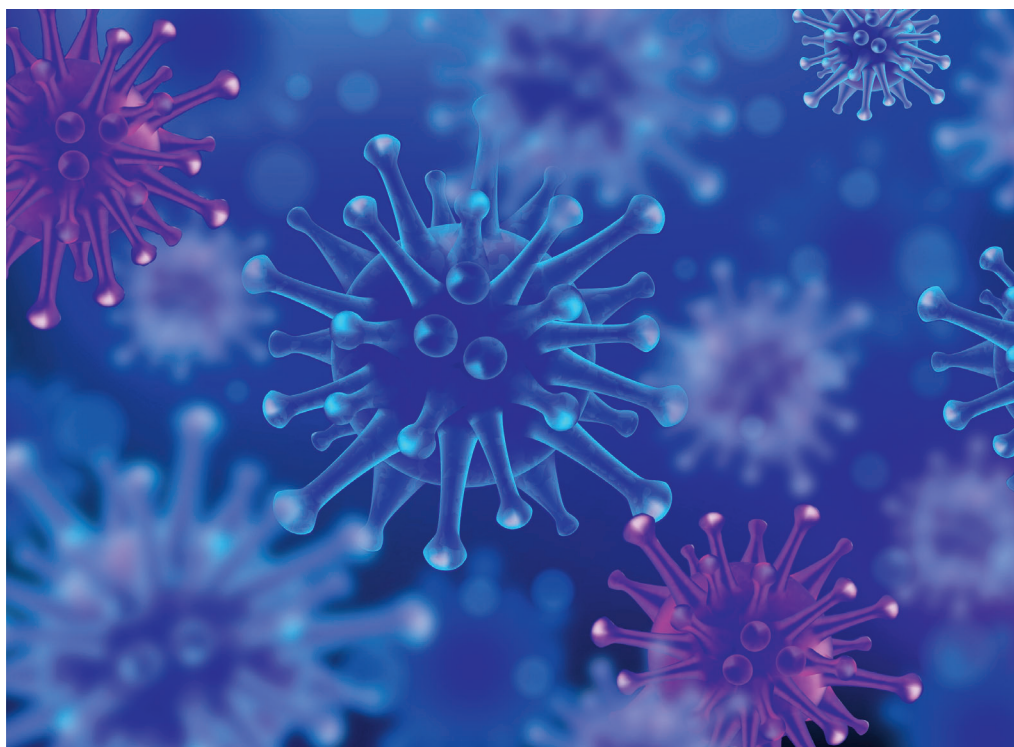


I FACT SHEET DELLA SOVRINTENDENZA SANITARIA

Fogli scientifici di medicina legale, medicina del lavoro, cure e riabilitazione, protesi e reinserimento



Si ringrazia il gruppo “Scheda Identikit Nuovo Coronavirus” del team “SSC: COVID-19” nonché tutto il personale medico e sanitario non medico che ha partecipato alla somministrazione delle schede identikit e senza il cui fondamentale apporto la presente elaborazione non sarebbe stata possibile

La “Scheda Identikit Nuovo Coronavirus”: un’overview unica dei dati nazionali sui lavoratori infortunati tutelati dall’Inail

IL CONTESTO E LE FINALITÀ DELLA “SCHEDA IDENTIKIT NUOVO CORONAVIRUS”

Nel contesto del ruolo sanitario attribuito all’Inail sintetizzato dalla globale presa in carico dell’infortunato, l’Inail ha partecipato attivamente alla lotta nazionale contro il Sars-Cov-2. Unico ente sanitario a finalità medico-legale ha garantito la continuità assistenziale con ininterrotta attività ambulatoriale, capillare assi-

stenza agli infortunati arrivando alla partecipazione all’attività vaccinale per i lavoratori e le aziende.

Nell’ottica di fornire alle sedi Inail di tutto il territorio nazionale uno strumento di supporto finalizzato alla raccolta strutturata delle informazioni necessarie la Sovrintendenza sanitaria centrale, con la collaborazione dei professionisti sanitari del territorio del gruppo di lavoro sul nuovo Coronavirus, ha elaborato una scheda finalizzata a

tracciare un *identikit* del lavoratore per il quale è stata inoltrata denuncia di infortunio da COVID-19 o da sospetta COVID-19.

La compilazione della scheda Identikit Nuovo Coronavirus rientra fra le attività istituzionali sostituendo nella fase emergenziale pandemica tuttora in corso l'acquisizione dei dati altrimenti effettuata previo accesso fisico dell'infortunato presso le sedi Inail.

L'attività sanitaria di *triage* telefonico e/o telematico è volta, in particolare, a garantire assistenza ai soggetti infortunati affetti da COVID-19 o a lavoratori sottoposti ad isolamento fiduciario o in quarantena, per i quali è pervenuta all'Inail denuncia di infortunio. Il *triage*, inoltre, ha il non secondario scopo di informare l'infortunato anche sulle modalità di interfaccia con la sede Inail facilitando l'erogazione delle prestazioni e riducendo il rischio di diffusione del contagio.

Detta attività rientra appieno nell'ottica di evitamento di spostamenti dal proprio domicilio se non strettamente giustificati, derivante dalla normativa di tenore nazionale (d.p.c.m. e decreti legge che hanno incoraggiato il ricorso a modalità di lavoro agile, non in presenza) e dalle successive istruzioni impartite dall'Istituto. Tutte le azioni hanno interpretato l'esigenza di gestire il periodo di inabilità temporanea assoluta (ITA) anche da remoto. D'altronde, l'intervista telefonica e/o telematica consente di porre alcune domande all'infortunato che sarebbero state formulate anche se l'attività fosse stata svolta in presenza. Come nel caso della visita, trattandosi di raccolta di informazioni su base volontaria, queste richiedono di essere avvalorate, non sostituendosi, pertanto, alla completa anamnesi medico-legale. Infatti, l'anamnesi medico-legale non rappresenta un atto di mero e supino recepimento delle informazioni ricevute dall'assicurato ma deve essere "dinamica", ossia critica, espletata attraverso domande mirate, puntualmente riscontrata attraverso l'esame della documentazione e dei dati circostanziali disponibili.

La compilazione della scheda Identikit Nuovo Coronavirus durante il *triage* telefonico e/o telematico è uno degli strumenti che integra i numerosi elementi a disposizione dell'Istituto e non risulta pregiudizievole all'accoglimento del caso in tutela. Le finalità della scheda Identikit Nuovo Coronavirus possono essere riassunte nei seguenti punti focali:

- Assistenza: sostegno ai lavoratori infortunati da COVID-19, cogliendone i bisogni assistenziali;
- Risk management, per la qualità e l'omogeneità della prestazione: lo strumento, utile per l'istruttoria medico-legale del caso, rappresenta una check list strutturata con una serie di *reminder*;
- Statistico-epidemiologica: la scheda consente di pervenire ad una rilevazione epidemiologica distribuita su tutto il territorio nazionale, con attenzione massima agli aspetti lavorativi e allo stato anteriore, ai sintomi riferiti, ai postumi e alla durata della inabilità temporanea assoluta;
- Telemedicina: modalità sperimentale di lavoro agile per il personale sanitario, riempiendo spazi operativi di funzionalità con attività "non in presenza";
- Prevenzione: acquisizione di informazioni utili sull'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e di altre misure personalizzate di natura prevenzionale.

Al di là delle finalità rappresentate, la scheda nasce anche dall'esigenza di tracciare un preciso Identikit del lavoratore che ha contratto la malattia COVID-19: sesso, età, mezzo di trasporto utilizzato per gli spostamenti lavorativi, luogo di lavoro e attività svolta, utilizzo di dispositivi di protezione individuale, dato epidemiologico familiare e aziendale, sintomatologia riferita, accesso in Ospedale, modalità di conferma diagnostica, durata media del periodo di inabilità temporanea assoluta.

La scheda è stata somministrata facoltativamente da operatori sanitari agli infortunati che volontariamente hanno aderito alla somministrazione. Gli operatori sanitari sono obbligati a mantenere il segreto professionale e la scheda viene acquisita in apposita e riservata procedura informatica, a ulteriore garanzia della tutela dei dati sanitari raccolti.

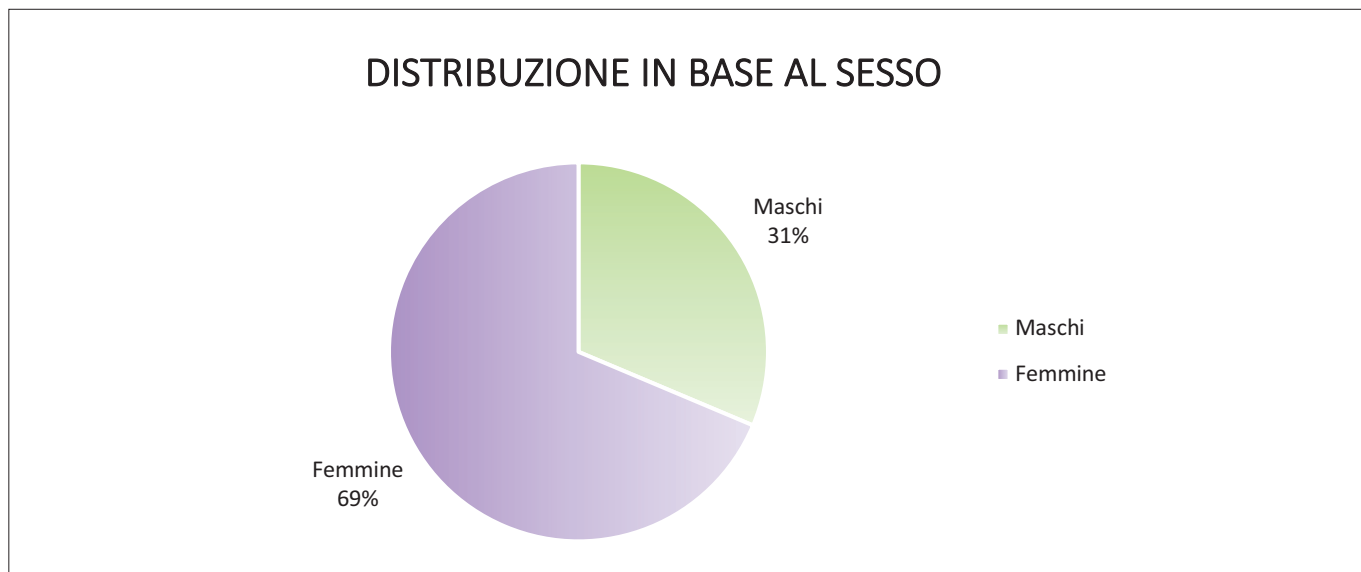
ANALISI DEI DATI

Dall'inizio della pandemia sino al 31.07.2021, sull'intero territorio nazionale, il personale Sanitario che opera presso le strutture territoriali dell'Inail ha compilato 72483 schede anamnestiche Identikit su un totale di 178151 casi di denuncia di infortunio da COVID-19 (40.69%). Delle schede compilate, risulta interamente compilato un numero pari a 60970 (84.12%) mentre 11513

(15.88%) schede risultano salvate in bozza. Di fatti, la procedura consente più accessi alla stessa scheda proprio per consentire al personale sanitario di garantire continuità assistenziale all'infortunato durante tutto il periodo di inabilità temporanea assoluta. La scheda, infatti, si completa e si conclude alla definizione di tale periodo. Nella scheda, inoltre, non vi sono campi che prevedono la compilazione obbligatoria, al di fuori di quelli relativi alla sede e al numero caso. Pertanto, seb-

bene il campione oggetto del nostro studio non sia del tutto omogeneo, in quanto alcuni campi non risultano compilati in tutte le schede, è stato ritenuto utile e rilevante ai nostri fini comunque includere tutti i dati in nostro possesso, comprendendo, quindi, le schede salvate in bozza.

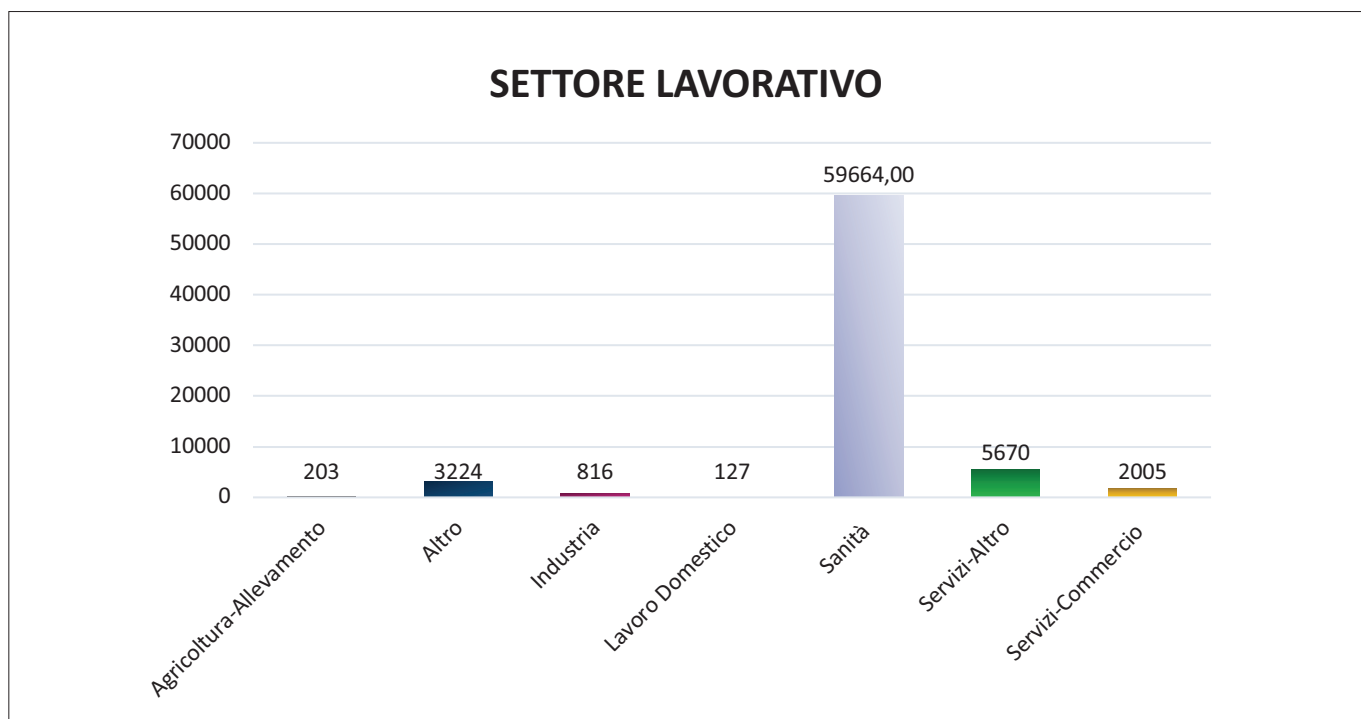
Del dato globale sono stati registrati 49761 soggetti di sesso femminile e 22722 di sesso maschile, con una percentuale pari al 69% per i primi e al 31% per i secondi.



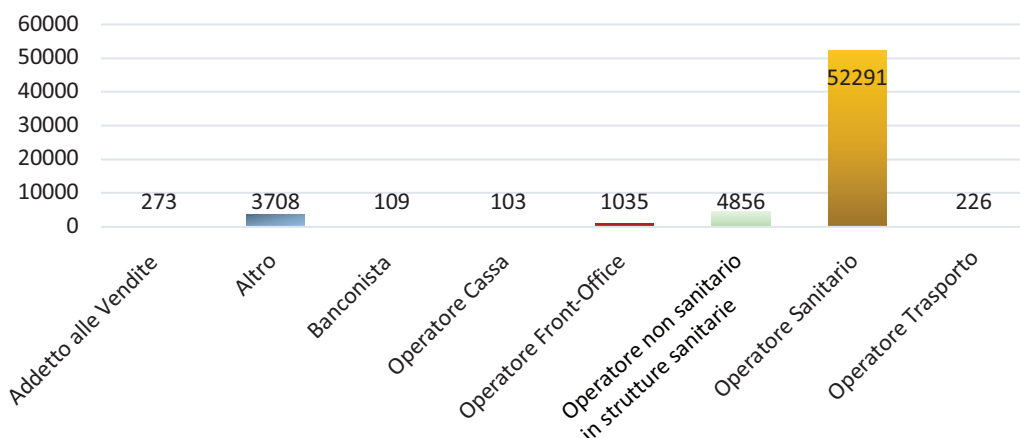
L'età media rilevata nei lavoratori sottoposti all'intervista è pari a 48 anni.

Rispetto al settore lavorativo si è registrata una netta prevalenza in quello sanitario con 59664

schede (83,2%) seguito, tra le categorie professionali a rischio elevato, dagli operatori non sanitari operanti in strutture sanitarie con 4856 schede (7,76%).



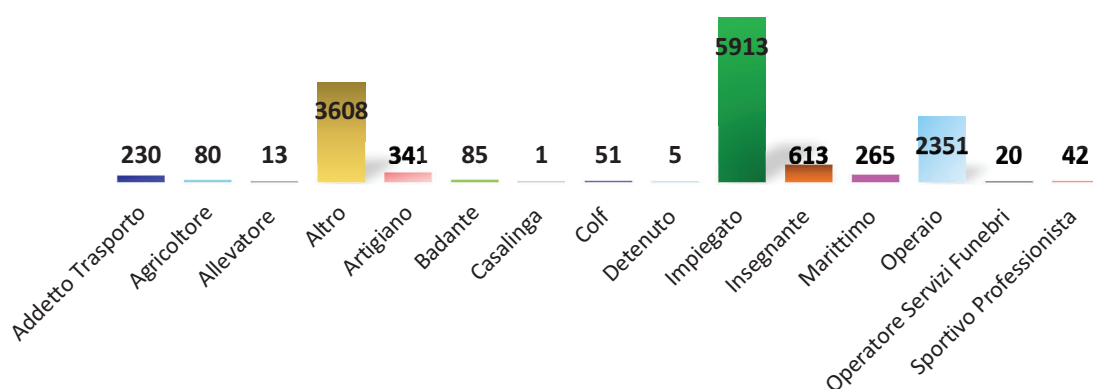
CATEGORIA PROFESSIONALE A RISCHIO ELEVATO



I dati relativi alle altre categorie professionali, non comprese tra quelle ad elevato rischio, ha portato ad evidenziare come la categoria più colpita sia stata quella degli impiegati con 5913 casi pari al 43,42% della specifica categoria, seguiti con ampio margine dagli operai

con 2351 casi pari al 17,26%. Una vasta porzione dei casi, pari a 3608 (26,49%) sono stati registrati come “altro”, contenitore all’interno del quale ricadono altre tipologie di categorie professionali non contemplate tra quelle disponibili nel menu a tendina.

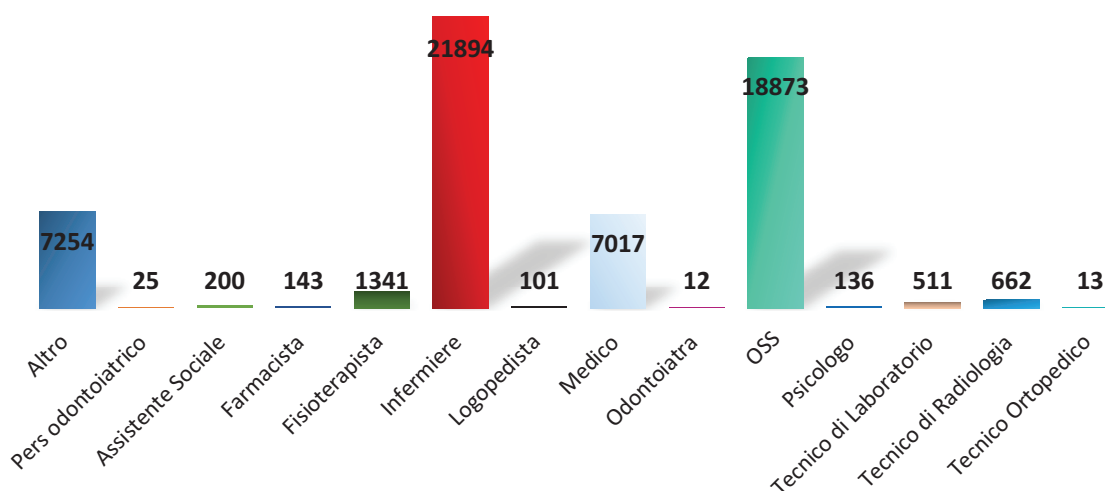
ALTRA CATEGORIA PROFESSIONALE



Rispetto alle specifiche mansioni lavorative in ambito sanitario e socio-sanitario, oltre 1/3 dei soggetti che hanno aderito all’intervista sono stati infermieri con 21894 casi (37,63%) seguiti dagli

operatori socio-sanitari con 18873 casi (32,44%) e dai medici, al terzo posto come mansione specifica con 7017 casi (12,06%).

COMPITI E MANSIONI (AMBITO SANITARIO E SOCIO-SANITARIO)

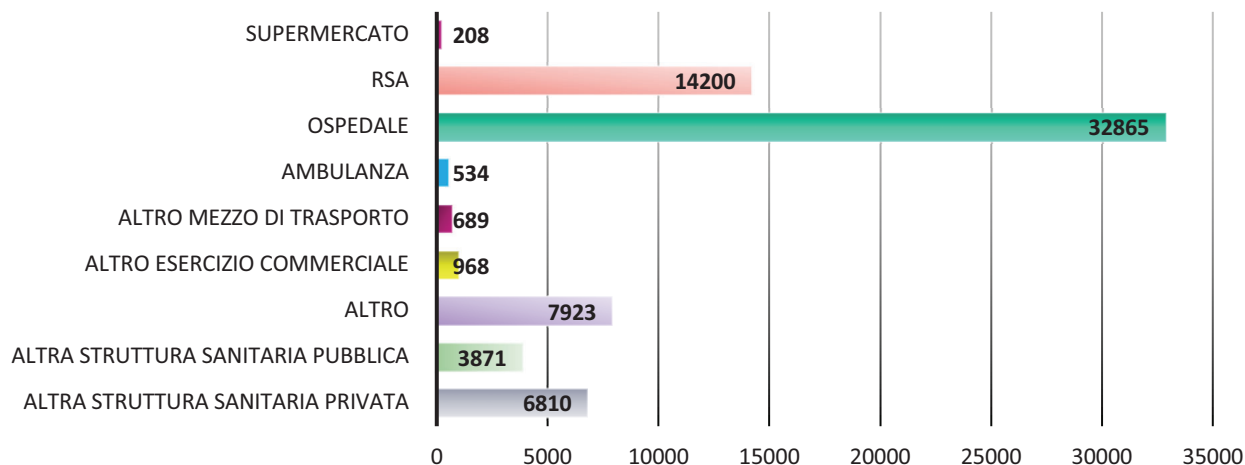


Il luogo di lavoro più rappresentativo dei soggetti intervistati è stato il macro-gruppo delle strutture sanitarie 85,71%.

Nello specifico, in Ospedale sono stati riportati

32865 casi (48,28%) come luogo di lavoro abituale mentre nelle RSA - seconda tipologia di struttura sanitaria più rappresentativa - sono stati riferiti 14200 casi (20,86%).

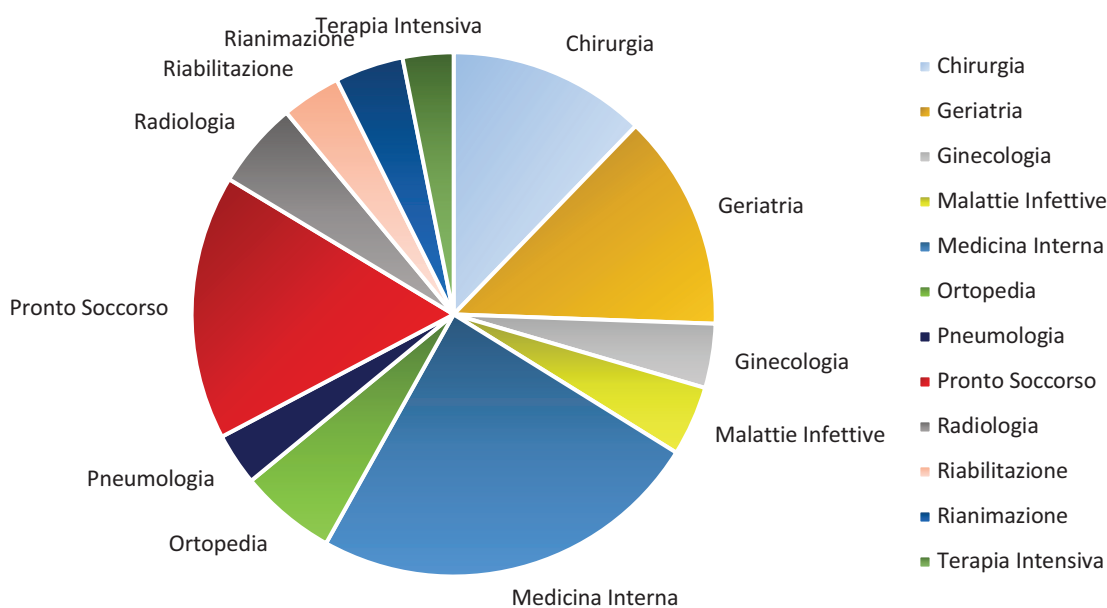
LUOGO DI LAVORO ABITUALE



Scendendo ancora più in dettaglio circa il luogo di lavoro, all'interno degli Ospedali i reparti specifici in cui si sono registrati più casi sono stati: la medicina interna (12,07%), il Pronto Soccorso (8,14%) la geriatria (6,64%) e la chirurgia

(6,09%). In circa la metà dei casi (50,22%) è stata selezionata la voce "Altro" nella quale rientrano tutti i reparti differenti da quelli previsti nel menu a tendina.

Reparto (Luogo di Lavoro)



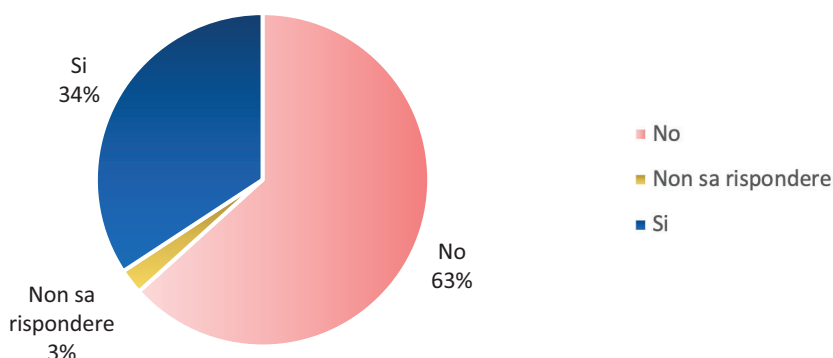
Rispetto ai dispositivi di protezione individuale, le interviste hanno portato alla luce che il 38,04% dei soggetti utilizzava mascherina di tipo chirurgico; nel 28,79% è stato riferito utilizzo di mascherine FFP2 e nell'1,88% dei casi utilizzo di mascherine FFP3. È stato riportato, inoltre, l'utilizzo alternativo di diverse mascherine: in particolare, il 25,43% degli intervistati ha riferito di aver indossato mascherina chirurgica e FFP2.

La stragrande maggioranza dei lavoratori intervistati (88%) ha dichiarato di raggiungere il posto di lavoro con mezzi propri, mentre solo il 6% ha

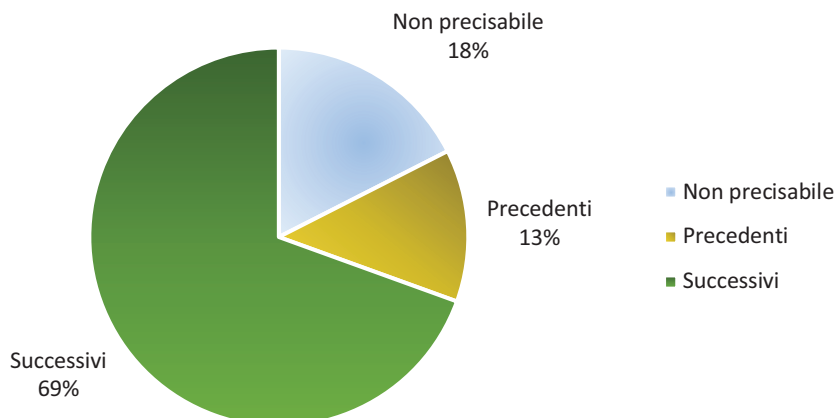
riferito di utilizzare mezzi pubblici ed un ulteriore 6% di recarsi a lavoro a piedi.

Relativamente al dato epidemiologico familiare, dalle schede è stato rilevato che nel 63% dei casi non erano presenti altri contagi, mentre erano presenti nel 34%; ove presenti, nel 69% dei casi veniva riferito che il contagio del familiare era avvenuto successivamente a quello dell'infortunato, mentre solo nel 13% dei casi veniva riferito il contagio familiare precedente. Nei restanti casi il soggetto non ha saputo rispondere.

Presenza altri contagi nucleo familiare confermati



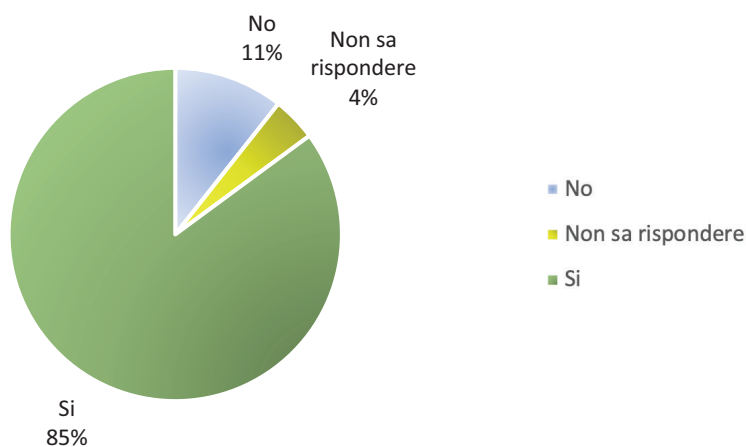
Contagio nel nucleo familiare



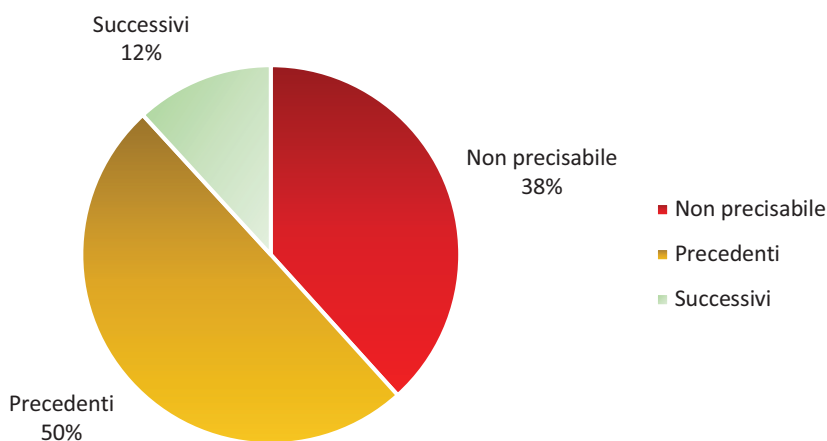
Riguardo al dato epidemiologico aziendale in un'elevata percentuale di schede compilate (85%) venivano segnalati altri contagi sul posto di lavoro. Nel 50% dei casi veniva riferito

un contagio precedente a quello dell'infortunato e solo nel 12% dei casi in epoca successiva. Nei restanti casi il soggetto non ha saputo rispondere.

Presenza altri contagi confermati nel posto di lavoro



Contagio nel posto di lavoro Colleghi

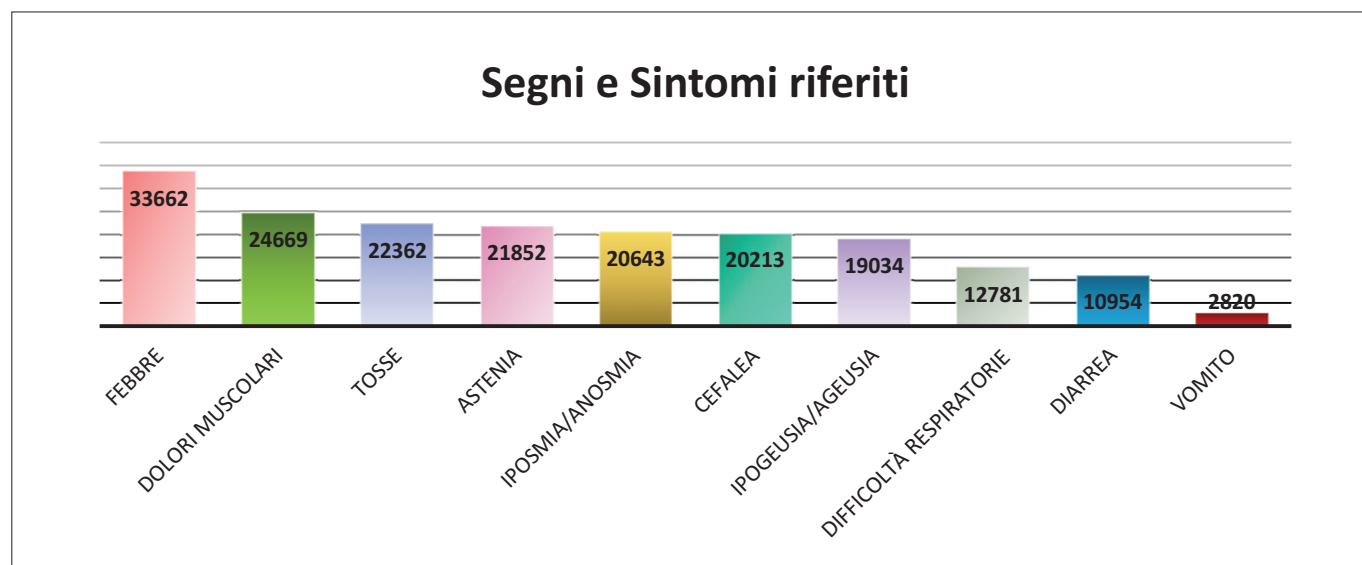


Riguardo le attività lavorative in cui è prevista sul posto di lavoro la presenza di “utenti/ospiti”, il dato riferito ha evidenziato un 57% di casi avvenuti precedentemente al contagio del lavoratore intervistato e solo un 4% di casi avvenuto successivamente. Nei restanti casi il soggetto non ha saputo rispondere.

Tra tutti i soggetti intervistati, relativi a tutte le categorie professionali, solo il 3% ha dichiarato di aver svolto attività in smart working, di cui solo il 7% con riferito rientro settimanale. In merito alle assenze continuative da lavoro nei 14 giorni precedenti alla comparsa dei sintomi,

il 7% degli intervistati riferiva di non essersi recato al lavoro (il 35% per ferie e il 31% per altre malattie). È stato anche rilevato che, nei 14 giorni precedenti alla comparsa dei sintomi, solo l'1% degli intervistati risulta essersi recato all'estero (46% per motivi di lavoro). Infine, l'81% degli intervistati ha dichiarato di aver effettuato spostamenti tra regioni o comuni (87% per motivi lavorativi).

In merito alla sintomatologia riferita dai soggetti coinvolti nella somministrazione della scheda è merso quanto riassunto nel grafico che segue:



Chiaramente, si tratta di sintomi riferiti il periodo acuto della malattia, in quanto l'intervista è stata somministrata durante il periodo di assenza dal lavoro (inabilità temporanea assoluta).

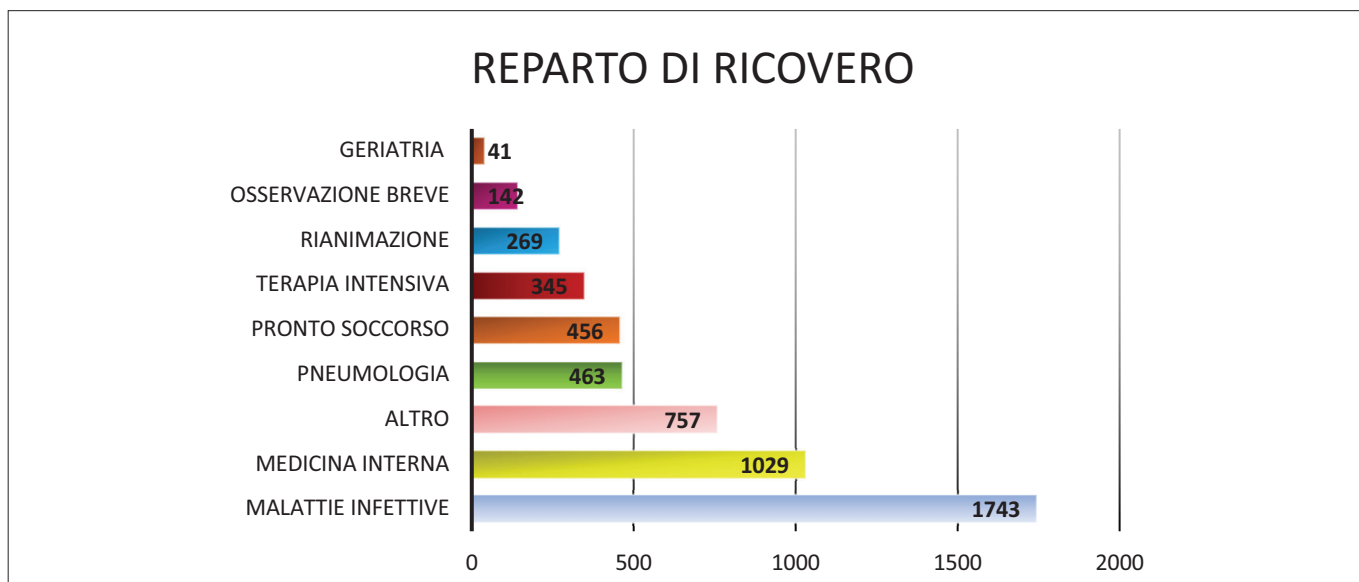
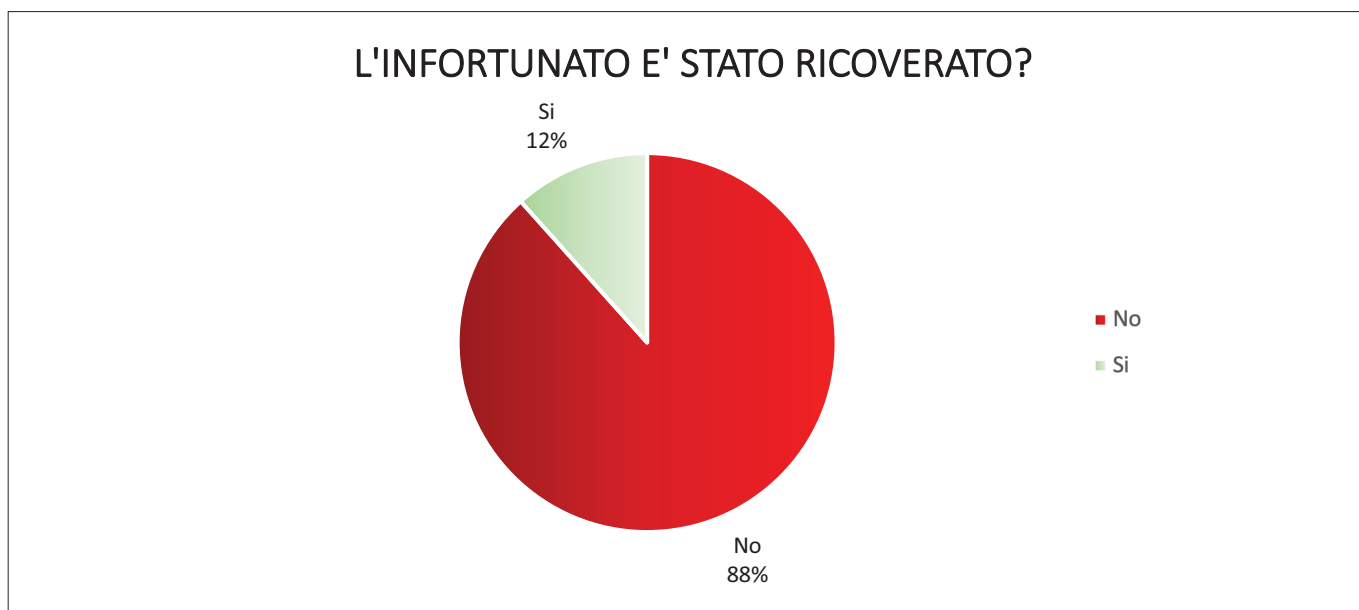
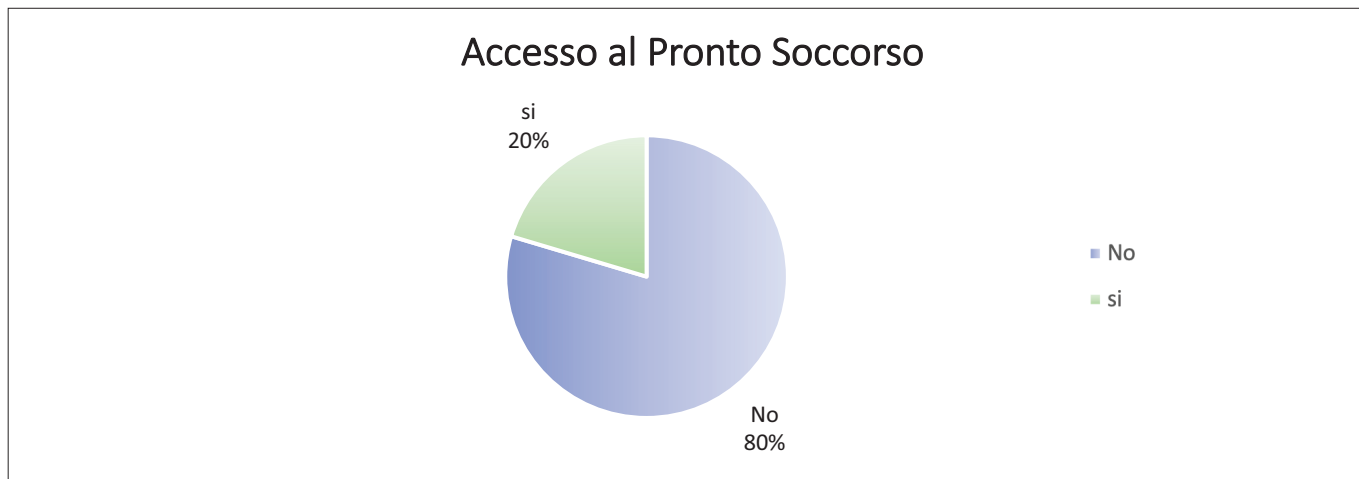
Relativamente ai dati di letteratura, è stato preso in esame un lavoro di Struyf T et al. (2021) Trattasi di una revisione sistematica di

diverse meta-analisi e studi cross-sezionali. Il lavoro è stato reperito tramite ricerca diretta sulla Cochrane Library. Di seguito esponiamo il confronto dei dati che è stato possibile comparare relativi alla frequenza di comparsa dei singoli sintomi rispetto alla popolazione infettata.

Sintomo	Struyf T et al.	Inail-Identikit
Tosse	20,7%	23,58%
Astenia	31,1%	23,16%
Anosmia	24,1%	22,17%
Ageusia	24,8%	20,80%
Dolori muscolari	25,1%	25%
Difficoltà respiratorie	19,3%	14,99%
Diarrea	18%	13,13%

Come si evince da quanto riportato in tabella i dati evidenziati dallo studio del Cochrane risultano sostanzialmente sovrapponibili con quelli raccolti tramite le schede anamnestiche identikit. Rispetto alla questione relativa alle ospedalizzazioni, il 20% degli intervistati ha riferito di aver

effettuato un accesso in Pronto Soccorso, con successivo ricovero nel 12% dei casi. Dei ricoverati, solo l'1,44% è stato trasferito presso un reparto di terapia intensiva o di rianimazione, rappresentando, rispetto al numero complessivo degli intervistati, lo 0,84%.



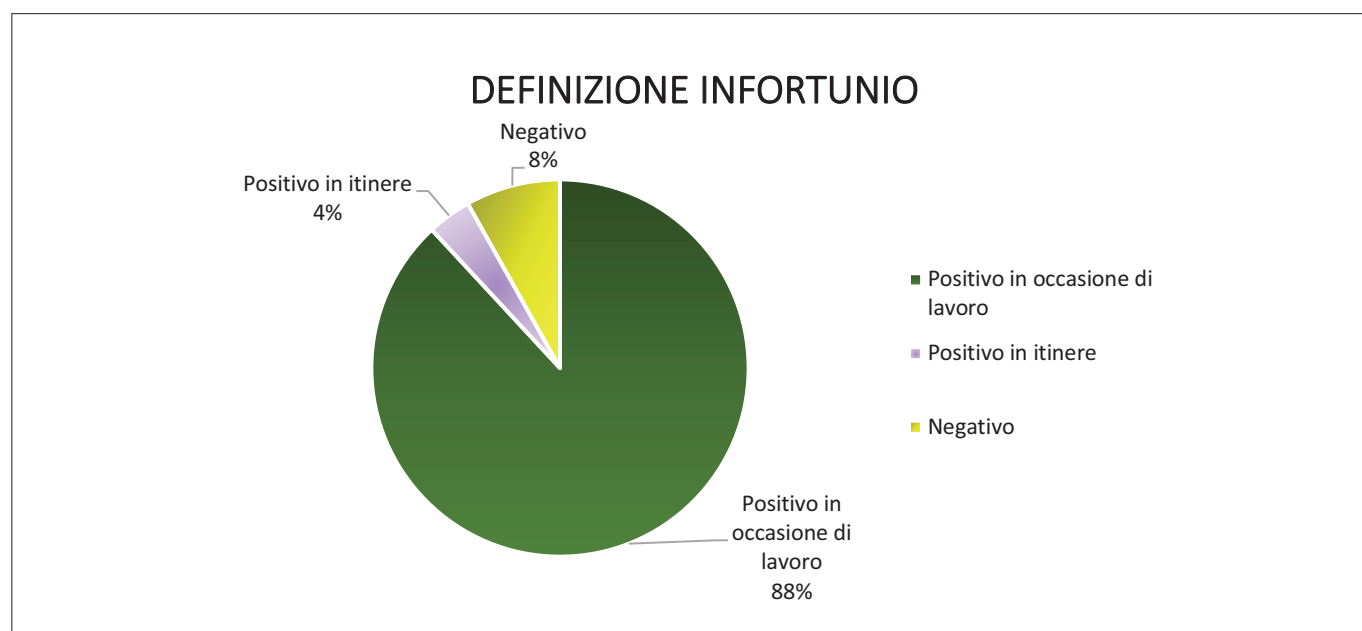
Nella quasi totalità dei casi (96%) - in base alle definizioni fornite nelle circolari Ministero della salute n. 31400/2020, n. 705/2021 e n. 5616/2021, nella circolare Inail n. 13/2020 e nella successiva Raccomandazione della Ssc Inail n. 5/2020, nonché nel rapporto ad interim Iss-Istat-Inail n. 10/2021 - la conferma diagnostica di infezione da SARS-CoV-2 è stata effettuata tramite Test, con netta prevalenza rispetto alla conferma diagnostica su base clinico-strumentale e epidemiologica.

In ambito strettamente medico-legale, chiaramente i dati devono fare riferimento esclusivamente alle schede che sono state completate, ovvero quelle per le quali i soggetti sono stati ri-ammessi al lavoro, al termine del periodo di ma-

lattia (definizione del periodo di Inabilità Temporanea Assoluta, ITA, n. 53536 casi).

Le denunce d'infortunio cui si riferiscono i casi dei soggetti che hanno risposto all'intervista sono state definite positivamente nel 92% (49186 casi). Di questi il 4.10% (n. 2019) è stato riconosciuto in itinere.

In ultimo, la durata media dell'ITA riconosciuta dall'Istituto per gli assicurati intervistati è stata pari a 34 giorni. Il dato, rapportato specificatamente agli assistiti che hanno subito un ricovero ospedaliero, ha evidenziato un incremento di ITA media pari a 62 giorni. Nei soggetti non ospedalizzati, dunque, la durata media dell'ITA è stata pari a 29 giorni.



CONCLUSIONI

L'inail è l'ente che assicura i lavoratori per gli infortuni e le malattie professionali, a tali fini eroga prestazioni medico-legali, sanitarie di diagnosi e cura e riabilitazione, ma anche prevenzionali ed infine economiche.

Il contagio sul lavoro da SARS-CoV-2 è stato tutelato come infortunio professionale.

In relazione a quanto emerso dall'analisi statistica relativa alle schede anamnestiche "Identikit" è stata riscontrata un'aderenza ai punti focali e agli obiettivi dello strumento esplicitati in premessa.

Grazie al contatto telefonico è stato possibile fornire assistenza primaria agli infortunati da COVID-19, informazioni in merito alla gestione del

proprio infortunio, registrare i bisogni assistenziali. Ciò soprattutto nella prima ondata, ovvero quando si registravano le maggiori difficoltà a ricevere informazioni e/o assistenza al proprio domicilio.

La scheda, inoltre, è risultata un valido strumento di risk management; una check-list per omogeneizzare i comportamenti attraverso la raccolta di dati con un'intervista strutturata, migliorando la qualità della prestazione sanitaria.

La scheda ha rappresentato uno straordinario mezzo per la raccolta di dati relativi ai pazienti COVID-19, in termini di numerosità dei dati e del campione intervistato, riguardante la popolazione lavorativa, costituendo una piattaforma unica di conoscenze medico-legali del fenomeno.

Attraverso tale scheda sono risultate soddisfatte altresì le esigenze prevenzionali che attengono all'istituto.

La gestione del paziente da remoto ha consentito di introdurre in ambito assicurativo-previdenziale l'utilizzo della Telemedicina, sperimentando forme di assistenza sanitaria e di erogazione di prestazioni assicurative da remoto, garantendo anche assiduità di riabilitazione e tempestività operativa.

Rinviando a quanto esplicitato per i singoli raggruppamenti di items, già esaminati nella precedente sezione, sulla scorta dei dati raccolti tramite 72483 schede è stato possibile tracciare un profilo (identikit) del lavoratore contagiato da virus SARS-CoV-2.

Nella nostra casistica, il paziente COVID-19 è più frequentemente una donna di 48 anni di

età che lavora come infermiera nel reparto di Medicina Interna in ambiente ospedaliero, che ha contratto l'infezione durante lo svolgimento dell'attività lavorativa, utilizzando dispositivi di protezione individuale, che pure si reca a lavoro utilizzando il mezzo proprio, che vanta un dato epidemiologico familiare negativo ed epidemiologico aziendale positivo (con altri contagi sul posto di lavoro), che non ha eseguito accessi presso il Pronto Soccorso né ospedalizzazione durante l'evoluzione della malattia. La conferma diagnostica del suo contagio è stata ottenuta tramite test molecolare e il suo periodo di assenza dal lavoro (inabilità temporanea assoluta) è stato pari a 29 giorni.

Per quanto attiene all'esame dei postumi all'esame del "Long Covid" si rimanda ad un contributo successivo.



PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Contatti: sovrsancentrale@inail.it

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Nota del Direttore generale del 25.02.2020
- Nota tecnica della Ssc n. 1 del 25.02.2020
- Nota tecnica della Ssc n. 2 del 12.03.2020
- Raccomandazione Ssc n. 5 del 10.04.2020
- Raccomandazione Ssc n. 8 del 15.12.2020
- Rapporto ad interim COVID-19 Iss-Istat-Inail n. 10/2021
- Nota del Direttore generale del 26.02.2020
- Nota del Direttore generale del 10.03.2020
- Nota del Direttore generale del 13.03.2020
- Nota del Direttore generale del 16.03.2020
- Circolare del Ministero della salute n. 31400 del 29.09.2020
- Circolare del Ministero della salute n. 705 del 08.01.2021
- Circolare del Ministero della salute n. 5616 del 15.02.2021
- STRUYF T, DEEKS JJ, DINNES J, TAKWOINGI Y, DAVENPORT C, LEEFLANG MM, SPIJKER R, HOOFT L, EMPERADOR D, DITTRICH S, DOMEN J, HORN SRA, VAN DEN BRUEL A; COCHRANE COVID-19 DIAGNOSTIC TEST ACCURACY GROUP. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Jul 7;7(7):CD013665. doi: 10.1002/14651858.CD013665. PMID: 32633856
- ROSSI P, MELE A, OSSICINI A, Le certificazioni per infortuni da SARS COV 2, in *Linee di indirizzo e aspetti medico legali delle certificazioni mediche*, OMCEO Roma, Roma, 2021, pagg. 312-320.
- ROSSI P, COMACCHIO A, MELE A. *La gestione del rischio sanitario medico-legale. Dalla clinical governance ai processi medico legali*. Giuffrè, Milano, 2014.
- Possibility of recognising COVID-19 as being of occupational origin at national level in EU and EFTA countries 2021 edition <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-reports/-/ks-ft-21-005>

©2021 Inail

isbn 978-88-7484-715-0

Tipolitografia Inail - Milano, aprile 2022