



Aigle, 06 aprile 2021

Norme per l'organizzazione delle gare di Paraciclismo su strada nel contesto della pandemia di COVID-19

**Eventi internazionali di Paraciclismo su strada,
Coppa del Mondo UCI di Paraciclismo su strada,
Campionati Continentali di Paraciclismo su strada,
Campionati del Mondo UCI di Paraciclismo su strada**

Gli stakeholder del ciclismo e l'UCI riconoscono la natura straordinaria della pandemia COVID-19 che prevale dal 2020 e le conseguenti difficoltà per l'organizzazione di eventi sportivi sicuri. Tali difficoltà sono oltremodo impervie nell'ambito di eventi ciclistici a causa dei viaggi internazionali regolari, dell'uso di luoghi e di impianti sportivi ad accesso libero e delle diverse composizioni dei team e del personale.

Dall'inizio della pandemia, l'UCI e gli stakeholder del ciclismo hanno convenuto di costituire un Gruppo Direttivo UCI per presentare al Comitato Direttivo UCI una serie di norme di emergenza (di seguito, le Norme) volte a ridurre il rischio di trasmissione del coronavirus durante gli eventi del Calendario internazionale UCI. A partire dalla fine della stagione ciclistica su strada 2020 sono avvenuti fatti inediti da prendere necessariamente in considerazione per l'organizzazione di eventi di Paraciclismo su strada inseriti nel calendario internazionale UCI. In effetti,

- lo sviluppo, la validazione da parte di molte autorità sanitarie e la diffusione di vari vaccini contro il COVID-19,
- i nuovi progressi nella concezione di test antigenici,
- la comparsa di mutazioni del genoma virale che ha determinato modifiche delle interazioni tra ospite e patogeno

impongono l'aggiornamento dei Regolamenti per l'organizzazione degli eventi ciclistici internazionali adottate nella stagione 2020. Come per la stagione 2020, il presente documento non dovrebbe costituire una «dichiarazione di consenso» di per sé.

Le presenti Norme includono obblighi, indicazioni (misure obbligatorie) e propongono raccomandazioni per la buona pratica (misure raccomandate e auspiccate) per organizzare eventi di Paraciclismo su strada durante la pandemia di COVID-19.

Le Norme sono valide per tutte le gare internazionali di Paraciclismo su strada, compresi gli eventi di Classe 1 e Classe 2, la Coppa del Mondo UCI di Paraciclismo su strada e i Campionati del Mondo UCI di Paraciclismo su strada (di seguito, "gli Eventi"). Un evento viene definito come il periodo dall'inizio delle attività ufficiali (procedure di classificazione, allenamento ufficiale, riunioni, ecc.) fino al termine dell'ultima cerimonia di premiazione. Le presenti Norme riguardano le categorie Elite e Juniores Donne e Uomini, idonei alla partecipazione in una delle categorie sportive di Paraciclismo.

Le presenti Norme si applicano a tutti gli Eventi che hanno luogo previa approvazione da parte del Comitato Direttivo dell'UCI fino alla loro abrogazione da parte del Comitato Direttivo dell'UCI e non prima del 31 dicembre 2021. I presenti Regolamenti saranno aggiornati regolarmente in considerazione delle nuove conoscenze sul potere patogeno del SARS-CoV-2, dei progressi nel campo delle biotecnologie, in particolare per quanto riguarda i test per COVID-19, e dei metodi di prevenzione e controllo della diffusione del virus. Ogni emendamento al presente protocollo sarà applicabile immediatamente, a meno di indicazione diversa. Una versione consolidata contenente le ultime rettifiche in vigore sarà pubblicata sulla pagina web dedicata del sito UCI non appena possibile:

<https://www.uci.org/road/news/2020/covid-19-pandemic-how-to-return-to-cycling-events>.

Il presente documento si articola in due sezioni principali, una incentrata sulla valutazione della gravità della pandemia all'avvicinarsi dell'Evento, e una sezione che stabilisce i obblighi e le

raccomandazioni pratiche da attuare da parte degli organizzatori e delle squadre in relazione all'Evento.

A premessa, si ricorda che:

- le norme e le leggi locali e nazionali prevalgono sugli obblighi e le raccomandazioni stabiliti nel presente documento;
- il processo di adattamento delle condizioni per l'organizzazione di eventi sportivi fa parte di una strategia generale di riduzione del rischio, pur consapevoli che i rischi di infezione non possono essere del tutto esclusi.

I. Perché i corridori con disabilità sono a rischio di COVID-19 o di forme gravi di COVID-19?

I corridori con disabilità possono essere a maggior rischio di contrarre il COVID-19 soprattutto per le difficoltà a seguire le indicazioni dell'OMS concernenti le misure di protezione fondamentali contro il SARS-Co-V-2.

A – Barriere all'attuazione delle misure sanitarie pubbliche che riducono la trasmissione di COVID-19, quali il lavaggio delle mani (per es., lavabi, lavandini, o pompe dell'acqua possono essere fisicamente inaccessibili, o una persona può avere difficoltà fisiche a sfregare accuratamente le mani). Sono necessarie azioni per migliorare le misure preventive volte a ridurre il rischio di COVID-19,

- garantire che le strutture siano pulite e igieniche, che i bagni e le forniture di materiali disinfettanti siano disponibili e accessibili.
- ridurre al massimo gli assembramenti modificando la distribuzione degli spazi

B - Rischi collegati al COVID-19

Inoltre, le persone con disabilità possono essere a maggior rischio di sviluppare casi più gravi di COVID-19 se contagiate (IPC, 2020). Un ampio corpus di evidenze dimostra che alcune patologie che possono colpire gli atleti con disabilità sono fattori di rischio per la progressione del COVID-19 verso patologie critiche e lo sviluppo di sindrome da distress respiratorio acuto. Alcune malattie, quali il diabete mellito, la sindrome metabolica, l'ipertensione, la patologia epatica cronica sono riconosciute come patologie a rischio di COVID-19 e/o nocive per il decorso e l'esito. La presenza di tali patologie negli atleti con disabilità dovrebbe essere presa in considerazione per la qualità delle misure di prevenzione da attuare.

Le lesioni al midollo spinale si associano a una maggiore prevalenza di comorbidità quali il diabete di tipo 2 e le patologie cardiovascolari (Cragg et al. 2013a; 2013b). L'aumentata prevalenza dei fattori di rischio cardiovascolare è comunemente evidenziata in chi ha subito l'amputazione degli arti inferiori (Naschitz et al., 2008). Una risposta immunitaria subottimale è altresì più comune nei pazienti con disabilità, condizione da tenere in considerazione per il rischio generale che dovrebbe determinare un rafforzamento delle misure di prevenzione.

A nostra conoscenza, però, non vi sono evidenze pubblicate sul fatto che disturbi neuromuscolari, displasia scheletrica, deficit neurologici residui correlati a lesioni cerebrali, o compromissione della vista siano a rischio di sviluppare complicazioni potenzialmente fatali del COVID-19 (IPC, 2020).

II. Valutazione della gravità della pandemia

Il primo passo obbligatorio in vista dell'organizzazione di un Evento (che probabilmente radunerà un numero considerevole di persone) consiste nella realizzazione e condivisione, da parte dell'organizzatore dell'Evento, di un'analisi della situazione della pandemia. Lo scopo della valutazione del grado di gravità della pandemia è di determinare il rischio generale di diffusione della malattia durante l'Evento e i mezzi idonei per mitigare tale rischio.

Una valutazione della gravità della pandemia dovrebbe essere condotta con il coinvolgimento delle autorità sanitarie pubbliche locali e personale esperto in assembramenti.

A- Criteri di valutazione

Si applicano diversi criteri per caratterizzare tali fasi mediante l'impiego di fattori qualitativi e quantitativi. La difficoltà consiste nel proporre criteri facilmente accessibili in tutti i Paesi del mondo. Il Consiglio di Europa, su consiglio del Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) recentemente ha pubblicato un metodo di valutazione della gravità della pandemia.

Gli organizzatori dell'Evento dovrebbero stabilire un contatto con le autorità sanitarie locali o nazionali per caratterizzare lo stato della pandemia. I criteri selezionati sono:

- Il numero totale di nuovi casi di COVID-19 confermati su 100.000 persone negli ultimi 14 giorni a livello regionale
- Il 'tasso di positività', cioè la percentuale di test positivi su tutti i test per la rilevazione dell'infezione da COVID-19 condotti durante l'ultima settimana.
- Il 'tasso di test', cioè il numero di test per infezione da COVID-19 su 100.000 persone condotti durante l'ultima settimana.
- Il numero di riproduzione di base (R) è un parametro eccellente per caratterizzare la trasmissione interumana. R rappresenta il numero di individui che, in media, un malato rischia di infettare intorno a sé. Si tratta di un fattore che determina il rischio epidemico. L'ottenimento di tale informazione per tutti i paesi rappresenta una difficoltà. Infatti, non essendo un dato centralizzato dall'OMS, la sua stima rimane di iniziativa delle autorità nazionali. Gli organizzatori dovrebbero stabilire un contatto con le autorità sanitarie nazionali per ottenere tale informazione.

B- Caratterizzazione delle diverse fasi della pandemia

Le decisioni di autorizzare un evento sportivo rimangono sotto l'autorità degli organi locali o nazionali competenti. Tuttavia, gli organizzatori di eventi di Paraciclismo su strada devono informare le squadre e l'UCI sulle condizioni locali e regionali della pandemia. A tal fine, utilizzeranno il codice cromatico proposto dall'ECDC, che caratterizza il grado di gravità della pandemia; per i Paesi europei, tali informazioni sono disponibili ad accesso libero.¹

¹ Mappa dei livelli di gravità della pandemia in diversi Paesi europei
<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/situation-updates/weekly-maps-coordinated-restriction-free-movement>

La valutazione del grado di gravità della pandemia è di responsabilità del coordinatore COVID-19 designato dall'organizzatore dell'evento (cfr. infra). La gravità della pandemia è rappresentata da un codice cromatico,

1. **area verde**, se il tasso cumulativo di casi notificati di COVID-19 dei 14 giorni precedenti è inferiore a 25 su 100.000 persone e il tasso di positività di infezione da COVID-19 è inferiore a 4%;
2. **area arancione**, se il tasso cumulativo di casi notificati di COVID-19 dei 14 giorni precedenti è inferiore a 50 su 100.000 persone, ma il tasso di positività di infezione da COVID-19 è pari o superiore a 4%. Oppure se il tasso cumulativo di casi notificati di COVID-19 dei 14 giorni precedenti va da 25 a 150 su 100.000 persone, ma il tasso di positività di infezione da COVID-19 è inferiore a 4%
3. **area rossa**, se il tasso cumulativo di casi notificati di COVID-19 dei 14 giorni precedenti va da 50 a 150 su 100.000 persone e il tasso di positività di infezione da COVID-19 è pari o superiore a 4%. Oppure se il tasso cumulativo di casi notificati di COVID-19 dei 14 giorni precedenti va da 150 a 500 su 100.000 persone;
4. **area rosso scuro**, se il tasso cumulativo di casi notificati di COVID-19 dei 14 giorni precedenti è superiore a 500 su 100.000 persone.

III. Condizioni ottimali per l'organizzazione di competizioni

Le azioni concrete da attuare per l'organizzazione ottimale di competizioni ciclistiche, inclusi gli eventi di Paraciclismo, dovrebbero essere considerate nel rispetto delle norme sanitarie nazionali vigenti nel Paese (o nelle regioni amministrative) dell'Evento e in base alla valutazione della fase della pandemia, valutazione da compiere più in prossimità della gara secondo i criteri stabiliti (cfr. paragrafo II-B).

Uno dei principi globalmente riconosciuti per l'organizzazione di competizioni è la costituzione e il mantenimento di "bolle" di protezione intorno alle **squadre (cioè corridori, personale, tutti gli accompagnatori, piloti di atleti con compromissione della vista, ecc.)**, che nel contesto delle gare di Paraciclismo su strada si uniranno per formare una "bolla del gruppo". Le misure attuate dovrebbero basarsi sull'obiettivo generale di controllare l'accesso alle "bolle delle squadre" e restringere il contatto diretto e non protetto tra le "bolle delle squadre" e la "bolla del gruppo" e le persone la cui condizione sanitaria non è stata verificata.

Le misure di mitigazione sono raggruppate in tre categorie: "obbligatorie, OBBL", "raccomandate, RACC" e "auspicate, AUSP". Le misure OBBL saranno a carico degli organizzatori o delle squadre (OBBL-squadre). Includiamo un diagramma generale delle misure richieste, raccomandate e auspicate è illustrato in forma di tabella in base alla "gravità" della pandemia (cfr. paragrafo III, pp. 19-20)

A- Misure pre-evento

1. Nomina di un Coordinatore COVID-19 per l'Evento

Un esperto in malattie infettive dovrebbe essere designato dall'organizzatore dell'Evento. Tale Coordinatore COVID-19 deve disporre di informazioni aggiornate sugli obblighi e le

raccomandazioni stabiliti dalle autorità sanitarie nazionali (o regionali) per garantire la sicurezza degli eventi sportivi. Il coordinatore dovrebbe mettersi in contatto con le suddette autorità quanto prima per coordinare al meglio le azioni da realizzare da parte dell'organizzatore dell'Evento, in conformità alle norme vigenti. Il coordinatore consulta regolarmente il sito web dell'OMS (<https://covid19.who.int>), o un sito web nazionale dedicato, per valutare lo stato della pandemia nel paese che ospita l'evento. Tale individuo è responsabile di:

- determinare la gravità della pandemia nel periodo precedente la gara ed è il consulente per l'adozione delle misure preventive. Il Coordinatore COVID-19 funge da collegamento tra l'organizzatore dell'Evento e le autorità sanitarie locali o regionali;
- assistere l'organizzatore dell'Evento con il protocollo per la gestione dei casi sospetti di COVID-19, comprese tutte le fasi di gestione del paziente fino alla diagnosi;
- fornire all'organizzatore dell'Evento i criteri di identificazione dei contatti di casi COVID-19 confermati e coordinare le azioni pertinenti di concerto con le autorità sanitarie locali o regionali.

2. Garantire che le strutture che ospitano i corridori dispongano della capacità ricettiva necessaria per mantenere una "bolla di vita" intorno alle squadre e ai singoli corridori

Gli accordi stipulati con le strutture alberghiere dovranno consentire il distanziamento tra le squadre con misure quali il raggruppamento di ogni squadra su un unico piano (o un'ala) dell'hotel e una sala da pranzo riservata e indipendente, quando possibile. L'organizzatore dell'Evento deve informare ogni hotel delle misure di prevenzione richieste (pulizia delle stanze, distanziamento fisico, lavaggio delle mani da parte del personale alberghiero, l'obbligo della mascherina durante il servizio, ecc.).

L'organizzatore dell'Evento richiederà che il personale alberghiero ottemperi alle norme in vigore per la pulizia e la sanificazione degli arredi e degli oggetti.

3. Garantire la gestione precedente dei casi sospetti di COVID-19

Per eventi su più giorni (Campionati Continentali di Paraciclismo su strada, Campionati del Mondo UCI di Paraciclismo su strada, gare a tappe) l'organizzatore dell'Evento dovrà considerare di predisporre delle stanze (se possibile una singola per squadra) denominate "di isolamento" da utilizzare da parte di chiunque manifesti sintomi riconducibili al COVID-19, prima dell'invio al Medico COVID (cfr. punto III-D-2).

4. Informare le squadre degli obblighi e/o raccomandazioni sulle procedure di prevenzione all'interno del loro gruppo (personale e corridori)

Tali misure includono la protezione personale, la pulizia del materiale tecnico, la pulizia e la disinfezione delle superfici comunemente toccate nei veicoli, bus, ecc. **Tali misure dovranno essere idonee a salvaguardare l'integrità delle bolle delle squadre.** In tal senso, è essenziale il ruolo dei medici di squadra.

5. Garantire la classificazione alle migliori condizioni di sicurezza

Un documento specifico è stato preparato dall'IPC per sostenere il ritorno sicuro alle attività di classificazione durante la pandemia di COVID-19 (Linee guida IPC per l'igiene e il controllo dell'infezione durante la classificazione ai tempi del COVID-19, 2020). Tali linee guida intendono sostenere gli organizzatori di eventi e degli stakeholder della classificazione nello svolgimento del loro compito. Sono rilevanti per la classificazione degli atleti di Paraciclismo con disabilità fisica o della vista.

Questo documento contiene sia raccomandazioni specifiche per il COVID-19 sia raccomandazioni generali sull'igiene e le misure preventive contro il COVID-19. **Un estratto del documento originale è disponibile nell'Allegato 1, valido per la classificazione nel Paraciclismo.**

Non appena muterà la situazione relativa alla pandemia di COVID-19, tale documento sarà rivisto di conseguenza.

6. Offrire ai gruppi sportivi accesso a laboratori disponibili

La lotta alla diffusione delle ultime varianti di SARS-CoV-2 (cioè del virus all'origine del COVID-19) ha spinto molti Paesi europei a rafforzare i controlli sanitari all'entrata nel loro territorio. È ora obbligatorio un test PCR negativo condotto entro le 72 ore precedenti (talvolta entro 48 ore) per essere autorizzati a entrare nella maggioranza dei Paesi. Per consentire alle squadre e ai funzionari (Commissari, personale UCI, personale ITA, ecc.) di raggiungere il Paese di residenza, gli organizzatori assisteranno il personale come segue:
nei seguenti modi:

- 1) il personale presenta una richiesta agli organizzatori specificando il giorno di partenza e il numero di persone interessate,
- 2) la richiesta dovrebbe essere inviata all'organizzatore 14 giorni prima della gara,
- 3) l'organizzatore invierà le seguenti informazioni al personale 4-5 giorni prima della gara:
 - laboratorio/i che conducono test PCR,
 - possibilità di sottoporre i corridori e i funzionari a un test 48 ore prima dell'inizio della gara, con risultati forniti entro 24 ore in forma regolamentare (certificato dell'esito in formato PDF),
 - possibilità di raccogliere campioni presso gli hotel dei corridori,
 - costo dei test (che rimarrà alle squadre e ai funzionari),
 - punto di contatto diretto con un responsabile del laboratorio

B- Procedure per entrare nelle bolle delle squadre

1. Il contesto globale

a. nuove varianti SARS-CoV-2

Uno degli avvenimenti principali degli ultimi mesi è stata la comparsa di nuove varianti di SARS-CoV-2. Sebbene i coronavirus subiscano meno mutazioni della maggioranza dei virus dell'RNA, le mutazioni sono comuni e correlate agli errori nel codice genetico che avvengono durante la replicazione. La prima mutazione di SARS-CoV-2 potenzialmente pericolosa è stata identificata nel marzo 2020 e ha provocato la sostituzione di un aminoacido della proteina spike del virus collocata nella posizione 614. Le mutazioni che interessano la proteina spike sono di grande interesse per il loro potenziale di impatto sulla trasmissibilità (Lauring e Hodcroft, 2021). I virus con la mutazione D614G sono diventati rapidamente la forma predominante a livello globale nel giugno 2020, e molti studi successivi confermano che sono più infettivi dei ceppi iniziali (Korber et al., 2020).

A fine 2020 una nuova variante di SARS-CoV-2 designata B.1.351 è emersa nel Sud Africa orientale (Tegally et al., 2020). Una delle mutazioni di questa variante, la N501Y, è collocata nell'importante dominio legante il recettore (receptor-binding domain, o RBD) della proteina spike e si prevede che aumenti il legame alle cellule umane (Greaney et al., 2021). Studi preliminari suggeriscono che questa nuova variante si associ a maggiore carica virale, il che può suggerire una trasmissibilità superiore. Inoltre, per quanto ne sappiamo attualmente, non esiste evidenza chiara del fatto che la nuova variante sia associata a una malattia più grave. Sono però necessarie altre ricerche per comprendere l'impatto di questa mutazione N501Y sulla trasmissione virale, la gravità clinica dell'infezione e le specifiche misure preventive. Analogamente è importante verificare la performance dei test di laboratorio su questa variante B.1.351.

La mutazione N501Y è anche condivisa con altre varianti identificate per la prima volta nel Regno Unito (B.1.1.7) (Tegally et al., 2020) e in Brasile (P.1) (Faria et al., 2021). Il ceppo della variante B.1.1.7 che si diffonde rapidamente nei Paesi europei è più trasmissibile, con un tasso di crescita stimato del 40%-70% superiore degli altri ceppi di SARS-CoV-2. Ciò è principalmente dovuto alla mutazione N501Y nell'RBD che aumenta il legame di SARS-CoV-2 alle cellule umane (Volz et al., 2021). Tuttavia studi clinici preliminari indicano che non si riscontra una modifica della gravità della malattia o la re-infezione da parte di questa variante B.1.1.7. Inoltre, le mutazioni di questa variante potenzialmente pericolose riscontrate non sembrano incidere sulla prestazione dei test COVID PCR e antigenici. Ma gli interrogativi sollevati dalle prestazioni dei test di laboratorio sulla variante P.1 sono ancora senza risposta.

L'evidenza consolidata della maggiore trasmissione delle nuove varianti dovrebbe indurci a maggiore attenzione nei riguardi della precoce identificazione di portatori asintomatici attraverso i test COVID. Le misure per controllare la diffusione di tali varianti deve concentrarsi sulla riduzione della trasmissione e il rafforzamento di tutte le misure di riduzione del rischio. In attesa di ulteriori risultati sulla suscettibilità di tali varianti ai vaccini attualmente disponibili, **l'unico modo efficace per controllare la diffusione di tutte le varianti di SARS-CoV-2 preoccupanti nel mondo del ciclismo è la rigida applicazione di tutti i provvedimenti illustrati nel presente protocollo.**

b. vaccinazione e controlli Covid all'entrata nelle bolle delle squadre

All'atto della redazione del presente protocollo sono usciti i report delle prove di efficacia di III fase di cinque vaccini e sono stati pubblicati su riviste scientifiche i dati scientifici relativi a BNT262b2 (Moderna), ChAdOx1 (Università di Oxford e Astrazeneca), BNT162b2 (Pfizer e BioNTech), Ad26.COVID.S (Janssen/Johnson & Johnson) e Gam-COVIDVac (Sputnik V). Quattro sono stati valutati dalle autorità di regolamentazione dei farmaci e sono stati approvati per l'uso in molti Paesi.

Tuttavia, attualmente una comprensione approfondita della durata dell'immunità e del loro effetto sulla trasmissione virale è assente. Il fatto che tali vaccini impediscano la trasmissione virale è una questione fondamentale per le misure preventive durante gli eventi sportivi (The Lancet Editorial, 2021). Il fatto che i vaccini Covid-19 possano impedire la trasmissione virale e quindi, se combinati alle misure di distanziamento fisico, contribuiscano alla riduzione della trasmissione interumana del virus è una questione fondamentale per le misure preventive durante gli eventi sportivi. Parallelamente alla III fase delle prove di efficacia del vaccino ChAdOx1 nCoV-19, sono stati ottenuti dei tamponi nasofaringei da volontari che sono stati analizzati per consentire la valutazione dell'impatto generale del vaccino sul rischio di infezione (Voysey et al., 2021). Si è dimostrato che una dose standard di vaccino riduceva complessivamente la positività PCR del 49,5%. Questi dati

preliminari suggeriscono chiaramente che il vaccino ChAdOx1 nCoV-19 può avere un impatto sostanziale sulla trasmissione virale riducendo il numero dei soggetti infetti nella popolazione.

Fatti salvi questi dati preliminari su uno dei vaccini approvati dalle autorità di regolamentazione dei farmaci, non disponiamo di dati sull'impatto dei vaccini sulla trasmissione virale.

Per tale motivo il personale vaccinato rimane soggetto ai controlli PCR per poter accedere alle bolle delle squadre. Tale disposizione sarà soggetta a revisione non appena saranno pubblicati risultati convincenti a conferma degli effetti della vaccinazione sulla prevenzione della trasmissione virale.

2. Controlli sanitari pre-Evento

Dovranno essere condotti controlli sanitari con tutti i componenti della squadra (personale, piloti e corridori) che dovrebbero essere completati prima di viaggiare per raggiungere l'Evento. Questi controlli sanitari devono includere sia una componente clinica che una biologica (entrambe obbligatorie, salvo che in un periodo a rischio molto basso);

a) l'aspetto clinico dell'individuazione dei portatori asintomatici del virus si basa sull'esame di segni clinici riconducibili alla malattia. I metodi di esame medico sono lasciati alla discrezione dei medici di squadra, che sono liberi di utilizzare uno strumento clinico di loro scelta basato sulla loro esperienza personale. L'UCI però propone un semplice questionario che può essere utilizzato in remoto (figura 1).

Questionario COVID-19	
Febbre > 38°	4 punti
Tosse e/o dispnea	4 punti
Affaticamento anormale	4 punti
Anosmia e/o ageusia	3 punti
Congestione nasale o gola infiammata	2 punti
Nausea, vomito, diarrea	2 punti
Mialgia insolita	2 punti
Mal di testa insolito	1 punto
< o = 2	scarsamente sospetto
3 - 5	moderatamente sospetto → test PCR in base al contesto
> o = 6	altamente sospetto → test PCR

Figura 1. Questionario di screening suggerito

b) la diagnosi di COVID-19 viene solitamente condotta utilizzando strumenti clinici, di laboratorio e radiologici. Nei pazienti asintomatici, i segni clinici e radiologici di COVID-19 sono aspecifici, la diagnosi di COVID-19 deve essere confermata da una tecnica di biologia molecolare per la rilevazione di SARS-CoV-2.

c) che tipo di test fare quando si accede alle bolle delle squadre? L'infezione da SARS-CoV-2 non determina sintomi nel 30%-45% dei casi (He et al., 2020). Il test di screening di individui

asintomatici è uno degli strumenti più promettenti per combattere la pandemia di COVID-19 (Mina et al., 2020), dato che i casi asintomatici sono un fattore chiave nel contribuire alla diffusione del virus. I test di screening necessari per accedere alle bolle delle squadre devono essere altamente sensibili perché le conseguenze di portare la SARS-CoV-2 nella bolla del gruppo degli atleti possono essere devastanti. Un solo test negativo, però, non dovrebbe essere considerato sufficiente per accedere alle bolle delle squadre. Sono necessari altri obblighi, tra cui l'uso della mascherina e il distanziamento fisico.

I test per la rilevazione del COVID-19 sono raggruppabili in 3 categorie principali:

- i test di amplificazione dell'acido nucleico (NAAT) prendono di mira sequenze specifiche del genoma virale. Questi test comprendono RT-PCR (PCR quantitativo, qPCR, PCR digitale dei droplet, ddPCR), amplificazione isotermica (amplificazione isotermica mediata da loop RT-LAMP, LAMP regolare, nicking endonuclease amplification reaction, NEAR);
- i test sierologici (test diagnostici sierologici rapidi, sierologici ELISA) identificano specifici IgG/IgM SARS-CoV-2 nel sangue;
- i test antigenici individuano la proteina N (proteina nucleocapsidea) o la proteina S (proteina spike) virali usando anticorpi capture tramite LFA (saggi a flusso laterale) o ELISA.

Tutti questi test svolgono ruoli distinti se condotti in ospedale, nei centri di cura o sulla popolazione in larga scala. Test esistenti ed emergenti sono disponibili sul seguente sito web, continuamente aggiornato:

<https://csb.mgh.harvard.edu/covid>

Ad oggi, i test di riferimento per i test di diagnosi virale dell'infezione da SARS-CoV-2 sono i NAAT, basati sulla rilevazione degli acidi nucleici virali nelle secrezioni nasofaringee (Candel et al., 2020). La tecnica più largamente utilizzata è il PCR. I metodi RT-PCR, cioè sia il qPCR che il ddPCR, sono altamente sensibili, e queste tecniche amplificano la sequenza nucleotidica di un gene bersaglio presente in un campione, il che aiuta ad individuare un patogeno specifico e a discriminarlo dagli altri patogeni correlati.

È possibile affermare che le tecniche PCR sono «eccessivamente sensibili» per stabilire l'infettività, essendo in grado di rilevare cariche virali molto basse (Vogels et al., 2020). La contagiosità del paziente è suggerita soprattutto per le concentrazioni di RNA virale maggiori di 100 copie RNA/mL e valori Ct inferiori a 32 (La Scola et al., 2020).

Ecco perché, per essere più efficaci, i risultati PCR dovrebbero includere i valori di soglia di ciclo (Ct) che sono una stima della carica virale (Kahn et al. 2021).

Tuttavia, l'uso massiccio di queste tecniche ha generato problemi correlati alla disponibilità di laboratori, al ritardo della comunicazione dei risultati e al costo delle analisi.

Anche i test di rilevamento dell'antigene sono metodi diagnostici diretti, che presentano il vantaggio di ottenere il risultato in pochi minuti. La semplicità e il costo contenuto di questi test consentono di ripeterli in giorni successivi in determinate situazioni cliniche. In generale, la sensibilità dei test di rilevazione dell'antigene è inferiore a quella dei

test dell'acido nucleico, sebbene la loro specificità sia simile.² La sensibilità dei test di rilevazione dell'antigene (ADT) è pari al 98% per Ct minore o uguale a 25 e 57% per Ct maggiore o uguale a 30. Secondo questi dati, gli ADT possono identificare i soggetti con SARS-CoV-2 con elevate cariche virali, possono identificare i soggetti contagiosi e non sarebbero invece adatti nello studio dei soggetti entrati in contatto con soggetti contagiati o dei casi asintomatici, poiché in questi due tipi di soggetti i livelli di carica virale sono ridotti (Toptan et al. 2021).

La semplicità e il costo contenuto di questo test consentono, però, di ripeterlo di frequente, anche giornalmente. Disporre di un'analisi di rilevazione in tempo reale si è dimostrato più utile, per il controllo della diffusione dell'infezione in popolazioni chiuse, che condurre test più sensibili (test dell'acido nucleico che prendono di mira le sequenze di acido nucleico specifiche del genoma virale), che però comportano tempi più lunghi e costi maggiori.

Come altri virus, il SARS-CoV-2 cambia costantemente attraverso mutazioni, ed emergono nuove varianti che causano il Covid-19. Sono emerse diverse nuove varianti nell'autunno 2020 che sembrano diffondersi più facilmente e rapidamente delle linee precedenti di SARS-CoV-2, determinando un maggior numero di ricoveri e potenzialmente di morti. Queste mutazioni delle sequenze genetiche virali hanno la potenzialità di alterare le prestazioni dei test diagnostici. I test dell'acido nucleico (cioè PCR) prendono di mira principalmente sequenze multiple nelle aree più conservate del genoma SARS-CoV-2 e non il gene di codifica della proteina spike che esibisce le mutazioni principali rilevate in queste tre varianti. Perciò, non ci si aspettano deficit rilevanti nella prestazione dei test PCR. Questo contribuisce a spiegare il motivo per cui, per contrastare la diffusione delle varianti in Europa, la vasta maggioranza dei Paesi richiede un test PCR negativo all'entrata nel proprio territorio.

Riguardo ai test basati sull'antigene, un recente studio ha concluso che cinque test antigenici rapidi SARS-CoV-2 sono stati in grado di rilevare la variante B.1.1.7 emersa nel Regno Unito (mutazione N501Y). Tuttavia, ad oggi non sono state compiute valutazioni per esaminare le prestazioni dei test antigenici per la rilevazione delle altre varianti (cioè la variante B.1.351 emersa in Sud Africa, con le mutazioni E484K ed N501Y, e la variante B.1.1.248 emersa in Brasile con 12 mutazioni, tra cui K417T, E484K e N501Y).

Per tale motivo, in assenza di dati conclusivi sulle prestazioni dei test antigenici sulle varianti attualmente in circolazione in Europa, i test PCR che considerano specifiche sequenze di acido nucleico rimangono essenziali ed indispensabili per la rilevazione dei portatori asintomatici della SARS-CoV-2 al fine di poter accedere alle bolle delle squadre.

d) L'obiettivo generale dei controlli biologici necessari per accedere alle bolle delle squadre è lo screening dei portatori sani (casi asintomatici) o dei casi di SARS-CoV-2 pre-sintomatici. È necessario adattare procedure e test specifici allo screening di massa. Questi test di screening volti alla rilevazione qualitativa dell'acido nucleico SARS-CoV-2 (cioè i test virali) possono essere condotti nei seguenti modi:

² Sanità Pubblica d'Inghilterra. SARS-CoV-2 test antigenici del flusso laterale: valutazione di VUI-202012/01. <https://www.gov.uk/government/publications/sars-cov-2-lateral-flow-antigen-tests-evaluation-of-vui-20201201/sarscov-2-lateral-flow-antigen-tests-evaluation-of-vui-20201201>. Accesso del 15 febbraio 2021.

- uso della saliva come liquido organico per la rilevazione del SARS-CoV-2. La saliva si è dimostrata una valida alternativa ai tamponi nasofaringei che causano disagio, data l'invasività della procedura (Wyllie et al., 2020 Azzi et al., 2020). I campioni di saliva ottenuti sotto supervisione hanno prestazioni simili ai tamponi nasofaringei (Fernandez-Gonzalez et al., 2021). Le sensibilità della raccolta salivare sotto supervisione e i campioni di autoraccolta di saliva hanno raggiunto il 97% e il 91% in pazienti con valori Ct inferiori o uguali a 30 (Fernandez-Gonzalez et al., 2021). Questo liquido corporeo dovrebbe essere considerato un campione affidabile per la diagnosi sia nei soggetti sintomatici che in quelli asintomatici, in particolare per la rilevazione dei soggetti con Ct < 30 con significativo rischio di trasmissione.
- come già ricordato, è necessario un metodo altamente specifico e sensibile per la rilevazione di sequenze di acido nucleico specifiche di SARS-CoV-2 su questo tipo di matrice biologica (Ji et al., 2020).

3. Organizzazione pratica durante Eventi di un giorno o di più gare

* somministrazione giornaliera di un questionario sul sospetto clinico di COVID nei 5 giorni precedenti la gara. Il questionario proposto è un suggerimento (figura 1); se utilizzato, saranno adottate misure adeguate qualora il punteggio di rischio sia «fortemente sospetto» o «moderatamente sospetto» in 2 giorni su 5. Le squadre sono libere di utilizzare un altro strumento clinico che fornisca una guida clinica.

* test per la rilevazione di RNA SARS-CoV-2 (NAAT, tipo PCR) deve essere condotto non oltre 72 ore³ prima dell'Evento (figura 2-A). La partecipazione all'Evento di un componente della squadra sarà autorizzata esclusivamente se il risultato del test PCR è stato ricevuto in tempo e se tale risultato è confermato negativo. I gruppi sportivi saranno integralmente responsabili del rispetto di tale norma per quanto concerne il personale della squadra, mentre ai corridori può essere vietata l'autorizzazione a partecipare all'Evento come indicato nella sezione VI.

* dato lo stato attuale della pandemia, ogni Evento di un giorno o di più gare sarà preceduto da un test PCR (figura 2-B). La partecipazione di un nuovo componente della squadra ad un Evento sarà autorizzata esclusivamente se il risultato dei NAAT è stato ricevuto ed è stato confermato negativo prima dell'Evento. I gruppi sportivi saranno integralmente responsabili del rispetto di tale norma per quanto concerne il personale della squadra, mentre ai corridori può essere vietata l'autorizzazione a partecipare all'Evento come indicato nella sezione VI.

³ Il termine per il secondo test PCR dovrebbe essere considerato con una tolleranza di 24 ore, cioè programmato 3 o 2 giorni prima dell'Evento. Ciò vale per tutti i test diagnostici a cui si fa riferimento nel presente documento con un termine di 72 ore prima dell'Evento.

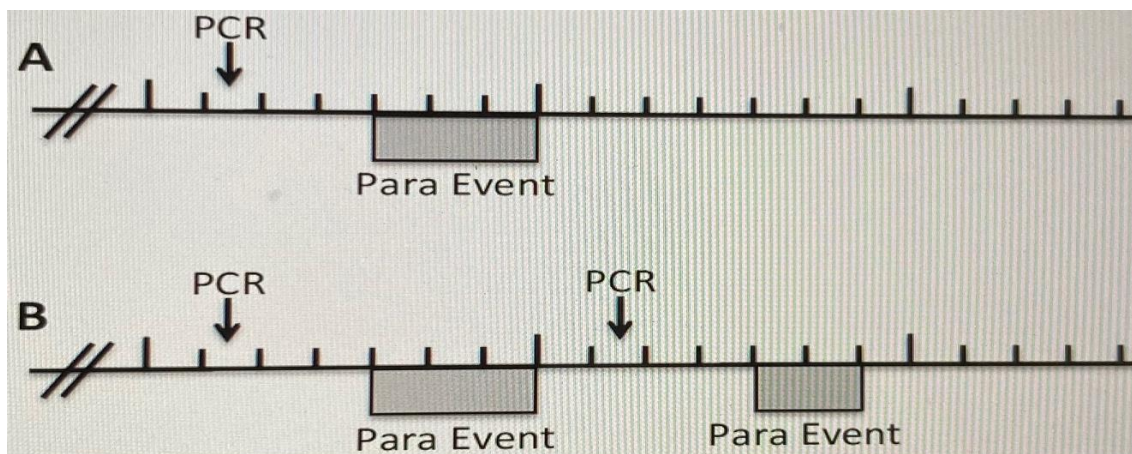


Figura 2. Programma di test PCR per accedere alle bolle delle squadre

I NAAT (cioè i test PCR) condotti come parte delle procedure obbligatorie per l'entrata nei Paesi (che hanno adottato tale misura) possono essere utilizzati come test pre-evento. L'obiettivo è l'ottimizzazione del programma di test, evitando ripetizioni non necessarie.

Tali test sono di responsabilità delle squadre, sia come logistica che come costi.

C – Garantire la protezione delle bolle delle squadre e della bolla del gruppo dei corridori

Quando utilizzate congiuntamente a test diffusi, le misure di quarantena dei soggetti che potrebbero rivelarsi infetti, lavarsi le mani, ventilare gli ambienti, indossare la mascherina sono strumenti utili per ridurre la trasmissione territoriale. Taluni modelli suggeriscono che l'uso della mascherina in pubblico è il mezzo più efficace per la riduzione della diffusione del virus, quando il rispetto dell'uso della mascherina e la prestazione della stessa sono elevati (figura 3) (Howard et al., 2021).

La trasmissione per via aerea del SARS-CoV-2 è altamente virulenta e predominante per la diffusione del COVID-19. Indagini approfondite dell'epidemia di COVID-19 evidenziano con chiarezza che i soggetti asintomatici con SARS-CoV-2 sono una delle cause principali della trasmissione del virus, soprattutto perché le cariche virali nei campioni nasofaringei e orofaringei in soggetti asintomatici o pre-sintomatici sono simili a quelle dei pazienti sintomatici.

L'efficacia protettiva delle mascherine può essere spiegata scientificamente, in modo che tutti possano comprendere chiaramente il ruolo delle mascherine nella prevenzione di COVID-19. Un tasso sufficientemente elevato di osservanza dell'obbligo dell'uso della mascherina in pubblico pari a circa l'80% della popolazione determina il contenimento di focolai, con la maggioranza dei dispositivi protettivi delle vie aeree (figura 3) (Howard et al., 2021). Parallelamente all'osservanza della norma però, sulle prestazioni protettive delle mascherine incidono molti fattori, quali le proprietà del materiale, i metodi con cui sono indossate, la loro aderenza al viso, ecc.

L'efficienza filtrante delle mascherine dipende, almeno in parte, dalla dimensione delle particelle dei droplet tossiti o esalati. Quando la dimensione delle particelle dei droplet eccede 1 μm , l'efficienza filtrante della mascherina è maggiore dell'80% e raggiunge il 90% per droplet superiori a 4 μm . I droplet di maggiori dimensioni di soggetti contagiati contengono un maggior numero di virus che saranno più pericolosi e avranno un maggior rischio di trasmissione. Ecco perché l'uso delle mascherine (siano esse N95, mascherine chirurgiche, o normali mascherine di cotone)

quando indossate correttamente è una delle misure di protezione più efficaci per il gruppo dei corridori.

Quando però la dimensione delle particelle è inferiore a $1\ \mu\text{m}$, si riduce l'efficienza filtrante e per la maggioranza dei tipi di mascherina è solo del 60%-70%, salvo che per le mascherine N95 (Wei et al., 2021). In questo periodo di emergenza di varianti di SARS-CoV-2 altamente contagiose, è importante prendere in considerazione la prestazione filtrante dei droplet inferiori a $1\ \mu\text{m}$. Si richiama quindi l'attenzione sulla prestazione filtrante delle mascherine utilizzate nelle squadre e dal personale dell'organizzazione. I risultati dimostrano che l'efficienza filtrante variava considerevolmente dal 5-50% tra i tessuti per via delle proprietà dei materiali, quali la densità e la struttura microscopica dei materiali (Hao et al., 2021).

Ecco perché si richiama l'attenzione sulle prestazioni filtranti delle mascherine utilizzate dalle squadre, dagli accreditati e dal personale di organizzazione. Le prestazioni delle mascherine non mediche dovrebbero essere sempre verificate attentamente prima di adottarle e utilizzarle regolarmente. È altrettanto importante che ciascuno presti attenzione ad indossare correttamente la mascherina facciale, coprendo naso e bocca.

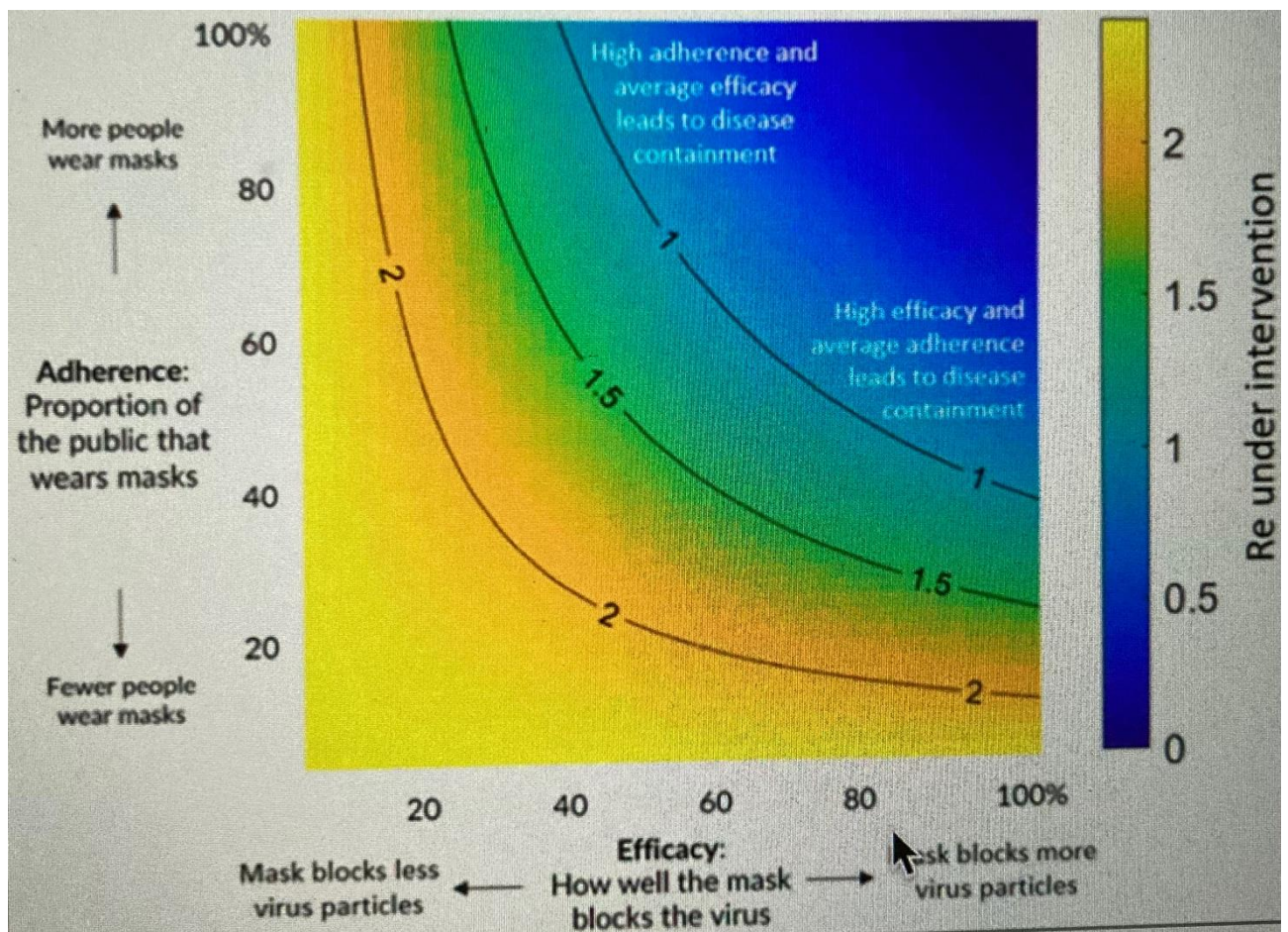


Figura 3. Impatto dell'uso della mascherina su tutto il range di osservanza dell'obbligo di tale uso e di efficacia dell'uso mascherina. Il colore indica il risultante numero di riproduzione R da un R_0 iniziale pari a 2,4. L'area blu indica ciò che è necessario per rallentare la diffusione di COVID-19. Ogni linea nera rappresenta uno livello specifico di trasmissione della malattia con indicato il numero di riproduzione R efficace (Howard et al., 2021)

1. **Fornire informazioni** sull'importanza delle misure protettive individuali (mantenimento delle distanze di sicurezza, uso della mascherina, lavarsi le mani di frequente, ventilare gli ambienti).

Tutto il personale è interessato: personale delle squadre, funzionari, tutti i soggetti accreditati (giornalisti, personale sanitario, ospiti, ecc.), nonché il personale coinvolto nell'organizzazione dell'evento.

L'organizzatore dell'Evento presterà particolare attenzione alla rigida applicazione, da parte del personale coinvolto nell'Evento, delle misure volte a tutelare e a prevenire la diffusione del virus. L'uso delle mascherine facciali sarà permanente per l'intera durata dell'Evento, anche all'aria aperta.

Per i corridori l'uso della mascherina facciale sarà obbligatorio, tranne in fase di riscaldamento, allenamento e durante la gara.

2. **Predisporre percorsi separati per le diverse categorie di personale;**

- nell'area media
- nelle aree ufficiali
- nell'area VIP

3. **Predisporre le aree comuni accessibili con accredito in modo da consentire il distanziamento fisico (min. 1,5 m tra le persone), soprattutto:**

- nell'area media, allestimento degli spazi di lavoro,
- nelle aree ufficiali,
- nelle aree VIP, imporre l'uso delle mascherine individuali.

4. **Vietare l'uso di spogliatoi e altre aree comuni.**

5. **Gestire la presenza degli spettatori**

- contingentare il numero di spettatori nell'area di partenza e di arrivo in ottemperanza alle norme pubblicate dalle autorità nazionali incaricate della salute pubblica;
- mantenere una distanza di sicurezza tra spettatori e corridori;
- incoraggiare gli spettatori di usare sempre la mascherina.

6. **Garantire la disponibilità di servizi igienici e dei servizi di sanificazione;**

- servizi igienici (a sufficienza, con procedure di pulizia e che consentono il distanziamento fisico di 1.5 m, anche per le file di attesa (uso di indicazioni sul terreno);
- nei bagni per corridori con disabilità, i servizi igienici dovrebbero consentire le misure di igiene fondamentali, quali il lavaggio delle mani (per es. lavabi, lavandini o pompe dovrebbero essere fisicamente accessibili)
- disponibilità di disinfettanti per le mani collocati nei punti strategici.

7. **Disinfezione delle aree e dei dispositivi comuni**

- pulizia regolare di tutti i punti toccati comunemente

8. **Limitare la condivisione dei materiali;**

- I corridori devono avere le proprie borracce. Le borracce dovrebbero essere riempite in hotel (o da una fonte sicura) e non devono essere condivise.
- nessuna condivisione di dispositivi, strumenti, fasce, asciugamani ecc.

9. Fornire contenitori per gli oggetti contaminati al fine consentire l'eliminazione o lo stoccaggio sicuro di tutti i prodotti igienici.

10. Garantire la tutela della bolla del gruppo di corridori durante gli Eventi

- **La mattina degli Eventi** (gare di un giorno o in ogni tappa durante le gare a tappe), il questionario di sospetto clinico di COVID-19 deve essere compilato da tutti i componenti della squadra (corridori e personale) o deve essere loro somministrato qualsiasi altro strumento clinico scelto dal medico (cfr. figura B-1). Tale misura è di responsabilità del gruppo sportivo che può affidarsi al medico della squadra presente o a un medico in remoto.
- **Adattare le procedure di iscrizione** in modo da garantire il distanziamento fisico.
- **Limitare l'accesso alla zona di partenza** nei limiti del possibile. Consentire l'accesso esclusivamente alle persone essenziali, con uso obbligatorio della mascherina. I corridori devono indossare la mascherina fino a pochi minuti prima della partenza.
- **Adattare le zone di rifornimento;**
Garantire la sicurezza della/e zona/e concernente la presenza del pubblico. L'uso della mascherina è obbligatorio in queste zone.
- **Regolare l'uso dei veicoli dell'organizzazione e delle squadre.** Al fine di ridurre il rischio di contaminazione negli spazi confinati dei veicoli al loro interno, è raccomandabile:
 - limitare a 3 il numero di persone in ciascun veicolo delle squadre,
 - l'uso della mascherina è obbligatorio all'interno dei veicoli,
 - ventilare l'abitacolo tenendo i finestrini semiaperti (in base alle condizioni meteorologiche).
- **Limitare l'accesso alla zona di arrivo** nei limiti del possibile. Consentire l'accesso alla zona di «termine della linea di arrivo» esclusivamente alle persone essenziali (1 o 2 persone per squadra, alcuni fotografi), tutti obbligatoriamente con mascherina.
- **Gli abbracci celebratori dopo la linea di arrivo.** Chiedere ai corridori di rispettare le misure preventive basilari per contrastare la diffusione del virus una volta superata la linea di arrivo. Richiedere ai corridori di non abbracciare i compagni di squadra, altri corridori, o il personale della squadra quando celebrano la loro vittoria. È necessario mantenere una distanza minima tra sé e gli altri atleti, anche dopo aver tagliato la linea di arrivo.

11. Garantire la tutela delle bolle delle squadre dopo gli Eventi

a. Adattamento della cerimonia di premiazione

- limitare il numero di atleti premiati contemporaneamente;
- esigere dai corridori, e da chiunque altro sia coinvolto, di usare la mascherina durante la cerimonia;
- predisporre i blocchi del podio a 1,5 m di distanza tra loro;
- creare dei box pre-podio di 1,5 m in cui i corridori possono attendere il loro turno per salire sul podio;
- creare un'opzione self-service che consenta il ritiro delle medaglie da parte dei corridori dopo essersi disinfettati le mani;

- esigere dai corridori che non stabiliscano un contatto tra loro durante la cerimonia protocollare;
- limitare il numero dei fotografi in ottemperanza alle norme sanitarie nazionali. Garantire che anche gli accreditati usino correttamente la mascherina;
- limitare la dimensione del pubblico, nel rispetto del distanziamento sociale (secondo le norme sanitarie nazionali);
- predisporre percorsi a senso unico di marcia per i pedoni intorno al podio e nell'area delle premiazioni.

b. Adattare lo studio medico e le procedure di controllo antidoping

- assicurare che i protocolli di controllo antidoping siano coerenti con le misure di prevenzione della contaminazione virale (identificazione dei portatori asintomatici utilizzando test virali – DCO, BCO e chaperon – distanziamento fisico fuori e dentro lo studio medico, procedure di controllo e firma dei documenti, ecc.)
- un documento specifico è presente nell'Allegato 2.

D - Gestione di casi sospetti di infezione da COVID-19

1. Coordinamento con le autorità sanitarie locali (ospedali, servizi sanitari di emergenza)

Il servizio sanitario dell'Evento deve contattare l'ospedale locale e/o i servizi sanitari di emergenza per informarli dell'Evento e assicurarsi che questi abbiano la capacità di gestire pazienti traumatologici durante la pandemia.

2. Identificare un medico responsabile dei casi sospetti di infezione da COVID-19 (medico COVID)

In collaborazione con i servizi sanitari locali e/o in ottemperanza alle norme vigenti, questo medico sarà responsabile della gestione di qualsiasi caso clinico sospetto di infezione da COVID-19. Il medico COVID deve:

- fornire una mascherina ad ogni individuo malato o che manifesta sintomi sospetti;
- ottemperare alle norme vigenti sui dispositivi di protezione obbligatori per il personale sanitario che gestisce i pazienti con sospetto di COVID-19 (mascherine FFP2, guanti, visiera o occhiali protettivi, tuta).

3. Gestione di un caso sospetto di infezione da COVID-19

- Tutte le persone coinvolte nell'Evento (compreso il personale dell'Evento e i componenti delle squadre) sono tenute a segnalare immediatamente qualsiasi sospetto di COVID-19 ai servizi sanitari dell'Evento;
- I servizi sanitari dell'Evento contatteranno il medico COVID per gestire il follow-up con il paziente sospetto;
- la gestione dei casi clinici sarà condotta di concerto con i servizi sanitari locali o regionali e in ottemperanza alle linee guida dell'OMS (cfr. bibliografia alla fine del presente documento);
- l'identificazione dei casi di contatto con un caso confermato di COVID-19 (contatti stretti e contatti con esposizione di basso rischio) sarà di responsabilità del medico COVID, di concerto con il medico della squadra e le autorità sanitarie competenti;

- l'attuazione del protocollo di esame clinico iniziale e l'invio del paziente al centro COVID più vicino è di responsabilità del medico COVID;
- la determinazione dei soggetti che saranno messi in quarantena sarà di competenza del medico COVID o delle autorità sanitarie, a seconda delle circostanze in linea con le linee guida nazionali.⁴

La definizione dei casi di contatto dipende dall'osservanza delle norme sul distanziamento fisico e sull'uso della mascherina. La riduzione del numero di casi di contatto che saranno isolati dipende dall'applicazione del distanziamento fisico, dall'uso della mascherina e dal lavarsi regolarmente le mani in ogni circostanza.

4. Presa decisionale dopo la conferma di un caso di infezione da COVID-19

Nell'eventualità di un caso confermato di infezione da COVID-19, il medico COVID riferirà tutte le informazioni rilevanti all'organizzatore dell'Evento, che sarà responsabile di intraprendere le misure idonee per l'Evento dopo una consultazione dovuta con le autorità sanitarie nazionali. L'organizzatore dell'Evento consulterà l'UCI e i rappresentanti dei corridori e delle squadre e presenterà loro le considerazioni delle autorità sanitarie prima di confermare le decisioni riguardanti l'Evento. Simili decisioni non riguarderanno quali individui saranno messi in quarantena. Quest'ultima decisione, infatti, rimane di esclusiva competenza del medico COVID e/o delle autorità nazionali.

IV. Applicazione delle varie misure in base allo stato della pandemia

Le azioni da mettere in campo in base alla gravità della pandemia, cioè **area verde (rischio basso)**, **area arancione (rischio moderato)** e **aree rosso e rosso scuro (a rischio)** sono indicate nella seguente tabella.

	Rischio moderato	Rischio basso	Rischio molto basso
A) Preparazione prima dell'Evento			
1. Nomina coordinatore COVID-19 per l'evento: - trasmette piano gestione dei soggetti COVID+	OBBL-org	OBBL-org	OBBL-org
2. Alloggiamento delle squadre in hotel - mantenere una bolla di vita	OBBL-org	OBBL-org	RACC
3. Stanze di "isolamento" negli hotel	OBBL-org	OBBL-org	RACC
4. Procedure di prevenzione nelle squadre	OBBL-squadre	OBBL-org	RACC
5. Classificazione alle migliori condizioni di sicurezza (Allegato 1)	OBBL-squadre	OBBL-squadre	RACC
6. Offrire alle squadre laboratori per i test	OBBL-squadre	RACC	RACC
B) Procedure per accedere alle bolle delle squadre			
Controlli sanitari pre-Evento:			
- identificazione clinica portatori del virus	OBBL-squadre	OBBL-squadre	RACC
- attuazione del programma di test COVID	OBBL-squadre	OBBL-squadre	RACC
C) Garantire la tutela delle bolle delle squadre			
1. Informazioni su procedure igieniche individuali e DPI in sito	OBBL-org	OBBL-org	RACC
2. Predisposizione di percorsi separati	OBBL-org	OBBL-org	RACC

⁴ Le informazioni pertinenti sulle procedure e i criteri di identificazione dei casi di contatto rischiosi saranno parte delle informazioni da fornire alle squadre come da sezione V del presente documento.

3. Garanzia del distanziamento fisico negli spazi comuni (centro media, aree VIP, ecc.)	OBBL-org	OBBL-org	RACC
4. Divieto di utilizzo di spogliatoi	RACC	RACC	RACC
5. Presenza degli spettatori:			
- contingentare gli spettatori (zona di partenza e di arrivo) secondo le norme nazionali	OBBL-org	OBBL-org	RACC
- mantenere distanza di sicurezza tra spettatori e atleti	OBBL-org	OBBL-org	OBBL-org
- incoraggiare gli spettatori all'utilizzo di mascherina	OBBL-org	RACC	RACC
6. Garantire la pulizia e la disinfezione delle aree comuni	OBBL-org	OBBL-org	OBBL-org
7. Fornire contenitori per rifiuti	OBBL-org	OBBL-org	OBBL-org
8. Controlli sanitari la mattina della gara (questionario COVID o altro strumento)	OBBL-squadra	OBBL- squadra	RACC
9. Adattare le procedure di iscrizione	OBBL-org	OBBL-org	RACC
10. Limitare l'accesso alla zona di partenza	OBBL-org	OBBL-org	RACC
11. Adattare le zone di rifornimento	OBBL-org	OBBL-org	RACC
12. Regolare l'uso dei veicoli di organizzazione e squadre	OBBL-org	OBBL-org	RACC
13. Limitare l'accesso alla zona di arrivo	OBBL-org	OBBL-org	RACC
14. Vietare abbracci dopo la linea d'arrivo	OBBL-squadra	OBBL-org	RACC
15. Adattamento della cerimonia di premiazione			
- limitare il numero degli atleti da premiare	OBBL-org	RACC	AUSP
- esigere dagli atleti l'uso della mascherina	OBBL-org	RACC	AUSP
- disposizione dei blocchi del podio a 1,5 m di distanza	OBBL-org	OBBL-org	RACC
- creare box pre-podio di 1,5 m	OBBL-org	RACC	AUSP
- predisporre sistema ritiro premi da parte dei corridori	OBBL-org	RACC	AUSP
- i corridori non dovrebbero essere autorizzati ad avere contatti fisici tra loro	OBBL-org	RACC	AUSP
- limitare il numero di fotografi intorno al podio	OBBL-org	OBBL-org	RACC
- piano di circolazione a senso unico per pedoni in zona arrivo	OBBL-org	RACC	RACC
16. Adattare lo studio medico e le procedure antidoping in linea con il documento in Allegato 2	OBBL-org	OBBL-org	OBBL-org
D) Gestione dei casi sospetti di COVID-19			
- nomina di un medico COVID per la gara	OBBL-org	OBBL-org	RACC
- coordinamento con le autorità sanitarie locali	OBBL-org	OBBL-org	RACC
- fornire una mascherina pulita a tutti i malati	OBBL-org	OBBL-org	OBBL-org
- fornire DPI ai professionisti sanitari	OBBL-org	OBBL-org	OBBL-org
- inviare le procedure di gestione dei casi COVID+	OBBL-org	OBBL-org	OBBL-org

V. Scambio di informazioni

Al fine di promuovere lo scambio di informazioni necessario per l'organizzazione di competizioni, due spazi di archiviazione sicura dei dati saranno aperti dall'UCI,

A – il primo è per gli organizzatori perché forniscano informazioni alle squadre riguardanti l'attuazione delle misure specifiche correlate alla salute. Gli organizzatori le depositeranno almeno 14 giorni prima dell'Evento al link seguente:

<https://box.uci.ch/index.php/s/tVDtJTupgQjLxHG>

1. le informazioni sulla fase della pandemia all'avvicinarsi della gara, che comprendono i criteri illustrati nel paragrafo II.A. Sono richiesti i seguenti criteri:
 - il numero complessivo di nuovi casi di COVID-19 confermati su 100.000 persone settimanali e negli ultimi 14 giorni;

- la percentuale di test positivi su tutti i test per la rilevazione dell'infezione da COVID-19 condotti durante l'ultima settimana;
 - il numero di test per infezione da COVID-19 su 100.000 persone condotti durante l'ultima settimana;
- 2. il protocollo di gestione dei casi di COVID-19 sospetti**, che comprende:
 - la disponibilità di laboratori COVID riconosciuti dalle autorità sanitarie
 - ◇ distanza di questi laboratori dai siti di partenza e arrivo della gara?
 - ◇ Qual è l'operatività disponibile (orari di disponibilità per condurre test PCR)?
 - le condizioni di isolamento dei soggetti sospetti prima della conferma biologica
 - i criteri di definizione dei contatti di casi COVID e la loro gestione.
 - 3. una sintesi delle misure di riduzione dei rischi** adottate utilizzando il file Excel disponibile sul sito web dell'UCI.
 - 4. l'elenco delle squadre iscritte**, compresa l'identità dei corridori iscritti e un'email di riferimento per ciascuno di loro.

B – l'altro è per le squadre perché informino l'UCI sulla conduzione dei test virali. Questo spazio sarà aperto alle squadre (preferibilmente ai medici delle squadre o a chi è stato designato dalla squadra ed fa capo alla squadra) e sarà disponibile esclusivamente per la consultazione da parte del Direttore Sanitario dell'UCI. I medici delle squadre utilizzeranno questo spazio di archiviazione per caricarvi lo stato dei test PCR condotti prima dell'Evento.

Link: <https://box.uci.ch/index.php/s/064pWfriQpQ986>

Password: ParaTests

Per facilitare la raccolta di informazioni, moduli adattati sono a disposizione sul sito web dell'UCI:

<https://www.uci.org/road/news/2020/covid-19-pandemic-how-to-return-to-cycling-events>

Si dovrebbe utilizzare esclusivamente il file sul sito web. Nessun altro file sarà accettato.

VI. Provvedimenti normativi

La mancata applicazione delle misure obbligatorie del presente protocollo da parte di qualsiasi soggetto o ente potrà dare luogo ad ammende imposte dalla Commissione Disciplinare, che andranno dai 1000 CHF ai 10.000 CHF. La Commissione Disciplinare determinerà l'ammontare dell'ammenda prendendo in considerazione tutte le circostanze e, in particolare, eventuali circostanze aggravanti o attenuanti. Sarà applicato l'art. 12.2.005 dei Regolamenti UCI in caso di recidiva.

Ogni soggetto o ente che froda, truffa o agisce in modo scorretto, al momento della comunicazione all'UCI delle informazioni richieste dal presente protocollo, sarà sanzionato ai sensi dell'art. 12.4.008 dei Regolamenti UCI.

In caso di mancata dimostrazione, da parte delle squadre, di un test virale diagnostico richiesto secondo quanto indicato nel presente protocollo, al più tardi al momento della conferma del corridore, il corridore interessato non può partecipare all'Evento* in oggetto. Sarà fatta

comunicazione al corridore o alla sua squadra da parte del Direttore Sanitario dell'UCI (o in sua vece) oppure tramite il Collegio dei Commissari.⁵

In caso di test PCR positivo il cui risultato è trasmesso durante lo svolgimento di una gara a tappe, il corridore o il componente dello staff sarà escluso dall'Evento. Possono però essere concesse deroghe da parte del Direttore Sanitario UCI, di concerto con il medico Covid dell'evento, se il Direttore Sanitario UCI stabilisce, a suo giudizio, che il corridore o il componente dello staff interessato non è contagioso né è probabile che contagi terzi.⁶

In caso di mancata attuazione, da parte dell'organizzatore dell'Evento, dei provvedimenti necessari stabiliti nel presente protocollo, l'UCI può richiedere l'attuazione di provvedimenti specifici entro un termine stabilito (se le inadempienze sono rimediabili). Qualora le inadempienze non vengano rimate entro il termine stabilito o non siano rimediabili prima dell'Evento, l'UCI può:

- stabilire che l'Evento sia ritirato dal calendario internazionale UCI qualora l'Evento non provveda manifestamente ad attuare le adeguate misure preventive;*
- stabilire che ogni altro evento predisposto dall'organizzatore dell'Evento nel periodo di applicazione del presente protocollo sia ritirato dal calendario internazionale UCI qualora l'organizzatore non giunga a dimostrare la propria capacità e volontà ad attuare le adeguate misure preventive in questi altri eventi;*
- sottoporre la questione alla Commissione Disciplinare UCI perché valuti l'imposizione di un'ammenda;
- sottoporre la questione al Comitato Direttivo UCI o al Consiglio Ciclistico Professionale perché si valutino provvedimenti idonei da attuare nel caso di iscrizione futura dell'Evento nel calendario internazionale UCI.

* Tali misure possono essere decise dal Direttore Sanitario UCI (o in sua vece) in considerazione degli obiettivi del presente protocollo. Tali poteri sono stati delegati dal Comitato Direttivo UCI ai sensi dell'art. 47 parr. 2 e 4 della Costituzione dell'UCI.

Riferimenti bibliografici

Azzi L, Carcano G, Gianfagna F, Grossi P, Gasperina DD, Genoni A, Fasano M, Sessa F, Tettamanti L, Carinci F, Maurino V, Rossi A, Tagliabue A, Baj A. Saliva is a reliable tool to detect SARS-CoV-2. *J Infect.* 2020 Jul; 81(1):e45-e50.

Candel FJ, Barreiro P, San Román J et al. Recommendations for use of antigenic tests in the diagnosis of acute SARS-CoV-2 infection in the second pandemic wave: attitude in different clinical settings. *Rev Esp Quimioter.* 2020 Dec; 33(&): 466-484.

Clinical Management of COVID-19. Interim Guidance. World Health Organization 2020, last version 27 May 2020.

Considerations for sports federations/sports event organizers when planning mass gatherings in the context of COVID-19. World Health Organization 2020.

⁵ Tale provvedimento sarà applicabile a partire dagli eventi che avranno luogo dal 1° agosto in poi.

⁶ Tale valutazione si baserà tutte le informazioni rese disponibili al Direttore Sanitario UCI prima della tappa successiva, compresi eventuali dettagli del risultato del test iniziale, dettagli di un eventuale test di follow-up e ulteriori informazioni comprovate.

- Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – first update. European Center for Disease Prevention and Control. 31 March 2020.
- Faria NR, Morales Clarol, Candido D; Moyses Franco LA, et al. Genomic characterisation of an emergent SARS-CoV-2 lineage in Manaus: preliminary findings. Preprint at Virological.org <https://virological.org/t/genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-inmanaus-preliminary-findings/586>, 202.
- Fernández-González M, Agulló V, de la Rica A, Infante A, Carvajal M, García JA, Gonzalo-Jiménez N, Cuartero C, Ruiz-García M, de Gregorio C, Sánchez M, Masiá M, Gutiérrez F. Performance of saliva specimen for the molecular detection of SARS-CoV-2 in the community setting: does sample collection method matter? *J Clin Microbiol*. 2021 Jan 8;JCM.03033-20.
- Greaney AJ, Loes AN, Crawford KHD, Starr TN, et al. Comprehensive mapping of mutations to the SARS-CoV-2 receptor-binding domain that affect recognition by polyclonal human serum antibodies. Preprint at bioRxiv <https://doi.org/10.1101/2020.31.425021>, 2021.
- Hao W, Xu G, Wang Y. Factors influencing the filtration performance of homemade face masks. *J Occup Environ Hyg*. 2021 Jan 21:1-11.
- He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, Lau YC, Guan Y, Tan X, Mo X, Chen Y, Liao B, Chen W, Hu F, Zhang Q, Zhong M, Wu Y, Zhao L, Zhang F, Cowling BJ, Li F, Leung GM. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med*. 2020 May; 26(5):672-675.
- Howard J, Huang A, Li Z, Tufekci Z, et al. An evidence review of face masks against COVID-19. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2021 Jan 26; 118(4):e2014564118.
- IPC Classification hygiene and infection control guidelines in times of COVID-19. https://www.paralympic.org/sites/default/files/2020-07/2020_06_25_IPC%20classification%20hygiene%20infection%20control%20guidelines_final.pdf
- IPC Assessment of potential COVID-19 disease severity risk based on disability. https://www.paralympic.org/sites/default/files/2020-08/2020_08_03Assessment%20of%20potential%20Covid-19%20disease%20risk%20based%20on%20disability%20for%20physicians.pdf
- Ji T, Liu Z, Wang H, Guo X, et al. Detection of COVID-19. A review of the current literature and Future perspectives. *Biosens Bioelectron*. 2020 Oct 15; 116:112455.
- Kahn R, Kennedy-Shaffer L, Grand YH, Robins JM, Lipsitch M. Potential biases arising from epidemic dynamics in observational seroprotection studies. *Am J Epidemiol*. 2021 Feb 1;190(2):328-335.
- Korber B, Fischer WM, Gnanakaran S, et al; Sheffield COVID-19 Genomics Group. Tracking changes in SARS-CoV-2 spike: evidence that D614G increases infectivity of the COVID-19 virus. *Cell*. 182(4):812-827 2020.
- La Scola B, Le Bideau M, Andreani J, et al. Viral RNA load as determined by cell culture as a management tool for discharge of SARS-CoV-2 patients from infectious disease wards. *Eur J Clin Microb Infect Dis* 2020; 39:1059-61.
- Lauring AS, Hodcroft EB. Genetic variants of SARS-CoV-2-What Do They Mean? *JAMA*. Feb 9; 325(6):529-531 2021
- Lohse S, Pfuhl T, Berko-Goettel B, Rissland J, Geissler T, Gaertner B, Becker SL, Schneitler S, Smola S. Pooling of samples for testing for SARS-CoV-2 in asymptomatic people. *Lancet Infect Dis*. 2020 April 28.
- Mina MJ, Parker R, Larremore DB. Rethinking Covid-19 test sensitivity – A strategy for containment. *N. Engl J Med*. 2020 Nov 26;383(22):e120.

- Pandemic influenza preparedness and response. A WHO guidance document. World Health Organization 2009. Ristampa 2010.
- Sunjaya AF, Sunjaya AP. Pooled Testing for Expanding COVID-19 Mass Surveillance. *Disaster Med Public Health Prep.* 2020 July 14:1-5.
- Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, Iranzadeh A, et al. Emergence and rapid spread of a new Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (SARSCoV-2) lineage with multiple spike mutations in South Africa. *medRxiv* 2020.
- The Lancet Editorial. COVID-19 vaccines: the pandemic will not end overnight. *Lancet Microbe.* 2021 Jan;2(1):e1.
- Toptan T, Eckermann L, Pfeiffer AE, Hoehl S, Ciesek S, Drosten C, Corman VM. Evaluation of a SARSCoV-2 rapid antigen test: Potential to help reduce community spread? *J Clin Virol.* 2021 Feb; 135:104713.
- Vogels C, Brito A, Wyllie A, et al. Analytical sensitivity and efficiency comparisons of SARS-CoV-2 qRT-PCR assays. *Nat Microbiol* 2020; 5:1299-1305.
- Volz E, Mishra S, Chand M, Barrett JC, et al. Transmission of SARS-CoV-2 Lineage B.1.1.7 in England: Insights from linking epidemiological and genetic data. Preprint at *medRxiv* <https://doi.org/10.1101/2020.12.30.20249034>, 2021.
- Voysey M, Costa Clemens SA, Madhi SA, et al. Single dose administration, and the influence of the timing of the booster dose on immunogenicity and efficacy of ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine. 2021. Pre Print *The Lancet*.
- Wei J, Guo S, Long E, Zhang L, Shu B, Guo L. Why does the spread of COVID-19 vary greatly in different countries? Revealing the efficacy of face masks in epidemic prevention. *Epidemiol Infect.* 2021 Jan 14;149:e24.
- Wyllie A FJ, Casanovas-Massana A, Campbell M, Tokuyama M, et al. Saliva is more sensitive for SARS-CoV-2 detection in COVID-19 patients than nasopharyngeal swabs. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.1620067835v1> Web site. Pubblicato nel 2020. Accesso dal 12 May 2020.
- Yan C, Cui J, Huang L, Du B, Chen L, Xue G, Li S, Zhang W, Zhao L, Sun Y, Yao H, Li N, Zhao H, Feng Y, Lui S, Shang Q, Liu D, Yuan J. Rapid and visual detection of 2019 novel coronavirus (SARS-CoV-2) by a reverse transcription loop-mediated isothermal amplification assay. *Clin Microbiol Infect.* 2020 Jun; 26(6): 773-779.

ALLEGATO 1

Linee guida UCI sull'igiene per la Classificazione

Principi generali

Il presente documento è stato sviluppato in linea con le Linee guida IPC per l'igiene e il controllo delle infezioni per la Classificazione. Contiene raccomandazioni specifiche sull'igiene e il controllo delle infezioni durante la classificazione degli atleti con disabilità ai tempi della pandemia di COVID-19.

Raccomandazioni sull'igiene e il controllo delle infezioni per la Classificazione

1) Classificazione del personale

Il personale addetto alla classificazione, compresi i classificatori medici, è tenuto ad aderire ai Regolamenti UCI validi per l'organizzazione di eventi di Paraciclismo su strada durante la pandemia di COVID-19 (cfr. III-B-3).

In base a questo protocollo, i classificatori medici devono:

- Completare giornalmente un questionario di sospetto clinico di COVID per 5 giorni prima della classificazione;
- Fornire un risultato negativo di test COVID meno di 72 ore prima della classificazione. Secondo il protocollo UCI, soltanto i test basati sulla rilevazione degli acidi nucleici virali (NAAT) sono accettati come test COVID, o su tamponi naso-faringei o su campioni di saliva (cfr. III-B-2-c)

2) Linee guida per la procedura di classificazione

a- Area di attesa/amministrazione:

- è stata allegata una dichiarazione ai moduli di consenso di classificazione dell'atleta collegati agli atleti sufficientemente in salute per completare il processo di classificazione. Le stesse dichiarazioni dovrebbero essere anche sottoscritte da ogni accompagnatore (cfr. Appendice).
- La valutazione sarà posticipata per gli atleti che presentano sintomi tipici dell'infezione da SARS-CoV-2.
- Gli atleti e il loro personale di supporto dovrebbero arrivare negli orari stabiliti in sala di attesa (non arrivare in anticipo) per evitare assembramenti.
- Si consiglia agli atleti di portare la propria penna per le procedure amministrative. Dovrebbe anche esserci un numero sufficiente di penne a disposizione per consentirne la pulizia prima di maneggiarle se necessario.
- Per gli atleti che utilizzano dei dispositivi: prima di iniziare la valutazione della classificazione e *prima* dell'igiene finale delle mani, gli atleti che utilizzano dei dispositivi dovrebbero pulire le aree che potrebbero essere toccate durante la valutazione con una salvietta igienizzante

(per esempio pulizia dei cerchioni di spinta, delle ruote, delle maniglie della spalliera, dei bastoni e degli occhiali).

- Eventuali volontari coinvolti a condurre le procedure amministrative dovrebbero avere spazio sufficiente intorno al banco dell'accettazione, cioè almeno un perimetro di 1,5 m intorno al banco dell'accettazione per mantenere il distanziamento appropriato.
- Tutti gli assistenti devono sempre usare le mascherine.

b- Durante la valutazione:

- Gli atleti, i classificatori medici e tutti gli accompagnatori devono usare la mascherina durante il processo di classificazione (cfr. III-C).
- I classificatori medici devono usare guanti **non in lattice** a causa del rischio di allergia. Alcuni atleti, per esempio quelli con spina bifida, lesione al midollo spinale, o che hanno subito molteplici interventi chirurgici possono essere a maggior rischio di allergia al lattice.
- Occorre minimizzare, nei limiti del possibile, il numero di soggetti che non rientrano tra i classificatori medici e gli atleti, e sarà accettato un solo accompagnatore. Si sconsiglia la presenza di osservatori della classificazione in questo periodo.
- Trasferimenti fisici: se gli atleti necessitano di assistenza per il trasferimento, sia gli atleti che eventuali persone che li assistono per il trasferimento dovrebbero lavarsi le mani prima e dopo il trasferimento, inoltre l'uso della mascherina è obbligatorio per tutti.
- Il tempo trascorso in prossimità di un atleta dovrebbe essere limitato e gli atleti e i classificatori medici dovrebbero minimizzare la conversazione a distanza ravvicinata. I classificatori medici dovrebbero informare gli atleti al riguardo.
- Se gli atleti devono utilizzare/applicare del materiale per la valutazione tecnica (per es., guanti sportivi, nastro, ecc.), dovrebbero evitare di usare la bocca nell'applicare/utilizzare il materiale e dovrebbe essere loro offerta assistenza da parte di altri. Dovrebbero essere utilizzati guanti non in lattice quando si assistono gli atleti.
- Atleti che si presentano alla classificazione con ferite aperte: gli atleti dovrebbero essere invitati a coprire le ferite aperte prima di arrivare all'impianto sportivo. Se la valutazione della classificazione può avvenire senza coinvolgere la ferita aperta dell'atleta, occorre procedere con cautela. Se la posizione della ferita aperta ostacola la procedura di classificazione e c'è la benché minima possibilità di contaminazione, si dovrebbe posticipare la valutazione. È consigliabile che gli addetti alla valutazione non cerchino di coprire ferite aperte degli atleti nell'area della classificazione. La procedura stessa potrebbe compromettere gli standard di igiene del locale dove si svolge la classificazione.
- Si dovrebbero programmare gli appuntamenti, per avere l'opportunità di disinfettare e ventilare la sala delle visite tra la valutazione di un atleta e quello successivo.

- valutazione della compromissione della vista (CV):

- Per la valutazione della CV: si raccomanda l'uso di ampi schermi protettivi dal respiro per le lampade a fessura disponibili commercialmente per minimizzare la potenziale diffusione di droplet in situazioni di una stretta vicinanza. Tali schermi devono essere puliti accuratamente tra un atleta e il successivo.
- Si dovrebbero mettere a disposizione dei classificatori medici addetti alla valutazione della CV dei dispositivi a protezione degli occhi (occhialini o occhiali chirurgici protettivi). L'uso di tali dispositivi protettivi dovrebbero essere raccomandati a discrezione dell'oftalmologo, poiché possono interferire con l'uso della lampada a fessura.

3) Dispositivi e materiali di classificazione

- Garantire che i dispositivi per la classificazione siano puliti e disinfettati giornalmente prima dell'uso
- Dispenser per l'igiene delle mani a disposizione degli atleti e del personale addetto alla classificazione (accesso a gel idroalcolici dermatologici per le mani).
- Accesso all'uso di mascherine chirurgiche monouso e guanti non in lattice di varie misure (small, medium, large).
- Accesso a quantità adeguate di asciugamani di carta monouso, salviettine, ecc.
- Bidoni per i rifiuti con coperchio per aiutare a contenere il materiale contaminante. I bidoni per i rifiuti dovrebbero essere dotati di sacchetti di plastica e dovrebbero essere svuotati quotidianamente.
- Ogni area per la valutazione della classificazione dovrebbe disporre di spazio sufficiente per i presenti; si dovrebbero garantire una ventilazione e un flusso di aria adeguati nei locali dove si svolge la classificazione.
- Allestire una zona di attesa ben ventilata con spazio adeguato al fine di consentire uno spazio sufficiente (min. 1,5 m.) tra gli atleti e il personale di supporto. Mantenere il numero minimo di persone nell'area di attesa (evitare di programmare fasce orarie troppo serrate). Fornire posti a sedere indicati e gestire il flusso.
- Non conservare cibo/snack nella stanza della valutazione.
- Tutti i dispositivi che verrebbero toccati da diversi atleti/componenti del personale dovrebbero essere puliti con salviettine monouso tra una valutazione e l'altra, per es. strumenti di valutazione ottica/della vista, computer portatili, materiale sportivo.
- Accurata pulizia di tutte le parti dei macchinari di valutazione della vista, tra cui le lampade a fessura, gli occlusori, i kit di lenti di prova, gli autorefrattori e le macchine del campo visivo.
- Si adottano procedure di disinfezione prioritaria: superfici che vengono toccate frequentemente (nella stanza della classificazione e in tutte le altre aree utilizzate durante la procedura di classificazione, per es., i bagni o i corridoi), maniglie di porte e finestre, interruttori della luce, corrimano, scrivanie e banconi, computer condivisi, rubinetti, lavabi, toilette da pulire/disinfettare almeno due volte durante la sessione giornaliera. Utilizzare singoli tovagliolini monouso usa e getta per ogni singola superficie toccata frequentemente. Al termine di ogni giorno si dovrebbe eseguire una pulizia accurata di tutti i dispositivi con disinfettanti.
- Cartellonistica nelle toilette per segnalare la necessità di tirare lo sciacquone con l'asse abbassato.
- Occorre limitare il tempo trascorso in sala di attesa. Se vi è ritardo rispetto agli orari stabiliti, gli atleti e i relativi accompagnatori dovrebbero essere autorizzati ad andarsene e poi essere contattati quando è imminente il loro turno.
- Quando appropriato, le porte utilizzate di frequente dovrebbero essere tenute aperte per evitare la contaminazione ricorrente delle maniglie o di altri punti che vengono comunemente toccati.
- Occorre utilizzare esclusivamente sedie di plastica e non di tessuto in sala di attesa e nel locale dove si svolge la procedura di classificazione. Eventuali oggetti di valore dovrebbero essere riposti in contenitori di plastica sotto le sedie.

Si raccomanda che sia il Coordinatore della classificazione e/o il Classificatore medico principale a prendere le decisioni finali riguardo alle disposizioni per garantire la sicurezza dell'ambiente.

4) Responsabilità del classificatore medico

- I classificatori medici devono mettersi in malattia se non stanno bene, se manifestano sintomi di COVID-19 e/o se sono stati in contatto con qualcuno che è risultato positivo al COVID-19 negli ultimi 14 giorni.
- Dovrebbe essere presente nei locali di valutazione esclusivamente l'attrezzatura necessaria per gli esami – nessun altro materiale personale / borsa del classificatore medico dovrebbe essere depositato nella stanza della valutazione.
- I classificatori medici devono avere una mascherina sanitaria e guanti non in lattice durante le valutazioni fisiche.
- I classificatori medici devono buttare via i guanti appena utilizzati, lavarsi le mani per 20 secondi con acqua e sapone e, in seguito, applicare sulle mani il gel sanificante a base alcolica al termine di ogni valutazione. Utilizzare un nuovo paio di guanti prima di ogni valutazione.
- La condotta corretta in caso di tosse è sempre imperativa, vale a dire, coprirsi la bocca e il naso nella piega del gomito o con un fazzoletto quando si tossisce o si starnutisce.
- Il contatto fisico e l'interazione che comporta vicinanza con l'atleta dovrebbero essere ridotti al minimo. I classificatori medici devono applicare i seguenti principi di pulizia dopo ogni valutazione:
 - I dispositivi utilizzati durante la classificazione (panca, sedie a rotelle, strumenti, ecc.) dovrebbero essere prima puliti con acqua e sapone o un detergente per rimuovere il materiale organico e, a seguire, dovrebbero essere disinfettati.
 - Disinfettanti: utilizzare etanolo con una concentrazione del 70-90% o ipoclorito di sodio (candeggina) con una concentrazione dello 0,1%.
 - La pulizia manuale (spazzolando o strofinando) è la procedura raccomandata. Quando occorre utilizzare i disinfettanti, lo si dovrebbe fare con uno straccio o una salvietta imbevuti di disinfettante.
 - Evitare i disinfettanti spray, poiché sono per lo più inefficaci nel rimuovere il materiale organico e pongono dei rischi agli esseri umani nelle vicinanze.
 - Per i dispositivi che non tollerano acqua e sapone, utilizzare salviette disinfettanti, come nel caso di dispositivi per la valutazione della vista, computer portatili condivisi, materiale sportivo condiviso.
- I classificatori medici devono completare la formazione sull'igiene, il controllo dell'infezione e l'impiego dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come specificato dall'UCI (cfr. III-C).

Ulteriori informazioni

a) Guanti non in lattice

Se pure i guanti non sostituiscono l'igiene delle mani, si raccomanda ai classificatori medici di utilizzare i guanti non in lattice durante l'intera procedura di classificazione e di dare anche agli atleti la possibilità di scegliere se utilizzare guanti non in lattice, dove ciò non ostacola la procedura di classificazione. Una volta tolti, i guanti non dovrebbero più essere riutilizzati. I classificatori medici dovrebbero riferirsi al presente documento rispetto a quando usare i guanti.

Come togliersi i guanti in sicurezza:

<https://www.globus.co.uk/how-to-safely-remove-disposable-gloves>

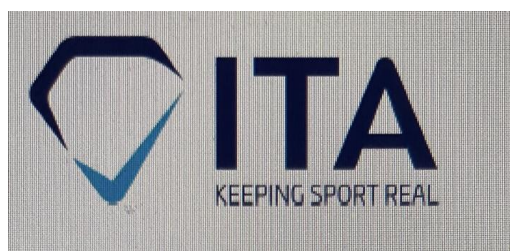
b) Pulire e disinfettare le superfici

Le superfici dovrebbero prima essere pulite con acqua e sapone o con un detergente per rimuovere la materia organica e, a seguire, dovrebbero essere disinfettate. Utilizzare etanolo con una concentrazione del 70-90% o sodio ipoclorito (candeggina) con una concentrazione dello 0,1%.

<https://www.who.int/publications/i/item/cleaning/-and-disinfection-of-environmental-surfaces-in-the-context-of-covid-19>

Per ulteriori informazioni o chiarimenti, contattare classification@uci.ch.

ALLEGATO 2



CARATTERISTICHE SPECIFICHE DEI CONTROLLI DURANTE LE GARE DI PARACICLISMO SU STRADA NELL'AMBITO DELLA PANDEMIA DI COVID-19

MASSIMA PRIORITÀ ALLA SALUTE E ALLA SICUREZZA – LUGLIO 2020

1. PERSONALE DI RACCOLTA DEI CAMPIONI (DCO, BCO, testimone, chaperon)

Nel nominare l'Ispettore per il controllo antidoping (DCO) o l'Ispettore incaricato alla raccolta dei campioni ematici (BCO) dell'ITA per una gara, l'ITA ha valutato che né l'uno né l'altro siano a rischio. L'SPC (personale incaricato della raccolta dei campioni) può essere a rischio se:

- rientra in un gruppo di soggetti a rischio: personale sanitario che lavora con pazienti positivi di COVID-19, che ha condotto test su atleti che sono risultati positivi al COVID-19, in un intervallo temporale di 14 giorni dopo la missione, vive con una persona che appartiene ad un altro gruppo a rischio, o appartiene a un gruppo di soggetti vulnerabili.
- rientra nel gruppo di soggetti vulnerabili in caso di: età superiore ai 60 anni, elevata pressione sanguigna, diabete, patologia cardiovascolare, sistema immunitario compromesso, ecc., come indicato dall'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS).

I DCO e i BCO dell'ITA compilano giornalmente un modulo di autocertificazione (documento ITA: ITA-034f_rev2[ENG] –SPC self-assessment form) durante i 5 giorni precedenti ai primi controlli programmati. I DCO e BCO dell'ITA dovranno aver fatto un test virale, basato su un metodo PCR, possibilmente a 3 giorni dai primi controlli antidoping. Questi test virali questi test virali volti alla rilevazione qualitativa del nuovo coronavirus sono definiti nel paragrafo II-B-2-c del Protocollo UCI per la ripresa degli eventi di Paraciclismo su strada. Naturalmente, i risultati dovranno naturalmente essere negativi perché il personale CADF possa condurre i controlli. Tutti i documenti saranno consegnati all'ITA e all'UCI utilizzando una piattaforma on-line dedicata.

In base ai risultati, l'ITA e il Direttore Sanitario dell'UCI decideranno se consentire all'SCP di prendere parte all'evento.

Disposizioni simili valgono anche per i testimoni richiesti dall'ITA e per gli chaperon designati dall'Organizzatore.

Quanto agli chaperon, saranno utilizzati esclusivamente chaperon professionisti o chaperon forniti da un'organizzazione no-profit. Gli chaperon dovranno aver fatto un test virale, basato su un metodo PCR, possibilmente 3 giorni prima dei controlli antidoping iniziali. I risultati dovranno essere negativi perché gli chaperon possano essere presenti alla gara. L'ITA si riserva il diritto di non utilizzarli se la situazione sanitaria giustifica una simile decisione.

Inoltre, il giorno dell'evento gli chaperon compileranno il modulo di autocertificazione. Tutti i documenti saranno trasmessi all'ITA e all'UCI utilizzando la piattaforma on-line dedicata.

Se in conformità al punto precedente, gli chaperon devono essere forniti dagli organizzatori come di consueto in ottemperanza ai Regolamenti UCI su controlli e accertamenti (UCI Testing & Investigations Regulations, UCI TIR).

- Se non sono presenti chaperon, l'ITA lo annuncerà durante la riunione con i Direttori Sportivi. L'ITA si aspetta piena collaborazione da parte del personale di supporto delle Squadre alla linea di arrivo, in modo che i corridori si presentino subito per la raccolta dei campioni e al più tardi entro i 30 (trenta) minuti successivi alla loro conclusione dell'Evento, a meno di motivi validi per un ritardo, ai sensi dell'art. 5.5.2 UCI TIR.

Quanto ai testimoni, dovranno aver fatto un test virale, basato su un metodo PCR, possibilmente 3 giorni prima dei controlli antidoping iniziali. I risultati dovranno essere negativi perché i testimoni possano essere presenti alla gara. Inoltre, il giorno dell'evento i testimoni compileranno il modulo di autocertificazione. Tutti i documenti saranno trasmessi all'ITA e all'UCI utilizzando la piattaforma on-line dedicata.

Le spese supplementari per i testimoni e gli chaperon saranno a carico dell'organizzatore.

2. PERSONALE DI SUPPORTO

Per essere uniformi all'SCP, il personale di supporto presente all'Evento dovrà aver fatto un test virale, basato su un metodo PCR, possibilmente 3 giorni prima dei controlli antidoping iniziali. Naturalmente, i risultati dovranno essere negativi perché il personale di supporto possa essere presente alla gara. Inoltre, il giorno dell'evento, il personale di supporto compilerà il modulo di autocertificazione.

- Autisti per l'SCP se richiesti dall'ITA
- Accompagnatore del DCS

Tutti i documenti saranno trasmessi all'ITA e all'UCI utilizzando la piattaforma on-line dedicata.

Le spese supplementari saranno a carico dell'organizzatore.

3. STUDIO MEDICO PER IL CONTROLLO ANTIDOPING (DCS)

Un DCS dovrà essere fornito dagli organizzatori, in ottemperanza ai Regolamenti UCI su controlli e accertamenti (UCI TIR).

Inoltre, gli organizzatori:

- garantiranno uno studio medico di controllo antidoping (DCS) spazioso per assicurare il rispetto del distanziamento sociale raccomandato (almeno 1,5 m). Qualora la sala d'attesa esistente non dovesse essere sufficientemente spaziosa, si prega di considerare l'allestimento di una zona idonea per gli atleti prima dell'inizio della raccolta dei campioni;

- forniranno locali che possono essere ventilati;
- garantiranno che i locali siano puliti e disinfettati giornalmente prima dell'uso
- forniranno guanti monouso. Se pure i guanti non sostituiscono l'igiene delle mani, il personale incaricato alla raccolta dei campioni (SCP) indosserà i guanti durante l'intera procedura di raccolta dei campioni, e anche agli atleti verrà offerta la possibilità di usare i guanti;
- forniranno mascherine monouso (mascherine chirurgiche o non chirurgiche o dispositivi di protezione del viso), messe a disposizione dell'atleta, del personale di supporto e dell'SCP durante la procedura di raccolta dei campioni;
- forniranno disinfettanti a base alcolica per le mani;
- forniranno salviette e/o spray disinfettanti;
- forniranno tovaglie monouso;
- recinceranno la zona e forniranno un addetto che impedisca l'entrata ai non autorizzati. Una sola persona è autorizzata ad accompagnare l'atleta;
- forniranno contenitori per il materiale contaminato per consentire la raccolta o l'eliminazione sicure di tutti i materiali igienici, quali mascherine, guanti, ecc.

4. CONTROLLI ANTIDOPING NEGLI HOTEL

- Valgono gli stessi obblighi sopra elencati.
- Prima di condurre una missione di controlli antidoping in un hotel, il DCO garantirà che i test possano essere condotti in una stanza ventilata e sufficientemente spaziosa per il rispetto del distanziamento sociale. Se questo non è possibile, sarà presente nella stanza un numero minimo di persone, cioè l'atleta, il DCO e il BCO e, se necessario, il Medico della squadra.
- Il medico della squadra e l'SCP (DCO e chaperon) deve regolare l'arrivo degli atleti in sala d'attesa, qualora vengano sottoposti a test diversi atleti della stessa squadra. Si ridurrà così il numero di atleti nella stessa stanza.

5. PROCEDIMENTO DI NOTIFICA

- Se presenti, gli chaperon saranno responsabili di notificare l'atleta oralmente nel rispetto del distanziamento sociale.
- L'assenza della firma del corridore e/o di terzi nel momento della notifica orale non impedisce che il corridore sia vincolato al controllo
- Se lo chaperon non è presente, l'atleta rimane responsabile di garantire se è stato/a selezionato/a e di presentarsi per sottoporsi alla raccolta dei campioni. L'assenza di uno chaperon non giustifica il corridore, se questi non si presenta in tempo allo studio medico per il controllo antidoping (DCS).
- L'elenco ai fini della notifica, dove applicabile, in generale sarà affisso vicino alla linea di arrivo e nei pressi dello studio medico per il controllo antidoping.
- È responsabilità del corridore rimanere nel campo di osservazione diretta dello chaperon, se presente, in ogni istante, dal momento della notifica fino al completamento della procedura di raccolta dei campioni.
- Indipendentemente dalla presenza o assenza di chaperon, i corridori devono presentarsi subito per la raccolta dei campioni e al massimo entro 30 (trenta) minuti dopo che hanno terminato l'Evento, a meno di motivi validi, ai sensi dell'art. 5.5.2 degli UCI TIR.
- Una notifica scritta sarà finalizzata con il DCO presso l'Unità medica di controllo antidoping.

- Qualora il controllo abbia luogo fuori dallo studio medico per il controllo antidoping, per esempio in hotel (in una stanza dedicata o nella stanza del corridore/del medico), come sopra specificato, dovrebbero essere presenti solo l'atleta e un componente del personale di supporto per volta. Quando diversi corridori sono sottoposti al controllo in hotel, la notifica verrà fatta in maniera ragionevole, ma tenendo presente l'aspetto di comunicazione senza preavviso di tali controlli.

6. PROCEDIMENTO DI RACCOLTA DEI CAMPIONI

- Tra un atleta e il successivo la superficie dove si condurrà la raccolta dei campioni deve essere pulita utilizzando salviette o spray disinfettanti, compresi tutti i materiali che saranno usati. In alternativa, può essere utilizzata una tovaglia pulita monouso.
- Il personale incaricato alla raccolta dei campioni (SCP) deve lavarsi o disinfettarsi le mani, usare un paio di guanti nuovi per ogni atleta e indossare la mascherina.
- Gli atleti e il personale di supporto (massaggiatore, medico, ecc.) devono indossare la mascherina.
- Il distanziamento sociale/fisico viene mantenuto nei limiti del possibile.
- Il numero di presenti durante le sessioni di controllo sarà ridotto al minimo, cioè:
 - non è necessario che gli organizzatori forniscano un medico/infermiere per assistere alla minzione; il compito sarà assicurato eccezionalmente dall'Ispettore per il controllo antidoping, se dello stesso genere dell'atleta. Se non è dello stesso genere, verrà richiesto agli organizzatori di fornire un medico/ infermiere.
 - una sola persona è autorizzata ad accompagnare l'atleta nell'area dello studio medico per il controllo antidoping e, durante il procedimento di raccolta dei campioni, si raccomanda agli atleti di presentarsi da soli allo studio medico.

NB: Alcune situazioni specifiche potrebbero non permettere di mantenere in ogni istante la distanza raccomandata. Per esempio, il **prelievo del sangue**, i limiti di spazio e/o l'esigenza di osservare direttamente la raccolta dei campioni di urina sono motivi accettabili per fare un'eccezione in termini di distanza più ravvicinata.

7. COMPLETARE LA SESSIONE DI RACCOLTA DEI CAMPIONI

- Prima di andare via, le superfici di lavoro devono essere pulite e tutti i materiali utilizzati (rifrattometro, penna, righello, ecc.) devono essere puliti con salviette o spray disinfettanti.
- L'SCP deve assicurare che tutti gli oggetti/rifiuti siano riposti negli appositi contenitori per rifiuti medici
- L'SCP guida gli atleti nell'adozione di tecniche idonee per la rimozione di guanti e mascherine e li invita a depositare tali oggetti nel loro sacchetto dei rifiuti.
- L'SCP invita l'atleta a pulirsi le mani.

8. ALTRI CONTROLLI SUPPORTATI DALL'ITA

- TRAMADOLO:
 - Saranno condotti dei controlli nello studio medico per il controllo antidoping secondo la procedura vigente al termine degli eventi selezionati dall'UCI, comprese le misure sanitarie supplementari descritte sopra.

- La procedura di raccolta di campioni nei test per il Tramadolo può essere modificata se le circostanze lo richiedono.
- **CONTROLLO RADIOGRAFICO DELLE BICICLETTE:**
 - L'ITA continuerà, per quanto possibile, a sostenere l'UCI nel suo programma date le circostanze.
 - Gli chaperon indosseranno mascherina e guanti quando applicheranno la targhetta (tag) alla bicicletta del corridore e faranno del loro meglio per rispettare il distanziamento sociale.