



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA
RICERCA

ISTITUTO COMPRENSIVO N.2 "G. L. Radice – Ovidio"

Viale Togliatti snc – 67039 Sulmona (AQ) Tel. e Fax +39 0864-51214

email aqic835009@istruzione.it – Pecaqic835009@pec.istruzione.it

Cod. Fiscale 92020740665



Prot. 3366/IV-8

Sulmona, 15 giugno 2020

**A tutto il Personale dell'Istituto
Agli Atti**

Oggetto: INFORMATIVA E AVVIO SORVEGLIANZA SANITARIA ECCEZIONALE - LAVORATORI "FRAGILI" (Art. 41 Dlgs 81/08 – Art. 83 D.L. 34 del 19/05/2020) e Avvio sorveglianza sanitaria eccezionale ai sensi del D.L. 19 maggio 2020, n. 34

L'art. 83 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34 dispone l'avvio della *"sorveglianza sanitaria eccezionale dei lavoratori maggiormente esposti a rischio 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 comorbidità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità"*.

Nel *"Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro"*, pubblicato da INAIL il 23/04/2020, la sorveglianza sanitaria eccezionale viene prefigurata con riferimento ai lavoratori con età superiore a 55 anni o al di sotto di tale età ma che ritengano di rientrare, per condizioni patologiche, in tale situazione.

Ciò posto, si ritiene necessario inviare alle SS.LL. le precisazioni di seguito indicate necessarie per intraprendere le opportune azioni di tutela, qualora le SS.LL. ritenessero di rientrare nella definizione di lavoratore fragile. Tale "fragilità" è, in genere, dovuta a situazioni cliniche non correlabili all'attività professionale. Le Associazioni scientifiche riportano elenchi con le principali patologie che possono costituire un rischio particolare in caso di infezione da COVID-19, del tipo:

- condizioni di immunodepressione e/o immunodeficienza primarie o secondarie a altre patologie o a terapie;
- patologie oncologiche;
- patologie cardiache (ischemiche tipo infarto, angina e altre coronaropatie, ipertensione arteriosa grave e scompensata, insufficienza cardiaca, gravi aritmie, portatori di dispositivi medici tipo pacemaker e defibrillatore);
- patologie broncopolmonari croniche;
- diabete mellito insulino dipendente, specie se scompensato;
- insufficienza renale cronica;
- insufficienza surrenale cronica;
- malattie degli organi emopoietici ed emoglobinopatie.

Pertanto, tutti i lavoratori in servizio presso questa Istituzione Scolastica che ritengono di essere in condizioni di fragilità, dovranno **richiedere al Dirigente Scolastico, entro il termine di cinque giorni dalla data di pubblicazione della presente comunicazione**, di essere sottoposti a visita da parte del Medico Competente.

Saranno sottoposti a visita - secondo modalità che saranno comunicate in seguito - prioritariamente i lavoratori con riconoscimento di invalidità civile superiore al 45% e i lavoratori immunodepressi, oncologici e con patologie in comorbidità. La certificazione sanitaria relativa alla citate patologie dovrà essere presentata al medico competente.

La richiesta dovrà essere consegnata, tramite il modello allegato, **brevi manu in busta chiusa riservata al Dirigente Scolastico**, previo appuntamento in Segreteria.

La richiesta dovrà essere corredata da copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Il Dirigente Scolastico
Gabiella Di Mascio

*Firma autografa omessa ai sensi
dell'art 3, c. 2 del D. L.vo n. 39/93*

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo "Radice – Ovidio"
Sulmona (AQ)
RISERVATA

Il/la sottoscritt _____, nato a _____
il _____, in servizio presso questo Istituto in qualità di _____
ritenendo di essere in condizioni di fragilità e dunque maggiormente esposto a rischio di contagio da SARS-
CoV-2

CHIEDE

alla S.V. di essere sottoposto a visita da parte del Medico Competente.

Il sottoscritto si impegna a produrre la documentazione medica in suo possesso, riferita alla condizione di fragilità, al Medico Competente.

Si allega alla presente richiesta copia del proprio documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

In fede
