



*Consulta Interassociativa
Italiana per la Prevenzione*



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

Giugno 2020 - aggiornato punto 7 a settembre 2020

CIIP – Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione
Via San Barnaba 8 – 20122 Milano www.ciip-consulta.it -
consulta.prevenzione@unimi.it

PREMESSA

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 sulle indagini epidemiologiche ed i test, quelli con indicazioni generali di AIAS, quelli sulla formazione di **Ambiente & Lavoro** e AIFOS, i documenti ANMA sul ruolo del Medico Competente in fase COVID le lettere SNOP a Regioni, Sindacato, Ministero della Sanità.

Nello stesso spazio sono stati pubblicati anche documenti di altre Associazioni che non aderiscono a CIIP quali AIDII, ANAS, Siti, Sitelab, 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

PREMESSA	1
1. INDICAZIONI GENERALI SU COME GARANTIRE LA SALUBRITÀ DEI LOCALI IN PERIODO COVID	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 NELL'EMERGENZA COVID	18
6. ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO IN SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	20
7. LA SORVEGLIANZA SANITARIA CORRELATA A COVID-19	23
8. LAVORATORI FRAGILI: POSSIBILI ATTIVITÀ DI SUPPORTO IN AZIENDA	36
9. RUOLO DEI SERVIZI PSAL DELLE ASL	42

Hanno collaborato:

Antonia Ballottin

Tommaso Bellandi - PhD Eur.Erg.

Direttore UOC Sicurezza del Paziente - Azienda USL Toscana Nordovest
Presidente Società Italiana di Ergonomia e fattori umani (SIE)

Laura Bodini Coordinatrice Gruppi di lavoro CIIP

Gilberto Boschioli Medico del lavoro – Direttivo ANMA

Susanna Cantoni Presidente CIIP

Norberto Canciani

Direttore tecnico scientifico e della formazione Ambiente & Lavoro – Vicepresidente CIIP

Umberto Candura Presidente ANMA

Fulvio D'Orsi Medico del lavoro

Francesco Santi Presidente AIAS

Matteo Tripodina Presidente AIREPSA-Vicepresidente CIIP

1. Indicazioni generali su come garantire la salubrità dei locali di vita e lavoro in periodo Covid

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, fan coil e ventilatori
- 5.5 – Frequente pulizia di split, fan coil, 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 Covid 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, fan coil 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, fan coil a pavimento, fan coil a parete, fan coil 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, fan coil, 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 superficie 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 superficie. 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

Per questo tema si rinvia alla sezione [COVID-19](#) del sito di AiCARR.

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 dlgs 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, 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 possibili 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 contemperare 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 Parti 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 CovSars-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 consente 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 CE.

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 socio-sanitario, 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'espriato 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, 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, 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 razionale 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 per 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**.

Nelle situazioni 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 gravi 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 e Piero Patanè, Danilo Bontadi e Gilberto Boschioli, ANMA (aggiornato a settembre 2020)

Premessa

Le disposizioni normative e le raccomandazioni delle istituzioni e delle società scientifiche assegnano al medico competente una funzione centrale nella ripresa delle attività produttive in questa nuova fase della pandemia. Il ruolo prioritario del medico competente è indubbiamente rappresentato dalla consulenza al datore di lavoro per l'adozione di misure idonee a minimizzare il rischio di contagio sul luogo di lavoro, supportandolo nell'adattare alla specificità dell'azienda le indicazioni delle norme e delle linee guida e tenendo conto dell'andamento epidemiologico nel contesto territoriale.

La sorveglianza sanitaria, in questa fase, ha essenzialmente la funzione di accompagnare le persone nel rientro al lavoro, valutando l'idoneità lavorativa con particolare riguardo ai soggetti ipersuscettibili, ma anche svolgendo azioni sinergiche con i Medici di Medicina Generale (MMG) e con gli organi di sanità pubblica (nell'ambito dei rispettivi ruoli) al fine di evitare che un lavoratore diffonda il contagio in azienda e di prevenire lo sviluppo di focolai epidemici a partenza dal luogo di lavoro, tutelando in tal modo sia la salute del lavoratore, sia la collettività.

Numerose disposizioni normative hanno contribuito a delineare in maniera puntuale obiettivi e strumenti specifici per la sorveglianza sanitaria correlata a COVID19, in particolare:

- Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro del 24 aprile 2020, allegato al DPCM del 17.5.2020;
- Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-Cov-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione, approvato dal Comitato Tecnico Scientifico e pubblicato dall'INAIL il 23 aprile 2020;
- DL n. 34 del 19 maggio 2020 convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020 n. 77;
- Circolare del Ministero della Salute n. 14915 del 29 aprile 2020;
- DL 83 del 30 luglio 2020;
- Circolare del Ministero della salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali n. 13 del 4 settembre 2020;
- Nota del Ministero dell'Istruzione ai dirigenti scolastici n. 1585 del'11 settembre 2020.

Nell'evoluzione della normativa alcune disposizioni sono state ritirate ed altre modificate in relazione ai cambiamenti del quadro epidemico. Il presente documento di consenso, pubblicato in una prima versione a giugno ed aggiornato a settembre, intende fornire indicazioni per facilitarne la concreta attuazione in coerenza col quadro normativo di riferimento. Anche in questa fase, infatti, il ruolo del medico competente rimane sempre ancorato agli adempimenti e alle modalità operative stabilite dal D.Lgs.81/08.

La riorganizzazione della sorveglianza sanitaria

Nella prima fase della pandemia vi è stata una raccomandazione condivisa¹ di differire la sorveglianza sanitaria al pari di tutte le prestazioni sanitarie di carattere non urgente e soprattutto non di tipo clinico-diagnostico (come ad esempio le attività istituzionali di medicina legale). Questa indicazione si basava sull'idea della visita medica periodica come una possibile e non necessaria occasione di contagio (soprattutto se eseguita in ambienti ad uso non sanitario o se richiedeva spostamenti o trasferte) in una fase crescente della curva epidemica, in particolare in alcune regioni dove era maggiore la circolazione del virus. Veniva altresì suggerita la possibilità, nei casi urgenti, di sostituire la visita medica con un colloquio clinico-anamnestico da remoto, unito all'esame di documentazione sanitaria già esistente (es. visite a richiesta).

Ad oggi dobbiamo considerare in parte superata questa indicazione, non solo perché siamo in una fase diversa dell'epidemia (anche se in modo non uniforme nelle diverse aree del Paese), ma soprattutto perché la sorveglianza sanitaria costituisce uno degli strumenti utili per accompagnare il rientro dei lavoratori e la ripresa del lavoro. A tal fine però è necessaria una riorganizzazione nelle procedure e nei contenuti. Non si tratta infatti di rispettare le scadenze delle visite e gli altri obblighi di legge relativamente ai "comuni" rischi occupazionali, ma di istituire un'attività di sorveglianza sanitaria che sia aderente ai problemi di salute sul lavoro che caratterizzano il periodo che stiamo attraversando.

La Circolare 14915 del Ministero della salute, emanata in aprile, indicava la possibilità di differire le visite mediche periodiche (art. 41, comma1, lettera b) e le visite di fine rapporto di lavoro (art. 41, comma 1, lettera e) a dopo il 31 luglio 2020.² La successiva Circolare n. 13, emanata in settembre, raccomanda nella fase attuale di tendere gradualmente al ripristino della sorveglianza sanitaria, a condizione che sia consentito operare nel rispetto delle misure igieniche e tenendo conto dell'andamento epidemiologico locale. Ove necessario, possono ancora essere differite, secondo la valutazione del medico, le visite periodiche e di fine rapporto. In tali casi è preferibile rimandare le visite periodiche che prevedono, in base al protocollo di sorveglianza sanitaria, scadenze più lunghe, riguardanti soggetti con piena idoneità, delle fasce di età più giovani.

Sono considerate invece urgenti e non differibili le visite preventive/preassuntive (art. 41 comma 1 lettera a ed e-bis), le visite su richiesta (lettera c) e le visite da rientro (lettera e-ter), che sono da rimodulare quando l'assenza per motivi di salute è dovuta al COVID19 (vedi oltre). L'urgenza delle visite per cambio mansione (lettera d) è da valutare in relazione alle condizioni del lavoratore e alla differenza di esposizione ai rischi lavorativi rispetto alla mansione già ricoperta. Prioritariamente vanno esaminati i soggetti di età superiore a 55 anni, portatori di patologie, idonei con limitazioni/prescrizioni, anche per quanto attiene agli aspetti di ipersuscettibilità che verranno approfonditi più avanti.

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

¹ ANMA Comunicato in tema di emergenza coronavirus (24.2.2020) - CIIP : Ruolo del medico competente nella prevenzione del contagio di COVID19 negli ambienti di lavoro – Alcune indicazioni di CIIP (12.3.2020); - SIML Protocollo di intesa tra le parti sociali del 14.3.2020 – Osservazioni della Società Italiana di Medicina del Lavoro (15.3.2020) -- Confindustria: Nota illustrativa al Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro del 14 marzo 2020

² Al fine di posticipare le visite il medico competente può avvalersi della facoltà prevista dall'art. 41, comma2, lettera b) di stabilire la periodicità delle visite in funzione della valutazione del rischio.

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 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.

E' 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 mobilizzare), 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.

In ogni caso sono 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 per la possibile presenza del virus nelle urine³) 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.

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.

Il rientro in azienda

Circa il 30% dei casi di COVID19 richiede l'ospedalizzazione con il ricovero in terapia intensiva o un sostegno respiratorio minore. Osservazioni recenti dimostrano che nei casi più gravi, oltre alla

³ 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

polmonite interstiziale, si instaura un quadro di coagulopatia che interessa vari organi. Le nostre conoscenze sui postumi a medio e lungo termine, nei casi gravi di COVID19 sono ancora limitate.

In considerazione di quanto detto. Il DPCM del 26.4.2020 ha esteso l'obbligo della visita medica alla ripresa del lavoro dopo assenza per malattia di durata superiore a 60 giorni continuativi (art. 41, comma1, lettera e-ter) a tutti i casi di COVID 19, indipendentemente dalla lunghezza dell'assenza. La visita deve essere effettuata quando la malattia ha richiesto il ricovero ospedaliero (Circolare del Ministero della salute n. 14915 del 29.4.2020). La finalità della visita, infatti, non è quella di verificare l'avvenuta guarigione per quanto attiene il rischio di contagio, ma di valutare l'idoneità al lavoro al momento della ripresa dell'attività lavorativa, in relazione alla possibile riduzione della funzionalità respiratoria, alla perdita di forza muscolare conseguente all'immobilizzazione in terapia intensiva, alla necessità di fisioterapia e riabilitazione.

Problemi riconducibili alla sindrome post-traumatica da stress e altri disturbi del SNC possono essere assenti alla momento del rientro al lavoro, ma comparire a distanza di tempo⁴. Nel complesso i soggetti che hanno avuto il COVID19 in forma grave necessitano di una particolare attenzione nel rientro al lavoro e possono richiedere tempi lunghi per il completo recupero dell'idoneità lavorativa.

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.

In questo periodo, comunque, nelle aziende, anche gli aspetti relativi al rischio di contagio al rientro del lavoratore, sono fonte di preoccupazioni che determinano richieste spesso improprie. Per fare chiarezza su questi aspetti, nella tab. 1 sono riassunti i criteri per il rientro al lavoro nelle diverse tipologie di assenze riferibili a COVID19.

Tab. 1 Criteri per il rientro al lavoro nei casi di assenza riferibili a COVID19

Casistica	Criteri per il rientro al lavoro
Caso di COVID19 accertato con ricovero ospedaliero	Certificazione di avvenuta negativizzazione da parte del Dipartimento di prevenzione della ASL di competenza a seguito di due tamponi negativi effettuati a distanza di almeno 24 ore + visita da rientro effettuata dal medico competente
Caso di COVID19 accertato senza ricovero ospedaliero	Certificazione di avvenuta negativizzazione da parte del Dipartimento di prevenzione della ASL di competenza a seguito di due tamponi negativi effettuati a distanza di almeno 24 ore + visita da rientro effettuata dal medico competente solo se l'assenza ha superato i 60 giorni continuativi
Lavoratore in quarantena o in isolamento fiduciario (contatto stretto di un caso accertato, provenienza dall'estero o da zona a rischio, ecc.)	Alla scadenza del periodo di quarantena senza alcuna specifica certificazione

⁴ ANMA Covid19 Accompagnare il lavoratore al rientro. Vademecum del medico competente

Lavoratore sintomatico (possibile sospetto COVID19) che non ha effettuato il tampone	Alla scadenza del periodo di malattia certificato dal medico di medicina generale senza alcuna specifica certificazione di guarigione. E' comunque consigliato il contatto tra medico competente e MMG per una migliore comprensione del caso
--	---

I test diagnostici

Ai fini del rientro al lavoro è diffusamente sentita l'esigenza di un test diagnostico facilmente eseguibile su larga scala che consenta di individuare i soggetti in condizioni di diffondere il contagio e quelli immuni all'infezione. Anche 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" prevede che il medico competente possa adottare nella sorveglianza sanitaria "mezzi diagnostici utili al fine del contenimento della diffusione del virus e della salute del lavoratore".

Purtroppo ad oggi non sono disponibili strumenti diagnostici che rispondano appieno alle predette esigenze.

Il protocollo condiviso prevede che il datore di lavoro possa impedire l'accesso al luogo di lavoro ai lavoratori che presentino sintomi di infezione delle vie respiratorie e che possa eseguire il controllo della temperatura prima dell'ingresso in azienda (in Lombardia ⁵ è reso obbligatorio nei confronti dei lavoratori e raccomandato per clienti/utenti). Tale metodica tuttavia, oltre ad essere del tutto aspecifica, 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.

I test diagnostici più diffusamente applicati sono di due tipi.

- A. I **test di diagnosi molecolare** che rilevano il virus nelle secrezioni respiratorie attraverso metodi di RT-PCR (metodica molecolare rapida) per amplificazione di geni virali (**tampone rino-faringeo**). Rappresentano ad oggi l'esame diagnostico fondamentale per fare diagnosi di COVID-19, per definire la guarigione e per individuare i portatori sani del virus. È una procedura che consiste nel prelievo delle cellule superficiali della mucosa della faringe posteriore o della rinofaringe, mediante un piccolo bastoncino ovattato, simile ad un Cotton fioc. Dal materiale biologico viene effettuata l'estrazione e la purificazione dell'acido ribonucleico per la successiva ricerca dell'RNA virale, utilizzando una metodica molecolare rapida.⁶
- B. I **test sierologici** che rilevano gli anticorpi IgG e IgM specifici verso il virus SARSCoV-2. I test sierologici a loro volta sono di due tipi, quelli rapidi e quelli quantitativi o semiquantitativi. I **test rapidi** rilevano gli anticorpi IgG e IgM tramite il prelievo di una goccia di sangue (di solito capillare) senza dosarli. Hanno scarsa specificità e non valutabile sensibilità, utili per lo più in campagne di screening. I **test sierologici quantitativi** dosano in maniera specifica le quantità

⁵ Ordinanza 546 del 13 maggio 2020

⁶ Sono stati recentemente sviluppati test diagnostici antigenici rapidi che rilevano la presenza del virus in soggetti infetti. Questi test hanno un costo molto contenuto e forniscono una risposta in pochi minuti. Sono meno sensibili del test molecolare classico (la sensibilità dichiarata dal produttore non supera l'85%), anche se hanno in genere una buona specificità. Si tratta di una soluzione molto promettente, la cui validità nei diversi contesti operativi, tuttavia, deve essere ancora valutata.

di anticorpi prodotti (o nel caso dei semi-quantitativi secondo un cut-off), hanno buona sensibilità e specificità. I test semiquantitativi del tipo CLIA e/o ELISA possono avere una specificità non inferiore al 95% e una sensibilità non inferiore al 90%.

Ad oggi la diagnosi di COVID-19 poggia unicamente sul risultato del tampone-nasofaringeo, unico strumento diagnostico riconosciuto e validato, con alta specificità, ma con una sensibilità che varia dal 66 al 74% in fase pre-analitica. I test sierologici sono ancora in fase sperimentale, e l'OMS in una nota pubblicata il 16 aprile 2020 dichiara che non è possibile attribuire alla persona il "passaporto immunitario nel contesto della COVID-19" e neppure il "certificato di riskfree". Secondo il parere espresso dal Comitato tecnico scientifico istituito presso il Dipartimento di Protezione civile, i test sierologici non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei, secondo i protocolli indicati dall'OMS.⁷

Un test anticorpale negativo può avere vari significati: una persona non è stata infettata, oppure è stata infettata meno di 8-10 giorni prima e non ha ancora sviluppato la risposta anticorpale al virus (cosiddetto "periodo finestra"), oppure è stata infettata, ma il titolo anticorpale che ha sviluppato è, al momento dell'esecuzione del test, al di sotto del livello di rilevabilità del test. E' possibile quindi che il soggetto negativo al test sia in realtà già contagiato e in condizioni di diffondere il virus.

Per contro un test anticorpale positivo (anche alle sole IgG con IgM negative) non implica che la persona abbia superato l'infezione e non sia più contagiosa, perché i tempi di eliminazione del virus possono essere molto lunghi. Inoltre ad oggi non è ancora noto se la risposta anticorpale conferisca immunità che protegga verso una seconda infezione e, nel caso, quanto questa sia duratura.

L'uso dei test sierologici è quindi attualmente raccomandato soprattutto nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale, in quanto può evidenziare a posteriori l'avvenuta esposizione al virus anche in soggetti asintomatici o paucisintomatici, consentendo di stimare la diffusione dell'infezione in una comunità e per definire più compiutamente il tasso di letalità dell'infezione virale rispetto al numero di pazienti contagiati.

La tabella 2 riassume attuali punti di forza e limiti dei diversi tipi di test

Tabella 2: Punti di forza e criticità dei test diagnostici

TEST	PUNTI DI FORZA	CRITICITA'	NOTE E PROPOSTE
Ricerca RNA virale (tampone naso faringeo)	test diagnostico di infezione alta specificità processabile in strutture pubbliche e private accreditate	stretta dipendenza dalla fase temporale dell'infezione operatore dipendente specie nella fase preanalitica sensibilità variabile, costo elevato, complessità dell'indagine, lunghi tempi di risposta	indispensabile la preparazione del personale dedicato possibilità di essere richiesto dal medico del lavoro

⁷ Circolare del Ministero della Salute n. 6106 del 9.05.2020

Test sierologico quantitativo	monitoraggio stato immunitario alta sensibilità e specificità possibilità di grandi numeri	non si conoscono ancora con precisione i tempi di comparsa e di persistenza delle immunoglobuline disponibilità limitata e costi alti	in caso di indisponibilità del tampone per definire un punto zero fare 2 test a distanza di 8-10 gg
Test rapido qualitativo	possibilità di essere utilizzato su larga scala basso costo	scarsa specificità e non valutabile la sensibilità difficoltà nella registrazione e documentazione dei risultati	in caso di positività effettuare la conferma con test quantitativo

Bisogna tuttavia considerare che l'uso di un test diagnostico in medicina del lavoro presenta caratteristiche peculiari per le specifiche condizioni in cui opera il medico del lavoro, sottoponendo i lavoratori a controlli ripetuti a scadenze prefissate, selezionando la popolazione lavorativa secondo criteri definiti ed interpretando i risultati degli accertamenti diagnostici anche in base agli elementi ricavati dall'anamnesi e dalla visita medica.

Ripetere il test a scadenze più o meno ravvicinate ne accresce la sensibilità. Inoltre, se la popolazione lavorativa è selezionata all'origine (ad esempio escludendo i soggetti sintomatici), ne consegue che l'aumento della prevalenza della condizione di soggetto non contagioso nella popolazione in esame aumenta il valore predittivo negativo del test.

Ad oggi molte regioni hanno disciplinato l'uso dei test sierologici, quasi sempre per attuare studi epidemiologici di sieroprevalenza in gruppi a rischio; in alcuni casi dando indicazioni per la libera applicazione dei test in azienda. Da una lettura comparata delle disposizioni delle diverse Regioni e del Ministero della salute è possibile ricavare le seguenti indicazioni che costituiscono una sorta di minimo comun denominatore:

- 1) Sono raccomandati i test semiquantitativi del tipo CLIA e/o ELISA con una specificità non inferiore al 95% e una sensibilità non inferiore al 90%.
- 2) Se si adottano i test rapidi qualitativi come screening, i soggetti positivi devono effettuare un test semiquantitativo come esame di secondo livello per confermare che la positività riguardi effettivamente il virus SARS-CoV2
- 3) I soggetti negativi al test (sia rapidi che semiquantitativi) dovrebbero ripetere il test almeno una seconda volta a distanza di 1-2 settimane, per confermare la condizione di non contagiosità al tempo 0
- 4) In ogni caso, tutti i soggetti positivi ai test sierologici, sia alle IgM sia alle sole IgG, devono necessariamente sottoporsi al tampone rino-faringeo per stabilire se sono ancora contagiosi o se possono rientrare in azienda senza rischi per gli altri.

Considerando i limiti attuali dei test, è sempre preferibile applicarli adottando un approccio progettuale, concordato con il sistema sanitario regionale, che contribuisca anche ad uno studio epidemiologico del contesto territoriale, finalizzato a valutare la prevalenza dello stato immunitario, da cui dipende il valore predittivo del test ed è quindi utile anche ai fini dell'interpretazione dei risultati.

La scelta di utilizzare test diagnostici o di screening deve comunque avere nel medico competente il soggetto che governa un progetto aziendale che ha come obiettivi:

- ▪ individuare i lavoratori positivi asintomatici
- ▪ valutare l'efficacia delle misure di contenimento messe in atto dall'azienda
- ▪ identificare le modalità più appropriate per un follow-up dei lavoratori.

Il progetto comprende:

- **FORMAZIONE:** è necessario che i lavoratori siano informati sulle finalità del progetto e sulle modalità di svolgimento ed effettuazione dei test anche in modalità da remoto.
- **MODULISTICA:** informativa privacy, consenso informato, raccolta anamnestica tramite questionario autosomministrato con acquisizione di dati anamnestici, attuali e pregressi, relativi a sintomi di infezione, stato immunitario, uso di farmaci specie se immunosoppressivi
- **PROCEDURE DI ESECUZIONE,** tracciando e specificando: il flusso dei lavoratori, i locali dedicati, i DPI e le procedure di protezione utilizzati da parte degli operatori e dei lavoratori.
- **CONDIVISIONE DEI DATI CON LE AUTORITA' SANITARIE,** con la necessaria comunicazione alle Aziende Sanitarie di riferimento, deputate alla sorveglianza epidemiologica; segnalazione che va fatta anche ai Servizi di Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro.
- **GESTIONE DEI CASI POSITIVI** che va fatta in collaborazione con il MMG e le autorità sanitarie regionali
- **CONFRONTO DEI DATI CON L'OSSERVATORIO NAZIONALE E RELAZIONE PERIODICA**

Merita infine evidenziare le indicazioni formulate dal Garante per la protezione dei dati personali che aiutano a definire le modalità pratiche di attuazione:⁸

- Il datore di lavoro può sottoporre i lavoratori ai test sierologici solo se questi sono disposti dal medico competente considerando la validità e l'appropriatezza dei test stessi. In ogni caso il datore di lavoro non può conoscere l'esito dei test, ma solo i conseguenti giudizi di idoneità;
- I programmi di screening per indagini epidemiologiche di sieroprevalenza disposti dai Servizi sanitari regionali che coinvolgono i lavoratori devono essere su base volontaria;
- I datori di lavoro possono offrire ai propri dipendenti, anche tramite fondi sanitari integrativi, l'esecuzione di test sierologici, solo su base volontaria e senza la possibilità di conoscerne l'esito.

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 prevedeva che il medico competente segnalasse all'azienda situazioni di fragilità e patologie attuali o pregresse dei dipendenti che richiedessero particolare tutela.⁹ 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 emergenza, anche nelle aziende che non sono

⁸; <https://www.garanteprivacy.it/temi/coronavirus/faq#lavoro>

⁹ L'indicazione, così formulata, risultava estranea alle procedure e agli strumenti previsti per il medico competente dal D.Lgs. 81/08 nonchè 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,

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 decreto¹⁰.

Le suddette disposizioni si ricollegavano alla raccomandazione del DPCM 17 maggio 2020¹¹ rivolta, nella prima fase della pandemia, a tutte le persone anziane o affette da patologie croniche o con multimorbilità, ovvero con stati di immunodepressione congenita o acquisita di evitare di uscire dalla propria abitazione al di fuori dei casi di stretta necessità e di evitare comunque luoghi affollati nei quali non fosse possibile mantenere una distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro.

Fino al 31 luglio 2020¹² per i disabili gravi (art. 3, comma 3 della L. 104/92) e per 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) il periodo di assenza per malattia certificato dal MMG era equiparato al ricovero ospedaliero.

Come chiarito dalla Circolare n.13 del 4 settembre 2020, il DL 83 del 30 luglio 2020 sul prolungamento dello stato di emergenza **non ha prorogato le suddette disposizioni**, che quindi cessano di produrre effetti dal 1 agosto 2020.

La materia pertanto è attualmente ricondotta all'interno del vigente contesto normativo di riferimento ed in particolare all'art. 41 del D.Lgs. 81/08 (Sorveglianza sanitaria).

La predetta circolare n. 13 indica inoltre che i datori di lavoro che non hanno l'obbligo di nominare un medico competente ai sensi del D.Lgs. 81/08 (ferma restando la facoltà di nominarlo comunque) possono inviare a visita i lavoratori fragili e ipersuscettibili presso enti pubblici o istituti specializzati di diritto pubblico, ai sensi dell'art. 5 della L. 300/70, rivolgendosi ad esempio all'INAIL (secondo le procedure prima indicate), alle Aziende sanitarie locali o ai dipartimenti di medicina legale e di medicina del lavoro delle Università.

I soggetti fragili e ipersuscettibili sono quindi sottoposti a visita medica da parte del medico competente (o degli enti individuati ai sensi dell'art. 5 della L. 300/70) che esprime un giudizio di idoneità.

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."

¹⁰ Decreto interministeriale del Ministro del Lavoro e delle politiche sociali e del Ministro dell'Economia e delle finanze del 23 luglio 2020

¹¹ La raccomandazione è stata inserita per la prima volta nel DPCM del 8.3.2020 e quindi ripresa dai successivi decreti.

¹² Art. 74 del DL 34 del 19.5.2020 convertito con L. 77/2020, che ha prorogato il termine del 30/4/2020 fissato dal DL 17.3.2020 n. 18 convertito con L. 27/2020

Una corretta gestione dei lavoratori fragili deve quindi prevedere:

- a) 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;
- b) 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 scientifiche¹³ 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 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 COVID19 n. 45/2020) non dà invece evidenze di trasmissione del virus SARS-Cov2 attraverso il latte materno, né definisce l'allattamento al seno come una condizione di ipersuscettibilità all'infezione COVID19. 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

¹³ 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)

- 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;
- fase dell'epidemia nel territorio in cui si trova il lavoratore (livello di circolazione del virus);
- rischio generico aggravato di contagio connesso alla mansione specifica. Gli elementi da valutare, in accordo con i criteri dell'INAIL, sono: la presenza di specifiche fonti di esposizione (es. cura dei malati COVID-19, gestione dei rifiuti ospedalieri); il fattore aggregazione (es. contatto col pubblico); il fattore concentrazione (distanza interpersonale con altri lavoratori);
- rischio connesso alle modalità di spostamento da casa al lavoro.

Il giudizio di idoneità potrà prevedere l'adozione di maggiori cautele, l'esclusione dai compiti lavorativi a maggior rischio, fino ad una non idoneità temporanea.

L'art. 90 del DL 34 del 19 maggio 2020 è stato modificato dalla legge di conversione n. 77 del 17 luglio 2020, introducendo per i lavoratori fragili ed ipersuscettibili accertati dal medico competente il diritto al lavoro agile da remoto, a condizione che tale modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione lavorativa. L'indicazione della 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). Il DL 83 del 30 luglio 2020 sul prolungamento dello stato di emergenza ha prorogato il predetto art. 90 fino al 15 ottobre 2020. 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. Ovviamente l'impugnazione dovrà essere sostenuta da valide motivazioni. Meglio sarebbe, in caso di controversie, attivare in prima istanza le rappresentanze sindacali che potranno aprire un confronto con il datore di lavoro per trovare idonee soluzioni senza adire alle vie legali.

In conclusione, nell'ambito del percorso aziendale nel quale il datore di lavoro abbia individuato, in collaborazione con il comitato di garanzia, quali siano le mansioni e le attività a maggior rischio di esposizione, e quali siano, eventualmente, le misure di tutela che intende adottare, all'esito della visita di valutazione della condizione di fragilità o ipersuscettibilità, 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.

La nota del MIUR ai dirigenti scolastici n. 1585 dell'11 settembre 2020 rappresenta un tentativo di applicazione di questo approccio procedurale. Il docente non idoneo temporaneamente potrà essere applicato in mansioni diverse che non prevedono contatto con gli studenti, come biblioteca o lavoro amministrativo, compatibilmente con gli istituti contrattuali della categoria. Qualora ciò non sia possibile (o il medico lo ritenga non idoneo a qualsiasi attività sul luogo di lavoro), verrà collocato in malattia fino alla scadenza del periodo di inidoneità temporanea. Non è chiaro se a tal fine, oltre al giudizio di non idoneità, sia necessario anche il certificato del Medico di medicina generale.

Indubbiamente con l'evoluzione della pandemia la logica della gestione dei lavoratori fragili si è ribaltata. Inizialmente la principale soluzione per questi casi era restare a casa e di conseguenza la gestione stava prioritariamente ai MMG e solo quando il medico non certificava l'assenza, il caso arrivava al medico competente. In questa fase invece l'obiettivo prioritario è consentire il rientro al lavoro anche di questi soggetti, garantendo adeguate misure protettive. Quindi la gestione dei casi è prioritariamente del medico competente e solo quando si arriva ad un giudizio di non idoneità (che dovrebbe essere residuale) si può pensare ad un'assenza certificata dal MMG.

Rimane comunque l'esigenza di chiare indicazioni normative sulle soluzioni possibili e le tutele applicabili in tutti i casi di non idoneità.

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.)

Quando si verifica un caso di COVID-19 in azienda la comunicazione può pervenire dalle Autorità sanitarie che richiedono collaborazione, ma non è infrequente che pervenga dal lavoratore stesso, magari già in isolamento attivo o in quarantena. In questi casi, se non sono ancora trascorsi 14 giorni dall'abbandono del posto di lavoro, nelle more dell'intervento dell'autorità sanitaria, il datore di lavoro, anche attraverso il medico competente deve:

- identificare i contatti stretti del caso in azienda¹⁴, i quali possono essere allontanati dal luogo di lavoro in via cautelativa, segnalati all'autorità sanitaria ed invitati ad informare il proprio MMG
- identificare i locali, le attrezzature e i veicoli con cui è stato in contatto il caso nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi e provvedere alla pulizia e sanificazione;
- informare i clienti, fornitori e appaltatori che possono avere avuto contatti con il caso.

In figura 1 è riportato il diagramma di flusso delle azioni da mettere in atto quando arriva la segnalazione di un caso¹⁵.

Come è stato già evidenziato, è opportuno che il medico competente prenda contatto e scambi informazioni con i MMG dei lavoratori ai fini della gestione dei lavoratori ipersuscettibili, del rientro

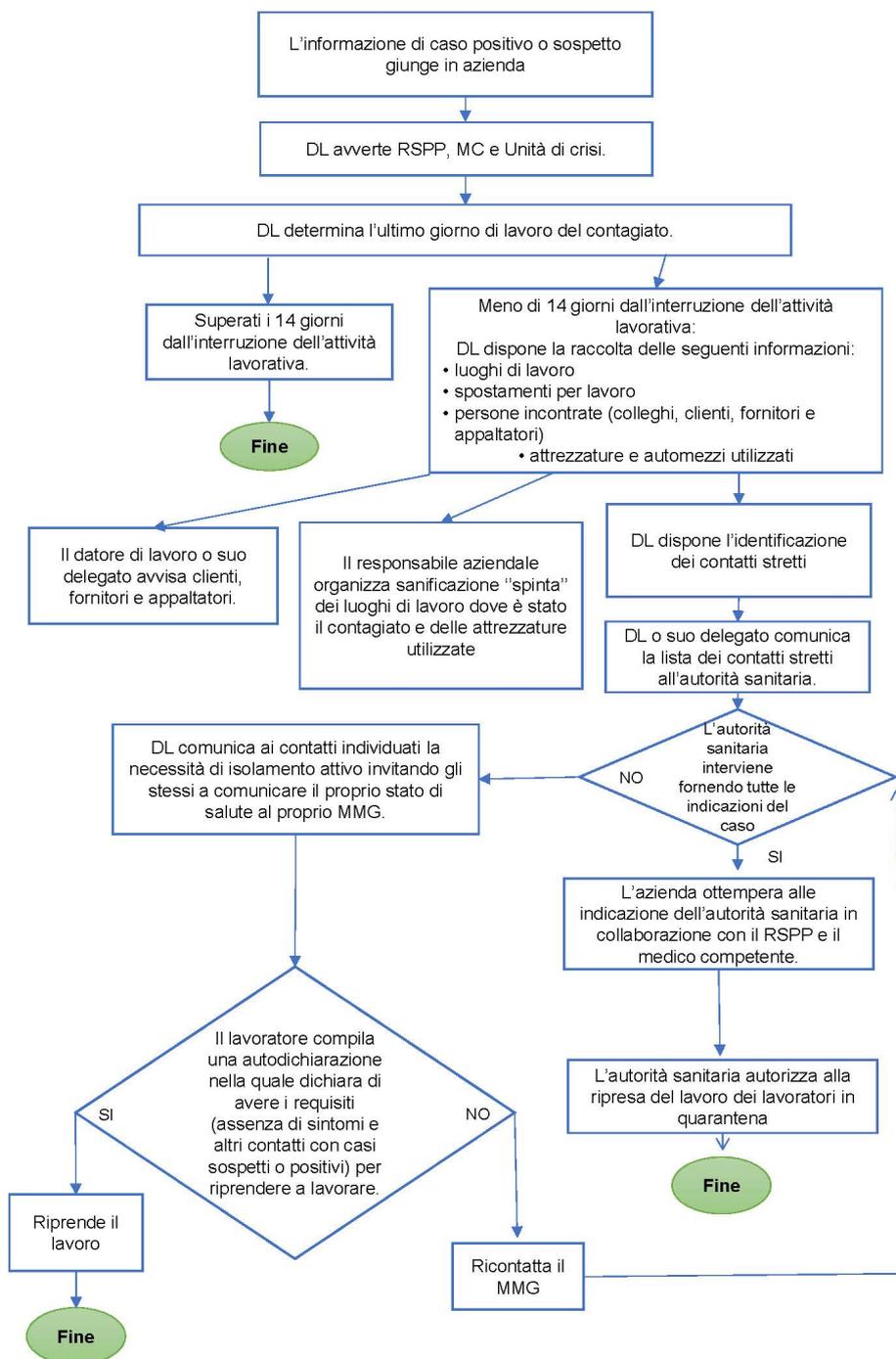
¹⁴ Per la definizione di "contatto stretto" vedi la Circolare del Ministero della Salute n. 18584 del 29/5/2020

¹⁵ ANMA Covid19 Accompagnare il lavoratore al rientro. Vademecum del medico competente

al lavoro dei casi di COVID-19 (in particolare per i casi sospetti che non hanno avuto un tampone di conferma) e dei soggetti in quarantena.

I programmi di screening con i test sierologici devono essere sempre attuati previo accordo con i Dipartimenti di prevenzione sia per assicurare il tampone di conferma per i soggetti positivi (che in molte regioni può essere eseguito solo attraverso il SSN), sia per contribuire agli studi epidemiologici di sieropositività. D'altra parte il protocollo condiviso aggiornato al 24 aprile 2020 prevede l'obbligo di collaborare con le autorità sanitaria che dispongano l'esecuzione del tampone sui lavoratori per prevenire l'attivazione di focolai epidemici.

Fig 1: Diagramma per segnalazione di caso positivo ricevuta dall'esterno



8. 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.

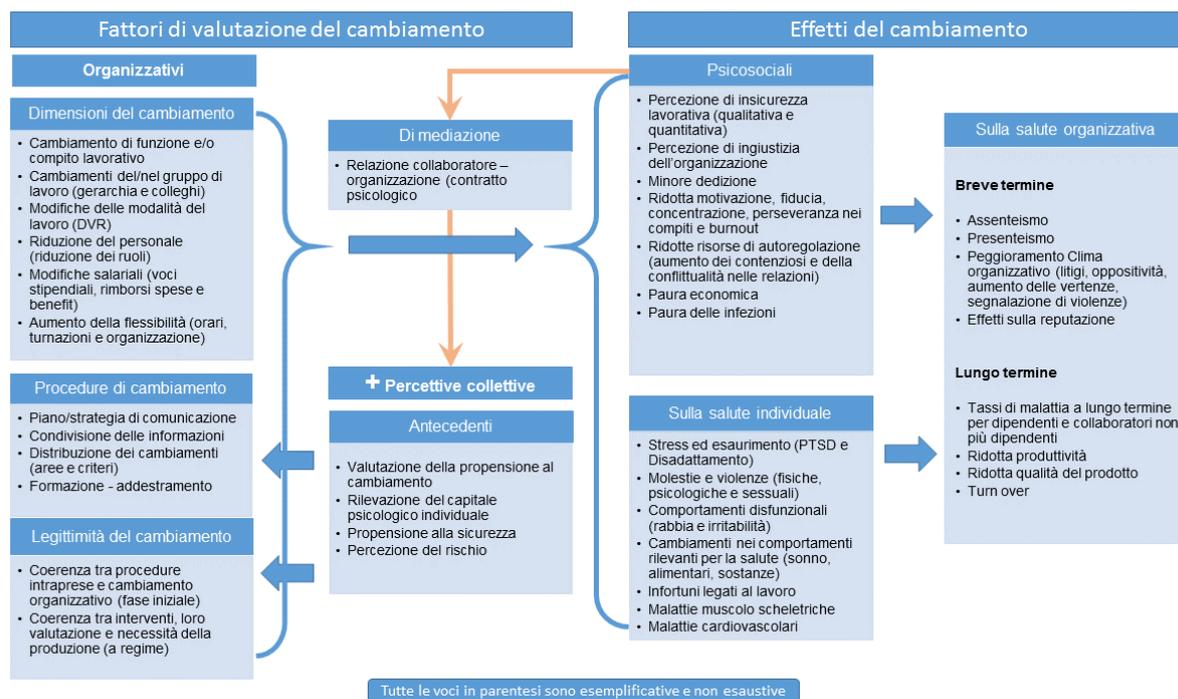
Franco Amore, psicologo e psicoterapeuta, si occupa di idoneità psicologica del personale e valutazione rischio stress lavoro correlato presso la Direzione Sanità del Gruppo Ferrovie dello Stato Italiane, socio SIPLO, collabora con il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi e con l'Ordine Psicologi Lazio.

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 COVID19 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 s.m.i.. 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 se 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://d66rp9rxjtwy.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-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>

9. 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. E' 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 .

E' 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, pulsantiere, 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 COVID19
- La sanificazione del mezzo viene effettuata dai disinfestatori della ATS portandolo presso una loro sede.