



*Consulta Interassociativa
Italiana per la Prevenzione*



Una sintesi dei contributi di CIIP in occasione dell'emergenza COVID-19

Aggiornamento Settembre 2021

CIIP – Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione

Via San Barnaba 8 – 20122 Milano www.ciip-consulta.it - consulta.prevenzione@unimi.it



COVID Documenti di lavoro CIIP – terza raccolta

Questo documento è stato curato da **Susanna Cantoni**. Hanno collaborato **Francesco Santi** (AIAS), **Francesca Romana d'Ambrosio** (AiCARR), **Matteo Tripodina** (AIRESPPSA), **Norberto Canciani** (Ambiente e Lavoro), **Tommaso Bellandi** (SIE), **Stefania Salmaso** (AIE), **Francesco Forastiere** (AIE), **Fulvio D'Orsi**, **Piero Patanè** (ANMA), **Danilo Bontadi** (ANMA), **Gilberto Boschioli** (ANMA), **Antonia Ballottin** (SIPLO), **Alberto Crescentini** (SIPLO), **Franco Amore** (SIPLO). Hanno collaborato alla redazione **Laura Bodini** ed **Enrico Cigada**.

In questi mesi CIIP ha continuato a operare, pur nelle difficoltà del sistema, da remoto sia raccogliendo i materiali istituzionali, tecnici e scientifici nello spazio COVID del sito www.ciip-consulta.it che promuovendo i documenti delle Associazioni.

Tra queste ricordiamo i materiali AICARR sugli impianti di condizionamento, quelli di AIE sui test immunologici e sulla fase 2, di AIAS sulla sicurezza, quelli sulla formazione di AIFOS, i documenti ANMA sul ruolo del Medico Competente in fase COVID le lettere SNOP a Regioni, Sindacato e Ministero della Sanità.

Nello stesso spazio sono stati pubblicati anche documenti di altre Associazioni che non aderiscono a CIIP quali AIDII, ANAS, Siti, SitLab, nonché di Olympus, Labores di Cesare Damiano.

L'Ufficio di Presidenza CIIP ha preso posizione con lettere, documenti, interviste e azioni:

- [intervista a Susanna Cantoni](#) a Quotidiano Sanità sulle risorse per la prevenzione.
- [documento sulla sorveglianza sanitaria](#) in Fase 1 a cura del Gruppo specifico.
- [lettera sulla integrazione dei sistemi informativi](#).
- emendamento *all'art. 4, co 9, D.L. 25 marzo 2020*, presentato alla Commissione Affari sociali della Camera dall'On. Elena Carnevale, emendamento approvato e ratificato nella Legge di conversione del D.L. (l'emendamento ha inserito le ASL e l'INL, per quanto di competenza, tra i soggetti di cui il Prefetto si avvale per i controlli sul rispetto delle norme anti COVID-19 negli ambienti di lavoro).

Con la collaborazione del prof. Pascucci abbiamo seguito nel dibattito parlamentare le tante variazioni degli Atti per definire con precisione ruolo, compiti e soggetti dei controlli, e la discussione in varie sedi universitarie sulle diverse criticità giuridiche poste dalla nuova normativa.

Dal mese di aprile, in seguito a sollecitazioni da parte di alcune associazioni aderenti a CIIP, è stato avviato, nell'ambito dell'Ufficio di Presidenza, un primo confronto su problemi relativi alla prevenzione e protezione da COVID-19 in ambito lavorativo.

Di tale iniziativa è stata data informazione a tutti i Presidenti e delegati invitando a collaborare suggerendo argomenti da discutere e fornendo contributi.

Ne sono emersi contributi su una serie di temi essenziali per la ripresa del lavoro: sistemi di prevenzione di impresa, ruolo dei Dipartimenti di prevenzione, sorveglianza sanitaria, i temi della sanificazione, della formazione, dei dispositivi di protezione personale, i lavoratori fragili.

In questa prima raccolta abbiamo deciso di pubblicare i contributi su questi temi, in modo non conclusivo ma aperto, data l'urgenza di confronti e indicazioni operativi e di affrontare alcune criticità.

A quest'ultimo proposito, e partendo da quanto riportato nei documenti, riteniamo sarà necessario evidenziare alcuni importanti nodi che non trovano indicazioni nella pur abbondante normativa emanata e segnalarli nelle opportune sedi governative e delle parti sociali.

INDICE

COVID DOCUMENTI DI LAVORO CIIP – TERZA RACCOLTA	1
INDICE	2
1.INDICAZIONI GENERALI SU COME GARANTIRE LA SALUBRITÀ DEI LOCALI DI VITA E LAVORO	3
2.IMPIANTI TRATTAMENTO ARIA	8
3.AGGIORNAMENTO DVR/PIANO GESTIONE EMERGENZA COVID-19	9
4.DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER COVID-19.....	13
5.PROBLEMI DI ERGONOMIA DEI DPI PER GLI OPERATORI SANITARI.....	19
6.ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO IN MATERIA DI SSL.....	21
7.LA SORVEGLIANZA SANITARIA CORRELATA A COVID-19	24
8.I TEST DIAGNOSTICI COVID-19	33
9.LA VACCINAZIONE ANTI COVID-19 E GREEN PASS.....	41
10.LAVORATORI FRAGILI: POSSIBILI ATTIVITÀ DI SUPPORTO IN AZIENDA.....	57
11.RUOLO DEI SERVIZI PSAL DELLE ASL.....	63

1. INDICAZIONI GENERALI SU COME GARANTIRE LA SALUBRITÀ DEI LOCALI DI VITA E LAVORO IN PERIODO COVID-19

a cura di Francesco Santi – presidente AIAS

Limitandosi ai locali ad uso non sanitario la problematica è stata ben definita e chiarita in tutti i suoi aspetti nei recentissimi documenti dell'ISS "[Rapporto ISS Covid-19 – n.xx/2020](#)" a cui si rimanda per qualsiasi approfondimento.

Vale la pena però riassumere i punti fondamentali in una breve serie di passaggi ad uso delle piccole "unità produttive" di cui al precedente capitolo al fine di rispondere alla domanda:

COSA È NECESSARIO FARE NEGLI AMBIENTI AD USO "NON SANITARIO" NELLE ATTUALI CONDIZIONI DI PANDEMIA?

LE 4 INDICAZIONI FONDAMENTALI

1. - Dobbiamo ridurre se possibile il numero delle presenze
- 2 - Garantire il distanziamento fra le persone
- 3 - Indossare mascherine tipo chirurgico o anche dispositivi FFP2
- 4 - Frequente pulizia delle mani

INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO ARIA NEI LOCALI CHIUSI

- 5.1 – Incrementare l'utilizzo dell'aria esterna con l'arieggiamento negli ambienti
- 5.2 – Aumentare l'immissione di aria dall'esterno ed eliminare il ricircolo dell'aria
- 5.3 – Normale manutenzione dei sistemi di trattamento aria
- 5.4 – Ridurre la turbolenza e velocità dell'aria per split, fancoil e ventilatori
- 5.5 – Frequente pulizia di split, fancoil, ventilatori

INDICAZIONI PER LE PULIZIE LOCALI NEI LOCALI CHIUSI

- 6.1 – Pulizia quotidiana delle postazioni
- 6.2 – Pulizia più frequente delle zone comuni
- 6.3 – Pulizia prima dell'utilizzo di locali riunioni, assemblee, preghiera, formazione

INDICAZIONI PER LE PULIZIE LOCALI NEI LOCALI APERTI

- 7.1 – Pulizia prima e dopo l'utilizzo delle attrezzature comuni

SPIEGAZIONE DI DETTAGLIO DEI PUNTI INDICATI.

LE 4 INDICAZIONI FONDAMENTALI

1 – Dobbiamo ridurre il numero delle presenze

Riduciamo l'accesso di persone se è possibile, utilizziamo soluzioni come lo smart working e analoghe procedure organizzative che riducono la presenza di personale.

Cerchiamo di garantire, se possibile, che le persone che accedono ai locali siano in buone condizioni di salute (controllo sintomi, autocertificazione, informazione e sensibilizzazione).

Con questo primo step abbiamo ridotto già al minimo la possibile presenza di portatrici della contaminazione, esiste comunque un rischio residuo legato alla possibile presenza di persone portatrici ma non sintomatiche.

2- Garantire il distanziamento fra le persone

Dobbiamo gestire i flussi, le postazioni di lavoro e delle attività garantendo almeno 1 metro fra persona e persona e gestendo i flussi in modo da ridurre le possibili vicinanze fra persone non strettamente necessarie.

3- Indossare mascherine tipo chirurgico o anche dispositivi FFP2

Qualora siano presenti persone di differenti nuclei familiari (o comunque non conviventi) nei medesimi ambienti chiusi, o a distanza ravvicinata, dovranno essere indossate da tutti le cosiddette mascherine chirurgiche o assimilate, o dispositivi di protezione delle vie respiratorie FFP2 o superiori.

4- Frequente pulizia delle mani

Come noto oltre alla respirazione diretta di aria contaminata il meccanismo di contaminazione possibile è sicuramente il contatto delle mani e con superficie contaminate e poi con occhi, naso e bocca. Fondamentale quindi la frequente pulizia delle mani con acqua e sapone, o secondariamente con detergenti disinfettanti o l'utilizzo dei guanti monouso con la loro sostituzione periodica.

INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO ARIA NEI LOCALI CHIUSI

Effettuando e garantendo le precedenti quattro operazioni fondamentali abbiamo già ridotto notevolmente il rischio di presenza del virus SARS-CoV-2 nell'aria e sulle superfici. Persiste comunque teoricamente e secondo i modelli di distribuzione dei virus aero dispersi un possibile rischio residuo di avere sia l'aria che le superfici contaminate. Ricordiamo, peraltro, che l'OMS sottolinea che, dall'analisi svolta su oltre 75.000 casi di COVID-19 in Cina, non sono emersi casi di contagio attraverso aerosol e pertanto continua a raccomandare precauzioni per prevenire la trasmissione via *droplet* per COVID-19, limitando le precauzioni *airborne* ai casi particolari legati alle specifiche procedure in ambito ospedaliero. (vedi Rapporti ISS COVID-19 n.26/2020-Rev 2 del 18/5/2020 e ISS COVID-19 n.2/2020-Rev 2 del 10/5/2020).

Per gestire e ridurre comunque tale rischio residuo è quindi necessario:

5.1 – Incrementare l'utilizzo dell'aria esterna con l'arieggiamento negli ambienti

In tutti gli ambienti il migliore strumento possibile per garantire la qualità dell'aria, dal punto di vista microbiologico per inquinamento da virus portati da esseri umani, è l'utilizzo dell'arieggiamento dei locali con aria dall'esterno. Questo è valido sia che siano presenti sia che siano assenti sistemi di ventilazione meccanica.

5.2 – Aumentare l'immissione di aria dall'esterno ed eliminare il ricircolo dell'aria

Laddove siano presenti sistemi di ventilazione e climatizzazione con movimentazione meccanica dell'aria (unità di trattamento e climatizzazione aria con condotte di immissione, estrazione e possibile parziale ricircolo dell'aria) è necessario **eliminare la porzione del ricircolo dell'aria ed aumentare l'immissione e l'estrazione.**

Per eseguire questa operazione è necessario il supporto del personale della gestione e manutenzione del sistema di trattamento aria. **Si raccomanda di attivare/mantenere in funzione tali sistemi proprio al fine di assicurare maggiori ricambi d'aria.**

5.3 – Normale manutenzione dei sistemi di trattamento aria

La normale manutenzione e pulizia periodica, che garantisce comunque la qualità dell'aria evitando

possibili contaminazioni batteriche (non virali) dei sistemi di trattamento dell'aria con sostituzione dei filtri e pulizie dei sistemi, è di per sé sufficiente. Si può comunque considerare di intensificare la frequenza di tali attività periodiche. Non si consiglia di modificare le caratteristiche impiantistiche dei sistemi esistenti laddove queste modifiche non fossero già necessarie o auspiccate per ragioni "pre covid".

5.4 – Ridurre la turbolenza e velocità dell'aria per split, fancoil e ventilatori

Laddove la climatizzazione dei locali (riscaldamento invernale e raffrescamento estivo) sia gestita mediante unità locali di pompe di calore o di sistemi idronici (split, fancoil a pavimento, fancoil a parete, fancoil a soffitto) o sistemi di movimentazione dell'aria (ventilatori, destratificatori, ...) e tutte le precedenti indicazioni siano garantite, si deve considerare che tali dispositivi possono incidere sulla possibile condizione di rischio da Covid solo a causa della movimentazione e della turbolenza nei flussi d'aria introdotte.

I virus infatti non possono riprodursi e proliferare nei filtri, nelle alette, ed in generale nei sistemi di trattamento dell'aria (a differenza di batteri, muffe ed altro).

Ne consegue che i sistemi locali di trattamento aria, in ambiente non sanitario, possono influire unicamente nella condizione di rischio permettendo una eventuale e teorica distribuzione a più lungo raggio della contaminazione dovuta al non rispetto delle precedenti indicazioni.

Si raccomanda quindi di ridurre la turbolenza dell'aria mediante

- la riduzione della velocità dei flussi d'aria, se possibile e compatibilmente con le temperature esterne ed interne;
- mediante il corretto orientamento dei sistemi presenti di deflessione dell'aria (alette);
- per ultimo si può valutare se aggiungere ulteriori sistemi di deflessione dei flussi d'aria esterni alle unità.

Per ulteriori e dettagliate informazioni tecniche si può far riferimento ai [documenti di AICARR](#) già pubblicati anche sul sito di CIIP.

5.5 – Frequente pulizia di split, fancoil, ventilatori

A riguardo la pulizia e sanificazione periodica delle unità (split, fancoil delle varie tipologie), sulla base di quanto sopra esposto, si raccomanda di inserirli nelle normali procedure di pulizia e sanificazione dei locali e delle superfici. Tali pulizie e sanificazioni possono essere affidate o al personale interno o al personale esterno, seguendo le istruzioni di pulizia, sostituzione filtri, pulizia filtri, sempre presenti nei manuali forniti dai fornitori. Anche per l'eventuale utilizzo di speciali sostanze sanificanti si raccomanda di utilizzare i detergenti e disinfettanti indicati dal costruttore o i sanificanti come indicato dal documento dell'ISS già citato se compatibili con i sistemi, vedi paragrafo successivo sulle pulizie e sanificazioni.

INDICAZIONI SUPPLEMENTARI PER LE PULIZIE LOCALI NEI LOCALI CHIUSI

Sempre partendo dalla premessa che abbiamo rispettato le 4 indicazioni fondamentali ed abbiamo gestito la qualità dell'aria per l'aspetto presenza Covid indicate del capitolo precedente, rimane da indicare come gestire l'argomento delle pulizie e sanificazioni dei locali chiusi ad uso non sanitario.

Su tale argomento si raccomanda di leggere attentamente l'apposito fascicolo dell'ISS COVID-19. n. 25_2020 per i dettagli, mentre qui di seguito si riassumono i principali concetti

Definizioni di base (rif. L. 82/94 e D.M. 274/97):

- **PULIZIA:** Processo finalizzato alla rimozione di polveri e sporco visibile dalle superfici e dagli ambienti. Per tale attività si utilizzano i normali strumenti di pulizia, aspirazione e detersione. Questo processo deve essere eseguito sempre con la massima frequenza, logica, buon senso, al fine di garantire le condizioni igieniche necessarie in qualsiasi ambiente di vita e lavoro. È molto importante però segnalare come debba essere anche eseguito prima delle eventuali operazioni di disinfezione e di sanificazione di cui sotto.
- **DISINFEZIONE:** Interventi finalizzati alla distruzione o inattivazione degli eventuali agenti patogeni presenti. È l'attività finale del processo di sanificazione eseguita con procedimenti specifici che assicurano l'abbattimento della presenza microbiologica degli ambienti.
- **SANIFICAZIONE:** Insieme di operazioni su superfici, su strumenti, in locali, in ambienti al fine di ripristinare le condizioni che li possono definire appunto "sani". Comprende oltre alla pulizia e alla disinfezione la verifica di tutti i procedimenti volti rendere gli ambienti di vita e lavoro "sani" sotto tutti i profili (fisico, chimico e biologico) che possono influenzare salute e benessere dei presenti.

6.1 – Pulizia quotidiana delle postazioni

Sulla base di tali definizioni e di quanto indicato nei protocolli e nel DPCM del 26/04/2020, in ogni ambiente nel quale possano essere presenti differenti persone per ragioni di lavoro o assimilate si raccomanda la pulizia quotidiana delle postazioni di lavoro, degli strumenti informatici e tecnici quali telefoni, stampanti, video, tastiere, mouse, scrivanie, porte, braccioli, e tutte le superfici facilmente accessibili alle mani dei presenti.

Questa pulizia quotidiana della specifica postazione e locale di lavoro, solitamente in carico al personale che utilizza tale posto di lavoro, deve essere eseguita con i detergenti disinfettanti come indicato nel documento ISS citato, ad inizio o a fine turno, e comunque in situazione di cambiamento di personale al posto di lavoro.

6.2 – Pulizia più frequente delle zone comuni

È necessario porre particolare attenzione alla pulizia e disinfezione dei locali di passaggio e di uso comune quali ingressi, corridoi, portinerie, ascensori, locali dei servizi igienici, sale riunioni, locali ristoro, locali fumatori. Tali locali sono solitamente affidati per le pulizie alle ditte esterne o a personale specifico. Si raccomanda che gli addetti utilizzino detergenti disinfettanti. Si raccomanda di verificare le periodicità e se possibile e logico intensificarne la frequenza rispetto alle normali condizioni operative.

6.3 – Pulizia prima dell'utilizzo di locali riunioni, assemblee, preghiera, formazione

I locali comuni che si renda comunque necessario utilizzare in modo non continuativo (sale riunioni, sale assemblee, locali per la preghiera, locali per la formazione, ecc....) debbono essere sanificati in modo specifico subito prima dell'utilizzo previsto.

INDICAZIONI SUPPLEMENTARI PER LE PULIZIE NEI LOCALI APERTI

Effettuando e garantendo le quattro operazioni fondamentali (dal punto 1 al punto 4) abbiamo già ridotto notevolmente il rischio di presenza del virus Covid nell'aria e sulle superfici. All'aperto il

rischio è sempre inferiore rispetto ai locali chiusi, quindi realizzare le attività all'aperto è sempre da preferirsi rispetto al tenerle in locali chiusi.

La principale raccomandazione, persistendo comunque un rischio residuo teorico nell'utilizzo di comuni attrezzature, è quindi

7.1 – Pulizia prima e dopo l'utilizzo delle attrezzature comuni

Nei locali all'aperto tutte le attrezzature che possono essere utilizzate alternativamente da differenti persone quali sedie, tavoli, giochi da esterno, attrezzature a noleggio, etc..., dovranno essere sanificate dopo l'utilizzo e prima di essere riposte a fine giornata negli eventuali locali di ricovero.

Tutte queste operazioni possono essere eseguite dal personale addetto alle pulizie opportunamente formato e dotato di adeguati mezzi di protezione ed evitando pericolose nebulizzazioni.

“Le aree esterne richiedono generalmente una normale pulizia ordinaria e non richiedono disinfezione. Spruzzare il disinfettante sui marciapiedi e nei parchi non è un uso efficiente delle forniture di disinfettante e non è stato dimostrato che riduca il rischio di COVID-19 per il pubblico. È necessario mantenere le pratiche di pulizia e igiene esistenti per le aree esterne” [4].

[4] CDC GUIDANCE FOR CLEANING AND DISINFECTING PUBLIC SPACES, WORKPLACES, BUSINESSES, SCHOOLS, AND HOMES may 7 2020.

2. IMPIANTI TRATTAMENTO ARIA

A cura di Francesca Romana d'Ambrosio, già Presidente AICARR, e coll.

Si fa riferimento ai documenti di AICARR pubblicati sul sito della Consulta ed in particolare:

Il 27 febbraio 2020 l'OMS ha pubblicato il documento di orientamento "Preparare il posto di lavoro per COVID-19" AiCARR vuole integrare questa guida con alcuni aspetti riguardanti il funzionamento degli impianti di ventilazione e condizionamento dell'aria.

I documenti sono pubblicati sul **sito di AICARR** (ma scaricabili anche dal **sito della Consulta**).

1. Posizione di AICARR sul funzionamento degli impianti di climatizzazione durante l'emergenza SARS-COV2-19 (aprile 2020).
2. Gli impianti e la diffusione del SARS-CoV2-19 nei luoghi di lavoro (marzo 2020).
3. Protocollo per la riduzione del rischio da diffusione del SARS-CoV2-19 mediante gli impianti di climatizzazione e ventilazione esistenti (marzo 2020).
4. Protocollo per la riduzione del rischio da diffusione del SARS-CoV2-19 mediante gli impianti di climatizzazione e ventilazione in ambienti sanitari (aprile 2020)

3. AGGIORNAMENTO DVR/PIANO GESTIONE EMERGENZA COVID-19

A cura di Francesco Santi, Presidente AIAS e di Matteo Tripodina, Presidente AIREPSA

La problematica legata alle modifiche operative gestionali conseguenti la pandemia da Coronavirus coinvolge in modo trasversale tutte le organizzazioni (Unità produttive) previste dal testo unico della sicurezza.

I dati epidemiologici e il rischio biologico da SARS-CoV 2 confermano che è necessario eseguire una distinzione netta fra ambienti sanitari, assistenziale, di ricovero anziani, ed assimilabili rispetto a tutti gli altri ambiti siano essi civili, privati, pubblici, industriali, del terziario, del terzo settore, etc....

La distinzione si basa sulla prima valutazione necessaria che vede il rischio classificabile come Rischio Biologico Specifico nel settore sanitario e assistenziale e invece come Rischio Biologico Generico in tutti gli altri settori.

Tale distinzione è finalizzata a definire le modalità con cui declinare ed adattare gli obblighi di sicurezza predefiniti nella specificità aziendale, dato che, trattandosi di una pandemia, la valutazione dell'entità del rischio e l'individuazione delle misure per contenerlo spettano solo alla pubblica autorità.

SETTORE SANITARIO – ASSISTENZIALE E ASSIMILABILI

È necessario rilevare che il settore sanitario si trova di fronte ad una emergenza da ascrivere nell'ambito del rischio biologico inteso nel senso più ampio del termine, che investe l'intera popolazione indipendentemente dalla specificità del "rischio lavorativo proprio" derivante dalla propria *Mission*.

Come è noto, il rischio biologico è un rischio specifico delle attività sanitarie e la sua valutazione trova dignità nell'apposito capitolo dedicato all'interno del DVR delle realtà produttive del comparto; detto ciò riteniamo che si renda comunque necessario un aggiornamento dello stesso in funzione delle disposizioni emergenziali COVID-19 in quanto le stesse hanno avuto un sostanziale impatto sulle normali procedure e protocolli presenti in questo comparto produttivo.

L'obiettivo di questa integrazione della Valutazione dei Rischi (redatta secondo le indicazioni del WHO nonché delle Istituzioni Italiane – Dipartimento Protezione Civile, ISS, Ministero della Salute, Regioni, ecc.) è quello di consentire al Datore di Lavoro di predisporre i provvedimenti effettivamente necessari per la salvaguardia della sicurezza e salute dei lavoratori di fronte al Rischio Biologico da COVID-19 e la gestione emergenziale formalizzata con Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 "Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili".

È di tutta evidenza, inoltre, che la situazione emergenziale di carattere sociale, nazionale e non, investendo l'intera popolazione, è connotata da un indice di rischio determinato dalla particolare evoluzione del fenomeno, dalle condizioni soggettive dei singoli, nonché da un'indeterminazione valutativa che non può che essere rimessa alle alte Istituzioni, sia per complessità che per entità del rischio nonché per le misure di prevenzione da adottare. Ne consegue che le misure di contenimento, di prevenzione e comportamentali sono, per forza di cose, rimesse al Governo, ISS, alle Regioni ed ai Gruppi di esperti chiamati ad indicare in progress le misure ed i provvedimenti che via via si rendono più opportuni in ragione della valutazione evolutiva dell'emergenza sul territorio nazionale e regionale.

In tale ottica, considerando l'impossibilità per le Aziende del comparto sanitario di poter interrompere

le attività, il margine di valutazione e di intervento appare evidentemente circoscritto all'integrazione delle misure, emanate dalle Autorità, nei vari processi produttivi all'interno delle Aziende stesse.

Conseguentemente - fattore molto più importante - è necessaria un'attuazione attenta e responsabile delle predette misure assicurando che tutto il personale vi si attenga e regolamentando che le attività siano svolte con un attivo coinvolgimento consapevole del personale medesimo.

Fermo restando che obbligo di realizzare il processo di valutazione, controllo e gestione dei rischi lavorativi riguarda essenzialmente il Datore di Lavoro, tuttavia, dal punto di vista tecnico, operativo e procedurale, il Datore di Lavoro si deve avvalere del supporto del Servizio di Prevenzione e Protezione e dei Medici Competenti, del coinvolgimento dell'intera "linea produttiva" aziendale rappresentata dai Delegati del Datore di Lavoro, dai Dirigenti e dai Preposti, essendo gli stessi, al contempo, depositari di importanti conoscenze e titolari di obblighi, nonché della consultazione dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

Provando a sintetizzare, si possono distinguere due interventi di aggiornamento del DVR:

- 1- I processi lavorativi dell'Azienda non subiscono variazioni e pertanto le precauzioni del COVID-19 vengono inserite nei normali processi lavorativi verificando se le misure esistenti ricomprendano quanto previsto specificatamente per il COVID-19 e l'indice di rischio sia commisurato a quello determinato precedentemente. In questo caso rimane comunque fondamentale l'emanazione di aggiornamenti di protocolli e procedure in vigore e un retraining formativo al personale.
- 2- I processi lavorativi dell'Azienda subiscono un cambiamento sostanziale - è il caso ad esempio della creazione di ospedali/reparti COVID-19 - e conseguentemente l'aggiornamento del DVR diviene indispensabile non solo per l'aspetto COVID-19, ma anche - e soprattutto - perché si è modificata l'attività lavorativa e il DVR in vigore non rappresenta più le condizioni esistenti. Ciò peraltro è previsto all'art.29 co. 3 del DLgs. 81/08 s.m.i. - "3. La valutazione dei rischi deve essere immediatamente rielaborata, nel rispetto delle modalità di cui ai commi 1 e 2, in occasione di modifiche del processo produttivo o della organizzazione del lavoro significative ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori, - omissis -" - determinando conseguentemente l'emissione di un documento che analizzi e valuti TUTTI i rischi presenti in tali strutture/reparti, rischio COVID-19 incluso. Il nuovo documento come per il precedente dovrà riportare i relativi indici di rischio per mansione/fase lavorativa nonché misure, procedure, protocolli attuati e DPI impiegati per la riduzione dei rispettivi rischi presenti.

In merito alla formazione si rimanda all'apposito capitolo rammentando che per il comparto sanitario sono necessari una formazione ed addestramento "sul campo" per il corretto trattamento dei pazienti e, pertanto, per la sua effettuazione si devono adottare idonei protocolli di sicurezza per prevenire la diffusione del COVID-19.

SETTORE CIVILE, INDUSTRIALE, ...

In questo settore è necessario procedere ad un'ulteriore suddivisione e, confermando la logica prevista dal testo unico sulla sicurezza, è necessario distinguere nella gestione del rischio da Covid per le organizzazioni di dimensioni minime che possono utilizzare le cosiddette "procedure di valutazione standardizzate" rispetto alle organizzazioni di maggiori dimensioni che nel testo unico sono invece chiamate ad eseguire una Valutazione dei Rischi specifica per ogni Unità Produttiva.

In ogni caso è bene sottolineare come la "responsabilità" dei Datori di lavoro è limitata alla migliore organizzazione possibile nella gestione di un problema che è di origine esogena all'organizzazione

stessa e legata alla presenza “pandemica” di un agente biologico. Inoltre, è bene sottolineare come le scelte operate a livello internazionale, nazionale e locale da parte delle autorità civili comportino un diretto effetto sulla possibile minore o maggiore condizione di rischio anche nella singola unità produttiva. Si sottolinea quindi come la responsabilità del singolo Datore di lavoro risieda nella migliore, razionale, documentata e possibile, organizzazione dell’applicazione di norme conseguenti ad accordi e valutazioni eseguite da autorità superiori ed esterne all’organizzazione.

PICCOLE REALTÀ PRODUTTIVE CHE UTILIZZANO LE “PROCEDURE STANDARDIZZATE”

In questa sede il Datore di lavoro dovrà unicamente applicare le indicazioni date a livello locale e nazionale per la specifica attività (piccolo artigianato, vendita la dettaglio, parrocchia, associazione, condominio, ...). Le indicazioni sono date mediante Decreti, Delibere e Linee guida emesse a livello nazionale e locale da parte di enti pubblici, di organizzazioni datoriali, di associazioni di categoria e simili. Il consulente esterno se presente, o il datore di lavoro eventualmente con il supporto alle organizzazioni datoriali o alle associazioni di categoria, può facilmente personalizzare e realizzare i vari documenti di supporto (manifesti informativi, diagrammi esplicativi, procedure applicative) ormai disponibili in vari siti.

La Valutazione dei Rischi esistente dovrà, a nostro avviso, essere quindi integrata da semplici documenti di adeguamento dell’unità produttiva alle indicazioni ricevute, da procedure e da documentazione dei DPI e dei mezzi di contenimento dei possibili mezzi di contagio predisposti, della formazione dei lavoratori nell’esecuzione e nell’utilizzo di tali nuove predisposizioni e procedure.

Il controllo dello stato di salute dei dipendenti accedenti alle piccole unità produttive di cui al presente paragrafo, qualora non sia presente il medico competente, è realizzato affidandosi alle procedure individuate nella normativa governativa (DPCM 17/5/20) per l’accesso nei luoghi di lavoro (autosegnalazione da parte dei lavoratori, misura della temperatura corporea) e per quanto riguarda i lavoratori “fragili” a quanto indicato nel DL “rilancio” all’art. 83 (la sorveglianza sanitaria può essere richiesta ai servizi territoriali dell’INAIL che vi provvedono con propri medici del lavoro).

MAGGIORI REALTÀ PRODUTTIVE CHE HANNO REALIZZATO LA VALUTAZIONE DEI RISCHI

In questa sede il Datore di lavoro, supportato dal Servizio di Prevenzione e Protezione realizzato ai sensi del D.Lgs. 81/08, quindi con il supporto del RSPP, ASPP, e dai vari Consulenti esterni specializzati nei singoli rischi, insieme al MC e al RLS, organico auspicabilmente inquadrato in un vero e proprio Sistema di Gestione della Sicurezza e Salute integrato nel Sistema Complessivo Qualità Sicurezza Ambiente aziendale, costituisce il Comitato di Gestione dell’Emergenza COVID-19, come previsto dagli accordi di cui ai recenti DPCM.

In tale sede si provvede ad integrare la preesistente Valutazione dei Rischi con le procedure di gestione rischio Biologico Generico da Agente SARS-CoV 2, alla luce delle informazioni disponibili e degli accordi e dei vari regolamenti vigenti.

Tale integrazione oltre ad ottemperare a quanto indicato dalle norme vigenti, valuta tutti gli effetti delle nuove indicazioni ricevute, diretti e indiretti, sull’organizzazione dei ruoli, dei percorsi, dei flussi e dei processi, delle sostanze utilizzate, delle manutenzioni periodiche e straordinarie, delle procedure e dei dispositivi di protezione complessiva ed individuali, delle possibile deroghe rispetto ad altre condizioni (protezione dei dati, privacy, accordi sindacali preesistenti alla pandemia, mense e gestione dei servizi comuni, organizzazione del lavoro in turni, da remoto, formazione, sorveglianza sanitaria...)

Come indicato nell'allegato al DPCM 17/5/20 "Tali procedure/istruzioni operative possono coincidere con procedure/istruzioni operative già adottate, purché opportunamente integrate, così come possono costituire un addendum connesso al contesto emergenziale del documento di valutazione dei rischi redatto ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81".

In particolare, in collaborazione e coordinamento con i Servizi territoriali del Servizio Sanitario Nazionale, le Unità produttive più strutturate possono sviluppare protocolli di collaborazione di aspetti quali le visite mediche, le analisi sierologiche e di contaminazione, le analisi di sintomi parainfluenzali, la gestione dei dati su base volontaria e rispettosa dei diritti dei singoli cittadini. Tali attività possono confluire in un sistema temporaneo di gestione dell'Unità Produttiva conseguente all'emergenza nazionale.

4. DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER COVID-19

a cura di Matteo Tripodina, Presidente AIREPSA e Vicepresidente CIIP e di Norberto Canciani, Direttore scientifico e della formazione Ambiente & Lavoro e Vicepresidente CIIP

Sull'argomento, soprattutto nelle prime fasi dell'emergenza, molto è stato scritto, in maniera non sempre chiara ed in alcuni casi in maniera addirittura contraddittoria.

Le indicazioni date sia dall'OMS che dalle disposizioni governative hanno dovuto temperare la necessità di protezione dei cittadini e dei lavoratori con la carente disponibilità di dispositivi di protezione sul mercato e si sono via via modificate in funzione della parziale risoluzione dei problemi di approvvigionamento.

Non si può che rimarcare il fatto che una migliore e più trasparente comunicazione che spiegasse i motivi delle scelte, nonché il coinvolgimento dei principali attori del "sistema prevenzionistico aziendale" (RSPP e MC in primis), avrebbe giovato alla comprensione dei problemi ed evitato il fiorire di contestazioni e di documenti contraddittori.

È importante altresì evidenziare che l'art. 15, comma 1 ribadisce che il Datore di Lavoro deve adottare il principio della massima sicurezza tecnologicamente fattibile (v., in specie, lettere c), e), i)) e, in questo caso, trattandosi di un rischio generico diffuso a livello globale e in manifesta carenza di forniture, le Istituzioni hanno fissato gli standard minimi prestazionali dei DPI di riferimento per tutte quelle attività (vedasi Sanità pubblica in primis) che non potevano essere sospese.

Vogliamo qui richiamare sinteticamente alcuni punti che risultano ancora problematici nella operatività quotidiana delle attività lavorative. Per gli approfondimenti sono disponibili numerosi documenti reperibili anche sul sito di CIIP.

L'IMPIEGO DEI DPI COVID-19 È PRIORITARIO RISPETTO ALLE MISURE DI SICUREZZA E/O DPI PRESENTI IN AZIENDA PER GLI ALTRI RISCHI?

L'uso di mezzi di protezione individuale **non è alternativo** a tutte le altre misure di prevenzione che devono essere messe in atto in rapporto alla specifica attività lavorativa.

Il DPI per COVID-19 - come correttamente richiamato nel Rapporto COVID-19 2/2020 del ISS - va considerato una misura aggiuntiva e non sostitutiva di una corretta politica d'isolamento mediante azioni di tipo organizzativo e tecnico (distanziamento fisico, barriere, norme igieniche, ecc.).

Oltre ai requisiti essenziali di salute e sicurezza nella scelta dei DPI è necessario tenere conto delle caratteristiche specifiche del luogo di lavoro e del Lavoratore; il DPI non solo non deve comportare un rischio maggiore di quello che previene, ma deve essere anche adeguato alle condizioni esistenti sul luogo di lavoro e tenere conto delle esigenze ergonomiche (vedasi capitolo successivo) o di salute del lavoratore stesso.

È importante rilevare che è ormai letteratura consolidata quella relativa alle sensibilizzazioni e/o reazioni allergiche da contatto con determinati prodotti chimici o materiali da parte del corpo umano; compito del Datore di Lavoro, supportato dal RSPP e dal Medico Competente verificare e proporre la scelta di DPI che evitino tali situazioni e nel caso di condizioni particolari del singolo lavoratore è necessario definire le modalità di lavoro dello stesso sulla scorta delle indicazioni del Medico Competente.

È necessario rilevare che, indossare DPI al di fuori delle indicazioni, oltre a determinare carenza degli

stessi e costi ingiustificati, può creare un falso senso di sicurezza che può portare all'abbandono di altre misure preventive essenziali.

È SUFFICIENTE PER IL DATORE DI LAVORO FORNIRE I DPI COVID-19 (MASCHERINA E GUANTI) PER RISPONDERE AGLI OBBLIGHI PREVENZIONISTICI?

È importante ricordare che, nella prassi consolidata, la scelta del DPI più idoneo (rif. art. 18 co. 1 lett. d) del D.Lgs. 81/08 s.m.i) deve necessariamente passare dalla valutazione dello specifico processo produttivo analizzando tutti i rischi presenti nello stesso; solo in assenza di soluzioni tecniche e/o organizzative per l'eliminazione del rischio specifico o la sua riduzione è consentita l'adozione del DPI. Atteso che il COVID-19 si inserisce sul contesto produttivo come un rischio generico introdotto dall'esterno, è onere del Datore di Lavoro, coadiuvato da RSPP e Medico Competente (ove presente) verificare se le misure adottate ed i DPI previsti per il rischio COVID-19 da parte delle Istituzioni, siano adeguate o diversamente contrastino con le procedure - riportate nel DVR aziendale - con cui viene svolto **"in sicurezza"** quel determinato processo produttivo.

Questa la valutazione di congruità consente al Datore di Lavoro di verificare che ogni processo produttivo non sia viziato da interferenze dovute alla sovrapposizione del rischio "esterno" COVID-19 con i rispettivi rischi specifici presenti nella realtà produttiva; ciò si sostanzia - per tutte le realtà dove il COVID-19 non è identificato come un rischio specifico (rif. comparto Sanità) - nell'emanazione di una procedura applicativa delle raccomandazioni COVID-19 nella specifica Azienda. Questa procedura, per essere efficace, dovrà altresì prevedere un idoneo sistema di indicatori di risultato e modalità di misurazione degli stessi.

LA SCELTA DEI DPI DEVE ESSERE APPROVATA DAL COMITATO AZIENDALE (RIF. ALLEGATO 6 DPCM 26.04.2020)?

Il Comitato aziendale, richiamato nel protocollo tra Governo e Partiti Sociali nel DPCM 26.04.2020, ha una funzione specifica per l'adozione delle misure di prevenzione della diffusione del COVID-19 in ambito Aziendale. Nel caso sia necessario introdurre nuovi DPI nel ciclo produttivo occorrerà valutare la compatibilità degli stessi con le specifiche attività svolte e con gli altri dispositivi di protezione normalmente adottati. A tal fine è necessario che il Comitato si avvalga dei Dirigenti/Delegati, del RSPP, del MC, oltre che dei RLS; l'atto potrà valere anche come riunione periodica.

LE MASCHERINE ED I GUANTI SONO IN GRADO DI PROTEGGERE I LAVORATORI?

Diversi studi hanno accertato che nella popolazione sono presenti persone che pur non presentando sintomi sono portatori del COVID-19. Se tutti i lavoratori indossano le mascherine si evita la diffusione del virus nell'ambiente di lavoro, proteggendo quindi sé stessi e la popolazione.

Le mascherine e i guanti servono pertanto a proteggere **tutti** i lavoratori da una possibile contaminazione con il virus, rispettivamente attraverso le goccioline di saliva o il contatto con la cute contaminata. Si tratta di una protezione collettiva in quanto la fase emergenziale di massiccia diffusione sul territorio del virus SARS-CoV-2 non consente di identificare a priori i portatori dello stesso. A tal scopo è fondamentale che tutti i lavoratori **portino sempre con sé i mezzi di protezione individuale**, in particolare guanti e mascherine per poter intervenire in qualsiasi occasione si rendesse necessario un contatto ravvicinato non previsto, quale ad esempio il soccorso o l'aiuto ad un lavoratore in difficoltà.

LE MASCHERINE ED I GUANTI PER IL COVID-19 DEVONO ESSERE SMALTITI COME RIFIUTI INFETTI?

I DPI utilizzati in attuazione delle raccomandazioni per il contenimento della diffusione del COVID-19, in ambito lavorativo (ad esclusione delle attività sanitarie), possono essere smaltiti come assimilati ai rifiuti urbani.

È opportuno, tuttavia, predisporre regole e procedure opportune per indicare ai lavoratori di NON gettare i guanti e le mascherine monouso in contenitori non dedicati a questo scopo, quali, per esempio, cestini individuali dei singoli ambienti di lavoro, o cestini a servizio di scrivanie o presenti lungo corridoi, nei locali di ristoro, nei servizi igienici o presenti in altri luoghi frequentati e frequentabili da più soggetti. La frequenza di ricambio dei sacchi interni ai contenitori dipenderà dal numero di mascherine e guanti monouso utilizzati quotidianamente nonché dal tipo di contenitori/sacchi messi a disposizione dal datore di lavoro. (Rapporto ISS COVID-19 n.26/2020, versione del 18 maggio 2020).

QUALI SONO LE CERTIFICAZIONI PREVISTE PER I DPI COVID-19?

I dispositivi di protezione COVID-19 possono essere certificati in base a due distinte categorie

- DPI “Dispositivi di Protezione Individuale” (es. maschere filtranti, camici, tute...)
- DM “Dispositivi Medici” (es. mascherine chirurgiche), cui si possono aggiungere, per certi versi, gli schermi che proteggono vie respiratorie, cute del viso e congiuntive dalle goccioline grossolane.

Esiste inoltre la possibilità che alcuni dispositivi siano commercializzati con entrambe le certificazioni DPI/DM (es. guanti in vinile/nitrile).

La legge n. 27 del 24 aprile (conversione in legge del Decreto ‘Cura Italia’) ha stabilito nell’art. 5bis, comma 2, che “fino al termine dello stato di emergenza, è consentito l’utilizzo di dispositivi di protezione Individuali di efficacia protettiva analoga a quella prevista per i dispositivi di protezione individuali previsti dalla normativa vigente. L’efficacia di tali dispositivi è valutata preventivamente dal Comitato tecnico-scientifico”

Tale indicazione normativa consente di poter impiegare anche DPI realizzati e certificati secondo standard vigenti in altre aree geografiche al di fuori della UE. A titolo di esempio si riporta la tabella con le equivalenze dei facciali filtranti FFP2:

Country	USA	Europe	China	Australia/New Zealand	Korea	Japan
Certification/ Class Standard	N95 NIOSH-42CFR84	FFP2 EN 149-2009	KN95 GB2626-2006	P2 AS/NZ 1716:2012	Korea 1 st Class KMOEL-2017-64	DS Japan JMHLW-Notification 214, 2018
Filter performance – (must be ≥ X% efficient)	≥ 95%	≥ 94%	≥ 95%	≥ 94%	≥ 94%	≥ 95%

Inoltre, sempre nell'art. 5 bis nel comma 3, è stato precisato che "Fino al termine dello stato di emergenza ..., in coerenza con le linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità e in conformità alle attuali evidenze scientifiche, è **consentito fare ricorso alle mascherine chirurgiche, quale dispositivo idoneo a proteggere gli operatori sanitari; sono utilizzabili anche mascherine prive del marchio CE, previa valutazione da parte dell'Istituto superiore di sanità.**" Le mascherine chirurgiche, per essere utilizzate dai lavoratori devono quindi essere marcate CE (come dispositivo medico) oppure rispondere ai **requisiti di efficacia verificati e valutati preventivamente dall'Istituto Superiore di Sanità.**

*L'art. 15 della Legge 27 citata **ha consentito** la produzione, l'importazione e l'immissione in commercio – nella fase emergenziale - di DPI e mascherine chirurgiche in deroga alla normativa vigente (marcatura CE). Il possesso dei requisiti di sicurezza e l'efficacia è autocertificato dal produttore o dall'importatore sotto la propria esclusiva responsabilità.*

*La documentazione relativa viene inviata a INAIL per i DPI e all'Istituto Superiore di Sanità per le mascherine chirurgiche. I due enti, sulla base della documentazione fornita, si pronunciano circa la rispondenza alle norme vigenti. Con questa dichiarazione tali dispositivi possono essere immessi sul mercato pur in assenza di marcatura CE¹. **Norma non più vigente a seguito della L 17/6/2021 n.87².***

¹ **art. 15 del D.L. 17 marzo 2020 n.18, co.1** – "Fermo quanto previsto dall'articolo 34 del decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, per la gestione dell'emergenza COVID-19, e fino al termine dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020, è consentito produrre, importare e immettere in commercio mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione individuale in deroga alle vigenti disposizioni".

² **La legge 17 giugno 2021 n. 87**, che ha convertito il D.L. 22 aprile 2021 n. 52 (misure urgenti per la graduale ripresa delle attività economiche e sociali nel rispetto delle esigenze di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19) ha disposto la proroga dei termini previsti dalle disposizioni legislative indicate nell'allegato 2, nel quale è **stato soppresso il riferimento all'art. 15 del D.L. 17 marzo 2020 n. 18** (convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27) riguardante la validazione straordinaria dei DPI. L'art. 15 sopracitato non è più vigente. Quindi, non è più possibile produrre, importare e immettere in commercio mascherine chirurgiche e DPI in deroga alle vigenti disposizioni ed è cessata, pertanto, la funzione di validazione straordinaria e in deroga dei DPI, attribuita a INAIL e la funzione di validazione straordinaria e in deroga di maschere facciali ad uso medico, attribuita all'ISS.

Si richiama anche la raccomandazione UE 2021/1433 della Commissione Europea del 1° settembre 2021 che raccomanda agli stati membri e alle autorità di vigilanza del mercato, tra l'altro:

- a decorrere dal 1 ottobre 2021, di non autorizzare DPI non approvati secondo le procedure del regolamento europeo;
- i DPI o dispositivi medici che fanno parte delle scorte esistenti a disposizione degli operatori sanitari, del personale di primo intervento e di altre categorie di personale che partecipano agli sforzi per contenere il virus ed evitarne l'ulteriore diffusione possono essere messi a disposizione fino al completo esaurimento di tali scorte e comunque non oltre il 31 luglio 2022.

Per una lettura integrale della raccomandazione UE 2021/1433 cliccare [qui](#)

L'emergenza non ha fatto venire meno le norme contenute nel D.Lgs. 81/08 s.m.i e pertanto un infortunio/malattia professionale di un lavoratore, con nesso di causalità identificabile nel DPI eventualmente approvato in deroga successivamente alla predetta data, comporterebbe anche possibili ricadute giudiziarie per il Datore di Lavoro coinvolto finanche alle Istituzioni che hanno autorizzato tale dispositivo.

I DPI utilizzabili in ambiente di lavoro devono quindi sempre essere marcati CE o corredati dalla dichiarazione di INAIL oppure, per le mascherine chirurgiche, di dichiarazione dell'Istituto Superiore di Sanità.

La possibilità di riutilizzo dei DPI è sempre specificata nella documentazione allegata.

L'art. 16 della citata Legge ribadisce che, fino al termine dello stato di emergenza per i lavoratori che nello svolgimento della loro attività sono oggettivamente impossibilitati a mantenere la distanza interpersonale di un metro, sono considerati dispositivi di protezione individuale (DPI), di cui all'articolo 74, comma 1, del D.Lgs. 81/08, le mascherine chirurgiche reperibili in commercio marcate CE o autorizzate dall'ISS.

L'art. 16 indica poi la possibilità per qualsiasi *'individuo presente sull'intero territorio nazionale'* di utilizzare mascherine filtranti sprovviste della marcatura CE e prodotte in deroga alle norme vigenti. Al di là della scrittura di questo articolo sembra di comprendere che, al di fuori degli ambienti di lavoro, si possano utilizzare mascherine filtranti sprovviste di specifiche caratteristiche.

MEZZI DI PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Si dividono in DPI "Dispositivi di Protezione Individuale" (maschere filtranti) e DM "Dispositivi Medici" (mascherine chirurgiche), cui si possono aggiungere, per certi versi, gli schermi che proteggono vie respiratorie, cute del viso e congiuntive dalle goccioline grossolane.

Le **maschere/faccialifiltranti** richieste per evitare il contagio da Coronavirus (classificato come "rischio biologico") sono dei DPI, regolati dalla norma europea UNI EN 149. Tale norma, a seconda dell'efficienza filtrante, classifica le maschere in FFP1, FFP2, FFP3, dove FF significa Semimaschera Filtrante. Le mascherine consigliate (a chi si deve proteggere dal virus) sono di classe FFP2 o, meglio, FFP3 che hanno una efficienza filtrante del 92% e 98% rispettivamente. Le FFP1 con il 78% di efficienza sono insufficienti per proteggere dal virus, sono anche chiamate "antipolvere".

I dispositivi di protezione individuale di qualunque caratteristica devono essere marcati CE.

Tali dispositivi devono essere riservati ai lavoratori del settore sanitario e sociosanitario, ovvero ai lavoratori a stretto e prolungato contatto col pubblico qualora non siano possibili altre soluzioni quali il distanziamento fisico o la presenza di barriere fisiche (es, pannelli in plexiglass). Nel caso sia possibile attuare un distanziamento o una barriera si potrà ricorrere alle sole mascherine chirurgiche.

Elemento fondamentale, durante la fase emergenziale dove non è possibile identificare i casi asintomatici tra i lavoratori, è quello di prediligere la tipologia monouso (identificata dalla scritta NR sul dispositivo) evitare l'utilizzo di facciali filtranti dotati di valvola di espirazione. Ciò in quanto la valvola di espirazione non consente di filtrare l'espirato del soggetto che la indossa inquinando potenzialmente l'ambiente circostante.

Le **"mascherine Medicali" (cosiddette "chirurgiche")** sono Dispositivi medici e svolgono una differente funzione rispetto al DPI. Esse hanno come caratteristica quella di non diffondere agenti biologici pericolosi, ovvero i virus, nell'atmosfera circostante. Queste mascherine, le cui caratteristiche e performance sono diverse da quelle delle citate FFP2 o FFP3 possono, quindi, evitare che il portatore diffonda il contagio, ma non proteggono lo stesso adeguatamente dal contagio di provenienza altrui soprattutto per la scarsa aderenza al volto. «La UNI EN 14683 prevede che esse possano anche essere indossate da pazienti infetti per ridurre il rischio di propagazione di infezione in situazione di epidemia o di pandemia. La norma individua tre tipi di mascherine, Type I, Type II e Type IIR, che si differenziano per efficacia di filtrazione batterica pari a 95%, 98% e 98% con anche protezione alla penetrazione di

schizzi di fluidi corporei. Dopo l'utilizzo tali mascherine, essendo oggetti potenzialmente contaminati, esse devono essere immediatamente smaltite come rifiuto indifferenziato evitando di porre le stesse a contatto con altre parti del corpo che potrebbero divenire così anch'esse contaminate.

PERCHÉ È IMPORTANTE INDOSSARE LE MASCHERINE?

Diversi studi hanno accertato che nella popolazione sono presenti persone che pur non presentando sintomi sono portatori del COVID 19.

Pertanto se tutti i lavoratori che non possono mantenere adeguate distanze di sicurezza indossano le mascherine si evita la diffusione del virus, proteggendo quindi sé stessi e la popolazione.

MEZZI DI PROTEZIONE PER GLI ARTI SUPERIORI

Tra le raccomandazioni pubblicate per la prevenzione del contagio da Covid 19 viene frequentemente indicata la necessità di uso di guanti.

Questa misura di prevenzione è determinata dalla necessità di non venire a contatto diretto con superfici varie potenzialmente inquinate.

In ambienti lavorativi dove non dovrebbero essere presenti soggetti potenzialmente infetti il rischio di contatto con superfici contaminate è estremamente ridotto.

Considerando, inoltre, il disagio e le possibili conseguenze dell'uso prolungato di guanti in nitrile o in lattice si ritiene che in questi casi la corretta e frequente igiene delle mani debba essere considerata come misura sufficientemente cautelativa.

Per questi motivi è opportuno ricordare che negli ambiti lavorativi non sanitari o, comunque dove non vi è un costante contatto con utenze esterne, debba essere prioritario l'uso di guanti di protezione per gli specifici rischi lavorativi della mansione (rischio meccanico, rischio chimico, ecc.).

Particolare attenzione dovrà essere posta alla pulizia, al lavaggio e alla igienizzazione dei guanti da lavoro. Laddove ciò non sarà possibile si dovrà valutare la necessità di una sostituzione più frequente.

5. PROBLEMI DI ERGONOMIA DEI DPI PER GLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19, PRIME RIFLESSIONI A FUTURA MEMORIA

a cura di Tommaso Bellandi, PhD Eur.Erg., Direttore UOC Sicurezza del Paziente - Azienda USL Toscana Nordovest, Presidente Società Italiana di Ergonomia e fattori umani (SIE)

LO SCENARIO NORMATIVO ED ORGANIZZATIVO

Al momento dell'identificazione dei primi casi di COVID-19 in Italia, il Ministero della Salute, ha trasmesso una serie di Circolari in cui si davano indicazioni in merito alle misure di prevenzione e protezione da intraprendere per prevenire il rischio di contagio degli operatori impegnati nell'assistenza ai casi sospetti, probabili o confermati. Tali indicazioni sono state elaborate, almeno all'inizio, a partire dai protocolli in uso all'Istituto Spallanzani di Roma, pensati per garantire il massimo livello di protezione nell'assistenza ad un numero limitato di malati infettivi. Nel momento in cui la Protezione Civile a livello centrale e locale si è resa conto dell'impossibilità di garantire i quantitativi necessari di DPI monouso, in particolare di filtranti facciali e tute di protezione, sono stati emanati due decreti il 2 e 9 marzo che hanno sdoganato l'impiego delle mascherine chirurgiche come DPI e dei camici in TNT come protezione analoga ai camici o tute impermeabili.

Nei giorni di crescita esponenziale dei contagi, le organizzazioni sanitarie hanno avuto enormi difficoltà di approvvigionamento, visto che i livelli centrali non erano in grado di garantire un flusso adeguato e costante di DPI, pertanto si sono adoperate per reperire sul mercato o da donazioni i DPI. In molte zone colpite, piccole imprese artigiane si sono messe a disposizione per realizzare mascherine, visiere o camici. La Regione Toscana ha definito con una ordinanza un modello di mascherina di comunità in tnt riproducibile su larga scala, poco prima che con il decreto del 18 marzo venissero date indicazioni per promuovere la produzione di mascherine secondo standard UNI.

ERGONOMIA ZERO DEI DPI NELLA PANDEMIA

In questo scenario di razionamento, riconosciuto e regolamentato da Circolari Ministeriali, Ordinanze Regionali, documenti tecnici ISS, ECDC e OMS, talvolta incoerenti, l'ergonomia dei dispositivi di protezioni individuale è stata poco considerata, sia in merito al disegno dei DPI che all'impiego degli stessi. Peraltro, i pochi studi disponibili su caratteristiche ed efficacia dei DPI rispetto al rischio di contagio da contatto+droplet, risalenti per lo più alle precedenti epidemie di SARS, MERS e H1N1, avevano evidenziato che i problemi di comfort sono determinanti, ad esempio, per la durata di impiego delle mascherine filtranti e più in generale per la capacità del lavoratore di rimanere in attività senza pause durante il turno.

Immagini e racconti dalla prima linea, provenienti da tutto il mondo, durante la pandemia hanno mostrato gli effetti nefasti della carente ergonomia in particolare di mascherine, protezione facciali e tute: volti tumefatti dalla pressione della mascherina su guance e naso, occhi arrossati a causa dello stress visivo dovuto al frequente appannamento degli occhiali, affaticamento fisico prodotto dal discomfort termico dovuto alla tuta o al camice impermeabile indossati sopra alla divisa. I problemi connessi con il singolo dispositivo sono aumentati in conseguenza dell'uso combinato degli stessi: per razionalizzare l'uso della mascherina filtrante o delle tute, che non dovrebbero essere tolte e rimesse, pena l'aumento del rischio di contagio connesso con la manipolazione, gli operatori sanitari sono stati esposti al rischio di disidratazione, o sono stati costretti ad impiegare pannoloni per l'impossibilità ad andare in bagno. Non ci sono ancora evidenze disponibili, ma presumibilmente una proporzione dell'inaccettabile numero di operatori sanitari contagiati, è stata colpita dal COVID a causa

dell'impiego inadeguato dei DPI, di criticità nella vestizione/svestizione o ancora nello smaltimento dei DPI usati. D'altro canto si è osservato anche un progressivo apprendimento ed una notevole resilienza degli operatori sanitari, che sono stati in grado di organizzare i servizi sanitari in funzione della carenza dei DPI, seppure anche questo adattamento possa aver provocato effetti ancora poco studiati, come la riduzione della frequenza delle visite necessarie, mentre abbiamo la certezza che abbia provocato enormi sofferenze nelle persone decedute senza aver avuto alcun contatto con i propri cari durante il ricovero e nei momenti di fine della vita.

ERGONOMIA DEI DPI A FUTURA MEMORIA

Sulla base di queste prime sintetiche riflessioni sul punto zero dell'ergonomia nei DPI, esploso in modo deflagrante insieme alla pandemia da COVID-19, è necessario che le autorità competenti intervengano con investimenti in ricerca, sviluppo, formazione e organizzazione negli ambienti di lavoro e di vita, al fine di migliorare le caratteristiche intrinseche dei DPI, le interazioni tra gli stessi nei contesti d'uso, a partire dalle caratteristiche delle persone che le impiegano e delle attività da svolgere.

Ecco una prima lista di aree di intervento:

- **L'adattabilità dei DPI alle caratteristiche fisiche delle persone** - è inaccettabile la logica di "one size fits all", è necessario passare alla logica inclusiva del "design for all"
- **Il comfort termico in considerazione della durata dell'impiego e del contesto d'uso** - possibile impiegare le stesse tute in una sala operatoria ed in un ambulatorio del tampone drive through in ambiente esterno?
- **Il disegno di KIT di DPI per i diversi contesti d'uso**, in grado di complementarsi senza effetti collaterali - possibile una mascherina che non appanni gli occhiali?
- Istruzioni visive disponibili su ogni confezione di prodotto in merito alla modalità corretta di vestizione e svestizione – meno male che you tube ed i social network hanno aiutato il personale al fronte nella pandemia!
- **La qualità e la durevolezza dei materiali**, per consentire la sanificazione ed il reimpiego di mascherine e tute per facilitarne la gestione personale da parte di ciascun lavoratore a cui sono assegnati DPI della propria misura, nonché per minimizzare i rifiuti a rischio biologico - chiamata alla ricerca per gli scienziati dei materiali!
- **Studiare** i dati degli infortuni occorsi durante la pandemia per incrementare le conoscenze in merito all'**efficacia in contesto reale dei diversi tipi di DPI**, per capire ad esempio se il livello di protezione offerto da una mascherina chirurgica è sufficiente per prevenire il rischio di contagio da droplet - caloroso invito all'INAIL di coordinare uno studio nazionale con la collaborazione di CIIP e possibilmente delle Regioni.

Infine, è necessario investire sulla comunicazione del rischio e sulla formazione mediante simulazione "in tempo di pace". La conoscenza dei criteri di base della valutazione del rischio - frequenza dell'esposizione, gravità delle conseguenze, identificabilità delle condizioni di pericolo - potrebbe aiutare i lavoratori e la popolazione in generale a comprendere il rationale delle scelte fatte e la consapevolezza di poter vivere nell'incertezza senza angoscia.

In questo senso un appello ad investire risorse per la tutela delle persone fragili, in particolare gli anziani istituzionalizzati in RSA, per i quali sia l'esposizione (vita in comunità residenziali) che la gravità delle conseguenze (la letalità è più alta negli anziani con comorbidità) e la limitata identificabilità del rischio (molti asintomatici - limiti sensibilità dei test diagnostici) portano il rischio a livello alto anche nella fase 2 e 3, così come le attuali limitate dotazioni di personale in termini quantitativi e qualitativi.

6. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO IN MATERIA DI SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

a cura di Norberto Canciani - Direttore tecnico scientifico e della formazione Ambiente & Lavoro – Vicepresidente CIIP

In questo capitolo affrontiamo unicamente alcune criticità relative alla formazione in materia di salute e sicurezza sul lavoro presenti in questo periodo di pandemia COVID-19, rimandando ai documenti già prodotti [sull'argomento da CIIP](#).

Nei diversi provvedimenti adottati per affrontare l'emergenza in atto da COVID-19 viene chiaramente specificato che sono **vietati tutti i momenti formativi con presenza di persone in aula**.

I diversi DPCM emanati hanno stabilito questa limitazione e l'ultimo DPCM del 17 maggio ha riconfermato la sospensione di tutte le attività formative anche svolte da soggetti privati, consentendo solamente la formazione a distanza.

Il "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro" del 24 aprile 2020 ha ulteriormente chiarito questo aspetto al punto 10.

In questo protocollo vengono introdotte deroghe all'obbligo di aggiornamento periodico in materia di salute e sicurezza sul lavoro, consentendo agli operatori incaricati di funzioni aziendali specifiche (emergenza, primo soccorso, uso di attrezzature, ecc.) di continuare a svolgere le attività anche in scadenza dell'aggiornamento obbligatorio. La Legge n. 27 del 24 aprile (conversione in legge del D.L. n. 18 del 17 marzo) ha confermato fino al 15 giugno la validità di tutti gli atti abilitativi in scadenza.

FORMAZIONE/ADDESTRAMENTO DEI LAVORATORI

Nel protocollo condiviso citato, viene evidenziata solo la necessità di **informazione** dei lavoratori sui rischi, sulle procedure di sicurezza definite e sull'utilizzo dei DPI. Quali modalità per l'informazione viene indicata la fornitura di dépliant informativi o l'affissione di cartelli ben visibili.

Nell'aggiornamento del 24 aprile del protocollo è stata aggiunta una precisazione sulla necessità di **informazione adeguata** proprio con riferimento alle misure anticontagio adottate a cui il personale deve attenersi e alle modalità per un corretto utilizzo dei DPI (punto 10).

Considerando che i **DPI di protezione delle vie respiratorie** sono classificati di **III categoria** e che, pertanto, il loro **utilizzo è soggetto a preventivo addestramento obbligatorio**, appare evidente che una informazione erogata mediante la fornitura di materiale illustrativo non può essere considerata adeguata a garantire i necessari strumenti di conoscenza ai lavoratori che dovranno usare questi DPI.

Per una corretta formazione degli operatori che devono usare DPI è innanzitutto indispensabile attivare strumenti più efficaci quali **video tutorial o percorsi formativi in videoconferenza**.

Nella situazione più a rischio quali le strutture sanitarie non possono escludersi momenti per **l'addestramento in presenza** realizzati adottando tutte le necessarie precauzioni.

Inoltre, riteniamo che l'addestramento all'utilizzo di DPI di III categoria, così come l'addestramento previsto per le **attività di primo soccorso e antincendio**, per **l'uso di attrezzature di lavoro**, e per tutta la **formazione che richiede esercitazioni pratiche**, attività che già la normativa prevede venga svolta con piccoli gruppi di partecipanti, possa essere avviato nelle aziende avendo cura di rispettare il distanziamento sociale e tutte le misure di sicurezza previste.

Un altro aspetto particolare è rappresentato dalla **formazione di nuovi assunti** e, soprattutto, di **lavoratori in somministrazione**.

La sospensione della formazione e degli aggiornamenti non può valere per questi lavoratori in quanto, in assenza di adeguati strumenti conoscitivi dei rischi e delle misure di prevenzione, potrebbero operare in grave condizione di pericolo.

Per questi lavoratori non è possibile ipotizzare solo una formazione a distanza in quanto **l'affiancamento e il supporto addestrativo costituiscono sicuramente elementi fondamentali** per la tutela della salute e della sicurezza sul lavoro.

Anche in questo caso appare indispensabile prevedere la possibilità di intervenire con momenti formativi e addestrativi ad hoc nel rispetto delle misure di sicurezza indicate nel protocollo (distanziamento, DPI, misure igieniche, ecc.).

Il Ministero del Lavoro, nelle FAQ riportate sul sito, ha affrontato questi temi ribadendo e confermando che la formazione da svolgere ex novo, ad esempio per neo assunti, per cambio di mansione o per l'introduzione di nuove attrezzature, non può essere differita e deve essere svolta comunque privilegiando la modalità 'a distanza'.

In caso di oggettive difficoltà nell'attuare la formazione a distanza, il Ministero del lavoro *'ritiene possibile erogare formazione in presenza, inclusa la parte pratica dei corsi, se le condizioni logistiche ed organizzative adottate dal soggetto responsabile delle attività formative siano in grado di assicurare il pieno rispetto di tutte le misure di prevenzione e contenimento del contagio individuate per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19'*.

La Regione Emilia-Romagna con decreto n. 87 del 23 maggio 2020 ha consentito "ai soggetti pubblici e privati che erogano attività di formazione la possibilità di realizzare in presenza la parte pratica prevista dal percorso formativo, secondo le disposizioni dettate dalle "linee guida regionali per la Formazione professionale" allegato n. 5".

Riguardo ai contenuti della formazione riteniamo che, in questa fase di ripresa del lavoro, debbano essere trattati soprattutto gli argomenti relativi alla prevenzione del contagio da COVID-19, illustrando ai lavoratori, oltre ad alcune informazioni di base sul COVID-19, le specifiche misure di prevenzione e protezione adottate dalla azienda (accessi in azienda, percorsi, distanziamento nelle attività, rapporto con i fornitori, misure igieniche, accesso ai servizi comuni (bagni, spogliatoi, mensa), mezzi di protezione (mascherine, DPI, schermi, ecc.) in funzione delle necessità dello specifico lavoro, come indossarli, come toglierli e come smaltirli.

Non va, peraltro, trascurata la formazione su tutti gli altri rischi connessi alle specifiche lavorazioni e sulle corrette procedure di lavoro, essenziale per mantenere alta l'attenzione sulla sicurezza.

Ovviamente nelle attività di formazione vanno **attivate tutte le figure aziendali deputate alla prevenzione, RSPP, MC e RLS, oltre, ovviamente, alla line aziendale**, perché mai come in questo momento le misure di prevenzione e protezione devono essere condivise per essere efficaci.

FORMAZIONE/AGGIORNAMENTO RSPP/ASPP, CSP/CSE, FORMATORI, RLS

Il prolungamento dell'emergenza in corso comporta di fatto il blocco di molte attività formative in materia di salute e sicurezza sul lavoro anche per le figure professionali indicate dalla legislazione vigente. In particolare, considerato che il quadro normativo di riferimento (Accordi Stato Regioni) ha previsto la formazione a distanza con la modalità e-Learning solamente per alcuni specifici percorsi formativi, molte attività di formazione di base per figure quali RSPP, ASPP e RLS sono bloccate.

Più volte come Consulta abbiamo criticato l'eccessivo ricorso alla modalità di formazione e-Learning in quanto strumento meno efficace rispetto alla necessità di una formazione interattiva e partecipata. Tuttavia la situazione contingente comporta la necessità di considerare la **formazione a distanza** come l'unica praticabile per un periodo che si prospetta ancora piuttosto lungo.

Esistono oggi sul mercato **strumenti e piattaforme per svolgere una efficace formazione sincrona garantendo la costante interazione tra discenti e docente, la condivisione di documenti e materiali. Queste piattaforme consentono l'identificazione dei partecipanti, la tracciabilità delle attività formative, il controllo della presenza e l'attivazione delle verifiche di apprendimento.**

Non si tratta quindi di formazione e-Learning che, come noto, può anche svolgersi in modalità asincrona con la possibile partecipazione in tempi diversi di discenti e docenti. Tale modalità rende, di fatto, impossibile la continua interazione tra i discenti e i docenti e la compartecipazione all'attività didattica.

Per i motivi sopraesposti e sempre in considerazione della fase emergenziale, **riteniamo che la formazione a distanza sincrona con le caratteristiche sopradescritte debba essere assimilata alla formazione in aula** e che, quindi, tutti i percorsi formativi anche abilitanti per le attività in materia di salute e sicurezza sul lavoro debbano poter essere realizzati con queste modalità.

Ovviamente con l'esclusione di tutte i percorsi formativi che prevedono attività addestrative.

Il *"Gruppo Tecnico Interregionale Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro"* ha elaborato un documento con indicazioni in tal senso. Il documento è stato inviato al Ministero del Lavoro e al Ministero della Salute.

Alcune Regioni, proprio con riferimento al documento del Gruppo interregionale, hanno emanato circolari o note informative che forniscono indicazioni circa la possibilità di utilizzare la formazione a distanza per i percorsi formativi in materia di salute e sicurezza sul lavoro previsti dalla normativa vigente.

Lo stesso Ministero del Lavoro si è espresso favorevolmente su tale soluzione.

Proprio per evitare le note differenze interpretative regionali è indispensabile una pronuncia ufficiale degli organi preposti, eventualmente anche con modifiche degli Accordi Stato Regioni, circa la possibilità di assimilare alla formazione in aula una formazione a distanza sincrona (in diretta) con le specifiche caratteristiche sopraindicate.

In conclusione, si sottolinea la necessità di **intervenire nel più breve tempo per risolvere le criticità indicate** proprio al fine di garantire una formazione efficace in materia di salute e sicurezza sul lavoro che, qualora non realizzata, si tradurrebbe in una reale ed effettiva diminuzione della sicurezza nei luoghi di lavoro.

7. LA SORVEGLIANZA SANITARIA CORRELATA A COVID-19

a cura di Fulvio D’Orsi-Medico del lavoro; Piero Patanè, Danilo Bontadi e Gilberto Boschioli-ANMA; Susanna Cantoni-CIIP;

(AGGIORNAMENTO SETTEMBRE 2021)

PREMESSA

La fase attuale della pandemia presenta caratteristiche diverse rispetto allo scenario dei mesi passati:

- l’avanzamento del piano di vaccinazione che ha ormai raggiunto tutte le fasce di età per le quali i vaccini sono stati autorizzati
- la disponibilità di test diagnostici antigenici rapidi e a basso costo;
- una nuova strategia di testing finalizzata ad individuare, isolare e trattare un numero molto maggiore di casi;
- l’andamento epidemico strettamente correlato alla diffusione della vaccinazione, per quanto attiene soprattutto al numero di ricoveri, di ricoveri in terapia intensiva e di morti;
- un sistema di norme anticontagio e di limitazione delle attività produttive differenziato su base territoriale e rimodulato periodicamente in funzione dell’andamento della curva epidemica;
- l’introduzione dell’obbligo vaccinale inizialmente per alcune categorie, ma destinato verosimilmente ad estendersi

Questo nuovo scenario pone problemi diversi per i luoghi di lavoro ed in particolare per il medico competente e la sorveglianza sanitaria

Purtroppo le disposizioni normative emanate fino ad oggi sono risultate a volte non univoche ed incoerenti tra loro e con lo scenario epidemico, determinando gravi incertezze.

Il presente documento di consenso, giunto al suo terzo aggiornamento, intende fornire, laddove possibile, indicazioni corrette sia sotto il profilo sia scientifico che giuridico, segnalando le criticità di maggior rilievo per le quali si auspica un intervento normativo.

ORGANIZZAZIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA

Rimangono tuttora valide le indicazioni della Circolare del Ministero della Salute 14915 del 29 aprile 2020, che vengono confermate e integrate dalla Circolare 13 del 4 settembre 2020, richiamate anche dal *Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro* del 6/4/2021³

Secondo le citate circolari, le visite mediche non possono essere eseguite a distanza e devono necessariamente prevedere il contatto diretto tra il medico e il lavoratore. Per questo è necessario che siano effettuate in condizioni tali da minimizzare il rischio di diffusione del contagio. Devono svolgersi preferibilmente in uno studio medico o ambiente destinato ad attività sanitaria, comunque in un ambiente di metratura adeguata a consentire il rispetto delle distanze interpersonali, ben aerato, in prossimità di servizi igienici, dove sia possibile pulire e disinfettare le superfici. Particolari cautele devono essere adottate in caso di uso di camper attrezzati: pianificazione degli appuntamenti, uso di DPI a perdere, schermi o visiere, disinfezione, aerazione adeguata con pulizia e disinfezione

³ L’ordinanza del 21 maggio 2021 del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro ha sostituito l’allegato 12 del DPCM del 2 marzo 2021.

dell'impianto di ventilazione.

In particolare la Circolare 13 raccomanda:

- a) evitare l'affollamento nella sala di attesa;
- b) divieto di presentarsi a visita con febbre o sintomi respiratori anche lievi (diffondere preventivamente un'informativa ai lavoratori);
- c) far indossare al lavoratore la mascherina in sala d'attesa e durante la visita;
- d) adeguata igiene delle mani.

Il medico dovrà ovviamente dotarsi di DPI (mascherina chirurgica, guanti e camice monouso); gli elementi non a perdere della strumentazione diagnostica (es. ergovision) vanno sanificati tra un paziente e l'altro; laddove non è disponibile un lavandino nello stesso ambiente in cui si effettuano le visite, si potrà fare uso di gel disinfettante.

È noto che, quando la visita viene effettuata sul luogo di lavoro, difficilmente le suddette condizioni possono essere rispettate. D'altra parte eseguire le visite solo presso lo studio del medico può comportare rischi legati allo spostamento che devono essere attentamente valutati. In queste circostanze può essere senza dubbio conveniente avvalersi della facoltà di differire le visite non urgenti, mentre per situazioni eccezionali di particolare rischio (si pensi in particolare alle visite dei soggetti fragili e ipersuscettibili) potrebbe essere opportuno ancora limitarsi ad un colloquio anamnestico a distanza (analogamente a quanto avviene in tutte le forme di telemedicina su pazienti che non conviene mobilitare), fermo restando che tale modalità non può essere considerata valida ai fini degli adempimenti del D.Lgs. 81/08. In ogni caso non ci si può limitare ad un mero esame della documentazione sanitaria, ma è comunque indispensabile un contatto con il lavoratore, seppure da remoto.

Sono ancora da evitare gli accertamenti diagnostici che possono maggiormente esporre al rischio di contagio quali esami spirometrici e test alcolimetrici (per la forte emissione di droplet e possibile formazione di aerosol). L'effettuazione di questi esami richiede la possibilità di applicare misure preventive e DPI adottati in ambito ospedaliero per procedure analoghe. Accertamenti diagnostici integrativi apparentemente meno rischiosi (es. visiotest, audiometrie, ma anche drug test a causa della possibile presenza del virus nelle urine⁴) devono comunque essere eseguiti con idonee cautele (uso della mascherina da parte del paziente, disinfezione delle attrezzature tra un soggetto e l'altro, ecc.) o, in alternativa, differiti.

I lavoratori con febbre o sintomi respiratori anche lievi non devono accedere alla visita. Può essere opportuno istituire un triage telefonico per verificare preventivamente l'assenza di controindicazioni alla visita (presenza di sintomi, obbligo di quarantena, stati di immunodeficienza o altre gravi condizioni di ipersuscettibilità per cui il lavoratore si trova a casa) ed eventualmente pianificare idonee soluzioni organizzative per la gestione del caso.

Rimangono prioritarie le visite preventive/preassuntive, a richiesta, di cambio mansione, da rientro (in particolare per quanto riguarda i lavoratori ipersuscettibili e i rientri post COVID), tuttavia le visite periodiche devono progressivamente riprendere recuperando le visite scadute.

Si mette infine in evidenza che la circolare del Ministero della Salute n. 1330-del 14/01/2021 ha

⁴ Rapporto ISS COVID-19 n.10/2020 Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2 – aprile 2020

sospeso per tutto l'anno 2021 il termine per la comunicazione dei dati sanitari aggregati dell'allegato 3 B del D.Lgs. 81/08

IL RIENTRO AL LAVORO DOPO ASSENZA PER MALATTIA COVID-19 CORRELATA

Nel rispetto delle indicazioni dell'aggiornamento del Protocollo condiviso la Circolare del Ministero della Salute n. 15127 del 12/04/2021 fissa i criteri per il rientro al lavoro nelle diverse tipologie di assenza per malattia correlata a Covid-19. La Circolare 0036254-11/08/2021-DGPRES-DGPRES-P modifica le disposizioni in merito alla quarantena

lavoratore covid-19 positivo con sintomi gravi e ricovero ospedaliero	<ul style="list-style-type: none"> • tampone molecolare negativo • visita di riammissione del mc indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia
lavoratore covid-19 positivo sintomatico (senza ricovero ospedaliero)	<ul style="list-style-type: none"> • assenza in isolamento da almeno 10 gg • assenza di sintomi da almeno 3 gg • tampone molecolare negativo inviato al datore di lavoro per il tramite del mc
lavoratore covid-19 positivo asintomatico	<ul style="list-style-type: none"> • assenza in isolamento da almeno 10 gg • tampone molecolare negativo inviato al datore di lavoro per il tramite del mc
lavoratore covid-19 positivo a lungo termine (positività oltre il 21° giorno)	<ul style="list-style-type: none"> • assenza in isolamento da almeno 21 gg di cui almeno ultimi 7 giorni senza sintomi • tampone molecolare o antigenico negativo effettuato in struttura accreditata o autorizzata dal servizio sanitario inviato al datore di lavoro per il tramite del mc • non occorre visita medica da rientro anche se l'assenza supera i 60 giorni a meno di richiesta del lavoratore
lavoratore che ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 gg contatto stretto asintomatico (in quarantena)	<ul style="list-style-type: none"> • quarantena di 7 giorni dall'ultimo contatto con il caso positivo; • rientro con tampone molecolare o antigenico negativo
lavoratore non vaccinato contatto stretto asintomatico (in quarantena) ⁵	<ul style="list-style-type: none"> • quarantena di 10 giorni dall'ultimo contatto con il caso positivo; • rientro con tampone molecolare o antigenico negativo

⁵ In base alla Circolare n. 36254 del 11/8/2021 la quarantena può finire anche senza tampone dopo 14 giorni tranne che si tratti di variante VOC beta sospetta o confermata, ma il tampone è sempre necessario per il rientro al lavoro

Qualora i contatti ad alto rischio siano operatori sanitari o altre persone che forniscono assistenza diretta ad un caso COVID-19, oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 sia che abbiano completato o meno il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni (se asintomatici) non si applica, in entrambi i casi, la misura della quarantena bensì la sorveglianza sanitaria attiva.

Per il rientro dei lavoratori dopo infezione COVID19 è **sempre necessaria la negativizzazione del tampone**. L'esito del tampone negativo viene inviato dal lavoratore, anche per via telematica, al datore di lavoro per il tramite del medico competente; l'invio contestuale a DL e MC permette di ottenere lo stesso risultato con un solo passaggio informativo.

I lavoratori positivi guariti con tampone negativo, qualora abbiano contemporaneamente nel proprio nucleo familiare convivente casi ancora positivi non devono essere considerati alla stregua di contatti stretti con obbligo di quarantena, ma possono essere riammessi in servizio con la modalità sopra richiamate, fermo restando il rigoroso rispetto delle misure di contenimento del contagio e l'uso di DPI. Occorre inoltre prestare attenzione alla possibilità che si verifichi un **nuovo** caso di positività nel contesto familiare. In tale situazione il lavoratore diventerebbe nuovamente contatto stretto e dovrebbe rientrare in quarantena.

I lavoratori positivi a lungo termine, nel periodo intercorrente tra il rilascio dell'attestazione di fine isolamento ai sensi della Circolare del 12 ottobre 2020 e la negativizzazione possono essere adibiti a modalità di lavoro agile. Nel caso in cui tale modalità non sia compatibile con le mansioni svolte, l'assenza dovrà essere giustificata da un certificato di prolungamento della malattia rilasciato dal medico curante.

LE VISITE DA RIENTRO

Nonostante i progressi in campo terapeutico, ancora il 10-15% dei casi di COVID19 richiede l'ospedalizzazione e circa il 2% il ricovero in terapia intensiva o un sostegno respiratorio minore (elaborazioni GIMBE). Osservazioni recenti dimostrano che nei casi più gravi, oltre alla polmonite interstiziale, si instaura un quadro di coagulopatia che interessa vari organi. Le nostre conoscenze sui postumi a medio e lungo termine, sono ancora limitate, ma le sequele sono frequenti anche nelle forme meno gravi.

In considerazione di quanto detto il protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per gli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020 ha esteso l'obbligo della visita medica di rientro ex art. 41, comma1, lettera e-ter ai casi di COVID 19, anche quando la durata dell'assenza non superi i 60 giorni. La Circolare del Ministero della salute n. 14915 del 29.4.2020 e il Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro" del 6/4/2021 hanno chiarito che la visita va effettuata nei casi di ricovero ospedaliero..

La finalità della visita è essenzialmente quella di valutare l'idoneità al lavoro al momento della ripresa dell'attività lavorativa, in relazione alla possibile riduzione della funzionalità respiratoria e alle altre sequele dell'infezione che possono richiedere tempi lunghi per il completo recupero dello stato di salute.

In ogni caso gli aspetti clinici post COVID19 non sono ad oggi del tutto noti e in questi casi il medico competente dovrà spesso avvalersi del supporto di consulenze specialistiche, ai sensi dell'art. 39, comma 5, del D.Lgs. 81/08.

La visita da rientro post COVID-19 è prevista per i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria e negli altri casi in cui il medico competente ritenga opportuno verificare l'idoneità lavorativa "anche per valutare profili specifici di rischio". Resta ferma, comunque, la facoltà di qualsiasi lavoratore di presentare anche in questo caso istanza di visita a richiesta.

I LAVORATORI FRAGILI E IPERSUSCETTIBILI

Si definiscono soggetti fragili o ipersuscettibili quei lavoratori che, a causa delle proprie condizioni di salute preesistenti, potrebbero incorrere, in caso di infezione COVID19 in un esito più grave od infausto.

Già il protocollo condiviso del 24 aprile 2020 prevedeva che il medico competente segnalasse all'azienda situazioni di fragilità e patologie attuali o pregresse dei dipendenti che richiedessero particolare tutela.⁶ L'art. 83 del DL 34 del 19.5.2020 convertito con L. 77 del 17.7.2020 ha istituito a tale proposito quella che viene definita "sorveglianza medica eccezionale" da attuarsi appunto nei confronti dei lavoratori fragili ed ipersuscettibili fino al termine dello stato di emergenza⁷, anche nelle aziende che non sono tenute alla nomina del medico competente, le quali dovevano nominarne uno per il periodo emergenziale ovvero a rivolgersi ai medici del lavoro dell'INAIL, attraverso una convenzione onerosa, secondo procedure e tariffe definite per decreto⁸.

Una speciale tutela è stata prevista per i disabili gravi (art. 3, comma 3 della L. 104/92) e i lavoratori in possesso di certificazione attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita (art.3, comma 1). Tuttavia le misure previgenti sono state prorogate solo in parte. L'art. 9 del DL 105/2021 (convertito in legge dalla L. 126 del 16 settembre 2021) proroga fino al 31 ottobre 2021 solo il provvedimento di tutela dei cosiddetti lavoratori fragili del settore pubblico e privato stabilito dall'art. 26, comma 2bis, del DL 18 del 17 marzo 2020 (convertito in legge con modificazioni dalla L. 27/2020 e modificato e integrato da altre norme successive). A questi lavoratori è riconosciuto il diritto allo smart working, svolgendo anche mansioni diverse o attività di formazione professionale da remoto. Non è stata invece prorogata la norma che stabiliva, nei confronti di coloro che (in possesso del predetto riconoscimento di disabilità) non potessero svolgere la prestazione lavorativa in modalità agile, che i periodi di assenza per malattia non fossero computabili nel periodo di comporto (art. 26, comma 2, DL 18/2020).

In questi casi, per i quali esiste una certificazione formale dello stato di invalidità, il Medico competente non ha alcun ruolo nel riconoscere lo stato di fragilità. Gli altri casi di ipersuscettibilità rientrano all'interno del vigente contesto normativo di riferimento ed in particolare l'art. 41 del D.Lgs. n. 81/08 (Sorveglianza sanitaria). I lavoratori fragili e ipersuscettibili sono quindi sottoposti a visita medica da parte del medico competente il quale, se lo ritiene, conferma l'opportunità del lavoro da remoto (quando il datore di lavoro indica tale possibilità), ovvero prescrive nel giudizio di idoneità

⁶ L'indicazione, così formulata, risultava estranea alle procedure e agli strumenti previsti per il medico competente dal D.Lgs. 81/08 nonché in contrasto con i principi dell'etica professionale e della privacy. Come chiarito dalle disposizioni successive il medico competente non deve comunicare alcuna informazione relativa alle patologie dei lavoratori, ma solo quelle riguardanti l'idoneità lavorativa.

⁷ La disposizione è stata prorogata fino al 31 dicembre 2021 dal Decreto Legge 23 luglio 2021 n. 105 convertito in legge dalla L. 126 del 16 settembre 2021

⁸ Decreto interministeriale del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e del Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 luglio 2020

l'adozione di provvedimenti cautelativi (Circolare n. 13 del Ministero della Salute del 4 settembre 2020).

Il giudizio può essere emesso in sede di visita periodica o di visita da rientro, indipendentemente dalla richiesta da parte del lavoratore, per i casi di cui il medico sia già a conoscenza. Tuttavia, poiché le informazioni di cui dispone il medico competente non riguardano tutti i lavoratori, ma solo quelli sottoposti a sorveglianza sanitaria, è opportuno che i lavoratori che ritengano di trovarsi in condizioni di fragilità si facciano parte attiva presentando istanza di visita a richiesta ai sensi dell'art. 41 comma 2 lettera c, del D.Lgs. 81/08.

Si ricorda a tale proposito che l'art. 20 del D.lgs. 81/08, dedicato agli obblighi dei lavoratori, pone al primo posto il dovere di ciascun lavoratore di "prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni od omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro."

Una corretta gestione dei lavoratori fragili deve quindi prevedere:

- la diffusione di una specifica informativa ai lavoratori da parte del datore di lavoro con l'indicazione delle procedure da seguire per segnalare la propria eventuale condizione di fragilità/ipersuscettibilità;
- il lavoratore che ritiene di trovarsi in una condizione di fragilità o ipersuscettibilità fa richiesta di visita al medico competente, presentando adeguata documentazione attestante la propria patologia;
- il medico competente effettua la visita ed esprime un giudizio di idoneità avverso il quale è ammesso anche eventuale ricorso all'organo di vigilanza.

Le società scientifiche⁹ indicano di considerare tra le condizioni di fragilità e ipersuscettibilità le seguenti patologie, che sono quelle più frequentemente associate ai casi mortali di COVID-19:

- Condizioni di immunodepressione e/o immunodeficienza congenita o acquisita e patologie che richiedono terapie immunosoppressive
- Patologie oncologiche (tumori maligni) attivi negli ultimi 5 anni
- Patologie cardiache (ischemie e coronaropatie, ipertensione arteriosa grave scompensata, insufficienza cardiaca, gravi aritmie, portatori di dispositivi tipo pace maker e defibrillatori)
- Patologie broncopolmonari croniche (BPCO, asma grave, cuore polmonare cronico, enfisema, fibrosi, bronchiectasie, sarcoidosi, embolia polmonare)
- Diabete mellito insulinodipendente (specie se scompensato)
- Insufficienza renale cronica
- Insufficienza surrenale cronica
- Malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie (aplasie midollari, gravi anemie)
- Malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinale
- Reumoartropatie sistemiche (artrite reumatoide, LES, collagenopatie e connettiviti sistemiche croniche)
- Epatopatia cronica grave (cirrosi epatica)

L'età avanzata (>55 anni) e la presenza di più di una patologia rappresentano aggravanti, mentre sono

⁹ SIML Indicazioni operative per i medici competenti che operano nelle medie, piccole e micro imprese, in relazione all'identificazione dei soggetti ipersuscettibili (17/3/2020) – ANMA COVID19: gestione dei lavoratori fragili (18/3/2020) - Covid19 Accompagnare il lavoratore al rientro. Vademecum del medico competente (4/5/2020)

meno rilevanti le situazioni ben compensate e sotto efficace controllo farmacologico.

Vi è un generale consenso a considerare anche la gravidanza tra le condizioni di ipersuscettibilità. In particolare bisogna evitare per quanto possibile che una donna sia in fase contagiosa alla data del parto. A tal fine va valutato con cautela il posticipo del congedo di maternità.

La letteratura scientifica (vedi in particolare rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020) non dà invece evidenze di trasmissione del virus SARS-CoV-2 attraverso il latte materno, né definisce l'allattamento al seno come una condizione di ipersuscettibilità all'infezione COVID-19. Lo stesso rapporto fornisce anche indicazioni su come praticare l'allattamento al seno anche in caso di malattia della madre, a meno che le sue condizioni generali non siano fortemente compromesse; in tal caso comunque l'allattamento può essere ripreso appena superata la fase critica dell'infezione.

La citata Circolare n. 13 del Ministero della Salute evidenzia come il concetto di fragilità si modifichi in relazione all'evolversi delle conoscenze epidemiologiche e cliniche. In particolare:

- l'età da sola non costituisce una condizione di fragilità; questo concetto è stato ribadito nella nota del Ministero dell'Istruzione ai dirigenti scolastici n. 1585 del'11 settembre 2020
- le patologie ben compensate e sotto adeguato controllo clinico (es. ipertensione, diabete) non costituiscono una condizione di fragilità.

Al contrario vanno valutati con attenzione:

- la coesistenza di due o più patologie;
- la presenza di comorbilità nelle età più avanzate;
- le malattie del sistema immunitario e quelle oncologiche, indipendentemente dall'età.

Nella valutazione dell'idoneità dei soggetti ipersuscettibili il medico competente tiene quindi conto di:

- tipo e gravità della patologia, presenza di co-morbilità, età ed eventuali altri fattori aggravanti;
- stato vaccinale del lavoratore
- situazione dell'epidemia nel territorio, anche in relazione all'uso di trasporti collettivi per recarsi al lavoro;
- rischio di contagio connesso alla mansione specifica in relazione ai tre fattori che lo caratterizzano: esposizione (contatto con specifiche fonti infettive), concentrazione (vicinanza con altri colleghi di lavoro); aggregazione (contatto con il pubblico o soggetti terzi); considerando le misure di prevenzione messe in atto nell'azienda in attuazione delle disposizioni normative.

Il giudizio di idoneità potrà essere:

- idoneo: quando il medico non riconosca la condizione di fragilità/ipersuscettibilità, ovvero ritenga il rischio di contagio sul lavoro poco rilevante, tenuto conto della gravità della patologia, delle caratteristiche della mansione svolta e delle cautele attuate;
- idoneo con prescrizioni o limitazioni: quando il medico riconosca sia la condizione di fragilità/ipersuscettibilità, sia il rischio di contagio sul lavoro. La prescrizione in primo luogo riguarderà il lavoro in modalità agile, se il datore di lavoro lo indica come possibile. Negli altri casi potranno essere prescritte soluzioni maggiormente cautelative (distanziamento, barriere, DPI) o esclusi i compiti a maggior rischio (es. contatto con terzi).
- non idoneo temporaneamente, solo nei casi che non consentano soluzioni alternative.

L'indicazione della effettiva possibilità di svolgere la propria prestazione lavorativa in modalità smart working spetta al datore di lavoro (non al medico competente); tale attività può essere svolta anche con strumenti informatici nella disponibilità del dipendente (non forniti dal datore di lavoro). Qualora

il lavoratore non concordi sulla inammissibilità al lavoro in modalità *smart working* dichiarata dal datore di lavoro, il lavoratore potrà impugnare la decisione datoriale presso il giudice del lavoro, che ha il potere di svolgere un controllo sull'assenza, ad esempio, di motivi discriminatori.

I soggetti con elevata fragilità (DM 12/3/2021) costituiscono una categoria prioritaria nel piano vaccinale.

L' idoneità lavorativa può essere rivalutata anche a seguito dell' avvenuta vaccinazione. Appare ragionevole suggerire che possano riprendere il lavoro in presenza (in base al giudizio di idoneità del medico competente) a condizione che siano passate almeno 2 settimane dalla seconda dose e vengano mantenute tutte le misure di sicurezza prescritte (distanziamento, mascherina, ventilazione locali, lavaggio mani). Il vaccino (qualsiasi tipo) infatti ha la sua massima efficacia dopo la seconda dose e con un intervallo di tempo di due settimane per sviluppare la protezione e protegge al 95 % dalle forme gravi dell' infezione.

In casi particolari (es. soggetti immunodepressi) si può anche verificare lo risposta immunitaria mediante test sierologico (anticorpi anti-RDB della Proteina Spike)

IL TRACCIAMENTO DEI CONTATTI SUL LUOGO DI LAVORO

Il contenimento del contagio si basa indiscutibilmente sull' isolamento dei casi e sulla tempestiva individuazione e quarantena dei contatti.

Per questo motivo, ogni volta che si presenta un caso positivo in azienda è di fondamentale importanza la collaborazione con l' autorità sanitaria per l' individuazione dei contatti stretti che si possano essere verificati sul luogo di lavoro. Quasi sempre, infatti, l' azienda, attraverso il medico competente, può fare questa ricerca prima del Dipartimento di prevenzione della ASL, valutando l' effettiva possibilità di contatto con maggior cognizione di causa.

Tralasciando al momento le indicazioni maggiormente cautelative previste per le nuove varianti VOC del virus, che riguardano per ora solo gli organi di sanità pubblica, il periodo temporale da considerare per il tracciamento dei contatti sono le 48 ore prima dell' esordio dei sintomi fino al momento dell' isolamento; oppure, se la persona non ha sintomi, le 48 ore prima di effettuare il tampone fino al momento dell' isolamento. Qualora l' ultimo giorno di presenza al lavoro del lavoratore positivo fosse ancora precedente, non si individuano contatti in azienda.

La definizione di contatto stretto¹⁰ prevede giustamente che il contatto sia avvenuto "in assenza di DPI idonei". Di norma quindi le misure adottate sul luogo di lavoro dovrebbero impedire i contatti stretti tra lavoratori che si trovano insieme (es. in una sala riunioni, in una cabina di guida). Perché ci sia stato un contatto stretto deve essersi verosimilmente verificato un fatto anomalo, quale ad esempio: due lavoratori hanno preso un caffè insieme, hanno mangiato allo stesso tavolo in mensa, hanno tolto la mascherina in sala pausa, o nello spogliatoio.

Il tracciamento dei contatti deve quindi prima individuare tutte le persone con cui il caso positivo sia entrato in contatto durante il lavoro; poi deve valutare se si siano verificate circostanze tali da prefigurare un contatto stretto. Questo deve essere richiesto ai lavoratori interessati ed è utile raccogliere in merito una dichiarazione scritta.

¹⁰ Per la definizione di "contatto stretto" vedi la Circolare del Ministero della Salute n. 18584 del 29/5/2020

Gli eventuali contatti stretti non possono accedere al lavoro fino al termine del periodo di quarantena. I dati nominativi, corredati dei rispettivi recapiti, devono essere comunicati al Dipartimento di prevenzione. in modo da favorire la rapidità della presa in carico e l'emanazione dei relativi provvedimenti di quarantena. Tra i contatti stretti in azienda, oltre ai dipendenti, devono essere presi in considerazione anche persone esterne, quali clienti, fornitori, lavoratori di aziende in appalto (pulizie, manutenzione, cooperative ecc.).

INTERAZIONI CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E I MEDICI DI MEDICINA GENERALE.

La gestione di molte situazioni complesse richiede necessariamente collaborazione e sinergia tra il medico competente e la rete delle strutture del Servizio sanitario ed i Medici di Medicina Generale rimanendo sempre nei limiti del ruolo professionale e/o istituzionale di ciascun soggetto.

È importante che procedure e regolamenti aziendali siano coerenti con le disposizioni interdittive delle autorità e che l'azienda e il medico competente verifichino il rispetto degli obblighi di quarantena da parte dei lavoratori (ad es. all'accesso al luogo di lavoro, al rientro da un'assenza, ecc.)

Come è stato già evidenziato, il medico competente opera in sinergia con i Dipartimenti di prevenzione per la gestione dei casi positivi, il tracciamento dei contatti e l'attuazione dei programmi di screening. È opportuno inoltre che il medico competente prenda contatto e scambi informazioni con i MMG dei lavoratori ai fini della gestione dei lavoratori ipersuscettibili, del rientro al lavoro dei casi di COVID-19 e dei soggetti in quarantena.

La diffusione delle nuove varianti del virus modifica i criteri per il contact tracing che può riguardare anche i contatti casuali a basso rischio. In questi casi in particolare occorre una sinergia tra medici competenti e Dipartimenti di prevenzione, che gestiscono le informazioni sulla diffusione delle varianti e delle conseguenti azioni di sanità pubblica.

8. I TEST DIAGNOSTICI COVID-19

a cura di Stefania Salmaso - AIE, Francesco Forastiere - AIE

(Aggiornamento settembre 2021)

ESAMI DI LABORATORIO PER L'IDENTIFICAZIONE DI INFEZIONI DA SARS-COV-2

L'identificazione di persone infette e contagiose da SARS-CoV-2 in ambiti di lavoro è particolarmente importante per limitare tempestivamente la trasmissione, evitare focolai di infezione che possono propagarsi anche in altri ambiti e ridurre il rischio di contagio per i lavoratori.

Il "Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro" del 6 aprile 2021 (<https://www.lavoro.gov.it/notizie/Documents/Aggiornamento-Protocollo-generale-COVID-6-aprile-2021.pdf>) definisce che la prosecuzione delle attività produttive può infatti avvenire solo in presenza di condizioni che assicurino adeguati livelli di protezione alle persone che lavorano, pena la sospensione dell'attività fino al ripristino delle condizioni di sicurezza. Il medico competente, in considerazione del suo ruolo nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria, può suggerire l'adozione di strategie di testing/screening qualora ritenute utili al fine del contenimento della diffusione del virus e della salute dei lavoratori, anche tenuto conto dell'andamento epidemiologico nel territorio di riferimento e di quanto stabilito nella circolare del Ministero della salute dell'8 gennaio 2021. Il protocollo prevede che il datore di lavoro possa eseguire il controllo della temperatura prima dell'ingresso in azienda. Tale metodica, tuttavia, non consente di individuare i soggetti infetti asintomatici o paucisintomatici e nemmeno i soggetti che si trovano nella fase che precede la comparsa dei sintomi, nella quale tuttavia sono già contagiosi. Dato che lo scopo primario della sorveglianza in ambito lavorativo è quello di identificare le persone contagiose che pongono a rischio di infezione anche gli altri, anche gli esami sierologici per la ricerca di anticorpi specifici non è appropriata perché non è indicativa di un'infezione contagiosa in atto. Inoltre l'elevata frequenza di persone vaccinate di fatto rende impossibile utilizzare la presenza di anticorpi anche come indicatore di pregressa infezione.

Gli esami per la ricerca di infezioni contagiose sono quindi quelli in cui si cerca di identificare, in campioni di secrezioni dalle prime vie aeree, i virus responsabili di Covid-19, mediante la presenza del loro materiale genetico o di proteine specifiche (antigeni). Nel considerare l'appropriatezza degli esami di laboratorio (test) disponibili è opportuno premettere la distinzione per il loro utilizzo a scopo di sorveglianza, con screening da effettuarsi in modo sistematico e continuo, su persone che non manifestano sintomi di infezione, rispetto a esami che invece servono a formulare una diagnosi su cui avviare anche un trattamento oppure esami per riammettere il caso al lavoro.

La premessa è necessaria per considerare la praticità di utilizzo di ogni tipo di test e perché l'affidabilità di risultati sia positivi che negativi di ogni tipo di test (valore predittivo positivo e valore predittivo negativo) non dipende solo dalla sua sensibilità (proporzione di veri positivi identificati) e specificità (proporzione di veri negativi identificati) dichiarate con prove di laboratorio, ma anche dalla frequenza dell'infezione nella popolazione esaminata. Ulteriore approfondimento di questi punti è riportato in una sezione dedicata, in fondo a questo capitolo.

La disponibilità dei test diagnostici e la loro applicazione alla popolazione si è molto ampliata negli ultimi mesi ed è stata aggiornata dalle Circolari Ministeriali n. 705 del 08/01/2021 "Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di *testing*" e dalla n.5616 del 15/02/2021

“Aggiornamento sull’uso dei test antigenici e molecolari per la rilevazione di SARS-CoV-2”.

I test diagnostici vengono eseguiti su materiale biologico prelevato dalle prime vie aeree: naso-oro faringe o saliva

Il prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore o della rinofaringe viene effettuato mediante un tampone, ossia un piccolo bastoncino ovattato inserito in gola e/o nel naso. Il prelievo deve essere fatto stando vicino al paziente e deve essere effettuato da personale addestrato e protetto da dispositivi individuali. Inoltre in persone con sintomi, le manovre del prelievo possono stimolare starnuti e tosse, aumentando il rischio di creazione di aerosol potenzialmente contagioso.

Finora il test molecolare su campione nasofaringeo e orofaringeo ha rappresentato il *gold standard* internazionale per la diagnosi di COVID-19 in termini di sensibilità e specificità

La presenza di SARS-CoV-2 è stata dimostrata anche nei campioni salivari in individui asintomatici o pre-sintomatici (Comparison of Saliva and Nasopharyngeal Swab Nucleic Acid Amplification Testing for Detection of SARS-CoV-2 A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2021;181(3):353-360. doi:10.1001/jamainternmed.2020.8876 Published online January 15, 2021. Corrected on March 1, 2021). La saliva conterrebbe una carica virale significativamente più elevata e rilevabile prima che nel secreto del nasofaringe. (Huang, N., Pérez, P., Kato, T. et al. SARS-CoV-2 infection of the oral cavity and saliva. *Nat Med* (2021). <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01296-8>)

Le indicazioni del Ministero della Salute sono state aggiornate il 24/9/2021 con la circolare n. 43105 “Aggiornamento delle indicazioni sull’impiego dei test salivari per il rilevamento dell’infezione da SARS-CoV-2, con particolare riferimento al monitoraggio della circolazione virale in ambito scolastico”. Recenti evidenze scientifiche sui test salivari molecolari hanno individuato valori di sensibilità compresi tra il 77% e il 93%, (*Diagnostic performance of different sampling approaches for SARS-CoV-2 RT-PCR testing: a systematic review and meta-analysis, The Lancet Infectious Diseases, Volume 21, Issue 9, 2021, Pages 1233-1245.*

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309921001468?via%3Dihub>)

inoltre, alcuni studi condotti in ambito scolastico hanno riportato una elevata concordanza tra i risultati ottenuti con test molecolare salivare e con test molecolare su campione nasofaringeo e orofaringeo.

Il campione di saliva può essere considerato un'opzione per il rilevamento dell'infezione da SARSCoV-2 in individui asintomatici sottoposti a screening ripetuti per motivi professionali o di altro tipo, per aumentare l'accettabilità di test ripetuti ([circolare MS del 14 maggio 2021](#) "Uso dei test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2" <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=80407&parte=1%20&serie=null>)

L'uso della saliva per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 prevede un metodo di raccolta non invasivo, può esser effettuata anche da personale non particolarmente addestrato. Tuttavia, come indicato dalla circolare, la corretta raccolta del campione salivare è un passaggio cruciale. I campioni di saliva possono essere eterogenei (saliva orale, saliva orofaringea posteriore) e le diverse tecniche e sedi di raccolta possono avere un impatto sulla sensibilità del metodo. Inoltre i campioni di saliva possono essere mucosi e viscosi, richiedendo un numero più elevato di passaggi e tempistiche più lunghe per il processamento dei campioni con i metodi e le attrezzature automatizzate di estrazione dell'RNA o di estrazione/amplificazione esistenti. Visto che la corretta raccolta del campione salivare rappresenta un passaggio cruciale, si raccomanda pertanto l’attenta osservanza delle indicazioni fornite dai produttori del dispositivo di raccolta utilizzato. In caso di positività del test salivare

molecolare non sarà necessario effettuare un test di conferma su campione nasofaringeo/orofaringeo.

Secondo la stessa circolare i test molecolari su campione salivare, almeno in una prima fase di avviamento, potranno essere considerati un'opzione alternativa ai tamponi oro/nasofaringei esclusivamente:

- in individui (sintomatici o asintomatici) fragili con scarsa capacità di collaborazione (ad esempio anziani in RSA, disabili, persone con disturbi dello spettro autistico), oppure
- nell'ambito di attività di screening in bambini coinvolti nel Piano di Monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 in ambito scolastico,
- per lo screening dei contatti di caso in bambini anche se la scuola non fa parte del Piano di Monitoraggio,
- in operatori sanitari e socio-sanitari nel contesto degli screening programmati in ambito lavorativo.

Ad oggi, i test diagnostici commerciali con marchio CE disponibili nell'UE/SEE convalidati su campioni salivari e ad esclusivo uso professionale sono test molecolari, test antigenici di laboratorio, test antigenici rapidi (immunocromatografici) per la rilevazione degli antigeni nucleoproteici virali SARS-CoV-2.

I test antigenici rapidi su saliva, sulla base delle evidenze disponibili, non sono al momento raccomandati come alternativa ai tamponi oro/nasofaringei, in quanto non raggiungono i livelli minimi accettabili di sensibilità e specificità. Inoltre, i test antigenici su matrice salivare sono al momento esclusi dall'elenco comune europeo dei test antigenici rapidi validi per ottenere la Certificazione verde COVID-19 6.

Alcune evidenze scientifiche riguardo il possibile impiego di test antigenici salivari (*“Technical working group on COVID-19 diagnostic tests - Common list of COVID-19 rapid antigen tests”*). Consultabile presso: https://ec.europa.eu/health/security/crisis-management/twg_covid-19_diagnostic_tests_en sono ancora in corso di valutazione per le applicazioni summenzionate.

Gli esiti dei test molecolari su campione salivare, compresi quelli eseguiti nel contesto di attività di screening, dovranno essere segnalati nel Sistema di Sorveglianza COVID-19 (sia nel flusso di dati individuali, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che in quello aggregato, coordinato dal Ministero della Salute).

Ad oggi sono disponibili i seguenti tipi di test:

- A. Il test di diagnosi molecolare rappresenta il test di elezione internazionale per la diagnosi di COVID-19 in termini di sensibilità (98%) e specificità (97%) La metodica di real-time RT-PCR (Reverse Transcription- Polymerase Chain Reaction) permette, attraverso l'amplificazione dei geni virali maggiormente espressi, di rilevare la presenza del genoma virale oltre che in soggetti sintomatici anche in presenza di bassa carica virale, pre-sintomatici o asintomatici. Rappresenta ad oggi l'esame diagnostico più affidabile per fare diagnosi di infezione da SARS-CoV-2. È una procedura che consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore o della rinofaringe, mediante il tampone. L'esame può essere effettuato anche su campioni di saliva. Dal materiale biologico, così prelevato, in laboratorio viene effettuata l'estrazione, la purificazione e l'amplificazione (mediante cicli di trattamento) dell'acido ribonucleico per la successiva ricerca dello specifico RNA di SARS-CoV-2, utilizzando una metodica molecolare rapida. Tale procedura può essere però eseguita solo in laboratori specializzati e richiede un tempo medio di processazione del campione di almeno 5/6 ore dal

momento della sua presa in carico in laboratorio. Cariche virali basse richiedono un maggior numero di cicli di amplificazione del genoma. Questo tipo di test è considerato il più sensibile per identificare le infezioni con un valore del 99% rispetto a pazienti in cui il virus è stato isolato e coltivato in laboratorio. Data la sua sensibilità è anche utilizzato per confermare i risultati di test rapidi. Tuttavia la sua specificità è limitata dalla persistente identificazione di RNA virali non contagioso. Il test con PCR può dare risultati positivi fino a 12 settimane dopo l'infezione quando la contagiosità è molto improbabile. Per questo motivo non è completamente idoneo a stabilire la contagiosità del paziente.

L'utilizzo di questi test molecolari su larga scala o per screening estesi è limitato da diversi fattori tra cui l'impegno di laboratori specializzati e i tempi richiesti per i risultati.

- B. A differenza del test PCR molecolare, considerato il gold standard, che rileva il materiale genetico del SARS-CoV-2, i test "rapidi" o antigenici rilevano la presenza di proteine virali (antigeni). Sono disponibili diversi tipi di test antigenico, saggi immunocromatografici lateral flow (prima generazione), test a lettura immunofluorescente (seconda generazione) con migliori prestazioni. Si tratta dei test oggi più diffusi. I test di ultima generazione (immunofluorescenza con lettura in microfluidica) (terza generazione) sembrano mostrare risultati sovrapponibili ai test di RT-PCR, specie se utilizzati entro la prima settimana di infezione. I tempi di lettura dell'esame sono brevi, ma la sensibilità e specificità dei test di prima e seconda generazione tendono ad essere inferiori a quelli del test molecolare e variano sensibilmente in funzione del momento di prelievo del campione.

Nei casi in cui saggi antigenici rapidi di ultima generazione o test molecolare in RT-PCR non siano disponibili, o i tempi di risposta siano eccessivi, precludendone l'utilità di salute pubblica, la Circolare Ministeriale n.705 raccomanda il ricorso a test antigenici rapidi che abbiano i seguenti requisiti minimi di performance: $\geq 80\%$ di sensibilità e $\geq 97\%$ di specificità; si suggerisce anche, soprattutto in situazioni di bassa prevalenza dell'infezione, di utilizzare test con prestazioni più vicine alla RT-PCR, vale a dire sensibilità $\geq 90\%$ e specificità $\geq 97\%$. La Commissione Europea ha recentemente approvato una lista di test con le caratteristiche di sensibilità $\geq 90\%$ e specificità $\geq 97\%$ (EU health preparedness: A common list of COVID-19 rapid antigen tests, including those whose test results are mutually recognised, and a common standardised set of data to be included in COVID-19 test result certificates . Agreed by the Health Security Committee on 17 February 2021.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/covid-19_rat_common-list_en.pdf)

Si sono resi disponibili recentemente anche test antigenici da eseguire in laboratorio. Le caratteristiche di performance di tali test, basati su sistemi di rilevazione in chemiluminescenza, sono sovrapponibili a quelle dei test antigenici cosiddetti di "terza generazione" (test in microfluidica con lettura in fluorescenza). Alcuni test antigenici di laboratorio sono validati anche sulla saliva, ed è in prospettiva la validazione su tampone nasale; pertanto, la facilità di prelievo li renderà facilmente utilizzabili anche per lo screening in campioni numerosi.

I risultati del test antigenico rapido vanno interpretati in base alla situazione epidemiologica della popolazione studiata. In un contesto ad alta prevalenza, i test antigenici rapidi avranno un PPV elevato. Pertanto, è probabile che la positività di un test antigenico rapido sia indicativa di una vera infezione, non richiedendo conferma con test RT-PCR. Viceversa, in un contesto di bassa prevalenza, i test antigenici rapidi avranno un NPV elevato ma un PPV basso. Pertanto, se utilizzati correttamente, i test antigenici rapidi in un contesto a bassa prevalenza

dovrebbero essere in grado di rilevare un caso altamente contagioso. In questo caso, un risultato positivo richiederà una conferma immediata. L'uso di test antigenici rapidi può essere raccomandato per testare le persone, indipendentemente dai sintomi, quando si attende una percentuale di positività elevata per esempio che approssimi o superi il 10%.

VALORI PREDITTIVI DEI TEST E LORO UTILIZZO

Il BMJ ha messo a disposizione un calcolatore rapido del valore predittivo positivo e negativo a seconda dei valori di sensibilità e specificità del test e di prevalenza dell'infezione (Watson J. BMJ. Interpreting a covid-19 test result. BMJ 2020; 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1808> (Published 12 May 2020)

Il valore predittivo positivo (PPV) e il valore predittivo negativo (NPV) di un test dipendono dalla prevalenza della malattia nella popolazione *target* e dalle prestazioni del test, ed entrambe queste caratteristiche debbono essere prese in considerazione nella scelta di utilizzo di un test antigenico rapido che abbia sensibilità e specificità non elevate. La Associazione Italiana di Epidemiologia ha raccomandato l'uso del test rapido in queste situazioni:

- Soggetti che hanno un'alta probabilità di infezione a priori (del 10% o superiore): test rapido che permette una risposta veloce e l'isolamento immediato dei probabili positivi. Tutti gli esaminati sono da confermare con test molecolare. Si possono ritenere eleggibili: pazienti con sintomi di Covid-19, persone in focolai accertati, operatori sanitari al lavoro in situazioni di alto contagio.
- Soggetti che hanno una probabilità di infezione a priori intermedia (compresa tra il 2% e il 10%): test rapido, seguito da test molecolare di conferma sui positivi, mentre i negativi possono essere dichiarati tali. Può essere previsto in soggetti asintomatici ma con fattori di rischio, contatti di caso confermato (incluso in ambiente scolastico o lavorativo), soggetti provenienti da paesi a rischio, comunità come scuole, RSA o luoghi di lavoro per la ricerca di persone con infezione in atto, gruppo esteso di persone in una situazione epidemiologica di rischio aumentato ("zone rosse"). La circolare Ministeriale n.705 del 8/01/2021 ha fornito le seguenti indicazioni ulteriori sull'uso del test antigenico rapido nelle persone senza sintomi in situazioni di prevalenza attesa intermedia:
 - nelle attività di contact tracing, per testare contatti asintomatici con esposizione ad alto rischio;
 - nelle attività di screening di comunità per motivi di sanità pubblica (es. ambito scolastico, luoghi di lavoro, ecc.). In tale situazione, il rischio di non rilevare tutti i casi o di risultati falsi negativi è bilanciato dalla tempestività dei risultati e dalla possibilità di effettuare test periodici;
 - in contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari quali comunità chiuse o semichiuse (ad es. carceri, centri di accoglienza per migranti), in aree con elevata trasmissione comunitaria per lo screening periodico dei residenti/operatori/visitatori; riguardo RSA, lungodegenze e altri luoghi di assistenza sanitaria, l'impiego dei test antigenici rapidi di ultima generazione può essere considerato laddove sia necessario adottare con estrema rapidità misure di sanità pubblica; In questi casi, se la data di esposizione non è nota o se ci sono state esposizioni multiple da almeno tre giorni, il test antigenico rapido deve essere eseguito prima possibile e entro 7 giorni dall'ultima esposizione. Nel caso in cui ci sia stata una sola esposizione il test antigenico rapido va effettuato tra il terzo ed il settimo giorno dall'esposizione. Nei programmi di screening periodico la frequenza di ripetizione del test deve essere commisurata al rischio infettivo, alla circolazione del virus e al possibile impatto di un focolaio.

Occorre molta cautela, infine, in tutte quelle situazioni in cui la probabilità di infezione è non definibile

e bassa, orientativamente una probabilità inferiore al 2%, si entra nel campo dello **screening di popolazione**. Per queste condizioni, la circolare del Ministero del 15/02/2021 ribadisce la raccomandazione di usare test antigenici ad elevata sensibilità e specificità (sensibilità $\geq 90\%$, specificità $\geq 97\%$), per ridurre il rischio di risultati falsi-negativi e/o falsi-positivi. A tal proposito, nell'ambito del *counseling post-test*, il medico deve ribadire la necessità di mantenere comportamenti prudenti anche in caso di risultato negativo, mentre in caso di risultato positivo deve considerare la plausibilità di tale risultato nel contesto del singolo caso, e l'eventuale ricorso ad un test di conferma.

La valutazione di attività di screening, come si configurano quelle descritte, comporta una particolare attenzione alla prevalenza dell'infezione e dunque ai valori predittivi del test. Una misurazione effettuata una sola volta di tutta la popolazione con test rapidi, in particolare in contesti di bassa prevalenza, non dà garanzie di arrestare efficacemente l'epidemia. Al contrario, vi sono diverse esperienze di campagne di test antigenici o molecolari per gli studenti alla riapertura delle scuole o durante il semestre scolastico, soprattutto per collegi universitari negli USA. Si noti che un efficace controllo della diffusione del virus in questi contesti implicava sottoporre gli studenti a test ripetuti ogni 4- 7 giorni.

I test ripetuti a stretti intervalli di tempo sembrano essere utili ad identificare precocemente eventuali focolai di infezioni. È possibile immaginare campagne periodiche con test antigenici negli ambiti lavorativi con l'obiettivo primario di monitorare la diffusione all'interno della popolazione e l'obiettivo secondario di permettere un tempestivo contenimento della diffusione del contagio attraverso attività di Contact Tracing. Oltre a campagne una tantum con test antigenici, sono possibili opzioni per migliorare l'efficienza e la fattibilità dell'attività di misurazione: (i) test molecolari su campioni pooled e (ii) test antigenici a rotazione su sottogruppi a scacchiera. Entrambe le opzioni sono state recentemente studiate con simulazioni. In base al secondo approccio, la popolazione da testare è divisa in sottogruppi (per omogeneità e contiguità) che sono testati a rotazione con una cadenza maggiore rispetto a quella che si sarebbe adottata nel caso di test contemporaneo a tutti. Nel caso di un risultato positivo, dopo eventuale conferma con test molecolare, è necessaria la quarantena temporanea.

In sostanza, per dare risultati significativi e utili alla identificazione precoce dei casi positivi ed avere impatto positivo sul contenimento di possibili focolai dell'epidemia, le attività di screening su gruppi di lavoratori che non si trovino nelle condizioni particolari sopra indicate, poiché sono da considerare popolazioni con prevalenza attesa bassa, devono essere svolte utilizzando test antigenici ad elevata sensibilità e specificità (superiori rispettivamente al 90 e al 97%) ed essere ripetute almeno ogni 4-7 giorni.

Campagne isolate di test antigenici non danno alcuna garanzia di contrastare efficacemente l'epidemia.

Va ricordato che, trattandosi di attività di tipo medico diagnostico, questi test non possono essere considerati obbligatori, ma possono essere svolti solo dopo aver acquisito il consenso di ciascun lavoratore, informato in modo adeguato e completo. Si sottolinea che in questo contesto il lavoratore non deve subire alcuna discriminazione in caso ritenga di non sottoporsi al test.

USO DI TEST PER LA FINE DELL'ISOLAMENTO E DELLA QUARANTENA

Il Ministero della Salute ha aggiornato l'11 agosto 2021 le raccomandazioni sui tempi ed i test da effettuare per interrompere l'isolamento dei casi e la quarantena dei contatti, con particolare attenzione ai casi da variante Delta e ai contatti vaccinati. (Aggiornamento sulle misure di quarantena

e di isolamento raccomandate alla luce della circolazione delle nuove varianti SARS-CoV-2 in Italia ed in particolare della diffusione della variante Delta lignaggio B.1.617.2)

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2021&codLeg=82276&parte=1%20&serie=null>)

Per le indicazioni procedurali circa la riammissione in servizio dopo assenza per malattia COVID-19 correlata e la certificazione che il lavoratore deve produrre al datore di lavoro si rimanda alla Circolare del Ministero della Salute n. 15127 del 12/04/2021 “Indicazioni per la riammissione in servizio dei lavoratori dopo assenza per malattia Covid-19 correlata”

I CDCs statunitensi indicano che adulti immunocompetenti non sono da considerarsi più contagiosi 10 giorni dopo l’insorgenza dei sintomi e almeno 24 ore dopo la scomparsa della febbre senza antipiretici. Inoltre ulteriori test non sono raccomandati dai CDC a persone con diagnosi di Covid-19 nei 90 giorni successivi, se non manifestano sintomi. (Ending Isolation and Precautions for People with COVID-19: Interim Guidance Centers for Disease Control and Prevention. Updated September 14, 2021. Accessed September 20, 2021 <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>)

APPENDICE 1

A common list of COVID-19 rapid antigen tests, including those whose test results are mutually recognised, and a common standardised set of data to be included in COVID-19 test result certificates.

Agreed by the Health Security Committee on 17 February 2021

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/covid-19_rat_common-list_en.pdf

- Abbott Rapid Diagnostics, Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test
- AMEDA Labordiagnostik GmbH, AMP Rapid Test SARS-CoV-2 Ag
- Becton Dickinson, BD Veritor System for Rapid Detection of SARS-CoV-2
- Beijing Lepu Medical Technology, SARS-CoV-2 Antigen Rapid Test Kit (Colloidal Gold immunochromatography)
- BIOSYNEX SWISS SA, BIOSYNEX COVID-19 Ag BSS
- CerTest Biotect S.L., CerTest SARS-CoV-2 CARD TEST
- Hangzhou Clongene Biotech, Clungene COVID-19 Antigen Rapid Test Kit
- Healgen Scientific Limited, Coronavirus Ag Rapid Test Cassette (Swab)
- LumiraDX UK LTD, LumiraDx SARS-CoV-2 Ag Test
- Nal von Minden GmbH, NADAL COVID -19 Ag Test
- Quidel Corporation, Sofia 2 SARS Antigen FIA
- SD BIOSENSOR, Inc., STANDARD F COVID-19 Ag FIA
- SD BIOSENSOR, Inc., STANDARD Q COVID-19 Ag Test
- Siemens Healthineers, CLINITEST Rapid COVID-19 Antigen Test
- Xiamen Bosen Biotech Co, Rapid SARS-CoV-2 Antigen Test card
- Zhejiang Orient Gene Biotech Co.,Ltd, Coronavirus Ag Rapid Test Cassette (Swab)

APPENDICE 2

Vaccine	Manufacturer	Vaccine type	Antigen	Dose	Dosage	Storage conditions	Efficacy against severe COVID-19*	Overall efficacy	Current approvals
mRNA-1273	Moderna (US)	mRNA	Full-length spike (S) protein with proline substitutions	100 µg	2 Doses 28 d apart	-25° to -15 °C; 2-8 °C for 30 d; room temperature ≤12 h	100% 14 d After second dose (95% CI, not estimable to 1.00)	92.1% 14 d After 1 dose (95% CI, 68.8%-99.1%); 94.1% 14 d after second dose (95% CI, 89.3%-96.8%)	EUA: the US, EU, and UK
BNT162b2	Pfizer-BioNTech (US)	mRNA	Full-length S protein with proline substitutions	30 µg	2 Doses 21 d apart	-80° to -60 °C; 2-8 °C for 5 d; room temperature ≤2 h	88.9% After 1 dose (95% CI, 20.1%-99.7%)	52% After 1 dose (95% CI, 29.5%-66.4%); 94.6% 7 d after second dose (95% CI, 89.9%-97.3%)	EUA: the US, EU, and UK
Ad26.CoV.2.S	Johnson & Johnson (US)	Viral vector	Recombinant, replication-incompetent human adenovirus serotype 26 vector encoding a full-length, stabilized SARS-CoV-2 S protein	5 × 10 ¹⁰ Viral particles	1 Dose	-20 °C; 2-8 °C for 3 mo	85% After 28 d; 100% after 49 d	72% in the US; 66% in Latin America; 57% in South Africa (at 28 d)	EUA process initiated in the US
ChAdOx1 (AZS1222)	AstraZeneca/Oxford (UK)	Viral vector	Replication-deficient chimpanzee adenoviral vector with the SARS-CoV-2 S protein	5 × 10 ¹⁰ Viral particles (standard dose)	2 Doses 28 d apart (intervals >12 wk studied)	2-8 °C for 6 mo	100% 21 d After first dose	64.1% After 1 dose (95% CI, 50.5%-73.9%); 70.4% 14 d after second dose (95% CI, 54.8%-80.6%)	EUA: WHO/Covax, the UK, India, and Mexico
NVX-CoV2373	Novavax, Inc (US)	Protein subunit	Recombinant full-length, prefusion S protein	5 µg of protein and 50 µg of Matrix-M adjuvant	2 Doses	2-8 °C for 6 mo	Unknown	89.3% in the UK after 2 doses (95% CI, 75.2%-95.4%); 60% in South Africa (95% CI, 19.9%-80.1%)	EUA application planned
CvCoV	CureVac/GlaxoSmithKline (Germany)	mRNA	Prefusion stabilized full-length S protein of the SARS-CoV-2 virus	12 µg	2 Doses 28 d apart	2-8 °C for 3 mo; room temperature for 24 h	Unknown	Phase 3 trial ongoing	
Gam-COVID-Vac (Sputnik V)	Gamaleya National Research Center for Epidemiology and Microbiology (Russia)	Viral vector	Full-length SARS-CoV-2 glycoprotein S carried by adenoviral vectors	10 ¹³ viral particles per dose for each recombinant adenovirus	2 Doses (first, rAd26; second, rAd5) 21 d apart	-18 °C (Liquid form); 2-8 °C (freeze dried) for up to 6 mo	100% 21 d After first dose (95% CI, 94.4%-100%)	87.6% 14 d After first dose (95% CI, 81.1%-91.8%); 91.1% 7 d after second dose (95% CI, 83.8%-95.1%)	EUA: Russia, Belarus, Argentina, Serbia, UAE, Algeria, Palestine, and Egypt
CoronaVac	Sinovac Biotech (China)	Inactivated virus	Inactivated CN02 strain of SARS-CoV-2 created from Vero cells	3 µg With aluminum hydroxide adjuvant	2 Doses 14 d apart	2-8 °C; Lifespan unknown	Unknown	Phase 3 data not published; reported efficacy 14 d after dose 2: 50.38% (mild) and 78% (mild to severe) in Brazil, 65% in Indonesia, and 91.25% in Turkey	EUA: China, Brazil, Columbia, Bolivia, Brazil, Chile, Uruguay, Turkey, Indonesia, and Azerbaijan
BBIBP-CorV	Sinopharm 1/2 (China)	Inactivated virus	Inactivated HB02 strain of SARS-CoV-2 created from Vero cells	4 µg With aluminum hydroxide adjuvant	2 Doses 21 d apart	2-8 °C; Lifespan unknown	Unknown	Phase 3 data not published; unpublished reports of 79% and 86% efficacy	EUA: China, UAE, Bahrain, Serbia, Peru, and Zimbabwe

Abbreviations: EUA, Emergency Use Authorization; UAE, United Arab Emirates; WHO, World Health Organization.

* Efficacy against severe disease, which includes COVID-19-related hospitalization, varies by age and by time after vaccination.

JAMA February 26, 2021 SARS-CoV-2 Vaccines

9. LA VACCINAZIONE ANTI COVID-19 E GREEN PASS

a cura di Susanna Cantoni - CIIP; Gilberto Boschioli – ANMA, Fulvio D’Orsi – Medico del lavoro

PRIME NOTE SULLA VACCINAZIONE ANTI COVID 19 PER I LAVORATORI (MARZO 2021)

Con queste prime note CIIP intende dare un contributo al dibattito che si è aperto sul tema della vaccinazione anti COVID 19 per i lavoratori e relativi problemi sanitari e giuridici che si pongono.

Si tratta di un primo contributo che verrà aggiornato nel tempo in rapporto all’evoluzione delle conoscenze scientifiche, alle disposizioni nazionali e regionali, allo stato dell’organizzazione della campagna vaccinale, al dibattito scientifico e giuridico in corso, ai contributi delle forze sociali e delle associazioni professionali e scientifiche.

PREMESSA – IL PIANO STRATEGICO PER LA VACCINAZIONE ANTI SARS-COV-2/COVID-19

Il Piano strategico per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19, elaborato da Ministero della Salute, Commissario Straordinario per l’Emergenza, Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Aifa il 12/12/20, è stato emanato con [DM 2/1/2021](#).

Il Piano è stato recentemente aggiornato con un secondo documento emanato il 8/2/21 “[Vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 - Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19](#)”.

Il piano prevede la **vaccinazione gratuita e garantita a tutti i cittadini** italiani, identifica le **categorie da vaccinare con priorità nella fase iniziale a limitata disponibilità dei vaccini**: operatori sanitari e sociosanitari, residenti e personale delle RSA per anziani. A tali categorie sono poi state aggiunte quelle degli anziani over 80 aa, le persone dai 60 ai 79 aa e con almeno una comorbilità cronica.

“Con l'aumento delle dosi di vaccino si inizierà a sottoporre a vaccinazione le altre categorie di popolazioni, fra le quali quelle appartenenti ai servizi essenziali, quali anzitutto gli insegnanti ed il personale scolastico, le forze dell'ordine, il personale delle carceri e dei luoghi di comunità, etc.”

L’aggiornamento del Piano di vaccinazione del 8/2/21 ha previsto che, data l’intervenuta disponibilità del vaccino AstraZeneca, queste categorie potranno essere vaccinate sin da subito con questo vaccino.

Successivamente la vaccinazione potrà estendersi al resto della popolazione.

Logistica, approvvigionamento, stoccaggio e trasporto, sono di competenza del Commissario straordinario mentre la *governance* del piano di vaccinazione è assicurata dal coordinamento costante tra il Ministero della Salute, la struttura del Commissario straordinario e le Regioni e Province Autonome.

Nella fase iniziale della campagna vaccinale per l’erogazione del vaccino è previsto l’impiego di personale sanitario e amministrativo di supporto essenzialmente afferente alle strutture ospedaliere o peri-ospedaliere.

Nelle fasi successive di campagne su vasta scala verranno attivati gli ambulatori vaccinali territoriali, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, della sanità militare, e dei medici competenti delle aziende. I Dipartimenti di Prevenzione saranno gli “attori” del coordinamento per l’attuazione dei piani vaccinali regionali.

Per questo è indispensabile che i Dipartimenti di Prevenzione vengano adeguatamente potenziati per

poter svolgere appieno il loro ruolo e l'enorme impegno che li aspetta; ci auguriamo che ciò avvenga al più presto, che l'aggiornamento del Piano vaccinale per l'avvio della seconda e terza fase preveda degli standard di personale (medici, infermieri, assistenti sanitari) di cui i Dipartimenti di Prevenzione devono essere dotati in rapporto alla popolazione da vaccinare, così da fornire chiare indicazioni alla Regioni e alle ASL per il reclutamento degli operatori.

La scarsità di risorse di personale dei Dipartimenti di Prevenzione è cosa nota, ripetutamente segnalata dalle associazioni professionali e scientifiche, frutto del disinvestimento nella prevenzione da parte di chi ha governato il SSN e i SSR, ha comportato enormi difficoltà nel tracciamento dei contatti manifestatesi in quasi tutto il paese.

Stiamo assistendo alla più vasta campagna di vaccinazione della popolazione concentrata nel tempo, che mira a garantire la massima copertura della popolazione italiana e a ridurre la circolazione del virus, anche al fine di rallentare le mutazioni, fino a raggiungere l'immunità di gregge. Una campagna di salute pubblica cui sono chiamati a partecipare gli operatori sanitari di moltissime strutture sanitarie e i cittadini tutti con la massima adesione.

OBBLIGATORietà DELLA VACCINAZIONE

La vaccinazione non è obbligatoria ma fortemente raccomandata proprio per proteggere non solo gli individui ma la collettività tutta, secondo il principio dell'art. 32 della Costituzione¹¹.

Qualora i decisori istituzionali si orientassero per rendere obbligatoria la vaccinazione anti COVID lo dovranno fare con un atto normativo di rango legislativo, stante la riserva assoluta di legge prevista dall'art. 32 Cost., così come avvenuto per altre vaccinazioni rese obbligatorie.

L'obbligatorietà potrebbe anche non essere generalizzata e riguardare alcune tipologie di cittadini e di lavoratori a più stretto contatto con il pubblico, quale misura di prevenzione collettiva condizionante la possibilità di svolgere determinate attività.

Su questo tema il dibattito è in corso. Ovviamente l'eventuale obbligatorietà è condizionata dalla disponibilità di vaccini rispetto ai bisogni della popolazione, condizione, peraltro, attualmente non pienamente soddisfatta, date le difficoltà generali di approvvigionamento, ma anche da alcune incertezze che ancora gravano sulle caratteristiche dell'immunità acquisita con i vari tipi di vaccino.

Ancora insufficienti, tra l'altro, le certezze sull'efficacia dei vaccini nel tempo, sui livelli di efficacia dei diversi vaccini nei confronti delle diverse fasce di età e con patologie varie, verso le diverse varianti e soprattutto sulla protezione non solo dalla malattia ma anche dalla possibilità di infettare gli altri. Gli studi clinici finora condotti hanno, infatti, permesso di valutare l'efficacia dei vaccini nella protezione dalla malattia, "ma è necessario più tempo per ottenere dati significativi per dimostrare se i soggetti vaccinati si possano infettare in modo asintomatico e contagiare altre persone." (da FAQ AIFA Covid-19). A riprova di ciò AIFA conclude che "Sebbene sia plausibile che la vaccinazione protegga dall'infezione, i vaccinati e le persone che sono in contatto con loro devono continuare ad adottare le misure di protezione anti COVID-19." In appendice una rassegna sull'efficacia dei diversi vaccini ad

¹¹ Art. 32 Costituzione "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

oggi prodotti (Jama, 26 febbraio 2021).

Incertezze che condizionano non tanto la validità della campagna di vaccinazione della popolazione quanto, a nostro avviso, l'obbligatorietà della vaccinazione e i suoi riflessi sull'idoneità lavorativa.

La questione SARS-CoV-2/COVID-19 è stata configurata e trattata finora dai pubblici poteri competenti, almeno nelle linee generali, come questione di salute pubblica e non come specifica questione di prevenzione nei luoghi di lavoro e nelle attività lavorative. A tale quadro, a nostro avviso, va ricondotta anche la specifica questione dell'eventuale obbligatorietà "speciale" della vaccinazione per i lavoratori e quella, connessa e conseguente, della sanzionabilità disciplinare del lavoratore eventualmente renitente a vaccinarsi, e per il quale non sia reperibile una diversa e non rischiosa attività lavorativa (es. smart working., lavoro isolato, ecc.).

In tema di prevenzione in ambito lavorativo l'art. 279 del D. Lgs. 81/08 prevede che "il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari” tra cui "a) la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente”.

La vaccinazione anti COVID non appare rientrare in tale ambito in quanto l'agente biologico non è presente nella lavorazione bensì diffuso in ogni ambiente. Tuttavia, in alcuni settori lavorativi, come tipicamente quello ospedaliero ed equiparati di cui all'All. XLIV del D. Lgs. 81/08, ma eventualmente anche altri assimilabili, gli agenti biologici, tra cui il SARS-CoV-2/COVID-19, possono costituire un rischio potenziale al quale i lavoratori sono esposti in via strutturale, pur non essendovi in tali attività "la deliberata intenzione di operare con agenti biologici" (art. 271, comma 4).

L'obbligo del datore di lavoro è quello di mettere a disposizione vaccini per i lavoratori non quello di obbligare questi ultimi a sottoporsi a vaccinazione; in altre parole le vaccinazioni a cui si fa riferimento non costituiscono un trattamento sanitario obbligatorio perché non previste da leggi, neanche dal D.Lgs. 81/08. Questa considerazione vale, a nostro avviso, sia che le vaccinazioni costituiscano una misura di protezione individuale che collettiva.

Queste considerazioni sollecitano, peraltro, la necessità di chiarire il rapporto tra le "norme emergenziali" emanate anche in tema di tutela dei lavoratori e la legislazione ordinaria in tema di salute e sicurezza sul lavoro, essenzialmente il D.Lgs. 81/08

RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

In questo contesto i medici competenti delle aziende saranno di ausilio per la realizzazione della campagna vaccinale generale, con particolare riguardo ai lavoratori delle imprese in cui essi operano e il loro contributo si inserirà nella campagna di sanità pubblica secondo le direttive nazionali e regionali. Il loro ruolo è importante non solo nella realizzazione della campagna vaccinale ma anche nell'assicurare una adeguata informazione scientifica che ne favorisca l'adesione da parte dei lavoratori.

Ricordiamo che i MC sono circa 5.000 e che la sorveglianza sanitaria riguarda attualmente più di 15 milioni di lavoratori (da elaborazione dei dati 2018 dell'Allegato3B).

Il loro ruolo dovrebbe essere definito, magari con un aggiornamento del "Protocollo condiviso", siglato tra le parti sociali e il Governo il 24 aprile 2020 e richiamato nella Legge n. 40/2020, art. 29-bis. È auspicabile che nella definizione delle nuove regole preventive standardizzate per settori vengano coinvolte, oltre alle associazioni sindacali maggiormente rappresentative, anche le associazioni scientifico-professionali rappresentative delle categorie dei professionisti della prevenzione nei luoghi

di lavoro. Questi professionisti, previsti dal D.Lgs. 81/08 sia per l'organizzazione aziendale della prevenzione che per le funzioni di assistenza e controllo da parte delle ASL, costituiscono una ricchezza di esperienza professionale indispensabile per la gestione dei problemi di salute dei lavoratori.

Affinché i medici competenti possano dare questo contributo è necessario siano chiari alcuni presupposti primo fra tutti che anche loro usufruiscano, come tutti i sanitari, della vaccinazione anti COVID già nella prima fase della campagna, come richiesto da ANMA con nota del 22 dicembre 2020.

L'organizzazione sarà sempre in capo alle strutture di sanità pubblica, in particolare ai Dipartimenti di prevenzione, che dovranno valutare l'adeguatezza di infrastrutture e risorse di personale con un confronto assiduo con datori di lavoro e medici competenti. Nella effettuazione delle vaccinazioni si pongono, infatti, problemi rilevanti rispetto alla capacità di conservazione dei vaccini, di somministrazione, anche in rapporto alle effettive disponibilità, di gestione di possibili reazioni avverse. Per facilitare l'organizzazione e la gestione delle campagne vaccinali sarebbe utile che le imprese, soprattutto quelle di piccole dimensioni, che costituiscono la maggior parte del tessuto produttivo italiano, potessero contare sulla disponibilità di locali idonei forniti da enti locali (Comune, ASL, ...).

Il raccordo tra medici competenti e Dipartimenti di prevenzione garantirà anche la corretta registrazione nel rispetto della privacy. A tal proposito è auspicabile venga istituito un registro informatizzato nazionale accessibile a tutti gli operatori coinvolti e che possa poi restituire informazioni sui risultati della campagna vaccinale.

IDONEITÀ DEI LAVORATORI VS VACCINAZIONE

Un altro problema particolare da affrontare è quello della gestione delle idoneità lavorative di quei lavoratori che, per ragioni sanitarie individuali ovvero perché non aderiscono alla vaccinazione, non saranno vaccinati.

La sorveglianza sanitaria prevista dall'art. 279 del D. Lgs. 81/08 in caso di rischio biologico è una misura di prevenzione a tutela del lavoratore verso i rischi connessi alla sua attività lavorativa ed è pertanto affidata al medico competente. Ma a chi è affidata la sorveglianza sanitaria a protezione degli utenti e della comunità dalle malattie infettive? E a chi compete il relativo giudizio di idoneità? Il lavoratore non vaccinato può non presentare alcuna controindicazione all'attività lavorativa, ma può essere esposto al contagio da parte dei colleghi o costituire lui stesso fonte di contagio. Il vaccino anti COVID 19 è volto a tutelare sia il soggetto, in quanto individuo che opera in una comunità, che la comunità stessa. Salvo casi particolari né il lavoratore né la comunità lavorativa specifica sono soggetti a rischi specifici da SARS-CoV-2/COVID-19 connessi con l'attività specifica ma ad un rischio generico come tutti i cittadini e altre comunità (trasporto pubblico, ambienti collettivi, ecc.). Il giudizio di idoneità è quindi competenza del Medico competente ovvero deve essere affidato alle strutture di cui all'art. 5 della L. 300/70?

Nei settori in cui i lavoratori sono esposti sia ad un rischio generico che ad un rischio potenziale da SARS-CoV-2/COVID-19 derivante dalla attività lavorativa (es. strutture sanitarie) la sorveglianza sanitaria e il conseguente giudizio di idoneità potranno essere espletati dal medico competente. Sorveglianza sanitaria e misure di prevenzione dovranno essere strettamente ancorate alla valutazione dei rischi nelle diverse situazioni lavorative.

Ma il legislatore potrebbe anche decidere di affidare al medico competente la sorveglianza sanitaria a protezione sia del lavoratore che degli utenti e della comunità dalla COVID 19, dilatando le funzioni attribuite al MC dall'art. 41 del D.Lgs. 81/08, come avvenuto per il controllo dell'assunzione di alcol e

di sostanze stupefacenti e psicotrope. Anche in questo caso la decisione deve tradursi in uno specifico atto normativo. L'atto normativo dovrà tenere in considerazione anche le realtà lavorative i cui lavoratori non sono soggetti alla sorveglianza sanitaria di cui al D.Lgs. 81/08 e nelle quali, conseguentemente, il medico competente non è presente.

Inoltre, in diversi settori lavorativi in cui il lavoratore presta la sua attività a stretto contatto con il pubblico, si porrà il problema della conferma o meno della sua idoneità e pertanto della conservazione o meno della sua mansione, e in taluni casi anche del posto di lavoro, in caso di impossibilità ad essere vaccinato o di non adesione alla vaccinazione, sempre che non sia possibile attuare altre misure di prevenzione e protezione adeguate (es. smart working). Il problema, di particolare rilevanza nelle strutture sanitarie e assistenziali, sia pubbliche che private, può essere in realtà di molto più vasta applicazione e tutte le sfaccettature possibili sono analizzabili unicamente da parte del Servizio di Prevenzione e Protezione della singola Unità Produttiva unitamente al Medico competente sulla base delle indicazioni che devono essere approntate da linee guida nazionali. Tali indicazioni potrebbero trovare collocazione nel Protocollo condiviso opportunamente aggiornato.

Nell'affrontare il tema della obbligatorietà della vaccinazione anti COVID 19 per i lavoratori e conseguentemente della idoneità o meno dei lavoratori non vaccinati occorre tenere presente non solo gli aspetti giuridici ma anche quelli sanitari precedentemente richiamati. In particolare la profonda incertezza sulla non contagiosità della persona vaccinata inficerebbe la distinzione tra vaccinati e non vaccinati nel determinare la protezione della collettività quantomeno fino a che non sarà raggiunta l'immunità di gregge.

La mancata chiarezza su questi temi non può che generare, ancora una volta, comportamenti difformi nelle aziende, e soprattutto nei servizi sanitari, per i quali è auspicabile la definizione di linee guida, valide sul territorio nazionale. Un esempio è costituito dalla normativa della Regione Emilia Romagna ["Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica \(HBV, HCV, HIV\) e per via aerea \(tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella\), indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario"](#) (D.G.R. 12/3/2018). Analogo provvedimento è stato emanato dalla Regione Puglia con la legge regionale 19 giugno 2018, n. 27 "Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari", recentemente integrato con la Legge regionale "Operatori sanitari e vaccinazioni anti-Coronavirussu-19. Applicazione della legge regionale 19 giugno 2018, n. 27 Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari" in fase di pubblicazione. Si tratta, tuttavia, di provvedimenti che hanno cogenza solo in ambito regionale.

Sull'argomento richiamiamo anche quanto suggerito da [La Carta di Pisa delle vaccinazioni negli operatori sanitari](#), 27-28 marzo 2017.

Riteniamo, pertanto, che su questo punto debba essere fatta chiarezza con disposizioni di carattere nazionale che inquadrino le situazioni e i contesti di obbligatorietà, sia pure diversificando sulla base della specificità dei rischi nei diversi settori lavorativi, sia pubblici che privati.

È necessario quindi riportare il problema della vaccinazione nel suo alveo naturale che è quello di salute pubblica; lasciare aree grigie genererà contenziosi e indebite responsabilità per una vaccinazione che potrebbe essere imposta da procedure dedotte da norme giuridicamente interpretabili e non da una legge di riferimento nazionale, contenziosi e indebite responsabilità che potrebbero essere anche imputate per insufficiente azione prevenzionistica nei confronti dei lavoratori.

A sostegno delle indicazioni che verranno adottate è, a nostro avviso, indispensabile una ampia campagna di informazione specificamente rivolta al mondo del lavoro per facilitare l'organizzazione e l'adesione alla vaccinazione.

In conclusione, l'efficace ed efficiente funzionamento del sistema sanitario del nostro Paese è la chiave di volta della riuscita dell'azione di prevenzione e contrasto della diffusione del COVID-19 o di altre future epidemie. È pertanto è necessario, come effettuato per i protocolli di prevenzione COVID-19 ed in considerazione dello sforzo economico ed organizzativo messo in atto per la campagna vaccinale COVID-19, completare l'azione governativa con chiare indicazioni relative al mondo del lavoro che:

- promuovano il valore della vaccinazione (a prescindere che si tratti di COVID-19 o altro agente infettivo) in particolare per chi opera in ambito sanitario anche e soprattutto a tutela dei pazienti, degli operatori sanitari e delle loro famiglie;
- valutati, sulla base degli studi in corso sull'efficacia dei diversi vaccini nella protezione non solo dalla malattia ma anche dalla possibilità di infettare gli altri, l'obbligatorietà della vaccinazione quantomeno per il personale sanitario;
- aggiorni o raccordi le disposizioni emergenziali con quelle legislative in vigore (in particolare il D.Lgs. 81/08 s.m.i) ed in particolare il Titolo X alla luce dell'esperienza di un anno di emergenza pandemica;
- rafforzi il sistema prevenzionistico - che si è rivelato fortemente deficitario - del comparto sanitario pubblico e aziendale (Dipartimenti di Prevenzione e Servizi di Prevenzione e Protezione aziendali, Medici Competenti, ecc.).

SECONDE NOTE SULLA VACCINAZIONE ANTI COVID-19 PER I LAVORATORI (SETTEMBRE 2021)

PREMESSA

Molte cose sono cambiate dal documento CIIP del 12 febbraio 2021 "Prime note sulla vaccinazione anti Covid 19 per i lavoratori"; si è reso quindi necessario procedere ad un aggiornamento alla luce delle novità scientifiche, epidemiologiche e normative intercorse in questo periodo.

In questa seconda nota verranno, peraltro, ripresi alcuni punti di carattere generale che CIIP ritiene ancora validi.

Il piano strategico per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19

Il Piano strategico per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19, elaborato da Ministero della Salute, Commissario Straordinario per l'Emergenza, Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Aifa il 12/12/20, è stato adottato con [DM 2/1/2021](#).

Il Piano è stato integrato con un secondo documento emanato l'8/2/21 "Vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 - Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19" con le quali sono state aggiornate le categorie di popolazione da vaccinare e le priorità.

I 2 documenti sono quindi confluiti nel DM 12/3/21.

Il piano prevede la vaccinazione gratuita e garantita a tutti i cittadini italiani e identifica le categorie da vaccinare con priorità.

"Il 13 marzo 2021 è stato diffuso il [Piano vaccinale del Commissario straordinario](#) per l'esecuzione

della campagna vaccinale nazionale. Elaborato in armonia con il Piano strategico nazionale del Ministero della Salute, fissa le linee operative per completare al più presto la campagna vaccinale.” (www.salute.gov.it)

Il 9/4/21 il Commissario Straordinario ha quindi emanato un’Ordinanza relativa alle priorità della vaccinazione anti Covid 19.

Altre indicazioni particolari possono essere reperibili nei seguenti siti, oltre che sul sito generale del Ministero della Salute:

Domande e risposte

- Ministero della Salute - Domande e risposte più frequenti sui vaccini anti Covid-19
- AIFA - Domande e risposte sui vaccini a mRNA (Comirnaty e Moderna)
- AIFA - Domande e risposte sui vaccini a vettore virale (AstraZeneca e Jonhson&Jonhson)
- ISS - Speciale Covid-19 Vaccini, Domande e risposte
- Fake news
- Ministero della Salute – Fake news nuovo coronavirus
- ISS – Fake news vaccini anti Covid-19

OBBLIGATORietà DELLA VACCINAZIONE E GREEN PASS

Attualmente la vaccinazione non è obbligatoria ma fortemente raccomandata proprio per proteggere non solo gli individui ma la collettività tutta, secondo il principio dell’art. 32 della Costituzione. Si tratta, quindi, di una misura di salute pubblica che auspichiamo abbia la massima adesione da parte di tutti i cittadini.

Qualora i decisori istituzionali si orientino per rendere obbligatoria la vaccinazione anti COVID lo devono fare con un atto normativo di rango legislativo, stante la riserva assoluta di legge prevista dall’art. 32 Cost., così come avvenuto per altre vaccinazioni rese obbligatorie e, nel caso specifico, per gli operatori sanitari e sociosanitari.

Con D.L. 1/4/21 n. 44 “Misure urgenti per il contenimento dell’epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici”, convertito con legge 28/5/2021 n. 76 è stato, infatti, introdotto l’obbligo di vaccinazione per gli esercenti le professioni sanitarie. In un apposito paragrafo successivo entreremo nel merito di questa disposizione normativa.

Il dibattito sulla opportunità o meno di rendere obbligatoria la vaccinazione anti SARS-CoV-2 o quanto meno il Green pass (vedi sotto) è tuttora aperto e molto vivace. Si discute anche se generalizzare tali obblighi a tutta la popolazione ovvero estenderli solo ad alcune tipologie di cittadini a più stretto contatto con il pubblico, quale misura di prevenzione collettiva condizionante la possibilità di svolgere determinate attività. Sono attualmente allo studio le proposte di estendere il Green pass a tutta la Pubblica amministrazione.

Nel frattempo con l’art. 9, co2 del D.L. 22/4/21 n. 52, convertito in legge 17/6/21 n.87, è stata istituita la Certificazione verde COVID-19 (comunemente detta GREEN PASS).

“Le certificazioni verdi COVID-19 sono rilasciate al fine di attestare una delle seguenti condizioni:

- a. avvenuta vaccinazione anti-SARS-CoV-2, al termine del prescritto ciclo;
- b. avvenuta guarigione da COVID-19, con contestuale cessazione dell'isolamento prescritto in seguito ad infezione da SARS-CoV-2, disposta in ottemperanza ai criteri stabiliti con le circolari del Ministero della salute;
- c. effettuazione di test antigenico rapido o molecolare con esito negativo al virus SARS-CoV-2.”

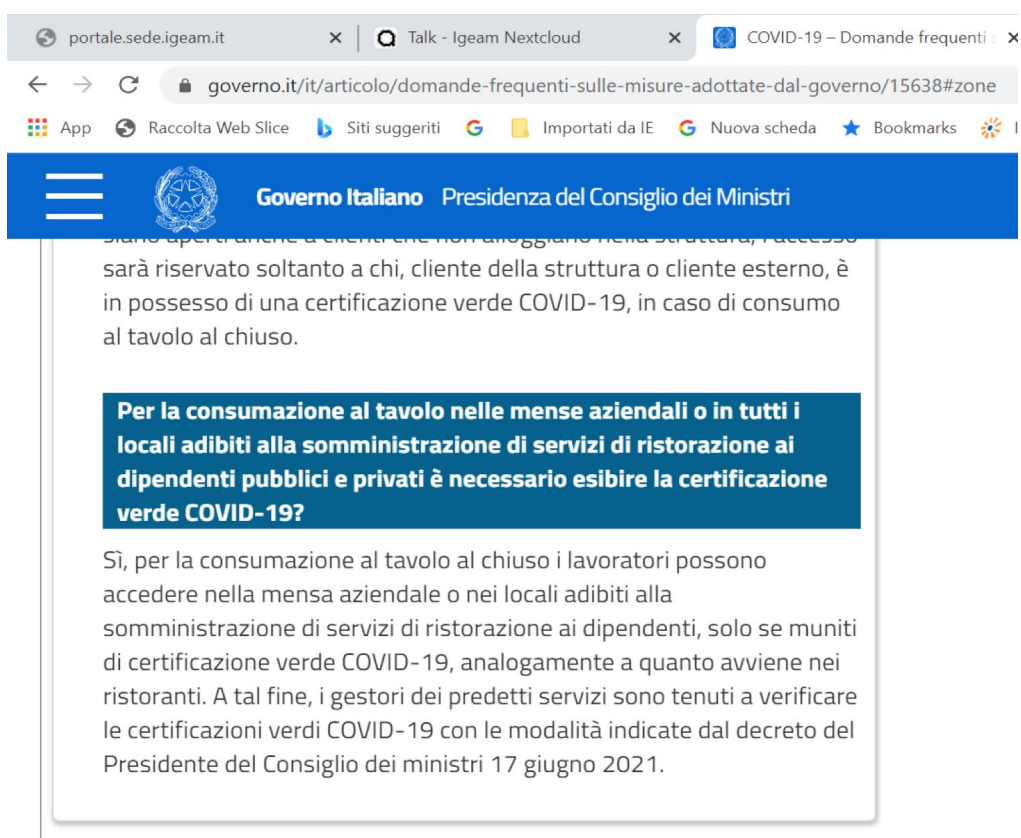
Le certificazioni sono rilasciate dalle strutture sanitarie.

Il possesso del Green pass non è un obbligo generalizzato ma è necessario per lo svolgimento di alcune attività o per la fruizione di alcuni servizi, a partire dal 6/8/2021.

L'impiego della certificazione verde è stato disciplinato in prima battuta dallo stesso D.L. 52/21 (spostamenti internazionali), integrato successivamente dal D.L. 23/7/21 n. 105, art. 3 (accesso a vari servizi e attività), dal D.L. 6/8/21 n. 111 (attività scolastiche, universitarie, sociali e in materia di trasporti).

L'obbligo di Green pass è, tra l'altro, previsto per l'accesso a "servizi di ristorazione svolti da qualsiasi esercizio, di cui all'articolo 4, per il consumo al tavolo, al chiuso" (art. 3, col.1, lettera a) e quindi anche per l'accesso alle mense aziendali (vedi FAQ¹² del Governo che interpreta la disposizione del DL 105/2021 chiarendo che le mense aziendali rientrano tra i servizi di ristorazione e che l'obbligo del controllo spetta al gestore link).

La violazione di tale obbligo è sanzionata sia per i cittadini, sia per gli esercenti, con possibilità per questi ultimi di ricevere la sanzione aggiuntiva della chiusura fino a dieci giorni.



portale.sede.igeam.it | Talk - Igeam Nextcloud | COVID-19 - Domande frequenti

governo.it/it/articolo/domande-frequenti-sulle-misure-adottate-dal-governo/15638#zone

App | Raccolta Web Slice | Siti suggeriti | Importati da IE | Nuova scheda | Bookmarks

Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri

...sarà riservato soltanto a chi, cliente della struttura o cliente esterno, è in possesso di una certificazione verde COVID-19, in caso di consumo al tavolo al chiuso.

Per la consumazione al tavolo nelle mense aziendali o in tutti i locali adibiti alla somministrazione di servizi di ristorazione ai dipendenti pubblici e privati è necessario esibire la certificazione verde COVID-19?

Sì, per la consumazione al tavolo al chiuso i lavoratori possono accedere nella mensa aziendale o nei locali adibiti alla somministrazione di servizi di ristorazione ai dipendenti, solo se muniti di certificazione verde COVID-19, analogamente a quanto avviene nei ristoranti. A tal fine, i gestori dei predetti servizi sono tenuti a verificare le certificazioni verdi COVID-19 con le modalità indicate dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 giugno 2021.

¹² Il Consiglio di Stato si è espresso in più occasioni chiarendo che Le FAQ non possono essere assimilate a fonti di diritto. Tuttavia costituiscono "una sorta d'interpretazione autentica, con cui l'Amministrazione chiarisce la propria volontà provvedimentale", per la corretta applicazione delle norme a cui si riferiscono

Il D.L. 6/8/21 n. 111, art. 9-ter ha introdotto l'obbligo di **possesso e di esibizione del Green pass per "tutto il personale scolastico** del sistema nazionale di istruzione e universitario, nonché gli studenti universitari", a partire dal 1/9/2021 e fino al 31/12/21, termine attualmente fissato dallo stato di emergenza.

Il mancato rispetto di tale disposizione "è considerato assenza ingiustificata e a decorrere dal quinto giorno di assenza il rapporto di lavoro è sospeso e non sono dovuti la retribuzione né altro compenso o emolumento, comunque denominato."; questi provvedimenti non si applicano "ai soggetti esenti dalla campagna vaccinale sulla base di idonea certificazione medica rilasciata secondo i criteri definiti con circolare del Ministero della salute.", vale a dire a coloro le cui condizioni cliniche, attestate dai servizi vaccinali delle ASL o dai MMG, controindichino in modo permanente o temporaneo la vaccinazione (Circolare Ministero Salute del 4/8/21). Sono, inoltre previste sanzioni irrogate dal Prefetto.

Il controllo su tali disposizioni è affidato ai dirigenti scolastici e delle università.

La certificazione di esenzione dalla campagna vaccinale, redatta secondo i dettami della Circolare del Ministero, non comporta l'acquisizione di informazioni sulle condizioni patologiche del lavoratore e può essere facilmente verificata dagli stessi soggetti preposti al controllo del green pass; tuttavia è ragionevole affermare che il medico competente possa essere chiamato a dirimere casi dubbi in un'ottica prioritaria di supporto al lavoratore.

Con il DPCM del 27/6/21 "Disposizioni attuative dell'articolo 9, comma 10, del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, ..." sono state stabilite **le modalità di verifica del Green pass anche tenendo conto dei problemi relativi alla privacy. L'art. 13, co 1, recita** "La verifica delle certificazioni verdi COVID-19 è effettuata mediante la lettura del codice a barre bidimensionale, utilizzando esclusivamente l'applicazione mobile descritta nell'allegato B, paragrafo 4, che consente unicamente di controllare l'autenticità, la validità e l'integrità della certificazione, e di conoscere le generalità dell'intestatario, senza rendere visibili le informazioni che ne hanno determinato l'emissione. Tali modalità di verifica sono state concordate con il Garante della privacy".

Il comma 2 elenca i soggetti deputati alla verifica ai quali vanno aggiunti i dirigenti scolastici e delle università deputati alla verifica del personale scolastico.

Da ultimo il nuovo [D.L. 21/9/21 n. 127](#) ha esteso l'obbligo di Green pass, a partire dal 15 ottobre, al personale delle amministrazioni pubbliche, ai lavoratori del settore privato, compresi, in entrambi i casi, a coloro che, pur non dipendenti, svolgono a qualsiasi titolo attività lavorativa nei suddetti ambiti.

Il rapporto tra i provvedimenti legislativi emanati in occasione della pandemia a tutela della salute pubblica e le misure di prevenzione e protezione previste per i lavoratori dal D.Lgs. 81/08 è ancora oggetto di ampio dibattito. Nel primo documento abbiamo espresso alcune opinioni in merito e ad esse rimandiamo.

Osserviamo infine che i Protocolli condivisi tra le parti sociali e il Governo non prevedono indicazioni concernenti gli obblighi di vaccinazione e l'impiego del Green pass, essendo tali provvedimenti oggetto di specifici provvedimenti normativi.

RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

La campagna vaccinale sta proseguendo velocemente, malgrado qualche inevitabile intoppo. La macchina organizzativa si è messa in moto e già si vedono i primi effetti nel contenimento dell'epidemia.

Come è noto è stata data molta visibilità mediatica alla volontà/possibilità di vaccinare direttamente

i lavoratori presso le aziende, sia da parte delle Istituzioni nazionali e regionali, sia da parte delle parti sociali.

Un primo importante riferimento a questo proposito è stato il documento "Protocollo nazionale per la realizzazione dei piani aziendali finalizzati all'attivazione di punti straordinari di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro", che riguarda la possibilità di effettuare la vaccinazione nei luoghi di lavoro.

I punti salienti sono:

- l'iniziativa di vaccinazione è rivolta a tutti i Lavoratori, a prescindere dalla tipologia contrattuale che li lega alla "azienda", nonché ai Datori di Lavoro e/o ai titolari d'Impresa;
- l'adesione alla campagna vaccinale è su base assolutamente volontaria, da parte dei Datori di Lavoro, dei Medici Competenti e dei Lavoratori;
- sono previste 3 possibili modalità:
 - a. somministrazione diretta negli spazi aziendali
 - b. convenzione specifica con strutture sanitarie private, che provvedono in spazi propri o in azienda
 - c. somministrazione da parte di INAIL

Costituisce parte integrante del Protocollo in esame il "Documento tecnico operativo per l'avvio delle vaccinazioni in attuazione delle indicazioni ad interim per la vaccinazione anti-SARS-COV-2/COVID-19 nei luoghi di lavoro approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome l'8 aprile 2021", pubblicato da INAIL il 12/5/2021 INAIL, che tuttavia contiene solo indicazioni per le Regioni sulle priorità da individuare per la scelta delle aziende dove praticare le vaccinazioni:

- un primo criterio è la stretta osservanza del piano vaccinale nazionale, secondo le fasce di età
- un secondo criterio è la stima del grado di rischio aziendale, da effettuare secondo i criteri già indicati in precedenza da INAIL e tenendo anche conto dell'andamento delle denunce di infortunio e malattia professionale da Covid-19.

Questi documenti, tuttavia, si limitano a considerazioni organizzative generali e di principio senza fornire indicazioni pratiche e operative su come aderire e su come impostare concretamente le campagne vaccinali in azienda.

A questo proposito le associazioni professionali di riferimento hanno pubblicato documenti orientativi più pratici e realistici ai quali si rimanda per i dettagli¹³ tecnici e operativi.

ANMA inoltre partecipa direttamente ai tavoli tecnici istituiti presso le Regioni Lombardia e Veneto.

Regione Lombardia ha comunicato che intende puntare sui grandi hub, spingendo anche le aziende ad utilizzare le linee vaccinali di tali hub. Alle aziende sono state quindi dedicate alcune linee degli hub vaccinali già esistenti, non considerando attuabile vaccinare direttamente nelle aziende per numeri inferiori a 500 persone al giorno.

Per la Regione Veneto rimangono aperte tutte le opzioni: vaccinazione in azienda, vaccinazione su hub organizzate dalle associazioni di categoria, vaccinazione sugli hub pubblici che avessero spazio per accogliere aziende che facessero specifica richiesta.

¹³ ANMA - "Documento orientativo per la verifica di fattibilità della vaccinazione anti-Covid19 in azienda" - aprile 2021, sui siti ANMA e CIIP

SIML - "Vaccinazione anti-COVID-19 nei luoghi di lavoro: il contributo del Medico Competente" - aprile 2021, sul sito SIML
CIIP - " Prime note sulla vaccinazione anti Covid 19 per i lavoratori" - febbraio 2021 sul sito CIIP

La Regione Piemonte sembra indirizzarsi verso l'utilizzo degli hub vaccinali pubblici, con indicazioni così stringenti per le vaccinazioni dirette in azienda da renderle praticamente inapplicabili.

Nella Regione Campania sta emergendo il modello di hub vaccinali progettati e gestiti da Associazioni di Categoria.

Anche Puglia e Lazio hanno deliberato in merito ma ancora con una definizione tecnica per la maggior parte indefinita.

Recentemente anche l'Emilia Romagna si è orientata verso gli hub pubblici come in Lombardia.

Al momento attuale tuttavia l'unica conclusione ragionevole che si può trarre per le vaccinazioni in azienda è "**TANTO RUMORE PER NULLA**" o quasi, con grande delusione di quei medici competenti che molto generosamente avevano dato la propria disponibilità per combattere la pandemia.

Pochissime grandi aziende sono riuscite ad attivare le complesse procedure, con considerevoli investimenti di risorse finanziarie e organizzative e scarsi risultati: il numero di vaccinazioni effettuate è del tutto trascurabile e certo non giustifica l'impegno e gli investimenti fatti. Quando si è faticosamente riusciti ad attivare le procedure vaccinali, la gran parte dei dipendenti era già stata vaccinata o in procinto di esserlo. A ciò si è aggiunto il problema che i vaccini più pratici da somministrare in azienda (Johnson monodose e Astra Azteca) sono stati riservati dal Ministero della Salute a chi supera i 60 anni d'età.

A complicare ulteriormente la vicenda (se mai ce ne fosse stato bisogno ...) ci ha pensato il Garante della Privacy con il comunicato del 15/05/2021:

Nel quadro delle norme a tutela della dignità e della libertà degli interessati sui luoghi di lavoro, infatti, non è consentito al datore di lavoro raccogliere direttamente dai dipendenti, dal medico competente, o da altri professionisti sanitari o strutture sanitarie, informazioni relative all'intenzione del lavoratore di aderire alla campagna o alla avvenuta somministrazione (o meno) del vaccino e ad altri dati relativi alle sue condizioni di salute.

Questa nota costituisce un ulteriore ostacolo alla vaccinazione nelle aziende, non solo nei siti aziendali ma anche negli hub vaccinali pubblici, venendo meno il fattore organizzativo delle stesse aziende. A questo punto vaccinare in azienda assomiglia sempre più ad una corsa ad ostacoli.

Di conseguenza, viste le difficoltà burocratiche e organizzative e i costi tutt'altro che trascurabili, quasi nessuna tra le piccole e medie aziende ha attivato la procedura vaccinale.

L'attuale contesto emergenziale lascerà il posto nei prossimi mesi ad una organizzazione più ordinaria di richiami, senza grandi hub e soluzioni straordinarie.

In questo quadro ormai prossimo, ripensando anche alla esperienza delle vaccinazioni antitetaniche e antiinfluenzali, immaginiamo che le aziende e i MC potranno comunque avere un ruolo determinante, sempre che la confusione normativa tra Stato, Regioni e Garante lo renda appetibile, visto l'impegno economico e organizzativo di cui le aziende comunque devono farsi carico.

Resta fermo **l'importante ruolo del MC nell'informare** correttamente i lavoratori sull'importanza della vaccinazione e nel convincere gli incerti a vaccinarsi. E' stato recentemente ricordato che **ci sono ancora circa diversi milioni di persone non vaccinate di cui alcuni milioni sopra i 50 anni, buona parte di questi ultimi sicuramente lavoratori.**

IDONEITÀ DEI LAVORATORI VS VACCINAZIONE

Il problema dell'idoneità (ma il termine è improprio, come diremo più sotto) o meno per i lavoratori che non vogliono o non possono essere vaccinati si pone attualmente in modo differente per gli operatori sanitari e per gli altri lavoratori.

Per quanto riguarda i primi sono intervenute norme specifiche di cui trattiamo in un paragrafo successivo.

Per gli altri lavoratori, non compresi nel D.L. 44/21, si deve fare riferimento a quanto indicato nelle norme sul Green pass di cui abbiamo detto precedentemente, vale a dire tutti coloro che sono inclusi negli elenchi specifici devono essere in possesso di Green pass per poter esercitare la loro attività. Ciò vale anche per il personale scolastico come definito dal DL 111/21.

Per i lavoratori non compresi né nel DL 44/21 né dai DL sul Green pass non esiste, allo stato attuale obbligo di vaccinazione ma forte raccomandazione, come per il resto dei cittadini.

In ogni caso le limitazioni imposte dalle norme per l'esercizio di alcune mansioni esulano dal concetto di idoneità lavorativa, come delineato dal D.Lgs. 81/08; si tratta di istituti normativi diversi. Riteniamo, quindi, che il giudizio di idoneità non possa essere usato per inserire surrettiziamente un obbligo vaccinale laddove non è previsto dalla normativa.

Alcuni giuristi, invocando l'art. 2087 C.C., sostengono il diritto/dovere di imporre la vaccinazione anti COVID 19 ai propri dipendenti, altri ¹⁴ solo in presenza di specifico giudizio di espresso dal Medico competente. Noi riteniamo che le misure di prevenzione/protezione non possano prevedere misure che contrastano con i limiti imposti dall'art. 32 della Costituzione e quindi imporre un trattamento sanitario che non sia previsto da apposita norma.

Del resto ricordiamo che il DL 8/4/20 n. 23, convertito in L. 5/6/20 n. 40, con l'art. 29 bis ha delineato i confini dell'applicazione dell'art. 2087 C.C. in materia di misure anti COVID 19 ¹⁵ indicati nell'applicazione dei protocolli condivisi con le parti sociali che, come dicevamo precedentemente, non prevedono indicazioni concernenti gli obblighi di vaccinazione e l'impiego del Green pass.

Riteniamo che tali considerazioni valgano **sia che ineriscano la tutela dei lavoratori che la tutela di terzi**. Nel caso che il DdL individui un rischio di contagio verso terzi da parte dei lavoratori verificherà che tutte le altre misure di prevenzione previste dalle norme siano attuate.

Un problema particolare si può porre quando il Medico competente visitando un lavoratore

¹⁴ Tribunale di Belluno, ordinanza del 19/03/2021 n. 12/2021 R.G.; Tribunale di Roma, Sez. lav., ordinanza 28 luglio 2021

¹⁵ Art. 29 bis 1. Ai fini della tutela contro il rischio di contagio da COVID-19, i datori di lavoro pubblici e privati adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del codice civile mediante l'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del COVID-19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto il 24 aprile 2020 tra il Governo e le parti sociali, e successive modificazioni e integrazioni, e negli altri protocolli e linee guida di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, nonché mediante l'adozione e il mantenimento delle misure ivi previste. Qualora non trovino applicazione le predette prescrizioni, rilevano le misure contenute nei protocolli o accordi di settore stipulati dalle organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale.))

nell'ambito delle visite periodiche venga a conoscenza che il sanitario non è vaccinato o perché in attesa dell'espletamento della procedura (ritardi vari) o perché sfuggito alle maglie della stessa (mancata segnalazione da parte del DdL, sfuggito agli elenchi ASL,).

Riteniamo che in questi casi, trattandosi di una carenza che può interferire negativamente con l'incolumità di terzi, il MC debba segnalare la mancata vaccinazione al datore di lavoro che, verificando la mancanza di un requisito di legge, disporrà la sospensione cautelare del lavoratore. Analoga procedura dovrà essere adottata per i lavoratori per i quali l'esercizio dell'attività è subordinato al possesso del Green pass.

Tale situazione non differisce dal caso in cui il MC, visitando un lavoratore la cui attività richiede il possesso della patente di guida, constati la presenza di patologie che contrastano con i requisiti necessari per conservare la patente di guida: il MC deve segnalare il caso al Ministero dei Trasporti che provvederà a disporre una nuova visita fiscale per idoneità alla guida e, se del caso, a revocare la patente.

Tuttavia queste considerazioni non coprono tutti i casi; restano, infatti, problematiche le decisioni circa la esaustività delle misure di prevenzione collettiva e individuale nei casi di lavoratori esposti a maggior rischio rispetto alla popolazione generale o che possono costituire maggior rischio per terzi e che per diverse ragioni non possono usufruire della vaccinazione (per motivi di salute, non responder, no vax). Su tali casi, che comportano anche problemi remunerativi per i lavoratori, sarebbe opportuno un pronunciamento del CTS affinché possano essere adottati provvedimenti uniformi sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, evitando rimpallo di responsabilità, contenziosi legali e che le decisioni siano esclusivamente di carattere giuridico.

ORIENTAMENTI PER OBBLIGO GENERALIZZATO

Sin dalla prima realizzazione di vaccini *anti-SARS-CoV-2/COVID-19* si è aperto il dibattito sulla necessità o meno di rendere obbligatoria la vaccinazione.

La strategia fino ad oggi adottata in Italia è stata di non legiferare l'obbligatorietà ma di raccomandare fortemente la vaccinazione attraverso un'intensa campagna promozionale. Hanno sicuramente pesato su questa scelta le iniziali incertezze sulle dimensioni dell'efficacia nei confronti sia della malattia che della infezione, sulla durata e sulla sicurezza dei diversi vaccini per le diverse fasce di età e per il genere nonché la limitata disponibilità dei prodotti.

In un secondo momento il Governo ha deciso di introdurre l'obbligo vaccinale per gli operatori delle strutture sanitarie e sociosanitarie, cui è seguito recentemente il "quasi obbligo", di fatto indotto dall'adozione del Green pass, per gli spostamenti internazionali, per l'accesso a locali pubblici e infine per l'accesso ai mezzi di trasporto e per il personale scolastico. Su queste decisioni hanno pesato il procedere degli studi scientifici, la dimostrazione dell'efficacia e della limitata presenza di effetti collaterali gravi non solo nella sperimentazione clinica ma anche sul campo dopo l'impiego di miliardi di dosi, l'incremento delle disponibilità di dosi, le ripetute ondate di casi, la comparsa di varianti più contagiose e i gravi problemi generatisi nelle strutture sanitarie e scolastiche.

I risultati raggiunti dagli studi sulla sicurezza dei vaccini, sfociati nella recente approvazione in via definitiva da parte del FDA del vaccino Pfizer a partire dai 16 anni, che precedentemente aveva, invece, garantito un'autorizzazione d'emergenza, hanno portato diversi scienziati a sostenere l'opportunità di provvedimenti di legge che stabiliscano l'obbligo generale della vaccinazione o quantomeno per tutti coloro la cui attività comporta un frequente contatto con il pubblico, ovviamente nel rispetto delle indicazioni di EMA e di AIFA relative alle fasce di età.

Il mondo scientifico continua unanimemente a ricordare che l'unica arma sicuramente efficace contro il COVID-19 è il vaccino, non essendo ad oggi disponibili terapie efficaci.

Del resto, di fronte alla più vasta pandemia che ha portato finora e solo in Italia a 129.000 morti, verrebbe da dire "se non ora quando?".

All'interno della compagine governativa è in corso la discussione, come annunciato dal Presidente del Consiglio e dal Ministro della Salute.

È evidente che siffatto provvedimento, che non può che essere preso dallo Stato, eviterebbe continui provvedimenti provvisori, che si sovrappongono uno con l'altro, mal si raccordano con le norme precedenti, creano continui problemi nella loro gestione, e si inserirebbe nel solco della migliore tradizione di prevenzione delle malattie infettive attuata in Italia e nel mondo.

La scelta di intraprendere questa strada è eminentemente politica e giuridica; l'intera comunità scientifica è da sempre favorevole alla profilassi delle malattie infettive mediante le vaccinazioni, in particolare in caso di epidemie e tanto più di pandemie.

Le nuove misure previste dal D.L. 1/4/21 n. 44 "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici"

Il DL 1/4/21 n. 44, convertito in legge 28/5/21 n.76 ha imposto **l'obbligo della vaccinazione anti COVID-19 per il personale sanitario**. Con il D.L. 10/9/21 n. 122 tale obbligo è stato esteso a tutti i lavoratori che a qualsiasi titolo svolgono attività nelle RSA, compresi gli esterni.

Questo provvedimento era stato da CIIP auspicato già con il documento del 12/2/21 sia quale contributo alla prevenzione dei contagi che per la tutela dei pazienti, ma anche per risolvere alcuni problemi di natura giuridica sulle responsabilità del Datore di lavoro e del Medico Competente relativi alla liceità dei giudizi di inidoneità lavorativa per i lavoratori non vaccinati e sulla applicabilità o meno del D.Lgs. 81/08. Problemi non solo oggetto di molti dibattiti tra giuristi, ma che determinavano situazioni di difficile gestione nelle strutture sanitarie e sociosanitarie e che stavano dando luogo a soluzioni localistiche variegiate da parte di Regioni e di Procure in assenza di un indirizzo nazionale.¹⁶

L'obbligo di vaccinazione riguarda "gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario (**di cui all'art. 1, comma 2, della legge 1° febbraio 2006, n. 43**¹⁷) che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali, pubbliche e private, (**nelle farmacie, nelle parafarmacie**) e negli studi professionali". Questa dizione comporta parecchie criticità, come diremo in seguito.

Il provvedimento, trattato nell'art. 4, è un importante tassello per favorire la tutela della collettività e

¹⁶ Tribunale di Belluno n. 12/2021 R.G. sentenza del 19/03/2021 "Rifiuto di vaccinarsi di dieci operatori sanitari di una RSA: "inidoneità al servizio" e ferie forzate.

Regione Emilia Romagna D.G.R. 12/3/2018 "Rischio biologico in ambiente sanitario. Linee di indirizzo per la prevenzione delle principali patologie trasmesse per via ematica (HBV, HCV, HIV) e per via aerea (tubercolosi, morbillo, parotite, rosolia e varicella), indicazioni per l'idoneità dell'operatore sanitario".

Regione Puglia Legge regionale 19 giugno 2018, n. 27 "Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari", integrata con la Legge regionale "Operatori sanitari e vaccinazioni anti-Coronavirus-19. Applicazione della legge regionale 19 giugno 2018, n. 27 Disposizioni per l'esecuzione degli obblighi di vaccinazione degli operatori sanitari"

¹⁷ 5 legge 1° febbraio 2006, n. 43, art. 1 "Sono professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, quelle previste ai sensi della legge 10 agosto 2000, n. 251, e del decreto del Ministro della sanità 29 marzo 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 118 del 23 maggio 2001, i cui operatori svolgono, in forza di un titolo abilitante rilasciato dallo Stato, attività di prevenzione, assistenza, cura o riabilitazione."

in particolare dei cittadini che, per condizioni di fragilità si trovano a dover frequentare le strutture sanitarie. Nel testo sono presenti alcune criticità che potranno essere superate con soluzioni operative praticabili, dato che in sede di conversione in legge non sono state considerate alcune proposte di modifiche migliorative, discusse in eventi pubblici ma non presentate in sede di discussione parlamentare.

Entrando nel merito del provvedimento occorre sottolineare che questa norma ha come obiettivo la **tutela della salute pubblica**, come ribadito in più punti, anche se di fatto coinvolge la tutela dei lavoratori. Il DL 44/21 è una norma di salute pubblica volta ad evitare/ridurre il contagio dal virus nella popolazione tutta ed è forse per questo che nel testo, nel delineare l'iter procedurale, non si fanno riferimenti alle strutture aziendali deputate alla prevenzione previste dal D.Lgs. 81/08, anche se le stesse avranno e dovranno avere nei fatti un ruolo non secondario.

La gestione della vaccinazione negli operatori sanitari è essenzialmente gestita dagli organismi pubblici (Regioni e ASL), a conferma dell'obiettivo di salute pubblica di cui si diceva.

Il coinvolgimento degli Ordini professionali, che devono trasmettere alle Regioni gli elenchi dei propri iscritti, non ha solo l'obiettivo di coinvolgere nell'obbligo vaccinale i MMG e i liberi professionisti, ma anche quello di rimarcare che **l'obbligo di essere vaccinati inerisce l'esercizio stesso della professione**, sia che si operi presso aziende che in libera professione.

Non è un caso che non si parli di inidoneità alla mansione, dizione prevista dalla normativa a tutela del lavoratore (D.Lgs. 81/08 in primis, ma anche Statuto dei lavoratori), bensì di "sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2".

Sono stati da alcuni sollevati problemi relativi alla **privacy** nella comunicazione dei dati sullo stato vaccinale dei lavoratori e alla volontà di aderire o meno alla vaccinazione da parte degli stessi. E' forse per questo che il legislatore ha delineato nell'art. 4 un iter procedurale che formalmente mette al riparo il datore di lavoro e il medico competente da possibili responsabilità in merito. L'iter tracciato risulta però alquanto complesso, comporta tempi lunghi per l'attuazione dell'intero percorso e tutto sommato ci sembra la classica foglia di fico, perché alla fine del percorso risulterà palese a tutti chi avendo rifiutato la vaccinazione verrà adibito ad altre mansioni o sospeso dalla propria.

Se si legge attentamente la procedura il DdL (e l'Ordine professionale) ha solo l'obbligo di trasmettere alla Regione l'elenco dei propri dipendenti senza indicare se sono vaccinati o meno. Sarà l'ASL che accerterà il loro stato vaccinale.

Se problema di privacy si può porre sta piuttosto nelle modalità con cui l'ASL comunicherà al DdL e all'Ordine professionale la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni sanitarie da parte del non vaccinato, comunicazione che dovrà essere fatta senza menzionare aspetti sanitari, così come avviene nella comunicazione al DdL dell'esito del ricorso avverso il giudizio del MC.

Come si diceva prima il DL non menziona e non coinvolge le figure aziendali della prevenzione, **MC e RSPP**. Ciò non toglie che queste figure, che supportano il DdL nella individuazione e nell'attuazione delle misure di prevenzione, possano e debbano avere un **ruolo importante** nel favorire l'applicazione del DL.

Prima di tutto devono essere protagoniste nel fornire ai lavoratori una corretta e adeguata **informazione** per favorire la massima adesione alla vaccinazione, non solo con i dettagli tecnici del caso ma anche richiamando i principi etici della professione.

In generale, infatti, l'informazione è stata finora insufficiente, confusa e poco "accattivante". Una informazione "mirata" mediante un rapporto diretto con il lavoratore crediamo possa sortire migliori

risultati.

Importante anche il coinvolgimento dei RLS sia per facilitare l'informazione e l'adesione che per affrontare i casi di cambio mansione.

MC e RSPP avranno un ruolo importante anche a valle del giudizio di sospensione dei non vaccinati, così come devono/dovrebbero averlo in tutti i casi di spostamenti del personale, per individuare, insieme al DdL e ai Dirigenti, **soluzioni alternative di adibizione ad altre mansioni**.

Ricordiamo che l'art. 4, co 8, prevede per gli operatori sospesi dall'esercizio della professione la possibilità di essere adibiti ad altra mansione, anche di livello inferiore, che non comportino rischi di diffusione del contagio; qualora ciò non sia possibile al lavoratore non è dovuta alcuna retribuzione. Nel caso in cui l'operatore non possa essere vaccinato per via delle sue condizioni cliniche la retribuzione deve essere mantenuta. "La sospensione di cui al comma 6 mantiene efficacia fino all'assolvimento dell'obbligo vaccinale o, in mancanza, fino al completamento del piano vaccinale nazionale e comunque non oltre il 31 dicembre 2021.

A questo proposito occorre rilevare che nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, data l'elevata specializzazione delle mansioni degli operatori, si porrà certamente un problema di grande rilevanza per la ricollocazione dei lavoratori non vaccinati.

Infatti, chi gestisce strutture sanitarie sa bene che le mansioni alternative in generale, e in particolare quelle che non comportano contatti con pazienti o con colleghi sanitari, sono pochissime e per lo più già abbondantemente occupate (vedasi i problemi di ricollocaimento che si pongono a causa dell'invecchiamento della popolazione lavorativa, dei turni spesso pesanti per carenza di personale).

Ci auguriamo, per il bene di tutti, che il numero degli operatori non vaccinati sia ridottissimo e di fatto limitato solamente a chi, per motivi di salute, è opportuno che non si sottoponga a vaccinazione. Se così non fosse occorrerà probabilmente studiare anche strade diverse per la ricollocazione dei lavoratori non vaccinati, proiettate verso strutture esterne. In ogni caso è essenziale il coinvolgimento sia del MC e del RSPP, così come dei dirigenti e dei RLS, per ricercare soluzioni il più possibile condivise e ridurre i possibili contenziosi.

Un'altra criticità è relativa alla tipologia di lavoratori obbligati. Il DL 44/21 riguarda gli esercenti le professioni sanitarie, ma nelle strutture sanitarie operano tante altre tipologie di lavoratori cui sono affidati compiti di manutenzione, di gestione informatica e delle attrezzature, di pulizia, ecc. Attività spesso affidate a imprese esterne. Operatori che entrano continuamente in contatto sia con gli operatori sanitari che con i pazienti che sarebbe quanto mai opportuno fossero vaccinati.

Sarebbe stato più opportuno adottare la dizione di cui al punto 1 del Protocollo per la vaccinazione nei luoghi di lavoro del 6/4/21 che estende "l'impegno delle aziende e dei datori di lavoro alla vaccinazione dei lavoratori che a prescindere dalla tipologia contrattuale prestano la loro attività nelle strutture sanitarie".

A nostro avviso questi lavoratori devono essere anch'essi soggetti all'obbligo vaccinale qualora dalla valutazione dei rischi risulti contiguità con i pazienti.

Per le imprese esterne e per i lavoratori autonomi uno strumento utilizzabile è quello del DUVRI o delle clausole stesse dell'appalto che potranno prevedere delle limitazioni per i lavoratori non vaccinati.

Anche in questi casi il supporto del RSPP e del MC potranno essere di valido aiuto per il DdL per identificare le soluzioni anche sulla base della valutazione dei rischi.

10. LAVORATORI FRAGILI: POSSIBILI ATTIVITÀ DI SUPPORTO IN AZIENDA

Antonia Ballottin, psicologo del lavoro e psicoterapeuta, SPISAL dell’Azienda Ulss 9 Scaligera di Verona, componente del Sottogruppo Stress PISLL del Coordinamento delle Regioni, gruppo di studio sullo Stress Lavoro SIPLO, gruppo CIIP stress lavoro correlato.

Alberto Crescentini PhD, psicologo e psicoterapeuta, docente ricercatore presso il Dipartimento Formazione e Apprendimento della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana, membro del direttivo di SIPLO coordina le attività del gruppo di studio sullo Stress Lavoro Correlato.

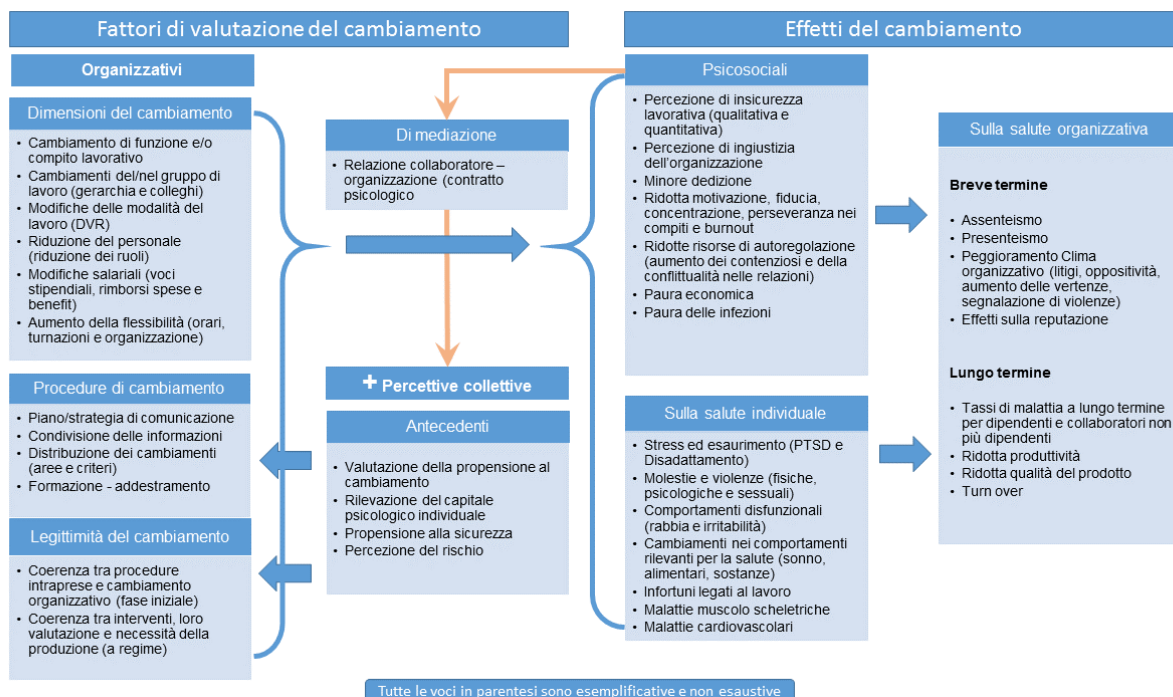
Franco Amore, psicologo e psicoterapeuta, si occupa di idoneità psicologica del personale e valutazione rischio stress lavoro correlato presso la Direzione Sanità del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane, socio SIPLO, collabora con il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi e con l’Ordine Psicologi Lazio.

L’attuale epidemia sta producendo una accelerazione in alcuni processi di trasformazione in atto da tempo nella società. In particolare il cambiamento che si prospetta è, oltre che di lungo periodo, anche pervasivo delle realtà produttive. Le organizzazioni sono e saranno chiamate ad adattarsi a continue revisioni delle modalità di lavoro ed al contempo a mantenere alta l’attenzione rivolta alla tutela della salute dei collaboratori.

I rischi organizzativi (Clerici, Guercio e Quaranta, 2016) dipendono dall’insieme dei rapporti lavorativi, interpersonali e di organizzazione che si creano all’interno di un’azienda e, come effetto, causano un aumento della probabilità di peggioramento delle condizioni di salute e sicurezza tenendo in conto le differenze di genere, di età, di provenienza, di tipologia contrattuale, dello stress lavoro correlato ed altri rischi psicosociali.

Le condizioni occupazionali e individuali di ogni lavoratore devono essere considerate nella progettazione organizzativa e, soprattutto, devono essere tenute presenti al mutare delle condizioni di sistema. Il cambiamento può infatti avere effetti in maniera diretta e indiretta sulla salute del lavoratore.

Nella “Proposta operativa di intervento nel cambiamento dei processi produttivi e il ruolo dello psicologo del lavoro e delle organizzazioni (SIPLO 2020)” la rilevazione di questi fattori si trova all’interno degli “Effetti del cambiamento”, si tratta infatti di esiti della trasformazione. In particolare, come evidenziato nel “Decreto rilancio” all’articolo 88, “i datori di lavoro pubblici e privati assicurano la sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio, in ragione dell’età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità”. La condizione attuale richiede quindi una attenzione specifica per i lavoratori maggiormente esposti ai rischi legati al contagio in relazione alle condizioni pregresse.



PROPOSTA OPERATIVA DI INTERVENTO NEL CAMBIAMENTO DEI PROCESSI PRODUTTIVI E IL RUOLO DELLO PSICOLOGO DEL LAVORO E DELLE ORGANIZZAZIONI (SIPLO 2020)

La valutazione avrà quindi lo scopo di identificare eventuali discrepanze tra le caratteristiche del compito (tra le quali sono da intendersi anche le dimensioni di interazione e relazione) e i bisogni dell'individuo, ivi compresa la necessità di preservarne la condizione di benessere. Tra i cambiamenti rilevanti nelle valutazioni si dovrà considerare anche la relazione con il contesto e quanto questa possa generare delle paure specifiche (ad esempio della malattia e del contagio, sia esso subito o agito). Particolare attenzione andrà riservata ai lavoratori al rientro in azienda dopo aver avuto il COVID-19 per i quali prevedere valutazione specifica, supporto e monitoraggio nel tempo di sintomi riferibili alla Sindrome Post-traumatica da stress.

RELAZIONE CAMBIAMENTO – INDIVIDUO E GERARCHIA

Per ridurre al minimo le reazioni negative che possono scaturire da un ridimensionamento, o da altre forme di riorganizzazione, sono auspicabili azioni di accompagnamento dei dirigenti e lavoratori per favorire il passaggio e per contenere le reazioni di paura e insicurezza.

La direzione dovrebbe garantire una comunicazione coerente e trasparente riguardo ai processi decisionali in corso coinvolgendo anche i rappresentanti dei lavoratori. Una particolare attenzione deve essere prestata ai quadri intermedi, depositari della logica che sottende ai cambiamenti, in questo modo saranno a loro volta in grado di comunicarla e attuarla concretamente. L'introduzione di nuove modalità lavorative, ad esempio per attivazione dello smart working o per inserimento del lavoratore in funzioni differenti dalle precedenti, richiede un tempo di adattamento che non deve essere trascurato. In aggiunta deve essere considerato come la sovrapposizione di diversi cambiamenti contemporaneamente possa essere una fonte di difficoltà in sé. In questo senso è importante, ove è possibile, favorire l'incontro tra i bisogni dell'azienda e le richieste individuali. Questo favorisce una miglior gestione del processo.

Il ruolo del superiore nel processo di cambiamento è particolarmente rilevante. L'accompagnamento del superiore gerarchico nella transizione, e la comunicazione dei criteri e degli strumenti di

monitoraggio della produttività, permettono una migliore adesione al processo di cambiamento. I colleghi più esperti e la possibilità di un affiancamento mirato potranno fornire un supporto alla integrazione nel contesto mutato da un punto di vista operativo o procedurale.

Lavorare da casa, per l'attivazione dello smart working, in solitudine per il distanziamento sociale o con altri gruppi di colleghi nei casi di cambio mansione, cambio orario, cassa integrazione a rotazione, introduzione dello scaglionamento in entrata e uscita o qualunque altra forma di tutela sia stata attivata costituiscono, anche solo parzialmente, una sorta di disorientamento e richiedono particolare attenzione alla comunicazione e coinvolgimento del personale.

All'interno di questa cornice di riferimento si colloca la presente riflessione sui lavoratori cosiddetti fragili svolta al fine di supportare il ruolo del medico competente.

Tale collaborazione viene considerata utile relativamente alla sorveglianza sanitaria prendendo spunto dalle implicazioni contenute nel DPCM del 26 aprile 2020, p.12 e relativo Allegato 7 p.9, ed anche dal "Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro" p.12 sottoscritto dal Governo e Parti sociali. Per altro il tema della sorveglianza sanitaria dei lavoratori fragili è sottolineato dal Politecnico di Torino in "Rapporto Emergenza COVID-19: Imprese aperte, lavoratori protetti" (Ver 2 del 20 04 2020, p.9), a sua volta richiamato nel documento ILO 2020 (p. 33).

In particolare il "Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione" dell'INAIL di aprile 2020 "Sorveglianza sanitaria e tutela dei lavoratori fragili" pagg. 14 e 15, suggerisce la visita del medico competente, in deroga alla consueta sorveglianza sanitaria, per valutare profili specifici di rischio e comunque indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia, in deroga alla norma.

La finalità della collaborazione sarà, quindi, di fornire ulteriori elementi utili alla formulazione del giudizio, nell'ambito della funzionalità psicologica ed adattiva al contesto lavorativo per l'idoneità, la cui titolarità rimane ovviamente in capo al medico competente. Non si deve infatti dimenticare che, di prassi, è quest'ultimo ad esprimere un giudizio di idoneità che se pur finalizzato al rischio specifico riguarda il lavoratore nella sua integrità psico-fisica.

Questa linea di approccio alla valutazione è coerente con la pubblicazione U-OSHA (2020) dove nel capitolo "Take care of workers who have been ill" pag. 7 (ripreso ANMA 2020 pag. 21) si sottolinea che le persone che si sono seriamente ammalate richiedono una speciale attenzione anche successivamente, un giudizio di riammissione al lavoro in funzione della mansione assegnata dato che possono emergere alcune problematiche che interferiscono sulla "piena capacità, abilità e idoneità lavorativa tra cui emergono i problemi di memoria e di concentrazione che, non presenti o non verificabili al rientro al lavoro, possono presentarsi nel tempo con l'osservazione di cali di memoria e di concentrazione sul lavoro, difficoltà ad eseguire le abituali attività e ad utilizzare il problem-solving". In queste condizioni il lavoratore ha necessità dell'ausilio di un percorso di rieducazione per tornare ai livelli di performance.

Inoltre si deve tener in conto che tale epidemia ha avuto sulla popolazione in generale e sui lavoratori un forte impatto anche dal punto di vista psichico, come evidenziato in U.N. (2020) dove si raccomanda la necessità di attenzione alla salute mentale ed al supporto.

Infine, si può sottolineare, come quanto indicato è presente anche nel documento 2020 dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) **Garantire la salute e la sicurezza sul lavoro durante la pandemia**: "Durante le emergenze, le persone possono reagire allo stress in modi diversi. Le alterazioni a livello psicologico possono riguardare un aumento del malumore, la scarsa

motivazione, l'ansia e la depressione" oppure divenire oggetto di violenze o molestie.

Dal punto di vista operativo, in Italia, esiste ormai una diffusa pratica di valutazione psicodiagnostica. Questa viene effettuata anche attraverso specifici test di memoria a breve termine, per le diverse tipologie di attenzione, per il decadimento cognitivo, per le capacità di integrazione visuo-motoria, di personalità, per la valutazione delle condizioni di stress individuale e disturbo post traumatico da stress, somministrati con "carta e matita" o attraverso computer con touch screen, che permettono di saggiare capacità psicologiche specifiche.

Se anche consideriamo la peculiarità dello stato psicofisico dei lavoratori fragili, quindi sembra quanto mai opportuno integrare la visita del medico competente con una valutazione psicologica funzionale all'idoneità del singolo lavoratore, come già possibile in base al disposto normativo ex art. 41 p. 4 del D.Lgs. 81/08 e smi. La condizione di questi lavoratori può infatti comprendere anche comprensibili conseguenti attivazioni, ad esempio, di stati ansiosi, depressivi, che, se moderati o gravi, possono esitare in comportamenti disadattivi nella cura di sé stessi o nel reinserimento lavorativo.

Dal punto di vista tecnico operativo, si tratta di valutare in modo documentabile la presenza di eventuali disfunzioni psicologiche specifiche, attraverso una intervista orientata ed integrata da test, cognitivi e/o di personalità, in relazione alla tipologia di quesito posto all'attenzione, con focus particolare sui contenuti legati alla gestione degli stressor e per quegli aspetti delle prestazioni psicologiche che possono incidere sfavorevolmente in modo significativo nel reintegro lavorativo; pertanto andrebbe certamente compresa nel protocollo diagnostico previsto nei casi dei lavoratori c.d. fragili.

Queste pratiche non sono in Europa ed in Italia argomento nuovo. Vi sono evidenze di alcuni esempi di buona pratica ascrivibili alla sensibilità del medico competente, ma soprattutto si può far riferimento alle norme vigenti per la valutazione di idoneità psicologica a specifici compiti e condizioni che trovano applicazione negli ambiti del trasporto ferroviario ed aereo.

Il coinvolgimento dello psicologo è per altro sostenibile in quanto si tratta di un professionista sanitario, iscritto al proprio Ordine, titolare della diagnosi psicologica per l'idoneità a specifici compiti e condizioni, come indicato nelle norme relative alla figura professionale L. 56/89 e L. 170/2003, nonché ribadito nel documento del Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, 2015 e principalmente dalla sentenza della Corte di Cassazione, 2006.

Come intuibile l'evoluzione dei compiti lavorativi in termini di impegno orario e modifica dei contenuti, le trasformazioni contrattuali, l'innalzamento dell'età media del personale, la diffusione della psicopatologia con ricadute nei luoghi di lavoro e di studio, di cui abbiamo purtroppo tragici riscontri, forniscono il sostrato sul quale si possono appoggiare le note conseguenze del presente disagio emotivo riscontrate in generale nella popolazione o delle prima menzionate specifiche difficoltà attentive e/o di memoria; pertanto crediamo che una mirata attenzione diagnostica in questo ambito psicologico possa esser utile a tutela di tutti i lavoratori in termini preventivi e, se fatta propria dal management aziendale, divenire un valido spunto di partenza per azioni di promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro all'interno di una visione sistemica e di miglioramento continuo.

BIBLIOGRAFIA

Associazione Nazionale Medici Azienda (2020) COVID-19 Fase 2 Accompagnare il lavoratore al rientro al lavoro. Versione 04/05/2020

<http://www.anma.it/wp-content/uploads/2020/04/ACCOMPAGNARE-IL-LAVORATORE-AL-RIENTRO-VADEMECUM-DEL-MC.pdf>

Autori Vari (2020) Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro

<https://www.lavoro.gov.it/notizie/Documents/Protocollo-24-aprile-2020-condiviso-misure-di-contrasto%20Covid-19.pdf>

SIPLO Ballottin, A., Crescentini, A. e Amore, F (2020) Una proposta operativa di intervento nel cambiamento dei processi produttivi e il ruolo dello psicologo del lavoro e delle organizzazioni.

<http://www.siplo.org/wp-content/uploads/2020/04/Proposta-operativa-di-intervento-nel-cambiamento-dei-processi-produttivi.pdf>

Clerici, P., Guercio, A. e Quaranta, A. (2016). La gestione dell'elemento umano nelle organizzazioni per la salute e sicurezza sul lavoro HMS-OHS (Human Management System for Occupational Health and Safety). Tipolitografia INAIL – Milano.

https://www.inail.it/cs/internet/docs/allegato_la_gestione_dell_elemento_umano.pdf

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, (2015). La professione di psicologo: declaratoria, elementi caratterizzanti ed atti tipici. <https://www.psy.it/allegati/2015-laprofessione-di-psicologo.pdf>

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Aviation psychology. Normativa Programmi di Supporto e Assessment. Il Ruolo dello Psicologo.

<https://d66rp9rxjwty.cloudfront.net/wp-content/uploads/2019/06/opuscolo-completo.pdf>

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Documento Nazioni Unite 13 maggio 2020

<https://www.psy.it/assicurare-lampia-disponibilita-di-servizi-di-salute-mentale-e-supporto-psicologico.html>

Consiglio Nazionale Ordine Psicologi, Esercizio abusivo di professione, sentenza della Corte di Cassazione. https://www.psy.it/allegati/sentenza_22274_2006.pdf

Decreto del Presidente de Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020 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 in Gazzetta Ufficiale 27 aprile 2020, n. 108.)

<http://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2020/DPCM-26-aprile-2020.pdf>

Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (Pubblicato in G.U. Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Supplemento Ordinario n. 21)

https://www.gazzettaufficiale.it/static/20200519_128_SO_021.pdf

Decreto Legge 9 aprile 2008 n. 81 Testo unico sulla sicurezza sul lavoro (Pubblicato in G.U. n.101 del 30-4-2008 - Suppl. Ordinario n. 108) <https://www.ispettorato.gov.it/it-it/notizie/Documents/TU-81-08-Ed-Aprile-2019.pdf>

ILO (2020) “Garantire la salute e la sicurezza sul lavoro durante una pandemia-rapporto” ISBN: 978-92-2-032203-1 (web pdf).

https://www.ilo.org/rome/pubblicazioni/WCMS_742884/lang--it/index.htm

INAIL (2020) Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione

<https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-rimodulazione-contenimento-covid19-sicurezza-lavoro.pdf>

L. 11-7-2003 n. 170, 1 quinquies p. 5. https://www.psy.it/allegati/legge_170_2003_07_11.pdf

L. 18 febbraio 1989, n. 56. Ordinamento della professione di psicologo.

https://d66rp9rxjtwy.cloudfront.net/wp-content/uploads/2018/06/L.56_1989_Ordinamento-della-professione-di-psicologo.pdf

Politecnico di Torino (2020) Rapporto Emergenza Covid-19: Imprese aperte, lavoratori protetti. [https://www.diario-](https://www.diario-prevenzione.it/doc20bis/POLITECNICO%20TORINO%20PROGETTO%20FINALE%20PDF%20v2%2020042020.pdf)

[prevenzione.it/doc20bis/POLITECNICO%20TORINO%20PROGETTO%20FINALE%20PDF%20v2%2020042020.pdf](https://www.diario-prevenzione.it/doc20bis/POLITECNICO%20TORINO%20PROGETTO%20FINALE%20PDF%20v2%2020042020.pdf)

U.N. (2020) Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. 13 maggio 2020.

https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf

U-OSHA (2020) “COVID-19: Back to the workplace: Adapting workplaces and protecting workers”

<https://osha.europa.eu/en/publications/covid-19-back-workplace-adapting-workplaces-and-protecting-workers/view>

11. RUOLO DEI SERVIZI PSAL DELLE ASL

a cura di Susanna Cantoni – Presidente CIIP

Durante tutta la Fase 1 dell'epidemia molte sono le attività che sono rimaste attive, in particolare tutte quelle che hanno erogato servizi di pubblica utilità: non solamente la sanità, dove sono emerse gravi carenze di DPI, procedure, risorse umane, soprattutto nelle strutture territoriali, ma anche i servizi socio assistenziali, RSA e centri disabili, i servizi funebri, l'agricoltura e la filiera alimenti, la grande e piccola distribuzione, i trasporti (sia pur limitati per frequenza), la raccolta rifiuti, la logistica e altre attività produttive ad esse connesse.

La fase 2, avviata dal 18 maggio, ha esteso l'apertura a molte altre attività lavorative condizionandola al rispetto di specifici protocolli di sicurezza contenuti nel DPCM del 17 maggio e alle Indicazioni delle Regioni del 22 maggio.

Tutte le attività hanno quindi l'obbligo di garantire la sicurezza dei lavoratori attraverso una serie di misure generali di prevenzione e protezione indicate dai vari provvedimenti governativi, dai protocolli condivisi con le parti sociali, dalle indicazioni di Ministero della Salute e ISS, oltre che dal D.Lgs. 81/08 per tutti i rischi specificamente connessi con le attività lavorative.

Anche a livello territoriale sono stati realizzati diversi accordi di collaborazione tra ASL/ATS, organizzazioni sindacali e imprenditoriali per una gestione sia della Fase 1 che della Fase 2.

Nella prima fase della pandemia i Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro delle ASL hanno contribuito a svolgere prevalentemente attività di *"tracciamento dei contatti"* in aiuto ai Servizi di Igiene Pubblica sui quali, soprattutto nelle regioni del Centro nord, si sono riversati i maggiori impegni.

In molti servizi si è utilizzata la forma dello smart-working per stesura indagini, studio di documenti, lavori di segreteria, sportello informativo verso le figure della prevenzione.

Inoltre, molti Servizi PSAL, pur in assenza, purtroppo, di indicazioni interregionali e in alcuni casi anche regionali, hanno costruito schede mirate per i Comparti aperti: GDO, RSA, logistica, etc. ed hanno avviato contatti con migliaia di aziende utilizzando schemi di autovalutazione.

Per l'avvio della fase 2 OMS e UE hanno indicato la necessità che si verificino alcune condizioni:

- una decrescita della diffusione della patologia
- una sufficiente capacità del sistema sanitario
- una adeguata capacità di monitorare la diffusione del virus e di conseguente isolamento dei casi

Condizioni che devono essere valutate dagli organismi governativi sulla base del monitoraggio degli eventi nelle diverse regioni e aeree del paese.

Sul tema del monitoraggio rileviamo una grande lacuna: nei questionari somministrati insieme ai tamponi che vanno ad alimentare la banca dati nazionale, descritta nell'allegato 3 della circolare Ministero della Salute n. 1997 del 20 gennaio 2020, manca, purtroppo, ogni informazione utile sull'attività lavorativa dei soggetti (oltre che sulla situazione abitativa), cosa che darebbe la possibilità di intervenire *"chirurgicamente"* su eventuali focolai di contagio di lavoratori. A tale proposito CIIP ha inviato a vari indirizzi governativi una proposta che consentirebbe di superare tale mancanza attraverso l'incrocio di dati presenti in sistemi informativi già esistenti, in particolare quello del Ministero della Salute con quello di INPS e INAIL.

A fronte di un evento di così vaste dimensioni e inatteso, molte imprese, e non solo le piccole e medie imprese, possono rivelarsi impreparate; l'opera di informazione, di assistenza, di promozione di buone prassi risulta pertanto importante purché tutte le misure di prevenzione e protezione possibili (igieniche e organizzative) siano effettivamente applicate: dal distanziamento, alla disponibilità dei DPI adeguati, al controllo e scaglionamento degli accessi, alla sanificazione dei servizi e spazi comuni, alla riorganizzazione delle attività (orari, smart working), ecc.

Diverse sono le richieste di chiarimenti che vengono rivolte ai Servizi di prevenzione delle ASL e anche segnalazioni da parte di lavoratori e RLS relativi alla inadeguatezza delle misure adottate, in particolare sull'adeguatezza dei DPI, sul mantenimento delle distanze di sicurezza e sulla gestione degli spazi comuni (mense, spogliatoi), sul controllo sanitario dei lavoratori, sulle procedure di sanificazione specifica.

È necessario che i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, come in molte situazioni stanno già facendo, dirigano la loro attenzione con iniziative proattive verso le imprese e servizi che mantengono o avvieranno l'attività, sia fornendo informazioni e assistenza a datori di lavoro, loro consulenti, RLS e lavoratori, ai Medici Competenti sia attraverso controlli mirati, da remoto ma anche entrando nelle aziende.

I Servizi possono pianificare controlli, tipo piano mirato di prevenzione, chiedendo alle imprese dei comparti più a rischio di documentare attraverso la autocompilazione di una check-list (molte quelle già predisposte dalle Regioni/ASL, dai sindacati, dalle associazioni professionali anche in Fase1) con la contro firma del RLS laddove esiste, quanto messo in campo su informazione, procedure organizzative, controllo dell'afflusso al lavoro, sistemi di trasporto al lavoro, particolarmente importanti nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura, percorsi interni, DPI, igiene dei reparti, presidi igienico assistenziali, modalità di interrelazione con fornitori, manutentori, lavoratori addetti alle pulizie, ecc.

Di sicura utilità anche la divulgazione sui propri siti di materiale documentale, mettendo a conoscenza delle aziende le misure generali da adottare, anche adattandole per i diversi settori lavorativi; utile la predisposizione di indirizzi per settori lavorativi, come già proposti per diversi settori da organismi vari (nel sito di CIIP sono state raccolte alcune schede di interesse), non ultimi quelli contenuti nel DPCM del 17 maggio predisposti dal Gruppo Tecnico Interregionale sicurezza lavoro.

In tutte le fasi è indispensabile il raccordo dei Servizi PSAL con il sistema di prevenzione di impresa: datori di lavoro, RSPP, RLS e MC; con questi ultimi anche per l'individuazione dei possibili contagiati e dei relativi contatti da sottoporre a misure di isolamento (vedi capitolo).

Le check list dovrebbero essere non solo una guida per il controllo ma anche indirizzate a stimolare tale rapporto, una sorta di riunione periodica anche allargata al Servizio di prevenzione della ASL.

Sarà una buona occasione per sviluppare la funzione di assistenza, prevista dal D.Lgs. 81/08 e realizzata in molteplici occasioni con risultati positivi, e per ricomporre la relazione tra Servizi e rappresentanze dei lavoratori in molti casi smarrita nel corso degli anni.

I sopralluoghi possono essere effettuati a campione, nei comparti più a rischio, sulla base delle risposte ricevute e della conoscenza del territorio, magari privilegiando le situazioni più problematiche o i "non responder".

La scelta dei settori lavorativi e delle imprese cui rivolgere gli interventi di prevenzione deve essere indirizzata dal sistema informativo disponibile nei Servizi PSAL delle ASL (flussi informativi INAIL-Regioni, relazioni dei medici Competenti, archivi interni, ecc.), dalle indicazioni previste dal Documento tecnico INAIL del 20/4/20, dalle segnalazioni di lavoratori e RLS. Utile sarebbe anche la

conoscenza della diffusione dei contagi per aree geografiche e nelle singole imprese (vedasi a questo proposito la proposta formulata da CIIP).

Le misure di prevenzione straordinarie previste dai DPCM per la prevenzione del contagio da COVID-19 si aggiungono a quelle specifiche previste dal DLgs 81/08, che devono comunque essere già presenti.

Le eventuali sanzioni che dovessero essere comminate per la mancata applicazione dei DPCM sono sanzioni amministrative e vengono applicate dal Prefetto; gli strumenti di prescrizione ex D.Lgs. 81/08 e 758/94 sono applicabili solo per quanto attiene i DPI (art. 74) e ovviamente ad altre violazioni alle norme previste dal D.Lgs. 81/08 per tutti i rischi connessi alla attività lavorativa. A tale riguardo si veda l'articolo del Prof. Paolo Pascucci pubblicato sia sul sito di Olympus che su quello di CIIP.

A proposito del rapporto tra ASL/ATS e Prefetture e altri Enti (INAIL, VVFF, Ispettorato Nazionale del Lavoro, Guardia di Finanza, Forze dell'ordine, Polizia locale...) la normativa specifica di vario grado (DL, DPCM, Circolari ministeriali, ecc.) di questi mesi è risultata alquanto confusa e, soprattutto, salvo eccezioni, non ha tenuto conto delle specifiche competenze delle diverse istituzioni coinvolte escludendo a volte le ASL/ATS tra i soggetti istituzionali di cui il Prefetto si avvale.

CIIP e AIAS, con il rilevante contributo giuridico del Prof. Paolo Pascucci (Università di Pesaro-Urbino e Olympus) hanno proposto un emendamento al DL 25/3/20 n. 19 in sede di conversione in legge, emendamento presentato dall'on. Elena Carnevali alla Commissione XII della Camera ed approvato dalla stessa il 20/4/20. L'emendamento include le ASL e l'INL tra le istituzioni di cui il Prefetto si avvale per i controlli circa l'attuazione delle misure di prevenzione del contagio nei luoghi di lavoro.

Il 21 maggio 2020 il Senato ha definitivamente convertito in legge il D.L. 19/2020 nel testo già approvato dalla Camera e quindi con l'emendamento che ha integrato l'art. 4, comma 9, che prevede anche le ASL e l'INL (nei limiti delle proprie competenze) a supporto dei Prefetti. Conseguentemente tutte le norme di minor rango dovranno adeguarsi alla nuova legge.

In tale contesto è quanto mai opportuno che i Servizi delle ASL, mettano a disposizione delle Prefetture le informazioni in loro possesso sulle aziende per una programmazione di interventi, sia in autonomia che insieme alle altre forze in campo (Ispettorato del Lavoro, NAS, Guardia di Finanza, Polizia...). Un esempio positivo di regolazione delle attività di controllo relative alla prevenzione COVID-19 nelle attività lavorative è stato realizzato, ancor prima della conversione in legge del D.L. 19/2020, dalla prefettura di Bari.

In tutte le fasi i Servizi PSAL possono, e dovrebbero, operare in sinergia con altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione (Igiene Pubblica, Igiene Alimenti, Promozione della salute), con i Dipartimenti veterinari e con i Servizi di Accreditamento, che hanno conoscenze approfondite dei rispettivi settori di intervento nonché relative a strategie di comunicazione. Un buon esempio in tal senso è l'esperienza della Regione Veneto che ha promosso un vero e proprio piano di controlli, definendone gli obiettivi e le risorse, basato sulla centralità del Dipartimento di Prevenzione, in sinergia con i medici competenti e i MMG, e comunicando agli utenti le finalità e periodicamente i risultati delle attività.

Ovviamente gli operatori dei Servizi di prevenzione delle ASL devono essere dotati di tutti i DPI necessari. Troppi sono stati gli operatori sanitari contagiati, anche nei Dipartimenti di Prevenzione. Occorre, inoltre, che vengano ridefinite le procedure di sicurezza con la collaborazione del SPP della ASL. A titolo esemplificativo riportiamo in allegato le note del Servizio PSAL dell'ATS di Milano.

Certamente le possibilità di intervento sono limitate dal depauperamento di personale subito dai

Dipartimenti di prevenzione che in 10 anni hanno complessivamente subito un dimezzamento del personale in tutto il territorio nazionale, una vera lacerazione dei Servizi di prevenzione delle ASL. È auspicabile che questa drammatica esperienza convinca a rivedere l'intera politica sanitaria destinando maggiore attenzione e risorse alle strutture sanitarie territoriali e più in generale alla prevenzione.

La giusta attenzione alla verifica dell'applicazione delle misure antiCOVID-19 nelle attività lavorative non deve far minimamente trascurare l'attività di prevenzione dei Servizi PSAL verso tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori connessi alle attività lavorative, utilizzando tutte le funzioni assegnate dalla normativa: informazione, assistenza, vigilanza. Ciò ad evitare che la ripresa produttiva non si accompagni ad una ripresa degli incidenti, infortuni, malattie professionali.

Come ormai assodato la gestione dell'emergenza da COVID-19 ha dimostrato la debolezza della prevenzione e della sanità territoriale nell'ambito del SSN, dei Dipartimenti di Prevenzione, strutture essenziali per arginare la diffusione dei contagi nel territorio purché dotati di adeguate risorse di personale, di dimensioni gestibili, informatizzati, in rete con le altre strutture, in particolare con i servizi di epidemiologia.

È auspicabile che le risorse finanziarie che verranno destinate per il potenziamento delle strutture del SSN, annunciate dal Ministro della Salute, comprendano il potenziamento anche dei Dipartimenti di prevenzione fortemente depauperati di personale. CIIP si batterà anche per questo.

PROCEDURE DI SICUREZZA PER I SOPRALLUOGHI NEGLI AMBIENTI DI LAVORO - ATS MILANO

I trasferimenti con auto di servizio sono svolti con due operatori per macchina, che occupano il sedile di guida e quello posteriore controlaterale, e indossano la mascherina chirurgica e guanti.

- Prima di partire igienizzare le superfici dell'automezzo che si toccano (volante cruscotto, maniglie, leva del cambio) con soluzioni di ipoclorito o alcol secondo le indicazioni ufficiali
- Viene tenuta a bordo l'attrezzatura di protezione (tuta, maschera FFP3 monouso o semi facciale con filtro FFP3, calzari, guanti, occhiali) e gel igienizzante da utilizzare prima di indossare i DPI
- Durante il sopralluogo, in presenza di altre persone, va sempre indossata la mascherina chirurgica e comunque mantenuta la distanza maggiore di 1 m.
- Vanno indossati i guanti monouso soprattutto se occorre toccare superfici come maniglie, corrimano, pulsantiera, ecc.
- La mascherina e i guanti possono essere rimossi in ufficio, dove devono essere sempre disponibili detergente o igienizzante per lavare le mani
- Le auto di servizio e le attrezzature devono essere sanificate se utilizzati da personale positivo o sospetto di COVID-19
- La sanificazione del mezzo viene effettuata dai disinfestatori della ATS portandolo presso una loro sede.