PuntoSicuro

ARTICOLO DI PUNTOSICURO

Anno 22 - numero 4821 di Venerdì 20 novembre 2020

Emergenza COVID-19: il rientro al lavoro del cittadino contagiato

Le problematiche e le prassi relative al reintegro al lavoro del lavoratore contagiato. Le indicazioni sulla visita di reintegro, le proposte e l'ipotesi di un algoritmo operativo da parte di Gennaro Bilancio e Cristiano Mirisola, medici del lavoro.

In seguito al **contagio di un cittadino-lavoratore** la legislazione emergenziale, compresi i vari DPCM succedutesi e che hanno sempre confermato la validità del cosiddetto Protocollo condiviso, configura due diverse situazioni: 1. **la riammissione in comunità** e 2. **il reintegro al lavoro**.

La **riammissione in comunità** prevede che prima siano soddisfatti i criteri dettati dalla **Circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12/10/2020** (Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena) e quindi che il cittadino sia autorizzato dall'Autorità ad interrompere l'isolamento o la quarantena. A seconda dell'organizzazione adottata dalle singole Regioni, tale provvedimento di autorizzazione è rilasciato: I) dal Dipartimento di Prevenzione (DdP) o Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) della ASL competente per territorio, e/o II) dal Medico di medicina generale (MMG) / Pediatra di libera scelta (PLS).

Il **reintegro al lavoro** necessita, invece, innanzitutto che il lavoratore presenti al datore di lavoro la certificazione di avvenuta **negativizzazione del tampone** (anche qui secondo le varie modalità localmente disposte dal DdP di pertinenza). Dopo questo primo passo il lavoratore andrebbe anche sottoposto ad una "Visita di reintegro" da parte del medico competente. Come noto, esiste in tema una differenza tra due diversi atti normativi, tra l'altro di rango diverso. Secondo i DPCM tale Visita dovrebbe essere effettuata per tutti i lavoratori contagiati; la Circolare del Ministero della Salute n. 14915 del 29/04/2020 (Indicazioni operative relative alle attività del medico competente), invece, prevede che vada effettuata solo per i soggetti che siano stati ricoverati.

Pubblicità
<#? QUI-PUBBLICITA-SCORM1-[EL0701] ?#>

Non è superfluo forse ricordare sia la particolarissima circostanza - nella notte precedente al 24 aprile - in cui il Protocollo condiviso è stato stilato, sia il suo recepimento d'urgenza all'interno del DPCM del 26 aprile. È del tutto evidente che la citata Circolare del Ministero della Sanità del 29 aprile - documento emanato con incontestabili finalità esplicative - interveniva nel tentativo di mitigare le notevoli difficoltà operative generate dalle incertezze formali e dalle imprecisioni terminologiche contenute nel Protocollo condiviso (ci si auspica che quanto prima il Protocollo condiviso venga riformulato ed attualizzato).

Questa **Circolare**, nel ribadire che la Visita di reintegro è finalizzata a valutare profili specifici di rischiosità ai fini del reinserimento lavorativo, faceva anche un non casuale ed esplicito cenno a situazioni di conclamata e particolare complessità clinica (ridotta capacità polmonare causata dalla malattia, necessità di sottoporsi a cicli di fisioterapia respiratoria, soggetti ricoverati in terapia intensiva).

A proposito di questa discrepanza, la stessa Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML) ha sostenuto che nei casi diversi dal ricovero la **Visita di reintegro** trova un razionale certo quando il lavoratore sia adibito ad una mansione i cui rischi lavorativi specifici - a giudizio del medico competente - possano ulteriormente danneggiare organi o apparati colpiti dalla patologia Covid-19. Tale argomento pare oggi ancora più valido se si tiene conto del numero crescente di soggetti che necessiterebbero di ricovero in ambito ospedaliero e che, in ragione dell'ascesa della curva epidemiologica e della saturazione degli ospedali, sono invece assistiti presso il domicilio.

Anche volendo tralasciare il dato - evidente ed oggettivo - dell'enorme sovraccarico lavorativo a cui i medici competenti pure sono sottoposti a causa del coinvolgimento negli inediti compiti di consulenza per le problematiche Covid-correlate, sono comunque numerose le ulteriori **considerazioni** a sostegno della modalità operativa appena vista.

È ovvio innanzitutto che ove il lavoratore presenti sequele inabilitanti in particolare di tipo astenico, non sarà comunque in grado di riprendere l'attività lavorativa, dovendo ricorrere alla malattia ordinaria. Nelle restanti situazioni, invece, la raccolta delle informazioni e della eventuale documentazione sanitaria - nella assoluta stragrande maggioranza dei casi - metterà in condizione il medico competente di esprimere un Giudizio di idoneità provvisorio in merito alla necessità temporanea di prescrivere misure di adattamento o di controindicare attività o fasi della mansione specifica. Come ovvio, tale Giudizio dovrà essere perfezionato, alla prima occasione possibile anche in relazione all'evolvere dello scenario epidemiologico, dalla Visita in presenza.

A questo proposito, è noto che i fattori di rischio specifici per poter causare un danno alla salute del lavoratore devono svolgere - per definizione - una azione prolungata nel tempo. A mente di ciò l'espressione "precedentemente alla ripresa del lavoro" per questa fattispecie di Visita potrebbe ragionevolmente non essere interpretata in maniera meramente letterale.

Ancora - è forse anche inutile menzionarlo - la stessa citata **Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile** ammetteva che possono essere procrastinate le visite mediche non "urgenti"; la necessità di questa cautela è stata recentemente ribadita in relazione all'attuale fase pandemica dalla **Circolare Interministeriale n. 28877 del 04/09/2020** (Aggiornamenti e chiarimenti).

Aiuterà anche la previsione che durante il prossimo anno il lavoro dei medici competenti sarà da riprogrammare con una calendarizzazione che dovrà tener conto del differimento delle attività sanitarie non urgenti e che vedrà spesso, in pratica, coincidere la scadenza delle visite periodiche con le altre attività imposte dall'emergenza.

Il medico competente, infine, deve svolgere la sua opera secondo i principi della medicina del lavoro e del Codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH). Tra questi un ruolo centrale svolge la necessità di tenere conto dell'appropriatezza, della predittività e del costo economico e sociale degli accertamenti sanitari che egli dispone.

In sintesi, visite prive di una certa necessità clinico-preventiva non solo non sono urgenti ma, se effettuate in maniera sistematica, possono ingiustificatamente contribuire alla diffusione del SARS-CoV2. Ci pare perciò, di poter affermare che **una interpretazione rigidamente letterale della norma tradirebbe spirito e finalità che palesemente ne aveva motivato l'adozione**, ovvero la **tutela sostanziale delle condizioni di salute dei lavoratori**.

Si formula di seguito una **proposta di flusso lavorativo**, nella consapevolezza sia delle grandi difficoltà dei medici competenti che stanno continuando nel loro gravosissimo tentativo di illustrare ai datori ed ai lavoratori, con semplicità e costanza, una materia in tumultuosa evoluzione sia tecnico-scientifica che normativa, sia di quelle dei soggetti preposti alle attività di controllo.

Il datore di lavoro deve essere messo in grado di adottare tutte le misure necessarie per a tutela del lavoratore contagiato. Affinché ciò sia possibile **il lavoratore** dovrà comunicare al medico competente qualunque variazione del proprio stato di salute (ma in particolare gli episodi di polmonite o le infezioni respiratorie gravi). Il **medico competente** tratterà le informazioni e la eventuale documentazione sanitaria correlata nel rispetto della normativa per la tutela dei dati personali e tenendo in particolare considerazione la tipologia di rischi specifici a cui il lavoratore è esposto. Valuterà quindi con il lavoratore **se sussiste la necessità della Visita di reintegro**, ed ove sussista, che questi faccia richiesta di visita straordinaria ai sensi dell'art. 41 comma 2 lett. c del D. Lgs. 81.

È comunque ancora possibile che il lavoratore non faccia tale richiesta. In tal caso la Visita di reintegro deve essere effettuata comunque ed il medico competente dovrà renderne edotto il datore di lavoro. La richiesta di Visita di reintegro, ai sensi del DPCM in vigore al momento, in questo caso sarà inoltrata dal datore di lavoro. A parere della SIML anche ad esito di tale Visita, che come noto va effettuata anche quando non siano trascorsi più di 60 giorni di assenza continuativi dal lavoro per motivi di salute, andrà formulato un Giudizio di idoneità.

Ipotesi di algoritmo operativo

1. Il datore di lavoro informa i lavoratori dell'obbligo di inviargli la certificazione di avvenuta negativizzazione come rilasciata secondo le disposizioni locali e di comunicare in via riservata al medico competente anche ogni altra variazione del loro stato di salute.
2. Il lavoratore contatta il medico competente il quale acquisisce l'eventuale documentazione sanitaria e valuta con il lavoratore stesso la necessità di sottoporlo o meno a Visita di reintegro.
3. Se la Visita è ritenuta necessaria:

    - il lavoratore sottopone al datore di lavoro richiesta di visita straordinaria (art. 41 c. 2 lett. c);
    - se il lavoratore non intende chiedere la vista straordinaria, il datore di lavoro sottopone al medico competente richiesta di Visita ai sensi del DPCM in vigore al momento.

4. In entrambi i due ultimi casi, nelle more della possibilità di effettuare la Visita in presenza, il medico competente esprimerà un Giudizio di idoneità provvisorio contenente le prescrizioni o limitazioni imposte dagli esiti di malattia Covid-19.
5. Anche in caso tale Visita non sia ritenuta necessaria, in considerazione delle informazioni e della documentazione ricevuta, il medico competente potrebbe comunque dover indicare al datore di lavoro misure aggiuntive di tutela.

In ogni caso, viste le diverse **disposizioni territoriali**, si ritiene utile verificare comunque - dove possibile - l'orientamento in merito a tale procedura dell'Organo di Vigilanza locale e, al fine di semplificare il comune lavoro, di allegare alla Cartella sanitaria e di rischio la documentazione acquisita e soprattutto di lasciare traccia al suo interno dei vari passaggi e delle motivazioni a loro sostegno.

Tale prassi non può che ritenersi assolutamente eccezionale ed utilizzabile nella sua irritualità esclusivamente in ragione del contesto emergenziale nel quale ci troviamo ad operare.

Gennaro Bilancio e **Cristiano Mirisola**

Medici del lavoro

NB: Le opinioni qui espresse non impegnano in alcun modo le istituzioni o organizzazioni di appartenenza.

***Scarica la normativa di riferimento*:**

CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE del 12 ottobre 2020 recante "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena".

CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA SALUTE del 29 aprile 2020 recante "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".

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 3 novembre 2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».

Leggi gli altri articoli di PuntoSicuro sul nuovo coronavirus Sars-CoV-2

Questo articolo è pubblicato sotto una Licenza Creative Commons.

I contenuti presenti sul sito PuntoSicuro non possono essere utilizzati al fine di addestrare sistemi di intelligenza artificiale.

www.puntosicuro.it