

DSL

2-2020

La sorveglianza sanitaria eccezionale nel sistema aziendale di prevenzione**

di Chiara Lazzari*

SOMMARIO: 1. La centralità della figura del medico competente nel sistema aziendale di prevenzione e il potenziamento del suo ruolo al tempo della pandemia. – 2. La sorveglianza sanitaria eccezionale, tra specialità dell'istituto e ragioni protettive. – 3. (segue) Le criticità della normativa. – 4. Per concludere: qualche considerazione di carattere sistematico. – 5. Appendice.

1. La centralità della figura del medico competente nel sistema aziendale di prevenzione e il potenziamento del suo ruolo al tempo della pandemia

Il legislatore italiano, chiamato a recepire le indicazioni provenienti dall'ordinamento comunitario in materia di salute e sicurezza dei lavoratori¹, ha disegnato nel tempo un quadro normativo, da ultimo razionalizzato e potenziato con il d.lgs. n. 81/2008, imperniato su di un insieme di *technicalities* (soggetti, procedure, adempimenti tecnici) tale da configurare un «vero e proprio sistema aziendale di prevenzione»². In tale sistema, destinato a operare, dopo le novità introdotte nel 2008, in una prospettiva prevenzionale essenzialmente di tipo organizzativo – che, cioè, enfatizza la dimensione dell'organizzazione nella programmazione e nella gestione della sicurezza nei luoghi di lavoro³ – la figura del medico competente ha acquisito viepiù centralità. Lo conferma l'orientamento

* Chiara Lazzari è ricercatrice ex art. 24, comma 3, lett. b, della l. n. 240/2010 di Diritto del lavoro e Docente di Laboratorio di diritto sindacale e del lavoro, Università di Urbino Carlo Bo. chiara.lazzari@uniurb.it

** Il contributo amplia e approfondisce l'intervento svolto in occasione del webinar sul tema «Salute e sicurezza nelle Università - La ripartenza», organizzato il 21 luglio 2020 da Ca' Foscari Challenge School, Dipartimento di Management dell'Università Ca' Foscari, AISRI e Osservatorio Olympus.

Questo saggio è stato preventivamente assoggettato alla procedura di referaggio prevista dalle regole editoriali della Rivista.

¹ In proposito, per tutti, L. ANGELINI, *La sicurezza del lavoro nell'ordinamento europeo*, in G. NATULLO (a cura di), *Salute e sicurezza sul lavoro*, Torino, Utet giuridica, 2015, p. 48 ss.

² G. NATULLO, «Nuovi» contenuti della contrattazione collettiva, organizzazione del lavoro e tutela della salute e sicurezza dei lavoratori, in «I Working Papers di Olympus», 2012, n. 5, p. 4; vale la pena rammentare che la definizione di azienda di cui all'art. 2, comma 1, lett. c), del d.lgs. n. 81/2008 richiama, in senso atecnico, «il complesso della struttura organizzata dal datore di lavoro pubblico o privato»: sicché, ben può l'aggettivo «aziendale» riferirsi anche al sistema prevenzionistico di un'Università pubblica.

³ Per tutti, P. PASCUCCI, *La nuova disciplina della sicurezza sul lavoro del 2008/2009: una rapsodia su novità e conferme*, in «I Working Papers di Olympus», 2011, n. 1, *passim*.

ormai consolidato – sebbene per certi versi discutibile – della Cassazione penale, giusta il quale il medico, per andare esente da responsabilità *ex* art. 58, comma 1, lett. c), del d.lgs. n. 81/2008 quando collabora con il datore di lavoro alla valutazione dei rischi, è tenuto a fornire un contributo improntato a un atteggiamento proattivo e propulsivo, pur nei limiti della sua qualificazione professionale, proprio in ragione del ruolo assegnatogli nel sistema organizzato della prevenzione⁴.

Ruolo che la pandemia, per le implicazioni sanitarie che comporta, ha indubbiamente contribuito a potenziare⁵. Non a caso, la Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020, n. 14915, significativamente intitolata «Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività», si riferisce al medico competente in termini di «consulente globale» del datore di lavoro, evidentemente in quanto soggetto in grado di fornire una collaborazione qualificata e inserita a tutto tondo in detto sistema. A sua volta, quest'ultimo, costituendo, secondo le «Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche, Produttive e Ricreative della Conferenza delle Regioni e delle province autonome» (da ultimo, Allegato 1 al d.P.C.M. 14 luglio 2020), «la cornice naturale per supportare la gestione integrata del rischio connesso all'attuale pandemia», sta diventando sempre più strumento di precauzione per tutelare dal contagio non solo i lavoratori, ma l'intera collettività⁶.

Molteplici sono i profili – anche legati alla protezione della *privacy* del lavoratore⁷ – che vengono in gioco quando si parla della figura in questione, proprio in virtù della funzione dalla stessa rivestita nella valutazione dei rischi e nella sorveglianza sanitaria, come opportunamente ricorda al punto 12 il «Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro», siglato da Governo e parti sociali il 14 marzo 2020 e successivamente integrato il 24 aprile: dalla continuazione dell'attività di sorveglianza sanitaria periodica anche durante la

⁴ *Amplius*, volendo, C. LAZZARI, I “consulenti” del datore di lavoro, in P. PASCUCCI (a cura di), *Salute e sicurezza sul lavoro*, Milano, Franco Angeli, 2019, p. 125 ss.

⁵ V. anche D. GAROFALO, *Lavorare in sicurezza versus ripresa delle attività produttive*, in “Massimario di giurisprudenza del lavoro”, 2020, n. 2, p. 331.

⁶ Cfr. M. GALLO, *Coronavirus e sicurezza del lavoro, come affrontare la cd. fase 2*, in “Guida al lavoro”, 2020, n. 23, p. 62.

⁷ In generale, sul trattamento dei dati sanitari P. TULLINI, *Tutela della salute dei lavoratori e valutazione del rischio biologico: alcune questioni giuridiche*, in “Rivista del diritto della sicurezza sociale”, 2020, p. 345 ss.; D. GAROFALO, *Lavorare in sicurezza*, cit., p. 334 ss.; L. D'ARCANGELO, *La tutela dei dati personali nei luoghi di lavoro al tempo del Covid-19 (e oltre)*, in O. BONARDI, U. CARABELLI, M. D'ONGHIA, L. ZOPPOLI (a cura di), *Covid-19 e diritti dei lavoratori*, Roma, Ediesse, 2020, spec. p. 125 ss.; in argomento, cfr. anche A. SITZIA, *Coronavirus, controlli e “privacy” nel contesto del lavoro*, in “Il lavoro nella giurisprudenza”, 2020, p. 495 ss.; M. RUSSO, *L'art. 2087 c.c. al tempo del Covid-19*, in “Labour & Law Issues”, 2020, p. 59 ss.; F. BACCHINI, *Controlli sanitari sui lavoratori al tempo del COVID-19*, in “Giustiziacivile.com”, 18 marzo 2020, p. 8. Si vedano anche le FAQ reperibili all'indirizzo <https://www.garanteproperty.it/temi/coronavirus/faq>.

fase di più stretta emergenza⁸, alla riammissione al lavoro dei soggetti che hanno contratto la malattia⁹, al suggerimento, rivolto al datore di lavoro, di adottare eventuali mezzi diagnostici qualora ritenuti utili per contenere la diffusione del virus¹⁰, solo per citarne alcuni.

In questo contributo, tuttavia, mi concentrerò su di una novità recata dal d.l. n. 34/2020 (cd. “Decreto rilancio”), convertito, con modificazioni, dalla l. n. 77/2020, il cui art. 83 introduce, sino alla data di cessazione dello stato di emergenza per rischio sanitario sul territorio nazionale, l’obbligo, per i datori di lavoro privati e pubblici – ivi comprese, dunque, le Università¹¹ – di sottoporre a sorveglianza sanitaria eccezionale i «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».

2. La sorveglianza sanitaria eccezionale, tra specialità dell’istituto e ragioni protettive

Come può facilmente evincersi dall’aggettivo «eccezionale» utilizzato dallo stesso legislatore, l’istituto presenta evidenti tratti di specialità¹² rispetto a quello

⁸ Considerata dal Protocollo quale misura preventiva di carattere generale, sia in virtù dell’attività d’informazione e formazione svolta dal medico competente a beneficio dei lavoratori per evitare la diffusione del contagio (sulle informazioni da rendere al lavoratore si veda, più nel dettaglio, la citata Circolare 29 aprile 2020, n. 14915); sia perché essa può consentire d’individuare casi e sintomi sospetti di contagio; circa le indicazioni di sicurezza relative all’effettuazione delle altre tipologie di visite mediche, si veda ancora la Circolare testé ricordata.

⁹ Il medico competente, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione rilasciata dal Dipartimento di prevenzione territoriale di competenza, effettua la visita medica prevista dall’art. 41, comma 2, lett. e-ter), del d.lgs. n. 81/2008, al fine di verificare l’idoneità alla mansione – anche per valutare profili specifici di rischiosità – indipendentemente dalla durata dell’assenza per malattia: così il punto 12 del Protocollo condiviso e la Circolare 29 aprile 2020, n. 14915.

¹⁰ Alla luce della Circolare 29 aprile 2020, n. 14915, «i test sierologici, secondo le indicazioni dell’OMS, non possono sostituire il test diagnostico molecolare su tampone, tuttavia possono fornire dati epidemiologici riguardo la circolazione virale nella popolazione anche lavorativa. Circa l’utilizzo dei test sierologici nell’ambito della sorveglianza sanitaria per l’espressione del giudizio di idoneità, allo stato attuale, quelli disponibili non sono caratterizzati da una sufficiente validità per tale finalità. In ragione di ciò, allo stato, non emergono indicazioni al loro utilizzo per finalità sia diagnostiche che prognostiche nei contesti occupazionali, né tantomeno per determinare l’idoneità del singolo lavoratore». In dottrina, sul tema M. T. CARINCI, *Back to work al tempo del Coronavirus e obbligo di sicurezza del datore di lavoro. I test sierologici rapidi*, in “Working Paper Adapt”, 2020, n. 3.

¹¹ Sulle questioni connesse alla sicurezza sul lavoro nelle Università nella fase pre-Covid si vedano, per tutti, P. PASCUCCI, *La figura complessa del datore di lavoro per la sicurezza nelle università tra “vecchio” e “nuovo” diritto*, in questa “Rivista”, 2016, n. 1, I, p. 1 ss. e A. TAMPIERI, *La sicurezza del lavoro nell’Università tra regolamento interno e modello organizzativo*, in “I Working Papers di Olympus”, 2012, n. 11.

¹² In generale, sui caratteri di specialità del sistema emergenziale predisposto dal legislatore rispetto a quello di prevenzione aziendale cfr. P. PASCUCCI, *Coronavirus e sicurezza sul lavoro, tra “raccomandazioni” e protocolli. Verso una nuova dimensione del sistema di prevenzione aziendale?*, in questa “Rivista”, 2019, n. 2, I, p. 98 ss.; ID., *Ancora su coronavirus e sicurezza sul lavoro: novità e conferme nello ius*

della sorveglianza sanitaria “ordinaria”, pure pienamente confermata dall’*incipit* dell’art. 83, comma 1 («fermo restando quanto previsto dall’art. 41 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81»), avendo carattere straordinario e transitorio.

Invero, da un lato, in questo caso il controllo sanitario, più che essere associato a un rischio connesso alla mansione svolta in sé e per sé considerata¹³, risulta collegato alla situazione di fragilità del singolo. O, per meglio dire, i due profili appaiono strettamente correlati. Sicché, come affermato nel *Vademecum* del medico competente «Covid-19 Fase 2. Accompagnare il lavoratore al rientro al lavoro», predisposto dall’Associazione Nazionale Medici d’Azienda (ANMA), il medico dovrà fornire la propria «valutazione razionale in merito *a se e quando un lavoratore, che ha un proprio profilo di rischio* legato alle sue caratteristiche individuali, *può riprendere il lavoro in ragionevole sicurezza nella specifica propria situazione lavorativa* che, a sua volta, ha un proprio profilo di rischio»¹⁴, rispondendo, pertanto, alla domanda se il profilo di rischio del soggetto sia, o meno, compatibile con quello dell’attività da lui svolta.

Per altro verso, a detto controllo è attribuita una vigenza limitata alla durata dello stato emergenziale. Sul punto, merita comunque ricordare l’“ordinario” obbligo datoriale di cui all’art. 18, comma 1, lett. c), del d.lgs. n. 81/2008 («nell’affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza»), cui si aggiunge, tra le misure generali di tutela, l’allontanamento del lavoratore dall’esposizione al rischio per motivi sanitari inerenti la sua persona, con adibizione, ove possibile, ad altra mansione (art. 15, comma 1, lett. m), e il punto 12 del Protocollo condiviso del 14 marzo/24 aprile 2020 – ormai sussunto in fonti pubblicistiche¹⁵ – laddove assegna

supervenienti del d.P.C.M. 22 marzo 2020 e soprattutto del d.l. n. 19/2020, *ivi*, 2020, n. 1, I, p. 117 ss.; *contra*, per tutti, G. NATULLO, *Covid-19 e sicurezza sul lavoro: nuovi rischi, vecchie regole?*, in “WP CSDLE “Massimo D’Antona”.IT - 413/2020”, *passim*.

¹³ Secondo l’art. 2, comma 1, lett. m), del d.lgs. n. 81/2008, la sorveglianza sanitaria è da intendersi come «l’insieme degli atti medici, finalizzati alla tutela dello stato di salute e sicurezza dei lavoratori, in relazione all’ambiente di lavoro, ai fattori di rischio professionali e alle modalità di svolgimento dell’attività lavorativa».

¹⁴ La versione a cui si fa riferimento è quella del 4 maggio 2020, corsivo dell’A. Il *vademecum* è reperibile al sito <https://olympus.uniurb.it>.

¹⁵ Cfr., da ultimo, il d.P.C.M. 11 giugno 2020, che richiama espressamente il Protocollo all’art. 2 e lo annovera fra i suoi allegati, e le cui misure sono state prorogate sino al 31 luglio dal successivo d.P.C.M. del 14 luglio, ma, soprattutto, l’art. 29 *bis* del d.l. n. 23/2020, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 40/2020, secondo cui, senza limiti temporali, «ai fini della tutela contro il rischio di contagio da COVID-19, i datori di lavoro pubblici e privati adempiono all’obbligo di cui all’articolo 2087 del codice civile mediante l’applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del COVID-19 negli ambienti di lavoro, sottoscritto il 24 aprile 2020 tra il Governo e le parti sociali, e successive modificazioni e integrazioni, e negli altri protocolli e linee guida di cui all’articolo 1, comma 14, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, nonché mediante l’adozione e il mantenimento delle misure ivi previste. Qualora non trovino applicazione le predette prescrizioni, rilevano le misure contenute nei protocolli o accordi di settore stipulati dalle organizzazioni sindacali e datoriali comparativamente più rappresentative sul piano nazionale»: su tale norma, A. MARESCA, *Il rischio di contagio da COVID-19 nei luoghi di lavoro: obblighi di sicurezza e art. 2087 (prime osservazioni sull’art. 29-bis, L. n. 40/2020)*, in questo fascicolo di questa “Rivista”, I, p. 1 ss.; per una riflessione su art. 2087 c.c.

al medico competente il compito di segnalare all'azienda «situazioni di particolare fragilità e patologie attuali o pregresse dei dipendenti...» e lo coinvolge alla ripresa delle attività per le «identificazioni dei soggetti con particolari situazioni di fragilità», oltre a raccomandare che la «sorveglianza sanitaria ponga particolare attenzione ai soggetti fragili anche in relazione all'età». Pertanto, il datore di lavoro non potrà comunque disinteressarsi di tali situazioni, sebbene l'eventuale caducazione dell'istituto in esame, legata alla possibile mancata proroga dello stato d'emergenza, rischi di rendere indubbiamente più difficile ottemperare agli obblighi in questione specie laddove un medico competente non vi sia perché la normativa vigente non ne prevede la presenza¹⁶.

In effetti, in questa evenienza – a ulteriore conferma della specialità della sorveglianza *ex art.* 83 del d.l. n. 34/2020 – è lasciata al datore di lavoro la facoltà (onerosa)¹⁷ di scegliere se nominare un medico *ad hoc* per il periodo emergenziale o rivolgersi ai servizi territoriali dell'INAIL, che provvederanno alla richiesta di attivazione del controllo sanitario con propri medici del lavoro¹⁸, nel qual caso, però, non troveranno applicazione gli artt. 25, 39, 40 e 41 del d.lgs. n. 81/2008 (art. 83, comma 2). Pertanto, in tale ipotesi non opereranno le disposizioni in tema di obblighi del medico competente – tra cui quello di collaborare alla valutazione dei rischi – e le previsioni che disciplinano lo svolgimento della sua attività, i rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale, la sorveglianza sanitaria “ordinaria”, a partire dalle diverse tipologie di visite mediche ammesse, proprio perché il controllo è limitato all'individuazione di una potenziale fragilità del lavoratore in relazione al contagio da SARS-CoV-2 e alle più severe conseguenze che potrebbero da ciò derivare per il soggetto.

L'istituto qui considerato è, infatti, il portato più recente di una frenetica produzione normativa (intesa in senso lato) che ha posto a più riprese l'accento sulla necessità di tutelare dapprima le persone fragili¹⁹, poi i lavoratori che si

e normativa emergenziale antecedente al citato art. 29 *bis* M. MARAZZA, *L'art. 2087 c.c. nella pandemia Covid-19 (e oltre)*, in “Rivista italiana di diritto del lavoro”, 2020, p. 274 ss., e, con specifico riferimento al Protocollo condiviso, S. GIUBBONI, *Covid-19: obblighi di sicurezza, tutele previdenziali, profili riparatori*, in “WP CSDLE “Massimo D'Antona”.IT - 417/2020”, pp. 11-12; A. PERULLI, «Diritto riflessivo» e autonomia collettiva al tempo di Covid-19, in “Rivista italiana di diritto del lavoro”, 2020, p. 303 ss.

¹⁶ Ai sensi dell'art. 18, comma 1, lett. a), del d.lgs. n. 81/2008, il datore di lavoro deve «nominare il medico competente per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria nei casi previsti dal presente decreto legislativo», come individuati dal successivo art. 41, comma 1, lett. a) e b).

¹⁷ Al decreto ministeriale di cui all'art. 83, comma 2, secondo periodo, è infatti, rimessa la definizione della tariffa per l'effettuazione di tali prestazioni.

¹⁸ A tal fine l'ente è autorizzato all'assunzione, con contratti di lavoro a tempo determinato, di figure sanitarie, tecnico-specialistiche e di supporto: art. 83, comma 4; sulle riserve mosse a proposito del possibile conflitto derivante dalla commistione fra attività di vigilanza e attività di sorveglianza sanitaria v. il Parere della Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML) del 15 maggio 2020; in ogni modo, l'INAIL ha attivato un apposito servizio *on line* per inoltrare la richiesta di visita disponibile dal 1° luglio 2020.

¹⁹ Cfr. l'art. 3, comma 1, lett. b), del d.P.C.M. 8 marzo 2020: «è fatta espressa raccomandazione a tutte le persone anziane o affette da patologie croniche o con multimorbilità ovvero con stati di immunodepressione congenita o acquisita, di evitare di uscire dalla propria

trovano in tale condizione²⁰. Da ultimo, il «Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione», elaborato dall'Inail nell'aprile 2020 e approvato dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) istituito presso la Protezione Civile, nel ribadire il ruolo cardine del medico competente, ne auspicava il coinvolgimento «al di là dell'ordinarietà», tanto da suggerirne la nomina *ad hoc*, in via straordinaria, per il periodo emergenziale, nelle aziende in cui non ne è obbligatoria la presenza o l'individuazione di soluzioni alternative, anche con il ricorso a strutture territoriali pubbliche, prefigurando una «“sorveglianza sanitaria eccezionale” ... sui lavoratori con età >55 anni o su lavoratori al di sotto di tale età ma che ritengano di rientrare, per condizioni patologiche, in questa condizione anche attraverso una visita a richiesta»²¹. Ciò che il legislatore ha tradotto con tutta evidenza nel citato art. 83, così superando il limite rappresentato dall'art. 5 St. lav., che impedisce al datore di lavoro di sottoporre a visita medica il lavoratore mediante un sanitario di fiducia²².

abitazione o dimora fuori dai casi di stretta necessità e di evitare comunque luoghi affollati nei quali non sia possibile mantenere una distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro...»; v. anche l'art. 3, comma 1, lett. b), del d.P.C.M. 26 aprile 2020 e l'art. 3, comma 1, lett. b), del d.P.C.M. 17 maggio 2020.

²⁰ V. l'art. 26, comma 2, del d.l. n. 18/2020, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 27/2020: «Fino al 31 luglio 2020 per i lavoratori dipendenti pubblici e privati in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché per i lavoratori in possesso di certificazione rilasciata dai competenti organi medico-legali, attestante una condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di relative terapie salvavita, ai sensi dell'articolo 3, comma 1, della medesima legge n. 104 del 1992, il periodo di assenza dal servizio è equiparato al ricovero ospedaliero di cui all'articolo 87, comma 1, primo periodo, del presente decreto ed è prescritto dalle competenti autorità sanitarie, nonché dal medico di assistenza primaria che ha in carico il paziente, sulla base documentata del riconoscimento di disabilità o delle certificazioni dei competenti organi medico-legali di cui sopra, i cui riferimenti sono riportati, per le verifiche di competenza, nel medesimo certificato»; secondo l'art. 39 dello stesso decreto, «Fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, i lavoratori dipendenti disabili nelle condizioni di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104...hanno diritto a svolgere la prestazione di lavoro in modalità agile...», così come «ai lavoratori del settore privato affetti da gravi e comprovate patologie con ridotta capacità lavorativa è riconosciuta la priorità nell'accoglimento delle istanze di svolgimento delle prestazioni lavorative in modalità agile...», prevedendosi l'applicazione di tali disposizioni anche ai lavoratori immunodepressi e ai familiari con essi conviventi; cfr. altresì la Circolare del Ministero della Salute del 27 marzo 2020, n. 7942, che raccomanda, con specifico riguardo alle persone immunodepresse, «al fine di evitare contagi in ambito lavorativo...di attivare quanto più possibile procedure di smart working e di evitare assolutamente attività lavorative in ambienti affollati», nonché la citata Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020: «relativamente alle misure organizzative e logistiche da mettere in atto, è auspicabile il coinvolgimento del medico competente fin dalle fasi di individuazione delle stesse anche in riferimento ad aspetti correlati ad eventuali fragilità...In merito, si rileva che diversi interventi organizzativi che già nell'ordinarietà contribuiscono al mantenimento al lavoro di soggetti cosiddetti “fragili”, a maggior ragione in questo periodo emergenziale vanno a potenziare la loro portata in termini di efficacia»; in proposito, su tale Circolare v. anche *infra*, § 3; v. pure il punto 12 del Protocollo condiviso, su cui *supra*, nel testo.

²¹ Cfr. pp. 14-15 del citato Documento.

²² Sul rapporto fra norma statutaria e previsioni che disciplinano la sorveglianza sanitaria obbligatoria, ci si permette di rinviare a C. LAZZARI, *L'organizzazione del sistema aziendale di prevenzione: soggetti ed obblighi tecnici*, in G. NATULLO (a cura di), *Salute e sicurezza sul lavoro*, cit., pp. 787-788.

Appare, dunque, chiaro come l'istituto in questione rivesta, in ragione della *ratio* protettiva che ne ha ispirato l'introduzione, una notevole importanza in tutte le organizzazioni, compresa quella universitaria, dato che l'obbligo è espressamente configurato in capo a ogni datore di lavoro, privato o pubblico, con conseguente necessità di adeguare, laddove opportuno, i servizi di sorveglianza sanitaria esistenti (sebbene il vincolo, posto alle pubbliche amministrazioni dall'art. 83, comma 1, ultimo periodo, di provvedere «alle attività previste al presente comma con le risorse umane, strumentali e finanziarie previste a legislazione vigente» non giovi all'innalzamento dello standard protettivo). Del resto, benché la finalità di «garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive e commerciali in relazione al rischio di contagio da virus SARS-CoV-2» possa indurre a pensare, a prima vista, solo a datori di lavoro imprenditori, non sembra improprio fare invece riferimento, per la definizione dei soggetti obbligati e, del pari, dei beneficiari della tutela, all'art. 2, comma 1, lett. a) e b), del d.lgs. n. 81/2008, con tutto ciò che ne consegue, trattandosi pur sempre di una tipologia di controllo sanitario che, per quanto eccezionale, è affidato in via prioritaria alla gestione di una figura ordinariamente presente nel sistema aziendale di prevenzione – pur nei limiti che circondano la sua nomina –, oltre che collocabile fra gli strumenti volti a meglio garantire la salute e sicurezza dei lavoratori. In proposito, merita ricordare che, ai sensi del citato art. 2, comma 1, lett. a), del d.lgs. n. 81/2008, al lavoratore è equiparato anche «l'allievo degli istituti di istruzione ed universitari e il partecipante ai corsi di formazione professionale nei quali si faccia uso di laboratori, attrezzature di lavoro in genere, agenti chimici, fisici e biologici, ivi comprese le apparecchiature fornite di videoterminali limitatamente ai periodi in cui l'allievo sia effettivamente applicato alle strumentazioni o ai laboratori in questione»: in questo caso, secondo la risposta ad interpello n. 1/2014, si «esclude qualsiasi deroga nell'applicazione delle norme prevenzionali, comprese – a titolo di esemplificazione – quelle relative alla sorveglianza sanitaria e alla formazione». Risulta, però, difficile immaginare che l'organizzazione universitaria, di fronte a studenti formalmente non equiparati al lavoratore ai sensi della normativa vigente, i quali abbiano segnalato la propria condizione di fragilità, si disinteressi dalla loro situazione e non pensi a soluzioni alternative (ad esempio, attrezzare un collegamento *on line*) per consentire loro di seguire i corsi a distanza, così da assicurare il diritto allo studio dei medesimi senza discriminazioni legate allo stato di salute, ma altresì per evitare di incorrere, in caso di evento lesivo quale il contagio, nella responsabilità di cui la consolidata giurisprudenza grava il datore di lavoro che non abbia garantito la sicurezza di chi frequenta legittimamente l'«ambiente di lavoro» pur se non lavoratore (o equiparato)²³.

²³ Per l'applicazione di tale principio ad una scuola, pur con qualche ambiguità argomentativa, Cass. pen., sez. IV, 12 settembre 2019, n. 37766, in <https://olympus.uniurb.it>; in generale, *ex multis*, Cass. pen., sez. IV, 14 settembre 2016, n. 38200, *ivi*; Cass. pen., sez. IV, 15 ottobre 2014, n. 43168, *ivi*, ove si rinviene anche l'interessante affermazione giusta la quale «l'obbligo di sorveglianza sanitaria...è esplicitamente posto a beneficio del lavoratore; ma è l'insieme della

3. (segue) *Le criticità della normativa*

Purtroppo, alla chiara importanza dell'istituto non corrisponde una altrettanto precisa definizione del medesimo, che si presenta lacunoso sotto vari aspetti, probabilmente scontando una non pienamente adeguata ponderazione, da parte del legislatore, del suo impatto sul quadro normativo vigente, oltre che l'incertezza scientifica che ancora circonda la malattia Covid-19 e il virus che la provoca.

Ad esempio, il richiamo all'età risulta del tutto generico, non essendo accompagnato dall'individuazione di una determinata soglia. In proposito, peraltro, utili indicazioni possono venire dalla citata Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020 (e, analogamente, dal ricordato Documento tecnico dell'Inail), secondo cui «i dati epidemiologici rilevano una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione (>55 anni di età)», quantunque non manchino informazioni parzialmente differenti a proposito dei gruppi vulnerabili²⁴.

Anche il riferimento alla «comorbilità» appare piuttosto vago, non essendo specificato quali patologie concomitanti possano rilevare. In questo caso, nutriti elenchi indicativi, ma non certo esaustivi, possono rintracciarsi nei documenti elaborati dalle società scientifiche del settore²⁵, le quali è auspicabile si facciano altresì carico di promuovere percorsi formativi *ad hoc*, stante la necessità che il sistema previsto dall'art. 38 del d.lgs. n. 81/2008 per il medico competente sia adeguato – per quanto concerne il profilo dell'aggiornamento professionale – al mutato contesto. Risulta, poi, evidente come il fatto di soffrire di altre patologie non implichi in automatico una condizione di fragilità, essendo rimessa al prudente apprezzamento del sanitario la valutazione della rilevanza, ad esempio, di situazioni

disciplina che porta ad escludere che esso si ponga anche a beneficio del soggetto estraneo all'azienda (*salvo che questi non venga a trovarsi nella situazione oggettiva caratteristica del lavoratore*)), corsivo mio.

²⁴ «I gruppi di popolazione in cui è riportata più frequentemente una forma grave di malattia e un tasso di mortalità maggiore includono persone sopra i 60 anni di età, maschi, persone con patologie concomitanti quali ipertensione, diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie croniche e cancro...»: così «Pandemia da nuovo coronavirus 2019 (COVID-19): aumento della trasmissione in UE/AEE e nel Regno Unito – sesto aggiornamento», 12 marzo 2020, in <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-traduzione-RRA-ECDC-12-marzo-2020.pdf>, traduzione del documento del Centro europeo della prevenzione e controllo delle malattie (ECDC) «Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update».

²⁵ Cfr., ad esempio, il citato *Vademecum* del medico competente predisposto dell'ANMA (v. *supra*, § 2); si vedano anche le «Indicazioni operative per i Medici Competenti che operano nelle medie, piccole e micro imprese in relazione all'identificazione dei soggetti ipersuscetibili» fornite dalla SIML, reperibili al sito <https://olympus.uniurb.it>; secondo il Documento della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione (CIIP) «Una sintesi dei contributi delle Associazioni di CIIP in occasione dell'emergenza COVID-19», giugno 2020, p. 31, «vi è un generale consenso a considerare anche la gravidanza tra le condizioni di ipersuscetibilità».

ben compensate dall'eventuale terapia farmacologica assunta e quella della gravità del quadro clinico complessivo²⁶.

Del pari, anche le modalità di effettuazione della «sorveglianza sanitaria eccezionale» non sono definite puntualmente dal legislatore e parrebbero richiedere un adattamento, in via interpretativa, della normativa vigente. D'altra parte, già a proposito del compito di segnalare le persone in condizione di fragilità, individuato dal Protocollo condiviso²⁷, si era osservato come, allorché il lavoratore fragile non fosse stato soggetto in precedenza a sorveglianza sanitaria e/o le sue problematiche di salute non fossero note al medico competente in quanto non correlate all'occupazione, per quest'ultimo sarebbe stato difficile venire a conoscenza delle stesse, se non da lui palesate spontaneamente²⁸. Sicché, sembra ragionevole ritenere che, qualora il sanitario sia in possesso di dette informazioni (ad esempio, perché reperite in passato in occasione delle visite mediche effettuate o, limitamente all'età, desumibili dai dati anagrafici che gli sono forniti dall'ufficio personale), procederà ad attivare la sorveglianza sanitaria prevista. Quando ciò non si verifichi oppure quando un medico competente non vi sia, in adempimento dell'art. 20, comma 1, del d.lgs. n. 81/2008, che impone al lavoratore di «prenderci cura della propria salute e sicurezza e di quella delle altre persone presenti sul luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni o omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi forniti dal datore di lavoro», ma anche nella prospettiva di un'esecuzione secondo correttezza e buona fede degli obblighi contrattuali, pare doversi ritenere che l'*input* all'attivazione di tale sorveglianza eccezionale non possa che venire dal lavoratore medesimo. Ciò purché quest'ultimo, in ossequio, del resto, alla seconda parte del citato art. 20, comma 1, sia adeguatamente informato e sensibilizzato a cura del datore di lavoro (in collaborazione, ove già nominato, col medico competente, e con gli altri attori del sistema aziendale di prevenzione), su quanto previsto dall'art. 83 e sulla necessità di rivolgersi al proprio medico di medicina generale per munirsi delle certificazioni e della documentazione utili a suffragare la propria, presunta condizione di fragilità (o anche per poter eventualmente beneficiare di quanto previsto dall'art. 26, comma 2, del d.l. n. 18/2020²⁹).

Sembra confermare tale ricostruzione la più volte menzionata Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020, laddove, a proposito del ricordato Punto 12 del Protocollo condiviso, afferma che «...i lavoratori vanno comunque –

²⁶ Cfr. il Documento CIIP citato alla nota precedente, p. 31, per una rassegna degli elementi da considerare nella valutazione, tra cui il rischio generico aggravato connesso alla mansione specifica (come nel caso di soggetti a contatto col pubblico) e quello collegato alle modalità di spostamento nel tragitto casa-lavoro.

²⁷ V. *supra*, § 2.

²⁸ Cfr. C. FRASCHERI, *Prime attenzioni necessarie per la gestione del processo di transizione dalla c.d. Fase 1 alla c.d. Fase 2*, in <https://olympus.uniurb.it>; per un tentativo di supportare i medici competenti nel corretto adempimento dei nuovi obblighi, cfr. il documento dell'ANMA «COVID-19: gestione del lavoratore "fragile"», in cui viene proposta una prassi che coinvolge medico competente, organizzazione aziendale e SSN.

²⁹ V. *supra*, nota 20.

attraverso adeguata informativa – sensibilizzati a rappresentare al medico competente l'eventuale sussistenza di patologie (a solo titolo esemplificativo, malattie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche), attraverso la richiesta di visita medica di cui all'art. 41, comma 1, lett. c. (c.d. visita a richiesta del lavoratore), corredata da documentazione medica relativa alla patologia diagnosticata, a supporto della valutazione del medico competente».

Se lo strumento giuridico della visita su richiesta può essere utile ai fini qui considerati quando vi sia un medico competente (come avviene di solito nelle realtà universitarie)³⁰, invece, laddove questi non sia presente il controllo dovrà essere attivato dal datore di lavoro, come espressamente indicato dall'art. 83, comma 2. Il che presuppone che lo stesso sia consapevole della presunta situazione di fragilità del lavoratore (che, evidentemente, ha provveduto a segnalargliela, pur se in termini generici), con la conseguenza che, a meno di non decidere di nominare un proprio medico competente, si rivolgerà all'INAIL per verificarne la reale sussistenza. Peraltro, l'intervento dell'istituto assicuratore non potrà sfociare in un giudizio espresso ai sensi dell'art. 41, comma 6, del d.lgs. n. 81/2008, inapplicabile in tali ipotesi per esplicita previsione legislativa, come osservato per l'addietro. Non a caso, sul sito INAIL, a questo proposito si legge che «all'esito della visita medica per sorveglianza sanitaria eccezionale, è espresso un parere conclusivo riferito esclusivamente alla possibilità per il lavoratore di riprendere l'attività lavorativa in presenza nonché alle eventuali misure preventive aggiuntive o alle modalità organizzative atte a garantire il contenimento del contagio»; parere che – occorre aggiungere – verrà poi inviato al datore di lavoro richiedente nel rispetto della *privacy* del soggetto.

Il passaggio sollecita qualche ulteriore considerazione.

Da un lato, quanto alla tutela del diritto alla riservatezza del lavoratore, vale la pena ricordare che, durante l'Audizione davanti all'XI^a Commissione Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato del 13 maggio 2020, il Presidente del Garante per la protezione dei dati personali ha confermato «il dovere del medico competente di segnalare al datore di lavoro l'opportunità di adibire determinati lavoratori ad impieghi meno esposti al rischio infettivo, pur senza indicarne la patologia», in modo che il datore non abbia cognizione diretta del quadro clinico del soggetto, ma disponga dei soli elementi fondativi del giudizio

³⁰ Relativamente alla situazione del lavoratore che rientra dopo la malattia – e a cui fa implicito riferimento l'art. 83, laddove richiama la «condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia Covid-19» – cfr. *supra*, nota 9; in effetti, «la letteratura scientifica evidenzia che coloro che si sono ammalati e che hanno manifestato una polmonite o un'infezione respiratoria acuta grave, potrebbero presentare una ridotta capacità polmonare a seguito della malattia (anche fino al 20-30% della funzione polmonare) con possibile necessità di sottoporsi a cicli di fisioterapia respiratoria. Situazione ancora più complessa è quella dei soggetti che sono stati ricoverati in terapia intensiva, in quanto possono continuare ad accusare disturbi rilevanti descritti in letteratura, la cui presenza necessita di particolare attenzione ai fini del reinserimento lavorativo»: così la Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020.

d'idoneità alla mansione specifica³¹. Del pari, in una delle FAQ pubblicate nel sito, a proposito del ricordato punto 12 del Protocollo condiviso si ribadisce che «il medico competente provvede a segnalare al datore di lavoro quei casi specifici in cui reputi che la particolare condizione di fragilità connessa anche allo stato di salute del dipendente ne suggerisca l'impiego in ambiti meno esposti al rischio di infezione», senza che sia «necessario comunicare al datore di lavoro la specifica patologia eventualmente sofferta dal lavoratore».

Dall'altro lato, è evidente che il controllo sanitario costituisce il presupposto per l'adozione di misure conseguenti, qualora dallo stesso risulti confermata la situazione di fragilità³²; misure che il medico competente potrebbe individuare avvalendosi del riferimento alle «prescrizioni o limitazioni» contenuto nell'art. 41, comma 6, lett. b), del d.lgs. n. 81/2008, a proposito del giudizio d'idoneità parziale, temporanea o permanente, e che, a titolo esemplificativo, potrebbero richiamare la necessità di ricorrere al lavoro a distanza, essendo poi rimessa al datore di lavoro la valutazione circa l'effettiva compatibilità del medesimo con le mansioni svolte dal lavoratore. Lo conferma la legge di conversione del d.l. n. 34/2020, che riconosce il diritto a svolgere la prestazione in modalità agile anche in assenza di accordi individuali altresì ai lavoratori qui considerati, sulla base delle valutazioni del medico competente nell'ambito della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 83, purché tale modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione (art. 90, comma 1, secondo periodo)³³. A prescindere da ogni considerazione su che cosa sia davvero il lavoro agile di stampo emergenziale³⁴, nelle realtà universitarie la questione della compatibilità di forme di lavoro a distanza (volutamente si usa questa formula generica) non sembrerebbe porre soverchi problemi, essendo le stesse già state ampiamente sperimentate per il personale tecnico-amministrativo. Del pari, per quello docente, è stata testata generalmente con buoni risultati l'effettuazione a distanza dell'attività didattica (ivi compresa la partecipazione a esami e sedute di laurea). Soluzioni analoghe, del resto, si sono attuate in occasione degli esami di maturità, prevedendosi che il medico competente comunicasse al

³¹ Vedila in <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/9341993>.

³² Evoca l'obbligo datoriale di adottare gli accomodamenti ragionevoli D. GAROFALO, *Lavorare in sicurezza*, cit., p. 332.

³³ «Fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, il medesimo diritto allo svolgimento delle prestazioni di lavoro in modalità agile è riconosciuto, sulla base delle valutazioni dei medici competenti, anche ai lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, 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 del presente decreto, a condizione che tale modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione lavorativa»; in generale, su diritti e priorità nel lavoro agile, cfr., da ultimo, M. BROLLO, *Smart o emergency work? Il lavoro agile al tempo della pandemia*, in "Il lavoro nella giurisprudenza", 2020, p. 564 ss.

³⁴ Sul tema, per tutti, B. CARUSO, *Tra lasciti e rovine della pandemia: più o meno smart working?*, in "Rivista italiana di diritto del lavoro", 2020, p. 215 ss.

dirigente scolastico l'idoneità del docente a effettuare l'esame in presenza o a distanza³⁵.

Così come può essere suggerito l'uso di DPI specifici o l'adozione di determinate misure organizzative. Tra queste, pur nell'assenza di un collegamento espresso con il regime ordinario di cui all'art. 42 del d.lgs. n. 81/2008 – che prevede, ove possibile, l'adibizione del soggetto inidoneo a mansioni equivalenti o, in mancanza, a mansioni inferiori, con garanzia del trattamento corrispondente a quelle di provenienza³⁶ – anche il mutamento di mansioni. D'altra parte, al di là del fatto che la disposizione non figura nemmeno tra le previsioni la cui applicazione è esclusa ai sensi dell'art. 83, comma 2, ultimo periodo, tale regime risulta espressione di principi generali, come riconosce la giurisprudenza, secondo cui sarebbero già gli obblighi di sicurezza (art. 2087 c.c.) e quelli di correttezza e buona fede nell'esecuzione del contratto (art. 1375 c.c.) a imporre al datore di lavoro l'adozione di misure alternative (al licenziamento)³⁷.

Qualora, invece, non siano praticabili soluzioni diverse dall'astensione dall'attività lavorativa, fermo restando in ogni caso, come ha cura di precisare l'art. 83, comma 3, che l'eventuale inidoneità alla mansione non può giustificare il recesso del datore di lavoro dal contratto³⁸, si registra un'evidente lacuna, dal momento che solo per i lavoratori di cui all'art. 26, comma 2, del d.l. n. 18/2020 è prevista l'equiparazione di tale astensione al ricovero ospedaliero *ex* art. 87, comma 1, primo periodo, del medesimo decreto (almeno fino al 31 luglio 2020, essendo stato così prorogato dal "Decreto rilancio" l'originario termine del 30 aprile 2020)³⁹. Sicché, una volta esauriti ferie e congedi, e ove non siano applicabili altri istituti previsti dalla contrattazione collettiva, resta il problema della tutela ulteriore da riconoscere in tale ipotesi, non essendo stati approvati, in sede di conversione, alcuni opportuni emendamenti che avrebbero fornito risposta alla questione⁴⁰.

Allorquando, invece, la condizione di fragilità non sia accertata, permane, per il lavoratore, la possibilità d'impugnare il giudizio del medico competente ai sensi dell'art. 41, comma 9, del d.lgs. n. 81/2008, ossia davanti all'organo di vigilanza

³⁵ Si veda, a titolo esemplificativo, l'approfondimento tecnico predisposto dall'USR dell'Emilia-Romagna, in <http://istruzioneer.gov.it/wp-content/uploads/2020/06/RER-Gestione-dei-lavoratori-fragili-approfondimento-tecnico.pdf>.

³⁶ Su tale norma, *amplius*, P. PASCUCCI, *La tutela della salute e della sicurezza sul lavoro: il Titolo I del d.lgs. n. 81/2008 dopo il Jobs Act*, Fano, Aras Edizioni, 2017, p. 238 ss.

³⁷ Cfr. Cass., sez. lav., 8 marzo 2016, n. 4502, in <https://olympus.uniurb.it>.

³⁸ Si introduce, così, un'ulteriore ipotesi di blocco della facoltà di recesso datoriale che si aggiunge a quella generale prevista dalla normativa di stampo emergenziale: su quest'ultima, cfr., per tutti, F. SCARPELLI, *Blocco dei licenziamenti e solidarietà sociale*, in "Rivista italiana di diritto del lavoro", 2020, p. 313 ss. e A. PILEGGI, *Una riflessione sul diritto del lavoro alla prova dell'emergenza epidemiologica*, in ID. (a cura di), *Il diritto del lavoro dell'emergenza epidemiologica*, Supplemento al n. 3-4/2020 di "Lavoro e Previdenza Oggi", p. 3 ss., cui *adde*, nello stesso volume, i contributi di F. CHIETERA, P. PASSALACQUA, A. PRETEROTI-A. DELOGU.

³⁹ V. *supra*, nota 20.

⁴⁰ Detti emendamenti, infatti, prevedevano variamente l'applicazione dell'art. 26, comma 2, del d.l. n. 18/2020 anche ai lavoratori qui considerati, l'esclusione dell'astensione dal computo ai fini del periodo di comporta, il riconoscimento dell'indennità di malattia al lavoratore giudicato temporaneamente inidoneo alla mansione.

territorialmente competente. Possibilità, tuttavia, che si dubita possa essere riconosciuta di fronte al parere dell'INAIL, non applicandosi detta norma ai medici di cui all'art. 83, comma 2. Il che conferma, una volta di più, come le buone intenzioni del legislatore a tutela dei lavoratori fragili non siano sempre supportate da un adeguato apparato normativo, specie sotto il profilo del coordinamento – obiettivamente insufficiente – con le previsioni del d.lgs. n. 81/2008.

4. Per concludere: qualche considerazione di tipo sistematico

Nonostante i limiti ampiamente rilevati, merita osservare come il diritto della salute e della sicurezza sul lavoro di stampo emergenziale sembri avere comunque qualcosa d'interessante da dire, in un'ottica *de iure condendo*, all'ordinario sistema di prevenzione aziendale delineato dal d.lgs. n. 81/2008.

Rinviando per più ampie considerazioni a quanto sul punto già argomentato in altra sede⁴¹, mi limito qui a due brevi riflessioni.

La prima attiene al fatto che se, come afferma la Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020, più volte menzionata, il medico competente va considerato alla stregua di un «consulente globale» del datore di lavoro, questo ruolo non può più prescindere dalla sua necessaria – in ogni caso – collaborazione alla valutazione dei rischi, che dovrebbe, in altri termini, essere svincolata dall'obbligo della sorveglianza sanitaria. In tal senso, occorre superare concettualmente anche la logica cui si ispira la previsione dell'art. 83, il quale, pur prefigurando la nomina del medico altresì nelle realtà ove questi non sia già presente, continua a collegarla alla necessità di un controllo sanitario, per quanto eccezionale. Mentre sono ormai maturi i tempi perché il processo di piena emancipazione di tale figura dalla vecchia concezione del medico quale esecutore di visite – processo a cui ha indubbiamente contribuito la legislazione più recente tramite la valorizzazione della dimensione collaborativa della sua attività – si compia ormai in via definitiva.

In secondo luogo, la gestione della sorveglianza sanitaria eccezionale implica con tutta evidenza, alla luce di quanto osservato anche a proposito degli intrecci fra art. 83 del d.l. n. 34/2020 e art. 26, comma 2, del d.l. n. 18/2020, una stretta cooperazione fra medico competente e medico di medicina generale⁴². Il che conferma una volta di più l'urgenza di procedere con decisione lungo la strada di una maggiore interazione/integrazione fra la figura in questione e, tramite essa, l'intero sistema di prevenzione aziendale, e il Servizio Sanitario Nazionale, dunque fra modelli prevenzionali interni ed esterni all'organizzazione datoriale, al fine

⁴¹ C. LAZZARI, *Per un (più) moderno diritto della salute e della sicurezza sul lavoro: primi spunti di riflessione a partire dall'emergenza da Covid-19*, in questa "Rivista", 2020, n. 1, I, p. 143 ss.

⁴² Cfr. anche M. GALLO, *Decreto Rilancio, la sorveglianza sanitaria per i lavoratori fragili*, in "Guida al lavoro", 2020, n. 24, p. 28, secondo cui detta cooperazione «assume in questo ambito...una valenza fondamentale».

d'implementare una strategia di tutela della salute del lavoratore a tutto tondo, idonea altresì a fornire una migliore risposta a eventi come quello ancora in corso, e la cui diffusione cambiamenti climatici e densità demografica sono purtroppo destinati a favorire.

L'auspicio, insomma, è che dal dramma sanitario, economico e sociale della pandemia anche il legislatore che si occupa di sicurezza sul lavoro possa trarre indicazioni utili per il futuro.

5. Appendice

Come accennato nel § 2, la vigenza dell'istituto della sorveglianza sanitaria eccezionale è prevista dall'art. 83 del d.l. n. 34/2020, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 77/2020, «fino alla data di cessazione dello stato di emergenza per rischio sanitario sul territorio nazionale». Nelle more della pubblicazione del presente saggio, il Governo, dopo aver ottenuto il via libera dal Parlamento, nella riunione del Consiglio dei ministri del 29 luglio ha deliberato la proroga dello stato d'emergenza fino al 15 ottobre 2020 (GU Serie Generale n. 190 del 30 luglio 2020).

Nella stessa occasione, è stato adottato anche il d.l. n. 83/2020 (*Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020*; GU Serie Generale n. 190 del 30 luglio 2020), che, ai fini che qui interessano, da un lato (art. 1, comma 5), prolunga l'operatività del d.P.C.M. 14 luglio 2020 oltre il 31 luglio⁴³ («nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del decreto-legge n. 19 del 2020..., e comunque per non oltre dieci giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, continua ad applicarsi il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 luglio 2020...»). Dall'altro lato, a proposito delle disposizioni legislative la cui vigenza è ancorata alla durata dello stato emergenziale, opera una distinzione fra quelle, inserite nell'Allegato 1 al citato decreto, i cui termini sono prorogati al 15 ottobre 2020 (art. 1, comma 3: «I termini previsti dalle disposizioni legislative di cui all'allegato 1 sono prorogati al 15 ottobre 2020, salvo quanto previsto al n. 32 dell'allegato medesimo, e le relative disposizioni vengono attuate nei limiti delle risorse disponibili autorizzate a legislazione vigente»)⁴⁴ e quelle per le quali, in quanto non incluse nel predetto Allegato, vale l'originario termine del 31 luglio 2020 (art. 1, comma 4: «I termini previsti da disposizioni legislative diverse da quelle individuate nell'allegato 1, connessi o correlati alla cessazione dello stato di emergenza dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, non sono modificati a seguito della proroga del predetto stato di emergenza, deliberata dal Consiglio dei ministri il 29 luglio 2020,

⁴³ Cfr. *supra*, § 1 e nota 15.

⁴⁴ Tra queste, l'art. 39 del d.l. n. 18/2020, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 27/2020, citato alla nota 20, e l'art. 90, comma 1, secondo periodo, del d.l. n. 34/2020, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 77/2020, su cui *supra*, § 3 e nota 33.

e la loro scadenza resta riferita al 31 luglio 2020»). Tra queste ultime, l'art. 83 del d.l. n. 34/2020 (oltre all'art. 26, comma 2, del d.l. n. 18/2020, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 27/2020⁴⁵), che non figura nell'Allegato 1.

A prescindere da ogni altra valutazione sul quadro normativo, a dir poco confuso, che rischia di derivare dal ricorso alla tecnica prescelta – sol che si pensi, per restare al tema qui in esame, al difettoso coordinamento fra l'assenza segnalata e la proroga al 15 ottobre 2020 dell'art. 90, comma 1, secondo periodo, del d.l. n. 34/2020, il quale a sua volta richiama l'art. 83 – per un verso si confermano le considerazioni svolte nel § 2 circa l'ipotesi del mancato prolungamento dello stato d'emergenza, estensibili, per ovvi motivi, alla situazione venutasi a creare a seguito dell'entrata in vigore del d.l. n. 83/2020 (con la conseguenza che, non potendo in ogni caso il datore di lavoro ignorare, come sopra argomentato, eventuali stati di fragilità, il § 3 può comunque fornire alcuni spunti di riflessione sulla gestione concreta dei medesimi). Per altro verso, si auspica che in sede di conversione possa porsi rimedio a una esclusione francamente poco comprensibile, in virtù delle persistenti ragioni di tutela dei lavoratori fragili, destinate a permanere fintanto che la fase pandemica non sia definitivamente superata (e, stando alla situazione interna e internazionale, purtroppo non pare che la sua fine sia prossima).

Abstract

Il contributo analizza, anche con particolare riferimento al caso delle Università, il nuovo istituto della sorveglianza sanitaria eccezionale, introdotto dal d.l. n. 34/2020, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 77/2020, evidenziandone natura, ratio e criticità e interrogandosi sulle conseguenze di tipo sistematico che, in una prospettiva de iure condendo, potrebbero derivare dal diritto della salute e della sicurezza sul lavoro dell'emergenza.

With particular reference to the case of universities, the essay analyzes the new institute of exceptional health surveillance, introduced by legislative decree No. 34/2020, converted, with modifications, by l. n. 77/2020. The paper points out the nature, the ratio and the critical issues of this institute, considering the systematic consequences which, from a proactive perspective, could arise from the health and safety law of the emergency.

Parole chiave

Coronavirus, Salute e sicurezza, Sorveglianza sanitaria eccezionale, Medico competente, Sistema di prevenzione

Keywords

Coronavirus, Health and safety, Exceptional health surveillance, Occupational physician, Prevention system

⁴⁵ Cfr. *supra*, nota 20, nonché §§ 3 e 4.