liste complète et précise de toutes les autres Personnes Présentes avec lesquelles elle est en *contact étroit* pendant son voyage et/ou pendant chaque Epreuve Couverte. Si elle est ou peut être infectée, elle doit immédiatement fournir cette liste à sa Partie Prenante ou au Délégué COVID-19.

3.22 Chaque Partie Prenante doit veiller à ce que chacune des Personnes Présentes de Profil 1 passe un Test PCR effectué par le Fournisseur de Test Agréé sur le Site (1) au plus tard cinq jours après la date à laquelle elle a passé son Test Préalable à l'Epreuve ; et (2) au moins une fois tous les cinq jours par la suite, tant qu'elle continue à se rendre sur le Site après la course, ainsi que dans l'intervalle entre deux Epreuves Couvertes organisées au cours de semaines consécutives sur le même Site (ensemble, les **Dépistages Primaires**). Une Personne Présente peut refuser de se soumettre à ces Dépistages Primaires à tout moment, mais dans ce cas, elle doit quitter immédiatement les Zones à Forte Densité et ne sera pas réadmise dans une telle Zone. Une Partie Prenante doit confirmer, à la demande de la FIA, que toutes les Personnes Présentes de Profil 1 ont satisfait à cette exigence de Dépistages Primaires ; et doit exclure de toutes les Zones à Forte Densité toutes les Personnes Présentes de Profil 1 qui ne satisfont pas à cette exigence de Dépistages Primaires.

3.23 Une Personne Présente qui commence à souffrir de tout Symptôme de la COVID-19 alors qu'elle se trouve en dehors du Site doit se rendre immédiatement au centre médical le plus proche, selon les instructions de sa Partie Prenante.

3.24 Une Personne Présente qui commence à souffrir de Symptômes de la COVID-19 pendant qu'elle se trouve sur le Site, ou qui a un Dépistage Primaire positif, ou qui est identifiée (soit par l'Application STC, soit par le traçage manuel des contacts) comme ayant eu un contact étroit avec une personne qui est ou peut être une personne infectée, doit se présenter immédiatement en Quarantaine et passer un Test PCR effectué par le Fournisseur de Tests Agréé (**Dépistage Secondaire**). Si l'infection est confirmée, elle doit se présenter immédiatement à la zone d'Isolement désignée sur le Site et suivre les instructions du représentant des autorités sanitaires locales en poste sur place.

If the Attendee is or may be infected, he/she should enter the unique code provided by the Approved Test Provider in the CTS App, so as to allow the automatic notification to other Attendees with whom he/she has been in *close contact* and who are also using the CTS App. Profile 1 Attendees who experience any problems operating the CTS App should immediately contact the CTS App representative(s) at the Venue.

3.21.2 Each Profile 1 Attendee who chooses not to use the CTS App must maintain a complete and accurate list of each other Attendee with whom he/she has *close contact* while travelling to and/or during each Covered Event. If he/she is or may be infected, he/she must provide that list to his/her Stakeholder or the COVID-19 Delegate immediately.

3.22 Each Stakeholder must ensure that each of its Profile 1 Attendees takes a PCR Test administered by the Approved Test Provider at the Venue (1) no more than five days after the date that he/she took his/her Pre-Event Test; and (2) at least once every five days thereafter for so long as he/she continues to attend at the Venue after the race, as well as in the interval between two Covered Events held in consecutive weeks at the same Venue (together, **Primary Testing**). An Attendee may decline to submit to such Primary Testing at any time, but in that case he/she must leave the High Density Areas immediately, and he/she will not be re-admitted to any High Density Areas. A Stakeholder must confirm upon request by the FIA that all of its Profile 1 Attendees have complied with this Primary Testing requirement; and must exclude from all High Density Areas any of its Profile 1 Attendees who does not comply with this Primary Testing requirement.

3.23 An Attendee who begins to suffer from any COVID-19 Symptoms while outside the Venue must report immediately to the nearest medical facility, as directed by his/her Stakeholder.

3.24 An Attendee who begins to suffer from any COVID-19 Symptoms while at the Venue, or has a positive Primary Test, or is identified (either via the CTS App or by manual contact tracing) as having had any *close contact* with a person who is or may be an infected person, must report immediately to Quarantine and take a PCR Test administered by the Approved Test Provider (**Secondary Testing**). If infection is confirmed, he/she must report immediately to the designated Isolation area at the Venue and follow the instruction of the local healthcare authority representative on duty there.

ARTICLE 3F. PROTOCOLES APPLICABLES APRES LA FIN D'UNE EPREUVE COUVERTE

3.25 Dans la mesure du possible, les *Parties Prenantes* doivent faire en sorte que les *Personnes Présentes* quittent le pays hôte après l'*Epreuve Couverte* uniquement avec des membres du même *Groupe*. Les *Parties Prenantes* doivent fournir aux *Personnes Présentes* les moyens d'observer les mesures d'atténuation appropriées pendant la période de voyage (par exemple, la *Distanciation Sociale*, l'hygiène/le lavage des mains, l'utilisation de lingettes à base d'alcool, l'utilisation d'*EPI*).

Note explicative (1) : Une *Personne Présente* qui est membre du personnel d'une *Partie Prenante* mais qui a été affectée à un travail exclusif dans un *Groupe* d'une autre *Partie Prenante* pendant l'*Epreuve Couverte* peut quitter le pays hôte après l'*Epreuve Couverte*, soit avec ce même *Groupe*, soit avec des membres du premier *Groupe* de la *Partie Prenante*.

Note explicative (2) : Lorsqu'une *Partie Prenante* est impliquée dans deux *Epreuves Couvertes* qui se déroulent au cours de semaines consécutives sur le même *Site*, elle doit, dans la mesure du possible, éviter que ses *Personnes Présentes* quittent leur lieu d'hébergement entre les deux *Epreuves Couvertes*.

3.26 Si une *Personne Présente* développe des *Symptômes de la COVID-19* ou si son test est positif à la COVID-19 dans les 14 jours suivant la fin d'une *Epreuve Couverte*, elle doit le signaler immédiatement à sa *Partie Prenante* ou à un professionnel de santé désigné par sa *Partie Prenante*, et fournir des renseignements sur toutes les *Personnes Présentes* avec lesquelles elle a été en *contact étroit* pendant cette période. La *Partie Prenante* ou le professionnel de santé informera alors le *Délégué COVID-19* que la *Personne Présente* ne doit plus assister aux *Epreuves Couvertes*, et le *Délégué COVID-19* assurera le suivi nécessaire en ce qui concerne les *Personnes Présentes* avec lesquelles elle a été en *contact étroit*.

ARTICLE 4 PROCESSUS

4.1 Toute non-conformité substantielle aux exigences du présent *Code COVID-19* doit être signalée sans délai au *Délégué COVID-19*.

4.2 Une décision du *Délégué COVID-19* d'expulser une *Personne Présente* et/ou de lui refuser l'accès à tout ou partie d'une *Epreuve Couverte* sur la base d'une évaluation selon laquelle la *Personne Présente* est, ou pourrait être, *infectée* est définitive et ne peut être contestée, quelque soient les motifs et l'instance.

ARTICLE 3F. PROTOCOLS APPLICABLE AFTER A COVERED EVENT

3.25 Wherever possible, *Stakeholders* shall arrange for *Attendees* to travel away from the host country after the *Covered Event* only with members of the same *Group*. *Stakeholders* shall provide *Attendees* with the means to observe appropriate mitigation measures during the period of travel (e.g., *Social Distancing*, hand-washing hygiene, use of alcohol-based hand wipes, use of *PPE*).

Guidance note (1): An *Attendee* who is a member of staff of one *Stakeholder* but was assigned to work exclusively in a *Group* of another *Stakeholder* during the *Covered Event* may travel away from the host country after the *Covered Event* either with that same *Group* or with members of the first *Stakeholder's Group*.

Guidance note (2): Where a *Stakeholder* is involved in two *Covered Events* held in consecutive weeks at the same *Venue*, it should wherever possible avoid its *Attendees* travelling away from the vicinity of their accommodation in between the two *Covered Events*.

3.26 If an *Attendee* develops any *COVID-19 Symptoms* or tests positive for the COVID-19 within 14 days of the end of a *Covered Event*, he/she must report this immediately to his/her *Stakeholder* or to a healthcare professional designated by his/her *Stakeholder*, and provide details of all *Attendees* with whom he/she was in *close contact* during that time. The *Stakeholder* or healthcare professional will then advise the *COVID-19 Delegate* that the *Attendee* should no longer attend *Covered Events*, and the *COVID-19 Delegate* will follow up as necessary in respect of *Attendees* with whom that *Attendee* had been in *close contact*.

ARTICLE 4 PROCESS

4.1 Any material non-compliance with the requirements of this *COVID-19 Code* must be reported without delay to the *COVID-19 Delegate*.

4.2 A decision by the *COVID-19 Delegate* to eject an *Attendee* from and/or deny an *Attendee* access to all or part of any *Covered Event* based on an assessment that the *Attendee* is or may be *infected* is final and may not be challenged on any grounds in any forum.

4.3 Bien que les protocoles énoncés dans le présent *Code COVID-19* soient conçus pour réduire le risque de transmission à la COVID-19, chaque *Partie Prenante* et chaque *Personne Présente* reconnaît qu'il n'est pas possible d'éliminer entièrement ce risque. Chaque *Personne Présente* assume le risque de maladie ou de décès lié à la COVID-19 à la suite de sa participation à une *Epreuve Couverte*, et (conformément à l'article 1.1.3 du Code Sportif International) accepte (en son nom propre et au nom de sa succession, de ses héritiers et ayants droit) que la *FIA* et ses directeurs, dirigeants, employés, agents et officiels n'assument aucune responsabilité en ce qui concerne une telle maladie ou un tel décès, à moins qu'il ne soit prouvé que la maladie ou le décès résulte d'une faute intentionnelle ou d'une négligence grave de la *FIA*. La *Personne Présente* ne déposera aucune réclamation qui soit incompatible avec la phrase précédente, et chaque *Partie Prenante* accepte de ne pas déposer une telle réclamation et fera en sorte que ses *Personnes Présentes* ne déposent aucune réclamation qui soit incompatible avec la phrase précédente.

4.4 À moins qu'il n'en soit convenu autrement avec la *FIA* :

4.4.1 Le présent *Code COVID-19* et toute réclamation ou controverse découlant du présent *Code COVID-19* ou s'y rapportant seront exclusivement régis par le droit français et interprétés conformément à celui-ci, sans tenir compte des principes de conflit de lois qui pourraient imposer l'application des lois d'une autre juridiction.

4.4.2 Toute réclamation ou controverse découlant du présent *Code COVID-19* ou s'y rapportant (1) sera définitivement réglée en vertu du Code Sportif International et du Règlement Disciplinaire et Juridictionnel de la *FIA* et conformément à ceux-ci ; ou (2) (lorsque la réclamation ou la controverse en question ne relève pas du champ d'application du Règlement Disciplinaire et Juridictionnel de la *FIA*) sera tranchée exclusivement par le Tribunal Judiciaire de Paris.

4.4.3 Lorsque le *Délégué COVID-19* considère qu'une *Personne Présente* devrait être expulsée d'une ou plusieurs *Epreuves Couvertes* et se voir refuser tout accès ultérieur à celles-ci, non pas en raison d'un risque qu'elle soit ou puisse être *infectée*, mais plutôt en raison de sa violation délibérée, grave ou répétée du *Code COVID-19*, le *Délégué COVID-19* doit soumettre un rapport aux commissaires sportifs, qui procéderont conformément à l'article 11.9 du Code Sportif International.

4.4.4 Lorsque le *Délégué COVID-19* considère qu'une *Personne Présente* a délibérément ou gravement ou de manière répétée enfreint le *Code COVID-19*, le *Délégué COVID-19* doit soumettre un rapport aux commissaires sportifs, qui procéderont conformément à l'article 11.9 du Code Sportif International.

4.3 While the protocols set out in this *COVID-19 Code* are designed to reduce the risk of transmission of the COVID-19, each *Stakeholder* and each *Attendee* acknowledges that it is not possible to eliminate that risk entirely. Each *Attendee* assumes the risk of suffering an illness or fatality related to COVID-19 as a result of his/her participation in a *Covered Event*, and (in accordance with Article 1.1.3 of the International Sporting Code) agrees (on his/her own behalf, and on behalf of his/her estate, heirs, successors and assigns) that the *FIA* and its directors, officers, employees, agents and officials shall bear no liability in respect of any such illness or fatality unless it is proven that the illness or fatality was suffered as a result of the *FIA*'s willful misconduct or gross negligence. The *Attendee* will not bring any claim that is inconsistent with the foregoing sentence, and each *Stakeholder* agrees not to bring and will procure that its *Attendees* do not bring any claim that is inconsistent with the foregoing sentence.

4.4 Unless otherwise agreed with the *FIA*:

4.4.1 This *COVID-19 Code* and any claim or controversy arising out of, or relating to, this *COVID-19 Code* shall be exclusively governed by, and construed in accordance with, French law, without regard to any conflict of law principles that could mandate the application of laws of another jurisdiction.

4.4.2 All claims or controversies arising out of, or relating to, this *COVID-19 Code* (1) shall be finally settled under, and in accordance with, the International Sporting Code and the *FIA Judicial and Disciplinary Rules*; or (2) (where the claim or controversy in question falls outside the scope of the *FIA Judicial and Disciplinary Rules*) shall be determined exclusively by the *Tribunal Judiciaire de Paris*.

4.4.3 Where the *COVID-19 Delegate* considers that an *Attendee* should be ejected from and denied any further access to a *Covered Event(s)* not because of a risk that he/she is or may be *infected* but instead based on his/her deliberate or serious or repeated breach of the *COVID-19 Code*, the *COVID-19 Delegate* shall submit a report to the *Stewards*, who shall proceed in accordance with Article 11.9 of the International Sporting Code.

4.4.4 Where the *COVID-19 Delegate* considers that a *Stakeholder* has deliberately or seriously or repeatedly breached the *COVID-19 Code*, the *COVID-19 Delegate* shall submit a report to the *Stewards*, who shall proceed in accordance with Article 11.9 of the International Sporting Code.



Allegato 13

· Sindacato 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

DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI E IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA DEI COMPONENTI DEL COMITATO TECNICO SCIENTIFICO (CTS)

Questo documento consiste di TRE parti, i suoi **Dettagli Personalisi**, la **Dichiarazione Pubblica di Interessi** e l'**Impegno alla Riservatezza**. Tutte le parti devono essere debitamente compilate. **Tutte le pagine devono essere firmate e datate**. Eventuali campi non pertinenti o applicabili devono essere comunque barrati. Se il documento è compilato a mano, assicurarsi che le informazioni richieste siano scritte in maniera leggibile.

DETTLAGLI PERSONALI

Io, (Titolo) (Nome) (Cognome)

Azienda o Istituzione di appartenenza/riferimento

Indirizzo professionale

Indirizzo e-mail

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiero e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000, in fede dichiaro di aver preso visione di quanto riportato nella sezione **"DEFINIZIONI EDISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE"** presente nella parte finale del presente documento e di non detenere, a mia conoscenza, altri interessi attuali, potenziali o apparenti, diretti o indiretti nelle attività istituzionali del Comitato Tecnico Scientifico oltre a quelli di seguito elencati:

Tabella 1. DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI¹

Interessi nell'industria farmaceutica	NO	Attualmente	Da 0 a 3 anni precedenti	oltre 3 anni precedenti
INTERESSI DIRETTI:				
1.1 Impiego per una società: Ruolo esecutivo in una società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Impiego per una società: Ruolo guida nello sviluppo di un prodotto farmaceutico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Impiego per una società: altre attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Consulenza per una società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Consulente strategico per una società	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Interessi finanziari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Titolarità di un brevetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INTERESSI INDIRETTI:				
6. Sperimentatore principale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sperimentatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sovvenzioni o altri fondi finanziari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Interessi Familiari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma: Data:

¹ Selezionando una qualsiasi casella nella parte grigia (interessi dichiarati), si dovranno fornire nelle pagine successive informazioni aggiuntive riguardanti l'azienda e i prodotti. Dichiarendo un interesse nella tabella ma non fornendo le informazioni pertinenti nelle pagine successive, il modulo sarà restituito affinché venga completato.

UNICO; AND
FLY INB



Scritto 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

Tabella 2. DETTAGLI DELLA DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESI

(da compilare per tutte quelle voci per le quali si è selezionata una casella grigia in Tabella 1, altrimenti barrare comunque la casella ed apporre in calce data e firma)

	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Prodotti Elencare tutti i prodotti per cui Lei ha avuto un ruolo di responsabilità	Note
1. Impiego in una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Prodotti Elencare tutti i prodotti per cui Lei ha agito in qualità di consulente ai fini del loro sviluppo	Note
2. Consulenza per una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Note
3. Consulente strategico per una società				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia degli interessi finanziari	
4. Interessi finanziari				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Note
5. Titolarità di un brevetto				

Firma: Data:



· Scheda di dichiarazione dei interessi

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

Tabella 2. DETTAGLI DELLA DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESI (segue)

(da compilare per tutte quelle voci per le quali si è selezionata una casella grigia in Tabella 1, altrimenti barrare comunque la casella ed apporre in calce data e firma)

	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Note
6. Sperimentatore principale				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Area di attività / Prodotto	Note
7. Sperimentatore				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia dell'interesse	
8. Sovvenzioni o altri fondi finanziari			Tipologia dell'interesse	
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia dell'interesse	
9. Interessi attuali, potenziali, apparenti in altri ambiti pubblici e privati				
	Periodo di attività	Azienda o Istituzione di appartenenza / riferimento	Tipologia dell'interesse	
10. Interessi familiari				

Firma:

Data:



Servizio 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

Oltre agli interessi sopra dichiarati, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiera e falsità negli atti richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, in fede dichiaro di NON DETENERE nessun altro interesse o fatto di cui ritengo debbano essere portati a conoscenza il Comitato Tecnico Scientifico e il pubblico.
In caso di qualsiasi altro interesse o fatto, specificare di seguito:

Nel caso ci fosse qualsiasi cambiamento a quanto sopra dichiarato dovuto alla mia acquisizione di interessi aggiuntivi, sarà mia cura notificarli prontamente al Comitato Tecnico Scientifico e compilare una nuova Dichiarazione di Interessi specificando i cambiamenti.

Questa dichiarazione non mi esenta dall'obbligo di dichiarare qualsiasi potenziale conflitto di interesse che si dovesse presentare all'inizio o nel corso di qualsiasi attività del Comitato Tecnico Scientifico alla quale io parteciperò.

Firma: Data:

I conflitti d'interesse sono classificati in 3 categorie (Vedi la sezione "GRIGLIA PER LA VALUTAZIONE DEI CONFLITTI DI INTERESSE" presente nella parte finale del presente documento):

- a) Interessi diretti: agli interessi diretti è attribuito il più alto livello di rischio (**livello 3**);
- b) Interessi indiretti: agli interessi indiretti un livello di rischio intermedio (**livello 2**);
- c) Nessun interesse dichiarato: viene assegnato il livello di rischio basso nell'ipotesi in cui non sia dichiarato alcun interesse (**livello 1**).



• Sindacato 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

IMPEGNO ALLA RISERVATEZZA

In considerazione delle seguenti definizioni:

"Attività del CTS" comprende qualsiasi riunione (incluse riunioni preparatorie e di *follow-up*, discussioni o qualsiasi altra attività correlata) del Comitato Tecnico Scientifico, dei suoi Gruppi di Lavoro, di gruppi di esperti o qualsiasi riunione equiparata, che operi come gruppo esperto su valutazioni scientifiche o sulle altre indicazioni, raccomandazioni del Comitato.

"Informazioni Confidenziali" comprende tutte le informazioni, fatti, dati ed ogni altro argomento di cui io vengo a conoscenza, direttamente o indirettamente, come risultato della mia partecipazione alle attività del CTS.

"Documentazione Confidenziale" comprende tutte le bozze, informazioni preparatorie, documenti o ogni altro materiale, insieme a qualunque altra informazione ivi contenuta, ai quali io abbia accesso, direttamente o indirettamente, come risultato della mia partecipazione alle attività del CTS. Inoltre, qualsiasi registrazione o nota da me fatta riguardo a informazioni confidenziali o documentazione confidenziale sarà trattata come documentazione confidenziale.

Poiché io potrei essere invitato a partecipare, direttamente o indirettamente, ad alcune attività del CTS mi impegno:

1. a trattare tutte le informazioni confidenziali e la documentazione confidenziale in condizioni di stretta riservatezza.
2. a non rivelare (o autorizzare qualsiasi persona a rivelare) in ogni modo a qualsiasi parte terza qualunque informazione confidenziale o documentazione confidenziale.
3. a non usare (o autorizzare qualsiasi persona a usare) qualsiasi informazione confidenziale o documentazione confidenziale tranne che per scopi attinenti al mio lavoro collegato alle attività del CTS.
4. a eliminare la documentazione confidenziale come materiale confidenziale nel momento in cui non abbia più necessità del suo utilizzo.
5. a non divulgare, se non espressamente autorizzato, qualsiasi atto o documento di cui sono venuto in possesso, ovvero ogni informazione a qualunque titolo acquisita in funzione del coinvolgimento nelle attività del CTS.

Il rispetto degli obblighi di cui sopra non viene meno con il termine dell'incarico assegnato; pertanto l'impegno non ha limite temporale, ma non si applica ai documenti o alle informazioni che il sottoscritto possa ragionevolmente provare fossero già a sua conoscenza in un periodo precedente la data di sottoscrizione di questo modulo, ovvero che divengano di pubblico dominio per motivo diverso dall'inadempienza di uno degli impegni sopra indicati.

Confermo che le informazioni dichiarate su questo modulo sono accurate per quanto di mia conoscenza e acconsento che queste informazioni siano conservate anche elettronicamente e, se ritenuto opportuno dal CTS, pubblicate sul sito web del Dipartimento della Protezione Civile.

Dichiaro di autorizzare il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 DLgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) ai fini dell'espletamento delle attività istituzionali del Comitato Tecnico Scientifico.

Firma:

Data:



Scritto 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

DEFINIZIONI ED ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

DEFINIZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI (Cdl):

"un soggetto che assume un incarico di qualunque genere (politico, di lavoro, collaborazione, ecc.) presso una pubblica amministrazione è tenuto ad agire con imparzialità e nell'esclusivo interesse pubblico. la situazione di conflitto di interesse quindi si verifica tutte le volte che un interesse diverso (patrimoniale o meno) da quello primario della pubblica amministrazione si presenta come capace di influenzare l'agire del soggetto titolare dell'incarico.

Il Cdl è **attuale** (anche detto reale) quando si manifesta durante il processo decisionale del soggetto decisore. In altri termini, l'interesse primario (pubblico) e quello secondario (privato) entrano in conflitto proprio nel momento in cui è richiesto al soggetto decisore di agire in modo indipendente, senza interferenze.

Il Cdl è **potenziale** quando il soggetto decisore avendo un interesse secondario, anche a seguito del verificarsi di un certo evento (es. accettazione di un regalo o di un'altra utilità), può arrivare a trovarsi, in un momento successivo, in una situazione di Cdl attuale. Il conflitto potenziale può nascere anche da una promessa.

Il Cdl è **apparente** (anche detto Cdl percepito) quando una persona ragionevole potrebbe pensare che l'interesse primario del soggetto decisore possa venire compromesso da interessi secondari di varia natura (es. sociali e finanziari). Nel conflitto apparente, quindi, la situazione è tale da poter danneggiare seriamente la pubblica fiducia del soggetto decisore, anche quando lo stesso non è portatore di nessun interesse secondario

"Impiego in una società" si intende qualsiasi attività – anche a titolo gratuito – prestata in favore o in collaborazione di una società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi:

1. Ruolo esecutivo in una società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi (President/Vicepresident, Chief Executive Officer, Chief Scientific Officer, Amministratore/Direttore Esecutivo/Associato).
2. Ruolo guida nello sviluppo di un prodotto commercializzato o da commercializzare (Clinical programme/project manager position, Product manager/specialist position, Programme leader/manager position, Project leader/manager position).
3. Qualsiasi altra attività non contemplata nelle precedenti categorie 1 e 2.

"Consulenza per una società" si intende un'attività in cui gli esperti interessati forniscono pareri o servizi ad una società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi a prescindere da accordi contrattuali o da qualunque altra forma di remunerazione. Quando l'esperto è chiamato dal CTS (o dal Capo del Dipartimento della Protezione Civile ovvero dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19) a rendere uno *scientific advice* non si configura conflitto.

Per ruolo di **"consulente strategico per una società"** si intende che l'esperto partecipa con diritto di voto, o possibilità di condizionare i risultati della votazione, ad un Comitato (Scientifico) di consulenza/Comitato Direttivo con la funzione di fornire consulenza/esprimere pareri sulla (futura) strategia, attività di direzione e sviluppo di una società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi, sia in termini di strategia generale o strategia relativa al prodotto, a prescindere dagli accordi contrattuali o da qualunque altra forma di remunerazione.

Per **"Interessi finanziari"** si intendono:

- a) Il possesso di azioni di una società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi ad esclusione dei fondi d'investimento/pensione



• Sindacato 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

amministrati indipendentemente;

- b) Indennizzi, emolumenti, onorari, salari pagati direttamente da una società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi.
- c) Diritti derivanti da Proprietà intellettuale compresi i brevetti, marchi registrati, know how e/o diritti di autore relativi a prodotti commerciali, posseduto/i dall'individuo o per i quali l'individuo ne sia diretto beneficiario.

"Titolarità di un brevetto" si intende la titolarità di un brevetto per un prodotto posseduto sia dal soggetto che dall'Ente o Istituzione di appartenenza del soggetto. Sono escluse dalla titolarità la sola invenzione del brevetto e le titolarità brevettuali in cui il soggetto non ha un diretto o indiretto interesse finanziario e non possiede alcun diritto nello sviluppo dello stesso brevetto.

"Sperimentatore principale" è lo sperimentatore responsabile per il coordinamento di altri sperimentatori in differenti centri clinici che prendono parte ad uno studio multicentrico sponsorizzato da una industria farmaceutica, o nel caso di uno studio monocentrico, lo sperimentatore responsabile dello specifico studio effettuato in un solo centro, sponsorizzato da una industria farmaceutica o ancora lo sperimentatore coordinatore a livello nazionale di un trial multinazionale che sottoscrive la relazione finale sullo studio clinico.

"Sperimentatore" è uno sperimentatore coinvolto in uno studio clinico in uno specifico centro clinico che può essere lo sperimentatore responsabile dello studio in quello specifico centro o un membro del team dello studio clinico che attua le procedure inerenti allo studio clinico e assume importanti decisioni relative allo stesso.

Per le **"Sovvenzioni o altri fondi finanziari"** si intende qualsiasi emolumento erogato da società farmaceutiche o da società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi e ricevuto dall'organizzazione o istituzione alla quale il soggetto appartenga, o per la quale il soggetto ponga in essere qualsiasi tipo di attività o il soggetto sia supportato nelle sue attività, anche non relative al lavoro di ricerca, da tali organizzazioni.

Per **"familiari"** s'intendono il coniuge, il convivente *more uxorio* e i parenti di primo grado in linea retta (ascendente e discendente).

Griglia per la valutazione dei Conflitti di Interesse

Nome e Cognome:

Data della pubblica dichiarazione di interessi e di riservatezza (DoI):

Status		Length of involvement (in years)	Organi decisionali e di controllo (DG, CdA, CdR e OIV)	Componenti CTS, CPR	Incontri specifici gruppi di esperti	Gruppi di lavoro o singoli esperti esterni (pareri)	(Co)-Rapporteur	Dipendenti	Osservatori	Ispettori
INTERESSI DIRETTI	Impiego per una società: Ruolo esecutivo o di responsabile per la strategia e le operazioni di direzione in una società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi	Attualmente	3	3	3	3	3	3	3	3
	0 a 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	> 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Impiego per una società: Ruolo esecutivo in una società società farmaceutica o di una società di produzione/distribuzione di dispositivi di protezione, dispositivi medici, dispositivi medici in vitro, biocidi. Ruolo preminente nello sviluppo di un prodotto	Attualmente	3	3	3	3	3	3	3	3
	0 a 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	> 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	1.3 Impiego per una società: altre attività	Attualmente	3	3	3	3	3	3	3	3
	0 a 3	3	3	2	2	2	2	2	2	2
	> 3	2	2	1	1	1	1	1	1	1
	Consulenza per una società	Attualmente	3	3	3	3	3	3	3	3
	0 a 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	> 3	2	2	1	1	1	1	1	1	1
INTERESSI INDIRETTI	Consulente strategico per una società	Attualmente	3	3	3	3	3	3	3	3
	0 a 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	> 3	2	2	1	1	1	1	1	1	1
	Interessi finanziari	Attualmente	3	3	3	3	3	3	3	3
	0 a 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	> 3	2	2	1	1	1	1	1	1	1
INTERESSI INDIRETTI	Titolarità di un brevetto	Attualmente	3	3	3	3	3	3	3	3
	0 a 3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	> 3	2	2	1	1	1	1	1	1	1

LEGENDA

Livello 1: è ammesso il coinvolgimento senza restrizioni nelle attività del CTS
Livello 2: conflitto intermedio (possibilità di applicare restrizioni)
Livello 3 conflitto massimo (incompatibilità)



Allegato 14

Istituto Superiore di Sanità

Roma,

Prot. N.....

Risposta al N° 29773 del 11/09/2020

Allegati

Al Ministero della Salute
Direzione Generale dei Dispositivi
medici e del Servizio farmaceutico
Dr. Achille Iachino
Viale G. Ribotta, 5 – 00144 Roma

dgfdm@postacert.sanita.it

segr.dgfdm@sanita.it

OGGETTO: Valutazione [REDACTED] [REDACTED]

Con riferimento alla richiesta di valutazione per il Comitato Tecnico Scientifico del disinfettante e antisettico denominato [REDACTED] e alla luce della documentazione resa disponibile ed elencata in Allegato, si fa presente quanto segue.

Il prodotto [REDACTED] presenta due composizioni e due destinazioni d'uso diverse che implicano due differenti ambiti normativi:

1. Soluzione pronta all'uso ad ampio spettro d'azione biocida per la disinfezione di dispositivi medici invasivi e non invasivi [REDACTED]
2. Substrato Metabolico Antimicrobico - Soluzione acquosa concentrata da diluire 1:150; Soluzione concentrata 1:150 (7 ml di prodotto per litro d'acqua) ad ampio spettro d'azione antimicrobica per la disinfezione di grandi superfici" [REDACTED].

La [REDACTED] classifica entrambi i prodotti come Dispositivi Medici di classe IIb ai sensi della Dir. 93/42/CEE, certificati CE da parte dell'Organismo notificato 0476 [REDACTED]

Ciò premesso si sottolinea che:

- il prodotto [REDACTED] Soluzione pronta all'uso ad ampio spettro d'azione biocida per la disinfezione di dispositivi medici invasivi e non invasivi [REDACTED]) rientra correttamente nel campo di applicazione della Direttiva 93/42/CE sui dispositivi medici;

- il prodotto [REDACTED] Substrato Metabolico Antimicrobico N. 2) per la destinazione d'uso dichiarata nella scheda tecnica disinfezione di grandi superfici, potrebbe rientrare invece nel campo di applicazione del Regolamento (UE) 528/2012 relativo ai biocidi (BPR). A tal fine, sono necessari chiarimenti relativi a/ai principi attivi contenuti nel prodotto in oggetto, informazioni che non si evincono dalla scheda tecnica. Infatti, la scheda tecnica, nella sezione 1 relativa alla COMPOSIZIONE, dichiara come principio attivo: Argento (elettroliticamente generato come ione argento) in concentrazione > 0,735 g per 100 g di soluzione e tra gli eccipienti acido citrico q.b..

Esperti: Leonello Attias, Raffaella Cresti, Laura Fornarelli, Ida Marcello

A tale proposito si fa presente che l'acido citrico (N. CAS 77-92-9 e N. CE 201-069-1) è stato approvato ai sensi del BPR come *disinfettante per superfici* - PT2 nel 2018. Pertanto, le informazioni relative all'acido citrico vanno riviste alla luce della sua funzione di principio attivo e non di eccipiente.

Qualora si confermi che l'*argento generato elettroliticamente* - che dalla scheda tecnica risulta essere l'unico principio attivo presente nel prodotto - sia effettivamente un principio attivo biocida in revisione, quindi in aggiunta al principio attivo acido citrico già approvato per PT2, l'*iter* regolatorio prevede che il prodotto (in quanto miscela di due principi attivi, dei quali uno non approvato) venga autorizzato come Presidio Medico Chirurgico (PMC) ai sensi del DPR 6 ottobre 1998, n. 392, nelle more dell'approvazione ai sensi del BPR dell'*argento generato elettroliticamente*. Una volta approvati entrambi i principi attivi, il prodotto potrà essere autorizzato e immesso in commercio ai sensi del BPR. In ogni caso si sottolinea che occorre chiarire se l'argento generato elettroliticamente possa essere considerato un principio attivo in revisione secondo il reg. UE 528/2012.

Nell'ipotesi in cui l'*argento generato elettroliticamente* non sia un principio attivo biocida, l'unica attività biocida (*disinfettante per superfici*) risulterebbe attribuibile all'acido citrico. Tale prodotto rientrerebbe pertanto nel quadro regolatorio del BPR.

Per quanto sopra esposto e considerate le limitate e incongruenti informazioni disponibili (per il prodotto viene fornita solo la Scheda tecnica e manca la composizione quali-quantitativa), allo stato non è possibile esprimere parere in merito all'*iter* normativo per l'ottenimento dell'eventuale autorizzazione all'immissione in commercio del prodotto [REDACTED] *Substrato Metabolico Antimicrobico per la disinfezione di grandi superfici. Formula dedicata alle sanificazioni ambientali*.

Per quanto riguarda l'efficacia, secondo la documentazione presentata, questa sarebbe stata verificata in accordo con le norme AOAC che sono dichiarate essere più selettive “*dal punto di vista bibliografico*” rispetto alle norme EN. Si fa presente che l'utilizzo di norme diverse dalle EN, sia per l'autorizzazione di prodotti secondo il DPR 392/1998 sia per il reg. UE 528/2012, è incoraggiata solo quando le norme EN specifiche non siano disponibili. La documentazione completa relativa ai saggi eseguiti dovrebbe comunque essere messa a disposizione per la valutazione, anche in considerazione del fatto che, dove sono stati identificati i protocolli utilizzati (Tab 3 Scheda Tecnica [REDACTED] questi risultano essere non appropriati e/o non sufficienti. Nello specifico, sono citate come eseguite la norma EN14561 (test su superficie per la verifica dell'efficacia battericida), la EN1650 (test in sospensione per la verifica dell'attività fungicida) e la EN12523 (norma relativa al mantenimento dei ceppi standard di riferimento da utilizzare per l'esecuzione dei test EN).

Si sottolinea che le informazioni rese disponibili non sono complete e non sono coerenti rispetto alla destinazione d'uso. In particolare, la [REDACTED] del dispositivo medico [REDACTED] *“Disinfettante per dispositivi medico-chirurgici, Uso professionale”* [REDACTED] non è applicabile al prodotto [REDACTED] *Soluzione acquosa concentrata da diluire per la disinfezione di grandi superfici* [REDACTED] in quanto la composizione dei due prodotti è diversa.

Il Direttore

Centro Nazionale delle sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore
Dott.ssa Rosa DRAISCI

ALLEGATO

Documentazione disponibile:

- Scheda di dati di sicurezza (SDS) relativa al prodotto [REDACTED], [REDACTED] che dichiara nella sezione 1.2 come uso: Disinfettante per dispositivi medico-chirurgici, Uso professionale. Il suddetto uso è ribadito nella sezione 7.3 della SDS. Nella SDS il prodotto è classificato come Dispositivo medico di classe IIb ai sensi della Dir. 93/42/CEE da parte dell'Organismo notificato 0476 [REDACTED]
- Scheda tecnica del 24.5.2016, rev. 00, relativa al prodotto [REDACTED] (*Substrato Metabolico Antimicrobico Soluzione acquosa pronta all'uso. Soluzione pronta all'uso ad ampio spettro d'azione biocida per la disinfezione di dispositivi medici invasivi e non invasivi*). [REDACTED]; la scheda riporta che il prodotto è classificato come Dispositivo medico di classe IIb ai sensi della Dir. 93/42/CEE, da parte dell'Organismo notificato 0476 [REDACTED]. Nella scheda si dichiara che il [REDACTED] stato testato anche su Human Coronavirus per un tempo di contatto di 30 secondi
- Scheda tecnica del 7.10.2019, rev. 00, relativa al prodotto [REDACTED] (*Substrato Metabolico Antimicrobico Soluzione acquosa concentrata da diluire 1:150; Soluzione concentrata 1:150 (7 ml di prodotto per litro d'acqua) ad ampio spettro d'azione antimicrobica per la disinfezione di grandi superfici*). [REDACTED]. Inoltre, nella sezione 1 della scheda, relativa alla Composizione di dichiara il “Concentrato 1:150, Formula dedicata alle sanificazioni ambientali, [REDACTED]”; la scheda riporta che il prodotto è classificato come Dispositivo medico di classe IIb ai sensi della Dir. 93/42/CEE da parte dell'Organismo notificato 0476 [REDACTED]). Nella scheda si dichiara che il [REDACTED] è stato testato anche su Human Coronavirus per un tempo di contatto di 30 secondi, attività virucida, battericida e fungicida; in Tabella si dichiarano n° 3 test di attività battericida di superficie secondo Norme EN 14561 , UNI EN 1650/2013, UNI EN 12353/2013
- Documento denominato “Estremi Dispositivo medico [REDACTED] Ministero della Salute” relativo alla registrazione del prodotto [REDACTED], [REDACTED], [REDACTED], nella Banca dati dei dispositivi medici dell'Autorità Competente Ministero della Salute. Identificativo di registrazione [REDACTED] dati aggiornati all’8/10/2016. Lo stesso documento viene fornito in duplice copia.
- Certificato CE dell'Organismo Notificato 0476 Kiwa Cermet Italia (Reg. n. MED 31427 rilasciato il 20.09.2016, scadenza 19.09.2021) per Sistema completo di garanzia di Qualità dell'Organizzazione [REDACTED] per i Dispositivi medici della tipologia Disinfettanti per dispositivi medici invasivi e non invasivi ai sensi dell'Allegato II (escluso punto 4) della Direttiva 93/42/CEE
- n. 4 Immagini relative al [REDACTED]