



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

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

Verbale n. 60 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 27 aprile 2020

	PRESENTE	ASSENTE
Dr Agostino MIOZZO	X	
Dr Fabio CICILIANO	X	
Dr Massimo ANTONELLI	X	
Dr Roberto BERNABEI	X	
Dr Silvio BRUSAFERRO	X	
Dr Claudio D'AMARIO	X	
Dr Mauro DIONISIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Ranieri GUERRA	X	
Dr Achille IACHINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Sergio IAVICOLI	X	
Dr Giuseppe IPPOLITO	X	
Dr Franco LOCATELLI	X	
Dr Nicola MAGRINI	PRESENTE Ammassari in rappresentanza di AIFA	
Dr Francesco MARAGLINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Luca RICHELDI	X	
Dr Giuseppe RUOCCO		X
Dr Nicola SEBASTIANI	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Andrea URBANI	X	
Dr Alberto VILLANI	X	
Dr Alberto ZOLI	IN VIDEOCONFERENZA	

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

È presente il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute Dr Goffredo Zaccardi (in videoconferenza).

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

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

È presente il Dr Giovanni Rezza di ISS (in videoconferenza).

La seduta inizia alle ore 15,05.

Audizione del Sig. Ministro dello Sport

Il CTS, al fine di acquisire informazioni sull'analisi preliminare dell'impatto globale dello sport sul Paese con lo scopo di dare risposte coerenti con il principio di massima precauzione per le azioni di contenimento del contagio, procede ad un confronto in videoconferenza con il Sig. Ministro dello Sport, con lo scopo di analizzare compiutamente la complessa tematica del mondo dello sport del Paese che non può limitarsi ad una stima parziale del giuoco del calcio professionistico.

Il CTS condivide, quindi, con il Sig. Ministro dello Sport, in coerenza con quanto statuito dall'art. 1 co. 1 lett g) del DPCM 26/04/2020, l'esigenza di partecipare i percorsi di validazione di linee guida per contemperare le esigenze del mondo dello sport e delle diverse discipline sportive praticate a tutti i livelli con le necessità di distanziamento sociale, di protezione delle vie respiratorie e di riorganizzazione dei comportamenti nella maniera più prudente possibile.

Audizione del Sig. Ministro della Salute presso il Comitato parlamentare per la sicurezza della Repubblica

Il CTS acquisisce l'istanza del Ministero della Salute relativa alla richiesta di informazioni in merito alla classificazione dei verbali del CTS e del documento relativo alla risposta ad un'eventuale emergenza pandemica (allegato).

Il Comitato Tecnico Scientifico, condividendo che nei verbali e nelle parti ad essi allegati non è presente alcun documento di studio sulla risposta ad eventuali emergenze pandemiche, ha unanimemente approvato la nota con cui il Coordinatore del CTS procederà a dare riscontro al Ministero della Salute (allegato).

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

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

Analisi del DPCM del 26/04/2020

Il CTS, all'esito della pubblicazione del DPCM ed a seguito del discorso al Paese del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26/04/2020, analizza e ridefinisce il proprio ruolo nella fase di passaggio dalla fase acuta di prima emergenza alla fase di progressiva riduzione delle misure di contenimento del contagio che il Governo ha adottato, anche attraverso le raccomandazioni e le valutazioni espresse dal CTS medesimo.

L'opportunità che si pone da oggi in poi è quella di contribuire, attraverso la rilettura critica di quanto accaduto, all'identificazione dei punti di forza e dei punti di debolezza della risposta del sistema sanitario nazionale all'esplosiva diffusione epidemica di un agente virale (SARS-CoV-2) prima sconosciuto, con caratteristiche di contagiosità e di impatto sulla popolazione che si stanno ancora compiutamente definendo, anche grazie alla condivisione dei risultati derivanti dalla ricerca scientifica internazionalmente svolta.

Sono state discusse modalità di interlocuzione con altre fonti di conoscenza specialistica, al fine di arricchire il bagaglio informativo e documentale su cui il CTS viene chiamato ad esprimere pareri, talvolta dovendo ottemperare a una tempistica spesso limitata e stringente. Viene, in particolare, discussa la necessità di adeguare il sistema informativo sanitario, con particolare riguardo al modo in cui questo deve essere reso disponibile a garanzia di un processo decisionale che deve essere tempestivo e basato su dati di popolazione e sui criteri della sorveglianza sanitaria, sia comunitaria che ospedaliera.

Il CTS condivide l'esigenza di continuare a produrre – secondo le proprie competenze, capacità, specificità professionali e il ruolo che gli è stato riconosciuto – indicazioni di natura tecnico-scientifica, basate sulla ricerca e sulla validazione

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

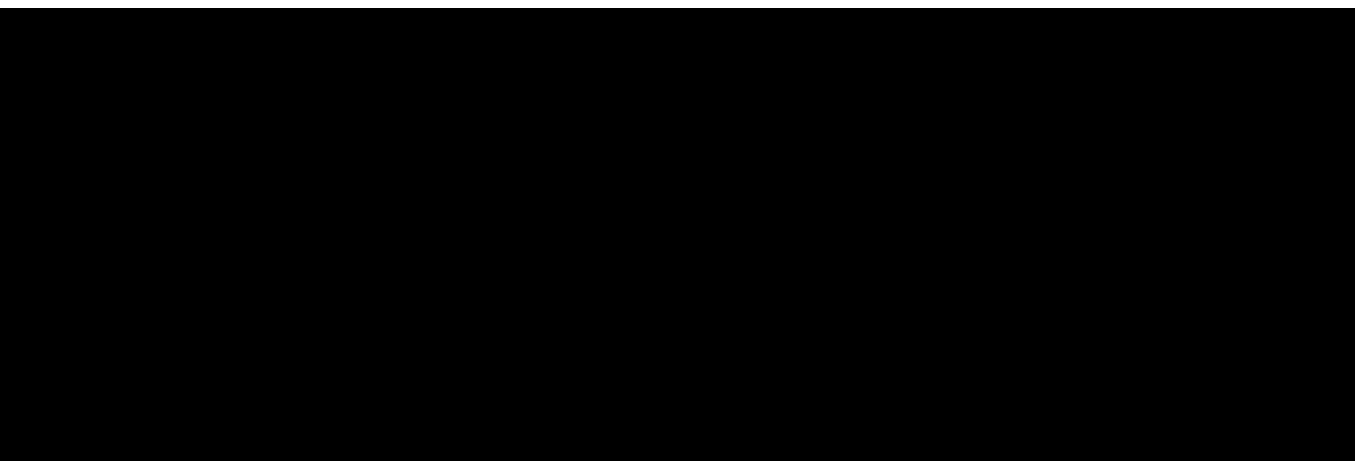
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

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

delle evidenze scientifiche disponibili in ambito nazionale e internazionale, elaborate nel campo della salute e della sanità pubblica anche attraverso un processo coerente alla scienza e alla coscienza di ciascun componente del CTS ogni qualvolta evidenze conclusive non siano presenti, come nel caso dell'epidemia in corso.

Il CTS riconferma anche il proprio supporto al processo di revisione e di rafforzamento del sistema sanitario, basato sull'esperienza accumulata in corso di epidemia, con un'attenzione particolare da dedicare non solo all'infrastruttura ospedaliera e territoriale, ma anche alla capacità di *preparedness* della catena di comando e controllo del sistema in caso di emergenza sanitaria.

Il CTS si riserva ulteriori riflessioni per giungere, ove necessario, ad un documento "manifesto" da proporre all'attenzione del Governo.



Rischio di esposizione al SARS-CoV-2 del personale della Polizia di Stato

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

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

Il CTS, sulla base delle informazioni inerenti all'esposizione del rischio specifico sull'infezione da SARS-CoV-2 per il personale della Polizia di Stato, propone di approfondire la tematica all'esito della conoscenza dei dati epidemiologici forniti dalla Direzione Centrale di Sanità del Dipartimento della Pubblica Sicurezza.

Circolari della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute

Il CTS acquisisce e condivide le bozze del Ministero della Salute aventi per oggetto:

- Indicazioni per la rimodulazione delle misure contenitive di fase 2 in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2 (allegato);
- Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività (allegato).

Istanza di ANPAS (con delega di mandato di CRI e Misericordie) su "Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid19 negli ambienti di lavoro"

Il CTS analizza la tematica relativa al periodo di isolamento fiduciario per coloro che, nei 14 giorni precedenti, abbiano avuto contatti con soggetti risultati positivi al SARS-CoV-2 o che provengano da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS. A differenza di quanto accade per gli operatori sanitari, per i quali è prevista una deroga (soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria, assenza di sintomatologia, negatività al tampone rino-faringeo per ricerca di SARS-CoV-2), i volontari del soccorso sanitario, non sono compresi nell'esimente della norma.

Il CTS, dopo ampia discussione, rimanda ad un'ulteriore valutazione complessiva che coinvolga anche il Servizio Volontariato del Dipartimento della Protezione Civile.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

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

Pareri

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

Il CTS conclude la seduta alle ore 18,30.

	PRESENTE		ASSENTE
		MAIL	
Dr Agostino MIOZZO	[REDACTED]		
Dr Fabio CICILIANO			
Dr Massimo ANTONELLI			
Dr Roberto BERNABEI			
Dr Silvio BRUSAFERRO			
Dr Claudio D'AMARIO		OK	
Dr Mauro DIONISIO	IN VIDEOCONFERENZA	OK	
Dr Ranieri GUERRA		OK	
Dr Achille IACHINO	IN VIDEOCONFERENZA		
Dr Sergio IAVICOLI		OK	

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

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

Dr Giuseppe IPPOLITO		
Dr Franco LOCATELLI		
Dr Nicola MAGRINI	PRESENTE Ammassari	
Dr Francesco MARAGLINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Luca RICHELDI		
Dr Giuseppe RUOCCO		X
Dr Nicola SEBASTIANI	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Andrea URBANI		
Dr Alberto VILLANI		
Dr Alberto ZOLI	IN VIDEOCONFERENZA	

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Ministero della Salute
Ufficio di Gabinetto

Ministero della Salute

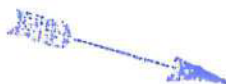
GAB_AR

0000018-P-25/04/2020

I.2.b.a/2020/21



382571140



Al Dott. Agostino Miozzo
Coordinatore del Comitato tecnico
scientifico
Dipartimento della protezione civile
Presidenza del Consiglio dei ministri

e p.c.

Al Dott. Angelo Borrelli
Capo del Dipartimento della protezione
civile
Presidenza del Consiglio dei ministri

OGGETTO: Richiesta informazioni in merito alla classificazione dei verbali CTS e del
*Piano nazionale sanitario in risposta a un'eventuale emergenza pandemica da
Covid-19.*

In relazione all'audizione dell'on.le Ministro sul tema della gestione del Covid-19, richiesta dal Comitato parlamentare per la sicurezza della Repubblica, che si terrà martedì 28 aprile p.v., alle ore 11.00, si chiede di voler comunicare a questo Ufficio se vi sia stata classificazione dei verbali del Comitato tecnico-scientifico e del "*Piano nazionale sanitario in risposta a un'eventuale emergenza pandemica da Covid-19*", e, in caso positivo, secondo quali modalità.

IL CAPO DI GABINETTO

Pres. Goffredo Zaccardi



MODULARIO
P.C.M. - P.C. - 9*Roma,**Presidenza
del Consiglio dei Ministri*COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
OCDPC 630/2020 E OCDPC 663/2020
IL COORDINATORE*Prot. N.°**Risposta al Foglio del**N.°*Al Ministero della salute
c.a. Capo di Gabinetto
Cons. Goffredo Zaccardi
gab@postacert.sanita.ite p.c.
Al Dipartimento della protezione civile
c.a. Capo del Dipartimento
dott. Angelo Borrelli
SEDE

OGGETTO: Emergenza Covid-19. Richiesta di informazioni in merito ai verbali del Comitato tecnico scientifico di cui alle OCDPC n. 630/2020 e n. 663/2020, nonché riguardo al Piano nazionale sanitario in risposta ad un'eventuale emergenza pandemica da Covid-19

A riscontro della nota di codesto Gabinetto prot. n.0000018-P del 25/04/2020 si comunica che la stessa è stata sottoposta all'esame del Comitato tecnico scientifico in data odierna.

Premesso che tutti i verbali del Comitato sono stati già trasmessi a codesto Dicastero, si comunica che all'esito delle verifiche del predetto Comitato emerge che i verbali in parola, dal n. 1 al n. 18 incluso, sono stati redatti come carteggio ordinario, mentre dal verbale n. 19 sono atti non classificati controllati, ai sensi dell'articolo 1, comma 1, lett. s) del D.P.C.M. n. 5/2015.

Va, inoltre, premesso che quanto viene definito Piano nazionale sanitario in risposta ad un'eventuale emergenza pandemica da Covid-19 è più correttamente da configurarsi come uno studio che ipotizza possibili differenti scenari della diffusione epidemica di SARS-CoV-2.

Tale documento di studio sui possibili scenari della pandemia nel Paese non è allegato ai verbali ma è stato esaminato ed è agli atti del Comitato tecnico scientifico.

Rilevante sottolineare che tutti i membri del Comitato Tecnico Scientifico hanno sottoscritto un impegno di riservatezza nella trattazione delle questioni discusse in sede di Comitato, in ragione della delicatezza degli argomenti trattati.

Infine, per completezza, si rappresenta che la nota di codesto Dicastero unitamente alla presente sono acquisite al verbale odierno di cui sono entrate a far parte integrante.

IL COORDINATORE DEL COMITATO

Agostino Miozzo

OMISSIS



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Ufficio 4

All.: 1

Oggetto:

Indicazioni per la rimodulazione delle misure contenitive di fase 2 in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-COV-2

Nel corso della riunione dello scorso 24 aprile, il Comitato Tecnico Scientifico istituito presso il Dipartimento della Protezione Civile ha adottato il "Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive di fase 2 in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2", redatto dall'INAIL.

Sulla scorta di tale documento, nel ribadire l'importanza che l'adozione di specifiche misure di prevenzione può avere sul contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2, specialmente nel contesto della seppur graduale riapertura delle diverse attività produttive, si forniscono le indicazioni di seguito riportate.

L'attuale situazione pandemica ha avuto un forte impatto anche sul sistema del trasporto pubblico, sia nazionale che locale, con una contrazione dell'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici legata alle limitazioni alla mobilità imposte dalle misure di contenimento della pandemia da SARS-CoV-2 pur essendo questo settore incluso fra quelli essenziali e quindi mai sospeso.

Di fatto, il sistema di trasporto pubblico ha continuato a rappresentare un elemento fondamentale a supporto della mobilità per i lavoratori dei settori rimasti attivi durante la fase acuta dell'epidemia, sviluppando anche misure specifiche per sostenere la mobilità dei lavoratori rimasti attivi a livello locale e nazionale (ad esempio, trasporto gratuito per gli operatori sanitari). Durante tutto il periodo di *lockdown*, tuttavia, la fortissima riduzione nell'utilizzo del sistema da parte della popolazione in generale non ha richiesto la realizzazione di particolari misure organizzative che saranno invece assolutamente necessarie in previsione del progressivo allentamento delle misure contenitive, proprio in previsione della ripresa della mobilità.

Nell'attuale situazione di persistente circolazione di SARS-CoV-2, l'intero sistema di **trasporto pubblico**, anche secondo la classificazione INAIL 2020, deve essere considerato un contesto **a rischio di aggregazione medio-alto, con possibilità di rischio alto nelle ore di punta**, soprattutto nelle aree metropolitane ad alta urbanizzazione. Ciò può dipendere dall'alto numero di persone concentrate in spazi limitati con scarsa ventilazione; dalla attuale mancanza di controllo degli accessi per identificare soggetti potenzialmente infetti; dalla elevata possibilità di venire in contatto con

superfici potenzialmente contaminate in quanto comunemente toccate (distributori automatici di biglietti, corrimano, maniglie, etc.).

È dunque necessario mettere in pratica una efficace riorganizzazione del sistema di trasporto pubblico, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, anche garantendo la tutela della salute del personale addetto nelle stazioni e sui mezzi di trasporto, per sostenere la ripresa delle attività e quindi della mobilità delle persone attraverso la gestione efficiente delle criticità legate ai rischi di affollamento e di esposizione a possibili fonti di contagio.

Una simile riorganizzazione dovrà necessariamente affiancare misure di prevenzione e protezione collettive e individuali, contando anche sulla collaborazione attiva degli utenti che dovranno continuare a mettere in pratica i comportamenti previsti per il contrasto alla diffusione dell'epidemia.

I dati del citato documento tecnico prendono in considerazione parametri legati al numero totale delle persone che si spostano quotidianamente su mezzi pubblici, al tipo di mezzo pubblico utilizzato, all'utilizzo del mezzo di trasporto pubblico differenziato per settore di attività, alle distanze mediamente percorse, alle fasce orarie di maggior utilizzo.

Il "Protocollo di regolamentazione per il contenimento della diffusione del COVID-19 nel settore del trasporto e della logistica" del 20/03/2020 del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti (<http://www.mit.gov.it/sites/default/files/media/notizia/2020-03/Linee%20Guida%20trasporti%20e%20logistica.pdf>) ha generato l'adozione di un sistema di implementazione di misure ampiamente sviluppato nel sistema dei trasporti ferroviari ed in una certa misura nel sistema dei trasporti pubblici locale stradale, e va letto in combinato disposto con il presente documento. Specifiche misure analitiche hanno riguardato anche il trasporto aereo e marittimo, non oggetto delle presenti indicazioni.

In base a quanto premesso, è necessario adottare misure di sistema, concordate tra diversi attori, che si aggiungono agli interventi e alle raccomandazioni differenziate per ciascuna tipologia di trasporto pubblico, aumentandone l'efficacia. Esse presuppongono azioni sinergiche che coinvolgono le istituzioni, le autorità di controllo dei trasporti e i singoli gestori dei servizi di mobilità e il mondo produttivo.

A) Misure di sistema

Queste riguardano fondamentalmente la riduzione dei picchi di utilizzo del trasporto pubblico collettivo, ed hanno l'obiettivo di modificare il concetto stesso di ora di punta nella mobilità cittadina. Le citate misure di sistema possono essere così sintetizzate:

1. L'articolazione dell'orario di lavoro differenziato con ampie finestre di inizio e fine di attività, al fine di prevenire picchi di aggregazione;
2. Differenziazione e prolungamento degli orari di apertura degli esercizi commerciali;
3. Adozione, da parte dei gestori dei servizi di trasporto pubblico, di misure organizzative, di prevenzione, protezione e comunicazione per garantire la tutela della salute e della sicurezza degli operatori dei servizi stessi e degli utenti;
4. Incoraggiamento di forme alternative di mobilità sostenibile (ad esempio, *e-bike* e *bike sharing* a titolo gratuito o con tariffe agevolate);
5. Incrementare gli strumenti di *mobility management*;
6. Campagne di comunicazione chiara e semplice sulle essenziali regole comportamentali nell'utilizzo dei mezzi di trasporto.

La responsabilità individuale di tutti gli utenti dei servizi di trasporto pubblico rimane un punto essenziale per garantire il distanziamento sociale, l'adozione di adeguate misure igieniche nonché la prevenzione di comportamenti che possano aumentare il rischio di contagio.

B) Raccomandazioni per la gestione del trasporto ferroviario

Misure di igienizzazione, disinfezione e sanificazione

- Vanno assicurate attività di igienizzazione e disinfezione su base quotidiana e sanificazione periodica degli spazi comuni delle stazioni e dei treni.
- Nelle stazioni e a bordo dei treni vanno installati dispenser di facile accessibilità per permettere l'igiene delle mani frequente; dispenser di soluzione idroalcolica vanno installate in prossimità di pulsantiere, ad es. in presenza di biglietteria elettronica

Misure organizzative

- Introdurre un criterio di prenotazione dei posti a bordo che garantisca il rispetto delle distanze di sicurezza di almeno un metro anche tramite assegnazione di posti alternati.
- Gestione dell'accesso alle stazioni ferroviarie prevedendo, ove possibile, una netta separazione delle porte di entrata e di uscita, in modo da evitare flussi di utenti che si incontrano
- Nei grandi hub ferroviari è raccomandabile prevedere ai gate misure per il controllo della temperatura corporea prevedendo misure di gestione di passeggeri o operatori che superano i 37,5°C
- Prevedere percorsi a senso unico all'interno delle stazioni e nei corridoi fino ai binari, in modo da mantenere separati i flussi di utenti in entrata e uscita
- Regolamentare l'utilizzo di scale e tappeti mobili garantendo sempre un adeguato distanziamento
- Richiamare le regole di distanziamento sociale sulle piattaforme invitando gli utenti a mantenere la distanza di almeno un metro.
- L'utilizzo di sale di attesa va limitato e comunque assicurando adeguato distanziamento
- Prevedere salita e discesa separate in ogni carrozza. Ove ciò non sia possibile, pensare sistemi di regolamentazione di salita e discesa in modo da evitare assembramenti in corrispondenza delle porte.
- È necessario sospendere i servizi di ristorazione a bordo (welcome drink, bar, ristorante e servizi al posto)

Misure di prevenzione e protezione

- Per gli addetti in stazione e a bordo dei treni: uso di mascherine chirurgiche e guanti.
- Per i conducenti: nessuna misura specifica se opera da solo in cabina isolata; uso di mascherina per i conducenti multipli

C). Raccomandazioni per la gestione del trasporto locale su strada**1) Autobus urbani ed extraurbani e tram**Misure di igienizzazione, disinfezione e sanificazione

- Vanno assicurate attività di igienizzazione e disinfezione dei mezzi su base quotidiana e sanificazione periodica dei veicoli.
- Prevedere l'installazione, ove possibile, di dispenser di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani; dispenser di soluzione idroalcolica vanno installate in prossimità di pulsantiere, ad es. in presenza di biglietteria elettronica

Misure organizzative

- L'acquisto dei biglietti deve essere previsto con modalità automatizzate o dematerializzate possibilmente prevedendo biglietteria elettronica.

- Le porte di accesso vanno differenziate ove possibile per salita e discesa e comunque garantito il distanziamento fra gli utenti
- Al fine di tutelare l'autista va inibito ove possibile l'uso della porta anteriore e previste barriere o misure di delimitazione della distanza fra la postazione di guida e l'area di utilizzo dei passeggeri
- L'apertura porte deve essere automatizzata.
- L'uso dei posti a sedere va disciplinato garantendo il distanziamento anche con l'utilizzo di chiara segnaletica.
- La capienza massima deve essere limitata con ogni misura organizzativa e informativa per evitare rischi di assembramento o impossibilità di mantenere il distanziamento.

Misure di prevenzione e protezione

- Per il conducente: uso di mascherine
- Per altro personale di controllo e/o servizio: uso di mascherine e guanti

2) Metropolitane

Misure di igienizzazione, disinfezione e sanificazione

- Vanno assicurate attività di igienizzazione e disinfezione su base quotidiana e sanificazione periodica degli spazi comuni delle stazioni e dei treni.
- Prevedere l'installazione, ove possibile, di dispenser di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani; dispenser di soluzione idroalcolica vanno installate in prossimità di pulsantiere, ad es. in presenza di biglietteria elettronica

Misure organizzative

- L'acquisto dei biglietti deve essere previsto con modalità automatizzate o dematerializzate, possibilmente prevedendo biglietteria elettronica.
- Gestione dell'accesso alle stazioni prevedendo, ove possibile, una netta separazione dei varchi di entrata e di uscita, in modo da evitare flussi di utenti che si incontrano.
- Prevedere percorsi a senso unico all'interno delle stazioni e nei corridoi fino ai binari, in modo da mantenere separati i flussi di utenti in entrata e uscita.
- Regolamentare l'utilizzo di scale e tappeti mobili garantendo sempre un adeguato distanziamento.
- Richiamare le regole di distanziamento sociale sulle banchine invitando gli utenti a mantenere la distanza di almeno un metro.
- Le porte di accesso vanno differenziate ove possibile per salita e discesa e comunque garantito il distanziamento fra gli utenti.
- L'apertura porte deve essere automatizzata.
- L'uso dei posti a sedere va disciplinato garantendo il distanziamento anche con l'utilizzo di chiara segnaletica.
- La capienza massima deve essere limitata con ogni misura organizzativa e informativa per evitare rischi di assembramento o impossibilità di mantenere il distanziamento.

Misure di prevenzione e protezione

- Per gli addetti in stazione: uso di mascherine e guanti ove non operino in box fisicamente separati.

- Per i conducenti: nessuna misura specifica se opera da solo in cabina isolata; uso di mascherina per i conducenti multipli.

D) Misure di informazione, formazione e comunicazione

Per tutte le misure sopra menzionate, va garantita una adeguata informazione e formazione al personale addetto e deve essere prevista una comunicazione chiara ed efficace all'utenza, facilmente accessibile e comprensibile anche tramite specifiche campagne comunicative.

Il Direttore generale

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

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

Ref.

Dott. Pasqualino Rossi
Direttore Ufficio 4

All. 1

Decalogo per gli utenti del trasporto pubblico terrestre

1. Non usare il trasporto pubblico se hai sintomi di infezioni respiratorie acute (febbre, tosse, raffreddore)
2. Utilizza i mezzi di trasporto pubblico collettivo nei casi necessari, ad esempio per recarti al lavoro
3. Prediligi forme alternative di spostamento ove possibile, come camminare o andare in bicicletta
4. Acquista, ove possibile, i biglietti in formato elettronico, online o tramite app
5. Durante tutta la tua esperienza di viaggio igienizza frequentemente le mani, anche utilizzando gli appositi dispenser ed evita di toccarti il viso
6. Segui la segnaletica e i percorsi indicati all'interno delle stazioni o alle fermate mantenendo sempre la distanza di almeno un metro dalle altre persone
7. Utilizza correttamente le porte dei mezzi indicate per la salita e la discesa, rispettando sempre la distanza di sicurezza
8. Siediti solo nei posti consentiti mantenendo il distanziamento dagli altri occupanti
9. Evita di avvicinarti o di chiedere informazioni al conducente
10. È necessario indossare una mascherina, anche non chirurgica, per la protezione del naso e della bocca



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

Ufficio 4

Oggetto:

Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività

Il 24 aprile 2020, è stato integrato e modificato il *“Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro”* sottoscritto il 14 marzo 2020 (di seguito *“Protocollo”*).

In data 9 aprile 2020 il Comitato Tecnico Scientifico istituito presso il Dipartimento della Protezione Civile ha approvato (Verbale n. 49) il *“Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione”*.

Sulla scorta di questi due documenti e in linea coi loro principi, si ritiene necessario richiamare gli aspetti di seguito riportati.

La salute e la sicurezza dei luoghi di lavoro vedono coinvolte numerose figure professionali, ciascuna con compiti e responsabilità ben precisi, secondo quanto regolamentato dal D.lgs. 81/2008 e s.m.i.. Il sistema di prevenzione nazionale ed aziendale realizzatosi nel tempo offre la naturale infrastruttura per l'adozione di un **approccio integrato alla valutazione e gestione del rischio connesso all'attuale emergenza pandemica**.

L'attività di prevenzione nei luoghi di lavoro, sia nella fase di “lockdown” sia nella fase di riapertura delle attività produttive sospese in corso di pandemia da SARS-COV 2 ha, con maggiore valenza di sempre, un duplice obiettivo:

- Tutela salute e sicurezza del lavoratore
- Tutela della collettività

Se il ruolo del medico competente risulta di primo piano nella tutela della salute e sicurezza sul lavoro nell'ordinarietà dello svolgimento delle attività lavorative, esso si amplifica nell'attuale momento di emergenza pandemica, periodo durante il quale egli va a confermare il proprio ruolo di “consulente globale” del datore di lavoro.

L'art. 38 del D.lgs. 81/08 e s.m.i. delinea i titoli e requisiti dei medici competenti, prevedendone altresì l'iscrizione in un apposito elenco istituito presso il Ministero della salute.

Proprio da questo elenco è possibile avere la dimensione della numerosità dei medici competenti sul territorio nazionale suddivisa per regioni (Tabella 1).

Tabella 1 – Medici Competenti iscritti in elenco (D.lgs. 81/08 e s.m.i., art. 38, comma 4) distinti per regione

<i>Regione</i>	<i>MC art. 38</i>	<i>MC art. 38 d-bis*</i>	<i>Totale complessivo</i>
ABRUZZO	215	2	217
BASILICATA	71	0	71
CALABRIA	297	3	300
CAMPANIA	659	10	669
EMILIA ROMAGNA	546	7	553
FRIULI VENEZIA GIULIA	145	4	149
LAZIO	759	17	776
LIGURIA	224	2	226
LOMBARDIA	1203	4	1207
MARCHE	216	2	218
MOLISE	43	1	44
PIEMONTE	503	3	506
PROV. AUTON. BOLZANO	31	3	34
PROV. AUTON. TRENTO	34	2	36
PUGLIA	414	4	418
SARDEGNA	202	3	205
SICILIA	567	10	577
TOSCANA	473	4	477
UMBRIA	143	1	144
VALLE D'AOSTA	10		10
VENETO	572	7	579
Totale complessivo	7327	89	7416

**con esclusivo riferimento al ruolo dei sanitari delle Forze Armate, compresa l'Arma dei carabinieri, della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza, svolgimento di attività di medico nel settore del lavoro per almeno quattro anni.*

Dati aggiornati al 20/04/2020

Inoltre, l'art. 40, comma 1 dello stesso decreto ha previsto che “Entro il primo trimestre dell'anno successivo all'anno di riferimento il medico competente trasmette, esclusivamente per via telematica, ai servizi competenti per territorio le informazioni, elaborate evidenziando le differenze di genere, relative ai dati collettivi aggregati sanitari e di rischio dei lavoratori, sottoposti a sorveglianza sanitaria secondo il modello in Allegato 3B”.

Dai dati trasmessi sull'apposita piattaforma informatica istituita presso l'INAIL, relativamente al 2018 (comunicati entro il primo trimestre 2019) emerge che le comunicazioni di cui al sopracitato articolo sono state effettuate da un totale di 5.259 medici competenti (corrispondente quindi a circa il 70% dei medici competenti iscritti in elenco ad oggi) ed il numero dei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte del medico competente corrisponde ad un totale di 14.786.812 soggetti, a fronte di un totale pari a 23.215.000 occupati. Tale discrepanza è solo apparente, in quanto rientrano nelle tutele previste dal D.lgs. 81/08 e s.m.i. esclusivamente coloro che ricadono nella definizione di lavoratore così come declinata all'art. 2 comma 1 lett. a) del citato decreto; ciò giustifica il dato che, relativamente al 2018, circa il 36% degli occupati non risulterebbe in sorveglianza sanitaria: non tutti ricadono, infatti, nel campo di applicazione della norma o risultano esposti a rischi per cui è previsto l'obbligo di sorveglianza sanitaria.

In Tabella 2 è riportata - per le diverse tipologie di rischio individuate in esito alla valutazione dei rischi (art. 28 D.Lgs 81/08 e s.m.i.), la distribuzione dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, il totale dei soggetti visitati nel 2018 ed il totale dei giudizi di inidoneità e di idoneità parziali; a completamento, è riportato il numero degli accertamenti effettuati per dipendenza alcol/sostanze stupefacenti e quello relativo alle conferme di dipendenza.

Tabella 2 – Distribuzione per tipologia di rischio dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria, dei visitati nel 2018 e dei giudizi di inidoneità e di idoneità parziali

Descrizione rischio	Totale lavoratori soggetti a sorv. sanit.	Totale lavoratori visitati	Totale lavoratori con idoneità parziali	Totale lavoratori con inidoneità
Movimentazione manuale dei carichi	6.362.558	4.083.513	473.860	7.268
Sovraccarico biomeccanico arti superiori	2.520.141	1.762.525	164.012	2.822
Agenti chimici	2.579.109	1.992.153	218.024	2.778
Amianto	21.990	17.755	2.292	19
Agenti biologici	2.581.665	1.690.173	173.317	3.288
Videoterminali	4.497.422	1.420.904	194.346	587
Vibrazioni corpo intero	1.045.898	832.972	83.806	1.493
Vibrazioni mano braccio	1.068.450	894.456	101.009	1.431
Rumore	2.707.460	2.225.978	433.876	2.848
Radiazioni ottiche artificiali	201.781	158.124	17.203	145
Radiazioni ultraviolette naturali	256.234	177.717	17.164	652
Microclima severo	1.137.538	883.006	85.736	2.023
Atmosfere iperbariche	3.726	3.024	200	15
Lavoro notturno > 80gg/anno	1.264.811	625.896	57.283	1.301
Altri rischi evidenziati da V.R.	4.030.076	2.807.579	297.829	5.262
Rischi Posturali	3.103.207	2.189.047	189.535	3.231
Agenti cancerogeni	130.922	104.115	13.411	130
Agenti mutageni	23.399	16.310	2.485	23
Campi Elettromagnetici	108.234	71.061	8.250	75
Infrasuoni/Ultrasuoni	3.712	2.743	101	2
Silice	30.122	23.494	4.109	67
Totale complessivo	33.678.455	21.982.545	2.537.848	35.460
		Totale lav. sottoposti a test	Totale lavoratori inviati a SERT/Centri alcol.	Casi di dipendenza confermati
Assunzione alcol/sost. stupef.		1.351.263	7.520	862

NB: Lo stesso lavoratore può essere esposto a più rischi lavorativi

Fonte: comunicazioni art. 40 D.Lgs 81/08, 2019

La “**sorveglianza sanitaria**” (art. 2 comma 1 lett. *m*) del D.lgs. 81/08 e s.m.i.) è definita come “insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all’ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell’attività lavorativa” e rientra nell’attività “svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del Codice etico della Commissione Internazionale di salute occupazionale (ICOH)” (art. 39 c. 1 D.lgs. 81/08 e s.m.i.) dal medico competente, così come individuato all’art. 38 comma 1 del citato decreto.

Nel contesto generale di riavvio della attività lavorative in fase pandemica, **è opportuno che il medico competente** che, ai sensi dell’art. 25 del citato D.lgs. 81/2008 e s.m.i. ha, tra i suoi obblighi, quello di collaborare con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, **supporti il datore di lavoro** nella attuazione delle misure di prevenzione e protezione già richiamate nel menzionato “Protocollo”.

È fondamentale quindi che le diverse tipologie di misure di contenimento del rischio siano il più possibile contestualizzate alle **differenti tipologie di attività produttive ed alle singole realtà aziendali** in cui si opera; in tale contesto, la collaborazione attiva e integrata del medico competente, con il datore di lavoro e con le RLS/RLST, contribuirà al miglioramento continuo dell’efficacia delle misure stesse.

Una stima della distribuzione della sorveglianza sanitaria per i vari settori ATECO è possibile attraverso l’utilizzo di dati relativi all’Indagine Insula 2 (2019), costanti e coerenti con la precedente rilevazione del 2014, nello specifico relativamente alle risposte fornite dal campione di 1.000 soggetti con la funzione di “datore di lavoro” ai sensi del D.Lgs 81/08 e s.m.i. (campione stratificato in base al settore di attività economica, alla dimensione aziendale e alla macroarea geografica) alla domanda “Nella sua azienda è prevista la sorveglianza sanitaria dei lavoratori da parte del medico competente?” (Tabella 3)

Tabella 3 – Indagine Insula 2 (Inail, 2019): presenza di sorveglianza sanitaria del MC in azienda per settore ATECO disaggregato

SETTORE ATECO 2007 DISAGGREGATO		SI	NO	Totale
A - Agricoltura, silvicoltura e pesca	N	30	11	41
	%	73,2%	26,8%	100,0%
B - Estrazione di minerali	N	1	0	1
	%	80,0%	20,0%	100,0%
C - Attività manifatturiere	N	110	27	137
	%	80,0%	20,0%	100,0%
D - Fornitura di energia, elettrica, gas, vapore e aria condizionata	N	3	1	4
	%	80,0%	20,0%	100,0%
E - Fornitura di acqua e reti fognarie	N	3	1	3
	%	80,0%	20,0%	100,0%
F – Costruzioni	N	63	23	86
	%	73,3%	26,7%	100,0%
G - Commercio all’ingrosso e al dettaglio. Riparazione autoveicoli e motocicli	N	62	22	84
	%	73,6%	26,4%	100,0%
H - Trasporto e magazzinaggio	N	63	30	93
	%	67,7%	32,3%	100,0%

I - Servizi di alloggio e ristorazione	N	19	7	26
	%	73,6%	26,4%	100,0%
J - Informazione e comunicazione	N	20	9	29
	%	68,9%	31,1%	100,0%
K - Attività finanziarie e assicurative	N	17	8	25
	%	68,9%	31,1%	100,0%
L - Attività immobiliari	N	46	21	67
	%	68,9%	31,1%	100,0%
M - Attività professionali, scientifiche e tecniche	N	68	28	95
	%	71,1%	28,9%	100,0%
N - Noleggio, agenzie di viaggio, supporto imprese	N	13	5	19
	%	71,1%	28,9%	100,0%
O, P - Amministrazione pubblica e difesa, Istruzione	N	69	22	91
	%	75,8%	24,2%	100,0%
Q - Sanità e assistenza sociale	N	73	21	94
	%	77,7%	22,3%	100,0%
R, S, T, U - Altre attività di servizi	N	68	36	104
	%	65,4%	34,6%	100,0%
Totale	N	728	272	1000
	%	72,8%	27,2%	100,0%

Un particolare coinvolgimento del medico competente deve essere previsto nell'attività di collaborazione all'informazione/formazione dei lavoratori sul rischio di contagio da SARS-CoV-2 e sulle precauzioni messe in atto dall'azienda, nonché tenendo aggiornato nel tempo il datore di lavoro, ad esempio, in riferimento a strumenti informativi e comunicativi predisposti dalle principali fonti istituzionali di riferimento, anche al fine di evitare il rischio di *fake news*.

Tra i più importanti aspetti legati all'**informazione**, fatti salvi quelli legati a specifici contesti produttivi, il lavoratore deve essere informato circa:

- l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37,5°) o altri sintomi influenzali (tosse, difficoltà respiratorie) mettendone al corrente il proprio medico di medicina generale;
- l'obbligo di comunicare eventuali contatti con persone positive al virus avuti nei 14 giorni precedenti, rimanendo al proprio domicilio secondo le disposizioni dell'autorità sanitaria;
- l'obbligo di avvisare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro o il preposto dell'insorgere di qualsiasi sintomo influenzale, successivamente all'ingresso in azienda durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
- l'adozione delle misure cautelative per accedere in azienda e, in particolare, durante il lavoro:
 - mantenere la distanza di sicurezza;
 - rispettare il divieto di assembramento;
 - osservare le regole di igiene delle mani;
 - utilizzare adeguati Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).

Nello specifico, il medico competente è chiamato a supportare il datore di lavoro nella valutazione del rischio e ad operare la sorveglianza sanitaria in un contesto peculiare quale quello del rientro al lavoro in periodo pandemico.

L'art. 28 del D.lgs. 81/2008 e s.m.i. fornisce una chiara definizione della valutazione dei rischi, che *deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari.*

L'atto finale della valutazione del rischio è il **DVR** (Documento di Valutazione del Rischio), obbligo in capo al datore di lavoro. Sarà necessario adottare una serie di azioni che andranno ad **integrare** il DVR, atte a prevenire il rischio di infezione da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro contribuendo, altresì, alla prevenzione della diffusione dell'epidemia.

Relativamente alle misure organizzative e logistiche da mettere in atto, è auspicabile il coinvolgimento del medico competente fin dalle fasi di individuazione delle stesse anche in riferimento ad aspetti correlati ad eventuali fragilità; qualora ciò non fosse possibile, il datore di lavoro fornisce al medico competente informazioni in merito a quanto già pianificato, anche al fine di agevolare, ad esempio, l'individuazione, in corso di sorveglianza sanitaria, di eventuali prescrizioni/limitazioni da poter efficacemente introdurre nel giudizio di idoneità.

In merito, si rileva che diversi interventi organizzativi che già nell'ordinarietà contribuiscono al mantenimento al lavoro di soggetti cosiddetti "fragili", a maggior ragione in questo periodo emergenziale vanno a potenziare la loro portata in termini di efficacia.

A tal proposito, si sottolinea come il lavoro "a distanza" ha rappresentato una modalità di organizzazione che ha permesso di lasciare in attività numerosi lavoratori contribuendo, allo stesso tempo, a contenere il contagio senza pregiudicare sostanzialmente la produttività del sistema, in particolare in alcuni settori.

Anche a motivo delle dimensioni che il fenomeno del lavoro a distanza sta assumendo, è opportuno che il medico competente collabori con il datore di lavoro nell'individuazione di strumenti e contenuti informativi/formativi per i lavoratori, anche nell'ottica di contribuire ad evitare l'isolamento sociale a garanzia di un complessivo benessere psico-fisico.

In merito ai compiti del medico competente inerenti la sorveglianza sanitaria e a quanto previsto dall'art. 41 del D.lgs. 81/2008 ed alle tipologie di **visite mediche** ivi incluse, si ritiene che esse debbano essere **garantite** purché al medico sia consentito di operare nel rispetto delle misure igieniche contenute nelle indicazioni del Ministero della salute (<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioNormativaNuovoCoronavirus.jsp>) e secondo quanto previsto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19)* WHO 27 febbraio 2020) e richiamate all'art. 34 del Decreto legge 02 marzo 2020, n. 9.

Sarebbe opportuno, laddove possibile, che le visite mediche si svolgano in una infermeria aziendale, o ambiente idoneo di congrua metratura, con adeguato ricambio d'aria, che consenta il rispetto dei limiti del distanziamento sociale e un'adeguata igiene delle mani.

In occasione delle visite mediche è opportuno che anche il lavoratore indossi idonee protezioni (mascherina).

In particolare, la programmazione delle visite mediche dovrà essere organizzata in modo tale da evitare l'aggregazione, ad esempio nell'attesa di accedere alla visita stessa; un'adeguata informativa deve essere impartita ai lavoratori affinché non accedano alla visita con febbre e/o sintomi respiratori seppur lievi.

Lo stesso articolo 41, al comma 2, individua le tipologie di visita medica comprese nella sorveglianza sanitaria, di seguito riportate:

a) visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;

b) visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica. La periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta l'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione dell'esito della valutazione del rischio, valutazione a cui il medico competente deve partecipare attivamente; ciò assume particolare rilevanza nell'attuale periodo pandemico, in cui è necessario stabilire delle priorità.

c) visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;

d) visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;

e) visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente.

e-bis) visita medica preventiva in fase preassuntiva;

e-ter) visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

Il medico competente, (art. 41, comma 6), sulla base delle risultanze delle visite mediche, esprime uno dei seguenti giudizi relativi alla mansione specifica:

a) idoneità;

b) idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;

c) inidoneità temporanea;

d) inidoneità permanente.

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".

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.**

Per quanto concerne la **visita medica in occasione del cambio della mansione** (art. 41, c.1 lett. d) il medico competente valuterà l'eventuale urgenza ed indifferibilità tenendo conto sia dello stato di salute del lavoratore all'epoca dell'ultima visita effettuata, sia – sulla base della valutazione dei rischi - dell'entità e tipologia dei rischi presenti nella futura mansione.

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. lett. b)
- la visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro, nei casi previsti dalla normativa vigente (art. 41, c. 1 lett. e)

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.

Focalizzando l'attenzione sulla fase del rientro lavorativo in azienda, è essenziale anche richiamare la responsabilità personale di ogni lavoratore secondo quanto previsto dall'art. 20 comma 1 del D.Lgs. 81/2008 e s.m.i. *“Ogni lavoratore deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro.”*

Nel rispetto dell'autonomia organizzativa di ciascun datore di lavoro, nel massimo rispetto possibile delle vigenti norme sulla privacy, il lavoratore dà comunicazione al datore di lavoro, direttamente o indirettamente **per il tramite del medico competente**, della variazione del proprio stato di salute legato all'infezione da SARS-CoV 2 quale contatto con caso sospetto, inizio quarantana o isolamento domiciliare fiduciario, riscontro di positività al tampone.

E' 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.

Il Protocollo prevede che “Il medico competente, in considerazione del suo ruolo nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria, potrà suggerire l'adozione di eventuali mezzi diagnostici qualora ritenuti utili al fine del contenimento della diffusione del virus e della salute dei lavoratori”.

I test sierologici, secondo le indicazioni dell'OMS, non possono sostituire il test diagnostico molecolare su tampone, tuttavia possono fornire dati epidemiologici riguardo la circolazione virale nella popolazione anche lavorativa. Circa l'utilizzo dei test sierologici nell'ambito della sorveglianza sanitaria per l'espressione del giudizio di idoneità, allo stato attuale, quelli disponibili non sono caratterizzati da una sufficiente validità per tale finalità. In ragione di ciò, allo stato, non emergono indicazioni al loro utilizzo per finalità sia diagnostiche che prognostiche nei contesti occupazionali, né tantomeno per determinare l'idoneità del singolo lavoratore.

Come specificato nel Protocollo, alla ripresa delle attività, è opportuno che il medico competente sia coinvolto per le identificazioni dei soggetti con particolari situazioni di **fragilità** ed è raccomandabile che la sorveglianza sanitaria ponga particolare attenzione ai soggetti fragili anche in relazione all'età.

In merito a tali situazioni di fragilità, i dati epidemiologici rilevano una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione (>55 anni di età), come riportato nel menzionato Documento Tecnico, nonché in presenza di co-morbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità.

In considerazione di ciò, allo stato attuale, nelle more di una eventuale specifica previsione normativa, il medico competente nella valutazione della differibilità delle visite mediche periodiche terrà conto della maggiore fragilità legata all'età nonché di eventuali patologie del lavoratore di cui è già a conoscenza; i lavoratori vanno comunque - attraverso adeguata informativa - sensibilizzati a rappresentare al medico competente l'eventuale sussistenza di patologie (a solo titolo esemplificativo, malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche), attraverso la richiesta di **visita medica di cui all'art. 41 c. 1 lett. c.** (c.d. visita a richiesta del lavoratore), corredata da documentazione medica relativa alla patologia diagnosticata, a supporto della valutazione del medico competente.

In merito al reintegro progressivo di lavoratori dopo l'infezione da COVID-19, la letteratura scientifica evidenzia che coloro che si sono ammalati e che hanno manifestato una polmonite o un'infezione respiratoria acuta grave, potrebbero presentare una ridotta capacità polmonare a seguito della malattia (anche fino al 20-30% della funzione polmonare) con possibile necessità di sottoporsi a cicli di fisioterapia respiratoria. Situazione ancora più complessa è quella dei soggetti che sono stati ricoverati in terapia intensiva, in quanto possono continuare ad accusare disturbi rilevanti descritti in letteratura, la cui presenza necessita di particolare attenzione ai fini del reinserimento lavorativo.

Pertanto, il medico competente, per quei lavoratori che sono stati affetti da COVID-19 per il quale è stato necessario un ricovero ospedaliero, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione secondo le modalità previste rilasciata dal Dipartimento di prevenzione territoriale di competenza, effettua la visita medica prevista dall'art.41, c. 2 *lett. e-ter* del D.lgs. 81/08 e s.m.i (quella precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi), al fine di verificare l'idoneità alla mansione - anche per valutare profili specifici di rischio - **indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia.**

Inoltre si richiama l'attenzione che deve essere posta nell'evitare lo stigma e la discriminazione nei confronti dei lavoratori che hanno sofferto di COVID-19 e che rientrano nell'ambiente di lavoro.

Il Direttore generale
*f.to** Dott. Claudio D'Amario

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

Ref.
DG Prevenzione
Dott. Pasqualino Rossi
Direttore Ufficio 4
Dott.ssa Maria Giuseppina Lecce
Ufficio 4

INAIL
Dott. Sergio Iavicoli
Dott.ssa Benedetta Persechino

OMISSIS