

Trattamento psicofarmacologico e valutazione dell'idoneità lavorativa nella Polizia di Stato: analisi del fenomeno e nuove prospettive

Psychopharmacological treatment and fitness to work in Italian police officers: Analysis of the phenomenon and new perspectives

*Silvana MASELLI¹, Lucilla VERGNANI¹, Alberto PORTIGLIATTI POMERI¹,
Marco LUNA¹, Fabrizio CIPRANI¹*

Affiliations

¹ *Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato, Ministero dell'Interno, Roma, Italia*

Corresponding author

Silvana Maselli. E-mail: silvana.maselli@interno.it

Silvana Maselli et al. Published by Edizioni FS.

This article is published under the **Creative Commons Attribution (CC BY 4.0)** licence. Anyone may reproduce, distribute, translate and create derivative works of this article (for both commercial and non-commercial purposes), subject to full attribution to the original publication and authors. The full terms of this licence may be seen at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> legalcode.

Authors declare that the paper has not been submitted elsewhere and is not under consideration by other journals.

Authors contributions: SV drafted the manuscript and supervised the work. All authors contributed equally to reviewing the manuscript and approved the final version of the paper.

Conflict of interests: none declared

Cite this article as: Maselli S, Vergnani L, Portigliatti Pomeri A, Luna M, Ciprani F. Trattamento psicofarmacologico e valutazione dell'idoneità lavorativa nella Polizia di Stato: analisi del fenomeno e nuove prospettive. *G Ital Psicol Med Lav.* 2021;1(1):63-70

Key words: Drug; Fitness for work; Italy; Occupational health; Psychological health; Psychotropic substance; Police officer.

Abstract

Police officer is considered to be hazardous to the safety and health of their colleagues, customers, and other people, in case of substance use, abuse or dependence. In Italy, the Health Service Department of the State Police, employs medical officers who perform clinical care and medico-legal activity to address all the issues concerning the health and safety of police officers at workplace. Depression and poor mental health outcomes are increasingly prevalent at workplace, and are expected to increase due to an ageing workforce. Mental health-related stigma in police officers can result in social stigma, delayed treatment and poor mental outcomes. In Italy, workplace alcohol and drug testing is compulsory by law for specific categories of workers. The recent change of an Italian Regulation (article 48, DPR n. 782/85), will allow police officers who are affected by mental health problems and/or are under treatment with psychotropic drugs, to continue to work with some restrictions, and enjoy supportive psychotherapy. This will improve their therapeutic compliance and integration at workplace.

Riassunto

L'operatore di polizia svolge un'attività lavorativa a rischio per terzi. Nell'ambito del Servizio Sanitario della Polizia di Stato, il sanitario della Polizia svolge attività assistenziale, medico legale e di medicina del lavoro. La depressione ed altri disturbi psichici sono sempre più diffusi ed è previsto che aumentino sul posto di lavoro anche a causa dell'invecchiamento della popolazione lavorativa. Il disagio psichico nell'operatore di polizia può determinare stigma e ritardo nelle cure conducendo ad esiti sfavorevoli. Nonostante in Italia la normativa su alcol e sostanze psicotrope/stupefacenti ponga il divieto di assunzione di tali sostanze durante l'attività lavorativa, l'assunzione di psicofarmaci per il trattamento di disturbi psichici da parte degli operatori di polizia non rappresenta di per sé una causa di non idoneità al servizio. Infatti, il novellato articolo 48 del Dpr 782/85 renderà possibile eliminare l'automatismo delle misure restrittive di non idoneità al servizio applicate all'attività istituzionale dell'operatore affetto da sospetto o confermato disagio psichico o in caso di assunzione di sostanze e medicinali ad azione psicotropa, adeguando il giudizio di idoneità al singolo caso ed al ventaglio dei possibili livelli di gravità del disagio psichico e del funzionamento mentale dell'operatore di polizia. In tal modo sarà possibile offrire l'opportunità di un sostegno psicoterapico e migliorare il rapporto di fiducia tra sanitario ed operatore di polizia. Ciò avrà anche dei risvolti positivi dal punto di vista della compliance terapeutica e dell'integrazione lavorativa dell'operatore affetto dal disagio psichico.

INTRODUZIONE

Considerata la grande diffusione ed il significativo impatto delle patologie psichiche nella società e in ambito lavorativo, nonché le negative ripercussioni che possono avere a livello sociale ed economico e le potenziali conseguenze sulla sicurezza di tutti i cittadini, è opportuna un'attenta riflessione sulle attuali linee guida per la valutazione dell'idoneità al lavoro nei soggetti affetti da disturbi psichici. Lo stigma culturale che da sempre accompagna i problemi di salute mentale [1] è caratterizzato da un insieme di pregiudizi discriminanti che inducono in chi ne è affetto sentimenti di vergogna, tendenza all'isolamento e timore nel chiedere aiuto, comportando un peggioramento del disagio stesso ed importanti implicazioni, come per esempio la difficile integrazione del lavoratore in ambito sociale e lavorativo [2].

Entro il 2030, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la depressione sarà la malattia cronica più diffusa nel mondo. Ad oggi ne soffrono già 322 milioni di persone e l'incidenza della patologia è aumentata del 15% in dieci anni; nei casi peggiori, può condurre al suicidio, che è la seconda causa di morte tra i 15 e 29 anni [3].

Secondo i dati ISTAT relativi al triennio 2015 – 2017 [4], la depressione è il disturbo mentale più diffuso in Italia con quasi 3 milioni di persone affette e circa 1,3 milioni di individui che hanno sofferto di depressione maggiore nelle settimane precedenti l'indagine. È stato evidenziato che spesso la depressione è associata all'ansia cronica grave e la prevalenza di entrambe sembra aumentare con l'età. Il tasso di mortalità per suicidio in Italia, secondo gli stessi dati ISTAT, è pari a 6 casi per 100 mila residenti, aumenta con l'età ed ha valori 4 volte superiori nei maschi rispetto alle femmine. Nella fascia di età tra i 20 ed i 34 anni, il suicidio rappresenta una causa rilevante di morte, costituendo il 12% dei decessi totali. Nel 2016, in Italia, circa 800 mila persone hanno ricevuto trattamenti psichiatrici nei dipartimenti di salute mentale. Tra le forme psichiatriche prevalenti, la schizofrenia e al-

tre psicosi funzionali negli uomini, le sindromi nevrotiche e somatoformi nelle donne. La depressione, tuttavia, risulta essere prevalente in entrambi i generi dopo i 35 anni [4].

L'attuale orientamento normativo circa il perimetro entro cui deve muoversi il giudizio di idoneità alla mansione specifica formulato dal medico competente, è oggetto di dibattito: da una parte, infatti, le possibili conseguenze per il lavoratore affetto dal disturbo psichico, dall'altra la necessità di valutare anche il rischio "ambientale", ovvero le conseguenze negative per la sicurezza degli altri lavoratori e dei terzi eventualmente presenti nell'ambiente di lavoro [5]. Tale criticità è stata segnalata soprattutto per alcune attività lavorative, tra cui gli autisti, i piloti, gli insegnanti, gli operatori socio-sanitari, gli operatori di polizia ed altre attività a rischio per la salute e la sicurezza di terzi [6-8].

La questione del disagio psichico nei lavoratori a rischio per terzi è ancora più complessa quando tale disturbo è associato all'assunzione di sostanze psicotrope o di stupefacenti. Per sostanze psicotropa (o "psicoattiva"), si intendono tutte le sostanze che, a prescindere dalle finalità di utilizzo, agiscono sui processi psichici condizionando l'attività mentale di chi le assume [9]. Nella grande famiglia delle sostanze psicotrope trovano posto gli psicofarmaci, che sono sostanze psicoattive approvate ufficialmente dagli organismi competenti per finalità terapeutiche. L'utilizzo degli psicofarmaci, esclusivamente medico, è legale. Per sostanza stupefacente, comunemente detta "droga", si intende invece una sostanza psicoattiva, spesso tossica, in grado di provocare il cosiddetto "Stupor". Lo *Stupor* è la riduzione di vario grado delle funzioni cognitive di un individuo. Esso comporta un calo dell'attenzione, dell'orientamento e della capacità di verbalizzazione, così come un'alterazione dello stato di coscienza [9, 10]. Le sostanze stupefacenti vengono assunte con finalità ricreative e sono generalmente illegali.

In questo commentario, suggeriamo una riflessione di ampio respiro sul concetto di sostanza psicotropa. Infatti, con tale definizione ci si riferisce soprattutto all'azione terapeutica

prodotta dagli psicofarmaci, la cui assunzione da parte del lavoratore ha importanti implicazioni ai fini del giudizio di idoneità lavorativo nei diversi ambiti giuridici di riferimento (idoneità alla mansione specifica ex D.Lgs 81/08 in ambito prevenzionistico ed idoneità al servizio in ambito medico-legale) sia per gli operatori della Polizia di Stato e di altre forze di polizia, che in altre attività lavorative a rischio per terzi. Lo scopo di questo lavoro è pertanto quello di proporre una diversa e più approfondita interpretazione del concetto di sostanza psicotropa nel caso degli psicofarmaci assunti sotto controllo medico e finalizzati a compensare un disturbo psichico. Ciò, infatti, può avere importanti risvolti in ambito lavorativo, specialmente in fase idoneativa [11]. Pertanto, si vuole presentare una diversa lettura del trattamento psicofarmacologico a cui l'operatore di polizia può essere sottoposto, soprattutto alla luce dei significativi progressi compiuti dalla farmacologia e dagli innovativi mezzi diagnostici a disposizione per il monitoraggio terapeutico.

DISCUSSIONE

L'utilizzo degli psicofarmaci - in particolare da parte degli operatori delle forze dell'ordine - è una complessa e delicata questione che riguarda non soltanto la salute del singolo lavoratore, ma lo stesso concetto di idoneità al servizio. L'idoneità lavorativa dell'operatore di polizia comprende infatti sia una idoneità di tipo medico legale (propria della medicina legale "militare"), sia una idoneità alla mansione specifica (propria della medicina del lavoro). Non può essere trascurato, inoltre, per il possesso dell'arma, il potenziale pericolo per terzi [12]. I disturbi della salute mentale, siano essi disagi psicologici transitori o franche patologie psichiatriche, necessitano pertanto di una gestione da parte del servizio sanitario che lo ha in carico, più ampia e complessa della semplice diagnosi o del monitoraggio delle condizioni cliniche di salute mentale dell'operatore interessato (cosiddetta "sorveglianza sanitaria psichiatrica") [13].

La letteratura scientifica di riferimento [14, 15] tra cui una revisione sistematica di lette-

ratura con metanalisi [16], comprende molteplici studi su diversi disturbi psicopatologici negli operatori di polizia: la depressione, il disturbo post traumatico da stress (DPTS), il disturbo d'ansia generalizzato, l'ideazione suicidaria, la dipendenza da alcol e le condotte pericolose legate all'assunzione di alcolici. È stato evidenziato che il fattore di rischio più importante per la depressione e l'ideazione suicidaria sono gli elevati livelli di stress lavoro correlato. Il rischio maggiore per il DPTS sarebbe, invece, costituito dagli elevati livelli di stress lavorativo, associati ad una rete di supporto sociale insufficiente e a inefficaci strategie di coping, consistenti in reazioni di fronteggiamento alle criticità di tipo evitante. Sebbene i dati relativi alla Polizia di Stato italiana sembrano indicare una non trascurabile correlazione degli eventi suicidari con i problemi familiari ed affettivi [17], si possono senz'altro condividere le conclusioni dei sopra menzionati studi. Ciò rende assolutamente necessario affrontare tali problemi in ambito lavorativo per prevenire il loro aggravamento. Risulta necessario, pertanto, da parte di tutte le figure professionali e istituzionali coinvolte nella valutazione dell'idoneità al servizio in polizia, considerare l'utilità e l'efficacia di una terapia psicofarmacologica nel caso in cui un operatore di polizia sia affetto da un disturbo psichico o da una patologia psichiatrica.

Vi sono, infatti, terapie farmacologiche per patologie che non sono di tipo psichico, che vengono considerate sicure e che invece potrebbero comportare effetti collaterali a livello neuropsichico. Per esempio, i betabloccanti ed i farmaci anti AT1-antagonisti (o sartani) possono causare astenia, cefalea, insonnia e stato confusionale. Farmaci di uso comune come gli antiistaminici, possono provocare effetti transitori come sedazione, riduzione della vigilanza ed in rari casi allucinazioni e depressione del tono dell'umore, determinando un elevato rischio infortunistico e per la sicurezza di terzi. I corticosteroidi, che sono farmaci utilizzati per molte patologie, possono indurre insonnia, irrequietezza, disforia e persino sintomi psicotici [18].

Parimenti occorre domandarsi se - nel caso

di un dipendente affetto da uno stato di disagio psichico transitorio, purché non grave e quindi di grado non esimente l'idoneità al servizio - sia più rischioso intervenire con un trattamento farmacologico, sotto controllo medico e conformemente alle linee guida internazionali, che non intervenire per evitare gli effetti collaterali derivanti dall'assunzione di psicofarmaci. In tale delicata valutazione, non deve essere dimenticato che spesso, il paziente lasciato solo, cerca sollievo alla propria sofferenza emotiva ricorrendo a forme di "automedicazione" come l'abuso di alcolici e superalcolici.

Nella Polizia di Stato, sia l'idoneità al servizio di polizia che l'idoneità alla mansione specifica fanno riferimento al sanitario della Polizia di Stato. In altri settori lavorativi, invece, il medico competente aziendale ha il compito di effettuare una valutazione medico legale di idoneità, parallela all'idoneità alla mansione specifica, quando deve formulare il proprio giudizio di idoneità alla mansione specifica nel caso delle mansioni tabellate in riferimento all'assunzione di alcolici (Legge 125/2001 art. 15 e Provvedimento della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo), o all'assunzione di psicofarmaci e stupefacenti (Provvedimento Conferenza Permanente Stato-Regioni del 30/10/2007 e del 18/09/2008). In realtà, ai sensi del D.Lgs 81/08 (art. 41 comma 4 D.Lgs 81/08), alcune tipologie di visite mediche devono essere effettuate dal medico competente per la "verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti". Al di là della mancata definizione di un elenco unico per alcol e stupefacenti e la mancata considerazione per tutte le altre patologie (per esempio, le malattie infettive) che possono mettere a rischio la sicurezza di terzi, il lavoratore con problemi di salute mentale comporta per il medico competente un giudizio di idoneità "difficile" per via del disturbo mentale di per sé e per l'assunzione degli psicofarmaci necessari al trattamento. Per sostanza "psicotropa", infatti, non si intendono soltanto l'alcol o gli stupefacenti, ma tutte le sostanze psicoattive, comprese quelle necessa-

rie per trattare un disturbo psichico. Pertanto, sarebbe opportuno valutare la funzione terapeutica o, al contrario, il grado di "psicolesività" di talune attività lavorative, arrivando ad un giudizio di "idoneità psichica" complesso, che tenga in considerazione sia l'utilizzo di sostanze psicotrope con finalità terapeutiche che il grado di compenso funzionale ottenuto sulle patologie psichiche [19, 20].

L'attenzione del medico competente dovrebbe inoltre soffermarsi sulla valutazione delle psicopatologie subcliniche di cui talvolta lo stesso paziente-lavoratore non è consapevole. La depressione, per esempio, presenta un vasto spettro di gravità e in alcune personalità può essere mascherata o addirittura negata. Ciò complica l'aspetto diagnostico, sebbene ad un'attenta valutazione, tale patologia si possa manifestare sul piano comportamentale con difficoltà relazionali in ambito lavorativo e la tendenza a condotte poco salubri quali l'abuso di caffè, sigarette, cibo, alcolici e droghe, condotte aggressive sia auto che etero-dirette, e conseguenze negative sul piano clinico, sociale e lavorativo [21, 22]. La difficoltà per il medico competente può essere, pertanto, quella di imbattersi in forme psicopatologiche subdole di difficile definizione diagnostica, che possono essere sotto-diagnosticate [23], oppure in forme psicopatologiche tipicamente occupazionali come la sindrome del burnout non ancora ben inquadrata dal punto di vista diagnostico e non chiaramente definite nell'ambito del DSM 5 [23, 24]. Tali difficoltà richiedono ulteriori approfondimenti sull'idoneità psichica del lavoratore rispetto all'assunzione di sostanze psicotrope.

Ciò è particolarmente importante anche a causa della significativa diffusione del disagio psichico nella popolazione generale e quindi nella popolazione lavorativa, dove spesso tali problematiche, che insorgono dopo l'assunzione lavorativa, diventano sempre più importanti con il trascorrere del tempo. Esse rappresentano inoltre una delle prossime sfide per la medicina del lavoro, anche in considerazione dell'invecchiamento della popolazione lavorativa [25].

Un ulteriore spunto di riflessione è legato agli

aspetti etici e deontologici che pone il giudizio di idoneità alla mansione specifica per il lavoratore affetto da disagio o patologia psichica. Il medico competente, infatti, deve tutelare interessi legittimi, ma contrapposti. Il lavoratore malato ha diritto alla salute, ma anche alla conservazione del posto di lavoro. I terzi hanno diritto alla salute, al lavoro e a svolgere le loro attività e a fruire dei servizi prestati dal lavoratore pericoloso in piena sicurezza. Il datore di lavoro ha diritto ad ottenere prestazioni professionali di qualità e la società nel suo insieme a ricevere i vantaggi che derivano dall'attività produttiva senza subire i danni [11, 26]. Nell'ambito della Polizia di Stato, il controllo sulla salute psichica del dipendente avviene con la poliedrica finalità di garantire e assicurare il benessere del lavoratore, ma anche l'efficienza lavorativa e la sicurezza dei colleghi e della comunità e viene attuato attraverso un sistema di collaborazione tra il singolo sanitario della Polizia, la valutazione collegiale medico-legale effettuata nell'ambito di Commissioni Mediche Ospedaliere (CMO) ed un sistema di sorveglianza sanitaria psichiatrica che si rende a volte necessario dopo l'eventuale conferma dell'idoneità lavorativa espressa da parte della stessa CMO. Nell'ambito della normativa specifica per gli operatori di Polizia, il novellato articolo 48 del Dpr 782/85 renderà possibile eliminare l'automatismo delle misure restrittive di tipo non idoneativo applicate all'attività istituzionale dell'operatore affetto da sospetto o confermato disagio psichico (comportanti il ritiro dell'arma e del tesserino), adeguando

il giudizio al singolo caso ed al ventaglio dei possibili livelli di gravità del disagio psichico e del funzionamento mentale dell'operatore di polizia. Ciò renderà possibile il sostegno psicoterapico qualora opportuno [27, 28], sulla scia dei criteri di idoneità suggeriti dalle recenti linee guida riguardanti il giudizio di idoneità nelle forze di polizia [29]. Ciò permetterà, inoltre, di migliorare il rapporto di fiducia tra sanitario della polizia e dipendente/paziente e di ottenere risultati positivi dal punto di vista della compliance terapeutica e dell'integrazione lavorativa dell'operatore affetto da tale disagio psichico.

CONCLUSIONE

In conclusione, il sanitario della Polizia di Stato svolge sia l'attività di medico competente, che attività di supporto assistenziale e medico-legale per l'operatore di polizia. Per tale ragione, tale attività presenta diverse criticità rispetto al disagio psichico del lavoratore. Crediamo che l'utilizzo terapeutico di psicofarmaci debba essere attentamente considerato dal sanitario della Polizia e non debba costituire di per sé un fattore ostativo per l'idoneità al servizio o alla mansione specifica del lavoratore. Il sanitario, infatti, dovrà valutare se l'assunzione di farmaci psicotropi è in grado di compensare e migliorare la sintomatologia psichica, il grado di compromissione funzionale, sociale e lavorativo della stessa, adeguando il giudizio di idoneità a tali aspetti. Di conseguenza, anche i provvedimenti idoneativi non dovranno rispondere a criteri rigidamente definiti sulla base di presupposti definiti in modo aprioristico.

References

1. Coleman SJ, Stevelink SA, Hatch SL, et al. Stigma-related barriers and facilitators to help seeking for mental health issues in the armed forces: a systematic review and thematic synthesis of qualitative literature. *Psychol Med.* 2017 Aug;47(11):1880-1892.
2. Lane T. Dealing with mental health stigma at work. Interview by Anne Manchester. *Nurs N Z.* 2004 Sep;10(8):22-23.
3. WHO. Depression. 2021. Depression (who.int). Consultato in data 10/03/2021.
4. Report Istat Anno 2015-2017. La salute mentale nelle varie fasi della vita. Roma: ISTAT; 2018.
5. D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81. Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro. Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30 aprile 2008.
6. Chirico F. The assessment of psychosocial risk: only “work-related stress” or something else? *Med Lav.* 2015;106(1):673-675.
7. Ferrari G. Psychological fitness for work: do we still have a long way to go? *J Health Soc Sci.* 2016;1(2):99-104.
8. Garbarino S, Guglielmi O, Sanna A, et al. Risk of Occupational Accidents in Workers with Obstructive Sleep Apnea: Systematic Review and Meta-analysis. *Sleep.* 2016 Jun 1;39(6):1211-1218. doi: 10.5665/sleep.5834.
9. Ministero della salute. Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope (salute.gov.it) (accessed 10/03/2021)
10. Beretta L. Stupor e coma. Milano: Cortina Raffaello Editore; 2009.
11. Santoro PE, Chirico F, Garbarino S, et al. La tutela dei terzi: lavoratori rischiosi per gli altri. In *Medicina del Lavoro Pratica di Magnavita N.* Milano: Worlters Kluwer; 2018. pp-279-303.
12. Magnavita N. Tutela del lavoratore rischioso per gli altri. Milano: ISU Università Cattolica Editore; 2004.
13. Magnavita N. Sorveglianza sanitaria nei lavoratori della sanità con patologia neurologica, psichiatrica o comportamenti additivi. *Med Lav.* 2005;96,6:496-506.
14. Jetelina KK, Molsberry RJ, Reingle Gonzalez J, et al. Prevalence of Mental Illness and Mental Health Care Use Among Police Officers. *JAMA Netw Open.* 2020 Oct 1;3(10):e2019658.
15. Di Nota P M, Anderson G S, Ricciardelli R, et al. Mental disorders, suicidal ideation, plans and attempts among Canadian police. *Occup Med (Lond).* 2020 May 27;70(3):183-190.
16. Syed S, Ashwick R, Schlosser M, et al. Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2020 Nov;77(11):737-747.
17. Grassi C, Del Casale A, Pelliccione A, et al. Suicidio e *law enforcement*: considerazioni e proposte. Roma: Edicampus Edizioni; 2019.
18. Rossi F, Cuomo V, Riccardi C. *Farmacologia - principi di base e applicazioni terapeutiche.* IV Edizione. Minerva Medica Editore; 2019.
19. Spigno F, Debarbieri N, Traversa F. Lavoro e dipendenza da sostanze psicoattive: idoneità alla mansione e prospettive di prevenzione alla luce delle recenti innovazioni normative. *G Ital Med Lav Erg* 2007;29(2):158-165.
20. Magnavita N. Il giudizio di idoneità - esperienze dei medici competenti. Roma: EPC Editore; 2010.
21. Coccurello R. Anhedonia in depression symptomatology: Appetite dysregulation and defective brain reward processing. *Behav Brain Res.* 2019 Oct 17;372:112041.
22. Garbarino S, Guglielmi O, Sannita WG, et al. Sleep and Mental Health in Truck Drivers: Descriptive Review of the Current Evidence and Proposal of Strategies for Primary Prevention. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 Aug 27;15(9):1852.

23. American Psychiatric Association. DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2014.
24. Chirico F. Is burnout a syndrome or an occupational disease? Instructions for occupational physicians. *Epidemiol Prev.* 2017 Sep;41(5-6):294-298. Doi: 10.19191/EP17.5-6.P294.089.
25. Magnavita N, Capitanelli I, Garbarino S, et al. Workplace health promotion programs for older workers in Italy. *Med Lav.* 2017 Oct 27;108(5):396-405. doi: 10.23749/mdl.v108i5.6229.
26. International Commission on Occupational Health (ICOH). International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. III Edizione; 2014.
27. Nota 555/RS/01/143/5961 del 26/11/2019 della Segreteria del Dipartimento - Ufficio per le relazioni sindacali -del Ministero dell'Interno Dipartimento di Pubblica Sicurezza sul "Tavolo per la prevenzione e gestione delle cause di disagio per il personale della Polizia di Stato".
28. D.P.R. 24/04/1982, n. 338 "Ordinamento dei ruoli professionali dei sanitari della Polizia di Stato". Pubblicato nella Gazz. Uff. 10 giugno 1982, n. 158 (modificato dal Decreto Legislativo del 5/10/2000 n° 334).
29. Pira E, Garbarino S, Ciprani F, et al. Linee-Guida SIMLII sulla sorveglianza sanitaria delle Forze dell'Ordine italiane: un vuoto da colmare. *Med Lav.* 2016 Mar-Apr;107(2):153-158.