

EPIDEMIA DA COVID-19: TUTELA DEI LAVORATORI FRAGILI

Nel contesto della attuale situazione pandemica, con la sola eccezione delle attività sanitarie dedicate alla diagnosi, cura e assistenza a persone già affette o sospette di COVID-19, il rischio di contagio da SARS-CoV-2 è un rischio dell'intera popolazione, non specifico delle attività lavorative e non rientra fra i rischi specifici previsti dal D. Lgs 81/08.

In condizioni ordinarie la sorveglianza sanitaria dei lavoratori e i compiti del medico competente sono definiti dal D. Lgs 81/08. L'emergenza attuale e la necessità di contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2 nella popolazione (e quindi anche tra i lavoratori) ha posto il mondo del lavoro di fronte a una situazione inedita che ha richiesto interventi anche normativi che si sono andati precisando con l'evoluzione delle conoscenze e le necessità.

Fra questi aspetti di novità il tema della persona "fragile", del ritorno al lavoro delle persone che sono state contagiate o malate, della collaborazione con le Autorità Sanitarie nei percorsi di accertamento di casi e contatti coinvolgono i datori di lavoro, i lavoratori e il medico competente.

Il Protocollo Condiviso di regolamentazione firmato il 14 marzo dalle parti sociali, in accordo con il Governo, per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori dal possibile contagio da nuovo coronavirus e garantire la salubrità dell'ambiente di lavoro, integrato il 24 aprile ed inserito come allegato 12 nel DPCM 17 maggio 2020 assegna al Medico Competente il ruolo di segnalare al Datore di Lavoro eventuali fragilità e eventuali patologie attuali o pregresse, per definire l'idoneità del lavoratore alla mansione.

DEFINIZIONE DI FRAGILITA'

La produzione normativa e tecnica di questi mesi ha posto attenzione dapprima alla "persona fragile" e successivamente al "lavoratore fragile":

"persona fragile": portatore di patologie attuali o pregresse che la rendono suscettibile di conseguenze particolarmente gravi in caso di contagio, anche detti ipersuscettibili.

Una generica definizione può essere rintracciata nel DPCM 08/03/2020 e successivi fino al DPCM 26/04/2020 che all'art. 3, comma 1, lett b) prevede che *"sia fatta espressa raccomandazione a tutte le persone anziane o affette da patologie croniche o con multi morbilità o con stati di immunodepressione congenita o acquisita, di evitare di uscire dalla propria abitazione o dimora fuori dai casi di stretta necessità"*;

"lavoratore fragile": l'ambito di applicazione è quello delle patologie gravi, come circoscritto dal DL 17/03/2020, poi ripreso dalla Legge n. 27 del 24/04/2020 in conversione del DL appena citato e successivamente dal DL n. 34 del 19/05/2020 che prolunga il periodo di fruizione della tutela fino al 31 luglio 2020.

Viene definito come "il lavoratore 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 per i 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". Per questi lavoratori è previsto un periodo di assenza dal servizio che è equiparato al ricovero ospedaliero, prescritto dalle competenti autorità sanitarie, nonché dal **medico di assistenza primaria** che ha in carico il paziente, sulla base documentata del riconoscimento di disabilità o delle certificazioni dei competenti organi medico-legali di cui sopra, i cui riferimenti sono riportati, per le verifiche di competenza, nel medesimo certificato.

In modo più specifico la condizione di immunodepressione è affrontata nella Circolare del Ministero della Salute n. 7942 del 27/03/2020 dove si suggerisce di attivare per quanto possibile per questi lavoratori

condizioni di lavoro a distanza, di evitare assolutamente attività lavorative in ambienti affollati e comunque di mantenere una distanza di un metro (meglio due) con uso di mascherina e corrette norme igieniche.

Altro riferimento a condizioni di fragilità si trova nella Circolare del Ministero della Salute n. 14915 del 29/04/2020 “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.” ove si invita il medico competente a tener conto della maggiore fragilità legata all’età nonché ad 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).

Anche il “Protocollo condiviso nazionale di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro”, sottoscritto dalle parti sociali su invito del Governo il 14 marzo 2020, integrato il 24 aprile 2020, pone attenzione al tema del lavoratore fragile assegnando un ruolo essenziale al medico competente, finalizzato all’identificazioni dei soggetti con particolari situazioni di fragilità, oltre che al reinserimento lavorativo di soggetti con pregressa infezione da COVID 19.

Recentemente il DL n. 34 del 19/05/2020 all’art. 83 stabilisce che *“in relazione al rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, fino alla data di cessazione dello stato di emergenza per rischio sanitario sul territorio nazionale, i datori di lavoro pubblici e privati assicurano la sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio, in ragione dell’età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbidità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità”* ampliando la definizione di fragilità rispetto a quanto già precedentemente previsto dall’art. 26, comma 2 della Legge 27/2020.

Per un’utile applicazione di questa ultima previsione normativa si notano i seguenti aspetti:

1. La **sorveglianza sanitaria** qui prevista è intesa come **“eccezionale”** (quindi non ordinaria), in relazione al rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, transitoria (fino alla data di cessazione dello stato di emergenza per rischio sanitario sul territorio nazionale) e quindi non assimilabile a quella prevista dal D.Lgs 81/08 anche se opportunamente e naturalmente effettuata dal medico competente già nominato. Anche i datori di lavoro che non sono tenuti alla nomina del medico competente per l’effettuazione della sorveglianza sanitaria, nei casi previsti dal Decreto sopra citato, per effettuare tale sorveglianza sanitaria eccezionale hanno la possibilità di nominarne uno per il periodo emergenziale oppure richiederla ai servizi territoriali dell’INAIL che vi provvedono con propri medici del lavoro, su richiesta del datore di lavoro, avvalendosi anche del contingente di personale in assunzione. La previsione che possa essere effettuata anche da medici competenti temporaneamente individuati e la previsione che in caso di affidamento ad INAIL “non si applicano gli articoli 25, 39, 40 e 41 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81” conferma la diversità di questa sorveglianza sanitaria rispetto a quella ordinaria.

In data 1 luglio l’INAIL ha emanato una nota con la quale rende disponibili propri medici del lavoro per l’effettuazione di tale sorveglianza sanitaria che si estrinseca in una visita medica, all’esito della quale è espresso un parere conclusivo riferito esclusivamente alla possibilità per il lavoratore di riprendere l’attività lavorativa in presenza nonché alle eventuali misure preventive aggiuntive o alle modalità organizzative atte a garantire il contenimento del contagio (<https://www.inail.it/cs/internet/attivita/prevenzione-e-sicurezza/sorveglianza-sanitaria-eccezionale.html>).

2. Il **lavoratore fragile** è stato meglio precisato dal DL 34/2020 che ha allargato la definizione già proposta nella Legge 27/2020 che ne dispone la possibile tutela previdenziale. Vengono introdotte anche l’età e le comorbidità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità come condizione di fragilità. A questo proposito è utile il riferimento a quanto pubblicato in ISS – EPICENTRO relativamente a gruppi vulnerabili e

all'analisi dei casi di decesso di seguito riportati. La condizione di maggiore rischio appare un'età superiore a 60 anni, ma soprattutto età più avanzate. La presenza di patologie preesistenti è anch'essa riferita soprattutto ad età avanzate, pur potendo essere un riferimento per adottare precauzioni anche in età inferiori.

Pertanto la sorveglianza sanitaria "eccezionale" è rivolta a valutare eventuali condizioni di fragilità connesse all'età e gruppi di vulnerabilità (vedi paragrafo successivo) a seguito della quale il medico competente valuta l'esistenza di eventuali limitazioni/esigenze di adattamento nella mansione svolta ai fini della tutela rispetto al rischio COVID. Non è invece rivolta ai lavoratori di cui al DPCM 27/2020, in quanto già affidata ad altri sanitari quali il medico di assistenza primaria.

ETA' E GRUPPI VULNERABILI

Come già richiamato, il medico competente ha un ruolo centrale nell'individuazione della condizione di fragilità di un lavoratore, sia in relazione all'"età" sia alla "comorbilità", indicate all'art. 83 del DL n. 34 del 19/05/2020, che ampliano i casi certificati dai medici dell'assistenza primaria sulla base delle attestazioni dei competenti organi medico-legali (Legge n. 27 del 24/04/2020, DL n. 34 del 19/05/2020).

L'attività del medico competente, in questo senso, non potrà che essere basata su conoscenze scientificamente fondate che sono per loro natura in evoluzione e che saranno pertanto costantemente aggiornate. Con questa consapevolezza, si propongono in questo paragrafo le conoscenze attualmente disponibili sul tema specifico.

Gruppi vulnerabili - "I gruppi di popolazione in cui è riportata più frequentemente una forma grave di malattia e un tasso di mortalità maggiore includono persone sopra i 60 anni di età, maschi, persone con patologie concomitanti quali ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e cancro. La percentuale della maggior parte delle malattie croniche segnalate e delle condizioni di salute è simile alla prevalenza di queste condizioni nelle fasce di popolazione anziana cinese, e pertanto potrebbero essere solo un surrogato dell'aumento di età. Una maggiore espressione genica dell'enzima convertitore dell'angiotensina II (ACE II) potrebbe essere collegata a una maggiore suscettibilità a SARS-CoV-2. È stato dimostrato che l'espressione ACE II nei tessuti polmonari aumenta con l'età, l'uso di tabacco e con alcuni trattamenti ipertensivi. Queste osservazioni potrebbero spiegare la vulnerabilità delle persone anziane, dei consumatori di tabacco/fumatori e persone con ipertensione arteriosa; evidenziano anche l'importanza di identificare i fumatori come un potenziale gruppo vulnerabile per COVID-19. Ci sono evidenze scientifiche limitate sulla gravità della malattia tra le donne incinte con COVID-19. Le donne incinte sembrano riportare una manifestazione clinica simile a pazienti adulte non incinte con polmonite da COVID-19. Non ci sono evidenze di gravi esiti avversi nei neonati a causa di polmonite materna da COVID-19, e sono state rilevate tracce di virus nel latte materno."

(ISS – EPICENTRO - "Pandemia da nuovo coronavirus 2019 (COVID-19): aumento della trasmissione in UE/AEE e nel Regno Unito – sesto aggiornamento - 12 marzo 2020" <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-traduzione-RRA-ECDC-12-marzo-2020.pdf>)

I pazienti deceduti - L'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 80 anni (mediana 82, Range InterQuartile - IQR 74-88). Le donne decedute dopo aver contratto infezione da SARS-CoV-2 hanno un'età più alta rispetto agli uomini (età mediane: donne 85 – uomini 79). Il 60% dei pazienti deceduti era portatore di 3 o più patologie, il 22 % era portatore di 2 patologie, il 15% di 1 patologia e il 4,1% di nessuna patologia preesistente. Le più comuni patologie croniche preesistenti (diagnosticate prima di contrarre l'infezione da SARS-CoV-2) nei pazienti deceduti sono state: ipertensione arteriosa (68%), diabete mellito-tipo 2 (30%), cardiopatia ischemica (28%), fibrillazione atriale (22%), insufficienza renale cronica (20%), BPCO (17%), cancro attivo negli ultimi 5 anni (16%), demenza (16%), scompenso cardiaco (16%), obesità (11%), ictus (10%), insufficienza respiratoria (5,1%), epatopatia cronica (4%), malattie autoimmuni (3,8%), dialisi (2%),

HIV (0,2%). Prima del ricovero in ospedale, il 23% dei pazienti deceduti SARS-CoV-2 positivi seguiva una terapia con ACE-inibitori e il 16% una terapia con Sartani (bloccanti del recettore per l'angiotensina). (ISS – EPICENTRO - “Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all’infezione da SARS-CoV-2 in Italia. Dati al 28 maggio 2020” <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>)

3. La sorveglianza sanitaria è assicurata per i lavoratori “maggiormente esposti a rischio di contagio”. Il rischio di contagio sui luoghi di lavoro, ad eccezione delle attività sanitarie dedicate alla diagnosi, cura e assistenza a persone già affette o sospette di COVID-19, è espresso dalle caratteristiche di prossimità e aggregazione presenti nell’attività svolta e nella specifica condizione di lavoro. In questo senso, per attività a maggior rischio di contagio assume rilevanza la verifica dell’eventuale presenza di condizioni personali che possono comportare un decorso grave della malattia sempre unitamente ad un accesso al luogo di lavoro per la verifica della sussistenza di eventuali condizione di maggior rischio e per la collaborazione all’individuazione di adeguate misure. La possibilità del lavoro a distanza è sicuramente una delle modalità di lavoro che per la intrinseca caratteristica consente anche al lavoratore fragile una attività in condizione di sicurezza rispetto alla possibilità di contagio. Le misure adottate per tutti i lavoratori devono già consentire un accesso sicuro al posto di lavoro e un utilizzo sicuro degli spazi comuni. Ulteriori misure, ad esempio, possono essere un utilizzo esclusivo dell’ambiente di lavoro, la limitazione di accesso da parte di altre persone, una distanza interpersonale aumentata e garantita mediante misure tecniche ed organizzative, l’eliminazione o la gestione accurata del contatto di superfici condivise, la limitazione o esclusione del contatto con il pubblico, ...

4. Il rischio di contagio, oltre che per caratteristiche di prossimità e aggregazione varia anche in funzione di caratteristiche epidemiologiche correlate allo stato di diffusività tra la popolazione del virus (Rt) in un dato territorio e in un dato momento.

5. Il DL n. 34 del 19/05/2020 all’art. 83, comma 3, afferma che “L’inidoneità alla mansione accertata ai sensi del presente articolo non può in ogni caso giustificare il recesso del datore di lavoro dal contratto di lavoro”. In questo contesto, vista la non ordinarietà di questa sorveglianza sanitaria, se ritenuto opportuno, sia il lavoratore sia il datore di lavoro, possono richiedere il supporto del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) territorialmente competente per l’individuazione di idonee misure di prevenzione.

COME GESTIRE PRATICAMENTE LA TUTELA DEI SOGGETTI FRAGILI

In considerazione di quanto sopra esposto, si propone il seguente percorso.

Il datore di lavoro, in collaborazione con il medico competente ove presente, e in accordo con i rappresentanti dei lavoratori, informa ogni lavoratore sulla possibilità di chiedere una sorveglianza sanitaria “eccezionale” finalizzata alla verifica della compatibilità tra le condizioni di lavoro affidato (comprese le misure di prevenzione specifiche adottate) e l’eventuale presenza di condizioni di fragilità.

La sorveglianza sanitaria “eccezionale” per il singolo lavoratore è assicurata dal datore di lavoro ma attivata dal lavoratore adeguatamente informato. A tal fine il datore di lavoro, ove non abbia già nominato il medico competente, ne nomina uno per il periodo emergenziale o si rivolge ai Servizi Territoriali dell’INAIL ai sensi dell’art. 83 del DL n. 34 del 19/05/2020.

Qualora il medico competente già nominato sia a conoscenza di lavoratori con condizioni di fragilità, si attiva con il coinvolgimento e consenso del lavoratore, per verificare che le condizioni di lavoro siano compatibili.

Il medico competente collabora per la ricerca e attuazione di misure di prevenzione adeguate al singolo lavoratore e al termine esprime una valutazione di compatibilità della lavorazione con la condizione di fragilità considerata e un giudizio di idoneità ai sensi dell'art. 83 del DL n. 34 del 19/05/2020.

Se ritenuto opportuno, sia il lavoratore sia il datore di lavoro, possono richiedere il supporto del Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) territorialmente competente per l'individuazione di idonee misure di prevenzione.

RITORNO AL LAVORO

Il DPCM 17/05/2020, al punto 12 dell'allegato 12, indica che "Per il reintegro progressivo di lavoratori dopo l'infezione da COVID 19, il medico

competente, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal Dipartimento di Prevenzione territoriale di competenza, effettua la 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 (DLgs 81/08 e s.m.i art. 41, c. 2 lett. e-ter), anche per valutare profili specifici di rischiosità e comunque indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia."

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.." (Ministero della Salute 29/04/2020).