



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "ANGELO SECCHI"

Via Makallè,14 - 42124 REGGIO NELL'EMILIA (RE)

Tel 0522/518555 Fax 0522/516643

Codice fiscale 91180540352 – Codice UNIVOCO UFUX31

sito: <http://www.itgsecchi-re.gov.it>

e-mail: reis01700g@istruzione.it - reis01700g@pec.istruzione.it



Circ. n. 142

Reggio Emilia, 30 maggio 2020

A tutti i lavoratori

OGGETTO: INFORMATIVA LAVORATORI FRAGILI

Il presente comunicato non riguarda i lavoratori che:

- 1) stanno svolgendo attività lavorativa da casa
- 3) non stanno lavorando
- 4) si trovano in mutua, congedo, aspettativa, ecc..

Visto l'art. 12 punto 5 dell'all.6 del DPCM 26/04/2020 "protocollo condiviso" del 24 aprile 2020

Vista la circolare del Ministero della Salute n. 14915 del 29 aprile 2020;

Considerate le indicazioni pervenute dalle Società Scientifiche di riferimento;

Considerato che non è tecnicamente possibile procedere ad una ricerca su base documentale, chi ritenesse di essere affetto da grave patologia o ritenesse di appartenere alla categoria dei soggetti fragili ipersuscettibili (vedi schema di riferimento allegato), potrà far valutare la propria situazione dal medico competente;

Ai sensi del DPCM 8 marzo 2020, in particolare riferimento all'articolo 3, comma 1, lettera b);

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Per tutelare i lavoratori stabilisce quanto segue, in caso di riconosciuta fragilità, nel rispetto della privacy.

Il Dirigente Scolastico deve SEMPRE essere informato che il lavoratore sta avviando tale procedura. Per non sovraccaricare il medico competente di un eccessivo numero di richieste, che rallenterebbero le possibilità di risposta anche ai casi gravi, si esorta a dar avvio a tale procedura SOLO AI LAVORATORI CON SITUAZIONI REALMENTE IMPORTANTI E CHE NON RIENTRANO NEI CASI SOPRA RIPORTATI.

Per dare avvio alla procedura il lavoratore dovrà procedere come segue:

- **INFORMARE IL DIRIGENTE SCOLASTICO**, tramite la compilazione del modulo che si allega alla presente, che si vuole contattare il medico competente per la valutazione del proprio caso clinico per il riconoscimento di "soggetto fragile" (per la privacy non deve essere fornita alcuna informazione sanitaria al Dirigente Scolastico).

IPOSTESI NON VERIFICATA DI ALCUNE CONDIZIONI CLINICHE DEL LAVORATORE RAPPORTATE ALL'ETA' CON
 PROBABILITA' DI AUMENTATO RISCHIO DI COMPLICANZE IN CASO DI INFEZIONE DA COVID 19

TUTTE LE ETA'	ETA' SUPERIORE AI 55 ANNI	ETA' SUPERIORE AI 65 ANNI O STATO DI GRAVIDANZA
cardiopatìa coronarica con pregresso stent o infarto o aritmie o valvulopatie rilevanti /fibrillazione atriale non compensata, cardiomiopatia dilatativa, o altre cardiopatie rilevanti	ipertensione modesta non compensata dalla terapia (pressione alta nonostante la terapia)	sempre
ipertensione elevata non compensata dalla terapia	documentata ipertensione elevata ben controllata da multiterapia specifica (uso di più farmaci associati)	
cancro attivo negli ultimi 5 anni	diabete mellito	
diabete mellito con difficile stabilità glicemica e valori elevati di Hb glicata	insufficienza renale cronica	
insufficienza renale cronica moderata	BPCO o asma bronchiale in terapia cronica	
trapiantato d'organo	epatopatia cronica modesta con alterazioni enzimatiche	
documentata immunodepressione rilevante		
broncopneumopatie croniche rilevanti		
ICTUS		
epatopatie gravi con alterazioni enzimatiche		
associazione di almeno due delle precedenti condizioni di lieve-modesta entità		

Il Dirigente scolastico
 Beatrice Menozzi

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
 ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/1993

Al Dirigente Scolastico
dell'Istituto _____

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 /Medico del Lavoro INAIL.

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

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

Luogo e data _____

In fede
