



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

Verbale n. 66 delle riunioni tenute, presso il Dipartimento della Protezione Civile, i giorni 04, 05, 06 maggio 2020

	PRESENZE 04/05	PRESENZE 05/05	PRESENZE 06/05
Dr Agostino MIOZZO	X	X	X
Dr Fabio CICILIANO	X	X	X
Dr Massimo ANTONELLI	X	VIDEOCONFERENZA	VIDEOCONFERENZA
Dr Roberto BERNABEI	X	X	X
Dr Silvio BRUSAFFERRO	VIDEOCONFERENZA	VIDEOCONFERENZA	X
Dr Claudio D'AMARIO	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
Dr Mauro DIONISIO	VIDEOCONFERENZA	VIDEOCONFERENZA	ASSENTE
Dr Ranieri GUERRA	VIDEOCONFERENZA	X	X
Dr Achille IACHINO	VIDEOCONFERENZA	VIDEOCONFERENZA	VIDEOCONFERENZA
Dr Sergio IAVICOLI	X	X	X
Dr Giuseppe IPPOLITO	X	X	VIDEOCONFERENZA
Dr Franco LOCATELLI	VIDEOCONFERENZA	ASSENTE	VIDEOCONFERENZA
Dr Nicola MAGRINI	Presente Ammassari	Presente Ammassari	VIDEOCONFERENZA
Dr Francesco MARAGLINO	ASSENTE	VIDEOCONFERENZA	ASSENTE
Dr Luca RICHELDI	X	X	VIDEOCONFERENZA
Dr Giuseppe RUOCCO	ASSENTE	ASSENTE	ASSENTE
Dr Nicola SEBASTIANI	X	X	VIDEOCONFERENZA
Dr Andrea URBANI	X	ASSENTE	X
Dr Alberto VILLANI	X	X	X
Dr Alberto ZOLI	ASSENTE	VIDEOCONFERENZA	VIDEOCONFERENZA

La seduta inizia alle ore 15,25 del giorno 04/05/2020

È presente la Dr Adriana Ammassari in rappresentanza di AIFA.

È presente il Sottosegretario di Stato alla Salute Sandra Zampa.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

MODULARIO
P. C. M. 198

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

È presente il Dott. Giovanni Baglìo in rappresentanza del Sig. Vice Ministro della Salute Pierpaolo Sileri.

Il CTS conclude la sessione alle ore 14,15 del giorno 04/05/2020

Il CTS inizia la sessione alle ore 15,20 del giorno 05/05/2020

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

Il CTS conclude la sessione alle ore 17,40 del giorno 05/05/2020

Il CTS inizia la sessione alle ore 14,30 del giorno 06/05/2020

È presente il Capo Dipartimento per le risorse umane, finanziarie e strumentali del Ministero dell'Istruzione Dr Giovanna BODA.

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

Sono presenti i Dr Rossi, Tamburini, Parodi e Guiducci della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute (in videoconferenza).

DATI EPIDEMIOLOGICI

Il Comitato tecnico-scientifico acquisisce dall'Istituto Superiore di Sanità i dati epidemiologici aggiornati (allegato).

Il Comitato Tecnico Scientifico acquisisce il decreto del Ministero della Salute del 30/04/2020 che adotta i criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del DPCM 26/04/2020 (allegato), che sono stati trattati nella seduta n. 59 del 25/04/2020 con la definizione del sistema di monitoraggio e con l'analisi degli "eventi sentinella" per la valutazione del ripristino delle eventuali nuove misure di contenimento.

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 E 18/04/2020, N. 663

AUDIZIONE DEL SIG. MINISTRO DELL'ISTRUZIONE

Il CTS, al fine di acquisire informazioni sull'analisi dell'impatto globale dell'epidemia da SARS-CoV-2 sul mondo della scuola, con lo scopo di dare risposte coerenti con il principio di massima precauzione per le azioni di contenimento del contagio, procede all'audizione del Ministro dell'Istruzione, con lo scopo di analizzare compiutamente la complessa tematica del mondo della scuola.

Il CTS condivide l'esigenza di partecipare percorsi di supporto che porteranno, a breve, ad una pianificazione operativa degli esami di maturità e, in breve-medio termine alla definizione di strumenti atti alla riapertura di inizio dell'anno scolastico prossimo venturo, attraverso un percorso metodologico per operare una sintesi tecnico-operativa che preveda ulteriori momenti di confronto con il Ministro dell'Istruzione.

In via preliminare, in relazione all'applicazione delle raccomandazioni di misurazione della temperatura corporea previste nei luoghi di lavoro e l'estensione di tale misura di screening per gli studenti di ogni ordine e grado, compresi i percorsi universitari, si rappresenta che, in considerazione della limitata efficacia della termorilevazione nelle fasce giovanili e infantili ed in considerazione delle complessità nella rilevazione, anche in termini di prevenzione di aggregazione, non se ne raccomanda l'utilizzo.

EVOLUZIONE DELL'EPIDEMIA – ASPETTI GENERALI SULLE INDICAZIONI DEL CTS

Il CTS prende atto che la fase attuale di evoluzione dell'epidemia di SARS-CoV-2 in Italia, accanto ai sistemi di monitoraggio dell'epidemia nei diversi contesti regionali attraverso la apposita "cabina di regia" istituita presso il Ministero della Salute, richiede una declinazione tecnico-operativa nelle diverse realtà ed articolazioni del Paese di adeguate misure di prevenzione e mitigazione del rischio di diffusione del virus SARS-CoV-2.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

Pag. 3 di 24



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

La realtà epidemiologica, produttiva, sociale ed organizzativa del Paese nonché i fattori rilevanti nel determinare la dinamica dell'epidemia da SARS-CoV-2 (es. trasporti, densità abitativa, servizi sanitari e sociali) differiscono e potranno differire significativamente nel corso dell'epidemia nelle diverse aree del paese sia su base regionale che provinciale.

In questa prospettiva e considerata la specificità tecnico-organizzativa delle richieste e dei documenti provenienti dai diversi Ministeri, il CTS individua il proprio compito specifico nella espressione di raccomandazioni generali di tipo sanitario sulle misure per di prevenzione e contenimento rimandando ai diversi proponenti la scelta più appropriata della declinazione di indirizzo ed operativa sulla base della più puntuale conoscenza degli aspetti tecnico organizzativi negli specifici contesti.

Il CTS raccomanda inoltre che la "declinazione di indirizzo ed operativa" di valutazioni/pareri/raccomandazioni espressi sia accompagnata a livello regionale e locale da una valutazione puntuale del possibile impatto in termini di circolazione del virus SARS-CoV-2 delle diverse azioni così da contenere la circolazione del virus mantenendo i valori di R₀ nel contesto sotto la soglia di 1 e comunque il più basso possibile. In altri termini, per una miglior comprensione degli impatti delle misure adottate, è raccomandabile prendere in considerazione tutte le fasi e le interazioni tra settori che le singole misure comportano, così da poter avere una visione più completa possibile.

Il CTS, nel ricordare che il proprio mandato termina il 31/07/2020, salvo eventuali proroghe dello stato di emergenza, sottolinea che le valutazioni, i pareri e le raccomandazioni espresse in questa fase tengono conto della attuale situazione epidemiologica che è soggetta ad evoluzioni nell'arco dei prossimi mesi non completamente prevedibili; le stesse valutazioni e le eventuali misure conseguenti devono essere considerate come modulabili in funzione della evoluzione dell'epidemia nel tempo e nei diversi contesti regionali.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

Pag. 4 di 24



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

Il CTS ricorda come elementi di orientamento per le scelte tecnico-operative da adottare sono rintracciabili nei documenti di indirizzo prodotti dal CTS medesimo e reperibili sui siti istituzionali del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, e dell'INAIL:

- Circolari del Ministero della Salute;
- Raccomandazioni dei sistemi di trasporto (verbale del CTS n. 55 del 18/04/2020);
- Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione (verbale del CTS n. 49 del 09/04/2020);
- Raccomandazione all'uso delle mascherine per comunità in tutti i luoghi pubblici confinati o a rischio di aggregazione (le cui caratteristiche sono approfondite in uno specifico documento approvato dal CTS nella seduta n. 59 del 25/04/2020);
- Rapporti COVID ISS dell'Istituto Superiore di Sanità.

Il CTS, infine, sottolinea che uno degli elementi critici a cui porre particolare attenzione è rappresentato dalla mobilità a medio e lungo raggio, all'interno del Paese ed in ambito internazionale, poiché la situazione epidemiologica attuale rimane caratterizzata da differenti livelli di circolazione nelle diverse Regioni italiane e nei diversi Paesi.

Il CTS sottolinea, pertanto, che le misure generali alle quali attenersi in tutte le attività svolte rimangono rappresentate da:

- Rigorosa attenzione all'igiene delle mani anche attraverso la disponibilità generalizzata di dispenser con soluzioni idroalcoliche;
- Rigoroso rispetto dei comportamenti di "etichetta" protezione delle vie respiratorie;
- Garanzia del distanziamento fisico e sociale:

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 E 18/04/2020, N. 663

- in tutti momenti evitando l'aggregazione;
- incluse le fasi di ingresso ed uscita dai luoghi confinati;
- Utilizzo di mascherine di comunità nei luoghi confinati ed all'aperto, laddove non si riesca a garantire il distanziamento sociale;
- L'igiene rigorosa degli ambienti (effettuata con i prodotti idonei) con frequenza proporzionata all'utilizzo degli stessi;
- La informazione diffusa sui comportamenti da adottare da parte della popolazione.

Nei luoghi confinati, in particolare, andrebbero assicurati:

- Le garanzie di adeguata ventilazione naturale;
- Il rispetto delle raccomandazioni in presenza di sistemi di ventilazione e/o condizionamento;
- Le differenziazioni tra le vie di entrata e di uscita;
- L'igiene rigorosa degli ambienti (effettuata con i prodotti idonei) con frequenza proporzionata all'utilizzo degli stessi e la frequente igienizzazione dei servizi igienici per dipendenti e utenti.

Il CTS suggerisce, inoltre, con riferimento anche alle indicazioni fornite dal Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo riguardo ad analoghe prescrizioni circa le soglie numeriche adottate in altri Paesi europei – se organizzati e gestiti in coerenza con le misure raccomandate – che gli eventi all'aperto non devono superare il numero massimo di 1000 persone.

Analogamente, negli eventi organizzati in luoghi chiusi, ferme restando le misure sopra raccomandate ed in relazione alla garanzia delle misure di distanziamento richieste e dei sistemi di aerazione disponibili, il numero massimo di persone non deve superare il numero di 200.

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 E 18/04/2020, N. 663

Il CTS ribadisce che l'epidemia da SARS-CoV-2 è caratterizzata da livelli di conoscenza tecnico-scientifica in continua evoluzione e che, sulla base delle evidenze emergenti, le raccomandazioni e le indicazioni operative proposte potrebbero, quindi, essere modificate nel tempo, con l'evolversi delle condizioni epidemiologiche.

PROTOCOLLO DELLA CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA SULLA TEMATICA DELLE CERIMONIE RELIGIOSE

Il CTS ha acquisito il "Protocollo circa la ripresa delle celebrazioni con il popolo" della Conferenza Episcopale Italiana trasmesso dal Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno (allegato).

Dopo ampia discussione e condivisione dei contenuti, il CTS approva il documento, raccomandando che, per le ceremonie religiose da svolgere nei luoghi di culto chiusi, ferme restando le misure sopra richiamate ed in relazione alla garanzia delle misure di distanziamento richieste e degli eventuali sistemi di aerazione disponibili, il numero massimo di persone non superi le 200 unità.

Il CTS ritiene, inoltre, che eventuali ceremonie religiose celebrate all'aperto, se organizzate e gestite in coerenza con le misure raccomandate, debbano prevedere la partecipazione massima di 1000 persone.

RICHIESTA DI PARERI DEL MINISTERO PER I BENI E LE ATTIVITÀ CULTURALI E PER IL TURISMO

Il CTS ha approfondito i contributi inviati dal MiBACT per valutare i diversi scenari di riapertura delle attività di competenza e l'impatto che questi avrebbero dal punto di vista sanitario, in coerenza con il principio di massima precauzione per le azioni di contenimento del contagio. Anche alla luce della interlocuzione avvenuta con il Sig. Ministro per i beni e le attività culturali e per il turismo nella seduta n. 62 del 29/04/2020, il MiBACT ha inviato al CTS alcuni quesiti relativi alla possibilità di

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 E 18/04/2020, N. 663

riapertura di alcune delle attività rientranti nelle competenze del Dicastero (allegato).

In relazione a tali richieste, circa le politiche da adottare in sede di riapertura delle singole attività prodotti, ludiche, ricreative, culturali, sociali il CTS ribadisce che le decisioni dovranno essere preventivamente analizzate in base alla dinamica epidemiologica, anche tenuto conto delle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che prevede che il rilascio delle misure di contenimento siano progressive e complessive (non per ciascun singolo settore), valutate dopo 14 giorni prima di ogni ulteriore rimodulazione.

I pareri che il CTS può fornire rispetto alle proposte puntuali del MiBACT risultano complementari a quanto espresso in precedenza, e comunque tenute all'interno dei percorsi di pianificazione delle misure contenitive in vista del progressivo allentamento.

Le indicazioni fornite dal CTS, pertanto, rivestono carattere di ordine generale, con lo scopo di garantire la coerenza delle misure essenziali poste in essere per il contenimento dell'epidemia, rimandando alla responsabilità degli enti preposti per ciascun settore ed alle autorità competenti la declinazione di specifiche indicazioni attuative.

Quale principio di carattere generale, il CTS richiama la responsabilità individuale e collettiva delle singole organizzazioni nei singoli settori a garantire una efficace ed efficiente applicazione delle misure di prevenzione e mitigazione del rischio epidemico.

In considerazione di quanto espresso ed in ragione delle valutazioni epidemiologiche attuali, sulla base dell'istanza del Ministro per i beni e le attività culturali e per il turismo, il CTS ritiene opportuno suggerire che restino chiuse o sospese, in ragione dell'emergenza sanitaria:

- Attività che abbiano luogo in sale da ballo e discoteche e locali assimilati, all'aperto o al chiuso;

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

Pag. 8 di 24



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

- Organizzazione di eventi in spazi non strutturabili all'aperto o al chiuso che implichino aggregazione di massa, come definite nel documento OMS "Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of COVID-19 Interim guidance" del 19/03/2020 (allegato).
- Fiere e congressi.

Per quanto concerne gli spettacoli organizzati in sale teatrali e sale da concerto all'aperto o al chiuso con posti seduti preassegnati e inamovibili, il CTS valuta che essi possano aver corso a partire dalla prima settimana di giugno, a condizione che vengano imprescindibilmente garantite tutte le condizioni atte a minimizzare il rischio di diffusione di SARS-CoV-2. In particolare, gli spettatori dovranno mantenere una distanza tra di loro di almeno 1 metro ed indossare la mascherina di comunità, oltre ed evitare di accedere in presenza di sintomi respiratori e/o temperatura corporea $>37,5^{\circ}\text{C}$; lo stesso criterio dovrà essere applicato agli artisti, alle maestranze e ogni altro tipo di lavoratore presente nel luogo dove lo spettacolo si tiene.

Dovrà, inoltre, essere fatto obbligo agli organizzatori dei sopramenzionati spettacoli, di garantire l'accesso contingentato in maniera ordinata, garantendo, anche al momento dell'accesso e dell'uscita, il distanziamento fisico sopramenzionato. Gli organizzatori degli spettacoli dovranno, inoltre, assicurare la presenza di dispenser con sostanze igienizzanti all'ingresso dello spazio aperto o chiuso dove avranno corso gli spettacoli. Dovrà essere promossa un'adeguata comunicazione che indichi le corrette modalità di comportamento del pubblico, ivi compresa un'appropriata gestione dei dispositivi di protezione. Il personale di servizio a contatto con il pubblico dovrà utilizzare idonei dispositivi di protezione individuale. Infine, il CTS raccomanda che la vendita dei biglietti e il loro controllo per l'accesso vengano realizzati evitando materiale cartaceo e favorendo modalità telematiche attraverso l'uso di app funzionali allo scopo, anche al fine di evitare aggregazioni presso biglietterie, atrii, anditi di accesso alle strutture.

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 E 18/04/2020, N. 663

È condizione essenziale l'adeguata, periodica pulizia e igienizzazione degli ambienti chiusi e dei servizi igienici di tutti i luoghi interessati dall'evento, soprattutto al termine di ciascuno spettacolo, sconsigliando vivamente la consumazione di cibo e bevande – che implicherebbe la rimozione delle mascherine – così come pure la vendita al dettaglio di bevande e generi alimentari in occasione di questi eventi, compresa l'attività di vendita diretta agli spettatori in seduta durante lo svolgimento degli spettacoli.

Per ogni altro dettaglio operativo, il CTS rimanda alle specificità di ogni singolo spettacolo/rappresentazione, rammentando che i principi cardine del distanziamento fisico, lavaggio e igienizzazione delle mani ed impiego di dispositivi di protezione delle vie aeree, vengano sempre rispettati.

In ogni caso, si dovrà comunque tener conto di quanto raccomandato precedentemente, rispetto alla massima presenza di persone.

Musei

In relazione alle richieste pervenute dal Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo (MiBACT) circa le azioni e modalità di riapertura al pubblico dei musei e degli altri luoghi di cultura, il CTS conferma che l'adozione delle misure di contenimento del contagio epidemico da SARS-CoV-2 devono avvenire secondo i principi della gradualità e progressività in modo da consentirne la verifica della sostenibilità.

Le indicazioni fornite dal CTS rivestono carattere di ordine generale per garantire la coerenza delle misure essenziali al contenimento dell'epidemia, rimandando agli enti preposti ed alle autorità competenti la declinazione di specifiche indicazioni attuative.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

Pag. 10 di 24



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

Dal punto di vista della sostenibilità, le riaperture dei musei vanno differenziate rispetto alla tipologia (sito all'aperto, sito in locali confinati, sito ibrido), alle dimensioni e alla concentrazione dei flussi di visitatori (vedi tabella 1).

Tabella 1. Classifica musei e parchi archeologici statali per numero di visitatori

Museo	2019
Parco archeologico del Colosseo	7.554.544
Gallerie degli Uffizi	4.391.861
Parco archeologico di Pompei	3.937.468
Galleria dell'Accademia di Firenze	1.704.776
Castel Sant'Angelo	1.197.078
Museo Egizio	853.320
La Venaria Reale	837.093
Reggia di Caserta	728.231
Villa Adriana e Villa D'Este	720.188
Museo Archeologico Nazionale di Napoli	670.594
Musei del Bargello	644.569
Galleria Borghese	572.976
Parco archeologico di Ercolano	558.962
Musei Reali di Torino	492.049
Cenacolo Vinciano	445.728

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 E 18/04/2020, N. 663

Parco Archeologico di Paestum	443.451
Pinacoteca di Brera	417.976
Palazzo Ducale di Mantova	346.462
Museo Nazionale Romano	323.750
Parco archeologico di Ostia Antica	322.089
Museo Archeologico di Venezia	316.461
Castello Scaligero di Sirmione	308.459
Museo storico del Castello di Miramare	307.177
Gallerie dell'Accademia di Venezia	304.999
Palazzo Reale di Napoli	272.061
Castel del Monte	269.794
Castel Sant'Elmo	266.895
Galleria Nazionale delle Marche	265.575
Terme di Caracalla	258.486
Museo di Capodimonte	252.723

Fonte: MiBACT, Ufficio Statistica 2020

Al fine di garantire la tutela di coloro che lavorano all'interno dei siti e dei visitatori, vanno identificate, specificatamente per i siti ad alta concentrazione di visitatori (oltre 100.000 l'anno), differenti misure di contenimento del contagio che si possono riassumere come di seguito:

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 E 18/04/2020, N. 663

- a. gestione degli ingressi e delle uscite. Le visite vanno contingentate per numerosità e fasce orarie, nel senso che bisogna prevedere orari di apertura e chiusura che non vadano ad aggravare la mobilità in relazione al pendolarismo (es evitare il sovrapporsi con ore di punta). Si rimanda a tal fine al documento tecnico trasporti INAIL/ISS "Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2" (approvato nella seduta del CTS n. 55 del 18/04/2020). È necessario anche prevedere idonei raccordi con le istituzioni coinvolte nei piani di mobilità;
- b. Obbligo di mascherine anche di comunità per i visitatori durante tutta la visita. I lavoratori che operano in spazi condivisi e/o a contatto con il pubblico devono utilizzare mascherina come disciplinato nello specifico documento tecnico sopramenzionato;
- c. corretta gestione degli spazi comuni. Gli spazi dediti ai servizi di ristoro e commerciali dedicati al merchandising, vendita libri, ecc., vanno contingentati in analogia alle regole generali previste per il commercio, ovvero garantendo sempre la presenza all'interno di essi un numero limitato di utenti proporzionale alle dimensioni dei locali (ove si decidesse di riaprirli);
- d. utilizzo della segnaletica per far rispettare la distanza fisica di almeno 1 metro anche presso biglietteria e sportelli informativi, nei negozi ecc., nonché all'esterno dei siti;
- e. prevedere percorsi a senso unico;
- f. i servizi igienici vanno regolamentati in maniera tale da prevedere sempre il distanziamento sociale nell'accesso, ad esempio lavandini contigui;
- g. effettuare un frequente lavaggio delle mani secondo le modalità raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dal Ministero della Salute;

[Handwritten signatures]

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 E 18/04/2020, N. 663

- h. garantire la pulizia giornaliera degli ambienti, delle postazioni di lavoro e delle aree comuni prestando particolare attenzione alle superfici di contatto di frequente utilizzo;
- i. posizionamento di dispenser per sanificazione delle mani in più punti;
- j. limitare l'utilizzo di touch screen;
- k. limitare l'utilizzo di pagamenti in contanti;
- l. evitare file alle biglietterie incentivando l'acquisto di biglietti tramite app e siti web;
- m. audioguide: soprattutto in una prima fase non si raccomanda l'utilizzo di audioguide e comunque qualora utilizzate vanno sanificate preventivamente all'uso di ogni singolo utente;
- n. prevedere guide e materiale digitale per i visitatori in sostituzione del cartaceo;
- o. Fornire materiale di informazione e formazione (es. schede informative);
- p. Utilizzo di video sulle misure da seguire all'interno dei siti da porre in particolare in prossimità dell'ingresso principale, stanze, bagni.

Per i siti suddetti (oltre 100.000 visitatori l'anno) si presentano particolari criticità non solo in merito al rischio di aggregazione, ma anche in relazione agli impatti sulla mobilità complessiva e sui trasporti che richiedono misure di sistema. Tali misure implicano azioni sinergiche con il coinvolgimento di tutte le istituzioni coinvolte e comunque necessitano di caute valutazioni in tema di progressività delle azioni in considerazione delle grandi complessità che implicano. E' opportuno quindi sviluppare specifici piani che prevedano il contingentamento anche in considerazione delle dimensioni e della tipologia del sito relativamente all'accoglienza sostenibile.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

Pag. 14 di 24



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

In riferimento ai lavoratori, per l'individuazione di specifiche misure organizzative, di prevenzione e protezione, nonché di tutela dei lavoratori "fragili" si rimanda a quanto indicato:

- nella normativa specifica in materia di salute e sicurezza sul lavoro (D.Lgs 81/08 e ss.mm.ii.);
- nel "Protocollo condiviso con le parti sociali" di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020;
- nella Circolare del Ministero della Salute "Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività" del 29 aprile 2020;
- nel Documento tecnico INAIL "Documento sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione. Aprile 2020".

Va precisato che tali misure per i siti di grande complessità non sono necessarie per piccole strutture che in alcuni casi hanno visitatori solo su appuntamento e con limitato accesso al pubblico per i quali dovranno essere adattate misure semplificate ma sempre nell'ottica della prevenzione del rischio da contagio garantendo distanziamento sociale, uso delle mascherine e misure igieniche coerenti con tutte le indicazioni note.

In ogni caso, si dovrà comunque tener conto di quanto raccomandato precedentemente, rispetto alla massima presenza di persone.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLENTE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

Check List

In riferimento alla check list proposta dal MiBACT (allegato), si rappresentano di seguito alcuni commenti ai seguenti punti del documento:

- *La fornitura stabile, per un periodo di tempo stabilito dalle competenti autorità tecnico scientifiche, di mascherine per i lavoratori e, almeno in una prima fase, anche per i visitatori.*
Per quanto riguarda i lavoratori si rimanda a quanto indicato dalla specifica valutazione dei rischi. Riguardo i custodi e i lavoratori si segnala la necessità di utilizzo corretto di mascherine in spazi condivisi con altri lavoratori e/o a contatto con il pubblico (art. 16, legge 24 aprile 2020, n. 27 di conversione del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18). Per quanto riguarda il pubblico si rimanda all'obbligo di mascherine di comunità come previsto dall'art 3 del DPCM 26 aprile 2020.
- *La verifica dello stato di salute dei lavoratori rientranti dal contenimento sociale.*
Si rimanda ai sopra citati elementi normativi e di indirizzo in particolar modo per quanto riguarda i lavoratori "fragili" o al rientro da infezione da SARS-CoV-2 che ha comportato ricovero ospedaliero.
- *Che possa proseguire smart working, con criteri chiari soprattutto sulla possibilità di far tornare chi risiede in altri comuni, altre regioni o chi ha conseguito l'infezione ed è guarito.*
La modalità di lavoro agile rappresenta uno strumento di prevenzione del contagio, e quindi, di tutela in particolar modo dei lavoratori fragili.
- *Che i competenti organi tecnico scientifici stabiliscano prima delle riaperture se attivare o meno forme adeguate di verifica dello stato di salute del personale (monitoraggio epidemiologico) assicurando idonei screening, e dando indicazioni*

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 E 18/04/2020, N. 663

precise sulle procedure correlate alla salute e alla sicurezza, incluse le regole del distanziamento, e i dispositivi di protezione da fornire al personale, soprattutto a quello di vigilanza (sia interna che privata) e/o ai visitatori, secondo quanto sarà indicato dagli organi competenti.

In riferimento allo specifico punto su "misure di screening di popolazione e sorveglianza epidemiologica", si rappresenta che al momento non sono raccomandabili indagini di screening di popolazione nelle forme indicate rimandando agli specifici punti dei documenti e norme sopra citati.

- *Che sia stabilita (come si auspica) una riapertura graduale, anche sperimentale, con precedenza per i luoghi all'aperto e i musei che nel 2018 e 2019 non hanno mai fatto registrare alte frequenze.*

La gradualità delle riaperture permette anche la verifica della sostenibilità delle misure per il contenimento complessivo dell'epidemia rimandando a quanto già detto nella premessa generale.

ISTANZA DEL MINISTRO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI E FORESTALI

In merito al quesito posto dal Ministro per le Politiche agricole alimentari e forestali (allegato), il Comitato Tecnico Scientifico esprime le seguenti considerazioni:

La richiesta del Sig. Ministro di concedere un "...permesso temporaneo di sei mesi per garantire il lavoro..." non attiene all'ambito d'intervento del Comitato medesimo che ha esclusiva competenza per valutazioni in ambito sanitario relative all'attuale epidemia di SARS-CoV-2.

Il Comitato Tecnico Scientifico valorizza, comunque, il potenziale rischio descritto nella nota del Sig. Ministro rappresentato da una comunità di persone che vivono in condizioni igienico-ambientali degradate, senza alcuna possibilità di azioni di prevenzione, in particolare per l'epidemia in corso, per questa categoria di lavoratori che si appresta ad essere impiegata sul territorio nazionale in attività agro-alimentari.

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 E 18/04/2020, N. 663

Il possibile impiego di questo personale, in assenza delle consolidate e ben note forme di tutela della persona, attraverso il distanziamento fisico/sociale, l'uso di dispositivi di protezione individuale e l'igiene delle mani, comporta evidentemente il rischio di contagi interpersonali decisamente pericolosi per "i lavoratori stranieri irregolari e privi di permesso di soggiorno" e per la popolazione residente nelle medesime aree dove i migranti saranno destinati al lavoro.

Nelle elaborazioni effettuate da questo CTS, in previsione del possibile allentamento delle misure di restrizione, il settore del lavoro agricolo era stato considerato a rischio basso in ragione dei criteri di esposizione, aggregazione e prossimità; questa valutazione del rischio non prescinde, tuttavia, dall'applicazione di tutte le misure preventive per impedire la diffusione epidemica.

Per quanto sopra, si considera, pertanto, indispensabile assicurare ogni misura di carattere sociale atta a garantire che le persone in oggetto della nota del Sig. Ministro delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali trovino opportuna collocazione nella struttura sociale di accoglienza che assicuri ogni possibile e adeguata forma di monitoraggio delle condizioni sanitarie ed eventuale e tempestivo trattamento sanitario o ricovero in strutture ospedaliere in caso di malattia. In questo senso, divengono critiche anche le modalità di trasporto da e per i centri di residenza dei lavoratori.

Altrettanto urgente e imprescindibile risulta la necessità di dotare tali categorie lavoratori di mezzi di protezione individuale e di igiene personale qualora le incombenze lavorative comportino contiguità con altre persone.

TRATTAMENTO DI PAZIENTI COVID-19 CON PLASMA DA CONVALESCENTE

Il Decreto Legislativo 24/04/2006, n. 219 statuisce che i prodotti derivati dal sangue o dal plasma umani preparati industrialmente in stabilimenti pubblici o privati, come l'albumina, i fattori della coagulazione e le immunoglobuline di origine umana, sono medicinali e, in quanto tali, sono posti sotto il controllo di AIFA.

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 E 18/04/2020, N. 663

L'utilizzo del plasma da donatore convalescente – essendo ottenuto da aferesi e non essendo trattato industrialmente – è da considerarsi quale emocomponente. In questi casi, quindi gli studi clinici che comprendono l'utilizzo di plasma da donatore convalescente non devono seguire il percorso di validazione nazionale previsto per gli studi sui medicinali, ma devono acquisire il parere dei Comitati Etici locali.

Diversamente, i prodotti a base di immunoglobuline iperimmuni, essendo ottenuti da plasma processato con metodiche industriali, ricadono nella definizione di farmaco e le sperimentazioni sono valutate dalla Commissione Tecnico Scientifica di AIFA e dal Comitato Etico Nazionale istituita presso l'INMI "L. Spallanzani".

Riorganizzazione del CTS

Con l'entrata in vigore della Legge 24/04/2020, n. 27 e con il mutamento della contingenza emergenziale, il CTS riorganizza i percorsi istruttori relativi alla valutazione dei dispositivi di protezione previsti dall'art. 5 bis.

A tal proposito, sono disponibili canali istituzionali dedicati con INAIL (attraverso la mail supportcts@inail.it) e ISS (attraverso la mail supporto.cts@iss.it) per i percorsi istruttori delle istanze di pareri, successivamente ratificati dal CTS ai sensi della richiamata norma.

Per ottimizzare i procedimenti istruttori del DPC e della Struttura commissariale, il CTS definirà uno schema di presentazione delle richieste di parere con le allegazioni necessarie per una corretta valutazione.

Pareri

- Il CTS, sulla base delle evidenze documentali, acquisisce i seguenti pareri del GdL "Dispositivi di Protezione":

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

N Pag. 19 di 24



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

Produttore:

[REDACTED] . Documentazione visionata:

- Test report [REDACTED] rilasciato da [REDACTED] (laboratorio registrato [REDACTED] non accreditato per DPI).
- Test report [REDACTED] rilasciato da [REDACTED] (laboratorio registrato [REDACTED] non accreditato per DPI).
- Certificate of Compliance [REDACTED] dell' [REDACTED]
[REDACTED] (non valutabile)

In considerazione dei risultati dei test report, che comprendono le prove essenziali per la valutazione delle caratteristiche di sicurezza (efficienza di filtrazione, tenuta verso l'interno e resistenza respiratoria) tutte con risultati nei limiti previsti dalle norme tecniche di riferimento, si può concludere che i dispositivi di protezione individuale oggetto della valutazione presentano efficacia protettiva analoga a quella prevista per i dispositivi di protezione individuale previsti dalla normativa vigente. Tuttavia, non essendo indicati i dati quantitativi dei test effettuati si raccomanda prudenza nell'utilizzo di tali DPI in ambienti sanitari particolarmente critici per esposizione a SARS-COV 2.

Donazione mascherine

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- test report [REDACTED] rilasciato da [REDACTED] laboratorio registrato [REDACTED] non accreditato per DPI.

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 E 18/04/2020, N. 663

- [REDACTED] rilasciato da [REDACTED] (laboratorio registrato [REDACTED] non accreditato per DPI).
- Certificate of Compliance [REDACTED] dell'[REDACTED] (non valutabile).
- In considerazione dei risultati dei test report, che comprendono le prove essenziali per la valutazione delle caratteristiche di sicurezza (efficienza di filtrazione, tenuta verso l'interno e resistenza respiratoria) tutte con risultati nei limiti previsti dalle norme tecniche di riferimento, si può concludere che i dispositivi di protezione individuale oggetto della valutazione presentano efficacia protettiva analoga a quella prevista per i dispositivi di protezione individuale previsti dalla normativa vigente. Tuttavia, non essendo indicati i dati quantitativi dei test effettuati si raccomanda prudenza nell'utilizzo di tali DPI in ambienti sanitari particolarmente critici per esposizione a SARS-COV 2.
- Fornitura [REDACTED] in riferimento al parere positivo espresso in data 15/04/2020, erroneamente sottoposto nuovamente in data 02/05/2020, sentito il GdL, si conferma l'efficienza di filtrazione batterica >98,5% con presenza batterica <20 colonie (allegato).
- Prodotto [REDACTED] produttore semimaschera filtrante FFP2 KN95 mod. 9560k:
 - certificato di conformità rilasciato da [REDACTED] (organismo non autorizzato DPI);
 - test report rilasciato da [REDACTED] [REDACTED] accreditato per dispositivi di protezione delle vie aeree).

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 E 18/04/2020, N. 663

Test eseguiti ai sensi della norma cinese GB2626-2006, con risultati coerenti con un dispositivo KN95, risulta tuttavia mancante la prova di tenuta verso l'interno.

- test report rilasciato da [REDACTED]
[REDACTED] non accreditato per DPI). Test eseguiti ai sensi della norma EN 149:2001 con risultati compatibili con un dispositivo FFP2.
- istruzioni d'uso (Only Italia).
- scheda prodotto (Only Italia).

Esaminata la documentazione allegata, la semimaschera filtrante FFP2 KN95 mod. [REDACTED] si ritiene conforme a quanto previsto dalla norma UNI EN 149:2001+A1:2009 poiché sono stati effettuati i test richiesti in particolare per quanto attiene la tenuta verso l'interno, la capacità di filtrazione e la resistenza respiratoria che hanno dato esito positivo. Il dispositivo di protezione individuale oggetto della valutazione, presenta efficacia protettiva analoga a quella per i dispositivi di protezione individuale FFP2 previsti dalla normativa vigente.

- Il CTS acquisisce il parere FAVOREVOLE della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su [REDACTED] (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere FAVOREVOLE della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su [REDACTED] (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere NON favorevole della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su [REDACTED] (allegato).

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROOLATE

Pag. 22 di 24



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OO.C.D.P.C. 03/02/2020, N. 630 E 18/04/2020, N. 663

- Il CTS acquisisce il parere NON favorevole della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su [REDACTED] (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere NON favorevole della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su nuovo studio clinico [REDACTED] (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere NON favorevole della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su nuovo studio clinico [REDACTED] (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere NON favorevole della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su studio clinico [REDACTED] (allegato).
- Il CTS acquisisce il parere NON favorevole della Commissione Consultiva Tecnico Scientifica di AIFA su studio clinico [REDACTED] (allegato).

Il CTS conclude la seduta alle ore 19,00 del giorno 06/05/2020.

	PRESENZE 04/05	PRESENZE 05/05	PRESENZE 06/05
Dr Agostino MIOZZO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Fabio CICILIANO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Massimo ANTONELLI	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Roberto BERNABEI	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Silvio BRUSAFFERRO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Claudio D'AMARIO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Mauro DIONISIO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Ranieri GUERRA	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Achille IACHINO	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

Pag. 23 di 24

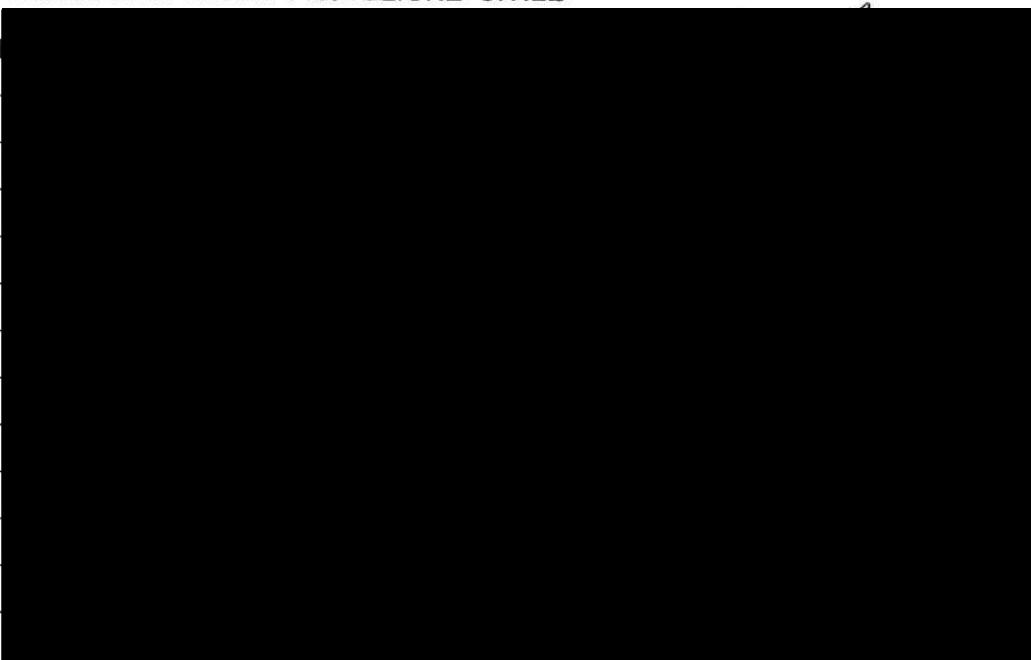


Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SC

Dr Sergio IAVICOLI
Dr Giuseppe IPPOLITO
Dr Franco LOCATELLI
Dr Nicola MAGRINI
Dr Francesco MARAGLINO
Dr Luca RICHELDI
Dr Giuseppe RUOCCO
Dr Nicola SEBASTIANI
Dr Andrea URBANI
Dr Alberto VILLANI
Dr Alberto ZOLI



Four handwritten signatures are visible in the bottom right corner of the page. The signatures appear to be in black ink and are somewhat stylized.

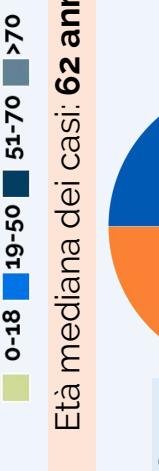
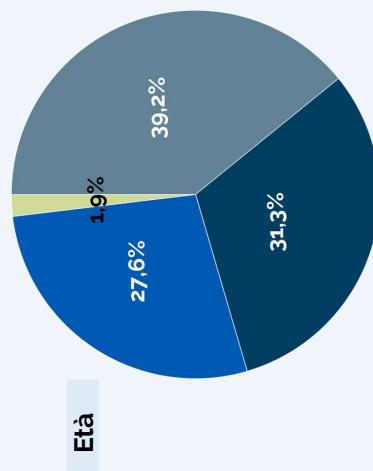
INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

23.718 operatori sanitari \$

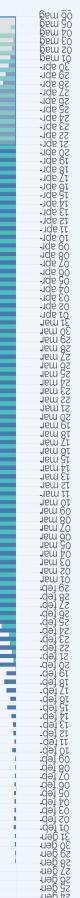
27.402 deceduti

(Ordinanza n. 640 del 27/02/2020)

AGGIORNAMENTO 6 maggio 2020



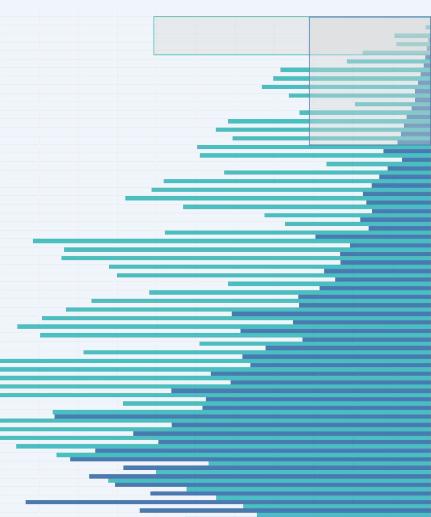
Età mediana dei casi: 62 anni



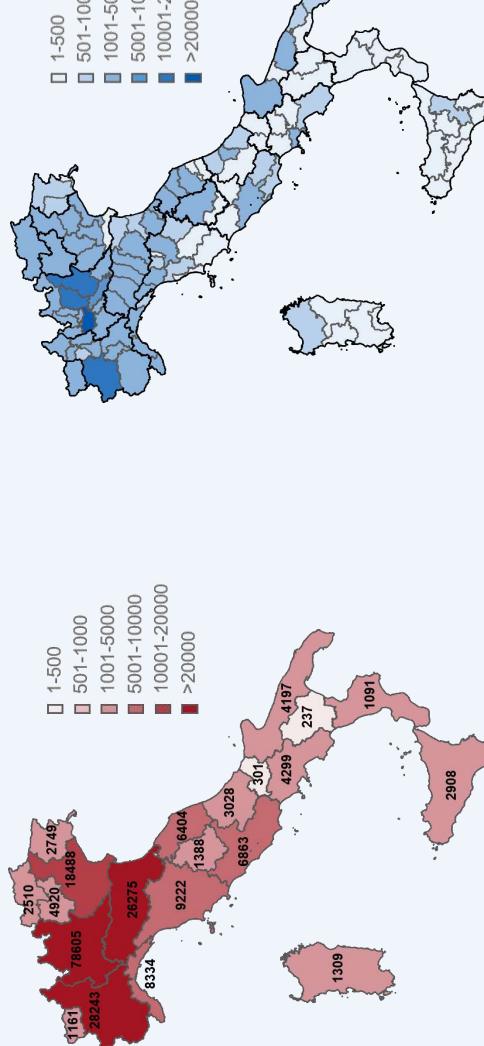
Sono risultati positivi il 99% dei campioni processati dal Laboratorio nazionale di riferimento presso l'Istituto Superiore di Sanità

n. 26948 del 8 maggio 2020

Nota: i dati più recenti (triquadri grigi) devono essere considerati provvisori sia per il ritardo di notifica dei casi più recenti sia perché i casi non ancora diagnosticati riporteranno in parte la data di inizio sintomi nei giorni del triquadro grigio.



Numero totale di casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori regionali di riferimento



**per Provincia di domicilio/residenza
(dato disponibile per 208.234)**

Dato disponibile per 53.919 casi

Fascia d'età (anni)	Deceduti In (%)	Letalità (%)
0-9	3 (0%)	0,2%
10-19	0 (0%)	0%
20-29	10 (0%)	0,1%
30-39	53 (0,2%)	0,3%
40-49	242 (0,9%)	0,9%
50-59	972 (3,5%)	2,5%
60-69	2935 (10,7%)	10,1%
70-79	7738 (28,2%)	24,6%
80-89	11162 (40,7%)	29,6%
>90	4287 (15,6%)	25,6%
Non noto	0 (0%)	0%
Totali	27402 (100%)	12,9%

*Il flusso ISS raccoglie dati individuali di casi con test positivo per SARS-CoV-2 diagnosticati dalle Regioni/PPAA. I dati possono differire dai dati forniti dal Ministero della Salute e dalla Protezione Civile che raccolgono dati aggregati. \$ Dato non riferito al luogo di esposizione ma alla professione.

A cura di: Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica
Istituto Superiore di Sanità

*La definizione internazionale di caso prevede che venga considerata caso confermato una persona con una conferma di laboratorio del virus che causa COVID-19 a prescindere dai segni e sintomi clinici
<https://www.ecdc.europa.eu/en/case-definition-and-european-surveillance-human-infection-new-coronavirus-2019-ncov>



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale;

Vista la successiva dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Considerati l'evolversi della situazione epidemiologica, il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e l'incremento dei casi sul territorio nazionale;

Considerato, inoltre, che le dimensioni sovranazionali del fenomeno epidemico e l'interessamento di più ambiti sul territorio nazionale rendono necessarie misure volte a garantire uniformità nell'attuazione dei programmi di profilassi elaborati in sede internazionale ed europea;

Visto il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante *“Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020, recante *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 27 aprile 2020, n. 108;

Visto, in particolare, l'articolo 2, comma 11, il quale prevede *“nei casi in cui dal monitoraggio emerga un aggravamento del rischio sanitario, individuato secondo i principi per il monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 e secondo i criteri stabiliti dal Ministro della salute entro cinque giorni dalla data del 27 aprile 2020, il Presidente della Regione propone tempestivamente al Ministro della salute, ai fini dell'immediato esercizio dei poteri di cui 2, comma 2, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, le misure restrittive necessarie e urgenti per le attività produttive delle aree del territorio regionale specificamente interessate dall'aggravamento”*;

Visto l'art. 16, comma 1, lett. a del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

Visto la nota del 30 aprile 2020 con cui i direttori generali della Direzione generale della prevenzione sanitaria e della Direzione generale della programmazione sanitaria trasmettono, all'esito delle consultazioni con le autorità regionali, politiche e tecniche, nel corso delle riunioni del 29 e 30 aprile 2020, il documento relativo ai criteri in merito alle attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A, di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020;

DECRETA

1. Con il presente decreto sono adottati i criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020, così come individuati nel documento allegato che costituisce parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 30 APR 2020

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Roberto Speranza





Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

OGGETTO: Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020.

Le misure di contenimento adottate nella prima fase di sviluppo dell'epidemia, in Italia così come negli altri paesi, hanno contribuito in misura determinante all'appiattimento della curva epidemica con riduzione dei nuovi casi e conseguente alleggerimento della risposta assistenziale a carico del servizio sanitario. Tali misure, sebbene abbiano permesso di superare la fase emergenziale, sott'altro profilo hanno determinato impatti economici e sociali non sostenibili nel medio-lungo periodo.

Pertanto, l'Italia, come molti paesi in Europa, si sta apprestando ad allentare gradualmente tali misure a favore di una progressiva ripresa del tessuto economico e sociale.

In assenza di un vaccino o di un trattamento farmacologico efficace, e a causa del livello di immunità della popolazione ancora basso, può verificarsi una rapida ripresa di trasmissione sostenuta nella comunità.

Tutto questo, come anche suggerito dagli organismi internazionali, presuppone l'implementazione e il rafforzamento di un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, del progressivo impatto sui servizi sanitari.

Allo stato attuale dell'epidemia, il consolidamento di una nuova fase, caratterizzata da iniziative di allentamento del *lockdown* e dalla loro progressiva estensione, può aver luogo solo ove sia assicurato uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio nazionale. Altri presupposti sono il grado di *preparedness* e tenuta del sistema sanitario, per assicurare l'identificazione e gestione dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, una adeguata e tempestiva esecuzione dei tamponi per l'accertamento diagnostico dei casi, il raccordo tra assistenza primaria e quella in regime di ricovero, nonché la costante e tempestiva alimentazione dei flussi informativi necessari, da realizzarsi attraverso l'inserimento dei dati nei sistemi informativi routinari o realizzati *ad hoc* per l'emergenza in corso.

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Per gli scopi di monitoraggio citati in premessa, e della necessità di classificare tempestivamente il livello di rischio in modo da poter valutare la necessità di modulazioni nelle attività di risposta all'epidemia, sono stati disegnati alcuni indicatori con valori di soglia e di allerta che dovranno essere monitorati, attraverso sistemi di sorveglianza coordinati a livello nazionale, al fine di ottenere dati aggregati nazionali, regionali e locali. Si precisa che tali indicatori non sono finalizzati ad una valutazione di efficienza/efficacia dei servizi ma ad una raccolta del dato e ad una migliore comprensione della qualità dello stesso, al fine di poter realizzare nel modo più corretto possibile una classificazione rapida del rischio di concerto con l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni/PPAA. Alcuni indicatori, definiti opzionali, sono relativi a flussi di sorveglianza non attualmente attivi che potranno essere istituiti in alcune Regioni/PPAA, in base alla fattibilità ed opportunità. Tali indicatori verranno considerati nella classificazione del rischio solo qualora la Regione/P.A. raccolga il dato a seguito dell'attivazione del relativo flusso informativo.

Il monitoraggio comprenderà i seguenti indicatori:

- indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio (Tabella 1);
- indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e gestione dei contatti (Tabella 2);
- indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari (Tabella 3).

1. Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

- 1.1 Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi/totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.
- 1.2 Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.
- 1.3 Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI/totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.
- 1.4 Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza/totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.
- 1.5 Numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie (opzionale).
- 1.6 Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata (opzionale).

2. Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti:

- 2.1 Percentuale di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il “re-testing” degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese.
- 2.2 Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi.
- 2.3 Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento (opzionale).
- 2.4 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al *contact-tracing*.
- 2.5 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento.
- 2.6 Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati.

3. Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari:

- 3.1 Numero di casi riportati alla Protezione civile negli ultimi 14 giorni.
- 3.2 Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione).
- 3.3 Numero di casi riportati alla sorveglianza sentinella COVID-net per settimana (opzionale).
- 3.4 Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 per giorno.
- 3.5 Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito).
- 3.6 Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note.
- 3.7 Numero di accessi al PS con classificazione ICD-9 compatibile con quadri sindromici riconducibili a COVID-19 (opzionale).
- 3.8 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19.
- 3.9 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19.

La fase di transizione dell’epidemia di COVID-19 si propone di proteggere la popolazione, con particolare attenzione per le fasce di popolazione vulnerabile, e di mantenere un numero di casi di infezione limitato e comunque entro valori che li rendano gestibili da parte dei servizi sanitari del Paese.

I criteri da valutare per la fase di transizione nella gestione COVID-19 in Italia sono i seguenti:

1. mantenimento di un numero di nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 stabile ovvero un aumento limitato nel numero di casi nel tempo e nello spazio, che possa essere indagato in modo adeguato e contenibile con misure di controllo locali;

2. mantenimento o riduzione del numero di casi di trasmissione in strutture che ospitano popolazioni vulnerabili (cluster in ospedali, RSA, altre strutture assistenziali, case di riposo ecc.) e assenza di segnali di sovraccarico dei servizi sanitari.

Le soglie definite negli indicatori proposti sono volte a monitorare il mantenimento di questi criteri. Sono inoltre identificati valori di allerta che devono portare ad una valutazione del rischio congiuntamente nazionale e della/e Regioni/PP.AA. interessate, per decidere se le condizioni siano tali da richiedere una revisione delle misure adottate/da adottare ed eventualmente anche della fase di gestione dell'epidemia.

Valori soglia sono definiti in modo puntuale per alcuni indicatori mentre una valutazione comparativa sarà effettuata con i dati dei 7 giorni precedenti raccolti nell'ambito della sorveglianza integrata nazionale, il cui storico costituirà quindi il valore di riferimento epidemiologico.

Una prima valutazione della qualità delle informazioni raccolte si effettuerà valutando la *compliance* della qualità minima dei sistemi informativi utilizzati per la raccolta attraverso indicatori di processo in Tabella 1.

Una volta accertata la qualità del dato si procederà ad una valutazione del rischio, definito come la combinazione della probabilità e dell'impatto di una minaccia sanitaria. È possibile analizzare separatamente queste due condizioni per poi valutare il rischio complessivamente. In questo contesto specifico, la minaccia sanitaria è costituita dalla trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2, e si valuterà quindi il rischio legato alla **probabilità** di infezione/trasmissione in Italia e all'**impatto**, ovvero la gravità della patologia con particolare attenzione a quella osservata in soggetti con età superiore a 50 anni.

La Figura 1 riporta l'algoritmo di valutazione relativo alla probabilità, mentre la Figura 2 riporta quello relativo all'impatto con indicati gli indicatori di riferimento. Il risultato di entrambe queste valutazioni viene rapportato alla matrice di stima del rischio riportata in Tabella 4, restituendo una valutazione del rischio complessivo.

Qualora gli indicatori non opzionali di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione (Tabella 2) dei contatti non siano valutabili o diano molteplici segnali di allerta, il rischio così calcolato dovrà essere rivalutato al livello di rischio immediatamente superiore.

Una classificazione di rischio moderato/alto/molto alto porterà ad una rivalutazione e validazione congiunta con la Regione/P.A. interessata che porterà a integrare le informazioni da considerare con eventuali ulteriori valutazioni svolte dalla stessa sulla base di indicatori di processo e risultato calcolati per i propri servizi. Qualora si confermi un rischio alto/molto alto, ovvero un rischio moderato ma non gestibile con le misure di contenimento in atto, si procederà ad una rivalutazione delle stesse di concerto con la Regione/P.A. interessata, secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 11 del DPCM 26/4/2020. Se non sarà possibile una valutazione secondo le modalità descritte, questa costituirà di per sé una valutazione di rischio elevata, in quanto descrittiva di una situazione non valutabile e di conseguenza potenzialmente non controllata e non gestibile.

Una classificazione aggiornata del rischio per ciascuna Regione/P.A. deve avvenire almeno settimanalmente. Il Ministero della Salute, tramite apposita **cabina di regia**, che coinvolgerà le Regioni/PP.AA. e l'Istituto Superiore di Sanità, raccoglie le informazioni necessarie per la

classificazione del rischio e realizza una classificazione settimanale del livello di rischio di una trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2 nelle Regioni/PP.AA.

RISORSE UMANE

La ricerca e la gestione dei contatti, per essere condotta in modo efficace, deve prevedere un adeguato numero di risorse umane, quali operatori sanitari e di sanità pubblica, personale amministrativo e, ove possibile, altro personale già presente nell'ambito dei Servizi veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione, da coinvolgere secondo le esigenze locali.

Sulla base delle stime dell'ECDC, per garantire in modo ottimale questa attività essenziale dovrebbero essere messe a disposizione nelle diverse articolazioni locali non meno di 1 persona ogni 10.000 abitanti includendo le attività di indagine epidemiologica, il tracciamento dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, l'esecuzione dei tamponi, preferibilmente da eseguirsi in strutture centralizzate (*drive in* o simili), il raccordo con l'assistenza primaria, il tempestivo inserimento dei dati nei diversi sistemi informativi.

È necessario provvedere a un'appropriata formazione del personale e garantire, da parte dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti Sanitari, il mantenimento dei livelli di erogazione dei rimanenti ordinari servizi (ad es. screening, vaccinazioni).

Si invita a voler dare la massima diffusione alla presente nota circolare ai servizi e ai soggetti interessati.

DIRETTORE GENERALE DGPRE

**f.to* Dott. Claudio D'Amario

DIRETTORE GENERALE DGPROGS

**f.to* Dott. Andrea Urbani

* "firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993

Allegato 1**Tabella 1. Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio.**

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Capacità di monitoraggio (Indicatori di qualità dei sistemi di sorveglianza con raccolta dati a livello nazionale)	1.1	Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi / totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo	Almeno il 60% con trend in miglioramento	<50% nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020, a seguire <60%	Sorveglianza integrata nazionale
	1.2	Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo	Un valore di almeno 60% con trend in miglioramento sarà considerato accettabile nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020		
	1.3	Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI/totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.4	Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza/totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.5 (opzionale)	Numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie	Almeno il 50% delle strutture residenziali sociosanitarie sul territorio Regionale/PA con trend in miglioramento	<50% delle strutture residenziali sociosanitarie sul territorio Regionale/PA	Valutazione periodica settimanale ad opera delle Regioni e Province Autonome
	1.6 (opzionale)	Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata	Non oltre il 30% con trend in miglioramento	>30%	Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità

Tabella 2. Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti

Settore	N.	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Abilità di testare tempestivamente tutti i casi sospetti	2.1	% di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il "re-testing" degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese	Trend in diminuzione in setting ospedaliero/PS Valore predittivo positivo (VPP) dei test stabile o in diminuzione	Trend in aumento in setting ospedaliero/PS VPP in aumento	Valutazione periodica settimanale
	2.2	Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi	Mediana settimanale ≤ 5gg	Mediana settimanale > 5gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19
	2.3 (opzionale)	Tempo fra data inizio sintomi e data di isolamento	Mediana settimanale ≤ 3gg	Mediana settimanale > 3gg	SS - Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19 con integrazione di queste variabili
Possibilità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena	2.4	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a ciascuna attività a livello locale progressivamente allineato con gli standard raccomandati a livello europeo	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a livello locale riportato come non adeguato in base agli standard raccomandati a livello europeo	Relazione periodica (mensile)
	2.5	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento			
	2.6	Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	Trend in miglioramento con target finale 100%		

* Al momento sono considerati validi a scopo diagnostico test molecolari validati dal laboratorio nazionale di riferimento ed eseguiti su campioni prelevati con tampone naso-faringeo.

Tabella 3. Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari

Settore	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Stabilità di trasmissione	3.1 Numero di casi riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni	Numero di casi con trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5 gg (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo") Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nel numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale	Ministero della salute
	3.2 Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione)	Rt regionale calcolabile e ≤1 in tutte le Regioni/PPAA in fase 2 A	Rt>1 o non calcolabile	Database ISS elaborato da FBK
	3.3 (opzionale) Numero di casi riportati alla sorveglianza sentinella COVID-net per settimana	Numero di casi con trend in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5 gg (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo") Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nel numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale	ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella COVID-Net
3.4	Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 per giorno	Trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento nell'ultima settimana Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nei numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo")	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 Verrà integrata una variabile dove si potrà indicare il setting di inizio sintomi
3.5	Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito)	Mancato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella Regione Assenza di focolai di trasmissione sul territorio regionale per cui non sia stata rapidamente realizzata una valutazione del rischio e validata l'opportunità di istituire una zona rossa subregionale	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che ospitino popolazioni vulnerabili La presenza nuovi focolai nella Regione richiede una valutazione del rischio ad hoc che definisce qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	ISS - Monitoraggio dei focolai e delle zone rosse con schede di indagine ISS - Sorveglianza integrata (utilizzando la variabile luogo di esposizione e demandando una ID focolaio)
		≥ 90 % delle strutture rispondenti riportano l'assenza di residenti con diagnosi confermata di COVID-19 (opzionale)	<90 % delle strutture rispondenti riportano l'assenza di residenti con diagnosi confermata di COVID-19 (opzionale)	Sorveglianza via checklist delle strutture residenziali sociosanitarie (opzionale) Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità

		Mantato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella Regione	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che ospitino popolazioni vulnerabili	ISS - Attivazione del Network Italiano di Epidemic Intelligence	
	3.6	Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note	Nel caso vi siano nuovi focolai dichiarati, l'indicatore può monitorare la qualità del contact-tracing, nel caso non vi siano focolai di trasmissione la presenza di casi non collegati a catene di trasmissione potrebbe essere compatibile con uno scenario di bassa trasmissione in cui si osservano solo casi sporadici (considerando una quota di circolazione non visibile in soggetti pauci sintomatici)	In presenza di focolai, la presenza di nuovi casi di infezione non tracciati a catene note di contagio richiede una valutazione del rischio ad hoc che definisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	Valutazione periodica settimanale
	3.7 (opzionale)	Numero di accessi ai PS con classificazione ICD-9 compatibile con quadri sindromici riconducibili a COVID-19	Numero di accessi PS con sindromi compatibili con COVID-19 in diminuzione o stabili in almeno l'80% dei PS parte della rete di sorveglianza nella Regione/PA	Numero di accessi PS con sindromi compatibili con COVID-19 in aumento nel >50% dei PS parte della rete di sorveglianza nella Regione/PA	Coordinamento Sorveglianza sindromica dei PS da definire
Servizi sanitari e assistenziali non sovraccarichi	3.8	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19	$\leq 30\%$	>30%	Piattaforma rilevazione giornaliera posti letto MdS.
	3.9	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19	$\leq 40\%$	>40%	Dati ricoveri Protezione Civile

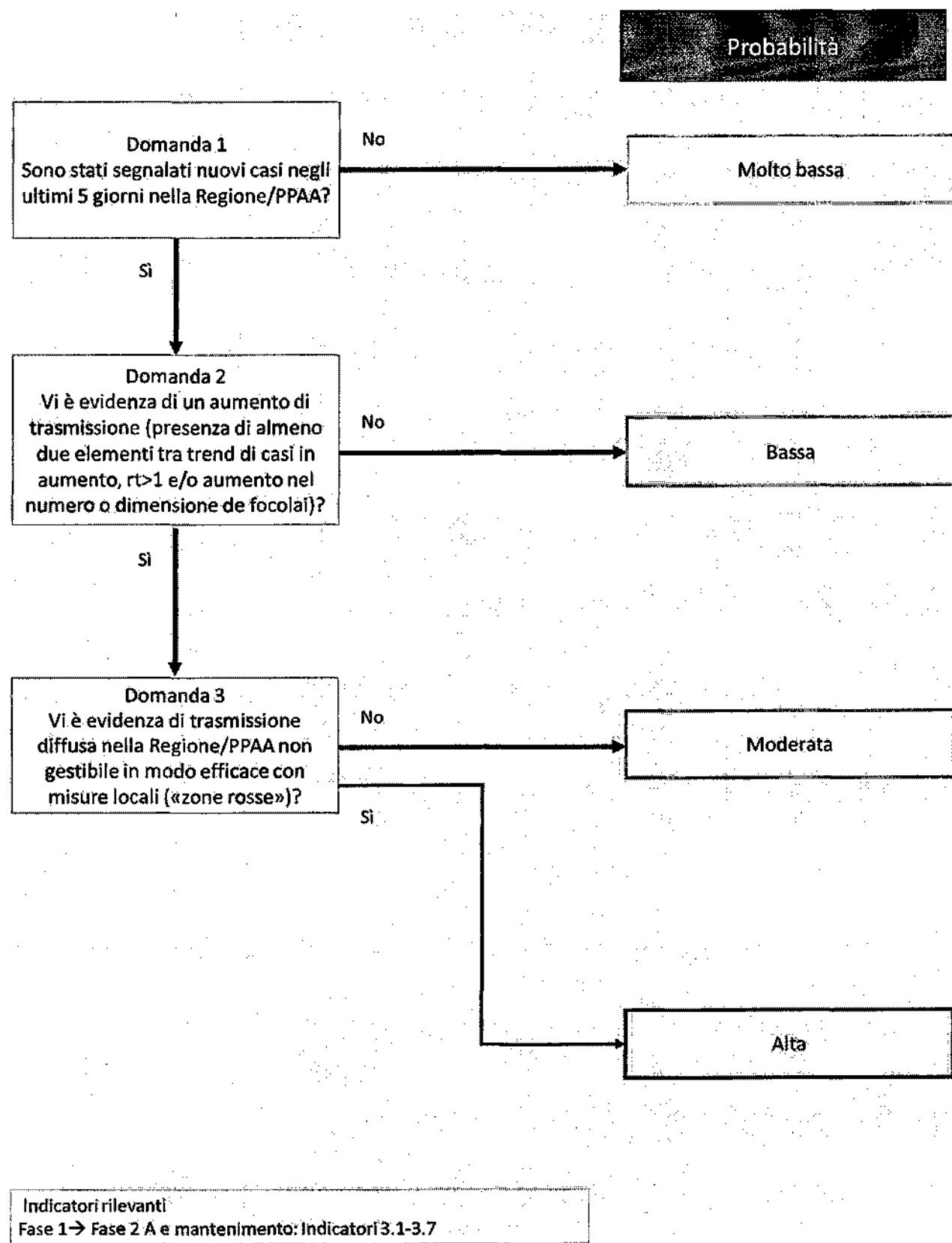
Figura 1 – Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento

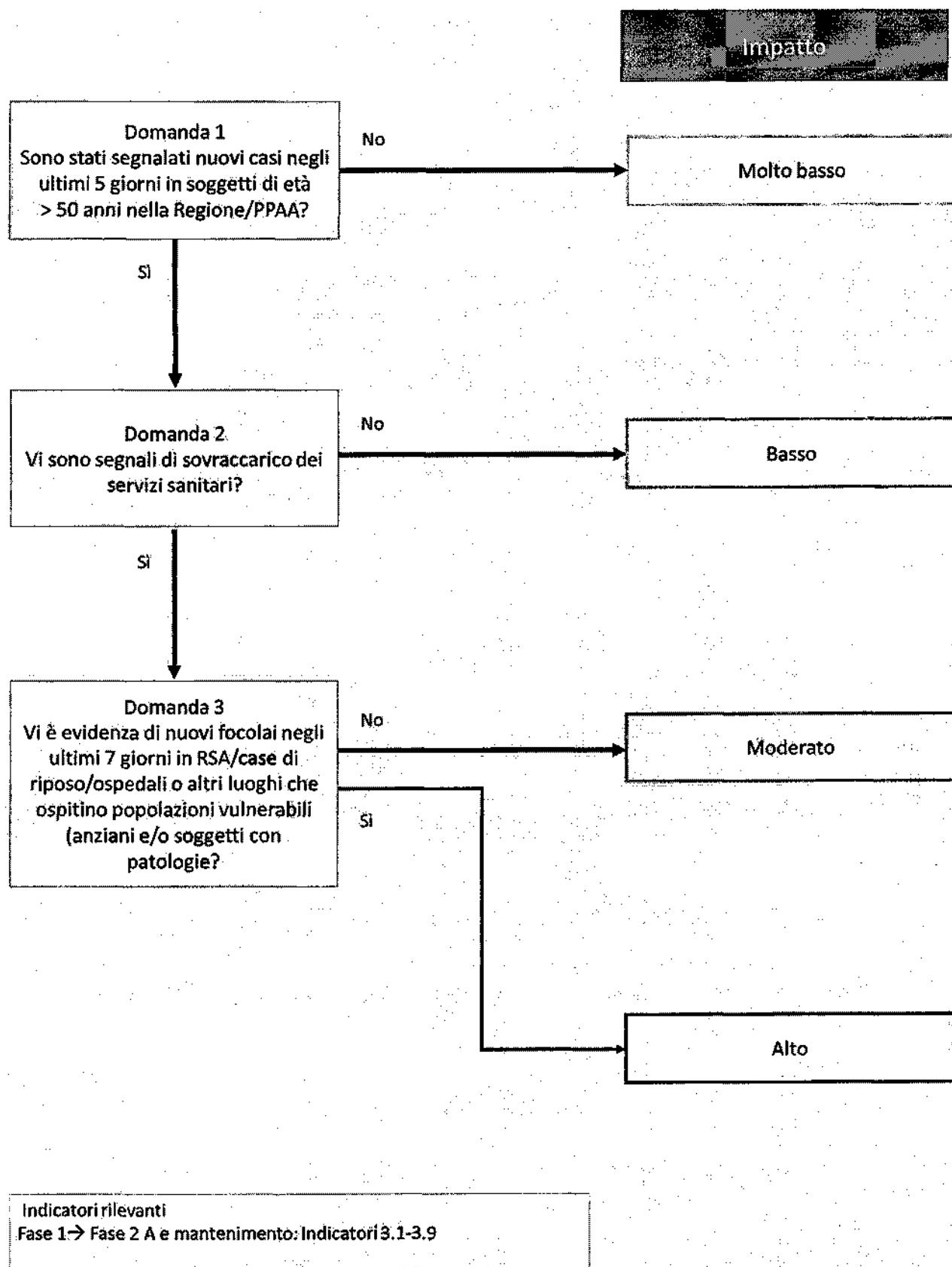
Figura 2 – algoritmo di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento

Tabella 4 – Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto

Probabilità Impatto \	Molto Bassa	Bassa	Moderata	Alta
Molto Basso	Rischio Molto basso	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Molto Alto
Basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Molto Alto
Moderato	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Alto	Rischio Molto Alto
Alto	Rischio Alto	Rischio Alto	Rischio Alto	Rischio Molto Alto

OMISSIS

n. 26948 del 8 maggio 2020



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO PER LE LIBERTÀ CIVILI E L'IMMIGRAZIONE

Roma, *data del protocollo*

Al dott. Agostino MIOZZO
Coordinatore dell'Ufficio Promozione e Integrazione
del Servizio nazionale della protezione civile
Dipartimento della Protezione Civile
Comitato Tecnico-Scientifico

p.c.

Presidenza della
Conferenza Episcopale Italiana
ROMA

OGGETTO: Emergenza da diffusione epidemiologica da COVID 19. Protocollo della Conferenza Episcopale Italiana riguardante la graduale ripresa delle celebrazioni liturgiche.
Richiesta parere.

Si trasmette il Protocollo della Conferenza Episcopale Italiana, concernente le necessarie misure di sicurezza cui ottemperare, nel rispetto della normativa sanitaria e delle misure di contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID 19, per la ripresa delle celebrazioni liturgiche.

Al riguardo, si prega codesto Comitato tecnico- scientifico di voler fornire il proprio parere.

Si resta in attesa di cortese riscontro.

IL CAPO DIPARTIMENTO
(Michele di Bari)

n. 26948 del 8 maggio 2020

Conferenza Episcopale Italiana

Prot. N. 147/2020

Roma, 5 maggio 2020

Protocollo circa la ripresa delle celebrazioni con il popolo

Per la graduale ripresa delle celebrazioni liturgiche con il popolo, il presente Protocollo ha per oggetto le necessarie misure di sicurezza, cui ottemperare con cura, nel rispetto della normativa sanitaria e delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2.

1. ACCESSO AI LUOGHI DI CULTO IN OCCASIONE DI CELEBRAZIONI LITURGICHE

1.1. L'accesso individuale ai luoghi di culto si deve svolgere in modo da evitare ogni assembramento sia nell'edificio sia nei luoghi annessi, come per esempio le sacrestie e il sagrato.

1.2. Nel rispetto della normativa sul distanziamento tra le persone, il legale rappresentante dell'ente individua la capienza massima dell'edificio di culto, tenendo conto della distanza minima di sicurezza, che deve essere pari ad almeno un metro laterale e frontale.

1.3. L'accesso alla chiesa, in questa fase di transizione, resta contingentato e regolato da volontari e/o collaboratori che - indossando adeguati dispositivi di protezione individuale, guanti monouso e un evidente segno di riconoscimento - favoriscono l'accesso e l'uscita e vigilano sul numero massimo di presenze consentite. Laddove la partecipazione attesa dei fedeli superi significativamente il numero massimo di presenze consentite, si consideri l'ipotesi di incrementare il numero delle celebrazioni liturgiche.

1.4. Per favorire un accesso ordinato, durante il quale andrà rispettata la distanza di sicurezza pari almeno 1,5 metro, si utilizzino, ove presenti, più ingressi, eventualmente distinguendo quelli riservati all'entrata da quelli riservati all'uscita. Durante l'entrata e l'uscita dei fedeli le porte rimangano aperte per favorire un flusso più sicuro ed evitare che porte e maniglie siano toccate.

1.5. Coloro che accedono ai luoghi di culto per le celebrazioni liturgiche sono tenuti a indossare mascherine.

1.6. Venga ricordato ai fedeli che non è consentito accedere al luogo della celebrazione in caso di sintomi influenzali/respiratori o in presenza di temperatura corporea pari o superiore ai 37,5°C.

1.7. Venga altresì ricordato ai fedeli che non è consentito l'accesso al luogo della celebrazione a coloro che sono stati in contatto con persone positive a SARS-CoV-2 nei giorni precedenti.

n. 26948 del 8 maggio 2020

1.8. Si favorisca, per quanto possibile, l'accesso delle persone diversamente abili, prevedendo luoghi appositi per la loro partecipazione alle celebrazioni nel rispetto della normativa vigente.

1.9. Agli ingressi dei luoghi di culto siano resi disponibili liquidi igienizzanti.

2. IGIENIZZAZIONE DEI LUOGHI E DEGLI OGGETTI

2.1. I luoghi di culto, ivi comprese le sagrestie, siano igienizzati regolarmente al termine di ogni celebrazione, mediante pulizia delle superfici con idonei detergenti ad azione antisettica. Si abbia, inoltre, cura di favorire il ricambio dell'aria.

2.2. Al termine di ogni celebrazione, i vasi sacri, le ampolline e altri oggetti utilizzati, così come gli stessi microfoni, vengano accuratamente disinfezati.

2.3. Si continui a mantenere vuote le acquasantiere della chiesa.

3. ATTENZIONI DA OSSERVARE NELLE CELEBRAZIONI LITURGICHE

3.1. Per favorire il rispetto delle norme di distanziamento è necessario ridurre al minimo la presenza di concelebranti e ministri, che sono comunque tenuti al rispetto della distanza prevista anche in presbiterio.

3.2. Può essere prevista la presenza di un organista, ma in questa fase si ometta il coro.

3.3. Tra i riti preparatori alla Comunione si continui a omettere lo scambio del segno della pace.

3.4. La distribuzione della Comunione avvenga dopo che il celebrante e l'eventuale ministro straordinario avranno curato l'igiene delle loro mani e indossato guanti monouso; gli stessi - indossando la mascherina, avendo massima attenzione a coprirsi naso e bocca e mantenendo un'adeguata distanza di sicurezza - abbiano cura di offrire l'ostia senza venire a contatto con le mani dei fedeli.

3.5. I fedeli assicurino il rispetto della distanza sanitaria.

3.6. Per ragioni igienico-sanitarie, non è opportuno che nei luoghi destinati ai fedeli siano presenti sussidi per i canti o di altro tipo.

3.7. Le eventuali offerte non siano raccolte durante la celebrazione, ma attraverso appositi contenitori, che possono essere collocati agli ingressi o in altro luogo ritenuto idoneo.

3.8. Il richiamo al pieno rispetto delle disposizioni sopraindicate, relative al distanziamento e all'uso di idonei dispositivi di protezione personale si applica

n. 26948 del 8 maggio 2020

anche nelle celebrazioni diverse da quella eucaristica o inserite in essa: Battesimo, Matrimonio, Unzione degli infermi ed Eseguie.¹

3.9. Il sacramento della Penitenza sia amministrato in luoghi ampi e areati, che consentano a loro volta il pieno rispetto delle misure di distanziamento e la riservatezza richiesta dal sacramento stesso. Sacerdote e fedeli indossino sempre la mascherina.

3.10. La celebrazione del sacramento della Confermazione è rinviata.

4. ADEGUATA COMUNICAZIONE

4.1. Sarà cura di ogni Ordinario rendere noto i contenuti del presente Protocollo attraverso le modalità che assicurino la migliore diffusione.

4.2. All'ingresso di ogni chiesa sarà affisso un manifesto con le indicazioni essenziali, tra le quali non dovranno mancare:

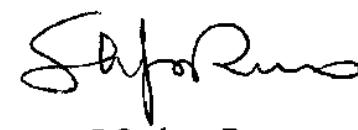
- il numero massimo di partecipanti consentito in relazione alla capienza dell'edificio;
- il divieto di ingresso per chi presenta sintomi influenzali/respiratori, temperatura corporea uguale o superiore ai 37,5° C o è stato in contatto con persone positive a SARS-CoV-2 nei giorni precedenti;
- l'obbligo di rispettare sempre nell'accedere alla chiesa il mantenimento della distanza di sicurezza, l'osservanza di regole di igiene delle mani, l'uso di idonei dispositivi di protezione personale, a partire da una mascherina che copra naso e bocca.

5. ALTRI SUGGERIMENTI

5.1. Ove il luogo di culto non è idoneo al rispetto delle indicazioni del presente Protocollo, l'Ordinario del luogo può valutare la possibilità di celebrazioni all'aperto, assicurandone la dignità e il rispetto della normativa sanitaria.

5.2. Si ricorda la dispensa dal preцetto festivo per motivi di età e di salute.

5.3. Si favoriscano le trasmissioni delle celebrazioni in modalità *streaming* per la fruizione di chi non può partecipare alla celebrazione eucaristica.



Stefano Russo
Segretario Generale

¹ Nelle unzioni previste nell'amministrazione dei sacramenti del Battesimo e dell'Unzione degli infermi, il ministro indossi, oltre alla mascherina, guanti monouso.



*Il Ministro
per i beni e le attività culturali
e per il turismo*

[Handwritten signature]

nel ringraziare nuovamente per le vostre disponibilità e collaborazione, faccio seguito alla discussione di mercoledì 29 aprile scorso per sottoporre al Comitato tecnico-scientifico alcuni quesiti relativi alla possibilità di svolgimento, nei prossimi mesi, delle attività rientranti nelle competenze di questo Ministero (che sono riportate nell'allegato).

In via preliminare, è utile precisare che la documentazione già trasmessa al Comitato, pur nelle sue inevitabili diversità, presenta alcuni tratti comuni.

Tutti gli operatori e le associazioni di categoria dei settori turismo e cultura, entrambi fortemente colpiti dall'emergenza COVID-19, hanno infatti chiesto:

- 1) una calendarizzazione il più possibile certa della ripresa delle attività, anche in ragione dei prevedibili tempi e costi richiesti per i necessari adeguamenti alle prescrizioni sanitarie;
- 2) indicazioni chiare e precise sulle misure di prevenzione sanitaria, con riguardo sia al personale delle imprese e delle strutture coinvolte, sia al pubblico;
- 3) ulteriori chiarimenti in relazione alla specificità di talune attività poste in essere e ai conseguenti rischi sanitari (si pensi, a titolo di esempio, all'uso di audioguide per i musei, agli stabilimenti termali o ai parchi divertimento).

In tale contesto, e anche in base a quanto emerso nella discussione dello scorso mercoledì, sarebbe molto importante se il Comitato potesse fornire elementi di risposta alle seguenti domande, in modo da poter dare istruzioni agli operatori, ai lavoratori, agli utenti e al pubblico.

1) Nei prossimi mesi, fino al 31 agosto prossimo, quali attività, tra quelle indicate nell'allegato, debbono restare chiuse o sospese in ragione dell'emergenza sanitaria?

Inoltre, nel caso in cui fosse autorizzato solamente lo svolgimento di spettacoli, concerti o altri eventi all'aperto, fermo restando il rispetto delle distanze interpersonali e delle altre prescrizioni di sicurezza sanitaria, da quando potrebbe riprendere questa attività? Sarebbe preferibile ipotizzare un numero contingentato di spettatori? E gli spettatori dovrebbero necessariamente assistere seduti?

2) A quali condizioni è possibile riaprire gli stabilimenti balneari? In particolare, come e a quali distanze dovrebbero essere collocati ombrelloni, lettini, sedie e sdraio? Debbono essere previste misure specifiche per la sanificazione degli ambienti? E quali prescrizioni debbono valere per le spiagge libere?

3) Sono necessarie prescrizioni specifiche per gli stabilimenti termali e per i relativi trattamenti? Occorrono misure particolari di prevenzione e sanificazione?

4) Musei, archivi, biblioteche e altri luoghi della cultura hanno elaborato una lista di prescrizioni sanitarie che abbiamo già condiviso con il Comitato. Tali prescrizioni sono adeguate e sufficienti in vista della programmata e già annunciata riapertura a partire dal prossimo 18 maggio?

5) I protocolli proposti dalle associazioni di categoria del settore alberghiero e dell'ospitalità "open air" sono condivisibili? Con le necessarie integrazioni, potrebbero essere estesi alle altre strutture ricettive?

6) I set cinematografici non sono stati espressamente chiusi a causa della pandemia, ma le attività sono al momento sospese. È possibile consentire la ripresa delle attività secondo le modalità contenute nel protocollo elaborato dagli operatori già sottoposto al Comitato, naturalmente rivisto e corretto secondo le vostre indicazioni?

Questi sei gruppi di quesiti appaiono i più urgenti da approfondire e, a tal fine, confermo la massima disponibilità del mio Capo di Gabinetto e del Segretario generale del Ministero a partecipare ad altri prossimi incontri con il Comitato tecnico-scientifico, anche coinvolgendo esperti e rappresentanti dei diversi settori.

L'occasione mi è gradita per porgere cordiali saluti.

Dario Franceschini



Al dottor Agostino Miozzo
Coordinatore del Comitato Tecnico Scientifico
Dipartimento della Protezione civile

Allegato

Attività di competenza del Ministero per i beni e le attività culturali e per il turismo (MIBACT)*

- 1) musei, parchi archeologici e altri luoghi della cultura (incluse mostre e altri eventi culturali all'aperto e al chiuso)
- 2) biblioteche e archivi
- 3) cinema:
 - produzione (set cinematografici)
 - esercizio (sale cinematografiche all'aperto e al chiuso)
- 4) spettacolo dal vivo:
 - sale teatrali e sale da concerto all'aperto o al chiuso
 - sale da ballo e discoteche e locali assimilati, all'aperto o al chiuso
 - organizzazione di eventi musicali in stadi, palazzetti dello sport o altri luoghi, all'aperto o al chiuso
- 5) strutture ricettive, alberghiere e extra-alberghiere, inclusi campeggi
- 6) rifugi alpini
- 7) stabilimenti balneari e spiagge anche libere
- 8) stabilimenti termali e piscine
- 9) fiere e congressi
- 10) parchi a tema, parchi divertimento, parchi acquatici, giardini zoologici, orti botanici
- 11) porti turistici e marina resort

* Elenco suscettibile di integrazioni

Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of COVID-19

Interim guidance
19 March 2020



Background

Mass gatherings are highly visible events with the potential for serious public health consequences if they are not planned and managed carefully. There is ample evidence that mass gatherings can amplify the spread of infectious diseases. The transmission of respiratory infections, including influenza, has been frequently associated with mass gatherings.¹ Such infections can be transmitted during a mass gathering, during transit to and from the event, and in participants' home communities upon their return.

The purpose of this document is to outline key planning considerations for the organizers of mass gatherings in the context of the novel coronavirus (COVID-19) outbreak. It should be read in conjunction with WHO's Public health for mass gatherings: Key considerations,² which provides general advice on the public health aspects of mass events. It is also adapted from the interim planning considerations that were previously released by WHO addressing mass gatherings in the context of pandemic (H1N1) 2009 influenza and guidance for international meetings attended by individuals from countries affected by Ebola virus. Updated [technical guidance on COVID-19](#) outbreak should also be consulted.

As the COVID-19 outbreak continue to evolve, meeting organizers may want to consider the following three phases in planning appropriate preparedness measures:

1. Planning phase – the period (weeks or months) before the event begins, when operational plans for health and security services during the event are developed, tested, and revised;
2. Operational phase – the period after plans are finalized and the delivery of the event services begins; this may be several weeks before the event commences if teams arrive in advance to complete their training or preparations;
3. Post-event phase – the period after the event finishes when participants are returning to their home countries and organizers are reviewing the event delivery and any follow-up actions that are necessary, as well as reviewing any lessons learned and the event's legacy.

Planning phase

Planning should ensure that robust systems and processes are in place to manage public health issues during mass gatherings. Organizers should review their plans to ensure that they correspond to the most current evidence and recommendations. Additional advice could be sought through consultation with global experts.

General advice on planning for the public health aspects of an event is set out in WHO's key considerations document (mentioned in Section 1). Specific actions to be taken in relation to the COVID 19 outbreak are discussed in this section.

1. Liaison with local and national public health authorities.

- Event organizers should establish direct links with local and national public health authorities. This should include the local provider of health services for the event.
- There should be a nominated liaison person in the organizing team and also one in the designated public health agency. Contact information should be shared, and contacts should be available 24 hours a day.
- Regular contact should be maintained throughout the planning period to share information, risk assessments, and plans.
- Channels of communication between agencies and organizers and with the public should be agreed in advance.

2. Risk assessment

The decision to proceed with a mass gathering or to restrict, modify, postpone, or cancel the event should be based on a thorough risk assessment. Event planners should undertake such an assessment in partnership with local and national public health authorities.

For highly visible or particularly large events, WHO may provide advice and technical support to the host country to help with assessing the public health risks associated with the event.

General considerations include the following.

- A comprehensive risk assessment should be undertaken at the beginning of the planning phase, reviewed regularly during planning, and updated immediately before the handover to the operational phase.
- The risk assessment should include input from the public health authority and should take into account the security assessment for the event.
- In relation to COVID-19, the risk assessment should include consulting WHO's updated technical guidance and ensuring that there is an up-to-date evaluation of the epidemiological situation.
- The risk assessment for the event must be coordinated and integrated with the host country's national risk assessment.

Specific considerations in relation to COVID-19.

Specific information that is necessary for the risk assessment includes:

- the global COVID-19 situation reports as provided by WHO;
- the national COVID-19 situation report.
- The risk assessment for COVID-19 should consider both general features and specific features.
- General features of COVID-19 include:
 - transmission dynamics
 - future likely spread of the epidemic
 - clinical severity
 - treatment options, including available pharmaceuticals.
 - potential for prevention, including vaccine.

Specific features of the event that should be considered include:

- crowd density;
- nature of contact between participants (for example, a concert or religious event, indoors or outdoors, the layout of the venue);
- whether the event will be attended by registered and non-registered participants;
- profession of the participants and their possible previous exposure;
- number of participants coming from countries or areas affected by the COVID-19 outbreak within 14 days before the event;
- age of participants; because elderly people who have co-morbid conditions appear to be more seriously affected, mass gatherings composed principally of this cohort may be associated with increased transmission;
- type or purpose of event (for example, sporting, festival, religious, political, cultural);
- duration and mode of travel of participants; if the duration of the mass gathering is longer than the incubation period for COVID-19 infection (14 days), then most event-associated cases would be expected to occur while the event is underway. In contrast, if the duration is shorter, most cases would likely occur after the event as people travel and return to their home communities.

WHO's Public health for mass gatherings: key considerations can be consulted for a detailed discussion of the general principles and elements of risk assessment and management. Additionally, online training is available on [public health preparedness for mass gatherings](#).

3. Specific action plan for COVID-19

Action plans should be developed to mitigate all risks identified in the assessment. Some actions will be the responsibility of the public health authority to deliver, some will be the responsibility of the local health service provider, and the event organizer will be responsible for others; each action plan should specify who is responsible for delivering each action, the timescale for delivery, and how and by whom delivery will be ensured. Action plans should include:

- integration with national emergency planning and response plans for infectious diseases;
- command and control arrangements to facilitate the rapid communication of information and efficient situation analyses and decision-making;
- any appropriate screening requirements for event participants – for example, will participants be screened for COVID-19 symptoms on arrival?
- disease surveillance and detection – for example, how will the disease be recognized and diagnosed in participants?
- treatment – for example, how and where will ill participants be isolated and treated?
- decision trigger points – for example, who will decide whether affected participants can continue or resume their role in the event? What trigger points will indicate the need to reconsider or revise the plans? What would trigger postponement or cancellation of the event?

If the decision is made to proceed with a mass gathering, planning should consider measures to:

- detect and monitor event-related COVID-19;
- reduce the spread of the virus;
- manage and treat ill persons;
- disseminate public health messages specific to COVID-19.

4. Capacity and resource assessment

Some of the capabilities and resources to be considered when planning for an event include the following:

- National health authorities should assess whether additional resources and capacity are needed to deliver appropriate risk-mitigation actions to the local community during and after the event, for example, by adding diagnostic testing capacity, isolation and treatment facilities, and resources for contact tracing.
- Event organizers should assess the capacity needed and the resources available to deliver all specific COVID-19 risk-mitigation actions that arise from the risk assessment.
- Capacity and resources should be coordinated with the public health authority and health service provider to avoid duplication or gaps.

5. Risk communication and community engagement plan

Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the COVID-19 outbreak: interim guidance

Event organizers should agree with the public health authority how participants and the local population will be kept informed about the health situation, key developments, and any relevant advice and recommended actions.

Operational phase

There are no published experiential data specific to planning and implementing a mass gathering during the current COVID-19 outbreak. However, arrangements must be in place to ensure regular communication between event organizers and the public health authority.

These arrangements should include:

- regular and full sharing of information by organizers and public health authorities;
- arrangements to provide participants with information about how to access health advice;
- arrangements for ongoing, dynamic risk assessments to be conducted by the public health authority and organizers as the event progresses;
- arrangements for communicating with participants and the local population to ensure that messaging is consistent.

To date, there is no scientific evidence to support the screening of participants as a cost-effective measure.

1. Risk communication

Risk communication is an integral part of mass gatherings. The following measures should be considered.

- Key messages for the local population and event participants must be coordinated and consistent.
- Consideration should be given to how messages about risk can be delivered to the population and to participants quickly if an unusual event occurs.

Messaging should include:

- an overall assessment of the local risk;
- advice on preventive measures, especially respiratory etiquette and hand hygiene practices;
- advice about how to access local health care if necessary, including how to do so without creating a risk to health care workers;
- advice on self-isolation and not attending the event if symptoms develop;
- information about disease signs and symptoms, including warning signs of severe disease that require immediate medical attention;
- advice on self-monitoring for symptoms and signs for participants travelling from affected countries, including checking their temperature;
- information that WHO does not currently recommend quarantine for healthy travellers or other travel restrictions;
- information that wearing a face mask is recommended for participants who have respiratory symptoms (for example, cough); it is not recommended for healthy participants.

Event organizers in collaboration with public health authorities may wish to consider whether specific information or advice is needed about the potential risks that persons already at increased risk of severe disease might face in the setting of a mass gathering, especially if the COVID-19 virus is circulating in the community.

More information on COVID-19 risk communication and community engagement can be found in Risk communication and community engagement (RCCE) readiness and response to the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV).⁵ WHO has developed [advice for the public about COVID-19](#) and [information about myths](#).

2. Surveillance of participants

Some key features to consider for surveillance include the following.

- Detection and monitoring of event-related COVID-19 should be considered in the context of surveillance schemes that are already in place and if new or enhanced surveillance is deemed necessary.
- Organizers will need to work with local public health authorities to ensure that systems are in place to identify indicators of illness arising in the local population or in event participants, such as increases in the number of people experiencing symptoms or a rise in the use of proprietary medicines.
- Surveillance systems will need to operate in real time or near-real time to support rapid response actions.
- Surveillance systems should be linked to risk assessments, so that any abnormal signal in the surveillance systems triggers an immediate revision of the risk assessment.

3. Testing and diagnostic arrangements

Organizers need to consider with the local health authority how and where participants presenting with COVID-19-like symptoms will be tested. Organizers will need to ensure that their health provider has access to appropriate testing tools, probably from the national public health agency. This will also require prior agreement about how to transport specimens or participants to a testing facility.

4. Treatment facilities

Some considerations for treatment facilities include the following:

- Event organizers should consider the need to provide isolation facilities at the event site for participants who develop symptoms and the need to wait for a health assessment. Whether this is necessary depends on the nature of the event and the extent to which the event will provide its own medical services rather than depend on the local health service to do so. Preparing for an isolation facility includes training health care workers, implementing infection control and prevention measures in any health care setting, and preparing personal protective equipment to be used by staff.
- Organizers need to consider where any participant who becomes unwell with COVID-19-like symptoms will be treated and how they will be

Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the COVID-19 outbreak: interim guidance

- transported to a treatment facility. This is likely to be in a national health facility where there is appropriate containment capacity and expertise, so participants will not be able to remain in the event's medical facility. Agreements about any consequent funding issues should be confirmed in advance.
- Participants at events sometimes expect that they will be returned to their home country for medical treatment rather than be treated in the host country; this will not be possible for anyone diagnosed with COVID-19 except through the use of specific medical evacuation flights that have appropriate isolation and containment facilities: such facilities are scarce and expensive and not readily available for illnesses such as COVID-19.
 - Organizers need to consider how any affected participants will be transferred home if their illness extends beyond the end of the event and pre-arranged travel is no longer available.
 - Event organizers working with public health and health care officials need to assess national capacity to deliver supportive treatment, including admitting participants to an intensive care unit and providing ventilator support. Such care should be provided near the mass gathering if possible.
 - National plans for deploying and providing access to medical supplies, such as antibiotics, ventilators, and personal protective equipment should be reviewed.

5. Decision-making

In collaboration with local health authorities, organizers should also agree in advance the circumstances in which risk-mitigation measures would need to be enhanced or the event postponed or cancelled. Prior agreement on potential trigger points will facilitate these discussions if they become necessary.

6. Operational practices for reducing event-related transmission of the COVID-19 virus.

The basic general principles for reducing transmission of the COVID-19 virus are applicable to a mass gathering.

- People should be advised to stay away from the event if they feel ill.
- Persons who feel unwell (that is, have fever and cough) should stay at home and not attend work or school and avoid crowds until their symptoms resolve. This applies to participants as well as staff.
- Promoting appropriate hand hygiene and respiratory etiquette in mass gathering venues requires providing informational materials that reach a range of age groups and varying reading and educational levels. In addition, soap and water or alcohol-based hand sanitizers and tissues should be easily accessible in all common areas, and especially at medical treatment sites at the event.
- People who become ill while at the event should be isolated.
- Organizers should plan for the likelihood of persons becoming ill with fever and other typical symptoms of COVID-19 during the event. Organizers should consider establishing isolation areas in on-site

medical treatment clinics or facilities where such persons can be initially assessed and triaged. Persons who are ill can be provided with a mask to help contain respiratory droplets generated from coughing and sneezing. The isolation area should be equipped with the necessary supplies to facilitate hand hygiene and respiratory etiquette. In addition, medical staff attending persons who are ill should wear a mask, dispose of it immediately after contact with someone who is ill, and cleanse their hands thoroughly afterwards.

- The usual precautions should be practiced with travellers arriving from international destinations:
- If travellers have symptoms suggestive of acute respiratory illness before, during or after travel, they should be encouraged to seek medical attention and share their travel history with the health care provider.
- Public health authorities should provide to travellers information about reducing their general risk of acute respiratory infections through health practitioners, travel health clinics, travel agencies, transportation operators, and at points of entry.
- Crowding should be minimized where possible, and event organizers should consider using distancing measures to reduce close contact among people during the gathering (for example, by increasing the frequency of transport, staggering arrivals, diverting departures, and minimizing congregation at sanitary stations and food and water distribution areas).

Post-event phase

After the conclusion of the mass gathering, the following should be considered:

1. After the event

After the gathering, if public health authorities suspect that transmission of the COVID-19 virus has occurred, organizers and participants should support the response of authorities.

- Meeting organizers must liaise with public health authorities and facilitate the sharing of information about all symptomatic participants (such as their itineraries, contact information, visa procedures, hotel bookings).
- Individuals who develop symptoms during the mass gathering and their stay in the country should isolate themselves, seek medical attention, and inform the appropriate public health authorities about their potential exposure, both in the country where the event was held and upon returning to their country of residence.

2. Risk communication

- It may be necessary both for clinical reasons and under the International Health Regulations to notify the home countries of returning participants of any people who developed COVID 19 while attending the event.

Key planning recommendations for Mass Gatherings in the context of the COVID-19 outbreak: interim guidance

- Organizers also need to ensure that test results reported after the event are notified to the participant and, possibly, to the home country's public health system.

3. Lessons identified

As always, it will be important for lessons from any event to be identified through review after the event so that they can be passed on to future event organizers.

4. Legacy

Organizing mass gatherings during a global health emergency is unusual, but it can be done depending on the risk assessment. Organizers should see any such event as an opportunity to enhance their ways of working and to pass this learning on to both future events and the host country.

References

- Rashid H, Haworth E, Shafi S, Memish ZA, Boov R. Pandemic influenza: mass gatherings and mass infections. Lancet 2008;8:526–7.

- World Health Organization. [Public health for mass gatherings: key considerations](#). Geneva: World Health Organization; 2015 (accessed 19 February 2020).
- World Health Organization. [Interim planning considerations for mass gatherings in the context of pandemic \(H1N1\) 2009 influenza](#). Geneva: World Health Organization; 2009 (accessed 19 February 2020).
- World Health Organization. [Interim guidance for international meetings attended by individuals for Ebola virus disease-affected countries](#). Geneva: World Health Organization; 2014 (accessed 19 February 2020).
- World Health Organization. [Risk communication and community engagement \(RCCE\) readiness and response to the 2019 novel coronavirus \(2019-nCoV\)](#). Geneva: World Health Organization; 2020 (accessed 19 February 2020).

WHO continues to monitor the situation closely for any changes that may affect this interim guidance. Should any factors change, WHO will issue a further update. Otherwise, this interim guidance document will expire 2 years after the date of publication.

© World Health Organization 2020. Some rights reserved. This work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence](#).



*Ministero per i Beni e le
Attività culturali e per il
Turismo*

Direzione generale Musei

M Signor Ministro

per il tramite del Capo di Gabinetto

Epc.

Al Segretario generale

Lettera inviata solo tramite e-mail
SOSTITUISCE L'ORIGINALE ai sensi art.
43, comma 6 D.P.R. 445/2000 e art. 47,
commi 1 e 2, D.lgs. 82/2005

Prot. |DG-MU|21/04/2020|0005603-P

OGGETTO: Aspetti sanitari per riapertura musei post emergenza COVID19.

Sentiti i direttori dei musei e delle direzioni regionali fornisco con la presente i richiesti elementi relativi all'oggetto, anche in considerazione del decreto ministeriale 30 giugno 2016 recante "Criteri per l'apertura al pubblico, la vigilanza e la sicurezza dei musei e dei luoghi della cultura statali". Per questa direzione generale e i dirigenti dei musei statali è importante avere indicazioni univoche e i musei per le riapertura ritengono necessaria:

1. La fornitura stabile, per un periodo di tempo stabilito dalle competenti autorità tecnico scientifiche, di mascherine
 2. per i lavoratori e, almeno in una prima fase, anche per i visitatori.
 3. La fornitura di termoscanner utilizzabili dal personale di custodia o da altro persoale ad hoc.
 4. La verifica dello stato di salute dei lavoratori rientranti dal contenimento sociale.
 5. Che la effettiva possibilità di riapertura sia valutata dal dirigente, alla presenza di idonee risorse umane, finanziarie e di sicurezza, che i DPI siano forniti e stabilmente in approvvigionamento.
 6. Che possa proseguire smart working, con criteri chiari soprattutto sulla possibilità di far tornare chi risiede in altri comuni, altre regioni o chi ha conseguito l'infezione ed è guarito
 7. Che siano possibili con il personale a disposizione l'aggiornamento dei DVR (Documento valutazione rischi) avvengono a cura del tavolo tecnico istituito presso il Segretariato insieme all'ATI capeggiata da GRUPPO SINTESI, responsabile di commessa. Presso molti istituti sono già costituiti "gruppi covid" con GRUPPO SINTESI e gli Rspp verificano ed eventualmente integrano DVR E DUVRI (documento di valutazione rischi da interferenze), con misure specifiche Covid (valutazione rischio biologico ex Titolo X del d.lgs n.81/2008).
 8. Che i competenti organi tecnico scientifici stabiliscano prima delle riaperture se attivare o meno forme adeguate di verifica dello stato di salute del personale (monitoraggio epidemiologico) assicurando idonei screening, e dando indicazioni precise sulle procedure correlate alla salute e alla sicurezza, incluse le regole del distanziamento, e i dispositivi di protezione da fornire al personale, soprattutto a quello di vigilanza (sia interna che privata) e/o ai visitatori, secondo quanto sarà indicato dagli organi competenti
 9. Che sia stabilita (come si auspica) una riapertura graduale, anche sperimentale, con precedenza per i luoghi all'aperto e i musei che nel 2018 e 2019 non hanno mai fatto registrare alte frequenze.

E' evidente la necessità di avere risorse per le sanificazioni ricorrenti e una rinnovata attenzione all'igiene dei bagni, alla loro rispondenza ai requisiti di accessibilità, in quanto essenziali nella relazione con il visitatore post emergenza. Sono state rilevate come necessarie le schermature in plexiglass o simili per le casse, misure specifiche per le sale regia delle vigilanza ad altri ambienti ristretti con compresenza di personale come le garitte.

Sugli aspetti tecnici delle sanificazioni si rimanda ai documenti che saranno diffusi dal Segretariato generale e/o da GRUPPO SINTESI . Oltre alle raccomandazioni ICOM, che hanno previsto misure per spazi espositivi, depositi, aree non accessibile al pubblico, ventilazione etc. (<http://www.icom-italia.org/covid-19-icom-cc-recommendations-for-the-conservation-of-museum-collections-april-16-2020/>) , sono stati esaminati documenti del Politecnico di Torino e la bozza di Piano dei Musei Reali, Pompei , Brera, Ostia. I dirigenti Mibact ricevono dettagliate indicazioni per le sanificazioni dai loro RSPP (allegato 1).

CIRCOSTANZE CHE SARANNO UTILI ALLO SCOPO:

1. Effettiva capacità di spesa e approvvigionamento, con importi assegnati e con tempi migliorati rispetto all'attuale lentezza. Bene chiarire con specifica previsione normativa che le spese di sanificazione e acquisto dpi per dipendenti e primi visitatori siano almeno parificate al le spese di somma urgenza o disponibili in capitoli generali.
2. Sufficienti risorse umane (considerando l'attuale scarsa disponibilità della società in house del Mibact Ales spa e l'impossibilità di utilizzare tutto l'organico, in quanto le persone in categoria fragile presumibilmente dovranno restare in smart working o altra forma di assenza dal posto di lavoro).
3. Ottimo stato delle condizioni di sicurezza e assenza di cantieri che impattino sui flussi di visitatori. E' necessario che la DG Sicurezza del patrimonio sia pienamente operativa perché le misure di COVID fase 2 incrementeranno l'attenzione dei media e di vari player pubblici e privati sulla sicurezza antincendio e in generale sulla sicurezza del patrimonio (art. 17 dpcm 169/2019).
4. Che sia data la possibilità di escludere dalle prime aperture siti importanti privi di titolare dirigente (diretti ad interim). La responsabilità dirigenziale potrebbe essere necessaria in funzione piena, almeno nella prima fase delle riaperture.
5. Operativamente i musei hanno necessità di competenze e tecnologia (piattaforme e schermi grandi per lavorare in teleconferenza con scuole e gruppi, a lettori di biglietti, sensori,- transenne, flexi, supporti per segnaletica.

CONSIDERAZIONI CONNESSE CON LE RIAPERTURE

La primissima fase potrebbe prevedere la prenotazione obbligatoria. Pensato prima dell'emergenza, è in piedi un bando per sponsorizzazione tecnica di sistemi di contingimento.

Questa Direzione generale propone di valutare l'importanza che le aree botaniche monumentali possono rivestire per le comunità nella fase di ripresa dopo il Covid-19. Si tratta di luoghi nei quali si consolida la coscienza del patrimonio comune, dell'arte e del paesaggio e si contribuisce al benessere psicofisico delle persone. Elemento, quest'ultimo, che sarà particolarmente utile e prezioso per molti cittadini al termine del lungo periodo di contenimento sociale.

Il Direttore generale
(dott. Antonio LAMPIS)



N
p6



*Il Ministro delle politiche
agricole alimentari e forestali*

Roma, 5 maggio 2020

Ill.mi componenti del Cts,

nelle nostre campagne in questi giorni sono moltissimi i lavoratori stranieri irregolari e privi di permesso di soggiorno che partecipano alle attività agricole al fianco di lavoratori e lavoratrici italiani. Si tratta di persone che vivono in insediamenti, purtroppo tristemente noti alle cronache, in molti casi veri e propri ghetti caratterizzati da condizioni igienico-sanitarie estremamente degradate e non raggiunte da interventi di sanificazione e profilassi.

Peraltra, ci sono moltissimi lavoratrici e lavoratori in condizioni di irregolarità e privi di permesso di soggiorno che lavorano, in qualità di colf e badanti, presso le famiglie italiane.

La mia preoccupazione è che proprio nel lavoro agricolo si possa, nei prossimi giorni che vedranno un'intensa attività di raccolta in varie regioni italiane, sviluppare un contagio Covid19 per la mancanza di adeguate misure di prevenzione. Queste persone, infatti, essendo prive di un qualsivoglia permesso di soggiorno, non sono soggette a nessun protocollo o profilassi.

Vi chiedo, pertanto, di esprimere il vostro parere circa i percorsi di regolarizzazione necessari al fine di consentire che l'attività lavorativa si possa svolgere in condizioni controllate e sicure.

Consapevole dell'impossibilità per queste persone di fare rientro nei loro paesi di provenienza proprio a causa della pandemia in corso, In qualità di Ministra per le politiche agricole, alimentari e forestali ritengo che si debba procedere, con la massima urgenza, al rilascio di un permesso temporaneo di almeno sei mesi per garantire il lavoro e la tutela della salute e della sicurezza attraverso la profilassi necessaria. Favorendo, al contempo e in ogni modo, l'utilizzo di insediamenti abitativi sicuri sul modello già sperimentato con le foresterie regionali di accoglienza dei lavoratori agricoli stagionali, gestite con la partecipazione delle istituzioni statali e regionali competenti.

All'attenzione del Comitato Tecnico Scientifico
Cons. Agostino Miozzo

Teresa Bellanova

OMISSIS