

Padova, 8 aprile 2020

Ai
Carabinieri N.A.S.
Nucleo Antisofisticazioni e Sanità
Via Francesco Rismondo 4/F
35131 Padova (PD)

Oggetto: Esposto – segnalazione in merito ai rischi connessi alla pandemia da SARS-CoV-2 per il personale sanitario che opera presso le strutture sanitarie della Regione Veneto.

ANAAO-ASSOMED, Associazione sindacale Medici Dirigenti (c.f. 95002860245), in persona del Segretario regionale *pro tempore* dott. Adriano Benazzato con sede in 35142 Padova - via Ravenna n. 15, tel. 049.8802298, fax 049.8804566, PEC segr.veneto@anaao.postacert.it

ESPONE QUANTO SEGUE

1. Sintesi dei fatti

Sin dagli esordi della pandemia SARS-CoV-2 i medici ospedalieri, gli infermieri e il personale sanitario hanno lavorato, e lavorano tutt'oggi in modo incessante, a stretto contatto con i pazienti infetti.

Il SARS-CoV-2 si trasmette da persona a persona attraverso l'inalazione o la deposizione sulle superfici mucose di goccioline (*droplets*).

La malattia si presenta in modo diversificato: da casi asintomatici a polmoniti molto gravi [con sindromi da distress respiratorio acuto, shock settico e insufficienza multiorgano] fino ad arrivare anche al decesso.

Secondo la ricerca medica l'incubazione della malattia è di circa 7/14 giorni, la cui diffusione è favorita anche dall'azione involontaria di soggetti asintomatici / pre sintomatici.

Ad ANAAO ASSOMED sono pervenute numerose segnalazioni da parte dei propri iscritti, tra cui medici in servizio presso le Aziende sanitarie della Regione Veneto, i quali hanno riferito:

- a) la grave carenza (se non la totale assenza) di dispositivi di protezione individuale (DPI) adeguati al "rischio biologico" nonché la tardiva adozione e/o il tardivo aggiornamento da parte delle strutture sanitarie, di modelli organizzativi idonei a gestire la pandemia da SARS-CoV-2 sui luoghi di lavoro.
- b) l'esecuzione dei tamponi (naso-faringeo) diagnostici anche a distanza di 7 o 14 giorni dall'ultima esposizione ad un caso confermato COVID-19 anziché le 48 ore prescritte dalla Regione Veneto.

La prova più evidente delle mancanze sopra indicate risiede nel fatto che **molte medici ospedalieri hanno contratto il COVID-19 durante e in occasione dello svolgimento dei turni di servizio.**

Ad oggi infatti, si contano oltre 12.000 operatori sanitari contagiati, di cui circa il 15% sono medici in servizio, anche presso le strutture sanitarie del Veneto, tra cui ad esempio:

- l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova, Azienda ULSS 6 Euganea e l'Istituto Oncologico Veneto, con complessivi 31 medici;
- Azienda Ulss 1 Dolomiti, con 14 medici.

Il fenomeno assume peraltro dimensioni allarmanti perché **continua a crescere il numero dei medici deceduti** (ad oggi oltre 100), come giornalmente comunicato dai *mass media*.

Il contagio da virus SARS-CoV-2 all'interno delle strutture sanitarie dimostra che i modelli organizzativi per la sicurezza dei lavoratori adottati dalle Aziende sanitarie **evidentemente non hanno funzionato.**

Le Aziende sanitarie, come qualsiasi altro datore di lavoro, rivestono *ex lege* una *posizione di garanzia* e sono obbligate a tutelare l'integrità e la salute psico-fisica dei propri dipendenti.

*

2. La prevedibilità della pandemia da virus SARS-CoV-2.

Nel contesto di conclamata emergenza epidemiologica da virus SARS-CoV-2, bisogna evidenziare che i potenziali rischi di una pandemia dovuta a un nuovo agente patogeno erano noti da tempo e dunque certamente prevedibili.

Invero, il Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) del 2005¹ aveva incluso tra le malattie respiratorie che avrebbero potuto costituire un'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale:

- la sindrome respiratoria acuta grave (SARS);
- l'influenza umana causata da un nuovo sottotipo di agente patogeno, compresi gli episodi umani di influenza aviaria;
- la peste polmonare, nonché
- nuove infezioni respiratorie acute, idonee a causare epidemie su larga scala o epidemie con elevata morbilità e mortalità.

Proprio in virtù dei rischi pandemici di cui sopra, già nel 2007 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva elaborato delle linee guida dal titolo "*Prevenzione delle infezioni e controllo delle infezioni respiratorie acute a rischio di epidemie e pandemie in ambito sanitario*"² con l'obiettivo di dare indicazioni sulle **misure preventive** (cd *Standard precautions*) da adottare contro il rischio epidemiologico.

¹ World Health Organization (WHO). International health regulations (2005). Geneva, WHO, 2006 (<http://www.who.int/csr/ihr/en>).

Il documento, già all'epoca evidenziava che la **maggior parte della popolazione mondiale** non avrebbe avuto **alcuna immunità contro un nuovo virus respiratorio**.

Il testo è stato oggetto di successive revisioni, dopo i casi di coronavirus da sindrome respiratoria nel Medio Oriente (MERS) nel 2012, nonché di influenza A(H7N9) nel 2013, arrivando così ad una nuova edizione nel 2014 (**doc. 00**).

Nelle suddette linee guida aggiornate al 2014, l'**OMS invitava le strutture sanitarie a prepararsi per tempo** per gestire il rischio di epidemie provocate **da nuovi agenti patogeni**, indicando peraltro la necessità di **predisporre adeguati piani di emergenza che avrebbero dovuto essere aggiornati e monitorati nel tempo**.

Nel documento in questione l'OMS suggeriva, in particolare, l'adozione di misure volte a consentire una **stretta sorveglianza dei medici e del personale sanitario, fin dall'inizio di un'epidemia con un nuovo agente patogeno** (e naturalmente anche durante l'epidemia) per ricavare utili informazioni per gli operatori sanitari e per la stessa comunità scientifica sui mezzi di trasmissione del virus.

L'OMS consigliava, in virtù di tali evidenze, anche il **tempestivo ricorso ad esami di laboratorio e l'utilizzo di DPI adeguati per tutelare i medici e gli operatori sanitari**, essendo risaputo che i pazienti sono il principale focolaio di trasmissione di agenti patogeni nelle strutture sanitarie.

Non solo: i maggiori rischi di contaminazione del personale sanitario si verificano proprio durante la gestione di quei pazienti di cui non si sa ancora se siano stati effettivamente contagiati.

3. I fattori all'origine del contagio dei medici e personale sanitario.

Occorre riflettere sui fattori che hanno portato all'attuale situazione nella Regione Veneto dove si sono registrati diverse centinaia di contagi; si tratta di analizzare, in particolare:

3.1 l'omessa (o carente) attuazione di misure di prevenzione per evitare i rischi pandemici;

3.2. l'omesso (o tardivo) stoccaggio ed approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuali adeguati in funzione della categoria di rischio biologico del SARS-CoV-2;

3.3. l'omessa (o carente) sorveglianza della sicurezza del personale sanitario sui luoghi di lavoro.

*

3.1. La carente attuazione di misure di prevenzione per evitare i rischi pandemici.

3.1.1. Le misure di prevenzione a livello internazionale

La comunità scientifica internazionale, a fronte del potenziale rischio pandemia ampiamente previsto da oltre un decennio, aveva emanato delle linee guida per la prevenzione e la contenzione del contagio da influenza aviaria, SARS e MERS.

Nelle prime settimane del mese di gennaio 2020, gli scienziati hanno isolato un nuovo coronavirus, SARS-CoV-2 (Nuovo Coronavirus 2019), risultato essere simile, almeno per il 70% della sua sequenza genica, a quella del SARS - CoV.

Il virus è stato collegato a un focolaio di casi di polmonite di eziologia sconosciuta insorto a Wuhan, nella Provincia di Hubei, in Cina nel dicembre 2019.

In data 22/01/2020 il Ministero della Salute ha diramato la circolare n. 1997 indirizzata agli Assessorati alla sanità (**doc. 01**).

Nel documento, pur a fronte di un rischio moderato di introduzione dell'infezione da SARS-CoV-2 in Europa, il Ministero della Salute raccomandava quanto segue: *“Devono essere considerati casi sospetti di NCoV le persone che rispondono ai criteri indicati nella definizione di caso (Allegato 1). I casi sospetti di NCoV vanno visitati in un'area separata dagli altri pazienti e ospedalizzati in isolamento in un reparto di malattie infettive, possibilmente in una stanza singola, facendo loro indossare una mascherina chirurgica, se riescono a tollerarla. Il numero di operatori sanitari, di familiari e di visitatori ad un caso sospetto deve essere ridotto, e deve essere registrato. Il personale sanitario che accudisce tali casi dovrebbe, ove possibile, essere dedicato esclusivamente a questi pazienti per*

5

ridurre il rischio di trasmissione. Per motivi precauzionali, si raccomanda che il personale sanitario, oltre ad adottare le misure standard di biosicurezza, applichi le precauzioni per prevenire la trasmissione per via aerea e per contatto. In particolare, dovrebbe indossare: mascherina e protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe non sterile e guanti. Qualora siano necessarie procedure che possono generare aerosol, la mascherina dovrebbe essere di tipo FFP2. Dovrebbero essere utilizzati strumenti mono-uso e strumentazioni portatili (es. raggi X) per evitare di muovere il paziente. Se è necessario trasportare il paziente fuori dalla stanza di isolamento, usare percorsi predeterminati per minimizzare la possibile esposizione di personale sanitario, altri pazienti e visitatori”.

Nel febbraio 2020 tanto l’OMS³ quanto il Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC)⁴ diramavano delle linee guida per la gestione dei casi di infezione da SARS- CoV-2 (**doc. 02 – 05**).

In particolare, nel documento emanato dal Centro Europeo si chiarivano taluni aspetti clinici della trasmissione del virus, allertando sui potenziali rischi correlati alle procedure che generano aerosol.

Secondo le suddette linee guida, **i rischi più elevati di trasmissione del virus** in occasione dell’assistenza sanitaria **si verificano quando mancano le misure minime di prevenzione e quando si omette di controllare le infezioni respiratorie durante la fase di gestione dei casi sospetti.**

Tra le misure di prevenzione, il documento evidenziava quindi la necessità di pianificare la capacità di intervento delle strutture sanitarie, in termini di:

- a) stima del fabbisogno di posti letto per n. pazienti;
- b) individuazione e approvvigionamento di DPI adeguati;

³ Linee guida provvisorie del 19 marzo 2020, OMS dal titolo “Prevenzione e controllo delle infezioni durante l’assistenza sanitaria in caso di sospetto di COVID-19”.

⁴ Linee guida febbraio 2020, ECDC dal titolo “Prevenzione e controllo delle infezioni per la cura dei pazienti con 2019-nCoV in ambiente sanitario”.

- c) organizzazione del personale;
- d) tempestività delle indagini virologiche dei laboratori.

Per quanto riguarda la gestione dei pazienti COVID-19, si prevedeva l'**obbligo** per gli **operatori sanitari in contatto con un caso confermato o con un caso sospetto COVID-19 di indossare i seguenti DPI: respiratore FFP2 o FFP3, protezione degli occhi (ad es. occhiali o schermo facciale), camice a maniche lunghe resistente all'acqua e guanti.**

Per le procedure di generazione di aerosol, oltre alle misure ambientali (camera di isolamento a pressione negativa, con un limitato numero di persone) si consigliava l'utilizzo di un **respiratore FFP3 ben equipaggiato**, protezione per gli occhi, camici impermeabili a maniche lunghe e guanti.

Sempre secondo le linee guida ECDC, gli operatori sanitari avrebbero dovuto:

- seguire le procedure di utilizzo e rimozione dei DPI sotto la supervisione di un osservatore addestrato;
- curare l'igiene delle mani immediatamente dopo la rimozione dei DPI;
- essere addestrati all'uso corretto dei DPI, eventualmente certificati da apposito patentino.

Altra fondamentale raccomandazione riguarda la **sorveglianza attiva tanto del personale assegnato alla gestione dei casi confermati di COVID-19 quanto del personale che è stato esposto a casi sospetti *prima dell'implementazione delle misure di controllo delle infezioni***; nel documento era altresì prevista l'adozione delle seguenti misure: monitoraggio durante i 14 giorni successivi dall'ultima esposizione ad un caso confermato, esecuzione dei test, autoisolamento in caso di malessere.

*

3.1.2. Le misure di prevenzione a livello nazionale e regionale

A livello nazionale, dopo l'influenza aviaria del 2003, l'Italia si è dotata di un "Piano Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale" (**doc. 06**). Tra gli interventi di sanità pubblica ritenuti efficaci per evitare i rischi pandemici sono stati previsti:

- a) la riduzione dei contatti tra persone infette e persone non infette;
- b) l'adozione di comuni norme igieniche;
- c) lo stoccaggio, l'approvvigionamento e l'utilizzo di DPI adeguati per evitare la trasmissione dell'influenza pandemica in ambito ospedaliero.

A livello regionale, anche il Veneto aveva adottato una delibera (n. 323 pubblicata nel BUR n. 25 del 13/03/2007) dal titolo "*Appropriate misure di controllo della trasmissione dell'influenza pandemica in ambito ospedaliero*" dove si sottolineava la necessità di garantire lo stoccaggio e l'approvvigionamento dei DPI per i medici e personale sanitario (**doc. 07**).

Nella **Regione Veneto**, la **fornitura dei DPI alle strutture sanitarie è di competenza dell'Azienda Zero**, ente di *governance* istituito con L.R. n. 19 del 25/10/2016 (**doc. 08**) che provvede all'erogazione dei DPI, **su richiesta delle singole Aziende sanitarie**.

Da allora, **non risultano esserci stati aggiornamenti dei piani pandemici a livello nazionale o a livello regionale, nonostante l'allerta lanciata nel 2018 dall'OMS sul potenziale pandemico di numerosi virus** (Ebola, Zika, Nipah, MERS-CoV, SARS - classificati come agenti patogeni ad alto rischio) **e malgrado l'invito all'adozione di piani di emergenza nonchè di misure di prevenzione finalizzate anche allo stoccaggio e all'approvvigionamento di DPI** di cui sopra.

A tal ultimo proposito, come si vedrà nel successivo paragrafo 3.2., l'effetto verificatosi in concreto con la pandemia del SARS-CoV-2 è stato proprio **la mancanza di DPI, con le gravi conseguenze - sotto gli occhi di tutti - in termini di infortuni sul lavoro e da ultimo, di decessi sempre più numerosi a danno dei medici e del personale sanitario.**

*

3.1.3. In particolare, la disciplina della sicurezza sul lavoro

Nel nostro ordinamento la tutela della sicurezza sul lavoro è affidata al codice civile e alla legislazione ordinaria.

Le Aziende sanitarie, al pari di qualsiasi altro datore di lavoro, sono soggette all'obbligo generale di sicurezza codificato dall'art. 2087 cod. civ, che impone l'adozione di tutte *“le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro”*.

Il **D.lgs. 81/2008** riunisce in un unico testo, le norme esistenti in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro, delineando **un sistema di prevenzione** in virtù del quale il **datore di lavoro è obbligato a valutare tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori** (art. 28, comma 1), nonché ad **aggiornare le misure di prevenzione** [(art. 18, comma 1, lettera z)].

Lo scopo della norma è dunque quello di monitorare, mantenere e migliorare nel tempo le condizioni di sicurezza per ridurre gli infortuni sui luoghi di lavoro.

Il contesto “emergenziale” del SARS-CoV-2, peraltro ampiamente preannunciato (e dunque noto alle autorità nazionali, regionali e locali), non giustificava e non giustifica il venir meno delle tutele previste dal D.lgs. 81/2008 a favore dei medici e degli operatori sanitari.

*

3.2. Il mancato stoccaggio e tempestivo approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuali adeguati alla categoria di rischio biologico del SARS-CoV-2

3.2.1. Il rischio biologico nelle strutture sanitarie

I servizi sanitari (ospedali, ambulatori, studi dentistici, servizi di assistenza) rientrano tra le attività che comportano un **rischio di esposizione potenziale ad agenti biologici** (batteri, virus, funghi) che possono penetrare nell'organismo e arrecare danni (più o meno gravi) alla salute dei lavoratori e/o della popolazione in generale.

Nella **valutazione di tali rischi specifici**, il **datore di lavoro deve tenere conto dei**

fattori di pericolosità relativi alle caratteristiche dell'agente biologico (in termini di infettività, trasmissibilità e patogenicità) e alle modalità lavorative, individuando i lavoratori e le aree maggiormente esposte alla contaminazione.

Il SARS-CoV-2 è un agente patogeno che rientra nel gruppo III o IV, ai sensi dell'art. 268 D.lgs. 81/2008 e allegato XLVI: si tratta infatti di un virus che - al pari di altri come la SARS, l'Ebola - provoca malattie gravi, ha una elevata propagazione nella comunità; ad oggi non può essere contrastato con efficaci misure profilattiche o terapeutiche.

In estrema sintesi, **il corona virus costituisce una seria minaccia per la salute e la sicurezza dei lavoratori** e, per tale motivo, **le strutture sanitarie devono applicare i principi di buona prassi microbiologica**, in modo conforme al disposto di cui all'art. 271 D.lgs. 81/2008.

Le Aziende sanitarie **sono inoltre obbligate ad adottare, in relazione ai rischi accertati, le misure protettive e preventive prescritte dal Titolo X D.lgs. 81/2008**, adattandole naturalmente alle particolarità delle situazioni lavorative per limitare al minimo il numero di lavoratori esposti, o potenzialmente esposti, al rischio di agenti biologici.

Per quanto attiene in modo specifico alle **strutture sanitarie**, il D.lgs. 81/2008 all'articolo 274, prescrive che il datore di Lavoro presti **particolare attenzione alla presenza di agenti biologici**, pericolosi per la salute umana, nell'organismo dei pazienti e nei relativi campioni e residui, e al rischio per i lavoratori che tali agenti biologici comportano in relazione all'attività svolta.

Una volta **identificato e valutato il rischio** per la salute dei lavoratori, derivante da esposizione ad agenti biologici, **il datore di Lavoro è tenuto ad attuare tutte le misure tecniche, organizzative e procedurali volte ad evitare l'esposizione stessa o comunque a minimizzarne gli effetti e ad assicurare le opportune misure igieniche**.

Inoltre, è opportuno ricordare che, a differenza di altri agenti di rischio, per gli agenti biologici non esistono relazioni dose-effetto e che, anche per questa ragione, **le patologie di origine infettiva insorte sul luogo di lavoro in seguito ad esposizione ad agenti biologici**

si configurano tecnicamente come infortuni sul lavoro e non come malattie professionali. Anche un singolo episodio di esposizione all'agente, infatti, può essere considerato sufficiente a determinare l'insorgenza di una patologia.

Questo significa che **laddove sia stato mappato un rischio da esposizione ad agenti biologici**, è necessario **elaborare opportune misure di prevenzione e di contenimento per garantire i massimi livelli di sicurezza possibili** e limitare al minimo la possibilità che gli agenti biologici si propaghino nell'ambiente contaminando aria, acqua e terreno.

*

3.2.2. I Dispositivi di Protezione Individuale ("DPI")

L'adozione dei DPI costituisce una **misura di protezione** delle vie respiratorie per i lavoratori a fronte del **rischio specifico di contaminazione da agenti biologici**, ogni qualvolta tali rischi specifici **non possano essere evitati altrimenti oppure essere sufficientemente ridotti da (altre) misure tecniche di prevenzione, da mezzi di protezione collettivi, da misure, metodi o da altri procedimenti di riorganizzazione del lavoro.**

In ogni caso, ai sensi dell'art. 76 D.lgs. 81/2008, il DPI **deve essere adeguato ai rischi da prevenire e alle condizioni di lavoro**; questo significa, in concreto, che **nel caso di specie stiamo parlando di DPI di categoria III, come definiti dall'allegato 1 del Regolamento (UE) 2016/425 ossia, progettati per proteggere i medici da lesioni gravi, permanenti o dalla morte.**

Storicamente i DPI sono sempre stati definiti come i *"facciali filtranti e filtri da collegare sulle semimaschere o sulle maschere a pieno facciale"* provvisti di certificazione CE conformi alla Direttiva 200/54/CE oppure alla norma armonizzata EN 149 (**doc. 09**).

Le norme suindicate, infatti, finalizzate alla tutela della salute quale oggetto di autonomo diritto primario assoluto (art. 32 Cost.), solo nel suddetto modo conseguono il loro

specifico scopo che, nella concreta fattispecie è quello di prevenire l'insorgenza e il diffondersi d'infezioni sui luoghi di lavoro.

Particolarmente significativa è la raccomandazione INAIL (12/12/2017) con cui si precisa che *“Per le attività sanitarie, veterinarie o di laboratorio e, comunque in presenza di pazienti, animali o campioni biologici potenzialmente infetti da microrganismi a trasmissione aerea responsabili di patologie gravi”* (come il COVID-19) *“è raccomandato l'utilizzo di maschere intere con protezione P2, aventi capacità filtrante pari almeno al 95%, perdita di tenuta non superiore al 10% ed efficienza di filtrazione dei microrganismi del 94%. Nell'esecuzione di particolari procedure assistenziali che possono aumentare il rischio di dispersione nell'aria di secrezioni respiratorie (es. broncoscopie, aerosolterapia) è raccomandabile dotarsi di protezioni aventi efficienza filtrante P3.”*

L'INAIL è altrettanto chiaro nel rilevare che le **“mascherine chirurgiche” o “igieniche” sprovviste di filtro, comunemente impiegate in ambito sanitario non proteggono l'operatore, bensì il paziente dalle possibili contaminazioni.** Le mascherine chirurgiche, a differenza dei facciali filtranti FFP2 e FFP3, non aderiscono al volto e quindi non impediscono il contagio attraverso le vie respiratorie: per questo motivo non sono DPI per il personale sanitario, ma sono dei semplici dispositivi medici per la protezione nei riguardi del paziente (**doc. 10**).

*

3.2.3. La decretazione d'urgenza sul SARS-CoV-2

Dopo la delibera del Consiglio dei Ministri del 30/1/2020 con cui è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale per sei mesi, il Ministero della Salute (circolare n. 5443 del 22/2/2020) ha invitato le strutture sanitarie a mantenere i servizi sanitari efficienti per limitare la trasmissione e la circolazione del SARS-CoV-2 (**doc. 11**).

In particolare, il Ministero della Salute ha raccomandato **il rispetto rigoroso e sistematico delle precauzioni standard di sicurezza, di quelle specifiche del titolo X del**

D.lgs. 81/2008, nonché - considerata la scarsa sintomaticità dei pazienti portatori di COVID-19 - **il dovere per il personale sanitario, venuto a contatto con un caso sospetto o confermato di COVID-19, di utilizzare DPI adeguati consistenti in filtranti respiratori FFP2 (ovvero i filtranti FFP3 per le procedure che generano aerosol), protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe, guanti.**

Le norme suindicate, infatti, finalizzate alla tutela della salute erano perfettamente coerenti con lo specifico scopo che, nella concreta fattispecie, era (e lo è tutt'oggi) quello di prevenire l'insorgenza e il diffondersi d'infezioni nelle strutture sanitarie.

A distanza di un mese dal predetto provvedimento tutto è cambiato.

Il D.L. n. 18 del 17/3/2020 ha definitivamente sancito la possibilità per le Aziende Sanitarie di fare ricorso alle **mascherine chirurgiche, equiparandole ai filtranti respiratori FFP2/FFP3.**

L'art. 16 D.L. n. 18 del 17/3/2020 considera infatti *“dispositivi di protezione individuale (DPI), di cui all'articolo 74, comma 1, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81, le mascherine chirurgiche reperibili in commercio”* e autorizza *“l'utilizzo di mascherine filtranti prive del marchio CE, prodotte in deroga alle vigenti norme sull'immissione in commercio”*.

E' bastato un semplice “gioco terminologico” per trasformare tutte le mascherine chirurgiche, comunemente impiegate in ambito sanitario per la protezione nei riguardi del paziente ma non dell'operatore in dispositivi di protezione individuale per medici, infermieri e personale sanitario.

Solo in tal modo si è riusciti ad ovviare al mancato tempestivo approvvigionamento dei DPI da parte delle Regioni e delle Aziende sanitarie, esonerandole così da ogni responsabilità.

In termini concreti, questa decisione si è tradotta in **minori tutele per i medici e per il personale sanitario sui luoghi di lavoro proprio nel momento in cui la gravità della situazione imponeva standard di sicurezza massimi (doc. 12 -18).**

ANAAO ASSOMED ha prontamente avviato sul territorio nazionale tutte le iniziative per tutelare i medici ospedalieri, invitando le Aziende sanitarie, data la loro posizione di garanzia, a rispettare la disciplina del D.lgs. 81/2008 per salvaguardare la salute e la sicurezza dei dipendenti (**doc. 19-20**).

In particolare, ANAAO ASSOMED ha ripetutamente chiesto di garantire l'utilizzo dei facciali filtranti (FFP2 o FFP3) per quei medici e operatori sanitari maggiormente esposti ai rischi specifici secondo le indicazioni dei DVR in uso presso le strutture sanitarie.

Le Aziende sanitarie che hanno risposto alle diffide ANAAO ASSOMED si sono limitate a richiamare le previsioni dell'art. 16 D.L. n. 18/2020, affermando che la norma consente l'utilizzo di mascherine chirurgiche *in alternativa* ai filtranti facciali (**doc. 21-22**).

La carenza di DPI avrebbe dovuto, invece, spingere le strutture sanitarie a cercare soluzioni organizzative alternative, come previsto dal D.lgs. 81/2008, evitando di mettere a repentaglio la salute e la sicurezza dei propri dipendenti.

Il provvidenziale intervento legislativo si è rivelato, in fin dei conti, la soluzione più semplice per il datore di lavoro pubblico, a discapito della salute e della sicurezza dei medici ospedalieri e del personale sanitario in genere.

*

3.3. L'omessa o la carente sorveglianza della sicurezza del personale sanitario sui luoghi di lavoro.

Dopo la dichiarazione dello stato di emergenza su tutto il territorio nazionale è intervenuta – come noto - la decretazione d'urgenza (D.L. n. 6 del 20/2/2020) dal titolo “*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*”.

Con il provvedimento è stata disposta l'applicazione della quarantena con sorveglianza attiva degli individui che avevano avuto contatti stretti con casi confermati di COVID-19.

L'art. 7 D.L. n. 14 del 9/3/2020 recante “*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione alla emergenza COVID-19*” ha escluso tuttavia i medici e tutti gli altri operatori sanitari dalla misura della quarantena, prevedendo la sospensione dell'attività lavorativa solo nel caso di sintomatologia respiratoria o di esito positivo per COVID-19.

Anche in tal caso, i motivi della “scelta legislativa” scaturiscono dalla drammatica carenza di personale medico nelle corsie ospedaliere e nei servizi territoriali che ormai da molti anni affligge il Veneto e tutta l'Italia, come emerge dallo studio condotto da ANAAO Assomed (**doc. 23-24**).

Non occorrono particolari rilievi per constatare che le recenti disposizioni della decretazione d'urgenza siano in netto contrasto con le norme che tutelano la salute (bene di rilevanza costituzionale) e, in particolare, con le previsioni dell'art. 279 D.lgs. 81/2008 relative alla sorveglianza sanitaria, che così recita: “*I lavoratori addetti alle attività per le quali la valutazione dei rischi ha evidenziato un rischio per la salute sono sottoposti alla sorveglianza sanitaria. Il datore di lavoro, su conforme parere del medico competente, adotta misure protettive particolari per quei lavoratori per i quali, anche per motivi sanitari individuali, si richiedono misure speciali di protezione, fra le quali: a) la messa a disposizione di vaccini efficaci per quei lavoratori che non sono già immuni all'agente biologico presente nella lavorazione, da somministrare a cura del medico competente; b) l'allontanamento temporaneo del lavoratore secondo le procedure dell'art. 42*”.

Il Ministero della Salute con circolare n. 9774 del 20/3/2020 ha stabilito peraltro che “*nei laboratori autorizzati per le analisi dei tamponi, la presentazione di campioni afferenti a personale sanitario dovrà ottenere priorità assoluta e la comunicazione del risultato dovrà avvenire in un arco di tempo massimo di 36 ore*” (**doc. 25**).

Il contagio esponenziale di medici, infermieri e numerosi operatori del Servizio Sanitario ha indotto la Regione Veneto a stabilire, dal 10/3/2020, l'obbligo per le Aziende sanitarie di eseguire sui medici e sul personale sanitario asintomatico “contatto stretto”

dei saggi diagnostici (tampone naso-faringeo) ogni 48 ore fino al 14 giorni “dal contatto stretto con il caso” (doc. 26).

Alcune Aziende sanitarie invece, hanno deciso di procedere in modo diverso, oltretutto senza una plausibile giustificazione, con evidente pregiudizio per la salute e la sicurezza dei medici e del personale sanitario e degli stessi pazienti.

E infatti:

- a) il Protocollo dell’Azienda Ospedaliera di Padova prevede i controlli a 0 - 5 -10 e 15 giorni; occorrono poi oltre 6 e più giorni di tempo per l’esito di un tampone per COVID -19;
- b) l’Azienda Ospedaliera di Verona e altre strutture nel Veneto prevedono i controlli a 0 – 7 e 14 giorni (**doc. 27-28**).

*

4. Conclusioni.

Dall’analisi fin qui svolta, emergono tutti gli elementi per formulare le seguenti considerazioni conclusive.

Il fatto che ci siano medici, infermieri e operatori sanitari che abbiano contratto il SARS-CoV-2 sul posto di lavoro, per causa di servizio, subendo in tal modo gravissimi pregiudizi alla salute, talvolta anche a costo della vita, è la dimostrazione più evidente della fragilità dei modelli organizzativi e gestionali di molte strutture sanitarie del Veneto.

La mancanza di DPI e/o le inefficienze organizzative qui evidenziate, anche in termini di sorveglianza sanitaria, non possono giustificare una diminuzione delle tutele ratificata *ex post* mediante ricorso alla decretazione d’urgenza: **medici, infermieri e operatori sanitari devono poter contare su un sistema effettivo ed efficace che protegga la loro salute e la loro sicurezza quando si trovano sul posto di lavoro, a prescindere dal fatto che si tratti in una situazione ordinaria o in un contesto di emergenza.**

Ogni giorno medici, infermieri e tutti i professionisti della sanità lavorano con grande

competenza per garantire ai tantissimi malati della nostra società civile una possibilità di guarigione; lo hanno sempre fatto in passato e oggi lo fanno ancora di più, con grande spirito di sacrificio e altruismo.

Negare ai medici e al personale sanitario la possibilità di difendersi da un nemico invisibile è qualcosa che contrasta con il diritto, lo si è visto, ma prima ancora è inaccettabile, perché tradisce il senso di equità che è insito in ognuno di noi.

Tutto ciò premesso,

ANAAO-ASSOMED

in relazione ai casi di infezione da SARS-CoV-2 contratti dai medici, infermieri e operatori sanitari durante l'espletamento della loro attività lavorativa, nonché in relazione ai decessi degli esercenti la professione sanitaria verificatisi nella Regione Veneto, lamenta e denuncia la grave violazione delle norme antinfortunistiche e la grave violazione delle norme sulla tutela della salute e sicurezza sul lavoro nei termini sopra esposti.

Pertanto, ANAAO ASSOMED

CHIEDE

Alle competenti autorità di avviare le opportune indagini per accertare le eventuali responsabilità amministrative e/o penali, a carico dei Direttori Generali delle Aziende sanitarie della Regione Veneto e/o di altri soggetti responsabili degli adempimenti di cui al D.lgs. 81/2008.

Con osservanza

Anaa Assomed
Segreteria Regionale Veneto
(Dott. Adriano Benazzato)

Si allegano i seguenti documenti:

Doc. 00) Rapporto OMS 2014, SARS – COV;

Doc. 01) Circolare Min. Salute 1997 del 22/01/2020;

- Doc. 02) Linee guida ECDC febbraio 2020;
- Doc. 03) Traduzione linee guida ECDC febbraio 2020;
- Doc. 04) Linee guida ECDC marzo 2020;
- Doc. 05) Traduzione linee guida ECDC marzo 2020;
- Doc. 06) Piano Nazionale Pandemia influenzale;
- Doc. 07) Piano Regionale Pandemia 2007;
- Doc. 08) L.R. 19 del 25.10.2016 – Azienda Zero;
- Doc. 09) Min. Lav. Circ. n. 15 del 27/6/2012;
- Doc. 10) Inail raccomandazione del 12/12/2017;
- Doc. 11) Min. Salute Circ. 5443 del 22/2/2020;
- Doc. 12) Comunicato stampa Corriere delle Alpi 18/3/2020;
- Doc. 13) Comunicato stampa Corriere delle Alpi 21/3/2020;
- Doc. 14) Comunicato stampa Corriere del Veneto 18/3/2020;
- Doc. 15) Comunicato stampa Amico del Popolo 27/3/2020;
- Doc. 16) Comunicato stampa La Tribuna 23/3/2020;
- Doc. 17) Comunicato stampa Corriere delle Alpi 3/4/2020;
- Doc. 18) Comunicato stampa Quotidiano Sanità;
- Doc. 19) Diffida Anaa DPI;
- Doc. 20) Diffida Anaa sospensione attività SSN non essenziali;
- Doc. 21) Risposta Azienda Ulss 1;
- Doc. 22) Risposta Azienda Ulss 6;
- Doc. 23) Comunicato stampa Quotidiano Sanità 2018 carenza medici;
- Doc. 24) Studio Anaa Assomed carenza Regioni;
- Doc. 25) Min. Salute Circ. n. 9774 del 20/3/2020;
- Doc. 26) Regione Veneto istruzioni 10/3/2020;
- Doc. 27) Risposta Azienda ULSS 1 su monitoraggio tamponi;
- Doc. 28) Risposta I.O.V. su monitoraggio tamponi.