

Quaderni di Medicina Legale del Lavoro

NT

Notiziario

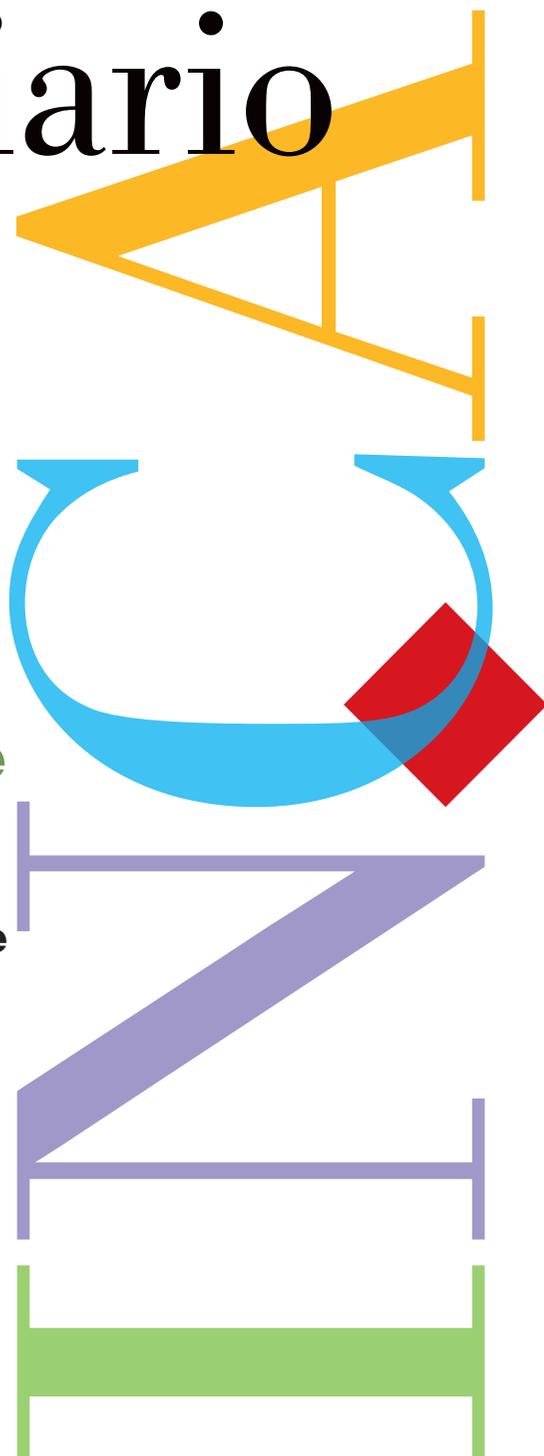
NotiziarioINCAonline
N.3/2021

**Le conoscenze
scientifiche
e la valutazione
dei postumi
da Covid-19:
effetti a lungo termine**

ATTI DEL CONVEGNO
9 giugno 2021



il Patronato della CGIL



DIRETTORE RESPONSABILE

Lisa Bartoli

REDAZIONE

Micaela Aureli

EDITORE E PROPRIETARIO

Futura srl
Corso d'Italia, 27
00198 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
LUGLIO 2021

TESTI NON RIVISTI DAGLI AUTORI

EGREGIO ABBONATO, AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/2003 LA INFORMIAMO CHE I SUOI DATI SONO CONSERVATI NEL NOSTRO ARCHIVIO INFORMATICO E SARANNO UTILIZZATI DALLA NOSTRA SOCIETÀ, NONCHÉ DA ENTI E SOCIETÀ ESTERNE A ESSA COLLEGATE, SOLO PER L'INVIO DI MATERIALE AMMINISTRATIVO, COMMERCIALE E PROMOZIONALE DERIVANTE DALLA NOSTRA ATTIVITÀ.

LA INFORMIAMO INOLTRE CHE LEI HA IL DIRITTO DI CONOSCERE, AGGIORNARE, CANCELLARE, RETTIFICARE I SUOI DATI OD OPPORSI ALL'UTILIZZO DEGLI STESSI, SE TRATTATI IN VIOLAZIONE DEL SUDDETTO DECRETO LEGISLATIVO.

Sommario

■ **Premessa**

■ **Silvino Candeloro** 7

■ **Introduzione**

■ **Disturbi post-Covid: ricerca scientifica e valutazione medico legale di eventuali postumi** 9
Gian Aristide Norelli

■ **Relazioni**

■ **Covid-19: problematiche pregresse, attuali e permanenza dei danni nella fase post acuta** 12
Angelo Emanuele Catucci

■ **Sindrome stanchezza, diffusione microcoaguli e miocardite** 15
Francesco Prati

■ **I parametri e i criteri dell'Inail per la valutazione dei postumi da Covid-19** 21
Patrizio Rossi

■ **Impatto diretto e indiretto di Covid-19 sulla salute mentale: l'onda lunga della pandemia** 27
Emanuele Caroppo

■ **Neuro-Covid: dalla terapia intensiva alla neuroriabilitazione** 31
Maria Gabriella Buzzi

- Definizione di occasione di lavoro e interesse ad agire in caso di infortunio da Covid-19** 36
Stefano Giubboni

- Alterazione del gusto e dell'olfatto: aspetti pandemici e recupero** 41
Pietro De Luca

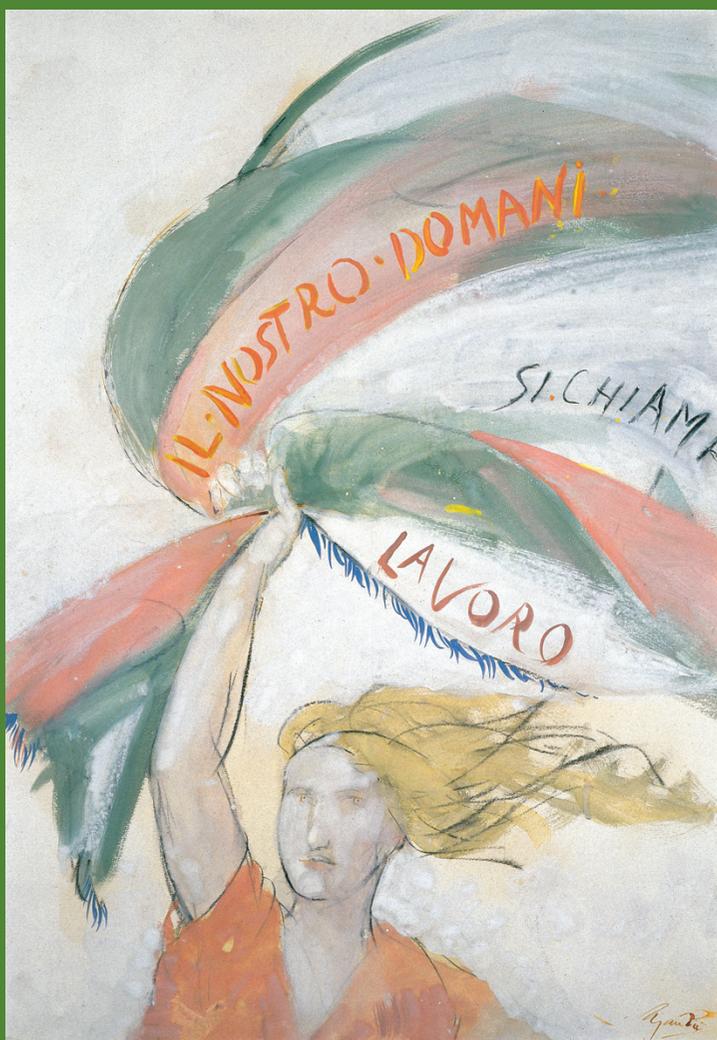
- Impatti neurosensitivi da Covid-19: anosmia e ageusia** 44
Fabio Manca

- Conclusioni**

- Marco Sgarbazzini** 49



**Le conoscenze scientifiche
e la valutazione dei postumi
da Covid-19:
effetti a lungo termine**



Giacomo Manzù, Il nostro domani si chiama lavoro, 1977

Premessa

■ Silvano Candeloro*

Abbiamo organizzato il dibattito sulla valutazione dei postumi da Covid 19 (e ringrazio ovviamente anche i collaboratori dell'Inca nazionale, i nostri medici, il dottor Manca, il dottor Sgarbazzini e la dottoressa Covatta), perché abbiamo bisogno di arricchire la conoscenza delle conseguenze medico sanitarie del virus, per acquisire, in maniera adeguata, le giuste competenze e professionalità in grado di superare le incertezze ancora presenti nel mondo scientifico in modo evidente e nelle istituzioni preposte alla garanzia della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Siamo consapevoli che questa tematica richiederà ulteriori approfondimenti e valutazioni; tuttavia, dobbiamo iniziare da subito a studiare e a comprendere un argomento complesso come questo, potendo contare sulle nostre relazioni con la Sovrintendenza Nazionale Sanitaria e con l'Inail. Lo scopo di questa iniziativa è anche quello di offrire ai nostri medici legali un'occasione di confronto importante.

Per essere ancor più esaustivi, nel dibattito

abbiamo introdotto un altro argomento, che riguarda tutta la tematica giurisprudenziale, che svolgerà il professor Giubboni, relativamente, in particolare, alla questione del contagio in occasione di lavoro e del diritto alle prestazioni Inail delle persone investite dal virus. Si tratta di un argomento altrettanto complesso e delicato perché, come sapete, è difficile individuare l'origine professionale del contagio, e dunque l'infortunio da Covid, meritevole della tutela Inail, perché la pandemia ci ha messo di fronte a una situazione inedita e straordinaria. La riprova di questa difficoltà sta anche nelle incertezze del mondo scientifico mostrate sin dall'inizio dell'emergenza sanitaria, quando nella fase più acuta la diagnostica non si svolgeva nelle migliori condizioni; non c'erano i tamponi, non c'erano spesso mascherine, gel disinfettante né tanto meno vaccini. Il convegno di oggi, quindi, si inserisce in un percorso che si articolerà in più appuntamenti; altri ne faremo, ma il nostro impegno è quello di rendere pubblici tutti gli atti, compresi quelli del dibattito di oggi, perché

* Collegio di Presidenza Inca nazionale

è dal confronto che potranno emergere risultati importanti per estendere le conoscenze e rafforzare l'azione di tutela individuale dell'Inca, la cui missione resta quella

di una crescente copertura assicurativa in favore di quanti hanno sofferto le conseguenze sanitarie sulla propria pelle, siano essi lavoratori che cittadini comuni.

Introduzione

Disturbi post-Covid: ricerca scientifica e valutazione medico legale di eventuali postumi

■ Gian Aristide Norelli*

Il tema è, come diceva giustamente il moderatore, altamente stimolante perché, a mio modo di vedere, travalica la dimensione della materia che apparentemente ci accingiamo a trattare. In realtà, dobbiamo cogliere questo convegno come l'occasione fondamentale – e sono particolarmente grato al collega e amico Rossi (della Sovrintendenza Sanitaria Centrale Inail Nazionale, *ndr*) per la sua presenza – per puntualizzare, riconsiderare e approfondire un intero modello di accertamento e di valutazione, addirittura, del danno indennizzabile.

La ricerca scientifica che cosa ci può portare in tempi di Covid? Ci aiuta ed è essenziale nella prima modalità dell'accertamento del danno permanente. Cioè, noi ci troviamo ora a dover confliggere con un difetto, una carenza di conoscenze, proprio perché non possiamo ancora sapere con esattezza quelli che potranno essere effettivamente gli esiti permanenti della patologia da Coronavirus. Quindi, abbiamo una sostanziale incertezza sulle caratteristiche del danno e sulla loro

permanenza; abbiamo serie difficoltà diagnostiche perché gli esiti sono, come tutti sappiamo, molto spesso a carattere soggettivo: cioè un senso di spossatezza, una difficoltà nella respirazione non sempre accertabile con la normale strumentazione, disturbi di carattere psichico e psicologico, problemi che riguardano l'olfatto, il gusto e via dicendo. Cioè molti problemi, almeno allo stato, sfuggono a una diagnostica oggettiva o a una diagnostica strumentale. Dunque, abbiamo una difficoltà nella diagnosi differenziale anche per la complicazione di accertare lo stato anteriore, quindi anche una problematica notevole nella valutazione delle eventuali concause.

Giustamente l'Inail, nelle sue circolari, ha proposto di fare dei riconoscimenti provvisori per dei danni che potrebbero essere permanenti ma potrebbero anche non esserlo. Quindi, è un elemento molto valido ed essenziale di cui siamo soddisfatti che possiamo utilizzare nell'ambito di una medicina legale previdenziale.

Il problema si pone in ambito della re-

* Professore emerito di Medicina legale - Università degli Studi di Firenze

sponsabilità civile, invece, dove la possibilità di stabilire una provvisorietà o meno dei danni non è così agevole da perseguire; quindi, la valutazione del danno sarà particolarmente complessa e di quello dovremmo farci carico un po' tutti come medici legali; anche perché la problematica della responsabilità civile, che apparentemente o perlomeno in condizioni normali riguarda soprattutto il privato, nell'ambito di una patologia da Covid invece riguarda molto spesso l'ambito pubblico, perché è chiaro, che nel momento in cui io devo valutare una responsabilità civile di una struttura ospedaliera, di una Rsa o quant'altro, è evidente che non mi trovo di fronte a problematiche che hanno un interesse privatistico ma hanno anche un interesse pubblicistico. Di questo, ad esempio, il Patronato potrebbe domani avere interesse e l'opportunità di farsi carico.

Il problema che si pone, a mio avviso, comunque, non è tanto nel modello di valutazione del danno da Covid. La ricerca scientifica, indubbiamente, ci aiuterà nel valutare quelli che sono gli esiti permanenti e quindi il danno come conseguenza di esso. Il primo vero problema riguarda il tema dell'ammissibilità del danno, del riconoscimento del danno, quindi il riconoscimento dell'occasione di lavoro; occasione di lavoro che, in una patologia come quella tipica da coronavirus, va oltre quelle che sono le categorie tradizionali del rischio; del rischio specifico, del rischio generico aggravato che deve essere riconosciuto in riferimento a certe problematiche di difficile accertamento. Tuttavia, non tutto quello che è difficile da accertare

automaticamente deve poter essere escluso dall'ammissibilità all'indennizzo.

Sto parlando del problema dei contatti sociali, di quello connesso ai trasporti da e per il luogo di lavoro, dell'onere probatorio, della dimostrazione della sussistenza del rischio e, d'altra parte, dell'onere di prova contraria, cioè una sorta di inversione dell'onere probatorio nel momento in cui, di fronte alla possibile esposizione al rischio, si debba accertare la sussistenza o meno della finalità di lavoro. Quindi, problematiche che sono connesse al rischio, per le quali occorre chiedersi se debbano essere valutate per categorie di lavoratori o piuttosto per tipo di attività lavorativa anche connesse alle particolarità con cui l'attività lavorativa si sviluppa e che, magari all'interno di una medesima categoria di lavoratori, fa emergere difficoltà per evitare l'assembramento; una condizione che si pone come elemento di aggravamento del rischio.

Il problema, quindi, in una dimensione ancora più estesa, è quello di riconsiderare necessariamente alla luce della patologia da coronavirus quello che è il tema generale della causalità lavorativa. Molti anni fa ebbi modo di proporre delle valutazioni in tema di causalità lavorativa che distinguevano tra la causalità forte in ambito penale, una causalità debole in ambito civile, quella che poteva essere una causalità di tipo sociale nell'ambito previdenziale. E questa è l'occasione per poter riconsiderare questi temi.

Parlando poi di valutazione, di cui si è parlato nell'ultimo convegno realizzato dall'Inail, in occasione della costituzione di un comitato permanente di medici, la questio-

ne su cui dobbiamo interrogarci resta la metodologia di valutazione. La formula proporzionalistica, a mio avviso, non è la formula migliore che deve essere seguita in ambito di patologia da coronavirus. Spesso, la sovrapposizione che potrà esservi fra patologia spontanea preesistente e danno conseguente da infortunio necessariamente ri-proporrà l'utilizzazione della «formula Gabrielli» e di tutta la metodologia valutativa a esso correlata. Indubbiamente, si dovrà ri-proporre il problema del necessario ricorso a quella famosa stima complessiva del danno, di cui si parla sia nel Testo unico sia nel decreto 38/2000, che però è un po' come l'Araba Fenice. Quindi, bisogna affrontare una volta per tutte anche questo tipo di argomentazione.

A che cosa ci porta questo discorso, questa metodologia di ragionamento? Ci porta alla ridefinizione necessaria delle concause, tra quelle concorrenti e quelle coesistenti. Da quando si può parlare di danno biologico, e quindi si fa riferimento a una unicità di un sistema organico funzionale di riferimento,

qual è appunto l'organismo, la concorrenza causale è quella che sistematicamente deve ispirare il modello di valutazione. Quindi, questo ci ripropone una necessità di riconsiderare metodologie di tipo proporzionalistico.

Ecco, il convegno di oggi affronterà come argomento di discussione proprio questa problematica, senza la pretesa di poter arrivare ora a delle conclusioni. Ritengo che ri-proporre antichi e nuovi temi porti sempre a uno sviluppo e a un miglioramento delle conoscenze in generale e in particolare sotto il profilo medico legale, che stanno particolarmente a cuore a ciascuno di noi e che possono portare avanti il modello della indennizzabilità o meno del danno, che è interesse comune sia dei Patronati sia dell'Istituto previdenziale, la cui presenza è sempre stata un modello di serietà e di oggettività di interpretazione. Un comportamento che ha agevolato sempre il confronto con il Patronato, che il Patronato stesso, come in questa occasione, si impegna a ri-proporre.

Covid-19: problematiche pregresse, attuali e permanenza dei danni nella fase post acuta

■ Angelo Emanuele Catucci*

Grazie al professor Sgarbazzini (consulente medico legale di Inca nazionale, ndr) che ha così gentilmente pensato a me per svolgere la parte internistica, soprattutto di tipo pneumologico e nefrologico, perché, da ciò che abbiamo condiviso e visto, altre due personalità importanti si occuperanno delle conseguenze cardiologiche, psichiatriche e neurologiche del Covid a distanza.

Mi è stato chiesto di essere particolarmente scolastico, perché la platea che ci ascolta è composta sì di medici legali, ma anche e soprattutto di avvocati. E quindi abbiamo approfittato di questa occasione per dare a voi tutti una spiegazione anche di tipo fisiopatologico per spiegare come avviene l'infezione e perché essa è così particolarmente aggressiva e perché è multiorgano; perché una forma virale così importante, che potremmo confrontare e paragonare a una poliomielite, per esempio, piuttosto che a una forma epatitica, ha la particolarità di aggredire molti organi e di essere particolarmente aggressiva in alcuni degli or-

gani, e vedremo quant'è interessante il perché fisiopatologico per spiegarci poi delle conseguenze.

Avete sentito parlare sicuramente di questo fantomatico recettore per l'Ace, che sarebbe l'acronimo di enzima di conversione dell'angiotensina, che è ubiquitario nel nostro organismo. Perché ve lo cito? Perché di fatto è la porta delle nostre cellule rispetto al virus. Infatti, esiste su tantissime cellule (poi vedremo quali sono e quanti organi coinvolge).

Perché nelle prime fasi dell'infezione della pandemia questo recettore è stato molto corteggiato? Perché, in effetti, questo tipo di molecola molto complicata che sta sulla membrana cellulare è presente in tantissimi organi, e vedete che proprio sono gli organi che poi spesso sono malati di conseguenza della malattia, primi fra tutti i polmoni, poi i reni, poi abbiamo sentito il cuore, sentiremo sia la parte psichiatrica che neurologica ma poi anche l'aspetto vascolare. Avrete sentito quant'è importante che esiste l'embolia polmonare o l'embolia sistemica, addirittu-

* Direttore Struttura Complessa Medicina Interna Nefrologia e Dialisi - Ospedale Regina Apostolorum - Roma

ra esistono delle trombosi post-vaccino che in qualche modo sono correlate a questa particolarità dell'Ace.

Questo benedetto coronavirus è fatto così e l'avete visto oramai decine di volte dappertutto. Dove noi vediamo le coroncine che ne caratterizzano la nomenclatura, esiste proprio questa proteina cosiddetta Spike. Quando la proteina Spike arriva sull'Ace, questa porta si apre, il virus entra dentro la cellula, e che cosa succede? Che il virus va a guadagnare rapidamente una nostra stampante di proteine, che sono i ribosomi. Cioè, lui mette il suo Rna all'interno dei ribosomi. I nostri ribosomi non sono nient'altro che stampanti che prendono un codice, lo decodificano e producono proteine. Che cosa succede? Che l'Rna del virus viene replicato come tale ma soprattutto si forma una serie di proteine e il virus si riproduce. Questo avviene a una velocità e a una quantità stratosferica. E, come avete visto, siccome questa porta dell'Ace è disposta su tantissime cellule, ci spieghiamo come mai il virus corona va ad aggredire una miriade di cellule contemporaneamente; e per questo è anche causa di morte perché crea una malattia multiorgano.

Quindi, le nostre vie di accesso sono soprattutto quelle respiratorie. Dunque, abbiamo chiaro come funziona l'ingresso del virus; ed è per questo che usiamo mascherine e quant'altro: i polmoni sono sicuramente la prima porta d'accesso. Un polmone finisce nella sua intimità con gli alveoli, che sono piccole sacchette dove arriva l'aria e avvengono gli scambi gassosi con il sangue; si cede anidride carbonica e si acquisisce os-

sigeno. E dove si posiziona il virus nell'infezione? Proprio qui, nella posizione dove arriva l'aria, passa il sangue e in questo piccolo interstizio, come noi lo chiamiamo, che è uno spazio quasi virtuale, dove avviene la cessione di anidride carbonica e l'acquisizione di ossigeno; in questa zona avviene l'impianto del virus, perché queste sono zone molto cariche di recettore Ace. Ecco perché noi abbiamo spessissimo una malattia chiamata «polmonite interstiziale».

In una ricostruzione del professor Mark della Columbus si osserva proprio una ricostruzione tridimensionale dove il virus si è andato ad annidare, e vedete che queste sono tutte zone di parenchima totalmente sottratte alla funzione per cui nasce il polmone, e cioè di scambio ossigeno-anidride carbonica. Capite bene che, via via che l'infezione procede, noi abbiamo un polmone che non è difficile comprendere che non potrà mai più respirare come respirava prima, perché avremo una cicatrizzazione del polmone.

Capite bene che, tenendo un polmone così sottratto alla sua funzione, che è quella di scambiare ossigeno, la persona non potrà che avere problemi che adesso andiamo ad analizzare. Se io facessi un'autopsia ad un polmone colpito dal virus, troverei le cicatrici che testimoniano la scarsa funzionalità respiratoria, causata dal Covid.

I medici legali, soprattutto necroscopi, sanno molto bene di che cosa sto parlando. Mi rivolgo con il massimo dell'umiltà agli avvocati per far capire quanto il polmone rimanga fortemente danneggiato da un'infezione.

Quali sono i sintomi respiratori? Alcuni stu-

di, realizzati sui contagiati durante la prima ondata della pandemia, all'inizio del 2020, rilevano che i pazienti colpiti dal virus sono affetti da una sintomatologia di comune denominatore: fatica cronica, tendenza ad addormentarsi, difficoltà di concentrazione, una rapida desaturazione di ossigeno perché, se quel polmone veicolava x litri di ossigeno a ogni atto respiratorio, mille litri di ossigeno a ogni atto respiratorio, ovviamente in quella situazione anatomopatologico, non sarà più possibile.

Un altro sintomo importante è la tosse secca, cioè il polmone (così come lo dicono i pneumologi) è indurito, perché il polmone cicatrizzando si indurisce; è un polmone che facilmente determina una tosse secca, cioè non produttiva, senza secrezioni che infastidisce moltissimo la vita quotidiana della persona colpita, perché è costretta a far ricorso a degli antitosse, cioè farmaci che spesso inducono sonnolenza.

Abbiamo detto che il recettore dell'Ace si esprime su moltissimi organi e anche apparati come quello vascolare. Essendo un nefrologo, vi voglio raccontare come mai tra i

malati di Covid ci sono morti anche di insufficienza renale acuta, e tanta gente che ha avuto il Covid sta in dialisi.

Quando c'è una viremia, cioè quando il virus passa nel sangue dall'apparato respiratorio, può raggiungere anche i reni e dare una cicatrizzazione del rene, dopo l'infezione, che si esprime con un'ostruzione proprio dei piccoli canalicoli. Questo determina ovviamente una riduzione critica fino alla morte funzionale dei reni, della funzione renale, tanto che ci sono accessi in dialisi molto più frequenti, così come sono morti molti dializzati.

I sintomi renali quindi sono un peggioramento della funzione renale di fondo e un peggioramento dell'ipertensione arteriosa, che fa da pendant abitualmente con il peggioramento della funzione renale, e ovviamente la formazione di edemi perché la persona colpita smaltisce i liquidi sicuramente in modo molto meno efficiente rispetto all'epoca pre-Covid. Spero di essere stato chiaro e mi offro alla discussione se vorrete ulteriori ragguagli per quello che potrò dare.

Sindrome stanchezza, diffusione microcoaguli e miocardite

■ Francesco Prati*

Il Covid è stato una vera e propria piaga per l'Italia e per il mondo. È stato chiarito molto bene come il virus entra all'interno della cellula. Non mi voglio dilungare su questo. Voglio ricordare semplicemente che, una volta che questo «simpatico» ospite è entrato all'interno del nostro corpo, poi c'è uno *storm*, una vera tempesta di citochine, di cellule, di enzimi, di elementi che favoriscono quel processo infiammatorio che poi è alla base della malattia. Cioè come dire che questo Covid, questo virus, è in grado di creare una risposta infiammatoria enorme.

Noi, come fondazione del Centro per la lotta contro l'infarto, di cui sono presidente, abbiamo dedicato nel nostro sito molto spazio al Covid e abbiamo anche focalizzato l'attenzione proprio sui primi lavori che sono stati pubblicati lo scorso anno dalla Cina, dalla regione di Wuhan, dove si vedeva che effettivamente era presente un interessamento cardiaco. E si può sintetizzare dicendo che, più o meno nel 20 per cento dei soggetti che andavano in

terapia intensiva, c'era un interessamento cardiaco.

Inizialmente, non si comprendeva quanto fosse importante, perché nei soggetti che morivano, trovavamo dei valori più alti di enzimi rispetto a quelli rilevati nel sangue in pazienti fortemente debilitati colpiti da altre patologie, per esempio del D-dimero, che esprime più o meno un problema emocoagulativo, dell'interleuchina, che è un enzima dell'infiammazione, e anche della troponina, un enzima che viene liberato dal cuore.

Il fatto che però fosse così aumentata la troponina a indicare un interessamento cardiaco non significa che l'interessamento del cuore sia un interessamento di fondamentale importanza rispetto ad altri organi, come il polmone. Non è semplicemente così. La troponina aumenta nei soggetti che muoiono, nei soggetti che vanno in terapia intensiva, che hanno una forma particolarmente grave, analogamente all'incremento di altri due marker dell'infiammazione, come appunto l'interleuchine, il D-dimero di cui parlavamo prima. Per cui mi sentirei di di-

re che questo rilascio degli enzimi del cuore è più un marker di malattia che non l'espressione di una grande e grave compromissione del muscolo cardiaco.

Il virus ci va nel cuore? Certo che ci va. Il virus è all'interno del cuore ma non è all'interno delle cellule muscolari, bensì in quelle cellule di nuovo infiammatorie, nel caso specifico macrofagi, che sono così importanti come epifenomeno della malattia.

Allora chiariamo un concetto: il virus al cuore ci arriva quasi sempre. Se noi facciamo delle valutazioni con la risonanza magnetica o andiamo a vedere la troponina, che è un enzima specifico, vediamo che sono quasi sempre aumentate nel paziente colpito dal Covid. Tuttavia, il cuore viene lambito da questa malattia perché la miocardite, cioè l'infiammazione del cuore, delle cellule del cuore, o la pericardite, cioè di quell'involucro che circonda il cuore, chiamato pericardio, è un fenomeno abbastanza raro e non è sicuramente centrale nella malattia. Altro elemento importante è che la miocardite è tipicamente una forma benigna. È difficile trovare delle miocarditi fulminanti o importanti. Mi sento di dire che, in questo anno di Covid, ho visto qualche miocardite in più ma non tante di più, rispetto al passato. E questo sia nell'attività di reparto del San Giovanni sia in quella svolta nella professione privata. Per cui, la miocardite non è un fenomeno – possiamo dire – assolutamente in primo piano.

L'altro aspetto a cui si faceva riferimento precedentemente è la trombosi delle arterie del cuore. La trombosi si verifica un po' dappertutto, perché questa alterazione del si-

stema emocoagulativo, a cui si accennava precedentemente, in realtà si traduce in trombosi. Il meccanismo è complesso, molte volte scendono le piastrine, che sono componenti del sangue e che, per un meccanismo un po' complesso, chiamato da noi medici Cid (Coagulazione intravascolare disseminata), ma paradossalmente non si verificano fenomeni emorragici, come ci si aspetterebbe, mentre l'abbassamento delle piastrine, in realtà può dare trombosi. E vediamo delle trombosi un po' dappertutto: trombosi nelle vene, che possono migrare colpendo i polmoni e determinando delle embolie polmonari; trombosi delle coronarie del cuore, e allora abbiamo l'infarto; e trombosi anche delle carotidi; con casi anche purtroppo letali o anche delle arterie cerebrali di ictus. Quindi, la tendenza alla trombosi è un fenomeno presente, direi che anch'esso non è fortunatamente in primo piano rispetto all'interessamento polmonare, che fa da padrone, però questa è una cosa che sicuramente abbiamo visto.

Fatta questa premessa, che è centrale della mia relazione, ricordo come per esempio, in un editoriale firmato dai colleghi di Ferrara, Rapezzi e Ferrari, si è visto come, effettivamente, il fatto che il virus non è localizzato nei miociti sia un elemento che ci fa comprendere come la miocardite non svolga un ruolo fondamentale; e anche per questo motivo vediamo delle forme un po' più benigne. Tuttavia, c'è sempre un però, un rovescio della medaglia. In realtà, questo danno cardiaco che vediamo bene con la risonanza magnetica nelle zone di *iper-enhancement*, come le chiamiamo, sta ad indicare minimi inte-

ressamenti del muscolo cardiaco del Covid, per lo più in forme appunto asintomatiche. Questi interessamenti del miocardio li rivediamo con la risonanza magnetica, secondo un lavoro pubblicato recentemente sul «Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance», nel 30 per cento dei soggetti a 3-4 mesi di distanza dal Covid. Per cui qualche strascico indubbiamente lo si vede. Difficile comunque collegare quest'osservazione ad un aspetto di tipo clinico.

Poi ci sono i casi che potremmo definire eccezionali. Abbiamo visto per esempio questo *Delayed-onset myocarditis following Covid*, cioè dei soggetti che sviluppano la miocardite dopo, con un quadro che ricorda un po' quello del bambino che è caratterizzato dalla sindrome infiammatoria multisistemica e che si manifesta su più organi. Ecco, questa la possiamo vedere anche nell'adulto, con una sintomatologia prevalentemente respiratoria e gastrointestinale; e a distanza di qualche giorno o settimana, possiamo vedere l'interessamento anche del miocardio, del muscolo cardiaco. In questi casi possiamo avere una miocardite molto importante: si tratta di pazienti che vanno in terapia intensiva, con una contrattilità del cuore che si riduce in modo marcato; ma anche in questo caso, nella maggior parte dei casi, poi la miocardite passa e i soggetti si riprendono; solamente in uno c'è stata un'ennesima recidiva. Siamo indubbiamente all'estremo della gaussiana, che descrive dei fenomeni assolutamente atipici, però esiste anche questo.

L'infarto. Quante volte abbiamo parlato della riduzione della diagnosi di infarto in epo-

ca Covid? Questo perché? Perché i pazienti avevano paura e in ospedale non ci andavano. Si tratta di un fenomeno che si è verificato in modo drammatico nei mesi di febbraio, marzo, aprile, fino a maggio direi del 2020. Adesso è molto, molto sfumato, direi che non lo vediamo più. Noi non facevamo più le angioplastiche primarie, non aprivamo più le arterie con il palloncino perché la gente si rifiutava di andare in ospedale o con l'ictus addirittura ma anche con l'infarto e un forte dolore al petto.

Questo ha avuto delle grandi ripercussioni: abbiamo visto soggetti deceduti perché non sono stati trattati (voglio ricordare che la mortalità per infarto è ancora del 20-30 per cento, perché la gente purtroppo muore prima di raggiungere il più delle volte l'ospedale), ma anche pazienti che sono sopravvissuti con dei grossi infarti, con una frazione di eiezione ridotta, con delle rotture di cuore, con delle insufficienze della valvola mitralica. Abbiamo visto complicanze dell'infarto che io osservavo quando ero uno studente, quando negli anni Ottanta di fatto l'infarto non veniva curato.

Quindi, abbiamo spostato indietro l'orologio della medicina di circa 30 anni, perché questo è quello che appunto ci ha regalato il Covid in questi due tre mesi e il problema è stato avvertito in tutto il mondo. I dati statistici ci dicono che in quel periodo ci sono stati molti meno infarti al pronto soccorso, e i pazienti che andavano in ospedale lo facevano con grande ritardo. Voglio ricordare che l'infarto, è una malattia tempo-dipendente e bisogna intervenire in 90 minuti da quando il paziente si presenta al pronto soc-

corso. L'arteria va riaperta entro 6 ore, perché poi il muscolo muore; ed era difficile farlo in epoca Covid, anche per i pazienti che si rivolgevano all'ospedale.

In quel periodo, l'infarto è stato curato male; e ancora vedremo dei postumi di quei tre mesi di blackout che si sono verificati lo scorso anno. Questo nonostante, come dicevo prima, il virus possa creare delle trombosi nelle arterie del cuore. C'è una pubblicazione scientifica risalente allo scorso anno, nel mese di marzo, in cui si diceva che era facile trovare dei trombi occludenti nelle coronarie, nelle arterie del cuore, senza che ci fosse quella malattia aterosclerotica sotto.

Vorrei dire però che, analogamente alla miocardite, questo è stato un fenomeno abbastanza raro. E quindi non credo che la patologia cardiaca sia stata in primo piano nel Covid. Il vero problema è che la gente, a causa del Covid, non andava negli ospedali. Ciò è abbastanza evidente se si guardano i dati contenuti nel registro italiano, Ami, dove si registrano meno infarti nel 2020 rispetto al 2019, molte meno diagnosi di infarti più gravi che noi chiamiamo *stemi*, quelli per i quali dobbiamo correre di fronte a elettrocardiogrammi evidenti per aprire l'arteria in 90 minuti; molti meno pazienti vengono sottoposti a procedure di angioplastica, con una differenza sicuramente drammatica.

Il rischio di trombosi, come dicevo prima, può essere anche ovviamente venoso, e secondo studi riportati in passato, nell'ultimo anno abbiamo avuto un 20 per cento di tromboembolia venosa, in alcuni casi complicata da embolia polmonare. Questo sicu-

ramente è un dato importante, con un incremento del D-dimero che è uno di quei marker che aumentano nei soggetti con embolia polmonare. È per questo che si è capito quanto fosse importante l'eparina, l'anticoagulante nelle fasi acute per andare a fermare quel ciclo vizioso, quel feedback che era caratterizzato poi, alla fine, da quelle microtrombosi che vedevamo dappertutto: le vedevamo in quegli spazi dei capillari o delle arterie, attorno agli alveoli, oppure anche nelle arterie più grandi. L'eparina quindi è stato un farmaco benedetto; lo è tuttora perché ha aiutato tantissimo nel migliorare la prognosi proprio come farmaco antitrombotico.

L'ictus esiste, lo abbiamo visto, anche se in maniera meno significativa della trombosi venosa. Voglio riferirvi di un caso emblematico che ha interessato una donna ricoverata al San Giovanni, con un ictus. All'inizio aveva la febbre, non si sapeva granché, a parte un quadro di una emiplegia sinistra; solo dopo essere stata sottoposta ad una Tac dell'encefalo si rileva la presenza del virus e si vedeva anche un trombo proprio flottante nell'arteria del cervello, in particolare era l'arteria cerebrale media. A questo, la sfortunata signora ha avuto anche una embolia polmonare. Il cuore di sinistra andava bene, le coronarie andavano bene; invece il cuore di destra che sta dietro l'arteria polmonare andava male perché c'era stata un'embolia dell'arteria polmonare con un sovraccarico del cuore destro. Questa era la tempesta coagulativa perfetta. La povera donna ha avuto una trombosi dell'arteria cerebrale, dell'arteria polmonare, anche le

piccole trombosi sicuramente perialveolari che condizionavano la polmonite interstiziale. Ed è veramente uno dei casi emblematici che ci fanno capire quanto sia importante l'eparina in questi soggetti.

Voglio ricordare rapidamente l'incremento della malattia di Kawasaki, una patologia che interessa i bambini, il più delle volte collegata a un'altra di origine virale, che è aumentata in modo considerevole a Bergamo nel periodo del Covid (da 2-3 casi, negli anni precedenti, a 10 o 20 in due o tre mesi). Questo è un altro regalo del virus. È una malattia rara e molto complessa che passa anche attraverso l'interessamento cardiaco, da un abbassamento anche delle piastrine e del fibrinogeno, il cui incremento indica la componente infiammatoria importante e l'interessamento cardiaco vario, che può comportare una riduzione della contrattilità, aneurismi e un abbassamento della pressione.

Due minuti per discutere gli effetti a lungo termine del Covid. Non sono certo un esperto, perché mi limito unicamente purtroppo ad affrontare tematiche cardiologiche, però posso dire di aver visto tantissimi pazienti che mi raccontano di essere deboli, di sentirsi stanchi, di respirare male. All'inizio ero un po' titubante, poi è emersa in tutta la sua evidenza la sindrome del long Covid che, secondo la Mayo Clinic, è caratterizzata da questa lunga lista di sintomi: fatica, mancanza di respiro, quindi dispnea, tosse, dolori articolari e, elemento molto importante che mi viene raccontato spesso, difficoltà di concentrazione, problemi di memoria, di sonno, dolori muscolari anche

molto presenti; inoltre problemi anche dell'olfatto, ma anche depressione.

Questi pazienti si rivolgono spesso a me per comprendere se, dietro questa fatica e questa stanchezza, ci sia il cuore. Non è così perché il cuore, come dicevo prima, è quasi sempre in buone condizioni. Credo, invece, che ci possa essere forse una componente polmonare, anche se in linea di massima questi soggetti hanno delle buone spirometrie, dei buoni polmoni. Penso che ci sia una grande componente psicologica, dovuta anche ai postumi dei lunghi ricoveri, a cui i pazienti sono stati sottoposti, accompagnati da eventuale malnutrizione da ospedale o riduzione della massa muscolare. Comunque, la patologia c'è, ma mi sento di affermare che è difficilmente correlabile al cuore, proprio perché troviamo un muscolo cardiaco che quasi sempre si comporta bene. Un commento sulla dispnea. La dispnea è, a mio modo di vedere, il più delle volte legata a un quadro di ansia. In epoca Covid, quindi non parliamo di long Covid acuto. Durante la fase più acuta della pandemia ho ascoltato tantissimi pazienti che lamentavano difficoltà nel fare una respirazione profonda, ma questa manifestazione potrebbe essere riconducibile ad uno stato di ansia, che potremmo definire dispnea sospirata. Quindi, su questo specifico aspetto, bisognerà capire quanto questo «post-Covid» sia legato ad una componente psicologica. Può aiutare la comprensione di questa sintomatologia lo studio realizzato dall'Ospedale romano Gemelli dal quale si evince come la fatica indubbiamente è il sintomo più presente dopo le dimissioni del ricoverato,

così pure la dispnea. Al di là di tutte le considerazioni fatte, indubbiamente, il Long Covid sarà un argomento del quale sentiremo ancora a lungo parlare per tutto quello che c'è da conoscere.

Un'ultima considerazione che voglio esprimere riguarda la presenza di una sindrome della tachicardia ortostatica posturale: cioè la difficoltà lamentata da molti pazienti quando devono mettersi in piedi, quando assumono la posizione ortostatica; vanno in tachicardia, con la frequenza del cuore che aumenta in modo consistente e un leggero abbassamento della pressione. Questa non è esattamente quell'ipotensione ortostatica che troviamo nell'anziano quando si alza in piedi rapidamente, ma è una cosa che, in qualche modo, evidentemente ha a che fare con

il Long Covid e che, peraltro, si cura abbastanza bene con l'Ivabradina. Un'ulteriore sfaccettatura di questa sindrome. Insomma, ne ha fatti di danni il Covid.

Credo che si possa sintetizzare la mia relazione dicendo che indubbiamente i pazienti con malattie cardiovascolari (questo non l'ho forse sottolineato a sufficienza) sono stati un bersaglio del Covid, così come gli obesi, come i pazienti con problemi respiratori. Vorrei dire che, in realtà, la miocardite, che è relativamente poco frequente soprattutto nelle sue forme più gravi, non la vedo come un problema significativo. Le complicazioni tromboemboliche lo sono state molto soprattutto nel circolo polmonare, e che l'eparina ci ha aiutato tantissimo per curarle.

I parametri e i criteri dell'Inail per la valutazione dei postumi da Covid-19

■ **Patrizio Rossi***

Ringrazio l'Inca Cgil per l'opportunità che ci fornisce ancora una volta. Ringrazio anche per la collaborazione che presta quotidianamente presso le nostre sedi per far valere i diritti delle persone affette da infortunio e da malattia professionale.

Ho ispirato la mia azione professionale sempre a un estremo tecnicismo, ma con l'intento costante di ancorarlo a una volontà di estendere i diritti delle persone malate; e voglio farlo anche in un frangente così delicato come è quello del post-Covid. È un mio obiettivo personale, ma immagino sia l'obiettivo di tutti, quello di aumentare e incrementare le tutele per coloro che, a causa del lavoro, si sono ammalati o hanno subito un infortunio. Ognuno di noi poi interpreta questa missione nel modo che ritiene migliore. Io personalmente cerco di fare di tutto, nell'equità e nel rigore di incrementare le prestazioni Inail. Questo perché vi è uno spazio di miglioramento delle nostre performance; dico «nostre» riferendomi ai medici Inail, ma immagino magari che vi sarà

anche uno sforzo per il miglioramento delle vostre performance; e tutto questo deve ispirare la nostra azione insieme.

Ritengo che il Covid sia un'occasione, che apre tante altre opportunità, non ultima quella delle tutele contro le malattie professionali, i tumori, sui quali possiamo agire per incentivare la nostra azione complessiva, con interventi, sempre più mirati.

Voglio cominciare il mio intervento ricordando i documenti, diffusi dall'Inail, sulle valutazioni riguardanti le conseguenze della pandemia da Covid, contenute in una collana editoriale. È stata un'iniziativa che ho voluto inaugurare durante questa bruttissima fase, che caratterizza l'azione della sovrintendenza e continuerà a caratterizzarla, che vogliamo condividere con tutti per migliorare e aggiustare, laddove possibile, gli interventi, convinti che la nostra azione debba essere ispirata a un'azione di trasparenza. Trasparenza vuol dire essenzialmente, quando l'intervento si pone verso l'esterno, una condivisione delle nostre proposte. Vi faccio un esempio: per me trasparenza vuol dire

* Sovrintendenza Sanitaria Centrale Inail Nazionale

condivisione, perché anche i documenti interni dovremmo riuscire a condividerli con coloro che sono i portatori di interessi. Sono abituato a non farmi imporre nulla se non lo condivido, però sono abituato per mia cultura e orientamento, a condividere tutto quello che io ritengo giusto per migliorare.

Un ultimo esempio, e mi scuso di questa digressione. Siamo stati sollecitati, in alcune sedi, a esprimere un parere in ordine alla presenza o meno del medico di patrocinio nella prima istanza, nel momento del primo accoglimento. Ecco, quando mi sono arrivate queste istanze ho detto: «Non vedo alcun problema». Mi hanno fatto notare che, in realtà, come Istituto ci eravamo già espressi in ordine al fatto che, nella prima fase, non è garantita l'assistenza del medico di patrocinio, perché vi è una fase successiva, che è quella istruttoria, nella quale deve esserci confronto e quant'altro (la collegiale).

Io personalmente, mi sono chiesto: «Ma dove è scritto tutto ciò?». E allora ho convocato gli avvocati; ho chiesto alle nostre direzioni di sapere se, per esempio, nel Codice civile, ci fosse una normativa interna. Adesso siamo addivenuti, con la mia forzatura, a una rilettura di questa posizione: ritengo che l'accesso anche nella prima fase non debba essere necessariamente esclusiva prerogativa del medico del patronato, ma di qualunque medico il paziente voglia portare con sé. Certo, il ruolo in quella circostanza non è di contrasto o di contrattazione dell'indennità di temporanea, ma è un'attività di facilitazione, nel senso che il medico può facilitare meglio il riscontro anamnestico,

così pure la produzione di certificati. Allora quando dico «trasparenza» e quando voglio portare l'azione amministrativa medico legale sanitaria in questo momento di condivisione, vuol dire condividere anche un percorso di istruttoria.

Condivisione e trasparenza vuol dire, a mio avviso, che in quel piccolo spazio che mi è consentito di poter gestire nell'area sanitaria io condividerò tutti i miei documenti. Lo faccio perché ho necessità di poterli perfezionare e sono sicuro che saranno perfezionabili.

Così è stato l'orientamento espresso in questi due anni, durante i quali ho avuto la necessità di intervenire precocemente per guidare un fenomeno che altrimenti sarebbe sfuggito. La nostra azione è riuscita a governare ben 160mila denunce riconducibili al Covid, una mole di lavoro importante se raffrontata a quella ordinariamente svolta. Quindi, nel caso in fattispecie ho dato un'indicazione di valutazione che ha consentito comunque di raggiungere un'omogeneità di comportamenti. E questo è il primo criterio della qualità. Ebbene, dappertutto, o quasi dappertutto, abbiamo avuto un comportamento univoco. Ai primari, con i quali per varie ragioni ho una interlocuzione per le valutazioni medico legali, ho sempre detto anche fuori dal contesto pandemico: «Non capisco perché un operaio della medesima azienda, che lavora in una regione del Sud, in una regione del Centro o in una regione del Nord, che ha una medesima morfologia, un medesimo infortunio, che svolge un'attività analoga o simile debba avere delle concessioni diverse». Questo è il punto di ca-

duta più grave che noi dobbiamo cercare di risolvere.

Così anche per la vicenda Covid, per la quale abbiamo seguito e aggiornato dall'agosto scorso una elencazione/catalogazione degli esiti del Covid. Da qui siamo partiti per sviluppare un progetto, di cui vado fiero, che è quello della riabilitazione multiassiale, ammettendo i casi di Covid sulla base del solo quadro clinico strumentale. Qualche giorno fa qualcuno mi ha qualificato come visionario, perché le autorità sanitarie sono arrivate alla medesima conclusione cinque mesi più tardi. Se avessi attestato la nostra posizione su quella prudenziale, aspettando le conferme, che molti altri mi consigliavano, noi avremmo tenuto 50mila casi in riserva di regolarità.

È stata una circostanza forse fortunosa e fortunata che mi ha aiutato in questa difficoltà e che ho risolto in quel modo, anche con la riabilitazione multiassiale. Ma cosa vuol dire «multiassiale»?

È una terminologia che mi è stata già in passato cara. Quando ho visto persistentemente il coinvolgimento di vari organi in uno stesso soggetto mi sono posto il problema se il sistema riabilitativo precedente, quello che vedeva la riabilitazione della sola caviglia o del solo muscolo o del solo apparato cardiologico, potesse rispondere all'esigenza di questi pazienti. Ho detto: «No, non potrà rispondere a prescindere da come andranno poi a scemare o meno questi sintomi. Tanto più che, se dobbiamo riabilitare, dobbiamo farlo nella fase sintomatica, non più in quella successiva». E allora abbiamo codificato questo progetto di riabilitazione multiassiale

le con competenze multispecialistiche integrate, nel quale abbiamo ritenuto che, per uno stesso soggetto, una medesima struttura dovessimo garantire diversi livelli, diversi assi e quindi diverse strumentazioni, diversi ambienti; quindi, con un'organizzazione strumentale, ambientale, organizzativa, perché c'è bisogno di vari specialisti, tra cui anche il nutrizionista, perché molti di questi pazienti ne hanno senza dubbio bisogno.

Inoltre, abbiamo coadiuvato, peraltro, soprattutto supportato da tutto l'Istituto, che ha vissuto con me questa vicenda, e fornito a tutte le regioni indicazioni precise sulla riabilitazione. È stato fatto un bando di disponibilità per tutte le strutture; a livello nazionale, hanno risposto ben oltre 170, che garantiscono, per uno stesso paziente, con diversi sintomi e diversa persistenza dei sintomi, una riabilitazione plurispecialistica molto interessante. Anche in questo, abbiamo visto con un certo anticipo quanto poi altri hanno messo in pratica.

Perché vi dico questo? Ho pensato che forse comunque saremmo arrivati più tardi di quelle che erano le esigenze dei pazienti, ed ho codificato una riabilitazione differita. È una novità straordinaria, unica dell'istituto, per la quale vi chiedo di collaborare, invitandovi a segnalarci eventuali pazienti che, seppur tornati al lavoro per esigenze diverse, presentano una persistenza di sintomi importante; vi chiedo di portare questi casi all'attenzione delle nostre sedi per poter garantire loro una riabilitazione multiassiale differita.

Quindi vi prego, anche in questa situazione e in questa circostanza, di essere colla-

borativi nell'interesse dei nostri assistiti, dei pazienti, delle persone che soffrono, molte delle quali sono state costrette a riprendere l'attività nella fase acuta della pandemia per esigenze professionali o esigenze di vario genere.

I numerosissimi studi scientifici svolti su un campione significativo di pazienti, seguiti nel tempo, ci dicono che gli effetti a lungo termine ci sono: abbiamo effetti di cefalea, abbiamo effetti di insufficienza respiratoria e tanti altri effetti diversi. Questo non fa che confermare come questi pazienti lamentino gravi sintomi, molti dei quali poi conoscono un'evoluzione completamente diversa a seconda della gravità della sindrome della malattia da Covid, quindi della fase acuta del Covid, e dell'età dei soggetti.

Il campione Inail è un campione di postumi, a oggi (questo è un campione al 30 si aprile, se non vado errato), molto, molto limitato, ma è costante nel tempo, che l'Istituto ha diffuso solo in occasione di un recente evento del 26 maggio, perché abbiamo aspettato di consolidare i dati. Li osserviamo da 5 mesi, facciamo report di revisione ogni 20 giorni. Il trend è questo: negli ultimi 6 mesi è modestissima la tendenza degli infortuni con postumi apprezzabili e importanti. Abbiamo 7 casi e di questi, 4 sono deceduti, 3 sono ancora in rendita per danno biologico. Abbiamo pochi casi in percentualizzazioni, dal 60 all'80 per cento sporadici, episodici, qualche maggiore concentrazione tra il 30 e il 50 per cento, ma la grandissima maggioranza, forse quasi il 90 per cento dei casi, si attesta nel range tra l'1 e il 10 per cento.

Questo è il riassunto molto più chiaro: il 56 per cento è tra l'1 e il 5 per cento, il 33 per cento tra il 6 e il 15 per cento. Abbiamo una modesta quantità di danni superiori, circa il 10 per cento, e poi abbiamo un piccolo spicchio che è relativo ai casi del 100 per cento. Di fronte a questi dati, mi sono chiesto come mai, nel tempo, abbiamo una casistica così modesta a fronte pure di circa 160 mila infortuni denunciati? Abbiamo una casistica così modesta perché molti degli infortuni o alcuni degli infortuni più gravi sono ancora in temporanea. Sapete bene che poi anche le generazioni di costituzione di rendite sono generazioni quinquennali, ci insegnano gli statistici, ma devo dire che molte di queste giustificazioni ci sono date dal fatto che questi pazienti sono più giovani. E quanto persistono questi sintomi? Abbiamo un elemento che l'Inail può contribuire a chiarire? Personalmente, ho posto sotto osservazione circa 202 casi, per i quali abbiamo dato l'indicazione di valutare tutti i postumi come accertamento provvisorio, erogando eventualmente il capitale qualora fosse necessario l'acconto, posticipando di oltre 6 mesi per consolidare il dato.

Quando noi poniamo un caso in accertamento provvisorio, voi lo sapete benissimo, la norma ci dice che quei casi non sono evoluti adeguatamente in modo tale da determinare una consolidazione dei postumi. Tuttavia, sono casi (questo è scritto nell'articolo 13 del decreto 38 del 2000) di postumi che teoricamente si attesteranno tra il 6 e il 15 per cento.

Quei 202 casi di infortunio, posti in osservazione, visti dopo 6 mesi, sono stati valu-

tati zero per cento. Questo che cosa ci dice? Ci dice che, quando noi abbiamo posto in accertamento provvisorio quel caso, noi avevamo una presunzione medico legale che si sarebbe dovuta consolidare in caso con postumi e probabilmente anche con postumi importanti. Cosa che non si è verificata all'accertamento definitivo, perché in molti di questi pazienti, soprattutto i più giovani, la persistenza di sintomi non è andata oltre il periodo dell'anno.

Altra dato: molte più femmine sono contagiate, molte meno quelle interessate dai postumi, è un rapporto di quasi uno a due. Questo conferma che l'incidenza di casi gravi di malattia è meno importante tra le donne, rispetto ai dati rilevati tra gli uomini. Inoltre, l'altro elemento, che vi invito ad osservare, riguarda le valutazioni dei postumi modesti (da 1 a 5 per cento) riguardanti persone che hanno un'età di 53 anni. A questo quadro, aggiungo le osservazioni sui dati europei, riportati questa mattina dagli altri relatori già intervenuti: in Italia, la popolazione di 4 milioni di persone, con un'età avanzata, è stata colpita in modo molto, molto, molto importante; mentre, per l'Inail l'età media dei pazienti con postumi da 1 a 5 è di 53 anni. Quindi è chiaro che, se noi avessimo avuto degli infortunati Inail con età da 65 anni, 70 anni, avremmo avuto un'entità di postumi molto più importante per gravità, molto più importante per estensione organica e molto più importante per numerosità dei casi.

Ma andiamo ai nostri postumi. Cosa abbiamo osservato? Monitorandoli quotidianamente o settimanalmente, l'ultimo ag-

giornamento conferma che, oltre i 3 quinti dei pazienti, oltre 6 pazienti su 10 hanno manifestato postumi respiratori. Stiamo parlando di pazienti che sono stati molto male durante la malattia, quindi ricoverati in terapia intensiva, ma anche di non ricoverati in terapia intensiva. Ciononostante, il dato consolidato in maniera eclatante, ci consente di dire che i disturbi respiratori sono ancora quelli grandemente più importanti (il 64 per cento dei postumi), mentre quelli riconducibili a disturbi sensoriali (dell'olfatto, del gusto) o a esiti neurologici sono numericamente non molto importanti rispetto agli altri ma, sotto il profilo della gravità del postumo, sono esiti molto importanti.

All'interno del comparto degli operatori della salute, che non vengono definiti nel report della consulenza statistico attuariale, siamo andati a vedere chi fossero questi pazienti. In grandissima maggioranza, sono essenzialmente tecnici, infermieri, fisioterapisti, operatori sociosanitari; ovviamente ci sono anche i medici, ma con una quota molto meno importante rispetto alle altre categorie. Poi c'è il personale non qualificato, quello che garantisce i servizi sanitari ma sono per lo più ausiliari, portantini e quant'altro, e gli operatori socio-assistenziali. Si pensi, per esempio, al personale amministrativo, ai conducenti di ambulanza, cioè coloro che non sono inquadrati come operatori sanitari, gli addetti alle pulizie degli ospedali e degli ambulatori.

Le indicazioni valutative. Il *fact sheet* lo conoscete bene. Il principio che ha guidato il *fact sheet*, così come aveva guidato nella pre-

sentazione e rappresentazione della riabilitazione multiassiale, è che ci troviamo a valutare, in uno stesso soggetto, tanti pregiudizi. Questa è una evidenza da sempre nota. Nella parcellizzazione dei pregiudizi vi è una componente di stima percentuale che può essere in qualche modo alterata rispetto al normale. Se noi avessimo adottato un principio, che non può essere quello della sommatoria dei microtraumi e macrotraumi, perché per legge non si possono sommare i vari pregiudizi, ma ci trovavamo di fronte a una parcellizzazione di tanti piccoli pregiudizi, avremmo sicuramente condotto un'attività di stima, di espressione percentuale che non sarebbe stata corretta rispetto a coloro che invece avevano pregiudizi importanti. In questo caso però, avevamo la certezza che in vari soggetti dovevamo valutare

con il principio del danno composto la codifica, e menomale che lo abbiamo fatto, a dispetto delle perplessità di molti perché è una guida funzionale. Questa malattia è la riprova, forse a distanza di vent'anni, di quanto giusto fosse quel principio perché in questo modo possiamo comporre il danno non trascurando nessuna delle varie componenti.

Allora per rispettare tale principio ho dovuto codificare e catalogare la natura dei disturbi per poterli poi comporre in una situazione di codifica. È uno strumento migliorabile; quindi revisioneremo questo strumento all'esito anche di una prima fase di valutazione dove riscontreremo più o meno delle aderenze a quelli che erano l'intenzione e l'orientamento di una valutazione corretta o quanto altro.

Impatto diretto e indiretto di Covid-19 sulla salute mentale: l'onda lunga della pandemia

■ Emanuele Caroppo*

Il tema sul quale intendo sviluppare il mio ragionamento parte da una premessa, su cui sia il Comitato tecnico-scientifico dell'Oms, sia più in generale tutta la letteratura scientifica prodotta finora è d'accordo: l'emergenza sanitaria dovuta a questa epidemia ha avuto un pesante impatto psicologico ed emotivo sulla popolazione in generale, sugli operatori sanitari, compresi i direttori sanitari, ma anche sulle forze di Pubblica sicurezza che sono state chiamate, in prima battuta, a confrontarsi con l'emergenza sanitaria.

Vorrei riflettere sul dato, presentato dal sovrintendente Inail poc'anzi, che mette in evidenza come le donne si siano ammalate di più, ma abbiano subito meno esiti mortali. In realtà, da un punto di vista della letteratura scientifica, questo non corrisponde esattamente alla situazione che noi riscontriamo a livello della salute mentale. A questo proposito, voglio ricordare uno studio pubblicato sugli annali dell'Istituto di sanità e le altre indagini di tipo scientifico, che mettono in evidenza tra gli operatori sanitari e le for-

ze di pubblica sicurezza non una piena sintomatologia espressiva ma qualcosa che, proprio perché sottosoglia, rischia di essere scambiato con altri tipi di disturbo reattivo; e quindi un pochino sottostimato.

Per questa ragione, ritengo che vada posta e focalizzata molto l'attenzione proprio sugli esiti psicologici del Covid perché non credo che, in alcuni casi, possano essere considerati come danni minori, ma vanno configurati invece proprio come vere e proprie dimensioni sindromiche molto importanti.

Questo ovviamente richiama la necessità di ribadire che non possiamo più confrontarci con il Covid parlando di epidemia, che rimanda molto a un concetto infettivologico, ma dobbiamo invece, dal nostro punto di vista, parlare di sindemia, dove già Tucidide, per la peste che colpì Atene nel 430 a.C., metteva in evidenza come ciò che era terrificante era la demoralizzazione delle persone quando si accorgevano di essere state contagiate dal morbo.

Nell'attuale contesto, gli studi scientifici ci mettono a disposizione dei *first responders*

* Dirigente medico psichiatra Asl Rm 2

esposti a una grande dimensione di stress traumatico, dovuto al carico di lavoro eccessivo a cui erano esposti gli operatori e le operatrici sanitari, ma anche alla preoccupazione per una esposizione diretta al Covid, che ovviamente andava a ricadere sulle condizioni di vita e familiari, dove chi come noi si trovava in prima linea sceglieva di non rientrare a casa proprio per evitare appunto di trasmettere eventuali contagi.

Vi sono degli articoli scientifici che mettono in evidenza come gli operatori sanitari cinesi, ad esempio, che si occupavano dei pazienti Covid, ai quali sono state somministrati dei questionari, hanno lamentato elevati livelli di disagio, ansia, insonnia, rispetto ad altre categorie di lavoratori sanitari, coinvolti in ruoli più secondari e non in prima linea. Però questi studi mettono in evidenza proprio come vi siano sintomi depressivi, sintomi ossessivo-compulsivi, prevalenza di insonnia che noi possiamo vedere appunto nel personale sanitario rispetto ad altre categorie. Quindi – ripeto – sono sintomi non sottosoglia, ma sintomi realmente importanti.

Quindi, fondamentalmente la linea che emerge da un'attenta analisi anche della letteratura scientifica, in qualche modo rimanda a quello che già si è visto nel corso di precedenti epidemie, dove proprio l'esposizione diretta a un elevato livello di disagio ha provocato ed esposto al rischio di conseguenze a lungo termine, come (il Ptsd) sintomi depressivi, e quindi reazioni depressive prolungate importanti, fino ad arrivare proprio a un vero e proprio *burnout* professionale, con esiti negativi che poi ovviamente hanno in-

ciso sulle condizioni di vita privata e professionale delle persone coinvolte.

Per questa ragione, ora, è importante mettere a fuoco il disturbo post-traumatico da stress perché, oltre ai sintomi, oltre alle manovre di evitamento, mette proprio in evidenza alterazioni cognitive negative che incide anche sull'umore; cioè, quello che noi potremmo dire è che quello stato un po' di ottundimento, di demoralizzazione e di deflessione del tono dell'umore potrebbe essere proprio uno dei sintomi di un disturbo post-traumatico da stress sottosoglia.

Come ben sappiamo, il disturbo post-traumatico da stress sottosoglia è un fiume carsico che, se non riconosciuto in tempo e se non messo subito sotto un'attenta e saggia esposizione alla cura, può provocare tutta quanta una serie di alterazioni dell'umore, che possono portare per esempio ad una eccessiva reattività, all'adozione di comportamenti a rischio, come l'abuso dell'alcool. Quindi, è importante tenere in considerazione che l'espressione di tale dimensione traumatica, perché di questo stiamo parlando, fa configurare una sindemia per tutti quanti, in modo particolare, per gli operatori sanitari in prima linea, quelli ancor più particolarmente coinvolti. È proprio una esposizione a trauma, e non è affatto da scotomizzare e da sottovalutare la possibilità di sviluppo di un disturbo da stress post-traumatico.

Dobbiamo tener conto che, nel 2014, e dunque in tempi non sospetti, l'Organizzazione mondiale della sanità, purtroppo, evidenziò come il disturbo post-traumatico da stress sarebbe salito all'ottava causa di disa-

bilità nel 2020. E la cosa che stupisce è che prevedevano, tra le varie cause di disturbo post-traumatico da stress, proprio la pandemia. Quindi c'è letteratura su questo.

L'altra dimensione alla quale si va incontro e si è andati incontro e che gli studi mettono bene in evidenza, è appunto la possibilità di subire un *burnout* dell'operatore per lo stress prolungato.

Come ho già anticipato prima, non possiamo e non dobbiamo dimenticare che la esposizione traumatica prolungata ha vari nomi. E bisogna poi anche andare a distinguere le situazioni, perché il *burnout* è una dimensione che tende a manifestarsi gradualmente e progressivamente tanto nella vita professionale tanto nella vita personale, e poi mette appunto queste alterazioni di solito successivamente a strategie di *coping*, che non hanno poi prodotto il raggiungimento dell'obiettivo.

Questa sindrome traumatica secondaria, la *Sts*, è invece una reazione acuta di stress, proprio secondaria alla relazione con i pazienti traumatizzati. Quindi, è come se gli operatori fossero esposti a due fonti di stress: da una parte, lo stress derivante dalla propria soggettività, e quindi il timore di potersi contagiare, dovuto al super lavoro e quant'altro; dall'altra, l'operatore sanitario si deve confrontare con delle situazioni estremamente stressanti e importanti da un punto di vista emotivo. Tutti ricorderemo quando, nei racconti, gli operatori sanitari dicevano che prestavano i loro telefonini ai loro pazienti per far fare l'ultima telefonata ai loro cari.

Quindi, stress si aggiunge a stress e la dimensione clinica va a peggiorare. Ed è per

questo che, nel momento in cui ho una dimensione di reazione, il rischio che si pone è quello di considerare che la reazione risponde a un fattore irritativo. Ripeto, qui si parla di reazioni che scorrono nell'animo degli esseri umani come dei fiumi carsici, con la possibilità di portare poi, via via, a situazioni di esaurimento psichico sufficientemente importante che, anche a distanza di anni o a distanza di mesi, può dare poi manifestazioni di sé in forme e modalità sufficientemente importanti financo molto gravi. Quindi, credo che sia fondamentale orientarci subito per fornire un supporto psicologico e per focalizzarsi sulla gestione e il contenimento di comportamenti disadattivi, di disturbi emotivi, di stress.

Offrire questo tipo di assistenza agli operatori diventa un dovere, diventa un must, in qualche modo; e noi abbiamo diversi tipi di intervento disponibile circa i risultati da approfondire; però c'è anche un altro aspetto da dover esaminare: vale a dire il rifiuto, a volte, degli stessi operatori sanitari a partecipare a tutte quelle attività di sostegno e approfondimento psicologico che invece si possono mettere a disposizione, come se prevalesse appunto una dimensione di stigma o una dimensione di sottostima e sottovalutazione della condizione da stress.

Per questa ragione – e qui concludo – è importante prevenire sapendo che il danno psicologico e della salute mentale causato da Covid-19 è un fiume carsico. Per questa esposizione diretta, proprio per questo aumento del trauma secondario, è necessario intervenire proprio per prevenire che situazioni scotomizzate possano trasformarsi, ben

presto o anche un pochino più oltre nel tempo, in situazioni di gravità importante.

A questo scopo è ovvio che sono necessari ulteriori indagini e studi da realizzare nel tempo; altrettanto è anche fondamentale uno screening su larga scala tra gli operatori sanitari che sono stati esposti al Covid e che quindi risultano più vulnerabili, per fare proprio degli interventi di prevenzione e cura precoci, senza aspettare quindi l'escalation e l'exploit della sintomatologia. Interventi, quindi, adeguati a ridurre le conseguenze psicologiche e sanitarie a lungo termine, sulle quali esistono già dei dati, che rilevano una presenza significativa: le

conseguenze psicologiche e sanitarie, quindi, ci sono, sono presenti, anche se sembrano impercettibili ma, a un'attenta analisi anche attraverso dei test, sono tutt'altro che invisibili. E soprattutto, sulla base delle esperienze pregresse, quanto noi andiamo a rilevare ci fa essere sufficientemente convinti che tali effetti sanitari in termini di salute mentale a lungo termine saranno importanti, vuoi da un punto di vista clinico e vuoi da un punto di vista medico. Questa situazione ci deve mettere nella condizione di ricordare sempre che non possiamo scotomizzare e che prevenire rimane sempre il miglior modo di curare.

Neuro-Covid: dalla terapia intensiva alla neuroriabilitazione

■ Maria Gabriella Buzzi*

Vorrei partire, in modo un po' particolare, parlando del gruppo Facebook, il famoso gruppo dei 100mila medici, che è stato creato di fatto all'inizio della pandemia, affinché tutti i medici, che volevano iscriversi, potessero parlare di tutto ciò che stavano vedendo, di quel nuovo che stavano vedendo, per condividerlo sia dal punto di vista strettamente professionale sia dal punto di vista emotivo.

Questo gruppo è stato l'unica fonte vera d'informazione in quelle prime settimane; e devo dire che da neurologo ho imparato tantissime cose da altre specialistiche, condividendo delle informazioni che ci hanno fatto imparare cose nuove anche al di fuori di quelli che pensavamo fossero i sintomi cardine del Sars-Cov-2 Covid, e cioè i sintomi respiratori. Abbiamo imparato che, in realtà, non c'erano solo quelli, ma molte altre informazioni in termini di anatomia patologica, di dermatologia e neurologia. Tant'è che, quando il 23 aprile del 2020 la dottoressa Sodano propose di raccogliere la parte emotiva di quel social in un libro, che

poi è uscito il 6 luglio dello scorso anno con il titolo *Emozioni virali. Le voci dei medici dalla pandemia*, siamo riusciti a mettere insieme tutte quelle informazioni neurologiche emerse durante questa esperienza social.

Per sottolineare l'importanza di quella esperienza, voglio anche ricordare che il capitolo intitolato *Questo virus ci sta prendendo per il naso*, non inserito nella pubblicazione perché, a giudizio dell'editore, era un po' troppo tecnico, in realtà ha anticipato le considerazioni in ambito neurologico delle pubblicazioni scientifiche dell'anno successivo. Quindi, di fatto, si era già detto e visto tutto ed era chiaro il coinvolgimento di tutto il sistema nervoso centrale e periferico a seguito di infezione da Sars-Cov-2.

Il virus ci stava prendendo per il naso, a nostro giudizio, perché in realtà l'ipotesi principale era che, attraverso il bulbo olfattorio, il virus si trasferisse all'interno del sistema nervoso centrale. Questa pubblicazione, che poi è rimasta unica nel suo genere, confutava l'ipotesi perché in effetti non riusciva a

* Neurologo dell'Ospedale Irccs Fondazione Santa Lucia - Roma

mettere in evidenza il virus, all'interno delle cellule epiteliali e contemporaneamente di quelle neuronali e olfattorie. Ad oggi, l'ipotesi della trasmigrazione del virus attraverso il bulbo olfattorio, è tuttora quella presa in maggior considerazione.

Che il virus passi all'interno del sistema nervoso centrale è ormai stato dimostrato anche da studi di anatomia patologica, dove in effetti, come diceva prima il collega pneumologo, il virus si trova nell'endotelio capillare, e da lì tutta la cascata degli eventi vascolari e micro-vascolari; si ritrova lungo la parete dell'endotelio; si ritrova nell'interstizio tra endotelio e le cellule nervose; e poi si ritrova all'interno delle cellule nervose stesse. Inoltre, frammenti di Rna virale si ritrovano anche nel liquor cerebro-spinale. Questo vuol dire che il virus ha una localizzazione sicuramente neurologica.

In effetti, a parte i meccanismi sui recettori Ace, le vie attraverso le quali il virus arriva al sistema nervoso possono essere diverse. In particolare, c'è la via tradizionale circolatoria, quindi una via – diciamo – che è comune un po' a tutti gli organi; la modificazione della barriera ematoencefalica, proprio attraverso il danno che il virus crea a livello della membrana olfattoria; e il raggiungimento diretto nelle cellule, che si può verificare attraverso i seguenti tre meccanismi: il passaggio tra cellula e cellula; il passaggio da una cellula all'altra; e il passaggio del cosiddetto cavallo di Troia dove i macrofagi vanno a trasportare direttamente il virus all'interno dell'organo interessato.

Per quanto riguarda il sistema nervoso centrale, chiaramente il danno principale è quel-

lo che è collegato al danno vascolare. Quindi, fenomeni poi trombotici, ischemici; ma non solo perché, quando poi noi andiamo a vedere altre vie di raggiungimento e di danno cerebrale, queste sono conseguenti sicuramente alla difficoltà respiratoria, quindi all'ipossia cerebrale, quadri di encefalite e possibilmente di crisi epilettiche e quadri di encefalite su base strettamente virale che, a loro volta, possono condizionare anche l'esordio di crisi convulsive, che è stato poi uno dei quadri principali, insieme al delirio acuto, che veniva appunto descritto già nelle prime fasi.

Ora, di fatto, stanti appunto i post neurologici ma anche naturalmente la letteratura che è venuta fuori nei mesi successivi, i quadri principali di coinvolgimento neurologico sostanzialmente sono tutti, nel senso che noi vediamo sicuramente la stragrande maggioranza dei casi gravi condizionata da patologie cerebrovascolari, quindi sia emorragiche che ischemiche, ma naturalmente da qui andiamo attraverso le forme di encefalite virale, di encefalite necrotizzante, di encefalomielite, poliradicoloneuropatie di diverse tipologie, malattie muscolari e altri sintomi, quali appunto il mal di testa, le vertigini, il dolore, la stanchezza, l'anosmia e l'ipoguesia. Quindi, queste patologie danno un'idea di come tutto il sistema nervoso centrale, in maniera più o meno importante, dia segno di sé durante la patologia Covid.

C'è anche un altro aspetto che va considerato: ossia che, molto probabilmente, nelle fasi acute, alcune problematiche neurologiche possono essere anche state misconosciute, perché sappiamo che i pazienti oспе-

dalizzati e, in particolare, quelli in terapia intensiva, sono stati sedati o erano in coma spontaneo o coma farmacologico. Quindi, alcune manifestazioni di malattia neurologica, quali per esempio sindromi dolorose, epilessia o quadri di polineuropatie, potrebbero essere stati in qualche modo coperti dallo stato di sedazione e di non comunicazione.

Anche la stessa insufficienza respiratoria, che si forzava con grandi dosi di ossigeno, poteva avere piuttosto, come base, una causa centrale non strettamente polmonare. Ricordiamo che è nel tronco cerebrale la sede più importante per il controllo delle funzioni vitali: questo piccolo complesso, il complesso di Bötzing, che è quello responsabile della fase inspiratoria della respirazione e sappiamo che, nei grandi quadri di coinvolgimento cerebrale da Covid, anche il tronco cerebrale poteva essere compromesso.

Le casistiche neurologiche in ambito Covid non sono tantissime, ce ne sono poche e abbastanza ben fatte. Questa è una prima informazione fornita dagli studiosi spagnoli nelle osservazioni elaborate tra marzo e giugno dello scorso anno, dalle quali scaturisce chiaramente come la severità della malattia cresceva a seconda del sintomo neurologico più o meno grave. Quindi, se il mal di testa era il sintomo principale, sicuramente la malattia aveva un decorso abbastanza benevolo. Se invece l'epilessia o il delirio erano sintomi d'esordio, era più facile poi andare incontro a problematiche maggiori di coinvolgimento multiorgano.

Voglio richiamare l'attenzione su un primo studio realizzato su pazienti neurologici re-

gistrati tra una popolazione Covid inglese, che ha interessato circa 1.300 persone: andando a verificare solamente i quadri maggiori, quindi i casi di ischemie, emorragie cerebrali, gravi encefalopatie o disturbi del movimento, quindi sindromi extrapiramidali, o disturbi del sistema nervoso periferico gravi, questa casistica ha evidenziato solo 29 pazienti neurologici gravi, pari a circa il 2,3 per cento. Chiaramente sono i pazienti che andranno incontro a problematiche, complicanze e a fasi riabilitative molto lunghe.

Un altro studio, sempre inglese, che conta un numero elevatissimo di pazienti, ha invece cercato di mettere in evidenza l'incidenza delle malattie neurologiche di qualsiasi ordine, genere e grado, comprendendo anche quelle minori, tra i contagiati Covid, vale a dire pazienti non ospedalizzati, che sono stati confrontati con un'analoga popolazione, che aveva avuto retrospettivamente influenza o altre patologie respiratorie, con lo scopo di verificare se l'incidenza delle problematiche neurologiche fosse analoga, minore o maggiore. In effetti, i dati di questo secondo studio hanno evidenziato che sicuramente la patologia Covid induceva un numero significativamente maggiore di complicanze neurologiche rispetto appunto a pazienti non Covid, quindi con malattie respiratorie o con influenza. Questo per dire che evidentemente il neurotropismo di Sars-Cov-2, probabilmente, è superiore rispetto ai virus che condizionano le patologie appunto non Covid.

Un terzo studio, invece, di livello mondiale, che coinvolge 2 consorzi, 28 centri, 13 pae-

si e 4 continenti, ha messo insieme la presenza di sintomi neurologici in una popolazione abbastanza ampia di pazienti, quindi oltre 3mila consecutivi ospedalizzati, tra i quali sono state cercate le complicanze neurologiche. In questi casi, si osserva che gli eventi cerebrovascolari sono sempre maggiori, a parte i sintomi soggettivi del mal di testa, anosmia, ageusia o sincopi. Anche pazienti che in realtà erano ricoverati con positività per Sars-Cov-2 e sintomi lievi di Covid, valutati comunque dal neurologo a prescindere da sintomi riferiti o meno, in effetti mostravano, anche se in maniera minore, segno o sintomi riferibili a interessamento del sistema nervoso centrale o periferico.

Di fatto, i quadri che a noi interessano di più, in quanto a esiti e postumi, sono quelli più gravi che presentano problematiche cerebrovascolari e polineuropatie, perché sono i pazienti che vanno incontro alla riabilitazione. C'è la necessità, per questi pazienti, di un approccio multidisciplinare perché è chiaro che, se viene ospedalizzato un paziente post-Covid con esiti di Stroke o di polineuropatia, noi dobbiamo tener conto del fatto che il paziente innanzitutto ha avuto un danno respiratorio e i suoi postumi, molto verosimilmente, sono di natura multiorgano. Un paziente che soffre di sindrome da prolungata immobilità, presenta problematiche legate a pregresse tracheostomie, quindi la disfagia, e naturalmente disturbi cognitivi. Ecco perché in questi casi è necessaria la neuro-riabilitazione integrata. Per la comprensione di quanto sto illustrando, riferisco di due casi emblematici,

che abbiamo seguito: il primo è un paziente tuttora ricoverato, di 54 anni che, il 9 novembre del 2020, ha presentato il classico quadro di insufficienza respiratoria acuta Covid-correlata; a distanza di circa 10 giorni, ha avuto una emiplegia destra da ischemia cerebrale sinistra da trombosi dell'arteria cerebrale interna. Il 14 febbraio è stato tracheostomizzato ed è entrato al Santa Lucia, dove lavoro, in uno stato di coma che è durato circa due settimane. Ad oggi, questo paziente, che peraltro è un avvocato, ha ancora un quadro di afasia globale e dopo aver iniziato la deambulazione non ha alcuna motilità all'arto superiore destro.

Il secondo caso è arrivato da noi anche lui a febbraio, dopo 40 giorni di coma, con molte complicanze internistiche e un quadro grave di polineuropatia prevalentemente assonale. Si tratta di un medico chirurgo che pur essendo stato dimesso, come si dice, «sulle sue gambe» e senza disturbi cognitivi il 18 maggio è rientrato al lavoro svolgendo solo attività ambulatoriale, come medico clinico, senza poter fare il chirurgo perché la motilità delle mani non gli consente ancora di riprendere quell'attività.

Qual è l'aspetto principale che ci interessa probabilmente in questa sede? Parlavamo prima appunto del post-Covid. Nella popolazione generale non neurologica che ha subito la patologia, una cosa molto importante è il fatto che molto spesso questi sono pazienti, che proprio perché si portano dietro i danni da multiorgano, vanno incontro frequentemente a re-ospedalizzazione nelle settimane successive, proprio in relazione a deficit più o meno acuti di quegli

organi interessati alla patologia. Tuttavia, in neurologia questo è un po' meno vero. Diciamo che gli esiti eventualmente si stabilizzano ma è raro che un paziente neurologico post-Covid debba rientrare per le problematiche correlate alla patologia neurologica; però bisogna anche ricordare che i pazienti neurologici sono più predisposti chiaramente ad altre patologie e lo erano anche al Covid; inoltre, i pazienti con patologie cerebrovascolari sono considerati pazienti fragili anche rispetto alle vaccinazioni in corso.

Ora, come valutiamo noi gli esiti? Proprio in relazione ai danni stabilizzati, che sono quel-

li apparentemente minori, noi dobbiamo cercare dei marcatori e lo possiamo fare con i test cognitivi, in particolare per quella che è la *brain fog*, disturbi cognitivi per attenzione e memoria; e lo possiamo fare con le valutazioni di risonanza sia del sistema nervoso centrale che periferico, ma lo possiamo fare anche attraverso la Tac e lo studio del lobo frontale, che si dimostra ridotto volumetricamente alla distanza, e poi con parametri di laboratorio che sono in particolare i marcatori di danno astrocitario e di danno neuronale, soprattutto quest'ultima i neurofilamenti che sembrano aumentare nel tempo dopo la patologia.

Definizione di occasione di lavoro e interesse ad agire in caso di infortunio da Covid-19

■ Stefano Giubboni*

Io sono qui fondamentalmente per ascoltare e per apprendere, e davvero ho appreso molto. Quindi, ringrazio ancora l'Inca e, in particolare, Silvino Candello-ro per avermi consentito di partecipare a questo incontro così importante, uno dei primi di approfondimento scientifico interdisciplinare dedicato ai postumi del Covid. Il mio intervento sarà molto schematico anche perché, rispetto al focus analitico di questo incontro, è oggettivamente periferico e in parte almeno estrinseco. E parto da una considerazione di metodo che mi ha suggerito non solo il tenore complessivo degli interventi ascoltati, ma anche in particolare la relazione del dottor Rossi (sovrintendente Inail ndr). E cioè, la considerazione di metodo riguarda la necessità non solo di un approccio multidisciplinare ma di una sorta di alleanza pubblica per la gestione delle conseguenze patologiche e sociali del Covid. Questa alleanza pubblica deve avere come protagonista il ruolo dell'Inail, che risulta fondamentale, ed è molto apprezzabile che l'Istituto abbia attivato sforzi considerevoli,

naturalmente, anche per comprendere, sotto il profilo delle conseguenze di valutazione medico-legale dei postumi, il fenomeno del Covid.

Il perno di questa alleanza pubblica nella gestione delle conseguenze del Covid è dato normativamente dall'articolo 42, comma 2, del decreto legge n. 18 del 2020, convertito nella legge 27 del 2020. È il decreto Cura Italia, che è stato il primo intervento sistematico, organico del governo Conte 2, nella fase più acuta della pandemia (siamo nel marzo del 2020, sostanzialmente); e in modo molto lungimirante quel legislatore ha introdotto una disposizione che spicca anche nel panorama comparato, perché una norma del genere non esiste in altri ordinamenti. Forse un approccio simile lo ha realizzato il legislatore spagnolo ma non nei termini così incisivi, almeno potenzialmente, che hanno caratterizzato questo intervento normativo del legislatore italiano.

Parto da questa norma, che considero centrale nei nostri discorsi e certamente nelle valutazioni che devono improntare l'azione

degli avvocati, dei legali in questo campo. Nei casi accertati di infezione da Coronavirus in occasione di lavoro, il medico certificatore redige il consueto certificato di infortunio e lo invia telematicamente all'Inail, che assicura, ai sensi delle vigenti disposizioni, la relativa tutela per l'infortunato. Inoltre, si preme di precisare che le prestazioni Inail, nei casi accertati di infezione da Coronavirus in occasione di lavoro, sono erogate anche per il periodo di quarantena e di permanenza domiciliare fiduciaria per l'infortunato, con la conseguente astensione dal lavoro.

L'importanza della norma, a mio avviso, è il fatto che questa debba costituire una base di partenza di ogni ragionamento al riguardo sta in ciò: non solo ovviamente nell'aver ricondotto il Covid alla nozione di infortunio sul lavoro ma anche nell'aver precisato che la riconduzione del Covid alla nozione di infortunio sul lavoro vale a tutti gli effetti della disciplina del Testo unico. Cioè, una riconduzione globale sistematica all'adozione di infortunio sul lavoro.

Quindi, venendo molto rapidamente al primo punto dell'intervento che mi è stato affidato, molto schematicamente, il centro di questa norma è esattamente l'aver ribadito che, ai fini della tutela Inail, è necessario accertare soltanto l'occasione di lavoro, non la causa di lavoro. Questo è un primo punto fondamentale.

L'occasione di lavoro ha uno spettro di incidenza molto più vasto della causa di lavoro. Noi dovremmo cercare la causa di lavoro, secondo la logica civilistica naturalmente «del più probabile che non», soltanto ai fini

dell'azione di una eventuale responsabilità civile, purché ne ricorrano i presupposti e le condizioni generali, cioè le regole generali del gioco che sono costituite dalla coppia dell'articolo 2087 e dell'articolo 1218 del Codice civile; ma solo nel contesto dell'azione risarcitoria noi dovremmo andare a trovare un nesso causale secondo lo schema logico «del più probabile che non», appunto secondo quindi un nesso di causalità debole o attenuata rispetto a quella rilevante a fini penalistici, come ci ricordava il professor Norelli nella sua introduzione. Invece, ai fini della tutela previdenziale garantita dall'Inail, noi dovremmo semplicemente accertare l'occasione di lavoro, non un nesso causale in senso proprio.

Qui prendo la nozione generale di occasione di lavoro che viene elaborata in dottrina sulla base di una giurisprudenza ormai molto vasta, e voglio leggervi in particolare la nozione dell'amico Aldo De Matteis che, com'è noto, è un protagonista autorevole di uno dei trattati, dei testi manualistici più diffusi, ma è – ripeto – innanzitutto, una nozione comune in giurisprudenza: «L'occasione di lavoro comprende tutte le condizioni, incluse quelle ambientali e socio-economiche in cui l'attività lavorativa si svolge, e tutti i fatti anche straordinari e imprevedibili inerenti all'ambiente, indipendentemente dal fatto che il danno provenga dall'apparato produttivo o dipenda da terzi o da fatti e situazioni proprie del lavoratore».

Quindi, l'occasione di lavoro non implica un nesso causale con le mansioni e con l'attività lavorativa: implica, appunto, una mera correlazione cronologico-ambientale. E

naturalmente include anche fattori che tecnicamente non sarebbero coperti da legge appunto di copertura causale, con il solo limite (ci ricorda De Matteis) del rischio elettivo e ovviamente della finalità extra-lavorativa.

Questo concetto di occasione di lavoro, come sapete benissimo, è stato elaborato dallo stesso Istituto con una serie di circolari, due in particolare, molto importanti. La più significativa rimane la circolare Inail n. 13 del 3 aprile 2020. In questa circolare, l'Inail fa un buon uso del concetto di occasione di lavoro, appunto, ribadito dall'articolo 42 del decreto Cura Italia; e introduce, infatti, correttamente una serie di meccanismi presuntivi, basati cioè su un grado di probabilità statistica. Com'è noto, nell'elenco di situazioni lavorative è vero che effettivamente l'Inail procede piuttosto per categorie di lavoratori; ma dobbiamo in realtà leggere questa elencazione o tassonomia non tanto come riferita a categorie soggettive di lavoratori quanto a tipi di lavorazione, a tipi di lavoro. E infatti l'Inail stessa poi esce da quello che sarebbe uno sviluppo coerente di questa tassonomia e ricomprende, ad esempio, all'interno degli operatori sanitari una serie di figure che, da un punto di vista strettamente categoriale della professione, non vi apparirebbero.

Comunque, quello che voglio sottolineare, per dire veramente le ultime cose su questa prima parte del mio intervento relativo alla nozione di occasione di lavoro, è che l'Inail, in queste circolari, in particolare nella n. 13 del 2020, ha effettivamente fatto buon uso della nozione generale di occasione di lavoro

vigente nell'ordinamento e appunto prevista espressamente dall'articolo n. 42 del decreto legge Cura Italia, basandosi su un meccanismo presuntivo; cioè su un criterio di presunzioni correlate al grado di probabilità di contatto con il virus in relazione alla tipologia di attività professionale svolta. Tipologia di attività professionale nel senso rigorosamente oggettivo e quindi sganciandola dal profilo soggettivo della categoria professionale interessata.

C'è un altro aspetto che mi preme mettere in evidenza, sempre molto ben puntualizzato dalla circolare dell'Inail e comunque desumibile appunto dalla individuazione nella nozione di infortunio dovuto in occasione di lavoro della matrice giuridica di copertura previdenziale del Covid: e cioè il fatto che la tutela spetta anche in caso di infortunio in itinere. Questo è molto importante perché, come è ben comprensibile, questo riconoscimento, presente, ad esempio, nella circolare n. 13/2020, che appunto dedica al riguardo una specifica trattazione del Covid, ci consente di rimarcare l'allontanamento ulteriore rispetto alla nozione di causa in senso tecnico. È chiaro che soltanto riconducendo propriamente l'infortunio da Covid alla sistematica dell'infortunio sul lavoro in occasione di lavoro è possibile anche estendere la tutela ai casi appunto di infortuni *in itinere*.

Quindi, questo è un altro aspetto molto importante, che deve essere sottolineato e che è coerente con la premessa di metodo di cui ho parlato all'inizio: e cioè che il nostro legislatore, proprio in nome di quella sorta di alleanza pubblica contro il Covid, ha intro-

dotto un criterio normativo che consente una vasta socializzazione del rischio da Covid, e imputa all'Inail, appunto, in base a questo sistema di meccanismi presuntivi per l'accesso alla tutela, la funzione di garantire un'adeguata socializzazione del rischio da Covid, sia quello strettamente correlato con l'ambiente di lavoro che quello pandemico, che infatti incide sulla indennizzabilità dell'infortunio in itinere, ai sensi dell'articolo 12 del decreto n. 38 del 2000.

Vengo infine, molto brevemente a un altro aspetto delicato, che è quello relativo all'interesse ad agire per l'accertamento dell'occasione di lavoro. In effetti, il dottor Rossi, nel suo intervento, ci ha indicato che, in base alle risultanze dei dati in possesso dell'Inail, la stragrande maggioranza degli infortuni da Covid è sotto la soglia di indennizzabilità del 6 per cento.

Da qui emerge una vecchia questione, in effetti, che i miei amici e colleghi avvocati presenti conoscono meglio di me; e cioè c'è il problema che, in base ad una giurisprudenza consolidata della Cassazione, è inammissibile un'azione di mero accertamento del nesso causale ma anche semplicemente del nesso di occasionalità necessaria con il lavoro, quando questo accertamento non sia collegato alla rivendicazione di un diritto di tipo fondamentalmente prestazionale; quindi, per esempio, non sia collegato, almeno secondo una certa impostazione tradizionale, a postumi indennizzabili sopra la soglia prevista dalla legge.

Tuttavia, vorrei di nuovo, non per eludere ma per relativizzare il rilievo di questo orientamento giurisprudenziale che pure

esiste, tornare a enfatizzare l'importanza dell'articolo 42 del decreto legge n. 18 del 2020, e in particolare della norma che estende espressamente le prestazioni dell'Inail alle situazioni di periodo di quarantena o di permanenza domiciliare fiduciaria. In particolare, è significativo che l'intervento prestazionale dell'Inail riguardi queste situazioni in cui possibilmente non c'è neanche una infezione sicura da coronavirus, nel senso che la persona potrebbe poi appunto non rivelarsi effettivamente affetta dal virus; e tuttavia l'Inail garantisce le prestazioni anche in questi casi, nel periodo di quarantena e di permanenza domiciliare fiduciaria della persona.

Questo cosa significa? Che noi dobbiamo rivalutare il tema dell'interesse ad agire in relazione alla condizione giuridica tipizzata dall'articolo 42 del decreto legge n. 18 del 2020; nel senso che l'articolo 42 dà al lavoratore, *in re ipsa*, l'interesse ad accertare l'occasione di lavoro per l'accesso a tutte le prestazioni indicate nella norma, a partire ad esempio da quelle relative alla quarantena, all'assistenza domiciliare, ovviamente fino a ricomprendere le situazioni che possono sfociare nell'accertamento di postumi, che potrebbero naturalmente superare la soglia, e in molti casi purtroppo la supereranno, e altre, analogamente, che potrebbero rimanere sotto la soglia di indennizzabilità.

Allora – e concludo il mio intervento – quella vecchia e consolidata giurisprudenza, che certamente limita l'interesse ad agire e in particolare ad accertare l'occasione di lavoro, esigendo sostanzialmente situa-

zioni di indennizzabilità, e quindi di superamento della soglia, va – tra virgolette – relativizzata e contestualizzata, nel senso che va ricondotta alla specificità della previsione dell'articolo 42 del decreto Cura Italia che, per una scelta del legislatore, che ho ri-

tenuto fin dall'inizio molto lungimirante, ha una funzione larga di socializzazione del rischio, in nome di quell'alleanza pubblica che mi pare stia improntando comunque anche l'azione dell'Inail, sia pure con i limiti che sono stati ricordati.

Alterazione del gusto e dell'olfatto: aspetti pandemici e recupero

■ Pietro De Luca*

Dal punto di vista fisiopatologico, dobbiamo dire che il sistema olfattivo e il sistema gustativo differiscono per via recettoriale, trasduzione del segnale e vie nervose.

Brevemente, a livello linguale noi abbiamo i recettori, che appunto sono le papille gustative, che trasducono il segnale tramite un sistema di canali calcio dipendenti che, una volta giunto lo stimolo, si aprono e liberano i neurotrasmettitori.

Nella sensibilità olfattiva distinguiamo tre tipi di nervi che intervengono e, per quanto riguarda la proiezione anteriore di lingua e palato, noi abbiamo la *chorda tympani*, che è un ramo del nervo facciale, mentre posteriormente noi abbiamo una innervazione che dipende dal glossofaringeo. Le regioni invece più inferiori, come glottide, epiglottide e faringe, hanno innervazione che proviene dal decimo nervo encefalico- nervo vago.

Per quanto riguarda la trasmissione gustativa, segue poi differenti recettrici che proietta poi a livello talamico e alla corteccia insulare.

Dobbiamo dire che la *chorda tympani*, cioè il ramo del facciale, viene coinvolto con meccanismi patogenetici per cui il Covid può dare danno. Cioè, esso risale alla tuba di Eustachio, colonizza l'orecchio medio e quindi dà una lesione a livello della *chorda tympani*. Per quanto riguarda invece la sensibilità olfattiva, dobbiamo dire che le cellule principali, cioè le cellule recettoriali, non sono le uniche ma noi distinguiamo cellule di supporto e cellule basali. Le cellule basali sono quelle deputate allo stimolo dei *neuroni* olfattivi e sono coinvolti anche nella patogenesi del danno olfattivo da Covid. E appunto la percezione olfattiva, seguendo la via schematica classica, è quella che salta la proiezione talamica e giunge direttamente al livello della corteccia temporale delle aree associate.

Non mi soffermo sull'espressione dell'Ace 2, che è già stata introdotta egregiamente dal dottor Cantucci. Rispetto alla patogenesi dell'anomia da Covid, si sta dibattendo molto se è un problema di natura centrale oppure di natura periferica. In realtà c'è una

* Specializzando in Otorinolaringoiatria - Università Salerno - Scuola Medica Salernitana

duplice componente perché, per quanto riguarda la componente centrale, vi è un'alterazione a livello di percezione olfattiva proprio per quelle cellule di cui parlavamo in precedenza, cioè quelle cellule che determinano il turnover dei neuroni olfattivi. Questo turnover è fortemente accelerato, quindi si ha una predominanza di cellule immature proprio per una diminuzione di cellule danneggiate.

Inoltre, numerosi studi di risonanza magnetica hanno confermato che, a livello centrale, cioè a livello di bulbo olfattorio, che è struttura nobile corticale deputata alla trasmissione degli stimoli olfattivi, vi sono lesioni ischemiche, micro-ischemiche per rottura della barriera emato-encefalica che sarebbe responsabile non tanto della sintomatologia olfattiva ma della persistenza di questa sintomatologia. Per il danno, invece, di natura periferica, sembra essere più legato non a cellule recettoriali ma alle cellule di sostegno proprio perché queste cellule sono quelle che hanno la più elevata espressione sia dell'enzima convertente l'angiotensina e sia di una proteina transmembrana, che è chiamata *Tmprss2* che determina il processo di trasduzione del segnale dell'Ace2 della proteina Spike di superficie del Covid.

Per i disturbi del gusto, ageusia e disgeusia, la patogenesi è più varia. Ci può essere o il coinvolgimento delle ghiandole salivari, riduzione del flusso salivare, e quindi alterazione della percezione del gusto (disgeusia), o possono essere coinvolte le papille gustative, sia alterazione della *chorda tympani*, come prima specificato, sia alterazione diretta delle cellule che esprimono più eleva-

ta quantità di Ace2. La stessa cascata infiammatoria e la liberazione di interferon gamma modulerebbe in maniera negativa la risposta delle papille gustative. Lo stesso stato ipossico-ischemico che anemico prodotto dall'infezione determinerebbe ageusia, e in più è stato dimostrato che viene alterata l'omeostasi dello zinco nei neuroni e lo stesso zinco è responsabile della permeabilità di membrana delle cellule che sono coinvolte appunto nella trasmissione.

L'incidenza di questi disturbi è variabile perché i primi studi ci dicevano che circa un 15-20 per cento riportava questi disturbi però le casistiche successive, più aggiornate del 2021 con numero maggiore di pazienti (intorno a 2.500), evidenziano che le alterazioni dell'olfatto non persistenti erano il 70 per cento e quelle del gusto tra il 45 e il 50 per cento. La più importante metanalisi pubblicata in letteratura finora, a fine 2020, che ha valutato dal punto di vista statistico tutti gli studi che riportavano i dati dell'anosmia e dell'ageusia nei pazienti Covid, dimostrava come il 63 per cento dei pazienti aveva disturbo dell'olfatto e quasi il 50 per cento alterazioni del gusto.

La durata di questi disturbi è sostanzialmente variabile. Perché? Perché statisticamente nell'arco di due settimane o due mesi, come media statistica, i pazienti recuperano. Nei pazienti che non recuperano però la persistenza può essere lunghissima. Qui abbiamo riportato come il 24 per cento dei pazienti aveva disturbi misti dell'olfatto e del gusto a sette mesi dall'inizio della sintomatologia e quest'altro invece, che è uno studio italiano di Padova ci dice

come, a dodici mesi dalla negativizzazione, più del 20 per cento dei pazienti aveva un disturbo dell'olfatto o del gusto auto-importato, cioè non oggettivato da nessun test.

Inoltre, dagli studi emerge che le donne hanno un rischio maggiore di disturbi a lungo termine rispetto agli uomini, non solo perché numericamente sono maggiori ma perché sono percentualmente più esposte al rischio. Come diceva prima il dottor Rossi, i pazienti con forme fruste o forme asintomatiche hanno un rischio maggiore di persistenza. In realtà questo potrebbe essere anche un *bias*. I pazienti che hanno avuto problemi più importanti o hanno avuto un esito diverso stanno ancora in osservazione. Quindi in realtà il dato era più che altro da verificare. E questi pazienti hanno un rischio suicidiario di depressione, veramente, veramente alto proprio per la componente emotiva che il gusto e l'olfatto generano. È proprio perché il mappaggio corticale risulta anche in vicinanza con le aree dell'emotività.

Presso il dipartimento testa-collo dell'ospedale San Giovanni è stato avviato un trial multicentrico, a partenza dall'ospedale di Fano e dell'università di Perugia, a cui si sono associati i più importanti centri universitari ospedalieri italiani in cui i pazienti con disturbi dell'olfatto e del gusto a lungo termine, pazienti che ovviamente non abbiano controindicazioni, come ad esempio l'uso di steroidi nei 30 giorni precedenti, vengono arruolati e vengono trattati con la palmitoiletanolamide, un com-

posto che nello studio viene utilizzato in forma co-ultramicronizzata con Luteolina e sostanzialmente hanno una notevole azione antiossidante e neurotrofica sul tessuto, in particolar modo sul bulbo olfattivo, cosa che dimostreremo anche con studi associati e risonanza magnetica.

I pazienti dello studio (i risultati originali sono risultati ottimistici e sono stati pubblicati sulla «European Review for Medical and Pharmacological Sciences») verranno suddivisi in tre gruppi: un gruppo che è stato definito placebo ma in realtà non lo è perché comunque i pazienti faranno una riabilitazione di tipo olfattivo; un gruppo principale in cui faranno riabilitazione olfattiva e trattamento con PEA lut e un gruppo che farà esclusivamente riabilitazione olfattoria.

Un'ultima considerazione e chiudo. I disturbi dell'olfatto sono oggettivati in letteratura tramite principalmente lo sniffing-test. Qui vedete lo sniffing-test complesso, a più penne, ma in realtà quello che viene fatto è a 16 penne, che sono singoli aromi; esse vengono poste al paziente che non ha né fumato, né bevuto e né mangiato nei 30 minuti precedenti al test, e viene chiesto di respirare l'aroma per 3-4 secondi; successivamente al paziente viene fatto osservare un cartellino con quattro scelte e il paziente ti dirà la scelta che ha avvertito.

Grazie alle 16 penne si può poi effettuare uno schema che permette di differenziare i pazienti in tre classi: i pazienti anosmici, i pazienti iposmici e pazienti normali.

Impatti neurosensitivi da Covid-19: anosmia e ageusia

■ Fabio Manca*

«Felix qui potuit rerum cognoscere causas»

Intanto ringrazio tutte le persone che si sono collegate e che hanno già in parte ampiamente manifestato quelli che possono essere gli aspetti Covid relati patologici come conseguenze ma anche aspetti di carattere più specificamente medico-legale.

Devo dire che alcune concezioni di carattere clinico sicuramente, grazie agli interventi che sono stati fatti dai colleghi precedenti, hanno chiarito, in maniera molto esemplificativa, quella che è l'eziopatogenesi e quindi anche le risposte fisiopatogenetiche che determinano poi delle risultanze di carattere sintomatologico e delle risultanze di postumi del Covid.

La mia relazione avrà due aspetti: un aspetto di carattere clinico, però in questo caso sarà sempre correlato anche in relazione al mio ruolo, nell'ambito dell'Inca nazionale, di tutela del danno alla salute. Quindi in diretta conseguenza rifletterà degli aspetti anche di carattere medico-legali più stringenti. Il professor Giubboni ha evidenziato come l'articolo 42 del decreto, cosiddetto

Cura Italia, n. 18 del 2020, riconosca il presupposto dell'occasione di lavoro in via presuntiva, e quindi ha specificato come non sia semplicemente coinvolto il solo nesso causale ma anche l'occasione di lavoro. L'infortunio sul lavoro veniva in siffatta specie anche analizzato in funzione di una valutazione del danno differenziale così come l'orientamento interpretativo offerto dal legislatore era confacente a quelli che erano gli aspetti già valutativi da parte dell'Inail, nell'ambito della malattia e infortunio e che riprendeva tutte quelle situazioni ben note già dagli anni settanta precisamente, cioè come il problema delle infezioni di carattere virale, batterico e parassitario siano considerate come infortunio lavorativo, nel caso specifico qualora ci sia stata l'occasione e il nesso causale.

Quindi non si tratta di un argomento legislativo di carattere nuovo, anche se devo aggiungere, per chiarezza di particolari, che poi l'Inail, in relazione alla prima stesura della circolare applicativa del marzo 2020, ne ha fatta un'altra che ha in parte corretto o li-

* Dirigente medico Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma e consulente medico legale Inca Cgil nazionale

mitato, nel maggio del 2020, l'aspetto di occasione di lavoro restringendo i parametri. Quindi da questo punto di vista non c'è niente di nuovo.

Introducendo più specificamente disturbi otoiatrici ci si è resi conto che uno dei problemi che queste persone manifestavano e che nasceva praticamente da un sentire anche mediatico comune era il problema dell'olfatto. Sono state riportate da subito, dal giugno del 2020, le possibili conseguenze immediate e a lungo termine del Covid, con gli sviluppi di problematiche neurologiche, tra cui quella dell'anosmia e dell'ageusia, ed erano presenti in varie pubblicazioni scientifiche con percentuali più o meno varie che però in ogni caso risultavano significative.

I dati Inail che sono stati riconfermati anche dal sovrintendente dott. Rossi questa mattina, ossia che circa il 19% dei contagiati, che hanno presentato domanda, presenti alterazioni della sensibilità e specificità dell'olfatto e del gusto e che questi rappresentano la terza, in ordine decrescente, patologia o danno residuo da infezione da Covid. Parliamo di due pazienti su dieci. Se noi partiamo da una considerazione meramente matematica, il ricalcolo statistico, in relazione al numero di domande presentate all'Inail (questi sono dati di marzo 2021, che sono cresciuti di circa ottomila unità a fine maggio), noi ci troveremo ad aspettarci ovviamente, su circa 170mila persone, considerando questi postumi del 20 per cento che in occasione di lavoro abbiano potuto sviluppare alterazioni sia dell'olfatto e che del gusto almeno trentaduemila lavoratori: si

tratta di una quantità di persone molto elevata da un punto di vista sia percentuale che numerica, con il problema di poter avere un indennizzo da parte dello stesso Istituto.

Ma riportiamoci anche sulla quantificazione del danno biologico possibile, che mediamente può andare da un 3 a un 5 fino ad un 8% come esiti stabilizzati per quanto riguarda sia l'olfatto che il gusto.

Una panoramica dei test che abbiamo a disposizione per poter effettuare una valutazione necessita, come già visto, di una maggiore oggettività per quanto riguarda i risultati. Tutti questi però dobbiamo considerare che sono test soggettivi. Cioè, nel senso che la valutazione del danno viene data in relazione alla stimolazione secondo determinate concentrazioni di intensità.

È stata quella del collega De Luca una relazione molto tecnica ma anche molto pratica e ci ha aperto un mondo per lo più misconosciuto ai più. Avete visto che, dalle statistiche, circa il 24 per cento dei pazienti ha disturbi di anosmia o iposmia e ageusia, per oltre un anno, che è praticamente correlabile a quel 20 per cento cui faceva riferimento il sovrintendente Inail.

Ci sono anche gli stimoli, oltre che olfattogustativi, quelli olfatto-trigeminali. Parlava prima il collega otorino della capacità di avere una reattività che non è solo legata all'olfatto ma anche correlato con la secrezione salivare, che quindi dà delle reattività di carattere molto più complesse. Praticamente quello che dobbiamo fare prima di tutto è standardizzare il più possibile per avere anche una quantificazione precisa del danno. In secondo luogo deve risultare

fondamentale la visita Orl con una fibroscopia rigida con un'ottica a 70-30 gradi, laddove sappiamo che non è sempre facile valutare le condizioni del paziente. L'area olfattiva che noi andiamo a visionare, dove c'è la *fessura olfattiva*, è un'area molto piccola. Molto spesso abbiamo anche delle difficoltà perché voi dovete considerare che anche le alterazioni dell'olfatto e del gusto, come ci è stato già precedentemente espresso dalla collega neurologa, sono legate ovviamente anche a una situazione di carattere anatomico «sfavorevole». Voi considerate che, se il naso è particolarmente storto, chiaramente il flusso d'aria risulta ridotto e quindi anche la situazione è ovviamente più indaginata.

Quindi è *conditio sine qua non* anche una valutazione di carattere chiaramente obiettivo fibroscopico che ci permetta di poter valutare se ci sono delle ostruzioni di carattere anatomico che possono determinare una alterazione olfattiva.

Domanda: le analisi olfattometriche sono ancora lontane dall'essere precise e oggettive? Perché anche oggi, analogamente ad altre patologie di pertinenza orl, come possono essere gli acufeni, la valutazione del danno da alterazioni del gusto e dell'olfatto sono valutazioni che sono particolarmente difficili da poter inquadrare con degli esami strumentali più precisi a nostra disposizione.

Analoga considerazione da mettere in giusta luce: è importante riuscire a stabilire, soprattutto in caso di valutazioni a fini medico legali anche con i test psicometrici la *compliance* dell'assistito per escludere l'atti-

ività di simulatore, legata alla soggettività delle risposte dell'esame.

Dai dati di riconoscimento emersi dall'Inail il mese scorso (si tratta di una situazione molto parziale per un totale di 713 pazienti - 31-05-2021), la maggior parte rientrano tra i danni dall'1 al 5 per cento. Quindi noi stiamo parlando essenzialmente di microdanni permanenti. Noi medici legali dei patronati come ci dobbiamo comportare se poi l'Inail riconosce o non riconosce quel determinato danno?

Questa è una domanda che ci dovremmo fare anche successivamente, in quanto dovremmo fare i conti, quando andremo a valutare (purtroppo lo sappiamo) i microdanni, con la possibilità di soccombenza delle spese (vedi interesse ad agire).

Nei dati Inail tra fine marzo e aprile, i disturbi dell'olfatto e del gusto rappresentano, come avevo detto, una percentuale che si attesta al terzo posto tra i postumi che sono stati rilevati. Questi sono danni già stabilizzati e già riconosciuti in rendita da parte dell'Inail, qualora raggiungano il 6% o già conclusi come iter di carattere procedurale. Come vedete ci avviciniamo percentualmente ai danni legati ai disturbi psichici con i disturbi dell'olfatto e del gusto che rappresentano fondamentalmente la maggior parte delle richieste di indennizzo da parte dei nostri assistiti.

L'Inail, con la *fact sheet* recentemente pubblicata nel tentativo di schedulare praticamente i danni su valori che sono per loro chiaramente una parcellizzazione dei pregiudizi, propone poi un'applicazione in determinate griglie, a cui si applica un coeffi-

ciente di proporzionalità. Chiaramente questo alla fin fine, facendo delle simulazioni, porta a un nocumento, a una definizione del danno che ci potremmo aspettare, con una diminuzione di quello che è il danno biologico che ci aspetteremmo essere riconosciuto secondo le vigenti normative; il criterio proporzionalistico determina un'ulteriore diminuzione di un quarto o di un quinto rispetto a quello che si dovrebbe.

A tal punto questo è vero che, per l'iposmia e l'anosmia, danni minori e frequenti vengono portati come esempi nella *fact sheet*; c'è da chiedersi: ma perché il 3 per cento se questa valutazione può andare dall'1 all'8 per cento? Perché viene valutato mediamente il 3 per cento? Quali sono le ragioni di una tale valutazione, in base a quali presupposti? La risposta che mi sono dato ma che mi hanno anche dato è quella della difficoltà oggettiva di poterlo riconoscere. Quindi nel dubbio praticamente si riconosce un danno che non sia tale da determinare un riconoscimento con magari diritto ad un beneficio anche economico ma, nello stesso tempo, non sia tale da determinare un disconoscimento vista la soggettività con salomonica valutazione. Però voglio andare oltre. A parte che chiaramente le alterazioni del danno dell'olfatto e del gusto sono chiaramente menomazioni concorrenti, cioè interessano lo stesso organo o apparato, quindi oltre la differenza tra concorrente e coesistente (ne parlava all'inizio di questo aggiornamento il professor Norelli, che mi fa piacere che abbia introdotto questo aspetto), abbiamo delle patologie che incidono sullo stesso organo e apparato, monocrona, perché chiaramente

il danno si è verificato in stretto lasso temporale; però, se noi andiamo avanti, e partiamo da un criterio proporzionalistico dove, oltre a sommare i due danni biologici insieme, essi vengono poi ulteriormente, come danno biologico, diminuiti e parcellizzati da un criterio proporzionalistico, anche se percentualmente in misura minima, ecco che lì abbiamo una diminuzione del danno consequenziale. Ammettiamo per es. che io perdo completamente l'olfatto e perdo completamente il gusto; dovrei avere una valutazione dal 7 al 8%. Quindi 8 più 8 fa 16, ma questi sono da considerarsi sinergizzanti. Quando parliamo di organi pari o parliamo di organi sinergizzanti (come nella valutazione della perdita visiva o nella valutazione della perdita audiometrica), se noi prendiamo singolarmente le singole perdite dei due occhi/orecchi non arriveremmo a una valutazione globale come aver perso tutti e due. Perché non creare un sinergismo tra queste due menomazioni e non una parcellizzazione: partendo da un semplice danno per es. del 5 più 5% (vedi Balthazard), con una formula di sinergizzazione dei danni, noi avremo una valutazione del 10,26.

Stiamo parlando di una valutazione che intanto ci porta più facilmente a un interesse ad agire rispetto alla condizione in cui il danno si trova sul micro-danno, quindi 5-6 per cento. E oltretutto secondo me è ovvio che porta a una valutazione che sia più equa nei confronti di un danno biologico sinergico concorrente.

Ho sentito con attenzione quello che spiegava il collega, e chiaramente la parcellizzazione dei pregiudizi determina una sua mi-

nore valutazione: ma a questo punto, in alternativa, perché non limitarci direttamente all'accertamento secondo la normativa già prevista per tale fattispecie, quindi DL 38 del 23 febbraio 2000? Così non si preclude un'ulteriore decurtazione di danno.

Queste sono tutte domande a cui chiaramente vanno date risposte. Spero che anche nel gruppo di lavoro che abbiamo con l'Inail, emergano soluzioni in grado di rendere meno lesivi i diritti dei lavoratori.

Conclusioni

■ Marco Sgarbazzini*

Redigo queste note avendo avuto l'onore di moderare, su incarico del presidente Candeloro, il convegno del 9 giugno 2021 avente a tema «Le conoscenze scientifiche e la valutazione postumi da Covid-19, effetti a lungo termine».

Si tratta di un tema di evidente attualità tanto da avere, sin da quando è stato proposto, attirato la attenzione di numerosi partecipanti, in gran parte appartenenti al mondo medico e medico legale ma anche a quello della avvocatura. Le relazioni hanno certamente contribuito ad offrire ai partecipanti un quadro più completo ed aggiornato della complessa tematica in discussione. Già il primo relatore, il prof. Norelli, emerito di Medicina legale alla Università degli Studi di Firenze, ha sapientemente delineato i termini medico legali che sottendono la valutazione del Covid-19 anche come evento infortunistico; argomento di evidente interesse anche per la attività di Patronato. Il prof. Catucci poi ha illustrato con dovizia di notazioni gli aspetti clinici che caratterizzano il Covid-19 e la cosiddetta sindrome post

Covid, che ha avuto modo di affrontare in prima persona nella qualità di direttore della Uoc di Medicina interna dell'Ospedale Regina Apostolorum, che è stato in prima linea nell'assistenza ai malati di Covid-19.

Il prof. Prati gli è succeduto illustrando sapientemente gli aspetti e complicità cardiovascolari della malattia. Non meno importanti gli aspetti psichiatrici descritti di seguito con approfondita relazione dal prof. Caroppo. La dott.ssa Buzzi, successivamente intervenuta, ha discusso largamente del cosiddetto neuro-Covid illustrando anche una casistica derivata dalla sua esperienza sul campo presso Irccs S. Raffaele. Si è poi tornati sugli aspetti medico legali con la relazione del sovrintendente sanitario centrale dell'Inail dott. Rossi che ha rappresentato con chiarezza la posizione dell'Istituto tesa anche a garantire agli infortunati e tecnopatici una corretta valutazione del danno, ancora non facile per gli infortunati Covid. Il prof. Giubboni, ordinario di Diritto del lavoro presso l'Università degli Studi di Perugia, con la sua consueta capacità di sintesi che

* Medico legale, consulente Inca nazionale

non va a detrimento dell'approfondimento dottrinario, ha trattato il complesso tema della definizione di occasione di lavoro e interesse ad agire in caso di infortunio Covid-19. Il dott. Manca, infine, specialista Orl e consulente Inca, ha illustrato uno dei temi clinici di maggiore interesse, quantomeno per la sua frequenza, correlati al Covid-19 ovvero il prodursi di anosmia e ageusia.

In esito a questa breve presentazione colgo l'occasione per ringraziare anche personalmente tutti coloro, relatori e partecipanti, che hanno preso parte ai lavori, certo che il convegno sia stato per tutti di grande interesse, affrontando con tempestività una tematica – quella del Covid e dell'infortunio Covid – che, è facilmente prevedibile, ci occuperà ancora a lungo.