Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA
E COMPETENTI

COVID-19 FASE 2

ACCOMPAGNARE IL LAVORATORE AL RIENTRO AL LAVORO

VADEMECUM DEL MEDICO COMPETENTE

Rev. 2 – Versione 05/06/2020

Indice

Premessa	*p.* 4
1. Introduzione	*p.* 5
2. Accompagnare il lavoratore al rientro al lavoro	*p.* 6
2.1. Valutazione del rischio epidemico COVID-19	*p.* 6
2.2. Indicatori per la definizione del rischio di contagio personale del lavoratore	*p.* 9
2.2.1. Indicatore AT*: caratteristiche territoriali e condizione locale della diffusione virale nel domicilio abituale*	*p.* 9
2.2.2. Indicatore T*: tragitto casa/lavoro*	*p.* 9
2.3. Indicatore AL*: parametri per la definizione del rischio azienda*	*p.* 10
2.4. Indicatore M*: parametro relativo alla mansione - Organizzazione del lavoro*	*p.* 12
2.5. Indicatori P *biologici*	*p.* 12
2.5.1. Genere	*p.* 12
2.5.2. Età	*p.* 13
2.5.3. Abitudini di vita	*p.* 13
2.5.4. Stato di salute	*p.* 13
2.6. La situazione anticorpale	*p.* 14
3. Sorveglianza Sanitaria	*p.* 20
4. Gestione delle persone "fragili" al lavoro	*p.* 23
4.1. Riferimenti normativi	*p.* 23
4.2. Lavoratori interessati	*p.* 23
5. Gestione casi positivi e contatti stretti	*p.* 25
5.1. Comunicazione di caso sospetto o positivo che perviene all'azienda dall'esterno	*p.* 25
5.2. Gestione dei lavoratori che manifestano sintomi al lavoro	*p.* 27
Allegati	*p.* 28
A.1. I progetti di indagine anticorpale sulla popolazione al lavoro: lo stato dell'arte	*p.* 28
A.2. La misurazione della temperatura in accesso in azienda	*p.* 38
A.3. Esempio di lista di controllo per la verifica delle condizioni minime di sicurezza per l'esecuzione della Sorveglianza Sanitaria ex *art. 41 D. Lgs. 81/08 durante l'emergenza da epidemia COVID-19*	*p.* 39
A.4. Proposta di questionario per la raccolta di dati utili a calcolare il "profilo di rischio COVID-19"	*p.* 43
A.5. Modulistica	*p.* 48

LE MODIFICHE APPORTATE RISPETTO ALLA REV. 1 SONO EVIDENZIATE IN GIALLO

Premessa

La cosiddetta “FASE 2 di rientro al lavoro” nell’epidemia da COVID-19 determina l’esigenza di espandere le attuali misure di protezione dal contagio da SARS-CoV-2 della popolazione in generale alle fasi lavorative, alla persona al lavoro, per minimizzare le probabilità di trasmissione del contagio sia per il singolo lavoratore che per la comunità lavorativa che per la comunità in generale.

È stato affermato che il Medico Competente (MC) è chiamato ad inserirsi attivamente in questo processo, collaborando nella definizione di ogni elemento di carattere procedurale, organizzativo e tecnologico che ogni Impresa intende progettare - in funzione delle proprie caratteristiche - e successivamente attuare, in ottemperanza al *Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro*, sottoscritto il 14 marzo 2020 da CGIL, CISL, UIL ed Associazioni datoriali su invito del Presidente del Consiglio dei Ministri ed integrato il 14 aprile 2020 (d’ora innanzi nel testo “*Protocollo condiviso*”).

L’apporto del MC nell’ambito del previsto “Comitato aziendale per l’applicazione e la verifica delle regole del Protocollo condiviso” è rivolto alla verifica delle modalità generali di attuazione delle misure di protezione dal contagio, ma il suo ruolo è molto più ampio dovendo procedere alla identificazione del profilo di rischio della persona al lavoro in funzione del rischio di contagio.

1. Introduzione al Vademecum

La multifattorialità delle condizioni che concorrono e possono interagire su ogni persona che deve recarsi al lavoro dev'essere analizzata per definire il "profilo di rischio COVID-19 del lavoratore". Tali condizioni sono sintetizzabili in quattro ambiti:

a. lo stato di salute, comprendendo la c.d. "condizione di fragilità";
b. la situazione sierologica, ossia lo stato di immunità nei confronti del virus SARS-CoV-2;
c. le occasioni di contagio nel tragitto casa-lavoro e viceversa;
d. le occasioni di contagio nell'ambiente di lavoro.

Il *Vademecum* si pone l'ambizioso obiettivo di fornire al MC linee di indirizzo metodologiche, accompagnate da qualche riferimento bibliografico e qualche strumento operativo per poter svolgere in modo professionalmente corretto e al meglio delle attuali conoscenze scientifiche e tecniche il proprio ruolo ed i propri compiti in questa fase eccezionale della vita sociale e lavorativa.

Il contributo insostituibile del MC è quello di fornire una valutazione razionale in merito a *se e quando un lavoratore, che ha un proprio profilo di rischio* legato alle sue caratteristiche individuali, *può riprendere il lavoro in ragionevole sicurezza nella specifica propria situazione lavorativa* che, a sua volta, ha un proprio profilo di rischio.
La domanda per il MC è quindi: il profilo di rischio del lavoratore è compatibile con il profilo di rischio del suo lavoro?

Queste note procedurali sono quindi *in primis* uno strumento di lavoro del MC, una sorta di stetofonedoscopio per ascoltare il SARS-Cov-2 e poter prendere decisioni e/o fornire indicazioni che abbiano un fondamento razionale e scientifico, in modo semplice, pratico e operativo tipico dello stile ANMA, cercando di rispondere alla forte esigenza di chiare indicazioni operativamente praticabili, più volte espressa dagli Associati e da molti Colleghi, ormai sempre più insofferenti al diluvio di norme, documenti tecnici, Linee Guida o di indirizzo di Enti, Associazioni Scientifiche, Istituzioni, compresi Organi di Vigilanza e Autorità Istituzionali, in una cacofonia assordante e spesso contradditoria che non risulta certo di aiuto a chi deve quotidianamente operare sul campo.

Il *Vademecum*, come tutti i documenti associativi, si colloca ovviamente nell'ambito della liceità ma individua anche alcune criticità della normativa attuale e propone come affrontarle nel tentativo, arduo ma indispensabile, di superare la attuale confusione nella quale ciascun livello istituzionale emette proprie "grida", spesso poco chiare e tra loro contraddittorie, nella speranza - ci auguriamo non vana - che si definiscano indirizzi normativi nazionali chiari e precisi pur con la necessità di *spazi* per l'applicazione a situazioni locali particolari e specifiche, come più volte richiesto da ANMA alle pubbliche autorità.
Inutile tuttavia negare che della COVID-19 si sa ancora molto poco, di conseguenza il *Vademecum* considera i riferimenti scientifici consolidati e validati, evitando "fughe in avanti", accogliendo altresì con favore ogni indicazione utile di altre Associazioni scientifiche, professionali o tecniche.

È a tutti evidente come la situazione dell'epidemia sia in continua e rapida evoluzione e quindi un *Vademecum* non può che essere *in progress*: consolida quanto ad oggi noto ma si aggiorna in continuo seguendo l'evoluzione della situazione epidemica e delle conseguenti misure adottate dalle Pubbliche Autorità. Per questo ANMA è aperta al contributo di tutti i Soci e di chiunque ritenga di avere qualcosa di utile da offrire ai Colleghi, è infatti lecito pensare che il continuo e costante *feedback* di esperienze sia lo strumento per mitigare e debellare gli effetti del contagio da SARS-CoV-2.

2. Accompagnare il lavoratore al rientro al lavoro

2.1. La valutazione del rischio epidemico COVID-19

Il diagramma che segue (*Figura 1*) rappresenta fin dai primi anni '90 la cosiddetta "logica funzionale del MC", ovvero la procedura atta a coniugare le caratteristiche del rischio valutato, come analizzate nel processo di valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza a cui i lavoratori sono esposti e del loro livello, successivamente organizzate e riassunte nel Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), con le caratteristiche della persona al lavoro, il cosiddetto "Profilo Sanitario del lavoratore" [1].

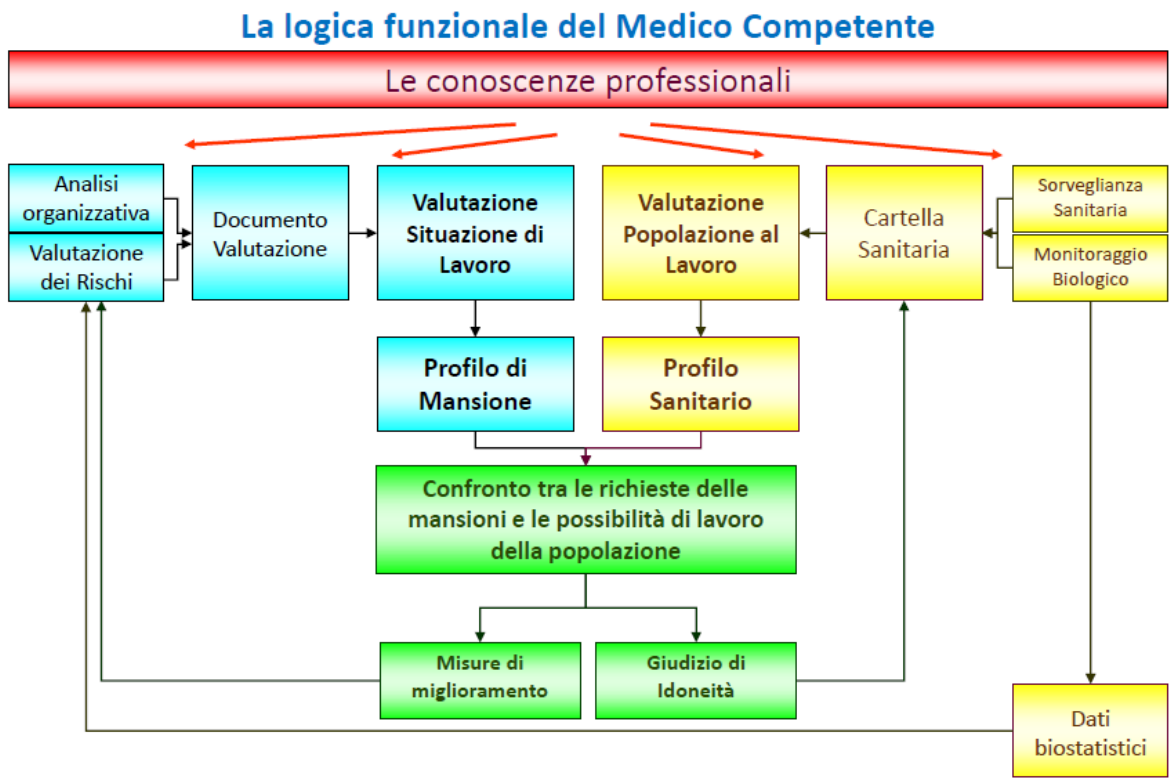

***Figura 1*: Il Medico Competente prima del COVID-19**

Il confronto tra "richieste della mansione" e "possibilità di lavoro della persona, ovvero delle caratteristiche individuali e di salute" genera il "giudizio di idoneità alla mansione specifica", come poi ripreso dalla normativa di tutela della salute sul lavoro dal D. Lgs. 277/91 ad oggi.

Se è pur vero che l'infezione da SARS-CoV-2 è un rischio che incombe sulla popolazione generale e non un rischio specifico lavorativo (non è il caso di un agente microbiologico deliberatamente emesso in atmosfera), è anche vero che negli ambienti di lavoro esso può determinare differenti livelli di probabilità di contagio in funzione delle caratteristiche particolari della situazione di lavoro, e contribuire a ridurre le occasioni di contatto sociale, anche per le caratteristiche intrinseche dell'attività lavorativa

[1] Vi sono molti esempi applicativi del metodo citato, presentati in diversi congressi e seminari ANMA, qui citiamo il testo originale, che risale all'ormai lontano 1991, ma ancora attuale: "La gestione della prevenzione in azienda: riflessione critiche e proposte per l'impostazione del sistema informativo", GLAMA - Gruppo di Lavoro Medici Aziendali - 24-01-1991".

per il rischio contagio, è un primo *must* per il MC, seguito da quello della previsione di prevenire o almeno mitigare il rischio di contagio del singolo lavoratore in funzione della sua propria suscettibilità.

La "logica funzionale del MC" per il rischio COVID-19, come illustrata in *Figura 2*, determina la definizione del "Profilo di rischio COVID-19 riferito alle caratteristiche dell'ambito lavorativo" e del contestuale "Profilo di rischio del COVID-19 del singolo lavoratore", dal cui incrocio emerge "la valutazione della possibilità di ripresa del lavoro", oltre che l'eventuale revisione e l'affinamento delle misure di contenimento attuate.

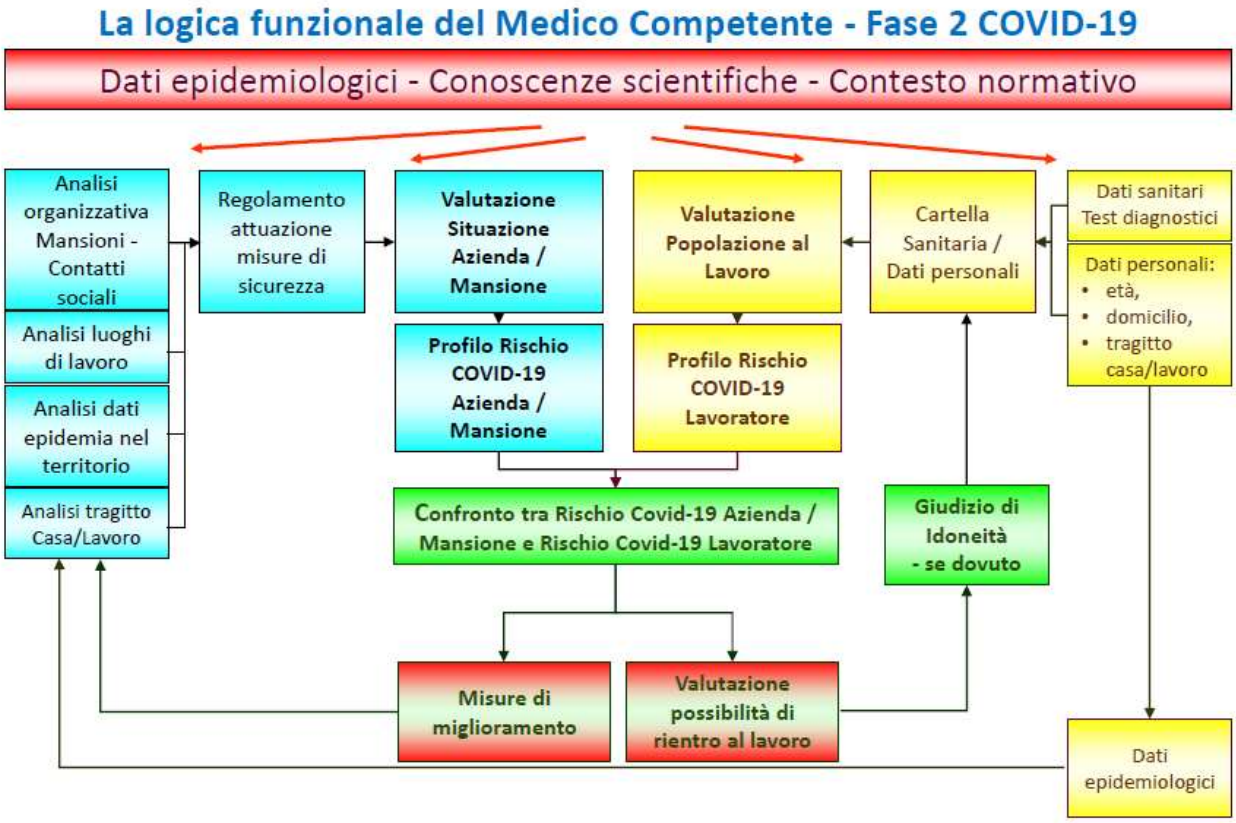

***Figura 2*: Il Medico Competente nella Fase 2 COVID-19**

L'esercizio è complesso poiché sia i profili di rischio dell'ambito lavorativo che quelli inerenti alle caratteristiche biologiche dell'individuo possono assumere entità diverse; la letteratura che si sta formando indirizza la valutazione del rischio presente nei luoghi di lavoro attraverso indicatori quali esposizione, prossimità e aggregazione, su cui il MC dovrà esprimere la propria esperienza e la propria sensibilità professionale. Più complessa è la definizione di indicatori certi sulle condizioni di salute e la "suscettibilità individuale".

L'obiettivo, lo rimarchiamo, è valutare la compatibilità del rientro al lavoro del cittadino-lavoratore, che è al centro del sistema. Allo scopo è necessario aggiustare il tiro della cultura della prevenzione nei luoghi di lavoro che è, per così dire, "rischio-centrica" partendo dall'analisi dei pericoli presenti in una data situazione di lavoro.

Nel momento emergenziale che stiamo vivendo invece l'attenzione va rivolta ad un rischio diffuso, una calamità naturale, che richiede una visione mirata sull'individuo, che è al centro del sistema, pertanto dobbiamo tracciare ogni situazione di "rischio" che può facilitare il contagio infettante di ogni individuo in tutto il suo percorso di vita, attribuendo un peso ad ognuna di essa.

La caratteristica biologica e clinica del cittadino-lavoratore, la sua vulnerabilità, è il *primum movens* della "valutazione del rischio", ogni altro elemento rappresenta un *addendum* facilitante il possibile contagio.

Il tentativo di rappresentare con una formula questo concetto può facilitarne la comprensione e può costituire uno strumento per orientarci, quando sperimentato e affinato, e confrontare dati sufficientemente omogenei e in conclusione per collaborare concretamente allo sviluppo della conoscenza epidemiologica della diffusione del virus SARS-CoV-2, tenendo bene in conto la posizione di noti esponenti infettivologi che "***per il processo di monitoraggio del rientro al lavoro sarà prezioso il contributo dei Medici sentinella nelle fabbriche***".

Proposta di calcolo

Il rischio da contagio è multifattoriale e può essere rappresentato dalla seguente formula:

Rc = (AT + T + AL + M) x P

dove:

- ***Rc*** rappresenta il punteggio attribuito al **rischio di contagio della persona**
- ***AT*** è il punteggio che risulta dall'**analisi della condizione territoriale e ambientale in cui vive la persona**
- ***T*** è il punteggio che risulta dall'**analisi delle condizioni per raggiungere il luogo di lavoro**
- ***AL*** è il punteggio che risulta dall'**analisi delle condizioni di sicurezza sul lavoro**
- ***M*** è il punteggio relativo alla mansione svolta
- ***P*** è il punteggio attribuito alle **caratteristiche della persona**, determinante per dimensionare il rischio

Rc, ***AT***, ***T***, ***AL*** e ***M*** sono termini che **hanno valore additivo**, **ad ognuno** di essi viene attribuito arbitrariamente **un punteggio da 1 a 4**; il fattore ***P*** **ha funzione moltiplicativa** e ad esso viene attribuito arbitrariamente **un punteggio da 0 a 4**.
Rc ha un *range* da 4 a 64, su cui esprimere classi di rischio.
Quando ***Rc*** assume valore 0, a causa di ***P*** uguale a 0, significa che le condizioni di vulnerabilità della persona non permettono il rientro al lavoro, indipendentemente dal valore degli altri fattori.

In altre parole, quando il fattore ***P*** risulta 0 l'equazione si annulla e quindi ***Rc*** è uguale a 0. In questo caso le condizioni del lavoratore impediscono la sua esposizione al rischio di contagio seppur minimo (di valore 4).

Tentativamente l'interpretazione di ***Rc*** potrebbe essere così rappresentata:

Rc	LIVELLO
DA 4 A 17	BASSO
DA 18 A 30	MODESTO
DA 31 A 49	MEDIO
≥ 50	ALTO
0	NO RIENTRO

2.2. Indicatori per la definizione del rischio di contagio personale del lavoratore

2.2.1. **Indicatore *AT***: caratteristiche territoriali e condizione locale della diffusione virale nel domicilio abituale

Come noto nel nostro Paese l'epidemia si è diffusa in modo disomogeneo. Il rischio di contagio per la popolazione in generale è quindi diverso da zona da zona ed è in continua evoluzione. Attribuirne un valore predittivo per profilare il livello di rischio del cittadino-lavoratore è arduo. Ciononostante, è opportuno considerare la geografia del contagio per dare un peso differenziato al rischio che il lavoratore può incontrare ad esempio nel percorso casa-lavoro, che acquisisce un fattore di rischio come descritto nella Delibera della Regione Toscana. È per tutti ovvio che vivere a Matera o a Bergamo non comporta lo stesso rischio di contagio [2].

Dai *trend* di ripartizione dei contagiati per provincia si possono trarre ipotesi di "rischio territoriale" al solo scopo di orientare una simulazione.

Per dare sostanza a questo campo si dovranno acquisire elementi certi dalle fonti informative territoriali, in particolare **l'indice Rt** che misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva quale è quella da SARS-CoV-2.

Alcuni studi attribuiscono all'inquinamento atmosferico [3] un ruolo importante; altri hanno indicato un maggior rischio per chi abita nei centri delle grandi città, sia per l'inquinamento, sia per l'affollamento e il maggior numero di contatti sociali possibili [4]. Questi studi sono tuttavia solo preliminari e necessitano di ulteriori conferme e approfondimenti. Le limitazioni ai movimenti, la forte riduzione dei parametri di qualità dell'aria e la distribuzione pressoché omogenea nelle diverse aree di rischio rendono tali parametri comunque meno rilevanti.

Proposta di punteggio

SARDEGNA, BASILICATA, CALABRIA, SICILIA, PUGLIA, UMBRIA, ABRUZZO, MOLISE	1
TOSCANA, CAMPANIA, LAZIO	2
VENETO, MARCHE, PIEMONTE, LIGURIA, FRIULI VENEZIA GIULIA, TRENTINO ALTO ADIGE, VALLE D'AOSTA	3
LOMBARDIA, EMILIA-ROMAGNA	4

Consultando il sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_4593_0_file.pdf si potranno acquisire gli aggiornamenti necessari per modulare il punteggio.

2.2.2. **Indicatore *T***: tragitto casa/lavoro

L'uso dei mezzi di trasporto comporta contatti sociali più o meno stretti e quindi può aumentare il rischio di contagio. Per quanto possibili sono da privilegiare i mezzi privati con una sola persona a bordo o il tragitto a piedi.

Nel caso ciò non fosse possibile occorre considerare i seguenti parametri:

- tipo di mezzo pubblico utilizzato e conseguente grado di affollamento;
- frequenza delle corse e possibilità di saltare una corsa se il mezzo è troppo affollato;
- distanza del tragitto e, di conseguenza, durata del viaggio;

---

[2] Dati precisi e aggiornati in EPICENTRO - L'epidemiologia per la sanità pubblica - https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/SARS-cov-2-sorveglianza-dati e/o dal Dipartimento di protezione civile - http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5351&lingua=italiano&menu=vuoto

[3] Per una valutazione critica sull'argomento si veda la nota pubblicata da Società Italiana Aerosols (SIA) sul proprio sito: http://www.iasaerosol.it/it/ e firmata da autorevoli esperti del mondo scientifico. ISPRA ha reso noto che condivide tale nota - http://www.isprambiente.gov.it/it/news/informativa-sulla-relazione-tra-inquinamento-atmosferico-e-diffusione-del-COVID-19

[4] Michela Finizio - "Mortalità da COVID-19, durante il picco decessi triplicati in Lombardia" - Il Sole 24ore - 20/04/2020 https://www.ilsole24ore.com/art/mortalita-COVID-19-il-picco-decessi-triplicati-lombardia-ADv6VNL

- numero di fermate, considerando che maggiore è il loro numero maggiori saranno i possibili contatti ravvicinati;
- disponibilità di parcheggi in prossimità del luogo di lavoro e loro grado di affollamento nelle ore di punta.

Proposta di punteggio

UTILIZZO DI MEZZI PROPRI	1
UTILIZZO DI MEZZI PUBBLICI – TEMPO DI PERCORSO < 1 ORA	2
UTILIZZO DI MEZZI PUBBLICI – TEMPO DI PERCORSO > 1 ORA	3
UTILIZZO DI PIÙ DI UN MEZZO PUBBLICO	4

2.3. Indicatore AL*: parametri per la definizione del rischio azienda*

Sin dall'inizio dell'emergenza COVID-19 le Pubbliche Autorità hanno individuato misure di protezione per la popolazione in generale e per i luoghi di lavoro. Con il *Protocollo condiviso* queste misure si sono meglio precisate e articolate in una sequenza razionale e la procedura ivi indicata prevede che:

- il Datore di Lavoro (DdL) costituisca l'Unità di crisi a cui partecipano sempre RSPP, MC, RLS;
- l'Unità di crisi definisca o riveda il Regolamento di attuazione delle misure di sicurezza;
- il MC fornisca la sua specifica consulenza sui punti di sua pertinenza;
- il DdL informi ed addestri i lavoratori sulle misure prese;
- il DdL definisca il sistema di controllo, a cui partecipa l'unità di crisi e, ove del caso, il MC.

A seguito del *Protocollo condiviso* sono stati pubblicati moltissimi (troppi!) documenti che illustrano le modalità tecniche, per altro non di stretta competenza medica, per attuare le misure ivi previste.

Uno dei documenti più completi ed esaustivi è il rapporto predisposto dal Politecnico di Torino "*Emergenza COVID-19: imprese aperte, lavoratori protetti*", pubblicato il 17/04/2020 [5].

Non si ritiene quindi utile dettagliare qui le misure tecniche necessarie, essendo facilmente reperibili nella vasta documentazione disponibile. Ci limitiamo a riportare nella tabella che segue un elenco degli indicatori da considerare e dei riferimenti bibliografici per gli approfondimenti tecnici e per eventuali strumenti operativi disponibili di maggior interesse per il MC.

Attribuire un punteggio è certamente una fase critica poiché richiede l'analisi di tutti gli *items* previsti dal *Protocollo condiviso* che dovranno successivamente *tailorizzati*, ossia adattati al rischio di contagio che incombe sul singolo lavoratore, si ritiene però che questo esercizio sia per noi congeniale e ben sperimentato.

La nostra presenza nel Comitato Aziendale COVID-19 è garanzia che le soluzioni che si adottano in modo condiviso tra DdL, MC e RLS, sono altamente protettive per le maestranze in ogni fase di permanenza in Azienda.

Il loro stato di avanzamento medierà il punteggio attribuibile all'indicatore ***AL***.

Proposta di punteggio

MISURE ADEGUATE SU TUTTI GLI AMBITI	1
MISURE PARAZIALMENTE ADEGUATE SUI SEGUENTI AMBITI: DA ELENCARE	2
MISURE NON ADEGUATE SUI SEGUENTI AMBITI: DA ELENCARE	3
MISURE NON ADEGUATE SU TUTTI GLI AMBITI	4

MISURA DI SICUREZZA	BIBLIOGRAFIA
A - MODALITÀ DI INGRESSO IN AZIENDA	ANMA - *COVID-19: MISURAZIONE DELLA TEMPERATURA ALL'ACCESSO AL LUOGO DI LAVORO* [6]

[5] http://www.impreseaperte.polito.it/il_rapporto

[6] http://www.anma.it/news-anma/misurazione-temperatura-in-accesso-ai-luoghi-di-lavoro/

MISURA DI SICUREZZA	BIBLIOGRAFIA
▪ ORARI DIFFERENZIATI PER ENTRATA E PER TURNI LAVORATIVI ▪ VALUTAZIONE DEL NUMERO DEGLI ACCESSI E DEI RELATIVI PERCORSI PER RAGGIUNGERE LE POSTAZIONI DI LAVORO ▪ EVENTUALE MISURAZIONE TEMPERATURA IN INGRESSO, CON *TRIAGE* ANAMNESTICO ▪ MODALITÀ DI ACCESSO DEI FORNITORI ESTERNI, COMPRESE LE AZIENDE APPALTATRICI ▪ MODALITÀ DI CONSEGNA DI PACCHI E BUSTE	
B - DISTANZA DI SICUREZZA E AFFOLLAMENTO	AIDII INSUBRIA - *INDICAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI LAVORATORI NEL CONTESTO DELL'EMERGENZA COVID-19* [7] AIAS - *VADEMECUM PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CORONAVIRUS* [8]
C - PULIZIA E SANIFICAZIONI ▪ AERAZIONE DEI LOCALI ▪ PRODOTTI DETERGENTI E DISINFETTANTI E MODALITÀ D'USO ▪ INCARICHI E DEFINIZIONE DEI CAPITOLATI ▪ PERIODICITÀ DELLE OPERAZIONI: GIORNALIERA ▪ SANIFICAZIONI PER CONTATTO ▪ SANIFICAZIONI PER NEBULIZZAZIONE ▪ SANIFICAZIONI PER OZONIZZAZIONE ▪ SANIFICAZIONI STRAORDINARIE PER CASI CONCLAMATI O SOSPETTI ▪ SANIFICAZIONI DELLA PROPRIA POSTAZIONE (ATTREZZATURE, SUPPELLETTILI E ARREDI)	SSICA - *LINEE GUIDA PER L'UTILIZZO DELL'OZONO GASSOSO NELLA SANIFICAZIONE* [9] *LA DISINFEZIONE DELL'ARIA CONFINATA NEI REPARTI DI PREPARAZIONE E CONFEZIONAMENTO DEGLI ALIMENTI* - INDICAZIONI PROPOSTE DA JOHNSONDIVERSEY [10] WHO - *WATER, SANITATION, HYGIENE, AND WASTE MANAGEMENT FOR THE COVID-19 VIRUS* [11] CDC - *CLEANING AND DISINFECTION FOR HOUSE CLEANING AND DISINFECTION FOR HOUSEHOLDS INTERIM RECOMMENDATIONS FOR U.S. HOUSEHOLDS WITH SUSPECTED OR CONFIRMED CORONAVIRUS DISEASE 2019* (COVID-19) [12]
D - DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALI	AIDII - *COVID-19 - CHIARIMENTI SULL'USO DI MASCHERINE MEDICO-CHIRURGICHE E DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE* [13] REGIONE LOMBARDIA - *INDICAZIONI OPERATIVE PER LA VALUTAZIONE, SCELTA E CORRETTO UTILIZZO DEI DISPOSITIVI PER LA PROTEZIONE INDIVIDUALE DA RISCHIO BIOLOGICO IN AMBITO SANITARIO* [14]
E - ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO LE ATTIVITÀ LAVORATIVE E LE RELATIVE MANSIONI POSSONO ESSERE SUDDIVISE IN CLASSI DI RISCHIO IN BASE ALLA TIPOLOGIA E ALLA FREQUENZA DEI CONTATTI SOCIALI CHE COMPORTANO.	

[7] http://www.aidii.it/indicazioni-per-la-tutela-della-salute-dei-lavoratori-nel-contesto-dellemergenza-COVID-19-rev-02-e-utilizzo-mascherine/

[8] https://www.aias-sicurezza.it/doc-vademecum-per-la-gestione-del-rischio-coronavirus-in-ambito-lavorativo

[9] G. Fortini, C. C. Cardoso, Linee Guida per l'utilizzo dell'ozono gassoso nella sanificazione degli ambienti di lavorazione di prodotti a base di carne, SSICA (2016) - http://www.ssica.it/content/view/578/256/lang,it/

[10] http://commercialestema.it/download/category/6-contaminazioni-nelle-produzioni-alimentari.html?download=378:la%20disinfezione%20dellaria

[11] https://www.who.int/publications-detail/water-sanitation-hygiene-and-waste-management-for-COVID-19

[12] https://www.rtfhsd.org/wp-content/uploads/Interim-Recommendations-for-US-Community-Facilities-with-Suspected_Confirmed-Coronavirus-Disease-2019.pdf

[13] https://www.aidii.it/COVID-19-chiarimenti-sulluso-di-mascherine-medico-chirurgiche-e-dpi/

[14] https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=13161:lomb49752015&catid=27:normativa-regionale&Itemid=59

MISURA DI SICUREZZA	BIBLIOGRAFIA
LA *TASK FORCE* PRESIEDUTA DAL DR. COLAO STA LAVORANDO SU UNA TABELLA DELLE CLASSI DI RISCHIO BASATA SUI CODICI ATECO DI CUI NON È STATA ANCORA PUBBLICATA UNA VERSIONE UFFICIALE MA CHE HA TROVATO AMPIE ANTICIPAZIONI SUI MEDIA[15] E CHE POTRÀ ESSERE UNA UTILE FONTE DI INDIRIZZO. LE CLASSI DI RISCHIO PIÙ ALTE RIGUARDANO LE MANSIONI CHE COMPORTANO CONTATTO DIRETTO SISTEMATICO CON CASI COVID-19 SOSPETTI O POSITIVI (OPERATORI SANITARI *ET SIMILIA*), QUELLE PIÙ BASSE MANSIONI CHE LIMITANO I CONTATTI CON I COLLEGHI PIÙ STRETTI, QUELLE INTERMEDIE PREVEDONO CONTATTI OCCASIONALI O SISTEMATICI CON **TERZI**, UTENTI E PUBBLICO (TRA QUESTE A PIÙ ALTO RISCHIO LE ATTIVITÀ RICREATIVE E COMMERCIALI CHE PREVEDONO GRANDI AFFOLLAMENTI, P. ES. DISCOTECHE, BAR, RISTORANTI).	

2.4. Indicatore M*: parametro relativo alla mansione - Organizzazione del lavoro*

Le attività lavorative e le relative in mansioni possono essere suddivise in classi di rischio in base alla tipologia e alla frequenza dei contatti sociali che comportano.
L'INAIL ha pubblicato una tabella delle classi di rischio basata sui codici ATECO che potrà essere una utile fonte di indirizzo [16].

Le classi di rischio più elevate riguardano le mansioni che comportano il contatto diretto e sistematico con casi COVID-19 sospetti o positivi (operatori sanitari o simili), quelle più basse le mansioni che limitano i contatti con i Colleghi più stretti, quelle intermedie prevedono contatti occasionali o sistematici con terzi, utenti e pubblico (tra queste a più alto rischio le attività ricreative e commerciali che prevedono grandi affollamenti, per esempio discoteche, bar, ristoranti).

Proposta di punteggio

CONTATTO SALTUARIO CON INTERNI ALL'AZIENDA	1
CONTATTO SALTUARIO CON IL PUBBLICO (AD ESEMPIO SUPPORTO ALLE VENDITE, CONTATTI IN CANTIERI, CONTATTI CON TERZI ESTRANEI ALL'AZIENDA)	2
CONTATTO SISTEMATICO CON IL PUBBLICO (AD ESEMPIO ATTIVITÀ COMMERCIALI E RICREATIVE IN GENERE, SPECIE GDO, BAR, DISCOTECHE, RISTORANTI, MUSEI, PALESTRE, CANTIERISTICA)	3
CONTATTO SISTEMATICO CON COVID-19 POSITIVI O SOSPETTI (OPERATORI SANITARI E SIMILI)	4

2.5. Indicatori P *biologici*

2.5.1. Genere

Le statistiche rilevate nel mondo indicano che l'infezione da SARS-CoV-2 produce effetti diversi negli uomini e nelle donne. Questo è quanto emerge sia dalla percentuale dei contagi, sia dal tasso di letalità. Anche i dati italiani confermano questo andamento con un rapporto di circa 3:1 a vantaggio delle donne, vantaggio che si mantiene costante in tutte le fasce d'età.

[15] Si veda per esempio https://www.corriere.it/cronache/20_aprile_16/tabella-classi-rischio-aggregazione-sociale-d8f387c2-801d-11ea-8804-717fbf79e066.shtml

[16] INAIL - Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione 20-04-2020 - https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/catalogo-generale/pubbl-rimodulazione-contenimento-covid19-sicurezza-lavoro.html

Sono state avanzate diverse ipotesi interpretative del fenomeno [17]:

- una maggiore tendenza degli uomini al tabagismo (fattore di rischio per contrarre l'infezione e per sviluppare un quadro clinico più grave della malattia);
- una più spiccata abitudine delle donne a dedicare uno spazio significativo della propria quotidianità all'igiene personale;
- una risposta immunitaria, sia innata che adattativa, più pronta ed efficace nelle donne che negli uomini;
- differenze di tipo ormonale: nelle donne in età fertile sembra che gli estrogeni siano in grado di aumentare la presenza del recettore ACE2 con effetto protettivo sui polmoni; al contrario gli androgeni avrebbero un effetto opposto favorendo l'attacco del virus al recettore;
- differenze genetiche: la presenza del doppio cromosoma XX nelle donne aumenterebbe la concentrazione di ACE2 nei polmoni con l'effetto protettivo sopra descritto.

2.5.2. Età

Il maggior rischio di contagio, morbilità e mortalità per le fasce di età più elevate sembra acclarato [18].

Anche il DPCM 08/03/2020, all'articolo 3 comma 1 lettera b) raccomanda per le persone anziane particolari misure protettive e restrittive, senza tuttavia indicare un preciso limite di età.

Non sembra irragionevole indicare il limite dei 60 anni come indice di rischio più elevato, graduando lo stesso al diminuire dell'età.

2.5.3. Abitudini di vita

Il fumo sembra correlato ad un maggior rischio COVID-19. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), i fumatori sono probabilmente più vulnerabili in quanto l'atto del fumo fa sì che le dita (ed eventualmente le sigarette contaminate) vengano a contatto con le labbra, aumentando la possibilità di trasmissione del virus SARS-CoV-2 dalla mano alla bocca [19].

Inoltre, dati preliminari e limitati riportati dalla letteratura scientifica internazionale relativa alla COVID-19 suggeriscono la probabilità che l'abitudine al fumo possa essere associata ad una maggiore gravità del quadro clinico della malattia [20].

Anche l'alcol, seppure in misura minore, aumenta il rischio COVID-19 [21], mentre si è diffusa la falsa credenza che ingerire alcol protegga dall'infezione [22].

2.5.4. Stato di salute

La presenza di immunodepressione, malattie oncologiche, malattie croniche sistemiche, in particolare polmonari, rappresenta un evidente rischio in caso di contagio. È entrato in comune uso il termine di "persone fragili" che si tratterà al punto 4 (pag. 23) e a cui si rimanda.

---

[17] The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19). China CDC Weekly. 2020, 2: 113-122. Per una panoramica sull'argomento si veda anche https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/SARS-cov-2-differenze-genere

[18] Robert Verity, Lucy C Okell, Ilaria Dorigatti, Peter Winskill, Charles Whittaker, Natsuko Imai, Gina Cuomo-Dannenburg, Hayley Thompson, Patrick G T Walker, Han Fu, Amy Dighe, Jamie T Griffin, Marc Baguelin, Sangeeta Bhatia, Adhiratha Boonyasiri, Anne Cori, Zulma Cucunubá, Rich FitzJohn, Katy Gaythorpe, Will Green, Arran Hamlet, Wes Hinsley, Daniel Laydon, Gemma Nedjati-Gilani, Steven Riley, Sabine van Elsland, Erik Volz, Haowei Wang, Yuanrong Wang, Xiaoyue Xi, Christl A Donnelly, Azra C Ghani, Neil M Ferguson, "Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis" - Lancet Infect Dis. 30-03-2020 - https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7

[19] Q&A on smoking and COVID-19 in https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-smoking-and-COVID-19

[20] Roberta Pacifici - Centro nazionale dipendenze e doping, ISS - EPICENTRO - https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/SARS-cov-2-dipendenze-fumo-infezioni-polmonari-fragilita-fumatori

[21] G. Testino, R. Pellicano, "Alcohol consumption in the COVID-19 Era" - Minerva Gastroenterologica e Dietologica 2020 Mar 27

[22] OMS: "Alcohol and COVID-19: what you need to know" - http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/437608/Alcohol-and-COVID-19-what-you-need-to-know.pdf

A questo punto appare evidente l'incertezza nella attribuzione di un peso ad indicatori biologici ***P*** così generici quali quelli prima considerati in rapporto alla COVID-19. Ben diverso sarebbe se ci si potesse già da ora riferire al contesto sierologico dell'individuo.

Nonostante tutte le riserve, la scala di riferimento in termini del tutto orientativi potrebbe essere:

Proposta di punteggio

PERSONA: • CON TAMPONE POSITIVO • IN QUARENTENA CAUTELATIVA • AFFETTA DA "FRAGILITÀ"	0
ABITUDINI DI VITA: FUMO	1
PERSONA AFFETTA DA PATOLOGIE CHE LIMITANO LA MANSIONE	2
PERSONA RECENTEMEMTE AFFETTA DA PATOLOGIE RESPIRATORIE E/O INFLUENZALI	3
ETÀ > 60 ANNI	4

Nella modulistica (*Allegato A.4.*) è allegata una proposta di questionario per la raccolta dei campi utili a calcolare il "profilo di rischio COVID-19".

2.6. La situazione anticorpale e i test diagnostici

Il punto 12 "Sorveglianza sanitaria/Medico Competente/RLS" del *Protocollo condiviso* indica che "*il MC applicherà le indicazioni dell'Autorità sanitaria. Il MC, in considerazione del suo ruolo nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria, potrà suggerire l'adozione di eventuali mezzi diagnostici qualora ritenuto utili al fine del contenimento della diffusione del virus e della salute del lavoratore*".
Nello stesso documento il punto 2 "*Modalità di ingresso in Azienda*" recita: "*qualora, per prevenire l'attivazione di focolai epidemici, nelle aree maggiormente esposte al virus, l'Autorità sanitaria disponga misure aggiuntive specifiche, come ad esempio l'esecuzione del tampone per i lavoratori, il Datore di Lavoro fornirà la massima collaborazione*".

Si apre quindi il caso, di particolare difficoltà, dell'acquisizione di informazioni sullo stato immunologico della persona sia a fini preventivi e precauzionali che diagnostici.
Va da sé, è banale sottolinearlo, che l'acquisizione di dati relativi alla situazione anticorpale della persona agisce con la stessa logica di un "combinato disposto", ovvero è quel *link* fondamentale per stabilire la condizione di rischio di contagio attivo e passivo.

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 preanalitica.
I test sierologici vengono proposti per la determinazione di anticorpi specifici contro il virus SARS-CoV-2, tutt'ora sono in fase sperimentale, e l'OMS in una nota pubblicata il 16 aprile u.s. dichiara che non è possibile attribuire alla persona il "passaporto immunitario nel contesto della COVID-19" e neppure il "certificato di *risk-free*". Non ci sono infatti ancora evidenze che le persone con risposta anticorpale al virus SARS-CoV-2 siano protette da una seconda infezione. Resta il fatto che questi test vanno sperimentati e studiati. In questo quadro il MC può essere un importante attore e facilitatore della conoscenza.
La scelta di utilizzare test diagnostici o di screening deve avere nel MC il soggetto che governa un progetto aziendale che deve avere come SCOPI ED OBIETTIVI quelli di:

- 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.

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
MODALITA'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

La scelta del test diagnostici o di screening è naturalmente connessa agli obiettivi che il Sistema azienda insieme al MC definiscono:
- il TAMPONE RINO FARINGEO è oggi l'esame diagnostico fondamentale per fare diagnosi di COVID-19, per definire la guarigione del paziente, 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.
- i test SIEROLOGICI sono di due tipi, quelli rapidi e quelli quali-quantitativi.
Test RAPIDI: rilevano gli anticorpi IgG e IgM tramite il prelievo di una goccia di sangue (di solito capillare). Hanno specificità scarsa specificità e non valutabile sensibilità, utili in campagne di screening. Purtroppo, a causa della poca affidabilità presentano molti problemi di gestione, risolvibili con esami di secondo
livello (test quantitativi e/o tampone). Da molte parti sono state segnalati i limiti di questi test, a titolo esemplificativo si riporta la nota del Ministero della Salute 24 datata 3 aprile 2020.
L'indicazione quindi è di utilizzarli con molta cautela e all'interno di un progetto più ampio che non si limiti al semplice screening.
Test SIEROLGICI QUANTITATIVI: dosano in maniera specifica le quantità di immunoglobuline prodotte. A titolo esemplificativo si riportano le specifiche tecniche per una metodica quantitativa utilizzata da Colleghi Associati ANMA della sezione Veneto nel Progetto Pilota in corso (aprile 2020).
Il test anticorpale attualmente in uso si basa sull'impiego di un antigene ricombinante specifico per il virus 2019-nCov che si complessa specificamente con l'eventuale presenza di Anticorpi specifici del paziente. A questa reazione segue la rilevazione in chemiluminescenza del complesso antigene- anticorpo formatosi.

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 preanalitica.
I test sierologici per la determinazione di anticorpi specifici contro il virus SARS-CoV-2 sono ancora in fase sperimentale, e l'OMS in una nota pubblicata il 16 aprile u.s. dichiara che non è possibile attribuire alla persona il "passaporto immunitario nel contesto della COVID-19" e neppure il "certificato di *risk-free*". Non ci sono infatti ancora evidenze che le persone con risposta anticorpale al virus SARS-CoV-2 siano protette da una seconda infezione.
Va però anche precisato che ci si cristallizza se non si sperimenta, e la ricerca e le osservazioni sul virus e sulla malattia stanno uscendo dai laboratori e dagli ospedali per trovare risposte. In questo quadro il MC può essere un attore, può essere il facilitatore della conoscenza. E deve quindi inserirsi, o meglio deve essere inserito, nel processo della conoscenza in accordo con i programmi e i progetti istituzionali. In altre parole ci si deve muovere in un contesto ben definito e in uno scenario organizzato che parte dal MC, trova il consenso del DdL e dei lavoratori e viene autorizzato dall'Autorità sanitaria.

La scelta di utilizzare test diagnostici o di screening deve avere nel MC il soggetto che governa il processo e deve essere dettagliata in un progetto aziendale che deve precisare:

SCOPI ED OBIETTIVI, che dovrebbero essere:

- individuare i lavoratori positivi asintomatici
- valutare l'efficacia delle misure di contenimento messe in atto dall'azienda con una sorveglianza su tutti i contatti positivi
- *follow-up* dei lavoratori delle aziende.

FORMAZIONE: è necessario che i lavoratori siano informati sulle finalità del progetto e sulle modalità di svolgimento.

MODULISTICA, che nella sua forma minima consiste in: 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.

MODALITA'DI ESECUZIONE, lasciando traccia delle modalità di esecuzione 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 AUTORITÀ SANITARIE, con la necessaria comunicazione alle Aziende Sanitarie di riferimento, deputate alla sorveglianza epidemiologica; una segnalazione 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

La scelta del test diagnostici o di screening è naturalmente connessa agli obiettivi che il Sistema azienda insieme al MC definiscono:

il **TAMPONE RINO FARINGEO** è oggi l'esame diagnostico fondamentale 1) per fare diagnosi di COVID-19; 2) per definire la guarigione; 3) 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 [23].

i test **SIEROLOGICI** sono di due tipi: quelli **rapidi** e quelli **quali-quantitativi**.

Test **RAPIDI:** rilevano gli anticorpi IgG e IgM tramite il prelievo di una goccia di sangue (di solito capillare). Hanno scarsa specificità e non valutabile sensibilità, utili in campagne di screening. Purtroppo, a causa della ridotta affidabilità presentano molti problemi di gestione, risolvibili con esami di secondo livello (test quantitativi e/o tampone). Da molte parti sono stati segnalati i limiti di questi test, a titolo esemplificativo si riporta la nota del Ministero della Salute datata 3 aprile 2020 [24].

Quindi si ripete l'indicazione di utilizzarli con molta cautela e all'interno di un progetto più ampio che non si limiti al semplice screening.

Test **SIEROLGICI QUANTITATIVI**: dosano in maniera specifica le quantità di immunoglobuline prodotte.

A titolo puramente esemplificativo per i test quantitativi si riportano le specifiche tecniche per una metodica quantitativa utilizzata da alcuni Colleghi (Associati ANMA sez. Veneto) nel Progetto Pilota di aprile 2020.

> *Il test anticorpale attualmente in uso si basa sull'impiego di un antigene ricombinante specifico per il virus 2019-nCov che si complessa specificamente con l'eventuale presenza di Anticorpi specifici del paziente. A questa reazione segue la rilevazione in chemiluminescenza del complesso antigene- anticorpo formatosi.*

[23] Per l'intero documento "Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/nasofaringeo per la diagnosi di COVID-19" inserito nel Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020 vedasi https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-11-2020.pdf

[24] http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null

Per concludere vale la pena di definire i punti di forza e sottolineare le criticità dei diversi strumenti diagnostici:

TEST	PUNTI DI FORZA	CRITICITÀ	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 DI INDAGINE, LUNGHI TEMPI DI RISPOSTA	INDISPENSABILE PREPARAZIONE DEL PERSONALE DEDICATO POSSIBILITÀ DI ESSERE RICHIESTO DAL MC
TEST SIEROLOGICO QUANTITATIVO	MONITORAGGIO STATO IMMUNITARIO ALTA SENSIBILITÀ E SPECIFICITÀ POSSIBILITÀ DI GRANDI NUMERI	NON SI CONOSCONO ANCORA CON PRECISIONE 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 SENSIBILITÀ DIFFICOLTÀ NELLA REGISTRAZIONE E DOCUMENTAZIONE DEI RISULTATI	IN CASO DI POSITIVITÀ EFFETTUARE CONFERMA CON TEST QUANTITATIVO

Nel perseguimento dello scopo principale di far emergere i positivi asintomatici lo schema sottostante (*Figura 3*) ci pare quello più adeguato da utilizzare all'interno delle realtà lavorative nel tempo. Lo indichiamo con la consapevolezza che tutt'ora non in tutte le Regioni la situazione permette direttamente il ricorso agli esami indicati.
I luoghi di lavoro infatti possono essere una delle maggiori sentinelle per il contenimento epidemico e i MC hanno sia la competenza che la professionalità per governare i processi di controllo dei lavoratori, ma devono avere gli strumenti per farlo.
La *flow chart* che segue sintetizza i passaggi logici da tenere sotto controllo:

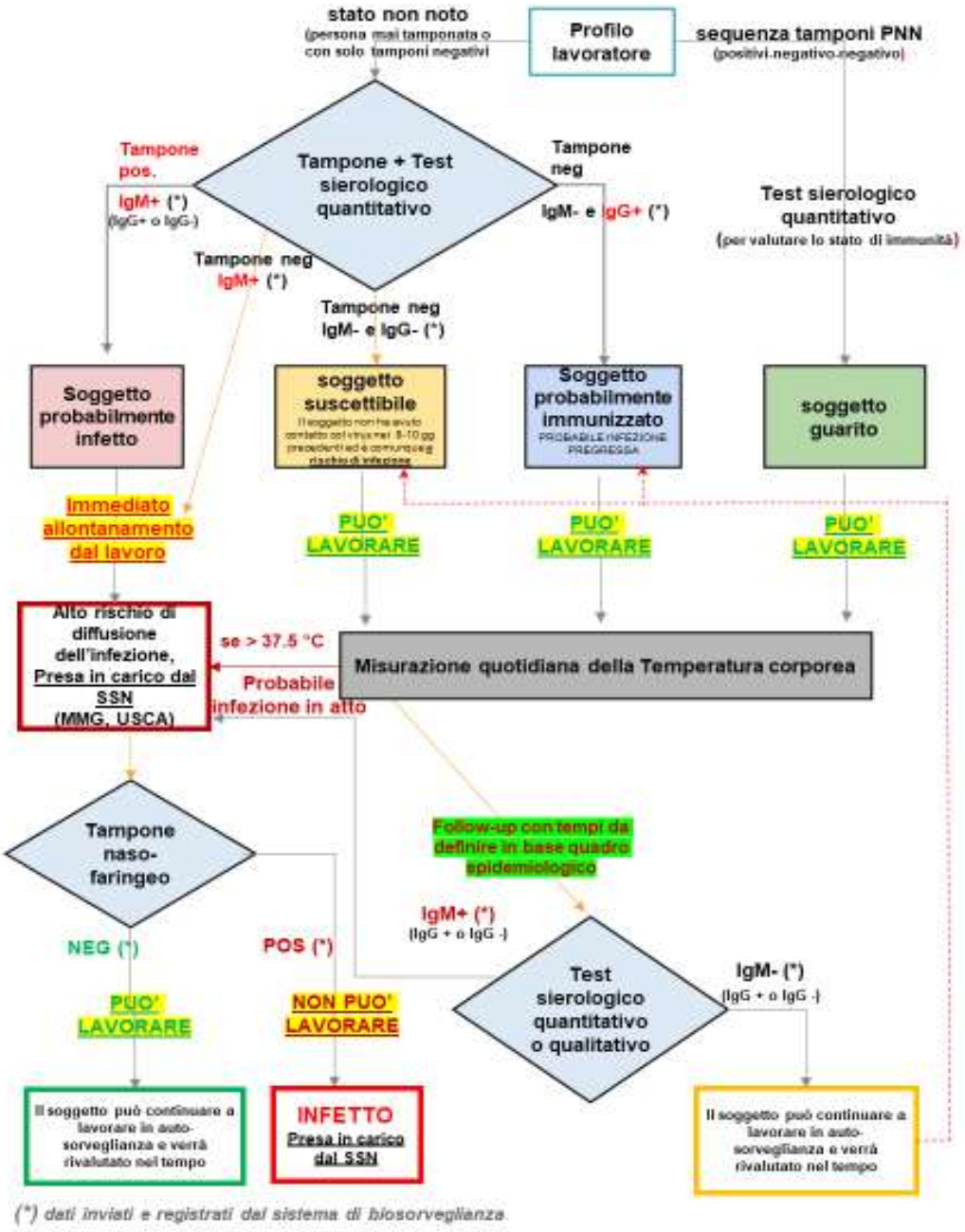

***Figura 3*: Schema di controlli**

In conclusione, la chiave metodologica può essere così dettagliata:

- **se l'obiettivo è rintracciare i soggetti infetti asintomatici** si suggerisce l'utilizzo del tampone per tutto il gruppo di lavoratori interessati;
- **se l'obiettivo è valutare precisamente lo stato immunitario dei lavoratori** è consigliato l'esame sierologico quantitativo in CLIA/ELISA, ed in caso di positività IgM l'esecuzione del tampone o *follow-up* sierologico;
- **se l'obiettivo è una caratterizzazione epidemiologica della diffusione del virus nella popolazione lavorativa** è opportuno effettuare entrambi i test.

Si sottolinea ancora una volta che:

- il test rapido può essere adottato come metodo di screening a condizione che, in caso di positività, venga eseguito l'esame sierologico quantitativo di conferma;

- la frequenza del *follow-up* sarà in funzione della situazione epidemiologica del territorio di riferimento. Importante sarà altresì poter richiedere, su indicazione del MC, il test diagnostico in caso di sintomatologia sospetta nei lavoratori.

Da quanto detto emerge in modo netto che il "***Calcolo del rischio di contagio e la griglia di interpretazione"*** oggi non è dimensionabile**.**

3. Sorveglianza Sanitaria

Sin dall'inizio dell'emergenza epidemica ANMA ha segnalato come le visite mediche di cui all'articolo 41 del D. Lgs. 81/08 fossero ad alto rischio di diffusione del contagio, mettendo a repentaglio la tutela della salute dei lavoratori e del MC [25]. Anche altre Associazioni scientifiche e istituzionali hanno dato simili indicazioni, citiamo per semplicità solamente CIIP [26], SIML [27] e FNOMCeO [28]. Anche numerose Regioni ed ASL territoriali hanno dato indicazioni simili, seppur con sfumature talvolta molto diverse.

Per contro il *Protocollo condiviso* suggerisce la necessità che la Sorveglianza Sanitaria non venga interrotta.

Nei documenti associativi di cui sopra si invita a dare la precedenza alle visite definite "più urgenti" (preventive, richieste dal lavoratore e da rientro dopo 60 gg di assenza), privilegiando tuttavia la possibilità di una visita anamnestica telematica.

La Circolare della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute datata 29 aprile 2020 tuttavia esclude in modo categorico la possibilità della visita "a distanza" recitando: "*In considerazione della definizione stessa di Sorveglianza Sanitaria quale «insieme di atti medici» e quindi relativi ad un approccio clinico completo nelle diverse fasi (anamnesi, esame obiettivo, accertamenti strumentali e di laboratorio, monitoraggio biologico) finalizzati alla valutazione diagnostica ed alla conseguente formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, essa non può prescindere dal contatto diretto tra lavoratore e Medico Competente e, pertanto, allo stato, non può realizzarsi attraverso visite mediche «a distanza»*".

La stessa Circolare pone ragionevolmente alcuni vincoli di fattibilità per l'esecuzione dell'attività di sorveglianza sanitaria quali:

- l'adeguatezza dell'ambiente dove eseguire l'attività sanitaria;
- la disponibilità di idonee protezioni sia per il lavoratore che per il personale sanitario;
- la programmazione delle visite mediche per evitare l'aggregazione;
- e, aggiungiamo, la disponibilità dell'esito degli accertamenti strumentali previsti dal protocollo sanitario necessari per la "*valutazione diagnostica*", considerato che alcuni esami non sono praticabili ("*Andrebbe altresì sospesa l'esecuzione di esami strumentali che possano esporre a contagio da SARS-CoV-2, quali, ad esempio, le spirometrie, gli accertamenti ex art 41 comma 4, i controlli ex art 15 legge 125/2001 qualora non possano essere effettuati in idonei ambienti e con idonei dispositivi di protezione")*.

Le condizioni di cui sopra non sono generalmente soddisfatte per le visite mediche eseguite *in loco* nelle imprese di medie e piccole dimensioni, mentre lo potrebbero essere presso lo studio del MC o le strutture sanitarie convenzionate con il DdL. In questo caso si apre però la problematica della liceità e della responsabilità dello stesso DdL nell'invio del proprio dipendente ad una struttura esterna, non ultimo il riconoscimento da parte dell'INAIL del contagio e dello sviluppo della COVID-19 come infortuno (anche) *in itinere*.

Dato che le problematiche che insistono su questo argomento sono complesse, noi MC consigliamo che la soluzione organizzativa sia affrontata dal DdL assieme al MC e agli RLS in seno al Comitato previsto dal *Protocollo condiviso*, tenendo conto che la Circolare stessa precisa che: "*In linea generale, possono essere differibili, previa valutazione del medico stesso, in epoca successiva al 31 luglio 2020:*
• la visita medica periodica, (art. 41, c. 1, lett. b)

---

[25] Comunicato ANMA sulla Sorveglianza sanitaria nell'emergenza COVID-19 - http://www.anma.it/news-anma/comunicato-anma-in-tema-di-emergenza-coronavirus/

[26] Documento di consenso sulla Sorveglianza Sanitaria https://www.ciip-consulta.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1062:documento-di-consenso-sulla-sorveglianza-sanitaria&catid=338&Itemid=623

[27] Comunicato SIMLI COVID-19 - Indicazioni per i medici competenti https://www.siml.it/post/COVID-19-indicazioni-per-i-medici-competenti

[28] https://portale.fnomceo.it/medici-competenti-la-fnomceo-scrive-a-catalfo-e-speranza-differire-visite-periodiche-a-fine-emergenza-COVID-19/

• *la visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro, nei casi previsti dalla normativa vigente (art. 41, c. 1, lett. e)*".
Ciò non toglie che il MC si deve rendere disponibile, nei tempi e con le modalità che si potranno considerare di volta in volta, per prendere in carico qualsiasi esigenza sanitaria si dovesse presentare.

La Circolare prosegue precisando che la Sorveglianza Sanitaria dovrà quindi proseguire comunque per le altre visite previste dal D. Lgs. 81/08, specificando che "*Tra le attività ricomprese nella sorveglianza sanitaria dovranno essere privilegiate le visite che possano rivestire carattere di urgenza e di indifferibilità quali:*
• *la visita medica preventiva, anche in fase preassuntiva;*
• *la visita medica su richiesta del lavoratore;*
• *la visita medica in occasione del cambio di mansione;*
• *la visita medica precedente alla ripresa del lavoro dopo assenza per malattia superiore a 60 giorni continuativi*" sempre che, ovviamente, i requisiti sopra elencati siano soddisfatti.

Da ultimo la Circolare prevede che il MC per il lavoratore che è stato affetto da COVID-19 e ha subito ricovero ospedaliero deve, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione secondo le modalità previste rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione territoriale di competenza, effettuare "*la visita medica precedente alla ripresa del lavoro dopo assenza per malattia superiore a 60 giorni continuativi*" ai sensi dell'art.41, c. 2, lett. e-*ter* del D.lgs. 81/08, al fine di verificare l'idoneità alla mansione anche per valutare **profili specifici di rischiosità**. Al proposito la **Circolare inserisce l'inciso** "***indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia***", ovvero anche se non intercorrono i canonici 60 giorni.
Non ci compete entrare nelle questioni giuridiche che tale indicazione può implicare.
Per non generare equivoci ci preme precisare che non è compito del MC confermare la certificazione di avvenuta guarigione; è invece suo compito fornire indicazione sul corretto reintegro del lavoratore, sulle specifiche misure eventualmente necessarie, come richiamate dalla stessa Circolare, dal *Protocollo condiviso* e dal documento tecnico INAIL dedicato alla "*possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione*".
È sicuramente nostro compito verificare la compatibilità della persona in funzione delle caratteristiche del rischio proprie della mansione specifica.
A questo proposito riteniamo utile considerare quanto descritto nel documento redatto da EU-OSHA "*COVID-19: Back to the workplace: Adapting workplaces and protecting workers*" nel capitolo "*Take care of workers who have been ill*".

Il documento 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 (*fit for work*) dato che, sulla base dell'osservazione degli esiti in cui possono incorrere gli ammalati di COVID-19, possono emergere alcune problematiche che interferiscono sulla "piena capacità, abilità e idoneità lavorativa":

1. la riduzione della capacità polmonare, seppur temporanea, conseguente alla malattia può essere il primo intuitivo elemento da considerare, e i lavoratori che si trovano in questa situazione potrebbero aver necessità di adattare la prestazione lavorativa anche in funzione dei programmi di fisioterapia;
2. i lavoratori che sono stati trattati in terapia intensiva possono andare incontro a situazioni particolari su cui il Medico del Lavoro deve esprimere modalità e tempi di rientro al lavoro, in dettaglio:

§ debolezza muscolare, che è in diretta relazione con la durata della cura in terapia intensiva e che può si può manifestare come tale o complicare la funzione respiratoria oppure, ancora, altra manifestazione può essere il fenomeno definito "*Post Intensive Care Syndrome* (*PICS*)", comparabile al disordine post-traumatico da stress, che si stima abbia una incidenza del 30-50% delle persone trattate in terapia intensiva;
§ 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.

Da considerare che il ritorno alla normalità della persona che ha subito un periodo di terapia intensiva può essere lungo e nella metà dei casi è necessario un anno per tornare all'efficienza di partenza, con un terzo di questa specifica popolazione che non ritorna alle condizioni di partenza.

È pertanto una problematica da tenere sotto osservazione per le conseguenze che ne possono derivare anche per la sicurezza sul lavoro. Fino ad oggi le persone trattate in terapia intensiva per COVID-19 sono circa 2.500, un numero forse non rilevante statisticamente, ma da non sottovalutare.

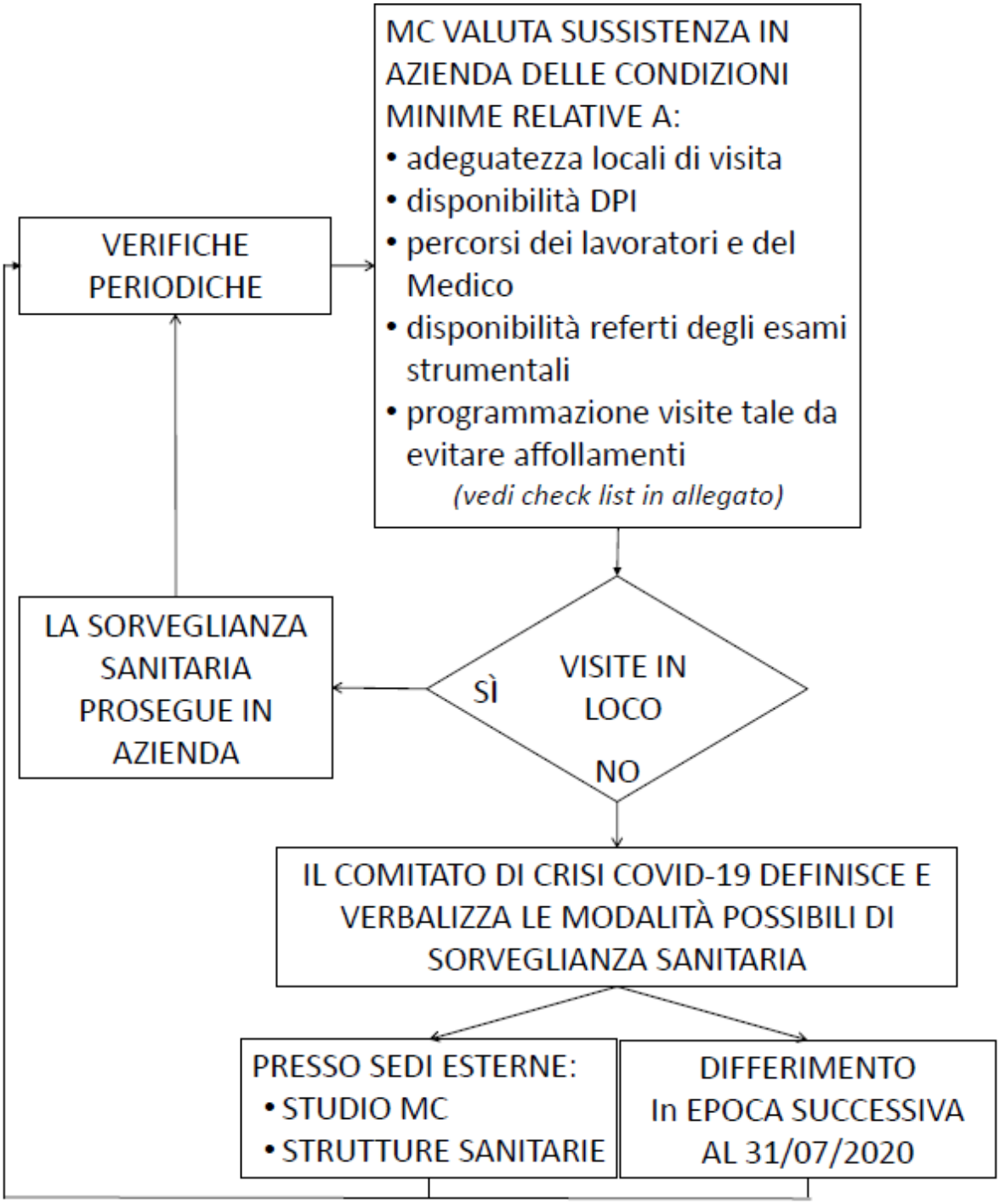

***Figura 4*: Diagramma di flusso Sorveglianza Sanitaria**

4. Gestione delle persone "fragili" al lavoro

4.1. Riferimenti normativi

L'articolo 3, comma 1, lettera b) del DPCM 8 marzo 2020 recita:

"[…] *è fatta espressa raccomandazione 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 o dimora fuori dai casi di stretta necessità e di evitare comunque luoghi affollati nei quali non sia possibile mantenere una distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro*".

L'articolo 26, comma 2 del D. L. n. 18 del 17 marzo 2020 recita:

"[…] *ai lavoratori dipendenti pubblici e privati in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n.104, nonché ai lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della medesima legge n. 104 del 1992, il periodo di assenza dal servizio prescritto dalle competenti autorità sanitarie, è equiparato al ricovero ospedaliero di cui all'articolo 19, comma 1, del decreto legge 2 marzo 2020, n.9*".

Mentre per l'articolo 26 sembrerebbe acclarato che la certificazione spetti ai Medici di Medicina Generale[29], permane grande confusione su quali siano i Sanitari che possano/debbano attestare il c.d. stato di fragilità ed eventualmente certificare la malattia all'INPS, con ciò mettendo in grave difficoltà i lavoratori che, pur avendone diritto in quanto ipersuscettibili e vulnerabili, non sanno poi come coprire l'eventuale periodo di assenza.

In questa situazione ANMA ha ritenuto che non fosse etico per i MC sottrarsi alla gestione di queste persone per la poca chiarezza della normativa, pur nei limiti delle proprie possibilità ed ha quindi suggerito comportamenti e procedure ai propri Soci ed ai MC in genere[30].

4.2. Lavoratori interessati

La raccomandazione è rivolta direttamente alla persona "fragile" ed è quindi questi che si deve fare parte attiva.

Le Associazioni scientifiche riportano elenchi con le principali patologie che possono costituire un rischio particolare in caso di infezione da COVID-19, del tipo:

- condizioni di immunodepressione e/o immunodeficienza primarie (malattie congenite ereditarie) o secondarie a altre patologie (tumori maligni, in particolare leucemie e linfomi, Aplasie midollari, infezione da HIV (AIDS) o a terapie (Cortisonici, Chemioterapici, altri Immunosoppressori nelle malattie autoimmuni);
- patologie oncologiche (tumori maligni);
- patologie cardiache (ischemiche tipo infarto, angina e altre coronaropatie, ipertensione arteriosa grave e scompensata, insufficienza cardiaca, gravi aritmie, portatori di dispositivi medici tipo pacemaker e defibrillatore);
- patologie broncopolmonari croniche (Broncopneumopatie corniche ostruttive, Asma Bronchiale grave, Cuore Polmonare Cronico, Enfisema Polmonare, Bronchiettasie, Fibrosi Polmonari, Sarcoidosi, Embolia polmonare);
- diabete mellito Insulino dipendente, specie se scompensato;
- insufficienza renale cronica;

[29] Lettera dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio del 18/03/2020

[30] ANMA - Comunicazione stato di fragilità lavoratori http://www.anma.it/news-anma/lavoratori-fragili/, gestione delle persone "fragili" – ulteriori specificazioni - http://www.anma.it/news-anma/gestione-delle-persone-fragili-ulteriori-specificazioni/

- insufficienza surrenale cronica;
- malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie (aplasie midollari, gravi anemie);
- malattie infiammatorie croniche e sindromi da malassorbimento intestinali;
- reumopatie sistemiche (Artrite reumatoide, Lupus Eritematosus Sistemicus, collagenopatie e connettiviti sistemiche croniche);
- epatopatie croniche gravi (cirrosi epatica e simili).

L'elenco è solo indicativo, non certo esaustivo, ed ogni caso va valutato a sé. Altro importante fattore è la presenza di più patologie (comorbilità).

Inoltre la "fragilità" è in genere dovuta a situazioni cliniche non correlabili all'attività professionale e di cui non sempre il MC è a conoscenza oppure non è aggiornato.

Le indicazioni procedurali indicate dall'Associazione sono riepilogate nel diagramma seguente (*Figura 6*).

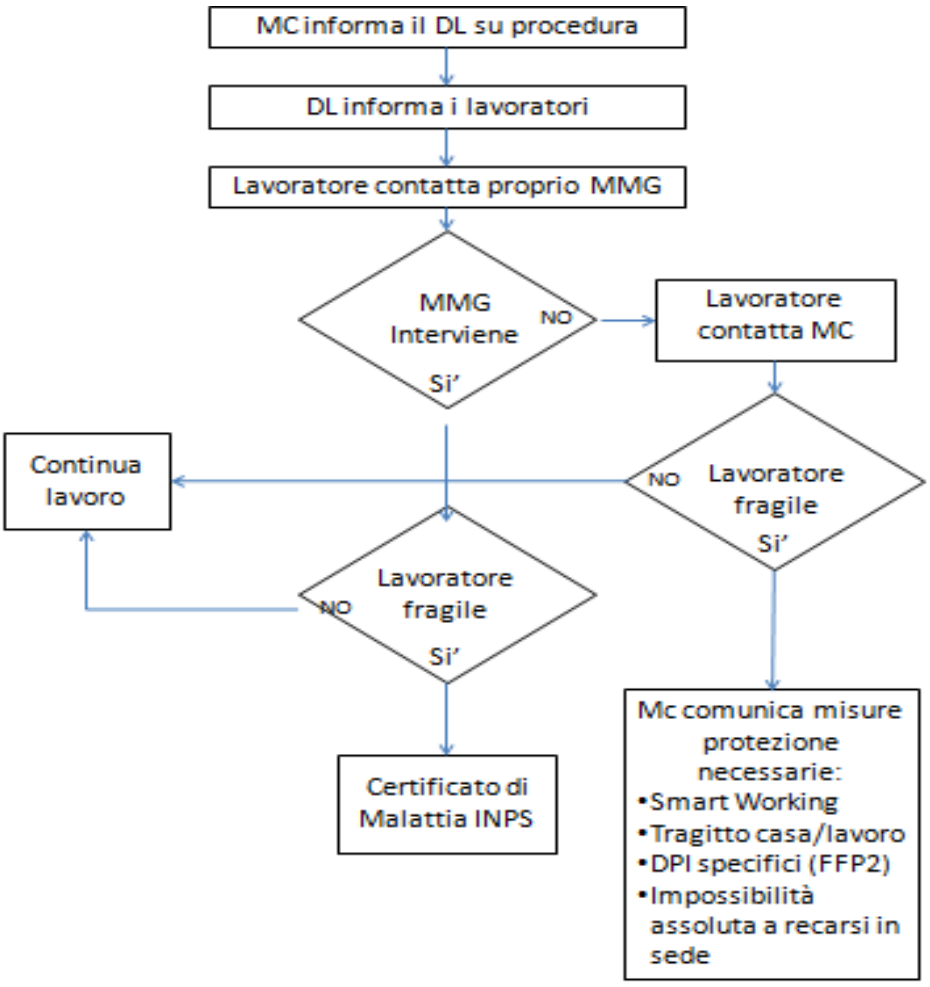

***Figura 5*: Diagramma gestione "persone fragili"**

5. Gestione casi positivi e contatti stretti

La normativa attuale, sia nazionale che regionale attribuisce agli operatori di sanità pubblica e ai MMG la gestione dei casi sospetti o positivi [31], cosi come definiti dalla Circolare del Ministero della Salute n° 6360 datata 27/02/2020. La recente Circolare DGPREV precisa che "*È fondamentale richiamare il ruolo che il Medico Competente può svolgere per il* contact tracing *nella precoce identificazione dei contatti in ambito lavorativo e nel loro isolamento e conseguentemente all'importanza strategica dello stretto rapporto di collaborazione che il Medico Competente può mettere in atto con i Medici di Medicina Generale e con i Dipartimenti di Prevenzione per la corretta gestione e presa in carico del lavoratore con sintomatologia sospetta per infezione da SARS-CoV-2*.".

Alla luce di quanto sopra e nel persistere della situazione di emergenza il MC assieme al DdL si sono resi disponibili e continuano ad essere disponibili a collaborare con le Pubbliche Autorità qualora queste non riescano a intervenire con la tempestività necessaria per il contenimento dell'epidemia.

Il ruolo del MC si esplica soprattutto nel fornire le corrette indicazioni per la gestione dei contatti stretti e per l'informazione da dare agli stessi.

5.1. Comunicazione di caso sospetto o positivo che perviene all'azienda dall'esterno

La comunicazione può pervenire dalle Pubbliche Autorità che richiedono collaborazione, ma non è infrequente che pervenga dal lavoratore stesso, messo in isolamento attivo o in quarantena.

Nel diagramma seguente (*Figura 7*) si propone una modalità di intervento rispettosa dei limiti di legge e dei compiti di ciascuno.

31 Si veda, tra i tanti, il rapporto ISS "INDICAZIONI AD INTERIM PER L'EFFETTUAZIONE DELL'ISOLAMENTO E DELLA ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE NELL'ATTUALE CONTESTO COVID-19" del marzo 2020 - https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-COVID-19-1-2020.pdf

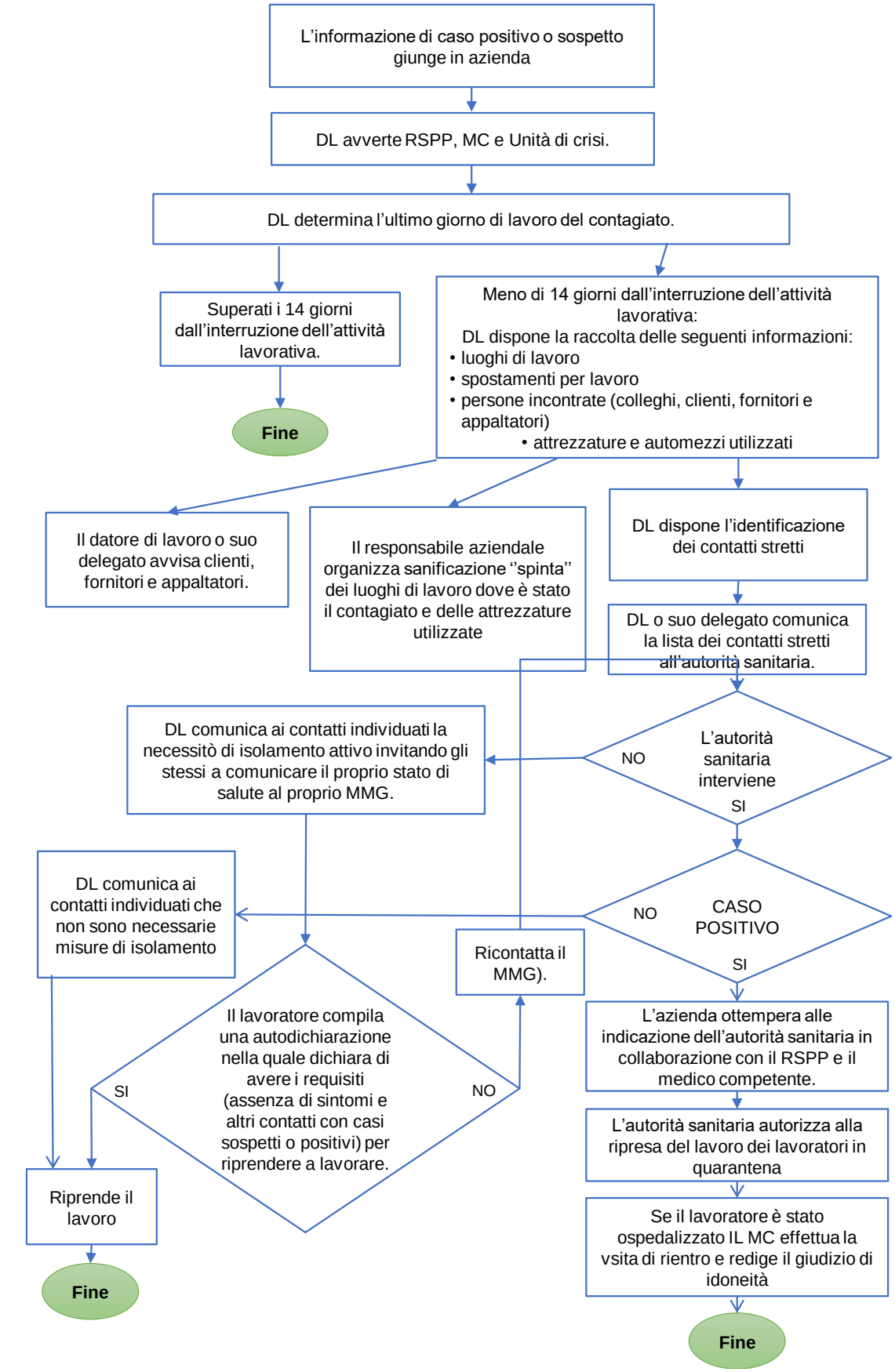

***Figura 6*: Diagramma per segnalazione di caso positivo ricevuta dall'esterno**

5.2. Gestione dei lavoratori che manifestano sintomi al lavoro

La procedura suggerita presenta alcune differenze rispetto alla precedente, come mostrato nel diagramma che segue (*Figura 8*):

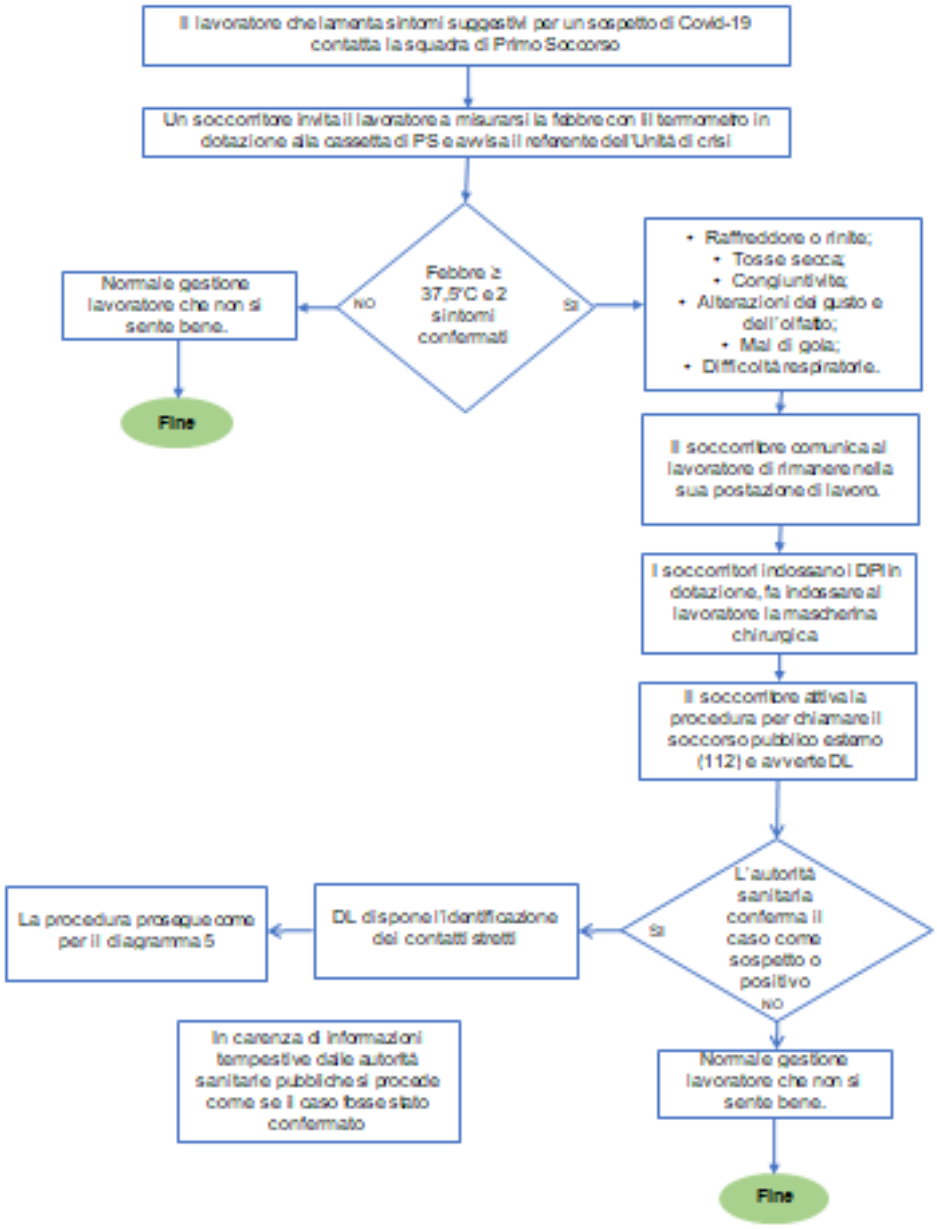

***Figura 7*: Diagramma per caso sospetto in azienda**

Nell'Allegato A.4. si riportano esempi dell'informativa di accompagnamento ai contatti; norme comportamentali e modulo di auto-certificazione.

Allegati

Allegato A.1.

I progetti di indagine anticorpale sulla popolazione al lavoro: lo stato dell'arte e materiali.

L'utilizzo di test diagnostici da parte del MC è argomento controverso in considerazione del significato clinico, della disponibilità, del costo e della gestione dei risultati all'interno di una comunità lavorativa come quella aziendale, a sua volta inserita in un contesto territoriale. Senza considerare poi le differenti indicazioni al riguardo date da parte delle Regioni.

Al momento abbiamo conoscenza di un solo progetto di indagine anticorpale sulla popolazione al lavoro, di cui riportiamo alcune fasi.

L'attendibilità del progetto è confermata dalle iniziative di alcune Regioni, in particolare Emilia-Romagna che, con Delibera n. 350 del 16.04.2020, disciplina lo screening sierologico attraverso i test rapidi accompagnati dai necessari approfondimenti diagnostici.

Di seguito, come anticipato nel precedente Paragrafo 2.6., il materiale informativo e di raccolta dei dati utilizzato nel protocollo.

Presentazione del progetto

Che cos'è un nuovo Coronavirus?

Un nuovo Coronavirus (nCoV) è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo. In particolare quello denominato SARS-CoV-2 non è mai stato identificato prima di essere segnalato a Wuhan, Cina, a dicembre 2019

. Cosa è la COVID-19?

La malattia provocata dal nuovo Coronavirus ha un nome:

"**COVID 19**" (dove "CO" sta per corona, "VI" per virus, "D" per disease (malattia) e "19" indica l'anno in cui si è manifestata).

Quanto è pericoloso il nuovo virus?

- Alcune persone si infettano ma non sviluppano alcun sintomo. Generalmente i sintomi sono lievi, soprattutto nei bambini e nei giovani adulti, e a inizio lento. Circa 1 su 5 persone con COVID-19 si ammala gravemente e presenta difficoltà respiratorie, richiedendo il ricovero in ambiente ospedaliero.

Quanto dura il periodo di incubazione?

- Il periodo di incubazione rappresenta il periodo di tempo che intercorre fra il contagio e lo sviluppo dei sintomi clinici. Si stima attualmente che vari fra 2 e 11 giorni, fino ad un massimo di 14 giorni.

. Quali sono le persone più a rischio di presentare forme gravi di malattia?

- Le persone anziane e quelle con patologie sottostanti, quali problemi cardiaci o diabete e i pazienti immunodepressi (per patologia congenita o acquisita o in trattamento con farmaci immunosoppressori, trapiantati) hanno maggiori probabilità di sviluppare forme gravi di malattia.

Sintomi

. Quali sono i sintomi di una persona con COVID-19?

I sintomi più comuni di sono febbre, stanchezza e tosse secca.

Alcuni pazienti possono presentare indolenzimento e dolori muscolari,

congestione nasale, alterazione del gusto e dell'olfatto, mal di gola o diarrea.

Questi sintomi sono generalmente lievi e iniziano gradualmente.

Nei casi più gravi, l'infezione può causare polmonite,

sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e persino la morte.

Come si trasmette il nuovo Coronavirus da persona a persona?

- Il nuovo Coronavirus è un virus respiratorio che si diffonde principalmente attraverso il contatto stretto con una persona malata. La via primaria sono le goccioline del respiro delle persone infette ad esempio tramite:
- la saliva, tossendo e starnutendo
- contatti diretti personali
- le mani, ad esempio toccando con le mani contaminate (non ancora lavate) bocca, naso o occhi
- In casi rari il contagio può avvenire attraverso contaminazione fecale.
- Normalmente le malattie respiratorie non si trasmettono con gli alimenti, che comunque devono essere manipolati rispettando le buone pratiche igieniche ed evitando il contatto fra alimenti crudi e cotti.
- Anche persone non sintomatiche ma positive possono trasmettere il virus
- Studi sono in corso per comprendere meglio le modalità di trasmissione del virus

Come devo mettere e togliere la mascherina?

- prima di indossare la mascherina, lavati le mani con acqua e sapone o con una soluzione alcolica
- copri bocca e naso con la mascherina assicurandoti che sia integra e che aderisca bene al volto
- evita di toccare la mascherina mentre la indossi, se la tocchi, lavati le mani
- togli la mascherina prendendola dall'elastico e non toccare la parte anteriore della mascherina; gettala immediatamente in un sacchetto chiuso e lavati le mani.

Scopi del progetto

- **Questi sono i quesiti che ci poniamo a cui l'indagine dovrà dare risposta**

vi è una maggior prevalenza di casi tra popolazione lavorativa 'protetta' rispetto ad un gruppo di riferimento che segue le misure di contenimento?

in uno scenario in cui si fosse costretti a riprendere l'attività lavorativa, le attuali misure di contenimento definite dall'intesa sono realmente protettive?

Gli obiettivi del progetto

- individuare i lavoratori positivi asintomatici

- valutare l'efficacia delle misure di contenimento messe in atto dall'azienda

-follow-up (controllo) nel tempo dei lavoratori

-"validare" i test effettuati e cioè:
1.confronto tampone - test sierologici

Le azioni che saranno intraprese

Prima fase : accettazione

Si arriva uno alla volta con la mascherina. Si verrà registrati, si consegnerà il questionario compilato e si firmerà il consenso informato

Seconda fase: esecuzione tampone

Un operatore sanitario striscerà un tampone sulla mucosa del naso e del faringe

-Terza fase: effettuazione test sierologici

In un altro locale un medico effettuerà a puntura sul popastrello di un dito o un prelievo di sangue. Durante queste 2 fasi non bisogna parlare

Quarta fase: conclusione degli accertamenti

Si ritorna al lavoro e dopo 3-4 giorni saranno consegnati e spiegati i referti del tampone e del test

SCHEDA ANAMNESTICA AUTOSOMMINISTATA

AZIENDA: _____

COGNOME E NOME: _____ DATA DI NASCITA: __/__/____
CODICE FISCALE: _____
CELL: _____
INDIRIZZO E-MAIL: _____

MEDICO CURANTE: _____

È in trattamento con farmaci immunosoppressori (es. ciclosporina, metotrexate, ecc…)?

SI **NO**

È in terapia con cortisone da molto tempo?
SI **NO**

Fuma?
SI **NO**

Ha avuto febbre, astenia, sintomi influenzali (con disturbi respiratori come tosse o gastroenterici come diarrea) o alterazioni del gusto o dell'olfatto dall'inizio epidemia?
SI **NO**

Se si specificare quali e quando si sono manifestati tali sintomi:
_____

_____

_____

❑ **Acconsento a sottopormi agli accertamenti (tampone nasofaringeo e test sierologico) dopo essere stato informato dello scopo e del significato dell'indagine.**

Data __/__/____
Firma lavoratore _____

Firma del sanitario _____

Data __/__/____

Gent. Sig.ra / Egr. Sig. _____ nata/o il __/__/____

Azienda _____
Reparto / Ufficio _____

Risultato del test sierologico IgM e IgG (presenza di anticorpi contro il SARS-CoV-2)

Gentile lavoratore,
sulla base dei seguenti accertamenti sanitari effettuati in data __/__/____

❑ test sierologico qualitativo con metodi immunochimici rapidi

❑ test sierologico quantitativo con metodi di laboratorio

Lei è risultato:

❑ il test indica che non sono presenti anticorpi (IgM e IgG) per cui si presume che non vi sia stato nessun contatto con il virus negli 8-10 giorni precedenti. Lei resta comunque una persona a rischio di infezione (**soggetto suscettibile**). Può continuare a lavorare con tutte le precauzioni disposte dall'azienda, in auto-sorveglianza e deve essere controllato periodicamente con i test anticorpali.

- ❑ il test indica che sono presenti immunoglobuline (IgG) che potrebbero indicare una probabile infezione pregressa (**soggetto immunizzato**). C'è basso rischio di infezione in caso di esposizione. Può continuare a lavorare in auto-sorveglianza.

- ❑ il test indica che sono presenti immunoglobuline (IgM) che potrebbero suggerire una esposizione recente al virus (**probabile soggetto infetto**). Si rende necessario effettuare e/o ripetere la ricerca del RNA virale (tampone naso-faringeo). È opportuno che precauzionalmente e temporaneamente lei sia distaccato dall'ambiente di lavoro.

Prossimo controllo suggerito: __/__/____

Il Medico Competente
dott. _____

PROCEDURA DI EFFETTUAZIONE DEI TEST

PERSONALE COINVOLTO

Il responsabile del progetto, almeno due Operatori Sanitari e almeno una persona messa a disposizione dall'azienda per la parte documentale e formale.

PRIMA DI PARTIRE IN DIREZIONE DELL'AZIENDA DA INDAGARE:

1. Accertarsi:

- di avere l'autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 con indicato per motivi lavorativi indicando il luogo di partenza e il luogo di arrivo
- di avere l'elenco dei lavoratori interessati divisi in formato Excel: cognome, nome, data di nascita, codice fiscale, mansione, classificazione di rischio COVID-19
- che i lavoratori abbiano ricevuto l'informativa per la privacy, il consenso informato, la formazione a distanza, il questionario anamnestico

2. Accertarsi di avere tutto il materiale necessario:

- i DPI necessari per ogni singolo operatore (camice monouso con polsini e copricapo/tuta di Tywek o Tycom con cappuccio, copri scarpe, occhiali o visiera, mascherina ffp2/ffp3, guanti nitrile). Massima vestizione per chi fa tampone e kit; per chi invece fa segreteria mascherina ffp2 perché la protezione in quel caso è soprattutto la distanza di sicurezza.
- telino monouso
- alcol 70% e detergenti per la disinfezione delle superfici e di alcuni dpi (visiera)
- *biocarrier* fornito dal laboratorio con dentro contenitore porta provette
- kit per tamponi rinofaringei
- kit per test rapidi, compresi i pungi dito
- kit per eventuale prelievo ematico
- cotone, soluzione alcolica e cerotti
- abbassalingua sterili e penna luminosa
- box contenitori per rifiuti rischio biologico (alibox e cartoni cellofanati). È importante separare la parte non biologica (imballaggi e micro-imballaggi) dalla parte biologica.
- etichette adesive (4 per ogni lavoratore) precedentemente predisposte dall'azienda e dal laboratorio (per i tamponi)
- scheda/questionario per autosomministrazione

CARATTERISTICHE E IDONEITÀ DEI LOCALI PREDISOSTI PER IL LAVORO

Deve essere adibita una stanza dedicata (zona filtro) per consentire vestizione e svestizione degli operatori sanitari, fornita di una panchina, un appendiabito, disinfettanti per l'igiene delle superfici nonché contenitori per rifiuti speciali a rischio biologico.
Il locale/ambulatorio dove saranno effettuati i prelievi dei campioni biologici deve essere fenestrato e di dimensioni adeguate a contenere le attrezzature; deve essere presente un lettino con lenzuolino a strappo (se possibile), un tavolo ampio, una sedia e un carrello o tavolino per i materiali sanitati e contenitori per rifiuti speciali a rischio biologico.
In caso di più operatori sanitari: 1 operatore = 1 locale. Se presente un solo locale questo deve essere sufficientemente ampio per la poter lavorare in sicurezza.

PROCEDURA STANDARD PER ESEGUIRE VESTIZIONE PRIMA DI EFFETTUARE IL PRELIEVO DI CAMPIONE MICROBIOLOGICO

Nella zona filtro:

- togliere ogni monile e oggetto personale. Praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica
- controllare l'integrità dei dispositivi, non utilizzare se non sono integri
- indossare un primo paio di guanti
- indossare il camice o la tuta monouso ed eventuali calzari o copricapo
- indossare idoneo filtrante facciale FFP2-FFP3
- indossare gli occhiali di protezione o visiera
- indossare un secondo paio di guanti

FASE DI SEGRETRIA E DI ACCETTAZIONE

Prima di far entrare il lavoratore nella stanza/ambulatorio si esegue **l'accettazione del lavoratore al di fuori della stanza** con la collaborazione di una persona messa a disposizione dall'azienda per:

- identificare e registrare il lavoratore
- far compilare al lavoratore la scheda/questionario (se non già compilato in precedenza)
- spiegare il procedimento di effettuazione dei test (se non è stata già ricevuto l'informativa)
- applicare l'etichetta con i dati anagrafici del lavoratore sulle provette dei test
- consegnare al lavoratore la busta contenente il tampone nasofaringeo correttamente etichettato e l'etichetta che dovrà essere posta sul retro della piastrina del test rapido

FASE DI ESECUZIONE DEI TEST

Far entrare un lavoratore alla volta indossando la mascherina chirurgica.
Effettuare prima il tampone rinofaringeo poi il test rapido nell'altra postazione.

Esecuzione del tampone FARINGEO

il primo operatore fa sedere il lavoratore e, dopo averlo invitato ad inclinare leggermente la testa all'indietro, effettua l'esame, rapido e indolore, che consiste nel passare con decisione l'apposito tampone monouso sulla mucosa dei pilastri anteriori e delle tonsille avendo cura di evitare il contatto con la mucosa orale e la lingua. Se il lavoratore ha difficoltà ad abbassare la lingua usare l'abbassalingua.

Subito dopo eseguire il tampone NASALE

un altro tampone (o a seconda dei kit lo stesso tampone) viene inserito attraverso una narice e fatto proseguire lungo il pavimento della coana nasale fino a circa al livello della radice del naso. Una volta in sede il tampone viene ruotato delicatamente e quindi mantenuto *in situ* per qualche secondo.

- riporre l'applicatore (o i tamponi) nella provetta sterile predisposta contenente il liquido, tagliando il tampone a livello del bordo della provetta per permettere la chiusura con il tappo

- togliersi il secondo paio di guanti
- riporre la provetta nel contenitore che si trova nel *biocarrier*
- cambiare il secondo guanto
- pulire periodicamente la visiera con alcol

Esecuzione del test rapido

Si fa sedere il lavoratore girato di 90 gradi rispetto al secondo operatore che effettua l'esame seguendo scrupolosamente le indicazioni riportate nel foglietto istruzioni facendo particolare attenzione a:

- far apporre al lavoratore l'etichetta sul retro del kit
- pulire il polpastrello con alcol
- sceglier il dito con minor callosità e pungere in posizione eccentrica il polpastrello
- asciugare la prima gocciolina di sangue
- prelevare la seconda goccia di sangue dopo aver massaggiato la mano dal polso al polpastrello (spremendo aspettare che se ne formi di una buona quantità)
- la micropipetta deve essere maneggiata delicatamente in modo da tenere riempita solo la parte capillare; questo permette di coprire bene il pozzetto dedicato del kit
- se previsto dal kit aggiungere le gocce (1 o 2 gocce) del reagente
- il risultato va letto con tempistica secondo quanto precisato nel foglietto istruzioni, accertarsi che sia presente la banda C di controllo
- in caso di presenza della banda di IgM o IgG, fotografare il risultato e procedere al prelievo ematico con provetta da siero per l'analisi quantitativa del campione nel laboratorio di riferimento
- provvedere al cambio della carta e dei guanti

PROCEDURA PER ESEGUIRE LA SVESTIZIONE DOPO L'EFFETTUAZIONE DEL PRELIEVO DEI CAMPIONI

Nella zona filtro:

- rimuovere il camice/tuta monouso ed eventuali calzari per smaltirli nel contenitore
- rimuovere il primo paio di guanti e smaltirlo nel contenitore
- rimuovere gli occhiali o la visiera e sanificarli
- rimuovere la maschera FFP2 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore
- rimuovere il secondo paio di guanti e smaltirlo nel contenitore
- lavarsi le mani con acqua e sapone con soluzione alcolica

Evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute; i DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore nell'area di svestizione.

Allegato A.2.

La misurazione della temperatura in accesso in azienda

Il materiale prodotto e pubblicato da ANMA sull'argomento è reperibile al seguente collegamento:

http://www.anma.it/news-anma/misurazione-temperatura-in-accesso-ai-luoghi-di-lavoro/

Le indicazioni espresse da ANMA sono frutto della lettura di documenti normativi ed interpretativi ad oggi pubblicati; il documento allegato ha funzione di orientamento e la sua applicazione è rimessa alla valutazione del singolo professionista nell'ambito della propria attività.

Allegato A.3.

Esempio di lista di controllo per la verifica delle condizioni minime di sicurezza per l'esecuzione della Sorveglianza Sanitaria ex *art. 41 D. Lgs. 81/08 durante l'emergenza da epidemia COVID-19*

Premessa

La presente lista di controllo vuole rappresentare solamente un'indicazione per le verifiche in epigrafe effettuate dal MC, senza la pretesa di essere esaustiva e senza in alcun modo voler condizionare le modalità di esecuzione delle stesse.

Società, Unità Produttiva, Sede di _____

1. Locali dove eseguire le visite

Requisito		SÌ	NO	Note
1.1	HANNO UNA SUPERFICIE DI ALMENO 12 M^2?	☐	☐	DIMENSIONI PIÙ PICCOLE NON PERMETTONO DISTANZE ADEGUATE DI SICUREZZA DURANTE I COLLOQUI
1.2	VI È UN RAPPORTO AERO-ILLUMINANTE DI ALMENO 1/8?	☐	☐	È NECESSARIO AVERE LA POSSIBILITÀ DI AERARE FREQUENTEMENTE IL LOCALE TRAMITE APERTURE NATURALI. SI CONSIDERI CHE CON IL RAPPORTO 1/8 È NECESSARIA UNA APERTURA NATURALE, AL NETTO DEGLI INFISSI DI 1,5 M^2 PER 12 M^2 DI SUPERFICIE, CIRCA 2 M^2 PER 16 M^2 DI SUPERFICIE. SCONSIGLIATI PER QUESTO MOTIVO LOCALI IN SEMINTERRATI O SOTTERRANEI
1.3	IL LOCALE È DOTATO DI UN LAVABO CON ACQUA CORRENTE CALDA E FREDDA?	☐	☐	POSSIBILITÀ PER IL MEDICO DI LAVARSI LE MANI AD OGNI PAZIENTE
1.4	VI È UN DISPENSER CON SAPONE SANIFICANTE?	☐	☐	IN GENERE SONO IN POLIETILENE O IN POLIPROPILENE TNT. QUESTI ULTIMI SONO MOLTO PIÙ ROBUSTI E TRASPIRANTI, MA ANCHE MOLTO PIÙ COSTOSI
1.5	VI SONO SERVIZI IGIENICI DEDICATI?	☐	☐	È UNA PRESCRIZIONE NORMATIVA PER GLI STUDI MEDICI E GLI AMBULATORI IN GENERE, PER EVITARE AL MEDICO E AI PAZIENTI DI ATTRAVERSARE SPAZI PROMISCUI CON LUNGHE PERCORRENZE
1.6	IN CARENZA, I SERVIZI SONO ALMENO ADIACENTI AL LOCALE VISITE?	☐	☐	VEDI SOPRA
1.7	VI È IL LETTINO MEDICO CON ROTOLO DI CARTA E RELATIVO PORTAROTOLO?	☐	☐	NECESSITÀ ASSOLUTA DI CAMBIARE LA SUPERFICIE DI CONTATTO AD OGNI PAZIENTE. IL PORTAROTOLO È INDISPENSABILE PERCHÉ IN ASSENZA LA CARTA FACILMENTE SI IMBRATTA O VIENE IN CONTATTO CON SUPERFICI POTENZIALMENTE INFETTE

1.8	I LOCALI SONO RAGIONEVOLMENTE VICINI ALL'ENTRATA?	☐	☐	LA DISTANZA D PERCORRERE NON DOVREBBE SUPERARE I 30 METRI, SEMPRE PER EVITARE ANCHE AI LAVORATORI PERCORSI PROLUNGATI E PROMISCUI
1.9	ESISTE UNA SALA DI ATTESA DI DIMENSIONI ADEGUATE?	☐	☐	È SEMPRE UN REQUISITO RICHIESTO PER GLI STUDI MEDICI E GLI AMBULATORI. PER DIMENSIONI ADEGUATE SI INTENDE CHE VI È LA POSSIBILITÀ DI MANTENERE UNA DISTANZA DI PIENA SICUREZZA (1 METRO) TRA CHI VI SOGGIORNA. A TITOLO ORIENTATIVO SI CONSIDERI ALMENO 2,5 M^2 A PERSONA CON UN MINIMO DI 10 M^2
1.10	IN CARENZA ESISTE UN LOCALE ATTIGUO DI DIMENSIONI ADEGUATE CHE PUÒ ESSERE ADIBITO A SALA DI ATTESA?	☐	☐	
1.11	SI HA CERTEZZA CHE LE MISURE DI SANIFICAZIONE PREVISTE SIANO ATTUATE?	☐	☐	DEVE ESSERE GARANTITA UNA ACCURATA PULIZIA DELLA SALA VISITE E DELLA SALA DI ATTESA, COMPRESE TUTTE LE SUPERFICI DI APPOGGIO PRESENTI, IL LETTINO, L'EVENTUALE STRUMENTAZIONE MEDICA PRESENTE, ARREDI E SUPPELLETTILI, SERRAMENTI CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLE MANIGLIE DI PORTE E FINESTRE CON ADEGUATI PRODOTTI DISINFETTANTI (SPECIFICHE OMS: SOLUZIONE IDROALCOLICA 60-70%, IPOCLORITO DI SODIO 1%), SIA PRIMA CHE DOPO LO SVOLGIMENTO DELLE VISITE MEDICHE
1.12	IL MC HA A DISPOSIZIONE MATERIALE DISINFETTANTE PER LE EMERGENZE E DA UTILIZZARE TRA UN PAZIENTE E L'ALTRO?	☐	☐	PREFERIBILI SALVIETTE MONOUSO DISINFETTANTI, IN ALTERNATIVA DISINFETTANTI SPRAY O, DA ULTIMO, GARZE E FLACONI. LE CARATTERISTICHE SONO QUELLE OMS DI CUI SOPRA

2. DPI

Requisito		SÌ	NO	Note
2.1	IL MC HA DISPOSIZIONE FILTRANTI FACCIALI FP2 O FP3 O EQUIVALENTI (N95 O N99)?	☐	☐	DPI RICHIESTI PER GLI OPERATORI SANITARI DALLE PUBBLICHE AUTORITÀ SANITARIE. I DPI MARCATI NR DEVONO ESSERE CAMBIATI A OGNI SEDUTA DI VISITE (ALMENO 2 MASCHERINE CON UNA GIORNATA INTERVALLATA DALLA PAUSA PRANZO), I FILTRANTI MARCHIATI R POSSONO ESSERE UTILIZZATI SINO A 5 SEDUTE DI VISITE
2.2	IL MC HA A DISPOSIZIONE VISIERA FACCIALE O OCCHIALI A MASCHERA?	☐	☐	IN GENERE LA VISIERA È PIÙ COMODA DA PORTARE; GLI OCCHIALI A MASCHERA OLTRE A ESSERE PIÙ FATICOSI NON POSSONO ESSERE INDOSSATI DA CHI PORTA OCCHIALI DA VISTA; LA VISIERA FACCIALE È IN DOTAZIONE AD OGNI CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO EX D.M. 388/03

2.3	IL MC HA A DISPOSIZIONE UN NUMERO ADEGUATO DI GUANTI MONOUSO?	☐	☐	SONO IDONEI DIVERSI TIPI DI GUANTI, I MIGLIORI SONO IN NITRILE, MA VANNO BENE ANCHE QUELLI IN VINILE O IN LATTICE. QUESTI ULTIMI POSSONO TUTTAVIA DARE ALLERGIE DA CONTATTO, ANCHE SEVERE. I GUANTI SONO RIGOROSAMENTE MONOUSO A PERDERE, È QUINDI IMPORTANTE CHE IL MC NE ABBIA IN DISPONIBILITÀ UN BUON NUMERO. IL GUANTO DOVREBBE ESSERE CAMBIATO OGNI VOLTA CHE SI HA UN CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE (IN PRATICA OGNI PAZIENTE SI ESEGUE L'ESAME OBIETTIVO), SE SI ROMPE O SI IMBRATTA
2.4	IL MC HA A DISPOSIZIONE CAMICI MONOUSO A PERDERE?	☐	☐	IN GENERE SONO IN POLIETILENE O IN POLIPROPILENE TNT. QUESTI ULTIMI SONO MOLTO PIÙ ROBUSTI E TRASPIRANTI, MA ANCHE MOLTO PIÙ COSTOSI
2.5	ESISTE UNA PROCEDURA E UN APPOSITO CONTENITORE PER LO SMALTIMENTO DEI DPI?	☐	☐	I RIFIUTI DEVONO ESSERE SMALTITI COME RIFIUTI SPECIALI SANITARI POTENZIALMENTE INFETTI

3. Disposizioni normative

Requisito		SÌ	NO	Note
3.1	ESISTONO NORMATIVE LOCALI, REGIONALI O ASL RELATIVE ALLA SORVEGLIANZA SANITARIA?	☐	☐	PURTROPPO ESISTONO DISPOSIZIONI DIVERSE, DISTRIBUITE "A MACCHIA DI LEOPARDO". PER LO PIÙ, QUELLE ATTUALMENTE NOTE SONO IN LINEA CON LE INDICAZIONI DATE, OCCORRE PERÒ VERIFICARE SE VI SIANO DISPOSIZIONI DIVERSE E/O OSTATIVE.
3.2.	SE SÌ SONO IN LINEA CON LE INDICAZIONI DATE?	☐	☐	
3.3	SONO, AL CONTRARIO, IN CONTRASTO CON LE INDICAZIONI DATE?	☐	☐	
3.4	DANNO ULTERIORI E DIVERSE DISPOSIZIONI? QUALI?	☐	☐	

4. Altre osservazioni

_____

_____

Luogo e data

Firma

_____

Comunicazione degli esiti della verifica delle condizioni minime di sicurezza per l'esecuzione della Sorveglianza Sanitaria *ex* art. 41 D. Lgs. 81/08 durante l'emergenza da epidemia COVID-19

Su carta intestata

Spett. _____

alla c.a. _____ *in qualità di Datore di Lavoro* (in alternativa riportare nome e qualifica del referente indicato)

Io sottoscritto Dott.ssa / Dott. _____

Medico Competente della società in epigrafe comunico quanto segue:

La Sorveglianza Sanitaria può essere effettuata nelle sedi di _____

_____

che posseggono i requisiti per soddisfare le condizioni minime di sicurezza, come da lista di controllo allegata *(in alternativa citare altri strumenti utilizzati per la verifica)*.

La Sorveglianza Sanitaria deve essere ulteriormente differita al __/__/____ in quanto le sedi valutate NON hanno i requisiti per soddisfare le condizioni minime di sicurezza, come da lista di controllo allegata *(in alternativa citare altri strumenti utilizzati per la verifica)* e non ritengo praticabile la modalità telematica *(riportare motivazioni)*.

(eventuali altre osservazioni)

Luogo e data

Firma

_____

Allegato A.4.

Proposta di questionario per la raccolta di dati utili a calcolare il "profilo di rischio COVID-19"

Premessa

La presente proposta di questionario contiene un'indicazione per la raccolta dei campi utili ai fini del calcolo del profilo di rischio COVID-19, mantenendo quindi tutta la flessibilità necessaria all'uso di ciascun Medico Competente.

Dott. _____ Medico Competente di _____ Unità produttiva _____	**PROFILO** DI RISCHIO **COVID-19** (DPCM 26.04.2020)

Cognome e Nome*															
Comune di nascita*						**Data di nascita***									
Codice Fiscale*															
Indirizzo di domicilio*															
Comune*						**Provincia***					**CAP***				
Recapito telefonico*															
e-mail*															
Medico Curante* Dott.															
Recapito studio e telefono*															

**** CAMPO OBBLIGATORIO***

RICORDA CHE RIMANE TASSATIVO

- L'OBBLIGO DI RIMANERE AL PROPRIO DOMICILIO IN PRESENZA DI FEBBRE (≥37,5°) O ALTRI SINTOMI INFLUENZALI E DI CHIAMARE IL PROPRIO MEDICO DI MEDICINA GENERALE E L'AUTORITÀ SANITARIA
- LA CONSAPEVOLEZZA E L'ACCETTAZIONE DEL DIVIETO DI ACCEDERE O DI PERMANERE NEI LUOGHI DI LAVORO E DELL'OBBLIGO DI DICHIARARE IMMEDIATAMENTE AL MOMENTO DEL RISCONTRO, ANCHE SUCCESSIVAMENTE ALL'INGRESSO, OGNI EVENTUALE CONDIZIONE DI PERICOLO (SINTOMI INFLUENZALI, TEMPERATURA CORPOREA ELEVATA, PROVENIENZA DA ZONE A RISCHIO, AVVENUTO CONTATTO CON PERSONE POSITIVE AL VIRUS NEI 14 GIORNI PRECEDENTI, ETC.) IN CUI I PROVVEDIMENTI DELL'AUTORITÀ IMPONGONO DI INFORMARE IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E L'AUTORITÀ SANITARIA E DI RIMANERE AL PROPRIO DOMICILIO

- L'OBBLIGO DI RISPETTARE TUTTE LE DISPOSIZIONI DELLE AUTORITÀ E DEL DATORE DI LAVORO NEL FARE ACCESSO IN AZIENDA (IN PARTICOLARE MANTENERE LA DISTANZA DI SICUREZZA, OSSERVARE LE REGOLE DI IGIENE DELLE MANI E TENERE COMPORTAMENTI CORRETTI SUL PIANO DELL'IGIENE)
- L'OBBLIGO DI SEGNALARE IMMEDIATAMENTE E RESPONSABILMENTE AL DATORE DI LAVORO IL RISCONTRO DI QUALSIASI SINTOMO INFLUENZALE DURANTE L'ESPLETAMENTO DELLA PRESTAZIONE LAVORATIVA, AVENDO CURA DII RIMANERE AD ADEGUATA DISTANZA DALLE ALTRE EVENTUALI PERSONE PRESENTI
- L'OBBLIGO DI USCIRE DI CASA CON MASCHERINA RESPIRATORIA E GUANTI E DI FARNE USO NEL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI VIGENTI
- L'OBBLIGO DI RISPETTARE LA DISTANZA DI SICUREZZA

LA PRESENTE SCHEDA È COPERTA DA SEGRETO PROFESSIONALE NEL RISPETTO DELLA NORMATIVA SULLA PRIVACY E VA CONSEGNATA IN BUSTA CHIUSA INDIRIZZATA AL MEDICO COMPETENTE Dott. _____

PROFILO COVID-19	**DEL __/__/2020**

PROGRESSIVO SCHEDA N. ___ DEL 2020

SESSO (M/F)	**X** (compilazione a carico del lavoratore)	**RATING** (compilazione a carico del Medico Competente)
ETÀ		
ABITUDINE AL FUMO (OLTRE 10 SIGARETTE / GIORNO) NO / SI		
FREQUENTA ABITUALMENTE PALESTRA / PISCINA? NO / SI		
FREQUENTA ABITUALMENTE LUOGHI DI AGGREGAZIONE? NO / SI (SPECIFICARE _____)		

T. MODALITÀ RAGGIUNGIMENTO POSTO DI LAVORO

SEGNARE CON	**X** (compilazione a carico del lavoratore)	**RATING** (compilazione a carico del Medico Competente)
UTILIZZO DI MEZZI PROPRI		
UTILIZZO MEZZI IN CONDIVISIONE (CAR POOLING)		
UTILIZZO DI MEZZI PUBBLICI – TEMPO DI PERCORSO < 1 ORA		
UTILIZZO DI MEZZI PUBBLICI – TEMPO DI PERCORSO ≥ 1 ORA		

P. QUESTIONARIO ANANMESTICO COVID-19

SINTOMI (INDICARE PERIODO __/__/____ - __/__/____)	**SI / NO** (compilazione a carico del lavoratore)	**RATING** (compilazione a carico del Medico Competente)
PRESENZA DI FEBBRE ≥ 37,5°C		
PRESENZA DI TOSSE E/O DIFFICOLTÀ DI RESPIRO		
EPISODI DI DIARREA PER PIÙ GIORNI		
EPISODI DI BRUCIORE URINARIO PER PIÙ GIORNI		
ALTERAZIONE DEL GUSTO E/O DELL'OLFATTO		

DOLORI MUSCOLARI E/O STANCHEZZA INSOLITA ED ECCESSIVA		
RICOVERO IN OSPEDALE PER ALTRE PATOLOGIE DIVERSE DA COVID-19		
ALTRO (descrivere):		

NOTIZIE COVID-19 (INDICARE PERIODO __/__/____ - __/__/____)	**SI / NO** (compilazione a carico del lavoratore)	**RATING** (compilazione a carico del Medico Competente)
È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE PER COVID-19		
È STATO POSTO IN ISOLAMENTO PER TAMPONE POSITIVO A COVID-19		
È STATO POSTO IN ISOLAMENTO PER CONTATTO CON PERSONA POSITIVA A COVID-19		
ALTRO (SPECIFICARE _____)		

"FRAGILITÀ" (DPCM *26/04/2020 art. 3, c. 1, lett. b*)	**SI / NO** (compilazione a carico del lavoratore)	**RATING** (compilazione a carico del Medico Competente)
RITIENE DI ESSERE PORTATORE DI UNA SITUAZIONE DI FRAGILITÀ CHE LA PUÒ RENDERE MAGGIORMENTE SUSCETTIBILE ALL'INFEZIONE DA VIRUS COVID-19		
INDICHI LA PATOLOGIA E LA EVENTUALE TERAPIA:		
È IN TRATTAMENTO CON FARMACI IMMUNOSOPPRESSORI (ES. CICLOSPORINA, METOTREXATE, ETC.)		
È IN TERAPIA CON CORTISONE DA MOLTO TEMPO		
LE È STATA RICONOSCIUTA UNA INVALIDITA' CIVILE/INPS E/O PER LEGGE 104		
Il SUO MEDICO DI MEDICINA GENERALE L'HA GIÀ MESSA IN MALATTIA IN RELAZIONE ALLA "FRAGILITÀ"		

L'articolo 3, comma 1, lettera b) del DPCM 8 marzo 2020 recita: "[…] *è fatta espressa raccomandazione 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 o dimora fuori dai casi di stretta necessità e di evitare comunque luoghi affollati nei quali non sia possibile mantenere una distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro*".

CONDIZIONI GENERALI DI SICUREZZA COVID-19 IN AZIENDA	**SI / NO** (compilazione a carico del lavoratore)	**RATING** (compilazione a carico del Medico Competente)
SI SENTE PROTETTO DALLE SOLUZIONI ANTICONTAGIO MESSE IN ATTO IN AZIENDA?		
SE NO PER QUALI AMBITI:		
• MODALITÀ DI INGRESSO IN AZIENDA		
• RISPETTO DELLA DISTANZA DI SICUREZZA E DELL'AFFOLAMENTO		
• ACCESSO ALLA MENSA O ALL'AREA RISTORAZIONE		
• PULIZIA E SANIFICAZIONE		
• DISPONIBILITÀ DI **DPI ANTI COVID-19**		

CONDIZIONI SICUREZZA COVID-19 IN RELAZIONE ALLA MANSIONE	SI / NO (compilazione a carico del lavoratore)	RATING (compilazione a carico del Medico Competente)
CONTATTO STRETTO (≤1M DISTANZA) CON COLLEGHI		
CONTATTO SALTUARIO CON TERZI/ PUBBLICO		
CONTATTO SISTEMATICO CON TERZI/ PUBBLICO		
ALTRO: (SPECIFICARE _____)		

QUALE È ALLO SATO ATTUALE DELLE COSE LA SUA PERCEZIONE DEL RISCHIO DI UN SUO POSSIBILE CONTAGIO DA VIRUS SAR-CoV2 (CODIV-19):	X (compilazione a carico del lavoratore)	RATING (compilazione a carico del Medico Competente dipendente)
BASSA		
MEDIA		
ALTA		
MOLTO ALTA		

SCOPO DEL QUESTIONARIO E NOTE PER LA COMPILAZIONE

Nel nostro territorio l'andamento della malattia COVID-19 e la possibilità di contagiarsi con il virus SARS-CoV-2 che ne è la causa pone la necessità di monitorare le variazioni che possono intervenire nel tempo ad ognuno di noi.
In ogni occasione del nostro ciclo di vita possiamo incorrere nel rischio di contagio, da quando usciamo dalla nostra abitazione per recarci al lavoro, sul lavoro, nella nostra vita sociale e di relazione.
È pertanto opportuno e prudente che ognuno di noi tenga "tracciata" la propria situazione.
Allo scopo, seguendo le linee operative dettate dalle diverse disposizioni emanate dal febbraio u.s. ad oggi e in particolare quelle del DPCM del 26 aprile che comprendono le linee guida del cosiddetto Protocollo di Intesa, questo questionario intende raccogliere in modo molto sintetico gli indicatori rilevanti che concorrono a determinare il nostro "profilo di rischio di contagio".

Il questionario di compone di un parte anagrafica fissa da compilare la prima volta.

Segue la parte che dovrà invece essere aggiornata con la cadenza concordata in Azienda e ogni qual volta intervenga una variazione che dovrà evidenziata nel campo:

PROFILO COVID-19	DEL xx/0x/2020

PROGRESSIVO SCHEDA N. ____ DEL 2020

I campi successivi raccolgono i dati utili per aggiornare il "*profilo di rischio personale*" sulla cui base il Medico Competente indicherà le eventuali precazioni da adottare.

LA SCHEDA VA AGGIORNATA E TRASMESSA DI NUOVO OGNI VOLTA CHE AVVENGANO VARIAZIONI NELLE MODALITÀ DI RAGGIUNGIMENTO DEL LUOGO DI LAVORO O NEL QUESTIONARIO ANAMNESTICO.

IL QUESTIONARIO È:
- ✓ SU BASE VOLONTARIA

- ✓ COPERTO DA SEGRETO PROFESSIONALE NEL RISPETTO DELLA TUTELA DELLA PRIVACY ED È DA CONSEGNARE IN BUSTA CHIUSA ANOMINA AL MEDICO COMPETENTE AZIENDALE Dott. _____

Allegato A.5.

Modulistica

Su carta intestata datore di lavoro

Bozza lettera accompagnamento contatti

Gentile Signora, gentile Signore,

come sarà già stato avvertito, Lei è stato identificato come persona che ha avuto un contatto diretto e stretto con un Collega risultato positivo al coronavirus SARS-CoV-2.

Se ha già ricevuto comunicazioni dalle Autorità sanitarie le segua strettamente e cestini questa comunicazione.

Non deve eccessivamente preoccuparsi: solo una piccola parte di contatti contrae la malattia, e questi nella stragrande maggioranza dei casi la contraggono in forme lievi o del tutto asintomatiche.

Le Autorità pubbliche hanno disposto alcune misure di prevenzione per cercare di limitare il più possibile il contagio, misure che La coinvolgono e a cui deve obbligatoriamente adeguarsi.

Certamente queste misure costituiscono un sacrificio considerevole, ma tutta la Comunità confida nel Suo senso di responsabilità nell'adottarle strettamente, unico modo per cercare di contenere l'epidemia.

Negli allegati troverà quindi le indicazioni su come comportarsi.
Non esiti a scrivere o chiamare per ogni ulteriore chiarimento necessario *(inserire indirizzo e-mail o/e n° telefono).*
Se ha dubbi su come comportarsi per l'assenza dal lavoro o altre questioni concernenti il Suo rapporto di lavoro contatti _____ *(inserire nominativo e indirizzo e-mail o/e n° telefono)*

Cordiali saluti
Luogo e data

Firma
_____

Norme comportamentali per i contatti con persone risultate positive al coronavirus SARS-CoV-2

Le Autorità Sanitarie, al fine di limitare il più possibile il contagio e visto lo stato di emergenza in corso, hanno indicato una serie di misure che le persone che sono state in contatto con un caso positivo al coronavirus SARS-CoV-2 devono **obbligatoriamente osservare**. Il senso di responsabilità nel rispetto stretto di queste misure potrà dare un contributo importante a limitare il contagio.

Le misure sono:

1. Periodo di isolamento in sorveglianza attiva di 14 giorni
Rimanere in isolamento a casa propria per almeno 14 giorni da quando si ha avuto il contatto con il caso positivo.

Non bisogna uscire di casa se non per motivi di assoluta emergenza.
Eliminare i contati sociali se non strettamente indispensabili (amici, parenti non conviventi, sconosciuti, etc.).
Limitare al massimo i contatti con i propri conviventi, stando in una stanza separata e utilizzando un bagno solo per sé, se disponibili.

2. Controllo dei sintomi

Misurare la febbre 2 volte al giorno (per esempio a metà mattina e metà pomeriggio)
Monitorare i sintomi tipici dell'infezione:
- febbre superiore a 37,5°
- tosse secca
- mal di gola
- raffreddore
- diminuzione o perdita dell'olfatto (percezione degli odori)
- diminuzione o perdita del gusto (percezione dei sapori)
- difficoltà respiratorie (fame d'aria, asma, affanno, respiro frequente e rumoroso, etc.)

In caso di comparsa di sintomi NON GRAVI:
- contattare il proprio Medico di Medicina Generale
- informare il Medico Competente dell'azienda
- prolungare l'isolamento per ulteriori 14 giorni dalla data di inizio dei sintomi
- aumentare ulteriormente il grado di isolamento, riducendo tutti i contatti al minimo indispensabile

In caso di comparsa di sintomi GRAVI (ad es. difficoltà respiratoria), oltre alle misure di cui sopra, chiamare il 112.

3. Misure igieniche generali

Vanno rinforzate le misure igieniche già indicate per tutta la popolazione:
- lavarsi frequentemente le mani, possibilmente con detergenti disinfettanti (soluzioni alcoliche al 60%)
- disinfettare frequentemente le superfici con cui si viene a contatto con una soluzione di ipoclorito di sodio superiore al 1% (candeggina) o altri disinfettanti di uso comune.
- utilizzare una mascherina chirurgica e dei guanti monouso a perdere a difesa dei conviventi

Si allega un opuscolo del Ministero della Salute che ricorda le norme di cui sopra.

Luogo e data

Firma

_____

BOZZA AUTOCERTIFICAZIONE del lavoratore da compilare al termine del periodo di isolamento o quarantena

Il/la sottoscritto/a _____,
nato/a a _____ (__) il __/__/____
residente a _____ (__) in Via/Piazza _____
CAP _____
Mansione _____ Azienda _____
essendo stato/a sottoposto/a a

☐ ISOLAMENTO con sorveglianza attiva in seguito ad un potenziale contatto stretto con un caso sospetto/accertato di COVID-19

☐ ISOLAMENTO con sorveglianza attiva per CASO SOSPETTO ma senza conferma di positività con tampone

☐ QUARANTENA con sorveglianza attiva per caso positivo COVID-19 MA SENZA RICOVERO IN OSPEDALE

per il periodo da __/__/____ a __/__/____

Dichiara, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000, di essere attualmente in possesso dei seguenti requisiti necessari al rientro al lavoro ai sensi della vigente normativa:

☐ aver eseguito tamponi naso-faringei con esito negativo, come disposto e comunicato da autorità sanitarie e di essere del tutto asintomatico

oppure

□ assenza di sintomi simil-influenzali quali
□ temperatura superiore a 37,5°C
□ assenza o diminuizione del gusto (percezione dei sapori di cibi o bevande)
□ assenza o diminuizione dell'olfatto (percezione degli odori)
□ mal di gola
□ tosse
□ raffreddore o rinite (naso che cola, naso chiuso)
□ congiuntivite (senso di bruciore e arrossamento agli occhi, monolaterale o bilaterale
□ disturbi respiratori (fame d'aria, asma, respiro affannoso, respiro superficiale e molto frequente, respiro scarso, etc.)

Dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver scrupolosamente osservato le disposizioni di quarantena o isolamento di cui sopra e quindi di non avere avuto contatti stretti con casi sospetti/accertati di positività a COVID-19 e che nessuno dei propri familiari o altre persone conviventi lavorano presso strutture sanitarie o assistenziali che ospitano pazienti affetti da COVID-19.

Dichiara di essere stato informato/a dal Datore di Lavoro tramite il preposto incaricato delle procedure aziendali in atto e delle misure igieniche da seguire per il contenimento del rischio da epidemia COVID-19.

Luogo e data

Firma

_____