



Società Italiana di Medicina del Lavoro

**COMMISSIONE PERMANENTE FORMAZIONE,
AGGIORNAMENTO E LINEE GUIDA**

(Coordinatore: Prof. Alfonso Cristaudo)

LA GESTIONE DEL LAVORATORE CON DISTURBI DELLA SFERA PSICHICA

**DOCUMENTO
DI ORIENTAMENTO PROFESSIONALE
PER IL MEDICO COMPETENTE**

Rodolfo Buselli (Coordinatore),
Matteo Bonzini, Daniela Converso, Paolo Del Guerra, Claudio Gili

www.siml.it © 2023

COMPONENTI DEL GRUPPO DEGLI ESTENSORI

Gruppo SIML Rischi Psicosociali e Disabilità Psicica:

Rodolfo BUSELLI* (coordinatore – Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana)

Matteo BONZINI* (Università di Milano Statale)

Daniela CONVERSO** (Università di Torino)

Paolo DEL GUERRA* (Azienda USL Toscana Centro, Firenze)

Claudio GILI* (medico competente)

* medico del lavoro; ** psicologo del lavoro.

COMPONENTI DEL GRUPPO DI REVISIONE

Si ringraziano i componenti del Gruppo di revisione per il prezioso lavoro di approfondimento e per le importanti sollecitazioni ed integrazioni suggerite.

Dott. Fabrizio Caldi medico del lavoro AOU Pisana

Dott.ssa Maria Grazia Cassitto psicologa

Prof.ssa Concettina Fenga Università di Messina

Dott. Franco Pugliese medico del lavoro

Dott. Antonello Veltri psichiatra AOU Pisana

Si ringraziano per il loro contributo alla discussione i colleghi che hanno partecipato Venerdì 15 giugno 2023 alla sessione pomeridiana sul tema, nella "IX Convention dei medici competenti SIML 2023 – Il patto possibile: sorveglianza sanitaria, la qualità e il controllo; la gestione del lavoratore psichiatrico", svoltasi a La Spezia.

INTRODUZIONE

La medicina del lavoro si trova oggi ad affrontare temi che mettono in discussione l'efficacia delle tradizionali metodologie della prevenzione, e la gestione del lavoratore con problemi della sfera psichica è tra questi.

Nell'attività quotidiana il medico del lavoro, ancor più nel ruolo di medico competente, di frequente si trova a valutare lavoratori con disturbi della sfera psichica, o riceve richieste da parte del datore di lavoro in merito alla gestione di lavoratori che nell'attività lavorativa o nelle relazioni con colleghi o utenti hanno manifestato comportamenti incongrui, e in queste situazioni molto spesso non può contare su metodologie condivise, competenze specifiche o norme che supportino il suo operato.

Ci sono poi aspetti clinici e metodologici che rappresentano oggettive criticità; solo per citarne alcuni: diagnosi clinica senza riscontro strumentale, metodologie di valutazione del rischio stress lavoro correlato non adeguate a tutelare questi lavoratori, rischio per terzi limitato che le norme disciplinano solo in rapporto a specifiche condizioni; problema (etico, ma anche pratico) della *disclosure*.

Il tema della salute mentale nei luoghi di lavoro è di particolare interesse ed attualità anche per l'OMS, che ritiene salute mentale e lavoro strettamente connessi. In linea con il concetto di salute, che non deve intendersi solo come assenza di malattia, l'OMS ritiene che anche la salute mentale non sia solo assenza di disturbi psichici, ma consista piuttosto in uno stato di benessere mentale che rende in grado le persone lavorare con soddisfazione e contribuire allo sviluppo della comunità in cui vivono.

Recenti linee guida dell'OMS (WHO 2022) sulla salute mentale al lavoro si propongono di fornire indicazioni basate sull'evidenza per interventi organizzativi, formazione dei dirigenti e dei lavoratori, e interventi individuali per la promozione della salute mentale e la prevenzione e gestione delle condizioni di cattiva salute mentale, nonché raccomandazioni per il ritorno al lavoro dopo assenze dovuta a causa specifica, e su come ottenere un lavoro adeguato alle particolari esigenze di queste persone.

La necessità di avvalersi anche in questi casi di istituti e metodologie riconosciute a livello internazionale, ma ancora poco utilizzate in medicina del lavoro, integrandosi con altre professionalità, appare necessario per il futuro della disciplina.

Così l'accomodamento ragionevole e la classificazione ICF dell'OMS sono esempi di strumenti magari non agili, ma sicuramente validi, per la gestione di casi complessi come spesso appaiono questi lavoratori; e lo stesso vale per l'opportunità di adottare piani di lavoro personalizzati in luogo del solo sintetico giudizio di idoneità.

Non sono poi da sottovalutare gli aspetti etici e giuridici con cui il medico del lavoro si deve confrontare, talora con rilevanti difficoltà di relazione sia con il *management* che con gli stessi lavoratori.

Il compito di questo gruppo di lavoro è stato quello di raccogliere evidenze prodotte dai medici del lavoro a livello internazionale, insieme ad esperienze scientifiche, riferimenti normativi e strumenti presi a prestito da ambiti diversi dalla prevenzione nei luoghi di lavoro, che potessero offrire spunti utili per la nostra disciplina, mettendo anche le basi per future collaborazioni nell'interesse del mondo del lavoro e della collettività.

La Presidente SIML

Prof.ssa Giovanna Spatari

Il Coordinatore della
Commissione Permanente
Formazione, Aggiornamento
e Linee Guida SIML
Prof. Alfonso Cristaudo

INDICE

INTRODUZIONE	3
INDICE	4
<i>Legenda</i>	5
<i>Definizioni dei termini richiamati nel testo</i>	6
LA CORNICE PER L'INSERIMENTO E IL MANTENIMENTO AL LAVORO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ PSICHICA	7
<i>Introduzione</i>	7
<i>Problemi di salute mentale e disabilità psichica</i>	10
<i>Disabilità psichica e funzionamento lavorativo</i>	11
<i>Le assenze per malattia e il rientro al lavoro</i>	16
<i>Risorse per l'inserimento/mantenimento al lavoro</i>	19
LE TUTELE DEI LAVORATORI CON DISABILITÀ PSICHICA E INDICAZIONI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO	21
<i>La cornice medico-legale all'inserimento</i>	21
<i>Le nuove linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità</i>	24
<i>Reinserimento in ambito INAIL</i>	26
DISABILITÀ PSICHICA E LAVORO NELLA PROSPETTIVA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE	27
<i>Integrazione sociale e sanitaria</i>	28
<i>Framework internazionale per la salute mentale al lavoro</i>	29
<i>Politiche attive del lavoro per la disabilità psichica</i>	29
<i>Contestualizzare le eventuali limitazioni</i>	33
<i>Un breve cenno alla disabilità intellettiva e alla neurodiversity</i>	34
<i>Alcune puntualizzazioni giuridiche sul reinserimento dei lavoratori con disabilità</i>	36
<i>Conclusioni</i>	
	37
QUALE CONTRIBUTO DELL'AREA SPECIALISTICA ALLA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DISABILITÀ NEI LAVORATORI CON PSM? RIFLESSIONI NELL'EPOCA POST-COVID A PARTIRE DALL'IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE E SUI CAMBIAMENTI NEL MONDO DEL LAVORO	38
<i>Interventi, sorveglianza e recovery</i>	40
<i>Appendice: alcuni quadri clinici rilevanti per il MC</i>	43
IL MEDICO COMPETENTE E LA SORVEGLIANZA SANITARIA	46
<i>Una proposta metodologica per il medico competente</i>	47
<i>Alcuni spunti per l'espressione del giudizio di idoneità</i>	51
<i>L'indagine conoscitiva su disabilità e lavoro tra i medici competenti</i>	
52	
<i>Disabilità psichica e stress lavoro correlato</i>	52
<i>Il luogo di lavoro per promuovere la salute mentale</i>	54
CONCLUSIONI: COSA SAPPIAMO OGGI E COSA POSSIAMO FARE DA DOMANI	55
BIBLIOGRAFIA	59
NORME RICHIAMATE NEL TESTO	76
APPENDICE (CODICE ICOH)	78

Legenda degli acronimi usati nei documento

ACOEM:	American College of Occupational and Environmental Medicine
ADA:	Americans with Disabilities Act
ADHD:	<i>Attention deficit and hyperactivity disorder</i>
CIIP:	Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione
CL:	<i>Confidence Interval</i>
CMD:	<i>Common mental disorders</i>
COORDOWN:	Coordinamento nazionale delle associazioni delle persone con sindrome di Down
DM:	Decreto Ministero Lavoro 11 marzo 2022, n.43
DALYs:	<i>disability adjusted life years</i>
DdL:	datore di lavoro
DOC:	disturbo ossessivo compulsivo
DP:	disabilità psichica
DPCM:	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPTS:	disturbo post traumatico da stress
DSA:	disturbo specifico dell'apprendimento
DSM:	Dipartimento di Salute Mentale (struttura del Servizio Sanitario Nazionale)
DSM-5:	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition</i>
EMBR:	<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i>
EUROSTAT:	Ufficio statistico dell'Unione Europea
GBD:	<i>Global burden of disease</i>
IBE:	interventi basati sulle evidenze
IC:	invalidità civile (L.118/71)
ICD:	<i>International (Statistical) Classification of Diseases</i>
ICF:	<i>International Classification of Functioning</i>
ICOH:	<i>International Commission on Occupational Health</i>
IEB:	<i>intervento evidence-based</i>
ILO:	<i>International Labour Office</i>
INAPP:	<i>Istituto nazionale per l'analisi delle politiche pubbliche</i>
IPS:	<i>Individual Placement and Support</i>
ISO:	<i>International Organization for Standardization</i>
ISFOL:	Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori
ISTAT:	Istituto Nazionale di Statistica
MC:	medico competente
MdL:	medico del lavoro
MLPS:	Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
MMG:	medico di medicina generale
NIOSH:	National Institute for Occupational and Safety Health
NIR:	<i>Non-ionizing radiations</i> (radiazioni non ionizzanti)
NSDUH:	National Survey of Drug Use and Health (USA)
OCSE:	Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo in Europa (acronimo inglese: OECD)
OML:	organismi di medicina del lavoro (Codice etico ICOH)
OMS:	Organizzazione Mondiale della Sanità (acronimo inglese: WHO)
OR:	<i>odds ratio</i>
OSHA:	Occupational Safety and Health Administration (USA)
P.A.:	Pubblica Amministrazione
PIL:	prodotto interno lordo
PMI:	piccole e medie imprese
PSM:	problema/i di salute mentale
RSPP:	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale
SIML:	Società Italiana di Medicina del Lavoro
SLC:	stress lavoro correlato
SP:	Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro del Dipartimento di Prevenzione, comunque denominati nelle normative di organizzazione sanitaria delle singole Regioni, e/o altre strutture organizzative cui le stesse normative attribuiscono funzioni tipiche dei Servizi
SMI:	<i>severe mental illness</i>
SSL:	salute e sicurezza sul lavoro
SSM:	specialisti della salute mentale (psichiatra, psicologo)
TWH:	<i>Total worker Health</i>
UE:	Unione Europea
VdR:	<i>(processo di)</i> valutazione dei rischi (D.Lgs.81/08)
YLD:	<i>Years of healthy life lost due to disability</i>

Definizioni di alcuni termini richiamati nel testo

Termine	Definizione	Fonte bibliografica
Autoefficacia	<i>"...Esprime la fiducia di un lavoratore di riprendere il lavoro e/o riuscire a svolgere con successo i propri compiti"</i>	Lagerveld et al, 2020
Benessere (wellbeing)	<i>"Stato ottimale di salute fisica, mentale, emozionale e sociale"</i>	ISO 22886:2020 punto 3.11.1
Community of practice	<i>"Gruppo di persone che condividono un interesse o una passione per qualcosa che fanno, e che imparano a fare meglio interagendo tra loro"</i>	Wenger-Trayner E & Wenger-Trayner B, 2015
Determinanti di salute	<i>"Condizioni che influenzano un'ampia gamma di esiti e rischi di salute, funzionamento e qualità della vita nei diversi ambienti in cui le persone sono nate, vivono, apprendono, lavorano, giocano, praticano una religione, e invecchiano"</i>	US Office of Disease Prevention and Health Promotion
Discriminazione	<i>"Assenza di pari opportunità e trattamento, operata in seguito a un giudizio o a una classificazione"</i>	ISO 9000:2015 punto 3.11
Disabilità intellettiva	<i>"Un deficit significativo delle funzioni cognitive e adattative ad insorgenza nel periodo dello sviluppo"</i>	DSM-5TR. American Psychiatric Association, 2022.
(self-) Disclosure (lett. "trasparenza")	<i>"il processo di comunicare verbalmente ad altre persone informazioni su se stessi"</i>	Cozby, 1973 Brohan et al, 2012
Diversità (diversity)	<i>"Caratteristiche delle differenze e somiglianze tra persone"</i>	ISO 30415: 2021 punto 3.7
Inclusione	<i>"Inserimento stabile e funzionale in un sistema o gruppo per favorire pari opportunità e non discriminazione creando valore per le persone, per le organizzazioni e il contesto sociale"</i>	ISO 9000:2015 punto 3.17
Intersezionalità (intersectionality)	<i>"Combinazione di una o più dimensioni della diversità e altre caratteristiche personali che sono parte di un'identità personale"</i>	ISO 30415: 2021 punto 3.15
Lavoro protetto (sheltered employment)	<i>"Impiego in un contesto in cui lavorano per lo più persone con disabilità, con supporto e supervisione al lavoro" [NdR: ad es. laboratori protetti, centri diurni e centri di terapia occupazionale]</i>	Metzel et al, 2007
Presenteeism	<i>(1) "Un lavoratore che continua a presentarsi al lavoro, nonostante difficoltà e problemi di salute che dovrebbero richiedere riposo con assenza dal lavoro"; (2) "Ridotta performance al lavoro, ulteriore rispetto alla malattia".</i>	Ishimaru et al, 2020
Recovery	<i>"Processo attraverso il quale le persone, nella propria comunità, riescono a vivere, lavorare, imparare e partecipare pienamente"</i>	President's New Freedom Commission, 2003
Salute mentale	<i>"Uno stato di benessere in cui ogni individuo possa realizzare il suo potenziale, affrontare il normale stress della vita, lavorare in maniera produttiva e fruttuosa e apportare un contributo alla propria comunità"</i>	WHO, 2022
Total worker health	<i>"Politiche, programmi e pratiche che integrano la protezione dai pericoli per la salute e sicurezza lavoro-correlati con la promozione degli sforzi per la prevenzione degli infortuni e delle malattie per far progredire il benessere dei lavoratori"</i>	NIOSH, 2016

LA CORNICE PER L'INSERIMENTO E IL MANTENIMENTO AL LAVORO DELLE PERSONE CON DISABILITÀ PSICHICA

Introduzione

I problemi di salute mentale (PSM) sono il risultato di un'interazione complessa tra sistemi eterogenei, interconnessi e di natura multifattoriale, dinamici nel tempo e con rilevanti diversità di esiti a livello individuale, che richiedono pertanto di essere considerati sotto vari profili: biologico, psicologico e sociale (in tutte le accezioni del termine, dalle scienze sociali agli aspetti regolatori ed economici) (Fried & Robinaugh, 2020).

Il tema della salute mentale nei luoghi di lavoro è di particolare interesse ed attualità per l'OMS, che ritiene la salute mentale e il lavoro strettamente connessi. In linea con il concetto di salute, che non deve intendersi solo come assenza di malattia, l'OMS ritiene che anche la salute mentale non sia solo assenza di disturbi psichici: la salute mentale è piuttosto uno stato di benessere mentale che rende in grado le persone lavorare con soddisfazione e contribuire allo sviluppo della comunità in cui vivono.

Le conseguenze dei PSM sono oggi riconosciute universalmente: in un'analisi inserita nel *World Mental Health Study*, ad esempio, la depressione e il disturbo bipolare appaiono determinare un *impairment* maggiore rispetto a gravi patologie somatiche quali cancro, diabete e cardiopatie (OECD, 2021a); ed è al contempo meglio compreso il valore della salute mentale e delle sue interconnessioni con uno sviluppo sostenibile nel senso più ampio del termine (Herman et al, 2022).

Si può pertanto comprendere come i classici determinanti di salute abbiano grande rilevanza nel campo della salute mentale, sia in termini di impatto diretto sull'individuo, sia in un'ottica di equità e promozione della salute, e tra questi è centrale proprio il lavoro; per approfondimenti sul punto si rimanda alla documentazione relativa alle azioni previste dall'OMS (WHO, 2014, trad.it., 2017; WHO, 2022).

Per dimensionare la frequenza dei PSM, si stima che il 30% della popolazione soffra di una forma di *common mental disorder* (CMD) in almeno un periodo della propria vita (OECD, 2012), ed il 17% nell'arco di 12 mesi (OECD, 2021b; Campbell et al, 2022).

Negli USA 52.9 milioni di adulti (>18 anni) presentavano nel 2020 una storia di PSM (21% di tutti gli adulti), e solo per meno della metà (46.2%) era documentato un accesso a prestazioni relative alla salute mentale; le persone con *severe mental illness* (SMI) erano invece 14.8 milioni (il 5.6% degli adulti, e il 28% di quelli con PSM) (NIOSH, 2020). L'impatto negativo sull'individuo e i costi economici per la parte datoriale e la società nel suo complesso sono elevati, e in gran parte attribuibili, più che alla fruizione di servizi sanitari, alle assenze dal lavoro, al ridotto funzionamento lavorativo e allo stato di disoccupazione (OECD, 2012).

Il numero di DALYs attribuibile a livello globale ai PSM è aumentato tra il 1990 e il 2019 da 80.8 a 125.3 milioni, pari rispettivamente al 3.1% e al 4.9% del totale; il numero di YLDs era nel 2019 pari a 125.3 milioni (14.6%) (GBD 2019 MDC, 2022); in Italia la percentuale di YLDs nel 2019 era del 5.4% per disturbo depressivo e del 3.7% per disturbo d'ansia (Institute for Health Metrics).

Il Report *"La salute mentale nelle varie fasi della vita"* (ISTAT, 2018) mostrava che la depressione è il PSM più diffuso in Italia: si stimava che nel 2015 coloro che ne avevano sofferto superassero i 2.8 milioni (5.4% delle persone >14 anni), e fossero 1.3 milioni (2.5%) coloro che avevano presentato sintomi di depressione maggiore nelle 2 settimane precedenti l'intervista; rispetto alla media UE-28, la depressione era meno diffusa tra gli adulti e tra i 15-44enni (1.7% vs. 5.2%), e spesso associata all'ansia cronica grave; si stimava che il 7% della popolazione >14 anni (3.7 milioni) soffrisse nell'anno solare di disturbi ansioso-depressivi. Al crescere dell'età aumentava la prevalenza di depressione e ansia cronica grave (dal 5.8% tra i 35-64 anni al 14.9% dopo i 65); lo svantaggio delle donne emergeva in età adulta e si acuire dopo i 65 anni (ivi). Ulteriori dati epidemiologici, relativi alle persone assistite presso i Dipartimenti di Salute Mentale, sono resi disponibili dal Ministero della Salute (Ministero della Salute, 2022).

In termini di impatto sulla salute, la percentuale di YLD stimata per l'Italia nell'anno 2019 era del 5.4% per disturbo depressivo, e del 3.73% per disturbo d'ansia (Institute for Health Metrics).

I disturbi ansioso-depressivi si associano a svantaggio sociale ed economico, che, rispetto ai coetanei più istruiti, raddoppia negli adulti con basso livello di istruzione (ISTAT, 2018). La condizione lavorativa è rilevante: inattivi e disoccupati di età 35-64 anni riferiscono più spesso disturbi depressivi o ansia cronica grave (rispettivamente, 10.8% e 8.9%) rispetto ai coetanei occupati (3.5%); il numero medio annuo di giornate di assenza è tre volte superiore tra gli occupati con disturbo depressivo o d'ansia (18 vs.5 gg) (ivi).

La letteratura sull'inserimento lavorativo distingue tra CMD (che includono disturbo depressivo, disturbo d'ansia e disturbi dell'adattamento, incluso l'adattamento lavorativo) e SMI (tra cui: disturbo bipolare, schizofrenia, altri disturbi deliranti); la distinzione è utile anche dal punto di vista operativo: la letteratura relativa ad un determinato PSM ci potrà dire di una maggiore o minore probabilità di esito lavorativo favorevole (ad es. in misura minore per la schizofrenia); o della necessità di intercettare tempestivamente l'esordio di successivi episodi (ad es. disturbo bipolare o disturbo depressivo). Pur trattandosi di categorie clinicamente diverse, ed assai eterogenee, una loro trattazione congiunta è necessaria per il rischio condiviso di stigma, discriminazione ed esclusione dal mondo del lavoro (Brouwers, 2020).

Le persone con SMI incontrano difficoltà lavorative maggiori: solo il 10% riesce a trovare un inserimento lavorativo (Emal et al, 2022). Le difficoltà sono spesso crescenti nel tempo: in uno studio su schizofrenia e disturbo bipolare, già tre anni prima della diagnosi era impiegato rispettivamente solo il 24% e il 45%; e a 5 anni dalla diagnosi il tasso di occupazione scendeva rispettivamente al 10 e al 34%; i fattori più importanti associati alla disoccupazione erano basso livello di istruzione, età più giovanile alla diagnosi e alto numero di ospedalizzazioni per causa specifica (Holm et al, 2021).

L'impatto sul funzionamento di ruolo (che include il lavoro) e sulla qualità della vita (cui contribuisce il benessere lavorativo) è – a seconda del PSM – potenziato da aspetti clinici, tra i quali il carattere cronico e/o recidivante del quadro, l'insorgenza precoce, la continuità o meno di presa in carico specialistica (o a livello di MMG per CMD), l'aderenza terapeutica; l'effettivo accesso ai servizi di salute mentale e ai servizi sociali e la qualità dell'assistenza possono essere considerati a titolo di facilitatori, se efficaci, o di barriere in caso contrario (Arends et al, 2022).

Il principio di eguaglianza sostanziale (che richiede di perseguire, per tutti e ciascuno, il pieno sviluppo della personalità e l'effettiva partecipazione alla vita sociale, economica e politica) fonda tutti i diritti di cittadinanza, incluso quello al lavoro. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (United Nations, 2006) ha specificamente riconosciuto il diritto al lavoro (art.27) *“su base di uguaglianza con gli altri; ciò include l'opportunità di guadagnarsi da vivere con un lavoro liberamente scelto o accettato in un mercato del lavoro e in un ambiente di lavoro aperto, inclusivo e accessibile”*; e nella corrente lettura giurisprudenziale e dottrinale è trattato a titolo di diritto umano, con quanto ne consegue in termini di concreta esigibilità.

Nel caso del lavoratore con PSM l'effettività dell'inclusione, oltre che sul piano dell'equità, si gioca – come vedremo – anche su quello della valutazione della persona nella sua situazione concreta, allo scopo di individuare gli interventi più appropriati per favorirla.

Recenti linee guida dell'OMS (WHO, 2022) sulla salute mentale al lavoro si propongono di fornire indicazioni basate sull'evidenza per interventi organizzativi, formazione dei dirigenti e dei lavoratori, e interventi individuali per la promozione di positività salute mentale e prevenzione dei problemi di salute mentale, su come ottenere e mantenere un lavoro per queste persone, nonché raccomandazioni per il ritorno al lavoro dopo assenza per causa specifica.

Nei paesi OCSE affrontare i PSM della popolazione in età lavorativa è diventato un tema fondamentale per il *welfare* ed il mercato del lavoro, una volta riconosciuta la necessità di intervento delle politiche sociali per mantenere al lavoro queste persone, o farvi rientrare gli esclusi (OECD, 2015; OECD, 2021a). Pur in presenza di marcate disomogeneità nei sistemi di *welfare* a livello mondiale (ma la stessa considerazione vale per l'UE), la letteratura concordemente segnala un elevato rischio di esclusione dal mondo del lavoro, sia in entrata sia in uscita: per la depressione, ad esempio, è segnalato un rischio relativo di pensionamento anticipato di 1.82 per gli uomini, e di 1.62 per le donne (Amiri & Behnezhad, 2019). L'OCSE sottolinea che salute mentale e lavoro sono argomenti per lo più trattati separatamente, quando sarebbe necessario uno sforzo integrato (OECD, 2014); e insiste sui vantaggi di una strategia pro-attiva (o almeno di intervento precoce), orientata alla gestione della persona con PSM, anche per prevenire o limitare difficoltà quali riduzione della capacità lavorativa e assenze dal lavoro (OECD, 2015; van Hees, 2022a).

Il lavoro, poi, è strettamente correlato alla posizione socio-economica, perché fornisce risorse materiali ed immateriali e contribuisce al sistema delle relazioni e allo status sociale (Ahonen et al, 2016).

Il funzionamento lavorativo non è tuttavia limitato solo dal PSM con il suo decorso, ma anche da aspetti sociali e culturali, come lo stigma, la cui conseguenza più grave è la discriminazione, anche quando non voluta; in una *survey* neozelandese, ad esempio, il 34% di un campione di persone con PSM riferiva di essere stato discriminato nella ricerca di lavoro (Peterson et al, 2007); e il 30% delle accuse di discriminazione alla U.S.

Equal Employment Opportunity Commission sono risultate basate su tematiche psichiche (Goodman-Delahunty, 2000). La letteratura segnala proprio qui la principale barriera che una persona con PSM incontra nella società, prima ancora che al lavoro, e in misura maggiore rispetto ad altre persone con disabilità.

Lo stigma è tipicamente descritto (Henderson et al, 2013) secondo tre dimensioni: conoscenze (ignoranza, disinformazione), atteggiamenti (pregiudizio), comportamenti (discriminazione), ed è verosimilmente associata a maggiori probabilità di disoccupazione (Brouwers, 2020). Le cause e le modalità di attuazione, con la valutazione di strategie di contrasto, sono analizzate in una *review* della *Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health* (Thornicroft et al, 2022), cui si rimanda per approfondimenti.

Le disuguaglianze, lo stigma e le discriminazioni (e persino fenomeni di abuso) possono insorgere o rivelarsi in una relazione complessa tra caratteristiche personali, socio-economiche e demografiche, o nelle aspettative (positive e negative) dell'ambiente umano (familiare, lavorativo, ecc.) in cui la persona vive; in special modo sono proprio le aspettative negative in relazione alle prestazioni il vero limite, che, se percepito dalla persona, ha ricadute sfavorevoli sull'autostima e sulla percezione di autoefficacia.

Il MdL deve allora – per quanto possibile – adoperarsi per contrastare lo stigma e favorire l'inclusione: si veda l'**Appendice** per i temi etici rilevanti nel Codice ICOH, peraltro richiamato nel D.Lgs.81/08 (art.39, c.1).

Non si devono sottovalutare neanche le ripercussioni di atteggiamenti ancora da superare, paternalistici (Pachman, 2009; Kalfa et al, 2021; Holmlund et al, 2022) ed ispirati a logiche assistenzialistiche, tendenti a limitare pregiudizialmente compiti e contenuti del lavoro, che – anche quando venga personalizzato – non deve far percepire la persona con PSM come sostanzialmente diversa dagli altri lavoratori, sotto pena di comprometterne l'integrazione.

La *diversity* è oggi oggetto di analisi e di intervento anche nei luoghi di lavoro (Cristaudo et al, 2023): un documento OMS fa notare che *“i luoghi di lavoro sono diversi. Variano per dimensioni, tipologie di attività, per appartenenza al settore pubblico o privato e per le tradizioni culturali dei dipendenti”* (Kuhn, 2010).

Un concetto importante, sviluppato nella cultura della *diversity* e dell'inclusione, è quello dell'intersezionalità, che ci aiuta a comprendere meglio i fattori, altri dall'andamento clinico del PSM, che influiscono sul funzionamento lavorativo: l'approccio intersezionale si distingue infatti da quello tradizionale perché non considera i vari temi e i loro effetti in modo distinto, ma nelle loro interazioni reciproche (tab.1), che possono concretizzarsi in sinergie o dissinergie.

Ciò mostra la sua utilità in particolare per le decisioni sugli interventi, che concettualmente si possono classificare in: individuali (sulla persona, per la sua salute, ma non solo); di gruppo/di comunità (colleghi, supervisione, famiglia, reti sociali, ecc.); organizzativi (Wilson et al, 1996).

Tab.1 – Temi di intersezionalità rilevanti per l'inserimento lavorativo dei lavoratori con PSM

• Identità personale (es. età, percezione di sé, percezione della salute e della malattia secondo il genere)
• Percezione di autonomia vs. dipendenza
• Struttura e cultura della famiglia (es. difficoltà a mantenere rapporti adeguati)
• Supporto sociale (amici, colleghi, volontariato)
• Status socio-economico e relative conseguenze (istruzione, accesso alle cure, opportunità di lavoro, ecc.)
• Appartenenza a minoranze etniche e culturali

Un esempio di intersezionalità tra istruzione, lavoro ed assistenza sanitaria è fornito da una ricerca su una popolazione in età lavorativa: Kokkinen et al (2015) rilevavano tassi di ospedalizzazione per PSM inferiori – senza differenze di genere – nelle persone con istruzione secondaria o più elevata, anche per disuguaglianze nell'assistenza legate ad una sotto-occupazione delle persone con livello inferiore di istruzione.

È oggi possibile conseguire una certificazione in materia di *diversity & inclusion* con la norma UNI ISO 30415:2021, che fornisce alle organizzazioni un approccio strutturato e verificabile per gestire il tema.

Problemi di salute mentale e disabilità psichica

La disabilità è un *“termine ombrello”* (Eurostat) che evidenzia aspetti positivi e negativi dell’interazione della persona con l’ambiente, in una prospettiva bio-psico-sociale; può essere concettualizzata come l’esperienza di un individuo portatore di una determinata condizione di salute che interagisce con fattori di contesto (Leonardi et al, 2006), e definita come capacità di funzionamento, includendo il ruolo sociale e la qualità della vita, tenendo conto delle limitazioni nelle attività o le restrizioni alla partecipazione alla socialità (WHO, 2001; 2010), secondo il principio dell’adattamento del lavoro all’uomo (e non viceversa), recepito nel Codice ICOH (ICOH, 2016).

L’aspetto biologico include le tipologie di *impairment* fisiche e mentali; quello psicologico aiuta ad interpretare la situazione emozionale della persona e a prenderne in considerazione valori e convinzioni (incluse quelle religiose); quello sociale permette un approccio alle modifiche ambientali – in senso estensivo – necessarie per l’adattamento alle condizioni concrete della persona (Scura & Piazza, 2023).

Negli USA il tasso di occupazione delle persone con disabilità non istituzionalizzate risultava nel 2021 circa la metà di quello delle persone senza disabilità (38.4% vs. 75.8%) (Paul et al, 2021); ma una seria debolezza nello studio del fenomeno si evidenzia col rilievo che, come afferma un documento OCSE, non esiste una definizione generalmente condivisa di disabilità riferita all’ambito lavorativo (OECD, 2010).

Un modello proposto secondo lo schema ICF a tale proposito, denominato *“capacity-context-interaction”*, definisce operativamente la disabilità come *“limitazioni della capacità che ostacolano l’abilità di compiere le attività richieste e, di conseguenza, la partecipazione in un determinato ambiente”* (Linden, 2017): in questo modo la DP viene letta in chiave di partecipazione (al lavoro).

Un PSM diventa allora una DP quando interferisce con una o più attività della vita, come la capacità di condurre una vita indipendente, o lavorare; e la sicurezza economica (cui afferiscono reddito e beni disponibili) e la sicurezza dell’impiego influiscono a loro volta sulla salute mentale e sul benessere, in particolare quando un aumento di reddito consenta di superare la soglia di povertà (Thomson et al, 2022).

La disoccupazione appare viceversa associata ad una maggiore probabilità di manifestare CMD (Kromydas et al, 2021); in uno studio condotto in Belgio, le traiettorie nel mercato del lavoro (correlate anche alla qualità del lavoro) evidenziavano, rispetto al gruppo di controllo (lavoro a tempo indeterminato ad orario pieno, con reddito medio-alto), un gradiente di PSM, da cui derivava disabilità, con il massimo rischio di sviluppare PSM e disabilità correlata nei soggetti quasi costantemente esposti a disoccupazione nei quattro anni precedenti (Balogh et al, 2022).

Nel presente documento il termine PSM è dunque usato per trattare in primo luogo aspetti clinici (quali sintomi, diagnosi, decorso, terapia, strategie di *follow-up*), mentre il termine DP si riferisce ad aspetti di funzionamento della persona, indipendentemente da uno specifico inquadramento nosografico.

L’effettiva limitazione all’accesso e alla permanenza nel mondo del lavoro non è allora da identificare con la diagnosi (il lavoratore con PSM sarebbe assimilato alla sua malattia, una delle numerose radici dello stigma), ma nel grado di compromissione, anche transitoria e/o fluttuante, del funzionamento richiesto dai compiti tipici di una certa mansione (Dewa et al, 2015).

Un primo aspetto di metodo richiede così di superare la logica della mera diagnosi, da cui non si può certo prescindere, ma che va integrata con un’adeguata valutazione funzionale (a partire dalle funzioni psichiche, ma non solo) e con le richieste poste dal lavoro e dal relativo contesto ambientale: si tratta di valutare il funzionamento di *“quella determinata persona”* in *“quel determinato ambiente di lavoro”* (OECD, 2015).

Un ulteriore argomento da considerare ai fini dell’inclusione socio-lavorativa è la particolare situazione della salute mentale nelle persone in situazione di svantaggio sociale, come i migranti (Di Thiene et al, 2021), in particolare per l’elevata prevalenza – confermata a livello globale – di depressione (Hasan et al, 2021), e i giovani: in uno studio svedese circa il 50% dei giovani adulti con CMD mostrava rispetto ai controlli livelli di disabilità lavorativa o disoccupazione più alti, e crescenti (o stabilmente elevati) per tutto il *follow-up*; tra i fattori che aumentavano la probabilità di marginalizzazione nel mercato del lavoro comparivano bassi livelli di istruzione, comorbilità con altri PSM e residenza in zone rurali (Helgesson et al, 2018). Altri aspetti da considerare sono poi la potenzialità positiva del lavoro nel costruire un’identità lavorativa in età giovanile (Liljeholm & Bejerholm, 2019) e la rilevanza della transizione scuola-lavoro (Hart et al. 2020). Un’altra situazione di vulnerabilità è rappresentata dai contratti di lavoro di tipo precario, anche per l’intersezionalità con condizioni quali bassi livelli di istruzione e appartenenza a minoranze etniche (Audhoe et al, 2018).

Non vanno poi sottovalutate le differenze per genere e sesso (Riechler-Roessler, 2017); in un recente *review* di studi condotti in Europa (Cabezas-Rodriguez, 2021), la salute mentale delle donne appare più influenzata da condizioni di lavoro, stato civile e coesistenza di lavoro domestico (“*double presence*”); le persone appartenenti a classi sociali inferiori presentano peggiori condizioni di salute mentale; e, soprattutto, è notevole l’impatto sulla salute mentale del lavoro non retribuito, soprattutto in ambito familiare (Ervin et al, 2022). È infine significativa anche la tipologia contrattuale: a titolo di esempio, in uno studio danese (Hannerz et al, 2023), i lavoratori con contratto a tempo determinato presentavano un RR per CMD pari a 1.39 (CL 99.5%: 1.04-1.86) rispetto ai lavoratori con contratto a tempo indeterminato, e un RR per prescrizione di psicofarmaci pari a 1.12 (1.01-1.24).

Disabilità psichica e funzionamento lavorativo

È un dato acquisito che la nozione di funzionamento lavorativo è definita in modo differente a seconda dell’ambito operativo e della professionalità del valutatore (Combs & Heaton, 2016), con evidenti ricadute per il MdL, ad esempio nella valutazione dell’idoneità.

Tra i metodi generali di valutazione disponibili il più noto è l’ICF dell’OMS (OMS, 2021), di riferimento anche per l’ISTAT (ISTAT, 2019); più di recente, è da ricordare anche il WHODAS 2.0 (WHO, 2010): si tratta di metodi ampiamente validati ed esaustivi, che tuttavia richiedono al valutatore di impegnare non poco tempo, con difficoltà di impiego in situazioni di *routine*, come può essere il caso della sorveglianza sanitaria.

L’ICF si basa sul modello bio-psico-sociale sopra accennato, e concettualizza il funzionamento attraverso 4 domini, a loro volta articolati in componenti (tab.2).

Tab.2 – Sintesi del modello ICF (da: ICF, 2001; WHO, 2021)

Domini	Componenti
<i>Funzioni corporee</i>	Funzione mentale; funzione sensoriale; voce/linguaggio; cardiovascolare; respiratoria; neuro-muscolo-scheletrica
<i>Strutture corporee</i>	Sistema nervoso; occhio/orecchio; corde vocali; cute; ossa/articolazioni; sistema cardiaco
<i>Attività / partecipazione</i>	Conoscenza per l’apprendimento; compiti generali; comunicazione; cura di sé; comunicazione; vita domestica; mobilità
<i>Fattori ambientali</i>	Tecnologia; ambiente naturale; attitudini; supporto; relazioni; ambiente umano.

L’impiego dei domini si presenta metodologicamente tuttavia aperto, in relazione ai diversi contesti di applicazione e ai professionisti che sono chiamati di volta in volta ad utilizzarlo (WHO, 2013).

La tab.3 presenta un collegamento tra i concetti base dell’ICF e il mondo del lavoro.

Tab.3 – ICF: framework concettuale per una migliore applicazione in ambito lavorativo.

Dimensioni interagenti	Definizione generale	Problema connesso (referente)	In ambiente di lavoro
<i>Strutture e funzioni corporee</i>	Caratteristiche anatomiche e fisiologiche del corpo umano	<i>Impairment</i> (della funzione [...])	Valutazione in rapporto alle richieste lavorative
<i>Attività</i>	Abilità di eseguire compiti/azioni	<i>Limitation</i> (dell’abilità di [...])	Compiti e azioni richieste dalla mansione specifica
<i>Partecipazione</i>	Opportunità di partecipare alla vita sociale	<i>Restriction</i> (minori opportunità di [...])	Partecipazione al lavoro (mansione e relazioni)

Se l’ICF resta “*il gold standard per la valutazione del funzionamento dei lavoratori e della disabilità*” (Combs & Heaton, 2016), è opportuno integrare il metodo originale con i fattori di contesto correlati al lavoro (tab.4), per migliorare la specificità della valutazione della persona.

Tab.4 – Fattori utili ad integrare il metodo ICF nell'applicazione al lavoro (modif. da: Heerkens et al, 2017)

Fattori	Esempi
<i>Contenuti della mansione</i>	Autonomia/controllo, autorità sulle decisioni; richieste (emozionali, mentali, fisiche); condizioni ergonomiche; rotazione; responsabilità; ambiguità di ruolo; abilità richieste per il compito; variabilità del compito; ritmi.
<i>Condizioni di impiego</i>	Opportunità di carriera (istruzione, formazione, sviluppo); istituti contrattuali e retributivi (stabilità del lavoro, remuneratività/livelli salariali; flessibilità di orari, turni e piani di lavoro, <i>smart working</i>); <i>benefit</i> (asilo nido, permessi, assicurazioni integrative)
<i>Relazioni sociali al lavoro</i>	Atteggiamento di colleghi, subordinati e superiori; comunicazione (capacità comunicative del DdL e dei superiori, mezzi e struttura della comunicazione); conflitti (con superiori, colleghi, subordinati); stile di <i>management</i> (generale dell'organizzazione, superiori); supporto / apprezzamento (subordinati, superiori, altre persone con autorità)
<i>Condizioni di lavoro</i>	Rischi chimici, biologici e per la sicurezza; rischi fisici (lavoro <i>outdoor</i> , microclima, rumore, vibrazioni, polveri e fibre, illuminotecnica, NIR); comportamenti illeciti (discriminazione, molestie sessuali, aggressioni); condizioni ergonomiche (accessibilità dell'edificio, ambiente generale, postazione, impianti e macchine, tecnologie, periferiche e dispositivi; lavoro monotono e ripetitivo); condizioni igieniche; procedure di lavoro, di emergenza e primo soccorso.
<i>Caratteristiche dell'organizzazione</i>	Dati sulle assenze; struttura gerarchica, natura giuridica e dimensione dell'impresa/ente; settore; situazione finanziaria e produttiva; <i>mission, vision</i> , sistema di valori, politiche, inclusa gestione delle risorse umane e della SSL; cultura e conoscenza; innovazione; riorganizzazioni.

I più rilevanti risultano il supporto sul lavoro, e – sul piano dell'impresa/ente – le caratteristiche organizzative ed il contesto economico e normativo (Heerkens et al, 2017).

Si noti che i fattori della tab.4 corrispondono in larga parte agli aspetti “di contenuto e contesto” da considerare ai fini della valutazione del rischio da SLC (Ministero del Lavoro, lettera circolare, 2010).

A questi si uniscono quelli più propriamente “sociali” e “personali” (condizioni di vulnerabilità quali: patologie somatiche, svantaggio sociale, scarso supporto familiare, barriere culturali e/o linguistiche, basso livello di istruzione, limitata esperienza lavorativa, difficoltà a rivestire posizioni di responsabilità), la cui valutazione risulta di più diretta competenza degli SSM e/o degli operatori sociali.

Comprendiamo così che non esistono disabilità lavorative generalmente intese, ma solo correlate ad un certo contesto: ad esempio, una persona può manifestare difficoltà nella relazione col cliente, e mostrare invece un funzionamento del tutto soddisfacente, e persino elevato, in un lavoro di *back office*.

Secondo tale modello, in considerazione del carattere bio-psico-sociale della DP, il focus valutativo, che per il MdL tradizionalmente si concentra sulle limitazioni di natura fisica allo svolgimento di attività (es. movimentazione di carichi), richiede qui di considerare anche le capacità cognitive, affettive e di relazione interpersonale con il relativo impatto sul funzionamento lavorativo.

Il MdL deve allora (diversamente da altre situazioni), senza disporre di dati di laboratorio o strumentali, correlare i sintomi e le limitazioni (riferite dal lavoratore e/o segnalate da SSM) con quanto constatato in sede di visita e con le ricadute ipotizzabili in ambito lavorativo: a tal fine si può avvalere in un'ottica multidisciplinare della collaborazione degli stessi SSM.

Occorre anche evitare di “medicalizzare” problemi che sono primariamente di altra natura (conflitti lavorativi o difficoltà legate all'organizzazione del lavoro), pur in presenza di sintomi correlabili – anche per non rinforzare comportamenti di evitamento delle situazioni stressanti e non scoraggiare il rientro dopo un'assenza (Allen et al, 2020): in questi casi, la soluzione va ricercata infatti proprio nella gestione di “quella” situazione lavorativa che risulta stressante per “quel” lavoratore che presenta “quella” DP, anche per evitare che la questione venga, anche inconsapevolmente, trasferita dal piano aziendale a quello individuale.

Per contro, in un determinata persona con disabilità psichica si possono riscontrare funzioni del tutto integre, ovvero che rappresentano risorse aggiuntive di cui si può avvalere nell'espletamento dei propri compiti: la valutazione deve allora considerare, sempre in relazione ai compiti, sia i punti di debolezza della persona

con disabilità, che possono costituire vere e proprie barriere all’inserimento, sia i punti di forza (che possono invece favorirla, come le esperienze formative e professionali, che possono fornire indicazioni preziose al *management*); e si svincola almeno in parte dall’inquadramento clinico di competenza degli SSM, che rimane ogni caso essenziale.

Le tab 5 e 6 riportano rispettivamente esempi di funzioni/capacità rilevanti e di punti di forza.

Tab.5 – Funzioni / capacità rilevanti per la DP in ambito lavorativo (modif. da: Del Guerra & Lepore, 2019)

• Attenzione	• Corretta percezione del contesto lavorativo
• Concentrazione	• Corretta percezione dei pericoli e dei rischi lavorativi
• Apprendimento	• Mantenimento di impegni orari e/o ritmi predeterminati
• Memoria (in tutte le diverse tipologie)	• Autonomia (vs. dipendenza da altri)
• Pianificazione ed esecuzione di compiti (specialmente se complessi)	• Capacità di avvalersi positivamente di supporto e/o di supervisione
• <i>Problem solving</i>	• Costruzione di relazioni interpersonali adeguate
• Reazioni a stimoli esterni	• Costruzione di relazioni finalizzate a obiettivi (gruppi)

Tab.6 – Esempi di punti di forza che possono essere considerati in una persona con disabilità psichica (modif. da: American Psychological Association, 2022)

• Elevato livello di istruzione
• Specifiche abilità
• Certificazioni e qualifiche formali; esperienze formative e professionali
• Interessi personali, creatività, attitudini
• Tratti di personalità
• Autonomia e capacità di <i>self-advocacy</i>
• Capacità di costruire relazioni
• Capacità di collaborazione e disponibilità a ricevere da superiori e colleghi supporto (e fornirlo)

La valutazione può essere espansa dal MdL sulla base di ulteriori considerazioni, ove necessarie, come ad esempio quelle di genere.

Occorre conoscere poi (almeno nei tratti essenziali, come vedremo) e saper identificare i possibili effetti collaterali delle terapie farmacologiche, ricercando il dialogo con lo SSM che ha in carico il lavoratore; non vanno poi trascurate le eventuali comorbidità, che possono interagire negativamente con la patologia di base o con la terapia in atto (es. sali di litio – tireopatie).

Si deve infine tenere presente che la strategia così delineata può essere usata dal MC non solo per valutazioni sull’idoneità in senso stretto, ma anche (nel rispetto del segreto professionale) per considerazioni di tipo consulenziale (Deidda, 2010), utili al DdL, al *management* aziendale e al RSPP (ipotesi di riorganizzazione delle mansioni; percorsi di inserimento/reinserimento; rivalutazione di un rischio in chiave individuale, considerando la persona con PSM un soggetto più vulnerabile), e al lavoratore stesso, laddove si riesca ad instaurare un auspicabile clima di collaborazione.

La relativa carenza di ricerche di ambito organizzativo sul tema dei PSM rende difficile comprendere il contributo che i professionisti delle risorse umane (coi processi gestionali, che rappresentano l’area di loro competenza) possono fornire (Hennekam et al, 2021).

Un lavoro finalizzato ad evidenziare le possibili implicazioni formative per i *manager* ha identificato alcune forme specifiche di conoscenza concettuale e procedurale, che appaiono utili per meglio supportare un la-

voratore con PSM (tab.7) (Martin et al, 2015), e che potrebbero rappresentare gli obiettivi di progetti mirati a potenziare le loro competenze; sull'utilità della formazione dei *manager* conclude favorevolmente anche un più recente contributo sugli atteggiamenti dei manager svedesi (Hultqvist et al, 2023).

Tab.7 – Spunti utili ai *manager* per supportare un lavoratore con PSM (modif. da: Martin et al, 2015)

• Prendere consapevolezza del PSM di un lavoratore (<i>disclosure</i> e approfondimento)
• Esplorare le implicazioni lavorative del PSM
• Sviluppate un piano di azione sull'inserimento lavorativo
• Implementare il piano, gestendolo come una situazione in continua evoluzione, che necessita di adattamenti
• Impegnarsi in un apprendimento riflessivo sul tema

In uno studio sui vigili del fuoco australiani sono emersi come aspetti importanti per una comunicazione efficace tra *manager* e lavoratori la fiducia nell'esaminare insieme i PSM e un atteggiamento non stigmatizzante sul tema della salute mentale (Bryan et al, 2018); uno studio su 2988 manager svedesi ha invece preso in considerazione l'implementazione di due pratiche per i lavoratori con CMD (revisione dei compiti lavorativi e discussione del PSM al lavoro): i *manager* con un atteggiamento più negativo verso i PSM avevano una minore probabilità di implementarle, mentre i *manager* che si presentavano come più fiduciosi nelle capacità di supportare i propri collaboratori avevano una probabilità maggiore (Hultqvist et al, 2023).

Utili indicazioni per i *manager*, anche di natura pratica, si ritrovano in una breve guida OSHA (OSHA 1); un analogo documento è stato predisposto anche ad uso dei *supervisors* (OSHA 2).

Occorre poi riconoscere l'oggettiva tensione tra il tema della *disclosure* della propria condizione da parte del lavoratore, che da un lato può riprodurre uno stigma, ma dall'altro può attivare azioni positive (empatia, flessibilità, accomodamenti, supporto, ecc.), e quello della *privacy*, teso anche a contenere il rischio di stigma, che tuttavia ostacola tale attivazione; ed è stato segnalato che rimanere in una condizione di ignoranza sullo stato di salute mentale dei lavoratori non appare del tutto sgradito ad alcuni *manager*, nella misura in cui può evitare di affrontare un eventuale disagio lavorativo (Quinane et al, 2021).

La *disclosure* può essere caratterizzata secondo quattro dimensioni: se volontaria o meno; se completa o parziale; selettività (a chi); *timing* (in quale momento, ad es. in relazione all'insorgenza di difficoltà lavorative) (Brohan et al, 2012; Blobel et al, 2023); la letteratura individua anche fattori facilitanti e fattori di barriera (Lindsay et al, 2018).

È evidente come, quando venga coinvolto da un lavoratore con PSM per un supporto alla decisione, il MC incontri serie difficoltà a fornire indicazioni (Nicholson, 2018), anche perché i fattori in gioco sono numerosi. Al proposito, uno studio sull'esperienza della *disclosure* ha mostrato, tra l'altro, i risultati della tab.8.

Tab.8 – Decisione sulla *disclosure* di un PSM e giudizio dei lavoratori (modif. da: Dewa et al, 2021)

Decisione sulla <i>disclosure</i>	Giudizio sull'esperienza conseguente (n=332)		
	N. (%)	N. giudizi positivi (%)	N. giudizi negativi (%)
Sì	243 (73.2)	213 (64.2)	30 (9.0)
No	89 (26.8)	75 (22.6)	14 (4.2)
Totale	332 (100)	288 (86.7)	44 (13.3)

L'esperienza era giudicata complessivamente positiva (87.7% per la *disclosure*; 85.2% per la non-*disclosure*; totale: 86.7%). Nel primo caso, tra le motivazioni figuravano: buoni rapporti col *manager*, senso di responsabilità, personalità aperta, accomodamenti lavorativi; nel secondo: decisione di gestire la questione in autonomia, disagio/imbarazzo, percezione che il PSM non avrebbe influito sul lavoro, convinzione della non necessità di richiedere aiuto. Il dato che la maggioranza avesse deciso per la *disclosure* (73.2%) indica un

complessivo clima di fiducia nelle organizzazioni di riferimento, confermato dalla limitata proporzione di lavoratori che poi lamentavano un esito sfavorevole della propria scelta (ivi).

Sul punto specifico il MC ha un ruolo molto importante nel garantire da un lato le necessità di tutela della riservatezza dei dati personali del lavoratore con PSM, e dall'altro nel promuovere, in un clima collaborativo, le sue legittime aspettative di supporto e tutela in ordine al proprio lavoro.

Un recente studio su oltre 5000 piloti statunitensi e canadesi mostra che si può arrivare persino – anche per PSM – a comportamenti di evitamento delle cure (riferiti da oltre il 50% dei rispondenti), per timore di conseguenze medico-legali, quali la perdita dell'idoneità al volo: ciò può avere serie ricadute sulla salute dei piloti, sull'efficacia degli *screening* sul lavoro e sulla stessa sicurezza del volo (Hoffman et al, 2023).

Sulla presenza di stigma tra i colleghi i dati sono più scarsi: in un recente studio olandese il 41.9% del campione (n=1224 lavoratori) non voleva stare a stretto contatto con colleghi con PSM, e il 64.1% non voleva lavorare alle dipendenze di manager con PSM; solo il 7.4% segnalava però proprie esperienze negative al lavoro, suggerendo che tali atteggiamenti non fossero direttamente collegati a vicende personali, ma a considerazioni di altro genere (van Beukering et al, 2023).

La costruzione di una cultura organizzativa in tema di salute mentale che coinvolga il personale può allora svilupparsi su più linee (Wu et al, 2021): miglioramento delle conoscenze in tema di salute mentale, in particolare al lavoro, mirato anche al superamento dei pregiudizi; contrasto allo stigma e alla discriminazione nei confronti dei lavoratori con PSM; potenziamento delle capacità di relazione e supporto verso i colleghi con disagio lavorativo o PSM.

È stato infine segnalato che il supporto sociale nell'ambiente di lavoro, più in generale, moderi il *distress* lavorativo (Inoue et al, 2022) e i disturbi del sonno in lavoratori esposti a SLC (Kunz et al, 2023).

Risulta più scarsa la letteratura sull'inserimento al lavoro delle persone con disabilità psichica tramite metodi strutturati. Al proposito, il metodo IPS, raccomandato dall'OMS (Bacon&Grove, 2010), e tradotto in italiano (Berardi & Fioritti, 2017), è considerato lo "*standard per l'impiego con supporto*" per le persone con SMI (Bond et al, 2020) (cfr. tab.9).

Tab.9 – Principi ispiratori del metodo IPS (modif. da: Bacon & Grove, 2010)

- | |
|--|
| ● Impiego in un lavoro competitivo come obiettivo |
| ● Nessuna esclusione preconcepita (a partire da sintomi, precedenti esperienze lavorative avverse, ecc.) |
| ● Attenzione alle preferenze della persona con disabilità |
| ● Ricerca del lavoro in tempi rapidi |
| ● Sviluppo dell'inserimento in modo mirato (secondo interessi della persona e indicazioni degli specialisti) |
| ● Integrazione dei servizi per l'impiego con gli SSM e i medici del lavoro |
| ● Introduzione di <i>benefit</i> personalizzati |

Una metanalisi ha concluso che il rientro in un lavoro competitivo è 2.3 volte più probabile con l'IPS che con altri servizi di supporto (Metcalf et al, 2018), pur se in uno studio il risultato sulla permanenza al lavoro ha mantenuto efficacia fino a 43 mesi, con favorevoli risultati in termini di costo-efficacia, soprattutto nelle persone con basso livello di istruzione (Holmas et al, 2021), mentre in altro non appare del tutto soddisfacente (Reme et al, 2019); l'IPS può risultare infine valido anche nel caso di SMI (Juurlink et al, 2019; Holmas et al, 2021). I risultati positivi sono confermati da una recente *review*, che considera anche due altre tipologie di interventi: forme di impiego competitivo o protetto, col supporto di specialisti in materia di impiego; riabilitazione professionale, focalizzata su formazione pre-inserimento, colloqui e predisposizione di curriculum (Killaspy et al, 2022).

In ambito nazionale uno studio sull'inserimento di persone con SMI in imprese sociali ha dato risultati favorevoli sia come possibilità di interventi di supporto che come soddisfazione della persona stessa (Villotti et al, 2012), mentre un'altra esperienza non ha mostrato effetti rilevanti sull'impiego, pur aumentando la probabilità di svolgere tirocini (Battiloro et al, 2021a).

Uno studio randomizzato condotto in persone con CMD conclude poi che, abbinando una terapia cognitivo-comportamentale mirata al lavoro con un metodo di supporto (nel caso di specie, *At Work and Coping*), si incrementa e mantiene nel tempo la partecipazione al lavoro (Reme et al, 2015); un altro mostra che, abbinando nei lavoratori con CMD interventi di terapia metacognitiva, o cognitivo-comportamentale, ad azioni sul lavoro si ottiene un pieno ritorno al lavoro nel 41.1% dei casi, rispetto al 26.3 dei controlli, con effetti maggiori per il disturbo depressivo e il disturbo d'ansia (Gjegendal et al, 2020).

La IX relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della L.68/99 “Norme per il diritto dei disabili” (Camera dei Deputati, 2021), riferita alle assunzioni di disabili nel triennio 2016-18, osserva che, anche ricorrendo a tutele specifiche, il numero di lavoratori con disabilità intellettiva e psichica assunti è inferiore a quello di altri disabili gravi (anche con IC >79%). La X relazione (INAPP – Ministero del Lavoro, 2023) rileva inoltre che il 25% delle assunzioni riguarda persone con disabilità intellettiva e psichica, in due casi su tre tramite contratti a tempo indeterminato.

Uno studio su dati INPDAP relativi alle pratiche di accertamento di inabilità al lavoro di 3447 lavoratori evidenziava una prevalenza di disturbi psichiatrici del 49.8% tra gli insegnanti, del 37.6% tra gli amministrativi, del 28.3% tra i sanitari e del 16.9% tra gli operai (Lodolo D’Oria et al, 2004), a dimostrazione di un impatto elevato anche in termini di uscita dal mondo del lavoro.

Un recente studio condotto in 11 dipartimenti di salute mentale italiani (737 pazienti con psicosi, disturbi dell’umore, di personalità, d’ansia e altri) ha rilevato un tasso di occupazione del 35.8%, con il massimo livello di disabilità lavorativa per psicosi e disturbi di personalità; l’analisi mostrava che nei pazienti con psicosi erano realizzati più programmi di inserimento lavorativo e forniti più anni di consulenza di salute mentale, ma i livelli occupazionali erano più bassi; i pazienti con disturbi di personalità ricevevano invece più interventi di psicoterapia (Ventriglio et al, 2023); e si concludeva che gli interventi appaiono concentrati nei pazienti con PSM più gravi, con esiti non sempre soddisfacenti.

Una *review* di oltre mille studi su CMD (Evans et al, 2022) conclude che “*i programmi di inserimento al lavoro possono favorire una riduzione nella prevalenza, incidenza e gravità*”, segnalando tuttavia “*un’elevata eterogeneità*” negli studi in termini di disegno, contesto ed effetti. Sul piano del metodo, un’altra *review* indica che il mantenimento al lavoro delle persone con CMD è favorito dai fattori della tab.10.

Tab.10– Fattori favorenti il mantenimento al lavoro in persone con CMD (modif. da: van Hees et al, 2022a)	
Fattori lavorativi	Fattori individuali
• Supporto sociale (relazioni e supporto sul lavoro)	• Caratteristiche percepite (richieste/controllo)
• <i>Leadership</i>	• <i>Stili di coping</i> (motivazione, flessibilità,...)
• Clima organizzativo	• Percezione dei sintomi e della loro gravità
• Caratteristiche degli interventi	• Caratteristiche personali

È quindi importante focalizzarsi su cosa effettivamente funziona per chi, in che modo, e in quali circostanze: in sintesi, si dovrebbero valutare ed implementare interventi più mirati, che agiscano sia a livello individuale che organizzativo (van Hees et al, 2022a), creando al contempo un *background* culturale più consapevole e orientato al supporto del lavoratore, anche in settori più critici (quali ad es. assistenza sanitaria e sociale).

Il presente documento intende pertanto offrire indicazioni di orientamento metodologico per un percorso di gestione del lavoratore con DP, che il MC potrà adattare al caso concreto, e che risulterà più efficace laddove risulti possibile coinvolgere vari altre parti interessate in una prospettiva di efficacia.

Le assenze per malattia e il rientro al lavoro

Si tratta di una prospettiva diversa da quella che il ruolo del MC nell’ambito normativo nazionale delinea, e che appare tuttavia meritevole di essere considerata qui per l’interesse scientifico dei dati così raccolti: la letteratura include l’assenteismo e l’abbandono del lavoro tra i comportamenti con cui i lavoratori affrontano condizioni di lavoro avverse (Soderberg et al, 2014), talora descritti come “*(non)attendance behaviours*” (Griffieth et al, 2000) o “*employee withdrawal behaviours*” (Daouk-Öyry L, et al, 2014).

I PSM comportano rilevanti costi diretti all'interno dei sistemi sanitari, ma i principali *driver* dei costi sociali sono proprio la perdita di produttività e le provvidenze dei sistemi di *welfare* (Finnes et al, 2022), tra cui la tutela delle assenze per malattia; i costi nell'UE sono stati stimati dell'ordine del 3-4% del PIL (OECD, 2012), ma le notevoli differenze tra nazione e nazione rendono difficile ogni ipotesi di confronto. Nei paesi OCSE i lavoratori con PSM presentano in ogni caso più giorni di assenza del lavoro rispetto agli altri (OECD 2021b).

Il *presenteeism* è un costrutto usato per descrivere la ricaduta sulla produttività (e su aspetti quali le relazioni lavorative), di una persona che, per esigenze economiche o altre considerazioni, si reca al lavoro in condizioni di salute non adeguate alle richieste dei propri compiti: oltre all'impatto negativo sulle persone, in quanto si tratta di una forma di adattamento disfunzionale (Kinman & Clements, 2023), è ritenuto il principale costo occulto dei PSM (Sanderson et al, 2007) in ambito lavorativo. Una scala di valutazione (*Stanford Presenteeism Scale*) è stata validata anche nella versione italiana in una popolazione di infermieri (Cicolini et al, 2016): simili strumenti possono aiutare a riconoscere e dimensionare meglio il fenomeno, anche se si rileva ancora una diffusa carenza nella cultura delle organizzazioni laddove si vadano a considerare le strategie per affrontarlo (Kinman & Clements, 2023). Si deve ricordare, poi, che le assenze sono più facili da registrare e notare sul luogo di lavoro, rispetto alla situazione della persona con DP che invece si reca al lavoro in condizioni non ottimali, e ciò è vero particolarmente nel caso di sintomi sotto soglia (van Hees et al, 2022a), non facili da cogliere ed interpretare per i non specialisti.

In uno studio qualitativo sulle *best practices* dei clinici chiamati a valutare e curare pazienti depressi durante l'assenza dal lavoro, le differenze più significative riguardano da ultimo due aspetti: 1) se il rientro compare sin dall'inizio tra gli obiettivi; 2) se gli interventi includono il luogo di lavoro (Sylvain et al, 2016).

Una *scoping review* (de Vries et al, 2018) ha individuato almeno 3 studi che, oltre al genere femminile, indicano come predittori di assenze i seguenti determinanti modificabili: sintomi più gravi; precedenti episodi di PSM; comorbidità; fumo; precedenti assenze; livelli più bassi di istruzione; percezione di cattiva salute generale; elevate richieste del lavoro; basso livello di controllo; elevato *strain* lavorativo.

Le assenze dal lavoro – anche brevi – possono indebolire la connessione col mercato del lavoro e aumentare la probabilità di esito in un'inattività prolungata, che può agire con vari meccanismi di *feedback* negativo, quali effetti avversi sulla salute mentale e deterioramento del "capitale umano" del lavoratore causati dalla stessa inattività – fenomeni evidenziati anche in occasione della pandemia (Bryan et al, 2022).

Spronken et al (2020) hanno evidenziato, incrociando tempi di rientro e probabilità di ricaduta, 5 distinte traiettorie di rientro che forniscono indicazioni prognostiche potenzialmente utili: rientro molto veloce/probabilità di ricaduta bassa (condizione migliore); rientro veloce/probabilità bassa; rientro lento/probabilità bassa; rientro veloce/probabilità rilevante; rientro lento/probabilità rilevante (condizione peggiore). I fattori che determinavano differenze significative fra le traiettorie erano: genere; età; tipo di PSM; comparto; dimensione dell'organizzazione – è da notare che non si evidenziavano relazioni con il lavoro part-time (ivi).

Il rientro al lavoro può essere definito dal punto di vista del lavoratore come "un comportamento complesso in cui le percezioni, le credenze e le decisioni individuali risultano cruciali" (Henderson et al, 2011), oltre alle condizioni di salute propriamente dette, e all'effettivo funzionamento, lavorativo e non, della persona.

In un recente lavoro condotto con metodo *Delphi* modificato per enucleare dall'ICF un *core* rilevante (de Wind A et al, 2022), il *panel* ha individuato 3 *sets* di *items* di funzionamento: personale (n=6), sociale (n=7) e fisico (n=7). In uno studio finlandese su persone con disturbo depressivo (Ervasti et al, 2017), pur a fronte di una certa eterogeneità, si è osservato un tasso inferiore di rientro al lavoro nel caso di età più avanzata (RR=.95), comorbidità con patologie somatiche (RR=.80) e psichiatriche (RR=.86), e maggiore gravità del disturbo (RR=.96); la coscienziosità come tratto di personalità era invece associata ad un esito migliore (RR=1.06); un altro mostra un'associazione positiva con fattori legati all'ambiente di lavoro, quali mitigazione dello SLC (controllo delle decisioni, supporto dei colleghi) e ricompensa (stima, opportunità di carriera) (Lau et al, 2019).

In uno studio su persone con CMD, suddivise in tre gruppi (disturbo d'ansia, disturbo depressivo e patologie da stress), i principali fattori predittivi di un rientro più tardivo risultano quelli sintetizzati in tab.11.

Tab.11 – Principali predittori di un più tardivo rientro al lavoro (modif. da: Bjørkedal et al, 2023)

Predittore	Rientro (a mesi)	Gruppo			
		CMD	Depressione	Ansia	Stress
Minore percezione di autoefficacia	6-12	x	x		
Peggior qualità di vita	6	x			
	12	x		x	
Comorbilità psichiatrica	12				x
Genere maschile	12	x	x		
Non sposato	12	x	x		
Rientro dallo stato di disoccupazione	6-12	Tutti			

Una ricerca qualitativa condotta con interviste semistrutturate in lavoratori con CMD (Joosen et al, 2021) individua come facilitatori del rientro il recupero dell’autoconsapevolezza e del controllo sul lavoro, la discussione del valore del proprio lavoro e la creazione di situazioni che consentano di svolgere un lavoro di valore; le interviste attribuiscono un ruolo fondamentale ai superiori.

Persino nel caso di CMD il lavoratore ha una probabilità rilevante (29%) di necessitare nel decennio successivo di nuovi periodi di assenza per causa specifica superiori a 3 settimane (Norder et al, 2015); è stato anche descritto che il 18% di questi lavoratori lascia il lavoro nei 5 anni successivi al rientro (Norder et al, 2017).

Un possibile *bias* che frena il rientro potrebbe riguardare la precomprensione – forse mutuata da altri problemi di salute – per cui la remissione dei sintomi e il funzionamento al lavoro siano strettamente correlati: nell’ottica contestuale della DP ciò non è necessariamente vero – e, anzi, non sempre la persona sperimenta durante l’assenza un effettivo miglioramento (Sylvain et al, 2016). Così si rinuncia a priori, inoltre, all’influenza positiva del lavoro sulla situazione psico-sociale, anche sotto il profilo dell’autonomia (economica e in termini di autoefficacia): in molti casi, infatti, il lavoro contribuisce al miglioramento dei sintomi residui (Lau et al, 2019) – il che enfatizza l’esigenza di trattamento rapido (Allen et al, 2020) e di *follow-up* per quanto possibile personalizzati, anche negli obiettivi intermedi.

Alcuni fattori favorevoli e di ostacolo per il rientro al lavoro sono rappresentati in tab.12.

Tab.12 – Fattori che influenzano il rientro al lavoro (da: Waddell & Burton, 2006; Mishima et al, 2020)

Fattori favorevoli	Fattori di ostacolo
<ul style="list-style-type: none"> • Aspettative positive in ordine al lavoro svolto • Motivazione • Coscienziosità 	<ul style="list-style-type: none"> • Rientro ritardato / periodi di assenza prolungati • Basso livello di autonomia • Precedenti infortuni sul lavoro

La Tab.12 fa comprendere come tutti i professionisti interessati debbano cogliere l’opportunità, anche in presenza di sintomatologia residua, di far leva sulle capacità e sui punti di forza della persona lavoratrice (van Hees, 2022a), o candidata al lavoro, sullo stile di *coping* (ad es. attivo, con mantenimento di ritmi nella giornata e del contatto col lavoro, esercizio fisico [Arends et al, 2022]), sulla resilienza e sul sistema di valori, piuttosto che focalizzarsi sulle sue difficoltà, o esclusivamente sul proprio punto di vista specialistico.

La letteratura fornisce alcuni elementi per una valutazione di efficacia (Cullen et al, 2019; Mikkelsen et al, 2018), sottolineando l’opportunità di predisporre piani personalizzati con più direttrici di azione (tab.13).

Tab.13 – Linee di azione nei piani personalizzati per la gestione degli interventi sanitari nella persona con disabilità psichica

- Coinvolgimento e mobilitazione delle risorse della persona nel processo di cura e riabilitazione

• Cura nel senso tipico della salute mentale (trattamento farmacologico monitorato e/o psicoterapia)
• Continuità nel <i>follow-up</i> specialistico
• Coordinamento con altri servizi, ove necessario (es. altri specialisti, servizi sociali, centri per l'impiego)
• Mantenimento di canali di comunicazione col lavoro (col consenso della persona, nel rispetto della <i>privacy</i>)
• Coinvolgimento dei familiari e/o di altri <i>caregivers</i>
• Coinvolgimento dell'amministratore di sostegno, ove nominato

Gli *items* della tab.13 sono di interesse anche per il MC, pur se alcuni gli sono poco familiari (es. coinvolgimento dei *caregiver*). In particolare, gli interventi sul lavoro che mostrano maggiore efficacia contemplano inserimenti graduali (cioè concretamente praticabili, sostenibili e con una strategia *step-up*) e accomodamenti ragionevoli per la mansione e l'ambiente di lavoro: potrebbero oggi giocare un ruolo importante gli scenari di realtà virtuale, già impiegati con successo in esperienze cliniche (Freeman et al, 2022).

Una *Cochrane review* del 2015 sugli interventi mirati a ridurre la disabilità e favorire il rientro al lavoro ha mostrato per i lavoratori con PSM una bassa qualità delle evidenze, senza effetti dimostrabili per gli interventi sul luogo di lavoro (van Vilsteren et al, 2015).

Una più recente *Cochrane review* sul disturbo depressivo (Nieuwenhuijsen et al, 2020) conclude che l'ottimizzazione del trattamento potrebbe ridurre i giorni di assenza, mentre gli interventi mirati al lavoro potrebbero non risultare più efficaci di altre strategie comunemente implementate; la combinazione di interventi clinici e mirati al lavoro può ridurre i sintomi, migliorare probabilmente il funzionamento lavorativo e ridurre il numero di giorni di assenza, ma al *follow-up* non sembra favorire la permanenza al lavoro.

Nielsen et al (2018) hanno proposto un *framework* per il rientro al lavoro (IGLOO), che contempla vari livelli di intervento: generale/del contesto sociale; dell'organizzazione; dei *leader*; di gruppo; individuale. Nell'assunto che si tratti di un fenomeno multifattoriale, si propone appunto un approccio multilivello, che ricerca l'ottimizzazione delle probabilità di successo.

Una metanalisi di studi in lavoratori con CMD, che combinavano terapia cognitivo-comportamentale, *problem solving therapy* e riduzione dell'orario, ha dimostrato una riduzione delle assenze di 13-30 giorni; l'effetto, pur economicamente rilevante, era però limitato, e clinicamente forse non significativo (Nigatu et al, 2016).

Nella prospettiva dei benefici di eventuali interventi sulla salute mentale, negli USA è stato stimato che il *return on investment* di \$1 sarebbe pari a \$4 (Aarons-Mele, 2018).

In tema di CMD e costi, un'esperienza svedese (Finnes et al, 2022) relativa ad un intervento di supporto al rientro (*Acceptance and Commitment Therapy*) ha dimostrato un'elevata probabilità di favorevoli rapporti costo-efficacia sotto il profilo sanitario.

Nell'ammettere che i risultati dei diversi interventi a supporto dell'inserimento delle persone con CMD non sono complessivamente positivi, un commento di Arends et al (2022) sottolinea la necessità di approfondire i fattori che contribuiscono alla partecipazione lavorativa, ed individua due sfide per il futuro: 1) misurare con metodi adeguati gli esiti delle strategie di supporto ; 2) comprendere meglio le relazioni (complesse, e tra loro interconnesse) tra PSM e partecipazione al lavoro.

Nel contesto nazionale, il lavoratore assente per PSM si interfaccia col mondo del lavoro (*management*, MC) per lo più al rientro, diversamente da altre nazioni, in cui si propongono, anche con prescrizioni normative, strategie di intervento attivo anche durante il periodo di assenza (van Beurden et al, 2018; de Wind A et al, 2022). Ciò non preclude in linea di principio la possibilità che, in riferimento alle prescrizioni etiche del Codice ICOH (Appendice), il MC si attivi presso il lavoratore anche durante l'assenza, in particolare quando abbia già stabilito un adeguato canale di comunicazione.

Risorse a supporto dell'inserimento/mantenimento al lavoro

È opportuno che il MdL conosca e consideri il ventaglio di risorse che possono essere attivate (tab.14).

Tab.14 – Risorse attivabili a supporto dell’inserimento/mantenimento al lavoro (modif.da: Nielsen, 2018)

Risorse	Esempi
Individuali	Fattori cognitivi, affettivi, comportamentali
Relazioni lavorative	Verticali (alta direzione, superiori diretti) Orizzontali (gruppi, colleghi, operatori sociali)
Organizzative	Progettazione e gestione del lavoro; gestione risorse umane; catena del valore; politiche e pratiche relative a salute e sicurezza sul lavoro; politiche di inclusione
Sanitarie	SSM, MMG, servizi per la salute mentale, servizi per le dipendenze
Normative	Legislazione sociale; istituti contrattuali applicabili

La letteratura mostra che interventi di promozione della salute mentale sul luogo di lavoro sono fortemente associati ad una riduzione di assenze e *presenteeism*, e ad un incremento di produttività (Tarro et al, 2020; Arensman et al, 2022); tali interventi sono tuttavia rari, in particolare nelle PMI (Hogg et al, 2021).

Per i casi di maggiore gravità è importante considerare azioni strutturate di supervisione e/o di vero e proprio tutoraggio (ad es. attraverso progetti finanziati di inserimento mirato, ove praticabili).

Le diverse tipologie di risorse possono interagire e potenziarsi tra loro, ed è importante considerare – ove possibile – anche quelle esterne all’ambiente di lavoro (ad es., il supporto familiare, sia sul piano motivazionale che per il mantenimento dell’aderenza terapeutica). Il ruolo dei diversi *stakeholders*, in particolare per il rientro dopo assenza per malattia, è stato evidenziato in una *review* di Corbiere et al (2021), che ne individua molti gruppi, ciascuno con propri interessi ed obiettivi (van Hees et al, 2022b).

Si noti che i fattori della tab.14 possono anche convertirsi in fattori di barriera (ad es., un’organizzazione del lavoro che non considera o non comprende le difficoltà del lavoratore).

Uno studio qualitativo condotto in Germania mediante interviste a vari gruppi di *stakeholders* concludeva per l’opportunità di potenziare il ruolo del MdL, come potenziale coordinatore della fase di rientro al lavoro (Scharf et al, 2020). In particolare, le aspettative dei MdL emerse nello studio sono riassunte in tab.15 (*ivi*).

Tab.15 – Aspettative dei MdL in ordine al rientro dei lavoratori con CMD (modif. da Scharf et al, 2020)

• La motivazione e l’interesse del lavoratore per il rientro sono fattori importanti per la riuscita
• Un contatto precoce col lavoratore è essenziale (N.B: i MdL non sono informati dell’assenza, né della causa)
• Una comunicazione efficace MdL-lavoratore è un prerequisito per la riuscita del rientro al lavoro
• Una “agenda occulta” del lavoratore (es. obiettivo di pensionamento) ostacola la relazione
• Le richieste di modifica della mansione devono essere ragionevoli
• Il lavoratore, una volta rientrato, deve attenersi alle indicazioni concordate
• Il lavoratore deve comprendere la posizione di superiori e colleghi, che possono manifestare una limitata disponibilità nei suoi riguardi se hanno dovuto sostenere un maggiore carico di lavoro durante l’assenza

Il ruolo del “*personal physician*” nel favorire la permanenza e il rientro al lavoro dei propri pazienti, con alcuni spunti relativi al benessere mentale, è analizzato in dettaglio in un documento ACOEM (Jurisic et al, 2017), che intende il termine in senso più estensivo rispetto al corrispondente italiano “*medico curante*”.

Prima di considerare in dettaglio la legislazione nazionale pertinente, può essere utile richiamare conclusivamente uno approfondimento sugli aspetti etici da considerare negli interventi sui lavoratori con PSM, che mette in luce 5 temi da cui derivano altrettante tensioni: 1) autonomia decisionale del lavoratore vs. interventi *top-down*; 2) diritti vs. limitazioni all’autodeterminazione; 3) rispetto della *privacy* vs. interessi degli

stakeholders; 4) rischio di un'inclusione non equa a motivo di carenze nell'organizzazione o nelle risorse; 5) rischio di un supporto non equo correlabile a ruoli e responsabilità non chiari (Holmlund et al, 2022).

LE TUTELE DEI LAVORATORI CON DISABILITÀ PSICHICA E INDICAZIONI PER L'INSERIMENTO LAVORATIVO

L'inserimento lavorativo dei disabili appare una vera e propria sfida mondiale: il tasso di occupazione medio nei paesi OCSE era nei primi anni Duemila intorno al 40%, e ancora inferiore per i DP (25% circa), contro un livello medio per i non disabili del 75% circa (OECD, 2010); anche i dati ISTAT appaiono in linea (tab.16).

Tab.16 – Correlazione tra limitazioni sperimentate dalla persona con la condizione di occupato e con la soddisfazione per le proprie mansioni

Persone	Occupate (ISTAT, 2021)	Soddisfatte delle mansioni (ISTAT, 2010)
Con limitazioni gravi	32.2%	65.4%
Senza limitazioni gravi	59.8%	75.9%

Nel 2010, il 56% delle persone con limitazioni gravi era uscito dal mercato del lavoro perché in pensione o inabile al lavoro, e dei restanti solo il 20% era in cerca di lavoro (ISTAT, 2010).

In Italia l'inserimento resta difficoltoso: la proporzione di persone con disabilità psichica inserite nel mercato del lavoro è limitata, anche quando paragonata a persone con disabilità di altre tipologie, e del pari è limitata la proporzione di quelle che cercano lavoro. La ragione sta nel fatto che le barriere all'ingresso sono maggiori: alle difficoltà direttamente connesse alla DP (per es. di apprendimento, concentrazione, gestione dello stress) si aggiunge – come già visto – lo stigma, che si alimenta di atteggiamenti pregiudiziali nei confronti delle capacità e dell'affidabilità della persona, sia da parte dei DdL che dei colleghi, e che può portare tanto ad evitare l'assunzione quanto, in corso di rapporto di lavoro, a una marginalizzazione dall'ambiente umano lavorativo.

A lungo andare lo stigma può essere interiorizzato, trasformandosi in ulteriore leva di sfiducia, fino all'idea di essere inadeguati al lavoro (*self-stigma*), con la possibile, paradossale conseguenza, definita anche come discriminazione anticipata (Brouwers, 2020), di auto-escludersi dal mondo del lavoro (*Why Try effect*).

Il collocamento mirato

La tab.17 riporta le principali tipologie di intervento previste per il collocamento mirato dalla L.68/99.

Tab.17 – Ipotesi di collocamento mirato nella L.68/99 (cfr. DPCM 13.1.2000)	
Intervento	Descrizione sintetica
a) senza interventi di supporto	---
b) col supporto di un servizio di mediazione	Intervento di un operatore dell'Agenzia per il lavoro per orientare la persona, sensibilizzare il DdL, individuare le eventuali posizioni confacenti, attivare l'inserimento ed i processi di addestramento e formazione, monitorare l'inserimento, facendosi carico dell'eventuale necessità di sostegno alla persona
c) col supporto di un servizio di mediazione e l'utilizzo di strumenti tecnici	Alle azioni precedenti si aggiungono gli adattamenti del posto di lavoro eventualmente necessari per favorire l'inserimento
d) percorso formativo propedeutico	Diversamente dagli altri, è realizzato dai Servizi sociali territorialmente competenti, finalizzato a far acquisire i requisiti pre-lavorativi alla persona potenzialmente inseribile nel mercato del lavoro
e) convenzioni	Per i soli disabili psichici, ai sensi art.11, L.68/99

A queste ipotesi va aggiunta l'effettiva incollocabilità, che non è da escludere *a priori* nelle persone con disabilità più grave: per il collocamento mirato si veda la Circolare n.66/01 (Ministero Lavoro, 2001). Va

sottolineato che tale giudizio della Commissione non essere inteso sempre in senso definitivo, ad esempio nelle persone la cui aderenza alla terapia e al *follow-up* è insufficiente, o che sono inserite in percorsi di socializzazione o riabilitazione: in questi casi può essere lo stesso SSM che ha in carico il paziente a suggerire (coinvolgendo, ove opportuno, gli *stakeholders*) di attivare al momento opportuno una rivalutazione. È allora opportuno dettagliare le principali barriere (tab.18) che le persone con disabilità psichica possono incontrare nell'inserimento.

Tab.18 – Barriere all'inserimento al lavoro delle persone con disabilità psichica (modificato da: ISFOL, 2014)	
Livello	Esempi di barriere
Lavoratore: <i>percezione di sé e dell'ambiente</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa autostima • Grandiosità e/o aspettative irrealistiche in ordine alla mansione da svolgere • Sensazione di isolamento e abbandono • Percezione di stigma e conseguente isolamento
Management aziendale (top e middle)	<ul style="list-style-type: none"> • Scarsa conoscenza dei PSM (sintomi, evoluzione, conseguenze lavorative) • PSM considerati come problemi esclusivamente individuali del lavoratore, trascurando le ricadute sull'organizzazione • Impreparazione all'accoglienza e alla gestione del lavoratore con DP • Timore di eventuali problemi di salute/sicurezza per il lavoratore, per i colleghi o per terzi • Insufficiente sostegno nelle situazioni ordinarie e nelle fasi più critiche di malattia • Motivazioni all'assunzione (percezione di una «diversità» e di un «costo» del lavoratore) <ul style="list-style-type: none"> ◦ enfasi sull'obbligo ◦ enfasi sugli aspetti di "solidarietà" • Difficoltà a relazionarsi con le reti di supporto (SSM, servizi di prevenzione, <i>caregivers</i>) • Scarsa propensione ad investimenti per favorire l'inserimento/mantenimento al lavoro • Sottovalutazione dei diversi benefici di una corretta gestione dei PSM dei lavoratori
Middle management, colleghi: atteggiamenti verso il lavoratore	<ul style="list-style-type: none"> • Stigma e discriminazione • Insufficiente supervisione e/o supporto • Supervisione eccessiva e limitazioni non necessarie nell'assegnazione delle mansioni • Scarsa valorizzazione di eventuali punti di forza • Atteggiamento iperprotettivo (<i>compassionate</i>)

L'oggetto di valutazione della Commissione sanitaria, di cui all'art.4, L.104/92, ai sensi della L.68/99, non è l'idoneità alla mansione specifica (come per il D.Lgs.81/08), ma una serie di costrutti valutativi che fanno riferimento, da ultimo, al DPCM 13 gennaio 2000 (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, 2000) (tab.19), di cui la Commissione terrà conto nelle diverse fasi di competenza sanitaria che afferiscono all'inserimento lavorativo.

Tab.19 – Costrutti afferenti alla valutazione per il collocamento mirato (DPCM 13 gennaio 2000)	
Diagnosi funzionale (ai fini del collocamento mirato) (art.5; all.2)	<i>Valutazione qualitativa e quantitativa, il più possibile oggettiva e riproducibile, di come la persona "funziona" per quanto concerne le condizioni fisiche, l'autonomia, il ruolo sociale, le condizioni intellettive ed emotive.</i>
Capacità globale (art.5)	<i>Definizione collegiale della capacità globale attuale e potenziale della persona con disabilità e indicazione delle conseguenze derivanti dalle minorazioni, in relazione all'apprendimento, alla vita di relazione e all'integrazione lavorativa.</i>
Capacità globale (residua) (all.2)	<i>Il ricorso al parametro "capacità complessiva individuale residua" esprime [...] la precisa volontà di superare il ricorso alla stima della "capacità lavorativa"; almeno così deve intendersi l'abbandono della qualificazione delle capacità,</i>

	<i>che nella indicazione "complessiva" [...] non va intesa [...] in termini tali da porre in evidenza solamente le diversità negative [...]. La capacità complessiva di una persona è il fondamento della sua individualità [...] espressione positiva di ciò che [...] è effettivamente in grado di estrinsecare, [...] tale da non poter essere ricondotta solo alla sfera lavorativa [...]; non può prescindere dal riferimento all'ambiente di vita della persona [...], in quanto ciò che si è chiamati a valutare è il "globale" funzionamento [...], non nel senso astratto di una "performance" teorica, ma piuttosto inteso come capacità di interagire ed adattarsi alle più diverse circostanze.</i>
Capacità lavorativa (all.2)	<i>Potenzialità ad espletare una o più attività qualora sussistano caratteristiche ben delineate, biologiche, attitudinali, tecnico-professionali.</i>
Compatibilità delle mansioni con lo stato di salute (art.10, c.3, L.68/99; art.8, DPCM 13 gennaio 2000)	<i>La persona con disabilità già inserita può chiedere che sia accertata la compatibilità delle mansioni affidate col proprio stato di salute. Il DdL può chiedere che siano accertate le condizioni di salute della persona [...] per verificare se possa continuare ad essere utilizzata presso l'azienda.</i>

L'art.4, c.3-bis, L.68/99 e s.m.i. prevede che i lavoratori, se già riconosciuti disabili prima della costituzione del rapporto di lavoro, anche se non assunti tramite il collocamento mirato, sono computati nella quota di riserva nel caso di IC $\geq 60\%$, o di minorazioni ascritte dalla I alla VI categoria di cui alle tabelle annesse al DPR 915/1978, o con disabilità intellettiva e psichica con IC $>45\%$.

L'art.9, c.4, L.68/99 ha tracciato un percorso di maggiore protezione per le persone con disabilità psichica, prevedendo che siano assunte a chiamata nominativa mediante convenzione tra DdL e centro per l'impiego (art.11, L.68/99), in cui si può prevedere un percorso di inserimento guidato, mirato alle potenzialità del lavoratore e alle esigenze dell'impresa.

Anche gli incentivi per i DdL che assumono persone con disabilità, introdotti dal D.Lgs.151/15 emanato in attuazione del *Jobs Act*, sono più favorevoli per la disabilità intellettiva e psichica: si prevede un contributo del 70% della retribuzione mensile lorda imponibile ai fini previdenziali per 60 mesi nel caso di IC $>45\%$, se assunti a tempo indeterminato, o a tempo determinato, se per un periodo non inferiore a 12 mesi e per tutta la durata del contratto.

Per la scelta della sede di lavoro e i trasferimenti, nei concorsi pubblici il candidato-vincitore con IC $>67\%$ ha diritto di precedenza nella scelta della sede più vicina al domicilio tra quelle disponibili; il diritto vale anche per i trasferimenti. Il lavoratore con riconoscimento di *handicap* in situazione "di gravità" (art.3, c.3, L.104/92) ha diritto di essere trasferito alla sede di lavoro più vicina possibile al domicilio, e non può essere trasferito senza consenso.

Il telelavoro e lo *smart working* sono forme di organizzazione del lavoro a distanza con caratteristiche differenti. Il telelavoratore ha una postazione fissa di lavoro, di solito al domicilio, e l'accordo col DdL non deve essere obbligatoriamente in forma scritta; il lavoratore agile, invece, non ha una postazione fissa né in azienda né al domicilio, e può svolgere il proprio lavoro ovunque, avendo anche diritto alla "disconnessione" dalle strumentazioni informatiche e tecnologiche, con un accordo necessariamente scritto; per i disabili ai sensi della L.68/99 il recesso deve essere preceduto da un preavviso non inferiore a 30 giorni (90 giorni, se di parte datoriale).

Per il calcolo degli anni di servizio ai fini pensionistici, il lavoratore cui sia stata riconosciuta una IC $>74\%$ ha diritto al beneficio di 2 mesi di contribuzione figurativa per ogni anno di servizio effettivamente prestato come invalido, fino ad un massimo di 5 anni, utili per diritto a pensione, anzianità contributiva e importo; il diritto figurativo matura dal giorno in cui al lavoratore è riconosciuto il diritto, non per gli altri periodi.

Analoghe disposizioni esistono per gli invalidi del lavoro e per gli invalidi di guerra e per servizio.

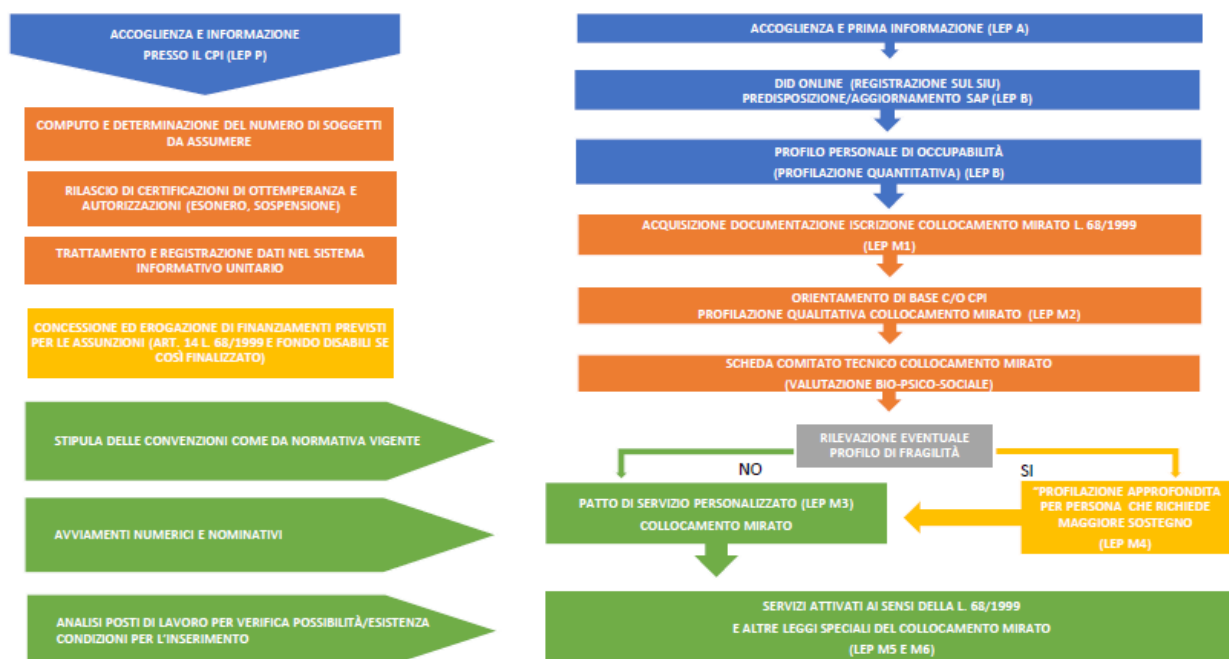
L'art.6, c.1, D.Lgs.151/15 ha posto la richiesta nominativa quale regola generale per l'assunzione delle persone con disabilità da parte dei DdL privati e degli enti pubblici economici, ferma restando la stipula della convenzione ex art.11, L.68/99.

Anche per le persone con disabilità trova applicazione il patto di servizio, coerente con la profilazione qualitativa che tiene conto delle specifiche condizioni, e contiene il percorso di attivazione più idoneo alle loro condizioni, aggiornato ogniqualvolta l'operatore che ha in carico la persona con disabilità psichica acquisisce informazioni utili all'inserimento.

Il decreto attuativo della L.112/16 "Dopo di noi" (Decreto del Ministero del Lavoro, 2016) dettaglia (art.2) i principi del progetto personalizzato, che "individua i sostegni di cui la persona con disabilità grave necessita, a partire dalle prestazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie [...]. Per la definizione [...] viene coinvolta la persona con disabilità e si tiene conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze. Laddove la persona con disabilità grave non sia nella condizione di esprimere pienamente la sua volontà, è sostenuta dai suoi genitori o da chi ne tutela gli interessi; [...] individua una figura di riferimento (case manager) che ne curi la realizzazione e il monitoraggio [...]".

Si veda al proposito la fig.1, che illustra in parallelo i nuovi percorsi di assistenza (ad oggi ancora non operativi) che si prevedono per le imprese soggette all'obbligo ai sensi della L.68/99 (accoglienza ed informazione, colonna di sinistra) e per la persona con disabilità certificata, candidata al collocamento mirato (accoglienza e prima informazione, colonna di destra), ad esito dei quali vengono attivati i diversi servizi di supporto applicabili al caso concreto. Per il lavoratore lo strumento cardine è il "patto di servizio personalizzato", previa una "profilazione approfondita" per la "persona che richiede maggiore sostegno".

Fig.1 – Sinossi dei pervorsi di inserimento (da: Presentazione linea guida in materia di collocamento...)



In considerazione dei diversi istituti previsti, dato che non tutti i lavoratori con disabilità psichica presentano domande di riconoscimento di invalidità per le loro patologie (condizione necessaria per l'avvio dei diversi procedimenti), è importante che il MdL, ogni volta che è possibile, si attivi presso coloro che potrebbero beneficiare del diritto all'inserimento mirato per una loro più efficace tutela.

Le nuove linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità

Con D.M. sono state approvate le nuove linee guida in materia di collocamento mirato (Decreto Ministero Lavoro, 2022; non pubblicato in Gazzetta Ufficiale), i cui principi ispiratori sono ricapitolati in tab.20.

Tab. 20 – Principi ispiratori delle linee guida del Ministero del Lavoro

● Recepimento della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (Legge 3 marzo 2009, n.18)
● Multidimensionalità
● Redazione di progetti personalizzati
● Rete integrata dei servizi (sanitario, sociale, istruzione/formazione, lavoro) per la continuità nell'accompagnamento dei progetti personalizzati anche mediante la presenza di équipe multidisciplinari
● Dimensione del lavoro al centro dei percorsi di inclusione sociale delle persone con disabilità e dei relativi progetti di vita indipendente
● Partecipazione delle persone con disabilità ai progetti di inclusione proposti dai servizi
● Pari opportunità e non discriminazione
● Sistemi informativi integrati e interoperabili
● Approccio bio-psico-sociale come <i>standard</i> nelle more della revisione delle procedure di accertamento della disabilità
● Formazione degli operatori per il rafforzamento delle capacità del sistema

Relativamente all'approccio bio-psico-sociale, già più volte menzionato, il DM afferma che *“la definizione di disabilità e le indicazioni per la sua valutazione, in termini scientifici e metodologici si sono venute concentrando (...) su un modello bio-psico-sociale. Non esiste un'unica formulazione [...]; tuttavia, una attenta ricognizione della letteratura consente di identificare alcuni tratti essenziali”* (tab.21).

Tab.21 – Tratti essenziali dell'approccio bio-psico-sociale (DM)

● Centralità dell'interazione persona-ambiente come paradigma di riferimento per descrivere la disabilità, e più in generale il funzionamento umano
● Natura dinamica della disabilità con un'accentuazione del ruolo delle modificazioni ambientali, sostenendo e facilitando il funzionamento, o creando condizioni di ostacolo ed enfatizzando le limitazioni nelle attività e le restrizioni alla partecipazione
● Inclusione di tutte le componenti del funzionamento (fisiche, psicologiche, sociali)
● Utilizzo di linguaggio e strumenti capaci di rappresentare tale complessità

“In una modalità bio-psico-sociale questo tipo di analisi delle caratteristiche del funzionamento [...] si definiscono: capacità (persona con disabilità valutata senza aiuti) e performance (quando la persona con disabilità viene valutata funzionalmente individuando i facilitatori o le barriere rispetto alla funzione indagata). In tema di linguaggio di riferimento e di regole descrittive del funzionamento in ottica bio-psico-sociale”, l'ICF è il “riferimento indispensabile” (ivi). “Il modello bio-psico-sociale si basa su un'analisi multidisciplinare e multiprofessionale della persona in tutte le sue caratteristiche, coinvolgendo una molteplicità di professionalità con competenze che fanno capo a diverse discipline, rappresentando la persona [...] attraverso una valutazione complessiva delle condizioni, endogene ed esogene [...]. La lista di dimensioni valutative dell'allegato 1 è stata sviluppata attraverso un accurato confronto con le principali esperienze europee [...]. L'utilizzo [...] di un vocabolario ripreso dall'ICF consente un approfondimento e sviluppo valutativo per i servizi di collocamento mirato, aggiungendo altre dimensioni descrittive, coerenti con il vocabolario ICF” (ivi).

Per quanto di interesse in questa sede, è utile riflettere sulla differenza concettuale che il DM sottolinea tra capacità (caratteristica funzionale della persona in quanto tale) e *performance* (funzione concretamente possibile tenendo conto dei facilitatori e delle barriere presenti in un determinato contesto): il MC dovrà in molti casi confrontarsi, infatti, anche con considerazioni sulla *performance*.

La nuova scheda di funzionamento proposta nel DM (tab.22), realizzata appunto secondo un modello bio-psico-sociale, riprende in buona parte l'all.1, DPCM 13 gennaio 2000 (DPCM 13 gennaio 2000), che tuttavia mancava di corrispondenti schede per l'inserimento mirato.

Tab.22 – Dimensioni presenti nella scheda “profilo di funzionamento della persona con disabilità” (DM)	
● Funzioni cognitive di livello superiore	● Cambiare la posizione corporea di base
● Sensazione di dolore	● Mantenere una posizione corporea
● Funzioni di tolleranza dell'esercizio fisico	● Sollevare e trasportare oggetti
● Funzioni della mobilità dell'articolazione	● Uso fine della mano
● Funzioni della forza muscolare	● Bisogni corporei senza mediazione di altre persone
● Guardare	● Mangiare e bere senza mediazione di altre persone
● Ascoltare	● Uso della mano e del braccio
● Acquisire abilità	● Camminare
● Dirigere l'attenzione	● Usare un mezzo di trasporto
● Prendere decisioni	● Guidare
● Intraprendere compiti articolati	● Mantenere e gestire le interazioni con gli altri
● Gestire la tensione e altre richieste di tipo psicologico	● Appropriatezza del comportamento verso altre persone
● Farsi capire parlando, scrivendo a mano, o su tastiera, o con ogni altro mezzo che sia normale o ragionevole utilizzare senza la mediazione di altre persone	● Comprensione della comunicazione verbale o non (...), avvalendosi di ogni altro mezzo che sia normale o ragionevole utilizzare senza la mediazione di altre persone

È appena il caso di ricordare come il collocamento mirato ai sensi della L.68/99 sia un processo ben diverso dal “collocamento obbligatorio” della previgente L.482/68, centrato sull'obbligo di assunzione per il datore di lavoro e non sulle caratteristiche della persona e del lavoro.

Il DM prevede infatti un Allegato 2 “Scheda colloquio di accoglienza”, ad uso degli operatori del collocamento mirato, e un Allegato 3 “Scheda funzionamento posto di lavoro”, ad uso del Comitato Tecnico, che intendono proprio favorire il corretto *matching*, nell'interesse della persona, dei diversi *stakeholders* e della società nel suo insieme. Per i rapporti tra lavoro e disabilità, infatti, si usa spesso la metafora della serratura, che si apre subito se la chiave corrisponde, mentre altre la apriranno solo con difficoltà, ovvero non riusciranno affatto; e l'esperienza insegna come raramente i tentativi di forzatura ottengano i risultati sperati.

Reinserimento in ambito INAIL

Per quanto infrequente possa risultare l'applicazione in relazione a persona con disabilità psichica, si riassume in tab.23 e 24 la normativa e la prassi di settore.

Tab.23 – Normativa e prassi relativa alla disabilità in ambito di assicurazione obbligatoria INAIL	
L.190/14, art.1	Attribuisce all'INAIL le competenze in materia di reinserimento e di integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro con oneri a carico dell'Istituto
Determina Presidente INAIL n.258 dell'11.7.16	Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro, in attuazione dell'art.1, L.190/14
Circ.INAIL n.51	Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con

del 30.12.16	disabilità da lavoro. L.190/14, art.1, c.166
Circ.INAIL n.30 del 25.7.17	Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro. L.190/14, art.1, c.166. Inserimento in nuova occupazione a seguito di incontro tra domanda e offerta di lavoro.
Circ.INAIL n.6 del 26.2.19	Determinazione del presidente dell'INAIL 19 dicembre 2018, n.527. Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro in attuazione dell'art.1, c.166, L.190/14. Modifiche agli artt.5, 6 e 9.
Circ.INAIL n.34 del 11.9.20	Regolamento per il reinserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità da lavoro. Circ.INAIL n.51/16; n.30/17; n.6/19: valutazione delle limitazioni funzionali e individuazione degli interventi. Chiarimenti interpretativi

Ai sensi della Circ.INAIL n.51/16, i destinatari sono i lavoratori, subordinati o autonomi, con disabilità da lavoro tutelati dall'INAIL, che, a seguito di infortunio o malattia professionale e delle conseguenti menomazioni o aggravamenti, necessitano di interventi mirati per consentire o agevolare la prosecuzione dell'attività lavorativa (conservazione del posto di lavoro – tab.24).

Per la Circ.INAIL n.30/17 i soggetti destinatari sono le persone con disabilità, divenute tali per eventi lesivi tutelati dall'INAIL, e assunte con contratti di lavoro subordinato, anche a tempo determinato, o flessibili.

Tab.24 – Tipologie di intervento per il reinserimento in ambito di assicurazione obbligatoria INAIL	
Superamento e abbattimento delle barriere architettoniche	Interventi edilizi e/o impiantistici, dispositivi finalizzati a garantire l'accessibilità e la fruibilità degli ambienti di lavoro.
Adeguamento e adattamento delle postazioni di lavoro	Arredi facenti parte della postazione di lavoro, gli ausili e i dispositivi tecnologici, informatici o di automazione, funzionali all'adeguamento della postazione o delle attrezzature di lavoro, compresi i comandi speciali o gli adattamenti di veicoli costituenti strumenti di lavoro.
Formazione	Addestramento all'utilizzo delle postazioni e relative attrezzature, connesso agli adattamenti; formazione e tutoraggio per assicurare lo svolgimento della mansione; riqualificazione professionale funzionale all'adibizione ad altra mansione.

Gli interventi sono individuati nell'ambito di un progetto di reinserimento lavorativo personalizzato, elaborato dall'*équipe* multidisciplinare di I livello della Sede INAIL competente per domicilio del lavoratore, con l'apporto delle Consulenze tecniche territoriali dell'Istituto e il coinvolgimento del lavoratore e del DdL.

Per poter beneficiare del sostegno INAIL è indispensabile il giudizio del MC o dell'Azienda sanitaria locale a titolo di idoneità parziale, anche temporanea, con prescrizioni o limitazioni, o di inidoneità temporanea o permanente; o, nel caso di inserimento, di idoneità con prescrizioni o limitazioni, espresso in sede di visita medica preventiva in fase preassuntiva. Dove il giudizio non sia stato ancora espresso, o espresso in termini di idoneità senza limitazioni o prescrizioni, ciò non può costituire condizione ostativa al reinserimento, ferma restando la condivisione del progetto da parte del lavoratore e del DdL. Quando, invece, il MC o il SP abbiano espresso un giudizio di idoneità parziale temporanea o permanente con prescrizioni o limitazioni, ovvero di inidoneità temporanea o permanente, il progetto deve tenerne conto.

In ogni caso, l'interlocuzione con il MC è di fondamentale importanza per individuare più efficaci soluzioni per garantire il reinserimento.

Si sottolinea infine il frequente intreccio col tema dello SLC, con le difficoltà criteriologiche (DSM-IV e DSM-V) a riconoscere una patologia da SLC in presenza di una preesistente diagnosi di disturbo psichiatrico; un recente studio (Kim et al, 2023) mostra però un aumento di rischio per l'esordio di un disturbo depressivo in relazione a fattori noti di SLC, quali: richieste del lavoro (OR: 4.34; [CL 95%:2.37-7.96]); insicurezza del rapporto di lavoro (OR: 3.21 [1.89-5.48]); clima lavorativo (OR: 3.18 [1.91-5.31]).

DISABILITÀ PSICHICA E LAVORO NELLA PROSPETTIVA DEI SERVIZI DI PREVENZIONE

Nel caso dei lavoratori con DP l'attività dei SP, pur di natura eminentemente tecnico-specialistica, resterebbe incompresa, e persino estranea ad una logica di valutazione di efficacia, se non fosse concepita in una cornice di sanità pubblica e di politiche istituzionali, che nelle società democratiche definiscono dinamicamente un livello "tollerabile" di diseguaglianze (Bamberg, 2010).

In altre parole, la logica del compito, in assenza di una prospettiva strategica, si concretizzerebbe per i SP solo in una serie di prestazioni e di adempimenti di legge, di dubbia utilità al potenziale beneficiario e alla società; né realizzerebbe necessariamente l'interesse primario del buon andamento della P.A.

Ciò non significa che i SP abbiano un ruolo politico, ma che devono agire in un contesto – che non coinvolge solo le P.A. competenti, ma anche la parte datoriale, pubblica e privata, e le rappresentanze dei lavoratori – in cui realizzare una collaborazione di sistema, orientata a favorire l'inclusione. A questo si aggiungono le politiche ai diversi livelli, più o meno virtuose, delle singole imprese/enti (si veda ad esempio l'art.1, c.1, lett.e), D.Lgs. 151/15: *"promozione dell'istituzione di un responsabile dell'inserimento lavorativo nei luoghi di lavoro, con compiti di predisposizione di progetti personalizzati per le persone con disabilità e di risoluzione dei problemi legati alle condizioni di lavoro dei lavoratori con disabilità..."*) per il mantenimento e/o il reinserimento al lavoro nello stesso contesto/ mansione, o, più in generale, nel "mercato del lavoro".

La molteplicità dei sistemi regionali, costituzionalmente orientata, viene a complicare il quadro, con l'ulteriore difficoltà della frammentazione di competenze tra le diverse articolazioni di ciascuna regione (lavoro, sanità, "sociale", formazione).

Integrazione sociale e sanitaria

I moderni sistemi di *welfare* tendono, sia pure con esiti non sempre soddisfacenti, a supportare le persona con disabilità psichica attraverso modelli centrati sulla persona (Camoni et al, 2020).

In ambito socio-sanitario, in particolare, il budget di salute, inteso come *"insieme delle risorse economiche, professionali, umane e relazionali, necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale"*, è oggi diventato in Italia lo strumento di riferimento per l'integrazione socio-sanitaria in percorsi di cura, nell'ambito di Progetti Terapeutici Riabilitativi Personalizzati, articolati nei principali determinanti sociali di salute (casa, formazione-lavoro, socialità), che portano a sintesi i contributi di diversi servizi pubblici ed agenzie, incluso il Terzo Settore; e il *budget* di salute è stato recentemente oggetto di intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni-Autonomie locali (Conferenza Permanente, 2022), che lo ha adottato come modello di riferimento.

Non si tratta di una mera considerazione di principio, in quanto risulterebbe quanto mai utile che, come descritto in varie esperienze internazionali (Nielsen et al, 2018; Andersen et al, 2012), i servizi per l'impiego fossero coordinati anche in Italia coi servizi socio-sanitari integrati, per migliorare l'efficacia degli interventi e non disperdere le limitate risorse disponibili.

Nello specifico, per la salute mentale si intende realizzare un paradigma articolato sull'analisi e la presa in carico dei diversi bisogni, innovativo rispetto ad una visione concentrata sull'assistenza sanitaria (Tab.25).

Tab.25 – Nuovo paradigma della presa in carico della salute mentale	
Paradigma assistenziale corrente (focus su PSM)	Nuovo paradigma (verso la presa in carico)
<ul style="list-style-type: none"> ● Accesso a servizi e fruizione di prestazioni "su richiesta" da parte di un "utente" 	<ul style="list-style-type: none"> ● Valutazione dei bisogni ● Implementazione di percorsi ● Umanizzazione e promozione della partecipazione della persona alla gestione del proprio PSM
<ul style="list-style-type: none"> ● Sequenza di atti, compiti, prestazioni 	Cura: <ul style="list-style-type: none"> ● continuità di relazione, fino alla proattività ● ampliamento della prospettiva (presa in carico di aspetti sociali nell'approccio alla salute mentale)

<ul style="list-style-type: none"> ● Insufficiente coordinamento tra prestazioni erogate e soggetti erogatori (strutture organizzative, MMG, MC) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Focus sulla persona con PSM ● Coordinamento tra diversi servizi e soggetti competenti
<ul style="list-style-type: none"> ● Scarso coordinamento tra prestazioni sanitarie e non 	<ul style="list-style-type: none"> ● Coordinamento tra servizi sanitari e non sanitari

Framework internazionale per la salute mentale al lavoro

L'OMS propone con l'ILO tre linee strategiche per affrontare a livello globale il tema (tab.26).

Tab.26 – Linee strategiche OMS per la salute mentale al lavoro (modif. da: OMS-ILO, 2022)		
Strategia	Azioni	Interventi
Prevenzione	Ridisegnare gli ambienti di lavoro per minimizzare i rischi psicosociali ed evitare che i lavoratori sperimentino PSM	Gestione dei rischi psicosociali (interventi organizzativi): es. flessibilità, chiarezza di ruoli, coinvolgimento dei lavoratori, ecc.
Protezione e promozione	Rafforzare la consapevolezza, le abilità e le opportunità per riconoscere i PSM e agire precocemente per proteggere e promuovere la salute mentale dei lavoratori	Politiche di inclusione Formazione dei <i>manager</i> in tema di salute mentale dei lavoratori Formazione dei lavoratori sulla salute mentale e su interventi individuali (es.gestione dello stress)
Supporto	Supportare i lavoratori con PSM nell'accesso al lavoro, nel mantenimento del lavoro e nel lo sviluppo del benessere lavorativo	Accomodamenti ragionevoli, programmi per il rientro al lavoro, iniziative di supporto all'impiego, supporto medico e/o psicologico

Tutte queste linee strategiche trovano riscontro, sia pure in diversa misura, nel presente contributo.

Politiche attive del lavoro per la disabilità psichica

Al di là delle prescrizioni normative sul collocamento mirato ai sensi della L.68/99 presso i soggetti "obbligati" (pubblici o privati), nelle politiche attive del lavoro (cioè nelle strategie degli enti pubblici aventi competenza) si confrontano varie opzioni per la persona con disabilità psichica (tab.27).

Tab.27 – Opzioni per l'inserimento / mantenimento al lavoro	
1. Inserimento socio-terapeutico	Previsto in un percorso di cura, socializzazione e rafforzamento dell'autonomia, sotto la responsabilità del DSM, in genere col supporto dei servizi sociali (ed eventualmente del terzo settore), mediante un progetto specifico dai contenuti personalizzati (la cui stessa forma implica un orizzonte temporale limitato); è rivolto a soggetti maggiorenni con riconoscimento di <i>handicap</i> (L.104/92) e/o IC >74%, da inserire a tempo determinato (≤2 anni), su valutazione sociale, anche con % o tipologie di invalidità diverse
2. Tirocinio (stage)	Inserimento/reinserimento e/o formazione, di durata variabile, finalizzato o meno all'assunzione: necessita di tre soggetti (ente promotore, impresa ospitante, persona con disabilità) e un progetto, contenuto nella convenzione tra impresa ed ente promotore
3. Lavoro protetto	Svolto in mansioni e spazi specificamente progettati: tipicamente, convenzioni con imprese sociali, di cui all'art.1, L.381/91 (art.14, D.Lgs. 276/03)
4. Convenzione col DdL	Prevede incentivi economici per l'assunzione di disabili intellettivi o psichici (ad es. se IC >45%)
5. Inserimento in lavoro	Mediante un <i>toolkit</i> di azioni a supporto (ad es. supervisione, formazione, tirocinio), in mansioni ed ambienti in linea di principio sovrapponibili a quelli cui può operare un

“competitivo” con supporto	lavoratore senza disabilità
6. Personalizzazione del lavoro	Attuata per la persona che già lavora, in relazione al concreto funzionamento, finalizzata al mantenimento al lavoro; comprende gli “accomodamenti ragionevoli”
7. Inserimento senza particolari tutele	La persona accede attraverso il mercato del lavoro competitivo, senza particolari forme di supporto

È importante, ai fini dell’applicazione della sorveglianza sanitaria, che il MC approfondisca insieme al DdL, al RSPP e al *management* se la specifica situazione di inserimento giuridicamente corrisponda (o meno) alla definizione di lavoratore ai sensi dell’art.2, c.1, lett.a), D.Lgs.81/08.

Al di fuori della pura ottemperanza all’obbligo, ove previsto, l’inserimento – per essere efficace – deve poi tendere a risultare sostenibile per il DdL (in termini di produttività; o con qualche tipo di incentivo, in caso di ridotta produttività; o, infine, perché si riconosce un valore aggiunto, ad es. reputazionale).

L’approccio alla persona con disabilità psichica nell’inserimento al lavoro, allora, può essere schematicamente compreso a partire da due diverse concezioni: un “paziente”, un individuo bisognoso di tutela, con un inserimento graduale in contesti protetti, per arrivare – se del caso – ad una transizione nel mercato del lavoro; un “candidato al lavoro” fin dall’inizio, cui fornire supporto per l’inserimento e il mantenimento nel mercato del lavoro competitivo, con eventuali soluzioni personalizzate (sarà esaminato più avanti il piano di lavoro) e/o con l’affiancamento di un *job coach* (Senato della Repubblica, 2017; Battiloro et al, 2021b).

Il ruolo istituzionale dei SP contempla per la DP attività proprie, oltre alla partecipazione ad attività più propriamente medico-legali, cui si aggiunge infine la collaborazione con MC, SSM, medici legali e MMG nella gestione di una persona con disabilità (ciascuno è portatore del proprio legittimo punto di vista, da coordinare con gli altri nell’interesse della persona stessa – e in questo senso il MdL del SP può avere un ruolo fondamentale).

Ciascuna prestazione medico-legale è caratterizzata innanzitutto dal campo di applicazione e da un proprio oggetto di valutazione, definiti dalla norma di riferimento (tab.28).

Tab.28 – Oggetti di valutazione del lavoratore nei diversi ambiti normativi

D.Lgs.81/08, art.41	Idoneità alla mansione specifica
L.68/99	Capacità globale – capacità residue – punti di forza – compatibilità tra minorazioni e mansioni affidate
L.300/70, art.5, c.3	Idoneità fisica

In queste attività il medico del SP si confronta con almeno tre categorie di colleghi, ciascuna portatrice di propri punti di vista ed esigenze: gli SSM, i medici legali ed i MC (coi quali condivide però una medesima prospettiva professionale, pur nella diversità di ruolo).

Il primo punto da sottolineare è la necessità di collaborazione operativa tra diversi professionisti e differenti discipline, mirando ad un approccio valutativo per quanto possibile condiviso, in una nuova visione della cura per la salute mentale (tab.25). La letteratura raccomanda oggi che gli SSM affrontino regolarmente il tema del lavoro nella relazione con il paziente (van Hees, 2022a), anche per poter valutare, oltre all’impatto sul quadro clinico, altri aspetti significativi per la persona, quali lo stile di *coping*.

È innanzitutto utile, per evitare l’appiattimento del medico del SP sull’evasione della singola prestazione (c.d. logica del compito), riflettere su obiettivi (tab.29) e strumenti (tab.30) individuati dalla letteratura e dall’esperienza sul campo per la gestione della DP al lavoro.

Tab.29 – Obiettivi per una efficace gestione lavorativa delle persone con disabilità psichica

● Promozione di un approccio multidisciplinare alla valutazione e al follow-up
--

● Applicazione del modello “globale” (bio-psico-sociale) della salute
Perseguimento del benessere lavorativo
● Contrasto – in concreto – allo stigma, in particolare sul tema della pericolosità per terzi
● Inserimento, mantenimento e reinserimento in lavori per quanto più possibile “competitivi”

Tab.30 – Strumenti per un efficace contributo del MdL alla gestione delle persone con disabilità psichica

● Spostamento del <i>focus</i> di valutazione dal PSM come tale al funzionamento
● Formulazione di valutazioni che – oltre alle limitazioni ritenute necessarie – considerino punti di forza e contenuto/contesto della mansione specifica
● Promozione delle ipotesi di supporto (anche con misure tecniche), affiancamento, supervisione
● Gradualità dell’inserimento (ad es. in termini di compiti e/o di orario) e monitoraggio dell’efficacia

È superfluo ripercorrere le motivazioni – già rappresentate nell’introduzione – alla base della necessità di una reale valutazione multidisciplinare, che valorizzi i contributi dei singoli professionisti, producendo un giudizio sintetico condiviso; ove ciò non sia possibile, è in ogni caso importante che sia il MdL a farsi parte diligente per portare a sintesi tali contributi.

Può essere utile considerare la DP anche in una prospettiva “ecologica” (*Ecological System Theory*), secondo la quale nell’arco della vita la persona con disabilità fa esperienza di sistemi distinti, che si possono anche sovrapporre negli interventi o negli effetti (cfr. tab.31): insieme all’equità, si tratta di una delle varie “lenti” con cui si può osservare e comprendere meglio la società nel suo rapporto con la DP.

Tab.31 – La persona con disabilità psichica in una prospettiva ecologica: i diversi sistemi con cui interagisce (modif. da: American Psychological Association, 2022)

Microsistemi	Istituzioni o sistemi che influenzano una persona con disabilità in un contesto immediato: famiglia; lavoro e servizi correlati; servizi sanitari, sociali, di istruzione e formazione; religioni; volontariato.
Mesosistemi	Interazioni tra due o più istituzioni o contesti cui la persona con disabilità partecipa: es. casa/lavoro; servizi sociali/servizi sanitari; imprese/sistema dei controlli; tutela del lavoro/tutela della salute.
Esosistemi	Contesti e sistemi cui la persona con disabilità può non partecipare attivamente, ma che hanno un potenziale impatto sulla vita: es. sistema economico-produttivo e finanziario; amministrazioni statali; amministrazioni locali; sistema sanitario e socio-sanitario; sistema dell’istruzione e della formazione; sistema giudiziario; organizzazioni sindacali; media.
Macrosistemi	Sistemi caratterizzati da una condivisione generale, o di ampie fasce di popolazione: leggi; norme amministrative; politiche sociali; quadro culturale (es. valori); credenze religiose; opinioni politiche.
Cronosistemi	Il modo in cui i diversi sistemi si evolvono o vengono diversamente sperimentati nel tempo

Le persone con disabilità psichica si trovano a “navigare” all’interno di questi sistemi con vari gradi di consapevolezza e di competenza, a volte incontrando serie difficoltà, ed è – anche sul piano etico – compito dei SP fornire loro assistenza, nei limiti delle risorse e delle possibilità istituzionali.

La prospettiva ecologica è utile come approccio alla complessità dei sistemi in cui la persona è coinvolta e delle interazioni reciproche: non è infatti infrequente imbattersi in situazioni nella quali sono proprio interazioni tra sistemi non previste, o non correttamente governate, a determinare criticità (ad esempio, persone

seguite dai servizi sociali che non usufruiscono del collocamento mirato, o viceversa). In casi simili un'efficace implementazione del *budget* di salute potrebbe consentire di prevenire, o almeno limitare, tali criticità. La prospettiva è anche importante per dare conto delle difficoltà di raccolta e analisi dell'evidenza scientifica e dell'implementazione in programmi, politiche o linee guida, che tengano conto delle marcate differenze di contesto (e per ciò stesso di risultati), a partire dalle diversità negli impianti giuridici e dei sistemi sanitari sino a quelle che caratterizzano settori produttivi e singole organizzazioni lavorative (cfr. anche tab.48).

Il contrasto allo stigma può essere perseguito anche dai SP più mirando ad un'inclusione efficace che mediante affermazioni di principio: i soli strumenti normativi, se svincolati dalle situazioni concrete, non sono sufficienti (la legislazione è formalmente buona, ma non sempre di agevole applicazione), e si avvicinerebbero pericolosamente ad esercizi di retorica. Vi è ancora molta enfasi sull'obbligo di assunzione, molta meno sulle politiche attive e sul coordinamento con le effettive richieste del "mercato del lavoro": è infatti importante inserire, mantenere, reinserire in lavori per quanto più possibile "competitivi" (ossia non percepiti "diversi" da quelli dei colleghi); la "competitività sul mercato" (da intendere come pari opportunità con questi) è un obiettivo di uguaglianza sostanziale per il lavoratore, e la correlazione diretta con la domanda può oltretutto favorire la permanenza della persona con disabilità nel mercato del lavoro.

La *Strategia europea per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030* (Commissione Europea, 2021) al punto 4.3 conferma l'orientamento dell'Unione in tale direzione: *"Un gran numero di persone con disabilità gravi non lavora nel mercato del lavoro aperto bensì in strutture che offrono occupazione cosiddetta 'protetta'. Si tratta di regimi di varia natura che non sempre garantiscono alle persone con disabilità condizioni di lavoro adeguate o i diritti dei lavoratori, né tantomeno percorsi verso il mercato del lavoro aperto"*.

Risulta anche importante considerare l'esperienza della persona in una logica di *empowerment*.

Una recente analisi qualitativa delle interviste a 56 professionisti con PSM ha ad esempio rivelato spunti interessanti (Elliott & Reuter, 2022): se talune condizioni di lavoro (pressione derivante dalle responsabilità, esposizione a trauma secondario) pongono problemi per la gestione dei sintomi (ad es. scoppi di rabbia), al contempo si evidenziano nel lavoro aspetti positivi come le opportunità di relazioni sociali e la capacità di rendere conto del proprio lavoro e di provare maggiore empatia.

Sono anche da considerare le prospettive dei lavoratori con PSM in stato di disoccupazione, il cui impatto avverso sulla salute mentale è ben caratterizzato (Audhoe et al, 2018).

Il perseguimento del benessere lavorativo è infine fondamentale in un'ottica di auto-efficacia, nel quadro di un più generale miglioramento della qualità di vita: un recente studio (Horn et al, 2022) ha valutato questo aspetto nelle traiettorie di rientro al lavoro, individuando una notevole eterogeneità di percorsi, anche in rapporto al PSM della persona. Anche questi strumenti sono stati trattati in buona parte nell'introduzione: la cassetta degli attrezzi è dunque più ricca di quanto si ritenga, ma la doverosa finalità inclusiva non deve condurre a trascurare la presenza di *red flags*, che segnalano potenziali criticità nell'inserimento (tab.32).

Tab.32 – Persona con disabilità psichica e lavoro: *red flags*

A livello individuale

- Non consapevolezza di malattia
- Mancanza di una struttura della salute mentale o di un professionista di riferimento
- Evidenza di patologia non in compenso
- "Doppia diagnosi" (comorbilità tra disturbo da uso di sostanze e/o alcol e un altro PSM)
- Non aderenza alla terapia e/o presenza di evidenti effetti collaterali (es. sedazione)
- Isolamento e/o rottura di rapporti interpersonali al lavoro
- Difficoltà a gestire situazioni stressanti, o percezione di SLC in situazioni già percepite come "normali"

A livello aziendale

- Segnalazioni di comportamenti incongrui, sino alla violenza verbale o fisica
- Frequenti errori nei compiti lavorativi e/o calo delle prestazioni lavorative
- Infortuni sul lavoro frequenti e/o con modalità di accadimento anomale
- Frequenti assenze per malattia e/o evidente *presenteeism*

Anche il MC deve saper riconoscere (ad es. nella raccolta anamnestica) ed affrontare queste situazioni. La tab.33 ci aiuta a comprendere meglio talune difficoltà incontrate dagli SSM nell'interpretare la relazione concreta tra "quella persona" e "quel lavoro".

Tab.33 – Possibili difficoltà nella relazione tra DSM/SSM e SP

● Esigenza di salvaguardare la relazione terapeutica
● Prospettiva di <i>advocacy</i> verso il paziente vs. necessità di una valutazione "esperta" a carattere indipendente sulla capacità lavorativa nello specifico contesto lavorativo
● Tutela della riservatezza dei dati personali
● Scarsità di tempo per il DSM per affrontare col paziente – tra i tanti – anche il tema "lavoro"
● Scarsa conoscenza dei temi connessi al lavoro e al funzionamento lavorativo
● Difficoltà ad affrontare col paziente tematiche di sicurezza (per sé e per gli altri)
● Delega del tema "lavoro" ai SP e al MC, ma con scarsa consapevolezza del ruolo

Accanto a ciò si deve considerare, per alcuni percorsi normativi (es. L.68/99), il ruolo – che non ha riscontro in altri contesti europei ed internazionali – attribuito alla medicina legale pubblica (tab.34), ad oggi trasferita, o in fase di passaggio, all'INPS: dal 1° giugno 2023, ad esempio, l'INPS svolge le funzioni già esercitate dalle Commissioni mediche di verifica del Ministero dell'Economia, relative all'idoneità, inidoneità e inabilità lavorativa dei dipendenti pubblici (Decreto Legge 21 giugno 2022, n.73).

Tab.34 – Possibili difficoltà nella relazione tra medicina legale e SP

● Prospettiva di "tutela sociale", focus su invalidità e "menomazioni" più che sulla "capacità globale" della persona con disabilità psichica (con i suoi punti di forza)
● Focus sulla "permanenza dello stato invalidante"
● Tendenza a ragionare in termini di limitazioni più che a individuare punti di forza
● Valore attribuito alla scheda all.1, DPCM 13.1.00
● Relativa conoscenza dei temi connessi al lavoro

Contestualizzare le eventuali limitazioni

Un *position paper* dell'ACOEM conclude che la letteratura scientifica a supporto della formulazione di limitazioni relative alle mansioni è per lo più scarsa (Jurisic et al, 2017); e nello stesso senso una *review* su PSM e patologie muscolo-scheletriche: i limiti si rinvergono nella variabilità dei metodi, nella scarsa riproducibilità tra valutatori diversi e nelle difficoltà di trarre indicazioni generali (Barth et al, 2017).

Da qui discende l'opportunità di evitare, per quanto possibile, nelle eventuali modifiche ai giudizi di idoneità in sede di esame dei ricorso ai sensi art.41, c.6, D.Lgs.81/08, limitazioni formulate in modo generico (es. "escludere da lavori stressanti"), prendendo in considerazione piuttosto i diversi compiti/attività in cui si articola la mansione, che comportano il rischio specifico (es. SLC), o la capacità, cui si fa riferimento, e che dovrebbero essere noti. Le medesime considerazioni valgono, a maggior ragione, per il MC.

Cristaudo et al (2023) propongono il piano di lavoro personalizzato come metodologia per la gestione di lavoratori con patologie/disabilità: "Il piano di lavoro rappresenta un'analisi dettagliata, condotta con l'ausilio di procedure concordate con le figure tecniche coinvolte (RSPP, Risorse Umane, ecc.), per verificare le condizioni di lavoro a rischio, consentendo così una rimodulazione dell'attività in base alle indicazioni del MC. In pratica, le attività che compongono la specifica mansione possono essere rimodulate, unendo quelle ancora compatibili con quelle rese compatibili con particolari tecniche (es. DPI, modifiche strumentali), organizzative (es. tempi, modi, pause), o interventi procedurali". Occorre considerare anche gli aspetti

relazionali della mansione e dei vari compiti in modo sistematico, e non solo nei casi in cui siano già emersi disagi o criticità rilevanti (con la possibile insorgenza di disagio lavorativo o disturbi da SLC).

Ciò aiuta anche il DdL a superare le ben note difficoltà nel tradurre in provvedimenti organizzativi appropriati le eventuali limitazioni allo svolgimento della mansione specifica formulate dal MC nel giudizio di idoneità.

Dove non esistessero piani di lavoro formalizzati, ci si può avvalere di *job descriptions* (più impiegate per il reclutamento), mansionari, profili professionali o declaratorie riconducibili a norme o a istituti contrattuali (com'è il caso, ad esempio, di molte P.A.); ed è sempre possibile richiedere al DdL e/o al dirigente la descrizione dettagliata di compiti e attività in cui si articola la mansione specifica in valutazione.

Possono risultare utili al DdL/*management* aziendale e alla persona con disabilità psichica strumenti di analisi strutturata delle richieste e delle aspettative che una mansione pone, come nel caso di un opuscolo-*checklist* elaborato da *Canada Life (Canada Life – Workplace Strategies for Mental Health)*.

Va infine sottolineata la difficoltà, nel contesto nazionale, che le PMI incontrano nella ricollocazione dei lavoratori, in considerazione dei ridotti margini di flessibilità che spesso caratterizzano la loro organizzazione del lavoro: in questi casi è ancora più importante il ruolo “consulenziale” del MC.

Un breve cenno alla disabilità intellettiva e alla *neurodiversity*

Circa l'1% della popolazione presenta una disabilità intellettiva (Committee to Evaluate., 2015), definita come un “*deficit significativo nelle funzioni cognitive ed adattative con insorgenza durante il periodo dello sviluppo*” (America Psychiatric Association, 2022). Anche per queste persone si pone con forza il problema dello stigma e, di contro, della necessità di individuare inserimenti mirati e veramente appropriati alla situazione individuale, tanto di salute che sociale. Queste persone sono in genere già note sia ai servizi di salute mentale (per adolescenti o per adulti, a seconda dell'età) che ai servizi sociali, coi quali il MC può pertanto collaborare proficuamente per migliorare l'efficacia degli interventi.

La loro situazione occupazionale, tuttavia, è ad oggi ancora difficoltosa: come esempio di tante condizioni tra loro eterogenee si può fare riferimento ad una recente indagine nazionale, che mostra come, a seconda delle fasce di età, le persone inserite, o in corso di inserimento, variano tra il 29.2% e il 42.1% del campione (tab.35); per analisi di maggiore dettaglio si rimanda alla fonte (COORDOWN, 2023).

Tab.35 – Tipologie di attività sociali svolte dalle persone maggiorenni con sindrome di Down (modif. da: Coordown, 2023)

Attività	Età (anni)		
	>18 (tutti)	Fascia 20-30	Fascia >30
Lavoro	17.3%	15.7%	22.5%
Tirocinio lavorativo	16.8%	26.4%	6.7%
(Lavoro + tirocinio)	34.1%	42.1%	29.2%
Studio	16.8%	13.2%	7.9%
Frequenza centro diurno	19.9%	19.0%	24.7%
Frequenza di percorso socializzante	8.9%	14.0%	3.4%
Nessuna delle attività precedenti	19.9%	10.8%	34.8%
(Attività non lavorative)	65.4%	57.1%	70.8%
Non risponde	0.4%	0.8%	-

L'analisi dei dati raccolti nella *survey* annuale BRFSS, condotto con inchieste telefoniche tra residenti USA di età >18 anni, selezionati casualmente, ha mostrato per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità cognitiva (definita come risposta affermativa alla domanda: “*A causa di una condizione fisica, mentale o emotiva hai avuto serie difficoltà a concentrarti, ricordare, o prendere decisioni?*”) i risultati della tab.36.

Tab.36 – Prevalenza di disabilità cognitiva e di almeno una categoria di disabilità nella forza lavoro USA, interviste nel periodo 2016-2020 (modif. da: Shockey et al, 2023).

Disabilità	Fasce di età (anni)					
	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	Tutte
A. Cognitiva	13.9%	8.8%	6.0%	5.1%	4.5%	7.0%
B. ≥1 tipologia di disabilità*	19.5%	14.0%	11.7%	13.9%	17.7%	14.8
A/B*100	69.7%	62.9%	51.3%	36.7%	25.4%	47.2%

* categorie esplorate: udito, vista, cognitiva, mobilità, cura di sé, vita indipendente.

La rappresentazione della disabilità cognitiva nella forza lavoro risulta massima nella fascia 15-24 anni, e declina con l'aumento dell'età. Il dato può far supporre che l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità cognitiva (ad es. persone con ADHD o disabilità intellettive) in giovane età sia efficace nel sistema statunitense, probabilmente per una maggiore attenzione alla diagnosi e ad interventi precoci, a fronte di un successivo aumento di prevalenza, negli anni, di altre forme di disabilità (Scott et al, 2019).

Queste persone possono mostrare un'elevata soddisfazione in ordine al loro lavoro, laddove ricorrano alcune condizioni (ad es.: motivazione, autonomia, connessione emotiva) (Akkerman et al, 2018; Kocman & Weber, 2018); i fattori che contribuiscono all'inclusione sono molteplici, ed è richiesta una mediazione tra le richieste del lavoro e le caratteristiche della persona (Lysaght et al, 2017); è poi importante anche in questo caso mirare a lavori competitivi (Voermans et al, 2021). In altri casi sono praticabili soluzioni di lavoro protetto (Metzel et al, 2007), pur se i livelli occupazionali restano bassi, come ad esempio nel Regno Unito (Office of National Statistics, 2022). È del pari importante considerare il punto di vista e le esperienze dei componenti delle "reti informali" di supporto, la prima delle quali è la famiglia (Voermans et al, 2023).

Un tema scarsamente valorizzato in ambito occupazionale anche dalla letteratura, e che il MC si può trovare di fronte, sono le condizioni quali disturbo specifico dell'apprendimento (DSA) ed altre, che in ambito scolastico vengono ad esempio attenzionate a titolo di disabilità, alcune delle quali potrebbero essere considerate in un'ottica di *(neuro)diversity*, evitando così un possibile stigma anche in ambito lavorativo (Blackburn, 2023; Graham, 2022). Da fonte ministeriale (Ministero dell'Istruzione, 2022), a livello di istruzione secondaria gli alunni con DSA erano nell'anno scolastico 2020-21 il 6.3% (rispetto allo 0.9% dell'anno 2010-2011), verosimilmente per una maggiore attenzione alla tematica. Secondo alcune stime, si potrebbe trovare in una di queste condizioni di *(neuro)diversity* fino al 15-20% delle persone, per le quali ci sono poi indicazioni di un elevato tasso di insuccessi in sede di assunzione (Blackburn, 2023). Per queste persone gli esiti desiderabili sono – in estrema sintesi – l'autonomia, l'indipendenza, il benessere individuale e sociale e la partecipazione alle attività sociali, prima tra tutte il lavoro (Lord et al, 2022), anche attraverso interventi mirati. La complessità intrinseca e la variabilità di queste condizioni (Pellicano et al, 2022) rappresentano una sfida che il MdL dovrebbe raccogliere, sempre per la valutazione del funzionamento.

Pur in presenza di limitazioni, anche queste persone molto spesso possiedono rilevanti punti di forza, con potenziali vantaggi per i loro DdL; e con gli adattamenti eventualmente necessari – alla luce delle condizioni individuali e dalla mansione svolta – possono non presentare una effettiva disabilità lavorativa (Blackburn, 2023). Esempi (non esaustivi) di punti di forza, che possono essere presenti in queste persone, di cui si possono avvalere in ambito lavorativo, sono riportati in tab.37.

Tab.37 – Caratteristiche di alcune forme di DP nella relazione con il lavoro (da: Blackburn, 2023)

ADHD	Elevato grado di impegno, pensiero creativo e attenzione ai dettagli
Spettro autistico	Alcune persone presentano capacità elevate in ambiti specifici (es. musica, programmazione di computer)
Dislessia	Maggiore capacità nella gestione di informazioni visuali (es. grafica)

È infine interessante il rilievo di un recente studio svedese, che mostra come in una popolazione di sportivi paralimpici con disabilità intellettiva la condizione di occupato è molto più frequente, soprattutto nei maschi (72%), suggerendo che la pratica sportiva possa migliorare in modo rilevante le opportunità di trovare e mantenere un lavoro (Selander & Wall, 2023).

Alcune puntualizzazioni giuridiche sul reinserimento dei lavoratori con disabilità

Occorre superare un equivoco che spesso si ripropone nella relazione tra SP e MC: per i lavoratori disabili si applica la sorveglianza sanitaria *“in quanto misura generale di tutela della salute (art.15, c.1, lett.I, D.Lgs. 81/08), che non può essere omessa proprio per lavoratori riconosciuti ope legis più fragili. Il lavoratore disabile può ricorrere ai sensi dell'art.41 come gli altri lavoratori. Nel senso di una non incompatibilità tra le due normative si è espressa anche la Corte Costituzionale (sentenza n.354/97), sia pure relativamente a norme previgenti (rispettivamente, D.Lgs.626/94 e L.482/68)”* (Regione Toscana, 2018).

È anche importante richiamare il disposto dell'art.42, c.1, D.Lgs.81/08: *“Il datore di lavoro, anche in considerazione di quanto disposto dalla L.12 marzo 1999, n.68, in relazione ai giudizi di cui all'art.41, c.6, attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inedoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza”*.

La Direttiva n.1/2019 del Ministero per la pubblica amministrazione (2019) fornisce indirizzi applicativi e linee guida per una corretta applicazione della norma per cui, nelle amministrazioni pubbliche con oltre 200 dipendenti, è fatto obbligo di nominare il responsabile dei processi di inserimento lavorativo delle persone con disabilità, per garantire un'efficace integrazione (D.Lgs.165/01, art.39-ter); nel settore privato grandi gruppi o aziende hanno provveduto a nominare un *disability manager*, con analoghe funzioni (INAPP – Ministero del Lavoro, 2023).

Si tratta di figure che possono fornire un contributo fondamentale anche nel caso della DP come facilitatori dell'inclusione e preziosi collaboratori del DdL, del RSPP e del MC.

Altre nozioni rilevanti sono riassunte in tab.38: per esigenze di brevità si rimanda ad un recentissimo contributo (Cristaudo et al, 2023) e ai riferimenti giurisprudenziali indicati.

Tab.38 – Fonti normative e giurisprudenziali per il mantenimento al lavoro dei disabili	
Accomodamento ragionevole	<ul style="list-style-type: none"> • Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (United Nations, 2006), art.2: <i>“le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento o l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali”</i>. • Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000 (recepita con D.Lgs. 9 luglio 2003, n.216): stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro; art.5: <i>“soluzioni ragionevoli per i disabili”</i>, a meno che non impongano <i>“un onere sproporzionato per il datore di lavoro”</i>. • UNI ISO 30415:2021 Gestione delle risorse umane - Diversità e inclusione (UNI, 2021) • Cassazione Civile, Sezione Lavoro, 9 marzo 2021, n.6497 (Cassazione civile, 2021b).
Repechage	<ul style="list-style-type: none"> • Art.42, D.Lgs.81/08 • Art. 2103 codice civile (mansioni del lavoratore) • Cass.Civile, Sezione Lavoro, 4 marzo 2021, n.6084 (<i>ex multis</i>) (Cassazione civile, 2021a).

Occorre sottolineare, in particolare, che l'accomodamento ragionevole riguarda non solo i disabili “certificati” secondo la legislazione sociale, ma ogni lavoratore la cui idoneità sia limitata da problemi di salute: la sua applicazione prescinde quindi da soglie di invalidità, o da patologie (Cristaudo et al, 2023), ma, in assenza di una specifica prescrizione normativa (se si eccettua l'art.42, D.Lgs.81/08, formulato tuttavia in modo diverso) è al momento il diritto vivente a decidere caso per caso in merito alla “ragionevolezza” di una certa misura laddove il lavoratore agisca in giudizio; e si tratta oltretutto di norme non coperte da sanzioni. Basti segnalare, tuttavia, che il MdL si può trovare direttamente coinvolto sul punto, ed una conoscenza almeno

di base dell'argomento, col supporto di giuristi aperti al confronto, può risultare utile per una maggiore consapevolezza delle implicazioni della propria pratica professionale.

Il complesso contenzioso su questi temi, che si sviluppa quotidianamente nelle aule giudiziarie, con i relativi approdi giurisprudenziali in continua evoluzione, esula dal campo di interesse del presente contributo.

Per indicazioni pratiche sull'accomodamento ragionevole, sia pure tarate sulla legislazione statunitense (ADA), si può consultare il sito web del *Job Accommodation Network* – JAN (JAN).

Merita per altro verso una particolare attenzione l'emersione di linee giurisprudenziali che da un lato sottolineano l'obbligo di collaborazione del MC alla valutazione dei rischi, a partire da una sentenza all'epoca innovativa (Cassazione penale, 2013; 2018), che ha peraltro dato origine ad un Interpello (Commissione Interpelli, 2014); e dall'altro la sussistenza di un'autonoma posizione di garanzia in capo al MC, fonte di possibile responsabilità nel caso di lesioni personali colpose (Cassazione penale, 2020; 2021).

Ricordiamo infine che sull'argomento il MdL può essere chiamato anche a rivestire il delicatissimo ruolo di consulente tecnico (d'ufficio o di parte) nel processo sia civile che penale, dalle tematiche del riconoscimento assicurativo di malattie professionali della sfera psichica a quelle dell'idoneità al lavoro, sino alle ricadute penali di situazioni lavorative in cui si può realizzare un danno alla salute, quali lo SLC ed il *mobbing*: anche questa tematica merita senz'altro uno sviluppo autonomo, anche per migliorare – nell'interesse di giustizia – la qualità delle consulenze su argomenti quanto meno delicati, che richiederebbero specifiche competenze ed esperienze al professionista, sia questi medico legale, SSM o MdL.

Conclusioni

Il ruolo del MdL dei SP appare meritevole di maggiore attenzione di quanta non gli venga comunemente attribuita; e si evidenzia anche la necessità di un'adeguata formazione, intesa a qualificare il suo apporto – anche culturale – in una logica di sistema, che miri non solo alla mera affermazione di un diritto, ma ad azioni più efficaci nell'interesse della persona con disabilità.

QUALE CONTRIBUTO DELL'AREA SPECIALISTICA ALLA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DISABILITÀ NEI LAVORATORI CON PSM? RIFLESSIONI NELL'EPOCA POST-COVID A PARTIRE DALL'IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE E SUI CAMBIAMENTI NEL MONDO DEL LAVORO

La necessità di integrare le competenze della medicina del lavoro con quelle della salute mentale è un bisogno emergente in un'ottica multiprofessionale di sanità pubblica.

Nel documento «Salute mentale e lavoro» l'OMS ha sottolineato l'importanza di tutelare la salute mentale sul lavoro partendo dal superamento dello stigma relativo alla diagnosi psichiatrica nei lavoratori, con un recente aggiornamento congiunto con l'ILO (WHO-ILO, 2022). La relazione lavoro-salute mentale ha poi assunto una rilevanza sempre maggiore nell'ultimo ventennio alla luce dei cambiamenti socio-demografici e dell'organizzazione del lavoro, sui quali il triennio legato alla pandemia da COVID-19 ha impresso spinte e accelerazioni di cui non sono ancora pienamente evidenti gli esiti, ma che consentono di prevedere un aumento di situazioni che richiedano interventi di supporto, riabilitazione, *recovery*.

L'esperienza maturata durante la pandemia ha fatto poi emergere il nesso tra lavoratori e luoghi di lavoro da una parte e le comunità di riferimento dall'altra, sia nel senso dell'ambiente fisico che dell'ambiente umano. Proveremo ad analizzare, sulla base dei contributi di più discipline (medicina e psicologia in primo luogo) interessate al tema della salute occupazionale, le questioni trasversali e stabili che attengono alla popolazione lavorativa con PSM e gli elementi di cambiamento da monitorare negli anni a venire.

Il lavoro ha un ruolo importante nella società, e l'identità personale si costruisce spesso anche attraverso il lavoro svolto. Non solo è un modo per ottenere risorse economiche: è un'attività costruttiva che regola la vita quotidiana e, da tempo, almeno da quando la L.180/78 ha rivendicato la non separatezza/segregazione sociale della malattia mentale, si è posta la necessità di pensare al lavoro non come "ergoterapia", "terapia occupazionale", ma come dominio della vita che contribuisce al benessere economico, psicologico e sociale dell'individuo (Giustini, 2011; Elraz, 2018; Di Maio, 2019): il lavoro è cioè per tutti – sani e malati – *"il principale marker con cui la maggior parte delle persone misura la propria inclusione sociale, è una caratteristica fondamentale dell'identità, è la realizzazione di aspirazioni profonde"* della persona (Fioritti et al, 2013).

Il lavoro fornisce alle persone con PSM numerose opportunità (tab.39), ed è del tutto superfluo ricordare che gli effetti della disoccupazione spingono la persona con PSM nella direzione opposta.

Tab.39 – Opportunità fornite dal lavoro alle persone con PSM (modif. da: Harnois & Gabriel, 2000)

● Arricchimento dell'organizzazione della vita quotidiana; strutturazione del tempo; superamento della monotonia
● Socializzazione (aumento dei contatti interpersonali)
● Definizione e rafforzamento dell'identità sociale (ruolo, reddito, senso di appartenenza, ecc.)
● Condivisione di obiettivi e partecipazione a gruppi lavorativi all'interno di un'organizzazione

La DP nel senso più comprensivo è una sfida globale che colpisce circa una persona su quattro in una fase della vita (Gmitroski et al, 2018). Le ricerche mostrano che pochi DdL considerano occupabili le persona con disabilità psichica, in quanto non ritenute in grado di dare un contributo significativo all'organizzazione, e gli adattamenti ritenuti costosi o svantaggiosi: in un'indagine condotta tra DdL in Gran Bretagna, il 46% concordava con l'affermazione secondo la quale *“le organizzazioni assumono un rischio significativo nell'assumere persone con PSM in una mansione al pubblico o con relazione coi clienti”*, con un modesto calo al 41% nella ripetizione (Shaw Trust, 2010); sempre in Gran Bretagna, una ricerca ha mostrato che solo il 24% dei *managers* aveva ricevuto formazione sulla salute mentale, e che esisteva un diffuso atteggiamento di silenzio sul tema (*Business in the Community*, 2017); analogamente, in Olanda il 40% dei componenti di un panel di *line managers* dichiarava di non sapere come aiutare un lavoratore con CMD (Janssens et al, 2021). Le radici di tali atteggiamenti, comuni anche all'opinione pubblica, sono da ritrovare in tre distinte direzioni (Thornicroft et al, 2022): conoscenze (ignoranza e/o disinformazione); pregiudizi (opinioni preconcepite infondate); comportamenti (discriminazioni agite, o anche solo prospettate).

Le persone portatrici di disagio/DP incontrano maggiori ostacoli sia sul lavoro che nella società, poiché la loro occupabilità è tendenzialmente sostenuta solo quando l'impiego comporta vantaggi diretti economici/fiscali (Meacham et al, 2019), o risponde a un obbligo (come per la L.68/99); eppure, sviluppare all'interno, e comunicare all'esterno, un'organizzazione che sostiene le persone con disabilità psichica può fornire vantaggi reputazionali sia all'interno (clima tra il personale) che all'esterno (clienti) (Peterson et al, 2017). Un'analisi di interviste condotte con DdL che avevano avuto esperienza di lavoratori con PSM evidenzia effettivamente la possibilità di attuare strategie quali comunicazione o approccio alla *diversity*, ma senza un'esplicitazione formale (Jansson & Gunnarsson, 2018).

Nel caso di SMI gli effetti sono spesso drammatici: in Occidente i tassi di disoccupazione sono infatti compresi tra il 70 e il 90% (3-5 volte inferiori rispetto ad adulti «sani»), nonostante il progresso dei trattamenti farmacologici negli ultimi decenni (Berardi & Fioritti, 2017); per la schizofrenia, ad esempio, si evidenziano tassi di occupazione del 5.3% in uno studio finlandese (Karpov et al, 2017), inferiori all'8% in Gran Bretagna (Yoshimura et al, 2018), e comunque inferiori al 20-30% in altri (Lindamer et al, 2003; Salkever et al, 2007).

La disoccupazione aggrava la sofferenza psicologica, perché può avere un impatto negativo sull'autostima, sull'immagine di sé e sull'interazione sociale (Staiger et al, 2018). Ad ogni modo, nonostante i livelli occupazionali bassi, e spesso riconducibili a realtà lavorative che si occupano di integrazione in progetti sviluppati in ambito di salute mentale, la maggior parte delle persone con SMI esprime il desiderio di lavorare (McAlpine & Warner, 2015), pur sperimentando talora maggiori sforzi per raggiungere un funzionamento adeguato alle richieste (Dewa et al, 2000): il lavoro infatti fornisce loro la possibilità di organizzare la giornata, dare uno scopo alla vita e migliorare la posizione finanziaria. Avere un'occupazione che soddisfi alcune necessità di base aiuta inoltre a sentirsi membri attivi della società, a migliorare la percezione di autoefficacia e a fornire opportunità sociali come base per sviluppare rapporti più stretti. Allo stesso tempo sul lavoro si è impegnati a imparare i confini nei rapporti sociali e nelle relazioni più strette, e il contatto coi colleghi fornisce una modalità per conoscere meglio gli altri. La ricerca dimostra infatti che, quando le persone con SMI trovano un lavoro o sono impegnate in altre attività strutturate, la gravità dei sintomi psicopatologici, anche di quelli psicotici (allucinazioni, deliri), diminuisce in modo considerevole (Becker & Drake, 2003).

Su questo quadro si innestano importanti cambiamenti nella composizione socio-demografica della popolazione lavorativa e nell'organizzazione del lavoro, che si intrecciano al tema della salute mentale e richiederanno ulteriore attenzione negli anni a venire.

In primo luogo ci riferiamo all'aumento dell'aspettativa di vita nei paesi occidentali, che ha generato un incremento dei costi per i servizi sanitari e socioassistenziali, e che, dopo la crisi economica degli anni 2007-08, ha spinto molti paesi verso una stretta nel *welfare* e un differimento (notevole per l'Italia) dell'età pensionabile; si evidenzia, incidentalmente, la necessità di considerare nell'analisi della letteratura, ove necessario, anche il contesto socio-culturale di un determinato studio: un esempio è l'enorme mole di dati prodotta in epoca COVID-19 in materia di lavoro e salute, la cui generalizzabilità non è sempre possibile.

Il prolungamento dei percorsi lavorativi comporta inevitabilmente l'aumento delle persone al lavoro portatrici di malattie – spesso croniche – e la crescita delle problematiche di conciliazione lavoro-salute, oltre che lavoro-famiglia (Miglioretti et al, 2016). Questa situazione ha evidenti conseguenze per i lavoratori, le aziende e il MC all'atto della sorveglianza sanitaria: si stima che il prolungamento della vita lavorativa fino ai 65-67 anni comporterà entro il 2060 l'aumento di 14.8 punti della percentuale di forza lavoro con malattie croniche, portando a superare il 25% (Tiraboschi, 2015). A ciò si aggiunge lo stereotipo corrente definito *ageism*, per il quale i lavoratori più anziani sarebbero, tra l'altro, meno produttivi, più resistenti al cambiamento e riluttanti ad apprendere nuove tecnologie (Rinfret et al, 2021).

Per i PSM è ipotizzabile quindi non solo un arco di tempo più lungo (ferme restando le condizioni per l'uscita pensionistica) entro il quale gestire e affrontare le problematiche evidenziate nel caso di SMI, ma anche un numero molto più elevato di persone che possano sviluppare PSM in ragione dell'età. Se la maggior parte di SMI insorge infatti tra i 18 e i 35 anni, e alcune forme depressive gravi si riconducono agli "anziani" over-65 (Lucca et al, 2021) anche per la cessazione degli stimoli sociali al lavoro, l'estendersi della platea della popolazione lavorativa determina un aumento dei casi di quanti hanno meglio compensato e gestito il disagio negli anni, o di quanti possono, a seguito di esperienze fisiologicamente più frequenti con l'età (lutti, eventi cardio-vascolari, diagnosi di patologie oncologiche, ecc.) sviluppare *ex novo* o slatentizzare PSM.

Su questo si innestano le conseguenze, in parte ancora non prevedibili, della pandemia da COVID-19. Oltre all'impatto specifico sulle persone più fragili e/o già affette da PSM, che nella fase di *lockdown* hanno acuito le proprie sofferenze personali e faticato maggiormente a rientrare in una condizione di "normalità" (Yao et al, 2021), anche per difficoltà nell'accesso ai servizi (Leeming et al, 2022), la salute mentale in generale sembra essere peggiorata nella popolazione (Castelli et al, 2020), e compromessa in modo – si ipotizza, soprattutto per le fasce giovanili – in parte stabile, e con evoluzioni poco prevedibili in un contesto che stenta a ritrovare l'equilibrio pre-pandemia (*permacrisis*).

Un lavoro svedese mostra che nel periodo COVID l'insicurezza del posto di lavoro ha aumentato il rischio di ansia (ma non di depressione) e di sensazioni di solitudine, anche in soggetti con una forte connessione con il mercato del lavoro, a conferma che tra i lavoratori la pandemia ha avuto effetti sulla salute mentale di portata molto rilevante (Blomqvist et al, 2023).

In una *survey* condotta in Inghilterra la proporzione di persone (n=51861) che riferivano una qualche forma di *distress* psicologico a dicembre 2022 era simile a quella di aprile 2020, ma la proporzione con *distress* grave aumentava del 46% (8.3 vs.5.7%); tale aumento si riscontrava in tutte le fasce di età (in particolare nei giovani <25 anni), eccettuato il gruppo di età ≥65 anni; si concludeva che è presente una crescente crisi per la salute mentale, da affrontare sollecitamente, finanziando i servizi competenti (Jackson et al, 2023).

Da una elaborazione di *The European House – Ambrosetti* (2022) su dati OCSE, i costi relativi alla salute mentale in Europa ammontano ad oltre 600 miliardi di Euro, di cui: 190 (32%) per costi diretti di assistenza; 170 (28%) per programmi di sicurezza sociale; 240 (40%) per costi indiretti nel mercato del lavoro (bassi tassi di occupazione e ridotta produttività dovuti a PSM); il reddito lordo di una persona con PSM è stimato per l'Italia inferiore del 17.4% rispetto ad una persona senza PSM (ivi).

Nel luglio 2022 il Parlamento Europeo ha adottato, nel periodo di uscita dal picco della pandemia da COVID-19, una risoluzione sulla salute mentale nel mondo del lavoro digitale, richiedendo alle istituzioni dell'Unione e agli Stati membri di prendere cognizione dell'elevato livello di PSM lavoro-correlati e individuare modalità per trovare modalità per risolverli, richiedendo flessibilità di orario per mitigare lo SLC, istruzione formale sulla salute mentale e formazione per i datori di lavoro (Parlamento Europeo, 2022).

Va infine ricordato l'aumento significativo di lavoratori con disturbi post-traumatici di varia intensità e stabilità, diagnosticati come DPTS o traumatizzazione vicaria, soprattutto nei contesti sanitari (Di Tella et al, 2020; Li et al, 2020; Buselli et al, 2020a; 2020b), dove maggiore è stata l'esposizione alla mortalità e alla sofferenza della prima ondata della pandemia, e nelle attività essenziali, che hanno mantenuto il lavoro in presenza e sono stati più esposti al contagio, pur non operando a diretto contatto con pazienti (Falco et al, 2021).

I cambiamenti radicali nell'organizzazione del lavoro degli ultimi decenni in Occidente, sostenuti in primo luogo dallo spostamento del primato dalle attività produttive a quelle di servizio e dall'innovazione tecnologica, hanno favorito nel decennio 2010-20 lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi, più flessibili nel tempo e nello spazio, tra i quali è da ricordare il "lavoro agile" o *smart working*, divenuto uno degli strumenti cui le organizzazioni (la P.A. *in primis*) possono ricorrere per innovare le modalità di lavoro. Con *smart working* si intende una modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato per fasi, cicli e obiettivi, senza precisi vincoli di orario o luogo (da effettuarsi in parte in locali aziendali e in parte all'esterno), soprattutto mediante strumenti tecnologici. Lo *smart working* differisce dal telelavoro, che prevede la formalizzazione dello spostamento del lavoratore, in tutto o in parte, dalla sede di lavoro da locali aziendali ad altra sede (tipicamente, l'abitazione), che rimane però vincolato a lavorare da una postazione prestabilita, con gli stessi orari, carichi di lavoro ed oneri dei colleghi che svolgono la prestazione sul posto di lavoro.

Numerosi studi condotti a monte della pandemia hanno evidenziato come lo *smart working*, e gli accordi di lavoro flessibile in genere, riducano i sintomi dei PSM e migliorano la salute mentale nella popolazione lavorativa (Vesala & Tuomivaara, 2015; Moen et al, 2016; Mache et al, 2020). Fin dal 1992 Rybski (1992) aveva per esempio evidenziato come le persone con disagio e disabilità mentale potessero trovare giovamento da orari di lavoro flessibili o dall'opportunità di lavorare da casa; dalla condivisione del lavoro o dalla suddivisione di incarichi più ampi sulla base di obiettivi più limitati e segmentati; dal supporto e dalla supervisione aggiuntiva, fino a quando la persona non si senta a proprio agio col ruolo lavorativo; e, infine, dalla disponibilità di giorni di congedo durante i periodi di crisi o le fasi di cura e ricovero.

L'emergenza da COVID-19 ha portato tuttavia un numero elevato di lavoratori a sperimentare – in forma impropria rispetto a quanto inteso originariamente dal termine – il "lavoro agile" (Del Gaudio, 2021). L'eccezionalità e l'auspicabile irripetibilità dell'esperienza ha permesso a personale e aziende di evidenziare – seppure in condizioni emergenziali – potenzialità e rischi del lavoro in remoto, in primo luogo pensando alle implicazioni del "distanziamento sociale" e della riduzione degli spazi di socialità che implica (Tyrrel & Williams, 2020; Tuzovic & Kabadayi, 2021; Converso et al, 2021), anche perle ricadute sul benessere psicologico; ciò dovrebbe aumentare l'attenzione per una corretta sorveglianza sanitaria (Chirico et al, 2021), e al proposito si deve anche prendere atto del recente Interpello n.1/23 sulla nomina del MC (Commissione Interpelli, 2023). D'altro canto, il lavoro a distanza riduce il numero di lavoratori compresenti sul posto di lavoro, riducendo le esigenze di spazi fisici, e contribuisce a contenere il fenomeno del pendolarismo, con innegabile impatto positivo sulla conciliazione casa-lavoro (Ecke et al, 2022) e sull'ambiente generale.

Per la DP il lavoro agile, così come le diverse opportunità di lavoro più flessibile (Warmate et al, 2021), è stato indicato come fattore di sviluppo e inclusione, ma nel periodo pandemico l'isolamento sociale ha ingenerato in alcuni casi forti criticità per le persone e i gruppi di lavoro in cui sono inserite, imponendo a quanti si interessano di salute occupazionale un'attenta riflessione e la necessità di monitorare e approfondire la funzionalità di accordi flessibili, senza generalizzare e cercando di adattarli alle singole situazioni (intese come persone, psicopatologia e caratteristiche del lavoro e dell'ambiente fisico e sociale).

Interventi, sorveglianza e recovery

Nell'arco degli ultimi vent'anni è stata sviluppata un'ampia gamma di programmi di riabilitazione vocazionale e di lavoro supportato per le persone con PSM. Il lavoro supportato (*supported employment*) più di ogni altro modello riabilitativo sostiene il processo di *recovery*, ed è basato sul principio che i pazienti con SMI possano essere in grado di mantenere un impiego regolare nella comunità se adeguatamente supportati (Bond, 1998; 2004). I programmi vocazionali, per parte loro, hanno in genere destinatari selezionati, ovvero persone con SMI che sono utenti regolari dei servizi di salute mentale, e che hanno spesso una storia di insuccessi nell'impiego (McAlpine & Warner, 2015).

Il funzionamento cognitivo è spesso compromesso nelle persone con SMI, specialmente se con schizofrenia, ed è associato ad un funzionamento sociale e lavorativo ridotto (McGurk & Mueser, 2004).

La *Cognitive Remediation* è un insieme di tecniche riabilitative volte a migliorarlo anche con esercizi pratici (es. computer-assistiti) e l'insegnamento di strategie più efficaci per migliorare la *performance* cognitiva (Wykes et al, 2011); vari studi controllati hanno evidenziato come possa migliorare gli *outcomes* lavorativi in persone inserite nei programmi di lavoro supportato (McGurk et al, 2005; McGurk & Mueser, 2006), anche in associazione con i programmi di potenziamento delle abilità sociali, come il *Social Skills Training* (Lieberman et al, 1986).

L'importanza dell'integrazione socio-lavorativa è tale che uno dei criteri utilizzati per delineare i confini tra normalità e PSM è proprio la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo. Su tale criterio è impostato il confine tra "disturbo" e "normalità" in due dei più importanti sistemi nosografici standardizzati diffusi a livello mondiale, il DSM-5 e l'ICD-10, in relazione alla capacità di relazionarsi con gli altri e svolgere un lavoro; in tal senso, il DSM-5 si è più avvicinato ad un modello "sociale" della disabilità, separando diagnosi e funzionamento (Dewa et al, 2015), in linea con quanto sopra trattato.

Il primo dominio riguarda la capacità di saper e poter rispondere, e di adattarsi alle diverse condizioni ed esigenze nei rapporti interpersonali, di gruppo, della propria comunità, e della vita affettiva. Ciò implica che la persona abbia alle spalle uno sviluppo psichico adeguato, sia in grado di provvedere almeno ad alcune funzioni di base nella cura di sé, condivida in linea di massima l'insieme dei valori del gruppo e della società di appartenenza, sappia tollerare una certa dose di frustrazione, procrastinare alcuni soddisfacenti, provare affetti, controllare ed esprimere adeguatamente l'aggressività; pragmaticamente, la persona con disabilità psichica deve saper orientare il proprio comportamento integrandosi, e rivestendo un ruolo significativo all'interno della propria comunità.

Il secondo dominio riguarda la capacità di svolgere un lavoro che consenta di provvedere in modo sufficientemente regolare – e nei limiti delle potenzialità della comunità – alle esigenze essenziali di mantenimento e di contribuire a quelle della famiglia o del gruppo sociale. L'aspettativa di sviluppo può variare a seconda del contesto (a titolo di esempio: la nazione, col proprio quadro normativo; la cultura di appartenenza con le sue consuetudini sociali; le prescrizioni religiose). I due domini del criterio sono in realtà strettamente integrati nella maggior parte delle situazioni.

È evidente che, per essere correttamente inteso, questo criterio di "normalità" va rapportato con altri, come ad esempio la norma statistica, in tanto che la maggior parte delle persone interagisce con gli altri e svolge un'attività lavorativa; e anche con il criterio di devianza sociale, di sofferenza soggettiva (ciò perché interagire in modo valido con gli altri e provvedere a se stessi mediante una qualche forma di lavoro sono aspetti comuni praticamente a tutte le culture umane).

Si tratta probabilmente di uno dei criteri valutativi che presenta il maggiore potenziale di integrazione con altri, il che ne può giustificare l'adozione in sistemi nosografici come il DSM e l'ICD. In definitiva, è possibile diagnosticare un PSM quando la fenomenica psicopatologica è tale da interferire significativamente con i due domini (capacità di relazione sociale, capacità di svolgere un'attività lavorativa). Lo stesso riconoscimento nei sistemi di *welfare* di una invalidità con diritto a pensione ed altre provvidenza nei casi più gravi di PSM è una dimostrazione diretta del valore e della ricaduta di questo criterio.

Gli esempi sono evidenti nella pratica clinica quotidiana; è evidente, ad esempio, come un disturbo bipolare, soprattutto se non trattato adeguatamente, nel corso degli anni possa colpire la vita lavorativa e la rete familiare e psicosociale. L'impatto può essere distruttivo nell'attività libero professionale o di lavoro autonomo in generale, dove periodi prolungati o ripetuti cicli, anche brevi, di malattia possono prima intaccare, e poi disgregare in pochi mesi, una professionalità – anche elevata – costruita nel corso degli anni; ed è forse più modesto nel caso dei dipendenti che, sebbene in misura diversa da paese a paese, dispongono di forme di tutela (giuridica e/o contrattuale).

Le fasi di eccitamento maniacale del disturbo bipolare, contrassegnate da accelerazione ideoverbale, iperattività fino all'affaccendamento, aumento dei livelli di energia con ridotto bisogno di riposo notturno, grandiosità fino a deliri megalomaniaci, disinibizione comportamentale, umore instabile con rapide oscillazioni tra euforia e disforia, causano una grave compromissione del funzionamento sociofamiliare e lavorativo. Le fasi di lieve eccitamento (ipomaniacali), di contro, sono spesso associate ad aumento di *performance*, rendimento e produttività del lavoratore, che risulta positivo, intraprendente, instancabile e

brillante, ma sono spesso seguite da lunghi episodi depressivi in cui il funzionamento si riduce drasticamente. Nelle fasi depressive del disturbo bipolare e del disturbo depressivo maggiore, caratterizzate da umore stabilmente depresso e anedonia, riduzione dello slancio vitale, dei livelli di energia e motivazione, sentimenti di colpa e inguaribilità, il funzionamento si riduce fino ad una totale compromissione nelle forme più gravi, in cui l'individuo manifesta anche rallentamento psicomotorio, pensieri di morte e sintomi psicotici (es. deliri di rovina).

Ad oggi esistono trattamenti efficaci per le fasi acute e la prevenzione delle ricadute dei disturbi dell'umore: stabilizzanti dell'umore (sali di litio, anticonvulsivanti) e antipsicotici atipici sono usati nel disturbo bipolare, antidepressivi, in monoterapia o in associazione tra loro o con antipsicotici atipici, nel disturbo depressivo maggiore. Per il MC, quindi, è cruciale un dialogo con gli SSM, psicologo/a e psichiatra, e la comprensione reciproca delle prospettive professionali.

L'efficacia della psicoterapia sulla disabilità lavorativa in un campione casuale (n=3605, con un *follow-up* di 5 anni) di persone con disturbo depressivo o d'ansia, è stata valutata in un'esperienza finlandese, che ha mostrato varie traiettorie della disabilità, da stabile-molto bassa (72%) a elevata-persistente (7%); la probabilità di seguire la traiettoria peggiore è maggiore nel caso di fattori socio-demografici quali: età più elevata, genere femminile, *status* occupazionale basso, residenza in aree scarsamente popolate, e nel caso di più fattori coesistenti; gli autori concludono che la riabilitazione psicoterapica non presenta pari efficacia nei diversi segmenti della popolazione (Selinheimo et al, 2023).

Conoscere la diagnosi clinica esatta del PSM, il trattamento in atto e l'aderenza del paziente/lavoratore risulta allora fondamentale in sede di sorveglianza sanitaria e ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità. Uno studio randomizzato in un contesto di medicina del lavoro ha ad esempio concluso che una consulenza psichiatrica sistematica abbrevia i tempi di assenza e favorisce un completo rientro al lavoro (van der Feltz-Cornelis et al, 2010).

Possiamo prendere a modello proprio i disturbi dell'umore: la corretta adesione al trattamento farmacologico e/o psicoterapico, ove indicato, riduce il carico di malattia (episodi meno gravi e meno frequenti) e il rischio di complicanze (gesti autolesivi, abuso di alcol e sostanze) minimizzando l'impatto sul funzionamento sociale e lavorativo. In definitiva, un'aderenza adeguata è associata a un decorso e ad una prognosi più favorevoli, a minori complicanze e a livelli più alti e stabili di funzionamento.

La complessità della terapia (dosaggi, associazioni) può essere un indicatore indiretto della gravità del quadro clinico e di particolari necessità terapeutiche del paziente; il MC e gli SSM, tuttavia, sono talora preoccupati degli effetti collaterali, in particolare delle politerapie farmacologiche, e delle ricadute sull'attività lavorativa. Il principale oggetto di interesse e di valutazione per il MC resta tuttavia il funzionamento del lavoratore: pertanto, nell'espressione del giudizio di idoneità la complessità di una terapia deve essere valutata in un quadro più ampio, e non solo in base ad ipotesi sui possibili effetti indesiderati.

Soprattutto nel caso delle politerapie, tuttavia, una loro complessità non implica necessariamente maggiori effetti collaterali, con una minore *performance* del lavoratore. Gli effetti collaterali di una terapia a lungo termine tendono a ridursi spontaneamente, e comunque possono essere segnalati agli psichiatri di riferimento per una adeguata gestione; d'altronde una terapia efficace ha effetti migliorativi sul funzionamento globale dell'individuo. Pertanto anche le terapie psichiatriche complesse dovrebbero essere valutate in un'ottica più ampia, che tenga conto primariamente del funzionamento (lavorativo e non).

È quindi improbabile che un trattamento psicofarmacologico a lungo termine, finalizzato alla prevenzione delle ricadute, abbia effetti collaterali rilevanti, e soprattutto non gestibili, ad esempio nel caso dei disturbi dell'umore, se non quando non sia correttamente incardinato in un *follow-up* specialistico del paziente-lavoratore (tab.40).

Tab.40 – Esempi di effetti collaterali delle terapie psicofarmacologiche (da: Stahl, 2021)		
Effetto collaterale	Meccanismo di azione	Esempi di farmaci
Sedazione	Azione antistaminica	Antidepressivi triciclici, Alcuni antipsicotici atipici
Visione sfuocata	Azione anticolinergica	
Ipotensione ortostatica e vertigini	Blocco recettori α_1 -adrenergici	

Tremore, rigidità, rallentamento motorio	Blocco recettori dopaminergici D2	Alcuni antipsicotici atipici
--	-----------------------------------	------------------------------

In caso di dubbi, il MC può approfondire questi aspetti con lo psichiatra di riferimento, dettagliando quanto più possibile il quesito (ad es. in relazione ad un'attività o ad un compito, o alla terapia); SSM e MdL possono pertanto avere la necessità di collaborare in varie circostanze (tab.41).

Tab.41– Momenti di collaborazione tra SSM e MC per la gestione lavorativa	
Inserimento al lavoro	La persona lavora per la prima volta in un certo contesto lavorativo / mansione
Rientro al lavoro	La persona rientra dopo un periodo di assenza per malattia connessa al PSM
Mantenimento al lavoro (nella stessa mansione)	La persona, in costanza di rapporto di lavoro, presenta specifiche difficoltà, o fenomeni disadattativi, quali il <i>presenteeism</i>
Indicazioni per il reinserimento	Dopo un periodo di disoccupazione <ul style="list-style-type: none"> • Quando la persona non sia più idonea alla mansione svolta in precedenza
Collocazione in smart working / lavoro flessibile	<ul style="list-style-type: none"> • Su richiesta del lavoratore • Per riorganizzazione dell'impresa / ente

In tutte queste situazioni, si deve sottolineare l'importanza di:

-una corretta diagnosi, con la conseguente terapia, che implica anche un appropriato *follow-up* (in assenza di questi dati diviene difficoltosa per il MC una corretta valutazione del caso);

-una valutazione del funzionamento della persona, che includa il funzionamento lavorativo, al livello richiesto per la mansione specifica: non per tutti è ad esempio necessaria l'esecuzione di test specifici (neurocomportamentali, ecc.), che possono invece essere richiesti per mansioni in cui, ad esempio, una disfunzione cognitiva possa esporre il lavoratore a rischi particolari, o elevare il livello di rischio, nello svolgimento di un compito (ad esempio per scarsa consapevolezza o errata percezione dei pericoli).

Può apparire banale, ma nondimeno deve essere qui sottolineato, il rilievo che la storia di malattia influenza tanto le risorse di cui la persona con disabilità psichica si può avvalere all'atto di un inserimento al lavoro quanto le stesse opportunità di lavoro che gli si prospettano (Ishimaru et al, 2020).

A sua volta, il MC può apportare un utile contributo fornendo una descrizione più accurata del lavoro svolto, che va ad integrare le informazioni disponibili agli SSM per la valutazione e il *follow-up* delle persone con disabilità psichica, soprattutto nell'ambito dell'integrazione sociale.

Alcuni esempi di quadri clinici rilevanti per il MC

I pazienti affetti da schizofrenia presentano una grave compromissione globale del funzionamento in fase acuta, manifestando sintomi quali deliri, allucinazioni, disorganizzazione del pensiero e del comportamento. In seguito al trattamento e alla risoluzione delle manifestazioni acute la clinica è dominata dai cosiddetti sintomi negativi (appiattimento affettivo, abulia, ritiro sociale, ecc.) e da deficit cognitivi, ma tali manifestazioni non sono in linea di principio incompatibili con un'attività lavorativa. Abbiamo già trattato i benefici clinici del lavoro: le tecniche riabilitative (*Cognitive Remediation, Social Skills Training*) finalizzate al miglioramento del funzionamento cognitivo e sociale sono in grado di migliorare anche gli *outcomes* dei programmi di lavoro supportato.

Un disturbo psicotico da segnalare, in quanto profondamente diverso nelle sue manifestazioni dalla schizofrenia, è il disturbo delirante. Questi pazienti presentano un delirio strutturato in assenza di dispersezioni e di disorganizzazione cognitiva e comportamentale. Poiché il funzionamento cognitivo e il comportamento risultano complessivamente preservati, il quadro non impedisce sistematicamente di svolgere le proprie mansioni; alcuni tipi di delirio, tuttavia, in particolare quelli persecutori, alterano gravemente il funzionamento relazionale anche sul posto di lavoro: la persona può divenire sospettosa e inglobare i colleghi o il DdL nei propri contenuti ideativi persecutori. Ciò ovviamente rende difficile l'integrazione in un gruppo di lavoro e può aumentare il rischio di agiti aggressivi nei confronti dei colleghi.

Tra i disturbi d'ansia che possono interferire significativamente con il funzionamento lavorativo sono sicuramente da segnalare il disturbo di panico, l'agorafobia e la claustrofobia. I pazienti con disturbo di panico manifestano ricorrenti episodi critici d'ansia con sintomi somatici (cardiorespiratori, gastrointestinali), cognitivi (paura di morire, impazzire), psicosensoriali (derealizzazione, depersonalizzazione) e comportamentali (*freezing*, impulso alla fuga). Il ripetersi di tali episodi, sebbene in sé non pericolosi, finisce invariabilmente per condizionare la cognitività e il comportamento del paziente, che può sviluppare sentimenti pervasivi di vulnerabilità, necessità continua di rassicurazione, preoccupazioni ipocondriache ed evitamento agorafobico. L'agorafobia e la claustrofobia talora possono manifestarsi anche in assenza di franchi episodi di panico, e – nella loro difformità tra spazi aperti o ristretti – sono disturbi caratterizzati da paura e ansia di trovarsi in situazioni o luoghi nei quali non vi sia una facile via d'uscita, e non sia possibile avere aiuto nel caso di crisi. Tali situazioni vengono evitate, o possono essere affrontate/gestite dalla persona, ma con l'accompagnamento, a volte costante nella giornata, di ansia anche elevata. Nei casi più gravi l'evitamento è tale da rendere difficoltoso anche il solo uscire dall'abitazione. È evidente, quindi, che tali condotte, se riferite a situazioni o luoghi di lavoro, possono compromettere il funzionamento lavorativo richiedendo l'attenzione del MC. Il trattamento si basa su interventi psicoterapici e su alcuni antidepressivi. È interessante rilevare come una comorbilità tra questi disturbi, in particolare nel caso dell'agorafobia, incrementi il grado di disabilità (Bonham & Uhlenhuth, 2014).

I pazienti affetti da DOC presentano ossessioni, cioè idee, pensieri, impulsi od immagini, ricorrenti o persistenti, che vengono spesso sentite come intrusive e inappropriate, e generano ansia e angoscia. Il soggetto è più o meno consapevole che si tratti di prodotti della propria mente, e tenta di ignorarli o di sopprimerli, ma non ci riesce se non mettendo in atto delle compulsioni, cioè comportamenti ripetitivi o azioni mentali che non riesce a attuare, e che hanno lo scopo di ridurre l'ansia od il disagio. Alcune manifestazioni cliniche del DOC possono interferire col funzionamento lavorativo: ad esempio, la lentezza secondaria alla ritualità compulsiva può ridurre la *performance* e rendere impossibile il rispetto di orari e ritmi di lavoro. Allo stesso modo le ossessioni di contaminazione (da sporco, germi, etc) possono essere associate a rituali ablutomaniaci e ad evitamento fobico di luoghi e situazioni potenzialmente "contaminati", rendendo difficoltosa l'interazione con l'ambiente di lavoro. Nelle altre forme cliniche di DOC, invece, l'attività lavorativa può avere un effetto distrattivo, impegnando mentalmente il paziente e riducendo l'interferenza delle manifestazioni ossessive. Anche il trattamento del DOC si basa su interventi psicoterapici e su alcuni farmaci antidepressivi. La risposta ai farmaci è più lenta rispetto ad altre condizioni (episodi depressivi, disturbo di panico), richiedendo almeno 6-8 settimane con un range di dose più elevato.

Il DPTS è classificato nel DSM-5 nella sezione dedicata ai "Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti" e rappresenta una condizione patologica di possibile eziologia professionale (American Psychiatric Association, 2022; Decreto MLPS, 2014). L'esposizione diretta o indiretta a eventi traumatici che comportano, per sé o per altri, morte o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale, causa in questi pazienti un corteo sintomatologico caratterizzato da sintomi di rievocazione dell'evento (ricordi intrusivi, incubi, ruminazione, *flashbacks*), sintomi di evitamento di luoghi o situazioni connessi all'evento, sintomi di iperarousal (stato di allerta, irritabilità, reazioni di allarme, difficoltà di concentrazione, insonnia), alterazioni negative del pensiero e dell'emotività, sintomi dissociativi. Nei casi in cui l'esposizione all'evento traumatico venga seguita dallo sviluppo di DPTS la sintomatologia è spesso tale da compromettere gravemente il funzionamento lavorativo. Tali casi richiedono un trattamento basato su psicoterapia, antidepressivi e talora anche altre classi di farmaci (stabilizzanti dell'umore, antipsicotici atipici). Il supporto psicoterapico è indispensabile durante la fase di rientro e reinserimento al lavoro ove è avvenuta l'esposizione all'evento traumatico; nei casi più gravi è possibile che il reinserimento non abbia successo e che il lavoratore debba essere destinato a mansioni alternative. Come già visto, il DPTS può essere cresciuto percentualmente nel corso dell'ultimo triennio nella popolazione lavorativa, in primo luogo di area sanitaria, e può, contrariamente ad altri disturbi qui richiamati, riguardare persone che non abbiano mai presentato in precedenza criticità o segnali di sofferenza psicologica. Ancora, il disturbo può trovare origine proprio nella sfera lavorativa e spingere all'evitamento del contesto organizzativo. In questi casi è evidente la necessità di intervenire "dall'interno" – con interventi di supporto psicologico e programmi ad hoc quali ad esempio EMBR (Bisson & Olf, 2021) – per poter consentire il reinserimento negli stessi luoghi in cui si è verificata l'esperienza traumatica.

I pazienti con disturbi da uso di alcool e sostanze stupefacenti, al di là degli oggettivi problemi di idoneità, richiedono necessariamente interventi terapeutici presso i servizi per le dipendenze competenti per territorio. I lavoratori con contratto di lavoro a tempo indeterminato, che decidono di accedere a programmi terapeutici e di riabilitazione presso le ASL o altre strutture terapeutico-riabilitative e socio-assistenziali, hanno diritto alla conservazione del posto di lavoro per il tempo necessario al trattamento. La durata dell'assenza è variabile, connessa ad apposita dichiarazione del servizio per le dipendenze, in base alla durata del programma personalizzato, e non deve comunque superare 3 anni, fruibili in periodi frazionati.

Sulla costruzione di un *framework* specifico e di strategie mirate per favorire il rientro al lavoro, in considerazione delle problematiche peculiari che presentano, si veda un recente contributo di Frone et al (2022).

Pur non rientrando negli obiettivi di questo documento fornire indicazioni sui rapporti tra lavoro e dipendenze e sulle relative disposizioni in materia di accertamenti sanitari, è però di interesse dar conto di quanto i CDC stanno realizzando negli Stati Uniti, soprattutto in relazione alla cosiddetta *opioid overdose crisis*.

Negli USA, infatti, soffrono di un disturbo da abuso di alcool o sostanze stupefacenti (tra le quali sono particolarmente rilevanti gli oppiacei sintetici) circa 40 milioni di persone (tab.42), pari al 12.2% della popolazione residente (2020 NSDUH).

Tab.42 – Persone di età ≥12 anni con disturbo da abuso di alcool e/o sostanze illecite nell'anno precedente; USA, 2020 (2020 NSDUH).

Tipo di disturbo da abuso (DSM-V)	N.stimato	% totale	N.stimato*	% totale
Alcol	28.300.000	70.3	21.900.000	54.3
Sostanze illecite	18.400.000	45.7	11.900.000	29.7
Sostanze illecite + alcol	-	-	6.500.000	16.0
TOTALE	-	-	40.300.000	100%

*Una volta scorporata la comorbidità.

Tra le persone in età lavorativa, circa 2 su 3 lavorano (Frone et al, 2022), su una forza lavoro di circa 160 milioni (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2022); circa 1.9 milioni sono in trattamento e, a riprova dell'impatto sul funzionamento lavorativo, 2 milioni hanno perso il posto di lavoro; i costi per la collettività nel 2020 sono stati stimati dell'ordine di \$1.500 miliardi (CDC, 2023).

Le strategie di intervento proposte (*Recovery Friendly Workplaces*), basate sul luogo di lavoro, hanno infatti numerosi punti a comune con la *Total Workers' Health* e con quanto qui riportato: i programmi mirano infatti a progettare ambienti "protetti" (ad es. con basso rischio infortunistico) e a favorire il reinserimento lavorativo delle persone in riabilitazione (ivi).

Occorre infine ricordare come, nell'esperienza corrente, si ritiene che siano molti i lavoratori portatori di PSM non diagnosticati, e – conseguentemente – non trattati, specialmente nel caso di CMD; la tab.43 riporta le stime del WHO *World Mental Health Survey Consortium* (Demyttenaere et al, 2004).

Tab.43– Stima della proporzione di persone con PSM in trattamento (modif. da: Debets et al, 2004)

Tipologie di PSM	Nazioni sviluppate (% , range)	Nazioni meno sviluppate (% , range)
Gravi	49.7-64.5	14.6-23.7
Moderati	16.7-50.0	9.7-18.6
Lievi	11.2-35.2	0.5-10.2

Un successiva *survey* OMS (*World Mental Health Survey Initiative*) ha evidenziato un elevato tasso (30% nelle nazioni a reddito elevato, 45% nelle nazioni a basso reddito) di abbandoni delle cure (*dropout*), riferito soprattutto alle prime visite, e ai contesti di cure primarie più che all'ambito specialistico di salute mentale (Fernandez et al, 2021).

Queste persone con PSM non riconosciuti, o non trattati, sono da ritenersi a rischio di esiti lavorativi avversi (Hees et al, 2022a), ed è opportuno che il MC sia opportunamente sensibilizzato. Sulla possibile efficacia di strategie di screening dei PSM sul luogo di lavoro, allo scopo di intercettarli precocemente, una *review* sistematica (metanalisi di 11 *trials* selezionati tra oltre 12000 voci) mostra che uno *screening* con strumenti standardizzati di valutazione, seguito dall'invio a consulenza, o da raccomandazioni in tal senso, non appare efficace (3 studi), mentre uno *screening* seguito da accesso facilitato al trattamento (4 studi) otterrebbe un modesto effetto nel senso di un miglioramento della salute mentale (Strudwick et al, 2023).

Da quanto appena esposto si evince che molti PSM possono, soprattutto in alcune fasi del decorso, compromettere il funzionamento lavorativo tanto che tale compromissione riveste valore diagnostico nei sistemi nosografici internazionali. Allo stesso tempo, però, è fondamentale sottolineare che ciò non è in linea di principio incompatibile col lavoro, laddove si riescano ad attuare strategie appropriate.

Nessun PSM è stabile e continuo nel tempo, e nessun paziente è malato tutti i giorni della sua vita. Il lavoro ha un effetto terapeutico e normalizzante sul paziente e favorisce la *recovery* anche nei casi di gravi disturbi. I trattamenti a lungo termine finalizzati alla prevenzione delle ricadute sono efficaci per molti disturbi, migliorano la prognosi e il funzionamento globale.

Per la sorveglianza sanitaria il MC necessita di un confronto bidirezionale con gli SSM per condividere informazioni precise sulla diagnosi, sullo stato psicopatologico attuale, sul funzionamento sociofamiliare e lavorativo, sul trattamento in atto e sull'aderenza. Molte di queste situazioni devono essere, al di là delle questioni medico-legali, gestite, accompagnate, e richiedono la necessaria collaborazione tra varie figure professionali, datoriali e di rappresentanza sindacale.

Il prolungamento delle carriere lavorative e le trasformazioni in atto nel mondo del lavoro post COVID accentuano la necessità di porre attenzione e investimenti su ciò che costituisce una delle sfide del mondo del lavoro attuale e futuro.

II MEDICO COMPETENTE E LA SORVEGLIANZA SANITARIA

Il tema della DP richiede al MC di inoltrarsi in un terreno poco familiare, la salute mentale, cui viene dedicato uno spazio limitato sia nel *curriculum* di studi universitari che nella formazione specialistica. Occorre prendere consapevolezza di questo dato per poter comprendere le difficoltà che spesso si incontrano, sul campo, anche solo a dialogare efficacemente con gli SSM – che a loro volta hanno una conoscenza quasi aneddotica delle dinamiche del mondo del lavoro, e persino del ruolo e delle funzioni del MC.

Una prima esigenza – qui più volte rappresentata – è allora la collaborazione multidisciplinare sui temi di interesse comune, dalla ricerca (a partire dalla gestione dello SLC, ma non solo) allo sviluppo di buone pratiche condivise per la gestione della persona con disabilità psichica.

La seconda si evidenzia di conseguenza: realizzare un'offerta formativa adeguata, dello stesso tipo di quella che viene proposta da anni con altre discipline che confinano con la medicina del lavoro su temi di interesse comune (un esempio per tutte, per la pneumologia, asma e broncopneumopatie di origine professionale): un'offerta, beninteso, che esiti in opportunità di collaborazione efficace.

Un possibile metodo per favorire il confronto è quello di promuovere – sia all'interno della medicina del lavoro che come strumento per un lavoro multidisciplinare – una sorta di *community of practice*". Un esempio in tal senso è stato avviato in Toscana per il personale dei SP nel progetto OSNET (Del Guerra et al, 2020): l'iniziativa è stata aperta sin dall'inizio al contributo dei MC (con particolare attenzione alla sanità) e di professionisti di altre discipline mediche (psichiatri, medici legali), e non (psicologi, e persino giuristi).

In tab.44 sono riepilogati alcuni bisogni formativi relativi alla DP che possono risultare utili per il MC, e che possono essere affrontati anche in un'ottica multidisciplinare.

Tab.44 – Valutazione di alcuni bisogni formativi per il MC in relazione alla DP

● Conoscenza dei PSM e consapevolezza della necessità di un approccio multidisciplinare
● Consapevolezza di ruolo (contributo alla VdR, sorveglianza sanitaria, consulente del DdL)
● Capacità di contribuire sul campo alla gestione di temi emergenti, quali <i>diversity</i> , inclusione e stigma
● Capacità di approfondimento delle valutazioni ed uso dei relativi strumenti

- | |
|--|
| ● Conoscenza dei fattori facilitanti e di barriera sul posto di lavoro |
| ● Conoscenza degli strumenti generali di tutela |
| ● Conoscenza degli strumenti di tutela sul posto di lavoro (accomodamento ragionevole) |

Ulteriori difficoltà si incontrano con il MMG, che spesso ha direttamente in carico, dalla diagnosi alla terapia, i quadri più frequenti e di minore gravità (in genere inquadrabili a titolo di CMD), e che – essendo impegnato su molti fronti, anche per meri adempimenti burocratici – non sempre riesce a dedicare sufficiente attenzione ai temi del lavoro, che hanno invece, come già mostrato, un impatto rilevante sulla salute (non solo mentale) e sul benessere dei propri assistiti; l'altro aspetto significativo è che in genere l'estensore delle certificazioni di malattia è proprio il MMG, che anche per questo può quindi beneficiare di una migliore comprensione delle relazioni complesse tra PSM e lavoro.

Un recente lavoro francese, relativo alla gestione delle patologie da SLC in un contesto di cure primarie (studio *Héraclès*), fornisce alcune indicazioni: veniva prescritta terapia farmacologica nell'82.4% dei casi e redatto un certificato di malattia nel 50.7%; si procedeva all'invio a consulenza presso uno SSM nel 39.8% dei casi, e nel 26.1% a consulenza di medicina del lavoro (Rivière et al, 2020).

Alcune indicazioni per una collaborazione più fattiva si possono ritrovare, sia pure con i necessari adattamenti per le differenze tra i sistemi sanitari nazionali, in un *position paper* dell'ACOEM (Jurisic et al, 2017).

Anche con i MMG potrebbe pertanto risultare utile sviluppare programmi di formazione comuni sui temi della salute mentale al lavoro.

Una proposta metodologica per il medico competente

Come già precisato nell'Introduzione, la nozione di DP va allargata oltre il perimetro della disabilità certificata in ambito medico-legale, che dà luogo al diritto all'inserimento mirato (L.68/99), adottando una visione – e una conseguente valutazione – in una prospettiva funzionale (il funzionamento di quella persona-lavoratore), contestuale (in quel determinato ambiente, fisico e umano) e di contenuto (in quella mansione specifica, da scomporre – per quanto necessario – in compiti e attività, con i rischi per la SSL ad essa connessi).

In questo modo si applica la nozione in modo metodologicamente più corretto, ma soprattutto più equo sul piano giuridico e sostanziale, il che consente di superare rigidità ed automatismi, spesso causa di stigma. La valutazione si sposta così sull'analisi delle singole attività (con i relativi aspetti organizzativi/relazionali, e non solo mirando ai tipici rischi occupazionali), agevolando l'inserimento, e – oltretutto – rendendo il giudizio più fruibile al DdL; la decisione ultima sulla possibilità di *repechage* (mediante una riprogettazione o altre scelte organizzative, come un cambio di mansioni) è in ogni caso ricondotta al potere organizzativo datoriale, nei limiti di quanto consentito dal diritto del lavoro (e, nel caso delle P.A., dai rispettivi ordinamenti).

Se un vero e proprio percorso integrato (insieme agli SSM) di gestione del lavoratore non è praticabile in tutti i casi di sorveglianza sanitaria, è comunque possibile enucleare alcuni principi che possono servire come orientamento per l'operatività quotidiana del MC (tab.45).

Tab.45 – Principi da considerare nell'operatività del medico competente

- | |
|---|
| ● La diagnosi è funzionale (mirata al funzionamento), non categoriale (legata alla mera diagnosi di PSM) |
| ● È utile un monitoraggio nel tempo |
| ● Oggetto di valutazione è in concreto il contesto lavorativo e la situazione della persona nel suo andamento nel tempo |
| ● La remissione sintomatologica non necessariamente precede il recupero di un funzionamento lavorativo accettabile |
| ● Un buon funzionamento lavorativo può migliorare la qualità della vita e innescare un <i>feedback</i> positivo |
| ● Le strategie di riabilitazione/reinserimento devono essere ispirate a gradualità, con eventuale supporto |

multidisciplinare

- Un accomodamento che il DdL ritenga troppo oneroso può compromettere la relazione con il lavoratore e lo stesso rapporto di lavoro.

Il tema del lavoratore con PSM si può porre per il MC in diverse situazioni che richiedono strategie diverse, in quanto diversi sono gli obiettivi (tab.46).

Tab.46 – Oggetti di valutazione e strumenti da considerare nelle diverse fasi della sorveglianza sanitaria

Fase	Oggetti di valutazione	Strumenti
Preventiva (anche in fase preassuntiva)	Assenza di controindicazioni alla mansione specifica	Giudizio di non idoneità solo in casi estremi Eventuale rivalutazione della mansione da affidare
Periodica	Inserimento in corso	In ordine alle condizioni concrete: Mantenimento nella mansione Rimodulazione della mansione Cambio di mansione Giudizio di non idoneità solo in casi estremi
Al rientro da >60 giorni consecutivi di assenza	Reinserimento	
Su richiesta	Stato di salute Eventuali patologie professionali (e non) rilevanti ai fini dell'espressione del giudizio	

In un'elaborazione dei dati sulla sorveglianza sanitaria di oltre 80000 lavoratori francesi nel 2019, si rilevava che 557 (0.67%) venivano giudicati non idonei alla mansione; i PSM erano la seconda causa di non idoneità, dopo le malattie reumatologiche, ed erano significativamente associati ad un giudizio di capacità lavorativa residua assente (Courtois et al, 2023); dati simili erano emersi in un altro studio francese su oltre 51000 lavoratori (Lesage et al, 2018); i non idonei erano 398 (0.74%), e i PSM erano la causa di inidoneità nel 38%. Al rientro dopo un'assenza superiore a 60 giorni per un grave infortunio sul lavoro è opportuno che il MC esplori, agli effetti del giudizio di idoneità, anche la possibile esistenza di un DTSP, che – al di fuori dei casi più evidenti, come le aggressioni – viene spesso misconosciuto (Candura et al, 2020).

La diagnosi formulata in una recente pubblicazione relativa alla visita su richiesta, relativa a PSM, di 149 operatori (F: 73.8%, età media 48 9.6 anni) di un ospedale italiano (Gostoli et al, 2022), valutati da un MdL e da uno psichiatra, è riportata in tab.47.

Tab.47 – Diagnosi psichiatriche – in ordine decrescente di frequenza – formulate ad esito della visita su richiesta in 139 operatori sanitari (modif. da: Gostoli et al, 2022).

Diagnosi psichiatrica	N.(%)	Diagnosi psichiatrica	N.(%)
1. Disturbo depressivo	66 (44.3)	7. PTSD	3 (2.0)
2. Disturbo ansioso-depressivo	16 (10.7)	8. Disturbo dell'adattamento	3 (2.0)
3. Disturbo di panico con agorafobia	13 (8.7)	9. Disturbo di personalità	3 (2.0)
4. Disturbo d'ansia	7 (4.7)	10. Disturbo comportamento alimentare	2 (1.3)
5. Abuso di alcol con o senza comorbidità	5 (3.3)	11. Disturbo ossessivo-compulsivo	1 (0.7)
6. Disturbo bipolare	4 (2.7)	Nessuna diagnosi psichiatrica	25 (16.8)

In linea con la letteratura, i lavoratori richiedenti visita in maggioranza appartenevano alla professione infermieristica, erano di genere femminile, ed i CMD costituivano il raggruppamento diagnostico più rappresentato (61.7%); è anche interessante notare che in oltre il 15% dei casi non veniva formulata alcuna diagnosi psi-

chiatrica, nonostante la richiesta di valutazione per un PSM: è interessante notare come anche tra i nuovi utenti dei servizi di salute mentale il 5.6% degli accessi sia esitato nel 2021 in “assenza di patologia psichiatrica” [Ministero della Salute, 2022]. Si rimanda al testo per l’analisi dettagliata dei giudizi di idoneità espressi, ma – pur con le limitazioni segnalate dagli autori stessi (studio retrospettivo, monocentrico, di piccole dimensioni) – le conclusioni sottolineano che il giudizio di idoneità espresso era radicato, oltre che nelle evidenze scientifiche, soprattutto nel giudizio clinico e nell’esperienza dello psichiatra. Questa osservazione conferma l’importanza di lavorare allo sviluppo di linee di indirizzo condivise tra psichiatri e MdL, fondate sull’evidenza.

Il MC deve acquisire un’accurata conoscenza tanto dello stato di salute attuale – meglio se valutato in collaborazione con SSM e/o MMG – quanto delle specifiche condizioni lavorative. Nel dialogo col lavoratore può quindi essere utile (mirando a ricercare anche il coinvolgimento dei curanti, nell’interesse della persona) approfondire aspetti quali, ad esempio, consapevolezza di malattia, percorso terapeutico, vulnerabilità psichica (Buselli et al, 2016, 2020c, 2022), funzionamento lavorativo, esperienze lavorative, difficoltà/risorse familiari ed extralavorative.

Inoltre il MC ha, per ruolo e professionalità, una propria conoscenza degli aspetti che interessano la SSL (e a lui spettano, in ultima istanza, le valutazioni in merito all’idoneità alla mansione specifica): tra questi, ad esempio, occorre considerare in quale misura il lavoro può aggravare i sintomi, quali compiti appaiono più critici, la valutazione dello stress connesso a compiti e ritmi, la qualità delle relazioni, la sicurezza (oggettiva e percepita)(Paul & Nicholson, 2018).

Il MC deve fare riferimento alle risorse metodologiche della sua disciplina, tra cui le linee guida SIML sulla sorveglianza sanitaria (SIML, 2017), che collocano l’idoneità alla mansione specifica in una posizione compresa fra i concetti di validità e capacità: il primo fa riferimento all’integrità psicofisica (dimensione biologica), il secondo alla propensione a svolgere una determinata attività lavorativa (dimensione attitudinale). Pur rimanendo ancorati al concetto di validità, nell’esprimere un giudizio rispetto ad una persona con disabilità psichica dobbiamo considerare anche la capacità (cfr. anche tab.18), valutando, fra l’altro, se il lavoratore sia in grado di decifrare le situazioni pericolose ed attuare in modo efficace le procedure di sicurezza; si deve inoltre considerare che compiti eccedenti le risorse e le capacità inevitabilmente impattano negativamente sulla salute mentale.

Al proposito è utile riprendere la definizione NIOSH di SLC (NIOSH, 1999): “le risposte fisiche ed emotive dannose che si verificano quando le richieste del lavoro poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o necessità del lavoratore”; e si veda anche la già citata definizione di disabilità lavorativa secondo Linden et al (2017). Così si comprende meglio come vadano interpretate operativamente le nozioni medico-legali appena esaminate: ciascun lavoratore – a maggior ragione quello con DP, in quanto potenzialmente più vulnerabile – presenta proprie capacità, risorse e necessità, a cui rapportare le richieste della mansione per valutare, ed eventualmente affrontare (e, per quanto possibile, prevenire) eventuali situazioni individuali di SLC.

Si richiama anche quanto disposto dall’art.18, c.1, lett.c), D.Lgs.81/08, secondo il quale il DdL “*nell’affidare i compiti ai lavoratori, tiene conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e sicurezza*”; l’attuazione di tale obbligo passa, in buona parte almeno, da un corretto rapporto di collaborazione con il MC.

Un dato interessante sulla relazione tra PSM e condizioni psicosociali al lavoro emerge da uno studio svedese su oltre 20000 gemelli, che tra l’altro mostra nel caso di CMD una relazione inversa tra richieste del lavoro e pensione di invalidità – il che potrebbe riflettere l’effetto dell’attuazione di strategie individuali di *coping* o di adattamenti dei compiti lavorativi (Ropponen et al, 2021).

Il MC è allora chiamato – come già esposto nelle indicazioni di metodo – a valutare la *performance* del lavoratore con DP nello specifico contesto, con i suoi facilitatori e le sue barriere: a tale proposito, è essenziale una conoscenza adeguata della mansione svolta, che il MC può analizzare e dettagliare ulteriormente, ove necessario, in collaborazione con il DdL, i manager e il RSPP, non solo in relazione ai rischi lavorativi, ma anche agli aspetti organizzativi e relazionali che per il funzionamento della persona con disabilità psichica sono fondamentali.

Il D.Lgs.81/08, del resto, non stabilisce mai precisi requisiti psico-fisici, ma affronta il tema in termini di “assenza di controindicazioni” e di “stato di salute” del lavoratore (art.41, c.2).

È anche importante che il MC tenga in considerazione le diverse prospettive della propria relazione con la persona con disabilità psichica (tab.48), in quanto ciascuno ha la propria, con differenti punti focali.

Tab.48 – Temi rilevanti nella relazione tra MC e persona con disabilità psichica		
Prospettive	Focus	
	Medico competente	Lavoratore
Ruolo	Autonomia e indipendenza (codice ICOH)	Terzietà vs. possibili “influenze” datoriali
Relazione	Empatia con la situazione del lavoratore	Possibile percezione di insufficiente condivisione del PSM
Normativa	Compliance alle norme (D.Lgs.81/08, referto, ecc.)	Preoccupazioni per la conservazione del posto di lavoro
Rischi	Pratiche di medicina difensiva	Disclosure vs. non-disclosure

Il MC deve in ogni caso tenere conto di alcune particolari caratteristiche della persona (tab.49).

Tab.49 – Alcune caratteristiche della persona con disabilità psichica con potenziale impatto sulla valutazione del MC (modif. da: American Psychological Association, 2022)
• Evitamento (es. di rischi occupazionali, responsabilità, compiti indesiderati) come atteggiamento di base e/o obiettivo
• Scarso <i>insight</i> (consapevolezza di malattia e di adeguatezza sociale)
• Stato di bisogno economico e sociale (es. interferenza con la terapia, specialmente se comporta costi a carico della persona con disabilità psichica; necessità di mantenere il lavoro, ecc.)
• Disturbo bipolare (es. grandiosità)
• Disturbo d’ansia (es. ansia relativa a situazioni lavorative vissute o paventate)
• Altri disturbi (es. disturbo di conversione, disturbi del comportamento)
• <i>Non disclosure</i> vs. possibile simulazione
• Ricerca di attenzioni (anche come “richiesta di aiuto”)
• Strategie di adattamento in ambito lavorativo, anche disfunzionali (es. <i>presenteeism</i>)

La *disclosure* è un tema complesso, in quanto può risultare un facilitatore, portando ad adattamenti del lavoro in senso positivo, supporto e contribuendo al successo dell’inserimento (Hastuti & Timming, 2021; Brouwers et al, 2020); ma anche una barriera, determinando stigma, demansionamento, minori opportunità di carriera, sino a molestie e perdita del lavoro (van Beurden et al, 2018; Brouwers et al, 2020). Nella 2023 *Work in America Survey* (American Psychological Association, 2023) il 43% degli intervistati manifestava la preoccupazione di un impatto negativo, nel caso avessero dovuto riferire un PSM al datore di lavoro.

Il timore dello stigma e delle sue conseguenze può essere ancora più serio in settori come le professioni sanitarie e della sicurezza (forze di polizia, forze armate, sicurezza privata) nelle quali si pone anche il tema della dotazione di armi da fuoco (Clement et al, 2015), ma anche dello SLC, in particolare – in ambito nazionale – per le forze speciali (Garbarino et al, 2013). Va infine osservato che il tema della *non-disclosure* può coinvolgere, con riflessi talora deleteri, anche la relazione tra lavoratore con PSM e MC.

Esiste evidenza che i lavoratori con PSM sono a maggior rischio di subire molestie sul lavoro, e che in tali situazioni è importante il supporto da parte del datore di lavoro e dell’intera organizzazione (Rosander, 2021).

Un altro aspetto di interesse per il MC attiene alla ben nota comorbilità tra PSM e patologie somatiche: ad esempio, la riduzione dell'aspettativa di vita in confronto con la popolazione generale è risultata di 11.35 anni (mediana, 11.08; IQR, 8.22-13.72), rispetto ai 4.07 anni dei pazienti con neoplasie (Momen et al, 2022); negli Stati Uniti, i costi del trattamento delle persone con PSM in comorbilità con patologie somatiche sono stati stimati dal doppio al triplo rispetto alle persone con soli PSM (Melek et al, 2018); lo studio *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED), condotto mediante il WHODAS-2 e altri questionari, rilevava che i PSM sono importanti determinanti di disabilità lavorativa, spesso in misura maggiore delle più comuni malattie croniche di tipo somatico (Alonso et al, 2004).

Non vanno considerate solo le comorbilità tra PSM e patologie non psichiatriche, ma anche i PSM nel quadro di patologie primariamente non psichiatriche (oncologiche; diabete, che aumenta notevolmente il rischio di depressione [Kaur et al., 2022]; neurologiche, come la sclerosi multipla o il morbo di Parkinson; reumatologiche), che possono apparire magari il tema principale in valutazione ai fini lavorativi (ACOEM, 2006); e si dovrebbe anche porre maggiore attenzione al possibile sviluppo di quadri come il DPTS a seguito di gravi infortuni sul lavoro, che possono aggravare considerevolmente la disabilità (Petereit-Haack et al, 2020, Asmundson et al, 1998) – non solo a titolo di danno biologico oggetto di assicurazione INAIL, ma anche ai fini dell'idoneità alla mansione.

Nello svolgimento della sua attività a tutela della salute e sicurezza del lavoratore con disabilità psichica, è importante per il MC confrontarsi in modo costruttivo e organico col *management*: l'adozione di strategie organizzative (piani di lavoro rimodulati) può migliorare il funzionamento lavorativo, e conseguentemente la salute mentale, anche nell'interesse dell'azienda, così come si è potuto dimostrare con un approccio multidisciplinare (Buselli et al, 2020c) – praticabile ad oggi solo in contesti pilota, come un grande ospedale.

Sinteticamente, sono pertanto quattro gli aspetti che devono essere considerati: 1) funzionamento lavorativo; 2) limitazioni nei compiti lavorativi; 3) instabilità del lavoro; 4) capacità lavorativa (Arends et al, 2022).

Per quanto attiene alla relazione tra intensità del lavoro e salute mentale, un recente *follow-up* longitudinale condotto in Australia conferma gli effetti avversi sull'intera popolazione lavorativa già descritti in passato, che risultano tuttavia particolarmente significativi nelle persone con peggiori condizioni di salute mentale, a conferma dell'impatto negativo dello SLC e della necessità di proteggere con misure mirate i lavoratori più vulnerabili (Doan et al, 2021).

Alcuni spunti per l'espressione del giudizio di idoneità

In linea generale il lavoratore con DP va considerato idoneo – indipendentemente dalla diagnosi – se può far fronte a tutte (o parte delle) richieste del lavoro (“contenuto/contexto”) e alle attività (/compiti) della mansione (tutte, o solo alcune), evitando di formulare esclusivamente limitazioni – sempre secondo un modello “qualitativo” più che “quantitativo” (produttivo/economicistico). È però esperienza quotidiana del MC incontrare casi di difficile gestione per la mancanza di adeguati riferimenti scientifici e normativi, durante la sorveglianza sanitaria e nell'espressione del giudizio di idoneità. La tab.50 riepiloga alcuni punti che il MC dovrebbe passare in rassegna al momento di esprimere il giudizio di idoneità.

Tab.50– Punti da considerare nella valutazione dell'idoneità alla mansione specifica (da: Nicholson, 2018 – Scott et al, 2016)

• In quale misura il lavoro appare in relazione con i sintomi o contribuisce ad aggravarli
• Eventuali aspetti di sicurezza per la persona con disabilità psichica e per l'ambiente di lavoro in generale
• Funzionamento della persona con disabilità psichica in relazione alle richieste del lavoro (anche prevedendo un inserimento graduale)
• Carattere stressante (o meno) dell'occupazione e/o della mansione specifica: ritmi, orari, relazioni, <i>software</i>)
• Comorbilità con patologie somatiche (cardiopatie, diabete, obesità, malattie osteo-mio-articolari)
• Prevedibile effetto (miglioramento o meno) del mantenimento del lavoratore nella mansione svolta
• Prevedibile effetto di una riorganizzazione o di un cambio della mansione specifica

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Qualità delle relazioni con superiori, colleghi e terzi (ad es. per lavori di <i>front office</i>) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Presenza di supporto (da superiori e colleghi) sul luogo di lavoro |
| <ul style="list-style-type: none"> • Eventualità che un accomodamento che il DdL ritenga eccessivamente oneroso possa compromettere la relazione con il lavoratore e lo stesso rapporto di lavoro |

Per gli aspetti di sicurezza, il tema (a titolo di “persone con specifiche necessità”) è stato introdotto espressamente nell’ordinamento con la nuova normativa in materia di gestione delle emergenze e di sicurezza antincendio (Decreto Ministero dell’Interno, 2021a).

È opinione corrente che la maggior parte dei lavoratori con DP non possa svolgere orari di lavoro prolungati, o con turni sulle 24 ore, come richiesto da varie mansioni; tale pratica, che si fonda sulla dimostrazione di effetti avversi di queste forme di organizzazione del lavoro sulla salute mentale (Sancini et al, 2012), non deve essere tuttavia intesa in senso assoluto, e va riesaminata caso per caso in relazione all’effettivo funzionamento, che può variare nel tempo: è se mai opportuno prevedere un percorso graduale di inserimento, partendo ad esempio da orari più brevi, ove contrattualmente praticabili.

Un ulteriore tema di interesse è quello del lavoratore “isolato”: queste situazioni sono in genere da considerarsi controindicate, sia per ragioni di sicurezza in caso di emergenze che per l’assenza di effettivo supporto per periodi prolungati dell’orario di lavoro.

Nel considerare nei giudizi di idoneità eventuali limitazioni, il MC dovrebbe fare quindi riferimento – per quanto possibile – a specifici compiti/attività della mansione (contestualizzazione), piuttosto che formulare limitazioni generiche (es. “evitare compiti stressanti”; “evitare lavori gravosi”).

È altresì importante, in relazione al carattere fluttuante di molti PSM, considerare l’espressione di giudizi di idoneità temporanei nel caso di non idoneità, o stabilire periodicità più ravvicinate, riservando giudizi di non idoneità permanente a casi estremamente selezionati.

L’orizzonte temporale dovrebbe essere stabilito caso per caso, in ragione della situazione individuale (ad es., tempo prevedibile perché abbia effetto la prescrizione di una terapia, o una modifica allo schema in atto).

In allegato 2 si forniscono, a fine di supporto alla gestione del lavoratore con disabilità psichica, alcuni esempi di intergrazione tra categorie DSM-5, ICF, fattori contestuali, idoneità alla mansione specifica, strategie cliniche, strategie organizzative e accomodamento ragionevole.

Una indagine conoscitiva su disabilità e lavoro tra i medici competenti fornisce indicazioni molto utili

Nell’ambito di una *survey* su sclerosi multipla e lavoro (Progetto Bric 24/2019 PRISMA) condotta è stato realizzato un focus su disabilità e lavoro tra 190 MC (INAIL, 2023).

Riguardo al bisogno formativo, il 51,1% lo ritiene reale e l’80,5% si dichiara molto/del tutto interessato a corsi ECM; tra i temi più segnalati: ‘criteri per la formulazione del giudizio di idoneità’ (79.0%), ‘inserimento, reinserimento e integrazione lavorativa’ (74.8%) e ‘valutazione della capacità lavorativa’ (72,1%).

Sulla percezione del MC dell’inclusione lavorativa, ‘le difficoltà pratiche allo svolgimento del lavoro’ sono le principali criticità evidenziate (3,70 – su una scala da 1=per niente a 5=del tutto di ostacolo); segue ‘la mancanza di fiducia nelle proprie capacità (3.37). Tra gli aspetti aziendali che potrebbero ostacolare la buona riuscita dell’inserimento/reinserimento/mantenimento al lavoro, i MC rispondono ‘l’impreparazione nell’inclusione’ (3.87), e ‘la mancata adozione di accomodamenti ragionevoli’ (3.85). In base alla propria esperienza, l’87,3% è d’accordo sull’importanza della collaborazione MC-DdL nei progetti personalizzati di reinserimento; il 78.0% concorda sull’importanza del ruolo del MC nell’individuare ‘accomodamenti ragionevoli’.

Tali dati, pur non mirati direttamente alla DP, danno conto in ogni caso conto delle problematiche più sentite al momento attuale dal MC nella sua pratica quotidiana per la gestione della disabilità, e possono risultare utili ad orientare le azioni della Società scientifica, a partire dal presente contributo.

Disabilità psichica e stress lavoro correlato

La sorveglianza sanitaria ha “*le sue basi nella valutazione del rischio ed è un importante fonte di verifica dei risultati della valutazione del rischi*”, e si “*ripropone il problema di individuare un valore soglia, difficilmente*

definibile per quanto riguarda lo stress” (Buselli et al, 2009), diversamente da quanto accade per i rischi tradizionali.

Il D.Lgs.81/08 dispone che siano valutati tutti i rischi (artt.2, c.1, lett.q; 15, c.1, lett.a), incluso lo SLC (art.28, c.1); la recente novella introdotta con il D.L.48/23 – sia pure con non poche contorsioni testuali – apre la strada alla possibilità di ampliare le ipotesi di sorveglianza sanitaria (letteralmente, si dispone “*la nomina del medico competente*”) al di fuori dei casi in cui questa sia prevista, ma sia “*richiesta*” a seguito della VdR (art.14, che modifica l’art.25, c.1, lett.a, TUSSL). Lo SLC potrebbe rientrare in tale ipotesi, ma è in ogni caso indispensabile attribuire un carattere non arbitrario a tale “*richiesta*”, che non può quindi avere altri riferimenti che l’evidenza scientifica o raccomandazioni di fonte pubblica o di società scientifiche.

I rapporti tra DP e SLC sono già stati introdotti esaminando la definizione NIOSH di SLC (NIOSH, 1999); è peraltro esperienza quotidiana del MC il doversi confrontare con problematiche relative a lavoratori con DP che lamentano situazioni di SLC e criticità relazionali (con superiori, fra colleghi e con terzi, ad es. il pubblico). Il MC viene spesso coinvolto in tali situazioni: il suo operato deve essere guidato dai riferimenti normativi e scientifici col più alto grado di affidabilità, reperibili in studi della stessa disciplina di medicina del lavoro, o di altre che offrano risposte pertinenti.

Resta sempre praticabile l’ipotesi della visita su richiesta (art.41, c.2, lett.c), e la valutazione di una persona con disabilità psichica può rappresentare un utile *input* alla gestione del rischio da SLC, perché può consentire di individuare i soggetti più vulnerabili (Buselli et al, 2016, 2020c, 2022). Il MC deve operare *more solito*, esprimendo il giudizio di idoneità ed indicando, ove necessario, le misure che ritiene più adeguate alla tutela del lavoratore, ad esempio in relazione ai ritmi di lavoro e ad altri aspetti ergonomici.

Il documento redatto dal Coordinamento Tecnico Interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro (Ballottin et al, 2012) sottolinea l’importanza di distinguere tra diversi livelli di attività del MC (tab.51), da cui questi raccoglie informazioni che devono essere comunicate tempestivamente al DdL e al RSPP, per attivare la rivalutazione del rischio e/o – direttamente – l’implementazione di misure di gestione. Tali attività si concretizzano essenzialmente nei sopralluoghi negli ambienti di lavoro e nella sorveglianza sanitaria (visite su richiesta), ma anche nel confronto con i lavoratori (in particolare, con i RLS e i singoli lavoratori che segnalano una criticità o un disagio anche senza richiedere formalmente la visita).

Tab.51 – Livelli di attività per il MC in relazione alla valutazione del rischio da SLC (da: Ballottin et al, 2012)

- | |
|--|
| • Raccolta di alcuni eventi di sentinella per la valutazione preliminare del rischio (richieste di visita, segnalazioni) |
| • Raccolta ed eventuale valutazione epidemiologica di disturbi e segnali clinici stress-correlati, per l’attivazione di una valutazione approfondita del rischio SLC |
| • Valutazione delle condizioni di ipersuscettibilità individuale ai fini dell’espressione del giudizio di idoneità |

Se il lavoratore è invece già sottoposto a sorveglianza sanitaria in relazione ad altri rischi, il MC deve tenere presente anche il rischio SLC nell’espressione del giudizio di idoneità.

La tutela dei lavoratori con PSM, quadri clinici che possono essere aggravati dall’esposizione a rischio SLC, rappresenta spesso una situazione difficilmente risolvibile con il solo giudizio di idoneità. In alcune esperienze (Buselli et al, 2009; 2020c; Buselli, 2010) l’adozione di strategie cliniche e organizzative, con l’ utilizzo di piani di lavoro personalizzati, ha consentito di gestire queste situazioni in maniera efficace con miglioramento del quadro clinico e del funzionamento lavorativo.

Nel lavoro, già citato, di Gostoli et al (2022) non si evidenziavano invece associazioni statisticamente significative tra PSM e situazioni di possibile SLC, a partire dalla stessa mansione, diversamente da quanto atteso.

Per la persona con disabilità psichica a si pone anche il problema del rischio per la sicurezza di terzi, che costituisce argomento particolarmente sensibile, sul quale i dati della letteratura scientifica risultano oltretutto di limitato supporto. Nel D.Lgs.81/08 il tema non è oggetto di valutazione per il MC se non per gli ambiti normati (accertamenti di alcol- e tossicodipendenza); e analoghi limiti sono posti al DdL (CIIP, 2022), il quale ha invece facoltà di far verificare nel settore privato l’idoneità fisica del lavoratore ai sensi dell’art.5, c.3, L.300/70, ove applicabile; per i dipendenti pubblici si applicano le disposizioni generali (combinato disposto

del DPR 461/01 e DPR 171/11, con le recenti modifiche apportate dal D.L.21 giugno 2022, n.73), oltre a quelle specifiche eventualmente previste dagli ordinamenti delle amministrazioni di appartenenza, in ragione del servizio svolto (Casale, 2013).

Ulteriore questione riguarda normative particolari (quali: conduzione di veicoli, treni, ecc.; porto d'armi), che dispongono accertamenti sanitari e giudizi in parallelo alla sorveglianza sanitaria, per i quali si rimanda alle Linee guida SIML (SIML, 2017).

Anche in altre nazioni esiste un sistema di controlli sanitari mirati per i lavoratori, sia pure con differenti presupposti operativi e normativi: un recentissimo studio finlandese (Kuronen et al, 2023) concludeva che i lavoratori facevano ricorso attivamente a questo strumento, soprattutto nel caso di problemi di *workability*, e i responsabili e gli OML seguivano piuttosto fedelmente le raccomandazioni per la gestione della disabilità in ambito lavorativo; gli OML, tuttavia, davano corso ai controlli sanitari e raccomandavano per i PSM interventi riabilitativi in misura minore che per le patologie muscoloscheletriche: gli autori concludevano che dovrebbe essere potenziato – e meglio studiato – il supporto fornito ai lavoratori con PSM. Il rilievo sottolinea l'importanza di garantire ai lavoratori un efficace e tempestivo accesso alla visita su richiesta, anche come strumento per la gestione della DP al lavoro.

I livelli di intervento in tema di rischi psicosociali possono essere concettualmente suddivisi come in tab.52.

Tab.52– Livelli di intervento a protezione della salute mentale per i RPS (modif. da: Corbiere et al, 2009)		
Livello	Obiettivo	Livello prevalente
Primario	<ul style="list-style-type: none"> • riduzione delle condizioni di lavoro caratterizzate da un potenziale di danno per la salute mentale; • modifica delle condizioni organizzative per proteggere/migliorare il benessere lavorativo 	Gruppo e organizzazione
Secondario	<ul style="list-style-type: none"> • potenziamento delle capacità dei lavoratori di gestire un PSM e/o affrontare condizioni di lavoro con un potenziale di danno per la salute mentale 	
Terziario	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione dei lavoratori che hanno sviluppato danni da SLC (con o senza un preesistente PSM) 	

Il valore preventivo del livello terziario è relativo, e tuttavia è importante da considerare proprio ai fini del giudizio di idoneità. Facendo riferimento alle vere e proprie patologie da SLC, si tratta in ogni caso di interventi tardivi, che comportano marcate difficoltà di recupero del lavoratore: da qui l'importanza degli interventi primari e secondari, con un potenziale preventivo nettamente maggiore.

Il luogo di lavoro come ambiente per promuovere la salute mentale

L'indagine 2023 *Work in America Survey* (American Psychological Association, 2023) ha confermato che il benessere psicologico riveste una priorità elevata per i lavoratori (tab.53).

Tab.53 – Punti ritenuti importanti dai lavoratori nella 2023 <i>Work in America Survey</i> (modif. da: American Psychological Association, 2023)	
Item	%
• Lavorare in un ambiente che attribuisce valore al loro benessere emozionale e psicologico	92
• Lavorare in un'organizzazione che fornisce supporto per la salute mentale	92
• Sentirsi rispettati al lavoro	95
• Lavorare in un'organizzazione che rispetta i limiti tra tempo di lavoro e tempo extra-lavoro	95

Il 77%, inoltre, si riteneva soddisfatto del supporto fornito dal DdL per il benessere e la salute mentale, e il 59% delle informazioni fornite dal DdL sulle risorse a supporto della salute mentale; il 72%, infine, concordava sul fatto che il proprio DdL collaborasse nello sviluppo e nel mantenimento di stili di vita sani (*ivi*).

In un'ottica di TWH (NIOSH, 2016) anche le persone con disabilità psichica possono beneficiare, al pari degli altri lavoratori, di interventi mirati al benessere lavorativo, al miglioramento degli stili di vita, quali fumo, dieta e attività fisica, e al contrasto di comportamenti a rischio (abuso di alcol e sostanze); è ad esempio ben caratterizzata la relazione tra depressione e obesità (Luppino et al, 2010). La TWH è parte integrante del Piano Nazionale della Prevenzione e dei diversi Piani Regionali della Prevenzione (Iavicoli et al, 2022).

Secondo la CIIP, la TWH "ci ha insegnato che molte condizioni patologiche tradizionalmente ritenute non correlate al lavoro possono invece essere aggravate dai rischi lavorativi: le malattie metaboliche, i disordini alimentari, i disturbi del sonno, le malattie cardiovascolari, la depressione e le malattie mentali. Parimenti molti fattori lavorativi, tradizionalmente non considerati rischi professionali (o solo in parte considerati nell'ambito della valutazione dello stress lavoro correlato), possono avere un impatto significativo sulla salute delle persone, come l'orario, la distanza e il pendolarismo, la flessibilità e la conciliazione vita-lavoro, la retribuzione, le relazioni interpersonali, la formazione culturale, ecc." (CIIP, 2023).

Si tratta, in sostanza, di "ampliare il paradigma della SSL" in un'ottica di benessere (Chari et al, 2018); i MdL italiani mostrano una buona propensione ad approfondire l'argomento, in specie se operano in aziende medio-grandi (Leso et al, 2023), ed è verosimile che un'analogha sensibilità si possa riscontrare anche per la DP, specialmente se i due temi fossero affrontati in parallelo, e – ove possibile – in un'ottica multidisciplinare, coinvolgendo anche i clinici e i MMG.

Un utile strumento per il coinvolgimento del DdL sul tema della TWH è il *CDC Worksite Health ScoreCard* (Centers for Disease Control and Prevention, 2019), ma sarebbe utile sviluppare strumenti specifici anche per la salute mentale al lavoro (Goezel et al, 2018).

CONCLUSIONI: COSA SAPPIAMO OGGI E COSA POSSIAMO FARE DA DOMANI

Il tema delle relazioni tra DP e lavoro, per quanto molto sentito, è ben lontano dall'aver raggiunto punti di convergenza significativi nella letteratura internazionale, se non su alcuni dati ed aspetti di principio e metodo.

I dati sull'elevata prevalenza dei PSM (in particolare CMD) ci dicono che queste persone "normalmente" lavorano, o perché il loro grado di disabilità lavorativa non è elevato, o perché trovano una qualche forma di accomodamento, o, infine, perché si adattano – con varie strategie – a lavorare in condizioni non del tutto consone alla loro DP. La società (a partire dai DdL, ma ciò vale anche per i MdL e gli SSM) deve prenderne coscienza, trovando in ciò uno stimolo per realizzare azioni positive per favorire il mantenimento al lavoro, per quanto possibile in un lavoro "competitivo", e mirando ad ottenere e mantenere nel tempo un funzionamento adeguato, nell'interesse della persona, del mondo del lavoro e della società nel suo complesso.

I costi, pubblici e privati di una mancata gestione della DP sono variabili a seconda delle nazioni e dei sistemi di riferimento, ma costantemente elevati in rapporto a ciascuna collettività; la letteratura è concorde nell'evidenziare che i costi più gravosi – per le organizzazioni lavorative come per la società nel suo complesso – sono correlati ad una ridotta produttività, che viene quasi accettata passivamente dal sistema, quando sarebbero invece praticabili varie tipologie di interventi a diversi livelli. Nel Regno Unito i costi a carico dei datori di lavoro, con notevoli incertezze sul *presenteeism*, sono stati calcolati nell'ordine di £33-42 miliardi, e i costi a carico dello stato tra £24 e £27 miliardi (Farmer & Stevenson, 2017).

Emerge poi chiaramente un *gap* comunicativo, sia nella società che nelle organizzazioni lavorative, che contribuisce alla scarsa consapevolezza ed attenzione sul tema, al di fuori di trattazioni, più o meno generali, sui diritti, che appaiono sì utili, ma che con tutta evidenza non modificano in modo rilevante gli atteggiamenti verso la DP: il MdL può rivestire qui un ruolo molto importante nel diffondere conoscenze e promuovere comportamenti adeguati (ad esempio per favorire l'inclusione e contrastare lo stigma), ottenendone in cambio il riconoscimento sociale, potenzialmente anche molto significativo, del proprio ruolo, non solo nel mondo del lavoro.

La disponibilità di una precisa diagnosi, di un trattamento in atto e della collaborazione del lavoratore rappresenta un prerequisito per la riuscita di ogni intervento. La maggior parte dei dati disponibili è relativa

alle persone con CMD, in quanto costituiscono le tipologie di disturbi più frequenti e presentano maggiori probabilità di un esito favorevole dell'inserimento; anche per le persone con SMI sono state illustrate varie tipologie di interventi, nella consapevolezza che l'efficacia appare ad oggi molto minore.

Dal momento che l'età lavorativa abbraccia un arco molto ampio della vita, il luogo di lavoro rappresenta anche un contesto ideale per iniziative di sanità pubblica mirate a promuovere la salute mentale, quali la TWH, e – nello specifico – prevenire, per quanto possibile, l'insorgenza di PSM (Goetzel et al, 2018).

Dovendo riassumere, conclusivamente, la situazione attuale delle evidenze in tema di DP e lavoro allo scopo di ipotizzare un loro uso nella società, possiamo ricorrere sul piano metodologico ad un *framework* mirato all'implementazione delle evidenze, applicabile in contesti di sanità pubblica, come la medicina del lavoro (Brownson, 2022), che ci può aiutare ad individuare le possibili traiettorie su cui indirizzare gli interventi (tab.54).

Tab.54 – Concettualizzazione delle evidenze per la l'implementazione (modif.da: Brownson et al, 2022)

Tipo	Elementi	Esempi
(1) Eziologia e burden (in una popolazione)	Eziologia	Fattori causali delle malattie o di altre condizioni
	Epidemiologia	Studio del verificarsi di una condizione correlata alla salute
	Burden	Impatto
	Accesso	Capacità di una categoria di persone di usufruire di un servizio, sanitario o non sanitario
	Disparità	Differenza di salute strettamente correlata a svantaggi sociali, economici o ambientali
(2) Efficacia degli interventi	Determinanti sociali e fattori strutturali	Condizioni in cui le persone nascono, vivono, lavorano, invecchiano; anche: le strutture sociali e politiche che le condizionano
	Assistenza sanitaria	Strutture, processi e interventi delle organizzazioni sanitarie
	Linee guida, politiche, programmi	Attività concepite per valutare, migliorare, mantenere nel tempo, promuovere o modificare la salute, i comportamenti, il funzionamento
	Linee guida operative	Serie standardizzata di informazioni, basate sull'evidenza di <i>efficacy/effectiveness</i> , delle <i>best practices</i> per affrontare temi di salute in sanità pubblica o nella pratica clinica
(3) Implementazione e contesto	Valutazione economica	Analisi comparativa di percorsi di azione alternativi in termini di costi e conseguenze
	Contesto	Serie di circostanze o fattori correlati alla situazione o alla comunità che circoscrive un determinato sforzo di implementazione
	Validità esterna	Grado in cui le inferenze riportate in uno studio possono essere applicate a popolazioni, situazioni, trattamenti ed esiti differenti
	Implementazione: strategie	Processi, metodi, tecniche, attività e risorse che sostengono l'adozione, l'integrazione e il mantenimento di IBE
	Implementazione: meccanismi	Processo o evento con il quale una strategia di implementazione opera per modificare gli esiti dell'implementazione
Implementazione: equità	Grado in cui viene posta attenzione alla cultura, alla storia, ai valori e ai bisogni della comunità nell'implementazione, compresi i fattori sociali e strutturali che possono contribuire alla disuguaglianze di salute o ad una implementazione non equa.	

	Adattamento	Grado in cui un IBE viene cambiato, o modificato, da un utilizzatore prima, durante e dopo l'implementazione: (a) in base ai bisogni della situazione locale; (b) per rispondere alle evidenze emergenti; (c) per rispondere ai cambiamenti del contesto.
	Replicabilità e trasportabilità	Capacità di trasferire un IBE in un nuova situazione, mantenendo un equilibrio tra aderenza al modello e adattamenti
	Scale-up	Capacità di espandere la copertura di interventi di successo
	Sostenibilità	Capacità di creare strutture e processi per implementare IBE che possano essere mantenuti nel tempo, e adattati ad organizzazioni e sistemi in modo da continuare a produrre effetti nel tempo

Dal quadro così delineato emerge la necessità (ma anche la ricaduta positiva di un impegno in tal senso) di una cultura della valutazione degli interventi solida e metodologicamente rigorosa.

Gli ambiti in cui le evidenze sono più carenti sono senz'altro quelli – tra loro strettamente collegati agli effetti del presente contributo – dell'efficacia degli interventi e della loro implementazione in contesti differenti, mentre i dati relativi all'epidemiologia e al *burden* dei PSM nei luoghi di lavoro risultano, se non del tutto appaganti, almeno idonei a sostenere l'azione in un'ottica di sanità pubblica.

Appare con chiarezza, inoltre, l'esigenza di approfondire – soprattutto con finalità di prevenzione primaria – i rapporti tra salute mentale e ambiente psicosociale lavorativo (non solo i "rischi psicosociali" propriamente detti, quindi), allargando lo sguardo verso il benessere lavorativo. Una recente metanalisi di quasi 1000 studi relativi agli interventi sull'ambiente psicosociale lavorativo (Aust et al, 2023) distingue tra "prossimali" (intesi in prima battuta a migliorare l'ambiente) e "distali" (intesi a migliorare la salute psichica e fisica, e favorire il mantenimento al lavoro) rivela una grande eterogeneità nella qualità delle ricerche in termini di approcci e di dati, con la difficoltà di realizzare studi randomizzati (il che comporta una focalizzazione su contesti, come la sanità, più facilmente controllabili, ma difficili da generalizzare negli esiti) e la necessità di avvalersi anche di metodi diversi dalla randomizzazione, purché la dimensione degli studi sia adeguata e siano chiari gli *outcomes* che si intende valutare (Burdorf, 2023).

I *framework* proposti a supporto della salute mentale al lavoro includono il mantenimento al lavoro in buone condizioni, il riconoscimento di segnali precoci di PSM, la facilitazione ad ottenere supporto professionale e il supporto nel rientro al lavoro, preferibilmente con un approccio integrato, che può includere la riduzione dei fattori di rischio occupazionale (Fotini et al, 2023a). Lo stesso contributo affronta la questione delle PMI, sia nel senso della loro capacità di gestione dei lavoratori con PSM che di promozione della salute mentale al lavoro: è palese che interventi solo sanitari, o solo organizzativi, o solo culturali, non risultano adeguati (ivi), in particolare nelle PMI, dove, come mostra anche un lavoro sul comparto dell'edilizia, la situazione della salute mentale dei lavoratori appare preoccupante e la cultura delle imprese è carente (Blake et al, 2023). Nella consapevolezza che si tratta di un problema complesso sul quale la letteratura è scarsa, gli autori propongono un *framework* multicomponente di valutazione (MENTUPP), che mira ad ottenere 4 *outcomes* di lungo periodo: 1) miglioramento della salute mentale e riduzione del *burnout*; 2) riduzione dei PSM; 3) riduzione dello stigma connesso ai PSM; 4) miglioramento della produttività (ivi); i primi risultati, relativi a 26 PMI, mostrano un miglioramento del benessere e una riduzione dei sintomi di ansia e degli atteggiamenti di stigmatizzazione (Fotini et al, 2023b).

Il percorso verso una migliore gestione della DP al lavoro non si presenta agevole, ma emergono con chiarezza alcune prospettive di sviluppo, alcune delle quali anche a breve termine.

È di particolare rilevanza il contesto degli interventi, in considerazione della complessità dei diversi sistemi – pubblici e privati – coinvolti (cfr. tab.30) e delle rilevanti differenze che determinano ampi margini di incertezza nella replicabilità di un'esperienza, pur supportata da evidenze di successo, in condizioni diverse da quelle originali; analoghe considerazioni valgono per i temi dei costi, ed in particolare per le valutazioni di costo-efficacia di un determinato intervento, o pratica. Risulta allora fondamentale che nei progetti, specialmente nel caso dell'erogazione di contributi pubblici, sia valutata sin dall'inizio la riproducibilità (anche con adattamenti), la sostenibilità nel tempo, e la potenzialità di successiva espansione (*upscaling*).

È verosimile che anche in queste considerazioni si debba ricercare la motivazione di una carenza, nella letteratura, di linee guida operative e buone pratiche sull'argomento: si tratta in ogni caso di un obiettivo per il quale è necessario uno sforzo della comunità scientifica, allo scopo di promuovere e ottenere una maggiore efficacia, dall'ambito sanitario propriamente detto sino al diritto e alle scienze sociali.

Raccogliamo in conclusione alcuni spunti per lo sviluppo del tema DP e lavoro nella prospettiva del MdL.

1. Per gli aspetti di metodo, va innanzitutto sottolineata la necessità di un approccio multidisciplinare, nel quale al MdL dovrebbe essere riconosciuto un ruolo più incisivo nel portare a sintesi i singoli contributi e trasferirli nei diversi contesti dove si tratta delle relazioni tra salute mentale e lavoro (assistenza sanitaria, legislazione e assistenza sociale, salute e sicurezza sul lavoro, diritto del lavoro).

2. È importante anche potenziare la relazione con i MMG, soprattutto nel caso di CMD, come suggerisce anche l'esperienza francese sulle patologie da SLC (Rivière et al, 2020).

3. Il curriculum dei medici ACOEM negli USA prevede tra le *Core competencies* l'idoneità al lavoro e il *disability management*, mentre nei *Knowledge and skill sets* i temi di ambito psichiatrico rilevanti sono numerosi (Hantembaum et al, 2021): un aspetto importante su cui investire nel futuro, quindi, è la formazione del MdL sulla DP, a partire dai temi trattati nel presente documento.

4. In tema di *disability management*, la salute mentale rappresenta il focus nel 35.3% delle *systematic review* e nel 5.9% delle revisioni narrative, ma la tale cultura è diffusa soprattutto nei paesi anglosassoni (La Torre et al, 2021); in ambito nazionale appare ora prioritario colmare quanto prima questo *gap*.

5. È necessario superare, nella teoria e nella pratica della SSL, una sorta di strisciante antinomia che si è manifestata nel tempo tra livello di intervento collettivo e individuale: la tutela e l'inclusione della persona, specialmente se più vulnerabile, come la persona con disabilità psichica, non possono mai passare in secondo piano rispetto ad una presunta priorità della prevenzione primaria nella SSL (magari concepita come rigorosamente uguale per tutti, com'è il caso della logica che ispira la VdR, così com'è correntemente condotta), o ai bisogni, pur legittimi, delle collettività di riferimento e della società in generale. Una recente *review* delle *best practices* per il supporto della salute mentale al lavoro conclude che è necessario un equilibrio tra supporto individuale e supporto organizzativo (Wu et al, 2021).

L'istituto dell'accomodamento ragionevole rappresenta un esempio di soluzione che, nel rispetto della norme nazionali ed internazionali, contempera diritti e necessità del singolo con ragioni di equità sociale e di sostenibilità per il DdL.

7. Occorre sviluppare, secondo il modello bio-psico-sociale, strumenti standardizzati che, a partire dall'ICF, consentano, per quanto possibile, valutazioni del lavoratore con DP che risultino da un lato esaustive, e dall'altro di più facile implementazione sul campo per il MC.

8. L'obiettivo è l'inserimento efficace della persona con disabilità psichica in un lavoro "competitivo", ogni volta che ciò appaia concretamente realizzabile, anche attraverso percorsi di inserimento progressivo, superando lo stigma e la discriminazione, ma senza nutrire aspettative irrealistiche in relazione alla sua condizione del momento, che potrebbero persino risultare di danno alla persona stessa nei successivi sviluppi del suo percorso (trauma?), in cui si deve mirare a far leva sui punti di forza e a costruire nuove abilità.

9. L'impiego sistematico dei piani di lavoro (Cristaudo et al, 2023), se opportunamente strutturati, potrebbe essere considerato a titolo di buona pratica di SSL come supporto al MC per migliorare la gestione delle persone con disabilità psichica al lavoro.

10. Un contributo sulla implementazione tra i MdL olandesi di una linea guida sulla gestione dei PSM al lavoro (Joosen et al, 2015) sottolinea l'importanza di strategie che coinvolgano attivamente i lavoratori destinatari degli interventi: tale osservazione può essere utile anche per il presente documento, che, pur non avendo l'impostazione di una linea guida, presuppone rilevanti cambiamenti sia nella prospettiva che nella pratica del MdL. È quindi prioritario migliorare a livello aziendale anche il dialogo con le rappresentanze sindacali e con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza.

11. Un ultimo aspetto riguarda l'identificazione e lo sviluppo, possibilmente in comune tra MdL e SSM, di spunti di ricerca e studio sui rapporti tra DP e lavoro, con successive attività di disseminazione delle evidenze, coinvolgendo ulteriori altre figure interessate (altri specialisti, quali i medici legali; sociologi del lavoro; esperti di risorse umane; esperti di scienze sociali; operatori sociali dei servizi pubblici e del terzo settore; giuristi attenti alla tematica; esperti di comunicazione sociale).

BIBLIOGRAFIA

- Aarons-Mele M. We need to talk more about mental health at work. *Harvard Business Review* 2018; Nov 01. <https://hbr.org/2018/11/we-need-to-talk-more-about-mental-health-at-work>
- ACOEM. ACOEM Guideline. Preventing Needless Work Disability by Helping People Stay Employed. *JOEM* 2006; 48:972-987. doi: 10.1097/01.jom.0000235915.61746.0d
- Ahonen EQ, Fujishiro K, Cunningham T, Flynn M. Work as an Inclusive Part of Population Health Inequities Research and Prevention. *Am J Public Health* 2018;108:306–311. doi: 10.2105/AJPH.2017.304214.
- Akkerman A, Kef S, Meininger HP. Job satisfaction of people with intellectual disabilities: the role of basic psychological need fulfillment and workplace participation. *Disabil Rehabil.* 2018;40:1192-1199. doi: 10.1080/09638288.2017.1294205.
- Allen ND, Couser GP, Bostwick JM. Disability Evaluation and Treatment for Patients With Psychiatric Disorders. *Mayo Clin Proc* 2020;95:1766-1774. doi: 10.1016/j.mayocp.2020.04.040.
- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;109:38–46. doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x
- American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, 2022.
- American Psychological Association. Task Force on Guidelines for Assessment and Intervention with Persons with Disabilities. *Guidelines for Assessment and Intervention with Persons with Disabilities; 2022*. Retrieved from <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-assessment-intervention-disabilities.pdf>.
- American Psychological Association. 2023 Work in America Survey. Available at: <https://www.apa.org/pubs/reports/work-in-america/2023-workplace-health-well-being>
- Amick BC III, McLeod CB, Bültmann U. Labor markets and health: an integrated life course perspective. *Scand J Work Environ Health* 2016;42:346-53. doi: 10.5271/sjweh.3567
- Amiri S, Behnezhad S. Depression and risk of disability pension: A systematic review and meta-analysis. *Int J Psychiatry Med* 2019;91217419837412. doi: 10.1177/0091217419837412.
- Andersen MF, Nielsen KM, Brinkmann S. Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scand J Work Environ Health* 2012;38:93-104. doi: 10.5271/sjweh.3257
- Arends I, van Zon SKR, Bültmann U. Supporting workers with mental health problems at work: challenges and avenues. *Scand J Work Environ Health.* 2022;48:323–326. doi:10.5271/sjweh.4044
- Arensman E, O'Connor C, Leduc C, et al. Mental health promotion and intervention in occupational settings: protocol for a pilot study of the MENTUPP intervention. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:947.
- Asmundson GJ, Norton GR, Allardings MD, et al. Posttraumatic stress disorder and work-related injury. *J Anxiety Disord* 1998;12:57-69. doi: 10.1016/s0887-6185(97)00049-2.
- Audhoe SS, Nieuwenhuijsen K, Hoving JL, et al. Perspectives of unemployed workers with mental health problems: barriers to and solutions for return to work *Disability and Rehabilitation* 2018; 40:28–34. doi: 10.1080/09638288.2016.1242170
- Aust B, Møller JL, Nordentoft M, et al. How effective are organizational-level interventions in improving the psychosocial work environment, health, and retention of workers? A systematic overview of systematic reviews. *Scand J Work Environ Health* 2023; 49:315-329. doi: 10.5271/sjweh.4097
- Bacon J, Grove B. (eds.). *Employability interventions for people with mental health problems. Empowerment in Mental Health—Working together towards Leadership. A meeting in partnership with the European Commission.* World Health Organization; Leuven; 2010. URL (accessed on 3/10/22): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349660>.
- Balogh R, Gadeyne S, Jonsson J, et al. Employment trajectories and mental health-related disability in Belgium. *Int Arch Occ Environ Health* 2023;96:285-302. doi: 10.1007/s00420-022-01923-y

- Ballottin A, Buselli F, Bussotti P, et al. Coordinamento tecnico interrregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro. (Coordinatore d'Orsi F.) Stress lavoro-correlato: indicazioni per la corretta gestione del rischio e per l'attività di vigilanza alla luce della Lettera Circolare del 18 novembre 2010 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Roma, 2012.
- Bambra C. Work, worklessness, and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- Barth J, de Boer WL, Busse JW, et al. Inter-rater agreement in evaluation of disability: systematic review of reproducibility studies. *BMJ* 2017;356:j14. doi: 10.1136/bmj.j14.
- Battiloro V (a), Martini L, Mo Costabella L, Nava L. Supported employment e tirocinio: una formula efficace per l'inserimento lavorativo dei disoccupati con disabilità psichica? *Politiche Sociali/Social Policies* 2021; 1:189-207. doi: 10.7389/98222.
- Battiloro V (b), Martini L, Mo Costabella L, Nava L. Supported employment e tirocinio: una formula efficace per l'inserimento lavorativo dei disoccupati con disabilità psichica? *Politiche Sociali / Social Policies* 2021; 1:189-207. doi:10.7389/98222.
- Becker DR, Drake RE. *A Working Life for People with Severe Mental Illness*". Oxford University Press; 2003.
- Berardi D, Fioritti A. Individual Placement and Support. Manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali. Bononia University Press, Bologna, 2017.
- Bisson JI, Olf M. Prevention and treatment of PTSD: the current evidence base. *Eur J Psychotraumatol.* 2021; 12:1824381. doi: 10.1080/20008198.2020.1824381.
- Bjørkedal ST, Fisker J, Hellström LC, et al. Predictors of return to work for people on sick leave with depression, anxiety and stress: secondary analysis from a randomized controlled trial. *Int Arch Occup Environ Health* 2023. doi: 10.1007/s00420-023-01968-7
- Blackburn B. Managing neurodiversity in workplaces. *Occupational Medicine* 2023; 73:5758. doi: 10.1093/occmed/kqac142.
- Blake H, Bullock N, Chouliara N. Enablers and barriers to mental health initiatives in construction SMEs. *Occupational Medicine* 2023;kqad075. doi: 10.1093/occmed/kqad075.
- Blobel B, Ruotsalainen P, Brochhausen M, et al. Designing and Managing Advanced, Intelligent and Ethical Health and Social Care Ecosystems. *J Pers Med* 2023; 13:1209. doi: 10.3390/jpm13081209
- Blomqvist S, Virtanen M, Westerlund H, & Magnusson Hanson LL. Associations between COVID-19-related changes in the psychosocial work environment and mental health. *Scand J Public Health* 2023; 51:664-672. doi: 10.1177/14034948231160633.
- Bond GR. Principles of the Individual Placement and Support model: empirical support. *Psychiatr Rehabil J* 1998; 22:11-23.
- Bond GR. Supported employment: evidence for an evidence-based practice. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27:345-9. doi: 10.2975/27.2004.345.359
- Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on Individual Placement and Support. *World Psychiatry* 2020;19:390-391. doi: 10.1002/wps.20784.
- Bonham CA, Uhlenhuth E. Disability and comorbidity: diagnoses and symptoms associated with disability in a clinical population with panic disorder. *Psychiatry J* 2014;2014:619727. doi: 10.1155/2014/619727.
- Brohan E, Henderson G, Wheat K, et al. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry* 2012; 12:11. doi: 10.1186/1471-244X-12-11.
- Brownson RC, Shelton RC, Geng EH, & Glasgow RE. Revisiting concepts of evidence in implementation science. *Implementation Sci* 2022;17:26. doi: 186/s13012-022-01201-y
- Brouwers EPM, Joosen MCW, van Zelst C, et al. To Disclose or Not to Disclose: A Multi-stakeholder Focus Group Study on Mental Health Issues in the Work Environment. *J Occup Rehabil* 2020; 30:84-92. doi: 10.1007/s10926-019-09848-z

Brouwers EPM. Social stigma is an underestimated contributing factor to unemployment in people with mental illness or mental health issues: position paper and future directions. *BMC Psychol* 2020; 8:36. doi: 10.1186/s40359-020-00399-0

Bryan BT, Gayed A, Milligan-Saville JS, et al. Managers' response to mental health issues among their staff. *Occ Med* 2018;68:464–468. doi: 10.1093/occmed/kqy103

Bryan M, Bryce A, Rice N, et al. Exploring mental health disability gaps in the labour market: the UK experience during COVID-19. *Labour Econ* 2022;78:102253. doi: 10.1016/j.labeco.2022.102253

Burdorf R. How to improve intervention research on the psychosocial work environment? *Scand J Work Environ Health* 2023; 49:311-313. doi: 10.5271/sjeweh.4107

Buselli R (a), Corsi M, Baldanzi S, et al. Professional Quality of Life and Mental Health Outcomes among Health Care Workers Exposed to Sars-Cov-2 (Covid-19). *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17:6180. doi: 10.3390/ijerph17176180.

Buselli R (b), Baldanzi S, Corsi M, et al. Psychological Care of Health Workers during the COVID-19 Outbreak in Italy: Preliminary Report of an Occupational Health Department (AOUP) Responsible for Monitoring Hospital Staff Condition. *Sustainability* 2020; 12:5039. doi: 10.3390/su12125039

Buselli R (c), Del Guerra P, Caldi F, et al. Mental disability management within occupational health surveillance. *Med Lav*. 2020; 111:232-240. doi: 10.23749/mdl.v111i3.8629.

Buselli R, Pacciardi B, Gonnelli C, et al. Supporto psichiatrico ai lavoratori della sanità sottoposti a sorveglianza sanitaria periodica [Psychiatric support of healthcare workers undergoing periodic health assessment]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2009;31:149-53.

Buselli R, Veltri A, Baldanzi S, et al. Work-related stress disorders: variability in clinical expression and pitfalls in psychiatric diagnosis. *Med Lav* 2016 24;107:92-101.

Buselli R, Veltri A, Corsi M, et al. Affective temperament and mood spectrum symptoms in workers suffering from work-related stress disorders. *J Affect Disord* 2022;317:354-359. doi: 10.1016/j.jad.2022.08.124.

Buselli R. La sorveglianza sanitaria degli operatori della sanità con disturbi della sfera psichica [Medical surveillance of health care workers with psychiatric disorder]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2010;32:351-4.

Business in the Community. *Mental Health at Work Report*. London: Business in the Community, 2017. www.who.int

Cabezas-Rodríguez A, Utzet M, Bacigalupe A. Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health?: A scoping review. *Int J Soc Psychiatry* 2021 67:1005-1025. doi: 10.1177/00207640211015708.

Camera dei Deputati. *Relazione sullo stato di attuazione della legge recante norme per il diritto al lavoro dei disabili (Anni 2016, 2017 e 2018) (Articolo 21, c.1, della legge 12 marzo 1999, n.68); presentata dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali (Catalfo); trasmessa alla Presidenza il 12 gennaio 2021. Atti XVIII legislatura, Doc.CLXXVIII, n.1. Stabilimenti Tipografici Carlo Colombo, 2021.*

Camoni L, Picardi A, Venerosi A. New mode of care. Value and limit of the person-centered care planning for people with mental disability *Ann Ist Super Sanita* 2020; 56:193-205. doi: 10.4415/ANN_20_02_09

Campbell D, Green MJ, Davies N, et al. Effects of depression on employment and social outcomes: a Mendelian randomization study. *J Epidemiol Community Health* 2022;76:563-71. doi: 10.1136/jech-2021-218074

Canada Life – *Workplace Strategies for Mental Health* (Arnold A, Arnold I, et al.). Supporting employee success – A tool to help employees be successful at work. Available at: <https://wsmh-cms.mediresource.com/wsmh/assets/d4n5g7szvjwcs8ww>.

Candura SM, Pettenuzzo E, Negri C, et al. Work-related post-traumatic stress disorder: report of five cases. *Ind Health*. 2020;58:565-572. doi: 10.2486/indhealth.2020-0079.

Casale D. *L'idoneità psicofisica nel lavoratore pubblico*. Seminario Giuridico dell'Università di Bologna, n. 271. Bononia University Press; 2013.

Cassazione civile, Sezione Lavoro 4 marzo 2021, n.6084 - In materia di *repechage* non sussiste alcun onere di collaborazione da parte del lavoratore: l'onere probatorio grava esclusivamente sul datore di lavoro (available at: www.olympus.uniurb.it).

Cassazione civile, Sezione Lavoro 9 marzo 2021, n.6497 - Licenziamento del lavoratore disabile: parità di trattamento e obbligo in capo al datore di lavoro di adottare i cd. accomodamenti ragionevoli (available at: www.olympus.uniurb.it).

Cassazione penale, sez.III, 1 giugno 2021, n.21521 (available at: www.olympus.uniurb.it).

Cassazione penale, sez.III, 15 gennaio 2013, n.1856 (available at: www.olympus.uniurb.it).

Cassazione penale, sez.III, 27 aprile 2018, n.38402 (available at: www.olympus.uniurb.it).

Cassazione penale, sez.IV, 21 gennaio 2020, n.19856 (available at: www.olympus.uniurb.it).

Castelli L, Di Tella M, Benfante A, & Romeo A. The Spread of COVID-19 in the Italian Population: Anxiety, Depression, and Post-traumatic Stress Symptoms. *Canadian Journal Of Psychiatry* 2020; 65:731-732. doi: 10.1177/0706743720938598

Centers for Disease Control and Prevention. CDC Worksite Health ScoreCard: An Assessment Tool to Promote Employee Health and Well-Being. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services; 2019.

Centers for Disease Control and Prevention. NIEHS and NIOSH Explore the Expansion of Recovery Friendly Workplace Programs. Available at: <https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2023/08/07/rfw/>

Chirico F, Sacco A, Ferrari G. AIPMEL. Raccomandazioni dell'Associazione Italiana di Psicologia e Medicina del Lavoro (AIPMEL) per la valutazione del rischio e la sorveglianza sanitaria nei lavoratori in smart working ("lavoro agile") durante e dopo la pandemia da SARS-CoV-2. *G Ital Psicol Med Lav.* 2021;1:150-164. URL: https://aipmel.it/wp-content/uploads/2022/05/Copertina-e-cologophon_Numero-II_Maggio-2022.pdf

Chari R, Chang CC, Sauter SL, et al. Expanding the Paradigm of Occupational Safety and Health: A New Framework for Worker Well-Being. *J Occup Environ Med* 2018; 60:589-593. doi: 10.1097/JOM.0000000000001330

Cicolini G, Della Pelle C, Cerratti F, et al. Validation of the Italian version of the Stanford Presenteeism Scale in nurses. *J Nurs Manag* 2016; 24:598-604. doi: 10.1111/jonm.12362.

CIIP. Lavoro e salute oggi: le nuove sfide della medicina del lavoro. 2° documento di consenso a cura del Gruppo di lavoro Sorveglianza sanitaria. Maggio 2023. www.ciip.consulta.it.

Clement S, Schauman O, Graham T, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015;45:11–27. doi: 10.1017/S0033291714000129

Commissione europea. Un'Unione dell'uguaglianza: strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030. Bruxelles, 3.3.2021 COM(2021) 101 final 3 marzo 2021. URL: <https://eurlex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0101&from=IT> [Accessed: 30 giugno 2023].

Commissione per gli Interpelli. Interpello n.1/2023 del 26 gennaio 2023 *"in merito alla nomina del medico competente in relazione ai lavoratori in smart working"*. URL: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/interpelli/Documents/Interpello-1-2023.pdf>.

Commissione per gli Interpelli. Interpello n.5/2014 *"in merito alla corretta interpretazione dell'art.25, c.q, lett.a), del D.Lgs. n.81/2008"*.

URL: <https://sitiarcheologici.lavoro.gov.it/Strumenti/interpello/Documents/Interpello%205-2014.pdf>

Commissione per gli Interpelli. Interpello n.8/2015 del 2 novembre 2015 *"in merito a due quesiti (...) in tema di sorveglianza sanitaria e di svolgimento del ruolo di medico competente"*. <https://sitiarcheologici.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/MS/interpello/Documents/Interpello%208-2015.pdf>.

Committee to Evaluate the Supplemental Security Income Disability Program for Children with Mental Disorders; Board on the Health of Select Populations; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Boat TF, Wu JT, editors. *Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income*

Children. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Oct 28. 15, Prevalence of Intellectual Disabilities. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK332894/>

Converso D, Bruno A, Capone V, et al. Working during a Pandemic between the Risk of Being Infected and/or the Risks Related to Social Distancing: First Validation of the SAPH@W Questionnaire. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18:5986. doi: 10.3390/ijerph18115986

COORDOWN (Coordinamento Nazionale Associazioni delle Persone con sindrome di Down) (Giacobini C, coord.). L'accertamento della disabilità e le persone con sindrome di Down. Indagine e report. COORDOWN, gennaio 2023. URL: <https://www.coordown.it/wordpress/wp-content/uploads/2023/02/Report-CoorDown-2023.pdf>

Corbiere M, Mazaniello-Chezol M, Bastien MF, et al. Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil* 2020;30:3-419. doi: 10.1007/s10926-019-09861-2.

Corbiere M, Shen J, Rouleau M, & Dewa CS. A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. *Work* 2009; 33:81-116. doi: 10.3233/WOR-2009-0846

Corte Costituzionale n.354, Sentenza 13-21 novembre 1997. Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale. Lavoro - Accertamenti sanitari preventivi anche sui lavoratori invalidi avviati obbligatoriamente al lavoro - Possibilità di annullamento dell'atto di avviamento obbligatorio al lavoro con svuotamento della competenza del collegio medico competente - Esistenza della possibilità secondo una corretta interpretazione delle norme vigenti di salvaguardia degli effetti ritenuti essenziali dal giudice rimettente - Non fondatezza. (D.Lgs.19 settembre 1994, n.626, art.16) (Cost., artt.35 e 38). (G.U. 1^a Serie Speciale – Corte Costituzionale, n.48 del 26-11.97)

Courtois R, Couvreur, Gehanno JF, & Rollin R. Analysis of the profiles of employees declared unfit for job. How do societal or extra-professional factors contribute, and what are the consequences for employment. *Revue d'Epidemiologie ed de Santé Publique*. 2023; 71(4):102089. doi: 10.1016/j.respe.2023.102089

Cozby PC. Self-disclosure: a literature review. *Psychological Bulletin* 1973;79:73-91. doi: 10.1037/h0033950

Cristaudo A, Guglielmi G, Foddis R, et al. Diversità e inclusione: idoneità alla mansione attraverso un piano di lavoro personalizzato per i lavoratori con disabilità e malattie croniche secondo l'Iso 30415/2021. *Med Lav* 2023; 114: e2023026. doi: 10.23749/mdl.v114i3.14339

Cullen KL, Irvin E, Collie A, et al. Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners. *J Occup Rehabil* 2018;28:1-15. doi: 10.1007/s10926-016-9690-x.

D'Oria VL, Giraldi FP, Della Torre M et al. Quale rischio di patologia psichiatrica per la categoria professionale degli insegnanti? *Med Lav* 2004; 5:339-353.

Daouk-Öyry L, Anouze AL, Otaki F, Dumit NY, Osman I. The JOINT model of nurse absenteeism and turnover: a systematic review. *Int J Nurs Stud* 2014; 51:93–110. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.06.018.

de Vries H, Fishta A, Weikert B, et al. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil* 2018; 28: 393–417. doi: 10.1007/s10926-017-9730-1

de Wind A, Donker-Cools BHPM, Jansen L *et al.* Development of the core of an ICF-based instrument for the assessment of work capacity and guidance in return to work of employees on sick leave: a multidisciplinary modified Delphi study. *BMC Public Health* 2022;22:2449. doi: 10.1186/s12889-022-14653-0.

Deidda B. Compiti e responsabilità del medico competente. *G Ital Med Lav Erg* 2010; 32(4 Suppl): 316-319.

Del Gaudio M. Per difendermi dal COVID-19 ho portato il lavoro a casa. *Rivista Italiana di Ergonomia*, 2021; 22.

Del Guerra P, Buselli R, Caldi F et al. Il progetto OSNET della Regione Toscana: uno strumento culturale e assistenziale per la gestione dello stress lavoro correlato (*letter*). *Med Lav* 2020; 111:413-15.

Del Guerra P, Lepore D. Patologie psichiatriche e lavoro: problematiche quotidiane del medico. *Toscana Medica* 2019; 5:17-19. URL: <https://www.toscanamedica.org/wp-content/uploads/2023/02/tm0519.pdf>

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291:2581-90. doi: 10.1001/jama.291.21.2581.

Dewa CS, Hees H, Trojanowski L, Schene AH. Clinician Experiences Assessing Work Disability Related to Mental Disorders. *PLoS ONE* 2015;10:e0119009. doi: 10.1371/journal.pone.0119009

Dewa CS, Lin E. Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Soc Sci Med* 2000;51:41–50. doi: 10.106/s0277-9536(99)00431-1

Dewa CS, van Weeghel J, Joosen MCW, et al. Workers' Decisions to Disclose a Mental Health Issue to Managers and the Consequences. *Front. Psychiatry* 2021; 12:631032. doi: 10.3389/fpsyt.2021.631032

Di Maio R. Salute mentale, lavoro e territorio: La funzione psicoanalitica come competenza organizzativa [Mental health, work and territory: The psychoanalytic function as an organizational competence]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica* 2019; 7:41-52. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>.

Di Tella M, Romeo A, Benfante A, & Castelli L. Mental health of healthcare workers during the COVID -19 pandemic in Italy. *J Eval Clin Pract* 2020; 26:1583-1587. doi: 10.1111/jep.13444.

Di Thiene D, Helgesson M, Rahman S, et al. Risk of labour market marginalisation among young refugees and non-refugee migrants with common mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2021;56:1025-1034. doi: 10.1007/s00127-020-02022-4

Doan T, Ha V, Leach L, La A. Mental health: who is more vulnerable to high work intensity? Evidence from Australian longitudinal data. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94:1591-1604. doi: 10.1007/s00420-021-01732-9

Ecke L, Magdolen M, Chlond B, & Vortisch P. How the COVID-19 pandemic changes daily commuting routines – Insights from the German Mobility Panel, Case Studies on Transport Policy. 2022; 10:2175-2182. doi: 10.1016/j.cstp.2022.10.001.

Elliott M, Reuter JC. The Benefits and Challenges of Employment for Working Professionals Diagnosed with Mental Illness. *Community Ment Health J*. 2022; 58:645-656. doi: 10.1007/s10597-021-00866-x

Elraz H. Identity, mental health and work: How employees with mental health conditions recount stigma and the pejorative discourse of mental illness. *Human Relations* 2018;71:722–741. doi: 10.1177/0018726717716752

Emal LM, Tamminga SJ, Daams JG, et al. Risk communication about work-related stress disorders in healthcare workers: a scoping review. *Int Arch Occup Environ Health* 2022. <https://doi.org/10.1007/s00420-022-01851-x>

Ervin J, Taouk Y, Fleitas Alfonso L, et al. Gender differences in the association between unpaid labour and mental health in employed adults: a systematic review. *Lancet Pub Health* 2022;7:E775-E786. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00160-8.

EUROSTAT. Statistics explained. Glossary: Disability. (available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Main_Page. accessed on 10.3.2023).

Evans L, Lund C, Massazza A, et al. The impact of employment programs on common mental disorders: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry* 2022;68:1315–1323. doi: 10.1177/00207640221104684.

Falco A, Girardi D, Dal Corso L, Yildirim M, Converso D. The perceived risk of being infected at work: An application of the job demands–resources model to workplace safety during the COVID-19 outbreak. *PLoS ONE* 2021; 16: e0257197. doi: 10.1371/journal.pone.0257197.

Farmer P, Stevenson D. *Thriving at Work: The Stevenson / Farmer Review of Mental Health and Employers*. London: HM Government, 2017. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/658145/thriving-at-work-stevenson-farmer-review.pdf

Fernández D, Vigo D, Sampson N, et al. Patterns of care and dropout rates from outpatient mental healthcare in low-, middle- and high-income countries from the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *Psychological Medicine* 2021; 51:2104–2116. doi:10.1017/S0033291720000884

Finnes A, Hoch JS, Enebrink P, et al. Economic evaluation of return-to-work Interventions for mental disorder-related sickness absence: two years follow-up of a randomized clinical trial. *Scand J Work Environ Health* 2022;48:264–272. doi:10.5271/sjweh.4012.

Fioritti A, Berardi D. (a cura di) Individual Placement and support. Manuale italiano del metodo per il supporto all'impiego delle persone con disturbi mentali, Bologna, Bononia University Press; 2017.

Fioritti A, Rinaldi M, Bruschetta S. L'Individual Placement & Support (IPS) e la crisi italiana. Ricerca e prassi di collocamento lavorativo e sostegno individualizzato per pazienti gravi. In: (Barone R, Bruschetta S, D'Alema M). *L'inclusione sociale e lavorativa in salute mentale. Buone pratiche, ricerca empirica ed esperienze innovative promosse dalla rete AIRSaM*. Milano: FrancoAngeli; 2013.

Fotini T (a), Coppens E, De Witte H, et al. Developing a framework for evaluation: a Theory of Change for complex workplace mental health interventions. *BMC Pub Health* 2023; 23:1171. doi: 10.1186/s12889-023-16092-x

Fotini T (b), Evelien C, Hans DW et al. Outcome assessment of a complex mental health intervention in the workplace. Results from the MENTUPP pilot study. *Int Arch Occup Environ Health* 2023;23:1171. doi: 10.1106/s12889-023-16092-x

Freeman D, Lambe S, Kabir T, et al. Automated virtual reality therapy to treat agoraphobic avoidance and distress in patients with psychosis (gameChange): a multicentre, parallel-group, single-blind, randomised, controlled trial in England with mediation and moderation analyses. *Lancet Psychiatry*. 2022;5:375-388. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00060-8.

Fried EI, Robinaugh DJ. Systems all the way down: embracing complexity in mental health research. *BMC Medicine* 2020;18:205. doi: 10.1186/s12916-020-01668-w

Frone MR, Chosewood LC, Osborne JC, et al. Workplace Supported Recovery from Substance Use Disorders: Defining the Construct, Developing a Model, and Proposing an Agenda for Future Research. *Occup Health Sci* 2022; 6: 475–511. doi: 10.1007/s41542-022-00123-x

Garbarino S, Cuomo G, Chiorri C, Magnavita N. Association of work-related stress with mental health problems in a special police force unit. *BMJ Open*. 2013;9:e002791. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002791.

GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry* 2022;9:137-150. doi:10.1016/S2215-0366(21)00395-3.

Giustini S. *La follia nel lavoro dalla dipendenza al ruolo di adulto dal ruolo lavorativo all'identità personale*. GAIA srl. Edizioni Univ. Romane; 2011.

Gjengedal RGH, Remeb SE, Onses K, & Lagerfeld SE. Work-focused therapy for common mental disorders: A naturalistic study comparing an intervention group with a waitlist control group. *Work* 2020; 66:657–667. doi: 10.3233/WOR-203208

Gmitroski T, Bradley C, Heinemann L, et al. Barriers and facilitators to employment for young adults with mental illness: a scoping review. *BMJ Open*, 2018;8. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024487

Goetzl RZ, Roemer EC, Hologue C, et al. Mental Health in the Workplace: A Call to Action Proceedings From the Mental Health in the Workplace-Public Health Summit. *J Occup Environ Med*. 2018;60:322-330. doi: 10.1097/JOM.0000000000001271.

Goodman-Delahunty J. Psychological impairment under the Americans with Disabilities Act: Legal guidelines. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2000; 31 :197-205.

Gostoli S, Nicolucci L, Malaguti C, et al. Mental Illness and Work-Related Limitations in Healthcare Workers: A Preliminary Retrospective Study. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19:9098. doi: 10.3390/ijerph19159098

Graham J. Why we need to stamp out the neurodiversity stigma. HR Zone. 20 August 2022. (URL: <https://www.hrzone.com/lead/culture/why-we-need-to-stamp-out-the-neurodiversity-stigma>)

Griffeth RW, Hom PW, Gaertner S. A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *J Manag* 2000;26:463–488.

Hannerz H, Burr H, Nielsen ML, et al. Mental illness rates among employees with fixed-term versus permanent employment contracts: a Danish cohort study. *Int Arch Occup Environ Health* 2023; 96:451–462. doi.org/10.1007/s00420-022-01936-7

Harnois G, & Gabriel P. Mental health and work: impact, issues and good practices. Geneva: World Health Organisation; 2000. Retrieved from www.who.int/mentalhealth/media/en/712.pdf

Hart A, Psyllou A, Eryigit-Madzwamuse S, et al. Transitions into work for young people with complex needs: a systematic review of UK and Ireland studies to improve employability. *British Journal of Guidance & Counselling* 2020; 48:623-637. doi: 10.1080/03069885.2020.1786007

Hartenbaum NP, Baker BA, Levin JL, et al. Work Group on OEM Competencies. ACOEM OEM Core Competencies: 2021. *J Occup Environ Med*. 2021; 63:e445-e461. doi: 10.1097/JOM.0000000000002211

Hasan SI, Yee A, Rinaldi A, et al. Prevalence of common mental health issues among migrant workers: A systematic review and meta-analysis. *Plos One* 2021; 16:e0260221. doi: 10.1371/journal.pone.0260221

Hastuti R, & Timming AR. An inter-disciplinary review of the literature on mental illness disclosure in the workplace: implications for human resource management, *Int J of Human Resource Management* 2021; 32: 3302-3338. doi: 10.1080/09585192.2021.187494

Heerkens YF, de Brouwer CPM, Engels JA, et al. Elaboration of the contextual factors of the ICF for Occupational Health Care. *Work* 2017;57:187–204. doi: 10.3233/WOR-172546.

Helgesson M, Tinghög P, Wang M, et al. Trajectories of work disability and unemployment among young adults with common mental disorders. *BMC Public Health* 2018;18:1228. doi: [10.1186/s12889-018-6141-y](https://doi.org/10.1186/s12889-018-6141-y)

Henderson M, Harvey SB, Øverland S, et al. Work and common psychiatric disorders. *J R Soc Med*. 2011; 104:198–207.

Henderson C, Williams P, Little K, et al. Health problems in the workplace: changes in employers' knowledge, attitudes and practices in England 2006–2010. *Br J Psychiatry* 2013; 202:s70–6. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112938

Hennekam S, Follmer K, Beatty J. Exploring mental illness in the workplace: the role of HR professionals and processes. *Int J Human Resource Management* 2021;32:3135-3156. doi: 10.1080/09585192.2021.1960751

Herrman H, Vatel V, Kieling C et al. Time for united action on depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *Lancet* 2022;399: 957–1022. doi:1.

Hoffman WR, Patel PK, Aden J, et al. Multinational comparison study of aircraft pilot healthcare avoidance behaviour. *Occ Med* 2023; kqad091. doi: 10.1093/occmed/kqad091.

Hogg B, Medina JC, Gardoki-Souto I, et al. Workplace interventions to reduce depression and anxiety in small and medium-sized enterprises: a systematic review. *J Affect Disord*. 2021;290:378–86.

Holm M, Taipale H, Tanskanen A, et al. Employment among people with schizophrenia or bipolar disorder: A population-based study using nationwide registers. *Acta Psychiatr Scand* 2021;143:61-71. doi: 10.1111/acps.13254.

Holmås TH, Monstad K, Reme SE. Regular employment for people with mental illness - An evaluation of the individual placement and support programme. *Soc Sci Med* 2021; 270:113691. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113691.

Holmlund L, Sandman L, Hellman T, et al. Ethical aspects of the coordination of return-to-work among employees on sick leave due to common mental disorders: a qualitative study, *Disability and Rehabilitation* 2022. doi: 10.1080/09638288.2022.2084779

Horn L, Spronken M, Brouwers EPM, et al. Identifying Return to Work Self-Efficacy Trajectories in Employees with Mental Health Problems. *J Occup Rehabil*. 2022 32:64-76. doi: 10.1007/s10926-021-09979-2

Hultqvist J, Zhang P, Staland-Nyman C, & Bertilsson M. Managers' Influence on the Prevention of Common Mental Disorders in the Workplace: A Cross-Sectional Study among Swedish Managers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* ():10.1097/JOM.0000000000002950, August 25, 2023. doi: 10.1097/JOM.0000000000002950

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Iavicoli I, Spatari G, Chosewood LC, Schulte PA. Occupational Medicine and Total Worker Health®: from preventing health and safety risks in the workplace to promoting health for the total well-being of the worker. *Med Lav* 2022;113:e2022054. doi: 10.23749/mdl.v113i6.13891

ICOH. (a cura di Iavicoli S, Costa G, Manno M.). A. Il codice internazionale di etica per gli operatori di medicina del lavoro. Ed.it. Tipolitografia INAIL, Milano; 2016. URL (al 9.5.23): http://www.icowweb.org/site/multimedia/core_documents/pdf/code_ethics-ita.pdf?v2020.

INAIL. Buresti G, Rondinone BM, Fortuna G, et al. Disabilità e lavoro: alcuni risultati preliminari di una survey tra medici competenti. *Inail-Dimeila*, 2023. URL: https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-disabilita-e-lavoro-survey-medici_6443190096487.pdf

INAPP – Ministero del Lavoro. X relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n.68 “norme per il diritto al lavoro dei disabili” anno 2019; Roma, maggio 2023. URL: www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita-disabilita-e-non-autosufficienza/focus/x-relazione-al-parlamento

Inoue R, Hikichi H, Inoue A, et al. Workplace Social Support and Reduced Psychological Distress: A 1-Year Occupational Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2022;64:e700-e704. doi: 10.1097/JOM.0000000000002675

Institute for Health Metrics and Evaluation – data base: Global Burden of Disease (GBD); <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, estrazione al 31.1.2023.

ISFOL (a cura di Ferri G, Daniela Pavoncello D, Amedeo Spagnolo A) Le prospettive di impiego delle persone con disabilità psichica: opportunità e barriere nei contesti aziendali; I Libri del Fondo Sociale Europeo, 197. Roma, 2014.

Ishimaru T, Mine Y, and Fujino Y. Two definitions of presenteeism: sickness presenteeism and impaired work function. *Occup Med (Lond.)* 2020; 70:95–100. doi: 10.1093/occmed/kqaa009

ISTAT. Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni e istituzioni. Roma, 2019. Accessibile all'URL: <https://www.istat.it/it/files/2019/12/Disabilit%C3%A0-1.pdf>.

ISTAT. Audizione Istat presso il Comitato Tecnico Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità. Audizione del Presidente Prof. Gian Carlo Blangiardo. https://www.istat.it/it/files/2021/03/Istat-Audizione-Osservatorio-Disabilit%C3%A0_24-marzo-2021.pdf

Jackson SE, Brown J, Shahab L, et al. Trends in Psychological Distress Among Adults in England, 2020-2022. *JAMA Netw Open*. 2023;6(7):e2321959. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.21959

JAN. <https://askjan.org/index.cfm>

Janssens KME, van Weeghel J, Dewa C, et al. Line managers' hiring intentions regarding people with mental health problems: a cross-sectional study on workplace stigma. *Occup Environ Med* 2021; 78, 593–599. doi: 10.1136/oemed-2020-106955

Jansson I, Gunnarsson AB. Employers' views of the impact of mental health problems on the ability to work. *Work*. 2018;59:585-598. doi: 10.3233/WOR-182700

Joosen MCW, Lugtenberg M, Arends I, et al. Barriers and Facilitators for Return to Work from the Perspective of Workers with Common Mental Disorders with Short, Medium and Long-Term Sickness Absence: A Longitudinal Qualitative Study. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2021; doi: 10.1007/s10926-021-10004-9

Joosen MCW, van Beurden KM, Terluin B, et al.. (2015). Improving occupational physicians' adherence to a practice guideline: feasibility and impact of a tailored implementation strategy. *BMC Medical Education*. 2015; 15:82. DOI: 10.1186/s12909-015-0364-8

Jurisc M, Bean M, Harbaugh J, et al. ACOEM Position Statement. The Personal Physician's Role in Helping Patients With Medical Conditions Stay at Work or Return to Work. *JOEM* 2017;59:e125-e131. doi: 10.1097/JOM.0000000000001055.

Juurlink TT, Lamers F, van Marle HJF, et al. Employment in Personality Disorders and the Effectiveness of Individual Placement and Support: Outcomes from a Secondary Data Analysis. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2020; 30:255–262. doi: 10.1007/s10926-019-09868-9

Kalfa S, Branicki L, & Brammer S. Organizational accommodation of employee mental health conditions and unintended stigma. *Int J Human Resource Management* 2021;32:3190-3217. doi: 10.1080/09585192.2021.1910536

Karpov B, Joffe G, Aaltonen K. et al. Level of functioning, perceived work ability, and work status among psychiatric patients with major mental disorders. *European Psychiatry* 2017;44:83-89. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.03.010.

Kaur H, Scholl JC, Owens-Gary M. Depression and Diabetes in Workers Across the Life Span: Addressing the Health of America's Workforce – Behavioral Risk Factor Surveillance System, 2014–2018. *Diabetes Spectr* 2022; 35:198–206. doi: 10.2337/ds21-0022

Killaspy H, Harvey C, Brasier C, et al. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry* 2022; 21:96-123. doi: 10.1002/wps.20940

Kim J, Kim HC, Kim M, et al. Occupational stress changes and new-onset depression among male Korean manufacturing workers. *Ann Occup Environ Med* 2023 35:e33. doi: 10.35371/aoem.2023.35.e33.

Kinman G, Clements AJ. Presenteeism—the case for action. *Occupational Medicine*, 2023; 73:181-182. doi: 10.1093/occmed/kqad033

Kokkinen L, Muntaner C, Kouvonen A, et al. Welfare state retrenchment and increasing mental health inequality by educational credentials in Finland: a multicohort study. *BMJ Open* 2015;5:e007297. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007297.

Kocman A, Weber G. Job Satisfaction, Quality of Work Life and Work Motivation in Employees with Intellectual Disability: A Systematic Review. *J Appl Res Intellect Disabil* 2018; 31:1-22. doi: 10.1111/jar.12319.

Kromydas T, Thomson RM, Pulford A, et al. Which is most important for mental health: Money, poverty, or paid work? A fixed-effects analysis of the UK Household Longitudinal Study. *SSM Popul Health*. 2021;15:100909. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100909.

Kuhn K. Challenge of modern working life to mental well-being and social inclusion Workplace-related mental health problems – risks and prevention. In: (Baumann A, Muijen M, Gaebel W, eds). *Mental health and well-being at the workplace – protection and inclusion in challenging times*. World Health Organization, Geneva. 2010; 13-17.

Kunz JJ, Fisher GG, Ganster DC, et al. The Relationship between Stress and Sleep Sufficiency in the Context of Varied Workplace Social Support. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* ();10.1097/JOM.0000000000002902, June 6, 2023. doi: 10.1097/JOM.0000000000002902

Kuronen J, Winell K, Kopra J, & Rasanen K. Health check-ups as intervention for work disability management: supervisors and occupational healthcare follow the recommendations to a great extent. *Occ Environ Med* 2023; 80:170-176. doi: 10.1136/oemed-2022-108613)

La Torre G, Paoletti S, Petronzi F, & Sestili C. L'uso del Disability Management in contesti internazionali: revisione sistematica di revisioni. *G Ital Med Lav Erg* 2021; 43:357-368.

Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, et al. Return to work among employees with mental health problems: development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work & Stress* 2010;24:359-375. doi: 10.1080/02678373.2010.532644

- Lau B, Shiryayeva O, Ruud T, Victor M. What are they returning to? Psychosocial work environment as a predictor of returning to work among employees in treatment for common mental disorders: A prospective observational pre–post study. *PLoS ONE* 2019;14:e0215354. doi: 10.1371/journal.pone.0215354.
- Leeming D, Luccock M, Shibasaki K, et al. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Those Supported in the Community with Long-Term Mental Health Problems: A Qualitative Analysis of Power, Threat, Meaning and Survival. *Community Ment Health J.* 2022;58:1297-1309. doi: 10.1007/s10597-021-00932-4.
- Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, et al. The definition of disability: what is in a name? *Lancet* 2006;368:1219–21. doi: [10.1016/S0140-6736\(06\)69498-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69498-1)
- Lesage FX, Dutheil F, Godderis L, et al. Incidence of ill-health related job loss and related social and occupational factors. The “unfit for the job” study: a one-year follow-up study of 51,132 workers. *PeerJ* 2018;6:e5073; doi:10.7717/peerj.5073
- Leso V, Coggiola M, Pira E, et al. Health Promotion Interventions in Occupational Settings: Fact-finding Survey among Italian Occupational Physicians. *Med Lav* 2023;114:e2023017. doi: 10.23749/mdl.v114i2.14417
- Li Z, Ge J, Yang M, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain, Behavior, And Immunity* 2020; 88:916-919. doi: 10.1016/j.bbi.2020.03.007
- Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ. Social skills training for schizophrenic individuals at risk for relapse. *Am J Psychiatry* 1986;143:523-26. doi: 10.1176/ajp.143.4.523
- Liljeholm U, & Bejerholm U. Work identity development in young adults with mental health problems. *Scand J Occupational Therapy* 2020; 27: 6;431–440. doi: 1080/11038128.2019.1609084
- Lindamer LA, Bailey A, Hawthorne W, et al. Gender differences in characteristics and service use of public mental health patients with schizophrenia. *Psychiatric Serv* 2003; 54:1407-9. doi: 10.1176/appi.ps.54.10.1407.
- Linden M. Definition and assessment of disability in mental disorders under the perspective of the International Classification of Functioning Disability and Health (ICF). *Behav Sci Law* 2017;35:124-134. doi: [10.1002/bsl.2283](https://doi.org/10.1002/bsl.2283).
- Lindsay S, Cagliostro E, & Carafa G. A systematic review of workplace disclosure and accommodation requests among youth and young adults with disabilities, *Disability and Rehabilitation* 2018;40:2971-2986, doi: 10.1080/09638288.2017.1363824
- Lord C, Charman T, Havdahl A, et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet.* 2022; 399(10321):271-334. doi: 10.1016/S0140-6736(21)01541-5. Erratum in: *Lancet.* 2022 Dec 3;400(10367):1926.
- Lucca G, Caselli I, Cenci D, & Callegari C. I disturbi psichiatrici comuni in età geriatrica: implicazioni diagnostiche e terapeutiche. *Giornale italiano di Medicina Riabilitativa* 2021;35:52-57.
- Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:220–229. doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2010.2](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.2)
- Lysaght R, Petner-Arrey J, Howell-Moneta A, & Cobigo V. Inclusion through work and productivity for persons with intellectual and developmental disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil* 2017;30:922–35. doi: 10.1111/jar.12284
- Mache S, Servaty R, Harth V. Flexible work arrangements in open workspaces and relations to occupational stress, need for recovery and psychological detachment from work. *J Occup Med Toxicol* 2020;15:5. doi: 10.1186/s12995-020-00258-z
- Martin A, Woods M, & Dawkins S. Managing employees with mental health issues: Identification of conceptual and procedural knowledge for development within management education curricula. *Academy of Management Learning & Education* 2015; 4:50–68. doi: 10.5465/amle.2012.0287

McAlpine DD, & Warner L. Barriers to employment among persons with mental illness: A review of the literature. Institute for Health, Health Care Policy, and Aging Research; 2015; Vol.6, 1-49.

McGurk SR, Mueser KT, Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophr Bull* 2005; 31:898-909. doi: 10.1093/schbul/sbi037.

McGurk SR, Mueser KT. Cognitive functioning, symptoms, and work in supported employment: a review and heuristic model. *Schizophr Res* 2004; 70:147-73. doi: 10.1016/j.schres.2004.01.009

McGurk SR, Mueser KT. Strategies for coping with cognitive impairment in supported employment. *Psychiatric Serv* 2006;57:1421-9. doi: [10.1176/ps.2006.57.10.1421](https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.10.1421)

Meacham H, Cavanagh J, Bartram T, et al. Ethical Management in the Hotel Sector: Creating an Authentic Work Experience for Workers with Intellectual Disabilities. *J Business Ethics* 2019; 155:823-835. doi: 10.1007/s10551-017-3499-1

Melek SP, Norris DT, Paulus J, et al. Potential Economic Impact of Integrated Medical-Behavioral Healthcare: Updated Projections for 2017. Milliman Research Report. Seattle, WA: Milliman, Inc.; 2018.

Metcalf JD, Drake RE, Bond GR. Economic, labor, and regulatory moderators of the effect of individual placement and support among people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bull* 2018;44:22-31. doi: [10.1093/schbul/sbx132](https://doi.org/10.1093/schbul/sbx132).

Metzel DS, Boeltzig H, Butterworth J, et al. Achieving community membership through community rehabilitation providers services: are we there yet? *Intellect Dev Disabil* 2007;45:149–60. doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[149:ACMTCR]2.0.CO;2

Miglioretti M, Gragnano A, & Simbula S. Work-health balance - Basi teoriche di un nuovo costrutto e sue relazioni con la qualità del rientro al lavoro dopo malattia. Il rientro al lavoro. In: (a cura di Argentero P, Fiabane E) *Integrazione e occupabilità nei contesti professionali*. Raffaello Cortina Editore, Milano; 2016; 231-258.

Mikkelsen MB, Rosholm M. Systematic review and meta-analysis of interventions aimed at enhancing return to work forsick-listed workers with common mental disorders, stress related disorders, somatoform disorders and personality disorders. *Occup Environ Med* 2018;75:675-686. doi: [10.1136/oemed-2018-105073](https://doi.org/10.1136/oemed-2018-105073).

Ministero della Salute – Direzione generale della prevenzione sanitaria (a cura di: Di Cesare M, Magliocchetti, N, Romanelli M, & Santori E). Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Anno 2021. Ministero della Salute; Roma, ottobre 2022 (www.salute.gov.it)

Ministero del Lavoro. Presentazione Linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità, 2022 (<https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Presentazione-Linee-Guida-16032022.pdf>).

Ministero dell’Istruzione. Ufficio di Statistica. (a cura di Salvini F.) I principali dati relativi agli alunni con DSA aa.ss. 2019/2020 – 2020/2021. Roma, luglio 2022. <https://www.miur.gov.it>

Mishima M, Adachi H, Mishima C. Number of Previous Absences Is a Predictor of Sustained Attendance After Return-to-Work in Workers With Absence due to Common Mental Disorders: A Cohort 3-Year Study. *J Occup Environ Med* 2020;62:108-112. doi: 10.1097/JOM.0000000000001763

Moen P, Kelly EL, Fan W, Lee SR, et al. Does a Flexibility/Support Organizational Initiative Improve High-Tech Employees’ Well-Being? Evidence from the Work, Family, and Health Network. *Am Sociol Rev* 2016;81:134–164. doi: 10.1177/0003122415622391

Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, et al. Mortality Associated With Mental Disorders and Comorbid General Medical Conditions. *JAMA Psychiatry*. Published online March 30, 2022. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0347.

Nicholson PJ. Common mental disorders and work. *British Medical Bulletin* 2018; 126:113–121. doi: 10.1093/bmb/ldy014.

Nielsen K, Yarker J, Munir F, & Bültmann U. IGLOO: An integrated framework for sustainable return to work in workers with common mental disorders, *Work & Stress* 2018; 32: 400-417 doi: 10.1080/02678373.2018.1438536

Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, Neumeyer-Gromen A, et al. Interventions to improve return to work in depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2020 13;10:CD006237. doi: 10.1002/14651858.CD006237.pub4

Nigatu Y, Liu Y, Uppal M, et al. Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 2016;46:3263-3274. doi:10.1017/S0033291716002269.

NIOSH. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness> (accesso al 10.3.2023).

NIOSH. U.S. Department of Health & Human Services – Centers for Disease Control and Prevention – National Institute for Occupational Safety and Health. NIOSH Working group (Sauter S, Murphy M, Colligan S, et al.) *Stress ...at work*. DHHS (NIOSH) Publication No.99–101; 1999. Retrieved from: www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/default.html.

NIOSH. *Fundamentals of total worker health approaches: essential elements for advancing worker safety, health, and well-being*. (Lee MP, Hudson H, Richards R, et al., on behalf of the NIOSH Office for Total Worker Health). Cincinnati, OH: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. DHHS (NIOSH) Publication No. 2017-112. DHHS (NIOSH) Publication No. 2017-112; 2016.

Norder G, Bültmann U, Hoedeman R, et al. Recovery and recurrence of mental sickness absence among production and office workers in the industrial sector. *European Journal of Public Health* 2015; 25:419–423. doi: 10.1093/eurpub/cku202.

Norder G., van der Ben CA, Roelen CAM, et al. Beyond return to work from sickness absence due to mental disorders: 5-year longitudinal study of employment status among production workers. *European Journal of Public Health* 2017; 27:79–83. doi: 10.1093/eurpub/ckw178.

NSDUH. 2020 National Survey of Drug Use and Health Releases. www.samsha.gov.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). *Sickness, Disability and Work: Breaking OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Mental Health and Work, OECD Publishing. 2012. doi:10.1787/9789264124523-en.

the Barriers: A Synthesis of Findings across OECD Countries. Paris: OECD Publishing; 2010.

OECD. *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care*, OECD health policy studies. Paris; 2014.

OECD. *Fit mind, fit job: from evidence to practice in mental health and work..* Paris: OECD Publishing; 2015.

OECD (a). *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris; 2021. doi: 10.1787/4ed890f6-en

OECD (b). *Fitter Minds, Fitter Jobs: From awareness to change in integrated mental health, skills and work policies*. Paris: OECD Publishing, 2021. doi: 10.1787/a0815d0f-en

Office of Disease Prevention and Health Promotion. *Social Determinants of Health*. Accessed 14.3.2023, <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>.

Office of National Statistics, UK. *Dataset disability and employment, 2022* <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/disability/datasets/disabilityandemployment>. Accesso al 31 Luglio 2023.

OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità. *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*: Erickson, 2021.

OSHA 1. *Supporting Mental Health in the Workplace. Getting Started Guide for Senior Managers*. URL www.osha.gov/sites/default/files/Getting_Started-Senior_Manager_508.pdf

OSHA 2. Supporting Mental Health in the Workplace. Getting Started Guide for Front-Line Supervisors. URL: https://www.osha.gov/sites/default/files/Getting_Started-Supervisor_508.pdf

Pachman J. Evidence base for pre-employment medical screening. *Bull World Health Organ.* 2009;87:529-34. doi: 10.2471/blt.08.052605.

Parlamento Europeo. Risoluzione del 5 luglio 2022 sulla salute mentale nel mondo del lavoro digitale (2021/2098(INI)). https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-07-05_IT.html#sdocta11

Paul J, Nicholson PJ. Common mental disorders and work. *British Medical Bulletin* 2018; 126: 113–121. doi: 10.1093/bmb/ldy014.

Paul S, Rafal MC, Houtenville AJ. Annual disability statistics compendium: 2021. Durham, NH: University of New Hampshire, Institute on Disability; 2021. <https://disabilitycompendium.org/compendium/2021-annual-disability-statistics-compendium-a?page=2>

Pellicano E, Fatima U, Hall G, et al. A capabilities approach to understanding and supporting autistic adulthood. *Nat Rev Psychol* 2022; 1: 624–639. doi: 10.1038/s44159-022-00099-z

Petereit-Haack G, Bolm-Audorff U, Romero Starke K, and Seidler A. Occupational Risk for Post-Traumatic Stress Disorder and Trauma-Related Depression: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:9369. doi: 10.3390/ijerph17249369

Peterson D, Gordon S, & Neale J. It can work: Open employment for people with experience of mental illness. *Work (Reading, Mass.)* 2017; 56:443–454. doi: 10.3233/WOR-172510.

Peterson D, Pere L, Sheehan N, Surgenor G. Experiences of mental health discrimination in New Zealand. *Health Soc Care Community.* 2007; 15:18-25. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00657.

Pomaki G, Franche RL, Murray E, et al. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *J Occup Rehabil* 2012; 22:182–95. doi: 10.1007/s10926-011-9338-9.

President’s New Freedom Commission on Mental Health. Achieving the promise: transforming mental health care in America: final report (No. DHHS Pub. No. SMA-03-3832). Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2003.

Quinane E, Bardoel EA, Pervan S. CEOs, leaders and managing mental health: a tension-centered approach, *Int J Human Resource Management.* 2021; 32:3157-3189. doi: 101080/09585192.2021.1925325

Regione Toscana, Delibera Giunta Regionale 16 aprile 2018, n.421 - Adozione linee di indirizzo per l'espressione del giudizio di idoneità del Medico Competente e della Commissione ex Art.41 c.9 del D.Lgs.81/08 e ss.mm.ii. in materia di sicurezza e salute sui luoghi di lavoro. URL: https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=20175:421_18tosc&catid=27&Itemid=137

Reme SE, Grasdal AL, Løvrvik C, et al. Work-focused cognitive–behavioural therapy and individual job support to increase work participation in common mental disorders: a randomised controlled multicentre trial. *Occupational and Environmental Medicine* 2015;72:745-752. doi: 10.1136/oemed-2014-102700

Reme SE, Monstad K, Fyhn T, et al. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scand J Work Environ Health* 2019;1:33-41. doi: 10.5271/sjweh.3753.

Riechler-Roessler A. Sex and gender differences in mental disorders. *Lancet Psych* 2017;4:8-9. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30348-0

Rinfret N, Tougas F, Beaton AM. Rethinking diversity. A solution for the future. In: (Christiane Kuptsch and Éric Charest, eds.) *The future of diversity.* International Labour Office – Geneva: ILO 2021; 255-267.

Rivière M, Toullic Y, Lerouge P, et al. Management of work-related common mental disorders in general practice: a cross-sectional study. *BMC Family Practice* 2020; 21:132. doi: 10.1186/s12875-020-01203-z

Ropponen A, Mittendorfer-Rutz E, & Svedberg P. Psychosocial working conditions, pain, mental disorders, and disability pension. *Archives of Environmental Occupational Health* 2021;76:233-240. doi: 10.1080/19338244.2020.1816882

Rosander M. Mental Health Problems as a Risk Factor for Workplace Bullying: The Protective Effect of a Well-Functioning Organization. *Ann Work Expo Health*. 2021 9;65:1096-1106. doi: 10.1093/annweh/wxab040

Rybski D. A quality implementation of Title I of the Americans with Disabilities Act of 1990. *American Journal of Occupational Therapy* 1992;46:409–418. doi: 10.5014/ajot.46.5.409

Salkever DS, Karakus MC, Slade EP, et al. Measures and predictors of community-based employment and earnings of persons with schizophrenia in a multisite study. *Psychiatric Serv* 2007; 58:315-24. doi: 10.1176/ps.2007.58.3.315.

Sancini A, Ciarrocca M, Capozzella A, et al. Lavoro a turni e notturno e salute mentale [Shift and night work and mental health]. *G Ital Med Lav Ergon* 2012; 34:76-84.

Sanderson K, Tilse E, Nicholson J, et al. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *Journal of Affective Disorders* 2007;101:65–74. doi: 10.1016/j.jad.2006.10.024.

Scharf J, Angerer P, Müting G, & Loerbroks A. Return to Work after Common Mental Disorders: A Qualitative Study Exploring the Expectations of the Involved Stakeholders. *Int J Environ Res. Public Health* 2020; 17: 6635; doi: 10.3390/ijerph17186635

Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, et al. Association of mental disorders with subsequent chronic physical conditions: work mental health surveys from 17 countries. *JAMA Psychiatry* 2016;73:150–158. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2688

Scott, M, Milbourn B, Falkmer M, et al. Factors impacting employment for people with autism spectrum disorder: A scoping review. *Autism* 2019; 23: 869–901. doi: 10.1177/1362361318787789

Scura D, Piazza VM. Disability Evaluation. [Updated 2023 Apr 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570598/>

Selander J, & Wall E. The Athletic Work Force: Sport as a Key to Employment for People with Intellectual Disabilities. *Work* 2023 Jun 24. online ahead of print. doi: 10.3233/WOR-220330

Selinheimo S, Gluschkoff K, Kausto J, et al. The association of sociodemographic characteristics with work disability trajectories during and following long-term psychotherapy: a longitudinal register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2023; online ahead of print. doi: 10.1007/s00127-023-02523-y

Senato della Repubblica, Ufficio valutazione di impatto (a cura di: Battiloro V, Martini A, Mo Costabella L, Nava L.). *Disabili psichici e inserimento lavorativo: un percorso di ricerca. Documento di valutazione n.5; Roma, 2017.*

Shaw Trust. *Mental Health: Still The Last Workplace Taboo? Independent research into what British business thinks now, compared to 2006 December 2010.* www.shaw-trust.org.uk

Shockey TM, Fox K, Zhao G, Hollis N. Prevalence of Disability by Occupation Group — United States, 2016–2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2023;72:540–546. doi: 10.15585/mmwr.mm7220a1.

Smith TE, Weston CA, Lieberman JA. Schizophrenia (maintenance treatment). *BMJ Clin Evid* 2009 2009:1007.

Società Italiana di Medicina del Lavoro. (a cura di Apostoli P, Cristaudo A, Violante FS) *Linee guida sulla sorveglianza sanitaria. Stumenti di orientamento e aggiornamento in medicina del lavoro.* Nuova Editrice Berti, 2017.

Söderberg M, Härenstam A, Rosengren A, et al. Psychosocial work environment, job mobility and gender differences in turnover behaviour: a prospective study among the Swedish general population. *BMC Public Health* 2014;14:605. doi: 10.1186/1471-2458-14-605.

Spronken M, Brouwers EPM, Vermunt JK, et al. Identifying return to work trajectories among employees on sick leave due to mental health problems using latent class transition analysis. *BMJ Open* 2020; 26;10:e032016. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032016

Stahl SM. *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications.* New York, NY: Cambridge University Press, 2021.

Staiger T, Waldmann T, Oexle N, et al. Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: The role of double stigma for job- and help-seeking behaviours. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2018; 53:1091–1098. doi: 10.1007/s00127-018-1535-9.

Strudwick J, Gayed A, Deady M, et al. Workplace mental health screening: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2023; Jun 15:oemed-2022-108608. doi: 10.1136/oemed-2022-108608. Epub ahead of print.

Sylvain C, Durand MJ, Maillette P, & Lamothe L. How do general practitioners contribute to preventing long-term work disability of their patients suffering from depressive disorders? A qualitative study. *BMC Fam Pract* 2016;17:71. doi: 10.1186/s12875-016-0459-2.

Tarro L, Llauro E, Ulldemolins G, et al. Effectiveness of workplace interventions for improving absenteeism, productivity, and work ability of employees: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Env Res Pub Health*. 2020;17:1901. doi:10.3390/ijerph17061901.

The European House – Ambrosetti. Headway: A new roadmap in mental health. “Headway – Mental Health Index 2.0” Report. September 2022. https://eventi.ambrosetti.eu/headway/wp-content/uploads/sites/225/2022/09/220927_Headway_Mental-Health-Index-2.0_Report-1.pdf

Thomson RM, Igelström E, Purba AK, et al, How do income changes impact on mental health and wellbeing for working-age adults? A systematic review and meta-analysis, *Lancet Public Health* 2022;7:e515. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00058-5.

Thornicroft G, Sunkel C, Aliev AA, et al. The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet* 2022; 400: 1438–80. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01470-2

Tiraboschi M. Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche, *Adapt Labour Studies E-Book Series*; 2015.

Tuzovic S, Kabadayi S. The influence of social distancing on employee well-being: a conceptual framework and research agenda. *Journal of Service Management* 2021;32:145-160. doi: 10.1108/JOSM-05-2020-0140

Tyrrell CJ, Williams KN. The paradox of social distancing: Implications for older adults in the context of COVID-19. *Psychological Trauma* 2020; 12(S1), S214–216. doi: 10.1037/tra0000845

U.S. Bureau of Labor Statistics. (2022). Table A-1: Employment Status of civilian population by sex and age. Retrieved from: <https://www.bls.gov/news.release/empsit.t01.htm>

van Beukering IE, Sampogna G, Bakker M, et al. Dutch workers’ attitudes towards having a coworker with mental health issues or illness: a latent class analysis. *Frontiers in Psychiatry* 2023; 14:1212568. doi: 10.3389/fpsy.2023.1212568

van Beurden K, Joosen MCW, Terluin B, et al. Use of a mental health guideline by occupational physicians and associations with return to work in workers sick-listed due to common mental disorders: a retrospective cohort study. *Disability and Rehabilitation*. 2018; 40:2623–2631. doi: 10.1080/09638288.2017.1347209.

van der Feltz-Cornelis CM, Hoedeman R, de Jong FJ, et al. Faster return to work after psychiatric consultation for sicklisted employees with common mental disorders compared to care as usual. A randomized clinical trial. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2010; 7:375-85. doi: 10.2147/ndt.s11832

van Hees SGM (a), Carlier BE, Vossen E, et al. Towards a better understanding of work participation among employees with common mental health problems: a systematic realist review. *Scand J Work Environ Health*. 2022;48:173–189. doi:10.5271/sjweh.4005

van Hees SGM (b), Carlier BE, Blonk RWB, Oomens S. Promoting Factors to Stay at Work Among Employees With Common Mental Health Problems: A Multiple-Stakeholder Concept Mapping Study. *Front Psychol*. 2022;13:815604. doi: 10.3389/fpsyg.2022.815604.

van Vilsteren M, van Oostrom SH, de Vet HC, et al. Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(10):CD006955. doi: 10.1002/14651858.CD006955.pub3.

Ventriglio A, Latorre M, Calabretta MA, et al. Employment and Social Security/Insurance among patients affected by mental disorders in Italy: A descriptive multi-center study. *International Journal of Social Psychiatry*. 2023;0(0). doi:10.1177/00207640231174358

Vesala H, Tuomivaara S. Slowing work down by teleworking periodically in rural settings? *Pers Rev* 2015; 44:511-528. doi: 10.1108/PR-07-2013-0116

Villotti P, Corbière M, Zaniboni S, Fraccaroli F. Individual and environmental factors related to job satisfaction in people with severe mental illness employed in social enterprises. *Work*. 2012;43:33-41. doi: 10.3233/WOR-2012-1445.

Voermans MAC, Taminou EF, Giesbers SAH, et al. The value of competitive employment: In-depth accounts of people with intellectual disabilities. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2021;34:239–49. doi: 10.1111/jar.12802

Voermans MAC, Ton Wilthagen T, Embregts PJCM. Informal Network Members' Perspectives and Experiences on Work for People with Intellectual Disabilities: A Thematic Synthesis *Journal of Occupational Rehabilitation* 2023. Online ahead of print. doi: 10.1007/s10926-023-10128-0

Waddell G, Burton AK. *Is Work Good for Your Health and Well-Being?* London: The Stationery Office; 2006. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf

Warmate Z, Eldaly MK, Elamer AA. Offering flexible working opportunities to people with mental disabilities: The missing link between sustainable development goals and financial implications. *Bus Strat Env* 2021; 30:1563-1579. doi: 10.1002/bse.2694

Wenger-Trayner E, Wenger-Trayner B. *Communities of practice: a brief introduction*. URL: <https://wenger-trayner.com/wp-content/uploads/2015/04/07-Brief-introduction-to-communities-of-practice.pdf>

Wilson WG, Holman PB, & Hammock A. A comprehensive review of the effects of worksite health promotion on health-related outcomes. *American Journal of Health Promotion* 1996;10:429–435. doi: 10.4278/0890-1171-10.6.429

World Health Organization. *Mental health at work: Impact, issues and good practices*. Geneva: World Health Organization; 2000.

World Health Organization. *Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization; 2010.

World Health Organization. *How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: World Health Organization; 2013.

World Health Organization. *Social determinants of mental health*. Geneva, 2014. Trad. it. (a cura di: Longo R, Bessone M, Bartolomei G, et al) *I determinanti sociali della salute mentale*. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute Regione Piemonte, DoRS, 2017.

World Health Organization. *Mental health: factsheet*. June 22, 2022. URL: www.who.int/publications/item/9789240053052

World Health Organization. *WHO guidelines on mental health at work*. Geneva: World Health Organization; 2022.

World Health Organization & International Labour Organization. *Mental health at work: policy brief*. Geneva: World Health Organization; 2022.

Wu A, Roemer EC, Kent KB, et al. Organizational Best Practices Supporting Mental Health in the Workplace. *J Occup Environ Med*. 2021;63:e925-e931. doi: 10.1097/JOM.0000000000002407.

Wykes T, Huddy V, Cellard C, et al. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry* 2011;168:472-85. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855.

Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:e21. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30090-0.

Yoshimura, Y, Bakolis I, Henderson C. Psychiatric diagnosis and other predictors of experienced and anticipated workplace discrimination and concealment of mental illness among mental health service users

in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2018; 53:1099-1109. doi: 10.1007/s00127-018-1561-7

NORME RICHIAMATE NEL TESTO

N.B. per la ripubblicazione, sia pure non ufficiale, dei testi vigenti, continuamente aggiornati, si raccomanda di consultare il sito <https://www.normattiva.it>, realizzato a cura della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, tra il Governo, le Regioni e le Autonomie locali sul documento recante "Linee programmatiche: progettare il Budget di salute con la persona-proposta degli elementi qualificanti". Rep. Atti n. 104/CU del 6 luglio 2022

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 503 - Norme per il riordinamento del sistema previdenziale dei lavoratori privati e pubblici, a norma dell'art. 3 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Decreto Legislativo 18 luglio 2011, n.119. Attuazione dell'art.23 della legge 4 novembre 2010, n.183, recante delega al Governo per il riordino della normativa in materia di congedi, aspettative e permessi.

Decreto Legislativo 14 settembre 2015, n.151. Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183.

Decreto Ministero dell'Interno 2 settembre 2021. Criteri per la gestione dei luoghi di lavoro in esercizio ed in emergenza e caratteristiche dello specifico servizio di prevenzione e protezione antincendio, ai sensi dell'articolo 46, comma 3, lettera a), punto 4 e lettera b) del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81.

Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 10 aprile 2014. Approvazione dell'aggiornamento dell'elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 139 del Testo Unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n.1124 e successive modificazioni e integrazioni. (G.U. Serie Generale n.212 del 12.9.2014).

Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 23 novembre 2016. Requisiti per l'accesso alle misure di assistenza, cura e protezione a carico del Fondo per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, nonché ripartizione alle Regioni delle risorse per l'anno 2016. (GU n.45 del 23-2-2017)

Decreto Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 11 marzo 2022, n. 43. Linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità (URL: <https://www.bollettinoadapt.it/linee-guida-in-materia-di-collocamento-mirato-delle-persone-con-disabilita-dm-11-marzo-2022-n-43/>, accesso al 10.3.23).

Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000. Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art.1, comma 4, della legge 12 marzo 1999, n.68.

Decreto Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n.915. Testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra.

Decreto Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n.461. Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, nonché per il funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate ordinarie.

Decreto Presidente della Repubblica 27 luglio 2011, n.171. Regolamento di attuazione in materia di risoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche dello Stato e degli enti pubblici nazionali in caso di permanente inidoneità psicofisica, a norma dell'articolo 55-octies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Legge 20 maggio 1970, n. 300. Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale, nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento.

Legge 30 marzo 1971, n.118 - Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n.5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili.

Legge 13 maggio 1978, n.180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori.

Legge 12 giugno 1984, n.222 - Revisione della disciplina della invalidità pensionabile.

Legge 5 febbraio 1992, n.104. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.

Legge 8 agosto 1995, n.335 - Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare.

Legge 12 marzo 1999, n.68. Norme per il diritto al lavoro dei disabili.

Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale – Direzione Generale Per l’Impiego – Divisione III – Circolare 10 luglio 2001, n. 66 – Prot. n. 1151/M13. Oggetto: Assunzioni obbligatorie. Indicazioni operative in materia di accertamenti sanitari e di assegno di incollocabilità.

Ministero del Lavoro – Direzione Generale della tutela delle condizioni di lavoro – Lettera circolare del 18/11/2010 prot. 15/SEGR/0023692 Oggetto: lettera circolare in ordine alla approvazione delle indicazioni necessarie alla valutazione del rischio da stress lavoro-correlato di cui all’articolo 28, comma 1-bis, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n.81, e successive modifiche e integrazioni. (Testo disponibile all’URL: <https://www.lavoro.gov.it/documenti-e-norme/normative/Documents/2010/LC-18novembre2010.pdf>).

Ministero per la Pubblica Amministrazione – Dipartimento della Funzione Pubblica. Direttiva n.1/2019 concernente *“Chiarimenti e linee guida in materia di collocamento obbligatorio delle categorie protette. Articoli 35 e 39 e seguenti del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 - Legge 12 marzo 1999, n.68 - Legge 23 novembre 1998, n.407 - Legge 11 marzo 2011, n.25”*. (G.U. 11 settembre 2019, n.213).

UNI ISO 30415:2021. Gestione delle risorse umane – Diversità e inclusione. <https://store.uni.com/uni-iso-30415-2021>

United Nations General Assembly: Convention on the rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol, United Nations, New York, approvata il 13 dicembre 2006; ratificata con Legge 3 marzo 2009, n.18.

APPENDICE

Aspetti etici: prescrizioni del codice ICOH pertinenti al tema della DP (ICOH, 2016)	
2. Ambito operativo della medicina del lavoro	<i>“L’area della medicina del lavoro è assai ampia e va dalla prevenzione di tutte le alterazioni della salute dovute all’attività lavorativa, agli infortuni sul lavoro ed alle patologie correlate al lavoro (...), la tutela e promozione della salute dei lavoratori e tutti gli aspetti relativi alle interazioni tra salute e lavoro”.</i>
3. Equità	<i>“Sulla base del principio di equità, gli OML dovranno aiutare i lavoratori sia ad ottenere che a mantenere il loro posto di lavoro, nonostante eventuali problemi di salute o handicap. (...) Vi sono particolari esigenze (...) dovute a sesso, età, etnia, condizioni fisiologiche, fattori sociali, barriere nella comunicazione e quant’altro. Tali esigenze devono essere soddisfatte su base individuale al fine di tutelare la salute sul luogo di lavoro, escludendo al tempo stesso qualsiasi atto di discriminazione verso il lavoratore”.</i>
8. Non discriminazione	<i>“Gli OML dovranno instaurare un rapporto di fiducia improntato all’equità con coloro ai quali prestano il loro servizio. Tutti i lavoratori vanno trattati allo stesso modo senza alcuna forma di discriminazione riguardo alla loro condizione, genere, aspetto sociale, convinzioni o alle ragioni che sono motivo della loro richiesta di consulenza (...)”.</i>
12. Tutela della salute e della capacità lavorativa	<i>“(...) scopo primario di una corretta pratica di medicina del lavoro non è semplicemente effettuare accertamenti sulla salute e svolgere un’attività di servizio, ma anche preoccuparsi della salute dei lavoratori e della loro capacità lavorativa, con l’obiettivo di tutelarle, mantenerle e promuoverle, prendendo in considerazione anche aspetti legati a situazioni familiari e circostanze della vita indipendenti dal lavoro”.</i>
14. Rischio per terzi	<i>“Qualora le condizioni di salute del lavoratore e la natura del lavoro svolto siano tali da mettere in pericolo la sicurezza degli altri, il lavoratore deve essere chiaramente informato della situazione. Nel caso di circostanze particolarmente pericolose, occorre informare la direzione e, se previsto dai regolamenti nazionali, anche le autorità competenti devono essere informate sulle misure necessarie a salvaguardare i terzi. Nel fornire le informazioni, gli OML dovranno cercare un compromesso tra l’impiego del lavoratore interessato e la sicurezza e la salute di coloro che ne potrebbero venire danneggiati”.</i>
23. Comunicazione con altri professionisti nell’interesse del lavoratore	<i>“Il medico del lavoro può, con il consenso informato del lavoratore, richiedere ulteriori informazioni o dati sanitari al medico curante o al personale medico ospedaliero, ma solo a scopo di tutela, di mantenimento o di promozione della salute (...). Nel fare ciò (...) deve informare il medico curante (...) o il personale medico ospedaliero del proprio ruolo e del motivo per cui l’informazione sanitaria viene richiesta. Con il consenso (...), il medico del lavoro o il personale paramedico competente possono, se necessario, fornire al medico curante (...) informazioni sanitarie o sui fattori di rischio o sull’esposizione professionale o su coercizioni sul lavoro che comportino un particolare rischio a causa dello stato di salute del lavoratore”.</i>

ALLEGATO 1 – PROBLEM SOLVING

N.	QUESITO	RISPOSTA
1	<i>Perché è utile ricorrere alla nozione di disabilità psichica (DP) nella valutazione e gestione di un lavoratore con problemi di salute mentale (PSM)?</i>	<p>La nozione di disabilità è fondamentale, in quanto richiede di valutare l'effettivo funzionamento della persona in un determinato contesto (nel caso di interesse, lavorativo), senza nulla togliere alle necessarie considerazioni cliniche sullo specifico PSM.</p> <p>La normativa e la letteratura non attribuiscono a tale termine alcun carattere di stigma o discriminazione, ma anzi sottolineano l'importanza del suo carattere contestuale.</p> <p>Il modello più diffuso di valutazione della disabilità è l'ICF.</p>
2	<i>Quali sono le diverse situazioni in cui il MC può trovarsi ad affrontare il tema del lavoratore con DP?</i>	<p>Il MC può doversi confrontare col tema in tutti i casi previsti dalla sorveglianza sanitaria (art.41, D.Lgs.81/08), ossia di visita:</p> <ul style="list-style-type: none"> - preventiva, anche in fase preassuntiva (inserimento al lavoro); - periodica; - su richiesta dal lavoratore; - al rientro dopo assenza >60 giorni, per causa specifica; - per cambio mansioni. <p>Questi diversi casi possono richiedere strategie anche differenti per gestire correttamente la situazione specifica (ad es., nel caso di rientro al lavoro, una riduzione – anche temporanea – dell'orario e/o dei compiti lavorativi).</p> <p>Nel caso di segnalazioni da parte del datore di lavoro o di colleghi di difficoltà lavorative o, più in genere, comportamentali, invece, il MC non può attivare la sorveglianza sanitaria per esprimere un giudizio di idoneità, ma può agire nel suo ruolo di consulente del datore di lavoro, anche nell'interesse del lavoratore, nei limiti consentiti dal segreto professionale e dalla normativa sulla tutela della riservatezza dei dati personali.</p>
3	<i>Può essere utile per il MC considerare nei lavoratori con DP l'espressione di giudizi di idoneità parziale o totale a carattere temporaneo, piuttosto che permanente?</i>	<p>Il MC deve tenere conto del peculiare andamento fluttuante di molti PSM e delle interazioni dinamiche con l'attività di lavoro svolta; può essere pertanto utile ad una corretta gestione dell'inserimento adottare provvedimenti temporanei, riservando considerazioni di non idoneità permanente ai soli casi in cui ciò risulti indispensabile.</p> <p>Si ricorda che una parziale non idoneità può essere concettualmente riconsiderata nel tempo, alla luce dell'evolversi della situazione clinica e/o organizzativa.</p> <p>Le medesime considerazioni sono valide per stabilire periodicità più brevi della sorveglianza sanitaria anche quando il lavoratore sia giudicato idoneo alla mansione, allo scopo di monitorare il funzionamento lavorativo.</p>
4	<i>Nella valutazione dell'idoneità di un lavoratore con DP è necessario includere considerazioni relative alle capacità richieste per la mansione specifica?</i>	<p>Le considerazioni di capacità sono utili per esprimersi in ordine ai contenuti dei compiti lavorativi affidati / da affidare e alla individuazione di eventuali accomodamenti ragionevoli, nonché allo scopo di individuare punti di forza e punti di debolezza della persona.</p> <p>Un utile riferimento di metodo è fornito dalle nozioni di capacità previste dalla L.68/99 anche per lavoratori non riconosciuti "disabili".</p>
5	<i>Quali sono gli elementi essenziali relativi al PSM di cui il MC deve disporre per una corretta valutazione del lavoratore con DP?</i>	<p>Il MC dovrebbe disporre di informazioni relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - diagnosi; - terapia in atto e aderenza alla terapia; - eventuale presa in carico da parte di un servizio di salute mentale o

		<p>di specialisti di fiducia; - situazione clinica (compenso, sintomi residui,...).</p> <p>In carenza di informazioni adeguate il MC può incontrare notevoli difficoltà per una corretta valutazione.</p>
6	<p><i>È possibile per il MC richiedere una valutazione specialistica psichiatrica di un lavoratore con DP, se ritenuta necessaria ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, anche allo scopo di monitorare i sintomi e il funzionamento, e verificare la compliance alla terapia, anche in relazione a possibili effetti collaterali?</i></p>	<p>La questione deve essere trattata alla stregua di ogni altro approfondimento specialistico ritenuto necessario ai fini del giudizio di idoneità; in termini di opportunità occorre considerare, tuttavia, che una richiesta di visita psichiatrica può essere talora fonte di stigma, anche involontario, nei confronti del lavoratore.</p> <p>In alternativa, si può considerare il coinvolgimento dello specialista di riferimento del lavoratore, con il consenso di quest'ultimo.</p>
7	<p><i>Quali sono le informazioni essenziali che il MC dovrebbe ottenere dal supporto specialistico degli SSM?</i></p>	<p>Le informazioni essenziali sono quelle previste nel quesito n.5.</p> <p>Nel caso di una buona collaborazione, lo SSM può essere coinvolto nella valutazione del funzionamento lavorativo.</p>
8	<p><i>In assenza di tali informazioni come può agire il MC?</i></p>	<p>Il MC dovrebbe impegnarsi per quanto possibile per coinvolgere il lavoratore sul punto; diversamente, è opportuno – vedi punti precedenti – procedere alla richiesta di consulenza psichiatrica.</p>
9	<p><i>Il MC è spesso preoccupato dei possibili effetti collaterali delle terapie farmacologiche (sonnolenza, rallentamento, eccitazione, ecc.). Quale atteggiamento può essere considerato equilibrato, considerando la necessità di tali terapie?</i></p>	<p>Nella valutazione del lavoratore con DP in buon compenso sotto trattamento farmacologico adeguato l'attenzione del MC deve essere posta soprattutto sul funzionamento lavorativo, in quanto nella maggior parte dei casi la terapia non determina effetti molto rilevanti.</p> <p>In presenza di sintomi sospetti, o nel caso di specifici dubbi, il MC può approfondire il tema con lo specialista di riferimento del lavoratore o richiedere una consulenza psichiatrica mirata.</p>
10	<p><i>Laddove lo psichiatra riporti in una certificazione indicazioni quali: "evitare lo svolgimento di...", il MC è tenuto a recepire tali indicazioni nel giudizio di idoneità?</i></p>	<p>Il MC – come per altre patologie – deve prendere in considerazione le indicazioni dei medici curanti; la formulazione del giudizio di idoneità (derivante dalla conoscenza approfondita della mansione specifica) è solo di sua esclusiva competenza.</p> <p>In caso di dubbi, è opportuno contattare lo psichiatra per un confronto di merito.</p>
11	<p><i>È necessario sottoporre sistematicamente un lavoratore con DP ad approfondimenti psicologici su base individuale (quali ad es. test neuro-comportamentali, test proiettivi, ecc.)?</i></p>	<p>Questo tipo di accertamenti non va ritenuto necessario nella sorveglianza sanitaria di un lavoratore con DP.</p> <p>Può essere invece utile nel caso di valutazioni approfondite delle capacità del lavoratore, ove ritenute essenziali in relazione alle particolari richieste della mansione specifica, oppure di valutazione della compromissione funzionale a fini medico-legali (ad es. nelle patologie da SLC).</p>
12	<p><i>Qual è il ruolo dello psicologo nella gestione del lavoratore con DP?</i></p>	<p>Laddove il lavoratore sia seguito regolarmente da uno specialista di fiducia, è utile coinvolgerlo, sempre con il consenso del lavoratore stesso.</p> <p>Può risultare soprattutto utile il contributo professionale dello psicologo del lavoro nella riorganizzazione del lavoro e nella individuazione di compiti adeguati al lavoratore, e/o per fornire un supporto nella gestione di situazioni problematiche, per lo più riconducibili allo SLC (es. criticità relazionali).</p>

13	<i>Nella valutazione del lavoratore con DP il MC deve considerare, oltre agli aspetti legati alla patologia di base, anche quelli connessi allo SLC?</i>	<p>Il MC deve in primo luogo considerare gli aspetti relativi alla patologia e al funzionamento nella mansione specifica.</p> <p>Il lavoratore con DP può tuttavia risultare maggiormente vulnerabile allo SLC, che è quindi opportuno considerare in un'analisi dei compiti lavorativi svolti/da svolgere (es. aspetti relazionali, tempi e ritmi di lavoro, aspetti ergonomici) e nell'espressione del giudizio di idoneità.</p>
14	<i>Come va considerato il bilanciamento tra tutela della riservatezza dei dati personali e la disclosure del lavoratore con DP, allo scopo di favorire l'azienda e il lavoratore stesso nell'individuare un eventuale accomodamento ragionevole?</i>	<p>La letteratura suggerisce che una eventuale <i>disclosure</i> del lavoratore può avere effetti negativi (stigma, discriminazione) o positivi (miglioramento del supporto da parte dell'azienda), a seconda della propensione dell'azienda all'inclusività; in altre parole, può anche essere presa in considerazione come libera decisione del lavoratore se inserita in un clima collaborativo con il MC, il datore di lavoro e/o i dirigenti ai fini dell'efficacia dell'inserimento lavorativo.</p> <p>È in ogni caso opportuno che si tratti chiaramente di una libera scelta e che il lavoratore fornisca all'azienda informazioni sul proprio stato di salute solo nella misura minima ritenuta utile allo scopo.</p> <p>Fuori dal caso precedente, in cui il MC può essere chiamato a collaborare con azienda e lavoratore per valutare l'inserimento, il MC è tenuto ad attuare tutte le misure necessarie per la tutela del segreto professionale della riservatezza dei dati personali</p>
15	<i>Nel caso di rientro al lavoro dopo prolungata assenza per malattia, è necessario accertare una completa remissione sintomatologica per giudicare il lavoratore con DP idoneo alla mansione specifica?</i>	<p>Il focus del MC si deve concentrare sul funzionamento lavorativo nella mansione specifica, per cui possono darsi situazioni in cui il lavoratore sia idoneo a svolgere pienamente i propri compiti lavorativi anche in presenza di sintomi rilevanti.</p> <p>Più in generale, occorre valutare i rapporti tra sintomi residui e svolgimento dei diversi compiti che afferiscono alla mansione specifica.</p>
16	<i>Può essere utile sottolineare in una procedura aziendale sulla sorveglianza sanitaria la possibilità per un lavoratore con DP di procedere ad una visita su richiesta nel caso di assenza dal lavoro inferiore a 60 giorni?</i>	<p>Una visita su richiesta al momento del rientro può risultare utile per esprimere da parte del MC un giudizio di idoneità alla mansione specifica mirato alle concrete condizioni di salute e alla capacità del lavoratore, e favorire così migliori condizioni di reinserimento.</p> <p>In questo senso si tratta di un'opportunità da cui il lavoratore può trarre beneficio, ma anche in questo caso si deve trattare di una libera scelta.</p>
17	<i>È sempre indicato per un lavoratore con DP un inserimento part-time?</i>	<p>Un lavoro part-time è spesso indicato in caso di primo inserimento, e può essere considerato anche nel caso di rientro al lavoro dopo un'assenza per causa specifica; in caso di successo, può essere valutata una successiva transizione verso un orario completo.</p> <p>Laddove invece il funzionamento lavorativo possa essere ritenuto adeguato, il lavoratore può essere inserito ad orario completo.</p>
18	<i>È sempre controindicato un lavoro a turni per un lavoratore con DP?</i>	<p>Il lavoro a turni (turni notturni per periodi di tempo prolungati, turno in quinta, ecc.) comporta anche nei soggetti senza DP una alterazione del ritmo sonno-veglia, e rappresenta un fattore di SLC.</p> <p>Pertanto lo si deve escludere in via generale nei soggetti con DP; in casi selezionati di buon compenso della patologia di base si può considerare una prova, in accordo con il lavoratore.</p>
19	<i>È controindicata una mansione che comporta l'impiego della persona con DP come "lavoratore isolato"? Viceversa, quando si può ritenere utile</i>	<p>L'impiego come "lavoratore isolato" è in via generale controindicato per i lavoratori con DP, sia per possibili difficoltà nella gestione autonoma di situazioni di pericolo, o di criticità nelle attività di competenza, che per la difficoltà di ottenere, in caso di bisogno, un</p>

	<i>indicare la necessità di supervisione?</i>	<p>supporto adeguato nelle attività di competenza.</p> <p>La supervisione è in genere indicata quando il lavoratore con DP non dimostri una piena autonomia nello svolgimento dei propri compiti lavorativi, o manifesti (/abbia manifestato) un frequente bisogno di richiedere il supporto di superiori e/o colleghi.</p>
20	<i>Nel caso in cui la mansione specifica prevede la dotazione di un'arma da fuoco, come il MC può affrontare la questione?</i>	<p>La dotazione di un'arma all'interno dei compiti lavorativi può rappresentare nel lavoratore con DP un rischio di favorire innanzitutto atti anticonservativi, oltre che atti lesivi verso altre persone (quest'ultimo aspetto esula dal campo di applicazione del D.Lgs.81/08).</p> <p>Nell'esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica il MC deve considerare anche il primo aspetto della questione, in relazione allo specifico PSM da cui il lavoratore è affetto e della situazione clinica al momento della visita.</p> <p>Nel pubblico impiego si applicano anche le disposizioni degli ordinamenti dell'Ente o Corpo di appartenenza in materia di idoneità al servizio.</p>
21	<i>In che misura l'interfaccia casa lavoro può essere oggetto del giudizio di idoneità alla mansione specifica per il lavoratore con DP?</i>	<p>L'interfaccia casa-lavoro non rientra negli aspetti che il MC deve considerare nell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.</p> <p>Questa caratteristica del lavoro è tuttavia presa in considerazione dai metodi di valutazione dello SLC, e può essere tenuta di conto per eventuali azioni organizzative di mitigazione dello SLC a livello individuale.</p>
22	<i>Il cosiddetto rischio per terzi può essere preso in considerazione per l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica dei lavoratori con DP?</i>	<p>Il rischio per terzi non è contemplato nell'impianto del D.Lgs.81/08, se non per gli aspetti riconducibili ad alcol- e tossicodipendenza, e limitatamente alle mansioni espressamente previste dalle specifiche disposizioni.</p>
23	<i>I criteri adottati dall'Organo di vigilanza in sede di valutazione di un ricorso ai sensi dell'art.41, c.6, D.Lgs.81/08 sono in via generale diversi da quelli adottati dal MC?</i>	<p>In via generale l'Organo di vigilanza e il MC dovrebbero adottare criteri di validati sia dal punto di vista scientifico che di corretta applicazione della normativa; non sussistono motivi di principio per cui debbano esistere criteri di riferimento diversi.</p>
24	<i>Quali sono le indicazioni a sottoporre il lavoratore con DP alla visita di cui all'art.5, c.3, L.300/70, allo scopo di valutarne la "idoneità fisica", e quali sono i rapporti con i giudizi di idoneità espressi dal MC in sede di sorveglianza sanitaria?</i>	<p>Si tratta di una "facoltà" del datore di lavoro (così si esprime la norma in riferimento), che non è tenuto fornire specifiche motivazioni; è tuttavia utile che la richiesta sia corredata di tutti gli elementi di fatto utili alla valutazione da parte del soggetto "di diritto pubblico" (ASL o altri) a ciò deputato.</p> <p>Il giudizio di idoneità espresso a seguito di tale richiesta è giuridicamente vincolante per il datore di lavoro.</p> <p>L'efficacia di tali giudizi si esplica nell'ambito dei rapporti di lavoro, nel senso che una eventuale inidoneità può costituire presupposto per un recesso datoriale per giustificato motivo oggettivo (accertata impossibilità di rendere la prestazione lavorativa prevista dal contratto).</p> <p>Il giudizio del MC opera invece nell'ambito del D.Lgs.81/08, con finalità di tutela della salute e sicurezza del lavoratore.</p>
25	<i>Nel caso di un lavoratore con DP inserito tramite collocamento mirato ai sensi della L.68/99, quali sono i rapporti tra valutazioni formulate dalla competente Commissione e giudizi di idoneità</i>	<p>Ai sensi di una sentenza della Corte Costituzionale, pure relativa a norme previgenti, si tratta di disposizioni che operano in ambiti diversi; queste persone devono pertanto essere sottoposte a sorveglianza sanitaria come ogni altro lavoratore, trattandosi di una misura di tutela della loro salute che, in caso diverso, verrebbe</p>

	<i>espressi dal MC?</i>	<p>paradossalmente omessa.</p> <p>Il datore di lavoro deve pertanto tenere conto delle indicazioni della Commissione in sede di inserimento nella mansione specifica; e il MC esprimerà in piena autonomia il relativo giudizio di idoneità.</p> <p>Nel caso in cui si evidenziassero difficoltà che potrebbero compromettere l'inserimento, il datore di lavoro può richiedere alla competente Commissione una visita ai sensi dell'art.10, c.3, L.68/99.</p>
26	<i>Il rapporto col MMG può aiutare il Medico Competente a monitorare le condizioni del lavoratore ai fini della gestione della sua integrazione occupazionale?</i>	<p>Il MMG ha molto spesso una conoscenza approfondita dello stato di salute del lavoratore, e a volte anche di elementi di contesto (es. supporto familiare, ecc.) rilevanti.</p> <p>La collaborazione con il MMG, sempre con il consenso esplicito del lavoratore, dovrebbe essere pertanto ricercata dal MC, ove ritenuta utile, soprattutto per favorire l'instaurarsi di un clima di fiducia.</p>
27	<i>Che cosa può fare il MC durante una emergenza psichiatrica che interessi un lavoratore?</i>	<p>Il medico del lavoro può condurre una valutazione iniziale per determinare la gravità della situazione e l'eventuale rischio per la sicurezza del lavoratore e degli altri dipendenti. Questo include una valutazione dei sintomi, una valutazione del rischio di autolesionismo o di comportamenti violenti, nonché una discussione con il lavoratore riguardo alle sue condizioni. Il medico del lavoro può, inoltre, fornire un supporto immediato per rassicurare e tranquillizzare il lavoratore in crisi utilizzando tecniche di ascolto attivo e di de-escalation. Il medico del lavoro può consigliare al lavoratore di consultare un professionista della salute mentale e può interfacciarsi sia con il MMG che con lo specialista psichiatra per ottimizzare il percorso terapeutico-riabilitativo.</p> <p>In caso di emergenza con imminente rischio per la sicurezza del lavoratore e degli altri dipendenti il medico del lavoro può richiedere l'intervento del 118 e delle forze dell'ordine. Inoltre, il medico del lavoro, come qualsiasi medico (anche libero-professionista), ha la possibilità di richiedere ai sensi della Legge 833/78 un Accertamento Sanitario Obbligatorio presso i servizi di salute mentale di competenza territoriale o anche, in presenza di chiari sintomi psichiatrici con necessità urgente di trattamento e rifiuto del paziente, di redigere una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio.</p>

ALLEGATO 2 – Esempi di gestione di 2 casi di Severe Mental Disorders (SMD) e 2 casi di Common Mental Disorders (CMD)

Diagnosi clinica (ICD-10)	Funzioni Mentali (ICF*)	Interazioni e relazioni interpersonali (ICF*)	Fattori contestuali	Idoneità alla mansione specifica	Strategie Cliniche	Strategie organizzative (PdL** con:)	Accomodamento Ragionevole (A solo titolo esemplificativo)
Schizofrenia residuale (con prevalenti sintomi negativi)	Ridotta motivazione b1301 Deficit di attenzione b140 Deficit memoria a breve termine b1440 Deficit funzioni cognitive di livello superiore: organizzazione e pianificazione b1641 , soluzione di problemi b1646 , flessibilità cognitiva b1643	Riduzione della gamma di emozioni espresse b1522 Riduzione della appropriatezza delle emozioni b1520 Deficit di regolazione delle emozioni b1521 Isolamento e perdita di competenze sociali b122	Contenuti della mansione (autonomia/controllo, richieste mentali ed emotive, responsabilità, variabilità del compito, ritmi) Relazioni sociali al lavoro (atteggiamento di colleghi e superiori, comunicazione, conflitti, supporto) Condizioni di lavoro (rischio di discriminazioni)	Giudizio “temporaneo” (periodicità mirate a monitoraggio condizioni cliniche e lavorative) Limitazioni: lavoro notturno, ritmi stressanti, compiti variabili e complessi: Indicazioni organizzative: necessario supporto di colleghi e superiori	Necessità di trattamento psicofarmacologico continuativo per prevenire le riacutizzazioni con sintomi positivi (deliri, allucinazioni, disorganizzazione comportamentale) Verifica dell’aderenza Interventi psicosociali (riabilitazione cognitiva, <i>social skills training</i>)	Mantenimento nella mansione Modifica della mansione (esclusione di attività e/o inserimento di nuove) Tenere conto delle eventuali indicazioni del collocamento mirato (Se non praticabile: valutare pensionamento anticipato)	Adibito a mansioni non particolarmente complesse, e senza richieste eccessive per intensità e frequenza da parte di colleghi / superiori / utenti. Prevista la disponibilità costante di supporto per informazioni e strumenti da parte di colleghi e superiori <i>mansione: impiegato comparto: pubblica amministrazione locale</i>
Disturbo Bipolare I in remissione (in fase eutimica)	Non alterazioni di rilievo clinico	Non alterazioni di rilievo clinico	Contenuti della mansione (richieste mentali, ritmi) Condizioni di impiego (flessibilità di orari/turni) Relazioni sociali al lavoro (atteggiamento di colleghi e superiori, conflitti)	Giudizio “temporaneo” (periodicità mirate a monitoraggio condizioni cliniche e lavorative) Limitazioni: lavoro notturno, ritmi stressanti, attività con esposizione a fattori stressogeni di natura relazionale (es. conflitti,), sedi di lavoro lontane o disagiate	Necessità di trattamento psicofarmacologico continuativo a scopo preventivo Verifica dell’aderenza (anche attraverso esami ematochimici periodici per il monitoraggio del trattamento farmacologico) Utili interventi psicosociali (psicoeducazionali per migliorare la compliance, lo stile di vita, il ritmo sonno-veglia)	Mantenimento nella mansione Modifica della mansione (esclusione di attività e/o inserimento di nuove) Tenere conto delle eventuali indicazioni del collocamento mirato	Mantenuto nella mansione senza particolari limitazioni, fatta eccezione per turni notturni, ed evitando la potenziale esposizione a stressors relazionali (conflitti, rischio aggressioni verbali e fisiche). Importante il confronto tra DdL, line aziendale e MC per la segnalazione tempestiva di eventuali alterazioni del comportamento <i>mansione: operatore socio sanitario comparto: servizi sanitari alla persona</i>
Disturbo di Panico e	Deficit transitori di	I deficit di regolazione emotiva	Contenuti della mansione	Giudizio “temporaneo”	Necessità di trattamento	Mantenimento nella mansione	Mantenuto nella mansione senza

<p>Agorafobia</p>	<p>attenzione e concentrazione b140</p> <p>Deficit transitorio di memoria a breve termine b1440</p> <p>Riduzione transitoria di controllo psicomotorio (agitazione) b1470</p> <p>Deficit transitorio di regolazione emotiva (durante l'attacco di panico) b1521</p> <p>Deficit cronico di regolazione emotiva: ansia anticipatoria e condotte di evitamento b1521</p>	<p>b1521 e di controllo psicomotorio b1470 tipici delle crisi possono causare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sentimenti di vergogna e tendenza all'isolamento nel paziente per la paura di avere una crisi in pubblico oppure necessità estrema di compagnia/assicurar azione; - disagio e insicurezza nei colleghi. 	<p>(autonomia, richieste mentali ed emozionali, responsabilità, ritmi)</p> <p>Condizioni di impiego (flessibilità di orari/turni, smart-working talora protettivo)</p> <p>Relazioni sociali al lavoro (atteggiamento di colleghi e superiori, supporto)</p> <p>Condizioni di lavoro (ambiente generale, postazione, procedure di emergenza e primo soccorso, impianti e macchine)</p>	<p>(periodicità mirate a monitoraggio condizioni cliniche e lavorative)</p> <p>Limitazioni: lavoro notturno, ritmi stressanti, attività con responsabilità su impianti e persone, lavoro in solitario, specifiche situazioni (altezze, ambienti chiusi, luoghi affollati, etc):</p> <p>Indicazioni organizzative: necessario supporto di colleghi e superiori</p>	<p>psicofarmacologico e/o psicoterapico con tecniche specifiche, finalizzate al controllo delle crisi e al superamento delle condotte di evitamento</p>	<p>Modifica della mansione (esclusione di attività e/o inserimento di nuove)</p>	<p>particolari limitazioni, eccettuati i compiti svolti con alcune modalità specifiche (in solitario, spazi confinati).</p> <p>Necessario dialogo tra DdL, line aziendale e MC per una piena comprensione dei meccanismi alla base dell'evitamento fobico che giustificano specifiche misure di tutela.</p> <p><i>mansione: operaio comparto: azienda manifatturiera di medie dimensioni</i></p>
<p>Episodio Depressivo Maggiore moderato</p>	<p>Riduzione livelli di energia b1300</p> <p>Ridotta motivazione b1301</p> <p>Ridotto appetito b1302</p> <p>Alterazioni ipniche b134</p> <p>Alterazione del ritmo del pensiero (rallentamento) b1600</p> <p>Deficit di controllo del pensiero (ruminazione depressiva) b1603</p> <p>Alterazioni psicomotorie (rallentamento o agitazione) b1470</p> <p>Deficit di attenzione b140</p>	<p>Il paziente tende a isolarsi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non riesce a sostenere le interazioni sociali a livello cognitivo (b1641, b140, b1440, b1600), energetico (b1300, b1301) e psicomotorio (b1470); - prova sentimenti di vergogna per il suo stato psicofisico (b1521); - non trae più piacere dalle relazioni sociali (b1522). 	<p>Contenuti della mansione (autonomia/controllo, richieste mentali, fisiche ed emotive, responsabilità, variabilità del compito, ritmi)</p> <p>Relazioni sociali al lavoro (atteggiamento di colleghi e superiori, comunicazione, conflitti, stile di management, supporto)</p>	<p>Giudizio "temporaneo" (periodicità mirate a monitoraggio condizioni cliniche e lavorative)</p> <p>Limitazioni: lavoro notturno, ritmi stressanti, attività con esposizione a fattori stressogeni di natura relazionale, sedi di lavoro lontane o disagiate</p> <p>Prescrizioni: supporto di colleghi e superiori</p>	<p>Necessità di trattamento psicofarmacologico finalizzato alla risoluzione dell'episodio [durata variabile in funzione della risposta individuale], al mantenimento (consolidare la remissione clinica) [durata: 6-9 mesi] ed eventualmente alla prevenzione delle ricadute (>3 episodi in meno di 5 anni) [durata: anni]</p> <p>Supporto psicologico, interventi psicoeducazionali e/o psicoterapia a indirizzo cognitivo-comportamentale o interpersonale</p>	<p>Mantenimento nella mansione</p> <p>Modifica della mansione (esclusione di attività e/o inserimento di nuove)</p> <p>Tenere conto delle eventuali indicazioni del collocamento mirato</p>	<p>Adibire a mansioni semplici, senza richieste eccessive per intensità e frequenza da parte di colleghi / superiori / utenti e senza turnazioni notturne o in reperibilità. Prevedere la disponibilità di supporto costante per informazioni e strumenti da parte di colleghi e superiori. Necessario uno stile di management supportivo e non giudicante, così come la vigilanza da parte di DdL e line aziendale per minimizzare i possibili fattori stressogeni di natura relazionale</p> <p><i>mansione: impiegato</i></p>

	<p>Deficit memoria a breve termine b1440</p> <p>Deficit funzioni cognitive di livello superiore: organizzazione e pianificazione b1641, soluzione di problemi b1646, flessibilità cognitiva b1643</p> <p>Deficit di regolazione delle emozioni (sentimenti di tristezza/colpa/vergogna) b1521 e della gamma di emozioni (anedonia) b1522</p>						<p><i>comparto: azienda di servizi di dimensioni medio-piccole</i></p>
--	--	--	--	--	--	--	--