

Gianni Saretto¹, Carla Bozzi²

Proposta per la gestione delle attività di sorveglianza sanitaria e monitoraggio in relazione al rischio SARS-CoV-2 in operatori di strutture sanitarie ospedaliere e socioassistenziali sulla base dell'esperienza condotta nelle strutture della Fondazione Opera San Camillo

¹ Medico Competente Fondazione Opera San Camillo

² Direttore Sanitario Fondazione Opera San Camillo

RIASSUNTO. Vengono presentate le modificazioni al protocollo di sorveglianza sanitaria resi necessari per la gestione del rischio SARS-CoV-2 in operatori di strutture ospedaliere e sanitarie-assistenziali. Le modifiche hanno riguardato gli accertamenti da effettuare con carattere di necessità ed urgenza al fine di intercettare possibili casi e sintomi sospetti di contagio e di proteggere gli operatori fragili e ipersensibili. Sono state necessarie anche per gestire l'attività ordinaria del Medico Competente, all'interno delle visite mediche preventive, periodiche, su richiesta e di ritorno al lavoro. Si propone l'introduzione del tampone antigenico rapido per screening SARS-CoV-2 (confermato in caso di positività dal tampone molecolare) e la ricerca sierologica IgG anti SARS-CoV-2 sia in fase di visita preventiva che di visita periodica. La periodicità degli accertamenti per SARS-CoV-2 è modulata a seconda della gravità dei dati epidemiologici del territorio di riferimento, della comparsa di un focolaio interno alla Struttura e/o della presenza di un reparto Covid, della positività o meno dell'operatore per IgG SARS-CoV-2. Si passa così da una frequenza di un tampone alla volta alla settimana nelle situazioni valutate gravi ad un tampone al mese in quelle a basso rischio. La presenza di IgG nell'operatore consente di dilazionare leggermente la periodicità dei tamponi, riducendo il numero dei controlli e l'impegno organizzativo ed economico richiesto per realizzarli. Il test rapido sierologico da polpastrello per ricerca IgG e IgM deve essere effettuato ogni 3 mesi per tutti i lavoratori. La combinazione tampone antigenico e molecolare consente di diagnosticare i casi SARS-CoV-2 e di individuare gli eventuali operatori asintomatici positivi (1). L'impiego del tampone molecolare, in considerazione del costo che ha l'esame e del tempo lungo necessario per acquisire l'esito, viene limitato alle sole situazioni in cui si renda necessario confermare la positività del tampone antigenico, nonché al controllo nelle attività ad alto rischio quali quelle di operatore in reparto Covid-19 o di operatore inserito in struttura in cui si è verificato un focolaio. L'impiego dell'esame sierologico dopo prelievo venoso, in considerazione dell'elevato costo che ha l'accertamento, viene limitato alla visita preventiva e a casi particolari in cui si renda necessario, su scelta del Medico Competente, un approfondimento in tal senso.

Parole chiave: SARS-CoV-2, operatori sanitari, sorveglianza sanitaria, IgG anti SARS-CoV-2, tampone per ricerca molecolare SARS-CoV-2, tampone antigenico rapido per SARS-CoV-2, sierologia, vaccinazione anti SARS-CoV-2.

1. Premessa

La Direttiva (UE) 2020/739 del 03/06/2020 ha classificato l'agente biologico SARS-CoV-2 come patogeno per l'uomo del gruppo di rischio 3 con riferimento all'Allegato XLVI del D.Lgs. 81/08 (2).

La linea interpretativa, ampiamente condivisa, per l'applicazione delle normative di tutela della salute e della sicurezza sul lavoro valuta questo rischio come "specifico" nelle aziende sanitarie, ospedaliere e socioassistenziali (3), distinguendo in tal modo queste strutture dalle altre realtà produttive in cui il rischio va invece inquadrato come "generico" o "generico aggravato" (4, 5). Tale linea interpretativa è stata confermata da INAIL con la scelta di attribuire la presunzione semplice di origine professionale agli eventi di infezione SARS-CoV-2 che si verificano negli operatori sanitari, salvo che risultino determinati da contatti certi extralavorativi (casi indice positivi tra familiari e conoscenti frequentati nel periodo di possibile contagio) (6). Sono inoltre circolate proposte per graduare la valutazione dei rischi per scenari standard a gravità/probabilità crescente di diffusione del contagio (7, 8).

In ragione della "specificità" del rischio SARS-CoV-2 nell'esecuzione di mansioni sanitarie, pertanto in situazioni in cui si è venuto a creare un nuovo rischio professionale, deriva l'obbligo sia di aggiornare il documento di valutazione dei rischi, sia di individuare misure specifiche di protezione e prevenzione (art. 29, comma 3, D.Lgs. 81/08). Queste misure aziendali si dovranno integrare con le misure previste dalle normative nazionali e regionali mirate al contenimento dell'epidemia e a obiettivi di salute pubblica.

Ne deriva anche la necessità per il Medico Competente di modificare e integrare il Protocollo di Sorveglianza sanitaria ex art. 25 del D.Lgs. 81/08 "Il Medico Competente programma ed effettua la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati". Modifiche imposte dai cambiamenti produttivi e dell'organizzazione del lavoro connesse alla pandemia, da cui derivano effetti non irrilevanti per la salute e la sicurezza del lavoratore (9). Il Medico Competente propone al datore di lavoro l'assunzione

ABSTRACT. A PROPOSAL FOR THE MANAGEMENT OF HEALTH SURVEILLANCE AND MONITORING PROCEDURES IN RELATION TO THE RISKS POSED BY SARS-CoV-2 TO HOSPITAL AND NURSING HOME WORKERS, BASED ON STRATEGIES IMPLEMENTED IN THE FACILITIES OF THE FONDAZIONE OPERA SAN CAMILLO. This paper describes how the health surveillance protocols adopted in hospitals and nursing homes have changed in response to the spread of SARS-CoV-2 and its risks. These changes concern assessments that must be performed with urgency, to detect potential cases and symptoms that may indicate contagion and to protect vulnerable and hypersensitive workers. Besides, these changes have been implemented in order to regulate how the appointed occupational physician should perform everyday tasks, particularly in regard to preventive visits, periodic visits, office visits, and visits meant to authorize one's return to the workplace. This paper recommends that both preventive visits and periodic visits should include rapid antigen swab tests to screen for SARS-CoV-2 (which, if positive, should be confirmed by molecular tests) and serologic tests to detect IgG SARS-CoV-2 antibodies. Since this phase involves great risks for healthcare facilities, this paper proposes that swab testing should be performed every month and that serologic testing should be performed every three months (depending on whether the first test detects the presence of IgG antibodies). By combining antigen and molecular swab tests, healthcare professionals can diagnose workers with SARS-CoV-2 and identify positive asymptomatic cases. Because of its costs and its long turnaround times for results, molecular swab testing is recommended only when one needs to confirm a positive antigen swab test result. Serologic testing should be used alongside swab testing, to acquire data concerning the immunity of workers.

Key words: SARS-CoV-2, healthcare workers, health surveillance, IgG SARS-CoV-2 antibodies, swabbing for SARS-CoV-2 molecular testing, rapid antigen swab test for SARS-CoV-2, serology.

di integrazioni al protocollo sanitario che potranno riguardare, sulla base dell'intensità del rischio specifico, sia la tipologia degli accertamenti integrativi da effettuare, sia la loro periodicità (3). Le modifiche sono conformi al quadro normativo previsto dall'art. 41 del D.Lgs. 81/08 "Le visite mediche ..., a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal Medico Competente", sono pertanto accertamenti vincolanti ai fini di esprimere il giudizio d'idoneità alla mansione specifica e sono obbligatori per i lavoratori, come da art. 20 del D.Lgs. 81/08 "sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal presente decreto legislativo o comunque disposti dal medico competente". Il Medico Competente esprime anche il proprio parere nel merito della messa a disposizione da parte del datore di lavoro di vaccini efficaci SARS-CoV-2 e organizza momenti formativi su vantaggi e rischi della vaccinazione.

In adesione alle indicazioni contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 - Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni, è auspicabile un accordo con il dipartimento di prevenzione competente per inserire gli accertamenti previsti dal Protocollo sanitario aziendale in una strategia di screening condivisa con obiettivi che, in una situazione emergenziale, vanno oltre il controllo sanitario dei lavoratori per interessare temi più generali quali la tutela dei pazienti e la salute pubblica (10).

Infine, in adesione alla raccomandazione contenuta nel Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 "Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19" si assume il criterio che le strategie di screening antiCovid devono essere "flessibili e adattabili, a seconda dell'andamento epidemiologico locale, dell'entità della trasmissione, delle dinamiche della popolazione e delle risorse disponibili" (11).

2. Modifiche del Protocollo per la gestione di situazioni di contagio, di casi sospetti e di casi certi SARS-CoV-2

I punti sui cui è stata effettuata una prima integrazione del protocollo di sorveglianza sanitaria hanno riguardato la gestione degli scenari correlati:

- al manifestarsi di sintomi nell'operatore al momento dell'ingresso o durante l'orario di lavoro;
- alle situazioni di operatori che avevano contratto la malattia, sospeso l'attività lavorativa e che dovevano, una volta guariti, essere reintegrati.

È stata inserita in questo ambito di revisione del protocollo anche la gestione dei contatti stretti, determinati dal possibile contagio da paziente infetto verso operatore sano o da operatore infetto verso collega sano.

Queste variazioni al protocollo, assunte dalle strutture di Fondazione Opera San Camillo all'interno di procedure complessive per la sicurezza anticontagio, sono state attivate su input delle regolamentazioni nazionali, regionali e sulla base delle indicazioni delle ASL/ATS con competenza per il territorio di riferimento. Sono modifiche implementate già nel primo periodo dell'epidemia, puntualmente applicate in quanto indispensabili per gestire correttamente le varie condizioni emergenziali, costantemente modificate nel corso del 2020 e nel primo trimestre 2021 sulla base delle normative che via via sono pervenute.

Le procedure contemplano la gestione degli scenari dettagliati nella Tabella I con riferimento sia al SARS-CoV-2 originale, sia alle varianti comparse nel 2021 (VOC 202012/01 identificata nel Regno Unito, 501Y.V2 identificata in Sudafrica e P1 identificata in Brasile), sia, infine, allo stato di vaccinazione/protezione con presenza di IgG anti SARS-CoV-2 dell'operatore. All'interno di Fondazione Opera San Camillo operano strutture ospedaliere/sanitarie/assistenziali, nel dettaglio 3 Ospedali, 4 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), 1 Poliambulatorio e 2 Comunità di assistenza per soggetti con disabilità psichiatrica, ubicate nel Nord Italia in 5 Regioni (Lombardia, Piemonte, Liguria, Veneto, Emilia Romagna) e nella provincia autonoma di Trento, per un totale di circa 800 lavoratori. Avendo quindi Fondazione Opera San Camillo strutture in regioni diverse, è stato inevitabile constatare le differenze delle indicazioni regionali per la gestione della epidemia. Va però rilevato che le disposizioni del Ministero della Salute dell'ottobre 2020, in materia di durata dell'isolamento e della quarantena (12) e di indicazioni per la diagnostica di SARS-Cov-2 (13), hanno allineato i criteri su cui vi erano state rilevanti disomogeneità normative nel periodo

Tabella I. Sintesi sorveglianza sanitaria e gestione casi sospetti / confermati

Numerazione della modifica al protocollo di sorveglianza sanitaria	Descrizione dello scenario considerato	Contenuto della modifica
1	Sorveglianza sanitaria dei lavoratori all'ingresso e durante il lavoro per individuare soggetti sintomatici (si veda anche punto 2.1 del testo)	Indicazioni riguardo l'iter da seguire a seguito di lavoratore con TC > 37.5 al triage oppure che manifesta sintomi maggiori SARS-CoV-2 (tosse, dispnea, anosmia, ageusia). Esecuzione di tampone antigenico rapido seguito da tampone diagnostico molecolare. Allontanamento del lavoratore. Iter da seguire per lavoratore che presenta sintomi minori SARS-CoV-2 (faringodinia, rinorrea, diarrea, congiuntivite, cefalea, mialgie, astenia). Esecuzione di tampone antigenico rapido prima di essere ammesso al lavoro.
2	Sorveglianza sanitaria in operatore SARS-CoV-2 confermato	Il lavoratore SARS-CoV-2 confermato non è ammesso al lavoro e rimane in isolamento domiciliare. In presenza di un tampone positivo in operatore ex-Covid o vaccinato deve essere effettuato un nuovo tampone molecolare richiedendo al laboratorio la genotipizzazione per la ricerca delle varianti Covid. In assenza del dato epidemiologico di un avvenuto contatto stretto in ambito extralavorativo (familiari o conoscenti positivi), viene redatto il Primo Certificato di Infortunio INAIL da parte del MMG o del MC. La fase di riammissione al lavoro prevede l'acquisizione di un tampone negativo effettuato dopo 10 giorni dal tampone positivo, in assenza di sintomi da almeno 3 giorni. In caso di esito positivo al tampone di controllo l'operatore rimane in astensione dal lavoro per ulteriori 7 giorni con successiva ripetizione del tampone.
3	Operatori al rientro da malattia con positività al tampone a lungo termine	Gli operatori che, pur non presentando più sintomi, continuano a risultare positivi al test molecolare per SARS-CoV-2, in caso di assenza di sintomatologia (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione) da almeno una settimana, potranno interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi. In aderenza alle indicazioni fornite da ASL Città di Torino (46), nel caso di operatori sanitari positivi a lungo termine, per massima cautela visto il contesto lavorativo sanitario, se la positività persiste, si ripete tampone molecolare al 21° giorno con valutazione della carica virale secondo il parametro Ct: se il valore di Ct è superiore a 28 può essere riammesso al lavoro. In caso di condizioni individuali di immunodepressione queste saranno valutate con il supporto di esperti clinici e microbiologi/virologi, per escludere possibilità di persistenza di contagiosità ed in questi casi appare comunque opportuna in ambito sanitario la riammissione al lavoro solo a tampone negativo. Per le Residenze Sanitarie Assistenziali lombarde (DGR N. 3913 del 25.11.2020) la normativa richiede il rientro solo dopo tampone molecolare negativo: "per i casi positivi a lungo termine, sia di ospiti/pazienti sia di operatori, in considerazione dell'utenza target, il cui stato immunitario potrebbe prolungare il periodo di contagiosità, e del particolare contesto comunitario delle U.d.O. della Rete Territoriale, precauzionalmente, si ritiene necessario concludere l'isolamento solo dopo tampone molecolare negativo" (47). Viene lasciata ampia discrezionalità al Medico Competente per la gestione di casi particolari da valutare sulla base della storia clinica del soggetto e di condizioni di co-morbidità. Si veda parere scientifico a cura della Società Italiana di Medicina del Lavoro nel novembre 2020 (48).
4	Operatori al rientro da malattia con sintomaticità correlabile a SARS-CoV-2 con tampone diagnostico negativo	Quando l'operatore diventa asintomatico, viene effettuato un tampone di controllo, se negativo il lavorativo può rientrare.
5	Operatori al rientro da malattia con sintomaticità NON correlabile a SARS-CoV-2	Il rientro del lavoratore può avvenire previo invio al MC di certificato medico, redatto dal MMG, di chiusura malattia dalla quale si evinca che la patologia non è correlata in alcun modo a Covid-19. Se il MMG non dovesse fornire queste informazioni il lavoratore sarà comunque ammesso a conclusione del periodo di malattia. Nei casi in cui il lavoratore fosse stato in malattia con sintomi maggiori per Covid ma il suo MMG non abbia ritenuto opportuno effettuare tamponi per escluderlo si effettuerà un tampone rapido prima di riammettere l'operatore al lavoro. Per assenze uguali o superiori a 15 giorni deve essere effettuato un tampone rapido prima di riammettere l'operatore al lavoro. La Regione Liguria richiede esecuzione di un tampone rapido al rientro di un periodo di ferie o di assenza a qualsiasi titolo superiore a 7 giorni (49).
6	Operatore collocato in quarantena domiciliare dal MMG in quanto identificato come contatto stretto extra-lavorativo con caso confermato SARS-CoV-2	Se il lavoratore rimane asintomatico per tutto il periodo deve comunque effettuare un tampone di controllo prima di rientrare. Se sintomatico verrà subito posto a tampone di controllo: se positivo seguirà l'iter descritto nel punto 2, se negativo dovrà comunque effettuare un ultimo tampone di controllo prima del rientro.
7	Positività del lavoratore al test sierologico	- Test quantitativo / qualitativo con positività alle IgG e con IgM positive o non note. Gli operatori per i quali si evidenzia per la prima volta la positività alla ricerca anticorpale IgG con valore IgM positivo o non noto devono essere sottoposti a tampone rapido nel più breve tempo possibile. - Test quantitativo / qualitativo con positività alle IgG ed IgM negative. Non sono necessari ulteriori esami / approfondimenti. - Test quantitativo / qualitativo con negatività alle IgG e IgM positive. Gli operatori per i quali si evidenzia la positività alla ricerca anticorpale IgM con valore IgG negativo devono essere sottoposti a tampone rapido nel più breve tempo possibile.

MC: Medico Competente

MMG: Medico di Medicina Generale

primavera - estate 2020, es.: numero di tamponi necessari per il reintegro al lavoro (uno o due), timing da seguire per il rientro dei casi positivi (numero di giorni di asintomaticità che devono trascorrere prima che possa essere effettuato il tampone di controllo).

Per lungo tempo controverso il tema, particolarmente critico in quanto poteva comportare l'allontanamento nello stesso momento di molti operatori, sull'obbligo della misura di quarantena per operatori sanitari da estendere ai contatti stretti di casi confermati SARS-CoV-2; specie quando ne veniva chiesta l'applicazione anche per i contatti stretti a basso rischio con caso sospetto/accertato di infezione da variante SARS-CoV-2, così come definiti nella Circolare del Ministero della Salute n. 3787 del 31/01/2021 (14).

La quarantena degli operatori sanitari è normata a livello nazionale dall'art. 7 del DL 17/03/2020 n. 14 e s.m.i. "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", che ha stabilito l'eccezione della sanità per allontanamento di questi contatti stretti asintomatici (per i lavoratori sanitari la quarantena domiciliare viene sostituita da una quarantena con sorveglianza sanitaria attiva). La Circolare del Ministero della Salute del 22.02.2021 (15) ha definitivamente chiarito confermando tale scelta: "anche ai contatti a basso rischio, che siano operatori sanitari o altre persone che forniscono assistenza diretta ad un caso COVID-19 ..., non si applica la misura della quarantena bensì la sorveglianza sanitaria".

Si segnalano, ormai più per una utile cronaca di fatti passati, le diverse posizioni che le Regioni hanno tenuto nel periodo giugno 2020 - febbraio 2021 su questo importante punto. Regione Lombardia ha indicato per un lungo tempo l'allontanamento dell'operatore sanitario classificato contatto stretto (16), ma poi si è pronunciata per la non sospensione dell'attività lavorativa con indicazione di effettuare per questi operatori, che restano al lavoro, un rigoroso monitoraggio attivo (17). Analogo percorso ha seguito la Regione Liguria, in prima fase favorevole all'allontanamento (18), poi invece contraria (19). Regione Veneto si è pronunciata per l'allontanamento (20), viceversa Regione Piemonte ha sempre disposto il mantenimento al lavoro dei contatti stretti (21).

L'accertamento introdotto nel protocollo negli scenari della Tabella I è consistito nell'effettuazione del tampone per ricerca molecolare SARS-CoV-2 o del tampone antigenico rapido nei vari momenti in cui l'esame era dirimente ai fini diagnostici e ai fini di stabilire l'avvenuta guarigione del soggetto sotto il profilo virologico oltre che clinico (scomparsa dei sintomi). Il tampone è stato impiegato inoltre nella gestione dei contatti stretti, siano essi collocati in quarantena domiciliare o in quarantena con sorveglianza attiva.

Nella scelta della tipologia di tampone da impiegare si è fatto riferimento alla Circolare del Ministero della Salute n. 5616 del 15/02/2021 (22).

Essendo questo obbligo di controllo degli operatori derivante da norme nazionali e regionali, questi tamponi, seppure inseriti nel protocollo di sorveglianza sanitaria degli operatori di cui all'art. 41 del D.Lgs. 81/08, sono

stati sempre effettuati con costo a carico dei vari Servizi Sanitari Regionali.

Si richiamano le modalità per la gestione dei periodi di isolamento e quarantena delle Regioni Veneto (23) e Piemonte (24), che, riprendendo la Circolare n° 3787 del 31/01/2021 (14) già sopra citata, in considerazione del rischio introdotto dalle nuove varianti SARS CoV-2, allungano sia il periodo di isolamento sia quello di quarantena a 14 giorni, con obbligo di effettuare a conclusione un tampone molecolare o un test equivalente (test antigenici rapidi di laboratorio in chemiluminescenza o test rapidi con lettura in fluorescenza di 2° e 3° generazione).

Infine, la Circolare del Ministero della Salute n. 0022746 del 21/05/2021 (25) riporta indicazioni riguardo i giorni di isolamento, identificazione contatti stretti a basso ed alto rischio ed il tipo di tampone da eseguire a seconda del SARS-CoV-2 isolato (originale, variante inglese, altri varianti).

Si integra in seguito il commento della situazione "lavoratore sintomatico sul lavoro, già descritto nella Tabella I - scenario 1; si presentano nei punti 2.2, 2.3 e 2.4 altre situazioni che per la loro gestione hanno richiesto integrazioni al Protocollo di Sorveglianza Sanitaria.

2.1 Gestione di operatori che manifestano sul lavoro (o segnalano trovandosi al proprio domicilio) sintomatologia Covid correlata in assenza di altre diagnosi e/o di anamnesi personale che giustifichino tale sintomatologia

Il punto è di rilevanza considerando l'elevata incidenza nella popolazione di casi di sindrome da virus influenzali, parainfluenzali, rinovirus, altri coronavirus che si presentano con sintomi di malessere generale e sintomi respiratori difficilmente distinguibili clinicamente dalla sintomatologia determinata dal SARS-Cov-2. In adesione alle indicazioni più diffuse per la gestione di questo problema, contando sulla disponibilità di tamponi antigenici rapidi sul posto di lavoro e sulla autonomia per la loro applicazione, si sono assunti i seguenti criteri gestionali:

- si considerano condizioni da indagare, in quanto indicative di possibile patologia Covid, la presenza di un sintomo tra tosse, febbre, dispnea, anosmia, ageusia (sintomi maggiori) oppure di due sintomi tra faringodinia, rinorrea, diarrea, congiuntivite, cefalea, mialgie, astenia (sintomi minori);
- in presenza di sintomi quali febbre > 37.5 °C e/o anosmia e/o ageusia, con o senza altri sintomi, viene effettuato il tampone rapido ed il tampone molecolare. Anche in presenza di tampone rapido negativo il lavoratore dovrà essere allontanato dal lavoro fino ad esito negativo del tampone molecolare e dovrà essere invitato a contattare il Medico di Medicina Generale (MMG) per essere posto in isolamento domiciliare;
- in assenza di anosmia e/o ageusia ma in presenza di almeno un sintomo Covid correlato tra tosse, dispnea, faringodinia, rinorrea, diarrea, congiuntivite, cefalea, mialgie ed astenia il lavoratore viene sottoposto a tampone rapido prima di essere ammesso al lavoro. In pre-

senza di tosse e/o dispnea (sintomi maggiori) il lavoratore dovrà comunque essere sottoposto ad un tampone molecolare a 72 ore dall'insorgenza della sintomatologia;

- in caso di insorgenza di sintomatologia a domicilio sarà il MMG a definire se reputa necessario effettuare un tampone molecolare. Verrà comunque eseguito un tampone rapido prima di riammettere al lavoro se nel periodo di malattia il lavoratore ha manifestato tosse, dispnea, febbre, anosmia o ageusia e non ha effettuato tamponi diagnostici.

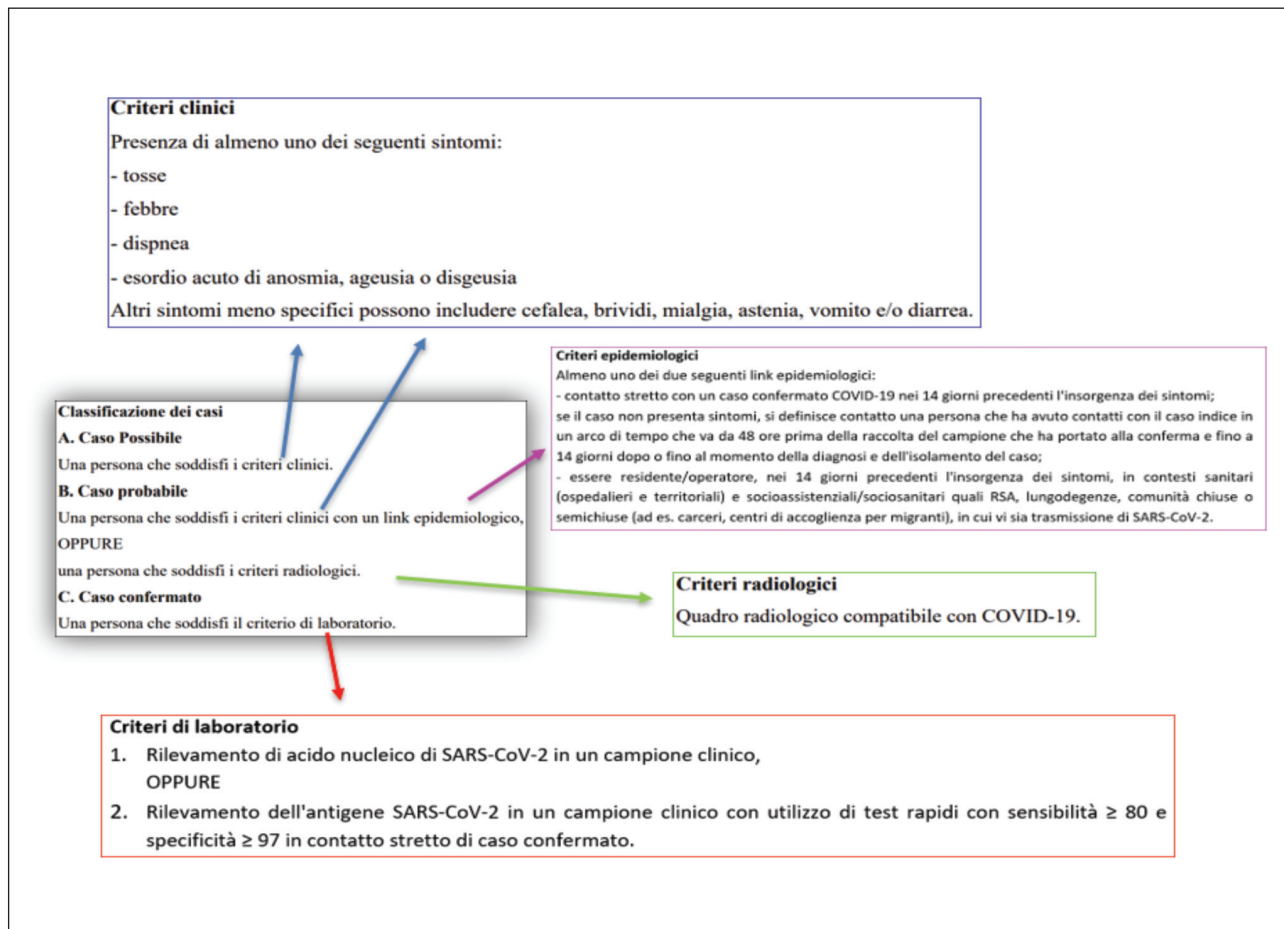
Prevedendo la procedura sopra descritta un uso frequente di tamponi antigenici rapidi, si riportano nella Tabella II le nuove definizioni di caso possibile, probabile e confermato contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 705 del 08/01/2021 (26). Si stabilisce, in materia di conferma di Covid, che il caso trovato positivo al test antigenico rapido debba essere classificato "caso confermato" in presenza di un dato anamnestico di collegamento epidemiologico con altri casi Covid confermati (per es. contatto stretto familiare di caso confermato o presenza di focolaio epidemico nel luogo di lavoro), oppure in presenza di un quadro radiologico compatibile con Covid.

Con analogha scelta si si erano già espresse le normative regionali, ad esempio la regione Lombardia nell'ottobre 2020 (27).

2.2 Gestione di casi di nuova positività al tampone in lavoratore SARS-CoV-2 guarito

Il caso SARS-CoV-2 guarito è rappresentato dall'operatore che ha risolto i sintomi dell'infezione da SARS-CoV-2 (virologicamente documentata) e che è risultato negativo al tampone di controllo per la ricerca di Sars-Cov-2. Si assume la nota del 23/06/2020 del Ministero della Salute con oggetto: "Quesiti in merito all'applicazione della nota prot. 0018584-29/05/2020-DGPREDG-PREP su sorveglianza e contact tracing" per la gestione dei casi di nuova positività al tampone: "In presenza di sintomi sospetti e/o quadro radiologico compatibile si procede come per i casi Covid-19 confermati, con disposizione di isolamento domiciliare obbligatorio del caso e di isolamento fiduciario dei contatti stretti. In assenza di sintomi si dispone l'isolamento domiciliare obbligatorio procedendo alla messa in coltura del secondo tampone positivo e, in assenza di crescita virale, l'esito del primo tampone viene ad essere considerato falso positivo e il soggetto un non caso. Nell'impossibilità di eseguire la coltura di propone di anticipare a 48-72 ore l'effettuazione dei due tamponi di controllo della guarigione che, se entrambi negativi, comporteranno lo scioglimento del caso. Per quanto riguarda i contatti stretti: i conviventi devono essere posti da subito in isolamento domiciliare fi-

Tabella II. Circolare del Ministero della Salute n. 705 del 08/01/2021
Definizioni di caso possibile, probabile e confermato Covid



duciario in attesa degli esiti del colturale o dei due tamponi di controllo della guarigione”.

Nel caso si faccia diagnosi di reinfezione o di riposizionamento dopo 90 giorni dalla precedente infezione, si deve considerare la possibilità che si tratti di caso sostenuto da variante e si dovrà procedere richiedendo al laboratorio la genotipizzazione.

2.3 Gestione visita di rientro al lavoro di operatori con pregressa infezione da SARS-CoV-2

Si aderisce per questo punto a quanto definito dal Protocollo condiviso Parti Sociali/Governo per la prevenzione sui luoghi di lavoro del 24 aprile 2020 e al successivo DPCM 26 aprile 2020 che lo ha recepito nell'allegato 6. Viene stabilito che il Medico Competente, per il reinserimento lavorativo di soggetti con pregressa infezione da SARS-CoV-2, 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 (art. 41 del D.Lgs. 81/08), ma anche per valutare profili specifici di rischio e comunque indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia quando questa è stata di grave entità.

Si rimanda a interventi dedicati per la gestione delle criticità connesse a questa particolare valutazione (28, 29). Valutata molto utile la indicazione contenuta negli indirizzi di Regione Piemonte che prevede per il lavoratore che ha superato l'infezione Covid un follow up per 6/12 mesi da parte del Medico Competente con possibilità di avvalersi della collaborazione di specialisti (Pneumologo, Cardiologo, Infettivologo, Fisiatra) e con l'effettuazione di test di funzionalità epatica e renale, test di coagulazione (PT, PTT, fibrinogeno), CK, LDH, CK MB, PCR, ormoni tiroidei (30).

2.4 Gestione dell'operatore fragile e concessione dello smart working

Le modifiche del protocollo con riferimento alla condizione disabilità/fragilità dell'operatore sono state stabilite dal quadro normativo seguito all'epidemia, all'interno del percorso che prevede che il medico competente debba evidenziare all'azienda situazioni di particolare fragilità e l'azienda debba provvedere alla loro tutela.

Per quanto concerne la concessione del lavoro agile si fa riferimento all'articolo 90 del DL 34/2020 convertito dalla legge 77/2020. La norma ha riconosciuto il diritto allo “svolgimento delle prestazioni di lavoro in modalità agile, sulla base delle valutazioni dei medici competenti, ai lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio da virus SARS-CoV2, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o, comunque, da comorbidità che possono caratterizzare una situazione di maggiore rischiosità accertata dal Medico Competente, nell'ambito della sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 83, a condizione che tale modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione lavorativa”.

Si rimanda a Circolari Ministeriali (31, 32, 33) e a interventi dedicati (34, 35) per l'approfondimento di queste tematiche.

3. Modifiche del Protocollo a seguito dell'identificazione di contatti stretti lavorativi con caso sospetto - confermato SARS-CoV-2 (contatti con altri lavoratori, con pazienti, extralavorativi)

Per le definizioni di contatto stretto con caso sospetto/confermato SARS-CoV-2, ad alto o a basso rischio, con virus originale o con variante, si rimanda alle definizioni ministeriali (36) e dell'Istituto Superiore Sanità - ISS (37).

L'identificazione dei contatti stretti e la richiesta di quarantena deve essere effettuata dal Direttore Sanitario/Referente Covid della struttura sanitaria in collaborazione con il Medico Competente. La Direzione Sanitaria dovrà effettuare anche la segnalazione ad USL/ATS/ASL secondo le modalità organizzative previste dalle Regioni.

In presenza di contatto stretto con caso familiare altamente sospetto per Covid ed in presenza di una situazione epidemiologica critica è consigliabile sospendere l'operatore dal lavoro in attesa dell'esito del tampone del familiare.

L'identificazione dei contatti stretti e la loro messa in quarantena (a domicilio o attiva) deve essere attuata anche in presenza di lavoratore/paziente con tampone rapido positivo. In questo caso la quarantena si interrompe nel caso il tampone molecolare non confermi la positività e risulti negativo.

3.1 Identificazione contatti stretti di caso confermato Covid-19 originale (in assenza di sospetto / conferma di variante per Covid-19)

Si impiega la definizione di contatto stretto ad alto rischio. Si fa riferimento alla Circolare del Ministero della Salute 0018584 del 29/05/2020 (38): un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Sono contatti stretti ad alto rischio tutti i lavoratori che con il caso confermato:

- hanno avuto un contatto fisico diretto (per es. stretta di mano);
- convivono;
- sono stati in ambiente chiuso (per es. stanza, aula, treno, auto etc.) senza l'utilizzo continuativo di mascherina chirurgica o FFP2 da parte di entrambi.
- sono stati per almeno 15 minuti a distanza inferiore di 2 metri, senza l'utilizzo continuativo di mascherina chirurgica o FFP2 da parte di entrambi.

Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è av-

venuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio

Nel caso il contatto fosse avvenuto tra due colleghi in ambiente chiuso o in ambiente aperto per almeno 15 minuti a distanza inferiore di 2 metri, con l'utilizzo solo di mascherina chirurgica da parte di entrambi, deve essere effettuato, a scopo cautelativo, un tampone molecolare o rapido dopo 72 ore dall'ultimo contatto.

3.2 Identificazione dei contatti stretti a basso ed alto rischio in presenza di sospetto/conferma di variante per Covid-19

Le modalità da seguire per il contact tracing sono differenti al verificarsi di contatti con caso affetto da variante. Le tipologie di caso indice che modificano i termini con cui condurre il contact tracing nella forma ordinaria, così come descritta al punto 3.1, sono:

- casi COVID-19 sospetti per infezione da variante (ad esempio casi COVID-19 confermati con delezione del gene S riconducibili a variante VOC 202012/01, o qualsiasi caso confermato con link epidemiologico);
- casi COVID-19 confermati, in cui il sequenziamento ha rilevato la presenza delle specifiche mutazioni che caratterizzano una determinata variante.

Per contatto stretto ad alto rischio il periodo per l'individuazione dei contatti deve essere prolungato portandolo da 48 ore ai 14 giorni precedenti il contatto con il caso confermato. In presenza di sospetto/conferma di variante dovranno inoltre essere individuati i contatti stretti a basso rischio.

Per contatto a basso rischio, come da indicazioni ECDC (39) si intende una persona che ha avuto una o più delle seguenti esposizioni:

- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e per meno di 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) o che ha viaggiato con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19, provvisto di DPI raccomandati;
- tutti i passeggeri e l'equipaggio di un volo in cui era presente un caso COVID-19.

3.3 Gestione contatti stretti

La già richiamata Circolare del Ministero della Salute del 22/02/2021 (15) ammette l'esonero dalla quarantena domiciliare per gli operatori sanitari, sostituita da sorveglianza sanitaria attiva diretta all'operatore che resta sul posto di lavoro. Questa facoltà si esercita per tutti i contatti stretti ad alto rischio, siano essi stati determinati da un caso Covid originale o da un caso di variante Covid (nella forma di variante sospetta o confermata). Essendo una scelta, la struttura sanitaria potrà comunque anche optare

per una quarantena domiciliare. La decisione viene lasciata al Referente Covid della Struttura sanitaria che valuterà quale modalità di quarantena adottare per ogni contatto stretto.

Ogni singolo caso dovrà essere attentamente esaminato in base a diversi elementi, a scopo esemplificativo e non esaustivo:

- modalità del contatto stretto avvenuto con il caso confermato (durata, presenza DPI, etc.);
- aspetti organizzativi (possibilità di coprire i turni ponendo il lavoratore in quarantena domiciliare);
- anamnesi dell'operatore (Covid pregresso, presenza IgG, etc.).

Per esempio, la quarantena domiciliare è da preferire per tutti i contatti stretti di casi confermati conviventi. Per i contatti stretti a basso rischio da variante Covid si consiglia di adottare la quarantena attiva. Per la scelta di allontanamento del contatto dal lavoro e sua messa in quarantena, oltre che alle indicazioni nazionali e regionali, si è fatto riferimento alla proposta contenuta nel Corso SIML – attività FAD “Il ruolo del medico Competente nella gestione del rischio SARS-COV-2” di graduare il rischio in basso/medio/alto (40).

3.4 Tamponi previsti nel periodo di quarantena

3.4.1 Quarantena con sorveglianza attiva sul luogo di lavoro

Gli operatori individuati come contatto ad alto rischio e sottoposti a quarantena attiva effettuano:

- subito un tampone molecolare al giorno 0;
- un tampone molecolare al giorno 7;
- un tampone molecolare al giorno 14 per conclusione del periodo di quarantena;
- la rilevazione anamnestica dei sintomi suggestivi per Covid-19 a cadenza quotidiana: se dovessero insorgere sintomi durante il follow-up, dovrà essere eseguito un tampone molecolare e dovranno subito essere iniziate le attività di contact tracing anche prima della conferma del risultato.

Gli operatori sanitari durante il periodo di quarantena attiva, sono tenuti a rispettare la quarantena nelle restanti parti della giornata, ovvero nel tempo extra lavorativo.

Per gli operatori contatti asintomatici di caso, ove possibile, deve essere previsto un orario di ingresso differente dagli altri lavoratori al fine di evitare situazione di contatto negli spogliatoi con gli altri colleghi o devono essere messi a disposizione spogliatoi dedicati per le procedure di vestizione e svestizione.

Tutti i rifiuti di questi operatori devono essere eliminati nei contenitori a rischio infettivo.

3.4.2 Quarantena domiciliare

Il lavoratore deve effettuare subito un tampone molecolare e verrà riammesso al lavoro solo dopo aver effettuato un tampone molecolare al giorno 14 dall'ultimo contatto con il caso confermato (o giorno 10 se così definito dal proprio MMG).

4. Incremento DPI

In presenza di una nuova diagnosi confermata di Covid-19 in un lavoratore o in un paziente si richiede, a scopo cautelativo per evitare nell'eventualità di successivi casi secondari di avere ulteriori contatti stretti a medio rischio, di incrementare i DPI da utilizzare per tutto il personale prevedendo quelli richiesti dal Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni per l'assistenza a pazienti Covid positivi (41), ovvero: FFP2, guanti, camici monouso in TNT e occhiali/visiera. Queste precauzioni dovranno essere mantenute per 14 giorni dall'ultimo contatto con il lavoratore od ospite Covid confermato.

In presenza di positività in un lavoratore amministrativo /non sanitario tutti i colleghi devono utilizzare FFP2 per 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso confermato.

5. Modifiche del Protocollo in sede di visita preventiva: introduzione del tampone antigenico rapido, seguito da tampone molecolare di conferma positività SARS-CoV-2. Ricerca sierologica IgG antiSARS-CoV-2

Si valuta che questi accertamenti siano importanti da eseguire al momento dell'assunzione per verificare che l'assumendo, del quale non si hanno informazioni sanitarie se non quelle da lui riferite, spesso con storia lavorativa di operatore sanitario presso altre strutture, non sia portatore di SARS-CoV-2 al momento dell'entrata nella struttura. Inoltre, attraverso la ricerca IgG, si ottengono informazioni su eventuali contatti pregressi con questo virus. Gli accertamenti sono previsti per tutte mansioni presenti nelle strutture (sanitari, animatori, educatori, addetti mensa/cucina) e sono inclusi nel protocollo sanitario di sorveglianza sanitaria. Si considerano pertanto esami obbligatori nell'ambito del D.Lgs. 81/08, con onere di esecuzione a carico del datore di lavoro, indispensabili per esprimere giudizio di idoneità. L'impiego del tampone molecolare, in considerazione del costo che ha l'esame e del tempo lungo necessario per acquisire l'esito, viene limitato alle situazioni in cui si renda necessario confermare la positività del tampone antigenico, nonché al controllo nelle attività ad alto rischio quali quelle di operatore in reparto Covid-19 o di operatore inserito in struttura in cui si è verificato un focolaio.

L'impiego dell'esame sierologico dopo prelievo venoso, in considerazione dell'elevato costo che ha questo accertamento, viene limitato alla visita preventiva e a casi particolari in cui si renda necessario, su scelta del Medico Competente, un approfondimento in tal senso.

6. Modifiche del Protocollo in sede di visita periodica: introduzione del tampone antigenico rapido, seguito da tampone molecolare di conferma positività SARS-CoV-2. Ricerca sierologica IgG anti SARS-CoV-2

Si valuta che il tampone e gli accertamenti sierologici siano importanti da eseguire, oltre che al momento dell'assunzione, anche periodicamente in tutti i dipendenti, per i

volontari e per i liberi professionisti con presenza nelle strutture per almeno 1 giorno a settimana (mediamente).

6.1 Indicazioni nazionali e regionali

Le indicazioni emesse a livello nazionale sulle modalità di screening degli operatori sanitari, non volendo entrare nel merito della periodicità e genere di accertamenti, possiedono tutte un carattere generale, tra esse il già citato Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 che raccomanda che le strategie di screening antiCovid siano flessibili e adattabili ai dati epidemiologici locali (11). Per i test diagnostici molecolari il Rapporto raccomanda inoltre di utilizzare come sistema di diagnosi in real-time PCR "un test multi-target ovvero capace di rilevare più geni del virus e non solo il gene spike (S) che potrebbe dare risultati negativi in caso di variante con delezione all'interno del gene S, quale la variante inglese VOC 202012/01".

Sul tipo di test da impiegare, diversi a seconda del contesto e dell'obiettivo dell'accertamento, si fa riferimento alle indicazioni del Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità dell'ottobre 2020 (42) e al successivo aggiornamento del 15/02/2021 (43).

Le indicazioni regionali in materia di screening risultano invece disomogenee, comportando ciò una difficoltà rilevante per gli aspetti gestionali e organizzativi per le Società / Fondazioni / Aziende che hanno strutture sanitarie e assistenziali che operano in più siti. Nella Tabella III si riportano sinteticamente le disposizioni di alcune regioni e della provincia autonoma di Trento, su tipologia dei controlli e tempistica di applicazione, aggiornate all'aprile 2021.

Infine, le indicazioni nazionali e regionali sono inserite in una strategia di "screening e testing" degli operatori delle strutture ospedaliere e residenziali da parte della Sanità Pubblica, senza richiami diretti al D.Lgs. 81/08 e all'attività del Medico Competente. La proposta che segue presenta un'integrazione a questo approccio, una prospettiva per la gestione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici dei lavoratori con rischio Covid centrata interamente sullo strumento del Protocollo di sorveglianza sanitaria previsto dal D.Lgs. 81/08.

6.2 Proposta di Fondazione Opera San Camillo

A fronte di questa difformità di indicazioni provenienti dalle Regioni, si formula nella Tabella IV una modalità di screening, nella forma di accertamenti periodici inseriti nel Protocollo di Sorveglianza sanitaria degli operatori ex art. 25 del D.Lgs. 81/08, con l'obiettivo di perseguire, per quanto praticabile, un'omogeneità nei criteri di sorveglianza, e del livello di tutela che ne consegue, indipendentemente dal territorio in cui si opera. Si chiede quindi di considerare le indicazioni della Tabella IV come un riferimento generale, con necessità di adattare alle disposizioni, da ritenere prevalenti, delle ASL/ATS e della Regione di riferimento.

Per le strutture che operano in Regioni in cui non sono state espresse indicazioni, le modalità di screening possono essere tal quali quelle indicate nella Tabella IV.

La scelta di introdurre questi accertamenti risponde a questi criteri/obiettivi:

Tabella III. Disposizioni regionali in materia di accertamenti con tamponi

Regione	Periodicità tamponi	Normativa regionale di riferimento	Contenuto
Lombardia Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	Tampone antigenico rapido ogni 15 giorni per tutti i lavoratori	Regione Lombardia DGR 3777 del 03.11.2020 (50)	Ai lavoratori che svolgono la propria attività presso RSA viene offerta la possibilità di sottoporsi ad uno screening effettuando il tampone naso-oro-faringeo per la ricerca rapida degli antigeni (Ag-RDTs) indicativamente ogni 14 giorni.
Lombardia Ospedali e Case di Cura		Nessuna normativa specifica	
Emilia-Romagna	Tampone antigenico rapido ogni mese per operatori che effettuano assistenza	Regione Emilia-Romagna - nota 0514007.U del 20.07.2020 (51)	L'esecuzione del tampone almeno una volta al mese su ospiti e operatori delle strutture residenziali e sugli operatori direttamente impegnati nell'assistenza.
Liguria	Tampone antigenico rapido ogni 14 giorni per tutti i lavoratori	Alisa "Richiamo sulle misure di adozione per il contenimento e la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 nelle RSA Anziani" del 10.03.2021	Gli operatori eseguono tampone antigenico rapido ogni 2 settimane, indipendentemente dallo stato vaccinale.
Piemonte	Tampone antigenico rapido ogni 15, 30, 60 giorni	Circolare DIRMEI Piemonte del 08.03.2021	Suddivide gli operatori a seconda del livello di rischio: molto alto, alto - medio, basso, prevedendo l'esecuzione di tampone antigenico rapido rispettivamente ogni 15, 30 e 60 giorni.
Provincia Autonoma di Trento	Tampone antigenico rapido solo per operatori con IgG negative	Provincia di Trento "Oggetto: Indicazioni per l'esecuzione di test di screening su soggetti asintomatici vaccinati contro COVID-19". Febbraio 2021 (52)	Esentati da qualsiasi forma di test molecolare o antigenico rapido con finalità di screening tutti i soggetti vaccinati contro SARS-CoV-2/COVID-19, a meno che gli stessi non sviluppino sintomi suggestivi di COVID-19 ... l'attività di screening potrà essere destinata a popolazioni non vaccinate.
Veneto		Regione Veneto Prot. n. 137384 del 25/03/2021 "Aggiornamento Indicazioni - Testing per SARS-CoV-2 ... Contact Tracing ... - marzo 2021" (23)	Personale sanitario delle strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti ogni 10 giorni; personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale) ogni 30 giorni.

- ampliare l'esecuzione dei test diagnostici con tamponi antigenici o molecolari ripetendoli con periodicità regolare;
- utilizzare contestualmente l'indagine sierologica al fine di acquisire informazioni sullo stato di immunità nei confronti del virus SARS-CoV-2 e sulla percentuale di sieroconversione negli operatori tra un accertamento e il successivo. Tale informazione orienta sulla necessità di assumere provvedimenti di controllo più stringenti nelle strutture che presentano un numero elevato di sieroconversioni;
- identificare reparti, aree lavorative dove si verificano più casi positivi al tampone e/o più sieroconversioni;
- offrire periodicità più ravvicinate per il tampone e/o per il test sierologico ai soggetti fragili, a loro maggiore tutela (44);
- offrire periodicità più ravvicinate per il tampone nelle situazioni dove vengono intercettati più casi o dove vi è un rischio elevato;
- modulare la sorveglianza sanitaria a seconda dell'epidemiologia locale, di un eventuale focolaio interno alla Struttura o della presenza di un reparto Covid.

Tabella IV. Accertamenti periodici inseriti nel Protocollo Sorveglianza Sanitaria operatori Fondazione Opera san Camillo

		IgG POSITIVE	IgG NEGATIVE
1	Operatore di reparto Covid 19 o dedicato ad assistenza di pazienti/ospiti Covid 19 confermati	Molecolare 1 volta alla settimana	Molecolare 1 volta alla settimana
2	Operatore di UOL con focolaio interno Covid 19		
3	Regione di appartenenza in "area rossa" o "area arancione rinforzata" o presenza di più di 250 casi /100.000 abitanti in media settimanale a 7 giorni	Rapido 1 volta ogni 15 giorni	Rapido 1 volta alla settimana
4	Regione di appartenenza in "area arancione" o "area gialla" o presenza di 50-249 casi su 100.000 abitanti in media settimanale a 7 giorni	Rapido 1 volta al mese	Rapido 1 volta ogni 15 giorni
5	Meno di 50 casi su 100.000 abitanti in media settimanale a 7 giorni	Rapido 1 volta ogni 2 mesi	Rapido 1 volta al mese

Fino a luglio 2021 si determina una periodicità come indicata nella Tabella IV per i tamponi molecolari/antigenici (diversa a seconda che gli operatori abbiano un sierologico positivo o negativo) ed una periodicità trimestrale per gli esami sierologici rapidi da capillare.

Nel terzo trimestre del 2021 sarà effettuata una valutazione: incidenza di casi nelle strutture, condizione epidemiologica del territorio di riferimento, presenza di situazioni di recrudescenza dell'epidemia, indicazioni nazionali e regionali, al fine di valutare la possibilità di ridurre il numero di controlli allungando il periodo tra un accertamento e l'altro.

L'informazione relativa all'epidemiologia locale può essere ricavata consultando il sito <https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/>, selezionando "province" e "nuovi casi abitanti" sulla prima mappa e cliccando poi sulla provincia di riferimento (Tabella V). I dati del primo trimestre 2021 riguardo le varianti Covid (45) e l'efficacia delle vaccinazioni riportano la possibilità di infezione anche per operatori vaccinati e con presenza di IgG. Per questo motivo si ritiene necessario prevedere controlli con tamponi anche per questi lavoratori.

La rivalutazione di positività o negatività alle IgG per tutti i lavoratori deve essere effettuata ogni 3 mesi tramite test sierologico rapido da polpastrello.

6.3 Operatore vaccinato per Sars-Cov-2

Devono essere inviati a sierologico gli operatori vaccinati per Sars-Cov-2 dopo 2 settimane dall'ultima dose somministrata; di norma due dosi, ma per alcuni vaccini ne è prevista una sola e per gli operatori Covid guariti è

spesso effettuata una sola dose). Si condivide l'indicazione presente nel Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 (11): "Alla luce dell'uso di vaccini con meccanismi d'azione diversi, della circolazione di varianti virali e dell'assenza di un correlato di protezione immunologico standardizzato, non ci sono al momento indicazioni che nelle pratiche di assistenza sanitaria sia utile la valutazione e il monitoraggio del titolo degli anticorpi diretti contro la proteina spike (S) di SARS-CoV-2".

Il risultato della presenza o meno di IgG nell'operatore determinerà unicamente come dovrà avvenire la sua sorveglianza sanitaria futura (nelle modalità indicate nella Tabella IV).

Gli operatori vaccinati risultati negativi al controllo IgG effettuato dopo 2 settimane dall'ultima dose prevista devono essere ritestati con test sierologico rapido da capillare dopo altre 2 settimane; se nuovamente negativi deve essere effettuato un prelievo ematico per una ulteriore conferma di negatività.

7. Registrazione dei risultati (Tabella VI)

Si propone di avviare:

- un registro contenente le informazioni di base con riferimento alla positività/negatività tampone e positività/negatività IgG per gli operatori;
- un report riassuntivo di aiuto nella programmazione della sorveglianza sanitaria a seconda della classificazione degli operatori.

Tabella V. Accesso al sito <https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/>

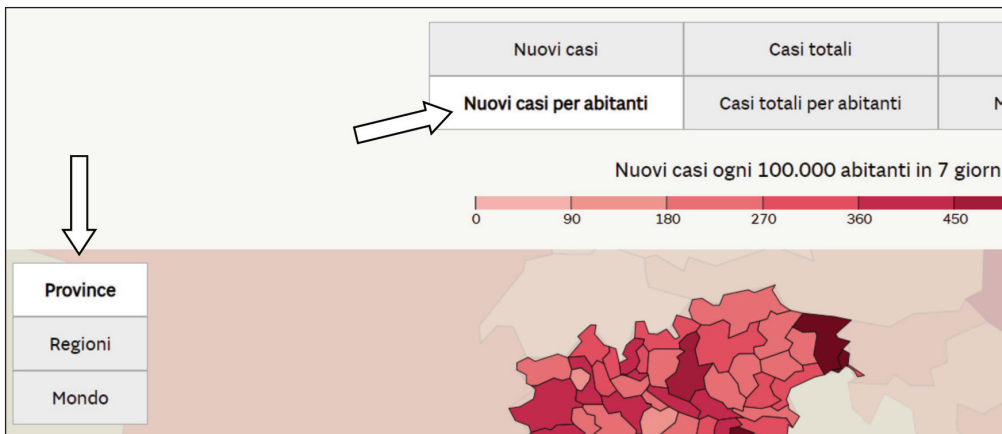


Tabella VI. Registrazione degli accertamenti effettuati per gli operatori

Nome e Cognome:		Data di nascita:			
Dati anamnestici riferiti a positività pregressa a COVID accertata:					
Esame Data	Tampone Antigenico (seguito da molecolare in caso di positività)	Sierologico (IgG)	Classificazione del caso (1, 2 o 3)	Prossimo controllo	
				Esame (tampone/sierologico)	Mese

Bibliografia

- 1) RCR OT 01 – “Rapid collaborative review on the current role of antibody tests for novel coronavirus SARS COV-2 in the management of the pandemic”, 23.06.2020 EUnetHTA Joint Action 3 (2016-2021).
- 2) Direttiva (UE) 2020/739 della Commissione del 3 giugno 2020 che modifica l'allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'inserimento del SARS-CoV-2 nell'elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell'uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione - 4.6.2020 – IT Gazzetta ufficiale dell'Unione europea L 175/11.
- 3) Nota ad interim delle Commissioni Permanenti SIML “Medici della Sanità” e “Attività Professionale dei Medici Competenti” – 22 febbraio 2021. Vaccinazione anti covid 19 - Trattamento dei dati e ruolo del medico competente.
- 4) P. Pascucci, Coronavirus e sicurezza sul lavoro, tra “raccomandazioni” e protocolli. Verso una nuova dimensione del sistema di prevenzione aziendale? in *Diritto della sicurezza sul lavoro. Rivista dell'Osservatorio Olympus*, 2019, n. 2, I, p. 98 ss., 2019, n. 2, I, p. 98 ss.
- 5) R. Dubini, COVID-19: sulla valutazione dei rischi da esposizione ad agenti biologici, in “Punto sicuro”, 2 marzo 2020.
- 6) Circolare INAIL n. 13 del 3 aprile 2020 recante “Sospensione dei termini di prescrizione e decadenza per il conseguimento delle prestazioni INAIL - tutela infortunistica nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS- COV-2)”.
- 7) “Indicazioni per la tutela della salute dei lavoratori nel contesto dell'emergenza Covid-19” – Rev.02 -Documento a cura del Gruppo di Ricerca Risk Assessment and Human Health Dipartimento di Scienza e Alta Tecnologia, Università degli Studi dell'Insubria – Como con il contributo del Consiglio Direttivo Nazionale dell'Associazione Italiana degli Igienisti Industriali (AIDII). <http://www.aidii.it/9-aprile-2020-indicazioni-per-la-tutela-della-salute-dei-lavoratori-nel-contesto-dellemergenza-covid-19-rev-02/>
- 8) Valutazione del rischio biologico. Relazione sulla valutazione del rischio biologico correlato all'improvvisa emergenza legata alla diffusione del virus SARS-CoV-2 (cosiddetto ‘coronavirus’) causa della malattia Covid-19 (Art. 271 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i.), a cura dell'Ing. Andrea Ravanelli, del Dott. Fabio Di Lorenzo e della Dott.ssa Irene Aguzzi. <https://www.testo-unico-sicurezza.com/dvr-valutazione-del-rischio-covid-19-in-excel.html>
- 9) Corso SIML – attività FAD “Il ruolo del medico Competente nella gestione del rischio SARS-COV-2” Intervento M. Coggiola, S. Simonini “La gestione del lavoratore che mostra sintomi in azienda”. <https://www.med3.it/corsi/accessoCOVIDSIML2020.php>
- 10) Rapporto Istituto Superiore di Sanità ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali - Versione del 24 agosto 2020.
- 11) Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021 “Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19” - Quesito 2.5, p. 10.
- 12) Circolare Ministero della Salute 0032850-12/10/2020-DGPRE-DGPRE-P con oggetto COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena.
- 13) Nota Tecnica ad interim del Ministero della Salute e Istituto Superiore Sanità “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica” aggiornata al 16 ottobre 2020.
- 14) Circolare del Ministero della Salute n. 3787 del 31/01/2021- Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS- CoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo.
- 15) Circolare del Ministero della Salute n. 0006667 – 22.02.2021 avente in oggetto “Risposta a quesiti posti dalle Regioni Liguria, Piemonte e Lombardia in merito all'applicazione della circolare 0003787-31/01/2021-DGPRE-DGPRE-P recante “Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARSCoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo”.
- 16) Regione Lombardia - Prot. G1.2020.0027317, in data 23/07/2020, “Oggetto: precisazioni in ordine alla disposizione delle misure di quarantena e all'effettuazione di test diagnostici per Covid-19 in operatori sanitari e socio-sanitari e ulteriori determinazioni ... in tema di sorveglianza e contact tracing”.
- 17) Regione Lombardia - Protocollo G1.2020.0036106, in data 26/10/2020, “Oggetto: raccomandazioni per la prevenzione dei contagi da SARS-CoV-2 tra gli operatori sanitari e socio-sanitari” del 26/10/2020.
- 18) Regione Liguria - Commissario straordinario Walter Locatelli - nota del 27/07/2020.
- 19) Alisa - Sistema Regione Liguria – Allegato sub 1 alla deliberazione n. 389 del 28/10/2020.
- 20) Regione Veneto - DGR n. 1104 del 06/08/2020.
- 21) Regione Piemonte - Protocollo 18402 “Emergenza Covid-19: gestione della sorveglianza sanitaria dei lavoratori della sanità e dell'assistenza nelle ASR”, 10.04.2020.
- 22) Circolare del Ministero della Salute n. 0005616 del 15/02/2021 - Aggiornamento sull'uso dei test antigenici e molecolari per la rilevazione di SARS-CoV-2.
- 23) Regione Veneto Prot. n. 137384 del 25/03/2021 “Aggiornamento Indicazioni - Testing per SARS-CoV-2 ... Contact Tracing ... - marzo 2021”.
- 24) Regione Piemonte - Direzione Sanità e Welfare - Settore Prevenzione e Veterinaria - Protocollo /A1409B 7 aprile 2021 “Ulteriori indicazioni per la gestione dei contatti dei casi positivi per la COVID 19”.
- 25) Circolare del Ministero della Salute n. 0022746 del 21/05/2021 “Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01 e sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS-CoV-2”.
- 26) Circolare del Ministero della Salute n. 0000705 del 08/01/2021: Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing.
- 27) Regione Lombardia - Nota Protocollo G1.2020.0034843 del 19/10/2020.
- 28) EU-OSHA - “COVID-19: Back to the workplace: Adapting workplaces and protecting workers” nel capitolo “Take care of workers who have been ill”. https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-tips-for-health-and-safety-at-the-workplace-in-the-context-of-covid-19?gclid=EA1aIQobChMIyCb35fWr6wIVSOmyCh3brAHIEAAYASAAEgIyUvD_BwE
- 29) ANMA - Associazione Nazionale Medici Azienda Accompagnare il lavoratore al *rientro al lavoro* - Vademecum del Medico Competente - Rev. 2 – Versione 05/06/2020. <http://www.anma.it/wp-content/uploads/2020/04/ACCOMPAGNARE-IL-LAVORATORE-AL-RIENTRO-VADEMECUM-DEL-MC.pdf>
- 30) Circolare Dipartimento interaziendale funzionale a valenza regionale – Malattie e Emergenze Infettive (DIRMEI) - Regione Piemonte 08/03/2021 “Trasmissione aggiornamento protocollo di sorveglianza sanitaria ed epidemiologica EMERGENZA COVID marzo 2021”, p. 10.
- 31) Circolare del Ministero della Salute n. 7023 del 10/03/2020 “Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e oncoematologici in corso di emergenza da COVID-19”.
- 32) Circolare del Ministero della Salute n. 7942 del 27/03/2020 “Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi residenti nel nostro Paese in corso di emergenza da COVID-19”.
- 33) Circolare del Ministero della Salute del 29/04/2020 sulle attività del Medico Competente nel contesto emergenziale Covid-19.
- 34) Corso SIML – attività FAD “Il ruolo del medico Competente nella gestione del rischio SARS-COV-2” Intervento M. Coggiola “Aspetti medico legali”. <https://www.med3.it/corsi/accessoCOVIDSIML2020.php>
- 35) Punto Sicuro 08/05/2020: Alcune indicazioni utili ai medici competenti nella gestione dei lavoratori fragili. Come evitare un eccesso di cautela e l'esclusione di persone invece ipersensibili? A cura di Gennaro Bilancio e Cristiano Mirisola - Medici del lavoro.
- 36) Circolare Ministero della Salute 0007922 del 09.03.2020.
- 37) Rapporto Istituto Superiore di Sanità ISS COVID-19 n. 53/2020 - Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19 - versione 25 giugno 2020.

- 38) Circolare del Ministero della Salute 0018584 del 29/05/2020 - Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni.
- 39) ECDC "Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update", 18 November 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
- 40) Corso SIML – attività FAD "Il ruolo del medico Competente nella gestione del rischio SARS-COV-2" Intervento M. Coggiola, S. Simonini "La gestione del lavoratore che mostra sintomi in azienda". <https://www.med3.it/corsi/accessoCOVIDSIML2020.php>
- 41) Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020.
- 42) Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità Nota tecnica ad interim. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica. Aggiornata al 23 ottobre 2020.
- 43) Circolare del Ministero della Salute 5616 del 15/02/2021-DGPRE-DGPRE-P- Aggiornamento sull'uso dei test antigenici e molecolari per la rilevazione di SARS-CoV-2.
- 44) Corso SIML – attività FAD "Il ruolo del medico Competente nella gestione del rischio SARS-COV-2" Intervento L. Fontana, I. Iavicoli "Il lavoratore fragile". <https://www.med3.it/corsi/accessoCOVIDSIML2020.php>
- 45) Istituto Superiore di Sanità con il supporto della Fondazione Bruno Kessler e in collaborazione con il Ministero della Salute, le Regioni e le PPAA (Province Autonome) - Prevalenza delle varianti VOC (Variant Of Concern) in Italia: lineage B.1.1.7, P.1, P.2, lineage B.1.351, lineage B.1.525 - Indagine del 18/3/2021.
- 46) ASL TO Città di Torino Protocollo n. 2020/0170958 del 28/10/2020 – Parere tecnico "Covid 19 nuove indicazioni per la durata e il termine dell'isolamento e della quarantena reimmissione in comunità di soggetti positivi a lungo termine".
- 47) Regione Lombardia – DGR N. 3913 del 25.11.2020 "Aggiornamento agli atti di indirizzo ex DDGR n. 3226 del 09/06/2020 e n. 3524 del 5/08/2020 - Ulteriori indicazioni per la gestione dei pazienti Covid-19 nella rete territoriale".
- 48) Shedding virale e infettività di SARS-CoV-2: implicazioni per la Medicina del lavoro - Parere scientifico a cura della Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML) - Aggiornamento al 30 novembre 2020.
- 49) Circolare Alisa prot. N. 0008168.10-03-2021 "Richiamo sulle misure di adozione per il contenimento e la prevenzione delle infezioni da Sars-Cov2 nelle RSA Anziani".
- 50) Deliberazione n° XI / 3777 - Giunta Regionale Lombardia del 03/11/2020 Disposizioni relative all'utilizzo di test antigenici (Rapid Diagnostics TEST AG-RDTS – Tampone nasofaringeo) per la sorveglianza COVID-19
- 51) Regione Emilia-Romagna - nota 0514007.U del 20/07/2020.
- 52) Provincia di Trento - D337/2021/22.13.5-2020-90/ET - Indicazioni per l'esecuzione di test di screening su soggetti asintomatici vaccinati contro COVID-19.
- 53) Regione Veneto - DGR n. 1422 del 21/10/2020 "Emergenza COVID-19 - FASE 3 - Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione (DGR 344/2020, DGR 1104/2020 e successive modifiche ed integrazioni)".

Corrispondenza: Gianni Saretto, Fondazione Opera San Camillo, Via Ercole Oldofredi II, 20124 Milano, Italy, giannino.saretto@camilliani.net