



FEDERAZIONE CONFISAL-UNSA

Coordinamento Nazionale MEF



SEGRETERIA NAZIONALE

Via Napoli, 51 - 00184 Roma - tel. 06.4828232
web: <http://www.unsamef.it/> e-mail: info@unsamef.it

Roma, 4 agosto 2020

Con Prot. n. 0082089/2020 l'Ufficio Relazioni Sindacali ha inviato l'allegata documentazione concernente la procedura da attuarsi da parte del dipendente che, ritenendo di trovarsi in una condizione di "maggiore esposizione a rischio contagio", ritenga opportuno svolgere l'attività lavorativa in modalità agile.

La Segreteria Nazionale

**PROCEDURA PER LA VERIFICA DELLA CONDIZIONE DI “MAGGIORE
ESPOSIZIONE A RISCHIO CONTAGIO”
(Art. 83, D.L. n.34/2020)**

Il dipendente che ritiene di trovarsi in una condizione di “maggiore esposizione a rischio contagio”, ai sensi dell’art. 83, comma 1, del decreto-legge n.34 del 19 maggio 2020⁽¹⁾, e, pertanto, reputa opportuno svolgere l’attività lavorativa in modalità “agile”, potrà compilare l’apposito questionario allegato, che dovrà essere sottoscritto dallo stesso e dal medico di medicina generale.

Il questionario comprensivo dell’eventuale documentazione dovrà essere inviato al medico competente, per le sedi centrali alla casella di posta elettronica medicocompetente@mef.gov.it, per le sedi territoriali alle apposite caselle elettroniche comunicate dal Medico competente delle rispettive sedi.

Il medico competente, valutate le condizioni del dipendente sulla base di quanto riportato nel questionario e dell’eventuale documentazione, rilascia un parere il cui esito può prevedere l’accesso al “lavoro agile” in modalità *organizzativa*, quindi a discrezione del Dirigente, ovvero, qualora vi siano elementi che facciano effettivamente ritenere che vi sia una condizione di maggiore esposizione a rischio contagio, in modalità *prescrittiva*.

Rimane sempre valida la possibilità per il dipendente di inviare, ai sensi dell’art.41, c. 2, lett. c), del D.Lgs. 81/2008, l’istanza di “visita a richiesta” alla casella di posta elettronica dedicata del medico competente, corredata da eventuale documentazione medica. All’esito della valutazione, inerente la “visita a richiesta”, il medico competente, nel caso confermi le condizioni di “maggiore esposizione a rischio contagio” esprime *un giudizio di “inidoneità temporanea” o limitazioni dell’idoneità per un periodo adeguato, con attenta rivalutazione alla scadenza dello stesso*⁽²⁾, e ne dà comunicazione al dipendente e al Datore di lavoro, per il tramite del Preposto e nel rispetto della privacy, ai fini dell’esonero dalla modalità di lavoro “in presenza”

⁽¹⁾ “1. Fermo restando quanto previsto dall’articolo 41 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, per garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive e commerciali in relazione al rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, fino alla data di cessazione dello stato di emergenza per rischio sanitario sul territorio nazionale, i datori di lavoro pubblici e privati assicurano la sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio, in ragione dell’età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità. Le amministrazioni pubbliche provvedono alle attività previste al presente comma con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente.”

⁽²⁾ Cfr. INAIL "Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione".

**QUESTIONARIO AUTO-SOMMINISTRATO FINALIZZATO ALLA
DEFINIZIONE DEI LAVORATORI "FRAGILI" IN AZIENDA**

IL SOTTOSCRITTO LAVORATORE

Cognome e Nome _____

età > 55 aa sì no Sesso M F

Nato a: e-mail: _____

C.F.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dipendente di: _____

Tel./cell. _____ / _____

RITENENDO DI RIENTRARE NELLA CONDIZIONE DI "PERSONA FRAGILE", NECESSITANTE DI ESSERE ESONERATO DA ATTIVITA' LAVORATIVE IN PRESENZA CHE POTREBBERO COSTITUIRE MAGGIORE ESPOSIZIONE A RISCHIO DA COVID 19, PER LE CONDIZIONI IN CUI SI TROVA COME SOTTO INDICATE

A TALE FINE DICHIARA DI TROVARSI NELLE SEGUENTI CONDIZIONI:

- sì no in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104
- sì no presenza di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della medesima legge n. 104 del 1992.
- sì no in presenza di stato di immunodepressione congenita o acquisita (es.: trapiantati; malattie del connettivo come LES, sclerosi sistemica, Sind. Di Sjogren, ecc.; tiroidite di Hashimoto)
- sì no affetto da patologie croniche o con multimorbilità (es.: diabetici ID; cardiovasculopatie ischemiche cardiache o vascolari o cerebrali; patologie polmonari; asma; BPCO; ipertensione arteriosa instabile; malattie infiammatorie croniche; sindromi da malassorbimento; malattie neuromuscolari gravi; obesità con BMI>30; insufficienza renale-surrenale cronica; malattie degli organi emopoietici; emoglobinopatie, epatopatie croniche, fibrosi cistica, soggetti con deficit delle capacità cognitive; ecc.)
- sì no controllato dal SSN perché risultato positivo alla effettuazione di tampone per Sars COV 2 e successivamente negativizzato dopo il periodo di quarantena previsto
- sì no asintomatico/paucisintomatico uscito da un periodo di quarantena volontaria dopo essere stato a contatto con persone con sospetto contagio da Sars COV 2
- sì no Altro: _____

Copia di eventuali referti diagnostici esibiti in allegato

Per autocertificazione a conferma della veridicità di quanto dichiarato e per autorizzazione al trattamento dei dati sanitari ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e consenso informato alla trasmissione, da parte del Medico Competente, dell'esito della valutazione conclusiva finalizzata alla tutela delle categorie "fragili" prevista dal DPCM 26.04.2020 per la situazione emergenziale da COVID 19

Firma del lavoratore

Per facoltativa attestazione certificata di quanto sopra dichiarato dal proprio Assistito e rilascio di parere positivo come Medico Curante a conoscenza della reale condizione di salute generale del proprio assistito alla indicazione della necessità di sottoporre lo stesso a maggiore tutela, per quanto possibile conoscere, nei confronti della Pandemia da COVID 19 e le patologie di cui si è a conoscenza

Firma del Medico di Medicina Generale

Data _____

(timbro e firma)

- sì no La presente autocertificazione è stata attestata dal proprio Medico di Medicina Generale Dott. _____ in caso negativo specificare la motivazione (rifiuto del MMG o altro) ed allegare referti diagnostici e/o verbali attestanti la condizione di salute e/o lo stato di inabilità riconosciuto