



otizionario

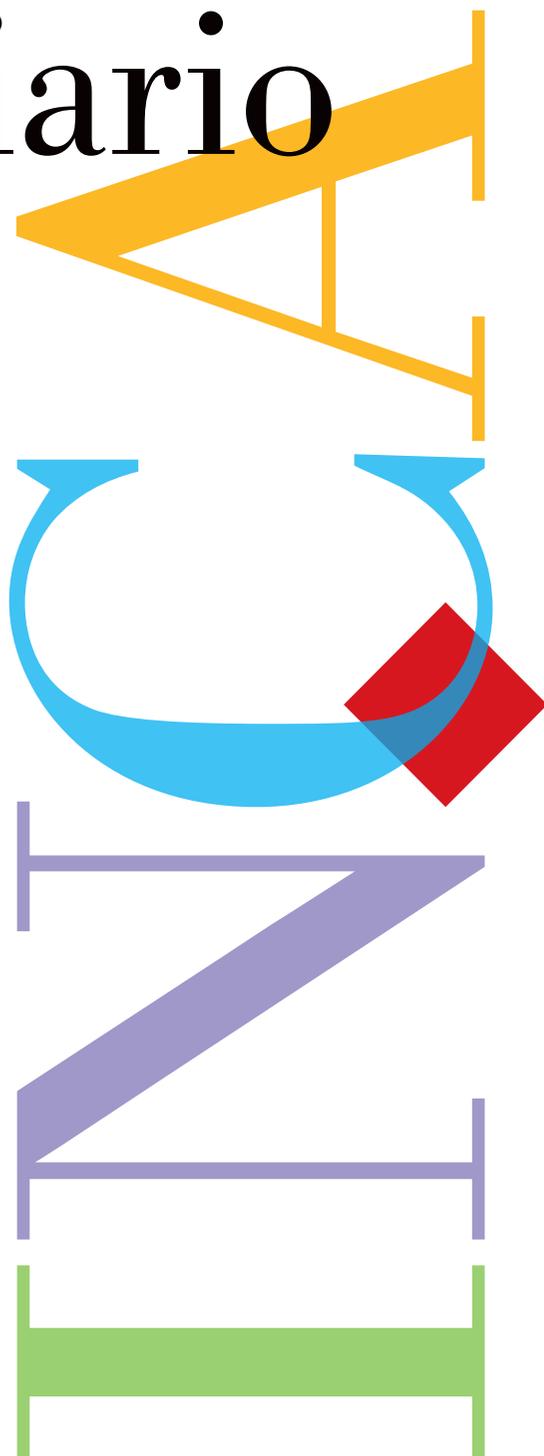
NotiziarioINCAonline
N.3/2022

**Il medico di
Patronato
e le patologie
emergenti**

ATTI DEL CORSO DEDICATO
AI MEDICI-LEGALI DI INCA
Roma, 15 dicembre 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.futura-edizioni.it

Progetto grafico: Antonella Lupi

© FUTURA SRL

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

CHIUSO IN REDAZIONE
MARZO 2022

EGREGIO ABBONATO, AI SENSI DEL D.LGS. N. 196/
2003 LA INFORMIAMO CHE I SUOI DATI SONO CON-
SERVATI NEL NOSTRO ARCHIVIO INFORMATICO E
SARANNO UTILIZZATI DALLA NOSTRA SOCIETÀ,
NONCHÉ DA ENTI E SOCIETÀ ESTERNE A ESSA COL-
LEGATE, SOLO PER L'INVIO DI MATERIALE AMMINI-
STRATIVO, COMMERCIALE E PROMOZIONALE DERI-
VANTE DALLA NOSTRA ATTIVITÀ.

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

Sommario

■ **Premessa**

- Marco Sgarbazzini 7

■ **Relazioni**

- **La Clinica dei postumi da Covid-19** 13

Angelo Emanuele Catucci

- **La valutazione medico-legale dell'Inail dei postumi da Covid-19** 21

Patrizio Rossi

- **La definizione di occasione di lavoro e valutazione dei postumi da Covid-19. Principi, norme e casistica** 29

Gian Aristide Norelli

- **Valutazione medico-legale sulle malattie professionali dal rapporto Inca-Fondazione Di Vittorio** 34

Fabio Manca

- **Indagine sulle condizioni di salute degli addetti alla polizia locale, grande distribuzione, nidi e trasporto locale** 45

Antonella Covatta

- **I rischi e le patologie da esposizione a onde elettromagnetiche** 48

Intervista con Fiorella Belpoggi

■ **Conclusioni**

- Silvano Candeloro 53



IL MEDICO DI PATRONATO E LE PATOLOGIE EMERGENTI

- ▶ **Premessa**
- ▶ **Relazioni**
- ▶ **Conclusioni**

Aspetto che rinasca la luce del giorno.
Obsessivo è il dramma di un esistere
ingiusto.

Dalla nera ansa ferrigna, con il lavoro
del sogno e della ragione, emergono
forme luminose, libere nel silenzio che
impongono.

CARLO LORENZETTI



Carlo Lorenzetti, *Ferro lunare*, 2001
(cm 83×40×20, Direzione Nazionale Cgil)

Premessa

■ Marco Sgarbazzini*

Prima di introdurre il dibattito di oggi, vorrei fare questa premessa: nella mia lunga esperienza come consulente del patronato Inca nazionale e di alcune Camere del lavoro, estremamente gratificante, ho avuto anche la fortuna di incontrare Marco Bottazzi, di cui da poco è ricorso l'anniversario del decesso. Voglio quindi cogliere questa occasione anche per ricordarlo e ricordarlo insieme a voi. La sua figura è stata, per noi che svolgiamo questa attività, un riferimento vorrei dire fondamentale negli ultimi anni; tutti ricordiamo bene il suo entusiasmo la sua dedizione e le lezioni che ci ha dato in particolare, almeno per quanto mi riguarda. Mi ha molto colpito il rilievo che lui dava alla nostra figura, quella del medico di patronato che, in effetti, va considerata una figura chiave nella difesa sociale degli assistiti, che non può prescindere anche da una presenza tecnica, cioè quella appunto del medico, fondamentale nelle diverse procedure che ben conosciamo riguardanti infortuni e ma-

lattie professionali Inail, invalidi civili, 222/84 e così via.

Un medico che ha però necessità di essere continuamente aggiornato, da ciò questi incontri, questi corsi che noi facciamo ormai da tempo annualmente e di cui Bottazzi era l'animatore, che abbiamo ovviamente intenzione di proseguire perché la figura del medico di patronato sia sempre più qualificata e possa intervenire nella maniera migliore nella nostra opera di tutela del lavoratore, ma anche del «non lavoratore», che voglia accedere alle misure previste per i cittadini italiani in ambito di assistenza e di previdenza.

Oggi, in particolare, il corso verterà sui temi relativi al Covid e su quello molto stimolante che riguarda i problemi dell'esposizione alle onde elettromagnetiche. Perché il Covid-19? Può sembrare superfluo precisarlo, ma i dati Inail ci confermano la rilevanza del tema. Dall'inizio della pandemia allo scorso 30 novembre i contagi sul lavoro da Covid-19 segnalati all'Inail sono 185.633, pari a oltre un se-

* Consulente medico patronato Inca Cgil nazionale

sto del totale delle denunce di infortunio pervenute da gennaio 2020, pari al 3,7% del complesso dei contagiati nazionali comunicati dall'Istituto superiore di sanità (Iss) alla stessa data.

Il 22esimo report nazionale sulle infezioni di origine professionale da nuovo Coronavirus, elaborato dalla Consulenza statistico attuariale dell'Inail, fa emergere anche che, rispetto alle 183.147 denunce registrate dal monitoraggio mensile precedente, i casi in più sono 2.486 (+1,4%), di cui 1.525 riferiti a novembre, 425 a ottobre, 62 a settembre e 67 ad agosto scorsi, mentre gli altri 407 casi sono riferiti per il 57% agli altri mesi del 2021 e il restante 43,0% al 2020.

Il consolidamento dei dati permette, infatti, di acquisire informazioni non disponibili nelle rilevazioni precedenti. Il 79,9% delle segnalazioni all'Istituto è concentrato nel 2020. Rispetto ai primi undici mesi del 2020, le infezioni di origine professionale denunciate da gennaio a novembre del 2021 sono in calo del 69,5%. Il 2020, con 148.391 contagi sul lavoro, raccoglie il 79,9% di tutti quelli segnalati all'Istituto dall'inizio della pandemia, con i mesi di novembre (40.621 denunce) e marzo (28.684) ai primi due posti. Il 2021, con 37.242 denunce in undici mesi, al momento, pesa invece per il restante 20,1%.

Da febbraio del 2021 il fenomeno è in significativa discesa e i 240 casi di giugno, sebbene ancora provvisori, continuano a rappresentare il minor numero di contagi mensili registrati dall'anno scorso, sensi-

bilmente inferiore anche al minimo precedente osservato a luglio del 2020 (con poco più di 500 casi).

In generale, se nel 2020 l'incidenza media delle denunce da Covid-19 sul totale di tutti gli infortuni denunciati all'Inail è stata di una denuncia ogni quattro, nei primi undici mesi del 2021 si è scesi a una su 14. I decessi sul lavoro da nuovo Coronavirus segnalati all'Istituto dall'inizio della pandemia sono 797, oltre un quarto degli infortuni sul lavoro con esito mortale denunciati da gennaio 2020, con un'incidenza dello 0,6% rispetto al complesso dei deceduti nazionali da Covid-19 comunicati dall'Iss alla stessa data.

Rispetto ai 782 rilevati dal monitoraggio dello scorso 31 ottobre, i casi mortali sono 15 in più, di cui due avvenuti a novembre e 13 nei mesi precedenti (9 nel 2021 e 4 nel 2020). Rispetto ai primi undici mesi del 2020, i decessi tra gennaio e novembre di quest'anno, benché non consolidati, sono in calo del 50,7%.

Il 2020, con 563 decessi, raccoglie il 70,6% di tutti i casi mortali da contagio pervenuti fino al 30 novembre di quest'anno, con i mesi di aprile (196 casi) e marzo (141) ai primi due posti. Il 2021, con 234 decessi da Covid-19 nei primi undici mesi, per ora pesa invece per il restante 29,4% sul totale dei contagi con esito mortale denunciati da inizio pandemia, con marzo e aprile al primo posto per numero di casi (51 per entrambi). Se l'anno scorso l'incidenza media dei decessi da nuovo Coronavirus sul totale dei casi mortali segnalati all'Inail è stata di circa una

denuncia ogni tre, tra gennaio e novembre di quest'anno è scesa a una su sei.

La maggioranza dei casi mortali riguarda gli uomini (82,7%) e i lavoratori nelle fasce di età 50-64 anni (71,4%), over 64 anni (18,6%) e 35-49 anni (9,4%), mentre tra gli under 35 si registra solo lo 0,6% dei morti.

Allargando l'analisi a tutti i contagi sul lavoro, il rapporto tra i generi si inverte. La quota delle lavoratrici contagiate sul totale dei casi denunciati, infatti, è pari al 68,3%. La componente femminile, in particolare, supera quella maschile in tutte le regioni, a eccezione della Calabria, della Sicilia e della Campania, dove l'incidenza delle donne sul complesso delle infezioni di origine professionale è, rispettivamente, del 48,7%, del 46 e del 44,3.

L'età media dei contagiati dall'inizio della pandemia è di 46 anni per entrambi i sessi e 59 per i deceduti (57 per le donne, 59 per gli uomini). Il 42,4% del totale delle denunce riguarda la classe 50-64 anni. Seguono le fasce 35-49 anni (36,6%), under 35 anni (19,0%) e over 64 anni (2,0%). Gli italiani sono l'86,5%, mentre il restante 13,5% delle denunce riguarda lavoratori stranieri, concentrati soprattutto tra rumeni (21% dei contagiati stranieri), peruviani (12,5%), albanesi (8,1%), moldavi (4,6%), ecuadoriani (4,1%) e svizzeri (4,0%). Più di nove morti su dieci sono italiani (90,2%), mentre la comunità straniera con più decessi denunciati è quella peruviana, con il 15,4% dei casi mortali dei lavoratori stranieri, seguita da quelle albanese (11,5%) e rumena (7,7%).

Quasi tutti i contagi sul lavoro (96,9%) e i casi mortali (88%) denunciati riguardano la gestione assicurativa dell'industria e servizi, mentre le infezioni di origine professionale registrate nelle restanti gestioni per conto dello Stato (amministrazioni centrali dello Stato, scuole e università statali), agricoltura e navigazione sono 5.883, con 95 decessi. Sono circa 3.200, in particolare, i contagi di insegnanti, professori e ricercatori di scuole di ogni ordine e grado e di università statali e private, riconducibili sia alla gestione dei dipendenti del conto dello Stato sia al settore istruzione della gestione industria e servizi.

Rispetto alle attività produttive coinvolte dalla pandemia, il settore della sanità e assistenza sociale – che comprende ospedali, case di cura e di riposo, istituti, cliniche e policlinici universitari, residenze per anziani e disabili – si conferma al primo posto con il 64,8% delle denunce e il 22,4% dei casi mortali codificati, seguito dall'amministrazione pubblica (attività degli organismi preposti alla sanità – Asl – e amministratori regionali, provinciali e comunali), con il 9,2% dei contagi e il 10,4% dei casi mortali.

Gli altri settori più colpiti sono il noleggio e i servizi di supporto alle imprese (vigilanza, pulizia e call center), il trasporto e magazzinaggio, secondo per numero di decessi con il 12,9% del totale, il manifatturiero (addetti alla lavorazione di prodotti chimici e farmaceutici, stampa, industria alimentare); al terzo posto, per casi mortali denunciati con l'11,8%, le attività dei servizi di alloggio e ristorazione, il

commercio all'ingrosso e al dettaglio, le altre attività di servizi (pompe funebri, lavanderia, riparazione di computer e di beni alla persona, parrucchieri, centri benessere) e le attività professionali, scientifiche e tecniche (consulenti del lavoro, della logistica aziendale, di direzione aziendale).

Nei primi undici mesi del 2021, in vari settori produttivi si riscontrano, però, alcune differenze nell'evoluzione dei contagi rispetto al 2020. In termini assoluti il settore della sanità e dell'assistenza sociale ha mostrato un numero di infortuni da Covid-19 in costante discesa, registrando nel mese di giugno il suo livello più basso, con una sessantina di casi (erano più di 400 a giugno 2020), per proseguire nella seconda parte dell'anno con un andamento altalenante e due lievi risalite in corrispondenza di agosto e novembre, mesi in cui si superano i 470 contagi.

In termini di incidenza, a partire dallo scorso febbraio il settore ha avuto riduzioni che, tuttavia, negli ultimi cinque mesi mostrano segnali di ripresa. Altri comparti produttivi, come il trasporto e magazzino e il commercio, nel corso del 2021 hanno invece fatto registrare incidenze di contagi professionali maggiori rispetto allo scorso anno.

Vorrei sottolineare il dato che un decesso su quattro è tra il personale sanitario e socio-assistenziale. Dall'analisi per professione dell'infortunato emerge infatti che più di un quarto dei decessi (26%) riguarda il personale sanitario e socio-assistenziale, con la categoria dei tecnici della

salute al primo posto, con il 37,3% delle denunce complessive, l'82,6% delle quali relative a infermieri, e il 9,7% dei casi mortali codificati (il 65,8% infermieri). Seguono gli operatori socio-sanitari con il 18,1% delle denunce (e il 3,8% dei decessi), i medici con l'8,5% (e il 5,1% dei decessi), gli operatori socio-assistenziali con il 6,8% (e il 2,6% dei decessi) e il personale non qualificato nei servizi sanitari (ausiliario, portantino, barelliere) con il 4,7% (e il 3,3% dei decessi). Il restante personale coinvolto riguarda, tra le prime categorie professionali, gli impiegati amministrativi, con il 4,7% delle denunce e il 10% dei casi mortali, gli addetti ai servizi di pulizia, con il 2,3% dei contagiati e il 2,4% dei deceduti, i conduttori di veicoli, con solo l'1,3% dei contagi, ma ben il 7,8% dei decessi, gli impiegati addetti al controllo di documenti e allo smistamento e recapito della posta (1,0%), gli addetti ai servizi di sicurezza, vigilanza e custodia, e i professori di scuola primaria, pre-primaria e professioni assimilate (entrambi con lo 0,9%).

A partire dallo scorso febbraio, si osserva in generale un calo significativo delle denunce anche rispetto alla professione dell'infortunato, con incidenze in riduzione per alcune categorie, tra le quali le professioni sanitarie, che negli ultimi cinque mesi mostrano, però, segnali di ripresa dei contagi. Altre professioni, con il ritorno alle attività, hanno visto aumentare l'incidenza delle infezioni di origine professionale rispetto al 2020. È il caso, per esempio, degli impiegati addetti alla se-

greteria e agli affari generali, degli impiegati addetti al controllo di documenti e allo smistamento e recapito della posta, degli insegnanti di scuola primaria e degli impiegati addetti agli sportelli e ai movimenti di denaro.

L'analisi territoriale, che è possibile approfondire anche attraverso le nuove schede regionali, evidenzia una distribuzione delle denunce del 42,2% nel Nord-Ovest (prima la Lombardia con il 25%), del 24,6% nel Nord-Est (Veneto 10,5%), del 15,3% al Centro (Lazio 6,7%), del 12,9% al Sud (Campania 5,9%) e del 5% nelle Isole (Sicilia 3,4%). Le province con il maggior numero di contagi da inizio pandemia sono quelle di Milano (9,6%), Torino (6,9%), Roma (5,4%), Napoli (4%), Brescia e Varese (2,5% ciascuna), Verona e Genova (2,4% ciascuna), Bologna (2,3%) e Firenze (2,0%).

Milano è la provincia che registra il maggior numero di contagi professionali accaduti nel solo mese di novembre, seguita da Roma, Torino, Trieste, Napoli, Brescia, Venezia, Messina, Genova, Bologna, Imperia, Como, Cremona e Verona. Le province che registrano i maggiori incrementi percentuali rispetto alla rilevazione di ottobre – non per contagi avvenuti in novembre, ma per il consolidamento dei dati in mesi precedenti – sono però quelle di Messina (+7,1%), Trieste e Ascoli Piceno (+6,9% per entrambe), Crotone (+6,0%), Pistoia (+5,9%), Gorizia (+4,5%), Siracusa (+4,4%), Cosenza e Catania (+4,2% per entrambe).

Prendendo in considerazione solo i de-

cessi, la quota del Nord-Ovest sul totale scende al 36,3% (prima la Lombardia con il 24,7%), mentre il Sud, con il 26% dei casi mortali denunciati, contro il 12,9% riscontrato sul complesso delle denunce, precede il Centro (18,3%), il Nord-Est (12,8% rispetto al 24,6% delle denunce totali) e le Isole (6,6%).

Le province con più decessi da inizio pandemia sono Napoli (7,9%), Roma (7,8%), Milano (6,5%), Bergamo (6,4%), Brescia e Torino (4% ciascuna), Cremona e Genova (2,4% ciascuna), Bari, Caserta e Palermo (2,1% ciascuna), Parma e Salerno (2% ciascuna). Questo volendo fare il punto sulla situazione attuale, così come tratteggiato dal report Inail che ho prima citato.

Tuttavia, il tema non può certo dirsi esaurito. Come vedremo con la relazione del professor Angelo Raffaele Catucci, direttore della medicina interna dell'ospedale della Regina Apostolorum, un caro amico che già in altre occasioni è stato ai nostri incontri, il Covid-19 non ci lascerà a breve termine e anzi i suoi effetti nocivi sulla salute si manifesteranno spesso anche negli anni futuri e potrebbero non essere ancora evidenti. Seguiranno poi gli interventi di altri relatori, a cominciare dal sovrintendente sanitario Inail nazionale, il dottor Rossi, che già altre volte, in altre occasioni, è stato così cortese da volerci onorare della sua presenza. Egli tratterà della valutazione medico legale Inail dei postumi da Covid-19, un tema certamente di grande interesse e per molti versi nuovo, per cui l'Istituto ha voluto dotarsi di nuovi stru-

menti valutativi, tra cui quello previsto da un *fact sheet*, ben noto agli operatori e che, peraltro, ha anche evocato numerose perplessità. Seguirà l'intervento del professor Norelli, la cui fama non è il caso di illustrare in questa sede, anche perché ormai collabora con Inca da molti anni, quindi sono particolarmente lieto di vederlo oggi. Terrà una relazione successivamente a quella del dottor Rossi avente ad oggetto la definizione di occasione di lavoro e la valutazione dei postumi da Covid-19, che certamente sarà di grande interesse. Seguirà la relazione del collega Fabio Manca, anche lui consulente del patronato Inca nazionale, che farà il punto sull'attualità operativa del patronato con la relazione intitolata «la valutazione medico legale del rapporto Inca Cgil-Fondazione Di Vittorio sulle malattie professionali».

Accanto alle nuove sfide, a cominciare da quelle del Covid, non dobbiamo omettere di impegnarci in quelle più tradizionali per il riconoscimento delle malattie professionali. Sappiamo, infatti, che in Italia il numero delle patologie da lavoro denunciate è certamente inferiore a quelle esistenti e ancora minore è il numero delle patologie riconosciute dall'Istituto. Da qui l'esigenza di non smettere mai di im-

pegnarci per la denuncia e il riconoscimento delle malattie professionali nelle diverse categorie di lavoratori, così come verranno illustrate nella relazione del collega Manca.

Ma, come dicevamo prima, abbiamo voluto portare la vostra attenzione anche sulle nuove sfide (il Covid). Mi riferisco al danno professionale da esposizione a onde elettromagnetiche che sarà oggetto della relazione della professoressa Fiorella Belpoggi, un'autorità sul tema; come vedremo, è tema ancora sottovalutato che ha invece evidenti potenzialità di sviluppo, vista la complessità della materia e l'evidente preoccupazione per la salute non soltanto degli operatori coinvolti, ma più in generale della popolazione esposta.

È un tema ancora relativamente nuovo e dibattuto su cui in questa sede si è ritenuto di fare il punto per fornire, come è nello spirito di questo corso, utili strumenti di lavoro ai medici Inca. I lavori saranno poi chiusi da un intervento del presidente Candeloro, il cui impegno ha contribuito significativamente alla riuscita di questa iniziativa che, anche a giudicare dal numero dei medici partecipanti, è stata evidentemente molto apprezzata.

La Clinica dei postumi da Covid-19

■ Angelo Emanuele Catucci*

Grazie a tutti, grazie particolarmente a Marco Sgarbazzini che mi ha voluto pregiare di questa attenzione per chiamarmi a svolgere una tematica particolarmente complessa e in continua evoluzione, per cui si possono oggi dire delle cose che domani dovremo in qualche modo rimodulare.

Ho cercato di fare una relazione in cui mettiamo a punto le modalità con cui questo virus viene a contatto con noi, ma soprattutto come entra nel nostro organismo e quindi quali sono effettivamente gli strumenti terapeutici disponibili, come può essere stato il vaccino piuttosto che novità che sono all'orizzonte, e quali sono le caratteristiche fondamentali dell'interessamento degli organi. In alcuni tratti sarò particolarmente scolastico e molto poco, come dire, accademico, ma preferirei partire appunto da conoscenze di base per poter dilatare gli argomenti nella discussione, dove avremo occasione di approfondire alcune tematiche. Dunque, lancerò dei sassolini nello stagno e vediamo se

la discussione consentirà di chiarire alcune delle nostre puntualizzazioni.

La prima cosa che mi piacerebbe offrire alla vostra attenzione è che il virus entra nel nostro organismo con un'unica porta e cioè il recettore per l'enzima di conversione dell'angiotensina, il famoso Ace (Angiotensin converting enzyme). Tutte le cellule, in modo ubiquitario, hanno questo recettore e l'enzima di conversione si lega al suo recettore e attiva una serie di azioni intracellulari, che sono estremamente complesse; ma quello che è importante è che noi abbiamo una rappresentazione dell'enzima di conversione su una grande quantità di organi del nostro organismo, non solo l'apparato respiratorio, ma il rene, il cuore, il cervello, i vasi e, ancora, i surreni. Peraltro, parecchie patologie che il Covid determina non sono solo a carico dei polmoni, che sono ovviamente il bersaglio preferito, ma come vedrete c'è il rene, con l'insufficienza renale, che chiariremo più avanti, ma avete sentito parlare di miocarditi, di

* Direttore Struttura Complessa Medicina Interna Ospedale Regina Apostolorum

trombosi, di embolie; questo perché la porta di cui il virus si serve è ubiquitaria nel nostro organismo e particolarmente rappresentata in questi organi, come pure nel tessuto vascolare (di qui i ben noti microembolismi polmonari dati dalla variante Delta). Come apre la serratura di questa porta il nostro virus? Mediante la famosa proteina Spike, che è rappresentata su queste estroflessioni che assumono l'aspetto di una corona e che conferiscono l'appellativo di Coronavirus. La corona che ha appunto il virus e questa proteina Spike si legano al recettore dell'Ace. Supponiamo di vedere una cellula dove c'è il recettore dell'Ace: vi arriva il virus sopra, dove appunto si stabilizza questo legame, il recettore dell'Ace internalizza il virus nella cellula. Cosa fa il virus all'interno della cellula? Entra nei ribosomi, che sono appunto le nostre stampanti di proteine, e, parassitando i ribosomi, il virus si fa produrre una serie di proteine che ne caratterizzano la replicazione; la cellula muore, il virus si replica e si riproduce; e questo per centinaia di milioni di volte al secondo nelle cellule che sono state infettate. Sul titolo di questo corso c'è scritto vaccino e varianti, ma questo vaccino in qualche modo è veramente l'arma con cui possiamo combattere il virus, ovvero con le varianti siamo fuori gioco? Bene, la risposta non è nettissima, però è di grande incoraggiamento: proprio ieri mattina sono usciti i dati sugli ultimi approfondimenti circa varianti, vaccino, terza dose booster, ovvero di quei soggetti vaccinati a cinque

mesi dall'infezione; e i risultati sono molto incoraggianti: di fatto, quello che vi sto per dire adesso con le varianti è oggettivamente riscontrato nella *real life* (quello che i clinici dicono di uno studio dopo la sperimentazione durante le osservazioni cliniche sulla popolazione generale), dove, cioè, si va a vedere realmente se ciò che accade in fase sperimentale è replicabile su larga scala sui pazienti che assumono un dato farmaco o un dato vaccino. Abbiamo parlato della proteina Spike. Sempre essendo un po' scolastico, addirittura a livello elementare, immaginate che tutti questi colori siano equivalenti a un amminoacido, quindi quella della proteina Spike, che è appunto un insieme di amminoacidi, ha una sequenza che potremmo immaginare astrattamente. Se ci fosse una variante di questa proteina Spike a prima vista non capiremmo granché, ma se andassimo a vedere che questa sequenza è modificata solamente nell'alternarsi di pochi amminoacidi, cosa che per esempio è avvenuta con la Delta piuttosto che con Omicron, potremmo vedere che la proteina Spike, nel suo insieme, è più o meno uguale ed è variata solamente in alcuni piccoli tratti. Questo ne determina la non riconoscibilità immediata da parte di un organismo che non è abituato a vedere il Coronavirus. Che cosa vuol dire? Noi di Coronavirus ne conosciamo e ne contattiamo nella nostra vita migliaia perché ci sono migliaia di varianti di Coronavirus che ci hanno dato oggi il raffreddore, domani l'otite, dopodomani la patologia in-

testinale che noi definiamo genericamente influenzale, quindi tante proteine Spike di Coronavirus che noi conosciamo e abbiamo già contattate. Diversamente, la forma di Coronavirus, il Covid-19, così chiamato perché isolato e sequenziato nell'anno 2019, è totalmente sconosciuta, ed è per questo che ha avuto un'enorme diffusione; la sua diffusione però è stata via via sempre meno importante nelle popolazioni vaccinate perché la conoscenza di tutta la sequenza ha caratterizzato, come risposta immunitaria, una risposta più o meno debole degli anticorpi bloccanti perché una piccola zona della proteina variata non è bastevole a far sopravvivere il virus al cospetto del nostro sistema immunitario già «allertato». Quindi prima della fine della pandemia di varianti ne avremo centinaia presumibilmente, perché il virus, via via che passa di organismo in organismo, si replica in modo estremamente veloce: maggiori sono quantità e velocità di replicazioni e maggiore è la ricorrenza statistica di errore di sequenziamento dell'Rna, il che costituisce il motivo per cui emergono numerose varianti in un'epidemia/pandemia. Pensate che ciò è accaduto e accade anche nel nostro organismo: la nostra evoluzione darwiniana è legata ad alcuni «errori», o modificazioni del tutto casuali del nostro Dna che ci ha reso però più opportunamente adatti, per esempio, nel colore della pelle in alcune zone, piuttosto che in altre parti nel mondo. Quindi lì si è sviluppata, meglio alimentata e riprodotta quella specie dalle caratteristi-

che più compatibili con quel determinato ambiente; questo è moltiplicato alla «potenza "n"» per quanto riguarda i virus che, dovendosi replicare molto velocemente, commettono frequentemente questi errori; ed è per questo che insorgono varianti ogni tre, sei mesi dall'insorgenza e isolamento del primo virus. Tuttavia, le varianti lo rendono, in alcuni casi, molto più diffusivo, come per la Omicron, seppure molto meno patogeno, in altri casi invece lo rendono assolutamente più debole, come è avvenuto per alcune varianti di virus che piano piano attenuano la propria penetranza nella popolazione. Questo è legato al fatto che il virus perde potenza perché alcune proteine Spike «sono meno adatte a legarsi all'Ace. Ma cosa va detto ulteriormente per quanto riguarda le varianti? Che alla fine, se con il vaccino a Rna (Pfizer e Moderna) abbiamo sequenziato un Rna riprodotto la proteina Spike, quale che sia la sua varianza, siamo in grado di riconoscere gran parte della proteina stessa; ed è per questo che i vaccinati possono non sfuggire al contagio, ma non sviluppano la malattia in fase florida. Difatti, gli anticorpi che abbiamo sviluppato con il vaccino impediscono ben presto al virus di replicarsi massivamente. Per questa ragione coloro che hanno ricevuto il booster e/o hanno avuto un'infezione, successivamente fortificati con un'ulteriore dose di vaccino dopo cinque mesi, sono quelli che nel 90 per cento dei casi rispondono meglio anche a un'infezione di variante. Ultima considerazione sulle va-

riazioni della Spike è che non possono essere tantissime perché il virus perderebbe i connotati. In altre parole, se ci fosse una varianza estremamente evidente di molte quantità di amminoacidi, il virus perderebbe i suoi connotati e verosimilmente non avrebbe più accesso all'Ace; quindi, tutte le variazioni sono micro variazioni che lo rendono a volte più diffusivo, ma al tempo stesso hanno genericamente gli stessi connotati. È come se si truccasse un po' per essere riconosciuto dal suo recettore, ma non può cambiare più di tanto. Detto questo, per riconoscere il giusto merito alla vaccinazione con Rna, possiamo ricondurci a ciò che è successo in Inghilterra. Al di là della scelta di ridurre le restrizioni in modo troppo frettoloso dopo la prima dose, è stata effettuata una vaccinazione di massa con un vettore virale e non con un vaccino Rna, come invece stanno facendo adesso. Quel tipo di vaccinazione prevedeva l'inoculazione di un frammento di Spike e solo verso tale frammento si è orientata l'immunità dei vaccinati. È per questo che la diffusione della Omicron piuttosto che della Delta in Inghilterra è stata estremamente importante, cosa che in Italia, al di là di tutti gli altri fattori di contenimento (distanziamento sociale, mascherine ecc.), non è avvenuta, avendo somministrato quasi del tutto il vaccino Pfizer, e soprattutto per le dosi booster, a prescindere da quale sia stata la somministrazione precedente (AstraZeneca, Johnson). Nel nostro caso, ottenuta l'immunità verso tutta la Spike, siamo entrati in un'altra fase

piuttosto importante della pandemia, tant'è che noi dobbiamo distinguere fra contagi e malattie: cioè potremmo essere tutti contagiati, ma non essere malati. Per spiegarmi meglio voglio ricorrere a un esempio che riguarda la platea femminile: se noi facessimo lo striscio vaginale a tutte le donne in età matura o ancora fertili, verificherebbero la presenza dell'herpes che, come sappiamo, abita nel canale vaginale senza però generare malattia. Tuttavia, non possiamo affermare che non siano contagiose perché potrebbero conferire l'infezione ad altri soggetti. Siamo andando verosimilmente verso questo scenario per quanto riguarda il Coronavirus: avere una grande quantità di persone contagiate e non avere invece di converso una grande quantità di malati. Quello che accadeva nel 2020 e che è accaduto nella prima parte del 2021 è stata proprio una corrispondenza piuttosto netta fra contagi e malati, mentre adesso abbiamo una corrispondenza estremamente flebile fra contagiati e malati. Ora, se vogliamo guardare avanti nella ricerca, vi conduco sui primi risultati di esperimenti di frontiera. Il recettore per l'Ace è composto da quattro subunità uguali a due a due. Quelle colorate in giallo sono effettivamente quelle porzioni di recettore per l'Ace che consentono di legare la Spike e avviare il processo che abbiamo visto prima di ingresso del virus nella cellula. Se si riuscisse a inibire queste proteine e a renderle incapaci di legare la Spike, anche se il virus facesse il suo ingresso nel nostro organismo, sareb-

be incapace di entrare nelle cellule, non si riprodurrebbe e morirebbe. Un po' come se si producesse una chiave falsa che, occupando la toppa della porta, non la apre ma neanche consente a quella vera di entrare. Nei ratti da esperimento vi sono risultati estremamente incoraggianti: si tratta di un tentativo di mettere a punto una terapia specifica e non di produrre immunità con un vaccino.

Certamente ricorderete come il virus fa il suo ingresso nel nostro organismo. Attraverso le famose droplet, cioè goccioline espirate contenenti il virus che vengono inalate; un po' meno velocemente questo meccanismo funziona per la congiuntiva. Comunque qualsiasi punto dell'apparato respiratorio è prono all'ingresso del virus nel nostro organismo e ricorderete che nei polmoni c'è un'enorme quantità di recettori per Ace.

Che cosa fa il virus e perché potremmo avere non solo quella grave manifestazione di malattia sotto l'aspetto respiratorio, ma soprattutto quei gravi postumi che qui credo interessino molto più della fase acuta. La domanda dovrebbe essere: ma perché mai dopo un'infezione di queste proporzioni, anche se sono uscito dalla forma acuta, anche se ho superato la terapia intensiva e quindi il mio organismo ha mostrato delle capacità di reazione estremamente valide, tanto da sconfiggere il virus, terapia o non terapia, alla fine però ho delle manifestazioni così chiamate long Covid? Bene, finché non capiamo meglio la fisiopatologia e l'anatomia patologica anche microscopica di quello che accade,

soprattutto nei polmoni, non saremo in grado di capire che cosa può succedere per i medici valutatori di postumi da Covid. E questa parte della relazione credo che sia per voi veramente fondamentale. Vi ricordo ancora una volta come funzionano gli scambi respiratori. Dovete immaginare il polmone come un alveare in cui ci sono tante cellette in cui arriva l'aria che inalo e su queste cellette c'è una parte di capillari che sono deputati a cedere anidride carbonica e a recuperare ossigeno e questo si chiama interstizio. Cioè fra un alveolo e l'altro c'è l'interstizio che è formato da una serie di piccole strutture: la membrana basale, i capillari e la parete interna degli alveoli. Ora il virus, quando arriva, si annida proprio su queste cellule che hanno rappresentata una grande quantità di recettore per l'Ace, cioè di porte disponibili all'ingresso del virus. Quando entra, inizia a far morire queste cellule innescando una reazione infiammatoria che coinvolge l'interstizio, che a sua volta coinvolge l'endotelio, dove ci sono grandi quantità di recettori per l'Ace. È per questo che non solo si ammala l'interstizio, ma si può generare una grande quantità di micro embolismo perché si danneggia il versante interno dei capillari. Di conseguenza si attivano i meccanismi di cascata della coagulazione e questi piccoli capillari iniziano ad ostruirsi. Non è un'embolia polmonare massiva, che noi conosciamo bene, per la quale agiamo con un anticoagulante di grande entità perché di fatto, «sturiamo» i vasi che si sono occlusi per un embolo venuto magari da va-

rici degli arti inferiori. Qui la situazione è drammaticamente diversa. Questi piccoli vasi si ostruiscono del tutto e creano la morte di tutto ciò che è a valle di loro. Una situazione che posso vedere microscopicamente, mentre macroscopicamente vedrò questo che vi faccio vedere adesso: questo è un polmone sano con una tac a sottrazione di immagini, questo è un polmone con una interstiziopatia da Covid. Vedete quanto polmone è stato sottratto alla reazione; questa persona respira solo con quella piccola parte di polmone che è ancora areata, tutto il resto è occupato da micro-embolismi e da ispessimento dell'interstizio. È chiaro che questa persona è destinata a non farcela perché ha sottratto i 4/5 di parenchima polmonare. Ora, se osserviamo le immagini delle tac fatte per studi dedicati, e non nella routine ospedaliera, per accrescere le conoscenze notiamo che una zona importante del polmone è completamente sottratta all'areazione. Se vi ricordate come avvengono gli scambi, quell'alveare è totalmente otturato, è come se ci fosse qualcosa in grado di impedire il passaggio di aria e sangue. Allora, se ci ricordiamo come è fatto l'interstizio, possiamo comprendere quali possano essere gli esiti: le cicatrici che osserviamo sono tutti ampi tratti di parenchima sottratto all'areazione. Quindi, quando si esegue una spirometria a questa persona, si avrà un'insufficienza respiratoria restrittiva, perché questa persona ha un polmone cosiddetto duro; se io lo tagliassi, avrei il famoso polmone duro che i medici legali ricordano quando fanno

l'autopsia del grosso fumatore, di fatto è invece il polmone da Covid. E queste persone, come voi potete immaginare, certo qui non respirano più, respireranno qui probabilmente, ma qui non respirano più e quindi voi avrete che in una spirometria ci sarà un'ampia restrizione degli spazi respiratori e questa persona effettivamente avrà l'ossigenazione dinamica, per esempio un *walking test* molto grave con una desaturazione molto grave e precoce. Sono persone che magari, se fanno il lavoro manuale, o un lavoro in cui ci devono essere degli spostamenti, immaginate magazzinieri, cose del genere, possono avere delle dispnee a insorgenza molto rapida. Ora, che cosa può avere quindi una persona con un long Covid? Una fatica cronica, può avere un'ipersonnia: pensate a un autista che magari sta un po' in tensione perché sta nel traffico, quindi dovrebbe consumare un pochino più di ossigeno, i suoi polmoni non sono in grado di fornirglielo, può avere dei colpi di sonno e quindi immaginate cosa vuol dire questo per l'idoneità. Pensate a una persona che fa un lavoro di enorme concentrazione: mi vengono in mente coloro che sono in cabina di regia per i voli piuttosto che per i treni: quella è gente che si deve concentrare su centinaia di spostamenti al minuto e quindi potrebbe avere dei difetti di concentrazione che, sotto l'aspetto dell'idoneità lavorativa, vanno valutati. Abbiamo parlato della rapida desaturazione e della dispnea precoce, ma mi piaceva farvi notare che quelle persone che hanno questo tipo di sintomatologia possono avere

re delle *défaillance* lavorative che sono sfumate, non proprio evidenti, ma che dobbiamo comunque tenere in considerazione anche per un eventuale demansionamento o rimansionamento. Un altro dei fastidi importanti è la tosse secca, la tosse che permane nella fibrosi polmonare, è una tosse sostanzialmente incoercibile: fa lo speaker questa persona, fa l'insegnante? Purtroppo ha una menomazione perché come parla un po' più a lungo comincia ad avere una tosse che gli impedisce di portare a termine il proprio compito. Queste saranno le manifestazioni più evidenti con cui vi confronterete verosimilmente, ma, se vi ricordate, tanti organi hanno il recettore per l'enzima di conversione, cioè mostrano la porta al virus. Ci potrà essere gente che ha, ad esempio, una miocardite a lunga risoluzione. Su questo ultimo aspetto apro un altro capitolo. La miocardite postvaccinale è una miocardite benigna, è una risposta particolarmente vivace del pericardio e dell'endocardio che dà una piccola infiammazione cardiaca postvaccinale, che però si risolve quasi sempre molto bene con una terapia steroidea. La miocardite in corso da infezione da Covid, nel soggetto che ha una malattia da Covid, è una miocardite con prognosi quasi sempre infausta, lascia dei postumi fibrotici dell'interstizio né più e né meno di una qualsiasi miocardite virale di cui si conosce bene l'esito a lunga distanza come la miocardite dilatativa. Le due miocarditi, oggi di vaccino, ieri di Covid, sono estremamente diverse come conclusione clinica.

Un'altra cosa molto importante: l'altro organo che è secondo solo ai polmoni, che conserva una grande quantità di virus nella sua costituzione parenchimale è proprio il rene, ma sarebbe stato strano se non fosse stato così: è uno dei siti dell'organismo in cui il recettore per l'Ace è massimamente rappresentato e quindi dispone di più porte di accesso per il virus. E dove si annida il virus? Ma soprattutto al medico valutatore e al clinico che cosa interessa? Si crea un'insufficienza renale acuta? No, semmai si aggrava un'insufficienza renale preesistente, ma quello che succede è che non c'è organo che ha un long Covid con progressione più graduale del rene. Difatti si instaura una forma di insufficienza renale interstiziale che, abitualmente, decorre molto lentamente ma progressivamente. Tenete conto che la creatinemia in un soggetto normale si muove di un decimo di punto, cioè da 1.1 a 1.2, quindi apparentemente niente: ma si è visto che questo incremento corrisponde già a una perdita del 50 per cento delle unità funzionali, cioè di quel milione di nefroni di cui dispongono in media i due reni. Questa perdita del 50 per cento dell'eredità funzionale può essere provocata o da una patologia propria del glomerulo, oppure da una patologia di tipo interstiziale, come accade nel nostro rene da Covid. Il glomerulo ve lo ricordate così, la capsula di Bowman, la parte urinaria; nella parte invece vascolare entra ed esce sangue arterioso, unico posto del nostro organismo in cui è possibile osservare questo meccanismo, dato che in qualsiasi or-

gano il sangue entra con un'arteria e esce con una vena. Nel glomerulo, proprio per la sua funzione di filtrazione e per il suo destino fisiologico, devono vigere pressioni sanguigne adatte allo scopo. Quello che è interessante è che il virus non entra qui, il virus si comincia a stabilizzare nell'interstizio e via via crea un'ostruzione tubulare: cioè sono i tubuli che nel tempo, morendo tutte le cellule che ne fanno parte perché infettate (c'è il tempo per infettarle perché il flusso urinario è più lento di quello vascolare), si ostruiscono, creano una cronica reazione infiammatoria conducendo a una progressiva perdita di funzione renale. Perché abbiamo visto più insufficienza renale e più accessi in dialisi durante il Covid? Perché questi elementi hanno precipitato una situazione già zoppicante e quindi è chiaro che una persona che aveva 2 di creatinina rapidamente è andata in dialisi, perché ha avuto quel famoso 50 per cento, se non 40 di nefroni colpiti dal Covid e ha cessato la funzione renale, mentre invece per chi accede a una malattia da Covid con funzione renale normale possiamo attenderci negli anni un long Covid legato a questo meccanismo che è stato opportunamente dimostrato. Quindi va tenuto presente il peggioramento della precedente funzione renale che non ci deve sorprendere. Io stesso ho osservato due casi che avevano di

base e da anni 1.8 di creatininemia perché portatori di una piccola insufficienza renale. Con sorpresa compare 4 di creatininemia dopo l'infezione da Covid a distanza di otto mesi. È andata che purtroppo questa persona, oltre ad aver avuto la polmonite, ha ospitato il Covid nei reni; ed erano reni che avevano una *compliance* estremamente più bassa rispetto a quella di un soggetto normale, che dunque sono precipitati in una forma molto avanzata di insufficienza. Stessa osservazione si può condurre su una persona che magari ha avuto la stessa cosa, esce con 1.3 di creatinina dalla malattia, il medico di base non considera patologico e/o rilevante questo andamento; ma il soggetto è già entrato in un percorso di long Covid. Abbiamo visto anche che, una volta interessato il rene, molte persone hanno avuto uno scompenso emodinamico per ipertensione a tratti incoercibile. La forma renale abbisogna di terapie antipertensive più generose e impegnative di quelle usualmente adoperate a livello di medico di famiglia, specie se il coinvolgimento renale è stato di particolare entità con coinvolgimenti importanti sotto l'aspetto del compenso emodinamico. Queste sono le cose che vi posso raccontare, così, in modo estremamente sommario. Vi ringrazio per l'attenzione e sono a vostra disposizione.

La valutazione medico-legale dell'Inail dei postumi da Covid-19

■ Patrizio Rossi*

Ringrazio l'Inca per l'opportunità di un confronto – peraltro su una materia così complessa – in un corso di formazione di straordinario interesse scientifico. La circostanza è oltremodo gradita perché mi pregio di appartenere a un ente che fa della formazione professionale un *must* ineludibile per un'azione sanitaria che ricerchi qualità, etica, efficienza ed efficacia. Tra gli obiettivi futuri della formazione istituzionale ricomprendo anche lo sviluppo con coinvolgimento sincrono e sinergico dei medici di patronato, conscio che tutti operiamo per gli interessi del malato, dell'infortunato e degli *stakeholders*.

Dopo lo stimolante intervento del collega Catucci, di fronte alla pandemia da Covid-19, più che parlare di strumenti valutativi, avverto la necessità di cercare di ipotizzare delle procedure valutative nuove, che devono basarsi su un'indagine accertativa *incoming* e che modifichino le modalità di accertamento dei postumi finora utilizzate per tutte le altre malattie; altrimenti non saremmo congrui con la novità della

malattia Covid, che deriva dal non conoscere quali saranno davvero i postumi derivanti da questa patologia. Se noi utilizzassimo la metodologia accertativa, finora utilizzata per altre affezioni infortunistiche, non forniremmo un giusto servizio ai nostri infortunati.

In particolar modo, dovremmo prospettare una modalità che modifichi la cosiddetta revisione attiva e passiva. Generalmente, al momento della valutazione dei postumi, in queste procedure partiamo dal principio della cristallizzazione del postumo, almeno sotto il profilo dell'inquadramento nosografico. Per il Covid, invece, non dovremmo più procedere così se, per esempio, vogliamo riconoscere dopo cinque anni che un'insufficienza renale si sia realizzata a seguito della malattia Covid. Si tratta di una delle problematiche più pregnanti, che può essere affrontata alla fine, perché vi è un lasso di tempo di accertamento derivante dall'inevitabile grandissima capacità di compensazione del rene, che le unità tubulari nefrotiche han-

* Sovrintendente sanitario Inail nazionale

no per poter poi manifestare strumentalmente il danno.

Se partiamo da questo principio, non possiamo più procedere, per poter riconoscere il danno, attraverso una cristallizzazione del postumo al momento in cui chiudiamo una temporanea o dopo l'accertamento provvisorio; dovremmo invece utilizzare le conoscenze di un'indagine accertativa *incoming*, cioè progressiva e modulata nel tempo, senza escludere poi un postumo perché ritenuto successivo e, quindi, come un evento non riconducibile alla prima fase infettiva.

A mio avviso, più che parlare di un'indicazione valutativa, dovremmo farci carico, come Inail ma anche come medici del patronato, di un'indagine accertativa diversa rispetto a quanto abbiamo fatto finora, nell'interesse dell'infortunato, perché la pandemia ha profondamente modificato le modalità di lavorare, i paradigmi addirittura organizzativi, le nostre modalità di interrelazione, la nostra vita sociale, professionale, familiare. Per questa ragione dovremmo essere coerenti affermando che questa emergenza sanitaria non può non vedere modificate anche le modalità di accertamento dei danni considerando che ad oggi non abbiamo un quadro evolutivo esaustivo della malattia.

È un concetto che io stesso ho espresso sin dall'estate del 2020 quando tutti parlavano degli esiti del Covid, come quelli afferenti alla *fatigue*, all'insufficienza respiratoria, postulando ciò che, in realtà, non poteva essere postulato, data la scarsa conoscenza del virus. Quindi, continuerei a

studiare i fenomeni evolutivi della malattia perché il problema maggiore sotto il profilo accertativo e valutativo non è quello di individuare il deficit respiratorio o una miocardite o gli esiti, tra loro diversi, sui vaccinati e non vaccinati. Questo lo abbiamo constatato anche nei nostri infortunati.

Piuttosto dobbiamo andare a individuare quei danni che intercetta e che interferiscono sul soggetto. Il problema degli esiti del Covid, al di là dell'inquadramento di alcune menomazioni già chiare sin dall'inizio della pandemia, è quello dell'interferenza con lo stato anteriore. È un'affezione e un'infezione che nella sua cronicizzazione, pur non palesando immediati postumi, può interferire e quindi modificare un processo anche semplicemente involutivo di natura neuroendocrina o di natura urinaria, determinando a distanza di tempo dei postumi.

Questo determinare a distanza dei postumi, che inizialmente non riusciamo a intercettare, pone anche un problema di riconducibilità all'infezione precedente; un problema che ci impegnerà moltissimo, che modifica sostanzialmente le nostre modalità di accertamento. Quindi dobbiamo essere molto chiari sotto questo aspetto; dobbiamo riuscire a comprendere oggi che i danni da malattia Covid li dovremo accertare nel tempo e sulla base di evidenze scientifiche chiare.

Spesso si è parlato di *fatigue*, di correlazioni anatomo cliniche, soprattutto, anatomo fisiologiche senza riuscire a rilevare le interferenze, mentre riusciamo a intercettare

la menomazione, il pregiudizio, che è quello della fatica del soggetto, tanto più se è aggravato da una condizione preesistente, tanto più se sovrapposto a una condizione neoplastica, evoluta in epoca pre-Covid. Quindi, ancora una volta, richiamiamo lo stato anteriore, che è una condizione da studiare in modo approfondito.

Il terzo elemento, che sotto il profilo valutativo intravedo in questa complessa attività di accertamento, è quello derivante dall'individuare la lesione iniziale; spesso, nelle micro permanenti noi valutiamo un danno da lesione e non da menomazione, tanto più se l'esito, il pregiudizio è soggettivo. È indubitabile che sia così: spesso partiamo dalla frattura costale, con l'1 per cento, in ragione del fatto oggettivo della frattura costale, piuttosto che dal postumo, che può sussistere più o meno in modo esteso, attraverso un quadro di consolidazione ossea o un quadro soggettivo doloroso. Spesso, quindi, ricorriamo a questa evidenza.

In questo caso non siamo nell'ambito di micro permanenti o almeno non lo siamo sempre, però, a mio avviso, per poter poi favorire quella correlazione causale a distanza di tempo del postumo, manifestatosi tardivamente rispetto alla lesione iniziale, dobbiamo andare a studiare, nella fase di primo accertamento, il quadro lesivo infettivo in maniera decisa, sistematica, costante e dettagliata all'interno del quale, abbiamo verificato, ci sono dei quadri di pregiudizio organico o di apparato che possono essere messi benissimo in evidenza nel momento in cui l'insulto si è

manifestato, venendo studiati clinicamente e strumentalmente.

Al momento dell'accertamento postumi dobbiamo fare questa attività molto impegnativa di qualificazione nosografica delle lesioni organiche e viscerali, a carico di apparati, in modo tale che questo presupposto lesivo possa essere poi utile a correlare un'eventuale danno insorto o, meglio, manifestatosi tardivamente, rispetto al momento in cui noi procediamo all'accertamento. Con questi presupposti noi riusciremo a fare un buon servizio nel termine di uno sviluppo di attività valutativa accertativa medico-legale, che sia rispondente alle reali esigenze di tutela del danno.

In questo quadro, a mio avviso, il *fact sheet* iniziale, da alcuni visto troppo intempestivo e troppo precoce, è stato, invece, utilissimo perché, ancora una volta, verificiamo i danni di omogeneità valutativa, che noi riteniamo essere sempre il primo requisito di qualità accertativo.

Adesso dovremmo fare un passo ulteriore, quello di riuscire ad accertare il danno con un dettaglio che, purtroppo, ci impegnerà nel tempo; non è un danno che può essere esaustivamente accertato al momento dell'interruzione dell'inabilità temporanea assoluta e neanche all'esito dell'accertamento dei postumi, che abbiamo disposto su quasi tutti gli accertamenti medico-legali con la famosa determinazione del maggio 2020.

La malattia ci ha mostrato delle stimate evolutive, non sono abbastanza conosciute. Tutti coloro che studiano questi pa-

zienti, ancora oggi, continuano a modificare le evidenze scientifiche relative a casistiche specifiche dei vari organi, per quanto riguarda i danni. Mi sentirei di dire che dobbiamo fare uno sforzo in più sotto questo aspetto, perché, per quanto il campione di infortunati, anche di decessi, cresca ormai in maniera minimale rispetto a quello evidenziato nel 2020, è un campione purtroppo destinato a crescere ulteriormente. E questo ci impegnerà nel tempo, anche perché alcuni di questi lavoratori si sono reinfettati e dunque abbiamo una duplice incidenza di malattia sullo stesso soggetto, che metterà in discussione, indubbiamente, l'accertamento dei postumi fatto in precedenza.

Su questo campione noi abbiamo sviluppato una tecnica di valutazione e di accertamento molto dettagliata, sviluppando una procedura molto complessa, che mi soddisfa molto, forse più complessa addirittura delle modalità di accertamento, che noi dobbiamo seguire e che seguiamo, per le malattie professionali di natura neoplastica, perché l'interferenza della pandemia e del contagio comunitario di natura professionale pone degli enormi problemi di validazione ed è veramente complesso in alcune circostanze.

Nella nostra procedura abbiamo stabilito delle fasi che dettagliamo e studiamo singolarmente: la prima è quella della diagnosi clinica, che non è da considerare scontata, poiché ho verificato dei casi di decesso, come quello della Lombardia, per il quale inizialmente era seguita una reiezione della richiesta di tutela, a seguito di

tre tamponi molecolari negativi. Questo è il paradigma dei casi per i quali abbiamo voluto sviluppare una tecnica di accertamento più dettagliata di conforto della diagnosi clinica. Per questa ragione la diagnosi clinica non deve essere considerata così scontata, ancor più in questa fase, se si pensa a tutti coloro che si sono infettati e sono deceduti nel 2020 e molti dei quali sono ancora sottoposti al nostro accertamento.

Grazie a tutto il comparto sanitario dell'Istituto e alla Soprintendenza di Inail, attraverso un atto ufficiale sin dall'aprile del 2020, abbiamo raccomandato che la diagnosi clinica potesse essere confortata e validata anche solo sulla base di elementi clinici e strumentali successivi di Covid. Dopo la diagnosi clinica siffatta, che ci impegna abbastanza, abbiamo sviluppato ovviamente la fase successiva di accertamento della natura dell'origine professionale dell'evento infettivo. Sull'origine professionale noi andiamo a studiare sempre in maniera sistematica quello che è il link comunitario e link aziendale, il link epidemiologico comunitario e il link epidemiologico aziendale: il primo ci è utile per tutti gli infortuni qualificati come in itinere; un elemento utile non solo per verificare come si interfaccia in una determinata regione il link aziendale con il link comunitario, ma anche per indagare come, per esempio, soprattutto per il 2020, in alcune zone vi fosse un'incidenza e un'intensità del contagio comunitario tale da poter poi giustificare il rilievo dell'infezione professionale; si pensi ai molti

pazienti che, purtroppo, si recavano al lavoro con i mezzi pubblici, per periodi abbastanza lunghi.

Il secondo elemento, il link aziendale, ci è di duplice conforto perché il verificarsi di eventuali altri contagi nella stessa comunità aziendale ci conforta sulla rischiosità dell'ambiente. Tuttavia, anche in questo caso va dettagliato, poiché abbiamo verificato come molti degli infortuni, da noi stessi validati con il nesso causale, provenissero da un link aziendale negativo. Quindi, il link aziendale non deve essere letto come ammissione del nesso causale, ma deve essere letto per quel duplice valore che ci dà: quello della valorizzazione della contagiosità ambientale lavorativa e la verifica del grado di salubrità delle condizioni di lavoro.

Ancora una volta, al di là del principio della presunzione semplice, che indubitabilmente forse ha confuso di più gli operatori medico-legali extra Inail rispetto a quelli dell'Istituto, vorrei fosse chiaro che noi esprimiamo sempre un giudizio sulla probabilistica, e la probabilità deve essere una probabilità di prevalenza. Vi faccio un esempio banale: di fronte a un link aziendale che rileva quattro lavoratori infettati, su una comunità di quattro soggetti, in termini probabilistici posso affermare che ognuno di quei lavoratori ha avuto tre possibilità di infettarsi sul lavoro, piuttosto che fuori.

Su questa base ho validato molti casi, soprattutto mortali, che stiamo analizzando e che seguo personalmente; tutti i casi che ci sono arrivati, tranne uno forse, li ab-

biamo tutti ammessi nonostante fossero arrivati con molte riserve, perché ci assumiamo l'impegno di rendere un servizio chiaro, affidabile e soprattutto indirizzato sulla base delle norme vigenti, delle procedure medico-legali, ma nel rispetto del principio della probabilità, l'unico che possiamo validare in questo contesto pandemico, dove tutto è indeciso, dove non è possibile avere certezze; abbiamo solo casi probabili, più probabili e meno probabili.

Se noi dobbiamo validare casi sulla base della probabilità, a mio avviso, come quella dell'esempio banale di cui vi ho parlato poc'anzi, per me va ammesso, a meno che non si abbiano altri elementi che mi consentono di escludere il contagio di uno dei quattro.

Terzo elemento nell'istruttoria medico-legale che ho introdotto, per il quale esigo la sistematica verifica, è quello della prova del contrario, che va verificata attraverso, per esempio, la congruità e la correlazione dei tempi di latenza con il presunto contagio, con l'affidabilità della comparsa dei sintomi rispetto al periodo prodromico e soprattutto attraverso l'esclusione dei contagi familiari, sapendo però che è molto meno agevole escludere i contagi comunitari. E allora qui serve un'indagine ulteriore.

Il 90 per cento dei casi di infortuni mortali, alcuni dei quali in itinere, che abbiamo rivisto in Sovrintendenza hanno richiesto delle indagini ispettive ulteriori proprio finalizzate a verificare qual era il percorso e quali mezzi fossero stati utiliz-

zati per escludere il contagio familiare, che ovviamente non è un'anamnesi o una richiesta di indagine telefonica. In questi casi chiediamo tamponi molecolari dei familiari. Per quanto abbia cercato di semplificarla e di sintetizzarla, si tratta di un'indagine estremamente complessa, a mio avviso, la più complessa che la medicina legale, la medicina legale-assicurativo sociale, ha potuto finora conoscere.

L'Istituto ha fatto un'indagine conoscitiva, che ci ha permesso, innanzitutto, di sviluppare una tecnica di accertamento del nesso causale, davvero unica; abbiamo infatti acquisito un'esperienza che nessuno in Italia può vantare; abbiamo analizzato un campione di 183.000 infortuni e un campione di 782 morti. Noi possiamo vantare questa esperienza e, soprattutto, una procedura accertativa che nessuno ha potuto sviluppare nel tempo.

Si tratta di una procedura accertativa che rimetto anche a tutti voi per il futuro, perché, nel momento in cui vi troviate di fronte a un caso per il quale c'è una respinta, voi possiate verificare che l'indagine di accertamento medico-legale sia stata svolta secondo queste fasi, che vi ho illustrato, che sono state codificate e raccomandate attraverso dei documenti ufficiali a tutti i medici dell'Istituto. Penso che voi possiate fare un buon servizio, nell'interesse degli infortunati, soprattutto nei casi per i quali c'è stato un rifiuto dell'istanza di tutela, pretendendo di avere tutte le informazioni contenute nell'indagine e di verificare se sia stata condotta secondo le istruzioni e le raccomandazioni che noi ab-

biamo fornito a tutti i medici.

Nella nostra comune azione di riconoscimento dei postumi in favore delle persone che sono ammalate, prima ancora di arrivare a discutere della valutazione del danno con quella postilla, indicata all'inizio del mio intervento, che l'accertamento non può essere cristallizzato, uguale ai precedenti, c'è bisogno di un accertamento che deve seguire l'evoluzione della malattia, sotto il profilo della sua manifestazione, ben sapendo che non siamo di fronte a una patologia come le altre e che i postumi possono verificarsi a volte anche dopo moltissimo tempo.

Quindi è presumibile che nei prossimi quattro o cinque anni questi postumi dovranno essere continuamente rivisti e che ci sarà richiesto uno sforzo ulteriore per correlarli alla prima malattia. A questo proposito voglio ribadire l'importanza dell'inquadramento delle lesioni e quindi della ricostruzione fisiopatologica dei danni che inizialmente hanno avuto un'evidenza. Attualmente, l'Istituto superiore di sanità ha parlato di sindrome post-Covid, ma è una definizione che andrebbe rivista, perché il long Covid non ha una durata di dodici settimane; noi abbiamo un'evidenza di long Covid che è almeno di dodici mesi; eppure ritengo che sia insoddisfacente in questo momento, perché siamo di fronte a una malattia molto particolare, che interferisce con l'intero sistema neurologico, organico, cardiovascolare, respiratorio escretivo e neuro endocrino.

Qualche mese fa ho potuto analizzare due casi dai quali ho imparato molto, per i

quali ci siamo focalizzati sull'apparato respiratorio, che, a mio avviso, resta sempre l'apparato prioritario in termini di effetti della malattia: questi pazienti hanno fatto le spirometrie e anche il *walking test*, non avendo un'evidenza strumentale dei danni, però purtroppo avevano avuto una polmonite importante. Di fronte a questi pazienti, per i quali ovviamente trovo difficoltà ad accertare un postumo vero, perché non ho un'evidenza clinica, è anche difficile stabilire se la lesione iniziale sia stata quella di un insulto importante. Se anche il paziente avesse una sensazione modestissima di difficoltà respiratoria, anche una modestissima fame d'aria, vive nell'allerta e dunque, sotto il profilo psicologico, rappresenta un segno evidente che può essere anche successivamente percepito in maniera diversa. È un segno di allarme che sfugge all'accertamento strumentale clinico, plausibilmente riconducibile a una lesione polmonare importante che, a mio avviso, soggettivamente ha una sua evidenza menomativa. Pur essendosi sottoposto alla spirometria negativa e al *walking test* negativo, devo comprendere se è un segno che pone davvero in allerta e che viene percepito anche al minimo disagio; questo vale anche per l'apparato urinario, per esempio.

Quindi al minimo disagio percepito dalla persona, che tende in realtà ad enfatizzarlo, devo verificare se c'è una correlazione con la lesione principale, che è quella della polmonite. A mio avviso questo è un segno che va valorizzato in termini di postumi e va valutato nella misura adeguata.

Quindi, anche in questo caso bisogna fare uno sforzo in più per poter apprezzare gli esiti in maniera adeguata. Le indicazioni valutative che abbiamo prospettato hanno una loro evidenza se abbiamo seguito una procedura di accertamento medico-legale, che non è solo quella finalizzata al nesso di causa tra la lesione e la sua origine professionale, ma è utile a identificare dei quadri nosografici, classicamente inquadrati da un'evidenza clinica e strumentale nell'ambito di un pregiudizio soggettivo, plausibilmente riconducibile a un effetto lesivo di un quadro polmonare o cardiocircolatorio, di cui noi abbiamo evidenza nella fase di acuzie della malattia stessa.

Da qui, quando noi riusciamo a inquadrare bene questi pregiudizi e quindi è chiaro il disturbo minore o maggiore, come l'abbiamo qualificato, è indubitabile che per il problema valutativo abbiamo dei *range* valutativi, non sono delle indicazioni, con il coefficiente di proporzionalità che risolve un soggettivismo di formula sincretica precisato nelle tabelle.

Il nostro problema non è quello della valutazione del 5 per cento del disturbo minore o del 10 per cento del disturbo maggiore, ma è legato alla loro individuazione, considerando la molteplicità dei pregiudizi. Se noi questa indicazione valutativa la sintetizziamo a 1, 2 o 3 pregiudizi, come classicamente abbiamo imparato a fare in questo anno, non abbiamo svolto il nostro ruolo, perché il nostro ruolo dev'essere innanzitutto quello di ricercare e inquadrare tutti i quadri nosografici ri-

conducibili alla malattia. Perciò ritengo che noi dobbiamo andare alla ricerca di questi postumi e utilizzare la *fact sheet*, nel modo più sapiente possibile, sapendo che la *fact sheet*, come le tabelle, indicano un'estrema variabilità e *range* e non tabelle fisse e costruzione del danno. Quindi il coefficiente di proporzionalità in un quadro che prevede cinque pregiudizi, come danno composto, inevitabilmente deve essere applicato, perché altrimenti non avremmo una valutazione di sintesi, correlata alla complessiva condizione del soggetto.

L'accertamento provvisorio viene consigliato nel momento in cui, dice la norma, si presume che a distanza di sei mesi quel soggetto abbia un danno compreso tra il 6 e il 15 per cento, quindi nel momento in cui ho visitato il paziente in fase molto precoce. Per questi casi si è deciso di rinviare all'accertamento definitivo con l'Istituto dell'accertamento provvisorio. Di questi 1.500 da noi analizzati ben 346, quindi più di 1/5, sono stati rivalutati a distanza di

dodici mesi, con un danno valutato zero. Già da questa prima osservazione, fatta a dicembre 2020, confrontata tra febbraio e marzo, con l'ultimo *check* è emerso come la malattia non fosse per nulla nota sotto il profilo medico-legale. I danni riconducibili alla riduzione del gusto e dell'olfatto sono di entità modesta rispetto ad altri danni, come quelli respiratori. Fortunatamente, negli ambiti valutativi di assicurazione sociale, la norma offre uno strumento normativo eccezionalmente affidabile per tutelare i lavoratori, che è quello della revisione decennale.

Se poi consideriamo che per le malattie infettive, con il decreto legislativo 38/2000, è disciplinata la possibilità di andare anche oltre il decennio, il tutto si riverbera in una concreta estensione della tutela. È per tali ragioni che la normativa attuale, pure migliorabile per altri aspetti, continua a rappresentare un caposaldo della moderna tutela dei lavoratori infortunati e tecnopatici.

La definizione di occasione di lavoro e valutazione dei postumi da Covid-19

Principi, norme e casistica

■ Gian Aristide Norelli*

Trattandosi di un corso più che di un convegno, organizzato da noi stessi, colgo l'occasione subito per essere molto rapido e pragmatico. Anche la relazione di Catucci mi ha interessato moltissimo ma quella di Rossi (Sovrain-tendente sanitario Inail nazionale, *ndr*), per forza di cose, rappresenta per noi il fulcro; e questo è un messaggio chiaro che deve arrivare ai nostri medici a livello periferico.

Rossi ha parlato di tutta una serie di informazioni di cui l'Inail dispone e che sono fondamentali per l'accertamento; ha parlato di una metodologia fornita ai medici dell'Istituto e che in una certa misura è condivisibile. Peccato però che noi non abbiamo lo stesso tipo di informazioni che egli stesso dice dovremmo pretendere. Informazioni che, come medici che operano nelle varie regioni e nei diversi capoluoghi, ci consentirebbero di comprendere il motivo per cui sia stata valutata l'invalidità in un certo modo o perché sia stata respinta la domanda di indennizzo

per certi soggetti piuttosto che per altri, consentendoci di poter eventualmente contestare le motivazioni con cognizione di causa, quando queste non risultino convincenti.

In questo impegno il ruolo del medico del patronato è addirittura doppiamente importante, posto che è l'unico che può veramente conoscere la metodologia di accertamento adottata dall'Istituto nella singola fattispecie, potendo prendere visione della documentazione o partecipare alla visita collegiale, mentre l'Inail non usa rendere disponibile per il patronato proprio quella documentazione di cui è costantemente promossa la richiesta e di cui, addirittura, il patronato stesso dovrebbe avanzare la pretesa. Dunque, desta perplessità l'affermazione di Rossi, quando dice che il patronato dovrebbe pretenderla, mentre sarebbe assai più semplice, più equo e più consono che l'Istituto si impegnasse a fornirla, senza inutili e improduttive contrapposizioni. E questo in un'ottica di collaborazione, di trasparenza e di volontà di

* Prof. emerito Medicina legale Università di Firenze

evitare un defatigante contenzioso.

Noi siamo stati chiamati come Ceba a discutere sulla valutazione dei postumi da Covid e in quella occasione ho precisato che personalmente non avrei mai accettato di discutere della valutazione se non si fosse discusso prima dell'accertamento. È inutile dichiarare, come fa l'Inail, la massima disponibilità nella metodologia di accertamento e di valutazione dei postumi, affermando contemporaneamente come la disponibilità valutativa sia vanificata da un rigorismo accertativo che, vi confesso, non sono assolutamente disponibile ad ammettere, non solo come medico di patronato, ma anzitutto come medico legale.

Non si può partire dall'accertamento sulla base del criterio epidemiologico, cioè riconoscere la sussistenza dell'occasione di lavoro solo nel caso in cui si individui il focolaio infettivo sul luogo di lavoro. Un tale modello di ragionamento può, al limite, porsi per le malattie professionali! La causalità di lavoro può ricercarsi nelle malattie professionali, non nell'infortunio.

Conosciamo bene la considerazione europeistica delle patologie infettive. Nella maggior parte dei Paesi le malattie infettive indennizzabili sono ricomprese fra le malattie professionali. In Italia sull'assicurazione sociale contro i rischi del lavoro abbiamo tanti vantaggi, presenta posizioni diversificate rispetto agli altri Paesi dell'Occidente. La nostra legislazione infortunistica non ce lo dimentichiamo è fra le più avanzate e le più precoci nel mondo. La causa virulenta è notoriamente equiparata alla causa violenta e patolo-

gie come le epatiti e l'Aids sono considerate infortuni del lavoro, mentre in molti Paesi, anche europei, sono invece considerate malattie professionali. Lo stesso vale per il Covid. Per l'infortunio ciò che deve ricercarsi è la sussistenza o meno dell'occasione di lavoro, che è nozione ben diversa dalla causalità o concausalità di lavoro che, invece, si ricerca nelle malattie professionali.

Allora, che cosa si deve fare per ottenere una metodologia accertativa che andrebbe stabilita in modo concordato, individuando il modello di accertamento al quale riferirsi? Personalmente ritengo che l'unico modo per seguire una metodologia accertativa consona è quello di applicare la criteriologia medico-legale che, come sappiamo tutti, considera la soddisfazione del criterio cronologico, del criterio di adeguatezza lesiva e quello di esclusione di altre cause, oltre al criterio topografico che, per le infezioni, è da ritenere di necessità soddisfatto, per affermare o meno la sussistenza del nesso e di conseguenza l'ammissibilità all'indennizzo dell'evento dannoso.

Applicando tali principi all'attuale emergenza sanitaria, è evidente che rispetto all'indennizzabilità del Covid, in una determinata situazione, dove non si è certi della presenza del Coronavirus e non è possibile, quindi, dimostrare l'avvenuto contagio, non si potrebbe parlare di patologia professionale con riferimento alla malattia. Trattandosi, però, di infortunio, occorre valutare l'occasione di lavoro, dimostrabile non solo nel paradigmatico caso in cui

sia evidente una specificità del rischio, ma anche quando si possa evidenziare un aggravamento del rischio dal punto di vista ambientale e lavorativo, posto che l'occasione di lavoro sussiste se il lavoro, direttamente o indirettamente, abbia condizionato o abbia aggravato il rischio. Ecco allora che subentra il concetto della presunzione semplice, che lo stesso Rossi propose e su cui sono d'accordo, nel riconoscimento dell'ammissibilità all'indennizzo per talune categorie di lavoratori.

Se una categoria di lavoratori è esposta più di altre al rischio di Covid, a causa della mansione svolta, perché si tratta di soggetti specificamente esposti al rischio di contagio o a persone che, per esempio, stanno a contatto continuo col pubblico, si applica il principio della presunzione semplice, «presumendosi» l'origine lavorativa dell'infezione (per il configurarsi dell'occasione di lavoro) al manifestarsi della malattia infettiva; fatta salva naturalmente, la potestà dell'Istituto di dimostrare il contrario. E in tal senso possono assumere rilevanza le argomentazioni epidemiologiche. In altre parole, quando un soggetto contragga l'infezione in una situazione di dubbia possibilità di esposizione al rischio e risulti, invece, epidemiologicamente nota la sussistenza di una esposizione familiare o un contagio di certa collocabilità in ambito estraneo al lavoro è del tutto legittimo per l'Istituto di argomentare in termini epidemiologici anche dichiarando l'inammissibilità dell'istanza. Ma l'epidemiologia, a mio modo di vedere, dovrebbe poter essere applicata

dall'Istituto solo in riferimento all'onere di dimostrazione contraria da parte dell'Istituto, pur a fronte di una presunzione semplice, non come onere per il lavoratore di fornire dimostrazione probatoria sulla reale configurazione del focolaio in cui si sia sviluppato il rischio di contagio.

In ambito lavorativo può darsi il caso di esposizione ad assembramenti, non riconducibili a un rischio specifico, ma per un rischio generico aggravato, come è il caso di coloro che subiscono il contagio da Covid sui mezzi pubblici, durante il percorso casa lavoro e viceversa, per i quali esiste la tutela prevista per gli infortuni in itinere. In questi casi, se il contagio non fosse riconosciuto come occorso in occasione di lavoro, si sarebbe di fronte a una condizione di notevole e iniquo danno per il lavoratore. Anche per tali evenienze, peraltro, risulta difficile comprendere quale sia l'effettivo orientamento dell'Istituto per l'impossibilità di esaminare la documentazione utile a motivare l'ammissibilità all'indennizzo ovvero la ricusazione dell'evento.

Il ragionamento che faceva il dottor Rossi, come ho spiegato prima, è fondamentale: l'accertamento deve essere pregiudiziale al modello di valutazione. Noi ci troviamo di fronte a una patologia che è quanto di più complesso da accertare, perché il Covid, come sappiamo, si può confondere con una patologia comune e come patologia comune possono interpretarsi la maggior parte degli esiti. È necessario, dunque, individuare la tipologia di danno che il soggetto lamenta, con approfondita puntualità.

Tuttavia, vorrei aggiungere a questa considerazione un altro ragionamento che si riallaccia a un discorso legato alle concause, tenendo conto che il Covid ha un impatto sul sistema organismico, che coinvolge tutti gli organi principali in misura maggiore o minore. E allora si può pensare che l'organo respiratorio, o l'organo vascolare o l'emuntorio siano dei sistemi coesistenti di invalidità? Dei sistemi coesistenti di menomazione e di danno? Non è ammissibile un ragionamento siffatto. È evidente che, in questi casi, la concausa deve essere sempre e comunque riconosciuta come concausa concorrente. Quindi, è chiaro che quando si andrà a parlare dell'accertamento e poi successivamente della valutazione, oltre al mio aprioristico rifiuto all'applicazione di formule a carattere riduzionistico perché non contemplate in alcun richiamo normativo, quando si argomenta in materia di danno biologico, a maggior ragione, sarebbe un errore evidente posto che le invalidità sono da ritenere sempre concorrenti. Da qui l'importanza di tener conto delle patologie preesistenti nel soggetto fumatore, ad esempio, affetto da broncopneumopatia cronica ostruttiva oppure, magari, con un principio di enfisema, che lamenti danni respiratori successivi al Covid-infortunio; e lo stesso potrebbe dirsi per patologie vascolari, cardiache, epatiche o renali, come per disturbi psichici o neuropatie, la cui riconducibilità causale all'infezione è sempre da ritenere possibile/probabile. È chiaro che la valutazione delle concause come concorrenti sarebbe estremamente auspi-

cabile, argomentandosi in termini di danno biologico. Ricordiamoci che il danno biologico è la menomazione conseguente a perdita dell'integrità psicofisica del soggetto in riferimento alle attività quotidiane; e l'Inail ha ricompreso anche l'aspetto dinamico relazionale nella nozione di danno biologico.

Il danno biologico Inail è l'unico caso in cui il legislatore si è espresso in termini definitivi del danno biologico. Nel danno biologico da responsabilità civile una definizione la si ritrova soltanto nel decreto ministeriale per le micro-permanenti del 2003, successivamente ripreso nei decreti delle assicurazioni, ma non esiste una definizione normativa, valida per la responsabilità civile o l'infortunistica privata, rinviandosi a quella che la Simla ebbe a proporre al Congresso di Ferrara del 2000. Comunque il danno biologico è riferito a una complessità dell'organismo, che deve essere necessariamente considerato in modo univoco e unitario, per cui le invalidità, che sono da valutare nell'ambito infortunistico, sono sempre per invalidità concorrenti; per cui la sinergia menomativa dovrebbe essere considerata a priori, ecco perché è intempestivo parlare di valutazione del danno prima di aver parlato della corretta metodologia dell'accertamento, anche dal punto di vista valutativo. Da qui la necessità di rivedere necessariamente il modello di valutazione.

Per quanto riguarda l'analisi del nesso di causa in termini di causalità di servizio per il comparto sicurezza, è chiaro che le forze dell'ordine si trovano assolutamente

esposte al rischio di contagio, per cui mi sembra che nei loro confronti non possa non adottarsi il criterio della presunzione semplice. Semmai si potrebbe discutere di un poliziotto che è in amministrazione, ma, anche in questo caso, si tratta di un luogo di lavoro dove gli addetti hanno contatto con il pubblico e quindi è condizionante di un certo aggravamento del rischio; per cui mi sembra che non ci siano problemi dal punto di vista della potenziale indennizzabilità dell'evento contagio, salvo dimostrazione contraria dell'Istituto assicuratore.

Per quanto riguarda l'indagine epidemiologica, personalmente non mi sembra che questa sia importante nella valutazione dell'occasione di lavoro; può essere importante per Inail, come motivazione contraria al riconoscimento del danno; in altre parole, se un soggetto rivendica un'indennizzabilità dell'evento perché si ritiene che il lavoro abbia, in qualche modo, aggravato il rischio, delle due l'una: o si è sbagliato e si è fatta una denuncia che non si doveva fare perché era un soggetto per il quale non eravamo in grado di dimostrare l'aggravamento del rischio legato a circostanze di lavoro, oppure siamo in presenza addirittura di un rischio specifi-

co; altrimenti l'Inail che cosa può rispondere? Può dire che un soggetto, da noi ritenuto essere esposto all'aggravamento del rischio, si è trovato in una situazione epidemiologica del tutto particolare, ad esempio derivante dal nucleo familiare.

Dobbiamo partire dal presupposto che le concause non escludono il nesso; non si può affermare che, siccome è più probabile che a causare il contagio sia stato un nucleo familiare infetto, piuttosto che il percorrere quotidianamente il tragitto casa lavoro e viceversa sui mezzi pubblici, l'indennizzabilità debba venir meno. A mio modo di vedere, il riconoscimento dell'indennizzo dovrebbe avvenire ugualmente. Viceversa, se una persona va a lavorare utilizzando la propria autovettura, portando con sé al massimo un collega nel sedile posteriore e dimostrando che vive in un nucleo familiare infetto, in questo caso capirei bene l'Inail che rifiuta di riconoscere l'occasione di lavoro. In tali circostanze direi che abbiamo sbagliato a fare la denuncia di infortunio, non avendo accertato da un lato la situazione di rischio familiare della persona e dall'altro avendo erroneamente interpretato il valore occasionale del lavoro come fattore di aggravamento del rischio.

Valutazione medico-legale sulle malattie professionali dal rapporto Inca-Fondazione Di Vittorio

■ Fabio Manca*

Chiaramente, dovendo valutare le analisi statistiche fatte dalla Fondazione Di Vittorio, che poi sono servite e ci servono già da parecchi anni per una prospettiva di carattere tutelativo nei confronti dei nostri lavoratori, potrà far apparire questa relazione particolarmente gretta, come un semplice snocciamento di numeri e di situazioni di cui si sta anche discutendo per l'ampliamento dell'Ape sociale, sull'aspetto previdenziale, che ci darà successivamente (lo speriamo!), nel 2022, un nuovo indirizzo per evitare lo «scalone della Fornero» e ci potrebbe indicare, per quanto riguarda la tutela, il riconoscimento per alcune tipologie di lavoro, la correlazione con malattie professionali, soprattutto di quelle che presentano un carattere emergente. Questa risulta un'indicazione nuova surrogata anche da valutazioni di carattere percentuale e di carattere valutativo che, badate bene, non nascono da un confronto con le valutazioni date da «organi», «apparati» di carattere istituzionale, che mol-

to spesso misconoscono certe valutazioni, ma scaturiscono da valutazioni di carattere lavorativo, quindi da valutazioni che vengono prese e comprese in un ambito statistico tramite le strutture collegate al patronato (Fondazione Di Vittorio) direttamente dai lavoratori.

Quello che voglio dire è che stamattina avete sentito una valutazione di carattere non soltanto teorico, ma anche qualitativo rispetto alle valutazioni del danno biologico dell'Inail e del riconoscimento della patologia Covid correlata, che possono essere utili. Ma lo spirito dell'Inca è quello di prevenire e di tutelare i danni che possono derivare da attività lavorative varie, ancora in parte misconosciuti istituzionalmente, ma non misconosciuti da un punto di vista patogenetico e patologico, per inserirli in un criterio che possa riconoscerli e assimilarli a malattie professionali. La strada è lunga e non priva di intoppi.

La seconda parte di questo confronto di oggi con voi, e sono molto contento di po-

* Consulente medico patronato Inca Cgil nazionale

tervene parlare, nasce dai precipui compiti nella valutazione di quelle che sono le effettive esigenze, l'effettivo target del patronato che noi rappresentiamo, in relazione a non valutare solo i danni di un lavoro, ma anche le esigenze legate alla prevenzione e al riconoscimento di nuove patologie. Non a caso, questa è una valutazione di carattere statistico ed evolutivo da parte della Fondazione Di Vittorio, con la quale collaboriamo da parecchi anni. Con questo stesso spirito, successivamente, vedremo anche degli aspetti di carattere più avanzato che riguardano, per esempio, le patologie delle onde elettromagnetiche che possono essere una rappresentazione di patologie in fieri, a cui noi, come medici legali, dobbiamo essere pronti con un adeguato bagaglio culturale.

Nel ringraziarvi anticipatamente della vostra attenzione, voglio partire citando un presupposto che parte da considerazioni di alcune fonti secondo le quali «lavorare bene fa bene alla salute», per aggiungerne un altro non secondario, ripreso nella fattispecie dalla legge Fornero «anche in età più avanzata» (Istat Trend 1974-2015, previsioni 2016-2066). Che l'aumento dell'aspettativa di vita e l'aumento dell'età pensionabile determinino delle alterazioni sulle misure e le indicazioni per la salute, nonché sulle misure preventive, è ovvio; ma ciò dipende anche dalla capacità lavorativa di ognuno di noi, tenendo conto che per i lavoratori adibiti a mansioni più operative, di carattere fisico, queste alterazioni sono maggiori rispetto a quelle rilevate tra coloro che svolgono un lavoro in-

tellettuale. Questo poi ovviamente implica cambiamenti di carattere sociale, anche sotto il profilo previdenziale. Voi sapete che i tavoli di confronto previdenziale del nuovo governo sono stati, a mio modesto parere, un po' disattesi. Tuttavia, si spera che il prossimo anno possano essere eventualmente riqualificati per evitare quello che è lo «scalone della Fornero». Negli anni vediamo che l'aspettativa di vita è andata progressivamente aumentando, anche se nell'ultimo biennio registriamo un arresto legato alla pandemia da Covid, che ha determinato anche un blocco degli indici di pensionabilità: cioè lo spostamento di tre mesi in più, che viene effettuato ogni tre anni, per accedere alla pensione. Questo meccanismo è stato bloccato fino al 2023. Perché? Perché mentre negli anni precedenti il Covid c'è stato un progressivo aumento, nell'ultimo biennio l'incremento dell'aspettativa di vita generalizzato si riduce di 1,2 anni, per quanto riguarda la popolazione italiana. Si è visto in era pre-Covid che questa aspettativa di vita, dopo i 65 anni, aumenta progressivamente in relazione all'attività lavorativa precedentemente svolta, in relazione se si è uomini o donne, in relazione anche ai salari percepiti e al loro andamento. Questo vale soprattutto per gli uomini e meno per le donne, le cui aspettative sono rimaste sostanzialmente identiche dopo i 65 anni. Le donne, fortunatamente o sfortunatamente per noi uomini, hanno un'aspettativa di vita superiore. Queste disuguaglianze di gravosità nella professione si riflettono anche nelle disuguaglianze nell'aspettativa di vi-

ta al momento dell'età pensionabile: nella popolazione generale tra le classi più qualificate e quelle meno qualificate si osserva un divario di tre e due anni di aspettativa di vita al momento del pensionamento rispettivamente tra uomini e donne; nella popolazione attiva la differenza rimane uguale tra gli uomini ed è più modesta tra le donne a causa di fattori di selezione nell'occupazione femminile.

Voglio ricordare inoltre che la speranza di vita è influenzata anche dal titolo di studio posseduto: dai dati riscontrati in letteratura aumenta infatti anche con il livello di scolarità e non solo di posizione lavorativa: tale aspettativa nei dirigenti aumenta in maniera proporzionale, in maniera particolarmente importante a seconda dell'età, dai 35 ai 65 anni, con una differenza sostanziale tra i dirigenti che a 35 anni hanno una sopravvivenza media di 48,7 anni e gli operai non qualificati, che hanno un'aspettativa di vita di 5 anni e mezzo inferiore a parità di età di partenza (35 anni). Tale gap dopo i 65 anni tende a diminuire progressivamente.

Il discorso chiaramente vale anche per le donne, seppure i valori siano relativamente diversi e meno differenti, ma anche in relazione alla pubblica amministrazione (dati di giugno 2021), nel cui ambito la popolazione lavorativa italiana è particolarmente anziana; il che pone una grave problematicità perché, guardando solo l'anzianità contributiva di ciascuno di loro, ci si potrebbe attendere una fuga dall'attività lavorativa particolarmente importante, tale da determinare un'uscita da alcuni set-

tori (sanità e scuola, che potrebbe arrivare a 215.000 persone) con criticità correlate. In questo discorso tralascio alcune categorie privilegiate della Pubblica amministrazione (per esempio, carriere della presidenza del Consiglio, nonché il personale di alcuni enti ecc.).

In relazione a questo problema si sono realizzate delle indagini di politica sanitaria lavorativa che hanno messo in evidenza come ci siano delle macro-tendenze. È chiaro che negli ultimi anni, ma soprattutto nel Nord Italia, l'età lavorativa si è modificata rispetto alle tre tipologie di lavoro che noi prendiamo in visione: gli *executive*, che sono praticamente i dirigenti; i colletti bianchi, che sono praticamente gli impiegati in attività di carattere intellettuale; i *blue-collar*, che sono coloro che invece svolgono lavori manuali, come muratori e metalmeccanici. Sono valori molto importanti, legati alla variazione nella composizione dei soggetti per età. Queste disuguaglianze di gravosità nella professione si riflettono anche nelle disuguaglianze nell'aspettativa di vita al momento dell'età pensionabile: nella popolazione generale tra le classi più qualificate e quelle meno qualificate si osserva un divario di tre e due anni di aspettativa di vita al momento del pensionamento rispettivamente tra uomini e donne; nella popolazione attiva la differenza rimane uguale tra gli uomini ed è più modesta tra le donne a causa di fattori di selezione nell'occupazione femminile.

L'Inca non si è interessata a questo problema in maniera sporadica e del tutto

casuale: varie sono state le comunicazioni e gli incontri svolti in diverse sedi istituzionali e non, portato avanti da tanti anni con le categorie e con la Fondazione Di Vittorio, basato su questionari che abbiamo somministrato a una platea di lavoratori molto significativa, da cui abbiamo poi dedotto delle valutazioni che abbiamo presentato nelle apposite commissioni o negli appositi congressi.

Tutti i lavori di ricerca hanno determinato un'evidenza scientifica: lavorare più a lungo in età espone la persona a rischi di maggiore gravosità, che agiscono su un'abilità lavorativa ridotta e sulla presenza di posti di lavoro non adattati all'invecchiamento. Una variazione che riflette anche la diversa composizione delle tipologie di lavoro, registrata nell'arco degli anni in Italia (ma anche all'estero), con lo spostamento della popolazione lavorativa dal settore manifatturiero al terziario.

Un allungamento dell'età pensionabile espone a un alto rischio di depressione, di infarto soprattutto per i lavoratori provenienti da carriere professionali meno qualificate. La flessibilità in uscita, cardine delle attuali politiche previdenziali, necessita che noi identifichiamo quali fattori di rischio possano esistere: perché dire che un lavoratore deve andare in pensione a 65 anni piuttosto che a 61, oppure a 63 o ancora a 67 anni, è chiaramente una generica valutazione, che non tiene conto dei dati anche di carattere individuale. Partendo da questo specifico aspetto, siamo andati poi a fare una valutazione di carattere più precisa in relazione alle patologie.

Non so se voi avete presente i codici Ateco, inseriti nella normativa che regolava la precedente edizione dell'Anticipo pensionistico, cosiddetto «Ape sociale», in base ai quali per ogni tipo di lavorazione venivano indicati da 3 a 5 digit di riferimento. In base a questi indicatori succedeva paradossalmente che tipologie di lavoratori assolutamente simili sotto il profilo dell'attività potevano richiedere i benefici connessi, mentre altri non ne potevano usufruire. E ciò era assolutamente problematico e ingiusto.

Io ho voluto fare semplicemente un racconto anagrafico, ma sono anche un clinico ospedaliero, per cui mi fa piacere fare dei confronti anagrafici: per esempio, in Inghilterra il personale sanitario ha un'età media di 41 anni, mentre in Italia è di 52 anni. Voi capite che questa è una valutazione che noi abbiamo in esito rispetto alle politiche di carattere sociale sbagliate, adottate negli ultimi anni, che anche con la legge Fornero ha ridotto le capacità di uscita dal lavoro, facendo lievitare la media di età di quiescenza in Italia di tre anni rispetto agli altri paesi europei.

La competente commissione tecnica incaricata come tavolo tecnico a ridefinire i lavori gravosi (67/2011), tuttora in attività, per rispondere alla necessità di avere degli indicatori che riportano dei criteri valutativi di carattere statistico-attuariale ha espresso dei valutatori di rischio riguardanti il livello di gravosità. La finalità di questo lavoro è una previsione di uscita anticipata dal lavoro, per quanti rientrano tra le attività gravose, rispetto alla generalità

delle altre categorie lavorative. Cosa si è preso in evidenza? I fattori ergonomici, psicosociali per la sicurezza ed è validata attraverso alcuni mezzi di statistica sanitaria (per esempio matrice professione, esposizione che derivano da criteri di valutazione come il Jem Jobs Exposure Matrix, supportati da precedenti indagini sulle professioni condotte dall'Inapp (ex Isfol), l'Istituto nazionale che valuta le politiche pubbliche nazionali e le analisi. Vi sono però aspetti di criticità: l'analisi parte da 20 soggetti per ciascuna delle 796 professioni: per essere precisi, vuol dire che noi stiamo facendo delle valutazioni su 20 soggetti per ognuna delle professioni tabellate Ateco: risulta subito chiaro che appare un campione troppo ridotto e significativo rispetto a siffatta finalità (vedi Legenda).

Pertanto ho voluto confrontare i risultati dei dati della Fondazione Di Vittorio e in particolare dell'indagine su un campione di lavoratori dei settori: sanità, grande distribuzione organizzata, polizia locale, consulenti postali, trasporti locali e asili nido. Quelli che illustrerò sono dati relativamente parziali perché abbiamo già effettuato precedentemente delle valutazioni molto più globali. Quello che ho cercato di fare è di integrare i nuovi dati confrontandoli con quelli precedenti. Sono numeri grezzi, ovviamente, che però ci possono insegnare molto, ma soprattutto rappresentano campioni numerici di altra dimensione, con tutto ciò che ne consegue. Ho poi voluto confrontare tali dati di nostro riscontro (in particolare quelli relati-

vi alla soddisfazione e interferenza nell'attività lavorativa, per alcune categorie di lavoratori) con quelli ufficiali della ricerca Insula dell'Inail del 2018, curata dal dipartimento di medicina, epidemiologia, igiene del lavoro e ambientale.

Per quanto riguarda la Fondazione Di Vittorio, i dati si basano e vengono validati attraverso dei questionari, per i quali il lavoratore ci mette la faccia, ci mette il nome, il cognome e dà la sua disponibilità. Quelli di Inail, invece, vengono valorizzati nelle sedi competenti e sono ottenuti dalla Doxa su indagini telefoniche (8.000 indagini telefoniche senza nome, cognome ecc.). Pur considerando le due metodologie di indagine diverse, è evidente comunque che i dati offrono quadri completamente discordanti. Dai dati Inail, la maggior parte dei lavoratori risulta completamente soddisfatta del proprio lavoro; le richieste familiari non interferiscono con l'attività lavorativa (beati loro!); ma quello che ci lascia ancora più in disaccordo è il risultato riguardante l'esposizione a varie tipologie di rischio, rischio da stress lavoro, correlato con altri rischi psicosociali. Secondo i dati Inail, il primo è sotto il 5 per cento e non significativo; però, considerate che questo è il valore che i lavoratori rappresentano maggiormente, anche se telefonicamente anonimi. Seguono il rischio biomeccanico ed ergonomico (2,14), il rischio da videoterminali e così via. Dunque, i lavoratori non rappresentano questi rischi come nocivi per la salute; sono d'accordo con i presidi offerti; sono d'accordo con i tavoli di lavoro or-

ganizzati; sono d'accordo con tutte quelle che sono le prevenzioni di carattere organizzativo che l'azienda gli fornisce. Allora partiamo subito con la nostra valutazione.

Noi abbiamo fatto una valutazione in relazione anche all'età anagrafica, ovviamente, partendo dal presupposto che coloro che hanno una certa età, rispetto a un collega più giovane, hanno una risposta differente agli stimoli lavorativi; chiaramente maggiore rispetto a un trentenne, che viene rappresentato, accompagnato da quell'ansia lavorativa e quella necessità lavorativa, che implica dei raccordi di carattere eziopatogenetico con patologie molto minori.

Abbiamo fatto una valutazione sulla polizia locale, sulla grande distribuzione organizzata, sulla sanità e così via, praticamente su un ampio campione di categorie lavorative e dell'attività che il patronato tutela. Non sono dati compatibili con quelli dell'Inail. Ora, al di là del campione nudo e crudo, che però vi posso assicurare è significativo, il totale rappresenta problematicità soprattutto sull'interferenza sia eterodirettiva che direttiva, quantificabile secondo scale validate che vengono rappresentate con le risposte «spesso» e «sempre», e che danno valori, per i consulenti per esempio fino al 71 per cento. Ebbene, quanto riportava l'Inail nel suo rapporto? Siamo intorno al 15 per cento. Questo significa che le persone intervistate sono raramente o quasi mai infastidite dall'interferenza del lavoro sul loro stato cenestesico, in fattispecie sono consapevoli

di stare bene. Viene segnalata, ovviamente, la carenza dei mezzi operativi, ma questo, lo sappiamo per esperienza personale, esiste dappertutto.

La valutazione della Fondazione Di Vittorio ci dice che la polizia locale si trova, rispetto ad altri lavoratori, in una condizione peggiore, un po' per le peculiarità dell'attività lavorativa, che si svolge prevalentemente sulla strada e che richiede spesso la necessità di interventi immediati, ma anche per la mancanza di presidi che possono tutelarli.

Discorso a parte meritano gli elementi sull'autonomia, l'aspetto proprio di quello stress lavoro correlato: per fascia di età del rispondente quello che si vede è che la qualità dell'autonomia richiede spesso di gestire le pause, i turni in base alle esigenze personali, affrontare difficoltà di carattere organizzativo. Secondo Insula 2 Inail, attraverso la Doxa, queste problematiche investono soltanto il 2,46 per cento, mentre per la Fondazione Di Vittorio, il dato «schizza» attorno al 26 per cento: cioè dieci volte di più. Sono dati incredibili. Per la sanità è stata fatta una valutazione peggiore rispetto alla media dei lavoratori e altrettanto vale per i consulenti postali, che rappresentano un mondo a parte, anche per l'elevato numero del campione raggiunto dall'indagine (circa 1/3 del totale in Italia per mansione lavorativa del totale).

Per quanto riguarda i consulenti postali, per me sono stati una sorpresa in negativo lavorativamente parlando, quando abbiamo avuto modo, con la Fondazione Di Vittorio, di valutarne circa 2.700. La si-

tuazione di genere chiaramente cambia poco per questa categoria. In generale, esistono poche attenzioni nei confronti dei lavoratori; gli uomini non hanno criticità percentualmente diverse rispetto alle donne con un'aspettativa lavorativa simile.

In generale, indipendentemente dalla categoria, abbiamo visto che la collocazione del disturbo muscoloscheletrico è molto importante e senza differenze percentuali tra le età, senza differenze sostanziali tra i generi in ambiti lavorativi simili.

Tali patologie interessano soprattutto la schiena, le spalle, il collo, il ginocchio e la mano, anche se la schiena (con il 60%) e le spalle (con il 33%) rappresentano ovviamente il disturbo fondamentale. Dati coerenti, in parte, con quelli ufficiali delle denunce Inail.

La patologia muscoloscheletrica è la più frequente nei nidi, seguono la sanità e la grande distribuzione, che registra una percentuale analoga a quella rilevata tra i consulenti postali. Domanda: Perché i consulenti hanno la stessa percentuale di patologia di carattere muscoloscheletrica della grande distribuzione, considerando le profonde differenze di mansioni tra le due categorie? Una parziale risposta può essere data dall'anamnesi lavorativa che è evidenziata dai formulari redatti (tipologia lavorativa pre-assunzione).

Dalla valutazione dei questionari, suddivisi per categorie, emerge che: la polizia locale sulla patologia muscoloscheletrica è al 26 per cento, gli asili nido al 53 per cento. In più c'è tutta la patologia legata an-

che a quelle che sono le figure assistenziali, o di supporto, quindi i cuochi, quelli che fanno le pulizie ecc.

Ma un dato altrettanto interessante ci viene dal personale sanitario, che soffre del 69,7 per cento di patologie osteoarticolari e che dopo un riposo avverte un miglioramento. Anche in questo caso i consulenti postali hanno una percentuale apparentemente non giustificabile perché, con il 54,5 per cento di disturbi osteoarticolari, raggiunge la percentuale rilevata nella grande distribuzione associata. Posso capire il personale sanitario, gli infermieri, che spostano pazienti, ma perché anche i consulenti postali? Appare chiaro come i lavoratori della grande distribuzione abbiano problemi osteoarticolari, con particolare evidenza la lombosciatalgia, che rappresenta uno dei *must* di questa ricerca in relazione a quelli che sono i risultati.

Considerate che, secondo i dati Inail, le patologie muscoloscheletriche, nel 2021, rappresentano circa il 40 per cento del riconoscimento di malattie professionali. Naturalmente, tale situazione si modifica in relazione all'età: fino a trent'anni (22,6%) e più di sessant'anni (53,4%) e un fenomeno di riduzione dei sintomi dopo un periodo di astensione del lavoro; aspetto, questo, molto interessante.

Infatti, tra le patologie di carattere lavorativo, quelle che beneficiano di aspetti migliorativi, secondo le risposte dei lavoratori in relazione a periodi di astensione dal lavoro, sono quelle di carattere genito urinario, ovviamente, soprattutto nel genere

femminile; fino ad arrivare al 50 per cento per patologie di carattere neurologico, che però hanno delle caratteristiche precise, a seconda della tipologia lavorativa e si rappresenta come l'astensione dal lavoro per chi ha più di 60 anni, che determina un miglioramento della sintomatologia. In questa valutazione della qualità e aspettativa di vita, noi non dobbiamo solo valutare il fatto del momento nudo e crudo della cessazione degli atti vitali, ma dobbiamo considerare il rispetto della qualità di vita degli over 60 anni e oltre, che continuano a lavorare pur accusando disturbi, che possono inficiare il benessere anche degli altri anni di riposo. In effetti, i dati statistici relativi all'aspettativa di vita sono importanti, ma pur sempre dati statistici, che non sono sempre legati alla realtà raccontata dai lavoratori; neppure a quello che i lavoratori dicono all'«Insula», dove tutti stanno bene e dove tutti vivono bene e dove tutti hanno un'aspettativa. Ma riprendiamo i risultati legati ai disturbi psicosociali dei consulenti postali, della sanità e a seguire delle altre categorie, che abbiamo visto nell'ambito della valutazione e che si manifesta con aspetti di carattere comportamentale molto importanti. Le percentuali attuali dell'ultima ricerca del patronato, rispetto a due anni, variano solo del 2,3% per cento, nonostante gli intervistati della sanità siano aumentati di 267 lavoratori, come quelli riguardanti i consulenti postali. I dati precedenti, che riguardavano circa 3.000 lavoratori della sanità e 2.500 consulenti postali, statisticamente sono simili.

In effetti, da tali dati emerge che i disturbi neuropsicologici nei consulenti postali sono molto presenti (stress lavoro correlato?). Questo disturbo aumenta ovviamente in relazione all'età, dai 30 ai 60 anni, ma aumenta anche in relazione a un riposo che porta un miglioramento generale. C'è da chiedersi perché i consulenti postali hanno questo problema. Quali sono le tipologie di danni presenti in questo ambito? I dati sono questi: il 18 per cento donne e l'11 per cento uomini assumono psicofarmaci; oltre i 65 anni tale dato arriva al 24 per cento, e diminuiscono con l'età (9%) tra i 15 e i 35 anni (dati Cnr-Dass 21-2018); oltre il 18 per cento investe i consulenti postali. I dati sono paragonabili tra maschi e femmine, mentre genericamente, nella comune popolazione, gli psicofarmaci sono più utilizzati dalle donne rispetto agli uomini. Quindi, io mi chiedo il perché. Non è possibile che questi risultati siano compatibili con l'attività lavorativa, visto che si parla del 30 per cento di incremento medio di uso di psicofarmaci, rispetto alla condizione della popolazione in generale della stessa età.

Può tale reperto essere collegato all'eterodirezione lavorativa, considerando lo stress a cui è sottoposto un consulente postale quando, per esempio, deve convincere un pensionato a investire su un prodotto finanziario ad alto rischio? In questo caso interviene un fattore etico che aggrava la situazione di stress. C'è, dunque, una eterodirezione dall'alto che impone ai lavoratori un indirizzo legato ai

risultati, portando a una situazione che, insieme alla gestione delle pause, agli indici di lavoro, alla pressione (844 intervistati su 1.024 dicono che hanno avuto pressione), sovraccarica il lavoratore. Questo ha un costo sociale, un grande costo sociale.

Ci sono delle situazioni che non possono essere evitabili. Per questo, come commissione valutativa, abbiamo chiesto di poter rivalutare alcuni tipi di aspetti lavorativi; per gli edili, per esempio, abbiamo chiesto di ridurre il requisito dell'anzianità contributiva al pensionamento da 36 anni a 30 inserendoli tra le categorie gravose. Dunque, c'è un'attività residua che deve essere compensata o con un anticipo dell'età pensionabile o con un riconoscimento e ristoro del danno.

Quindi, una malattia, una fragilità, una tipologia lavorativa negli anni, con un allungamento dell'età pensionabile, un lavoro gravoso, così declinata come nella legge 232/2016 e poi successivamente ai sensi dell'articolo 67 del 2011, devono essere considerati. Questo sarà motivo di una discussione ancora in fieri, che ha già portato all'indicazione di una codifica professionale, la quale, partendo da quella del 2011 (67/2011), ha sviluppato una nuova valutazione del danno con i N Risk (di cui si parla tanto sui mass media), che sono dei parametri valutativi per l'ampliamento della platea dei lavori gravosi. Tra le professioni, quella per esempio qualificata nei servizi sanitari e sociali in base a questi nuovi parametri statistico-attuariali rientra nel N Risk, in base al tasso in-

fortunistico e delle malattie professionali. L'ultimo aspetto che voglio affrontare riguarda la sorveglianza sanitaria. Le valutazioni che abbiamo fatto tengono conto dell'assenza per malattia generica, delle denunce di malattia professionale e, per la sanità, il fenomeno delle aggressioni. Analizzando i dati, il riconoscimento dell'infortunio è elevato, ma quando passiamo poi alla malattia professionale ci troviamo in situazioni particolari: per esempio, gli o le addette ai nidi d'infanzia non hanno nessuna malattia professionale. Bello! Vuol dire che è un mondo perfetto.

Chiaramente, il numero di malattie professionali aumenta in relazione all'età, anche se con percentuali irrisorie. Quindi, in conclusione, l'attendibilità dei dati ufficiali, con la valutazione dei riflessi lavorativi, secondo standard specifici, la valutazione del *burn out*, che dal 2019 l'Onu riconosce come patologia, la spersonalizzazione dei dati, limite comunque difficilmente esplorabile (a cui non mi sono mai totalmente attenuto), i parametri legati spesso a indicatori non sufficienti (vedi la differenziazione a 3-4 digit), non rappresentano una realtà oggettiva più consona a situazioni reali.

Una ripresa del rapporto tra lavoratori e le loro rappresentanze sindacali (i lavoratori spesso non sanno a chi rivolgersi), con la discrepanza su alcuni aspetti statistici e valutativi particolarmente evidente, impone più che un'innovazione di input tutelativo della salute, una sua rivisitazione in relazione a quanto detto.

La sotto-notifica dell'evento infortunistico o di malattia professionale supporta questa criticità: un'attività lavorativa dai 30 anni in su dobbiamo sì valutarla, ma dobbiamo farlo in relazione anche allo svolgimento degli ultimi anni. Nella commissione dei lavori gravosi, ho espresso una criticità circa il fatto che tra gli indici riguardanti il danno psicosociale e, quindi, lo stress lavoro correlato ci sono delle valutazioni psicometriche, considerate molto limitative rispetto alla valutazione generale; quindi sostanzialmente prive di un criterio di affidabilità e di conseguenza di basso peso specifico valutativo.

Un altro aspetto riguarda l'unicità non riferibile della persona; noi facciamo una valutazione di carattere globale, mentre invece dobbiamo fare una valutazione di carattere personale: io non sono uguale alle altre persone qui presenti; una patologia può inficiare la mia attività lavorativa in maniera diversa rispetto a una valutazione di carattere generale. Quindi, insieme a una valutazione qualitativo-statistica (cosiddetta Pascaliana) non può non essere presente una logica baconiana, data dalla imprescindibilità della valutazione personale di ogni singolo lavoratore.

LEGENDA

Ergoscore • Delle centinaia di variabili descrittive presenti nella Jem gli autori esperti di igiene, medicina e sicurezza del lavoro ne hanno selezionate alcune che indagavano caratteristiche ergonomiche del lavoro, con il fine di costruire un indice ergonomico complessivo, basato sulla me-

dia dei loro punteggi standardizzati. La maggior parte di queste variabili erano rilevate su una scala di frequenza da 1 (mai) a 5 (sempre), mentre una parte minore (maneggiare e spostare oggetti, agilità delle dita, agilità manuale, forza del tronco) erano rilevate sia su una scala di importanza (da 1 a 5), sia di intensità (da 1 a 7). Per queste ultime si è utilizzato il solo punteggio di intensità, che veniva però posto uguale a 0 se l'importanza media della caratteristica per una determinata professione era minore o uguale a 1.

Job-Exposure Matrix – Jem • deriva dai dati dell'Indagine sulle Professioni condotta dall'Inapp nel 2013 su circa 16.000 lavoratori. In questa indagine sono stati intervistati circa 20 soggetti per ciascuna delle 796 professioni identificate dalla classificazione delle professioni Istat del 2011 (Cp2011 a 5 digit), a cui sono stati posti quesiti su molti descrittori che denotano contenuti e specificità della professione rispetto a un'altra. Le risposte a questi quesiti sono state raccolte su scale di Likert da 1 a 7, o da 1 a 5, a seconda della variabile, scale che misurano il punteggio relativo all'importanza e all'intensità di una determinata caratteristica del lavoro svolto così come giudicata da ogni lavoratore intervistato. Per ciascuna variabile è stato calcolato da Inapp il punteggio medio per ogni professione al massimo dettaglio (Cp2011 a 5 digit), standardizzando ogni variabile su una scala da 0 a 100. Questi punteggi costituiscono, insieme al codice professionale e al numero di intervistati in ciascuna profes-

sione, la Jem e sono disponibili su richiesta presso Inapp per scopi di programmazione e ricerca.

Sono inoltre stati costruiti indicatori di esposizione ai più diffusi fattori psicosociali sul lavoro secondo il modello teorico «demand-control» di Karasek (1985), cioè le dimensioni di «demand, control, job strain».

La dimensione «job demand», che rappresenta il livello di richieste psicologiche da parte dell'attività lavorativa, è stata costruita calcolando la media dei punteggi relativi alle seguenti variabili, come fatto in studi precedenti (d'Errico et al., 2007; Cifuentes et al., 2009; Andel et al., 2015; Fujishiro et al., 2013).

Indagine sulle condizioni di salute degli addetti alla polizia locale, grande distribuzione, nidi e trasporto locale

■ Antonella Covatta*

L'indagine sulle condizioni di salute delle lavoratrici e dei lavoratori dei settori polizia locale, grande distribuzione, nidi e trasporto locale, promossa da Inca Cgil e realizzata dalla Fondazione Di Vittorio, fa emergere una rilevanza delle patologie muscoloscheletriche, le cui origini non possono non tener conto del dato anagrafico del campione, che prevalentemente si colloca nella fascia di età tra i 51 e i 60 anni, seguita da quella che va dai 41 ai 50 anni. Si tratta, quindi di persone che hanno alle spalle una storia lavorativa significativa.

Escludendo le addette alla grande distribuzione, in tutti gli altri settori le patologie muscoloscheletriche sono le più importanti e si manifestano prevalentemente con contratture muscolari, lombalgie e patologie, che interessano le spalle e le mani. Entrando più nel dettaglio, tra gli addetti agli asili nido dell'infanzia, prevalentemente donne, abbiamo anche un interesse che riguarda le ginocchia, le cui cause sono da ricondurre al tipo di at-

tività lavorativa, che spesso li costringe a inginocchiarsi per poter svolgere il proprio lavoro con i bambini, sottoponendo tali articolazioni a una notevole pressione, che viene mantenuta per molto tempo. A queste patologie seguono quelle di natura oculistica, che interessano tutte e quattro le categorie analizzate, correlate all'uso di videoterminali, perché comunque svolgono un'attività di tipo impiegatizio.

Nell'ambito della polizia locale, abbiamo le allergie che possono essere correlate ad allergeni nell'ambiente di lavoro, ma anche a quelli presenti nell'habitat extralavorativo. Queste due correlazioni non abbiamo modo di scollegarle, ma sono presenti. Seguono le patologie respiratorie e dermatologiche, legate anche a malattie afferenti all'otorinolaringoiatria, malattie da rumore collegate all'ambiente esterno, alle patologie respiratorie, collegate ai gas di scarico dei veicoli e anche a quelle dermatologiche per effetto del pulviscolo atmosferico. Per quanto riguarda i nidi le allergie possono essere collegate ad allergeni

* Specialista in medicina legale e delle assicurazioni e Medico Competente

presenti, anche in questi casi, in ambito lavorativo, riferibili, più che altro, all'uso di prodotti disinfettanti e igienizzanti per la pulizia degli ambienti. Poi abbiamo i trasporti che, invece, hanno prevalentemente solo un problema legato a patologie muscoloscheletriche; e questo è collegato a un sovraccarico biomeccanico, che interessa soprattutto il rachide, causato dal prolungamento dell'attività di guida dei mezzi. Posizione che può provocare problemi anche collegati a patologie vascolari degli arti inferiori.

Tutte queste categorie accusano un disagio lavorativo importante riconducibile a uno stato di stress dovuto a una parziale soddisfazione delle condizioni in cui operano, a un ambiente parzialmente collaborativo, a ritmi spesso elevati, a carenza di materiale e personale, ambiente fisico non sempre adeguato, alle scarse possibilità di gestire le pause, di cambiare la metodologia di lavoro, ma anche legato ad episodi di aggressione durante lo svolgimento delle loro mansioni che, per fortuna, sono in gran parte solo verbali. Tuttavia, tutto questo insieme di fattori comporta un disagio lavorativo, soprattutto di stress, che è ancora poco conosciuto e non adeguatamente evidenziato.

Anche osservando i dati sulla sorveglianza sanitaria, la cui gestione ricade sul Medico Competente, non c'è corrispondenza tra le denunce di malattie professionali e le patologie effettivamente riscontrate. Questa è la riflessione che ci deve interessare dal punto di vista dell'attività di patrona-

to per identificare una patologia riconducibile al lavoro.

Dai dati finora esaminati e che sono stati sviscerati precedentemente, trovandoci di fronte a una popolazione anziana, come conseguenza dell'inasprimento dei requisiti pensionistici dell'ultima riforma Fornero, quello che emerge è un surmenage del nostro organismo, considerando la diversa condizione fisica tra chi svolge un'attività lavorativa a trent'anni e chi a 60 o 65 anni.

La domanda da porci è come facciamo a identificare una malattia professionale, a prescindere dall'età del lavoratore? Prima di tutto attraverso un'accurata anamnesi lavorativa. Sappiamo che i lavoratori intervistati hanno avuto altre occupazioni lavorative, alcuni come operai, altri come impiegati, altri ancora hanno fatto i cuochi, baby-sitter; ma non sappiamo per quanto tempo. Quindi il nostro compito, come medici legali, è prima di tutto quello di raccogliere la storia lavorativa di ogni singola persona che abbiamo di fronte e che richiede una certa prestazione. Il secondo step necessita di ottenere quante più informazioni possibili sull'organizzazione dei lavori: cioè quali mansioni svolgono, quali sono i turni di lavoro, i tempi delle pause, quali sono le caratteristiche degli ambienti di lavoro. Tutto questo ci fa capire effettivamente se quella patologia patita dalla persona possa essere effettivamente correlabile all'attività lavorativa da sola oppure in rapporto con una causale diversa. Si pensi, per esempio, alle patolo-

gie osteoarticolari che possono essere riconducibili all'età dei lavoratori e a un processo di degenerazione osteoarticolare correlato all'età avanzata. Insomma, dobbiamo acquisire tutti quegli elementi necessari per conoscere realmente cosa succede durante la giornata lavorativa e come questa si articola.

Quello che abbiamo potuto verificare attraverso l'indagine della Fondazione Di Vittorio è che gli intervistati migliorano le loro condizioni di salute quando sospendono l'attività lavorativa. Questo cosa significa? Significa che c'è sicuramente un rapporto causale o concausale tra quello che è la sintomatologia della patologia e l'attività lavorativa, altrimenti non si spiegherebbe il surmenage a livello articolare, come una causa importante.

Il terzo step riguarda i tempi dell'esposizione, della noxa patogena, cioè da quanto tempo svolgono quella determinata attività lavorativa. Anche questo è un fattore importante, che deve essere accompagnato dall'anamnesi familiare e l'anamnesi patologica, perché noi dobbiamo arrivare a una diagnosi non clinica, ma a una diagnosi medico-legale, che sono due cose profondamente diverse. La diagnosi medico-legale è anche una diagnosi funzionale, che indica quali sono le limitazioni di una determinata patologia e quali di queste limitazioni posso correlarle all'attività lavorativa. Se non si fa questo, non andiamo da nessuna parte. Ciò vale per la malattia professionale, ma anche per tutte le prestazioni, che possono essere fatte dal medico di patronato.

I rischi e le patologie da esposizione a onde elettromagnetiche

Intervista con Fiorella Belpoggi*

D. Cos'è il 5G?

R. «5G» o «Quinta Generazione» è l'ultimo standard globale per la comunicazione mobile, in fase di implementazione mondiale, che si affianca alle reti degli standard precedenti, dal 2G al 4G, tuttora in servizio, e che utilizza tecnologie di antenna evolute e nuove bande di frequenza. Ad esso si potranno connettere sia gli smartphone, che supportano il nuovo standard, ma anche e soprattutto i tanti oggetti connessi alla rete intorno a noi (IoT, Internet of Things = Internet delle Cose), in uno scenario, a sentire il marketing, di «smart city», dove tutto (elettrodomestici, auto, contatori, semafori, lampioni, apparati medicali, veicoli...) sarà intelligente, connesso, monitorabile, interattivo. La nuova rete promette di essere molto veloce, ad alta capacità e con tempi di reazione molto rapidi (breve latenza).

D. Il 5G e le sue differenze con le tecnologie attuali. Cosa cambia rispetto ad ora?

R. Il 5G lavora sulle nuove «bande pioniere» dedicate, 700 MHz, 3.5 GHz and

26 GHz, e promette un'efficienza di trasmissione maggiore delle tecnologie precedenti, una reattività più spinta (minore latenza), una capacità molto maggiore di gestire decine di migliaia di dispositivi (internet delle cose) per km quadrato. Le prime due frequenze sono paragonabili a quelle già in uso, la frequenza 26GHz è una frequenza ad onde millimetriche, già diffusa da tempo come mezzo di trasmissione soprattutto a scopi militari.

D. In dettaglio come funzionerà il 5G?

R. L'elevata efficienza spettrale del 5G viene raggiunta grazie all'utilizzo di bande di frequenza molto ampie nelle tre attuali «bande pioniere» armonizzate a livello globale, da un'architettura di rete piatta e virtualizzata, dove una buona parte di elaborazione dati è spinta nella periferie della rete (edge = bordo) più vicino all'utente che la genera per ridurre i tempi di risposta, e dall'utilizzo di tecnologie complesse di antenna quali «Massive MIMO» e «beamforming» (concentrazione dei lobi

* Direttrice scientifica dell'Istituto Ramazzini di Bologna

di ricetrasmisione solo nella direzione di chi richiede il servizio).

In realtà, laddove non serve mobilità, come nelle scuole, negli ospedali, negli uffici, esiste già lo stesso servizio ad alte prestazioni, ed è erogato dalla fibra ottica.

D. Secondo lei, perché siamo arrivati al 5G?

R. Pare evidente che l'intento primario dell'introduzione di questa tecnologia sia quello di spingere l'economia attraverso i fatturati dell'industria che ruota attorno alle reti di telecomunicazione, come dimostrano il ricavato da record del governo italiano dall'asta per il 5G, e la stessa stima che fa la Ue in almeno 500 miliardi per il costo necessario a raggiungere i target di copertura e servizio imposti dal «5G Action Plan» europeo, per la creazione di una fitta rete di stazioni base e di infrastruttura di trasporto ed elaborazione dati adeguata.

D. Che impatto avrà sulla nostra vita quotidiana il 5G?

R. Per i cittadini i servizi apportati da una nuova rete 5G pervasiva, dispiegata così rapidamente, molto probabilmente non sono affatto necessari, avendo già a disposizione le reti precedenti, tra cui la Long term evolution (Lte = 4G), le reti fisse in fibra ottica e fibra/rame che offrono velocità e latenza di tutto rispetto, ormai piuttosto diffuse nel nostro paese.

D. Ci sono delle criticità? Se sì, quali?

R. Ammesso l'IoT sia utile per i cittadini

comuni (utile, ma non certo indispensabile, quindi si tratterebbe di un bisogno indotto), sorgono però molti interrogativi sugli effetti avversi di questo nuovo sistema, le cui onde elettromagnetiche vanno a sommarsi alle reti esistenti, in particolare sugli effetti biologici contrari che compromettono la salute della popolazione. Infatti, gli aspetti sanitari legati alle onde elettromagnetiche delle reti radiomobili (precedenti al 5G) sono state oggetto di numerosi studi, che hanno messo in evidenza che le onde radio non si limitano al solo riscaldamento dei tessuti, ma che possono essere anche causa di effetti non termici, fino alla cancerogenesi. L'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'Oms (Iarc = International agency for research on cancer) ha classificato le onde a radio frequenza tra i «possibili cancerogeni per l'uomo». Sugli aspetti sanitari, il Parlamento europeo ha più volte richiesto alla Commissione europea di predisporre nuovi studi indipendenti e la revisione della letteratura ad oggi disponibile. Questo per dire che il tema resta tuttora aperto, e non vi è una posizione definitiva sull'argomento. Proprio per questo motivo, nell'attesa di maggiori evidenze scientifiche, pur riconoscendo i potenziali vantaggi tecnologici del 5G, l'approccio alla corsa al lancio della nuova tecnologia, da sovrapporre alle reti mobili preesistenti, non può che essere affrontato con grande precauzione, chiedendo alle autorità di frenare il dispiego rapido e omogeneo sul territorio di una tecnologia che non è oggettivamente

necessaria ai cittadini, considerando altresì che gli stessi servizi nelle scuole, ospedali, banche, città, sono ad oggi erogati con le stesse prestazioni dalle reti fisse in fibra ottica + wifi di nuova generazione, tecnologia certamente più sicura a livello sanitario delle reti radiomobili.

D. Dobbiamo avere paura del 5G?

R. Paura non è il termine giusto. Il termine giusto, come illustrato sopra, è cautela. Se i cittadini hanno paura è perché non c'è chiarezza nell'informazione e soprattutto perché nessun ente istituzionale, compresi l'Istituto superiore di sanità e l'Oms, ci garantisce che non verranno innalzati i limiti di esposizione ai campi elettromagnetici attualmente in uso in Italia, fra i più bassi al mondo, che al momento ci permettono di considerare sostenibili anche a lungo termine le esposizioni attuali. È il campo elettromagnetico che induce effetti sui sistemi biologici, non la frequenza delle onde. Infatti, anche nello studio dell'Istituto Ramazzini su animali da laboratorio, il più grande mai eseguito sulle frequenze 3G Gsm emesse dalle antenne delle stazioni radiobase, si è visto che i tumori correlati al sistema nervoso centrale e periferico osservati ad esposizioni di 50 V/m non subivano invece incrementi significativi a 5 V/m, e che quindi i 6 V/m permessi in Italia rappresentano una giusta cautela se considerati come misurazioni puntiformi da cui non eccedere mai, e non invece calcolati sulle 24 ore come avviene purtroppo dal 2011. Inoltre, fra i diversi riscontri biologici oggettivi, è stata os-

servata una perdita di funzionalità degli spermatozoi in innumerevoli studi in vitro, in vivo e negli uomini.

D. Nei piccoli Comuni quali particolari vantaggi o svantaggi saranno portati dal 5G?

R. Là dove il 5G potrebbe rivelarsi probabilmente utile in futuro cioè in ambito industriale 4.0, robotica, auto a guida autonoma, agricoltura di precisione e simili –, allora questa nuova tecnologia si potrebbe limitare esclusivamente a tali ambiti confinati e controllati, come all'interno di un impianto industriale, lungo le vie di comunicazione (stradali e ferroviarie) dove non si ha lunga permanenza di persone, oppure soltanto nelle aree urbane attualmente non servite dalle reti a banda larga, fisse o mobili, per chiudere il *digital divide* che ancora penalizza alcune nostre aree rurali o montane, e per estendere così a tutti i cittadini la possibilità dello smart working e i vantaggi delle suddette applicazioni dell'internet delle cose. Ma, come detto, tutto questo si può e si dovrebbe ottenere con le reti cablate e wifi. Perché quindi sottoporre la popolazione a pericoli, visti i sospetti fondati su precise e autorevoli evidenze scientifiche dei loro potenziali effetti avversi, quando tutti i bisogni essenziali di connessione possono essere coperti dalle frequenze già in uso e dalla fibra ottica?

D. Entriamo nel tecnico. I segnali 5G avranno una minore dispersione perché utilizzeranno sistemi innovativi che pos-

sono inviare i segnali direttamente al dispositivo nel preciso momento in cui questo necessita della connessione. Questo comporterà una minore esposizione rispetto a quanto non avvenga oggi?

R. Il 5G avrà una minore dispersione perché utilizzerà sistemi innovativi che possono inviare i segnali direttamente al dispositivo nel preciso momento in cui questo necessita della connessione.

I tecnici delle compagnie mi dicono che la tipologia di trasmissione *beamforming* e la capacità di penetrazione nel corpo, che dovrebbe limitarsi al solo strato cutaneo, diminuiscono l'esposizione, ma ricordo che il 5G non sostituisce le antenne 2G-4G, quindi sicuramente i campi elettromagnetici generati da tutti i tipi di antenne si sommeranno e aumenteranno l'esposizione totale. Sarebbe fondamentale ribadire che, comunque sia, il livello di attenzione in Italia venisse mantenuto a 6 V/m e non innalzato come alcuni chiedono (per esempio il dottor Colao, presidente della task force governativa della seconda fase Covid-19) a 61 V/m, che è il limite massimo autorizzato in Europa, comunque non obbligatorio (ricordo che nello studio dell'Istituto Ramazzini l'intensità di campo correlata all'insorgenza di tumori delle cellule nervose è di 50 V/m).

D. In alcuni studi è stato ipotizzato il legame tra 5G e l'insorgenza di neoplasie. Un commento a riguardo?

R. Come dicevo, non esistono studi adeguati per definire i pericoli delle onde millimetriche, cioè le nuove frequenze utiliz-

zate per il 5G, ma esistono studi che evidenziano pericoli di cancerogenicità nelle bande dell'ordine di grandezza dei 700 MHz e 3600 MHz, le altre due bande utilizzate dal 5G. Quindi, al momento non si può né escludere (mancanza di dati non significa mancanza di pericolo) né affermare che le onde millimetriche del 5G siano cancerogene. Sulle altre frequenze però sappiamo già abbastanza per chiedere il limite di esposizione cautelativo. Quello che l'Istituto Ramazzini ha evidenziato è un pericolo, anche se di basso livello, a carico delle cellule nervose e, dato che le persone esposte sono miliardi, questo pericolo costituisce un evidente problema di salute pubblica. Inoltre, si pone il problema che a suo tempo si era posto con il fumo di sigaretta e cioè: perché i bambini o anche gli adulti che non necessitano di connettersi o di usare il telefono cellulare devono essere passivamente esposti, senza possibilità di evitare l'esposizione? Come si è fatto per il fumo, andrebbe evitata l'esposizione nelle scuole (possono collegarsi a fibra ottica via cavo) e in tutti gli spazi di stazionamento prolungato del pubblico, per evitare che tutta la popolazione particolarmente suscettibile possa subire pericoli.

D. Perché si oppone al 5G?

R. Io non mi oppongo al 5G *a priori*, così come non mi oppongo ad alcuna innovazione tecnologica. Sostengo però che, come avviene per l'industria chimica o del farmaco, prima di immettere una tecnologia nuova e pervasiva sul mercato, bisognerebbe sottoporla a prove sulla sua innocuità per

la salute umana. Nel mondo della chimica in Europa il motto è «no data = no market», cioè il produttore deve dimostrare l'innocuità di un prodotto per poterlo registrare, produrre e commercializzare. Mi chiedo perché questo non debba avvenire per tutti i tipi di innovazione tecnologica e perché le tecnologie delle telecomunicazioni vengano imposte all'intera popolazione del globo senza nessuna garanzia sulla sicurezza. Si tratta di una vera e propria mancanza di democrazia.

D. Cosa consiglierebbe ai tanti sindaci che oggi si ritrovano a gestire un tema così spigoloso, presi dalla contrapposizione fra sviluppo tecnologico e salute dei cittadini?

R. Consiglierei loro di rispettare e far rispettare la legge con le seguenti azioni:

- 1) mantenere come imprescindibile la condizione della legge 22/2001 n. 36 che identifica come obiettivo di attenzione per il campo elettrico generato dalle radiofrequenze (RF) **6 V/m**;
- 2) riportare la misurazione del campo elettrico per i controlli **a medie sui 6 minuti** e non nelle 24 ore come modificato dal governo Monti nel 2011, evitando così picchi di valori eccedenti durante gli orari di grande traffico di dati;
- 3) chiedere la delega del monitoraggio dei campi elettrici generati dalle Rf ai Comuni, con centraline predisposte a misurare in continuo nei luoghi sensibili, come scuole, palestre, parchi giochi, campi sportivi ecc. Le misurazioni dovrebbero poi essere messe a disposizione delle Arpa per gestire le informazioni sanzionando eventuali sforamenti; le Arpa non hanno risorse umane sufficienti per un monitoraggio capillare del territorio;
- 4) approntare regolamenti comunali per la gestione e integrazione dei vecchi impianti nel territorio di competenza;
- 5) stabilire piani antenne specifici che rispettino i luoghi sensibili (scuole, parchi giochi, ospedali, palestre ecc.);
- 6) cablare tutti gli edifici pubblici o di nuova costruzione attraverso collegamenti diretti alla fibra ottica;
- 7) predisporre spazi *wi-fi free* (come per il fumo di sigaretta) per evitare esposizioni passive di chi non utilizza tecnologie di teletrasmissione e ha problemi di elettrosensibilità;
- 8) inserire nei programmi scolastici a tutti i livelli lezioni sull'uso dei telefoni cellulari (quando è stata messa sul mercato l'automobile sono nate le scuole guida e la patente!);
- 9) chiedere alle compagnie di produrre telefonini più sicuri (abbassare l'energia emessa), con l'introduzione di auricolare incorporato affinché il telefono funzioni solo quando lontano dal corpo e soprattutto lontano dalla testa.

Conclusioni

■ Silvano Candeloro*

Il confronto, fin qui realizzato, ci ha offerto molti spunti interessanti per proseguire nel rafforzamento della tutela individuale su infortuni e malattie professionali, anche per quelle patologie riconducibili alla pandemia, le cui conseguenze ricadranno negli anni a venire, come hanno giustamente sottolineato gli scienziati, coniano il termine long Covid; dunque, un tema che non è alle nostre spalle, ma è tutto davanti a noi, sul quale dovremo acquisire una maggiore consapevolezza e una costante rinnovata chiarezza su ciò che dobbiamo fare concretamente.

Ovviamente, non essendo noi un'associazione culturale, abbiamo un compito e una funzione ben precisi, su cui ci attendiamo, che dobbiamo svolgere utilizzando tutte le competenze e le professionalità scientifiche, anche nelle relazioni con i responsabili degli enti, per poter affermare una nuova cultura della sicurezza e della prevenzione, più vicina ai bisogni di chi intendiamo tutelare. Questo non lo dobbiamo mai dimenticare.

Con questo nostro obiettivo fondamentale, tutte le iniziative, che facciamo e che faremo, devono tendere a sviluppare gli approfondimenti e le discussioni necessari per l'emersione delle malattie professionali, non solo quelle conosciute ma anche future, che il mondo della scienza ci indica e ci indicherà.

Nel nostro paese viviamo una situazione drammatica, in continua evoluzione, come dimostrano i dati delle indagini sulle condizioni di lavoro, promosse dall'Inca in alcuni ambiti produttivi, particolarmente bisognosi di essere costantemente attenzionati, sia sotto il profilo quantitativo delle denunce di infortunio e malattie professionali, sia per quanto riguarda l'evoluzione eziologica dei fattori di rischio. I dati delle indagini ci mostrano, infatti, valori veramente significativi che investono sia il settore pubblico (a cominciare da quello sanitario) sia quello privato.

Questo scenario richiede un impegno ulteriore da parte nostra, abbandonando stereotipi culturali, come quello di conside-

* Collegio di presidenza Inca nazionale

rare le malattie professionali e gli infortuni di esclusivo interesse delle lavoratrici e dei lavoratori del settore produttivo privato. Non è così. Nelle nostre indagini emerge come in ambito sanitario ci siano patologie che a volte non vengono neppure prese in considerazione per la valutazione dei danni alla salute. Per questa ragione l'Inca ha predisposto un piano di lavoro per il 2022, che ha al centro una serie di iniziative, insieme alle categorie sindacali, per continuare le nostre indagini sul campo, estendendo gli ambiti di indagine. Non a caso abbiamo messo al centro degli approfondimenti anche la questione delle onde elettromagnetiche e dei suoi effetti sulla salute e quella dello stress lavoro correlato, che con la pandemia sta svelando conseguenze di proporzioni inedite in ogni ambito lavorativo. Tematiche emergenti sulle quali occorre tutto il nostro impegno.

Per due anni la pandemia da Covid-19 ha stravolto le condizioni di lavoro di tutti: il lavoro a distanza; il lavoro in presenza di chi è stato allo sportello a contatto con gli utenti per garantire i servizi essenziali durante il lockdown; il lavoro dei sanitari, medici e ausiliari, costretti a turni infernali, anche quando mancavano dispositivi di protezione individuali, come mascherine, guanti e quant'altro. Questa è la situazione che abbiamo ereditato dal Covid, insieme ai 150 mila morti, soltanto in Italia; ed è in questo contesto che noi dobbiamo agire per non lasciare nessuno senza tutele.

Un contesto pesante nel quale dobbiamo lavorare insieme ai nostri consulenti me-

dico-legali, agli operatori e alle operatrici di Inca, in collaborazione con le strutture sindacali, confederali e di categoria, affinché si incoraggino i lavoratori e le lavoratrici a denunciare i contagi contratti durante l'esercizio delle mansioni (in occasione di lavoro) e non a causa del lavoro, per i quali dobbiamo pretendere il pieno riconoscimento delle tutele Inail.

La distinzione tra infortunio in occasione di lavoro e infortunio causato dal lavoro è molto importante e comporta delle conseguenze diverse sotto il profilo della tutela. La questione è assai delicata e discende dalle norme vigenti in materia di protezione antinfortunistica.

Da parte nostra, non c'è nessuna intenzione di aprire una nuova stagione di contenzioso legale con l'Inail, ma non vorremmo essere costretti ad avviarla per un'applicazione restrittiva delle norme da parte dell'Istituto assicuratore, che ostacolerebbe la garanzia dei diritti e delle tutele. Il contenzioso non è un'ideologia; è una parte del lavoro che noi dobbiamo fare. Si tratta di un'attività che deve essere qualificata perché solo in questo modo saremo in grado di sostenere, con i nostri avvocati e i nostri medici legali, l'iniziativa giudiziaria affinché siano riconosciuti i legittimi diritti alle persone, che si rivolgono a noi con fiducia, riconoscendoci credibilità e autorevolezza. Per questa ragione è importante che ci formiamo, ci informiamo e ci qualificiamo. Impegno che deve essere presente anche quando prepariamo un parere o una consulenza, perché bisogna incoraggiare le persone a fare le

denunce di malattie professionali e di infortunio.

Durante l'ultimo biennio di pandemia, l'Inca ha investito le sue risorse, anche attraverso l'informazione e la comunicazione, per superare i dubbi di chi non era troppo convinto di denunciare l'infortunio da Covid. In parte ci siamo riusciti, ma ancora c'è molta strada da fare, perché 183.000 denunce avviate sono poche rispetto a quelle che potenzialmente potevamo fare, se si pensa, per esempio, al numero di certificati di malattia depositati presso l'Inps, che sono oltre un milione. Sono convinto che una buona parte di essi sia riconducibile a infortuni da Covid-19, come del resto ha anche confermato il sovrintendente dell'Inail, il dottor Rossi, nella sua relazione al nostro convegno.

Per svolgere la nostra attività di tutela individuale al meglio delle nostre possibilità c'è bisogno di una collaborazione costante tra i medici legali e gli avvocati, che non può essere estemporanea, come purtroppo accade ancor oggi, ma costante nel tempo. Per questa ragione è importante ricostruire i coordinamenti in ogni regione, nell'ambito dei quali gli avvocati, i medici legali, gli operatori e le operatrici dell'Inca possano confrontarsi per qualificare l'azione con l'apporto delle loro specifiche esperienze.

L'Inca nazionale darà il necessario supporto a questo indirizzo strategico, che fa parte della storia del patronato della Cgil. Dobbiamo quindi riprendere il percorso di collaborazione concreta, operativa e costante tra l'ambito medico-legale e legale,

perché solo in questo modo riusciremo a garantire una prospettiva di lungo periodo circa l'esigibilità dei diritti sia in campo previdenziale che socio-assistenziale, dalla tutela Inail alla tutela Inps, attraversando tutti gli ambiti in cui si articola il welfare universalistico e solidale, al quale non dobbiamo rinunciare.

Tra i temi che intendiamo sviluppare c'è, per esempio, quello legato all'invalidità e inabilità; ambito nel quale abbiamo delle difficoltà a intercettare i bisogni delle persone potenzialmente interessate. Peraltro, le continue modifiche legislative sui controlli dell'Ispettorato del lavoro e sul ruolo delle Asl stanno rendendo ancora più difficile l'accesso ai benefici di legge. Proprio per questo dobbiamo contrastare tale indirizzo proponendoci come soggetto intermediario autorevole e affidabile, capace di far emergere le malattie professionali e contemporaneamente ottenere il giusto riconoscimento della tutela alle persone coinvolte, anche attraverso la via giudiziaria.

Quanto più sarà forte la nostra attività e il nostro impegno, tanto più riusciremo a contrastare la rassegnazione, purtroppo ancora diffusa tra i lavoratori, che li induce a rinunciare alle tutele legislativamente previste. È un obiettivo di tutti e per tutti quello di rivendicare non un lavoro purchessia, ma un lavoro dignitoso, per il quale siano garantite salute e sicurezza. Attualmente non è così.

Viviamo una situazione drammatica: ogni giorno si allunga la lista dei morti sul lavoro. È inaccettabile per noi, per le tante

famiglie coinvolte e per tutti i lavoratori che quotidianamente sono sottoposti a rischi occupazionali, che li rendono indifesi contro questi rischi. Noi, svolgendo il nostro ruolo, possiamo contribuire a ridurre il peso di questo fenomeno che, purtroppo, è lo specchio di un mercato del lavoro fortemente frammentato e precario, frutto di leggi sbagliate, rivolte quasi unicamente a far prevalere il profitto delle aziende rispetto alla salute di chi ci lavora. Far emergere le malattie professionali, con tutte le novità che gli scienziati ci suggeriscono, può aiutare l'avvio di un percorso virtuoso, dove salute e lavoro non siano contrapposti, ma due diritti che qualificano il lavoro stesso. E non mi riferisco solo alle malattie che colpiscono il fisico, ma anche a quelle che investono la psiche, come lo stress lavoro correlato, sul quale intendiamo sviluppare una collaborazione con le università, considerando l'alta percentuale dei lavoratori e delle lavoratrici che sono colpiti da queste patologie, come emerge chiaramente dalle indagini da noi svolte tra i consulenti delle poste e la polizia locale. Patologie che con la pandemia si sono accentuate investendo altri settori produttivi, pubblici e privati, soprattutto quelli afferenti ai servizi essenziali, che durante il lockdown sono rimasti aperti, senza soluzione di continuità. Vorrei aggiungere qualche considerazione anche sulle malattie legate a determinate condizioni ambientali, come per esempio quelle riconducibili ad esposizione alle onde elettromagnetiche, che non colpiscono solo l'ambiente esterno, ma anche i luoghi

di lavoro dove si fa un largo uso di determinate attrezzature tecnologiche: penso ai laboratori sanitari, agli stabilimenti di Enel ecc. In questi ambiti, si può lavorare per far emergere determinate patologie, anche sotto il profilo della prevenzione. Voglio ricordare che lo abbiamo già fatto sull'amianto, ottenendo per gli esposti a questa fibra, dopo tanti anni di battaglie, il riconoscimento dell'origine professionale delle patologie, come il mesotelioma pleurico, e consentendo a chi è impegnato ancor oggi nello smaltimento dell'amianto di poter lavorare con maggiore sicurezza, con le dovute protezioni. Credo che la stessa cosa dobbiamo farla anche per l'esposizione alle onde elettromagnetiche, senza aspettare di dover piangere tanti morti, come purtroppo è accaduto per l'amianto.

Avviandomi alle conclusioni, ritengo che dobbiamo lavorare guardando avanti, cercando le soluzioni organizzative per avere la massima attenzione sulle incognite che anche il Covid ci consegna sia sotto il profilo delle denunce di infortunio in occasione di lavoro, che sono attualmente troppo poche rispetto alle dimensioni dell'epidemia, sia per quanto riguarda il long Covid, cioè sulle conseguenze di lungo termine che sicuramente emergeranno con maggiore intensità in futuro. Nell'impegnarci con la massima attenzione su queste tematiche, continueremo a confrontarci con Inail, in un rapporto di lealtà, ben sapendo che su alcune questioni ci sono delle distanze interpretative sull'applicazione della normativa antinfortunistica.

Mi riferisco, in particolare, alle modalità di accertamento, messe in campo dall'Istituto assicuratore, che ci lasciano un po' perplessi. Ho il massimo rispetto per gli enti, ma voglio sottolineare che le loro circolari non hanno valore di legge. Sono espressioni di una determinata interpretazione della normativa vigente, sulla quale possiamo confrontarci e se necessario avviare anche delle battaglie per giungere a una sintesi rispettosa del diritto alla tutela dei lavoratori e delle lavoratrici.

Nel rispetto delle precipue competenze, non possiamo e non dobbiamo accettare passivamente ciò che l'Istituto ci propone, se questo significa ridurre i riconoscimenti delle tutele. Per la valutazione dei danni derivanti dalle malattie professionali (comprese quelle causate dal Covid) dob-

biamo attestarci sui criteri del decreto legislativo 38/2000 e non dobbiamo uscire da quello schema. La valutazione va fatta persona per persona; non esiste un criterio uguale per tutti; ogni individuo è un caso a sé; ci sono elementi soggettivi e oggettivi che devono avere la loro giusta considerazione.

Il criterio di proporzionalità dei danni, proposto da Inail, applicato in ogni dove per garantire una uniformità di comportamenti da parte dell'Istituto su tutto il territorio nazionale, può rappresentare un modello accertativo parziale ed essere addirittura controproducente e dannoso per chi soffre o soffrirà delle conseguenze di questo pericolosissimo virus, di cui ancora la scienza non sa tutto quello che deve sapere.