



Quaderni di Medicina Legale del Lavoro

Notiziario

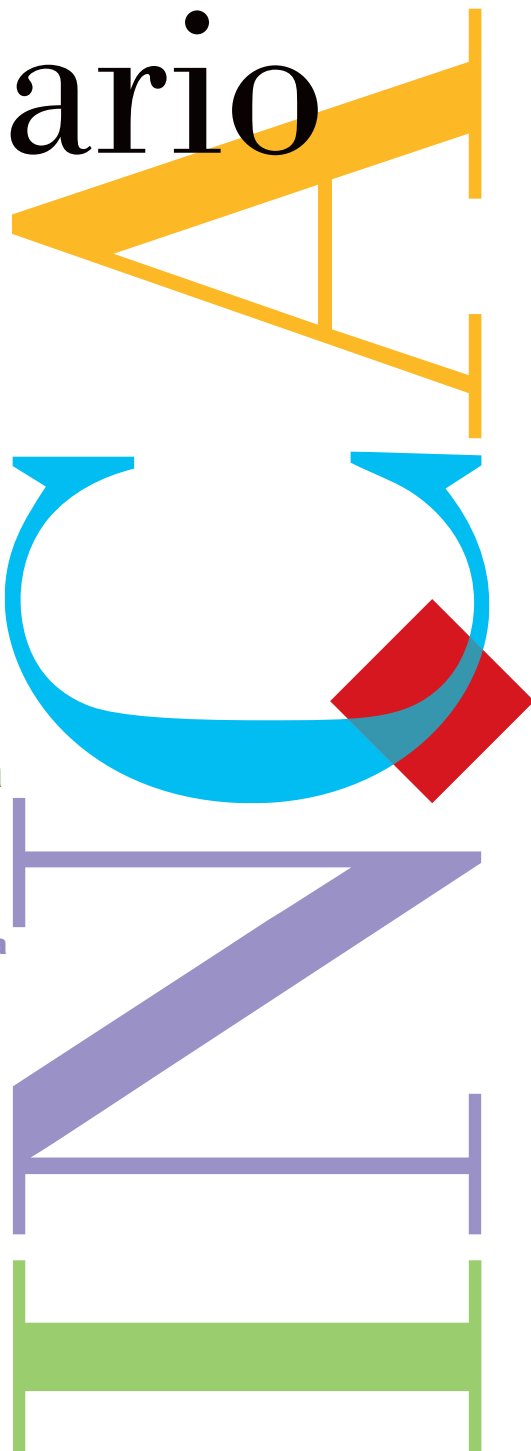
NotiziarioINCAonline
N. 1 / 2021

**La tutela del futuro
tra conoscenze
e nuove acquisizioni
di fronte all'epidemia
Covid-19**

Atti del corso per i medici
9 dicembre 2020
Evento svolto in videoconferenza



il Patronato della CGIL



DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Micaela Aureli

EDITORE E PROPRIETARIO

Futura srl
Via delle Quattro Fontane 109
00184 Roma
Tel. 06 44870283
www.ediesseonline.it

Progetto grafico: Antonella Lupi

© FUTURA SRL

Immagini tratte dal volume
Cgil. Le raccolte d'arte, 2005

CHIUSO IN REDAZIONE
MARZO 2021

TESTI NON RIVISTI DAGLI AUTORI

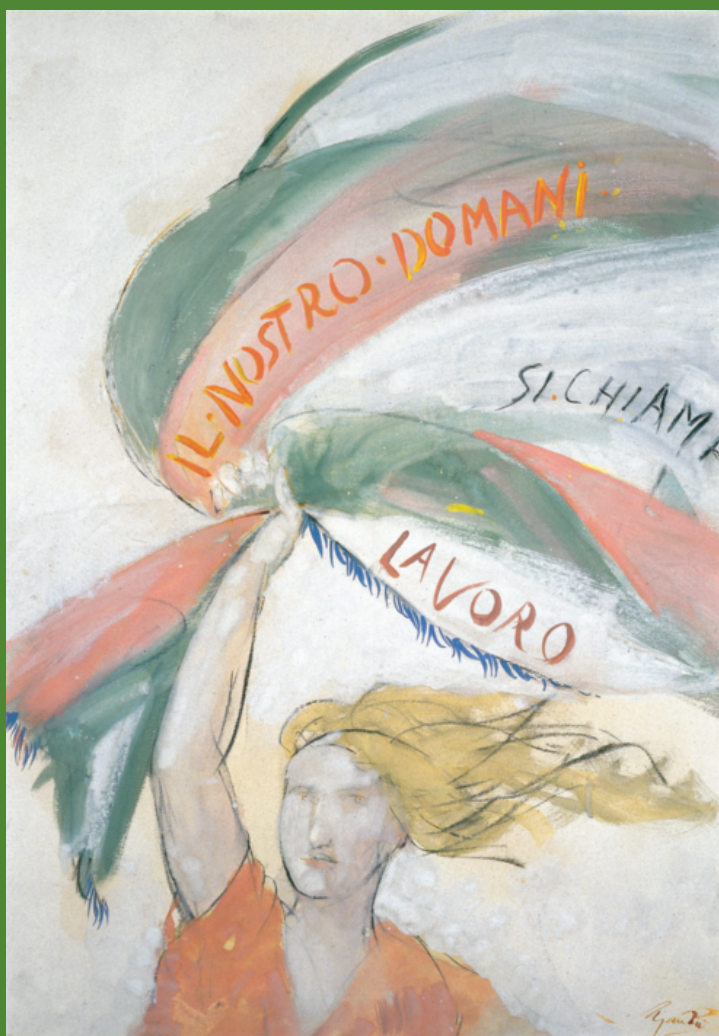
EGREGIO ABBONATO, AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/
2003 LA INFORMIAMO CHE I SUOI DATI SONO CON-
SERVATI NEL NOSTRO ARCHIVIO INFORMATICO E
SARANNO UTILIZZATI DALLA NOSTRA SOCIETÀ,
NONCHÉ DA ENTI E SOCIETÀ ESTERNE A ESSA COL-
LEGATE, SOLO PER L'INVIO DI MATERIALE AMMINI-
STRATIVO, COMMERCIALE E PROMOZIONALE DERI-
VANTE DALLA NOSTRA ATTIVITÀ.
LA INFORMIAMO INOLTRE CHE LEI HA IL DIRITTO DI
CONOSCERE, AGGIORNARE, CANCELLARE, RETTIFI-
CARE I SUOI DATI OD OPPORSI ALL'UTILIZZO DEGLI
STESSI, SE TRATTATI IN VIOLAZIONE DEL SUDET-
TO DECRETO LEGISLATIVO.

Sommario

Introduzione	7
Fabio Manca	
La pandemia da Sars-CoV2 in Italia: quali conseguenze per il Ssn	12
Nicola Vanacore	
Infezioni infortunio da Covid-19 e medicina necroscopica: le implicazioni assicurativo-sociali	17
Giorgio Bolino	
Covid-19 e tutela dei lavoratori: rischio da contagio nei luoghi di lavoro (presunzione semplice o aggravata?)	23
Patrizio Rossi	
Fattori di rischio da agenti biologici: aggiornamento del Dvr in relazione al Covid-19	28
Ilenia Folletti	
La tutela del danno differenziale: quali ipotesi di tutela e risarcimento	31
Antonio Regazzo	
L'evento di rischi infortunistici per causa virulenta, contagio ed effetti	35
Gianni Aristide Norelli	
Stress da lavoro correlato e Covid con particolare riferimento alle professioni sanitarie	38
Emanuele Caroppo	
Indennità di malattia: le modalità applicative dell'Inps in tempo di Covid-19	40
Marina Puligheddu	
Conclusioni	44
Silvino Candeloro	



**LA TUTELA DEL FUTURO
TRA CONOSCENZE
E NUOVE ACQUISIZIONI
DI FRONTE ALL'EPIDEMIA
COVID-19**



Giacomo Manzù, Il nostro domani si chiama lavoro, 1977

Introduzione

■ Fabio Manca*

È con profonda tristezza che mi accingo ad introdurre queste note sul convegno che anche quest'anno abbiamo «voluto» organizzare nonostante le problematiche correlate alla critica situazione socio-sanitaria che si è venuta a creare, ma anche e soprattutto perché durante i preparativi è venuto a mancare il nostro caro compagno, collega ed amico Marco.

Io in qualità di «vecchio» medico dell'Inca, sono cresciuto in questi anni, dapprima apprezzandolo, da lontano in «periferia», come profondo conoscitore e fiero difensore dei diritti alla tutela della salute nell'ambito lavorativo; in seguito come modesto collaboratore in ambito nazionale, laddove, nonostante la compromessa salute, ha continuato a portare la sua professionalità, condita da quella dote non comune ed assai rara oggi legata alla profonda coscienza di credere in quello che uno fa.

Questa considerazione non solo permeava la nostra organizzazione, ma aveva un consapevole riscontro anche al di fuori presso tutti i colleghi che della tutela previdenziale avevano ed hanno fatto una ragione professionale di vita.

Per tale motivo, ancora di più, essendo l'incontro legato al convegno l'ultima occasione a cui abbiamo lavorato insieme, tutti noi amministrativi e medici, abbiamo sentito come dovere portare a termine questo impegno per rispetto ed in parte per un senso sopito di dovere, mai esplicitamente manifestato, ma che nel nostro intimo ci supportava e ci supporta tuttora nel suo ricordo.

Ciao Marco.

Era ovvio, in particolare quando ci si è resi conto che arrivava la seconda ondata, che il target della nostra attenzione non potesse che configurarsi nel «tentativo» della risposta a questa domanda: «Quando contrarre il Covid possa configurare un infortunio sul lavoro?» con i relativi aspetti di valutazione medico legale nel contesto pandemico.

Partendo dalla considerazione che per infortunio sul lavoro si intende ogni lesione originata in occasione di lavoro, da causa violenta che determini la morte della persona o ne menomi parzialmente o totalmente la capacità lavorativa, con gli elementi inte-

* Medico legale di Inca nazionale.

FIGURA 1

La Corte di cassazione ha fornito la seguente definizione di causa violenta: **"l'azione violenta** che può determinare una patologia riconducibile all'infortunio protetto deve operare come **causa esterna, che agisca con rapidità e intensità, in un brevissimo arco temporale**, o comunque in una minima misura temporale, non potendo ritenersi indennizzabili come infortuni sul lavoro tutte le patologie che trovino concausa nell'affaticamento che costituisce normale conseguenza del lavoro" (cfr. Sez. L, Sentenza n. 14119 del 20/06/2006; conf. Sez. L, Sentenza n. 17649 del 28/07/2010).

granti l'infortunio sul lavoro (la causa violenta, l'occasione di lavoro, la lesione) la relazione con cui approcciarsi alla nuova pandemia richiedeva ulteriori approfondimenti. Infatti partendo dalla esposizione al rischio specifico, che promana proprio dal lavoro svolto, come quello di chi è addetto a una macchina (c.d. rischio da adibizione) o controlla il lavoro degli addetti (c.d. rischio da sorveglianza), oppure di chi opera nell'ambiente organizzato nel quale la macchi-

na è installata e funziona (c.d. rischio ambientale) e che è per sua natura strettamente connesso all'attività lavorativa e dà sempre luogo a infortuni sul lavoro indennizzabili dall'Inail, occorre chiedersi come e quando nell'attuale contesto il rischio da infezione da «Covid» si possa inserire nel rischio generico aggravato, che è un rischio potenzialmente generico, ma che, in particolari circostanze, viene aggravato da fatti, situazioni o azioni che sono strettamente correlate al-

FIGURA 2

Malattie – infortunio

Tra gli infortuni, particolare interesse riveste la cosiddetta "malattia – infortunio", il cui termine deriva dall'assioma formulato dal Borri nel 1912 con il quale veniva connotata, come **"causa violenta"**, la **"causa virulenta"**.

Questo particolare tipo di infortunio, tuttavia, ha cominciato ad avere maggiore importanza pratica solo in tempi recenti ed in particolare da quando (anni 70-90) sono stati isolati i virus dell'epatite B e C ovvero e da quando ha fatto la sua comparsa la sindrome da immunodeficienza acquisita. Tali quadri morbosi incidono in modo relativamente modesto rispetto al totale degli infortuni: tuttavia, la loro gravità assume particolare importanza ed ha determinato problemi di carattere medico legale di non poco conto connessi con la difficoltà, spesso oggettiva, di individuare il momento in cui si è verificato l'evento infettante.

l'attività lavorativa: si tratta, quindi, di un rischio generico che il lavoratore necessariamente deve affrontare per motivi di lavoro, e che, nelle ipotesi previste, può dare luogo a degli infortuni sul lavoro indennizzabili a prescindere dall'ora (nesso cronologico) o dal luogo (nesso topografico) in cui l'evento si è verificato.

La nota della Direzione centrale rapporto assicurativo e della Sovrintendenza sanitaria centrale Inail del 17 marzo 2020 chiarisce che l'infezione da nuovo Coronavirus va trattata come infortunio sul lavoro (malattia-infortunio). Il presupposto tecnico-giuridico è quello dell'equivalenza (intesa come efficienza, violenza, esteriorità, rapidità) tra causa violenta, richiamata per tutti gli infortuni, e causa virulenta, costituita dall'azione del nuovo Coronavirus.

Tutto ciò non rappresenta una novità. L'orientamento interpretativo offerto dal legislatore, in ordine alla riconduzione del fenomeno di contagio in occasione di lavoro, è totalmente confacente al consolidato indirizzo Inail alla trattazione delle malattie infettive e parassitarie (13-2020), e non da adesso.

Ciò ci pone delle domande sulla eventuale area di estensione ed indennizzabilità nell'ipotesi del rischio improprio, ossia quello non intrinsecamente connesso al disimpegno delle mansioni tipiche del lavoro prestato, ma insito in una attività prodromica e strumentale allo svolgimento delle suddette mansioni e, comunque ricollegabile al soddisfacimento di esigenze lavorative (Cass. civ., sez. lavoro, 14 ottobre 2015, n. 20718). In altri termini le domande da porsi sono: 1) Nel presupposto dell'occasione di lavoro in via presuntiva (semplice) quale sorte possa spettare a quei lavoratori che pur avendo contratto il virus, si collochino al di fuori del perimetro delineato (eccentrico-concentrico). 2) Quando il caso è, invece, da porre in riserva di regolarità? (vedi categorie di lavoratori a rischio richiamati nella nota della Direzione centrale rapporto assicurativo e della Sovrintendenza sanitaria centrale Inail del 17 marzo 2020).

Nella figura 3 abbiamo voluto inquadrare partendo dalle linee guida attuative quelle che attualmente per noi rappresentano dei dubbi interpretativi.

FIGURA 3 - CIRCOLARE INAIL 22/2020



È naturalmente conseguenziale che i problemi poi ricadano nelle problematiche più ampie delle garanzie assistenziali che da tale patologia discendono.

Nel caso di infezione riconosciuta come malattia-infortunio Inail, il periodo di quarantena viene tutelato dall'Istituto. La tutela copre l'intero periodo di quarantena e quello eventualmente successivo, dovuto a prolungamento di malattia che determini una inabilità temporanea assoluta al lavoro. In tutti gli altri casi, stante quanto previsto dal d.p.c.m. del 4 marzo 2020, il periodo di sorveglianza sanitaria con isolamento fiduciario è di competenza Inps. La misura cautelativa e osservazionale della quarantena viene codificata nelle certificazioni Inps con il codice V29.0.

La riammissione in comunità per i cittadini prevede che prima siano soddisfatti i criteri dettati dalla Circolare del ministero della Salute n. 32850 del 12/10/2020 (*Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena*) e quindi che il cittadino sia autorizzato dall'Autorità ad interrompere l'iso-

lamento o la quarantena [tale provvedimento di autorizzazione è rilasciato: I) dal Dipartimento di prevenzione (Ddp) o Servizio di igiene e sanità pubblica (Sisp) della Asl competente per territorio, e/o II) dal Medico di medicina generale (Mmg)/Pediatra di libera scelta (Pls)].

Il reintegro al lavoro necessita, invece, innanzitutto che il lavoratore presenti al datore di lavoro la certificazione di avvenuta negativizzazione del tampone (anche qui secondo le varie modalità localmente disposte dal Ddp di pertinenza). Dopo questo primo passo il lavoratore andrebbe anche sottoposto ad una «Visita di reintegro» da parte del Medico Competente. Come noto, esiste in tema una differenza tra due diversi atti normativi, tra l'altro di rango diverso. Secondo i d.p.c.m. tale visita dovrebbe essere effettuata per tutti i lavoratori contagiati; la Circolare del ministero della Salute n. 14915 del 29/04/2020 (Indicazioni operative relative alle attività del Medico Competente), invece, prevede che vada effettuata solo per i soggetti che siano stati ricoverati.

FIGURA 4 - IL DATORE DI LAVORO DEVE ESSERE MESSO IN GRADO DI ADOTTARE TUTTE LE MISURE NECESSARIE A TUTELA DEL LAVORATORE CONTAGIATO

- ▶ **Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile** ammetteva che possono essere procrastinate le visite mediche non "urgenti"; la necessità di questa cautela è stata recentemente ribadita in relazione all'attuale fase pandemica dalla **Circolare Interministeriale n. 28877 del 04/09/2020** (Aggiornamenti e chiarimenti).
- ▶ la stessa Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML) ha sostenuto che nei casi diversi dal ricovero la **Visita di reintegro** trova un razionale certo quando il lavoratore sia adibito ad una mansione i cui rischi lavorativi specifici - a giudizio del medico competente - possano ulteriormente danneggiare organi o apparati colpiti dalla patologia **Covid-19**. Tale argomento pare oggi ancora più valido se si tiene conto del numero crescente di soggetti che necessiterebbero di ricovero in ambito ospedaliero e che, in ragione dell'ascesa della curva epidemiologica e della saturazione degli ospedali, sono invece assistiti presso il domicilio.
- ▶ Se la Visita è ritenuta necessaria:
 - ▶ il lavoratore sottopone al datore di lavoro richiesta di visita straordinaria (art. 41 c. 2 lett. c);
 - ▶ se il lavoratore non intende chiedere la visita straordinaria, il datore di lavoro sottopone al medico competente richiesta di Visita ai sensi del DPCM in vigore al momento.
- ▶ In entrambi i due ultimi casi, nelle more della possibilità di effettuare la Visita in presenza, il medico competente esprimerà un Giudizio di idoneità provvisorio contenente le prescrizioni o limitazioni imposte dagli esiti di malattia **Covid-19**.
- ▶ Anche in caso tale Visita non sia ritenuta necessaria, in considerazione delle informazioni e della documentazione ricevuta, il medico competente potrebbe comunque dover indicare al datore di lavoro misure aggiuntive di tutela.

La stessa Società italiana di medicina del lavoro (Siml) ha sostenuto che nei casi diversi dal ricovero la Visita di reintegro trova «un razionale certo» quando il lavoratore sia adibito ad una mansione i cui rischi lavorativi specifici – a giudizio del Medico Competente – possano ulteriormente danneggiare organi o apparati colpiti dalla patologia Covid-19. Tale argomento pare oggi ancora più valido se si tiene conto del numero crescente di soggetti che necessiterebbero di ricovero in ambito ospedaliero e che, in ragione dell'ascesa della curva epidemiologica e della saturazione degli ospedali, sono invece assistiti presso il domicilio.

Non ultimo tra i problemi quelli che riguardano le problematiche inerenti i cosiddetti lavoratori fragili (art. 83 d.l. 34 del 19-05-20 convertito con legge 77 del 17-07-20). In futuro, per poca chiarezza conoscitiva, ci si troverà di fronte alla condizione di avere dei lavoratori in cui il periodo di quarantena verrà aggiunto al periodo di malattia generica con i rischi ad esso connessi (vedi d.p.c.m. 17-05-2020, circolare 13 04-09-2020 e successive, art. 26 comma 2-bis l. 18-2020).

Consapevoli che questi sono stati solo alcuni aspetti delle tante problematiche connesse alla attuale fase pandemica ed in attesa di quella che sembra essere attualmente l'unica soluzione all'epidemia (vaccinazio-

ne), con l'attuazione di quella immunità di gregge che viene tanto agognata oggi, abbiamo voluto, nel ricordo di Marco, delimitare, chiarire e per quanto possibile suggerire le strade che sono parte integrante del nostro Dna; far in modo che nessun cittadino, lavoratore si possa sentire solo nel conforto di quella professionalità legata alle nostre competenze, incrementando le nostre conoscenze.

Sappiamo che il «Covid» non si fermerà qui, con le sue possibili conseguenze future sia nell'ambito di danni che si inseriscono nel riconoscimento di reliquati non temporanei ma purtroppo cronici della salute e di cui abbiamo le prime avvisaglie, sia nella sfera sempre difficile da trattare di esiti da lavoro stress correlato a cui personalmente e come Patronato ci siamo particolarmente dedicati negli ultimi anni.

Ringrazio per questo tutti i relatori, di alto profilo, che hanno voluto dedicarci il loro tempo, con passione e professionalità con le loro competenze e diversità.

Se adesso «Tutto si è fermato, tutti a casa, mentre per le strade il Coronavirus ha trasformato l'effimero in un'attesa senza fine», il domani dovrà essere permeato dalla coscienza che «tutto ha ripreso» mentre per le strade gli uomini forti di questa esperienza riprendono una coscienza «universale» del loro essere.

La pandemia da Sars-CoV2 in Italia: quali conseguenze per il Ssn

■ Nicola Vanacore*

12 Innanzitutto grazie per l'invito. Lavoro al Centro nazionale di prevenzione delle malattie e promozione della salute dell'Istituto; sono un neurologo, conosco Marco da trent'anni, ci siamo occupati molto dell'impatto sulla neurologia, insomma dell'ambiente di lavoro e conseguenze sulle malattie neurologiche, quindi lo ricordo veramente con grandissimo affetto. Lo ringrazio per tutto quello che mi ha insegnato.

All'interno di questo evento, il mio compito è quello di portare dati che potrebbero stimolare una discussione per i relatori successivi. Vorrei ricordare che già dalla Spagnola uno dei grandi problemi fu proprio quello dei dati; e credo che questa problematica si stia un po' ripetendo, perché sui dati possiamo basare la nostra prevenzione; sui dati possiamo basare, ovviamente come comunità scientifica, la conoscenza del fenomeno, di questa terribile vicenda.

A tal proposito si ricorda come la Spagnola abbia avuto i due picchi per fasce d'età, rilevati dalle schede, che erano allora proprio

una sorta di cartelle cliniche su cui si estraevano i dati (pochi).

Nell'attuale pandemia da Covid, al 21 novembre di quest'anno i dati ci dicono che l'Italia è al nono posto per il numero di casi, con 55.000 deceduti. Come sapete, i dati della sorveglianza sanitaria vengono inviati giornalmente dalle Regioni all'Istituto superiore di sanità, che li raccoglie. L'aggiornamento del 2 dicembre mostra un dato estremamente importante sull'incidenza cumulativa del fenomeno su 1.624.000 contagiati. Dall'inizio della pandemia fino al 2 dicembre, notiamo una certa differenza fra i vari territori italiani: ci sono 5.260 casi ogni 100.000 residenti in Valle d'Aosta con dei valori che si abbassano fino a 970 casi ogni 100.000 residenti della Calabria.

Sono dati estremamente semplici che ci danno un quadro della pandemia nel nostro paese. Quando andiamo a vedere i dati per gli operatori sanitari i numeri sono di 72.000 contagiati tra gli operatori sanitari e 163 deceduti. Sempre secondo gli ultimi dati della sorveglianza sanitaria.

* Medicina Legale Università «Sapienza» Roma.

Tuttavia, l'elemento mancante purtroppo nel sistema della sorveglianza è quello relativo al luogo del contagio. Sono informazioni che dalle Regioni non abbiamo ricevuto con regolarità. Osservando il dato, che riguarda il periodo che va dal 1° al 23 di aprile 2020, rileviamo che su 58.000 contagiati in questi 22 giorni solo per l'8 per cento avevamo disponibile il luogo del contagio e su quell'8 per cento, ben il 44 per cento erano riconducibili alle Rsa/case di riposo/comunità per disabili; al lavoro 4,2 per cento; all'ospedale/ambulatorio 10,8 per cento. Quindi, capite che una conoscenza del fenomeno sul luogo del contagio rappresenta veramente una grande voragine. Ora noi ci auguriamo che a livello delle Regioni questo dato sia un po' più attendibile per colmare questo vuoto che corrisponde ad una quota del 92 per cento dei dati mancanti.

Altra attività dell'Istituto in cui sono coinvolto è quella delle cartelle cliniche dei deceduti. Le Regioni hanno fornito all'Istituto superiore di sanità le cartelle cliniche dei deceduti con tampone positivo. Dei 55.000 deceduti – anche questo è l'ultimo report del 2 dicembre del gruppo di studio sulle cartelle cliniche dei deceduti – sono state raccolte, al momento, più di 4.500 cartelle. Analizzando queste cartelle, notiamo che soggetti con tre o più patologie corrispondono al 66 per cento dei deceduti. Altro dato estremamente importante è quello relativo all'età mediana dei contagiati, che è di circa 43-44 anni mentre l'età mediana dei deceduti è di 80 anni.

Facciamo adesso un approfondimento su cosa è accaduto nelle Rsa. È accaduto nel

mondo qualcosa di epocale, cioè qualcosa di veramente, estremamente drammatico. Vedete qui due giornali di un certo livello che ci danno informazioni sugli Stati Uniti, dove il 43 per cento dei deceduti si è verificato nelle strutture di supporto della terza età; e per quanto riguarda la Francia abbiamo 13.000 deceduti nelle Rsa su 26.000 totali all'8 maggio: quindi più della metà dei casi si è verificata nelle Rsa.

Ricordo che le Rsa rappresentano un buco nero nel nostro sistema sanitario perché le Asl non avevano mai un occhio di attenzione verso queste strutture. Ricordo che più dell'80 per cento delle strutture sono private convenzionate e quindi non c'è stata mai una grande attenzione verso di esse. Sono strutture dove è presente un range molto significativo in termini di qualità: alcune sono ovviamente all'avanguardia, ma altre sono meno «performanti».

Il virus, una volta che entra in queste strutture, provoca, ha provocato e sta provocando danni enormi.

Ricordo anche che c'è una legge del 17 di luglio in cui il legislatore attiva un sistema di sorveglianza in tutte le Regioni, impone alle Regioni l'attivazione del sistema di sorveglianza non solo nelle Rsa, ma anche nelle case di riposo. Ricordo che le case di riposo dipendono dal ministero del Welfare, non dal ministero della Salute, e sulle case di riposo non abbiamo alcuna informazione e tale sistema di sorveglianza, ahimè, purtroppo, noi sappiamo non essere attivo. Quindi ciò pone questioni estremamente rilevanti su quanto sta accadendo, soprattutto nella seconda ondata, in queste strutture come nu-

mero di contagiati e numero di deceduti, anche tra gli operatori che lì lavorano.

Per questo il gruppo che coordina l'Istituto superiore di sanità ha promosso una survey nel periodo che va dal 30 di marzo al 5 maggio il cui report si può trovare sul sito dell'Iss; mediante somministrazione di questionario abbiamo testato tramite i referenti delle Rsa pubbliche o private convenzionate per anziani – non i disabili psichici – 3.417 Rsa coinvolte e, ahimè, purtroppo ha risposto solo il 41 per cento. Il 29 per cento di queste 1.356 strutture ci ha riportato che aveva avuto problemi con il Covid in quell'arco temporale. Poiché la partecipazione era volontaria, abbiamo anche effettuato delle telefonate per stimolare il coinvolgimento delle strutture in questo studio. Voglio sottolineare soltanto un dato per quanto riguarda i deceduti: 9.154 deceduti in quell'arco temporale, da marzo a maggio, 680 positivi al Covid, ma abbiamo avuto ben il 34 per cento circa (quindi 3.092) deceduti per una patologia simil influenzale soprattutto negli ultimi quindici giorni di marzo, quindi al di là anche del picco dell'influenza. E qui praticamente si annidano un gran numero di persone per le quali non è stato effettuato nessun accertamento specifico.

Difficoltà: ecco, qui cominciano ad emergere le criticità, tra le quali voglio sottolineare la mancanza di Dpi. In quell'arco temporale per ben il 77 per cento delle strutture. La mancanza di Dpi poi porta con sé tutta una serie di conseguenze, e non devo certamente soffermarmi qui, così come la difficoltà nell'isolamento del 26 per cento del-

le strutture, l'impossibilità di eseguire tamponi nel 52 per cento delle strutture. Questi dati hanno mostrato una situazione allarmante per quelle strutture in quel periodo e ricordo che in quel 41 per cento che ha partecipato ci sono le strutture migliori. Il personale: il 21 per cento di quelle strutture (278 Rsa) ha dichiarato che ci sono stati problemi anche sul personale. Non abbiamo approfondito, questa era la domanda numero 15 del questionario; non abbiamo approfondito il numero di persone, il numero di operatori sanitari, ma il 21 per cento ha avuto problemi anche con gli operatori.

C'è attenzione nella letteratura scientifica sul tema dei lavoratori del *long-term care*, questo è un recente articolo che sottolinea una serie di dati degli Stati Uniti.

Quindi, le conclusioni per quanto riguarda le Rsa: si riducono al fatto che noi abbiamo avuto soltanto il 41 per cento del tasso di risposta; è una sottostima perché esistono solo due realtà in Italia, la Tiesse di Milano e la Provincia di Trento, che hanno pubblicato i dati sulle Rsa, e facendo un confronto ci siamo accorti che noi abbiamo effettuato una grande sottostima del fenomeno, e quindi prendete quei dati appunto col beneficio del dubbio.

Vorrei velocemente toccare altri due temi negli ultimi 5-6 minuti. C'è stata una polemica che abbiamo avuto nella prima ondata e adesso si sta ripresentando anche proprio in questi giorni considerando il gran numero di deceduti, nel banalizzare che i deceduti sono degli anziani che hanno delle malattie croniche, come se incontrare il virus fosse

stato un qualcosa di occasionale. Credo che questa riflessione sia estremamente importante. Ricordo anche la comunicazione in quel periodo: lo stesso presidente dell'Istituto riferiva che solo lo 0,8 per cento dei deceduti non ha già altre patologie.

Avete visto prima che il 66 per cento dei deceduti dalle cartelle cliniche ha tre o più patologie. Il lavoro, che è stato condotto dall'Istituto superiore di sanità in collaborazione con l'Istat, su ben 4.691 cartelle cliniche, delle quali avevamo anche il certificato di morte, riscontrava che per l'88 per cento dei casi la causa iniziale del decesso era il Covid 19. Credo che questo sia un dato che taglia un po' tutta questa discussione e credo sia veramente stucchevole proprio per tutto quello che si continua ancora a sentire sulla questione; aggiungo che questi dati ovviamente hanno anche un valore politico.

Due brevissime cose: sono andato a vedere i dati dell'Inail al 30 settembre 2020 sulle denunce di infortunio: 54.000 pervenute all'Istituto; oltre il 70 per cento di quelle denunce investe il settore della sanità e dell'assistenza sociale; e quando andiamo ad osservare i dati riguardanti le professioni rileviamo una quota di circa il 35 per cento che ha colpito medici o tecnici della salute, infermieri fisioterapisti. Diverso è il dato sui deceduti: le denunce di infortunio con esito mortale sono 319, il 21 per cento avvenuto nel settore della sanità e dell'assistenza sociale e per i medici il 6,9 per cento. A ieri il numero dei deceduti tra i medici, come sapete, è aumentato ancora, credo abbia raggiunto il numero di 237. Mettendo insieme in maniera grossolana le fonti informative

sul numero di 75.000 persone contagiate nel settore della sanità, il numero degli infortuni Inail e il numero dei deceduti, abbiamo 817 casi a fronte di soli 319 con esito mortale. Questi valori impongono una riflessione sul problema poi del riconoscimento. Le prospettive future. Innanzitutto ci dicono che questo è un virus che non ha a che fare solo con l'apparato respiratorio, bensì che colpisce molte parti, molti sistemi e organi, e io da neurologo vorrei ricordare il problema del gusto e dell'olfatto, che è un problema estremamente rilevante e vorrei far vedere questo articolo pubblicato recentemente su 150 persone che sono state con il disturbo dell'olfatto o del gusto quindi una ageusia e vedete che il 7,2 per cento dopo 60 giorni aveva ancora la permanenza di un disturbo dell'olfatto o del gusto. Bisogna capire se sarà un danno permanente e bisognerà seguire il dato nel tempo. Per far capire la rilevanza di questo tema vi propongo i dati sulla sieroprevalenza in Italia e il loro grosso studio effettuato su 65.000 italiani alla ricerca appunto delle persone che hanno IgG positive al virus e la cosa che colpisce è che se a luglio 2020 un milione e mezzo di italiani aveva contratto il virus (2,5 per cento) e purtroppo di questo importantissimo studio sulla sieroprevalenza non abbiamo informazioni sul luogo di lavoro, non abbiamo informazioni pubbliche per lo meno sul luogo di lavoro, sull'età e anche questa potrebbe essere una fonte informativa estremamente rilevante. E che cosa vediamo? Vediamo che ben il 60 per cento di quel 2,5 per cento, quindi il 60 per cento di quel milione e mezzo di italiani ha avuto una perdita

o un'alterazione del gusto e nel 54 per cento una perdita o un'alterazione dell'olfatto. Chiudo evidenziando che purtroppo questa storia del virus non si concluderà con il tampone negativo. Il virus probabilmente avrà effetti a lungo termine. A questo proposito, voglio citare un lavoro sulla presenza dei ricettori Ace 2, che ha regolato i pazienti con demenza, la cui storia naturale potrebbe risultare alterata, come sostengono alcuni colleghi di Brescia. Questo articolo, dal punto di vista patologico, fa vedere proprio la collocazione di Ace 2 in un cervello di una

persona normale, in un cervello di una persona con demenza e in un cervello di una persona con Covid 19.

Voglio concludere con una riflessione. Credo che il grande problema sia riassumibile in una sola frase: abbiamo bisogno di dati. Il paese non ha avuto una *policy* sui dati, di cui invece abbiamo una grande necessità per prevenire il fenomeno e che sarebbero urgenti già per i prossimi cinque-sei mesi, soprattutto per capire quello che è realmente accaduto.

Vi ringrazio per l'attenzione.

Infezioni infortunio da Covid-19 e medicina necroscopica: le implicazioni assicurativo-sociali

■ Giorgio Bolino*

Nel mio intervento mi occuperò, nei limiti del titolo che mi è stato assegnato, di quattro aspetti che ritengo più significativi:

- ▶ l'importanza di una corretta codifica Istat della causa di morte, anche e non solo ai fini assicurativo-sociali;
- ▶ i riscontri anatomopatologici nelle morti Covid correlate (questa argomentazione si riallaccia a quella precedente perché senza una precisa definizione anatomopatologica probabilmente la codifica Istat è fallace);
- ▶ la posizione del ministero della Salute circa gli accertamenti autoptici;
- ▶ infine, i requisiti di sicurezza e i rischi lavorativi in ambito di medicina necroscopica.

Per quanto concerne il primo argomento, diciamo che è bene cominciare dalla fine, cioè dall'importanza dell'accertamento necroscopico ai fini complessivi della valutazione clinica ed epidemiologica: in proposito, notissimo il motto secondo il quale la morte, quindi l'indagine autoptica in senso

lato, gioisce nel recare soccorso alla vita (*mors gaudet succurrere vitae!*).

Imparare dalla morte, ce lo ricorda un recente editoriale comparso sul *New England Journal of Medicine* che sottolinea ancora una volta il fatto che l'attuale declino dell'autopsia, almeno come riscontro diagnostico – non parliamo delle autopsie giudiziarie per le quali non si riconosce un decremento numerico – non ha motivazioni scientifiche. Da lungo tempo, i medici legali gridano a gran voce quello che è riportato in un altro editoriale, apparso su *The Lancet* alcuni anni orsono, cioè l'importanza delle indagini autoptiche nel ciclo virtuoso che sempre deve vedere protagonisti tutti gli esercenti la professione sanitaria e, quindi, nell'ambito della prevenzione, della cura, della riabilitazione.

Ricordo che, secondo questo editoriale, i tassi di identificazione di errori diagnostici o di diagnosi non riconosciute si aggira, facendo il confronto con le autopsie, in misura pari a circa il 30 per cento. Faccio in proposito un'esemplificazione pratica partendo dalla

* Istituto superiore di sanità.

mia casistica personale nell'attuale pandemia. Mi sono occupato di un caso di un soggetto maschio, deceduto a 59 anni, affetto da obesità, da ipertensione, che muore in ospedale dopo circa due giorni di ricovero dovuto a dispnea a riposo e ipertermia moderata. La denuncia fatta dai familiari all'Autorità giudiziaria era per un'ipotesi di inadeguata condotta da parte del medico di medicina generale. Veniva lamentata una sostanziale tardività nel ricovero. Due tamponi nasofaringei ospedalieri per Sars Cov-2 erano negativi, ma la Tac del torace identificava segni di polmonite di tipo virale. I colleghi ospedalieri compilavano la scheda Istat al termine del ricovero con questa modalità – che sostanzialmente per i dati clinici, non autoptici, a loro disposizione, era abbastanza condivisibile –: sospetto Covid, insufficienza multiorgano, insufficienza renale acuta, shock irreversibile. A seguito della denuncia all'Autorità giudiziaria, viene eseguita l'autopsia giudiziaria e, quindi, come ben sappiamo, la scheda Istat viene stilata da chi espleta l'autopsia: le indagini *post mortem* evidenziano una serie di riscontri che, in estrema sintesi, a livello macroscopico rilevano reperti compatibili con una polmonite bilaterale diffusa, ma anche un versamento pericardico e quindi una situazione cardiaca non particolarmente soddisfacente; tanto che all'indagine istologica i polmoni mostrano segni di polmonite interstiziale, emorragie intra-alveolari, vasculite con eosinofili a livello parietale, pleurite e sul miocardio necrosi delle cellule miocitarie da infiltrato infiammatorio, vasculite necrotizzante e segni di pericardite, oltre a un infiltrato infiammatorio

e una necrosi anche della muscolatura striata. Le indagini complementari a livello autoptico hanno dimostrato con i tamponi effettuati sul cadavere una negatività da Sars-Cov-2 e invece una positività per un'indagine molecolare Pcr per l'Hhv6 sul miocardio. Quindi, la diagnosi causale di morte è stata incentrata sul referto di polmonite bilaterale a impronta interstiziale, una miocardiopericardite, con riscontri istologici di vasculite necrotizzante, anche del muscolo striato, il tutto però non da Sars-Cov-2, ma da infezione da virus Hhv6, l'Herpes virus umano.

Chiaramente questo caso evidenzia una eccezione perché gli approfondimenti effettuati hanno consentito di condurre alla diagnosi differenziale, piuttosto raffinata, tra agenti virali simili ma non uguali. Però ho voluto ricordare questo caso per indicare ancora una volta come le indagini autoptiche contribuiscano, in maniera decisiva, non solo all'approfondimento clinico, ma anche alla migliore allocazione delle risorse sanitarie e alla corretta applicazione della legge penale (la consulenza tecnica giudiziaria non ha riconosciuto profili di responsabilità sanitaria).

Ora, la distinzione di morti per Covid e morti con Covid essenzialmente è una distinzione che in senso giuridico e medico legale non ha alcun valore ed anche epidemiologicamente è stata spazzata via dai dati della mortalità comunicati dall'Istat, che indicano in maniera molto corretta come l'89 per cento di soggetti muore a causa *lato sensu* del Coronavirus, con dati di sopramortalità che confermano questa correlazione cau-

sale o concausale (quest'ultima non è differente rispetto alla prima in ambito giuridico, medico legale e medico assicurativo).

Fondamentale, quindi, la corretta compilazione della scheda Istat sulla causa di morte che deve rappresentare la migliore opinione medica possibile circa l'effettiva seriazione causale che ha portato al decesso. Nel nostro paese, ha una finalità statistico-epidemiologica assolutamente fondamentale per eseguire una corretta politica sanitaria.

Naturalmente, nell'ambito della malattia Covid-19, la scheda Istat non può non interpolarsi con le indicazioni che l'Istituto superiore di sanità si è affrettato a dare a tutti i medici affinché avessero ben chiaro quale fosse il percorso fisiopatologico corretto da seguire nella compilazione delle schede di causa di morte. Hanno concorso a tali istruzioni operative l'Istituto superiore di sanità e l'Inail, evidentemente le istituzioni maggiormente interessate alla corretta compilazione della scheda, basandosi anche su indicazioni di natura internazionale fornite dall'Organizzazione mondiale della sanità, impartite sin dal 20 aprile 2020.

Tutto questo, ovviamente, ha il fine di valutare l'andamento dell'epidemia, rendere confrontabili i dati a livello regionale, nazionale e internazionale; valutare l'efficacia delle misure di prevenzione da un lato, e di trattamento dall'altro, e definire al meglio i decessi anche e non solo ai fini assicurativo-sociale.

Il ministero della Salute, con la circolare del 9 marzo 2020, ha definito il caso di Covid-19 in maniera molto puntuale sia in termini di sospetto, sia di probabilità, sia di caso

confermato. È inutile che legga tutte le definizioni, già probabilmente note ai più, ma è importante chiarire che per indicare un soggetto deceduto per Covid-19 ci vogliono quattro criteri, vale a dire:

- 1) decesso di caso confermato di Covid 19, cioè l'infezione deve essere confermata con test molecolare;
- 2) ci deve essere un quadro clinico strumentale, quindi anche Tac se possibile, suggestivo di infezione Covid-19 correlata quindi il passaggio dall'infezione da Coronavirus alla patologia Covid-19 vera e propria;
- 3) l'assenza del criterio medico legale di esclusione di altra causa di morte, diversa cioè dal Covid-19;
- 4) l'assenza di un periodo di recupero clinico che interrompa il nesso causale tra un'eventuale infezione da Coronavirus e il decesso (criterio di continuità fenomenologica, in medicina legale sempre importante).

Questi quattro criteri sono stati poi assunti in massima parte anche dall'Inail ai fini del riconoscimento degli indennizzi correlati all'assicurazione sociale; anche se per l'Inail è sufficiente la ricorrenza di almeno tre dei quattro criteri, sufficienti ad esprimere una probabilità di causa comunque stringente sotto il profilo dell'adeguatezza causale ai fini dell'assicurazione sociale.

Nella medicina legale, in quella necroscopica, è importantissimo ribadire i criteri fondamentali per la corretta compilazione della scheda di morte Istat. Allora, nella prima parte del quarto quesito, deve essere, come ben sanno tutti i medici attenti a questo ar-

gomento, ricondotte le cause fisiopatologicamente correlate in via prioritaria con il decesso o la causa, la più importante, quella iniziale.

Nella parte 2 del quesito 4 della scheda Istat devono invece essere indicate le altre condizioni morbose presenti che hanno concorso e hanno contribuito concretamente al decesso. Queste ultime, possono anche non essere fisiopatologicamente implicate fra di loro.

Facciamo degli esempi. In caso di decesso per Covid-19, la corretta compilazione di una scheda Istat, prevede che la patologia Covid-19 sia confermata, ad esempio, dodici giorni prima del decesso, seguita da una polmonite interstiziale bilaterale, che si è sviluppata dieci giorni prima del decesso, da un'Ards, cioè una sindrome da distress respiratorio, cinque giorni prima del decesso. Inoltre, si attesta che non vi sono comorbidità; e questa secondo la migliore opinione medica possibile, come recita la scheda Istat per un caso del genere. Poi l'Istat decodifica questa scheda con i suoi codici correlati Cdc-10, lo U07.1, se il virus è identificato, come in questo caso, oppure U07.2 se non è identificato, ma comunque la patologia è inquadrabile come Covid-19.

Altro esempio di corretta compilazione di scheda Istat di decesso per Covid-19 ma in questo caso con comorbidità: non cambia niente perché la patologia è sempre Covid-19 correlata; il Coronavirus ha avuto agio di agire perché il soggetto ha un'obesità, un diabete mellito, con le complicanze vasculopatiche, addirittura una malattia da Hiv; quindi, un'immunodeficienza che ha facilitato

tutta l'estrinsecazione fisiopatologica Covid-19. Dunque, non ha alcun senso, in clinica, in medicina, in medicina assicurativa, se vogliamo anche in giurisprudenza, distinguere questo caso dal precedente indicando morte con Covid e non morte per Covid, perché tutta la cascata fisiopatologica è concentrata sull'infezione da Coronavirus e sulla patologia ad essa correlata.

In quest'altro caso vi è un esempio di corretta compilazione di una scheda Istat in caso di decesso da altra causa, però Covid-19 rappresenta una comorbidità; cioè, l'individuo affetto da dieci anni da coronopatia aterosclerotica e da almeno due da cardiopatia ischemica cronica scompensata, da circa dieci giorni sviluppa un infarto del miocardio; viene ricoverato, sviluppa un'infezione Covid-19 confermata ed è anche affetto da diabete mellito. Qui è chiaro che l'inserimento del Covid-19 nella parte II della scheda Istat, da parte del medico, va effettuato se effettivamente la malattia Covid-19 concorre al decesso e non invece quando sia casualmente correlata al decesso. Quindi, come vedete, anche questo caso è ascrivibile come concorso al decesso Covid-19. In quest'altro caso evidenziamo anche la scorrettezza, ad esempio, dell'inserimento della broncopneumopatia cronica ostruttiva come causa iniziale perché questa è una causa che concorre al decesso ricondotto sempre al Covid-19; quindi la patologia che concorre va inserita nella parte II.

Infine, ho riportato un caso che, sì, è anche positivo al tampone per il Sars-Cov-2, ma questa volta il Covid-19 non c'entra per nulla con la morte. È un riscontro del tutto

occasionale: il soggetto muore di una causa a sé stante e quindi non va inquinata la statistica circa l'infezione da Sars-Cov-2; è del tutto occasionale e, a mio avviso, non va inserita nella scheda Istat perché non concorre al decesso. A livello epidemiologico è comunque un caso di infezione da Sars-Cov-2 perché rientra nel sistema di gestione sanitaria della diffusione dell'infezione, ma non del decesso.

Detto questo, è chiaro che le autopsie giudiziarie concorrono in maniera assolutamente rilevante al contesto pandemico ed a risvolti diagnostico-terapeutici.

Vi ho evidenziato anche precedentemente che il quadro clinico non è dominato soltanto dalla polmonite interstiziale, ma si riscontrano vasculiti, membrane ialine nel polmone, necrosi parcellare delle cellule con infiltrati infiammatori, particolarmente diffusi nell'interstizio polmonare; ma non solo, perché la letteratura, anche internazionale, evidenzia anche tutta una serie di condizioni patologiche particolarmente diffuse e complicate: microtrombosi, in particolar modo, anche sistemica, non soltanto del piccolo circolo, che evidentemente, con questo danno endoteliale, riscontrato a livello dei vasi, ha concorso non poco all'indirizzo terapeutico con la somministrazione, per esempio, dell'eparina, successivamente anche enfatizzata nelle prime fasi della pandemia perché si riteneva che potesse da sola risolvere in qualche misura il numero dei deceduti. Così non è stato ma, come vedete, i contributi anatomopatologici sono fondamentali alla comprensione dei meccanismi che portano al decesso se non altro per que-

sta attivazione della tempesta citochinica, che è correlata a una risposta infiammatoria sistemica e non soltanto evidentemente polmonare.

Quindi, le indicazioni del ministero della Salute, che furono date il 1° aprile, ma anche il 2 maggio 2020 con l'invito a non eseguire le autopsie se non proprio necessarie, lasciano perplessi alla luce di quello che vi ho appena detto, in termini concreti, in termini fattuali e non in termini ipotetici. Sono inviti che la società italiana di medicina legale e il Gruppo italiano di patologia forense hanno sostanzialmente contrastato, ponendosi a disposizione dei ministeri competenti, della Giustizia e della Salute, proprio per eseguire il massimo numero di autopsie possibili, proprio per fornire alla clinica, all'epidemiologia, il massimo numero di riscontri concreti per affrontare al meglio la pandemia.

Diciamo che dietro l'invito di eseguire poche autopsie vi era forse il mal celato intento di nascondere il fatto che non c'erano poi tante sale settorie attrezzate sul territorio nazionale con i criteri BSL-3, atte cioè a ridurre il rischio infettivo degli operatori. Evidentemente, così è stato, perché dopo un'indagine statistica circa le dotazioni delle sale settorie nel territorio nazionale, svolta dalla Società italiana di medicina legale si è giunti, poi, il 4 aprile 2020, ad una sollecitazione verso i ministeri competenti per investire risorse in sanità affinché ci si dotasse almeno di una sala settoria per provincia nel nostro territorio, dotata di caratteristiche BSL-3, dotate cioè di sufficienti requisiti di sicurezza.

Ricordo a tutti che esiste una linea guida sul rischio biologico per i lavoratori del settore necroscopico (del 9.11.2017, Conferenza Stato-Regioni), valida quindi non solo per i medici, non soltanto per i tecnici settoriali, ma per tutti gli operatori necroscopici e delle pompe funebri. La domanda è: ma questa è veramente rispettata nel concreto? Personalmente, esprimo qualche dubbio che mi viene dalla pratica esperienza, anche perché è una linea guida molto meticolosa, forse fin troppo, come spesso capita nel nostro paese, dove le normative sono assolutamente all'avanguardia e forse anche troppo difficili da rispettare nella loro concreta applicazione.

Concludendo, mi piace ricordare la frase che il professor Moscati di Napoli volle affiggere nell'ospedale degli Incurabili, nella sala settoria, proprio nella sala di patologia forense e di anatomia patologica, con la scritta in latino che traduco molto rapidamente: «O morte, sarò la tua morte», intendendo, nella sua lungimiranza, come gli accertamenti necroscopici sono essenziali proprio per affrontare le malattie a livello epidemiologico, diagnostico, terapeutico e non ultimo riabilitativo, perché poi sulla fase di riabilitazione e dell'accertamento e misura degli aspetti menomativi residui bisognerà scrivere nei prossimi mesi ampi capitoli.

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO

ISTAT
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA
SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

ATTENZIONE SCHEDA UNIFICATA: INDICARE IL SESSO
ISTAT MODELLO D4 - Ed. 2014
COPIA PER L'ISTAT

PARTE A - A CURA DEL MEDICO
MEDICO

Cognome e nome della persona defunta

Territorio in cui è avvenuta la morte

1. Cause del decesso

2. Riconferma diagnostica

3. Cause istologiche

4. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita

5. Data di morte

6. Località di nascita

7. Località di residenza

8. Età completa

9. Stato civile

10. Residenza

11. Grado di istruzione

12. Cittadinanza

13. Denominazione di comune e provincia

14. Professione

15. Condizione professionale o non professionale

16. Posizione nella professione

17. Ramo di attività economica

18. Cittadinanza

19. Per nascita

20. Acquisita

21. Straniero

22. Non conosciuto

23. Timbro

24. Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile

25. C-mail

26. Tel.

27. (Inviare anche la copia per la ASL)

Covid-19 e tutela dei lavoratori: rischio da contagio nei luoghi di lavoro (presunzione semplice o aggravata?)

■ Patrizio Rossi*

Buongiorno a tutti, ringrazio l'Inca per l'invito. Sono onorato di poter parlare in questa sede di una evidenza, quale quella del Covid, una occasione per la quale avevo preso già un impegno con il compianto Marco Bottazzi.

Vorrei cominciare la mia riflessione ricordando come la pandemia da Covid ormai ci abbia travolti sotto tutti i punti di vista, anche sotto il profilo della casistica degli infortuni Inail per l'anno 2020. Nella recente rilevazione, 31 ottobre, abbiamo annotato 66.781 denunce. Ed è purtroppo un dato che attendiamo di poter verificare con andamento crescente anche nel mese di novembre, quando certamente supereremo questa soglia.

Restando per il momento al dato del 31 di ottobre, sono stati denunciati 332 eventi mortali. Il professor Bolino ci ha posto all'attenzione la necessità di andare a discriminare gli eventi mortali causati da quelli concausati. Noi sotto il profilo della tutela Inail abbiamo un percorso in discesa, se mi consentite questo termine, nel senso che per

noi la concausa è comunque lo stato anteriore che non pregiudica l'indennizzo per cui gli eventi vengono ammessi, anche se concausati.

La problematica si porrà magari in ambito di infortunistica privata, ma non è questa la sede per poterne poi discutere. Noi peraltro abbiamo collaborato alla pubblicazione del volume con l'Istituto superiore di sanità e l'Istat per la modifica delle cause di morte e, come richiamava anche il professor Bolino, abbiamo codificato i quattro elementi che sono utili per poter annoverare il decesso come decesso Covid correlato e quindi ammettere all'indennizzo nel caso sia stata dimostrata anche l'occasione di lavoro.

L'impegno dell'Inail per il contenimento del contagio ci ha visti concentrati sul versante interno di natura clinica e sul versante delle procedure medico legali. A quest'ultimo aspetto ci siamo dedicati molto soprattutto per ben codificare la natura dell'evento infortunistico da infezione da virus Sars Covid-2 come infortunio sul lavoro. All'inizio ha suscitato un po' di sorpresa addirittura

* Sovrintendenza sanitaria centrale Inail Nazionale.

l'articolo 42 del decreto «Cura Italia» del 17 marzo del 2020, che è stato interpretato da alcuni come una nuova norma, un nuovo inquadramento dell'evento.

A questo proposito, richiamo il lavoro pubblicato con la rivista dell'Istituto, nel quale effettuo una ricognizione storica dell'inquadramento nell'assicurazione sociale degli eventi infettivi e batterici, da sempre annoverati come malattie-infortuni e qualificati sotto il profilo tecnico giuridico come infortunio sul lavoro. La base di questa evidenza è ovviamente quella della equivalenza tra la causa virulenta e la causa violenta che risale ormai alle codifiche dottrinali degli inizi del Novecento. L'impegno della sovrintendenza è stato indirizzato proprio per avere un governo, una gestione attenta di una situazione pandemica che, ribadisco, ha modificato di giorno in giorno, di settimana in settimana le evidenze, non solo scientifiche, ma anche le certezze normative e quindi anche medico legali.

Per poter governare questi fenomeni con celerità e immediatezza necessarie, abbiamo utilizzato lo strumento delle raccomandazioni, che hanno riguardato diversi argomenti. Con quella del marzo 2020, abbiamo assunto le evidenze cliniche a riferimento della codifica diagnostica della malattia da Covid come infortunio sul lavoro. È stato un passaggio, consentitemi di dirlo, molto coraggioso; un passaggio che ha anticipato di due mesi quelle che sono state poi le determinazioni di tutti gli organismi tecnici. Ecco, noi lo abbiamo codificato sin dall'inizio e questo ci ha consentito di poter ammettere agli indennizzi,

sin da subito, quei casi privi di conferma di test molecolari.

Abbiamo fatto raccomandazione in ordine alle reperibilità, alle modalità di strutturazione, di riorganizzazione delle strutture sanitarie. Perché lo abbiamo fatto in epoca Covid? Faccio una breve sintesi. L'Istituto ha in questo momento 196 poliambulatori polispecialistici, distribuiti su tutto il territorio nazionale. Possiede centri di riabilitazione, due ospedali riabilitativi, uno protesico e un altro di riabilitazione motoria a Volterra; abbiamo filiali del centro protesi su tutto il territorio nazionale, abbiamo centri diagnostici polispecialistici. Questa struttura sanitaria ha un organico sanitario complessivo, tra funzionari, infermieri, tecnici, sanitari di radiologia medica, tecnici ortopedici e medici a rapporto libero professionale, di quasi 2.500 addetti.

Come Istituto, in quel momento abbiamo fatto una scelta decisa: non abbiamo chiuso gli ambulatori neppure nella fase più acuta della pandemia e lo abbiamo fatto anche perché il Servizio sanitario nazionale ha ridotto le proprie attività di cura ambulatoriale e quindi tutti i nostri infortunati, che ancora avevano necessità di medicazioni, accertamenti, rimozione di gessi e quant'altro, non avrebbero avuto altro presidio sanitario se non quelli dell'Inail. E quindi abbiamo riorganizzato in pool le nostre strutture, in modo da garantire la continuità – a parte le sedi che sono state chiuse per sanificazione temporanea – dell'erogazione dei presidi sanitari su tutto l'intero territorio nazionale. Sotto il profilo medico legale siamo intervenuti successivamente anche con altre rac-

comandazioni, in particolar modo quelle sulla durata della temporanea, come quella attinente alla problematicità di una ripresa lavorativa, che in questo momento viene messa in impasse, consentitemi il termine, da una circolare ministeriale che consente la riammissione dopo 21 giorni, con 7 giorni di asintomaticità, e un d.p.c.m. che invece inibisce il Medico Competente a visitare i pazienti se non hanno una certificazione di avvenuta negativizzazione e quindi di test. In questa circostanza noi ci troviamo nell'impossibilità concreta per un verso di far riprendere l'attività ai lavoratori, pur avendo questi soddisfatto dei requisiti che sono nella circolare sanitaria. Ecco, io ancora una volta ho adottato un principio di massima tutela, come da sempre, come dall'inizio, in questi giorni noi copriremo e tuteleremo tutto il periodo, fino a quando non si saranno ottemperati gli adempimenti di legge anche per la ripresa lavorativa. Quindi, anche se noi abbiamo un caso stabilizzato con un periodo di soddisfazione di quello che è previsto dalla circolare del ministero della Salute, noi attendiamo la riammissione al lavoro all'esito della negativizzazione che, purtroppo, arriverà o arriva dopo molti giorni: alcuni lavoratori hanno anche un problema concreto ad acquisire questa certificazione di negativizzazione. Nei loro confronti, l'Inail interviene continuando a coprire anche il periodo con una codifica che non è neanche quella di tutela in assenza di requisiti di idoneità al lavoro medesimo.

Ecco, questo è l'articolo 42 con il quale abbiamo voluto solo ribadire che dovesse essere effettuato il certificato di infortunio sul la-

voro nella malattia virale. Lo abbiamo voluto fare non perché non riconoscevamo, non abbiamo riconosciuto, le epatiti virali, le tubercolosi, le leptospirosi e quanto altro possiamo annoverare nella patologia virale batterica di natura professionale, ma perché abbiamo avuto la necessità di ricordare l'utilità, la necessità di un certificato per infortunio.

Inizialmente, la gran parte dei sanitari riteneva e qualificava la malattia da Covid anche professionale come malattia comune e quindi redigeva un certificato di malattia comune e non di infortunio Inail. Anche in questo caso abbiamo avuto la necessità di intervenire nuovamente; abbiamo fatto retrocedere, per quanto possibile, i certificati Inps e li abbiamo utilizzati proprio per istruire la pratica medico legale per gli infortuni sul lavoro. La nostra principale preoccupazione è stata quella, in una condizione pandemica che era problematica per tutti, di semplificare i procedimenti di istruzione e i procedimenti di riconoscimento.

Ovviamente, il versante Inail è quello che ha anche impegnato sotto il profilo della codifica nella partecipazione all'interno del Comitato tecnico-scientifico con l'enunciazione di principi, ma anche di documenti. Questo qui è un documento tecnico sulla modulazione di misure di contenimento, ma soprattutto un documento tecnico dell'aprile 2020 dell'Inail che consente un inquadramento e una graduazione dei livelli di rischio della lavorazione. Ed è un documento che ci è stato utile: c'è uno specifico delle varie attività per poi intervenire con la circolare dell'aprile 2020 nell'inquadra-

mento, in quel famoso elenco che abbiamo ben precisato come fosse esemplificativo, ma non esaustivo, di coloro che erano esposti ad un contagio in misura elevata. E su questi operatori sanitari, ma anche di altro genere, quelli che abbiamo elencato come paradigmatici in quel momento erano quelli del front office, alla cassa, addetti alle vendite, ai banconi, il personale non sanitario che opera all'interno degli ospedali, per i quali poteva essere fatto valere il principio della presunzione semplice.

Questa è la Circolare 8 che abbiamo rilasciato per specificare come la presunzione della causalità facilita il riconoscimento per le categorie ad elevato rischio senza però introdurre alcun elemento di automatismo perché non potevamo farlo. Poi ci sono i requisiti, che abbiamo anche codificato, attraverso i quali abbiamo voluto omogeneizzare le istruttorie e gli accertamenti di riconoscimento della malattia Covid 19 quale infortunio sul lavoro. Sono essenzialmente quattro e sono in particolar modo quello della qualificazione del livello di rischio dell'attività lavorativa e quello della corrispondenza tra lo svolgimento in concreto dell'attività lavorativa e la categoria generale; non è sufficiente che un lavoratore appartenga teoricamente, astrattamente alla categoria lavorativa ad elevato rischio come può essere un operatore sanitario, ma vi è anche la necessità che questa attività venga tarata nella categoria specifica. E soprattutto va verificata una coincidenza tra il dato epidemiologico territoriale, il picco epidemico e pandemico, ma rileva anche, soprattutto per i contagi all'interno delle aziende, il criterio

epidemiologico aziendale. E per questo tipo di attività ovviamente vanno verificati tempi di insorgenza, tempi di latenza per comprendere, nell'ambito di una catena di priorità, se il contagio è aziendale oppure extraaziendale o se aziendale per alcuni o per tutti.

Ovviamente, il criterio della presunzione semplice richiede anche una prova contraria e il medico Inail ha avuto la possibilità in questi mesi anche di esercitare la propria attività specificatamente per verificare alcuni aspetti, cioè se il lavoro è unicamente riconducibile a una categoria ad elevato rischio di contagio, come può essere quella di un operatore sanitario o altre che abbiamo elencato, e se venga effettivamente svolto in presenza. Ecco, questa quindi è una prova che va comunque verificata perché l'operatore sanitario potrebbe non essere stato in presenza, ma aver lavorato sempre in remoto e quindi l'appartenenza a quella categoria non consente un'applicazione per la presunzione semplice; o meglio va verificata con prova del contrario, o la presenza/assenza di contagi familiari. Sapete bene quanto sia influente il contagio familiare.

Nei primi dati che ci sono stati forniti anche dal Comitato tecnico scientifico, il contagio familiare contava oltre il 60 per cento, anche il 70 per cento dei contagi generali. Quindi, ricondurre o escludere che quel contagio, denunciato come professionale, possa essere riferito invece come contagio familiare implica la verifica del codice del periodo di latenza, cioè di quello intercorso tra l'adibizione al lavoro e il tempo di latenza e cronologia dell'insorgenza dell'infezione.

La verifica dettagliata, ovviamente, non è riservata solo alla condizione di occasione di lavoro, ma soprattutto alla verifica dei lievi contagi avvenuti per un infortunio *in itinere*, perché anche un infortunio *in itinere* per contagio Sars-Cov-2 è ricompreso nell'ambito degli eventi tutelati.

Ovviamente inizialmente siamo stati anche chiamati ad elencare una numerosità maggiore di paradigmi, ma non potevano essere esaustivi; ne eravamo consapevoli, data l'inedita pandemia. Abbiamo puntato, quindi, su un'istruttoria dettagliata di ogni singola situazione di contagio per l'applicazione della presunzione semplice del nesso causale, che agevola il riconoscimento dell'indennizzo. Quindi, nel momento in cui un lavoratore, non elencato nei paradigmi previsti, può rientrare tra le categorie ad elevato rischio e quindi meritevole della tutela Inail. Di contro però questo riconoscimento non ha giustificato alcun automatismo in tema di regresso nei confronti dei datori di lavoro da parte dell'Inail. Ovviamente, i medici hanno refertato, noi abbiamo effettuato un primo webinar nel maggio del 2020 nel quale abbiamo dato indicazioni procedurali per l'effettuazione dei postumi. Tutto il territorio nazionale si è adeguato a queste indicazioni e quindi ci siamo riaggiornati al 30 di novembre, quando abbiamo svolto il secondo webinar proprio specificatamente sull'accertamento dei postumi. Nell'ambito di questa attività di consulto telematico con tutto il corpo sanitario dell'istituto, abbiamo condiviso la necessità e l'utilità di essere molto dettagliati sul referto all'autorità giudiziaria. Questo per dire come la nostra

cooperazione, anche sotto il profilo della notificazione all'autorità giudiziaria, sia stata massima, sempre nel rispetto, nella tutela di tutti i nostri *stakeholders*.

Concludo questo intervento, ribadendo ancora come la nostra attività medico legale è un'attività di grande impegno che vedrà degli ulteriori interventi. Adesso, siamo alle porte dei primi riconoscimenti dei postumi permanenti; abbiamo editato già una nostra prima casistica; non siamo tra quelli che nei mesi precedenti, ancor prima di vedere come evolveva la malattia, già parlavano di postumi, gravi, gravissimi, meno gravi. Noi preferiamo far consolidare la nostra esperienza di accertamento dei postumi; ne abbiamo già una sulla base della quale abbiamo conferme parziali sia in ordine agli apparati maggiormente coinvolti sia in ordine all'entità dei postumi medesimi.

Abbiamo sviluppato anche un'attività di ricognizione attraverso una scheda identikit con la quale andiamo ad annoverare, a richiedere tutta una serie di dati, anche attraverso i triage telefonici che abbiamo svolto per tutto questo anno e che hanno costituito anche un momento di prossimità nei confronti dell'assicurato e dell'assistito da parte dell'Inail. Si tratta di dati sanitari del paziente contagiato e della sua storia lavorativa. Informazioni utili che ci consentiranno di poter svolgere ancor meglio il nostro compito istituzionale sotto il profilo degli accertamenti postumi e di quelli di inabilità temporanea, con lo scopo di prevenire o eventualmente di ridurre il contagio, attraverso azioni mirate.

Fattori di rischio da agenti biologici: aggiornamento del Dvr in relazione al Covid-19

■ Ilenia Folletti*

Vi parlerò dell'aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi in relazione al Covid. Vi confesso che in questi ultimi giorni e mesi siamo stati molto presi da questo aspetto della sorveglianza sanitaria dei lavoratori, in particolare mi sto occupando della sorveglianza dei dipendenti dell'azienda ospedaliera Santa Maria di Terni e anche degli appaltanti che vengono a svolgere alcune attività. Metto a fuoco e condivido alcuni spunti sui quali possiamo riflettere.

Di sicuro il decreto 81/2008 riguarda tutte le attività lavorative e in particolar modo era già prevista dal decreto la valutazione degli agenti biologici. Nelle realtà lavorative dove c'è l'esposizione agli agenti biologici c'è l'obbligo di fare la valutazione e di mettere in atto tutta un'altra serie di misure di prevenzione per tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori proprio perché esiste l'esposizione a questi agenti biologici, sia come evento infortunistico che come malattia professionale. Riguarda tutti i settori di attività, sia pubblici che privati, e il datore di lavoro è

colui che è obbligato a rispettare questa norma. L'elemento centrale della norma è appunto la valutazione dei rischi perché tutto ciò che si deve mettere in atto dipende da questo.

Rispetto al Coronavirus, in alcuni settori c'è un rischio implicito che fa parte proprio dell'attività professionale, quindi dell'attività lavorativa stessa; e questo viene facile comprenderlo in ambito sanitario, soprattutto quando ci riferiamo a laboratori di analisi dove vengono studiati vari liquidi biologici per rilevare la presenza o meno degli agenti virali; e quindi vede tutto il personale esposto al trattamento della malattia legata al coronavirus. Ma ci sono tante altre situazioni in cui il Coronavirus non è un rischio professionale specifico. Tuttavia, stando alla pandemia e alla sua diffusione, inevitabilmente, l'esposizione a questo agente di rischio è entrato in tutte le realtà lavorative. C'è stata un'attenzione rispetto a questo rischio che ha fatto sì che si mettesse in campo tutta una serie di misure di prevenzione. Quella dell'occasione di lavoro è di sicuro

* Ricercatrice in Medicina del lavoro presso l'Università degli Studi di Perugia.

una situazione che si viene a creare in determinati ambiti, più o meno difficilmente. Dove il rischio biologico era già implicito, noi come azienda ospedaliera e attività sanitaria avevamo già messo in atto tutto quello che il decreto 81/2008 prevede. Proprio con l'occasione del Coronavirus, la direzione sanitaria ci ha chiesto di lavorare e contribuire a modificare la valutazione dei rischi. Leggendo il Dvr, era evidente che sulla carta il documento già prevedeva tutta una serie di misure da mettere in atto per la prevenzione e già sufficienti a contenere la diffusione tra gli operatori. Il Coronavirus era, infatti, inserito nel gruppo 2, il Covid 19 nel gruppo 3 per caratteristiche e pericolo e per l'alto livello di contagiosità.

Tuttavia, stando alle diverse indicazioni date fin dall'inizio dal ministero e dalla società italiana di medicina del lavoro, c'è stato bisogno di rivedere e aggiornare il Documento di valutazione dei rischi, sia per le aziende esposte a rischio implicito, sia per quelle in cui il rischio da agente biologico non era previsto ma era necessario mettere in atto misure per prevenirne il contagio.

All'inizio della pandemia l'aspetto di tipo preventivo ha riguardato interventi fatti dalle Asl competenti per territorio, come servizi di igiene e sanità pubblica; poi è arrivato presto il primo lockdown, con la chiusura di quasi tutte le attività lavorative; e quindi c'è stato tempo per studiare misure per le singole realtà. Anche noi in Umbria abbiamo ricevuto diverse indicazioni per la prevenzione nelle diverse realtà lavorative e una serie di misure sono state adottate.

La società italiana di medicina del lavoro ha

individuato quella del Medico Competente come figura centrale anche per l'aggiornamento delle procedure di prevenzione e non c'è stato bisogno di fare la valutazione del rischio nelle aziende dove non è esplicito, ma sono state varate misure per tracciare le infezioni nei lavoratori. Il Medico Competente, nelle realtà lavorative metalmeccaniche o edili, ha indicato procedure e messo in atto una serie di azioni, con una serie di informazioni da fornire ai lavoratori, per prevenire il contagio. Tutti quanti noi abbiamo fatto riferimento alle diverse linee guida per la prevenzione dell'Organizzazione mondiale della sanità e ministero della Salute.

All'inizio, queste disposizioni riguardavano soprattutto l'uso dei dispositivi medici protettivi, proprio mentre si avvertiva la drammatica mancanza di mascherine e Dpi; nonostante questo, si sono messe a punto procedure in cui era previsto l'utilizzo di mascherine ffp2 e ffp3. La riflessione importante è data dal fatto che se avessimo seguito tutte le disposizioni del decreto 81/2008 non ci saremmo trovati con questa mancanza di Dpi, perché ne avremmo fatto un utilizzo più basso di quello atteso o talvolta disatteso.

Aspetto importante è l'incrocio dei rischi da più situazioni: ditte esterne in ospedale; gli addetti alle pulizie sono lavoratori, possono essere esposti in alcuni casi a rischio biologico, mentre ci sono aziende che svolgono attività in ospedale e non sono esposte a rischio biologico in senso stretto. Anche qui c'è stato bisogno di elaborare i cosiddetti Duvri dove registrare norme precauzionali da osservare. Per le categorie di lavoratori,

per cui è fondamentale considerare il rischio da Covid come aggiuntivo, il ministero ci ha dato indicazioni sulle realtà lavorative come quelle svolte a contatto con il pubblico, per le quali il pericolo del contagio è aggravato, ma deve essere valutato; in questi casi il Medico Competente deve implementare le misure facendo formazione e informazione, anche durante le visite di sorveglianza sanitaria. Purtroppo, si tratta di un'attività rallentata proprio a causa del rischio contagio perché non tutte le realtà erano in grado di fare sorveglianza sanitaria con tutte le precauzioni. Quindi si sono privilegiate le visite preventive su richiesta del lavoratore per cambi di mansione e per lavori fragili piuttosto che quelle periodiche.

Nell'ambito di attività di implementazione delle procedure di prevenzione questo aspetto di formazione e informazione è elemento importantissimo; e sono altrettanto significative le misure per prevenire i rischi psicologici, che questa infezione può provocare. Altro aspetto rilevante da considerare negli addendum alla valutazione del rischio sono le linee guida di ogni azienda per gestire lo smart working. Con l'estensione di questa modalità, abbiamo semplicemente trasferito il lavoro a casa, ma anche così il lavoro non è privo di rischi. Quindi, va riportato come addendum al Dvr. L'Inail ha emanato molte indicazioni su questo argomento.

Dal punto di vista pratico uno degli elementi più importanti, che ha migliorato la prevenzione sui luoghi di lavoro, riguarda il dovere dei Medici competenti di informare i lavoratori sui corretti comportamenti da tenere per prevenire i contagi in azienda, co-

me il controllo della temperatura, la comunicazione tempestiva di eventuali contatti con persone contagiate.

Nell'azienda ospedaliera abbiamo messo a punto un piano di gestione che prevedeva la sorveglianza sanitaria e la raccolta di informazioni per cogliere velocemente infezioni tra il personale sanitario, la procedura per la gestione dei casi delle infezioni degli operatori sanitari, prendendo spunto dalle indicazioni di Inail e del ministero della Salute, per individuare velocemente le infezioni e i contatti stretti da monitorare ed evitare isolamenti frequenti nell'ambito del personale sanitario. Così abbiamo gestito l'infezione all'interno dell'ospedale.

Abbiamo fatto uno studio per valutare alcuni elementi che potessero implementare la valutazione dei rischi, rispetto all'utilizzo dei Dpi e l'avvenuta formazione e informazione, che ci ha permesso di aggiornare l'*addendum* al Dvr. In questo modo, abbiamo innalzato i livelli di protezione fornendo a tutti gli ospedalieri, che operano con pazienti anche non Covid, le mascherine ffp2.

L'*addendum* al Dvr, che abbiamo elaborato, ci ha permesso di realizzare una valutazione del rischio, articolata in tre tipologie di rischio, indicate con schede di colore diverso: rosso, per i reparti Covid; arancione, per i reparti in cui gli ospedalieri vengono a contatto con pazienti non Covid; e giallo, per tutto il personale amministrativo che, per il solo fatto di essere dentro all'ospedale, aveva un rischio più alto rispetto al resto della popolazione. La stessa procedura è stata applicata per tutte le ditte esterne all'ospedale.

La tutela del danno differenziale: quali ipotesi di tutela e risarcimento

■ Antonio Regazzo*

Alla data del 31 ottobre 2020 il numero di denunce di infortuni lavorativi a seguito di infezione da Covid-19 pervenute alle Sedi Inail del territorio nazionale era di 66.781 casi, a fronte di oltre un milione e 500 mila contagi registrati sull'intero territorio nazionale alla stessa data. Tale ridotto numero di segnalazioni all'Inail, rispetto al totale dei casi di positività al virus, risente ovviamente della particolare finestra di osservazione dell'Inail del fenomeno pandemico, limitata da un lato ad alcune categorie di lavoratori, con esclusione ad esempio di soggetti particolarmente esposti al contagio per motivi professionali (quali ad esempio i medici di base e i medici liberi professionisti e i farmacisti) ma anche a motivazioni normative data l'emanazione solo dal 3 aprile della circolare Inail n. 13 che consentiva di ricondurre i contagi da Covid 19 ad infortunio lavorativo.

Appare evidente che, soprattutto nelle prime fasi dell'epidemia, un elevato numero di infezioni virali di possibile origine lavorativa non sia stata oggetto di rilevazione sia per le

scarse conoscenze scientifiche in termini di diffusione del contagio sia per carenza oggettiva di strumenti di rilevazione diagnostica della patologia virale (ad esempio la carenza di tamponi o di altri strumenti di diagnosi).

La ripartizione per categorie lavorative dei dati relativi alle denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 evidenzia che circa il 98 per cento di esse afferisce alla Gestione Industria e Servizi e il restante 2 per cento alle categorie di Gestione per conto Stato, Agricoltura e Navigazione.

Analizzando poi il dato delle denunce di infortunio in base alla classificazione Ateco delle attività economiche si rileva che la percentuale di gran lunga più rappresentata, ossia quasi il 70 per cento delle segnalazioni, afferisce a lavoratori dei settori della sanità e della assistenza sociale (ospedali, case di riposo o di cura, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili, ed altro...).

Una così alta percentuale di segnalazioni di possibili eventi infortunistici afferenti a la-

* Consulente Medico legale Inca Cgil Veneto.

voratori del settore sanitario offre alcuni spunti di riflessione.

Il primo è relativo al dato negativo di rilevazione, ossia alla percentuale relativamente bassa di lavoratori non afferenti a professioni sanitarie oggetto delle segnalazioni di possibile infezione da Covid-19 per evento infortunistico.

Alla luce delle attuali conoscenze in materia di contagio, appare evidente che, soprattutto nelle fasi iniziali della pandemia, la scarsa consapevolezza che anche portatori asintomatici del virus costituiscano un fattore di rischio per la diffusione della malattia, ha portato a classificare infezioni da Covid-19, possibilmente contratte in ambito lavorativo, quali patologie comuni di competenza Inps.

A questo si aggiunga che, quantomeno nelle fasi iniziali della pandemia, non erano stati emanati protocolli o misure di prevenzione del contagio virale per il contenimento dell'infezione in ambito lavorativo.

Tutto ciò ha sicuramente portato ad una sottostima del fenomeno infortunistico da infezione da Covid-19 in molti comparti produttivi.

Per quanto attiene il dato relativo alle denunce di infortunio lavorativo in ambito sanitario, se può da un lato apparirne scontata l'elevata incidenza percentuale data l'esposizione di queste categorie di lavoratori ad alto rischio di contagio, si deve raggiungere una riflessione in termini di inadeguatezza, soprattutto nelle fasi iniziali dell'epidemia, di misure di contenimento del contagio per carenza di procedure adeguate alla riduzione della diffusione del vi-

rus e/o a insufficienza di idonei sistemi di protezione dei lavoratori (carenza o inadeguatezza dei Dispositivi di protezione individuali).

Questi fattori negativi di tutela dei lavoratori, anche se in parte comprensibili data la scarsa conoscenza iniziale delle modalità di diffusione virale e delle sue manifestazioni cliniche, appare ricadere pesantemente sulla tutela dei lavoratori, sia in termini di riconoscimento della tutela privilegiata Inail, sia in termini di pieno ristoro del danno alla salute.

Come già detto, la carenza di mezzi di protezione individuale a cui abbiamo assistito in particolare nelle prime fasi della pandemia, l'inadeguatezza di protocolli di detenzione e contenimento della diffusione del virus soprattutto in ambito lavorativo, hanno portato a sottostimare il fenomeno infortunistico lavorativo e conseguentemente a ridurre di gran lunga la tutela assicurativa privilegiata di molti lavoratori.

Anche i dati temporali della diffusione del contagio in ambito lavorativo, che vedevano il raggiungimento di un picco di denunce nei mesi di marzo e aprile del 2020, con un calo nei mesi estivi e una successiva consistente ripresa nel mese di ottobre, denotano che i sistemi di contenimento dell'infezione virale in ambito lavorativo presentano tutt'ora carenze di applicazione o di insufficienza dei protocolli stessi.

Tutto ciò si ripercuote in modo pesante sulla tutela dei lavoratori che si vedono esposti a rischio di contagio senza adeguate protezioni e con il rischio di non vedersi tutelati in caso di contrazione della malattia.

Detto pertanto della verosimile sottostima dei casi di contagio da Covid-19 per cause lavorative, appare evidente che per i casi segnalati (e si spera riconosciuti dall'Inail) le carenze di protocolli di contenimento della diffusione virale o di disponibilità di mezzi di protezione individuale dei lavoratori, costituiscano il presupposto per una tutela anche risarcitoria del danno permanente che si dovesse concretizzare nei lavoratori affetti dalla patologia virale.

È pertanto auspicabile che quantomeno per i casi segnalati all'Istituto assicuratore siano applicati criteri di ammissibilità alla tutela che consentano una più agevole modalità di dimostrazione del nesso di causalità materiale, quali ad esempio il criterio della presunzione semplice o addirittura della presunzione legale di origine del nesso di causalità materiale.

Per quanto attiene le conseguenze permanenti dell'infezione da Covid-19, le attuali conoscenze scientifiche indirizzano verso situazioni patologiche multiorgano, con meccanismi di risposta immunitaria che possono determinare ulteriori complicanze nel decorso della patologia e nell'instaurarsi di danni permanenti.

Tali meccanismi, non ancora del tutto noti o quantomeno non ancora definibili nel loro sviluppo futuro per la salute del paziente, pongono grossi interrogativi sulla definizione anche a distanza dei potenziali danni alla salute.

Ad ogni buon conto, appare sempre più verosimile che anche infezioni paucisintomatiche o addirittura asintomatiche possano determinare danni alla salute di tipo per-

manente, rientranti nella sfera valutativa del danno biologico e del danno differenziale. Se da un lato appare meritoria l'azione dell'Inail nella costituzione di un gruppo di lavoro che arrivi ad individuare e definire i danni alla salute conseguenti all'infezione da Covid-19 e alla loro quantificazione in termini di danno biologico, così appare ampiamente probabile che molte situazioni di danno di tipo micro-permanente non troveranno pieno ristoro nell'ambito della sola tutela assicurativa sociale (Inail) e pertanto daranno possibile ristoro solo con il danno differenziale (e mi riferisco per esempio ai disturbi permanenti della funzione olfattiva o alle residue mialgie).

In tale ottica appare necessario che i lavoratori siano sostenuti a fini di una completa tutela della salute anche da parte di organismi non istituzionali che li supportino per l'accesso al ristoro economico dei danni permanenti non oggetto di tutela assicurativa sociale.

In quest'ottica l'apporto e il contributo degli Enti di patrocinio dei lavoratori appaiono indispensabili per supportare efficacemente i lavoratori nel conseguimento di un ristoro economico per i danni da lavoro non coperti o solo parzialmente tutelati dall'assicurazione sociale.

A tal proposito appare doveroso che i medici di Patronato, in caso di infezioni da Covid riconosciuta come di esposizione professionale (e cioè riconosciuta dall'Inail) siano sempre attenti e indagatori sulle possibili fonti di trasmissione lavorativa (se cioè vi fossero in azienda, ospedale, luogo di lavoro tutte quelle misure fondamentali da

adottare per contenere il contagio e se tali misure fossero rispettate).

Diversamente si verrebbe a configurare una negligenza del datore di lavoro che potrebbe far scattare il danno differenziale, così come lo intendiamo all'Inca da anni, e così come viene trattato dagli operatori, dai medici e dagli avvocati dell'Inca in tutta Italia.

Se ancora oggi non riusciamo a valutare quali saranno le conseguenze permanenti dei danni da Covid 19, dobbiamo comunque prestare la massima attenzione sull'evolversi dei postumi e sulla ripercussione di questi sullo stato di salute del lavoratore infettato e poi guarito. Pertanto, se da un lato risulta tutto sommato facile riconoscere il nesso di causa tra infezione e decesso del lavoratore, in concorso o meno con altre patologie che, ricordiamolo, in ambito di responsabilità civile agiscono quali concause di menomazione e che contribuiscono, in maniera più o meno significativa, al decesso del lavoratore; dall'altro risulta più ardua la strada di un riconoscimento di un danno biologico permanente nei soggetti che l'infezione l'hanno superata e che oggi stanno bene, non sapendo però se tale virus abbia lasciato o meno danni al loro equilibrio psicofisico che potrebbero essere quantificati anche in misura rilevante.

Pensiamo infatti ad un lavoratore che ha subito una infezione e che è stato per molti giorni in un reparto di terapia intensiva, ben cosciente di quello che poteva accadergli (cioè l'*exitus*) e che è guarito grazie alle cu-

re prestategli. Non possiamo pensare che questo soggetto, una volta dimesso, non possa sviluppare, nei casi estremi, una sindrome depressiva da stress reattiva alla vicenda che potrebbe trovare, se documentata appropriatamente, una valutazione corretta medico legale sia in ambito Inail che come danno differenziale.

Per finire, ritengo che anche il solo danno biologico temporaneo per la fase di malattia acuta e per la successiva convalescenza, rivesta una dignità valutativa in ambito di danno differenziale, sia per i giorni che la persona si è trovata ad affrontare in un reparto ospedaliero, ovvero isolato presso una struttura o presso la propria abitazione, sia soprattutto per la sofferenza patita in questo particolare periodo della sua vita, privo di qualsiasi certezza e costellato da molti pensieri negativi.

Tale aspetto di danno – cioè di danno biologico temporaneo – associato ad un grado di sofferenza sia fisica che psichica, merita certamente una considerazione puntuale e precisa in ambito di danno differenziale da parte di tutti gli addetti ai lavori, *in primis* i medici legali del Patronato che dovranno trovare una ulteriore sensibilità professionale nel valutare tale importante aspetto di danno psicofisico.

Si dovrà pertanto aggettivarlo secondo le classificazioni in uso del grado di sofferenza, lieve / medio / medio-grave / grave, descrivendo il più dettagliatamente possibile quanto il malato ha penato e patito durante la malattia di questo terribile virus.

L'evento di rischi infortunistici per causa virulenta, contagio ed effetti

■ Gianni Aristide Norelli*

La presunzione dell'origine professionale della malattia si riferisce soltanto a quelle comprese nelle tabelle. Con questo concetto si assume che la presunzione dell'origine occupazionale non richieda dimostrazione, invece nell'infortunio sul lavoro la dimostrazione è necessaria perché in ogni ambito infortunistico noi dobbiamo verificare, volta a volta, affinché l'evento sia indennizzabile, se esistono due criteri fondamentali: causa violenta e occasione di lavoro.

L'infezione da Covid si configura come causa da considerarsi violenta; bisogna, invece, verificare se esiste o no l'occasione di lavoro, definita dalla duplice conformazione del rischio: da una parte, infortunistico indennizzabile, che può essere accettato come rischio da assicurare, quindi non generico, dall'altra il rischio connesso alla finalità di lavoro, per cui tutte quelle attività che la condizionano, come rischio specifico o generico aggravato, sono da considerare come situazione che configura l'occasione di lavoro. Ora è evidente che se noi parliamo di un ri-

schio di contrarre un'infezione, la situazione di rischio specifico ricorre poche volte. Il vero rischio specifico è solo per i soggetti che lavorano in ambito di reparti Covid, soggetti che hanno come specifica esposizione lavorativa l'infezione da Covid.

Poter conoscere il luogo del contagio è uno degli elementi essenziali per definire l'occasione di lavoro. È evidente che se noi, dal punto di vista dell'assicurazione sociale, non possiamo conoscere il luogo del contagio, abbiamo poi una notevole difficoltà a interpretare le possibili problematiche strettamente connesse alle cause infezione.

Quindi, nell'argomentare, noi non guardiamo tanto la categoria di lavoratori, esposta al rischio, ma il tipo di attività che il soggetto effettivamente svolge perché lo espone o a un rischio generico o generico aggravato. Se noi prendiamo in considerazione il personale amministrativo di un ospedale è perché pensiamo che il singolo soggetto sia esposto a un rischio che configura, in caso di Covid, occasione di lavoro; e quindi un infortunio indennizzabile. Non perché è espo-

* Già direttore di Medicina legale presso l'Università degli Studi di Firenze.

sto a un rischio più grave della popolazione in quanto opera all'interno di un ospedale, ma in quanto è a contatto con persone che vengono sia dall'esterno sia dall'interno; quindi possono essere esposti a un rischio generico aggravato. Dunque, si configura come infortunio indennizzabile.

Ma ci sono altrettanti lavoratori che pur non lavorando in ospedale possono essere esposti ad un rischio generico aggravato. Pensiamo al cassiere di un centro commerciale. È esposto più di altri al rischio di patologia? Sì, perché l'esposizione al rischio è legata al fatto che la sua mansione lo mette in contatto quotidianamente con persone che, con continuità, gli sfilano davanti, senza poter verificare con certezza se siano positivi o negativi, se rispettano il distanziamento e tutte le norme anti infezione. Quindi, si può desumere che chi lavora a contatto con il pubblico sia effettivamente esposto a un maggior rischio, dunque ad un rischio generico aggravato. Tuttavia, nello stesso centro commerciale, altri dipendenti non cassieri potrebbero essere esposti solo al rischio generico e non aggravato poiché non sono alla cassa: si pensi, per esempio ai vigili urbani che sorvegliano il traffico delle persone.

In questa emergenza pandemica, un altro problema riguarda i trasporti e l'esposizione al rischio di infortuni *in itinere* per persone costrette a utilizzare il mezzo pubblico nel percorso verso il luogo di lavoro. In questo caso, la valutazione deve avvenire in modo diverso rispetto a quanto siamo abituati a intendere. Di fronte al Covid, bisogna pensare che se uso quotidianamente il

mezzo pubblico per andare al lavoro, costantemente tutti i giorni, sono esposto di più al pericolo di contrarre l'infezione; quindi, sono in una posizione di rischio generico aggravato rispetto al luogo di lavoro dove la condizione è magari di massima tutela.

Quindi, nella ricostruzione del nesso causale tra l'ipotesi di danno e la sua concretizzazione, noi dobbiamo argomentare in termini non ordinari per la valutazione del rischio.

La causalità penalistica dice che sia necessaria la quasi certezza del rapporto causa-effetto, tra condotta ed evento; poi si è parlato di causalità debole che riguarda la causalità civilistica, argomentata in termini di probabilità. Questi due tipi di causalità non vanno più bene per l'assicurazione sociale, bisogna introdurre un terzo «aggettivo» di causalità, la si chiami come si vuole.

La verifica della prova contraria è un indubbio valore che dobbiamo percorrere, ma è a doppio senso: la può ammettere l'Inail, in una situazione che possa consentire di superare le argomentazioni del lavoratore, ma lo stesso può fare il lavoratore affinché gli si riconosca la derivazione sociale del danno da lavoro. Solo così l'Inail può parlare di ragionevole probabilità o di assicurazione sociale.

A questo punto per la causalità civilistica, se il lavoratore ne ha dimostrato la ricorrenza, non è che siamo venuti incontro alle esigenze del lavoratore. Così riusciamo ad argomentare una differenza tra la situazione ordinaria del danno civilistico, rispetto al

danno nella infortunistica sociale. Per la valutazione del danno ci aspettano tempi di grande difficoltà, a parte il discorso della invalidità temporanea che richiede poca attenzione nell'ambito del riconoscimento. Bisogna dimostrare tutti i valori non semplici da provare, patologie rispetto alle quali è complesso individuare lo stato anteriore

e le condizioni preesistenti che possono essere di origine lavorativa o no.

Poi si è detto del danno psichico, grande spina nel fianco del mondo della valutazione del danno, che deve derivare dall'aver contratto l'infezione e non da fattori precedenti alla patologia. Tutto per dire che la medicina legale è uno degli ambiti più complessi.

Stress da lavoro correlato e Covid con particolare riferimento alle professioni sanitarie

■ Emanuele Caroppo*

L'attuale contesto pandemico determina una particolare situazione nei soggetti sottoposti a rischio espositivo al virus: significa che esistono sia dei fattori protettivi, nell'ambito di fattori individuali che attengono alla nostra costituzione, sia altri che appartengono invece all'esterno; per cui si è visto che un'adeguata formazione riduce il rischio di disturbo di cinque volte, a partire addirittura da come si indossano i Dpi (Dispositivi di protezione individuale) quando ci sono. Ora l'interesse che noi abbiamo riguardo al disturbo in salute mentale da Covid 19 è perché l'effetto non è solo legato alla malattia, ma, come dice Boccaccio sulla peste, anche allo «sbigottimento delle genti». Lo stesso Munch descrive nel corso dell'epidemia dell'influenza spagnola, angoscia, inquietudine, fame d'aria.

Categorie a rischio: fare attenzione perché se abbiamo detto che c'è questa variabilità individuale, riguarda le zone di residenza, se esposto in prima linea o no, preparato o impreparato all'emergenza sanitaria. Timore

di contagiarsi e di contagiare i propri cari, l'alterazione di veglia e sonno dei sanitari, non poter rientrare a casa. Tutti fattori di forte stress per gli Oss. Poi c'è chi ha perduto i cari, assenza di funerali, impossibilità di ultimo saluto. Se avviene a un Oss ne peggiora ulteriormente lo stato. Il timore di contagio, la paura di morire per i contagiati, tutto concorre ad aumentare il disturbo, che è importante anche quando è sotto soglia. Anche il caso di disturbo sotto soglia aumenta il rischio di suicidio.

Dobbiamo tener conto che il disturbo è incrementato dalla info-sfera: giornali, tv, immagini a forte impatto emotivo, rappresentano ulteriori fattori di stress. Adesso basta accendere la tv e siamo esposti in modo massiccio. Pensiamo all'attacco dell'11 settembre: non solo gli abitanti di New York hanno sviluppato un disturbo da stress, ma si è avuto anche in genti che distavano chilometri dal luogo dell'attentato. Anche con i terremoti, qui in Italia, c'è la scala messa a punto da esperti che viene utilizzata da un punto di vista clinico, attraverso un'intervi-

* Università Cattolica di Roma.

sta, per valutare il trauma anche sotto soglia, ed evidenza che non solo chi è stato direttamente esposto al trauma ha sviluppato il disturbo ma anche quelli più distanti dal luogo del terremoto.

Se utilizzassimo solo i punti del Dsm 5 non riusciremo a misurare questo aspetto. Quando arriva un forte fattore di stress sia per chi ha tratti autistici sia per chi ha avuto disturbi dell'umore di tipo bipolare, l'impatto può

essere più forte e attivare un circolo vizioso che può esitare in abuso di droghe o suicidio. È ovvio che un disturbo di massa ha una prognosi più favorevole, uno individuale può avere una prognosi sfavorevole.

Nell'Organizzazione mondiale della sanità, già 13 anni fa, si individuava tra le cause più impattanti da stress (ottava causa) nell'insorgenza del disturbo quella del rischio pandemia.

Indennità di malattia: le modalità applicative dell'Inps in tempo di Covid-19

■ Marina Puligheddu*

L'indennità di malattia è riconosciuta ai lavoratori settore privato quando si verifica un evento morboso acuto che determina l'incapacità temporanea al lavoro riferito alla mansione specifica.

Esistono altre categorie di lavoratori privati non indennizzati da Inps e i lavoratori pubblici per i quali *la malattia è retribuita* dal datore.

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria da Covid-19 sono state riconosciute per i lavoratori settore privato tutele specifiche:

■ Quarantena con sorveglianza attiva o in permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva (art. 26, comma 1, d.l. 18/2020). Rientrano nella fattispecie:

- soggetti asintomatici positivi al tampone;
- contatti stretti asintomatici di soggetti positivi;
- rientro da zone/paesi a rischio.

Tali periodi sono equiparati alla malattia ai fini del trattamento economico, rientrano nel conteggio del periodo massimo indennizzabile previsto (solitamente 180

giorni per anno solare), sulla base della normativa di riferimento per lo specifico settore lavorativo di appartenenza e non sono computabili nel calcolo del periodo di compenso.

■ Quarantena su ordinanza amministrativa (art. 19 legge 104/2020 – msg Inps 3653/2020): riguarda i datori di lavoro che hanno sospeso l'attività lavorativa, a causa dell'impossibilità di raggiungere il luogo di lavoro da parte dei lavoratori alle proprie dipendenze, domiciliati o residenti in Comuni per i quali la pubblica autorità abbia emanato provvedimenti di contenimento e di divieto di allontanamento dal proprio territorio, disponendo l'obbligo di permanenza domiciliare in ragione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.

■ Quarantena effettuata in Paesi esteri: non possono accedere alle suddette tutele i lavoratori aventi diritto all'indennità di malattia assicurati in Italia per i quali sia stata disposta la quarantena da Autorità estera.

* Dirigente medico legale del Coordinamento generale medico legale Inps.

Nel decreto legge n. 18/2020, all'art. 26 oltre al comma 1, ci sono il terzo e il quarto, strettamente legati alla quarantena. Il terzo prevede che per la quarantena il medico curante rediga il certificato di malattia con gli estremi del provvedimento, introducendo la tutela prevista. Il quarto comma, infine, sana tutti i certificati trasmessi all'Inps prima del decreto del 13 ottobre. Quindi, l'Istituto ha deciso di considerare validi tutti quei certificati di malattia, che riportavano una situazione di quarantena, trasmessi dal 31 gennaio 2020, data in cui è stata dichiarata l'emergenza sanitaria nazionale, fino al 27 marzo, quando è entrato in vigore il decreto «CuraItalia».

Altra tutela, riguarda i cosiddetti lavoratori fragili, ovvero soggetti che hanno un aumentato rischio di contrarre l'infezione e che quindi sono posti, per precauzione, in isolamento domiciliare.

Alla data del 15 ottobre 2020, la norma dispone l'equiparazione dell'intero periodo di assenza dal lavoro a degenza ospedaliera per i lavoratori dipendenti dei settori privato e pubblico. Sono richiesti il possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità (comma 3, legge 104/1992) o il possesso della condizione di rischio connesso a specifiche patologie indicate nella norma derivanti da immunodepressione, esiti da patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita e attestate dagli organi medico legali delle Asl (msg. 4157/2020).

La certificazione sanitaria valida per afferire alla tutela del comma 2 è un certificato di malattia che deve attestare oltre al periodo di prognosi anche una diagnosi dettagliata: il

medico di base ci deve indicare le patologie sofferte dal lavoratore dalle quali, quindi, emerge una situazione di rischio; inoltre deve eventualmente specificare gli estremi della documentazione, poiché l'ultima riformulazione del comma 2 ha semplificato i requisiti richiesti per il riconoscimento della legge 104, art. 3 comma 3, cioè della disabilità grave. In questo caso, ricordiamo, vale qualsiasi patologia: anche un cieco o un paraplegico o un sordo può fare richiesta di tutela pur non avendo situazioni cliniche di particolare rilievo. L'altra possibilità è quella di attestare, tramite gli organi medico-legali delle Asl territorialmente competenti, una condizione di rischio derivante da situazioni patologiche croniche, che possono portare a immunodepressioni, a esiti di patologie oncologiche e svolgimento di terapie salvavita. Il periodo di assenza è equiparato a degenza ospedaliera; quindi, sia i lavoratori privati che pubblici andranno incontro al riconoscimento a partire da un certificato di malattia di un trattamento economico equiparato a degenza ospedaliera. L'Inps si è attivato per i suoi lavoratori indennizzati, su cui ha competenza, a fare una trasformazione automatica del certificato di malattia in un certificato di ricovero.

Per quanto riguarda il lavoro agile, rimando al messaggio Inps n. 3653/2020, dove è indicato che per i lavoratori, in quarantena, secondo il comma 1, ma asintomatici o in sorveglianza precauzionale, ossia il comma 2, è possibile concordare con il datore di lavoro di svolgere l'attività lavorativa in modalità agile. In questi casi, non è necessario presentare alcuna certificazione di malattia per-

ché la tutela non è prevista, in quanto il lavoro agile sostituisce l'attività in presenza. Viceversa, nel caso di malattia conclamata da Covid, il lavoro agile non è compatibile.

Inoltre, tutti i trattamenti di integrazione salariale sostituiscono l'indennità giornaliera di malattia; quindi, è incompatibile la possibilità di usufruire di queste tutele per i soggetti in Cassa integrazione in Cig e Assegno ordinario.

Per queste tutele, il governo ha deciso di utilizzare i certificati di malattia. Si tratta di una situazione del tutto straordinaria poiché l'Inps tutela la quarantena, come sua prestazione indennizzata, solo se a fronte di un fatto infettivo c'è anche la somministrazione di una terapia, come prevede la circolare del 1981. Per il Covid, invece, la quarantena non prevede una terapia perché è semplicemente un isolamento domiciliare fiduciario e, quindi, eccezionalmente rientra tra le tutele previste dall'Istituto.

Pertanto, il certificato di malattia, in questo caso, corrisponde ad una domanda di tutela e non ha la funzione del vero certificato di malattia comune come noi conosciamo.

Altro aspetto degno di nota riguarda le persone che, pur non presentando più sintomi, continuano a risultare positive al test molecolare per Sars-CoV-2. Nella circolare del ministero della Salute del 12/10/2020, infatti, sono indicate la durata e il termine dell'isolamento e della quarantena.

In caso di assenza di sintomatologia, da almeno una settimana, potranno interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi. Restano invece da risolvere quei casi in cui i soggetti risultano

ancora positivi, trascorsi i 21 giorni, oltre i quali è prevista la riammissione nella comunità, perché comunque immunizzati, ma che in realtà il datore di lavoro, con il suo Medico Competente, ha difficoltà a reinserire in azienda.

Ricapitolando, le misure previste nel comma 1 (la quarantena) e nel comma 2 (i soggetti fragili) sono tutele straordinarie gestite dall'Istituto, che verranno rimborsate dallo Stato. Il comma 6, invece, è gestito dall'Inps con certificato di malattia e verrà trattato come qualsiasi altro evento patologico acuto, perché in questo caso siamo in presenza di sintomi che producono incapacità temporanea lavorativa, caposaldo per il riconoscimento della malattia indennizzabile.

Da segnalare, inoltre, che per quanto riguarda la gestione dei certificati di competenza Inps o Inail, c'è un reciproco impegno alla segnalazione. È quindi importante far capire al lavoratore che, ai fini dell'individuazione della giusta tutela, indicare sin dall'inizio al proprio medico di base le possibili circostanze del contagio, la tipologia di lavoro e le mansioni svolte affinché sia individuato il percorso più agevole per il riconoscimento delle prestazioni. È evidente che un contagio avvenuto in occasione di lavoro troverà nella domanda rivolta all'Inail un percorso più agevolato per il riconoscimento delle prestazioni.

Per quanto riguarda le scuole, è altrettanto significativo sapere per i medici di Patronato il riferimento legislativo che è il decreto legge 111 dell'8 settembre 2020, emanato per la gestione della riapertura degli istituti scolastici. Anche se c'è ancora molta confu-

sione, la circolare di riferimento di Inps è la n. 116 del 2 ottobre, in applicazione dell'art. 5 del decreto, nel quale viene indicato cosa devono fare i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente, che ha avuto un contatto con un compagno risultato positivo. Come è possibile constatare, la norma non prevede alcun cer-

tificato di malattia, ma il genitore può innanzitutto chiedere al proprio datore di lavoro di svolgere l'attività in modalità agile da remoto; oppure, nelle ipotesi in cui non fosse possibile, può astenersi dal lavoro ricorrendo ad un congedo parentale speciale rivisto proprio da questa norma.

Conclusioni

■ Silvino Candeloro*

44

Abbiamo organizzato questa iniziativa per dare continuità al nostro impegno sul tema della medicina legale, convinti che di fronte ai profondi mutamenti delle condizioni di lavoro, con la digitalizzazione globale, sia necessario avviare una riflessione seria per aggiornare le conoscenze mediche e medico legali, che hanno implicazioni sull'esposizione dei rischi per i lavoratori e le lavoratrici. Problematiche diventate ancor più cogenti nell'attuale emergenza sanitaria imposta dall'epidemia da Coronavirus, che non ha risparmiato nessun paese, cancellando ogni differenza anche ideologica tra Oriente e Occidente, tra culture e regioni del mondo. Dal punto di vista storico, per individuare un contesto analogo a quello che stiamo vivendo bisogna tornare indietro con la memoria di oltre cento anni, quando tra il 1918 e il 1919 l'epidemia da influenza spagnola ha mietuto oltre 30 milioni di morti. Negli anni più recenti, molti studiosi e scienziati avevano preconizzato il verificarsi di un simile evento pandemico, ma nessuno

pensava che si sarebbe imposto in così breve tempo e con tanta violenza sulle generazioni di oggi, lasciando tutti noi a vivere in un tempo «sospeso», dove le incognite ancora prevalgono sulle certezze finora acquisite.

Ciò richiama la necessità di analizzare ciò che si sta determinando tra di noi, non soltanto nei luoghi di lavoro, ma anche nella vita sociale, partendo da una domanda fondamentale che, secondo me, ha bisogno di una nostra risposta: nelle pandemie e in questo tipo di problematiche, cos'è che aiuta a salvare ognuno di noi? È solo l'isolamento? Direi di no, perché affidarci solo al lockdown, come lo abbiamo vissuto finora e come lo stiamo vivendo ancor oggi, con un'Italia divisa per intensità di contagio, colorata in giallo, arancione e rosso, non è una risposta esaustiva ed entra in contraddizione con la natura stessa dell'uomo, che è invece un essere socievole e sociale, bisognoso di relazioni umane. Può essere una misura di contenimento del contagio, ma non è una risposta adeguata per affrontare

* Collegio di Presidenza Inca Cgil Nazionale.

le tantissime conseguenze che investono ogni sfera della vita umana; né riesce a disegnare una prospettiva positiva, salvaguardando quei valori di convivenza civile, che hanno contribuito alla crescita democratica del nostro mondo, attraverso politiche di sviluppo economico, sociale e culturale finora conosciute.

Nonostante sia passato un anno dalla dichiarazione dell'emergenza sanitaria, non siamo attrezzati per affrontare le numerose criticità: ancor oggi dobbiamo fare i conti con la difficoltà nel reperire i dati sulla pandemia. La stessa scienza mostra le sue fragilità nel far valere le sue decisioni, anche nel rapporto con la politica, non improntato su criteri virtuosi. Non voglio accusare nessuno ma certamente in questa fase, la politica e la scienza non hanno sufficientemente cooperato per dare a ciascuno dei due ambiti di intervento il giusto peso e le giuste competenze, creando uno squilibrio tra i due ruoli e di conseguenza un clima di incertezza tra i cittadini.

In ambito occupazionale, questo contesto così insicuro condiziona, ancor oggi, anche l'applicazione delle norme antinfortunistiche. Come Patronato, dobbiamo affrontare numerose difficoltà affinché ai lavoratori e alle lavoratrici, che si sono ammalati di Covid, siano assicurate le giuste tutele. Nulla è scontato. Dimostrare il nesso causale del contagio con l'occasione di lavoro ha bisogno di una serie di dati che guardano alla storia lavorativa individuale e all'esposizione del rischio.

Il protocollo tra Organizzazioni sindacali e governo, diventato parte di un d.p.c.m. è

stato un atto fondamentale per mettere in evidenza l'importanza della sicurezza e della prevenzione nei luoghi di lavoro, ma non dobbiamo dimenticare che nella fase iniziale della pandemia quelle regole fissate nel protocollo non sono state affatto rispettate. Dalla Lombardia, alcuni sindacalisti della Cgil mi riferiscono che i prefetti, ai quali era stata affidata la responsabilità delle riaperture delle aziende, hanno ricevuto centinaia di richieste di deroga, che hanno permesso ad alcune realtà produttive di riaprire senza la necessaria verifica della corretta applicazione dei protocolli sanitari.

Di conseguenza, molti lavoratori e lavoratrici sono tornati a lavorare senza le necessarie prescrizioni. E non parliamo di addetti a settori non a rischio, ma di filiere, considerate essenziali, che non hanno subito interruzione alcuna, come gli addetti al commercio e a servizi, gli alimentaristi, ma anche sanitari di strutture private. Su di loro gli effetti della pandemia si sono abbattuti e non è stato semplice dimostrare il nesso causale con l'attività svolta, poiché, soprattutto nella prima fase emergenziale, mancavano le diagnosi.

Ora dobbiamo affrontare con maggiore lucidità cosa si può fare. Secondo me, c'è un punto importante che ci deve guidare: ai fini della tutela Inail, per dimostrare l'occasione di lavoro del contagio, bisogna superare l'idea che l'esposizione al rischio non è prerogativa di specifiche categorie di lavoro, ma della generalità delle lavoratrici e dei lavoratori; cioè il contagio da Covid deve essere considerato un rischio biologico, punto e basta, a prescindere dalla tipologia di

lavoro svolto. Solo in questo modo è possibile garantire le giuste tutele ai tanti casi di contagio anche per infortuni *in itinere*. Si pensi, per esempio, ai lavoratori e alle lavoratrici, che per continuare a svolgere la loro attività in presenza sono costretti a prendere quotidianamente i mezzi pubblici, o ai rider. So che sull'argomento c'è un dibattito aperto ed è bene affrontarlo se si vuole inquadrare il problema dell'esposizione al rischio contagio in occasione di lavoro nella giusta collocazione, senza lasciare indietro nessuno o escludendo irragionevolmente alcune categorie dalla copertura antinfortunistica.

A questo proposito, vorrei sottolineare come sia infondato il timore espresso da alcuni datori di lavoro di dover rispondere penalmente di eventuali reati, poiché tale evenienza si verifica soltanto di fronte ad un'accertata inadempienza delle norme di sicurezza (dolo); e non a prescindere per qualsiasi evento contagioso.

Sgomberato il campo dalla strumentalizzazione su questo argomento, in ambito aziendale ed extra-aziendale dobbiamo fare tutti gli sforzi per ricostruire le diverse situazioni e dimostrare che i casi di contagio siano avvenuti in occasione di lavoro, utilizzando i dati epidemiologici, che possiamo reperire anche attraverso le Asl, alle quali giungono quotidianamente gli eventi infortunistici da Covid nei singoli posti di lavoro.

Attraverso queste segnalazioni, possiamo procedere a riordinare ogni aspetto della vita lavorativa individuale per rilevare il cosiddetto rischio generico aggravato al quale fare riferimento per l'eventuale richiesta di

riconoscimento del giusto indennizzo Inail. Una definizione che ci aiuta a mettere in collegamento l'eventuale contagio da Covid con l'attività lavorativa, dimostrandone il nesso causale e dunque l'occasionalità del lavoro. È un concetto molto importante che sottolinea come la pandemia di per sé esponga ad un aumento dell'esposizione del rischio contagio ogni lavoratore e ogni lavoratrice, a prescindere dalla categoria di appartenenza.

Dobbiamo essere consapevoli che siamo di fronte ad una legislazione emergenziale; a metterla in evidenza è lo stesso protocollo, sottoscritto dal governo con le parti sociali, che rappresenta, allo stesso tempo, la fonte e il limite della responsabilità datoriale. Quindi, noi come Patronato, continuiamo a operare affinché sia il protocollo sia il decreto legislativo 81/08 agiscano positivamente, sotto ogni aspetto, per riconsiderare l'azione di prevenzione e sicurezza nei posti di lavoro. In questa direzione va anche l'aggiornamento del Documento di valutazione dei rischi da parte delle aziende per riorganizzare il lavoro nella individuazione e messa a disposizione di nuovi Dispositivi di protezione individuale, resi indispensabili per contrastare la diffusione del virus.

Naturalmente, a noi, come Patronato, spetta, inoltre, il compito di avviare un'attenta valutazione dei postumi da Covid, attraverso la quale possiamo sostenere anche una riforma del sistema sanitario nazionale che si è rivelato fragile, proprio durante questa emergenza, frutto delle misure, messe in atto negli anni passati, che ne hanno minato le basi universalistiche e solidali. A dimo-

strarlo, c'è l'inadeguatezza con cui è stato affrontato il problema delle malattie croniche e degli anziani, che in alcune città rappresentano oltre il 30 per cento della popolazione; c'è il numero dei decessi in generale e non soltanto quelli avvenuti in occasione di lavoro.

Tutto questo ci interroga su come contribuire a rimuovere le falle che si sono verificate in questa drammatica situazione per migliorare i risarcimenti in favore delle persone bisognose, dal punto di vista sia assicurativo sia civilistico, con uno sguardo pro-

spettico verso una nuova forma di tutela più in generale. In questa direzione va anche la riaffermazione del diritto al reinserimento occupazionale delle lavoratrici e dei lavoratori contagiati. Per noi resta prioritario l'obiettivo che chiunque abbia subito un infortunio da Covid o una qualsiasi altra malattia professionale debba potersi reinserire sul posto di lavoro, se necessario, anche con l'adeguamento delle postazioni lavorative. Credo che anche questo sia un tema di civiltà, per considerare rispettato il diritto ad un lavoro dignitoso.