

LA GESTIONE DELL'OPERATORE SANITARIO CONTAGIATO E IL MONITORAGGIO CLINICO DEL LAVORATORE CONTAGIATO. INDICAZIONI AD INTERIM.

28 giugno 2020

A cura di: Commissione Permanente SIML "Medici della Sanità"

Questo documento anticipa alcuni contenuti della FAD SIML *"Il ruolo del Medico Competente nella gestione del rischio di contagio da SARS-CoV-2"* alla cui fruizione integrale si rimanda.

Tali contenuti - inerenti la gestione dell'operatore sanitario contagiato che rientra al lavoro - sono stati coordinati con quelli dell'analogo documento prodotto dalla Commissione Medici Competenti riguardante il lavoratore contagiato che rientra al lavoro in ambito non sanitario.

Il presente documento presenta inoltre una prima proposta di monitoraggio nel tempo del lavoratore con esiti Covid.

Per gli aspetti di inquadramento clinico si rimanda alla FAD stessa.

La gestione dell'operatore sanitario contagiato

Nel corso della pandemia COVID19, gli operatori sanitari sono stati la categoria di lavoratori maggiormente coinvolta, sia all'interno delle strutture pubbliche che private, quali ad esempio le RSA.

Al 01 giugno 2020, l'ISS stimava 28153 operatori sanitari contagiati su un totale di 233607 casi confermati, più del 10% dei contagiati. Il contagio ha avuto importanti ripercussioni di salute sugli operatori stessi, ma anche ripercussioni sul Sistema Sanitario, già afflitto da carenze di risorse umane. Tali difficoltà hanno condotto a strategie nazionali volte alla non applicazione delle misure contumaciali sugli operatori sanitari (art. 7 D. Lgs. N 14 del 09/03/2020), nonché al rapido reinserimento lavorativo dopo quadri clinici sospetti o confermati, in particolare nelle fasi epidemiologiche iniziali.

Nel tempo si è assistito a quadri epidemiologici diversificati tra le Regioni e addirittura tra le Province della stessa Regione e a diverse Direttive Regionali che hanno condotto a strategie diversificate nell'ambito del territorio nazionale.

Dato certo è che l'OS per rientrare al lavoro dopo infezione confermata deve essere **GUARITO**, così come già definito dalla Circolare del Ministero della Salute del 28 febbraio 2020:

"Si definisce clinicamente guarito da COVID-19 un paziente che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2. Il paziente guarito è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da

COVID-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2."

Tuttavia il medico competente del settore sanitario può dover gestire diversi scenari.

-Operatori sanitari con quadro clinico sospetto per Covid-19 a cui non sia stato effettuato tampone (non indicato dalle procedure nella fase di acuzie o perché hanno mancato di notificare le loro condizioni): si raccomanda di sottoporre ad almeno 1 tampone prima del rientro; in alternativa, solo in caso di quadro clinico lieve e di reale impossibilità ad eseguire il tampone, si può decidere di escludere dal lavoro fino ad almeno 3 giorni dalla guarigione clinica (scomparsa della sintomatologia senza farmaci) E almeno 10 giorni dall'inizio della sintomatologia. [CDC «Criteria for return to work for healthcare personal with suspected or confirmed COVID-19 (Interim Guidance) » April 30, 2020; WHO «Clinical management of COVID-19: interim guidance», May 27, 2020"; WHO "Criteria to release COVID-19 patients from isolation: Scientific brief" June 17, 2020].

Le evidenze dimostrano che, specialmente in pazienti con malattia lieve, raramente il virus può essere coltivato in campioni respiratori dopo 9 giorni dall'insorgenza dei sintomi, di solito accompagnato da livelli crescenti di anticorpi neutralizzanti e da una loro risoluzione; pertanto l'OMS ha modificato i criteri per la dimissione dall'isolamento. Secondo l'OMS infatti sembra sicuro liberare i pazienti dall'isolamento sulla base di criteri clinici, ovvero un tempo minimo di isolamento di 13 giorni, piuttosto che unicamente sui risultati ripetuti della PCR. È importante notare che i criteri clinici richiedono che i sintomi dei pazienti siano stati risolti almeno tre giorni prima del rilascio dall'isolamento, con un tempo minimo di isolamento di 13 giorni dall'insorgenza dei sintomi.

-Operatori sanitari con quadro clinico sospetto per Covid-19 risultati negativi al test diagnostico in corso di malattia: valutare l'opportunità di effettuare un secondo tampone di conferma dopo la risoluzione sintomatologica ai fini della riammissione in servizio.

-Operatori sanitari asintomatici con tampone positivo: 2 tamponi rinofaringei negativi per SARS-CoV2 effettuati a distanza di 24 ore ai fini della riammissione in servizio, non prima di 7 giorni dal riscontro di positività. Secondo l'OMS è possibile liberare dall'isolamento 10 giorni dopo test molecolare positivo per SARS-CoV2 (WHO "Criteria to release COVID-19 patients from isolation: Scientific brief" June 17, 2020).

-Operatori sanitari sintomatici con tampone positivo: assenza di sintomatologia e 2 tamponi rinofaringei negativi per SARS-CoV2 effettuati a distanza di 24 ore ai fini della riammissione in servizio.

Al rientro al lavoro si raccomanda di adottare comportamenti massimamente protettivi per evitare nuovi contagi, quali ad esempio di indossare la mascherina chirurgica per tutta la durata del turno lavorativo almeno per 14 giorni dopo la scomparsa della sintomatologia e/o la negativizzazione del tampone. Inoltre in caso di attività che prevedano utilizzo di facciali filtranti si raccomanda di utilizzare i modelli senza valvola o di coprire il facciale con mascherina chirurgica. Infine è necessario informare il lavoratore in merito

all'automonitoraggio del proprio stato di salute e alla richiesta di rivalutazione al medico del lavoro in caso di ricomparsa di sintomatologia sospetta.

L'operatore sanitario contagiato dovrà essere sottoposto obbligatoriamente a visita medica al rientro al lavoro solo se sono trascorsi oltre 60 giorni di assenza, ai sensi del D.lgs. 81/08 art 41 c. 2 lettera e-ter, oppure in caso di ricovero ospedaliero per COVID19.

Infatti, il Protocollo fra il Governo e le parti sociali (allegato al DPCM 26/04/2020, successivamente al DPCM 17/05/2020, infine al DPCM 11/06/2020) che prevede la visita medica al rientro al lavoro per tutti i lavoratori contagiati indipendentemente dalla durata della malattia, esclude specificamente dall'ambito di applicazione gli ambienti di lavoro sanitari.

D'altro canto la Circolare del Ministero della Salute del 29/04/2020 sull'attività dei medici competenti nell'ambito dell'emergenza COVID, prevede la visita medica obbligatoria solamente per i lavoratori contagiati che sono stati sottoposti a ricovero ospedaliero.

Nello specifico, la suddetta Circolare Ministeriale dice che:

«In merito al reintegro progressivo di lavoratori dopo l'infezione da COVID-19, 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.

*Pertanto, il medico competente, per quei lavoratori che sono stati affetti da COVID-19 **per il quale è stato necessario un ricovero ospedaliero, previa presentazione di certificazione di avvenuta negativizzazione** secondo le modalità previste rilasciata dal Dipartimento di prevenzione territoriale di competenza, effettua la visita medica prevista dall'art.41, c. 2 lett. e-ter del D.lgs. 81/08 e s.m.i (quella precedente alla ripresa del lavoro a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi), al fine di verificare l'idoneità alla mansione - anche per valutare profili specifici di rischiosità - **indipendentemente dalla durata dell'assenza per malattia.**»*

Quindi nel settore sanitario la visita per rientro al lavoro viene effettuata obbligatoriamente solo in caso di assenza superiore a 60 giorni o in caso di ricovero, previa acquisizione documentale di certificazione di negativizzazione (anche se nella maggior parte dei casi i TOF vengono gestiti direttamente dai medici competenti del settore sanitario, in particolare delle Aziende Pubbliche), indipendentemente dalla durata di assenza della malattia.

Ricordiamo che gli operatori sanitari sono una categoria di lavoratori comunque esposti a rischio biologico specifico, che recentemente La Direttiva UE 2020/739 ha classificato SARS-CoV-2 come patogeno per l'uomo del gruppo di rischio 3, e che pertanto l'operatore sanitario può comunque richiedere una visita ai sensi dell'art. 41, al comma 2, lettera c) per rischio

biologico specifico, sia nel contesto del rientro al lavoro dopo COVID19, sia per segnalare condizioni patologiche di «ipersuscettibilità» nei confronti di COVID19.

Il settore sanitario rispetto alla gestione dell'emergenza COVID è alquanto peculiare rispetto agli altri settori lavorativi. Infatti, sia nell'ambito delle condizioni patologiche di «fragilità» che in occasione del rientro al lavoro dopo COVID, il medico competente della sanità si trova spesso di fronte a diverse criticità nella formulazione dell'idoneità e spesso alla necessità di mantenere l'operatore sanitario al lavoro, ad esempio:

- Professionalità specifica dell'operatore sanitario
- Difficoltà di ricollocazione dei lavoratori
- Carenza di personale sanitario
- Motivazioni economiche che influenzano il lavoratore
- Assenza di chiarezza sulle modalità di astensione dal lavoro

Nel settore sanitario è pertanto cruciale il ruolo del medico competente sia nella valutazione e gestione del rischio specifico, in collaborazione con il SPP aziendale, che nella formulazione e gestione dell'idoneità alla mansione specifica.

Ci sono ulteriori punti chiave nel settore sanitario da rammentare nel caso di operatori sanitari "fragili" che continuano a svolgere la propria attività lavorativa. Il medico competente deve porre particolare attenzione ai seguenti punti:

- ✓ Rigoroso rispetto delle precauzioni standard di biosicurezza. In assenza di ottimali condizioni di sicurezza i soggetti fragili non devono essere adibiti ad attività assistenziale
- ✓ Evitare attività a rischio molto alto di esposizione a COVID (ad es. manovre che producono aerosol)
- ✓ Non attività a rischio alto di esposizione a Covid 19 (attività assistenziale diretta a pazienti COVID sospetti o confermati). Se per le criticità precedentemente illustrate non evitabile, si raccomanda nell'assistenza a paziente sospetto /confermato Covid (in via eccezionale) rigoroso uso di DPI anti Covid, come concordati con SPP.
- ✓ Negli altri scenari di esposizione a COVID, i «fragili» possono lavorare mettendo in atto tutte le misure di prevenzione standard, da contatto, per droplet e per aerosol. Valutare insieme al Servizio di prevenzione e Protezione Aziendale le tipologie di DPI da adottare (in assenza di controindicazione all'uso degli stessi)
- ✓ Gli O.S. "fragili" devono indossare la mascherina chirurgica anche nelle pause di ristoro e rispettare rigorosamente il distanziamento sociale e devono evitare interazioni con soggetti che non indossano la mascherina

Al momento della visita di rientro al lavoro il medico competente si troverà di fronte ad operatori sanitari in esiti di COVID manifestatosi in diversi quadri clinici e di conseguenza sulla

base della gravità del quadro e quindi dei successivi esiti clinici anche la gestione del reinserimento lavorativo dovrà inevitabilmente essere differenziata.

I quadri clinici di presentazione del virus SARS CoV2 sono così classificati dall'ISS:

- **Asintomatici:** Una persona trovata positiva al test per SARS-CoV-2 senza segni o sintomi apparenti di malattia.
- **Paucisintomatici:** Una persona trovata positiva al test per SARS-CoV-2 con sintomi lievi (ad esempio malessere generale, lieve rialzo della temperatura corporea, stanchezza, ecc.).
- **Lievi:** Una persona trovata positiva al test per SARS-CoV-2 con chiari segni e sintomi di malattia (malattia respiratoria) ma non abbastanza gravi da richiedere il ricovero ospedaliero.
- **Severi:** Una persona trovata positiva al test per SARS-CoV-2 con chiari segni e sintomi di malattia (malattia respiratoria) abbastanza gravi da richiedere il ricovero ospedaliero.
- **Critici:** Una persona risultata positiva al test per SARS-CoV-2 con chiari segni e sintomi di malattia (ad esempio, malattia respiratoria) e abbastanza gravi da richiedere il ricovero in Terapia Intensiva

Alla visita di rientro si propongono alcuni accertamenti sanitari, che potranno essere acquisiti (già effettuati dal lavoratore durante la convalescenza) oppure richiesti dal medico competente ai fini dell'espressione del giudizio d'idoneità da scegliere a seconda del quadro clinico di presentazione del COVID:

- Esami ematochimici: emocromo completo con formula leucocitaria, fibrinogeno, tempo di protombina (PT), tempo di tromboplastina parziale (aPTT), LDH, CPK, D-dimero, profilo epatico e renale, glicemia, TSH.
- Rx torace/TC torace
- Walking test con valutazione della saturazione di ossigeno
- Emogasanalisi
- Consulenza pneumologica con prove di funzionalità respiratoria complete di DLCO
- Consulenza cardiologica con ECG basale ed eventuale ecocardiogramma
- Consulenza neurologica
- Questionario specifico per disturbi della sfera emotiva ed eventuale colloquio con psicologo e/o psichiatra aziendale

Si propone un algoritmo di ausilio per il medico competente nella formulazione del giudizio d'idoneità alla mansione specifica in occasione della visita al rientro al lavoro degli operatori

sanitari dopo malattia da COVID19. Alcune raccomandazioni per i medici competenti nella formulazione e nella gestione di tale giudizi:

- Si raccomanda di effettuare le valutazioni con l'ausilio degli specialisti di riferimento.
- Sarebbe auspicabile l'attivazione di un'equipe multidisciplinare finalizzata al follow up dell'operatore sanitario che rientra al lavoro dopo patologia COVID19. Situazione particolarmente privilegiata nell'ambito delle aziende sanitarie.
- Si raccomanda la collaborazione con Servizio di Prevenzione e Protezione e con il responsabile diretto dell'operatore sanitario al fine di valutare l'attuazione delle possibili misure preventive
- Si propone rivalutazione dell'idoneità a distanza di 3/6 mesi.
- Valutare eventuali condizioni post-infettive che si configurino in stati di cosiddetta "fragilità" che potrebbero richiedere anche come scelta limite l'allontanamento dal lavoro.

Sappiamo che il virus SARS CoV2 si presenta come patologia multiorgano e che i principali organi bersaglio sono l'apparato respiratorio e cardiovascolare. Importanti sono inoltre le ripercussioni sulla sfera psichica con possibile sviluppo di quadri depressivi e di disturbi post-traumatici da stress, come già evidenziato in passato per sindromi respiratorie acute, soprattutto nei casi di lunghi ricoveri ospedalieri e di ricoveri in unità di terapia intensiva.

In caso di esiti di polmonite interstiziale, risulta importante la valutazione dell'idoneità all'utilizzo delle protezioni respiratorie necessarie per svolgere l'attività lavorativa in ambito sanitario durante la fase emergenziale, ma anche per svolgere qualsiasi attività con esposizione ad agenti infettivi a trasmissione respiratoria.

Pertanto in caso di rientro al lavoro in presenza di deficit di funzionalità respiratoria e di saturazione, per la controindicazione all'utilizzo sia dei facciali filtranti che delle mascherine chirurgiche, si suggerisce di evitare che l'OS svolga attività assistenziale diretta durante tutta la fase emergenziale.

In caso di interstiziopatia con deficit di funzionalità respiratoria ma normale saturazione, si suggerisce di evitare attività lavorative con esposizione a rischio alto e molto alto di COVID, quali attività assistenziale o diagnostica su casi sospetti/confermati e attività con esposizione ad aerosol.

Negli altri casi si raccomanda di valutare insieme al SPP e ai responsabili della gestione personale le misure di prevenzione più adeguate, sia strutturali che organizzative, non solo la scelta dei DPI.

In caso di esiti di patologia cardiovascolare, che come sappiamo da studi recenti si manifesta in circa il 40% dei casi ricoverati, risulta opportuno valutare eventuali limitazioni anche temporanee al lavoro notturno e alle attività lavorative con esposizione a rischio alto e molto alto di COVID, al fine di prevenire eventuale reinfezione ad oggi non ancora escludibile.

Lo stesso per gli esiti psichiatrici quali la depressione o il disturbo post-traumatico da stress, sia a causa delle eventuali terapie farmacologiche che della difficoltà emotiva a rientrare a lavorare a contatto con i malati COVID.

Il monitoraggio clinico del lavoratore contagiato

Come anticipato in premessa, si propone un'attività di monitoraggio nel tempo attraverso ambulatori specialistici di medicina del lavoro, che possono svolgere accertamenti di II livello in aiuto ai medici competenti che svolgono il proprio ruolo nelle aziende non sanitarie del territorio. All'interno delle aziende sanitarie i medesimi percorsi possono essere attivati attraverso equipe multidisciplinari che si occupano del reinserimento lavorativo e del follow up del lavoratore.

Presentiamo quindi due pubblicazioni recenti che ci possono aiutare nel delineare una proposta operativa di follow up.

Il primo è uno studio della British Thoracic Society sul follow up respiratorio di pazienti con quadro clinico e radiologico di polmonite da COVID19. La pubblicazione presenta un algoritmo di follow up separato per i pazienti che richiedono il ricovero in terapia intensiva e quelli con polmonite COVID-19 grave rispetto a quelli con malattia lieve o moderata. I presupposti di tale distinzione sono i seguenti:

- I pazienti ricoverati in terapia intensiva con SARS avevano una funzione polmonare significativamente inferiore (capacità vitale forzata (FVC), capacità polmonare totale (TLC) e fattore di trasferimento del polmone per il monossido di carbonio (TLco) rispetto a quelli curati nei reparti generali.
- È possibile che una parte dei sopravvissuti alla terapia intensiva in terapia intensiva COVID-19 soffra di menomazioni fisiologiche persistenti e di anomalie radiologiche.
- Complicazioni cardiache, renali e neurologiche possono essere prevalenti e quindi considerate in un follow-up specialistico dedicato

Secondo gli Autori i pazienti con infezione confermata da COVID-19 senza evidenza radiologica di polmonite virale o quelli la cui radiologia si normalizza al momento della dimissione ospedaliera non hanno bisogno di un follow-up.

Nel caso 1) pazienti ricoverati per cure ospedaliere con diagnosi clinico-radiologica di polmonite COVID-19 che hanno richiesto il ricovero in terapia intensiva o che sono stati curati in reparto con polmonite grave, vengono proposti:

- ✓ A 4-6 settimane dalla dimissione valutazione clinica olistica "Post-COVID-19" (verosimilmente il lavoratore non sarà ancora rientrato al lavoro)
- ✓ A 12 settimane visita con RX torace e valutazione della sintomatologia respiratoria

Se ci sono cambiamenti radiologici e / o prove di deterioramento fisiologico, considerare una TAC volumetrica ad alta risoluzione e un angiogramma polmonare per valutare la presenza di malattia polmonare sia interstiziale che embolia polmonare.

Se il quadro RX non è dirimente e/o sono presenti sintomi respiratori, si propongono:

- ✓ Test di funzionalità respiratoria completo
- ✓ Walk test con valutazione della saturazione di ossigeno
- ✓ Ecocardiogramma
- ✓ Campione di espettorato per l'analisi microbiologica
- ✓ Valutare la necessità di ricorrere ai servizi di riabilitazione se non è già stato fatto

Nel caso 2) pazienti con una diagnosi clinico-radiologica di polmonite COVID-19 da lieve a moderata, si propone follow-up con RX torace a 12 settimane dalla dimissione dall'ospedale.

Se RX dimostra una risoluzione completa (o piccoli cambiamenti insignificanti come l'atelettasia) il follow-up radiologico termina.

Per i pazienti con anomalie RX significative persistenti a 12 settimane, gli Autori suggeriscono visita medica e esami completi della funzionalità polmonare. I pazienti che presentano persistenti anomalie significative sul 2° RX e/o test di funzionalità polmonare anormali e/o inspiegabili e significativi di dispnea effettuare:

- ✓ TC volumetrica ad alta risoluzione e un angiogramma polmonare (CTPA) per valutare la presenza di ILD e PE.
- ✓ Walk test con valutazione della saturazione di ossigeno
- ✓ Ecocardiogramma

In tutti i casi valutare comunque la necessità di fisioterapia respiratoria.

La seconda pubblicazione, ancora in fase di stampa, propone *“The Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19”* un metodo per valutare le limitazioni funzionali post COVID19.

I contagiati vengono sottoposti nel tempo ai seguenti quesiti:

- 1) Sei in grado di vivere da solo senza assistenza? (mangiare, lavarsi, camminare da soli)
- 2) Ci sono attività a casa o al lavoro che non sei più in grado di svolgere da solo?
- 3) Soffri di sintomi quali panico, depressione o ansia?
- 4) Hai bisogno di evitare o ridurre alcune attività o distribuirle nel tempo?

Sulla base delle risposte si classifica il paziente in 5 classi funzionali:

-Classe 0= nessuna limitazione funzionale

-Classe 1= limitazioni funzionali di scarso significato

- Classe 2= lievi limitazioni funzionali
- Classe 3= moderate limitazioni funzionali
- Classe 4= gravi limitazioni funzionali

Sulla base delle attuali evidenze di letteratura, proponiamo il seguente protocollo di follow up:

- I lavoratori con infezione confermata da COVID-19 senza evidenza radiologica di polmonite virale o quelli la cui radiologia si normalizza al momento della dimissione ospedaliera non hanno verosimilmente bisogno di follow-up
- I lavoratori in esiti di quadri clinici di COVID 19 di tipo severo e critico potrebbero essere sottoposti a follow-up attraverso ambulatori specialistici di Medicina del Lavoro, che possano garantire accertamenti di 2° livello attraverso l'ausilio di equipe multispecialistica, che indirizzino verso eventuali percorsi di fisioterapia respiratoria e che orientino i medici competenti nell'espressione del giudizio d'idoneità nel reinserimento lavorativo
- Timing: 3/6 mesi-2 anni-5 anni dalla dimissione ospedaliera
- Accertamenti: test di funzionalità polmonare completi di DLCO, walking-test di 6 minuti con ossimetria a riposo e da sforzo, imaging del torace (RX/TC torace), valutazione psicologica e della qualità della vita (ad es. *The Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale*), Test da sforzo cardiopolmonare

Considerato che il COVID è una patologia multiorgano, di cui ad oggi si conosce prevalentemente il quadro di presentazione polmonare, il protocollo proposto non può considerarsi esaustivo, nel tempo potrebbero aggiungersi accertamenti di follow up per il monitoraggio della funzionalità dei diversi organi target (cardiovascolare, neurologico, renale) che possono avere ripercussioni sulla capacità lavorativa e sulla idoneità alla mansione. Complicazioni cardiache, renali e neurologiche dovranno essere considerate in follow-up specialistici dedicati.

Bibliografia/sitografia:

- 1) https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Infografica_1giugno%20ITA.pdf
- 2) Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19. (GU Serie Generale n.62 del 09-03-2020)
- 3) Circolare del Ministero della Salute 28/02/2020 "Parere del Consiglio Superiore di Sanità: definizione di Paziente guarito da Covid-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2"

- 4) CDC «Criteria for return to work for healthcare personnel with suspected or confirmed COVID-19 (Interim Guidance)» April 30, 2020
- 5) WHO «Clinical management of COVID-19: interim guidance», May 27, 2020
- 6) WHO “Criteria to release COVID-19 patients from isolation: Scientific brief”, June 17, 2020
- 7) D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro.
- 8) DPCM 26 aprile 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale n.108 del 27-04-2020)
- 9) DPCM 26 aprile 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (G.U. Serie Generale n. 108 del 27 aprile 2020)
- 10) Circolare del Ministero della Salute 29/04/2020 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.
- 11) DPCM 11 giugno 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (G.U. Serie Generale , n. 147 del 11 giugno 2020)
- 12) Direttiva (UE) 2020/739 della Commissione del 3 giugno 2020 che modifica l'allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l'inserimento del SARS-CoV-2 nell'elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell'uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione
- 13) *British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia – 11 May 2020*
- 14) Klok FA, Boon GJAM, Barco S, *et al.* The Post-COVID-19 Functional Status (PCFS) Scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. *Eur Respir J* 2020; in press (<https://doi.org/10.1183/13993003.01494-2020>).