

QUADERNI DI MEDICINA DEL LAVORO  
ERGONOMIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE

*Direttore*

Marcello IMBRIANI  
Università degli Studi di Pavia

*Comitato scientifico*

Pietro APOSTOLI  
Università degli Studi di Brescia

Giacomo BAZZINI  
ICS Maugeri, IRCCS Pavia

Carlo Francesco CALTAGIRONE  
Fondazione Santa Lucia Roma

Mario MELAZZINI  
ICS Maugeri, IRCCS Pavia

Enrico ODDONE  
Università degli Studi di Pavia e ICS Maugeri, IRCCS Pavia

Alfredo RAGLIO  
Università degli Studi di Pavia e ICS Maugeri, IRCCS Pavia

## QUADERNI DI MEDICINA DEL LAVORO ERGONOMIA E TERAPIA OCCUPAZIONALE

I “Quaderni di Medicina del Lavoro, Ergonomia e Terapia occupazionale” vogliono portare un contributo, non solo per gli specialisti del settore o di altre discipline, ma anche per il medico di base, affinché si possa prestare costantemente attenzione alle possibili inferenze del lavoro sulla salute dell'individuo. In questo modo si potrà agire su un livello di prevenzione primaria attraverso mezzi tecnici sui fattori di rischio e sull'organizzazione sociale–produttiva attraverso apposite norme che devono rendere compatibili tra loro produzione e tutela della salute. La complessità dei rapporti tra salute e lavoro ha reso necessario lo sviluppo di competenze che hanno acquistato dignità di specializzazioni afferenti all'area della Medicina del Lavoro (Igiene Industriale, Psicologia del Lavoro, Epidemiologia).

All'interno della collana particolare rilievo sarà dato ad argomenti di “Ergonomia”, disciplina intesa come metodologia di analisi e progettazione, che consente di costruire, gestire e migliorare situazioni ed esperienze che influiscono sulla percezione delle persone riguardo la soddisfazione complessiva dei loro bisogni e desideri. Saranno trattati inoltre, argomenti di “Terapia occupazionale”, una disciplina riabilitativa che si occupa dell'apprendimento e del riapprendimento, in condizioni patologiche, delle attività della vita quotidiana e che si prefigge come obiettivo principale il massimo recupero dell'autonomia e dell'indipendenza, finalizzato al massimo grado di integrazione familiare, sociale e lavorativa del soggetto disabile. Ulteriori interessi della collana saranno i temi legati agli aspetti medico–legali, all'igiene ambientale e all'economia sanitaria; l'importanza di quest'ultima nel campo della Medicina del Lavoro è sempre più evidente.



# ARGOMENTI DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

*a cura di*

MARCELLO IMBRIANI, EDDA M. CAPODAGLIO, GIACOMO BAZZINI

*con la collaborazione di*

ENRICO ODDONE, MONICA PANIGAZZI, ROBERTA PERNETTI  
ISABELLA SPRINGHETTI, ALBERTO ZALIANI



aracne



ISBN  
979-12-5994-683-6

PRIMA EDIZIONE  
ROMA 31 DICEMBRE 2021

## INDICE

- 9 *Lavoro, disabilità e Terapia Occupazionale*  
di MARCELLO IMBRIANI, EDDA M. CAPODAGLIO
- 25 *La Fisiatria Occupazionale e la Terapia Occupazionale*  
di GIACOMO BAZZINI, FRANCO FRANCHIGNONI, MARCELLO IMBRIANI
- 33 *La progettazione del lavoro per la persona con disabilità*  
di GIACOMO BAZZINI, MONICA PANIGAZZI, ELENA PRESTIFILIPPO
- 51 *La valutazione della capacità funzionale*  
di GIACOMO BAZZINI, FRANCESCO SARTORIO, STEFANO VERCELLI,  
MONICA PANIGAZZI, ELENA PRESTIFILIPPO, DIANA BOOTE
- 73 *Le scale di misura in Terapia Occupazionale*  
di GIACOMO BAZZINI, MARCELLO IMBRIANI
- 95 *Il Percorso MAC di Terapia Occupazionale ed Ausili Complessi*  
di MONICA PANIGAZZI, ELENA PRESTIFILIPPO, LORENZO COLLIVASONE,  
DIANA BOOTE
- 115 *Ergonomia, evoluzione e prospettive*  
di EDDA M. CAPODAGLIO, ALBERTO ZALIANI, GIACOMO BAZZINI,  
MARCELLO IMBRIANI

- 141 *Ergonomia Occupazionale*  
di EDDA M. CAPODAGLIO, GIACOMO BAZZINI
- 163 *Ergonomia in ambito sanitario–assistenziale*  
di EDDA M. CAPODAGLIO
- 193 *Musica come supporto alla Terapia Occupazionale*  
di ALFREDO RAGLIO

# LAVORO, DISABILITÀ E TERAPIA OCCUPAZIONALE PROBLEMATICHE, DATI EPIDEMIOLOGICI E RIFERIMENTI LEGISLATIVI

MARCELLO IMBRIANI, EDDA M. CAPODAGLIO\*

## 1. Il lavoro

Il lavoro ricopre una funzione fondamentale nella vita dell'uomo, rispondendo ad esigenze di diverso tipo e contribuendo alla realizzazione personale.

La condizione di “occupato al lavoro” mostra associazioni con lo stato di salute dell'individuo, tanto che l'abilità di lavoro (1) è correlata alla qualità della vita (*health-related quality of life*), che a sua volta costituisce uno dei determinanti della salute mentale e fisica, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2). Di conseguenza, promuovere la capacità di lavoro può avere importanti ripercussioni sulla qualità della vita e sul benessere degli individui, nelle diverse fasi della vita (3). Viceversa, lo stato di disoccupazione può indurre una condizione di malessere individuale, anche associato con basso grado di partecipazione in attività sociali e correlate alla salute (4).

Raggiungere, mantenere, o recuperare una soddisfacente occupazione lavorativa, anche da parte delle fasce di popolazione che risultano affette da traumi, limitazioni o malattie, costituisce una grande sfida nei Paesi sviluppati (5) dove l'allungamento della aspettativa di vita, la quota crescente della fascia di popolazione attiva over-60, e l'aumento della prevalenza di disabilità nella popolazione generale pongono importanti interrogativi di natura socio-economica.

\* Marcello Imbriani: Università degli Studi di Pavia; Edda M. Capodaglio: Servizio di Terapia Occupazionale ed Ergonomia, ICS Maugeri IRCCS.

Le caratteristiche ergonomiche (6) e psicosociali (7) del lavoro influiscono in modo non trascurabile sia sulla tollerabilità da parte dell'individuo, sia sul suo stato di salute. Questo è vero anche nella fase attuale, in cui il lavoro ha cambiato gran parte dei connotati assumendo caratteristiche sempre più immateriali e digitali, e svincolandosi dai tradizionali schemi strutturali e organizzativi.

Lo scopo della Medicina del Lavoro e della Terapia Occupazionale è, in sintesi, proprio quello di promuovere la salute dei lavoratori e l'occupazione degli individui in attività significative e ben tollerabili, fornendo terapie adeguate per ridurre l'impatto negativo di eventuali disabilità e abbattere il rischio di infortunio. Entrambe le discipline adottano attualmente il modello bio-psico-sociale della salute (8), utile riferimento nel superamento del modello medico basato sulla malattia, che limitava la possibilità di innescare processi di recupero effettivo dalla disabilità (9).

La Terapia Occupazionale è quella disciplina che, insieme agli adattamenti ergonomici dell'ambiente, all'uso di ortesi e protesi, o al ricorso a qualsiasi altro tipo di facilitatore, mira a massimizzare l'autonomia dell'individuo nelle attività della vita quotidiana, lavorativa e ludica (10). Essa, oltre ad essere rivolta alle problematiche riguardanti l'attività lavorativa, offre un approccio terapeutico alla persona nella sua globalità, con l'obiettivo di costruire e/o ricostruire capacità funzionali deficitarie.

La Medicina del Lavoro si configura come una disciplina che persegue fondamentalmente scopi preventivi: la prevenzione primaria, di natura essenzialmente tecnica e votata alla eliminazione dei fattori di rischio professionale; la prevenzione secondaria, costituita da atti prevalentemente sanitari aventi lo scopo di evitare che i fattori di rischio non eliminabili possano concretizzarsi in un danno professionale; la prevenzione terziaria, la quale ha come finalità l'evitare che un danno ormai instauratosi si aggravi e/o si complichino fino a portare a danno irreversibile o disabilità. Su quest'ultimo livello la Terapia Occupazionale interseca le finalità della Medicina del Lavoro, mirando ad assicurare il reintegro, anche parziale, della funzionalità lavorativa (11).

## **2. La Terapia Occupazionale per il ritorno al lavoro**

Gli interventi della Terapia Occupazionale non riguardano solo quei soggetti che abbiano subito un danno causato dal lavoro, ma anche tutti coloro che presentino una alterazione dello stato di salute, di qualsivoglia origine, e che debbano essere introdotti/reintrodotti alla attività lavorativa per svolgere una

mansione verso la quale possano essere resi idonei. Persone affette da condizioni disabilitanti sotto il profilo fisico e/o mentale che comportino la necessità di migliorare le funzioni motorie e/o le funzioni psichiche superiori, o di mettere in atto potenzialità compensatorie, beneficiano della Terapia Occupazionale nel raggiungere il livello più alto possibile di indipendenza e produttività. L'intervento terapeutico si articola secondo le necessità individuali accertate, proponendo ad esempio esercizi mirati a forza e destrezza, acuità visiva e coordinazione oculo-manuale, o ad altri aspetti ancora. Strumenti computerizzati vengono impiegati durante la terapia per favorire nei pazienti lo sviluppo di capacità decisionali, il ragionamento astratto, le facoltà percettive, l'abilità nel risolvere problemi, la memoria o il sequenziamento, aspetti tutti importanti nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e lavorativa.

Fra gli scopi degli interventi terapeutici occupazionali possono rientrare l'individuazione di collocamenti professionali adeguati alle capacità funzionali, la valutazione dell'ambiente di lavoro, le attività formative e informative circa le corrette procedure di esecuzione dei compiti, ed eventualmente interventi volti a favorire la collaborazione con il datore di lavoro e il medico del lavoro per l'individuazione di necessarie modifiche da apportare alla postazione di lavoro onde favorire il corretto e sicuro svolgimento delle funzioni richieste dall'attività professionale.

### **3. Disabilità: quadro epidemiologico e approccio culturale**

Dati epidemiologici sulla disabilità sono forniti sin dal 1990 da ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) attraverso indagini di natura campionaria; dal 1999 viene inoltre diffusa in rete ([www.disabilitaincifre.it](http://www.disabilitaincifre.it)) una sintesi dei principali domini dell'inclusione sociale delle persone con disabilità. Dal 2020, la costruzione del Registro sulla Disabilità risponde più precisamente ad esigenze informative relative alla stima della prevalenza della disabilità e alla caratterizzazione dell'inclusione sociale delle persone con disabilità. I dati ISTAT riferiti al 2019 indicano che le persone con disabilità — ovvero che soffrono a causa di problemi di salute, di gravi limitazioni che impediscono loro di svolgere attività abituali — sono 3 milioni e 150 mila (il 5,2% della popolazione italiana). Il tasso di disabilità aumenta con l'anzianità; quasi 1 milione e mezzo delle persone con disabilità sono ultrasettantacinquenni, e dopo gli 80 anni risulta disabile il 47% della popolazione. Dal punto di vista lavorativo, malgra-

do la presenza da tempo in Italia di norme dirette a favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità (tra tutte si ricorda la legge n. 68 del 1999 sul collocamento mirato), risulta occupato solo il 32,2% di coloro che soffrono di limitazioni gravi, contro il 59,8% delle persone senza limitazioni.

Il confronto dei dati sulle percentuali di occupazione a livello internazionale risulta difficoltoso a causa dei differenti metodi di raccolta delle informazioni oltre che delle diverse caratteristiche sociali presenti nei vari Paesi dell'Unione Europea. In ogni caso l'Italia si distingue negativamente per una grave sottoccupazione dei soggetti disabili, evidentemente riconducibile a diverse motivazioni tra cui: difficoltà di censimento della popolazione disabile, differenti classificazioni della disabilità, elevata percentuale di lavoratori impiegati nel lavoro sommerso.

La situazione di svantaggio della fascia di popolazione con disabilità, pur correlata a reali fattori socio-economici e culturali, riflette criteri di valutazione dello stato psicofisico-funzionale dei disabili utilizzati nei periodi passati, incentrati sulla quantificazione del danno (percentuale di invalidità conseguita) e sul conseguente diritto al beneficio. Il criterio della corrispondenza esatta tra percentuale di invalidità e capacità lavorative, faceva sì che condizioni assai diverse venissero descritte con lo stesso valore percentuale, e le disabilità venissero appiattite sulle minorazioni. Nel 1980 la pubblicazione della Classificazione Internazionale di Menomazioni, Disabilità e Svantaggi Esistenziali (*International Classification of Impairment, Disability and Handicap*, ICIDH) da parte della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha rappresentato la prima elaborazione di un sistema di classificazione internazionale basato sulle conseguenze delle malattie, superando concettualmente il modello basato unicamente su malattia e diagnosi, e focalizzando l'attenzione sulla interazione tra disabilità e ambiente. Dal 2001, il riferimento per lo studio della disabilità si è modificato profondamente con l'approvazione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) di una nuova classificazione della disabilità (*ICF, International Classification of Functioning*), concepita come la risultante della interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali). Cruciale è il passaggio alla definizione di salute formulata dall'OMS come "completo stato di benessere fisico mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattia o infermità" che include le componenti di attività e partecipazione. La disabilità è definita come "la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo". Proprio facendo riferimento alla concettualizzazione dell'I-

CF, nella Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (ratificata in Italia con la legge 18/2009) si afferma che “Le persone con disabilità includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri.”

Il profilo funzionale globale della persona ottenuto tramite i classificatori ICF permette di evidenziare facilitatori e barriere, inducendo a considerare nel dettaglio la valutazione delle capacità e delle performance dell’individuo, intendendo cioè sia le capacità proprie della persona in assenza di facilitazioni o ostacoli ambientali espliciti (in un contesto valutativo standardizzato), sia la performance esternata nell’ambiente attuale o effettivo, includendo l’impiego di strumenti assistenziali o di altro tipo.

Secondo questa ottica l’ambiente di lavoro, suscettibile di rimodulazione attraverso barriere o facilitatori, può influire sul mantenimento ed il proseguimento dell’attività lavorativa da parte di soggetti disabili o in età avanzata. L’adeguamento ottimale dell’ambiente di lavoro (adeguamento strutturale, flessibilità di orario, rotazione nelle mansioni, formazione, ecc.), consente alla persona di esprimere al meglio la propria performance lavorativa. Il concetto di capacità lavorativa viene perciò integrato da quello di compatibilità lavorativa, mirato ad una performance sostenibile ed efficace. L’adattamento del lavoro è un intervento necessario nel caso di soggetti affetti da disabilità per rendere possibile lo svolgimento in sicurezza delle attività. Gli adeguamenti strutturali del posto di lavoro assumono particolare rilievo per i lavoratori anziani, riducendo l’impatto delle importanti limitazioni che questi soggetti mostrano soprattutto nelle attività complesse e negli spostamenti.

#### **4. Riferimenti legislativi circa “lavoro e disabilità”**

Alcune delle richieste civili (pari opportunità, lavoro, educazione scolastica e professionale, formazione, accesso a beni e servizi) recentemente avanzate dai rappresentanti del mondo della disabilità sono contenute nella Dichiarazione di Madrid (2002), che può essere sintetizzata con “Non Discriminazione *più* Azione Positiva *uguale* Integrazione Sociale”.

La moderna organizzazione del lavoro, con l’imposizione di sempre maggiore flessibilità di ruolo e di orario, pone spesso ai lavoratori con disabilità ostacoli di tipo diverso legati a orari, trasporti, affaticamento, carico psichico.

In Italia il panorama legislativo a tutela dei soggetti disabili e inerente il rapporto tra disabilità e lavoro è molto ricco. Il rispetto del diritto al lavoro (articoli 3 e 4 della Costituzione della Repubblica) prevede il riconoscimento del diritto–dovere al lavoro per tutti i cittadini, e la rimozione di ostacoli di ordine economico e sociale che impediscano l'effettiva partecipazione dei lavoratori. L'articolo 38 prevede altresì interventi assistenziali in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. I principi che sottendono alla promulgazione di questo ultimo articolo sono i medesimi sui quali è basata la legge 12 marzo 1999, n. 68 (legge 68/99, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili"), volta a garantire l'inserimento professionale del soggetto disabile mediante il riconoscimento dello stato di disabilità, la valutazione delle abilità residue e l'impiego di servizi di sostegno e di collocamento mirato al lavoro. Accanto alla valutazione funzionale del soggetto disabile, è prevista una accurata valutazione dell'ambiente di lavoro e della postazione, tenendo conto anche delle esigenze aziendali, approccio che potenzialmente promuove una visione del lavoratore con disabilità come risorsa e opportunità.

Il sistema di inserimento lavorativo della persona con disabilità presume l'accertamento dello stato di handicap da parte di apposite commissioni ATS, secondo l'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 (legge 104/1992, "legge–quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate") e secondo i criteri indicati nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000 (d.p.c.m. 13/01/2000, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili"). Interlocutori diretti delle commissioni di valutazione preposte all'accertamento sono i Comitati Provinciali della Massima Occupazione, incaricati di vagliare le opportunità di collocamento offerte da specifiche aziende, e le Commissioni Mediche incaricate di monitorare il percorso di inserimento al lavoro del disabile. Viene considerata come disabilità una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45% (legata a minorazioni fisiche, psichiche, sensoriali o intellettive), e come invalidità civile una riduzione della capacità lavorativa superiore a un terzo. La legge 68/99 si riferisce al limite del 45% di invalidità civile per definire lo stato di disabilità (decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992, modificato con d.m. 14 giugno 1994. "Nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità"; legge 30 marzo 1971, n. 118. "Conversione in legge del d.l. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati e invalidi civili").

Di competenza delle Commissioni ATS è anche la valutazione, secondo la legge 68/99, delle persone non vedenti o sordomute di cui alle leggi 27 maggio 1970, n. 382 (L. 382/1970, "Disposizioni in materia di assistenza ai ciechi civili") e 26

maggio 1970, n. 381(L. 381/1970, “Aumento del contributo ordinario dello Stato a favore dell’Ente nazionale per la protezione e l’assistenza ai sordomuti e delle misure dell’assegno di assistenza ai sordomuti”) e loro successive modificazioni. Di competenza INAIL (Istituto Nazionale per l’Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro e le Malattie Professionali) è invece la valutazione di disabilità per le “persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33%” (persone che hanno subito infortunio sul lavoro e/o malattia professionale).

Apposite commissioni territoriali sono incaricate del riconoscimento dei diritti della legge 68/99 per “persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per causa di servizio con minorazioni ascritte dalla prima alla ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra [...] e succ. modificaz.” (decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 349; decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461).

Ai medici legali INPS spetta il riconoscimento della condizione di invalidità per i lavoratori dipendenti, con diritto alle prestazioni economiche e/o di dispensa dal lavoro (legge 12 giugno 1984, n. 222. “Revisione della disciplina dell’invalidità pensionabile”).

Dal punto di vista previdenziale assicurativo (INAIL) l’invalido civile si considera “inabile” quando il grado di invalidità è assoluto; l’invalido del lavoro si considera “inabile” secondo modalità più articolate (decreto Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124. “Testo unico delle disposizioni per l’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali”); il riconoscimento di uno stato di invalidità–inabilità si incentra infine sulla riduzione di oltre due terzi della capacità lavorativa individuale.

Interventi mirati alla prevenzione, cura, riabilitazione precoce e fornitura di attrezzature e protesi sono previsti a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Interventi atti alla eliminazione delle barriere architettoniche e all’adattamento del posto di lavoro sono previsti dalla legge 104/92.

Nel panorama legislativo, a tutela dei soggetti disabili e in merito al rapporto tra disabilità e lavoro (tabella 1), appaiono pure rimarchevoli la legge 381/91, il d.lgs. 276/03, e la legge 30/2003, che riguardano le cooperative sociali, imprese finalizzate al perseguimento degli interessi generali della comunità, alla promozione umana e all’integrazione sociale dei cittadini, attraverso la gestione di servizi sociosanitari ed educativi o mediante lo svolgimento di attività produttive orientate all’inserimento lavorativo di persone svantaggiate.

## 5. Interventi per l'inserimento della persona disabile al lavoro e sfide attuali

Considerando l'ampiezza di riferimenti giuridici, rimane il fatto che in Italia la popolazione con disabilità mostra tassi effettivi di occupazione ridotti. In generale, le persone con disabilità sono impiegate a tassi significativamente inferiori rispetto alle controparti non disabili, in Paesi con diversi livelli di reddito (12). Anche se sono stati evidenziati i notevoli vantaggi che un'occupazione significativa può comportare, sia per le persone con disabilità (miglioramento della qualità della vita, fiducia in sé stessi, rete sociale, senso di comunità, reddito), che per i datori di lavoro (13), molte persone con disabilità continuano ad affrontare difficoltà nel trovare e assicurarsi un impiego (14).

Una recente revisione della letteratura (15) suggerisce, al fine di ottenere tassi soddisfacenti di ritorno al lavoro di soggetti affetti da disturbi diversi, di procedere tramite percorsi multidimensionali, includenti la somministrazione di terapie, insieme ad interventi di modifica e adattamento della postazione di lavoro concordati con il datore di lavoro, al coinvolgimento attivo del lavoratore, e alla coordinazione del supervisore e dei servizi sanitari deputati. Tale tipo di interventi è in grado di ridurre il tempo di assenza dal lavoro, migliorare le condizioni di salute dei lavoratori, oltre che ridurre i costi associati alla disabilità.

Le linee guida secondo evidenza per il lavoratore affetto da disabilità (16,17) raccomandano: una ripresa precoce delle attività della vita quotidiana e lavorative, evitando periodi protratti di inattività (se non per alleviare il dolore); una tempestiva impostazione della comunicazione tra le parti e la condivisione degli obiettivi, con ripresa graduata o interventi di prevenzione secondaria per rischio di disabilità a lungo termine, accompagnati da una valutazione complessiva della funzionalità. Gli interventi prevedono anche il ricorso a tecniche di autogestione e di problem-solving collaborativo, così come l'utilizzo di checklist e strumenti vari per l'accomodamento ragionevole del lavoro (18).

Di interesse crescente dal punto di vista occupazionale sono le situazioni che possono verificarsi in concomitanza delle cosiddette disabilità episodiche, associate ad ansia, depressione, artrite, colite, sclerosi multipla, epilessia, o derivanti da disabilità croniche dove condizioni solitamente ben controllate possono intermittenemente sfociare in episodi critici di malessere. Tali casi possono essere particolarmente difficili da affrontare, sia per il Medico del Lavoro che per il datore di lavoro, a causa della loro imprevedibilità e delle problematiche di comunicazione e di trattamento dei dati sensibili (19). Le caratteristiche fanno sì che spesso tali condizioni siano sottovalutate o rimangano

invisibili, accentuando inoltre le incongruenze culturali e strutturali che permeano le organizzazioni del lavoro e della sanità.

Le problematiche mentali e di stress costituiscono una causa rilevante di disabilità lavorativa; esse possono dare luogo a prolungata assenza dal lavoro, a riduzione della performance (con elevati costi associati), o addirittura a disabilità a lungo termine. Nonostante la rilevanza del problema, tale tematica viene trattata solo marginalmente da poche linee guida occupazionali, che sottolineano l'importanza della valutazione non solo del lavoratore, ma anche del contesto di lavoro e delle sue caratteristiche, oltre che degli aspetti di performance e produttività (20).

Diverse opportunità possono sorgere per le persone con disabilità in relazione al telelavoro, utilizzando le tecnologie dell'informazione e della comunicazione come e-mail, telefono e comunicazione o piattaforme di videoconferenza.

Sin dagli anni '90 il telelavoro è stato promosso come una modalità lavorativa praticabile e ragionevole per le persone con disabilità (21) ma in seguito la sua prevalenza tra le persone con disabilità non è aumentata proporzionalmente, nonostante i potenziali benefici evidenziati (soprattutto per la categoria di "colletti bianchi" e per i lavoratori con livelli più alti di istruzione).

La pandemia da Covid-19 ha esacerbato la condizione di vulnerabilità della popolazione con disabilità, ma ha anche fortemente accelerato l'adozione della modalità del telelavoro mostrando che, se adeguatamente supportato, esso può creare pari opportunità di lavoro per le persone con disabilità (22).

## 6. Gli interventi di adeguamento del posto di lavoro

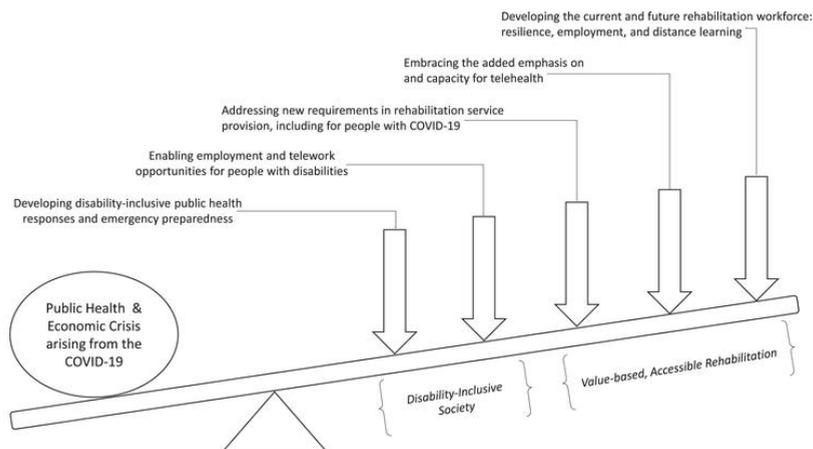
L'adeguamento del posto di lavoro e dell'organizzazione (23) figura tra gli interventi maggiormente supportati dalla recente letteratura (24) per il miglioramento delle condizioni generali di lavoro e per la prevenzione della disabilità lavorativa (*Work Disability Prevention, WDP*). Le linee guida, emanate da American College of Occupational and Environmental Medicine (25) per ridurre la disabilità lavorativa, sono indirizzate sia al medico che al datore di lavoro. È prevista una loro collaborazione, per individuare e attuare, sulla base delle limitazioni specifiche del lavoratore, modifiche mirate alle attività. Il processo comprende la valutazione delle abilità del lavoratore, e la valutazione ergonomica delle richieste lavorative; il riferimento a obiettivi generali e specifici; l'assegnazione del lavoratore al compito, ed il monitoraggio degli esiti.

Programmi di modifica del lavoro (*Work Modified Program, WMP*) sono associati ad un tasso doppio di ripresa del lavoro rispetto ad interventi occupazionali tradizionali (26), e ad un dimezzamento delle assenze dal lavoro (27). Per il lavoratore, i vantaggi collegati a questa pratica sono la migliorata funzionalità fisica, la capacità di guadagno, la soddisfazione personale e la prevenzione di nuovi disturbi. Le organizzazioni possono risparmiare risorse ed evitare la perdita di talenti, ad esempio impostando lavoro part-time, da remoto, orari flessibili o modificati, e altri accomodamenti ragionevoli non gravanti sui costi. Il vantaggio principale è quello di non ritardare il RTW, eventualmente anche anticipandolo rispetto al recupero funzionale completo, in modo da evitare una perdita del potere economico del lavoratore e contemporaneamente mantenere la produttività nell'organizzazione. I programmi WMP possono prevedere diverse possibilità organizzative:

- alleggerimento del compito, in ambiente competitivo e con retribuzione normale;
- ripresa graduale, fino a ripresa dei ritmi normali (*work hardening*);
- prova di lavoro, con retribuzione variabile, anche a seconda della quota di indennizzo percepita dal lavoratore;
- impiego supportato con particolari adattamenti (anche denominato *rehabilitation at the workplace, o supported work*);
- impiego protetto, in posizione non competitiva e con adattamenti particolari, con funzione di servizio sociale per persone con disabilità intellettuale o evolutiva.

Gli interventi di modifica e adattamento della postazione possono riguardare nello specifico:

- l'organizzazione del lavoro (orari, durata, distribuzione dell'impegno, complessità delle attività, programma di lavoro, ruolo assegnato e addestramento, compenso economico). Il fine è limitare la fase attiva, alternare impegni minori o differenziati, introdurre pause di recupero, o ruotare il lavoratore su postazioni diverse;
- la postazione di lavoro, in particolare con modifiche di tipo fisico-strutturale (spazi, arredi, attrezzature, fattori ambientali, esposizione a condizioni particolari);
- la progettazione ergonomica della postazione (accessibilità, Universal Design, postazioni regolabili).



**Figura 1.** Punti di forza, sfide e opportunità per il connubio “disabilità e lavoro”, derivanti dall’esperienza pandemica (da Jesus, 2020).

## 7. Gli ausili

Gli ausili e i dispositivi tecnologici offrono la possibilità, per il lavoratore con disabilità, di superare le limitazioni che permangono nel breve o lungo termine, consentendo lo svolgimento delle attività in modo sicuro ed efficace. La ricerca di soluzioni e adattamenti sul lavoro risulta dalla collaborazione del team multi-professionale, assicurata da un tempestivo raccordo coordinato, garantita dalla trasparenza di processo e degli obiettivi legati alla ripresa dell’attività. Il progresso tecnologico offre soluzioni varie e versatili, tra cui:

- ausili ed ortesi per la mobilità (carrozze, deambulatori, tripodi, bastoni, molle per piede);
- supporti per il comfort posturale (cuscini, tappetini, supporti);
- arredi regolabili (*sit-stand workstations*, scrivanie e tavoli regolabili, sedie ergonomiche);
- ausili per la visione (lenti, specchi, monitor, punti luce), anche in combinazione con protesi individuali (occhiali, lenti speciali);
- sistemi per la facilitazione dell’accesso multimediale e multisensoriale, dispositivi di comunicazione aumentativa e alternativa; apprendimento di tecniche compensative o di metodi alternativi di comunicazione;
- arredi mobili (gradini mobili o pieghevoli, rampe, montacarichi);
- ausili per la movimentazione di carichi (paranchi, sollevatori, manipolatori, carrelli di vario genere);

— accessori, interfacce e dispositivi speciali (mouse, tastiere, portadocumenti, dispositivi di input alternativi).

Insieme alla fornitura di ausili e supporti non va tralasciata la formazione e l'addestramento del lavoratore, indispensabile per il corretto utilizzo dei dispositivi. Lavoratori con limitazioni associate alla memoria, o derivanti dalla terapia farmacologica, potrebbero necessitare di una formazione aggiuntiva mirata all'acquisizione di particolari strategie o al miglioramento della consapevolezza, anche utilizzando materiali in formati alternativi, o usufruendo della somministrazione in tempi dilazionati, da remoto, o con tutoraggio individuale.

## **8. I fattori soggettivi e relazionali**

La possibilità da parte della persona con disabilità di mantenere o riprendere il lavoro è molto spesso influenzata dalla percezione che essa ha circa il proprio stato di salute (28,29) e il contesto di lavoro. Atteggiamento negativo dei pari, assenza di compiti adattati, scarso supporto, senso di inadeguatezza rappresentano fattori sfavorevoli (30), mentre situazioni di compartecipazione e di equità percepita favoriscono risultati positivi (31). Interventi centrati sulla gestione compartecipata, unitamente a modifiche alla postazione con graduale ripresa di compiti adattati, mostrano una efficacia superiore rispetto a interventi non coordinati (32). L'efficacia degli interventi può essere influenzata dal tipo di deficit di cui il paziente è portatore, essendo maggiormente incerta nel caso di deficit psichici (33). Nel processo di ripresa dell'attività, la figura del supervisore appare particolarmente importante (34) anche come modulatore degli obblighi legali, delle responsabilità organizzative e della comunicazione tra le parti (35,36).

## **9. Misure di valutazione funzionali**

La valutazione delle capacità del lavoratore rispetto alle richieste lavorative è un fattore determinante per il successo dei programmi di riabilitazione occupazionale. La capacità di lavoro infatti, rappresentando una condizione di equilibrio tra risorse personali e richieste lavorative, può essere considerata una misura integrata per la valutazione degli effetti della riabilitazione (37).