

Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche

a cura di
Michele Tiraboschi

ADAPT
LABOUR STUDIES
e-Book series
n. 36

ADAPT
www.adapt.it
UNIVERSITY PRESS

ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

ADAPT – Scuola di alta formazione in relazioni industriali e di lavoro

DIREZIONE

Michele Tiraboschi (*direttore responsabile*)

Lilli Casano

Pietro Manzella (*revisore linguistico*)

Emmanuele Massagli

Flavia Pasquini

Pierluigi Rausei

Silvia Spattini

Davide Venturi

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Gabriele Gamberini

Francesca Fazio

Laura Magni (*coordinatore di redazione*)

Maddalena Magni

Francesco Nespoli

Giulia Rosolen

Francesco Seghezzi

Francesca Sperotti

 @ADAPT_Press @adaptland @bollettinoADAPT

Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche

a cura di
Michele Tiraboschi

ISBN 978-88-98652-74-7

© 2015 ADAPT University Press – Pubblicazione on-line della Collana ADAPT

Registrazione n. 1609, 11 novembre 2001, Tribunale di Modena

ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

ADAPT – Scuola di alta formazione in relazioni industriali e di lavoro

1. P. Rausei, M. Tiraboschi (a cura di), **Lavoro: una riforma a metà del guado**, 2012
2. P. Rausei, M. Tiraboschi (a cura di), **Lavoro: una riforma sbagliata**, 2012
3. M. Tiraboschi, **Labour Law and Industrial Relations in Recessionary Times**, 2012
4. Bollettinoadapt.it, **Annuario del lavoro 2012**, 2012
5. AA.VV., **I programmi alla prova**, 2013
6. U. Buratti, L. Casano, L. Petruzzo, **Certificazione delle competenze**, 2013
7. L. Casano (a cura di), **La riforma francese del lavoro: dalla sécurisation alla flexicurity europea?**, 2013
8. F. Fazio, E. Massagli, M. Tiraboschi, **Indice IPCA e contrattazione collettiva**, 2013
9. G. Zilio Grandi, M. Sferrazza, **In attesa della nuova riforma: una rilettura del lavoro a termine**, 2013
10. M. Tiraboschi (a cura di), **Interventi urgenti per la promozione dell'occupazione, in particolare giovanile, e della coesione sociale**, 2013
11. U. Buratti, **Proposte per un lavoro pubblico non burocratico**, 2013
12. A. Sánchez-Castañeda, C. Reynoso Castillo, B. Palli, **Il subappalto: un fenomeno globale**, 2013
13. A. Maresca, V. Berti, E. Giorgi, L. Lama, R. Lama, A. Lepore, D. Mezzacapo, F. Schiavetti, **La RSA dopo la sentenza della Corte costituzionale 23 luglio 2013, n. 231**, 2013
14. F. Carinci, **Il diritto del lavoro in Italia: a proposito del rapporto tra Scuole, Maestri e Allievi**, 2013
15. G. Zilio Grandi, E. Massagli (a cura di), **Dal decreto-legge n. 76/2013 alla legge n. 99/2013 e circolari "correttive": schede di sintesi**, 2013
16. G. Bertagna, U. Buratti, F. Fazio, M. Tiraboschi (a cura di), **La regolazione dei tirocini formativi in Italia dopo la legge Fornero**, 2013
17. R. Zucaro (a cura di), **I licenziamenti in Italia e Germania**, 2013
18. Bollettinoadapt.it, **Annuario del lavoro 2013**, 2013
19. L. Mella Méndez, **Violencia, riesgos psicosociales y salud en el trabajo**, 2014

20. F. Carinci (a cura di), **Legge o contrattazione? Una risposta sulla rappresentanza sindacale a Corte costituzionale n. 231/2013**, 2014
21. Michele Tiraboschi (a cura di), **Jobs Act - Le misure per favorire il rilancio dell'occupazione, riformare il mercato del lavoro ed il sistema delle tutele**, 2014
22. Michele Tiraboschi (a cura di), **Decreto-legge 20 marzo 2014, n. 34. Disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese - Prime interpretazioni e valutazioni di sistema**, 2014
23. G. Gamberini (a cura di), **Progettare per modernizzare. Il Codice semplificato del lavoro**, 2014
24. U. Buratti, C. Piovesan, M. Tiraboschi (a cura di), **Apprendistato: quadro comparato e buone prassi**, 2014
25. Michele Tiraboschi (a cura di), **Jobs Act: il cantiere aperto delle riforme del lavoro**, 2014
26. Franco Carinci (a cura di), **Il Testo Unico sulla rappresentanza 10 gennaio 2014**, 2014
27. Simone Varva (a cura di), **Malattie croniche e lavoro. Una prima rassegna ragionata della letteratura di riferimento**, 2014
28. Roberta Scolastici, **Scritti scelti di lavoro e relazioni industriali**, 2014
29. Michele Tiraboschi (a cura di), **Catastrofi naturali, disastri tecnologici, lavoro e welfare**, 2014
30. Franco Carinci, Gaetano Zilio Grandi (a cura di), **La politica del lavoro del Governo Renzi - Atto I**, 2014
31. Emmanuele Massagli (a cura di), **Il welfare aziendale territoriale per la micro, piccola e media impresa italiana. Un'indagine ricostruttiva**, 2014
32. F. Carinci (a cura di), **La politica del lavoro del Governo Renzi - Atto II**, 2014
33. S. Stefanovichj, **La disabilità e la non autosufficienza nella contrattazione collettiva italiana, alla luce della Strategia europea sulla disabilità 2010-2020**, 2014
34. AA.VV., **Crisi economica e riforme del lavoro in Francia, Germania, Italia e Spagna**, 2014
35. Bollettinoadapt.it, **Annuario del lavoro 2014**, 2014

INDICE

Michele Tiraboschi, <i>Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche</i>	1
Simone Varva, <i>Literature Review su lavoro e malattie croniche</i>	45
<i>Notizie sugli autori</i>	103

Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche

di Michele Tiraboschi *

Sommario: 1. Posizione del problema. – 1.1. Malattie croniche e sostenibilità dei sistemi sanitari e di welfare pubblici. – 1.2. Impatto delle malattie croniche sulle dinamiche complessive del mercato del lavoro, sulla produttività e sulla organizzazione del lavoro. – 1.3. Obiettivi della ricerca. – 2. Malattie croniche: i limiti delle attuali risposte fornite dal diritto del lavoro e dai sistemi di protezione sociale. – 3. Dai sussidi, quote di riserva e tutele passive alle politiche di attivazione, conciliazione e *retention*. – 3.1. La rivisitazione delle politiche di welfare to work, degli incentivi e dei sussidi pubblici. – 3.2. La rivisitazione delle politiche di conciliazione e pari opportunità: verso un *work-health-life balance*. – 4. Segue: promuovere la prevenzione delle malattie croniche nei luoghi di lavoro. – 5. Una prospettiva di relazioni industriali: il nodo della produttività/sostenibilità del lavoro e l'importanza di ripensare i concetti di “presenza al lavoro”, “prestazione lavorativa”, “esatto adempimento contrattuale”.

* Il presente lavoro è dedicato alla memoria di Roberta Scolastici e Simonetta Guerrini e costituisce la premessa, teorica e concettuale, di un innovativo progetto di ricerca sulla occupabilità e il ritorno al lavoro delle persone con malattie croniche promosso da ADAPT (Associazione per gli Studi Internazionali e Comparati sul Diritto del Lavoro e sulle Relazioni Industriali) in collaborazione con il Coronel Institute of Occupational Health dell'Academic Medical Center (Paesi Bassi), l'European Public Health Alliance (Belgio), The Work Foundation della Lancaster University (Regno Unito) e il Warszawski Uniwersytet Medyczny (Polonia).

Per agevolare la lettura, nonché la verifica dei riscontri comparati, si segnala che gran parte dei documenti e dei saggi citati nel presente articolo sono raccolti e pubblicati nell'Osservatorio ADAPT su Work & Chronic Disease accessibile in modalità open access alla voce Osservatori della piattaforma di cooperazione <http://moodle.adaptland.it>.

1. Posizione del problema

A causa dell'insorgere e del decorso di una malattia cronica, un numero crescente di persone che rientrano nella fascia di popolazione economicamente attiva¹ risulta, più o meno temporaneamente, inabile o, comunque, solo parzialmente abile al lavoro.

Senza entrare in complesse definizioni medico-scientifiche², con l'espressione "malattie croniche" intendiamo qui riferirci ad alterazioni patologiche non reversibili che richiedono una speciale riabilitazione e un lungo periodo di supervisione, osservazione, cura. In via meramente esemplificativa: malattie cardiovascolari e respiratorie, disordini muscolo-scheletrici, HIV/AIDS, sclerosi multipla, numerose tipologie di tumori, diabete, obesità, epilessia, depressione e altri disturbi mentali.

Evidenti, almeno per i profili che rilevano direttamente ai fini del presente studio³, sono le ricadute di tutte queste malattie, pure tra loro profondamente diverse, sui livelli di reddito e sulle opportunità di occupazione, carriera e inclusione sociale per le singole persone interessate e, non di rado, per i loro familiari a cui spesso competono onerosi compiti di cura e assistenza (c.d. *care givers*).

Una risposta – più o meno adeguata – a queste specifiche problematiche è fornita dai diversi sistemi nazionali di protezione sociale in relazione alle cause di cessazione anticipata della vita lavorativa che garantiscono l'accesso a pensioni o sussidi di invalidità ovvero dalle disposizioni di legge e contrattazione collettiva relative alle ipotesi di sospensione (totale o parziale) della prestazione di lavoro con relativa (temporanea) integrazione dei trattamenti retributivi (*infra*, § 2).

¹ La forza-lavoro intesa, in senso tecnico, come la somma di occupati e disoccupati.

² Per una definizione scientifica di malattia cronica cfr. S. Varva (a cura di), *Malattie croniche e lavoro: una rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, ADAPT University Press, 2014.

³ Per una valutazione più complessiva dell'impatto delle malattie croniche sulle società post industriali, che vada oltre i meri indicatori economici e ponga altresì attenzione alle sue determinanti socio-economiche, cfr., tra i tanti, P. Braveman, L. Gottlieb, *The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes*, Public Health Reports, 2014, Supplement 2, 20-31, e ivi ampia letteratura di riferimento. Cfr. altresì, a livello istituzionale, United Nations Development Programme, *Addressing the Social Determinants of Noncommunicable Diseases*, Discussion Paper, ottobre 2013.

Ancora poca attenzione riceve, per contro, l'impatto complessivo dei costi delle malattie croniche sulla tenuta dei sistemi sanitari e di welfare⁴ le cui criticità sono ora accentuate, in termini economici e di sostenibilità nel medio e ancor più nel lungo periodo, dall'innalzamento della aspettativa di vita⁵ e dal conseguente riallineamento verso l'alto – e in termini restrittivi – dei criteri di accesso alla età di pensione⁶.

1.1. Malattie croniche e sostenibilità dei sistemi sanitari e di welfare pubblici

Eppure è noto come l'aumento della longevità delle persone conduca, per un verso, a una domanda di servizi sanitari e prestazioni sociali maggiore e per un periodo di vita più lungo con conseguente incremento della spesa relativa⁷. I vincoli di bilancio pubblico e il conseguente irrigidimento dei parametri (soggettivi e oggettivi) di accesso ai trattamenti pensionistici e assistenziali, per l'altro verso, impongono alle persone carriere lavorative più lunghe e la necessità, non di rado, di convivere al lavoro con problemi fisici, psichici, psicoso-

⁴ Il punto è bene evidenziato da R. Busse, M. Blumel, D. Scheller-Kreinsen, A. Zentner, *Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2010, qui 19 dove si sottolinea come «there is considerable evidence on the epidemiology of chronic disease, but little on its economic implications». Cfr. altresì, a livello istituzionale, United Nations, *World Population Ageing 2013*, Department of Economic and Social Affairs, 2013, qui 75.

⁵ Cfr. D.E. Bloom, E.T. Cafiero, E. Jané-Llopis, S. Abrahams-Gessel, L.R. Bloom, S. Fathima, A.B. Feigl, T. Gaziano, M. Mowafi, A. Pandya, K. Prettnner, L. Rosenberg, B. Seligman, A.Z. Stein, C. Weinstein, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, Geneva, World Economic Forum, 2011. Nello specifico contesto europeo, nell'ultimo cinquantennio l'aspettativa di vita è aumentata di 10 anni. Cfr. European Commission, *Demography Report: Older, More Numerous and Diverse Europeans*, Commission Staff Working Document, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2011, 33.

⁶ Cfr. OECD, *Pensions at a Glance 2013: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*, Paris, 2013 e European Commission, *Pension Adequacy in the European Union 2010 - 2050*, Brussels, 2012. In dottrina: M. Szczepański, J.A. Turner (eds.), *Social Security and Pension Reform: International Perspectives*, Upjohn Institute, Kalamazoo, 2014; A. Grech, *Assessing the Sustainability of Pension Reforms in Europe*, in *Journal of International and Comparative Social Policy*, 2013, 143-162.

⁷ Cfr. F. Breyer, F. Costa-Font, S. Felder, *Ageing, Health, and Health Care*, in *Oxford Review of Economic Policy*, 2010, 674-690, e M. Suhrcke, D.K. Fahey, M. McKe, *Economic Aspects of Chronic Disease and Chronic Disease Management*, in E. Nolte, M. McKee (eds.), *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*, Maidenhead, Open University Press, 2008, 43-63.

matici e psicosociali (tra cui stress, ansia, panico, depressione, emotività, deterioramento cognitivo, affaticamento, debolezza muscolare) che comportano limitazioni più o meno rilevanti rispetto alle normali funzioni lavorative e, di regola, maggiori tassi di assenteismo⁸.

Non esistono, allo stato, dati e proiezioni attendibili relativamente alla incidenza complessiva delle malattie croniche sulla popolazione economicamente attiva⁹ e sui rapporti di lavoro¹⁰. Questo anche perché, al fine di evitare ripercussioni negative sulle prospettive retributive e di carriera, il lavoratore non sempre ritiene opportuno comunicare la propria reale condizione di salute al datore di lavoro.

Il network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro ha tuttavia stimato che in Europa quasi il 25% della popolazione in età di lavoro soffre i disturbi di almeno una malattia cronica¹¹ e che la quota di malati cronici che lavora sia pari al 19% della forza-lavoro¹². Per contro le proiezioni al 2020 e al 2060 del tasso di partecipazione al mercato del lavoro in Europa degli over 55 – e cioè della fascia di popolazione economicamente attiva maggiormente soggetta a un significativo rischio di abilità solo parziale o intermittente

⁸ Cfr. il rapporto comparato curato nel 2014 per conto della European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment Opportunities for People with Chronic Diseases* realizzato nell'ambito dell'European Observatory of Working Life - EurWORK (<http://www.eurofound.europa.eu>). Con riferimento all'Italia cfr. il già richiamato rapporto ISTAT, *Limitazioni nello svolgimento dell'attività lavorativa delle persone con problemi di salute*, cit.

⁹ Cfr., per singole tipologie di malattia cronica, i dati contenuti in OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing, 2012, qui 34-48. Cfr. altresì World Health Organization, *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2011 (vedi, in particolare, pagina 98 per i dati di sintesi sull'Italia).

¹⁰ Con riferimento all'Italia cfr. ISTAT, *Limitazioni nello svolgimento dell'attività lavorativa delle persone con problemi di salute*, Report maggio 2013, secondo cui ben 6,5 milioni di persone tra i 15 e i 64 anni (pari al 16,5% della popolazione in età di lavoro) dichiarano di essere affette da una o più malattie croniche o da problemi di salute di lunga durata che incidono, più o meno pesantemente, sulla attività lavorativa.

¹¹ Cfr. European Network for Workplace Health Promotion, *PH Work – Promoting Healthy Work for People with Chronic Illness: 9th Initiative (2011-2013)*, 2013. Più dettagliati i dati disponibili negli Stati Uniti dove si è stimato che nella fascia di età tra i 20 e i 44 anni il 40,3% della popolazione sia soggetta almeno a una malattia cronica e il 16,8% a 2 o più; nella fascia di età tra i 45 e i 64 anni la percentuale della popolazione colpita da almeno una malattia cronica sale addirittura al 68%, mentre il 42,8% ne registra 2 o più. Cfr. G. Anderson, *Responding to the Growing Cost and Prevalence of People With Multiple Chronic Conditions*, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 2010, 8.

¹² Il dato è contenuto nelle *Recommendations from ENWHP's ninth initiative Promoting Healthy Work for Employees with Chronic Illness – Public Health and Work*, qui 7.

al lavoro¹³ – registrano, rispettivamente, un incremento di 8,3 e 14,8 punti percentuali¹⁴. Nell'area dell'Euro l'impatto stimato è ancora più marcato con un incremento degli over 55 di 10 punti percentuali da qui al 2020 e di 16,7 punti percentuali nel 2060¹⁵.

Certo è che, nel lungo periodo, la partecipazione al mercato del lavoro di persone affette da malattie croniche diventerà imprescindibile per affrontare il declino dell'offerta di lavoro e la carenza di forza-lavoro qualificata in uno con le pressioni sui sistemi pensionistici indotte da un drastico invecchiamento della forza-lavoro¹⁶, con Paesi come Italia, Giappone e Spagna destinati a registrare nel 2050 un picco di over 65 pari a un terzo della intera popolazione¹⁷.

Altrettanto certo è che un investimento sulla salute e il benessere delle persone – e della popolazione economicamente attiva in particolare – diventerà sempre più un «imperativo (anche) economico» per gli Stati¹⁸ in funzione della sostenibilità dei loro sistemi sanitari e di protezione sociale.

Da non sottovalutare, a fronte di un arretramento del lavoro industriale, sono del resto le opportunità occupazionali e di (ri)qualificazione professionale in un settore cruciale del mercato del lavoro come quello di cura della persona (assistenza e sanità) che pure registra rilevanti criticità. Ciò non solo in ragione, come è ampiamente noto, di un ciclico disallineamento tra la domanda e l'offerta di lavoro di medici e infermieri¹⁹, ma anche proprio per l'assenza di figure professionali con le competenze necessarie per (prima) comprendere²⁰ e

¹³ Cfr. K. Knoche, R. Sochert, K. Houston, *Promoting Healthy Work for Workers with Chronic Illness: A Guide to Good Practice*, European Network for Workplace Health Promotion, 2012, 7.

¹⁴ Cfr., in dettaglio, European Commission, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*, European Economy 2|2012, 63.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ Così: OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – A Synthesis of Findings Across OECD Countries*, Paris, 2010, 22.

¹⁷ Ancora OECD, *Sickness, Disability and Work...*, cit., qui 24.

¹⁸ Cfr. *Healthy Working Lives, Managing a Healthy Ageing Workforce: A National Business Imperative*, NHS Health Scotland, 2012.

¹⁹ Cfr., sul punto, T. Ono, G. Lafortune, M. Schoenstein, *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries*, OECD Health Working Paper, n. 62/2013 cui adde M. Schoenstein, *Health Labour Market Trends in OECD Countries*, OECD Health Division, Global Health Workforce Alliance Forum Recife, 11 November 2013. Per una sintesi ragionata in italiano cfr. A. Santopaolo, F. Silvaggi, G. Viale, *La programmazione dei fabbisogni di medici e infermieri nei Paesi OCSE: verso un modello multi-professionale per rispondere alle sfide dell'invecchiamento e delle malattie croniche*, in *Bollettino ADAPT*, n. 31/2014.

²⁰ Importante, in questa prospettiva, lo spunto contenuto nel Regolamento 2013/1291/UE dell'11 dicembre 2013 n. 1291, che istituisce il programma quadro di ricerca e innovazione

(poi) gestire operativamente le problematiche del ritorno in azienda e sul mercato del lavoro dei malati cronici.

Già oggi, in Europa, si stima una spesa di 700 miliardi di euro per la cura di malattie croniche, per un valore che oscilla tra il 70 e l'80% dell'intero budget sanitario²¹. Aumenta costantemente, del pari, il numero di persone che richiede congedi per malattia o anche pensioni anticipate e assegni di invalidità di lungo periodo che, in alcuni Paesi, già oggi riguardano il 10% della forza-lavoro²².

Uno studio condotto a livello globale dalla Harvard School of Public Health (HSPH) per il World Economic Forum²³ stima inoltre che, tra il 2011 e il 2030, si registrerà una perdita cumulata di *output* di 47 mila miliardi dollari a causa di malattie croniche e di malattie mentali in termini di prestazioni sanitarie e previdenza sociale, ridotta produttività e assenze dal lavoro, disabilità prolungata e conseguente riduzione dei redditi per i nuclei familiari interessati. Anche a prescindere dalla attendibilità di siffatte analisi e stime, già oggi, in area OECD, l'1,2% del PIL risulta assorbito da prestazioni di invalidità (il 2% se si includono le prestazioni di malattia): quasi 2,5 volte tanto il costo dei sussidi di disoccupazione²⁴. Misurato come percentuale della spesa sociale pubblica totale, il costo della disabilità è circa il 10% in media in tutta l'area OECD con punte del 25% in alcuni Paesi.

Non sorprende che le proiezioni di spesa su assistenza sanitaria e sicurezza sociale segnalino, per i prossimi decenni²⁵, talune preoccupanti criticità economiche connesse al costante incremento delle malattie croniche che, va comun-

(2014-2020), *Orizzonte 2020*. Cfr. l'allegato 1, parte III, *Sfide per la società*, ove si fa esplicito riferimento alla emergenza causata dalle malattie croniche e dai loro crescenti costi economici e sociali.

²¹ Cfr. European Commission, *The 2014 EU Summit on Chronic Diseases – Conference Conclusions*, Brussels, 3-4 April 2014, qui 1.

²² Cfr. OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, OECD Background Paper, Paris, 2009, 10.

²³ Cfr. lo studio di D.E. Bloom, E.T. Cafiero, E. Jané-Llopis, S. Abrahams-Gessel, L.R. Bloom, S. Fathima, A.B. Feigl, T. Gaziano, M. Mowafi, A. Pandya, K. Prettnner, L. Rosenberg, B. Seligman, A.Z. Stein, C. Weinstein, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, cit., qui 29.

²⁴ Così: OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping ...*, cit., 13, ove si precisa che in alcuni Paesi come Olanda e Norvegia le spese per sussidi di invalidità e malattia sono molto più alte avvicinandosi al 5% del PIL.

²⁵ Ancora European Commission, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060)*, cit.

que precisato²⁶, aumentano con un ritmo superiore a quello dell'invecchiamento della popolazione; ciò anche in conseguenza dei costanti progressi della medicina, della prevenzione e della ricerca scientifica rispetto a malattie un tempo ritenute mortali. Vero è, peraltro, che alcune malattie croniche (come obesità, malattie respiratorie, depressione e altri disturbi mentali) si manifestano oggi già in età giovanile²⁷ complicando ulteriormente il quadro fenomenologico e concettuale di riferimento e le relative risposte politiche e istituzionali.

Considerato che in molti Paesi europei – segnatamente quelli che adottano il c.d. “modello Bismark” e cioè Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria²⁸ – la spesa sanitaria (e non solo quella pensionistica) è finanziata dai contributi versati da lavoratori e imprese²⁹, ne deriva un incremento della c.d. *old-age dependency ratio* con un numero via via minore di contributori attivi, attraverso la loro partecipazione al mercato del lavoro, rispetto a coloro che risultano ammissibili alle relative prestazioni. Secondo le previsioni della Commissione Europea, in particolare, si stima nei prossimi decenni un raddoppio della *old-age dependency ratio*, dal 26% del 2010 al 52% del 2060³⁰, con un robusto incremento della spesa sanitaria e assistenziale di lungo periodo legata appunto al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione³¹.

²⁶ In questo senso cfr. il testo della audizione del rappresentante di Farindustria presso la Camera dei Deputati nella seduta n. 5 di lunedì 29 luglio 2013, 19 (in www.camera.it).

²⁷ Cfr., tra i tanti, J.C. Suris, P.A. Michaud, R. Viner, *The Adolescent with a Chronic Condition. Part I: Developmental Issues*, in *Archives Disease in Childhood*, 2004, 938-942.

²⁸ Cfr. il rapporto per Comitato delle Regioni della Unione Europea curato da Progress Consulting e Living Prospects, *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali*, Unione Europea, 2012, qui 98-102. Anche in Italia il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) avveniva, in passato, con il versamento di contributi sociali da parte di lavoratori e imprese successivamente aboliti dall'art. 36 del d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446. Ora il SSN italiano è finanziato dal bilancio dello Stato, da entrate proprie, nonché dalla fiscalità generale delle Regioni con tasse come IRAP e IRPEF che colpiscono le attività produttive e il reddito delle persone fisiche. Cfr. *Opzioni di Welfare e integrazione delle politiche*, Rapporto CEIS Sanità VIII Edizione, giugno 2012, qui 96.

²⁹ Per dati comparati sulla spesa per la protezione sociale in Europa (vecchiaia, invalidità, disoccupazione, famiglia, abitazione, malattia e cure sanitarie) cfr. Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici, *XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità*, Roma, 2012, qui 176-180.

³⁰ Cfr. European Commission, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections...*, cit., 60-61 e anche 159-161.

³¹ Cfr. European Commission, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections...*, qui (per i dati di sintesi) 34-36 e 40-41. Cfr. altresì cfr. D.E. Bloom, E.T. Cafiero, E.

Analogo discorso può tuttavia essere svolto anche con riferimento a Paesi con diversi sistemi di finanziamento del welfare, specie quelli come l'Italia con un tasso di occupazione regolare molto basso, che, a seguito dei cambiamenti demografici e dell'invecchiamento della popolazione, registrano oggi rilevanti pressioni sulla spesa pubblica (previdenziale e sanitaria) in ragione della inattualità dello storico principio del c.d. *pay-as-you-go* e cioè del criterio di finanziamento a ripartizione³².

1.2. Impatto delle malattie croniche sulle dinamiche complessive del mercato del lavoro, sulla produttività e sulla organizzazione del lavoro

Le criticità riguardano, a ben vedere, non solo i sistemi sanitari e di welfare. Significativo, ancorché poco o nulla monitorato³³, è anche l'impatto delle malattie croniche sulle dinamiche complessive del mercato del lavoro e, a livello micro, sulla organizzazione del lavoro nelle singole imprese chiamate a gestire la presenza o il ritorno in attività di una forza-lavoro non solo tendenzialmente – e inevitabilmente – meno produttiva ma anche, almeno secondo recenti studi, maggiormente soggetta al rischio di infortuni³⁴ e incidenti gravi sul lavoro³⁵.

Jané-Llopis, S. Abrahams-Gessel, L.R. Bloom, S. Fathima, A.B. Feigl, T. Gaziano, M. Mowafi, A. Pandya, K. Prettnner, L. Rosenberg, B. Seligman, A.Z. Stein, C. Weinstein, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, cit.

³² Sul punto cfr., diffusamente e in chiave comparata, N. Salerno, *Le risorse per il welfare del futuro. Insufficienza del pay-as-you-go e disegno multipilastro*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, n. 1/2015.

³³ Significativo, al riguardo, è il recente invito del Consiglio della Unione Europea a valutare l'impatto del fenomeno – e delle relative riforme dei sistemi sanitari nazionali – sull'andamento del mercato del lavoro, sulla produttività e sulla competitività in generale. Cfr. Council of European Union, *Council Conclusions on the Reflection Process on Modern, Responsive and Sustainable Health Systems*, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, Council meeting Brussels, 10 dicembre 2013, qui 4.

³⁴ Un recente studio americano segnala un aumento del rischio di infortuni sul lavoro pari al 14% in caso di asma, al 17% in caso di diabete, al 23% in caso di malattie cardiache e al 25% in caso di depressione. Cfr. K. M. Pollak, *Chronic Diseases and Individual Risk for Workplace Injury*, in *Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 155-166.

³⁵ In questo senso cfr. J. Kubo, B.A. Goldstein, L.F. Cantley, B. Tessier-Sherman, D. Galusha, M.D. Slade, I.M. Chu, M.R., Cullen, *Contribution of Health Status and Prevalent Chronic Disease to Individual Risk for Workplace Injury in the Manufacturing Environment*, in *Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 159-166. Cfr. anche il rapporto comparato curato per conto della European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

È noto, rispetto alle proiezioni demografiche e di spesa da qui al 2060, come sia il c.d. input di lavoro ad agire quale principale leva della crescita in Europa in un contesto, tuttavia, di complessivo invecchiamento e contrazione della popolazione economicamente attiva ed abile al lavoro³⁶. Le malattie croniche, lungi dal sollevare unicamente questioni di protezione e inclusione sociale, incidono, di conseguenza, anche sulle dinamiche della produttività del lavoro impattando sia sulla competitività di imprese e sistemi economici nazionali sia sui percorsi professionali e di carriera dei singoli lavoratori.

Non va del resto sottovalutato il fatto che, in un numero crescente di casi, il fenomeno in esame è connesso a fattori di rischio professionale legati alle mansioni lavorative³⁷ o, comunque, a patologie maturate negli ambienti di lavoro³⁸ o a causa del lavoro³⁹: una sorta di “epidemia invisibile”, volendo utilizzare l’efficace immagine proposta dall’ILO⁴⁰, con un impatto di gran lunga superiore a quello dei ben più riconoscibili incidenti sul lavoro, tale da alimentare giganteschi contenziosi, responsabilità (dirette e indirette) delle imprese e conseguenti oneri economici aggiuntivi per il sistema produttivo⁴¹.

Con riferimento alla offerta di lavoro e alla produttività, l’incremento delle malattie croniche incide, a ben vedere, non solo sui sistemi di welfare e sulle dinamiche aziendali ma anche sui tassi complessivi di occupazione con meno

su *Employment Opportunities for People with Chronic Diseases*, cit., specialmente la sezione *Higher Exposure to Risks and Hazards*.

³⁶ European Commission, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections...*, cit., qui 34 per i dati di sintesi.

³⁷ L’Organizzazione Mondiale della Sanità stima in 300 mila i lavoratori morti ogni anno a causa di malattie connesse (escludendo gli infortuni) alle mansioni di lavoro di cui larga parte riconducibili a malattie croniche. Cfr. World Health Organization, *Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*, Copenhagen, 2012, qui 21.

³⁸ Si pensi, per esempio, al fumo passivo negli ambienti di lavoro e all’impatto sulla diffusione di malattie cardiovascolari e tumori. Cfr., tra i tanti, I. Kawachi, G.A. Colditz, *Workplace Exposure to Passive Smoking and Risk of Cardiovascular Disease: Summary of Epidemiologic Studies*, in *Environmental Health Perspectives*, 1999, 847-851.

³⁹ Si pensi all’impatto di fattori psicosociali come lo stress lavoro correlato, il precariato e l’insicurezza sul lavoro, turnazioni e orari di lavoro faticosi, ecc. Cfr., tra i tanti, N.H. Eller, B. Netterstrøm, F. Gyntelberg, T.S. Kristensen, F. Nielsen, A. Steptoe, T. Theorell, *Work-Related Psychosocial Factors and the Development of Ischemic Heart Disease A Systematic Review*, in *Cardiology in Review*, 2009, 83-97, cui adde M. Kivimaki, J.E. Ferrie, E. Brunner, J. Head, M.J. Shipley, J. Vahtera, M.G. Marmot, *Justice at Work and Reduced Risk of Coronary Heart Disease Among Employees*, in *Archives of Internal Medicine*, 2005, 2245-2251.

⁴⁰ Così: ILO, *The Prevention of Occupational Diseases*, Geneva, 2013, qui 4.

⁴¹ Per un tentativo di stima dei costi delle malattie professionali e delle malattie legate al lavoro cfr. ancora ILO, *op. ult. cit.*, qui 8-9.

persone attive e crescenti barriere nell'accesso al mercato del lavoro⁴². Già nel 2007 l'ILO segnalava come in Europa, nella fascia compresa tra i 16 e i 64 anni, solo il 66% dei disoccupati/inoccupati avesse una opportunità di trovare un lavoro e che questa possibilità si riducesse al 47% per i malati cronici e al 25% per le persone colpite da una grave disabilità⁴³.

La “grande crisi”, che ha preso avvio nel 2007 con il collasso dei mercati finanziari, ha inevitabilmente aggravato l'inserimento al lavoro dei malati cronici – e segnatamente delle persone con disturbi mentali⁴⁴ – che pure sono portati, più che in passato, alla ricerca di una occupazione anche in ragione dei complessivi vincoli di finanza pubblica e dal parallelo irrigidimento dei criteri di accesso alla età di pensione ovvero all'assegno di invalidità permanente.

Secondo stime dell'OECD – in linea con i dati generali contenuti nel rapporto della Commissione europea sulla disabilità⁴⁵ e con i dati più di dettaglio di un denso rapporto comparato su lavoro e malattie croniche curato per conto della Fondazione europea di Dublino⁴⁶ – il tasso di occupazione dei malati cronici è poco più della metà e il tasso disoccupazione è il doppio rispetto al resto della popolazione economicamente attiva⁴⁷.

Le difficoltà di inserimento o reinserimento al lavoro di questo gruppo di persone sono oggettive e non di rado legate a veri e propri blocchi psicologici e insicurezze che portano a rigettare l'idea di un ritorno al lavoro. Altrettanto rilevanti sono, tuttavia, i pregiudizi, lo stigma che ancora accompagna talune malattie croniche, e taluni metodi di organizzazione del lavoro di fatto penalizzanti perché standardizzati e dunque basati su una rigida concezione della presenza (e idoneità) al lavoro e della relativa produttività. Non mancano poi,

⁴² Cfr. R. Busse, M. Blumel, D. Scheller-Kreinsen, A. Zentner, *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, Interventions and challenges*, cit., 20-24, e ivi, in sintesi e per tipologia di malattia cronica, le conclusioni a cui è pervenuta la principale letteratura internazionale in materia.

⁴³ Cfr. ILO, *Equality at Work: Tackling the Challenges. Global Report Under the Follow-Up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work*, Geneva, 2007, qui 44-45. Cfr. altresì S. Grammenos, *Illness, Disability and Social Inclusion*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2003, qui 43-47.

⁴⁴ Cfr. S. Evans-Lacko, M. Knapp, P. McCrone, G. Thornicroft, R. Mojtabai, *The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries*, in *PLoS ONE*, 2013, 1-7.

⁴⁵ European Commission, *European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*, COM (2010) 636 def., qui 7.

⁴⁶ Cfr. lo studio comparato della European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment opportunities for people with chronic disease*, cit. (spec. la sezione su *Employment situation of people with chronic diseases*) cui adde i singoli rapporti nazionali tutti reperibili all'indirizzo internet della Fondazione (www.eurofound.europa.eu).

⁴⁷ Cfr. OECD, *Sickness, Disability and Work...*, cit., qui 23 e anche 31, 32, 37.

quantomeno con riferimento alle fasce di popolazione più vulnerabili⁴⁸, atteggiamenti discriminatori più o meno evidenti che, talvolta, sfociano in forme sistematiche di vessazione (c.d. mobbing) verso persone ritenute poco produttive e che sollevano altresì ineludibili problemi di giustizia sociale, inclusione ed equità⁴⁹.

Esiste peraltro una corposa letteratura che segnala, in una sorta di circolo vizioso, come la stessa disoccupazione e condizioni di lavoro precarie siano, non di rado, fonte diretta o indiretta di malattie croniche o, comunque, causa di un loro aggravamento soprattutto in relazione alle malattie e ai disturbi mentali⁵⁰: uno studio statunitense mostra come la perdita involontaria di lavoro tra gli over 50 comporti la duplicazione del rischio di subire un infarto; una ricerca giapponese segnala, invece, l'impatto della disoccupazione sugli stili di vita, sottolineando l'aumento nell'utilizzo di sostanze come tabacco e alcool, che sono tra le principali cause dell'insorgere di una malattia cronica; altri studi segnalano, infine, l'incidenza dello stato di disoccupazione sui disordini mentali (ansia, stress, depressione), ecc.⁵¹.

Non mancano, per contro, studi diretti a segnalare la bassa incidenza dello stato di disoccupazione su salute e condizioni mentali in quei Paesi, come la Germania⁵², dove esistano un robusto sistema di protezione sociale con sussidi di disoccupazione e adeguati servizi di reinserimento al lavoro.

⁴⁸ Cfr. European Commission, *European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*, cit., ove si sottolinea la particolare vulnerabilità di donne, giovani, immigrati, malati mentali.

⁴⁹ Cfr. European Commission, *The 2014 EU Summit on Chronic Diseases – Conference Conclusions*, Brussels, 3-4 April 2014, cit., qui 4. Sul punto cfr. *amplius* il rapporto comparato curato per la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit. (spec. la sezione su *Discrimination and Prejudice at Work*) e i relativi rapporti nazionali.

⁵⁰ Accanto allo studio pionieristico di M. Jahoda, P.F. Lazarsfeld, H. Zeisel, D. Pacelli, *I disoccupati di Marienthal*, in *Studi di Sociologia*, 1987, 229-231, si veda la letteratura citata in A. Nichols, J. Mitchell, S. Lindner, *Consequences of Long-Term Unemployment*, The Urban Institute, Washington, 2013, 9-10. Cfr. D. Stuckler, S. Basu, M. Suhrcke, M. Coutts, M. McKee, *Effects of the 2008 recession on health: A first look at European data*, in *The Lancet*, 2011, 124-125, e anche, in chiave comparata, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Access to Healthcare in Times of Crisis*, Dublin, 2014.

⁵¹ Cfr. la letteratura riportata in S. Varva (a cura di), *Lavoro e malattie croniche: una rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, cit.

⁵² Così: H. Schmitz, *Why are the Unemployed in Worse Health? The Causal Effect of Unemployment on Health*, in *Labour Economics*, 2011, 71-78. In senso contrario vedi tuttavia il precedente studio condotto, sui medesimi dati, da L. Romeu Gordo, *Effects of Short and Long-Term Unemployment on Health Satisfaction: Evidence from German Data*, in *Applied Economics*, 2006, 2335-2350.

Il diritto del lavoro e i sistemi di welfare hanno registrato, nel corso degli ultimi decenni, significativi cambiamenti dovuti a nuovi modelli di produzione e di organizzazione del lavoro indotti dalle innovazioni tecnologiche e dalla globalizzazione⁵³. Non meno importanti sono tuttavia, come abbiamo cercato di dimostrare nelle pagine che precedono, i cambiamenti demografici e, tra questi, l'invecchiamento della forza-lavoro⁵⁴ e la conseguente incidenza delle malattie croniche sulla organizzazione e sulla produttività del lavoro: temi e problemi che meritano adeguata attenzione anche in ambito giuslavoristico nella prospettiva di un welfare della persona, di un mercato del lavoro efficiente e inclusivo e della conseguente modernizzazione del quadro regolatorio e del sistema di relazioni industriali sottostante.

1.3. Obiettivi della ricerca

Obiettivo del presente studio è, appunto, quello di segnalare la centralità, per le dinamiche evolutive del diritto del lavoro e dei sistemi di welfare, di un tema ancora oggi non pienamente emerso⁵⁵ come l'impatto delle malattie croniche sul rapporto di lavoro e sul sistema di protezione sociale ipotizzando altresì soluzioni che consentano il passaggio da una politica meramente passiva ed emergenziale di mero sostegno al reddito – se non di espulsione dal mercato del lavoro secondo una logica di c.d. medicalizzazione del problema (*infra*, § 2) – a una concezione più moderna orientata non solo alla prevenzione, già a

⁵³ Cfr., tra i tanti, J. Morgan, *The Future of Work*, Wiley, 2014 cui *adde* il rapporto McKinsey, *The Future of Work in Advanced Economies*, McKinsey & Company, 2012.

⁵⁴ Cfr. A. Chiva, J. Manthorpe, *Older Workers in Europe*, Open University Press, 2009 cui *adde* gli importanti studi comparati condotti dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (*Sustainable Work and the Ageing Workforce*, Luxembourg, 2012) e dall'OCSE (*Ageing and Employment Policies – Country Studies & Policy Review*), reperibili sui rispettivi siti internet istituzionali. Nell'ottica della tenuta del sistema di sicurezza sociale italiano cfr. N. C. Salerno, *Finanziare il Welfare*, in *Quaderni Europei sul Nuovo Welfare*, 2014, n. 21, spec. i §§ 2, 3 e 4 su demografia, lavoro e produttività.

⁵⁵ Cfr., tra i primi studi in materia, S. Grammenos, *Illness, Disability and Social Inclusion*, cit., qui spec. I dove già si segnalava, in termini che non sono oggi sostanzialmente cambiati, come «chronic illness, and especially mental illness, remains very much a hidden issue. Discussion about disability tends to get stuck on the issue of rights, where there is a lacklustre consensus, but fails to move into the area of active policy implementation. As a result, the disadvantages for people with disabilities or illness do not really change: they tend to be marginalised, even stigmatised, and feel isolated from many parts of social and public policy as well as the labour market».

partire dagli ambienti di lavoro (*infra*, § 4), ma anche alla occupabilità e al ritorno al lavoro del malato cronico (*infra*, § 3).

Un tema innovativo e di frontiera come quello del rapporto tra lavoro e malattie croniche si impone, del resto, non solo in funzione della sostenibilità futura dei regimi pubblici di welfare, ma anche come fronte tra i più avanzati e fertili nell'ambito del rinnovamento dei sistemi nazionali di relazioni industriali chiamati oggi a gestire, sotto la pressione di imponenti cambiamenti tecnologici e demografici, una drastica trasformazione non solo concettuale ma anche prescrittiva delle nozioni giuridiche di "presenza al lavoro", "prestazione lavorativa", "esatto adempimento contrattuale" (*infra*, § 5) nella ricerca di un nuovo punto di equilibrio tra logiche di produttività e istanze di equità, inclusione, sostenibilità del lavoro e giustizia sociale.

2. Malattie croniche: i limiti delle attuali risposte fornite dal diritto del lavoro e dai sistemi di protezione sociale

Già si è segnalato, nel paragrafo che precede, come le prospettive occupazionali dei malati cronici siano alquanto limitate e come siano anzi peggiorate nel corso dell'ultimo decennio di stagnazione economica e crisi dei mercati finanziari internazionali.

La ridotta o limitata capacità lavorativa diminuisce, indubbiamente, la competitività di questo gruppo di persone nella ricerca di una nuova occupazione così come non di rado compromette, per quanti siano occupati, il mantenimento del posto di lavoro una volta esauriti congedi, aspettative e permessi. L'analisi comparata segnala regimi di tutela alquanto diversificati che risultano ampiamente condizionati dallo specifico quadro regolatorio in materia di licenziamenti per motivi economici e, segnatamente, per inidoneità al lavoro, scarso rendimento, assenza dal lavoro⁵⁶.

Vero è, tuttavia, che le rigide classificazioni delle malattie croniche nelle categorie previste dalle normative assistenziali e previdenziali nazionali, accentuando la medicalizzazione delle stesse⁵⁷, contribuiscono già a monte alla creazione di barriere strutturali e di sistema all'accesso al lavoro⁵⁸.

⁵⁶ Cfr., sul punto, l'analisi comparata condotta da S. Fernández Martínez, *Enfermedad crónica y despido del trabajador: una perspectiva comparada*, in *Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, n. 1/2015.

⁵⁷ Il termine "medicalizzazione" è utilizzato, a partire da un celebre editoriale del *British Medical Journal* nel 2002, per identificare un atteggiamento nelle società occidentali che invece di promuovere la salute e il benessere delle persone enfatizza la malattia con eccesso di dia-

L'impostazione tradizionale dei sistemi di protezione sociale appare in effetti caratterizzata, non solo in Europa⁵⁹, dall'impiego di meccanici modelli *medically-driven* nella determinazione della concessione di trattamenti di invalidità civile o assegni di cura e assistenza che spesso conducono a una uscita anticipata dal mercato del lavoro anche là dove non sarebbe necessario e, anzi, persino dannoso per il morale e la stessa riabilitazione fisica del malato che, non di rado, vede nel lavoro un bisogno personale prima ancora che economico per un progressivo ritorno a una vita "normale"⁶⁰.

Il confine tra abilità e disabilità al lavoro è, in realtà, decisamente fluido e variabile posto che non tutte le persone reagiscono allo stesso modo (fisicamente ed emotivamente) alla medesima patologia e che le condizioni di un malato cronico si evolvono con intermittenza e in modo imprevedibile nel corso del tempo in ragione di complessi fattori soggettivi ed oggettivi tra cui: reazione alle cure, contesto sociale e sostegno familiare, disponibilità economiche personali, qualità dei servizi di cura, assistenza e riabilitazione, ecc.

I sistemi di protezione sociale, per contro, adottano ancora oggi un modello tendenzialmente statico e standardizzato (c.d. *one-size-fits-all*) che, di regola, non contempla valutazioni dinamiche mirate non solo sulla persona, ma anche sulla sua attitudine al lavoro, il tipo di occupazione e mestiere, la tipologia contrattuale e la flessibilità dell'orario di lavoro, l'ambiente lavorativo e il rapporto con colleghi e superiori, le caratteristiche della impresa e l'adozione

gnosi, trattamenti e cure in molti casi inutili. Cfr. R. Moynihan, R. Smith, *Too Much Medicine?*, in *British Medical Journal*, 2002, 859-860, cui adde S. Brownlee, *Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*, Bloomsbury Publishing, 2010.

⁵⁸ Il punto è bene evidenziato, tra gli altri, da A. Vick, E. Lightman, *Barriers to Employment Among Women with Complex Episodic Disabilities*, in *Journal of Disability Policy Studies*, 2010, qui 76-77. Cfr. altresì L.C. Koch, P.D. Rumrill, L. Conyers, S. Wohlford, *A Narrative Literature Review Regarding Job Retention Strategies for People with Chronic Illnesses*, in *Work*, 2013, qui 126.

⁵⁹ Cfr. per esempio, per il caso canadese, A. Vick, E. Lightman, *Barriers to Employment Among Women with Complex Episodic Disabilities*, cit., 77-78.

⁶⁰ Convergenti, nella letteratura, sono in effetti gli studi che documentano un impatto benefico e anche terapeutico del lavoro sulla persona malata: cfr., tra i tanti, European Network for Workplace Health Promotion, *Promoting Healthy Work for Workers with Chronic Illness...*, cit. e anche J.F. Steiner, T.A. Cavender, D.S. Main, C.J. Bradley, *Assessing the Impact of Cancer on Work Outcomes What Are the Research Needs?*, in *Cancer*, 2004, spec. 1710, dove si conclude «work is important to the individual, to his or her family and social network, to the employer, and to society at large». Sul lavoro come bisogno e leva di inclusione sociale si veda altresì, per l'efficacia delle immagini richiamate, S. Zamagni, *People Care: dalle malattie critiche alle prassi relazionali aziendali*, in *Atti del convegno della Fondazione Giancarlo Quarta*, Milano, 26 ottobre 2011.

o meno di modelli di welfare aziendale, i cambiamenti fisici e logistici legati alla malattia, l'efficacia e l'invasività delle cure, l'evoluzione della malattia, ecc.⁶¹.

La conseguenza, come bene evidenziato dall'OECD⁶², è che un cospicuo numero di persone con capacità di lavoro parziale viene considerata dagli attuali sistemi di welfare, anche solo a livello di prassi se non di testi normativi, non più in grado di lavorare in modo definitivo anche se così in realtà non è. Il riconoscimento di un trattamento di invalidità civile comporta così il venir meno dell'obbligo di ricerca attiva del lavoro. Non solo. In numerosi ordinamenti è la legge stessa che vieta al percettore dell'assegno di invalidità lo svolgimento di attività lavorative pena la perdita di un sussidio che, normalmente, è di poco superiore ai livelli di sussistenza⁶³.

Un problema di tutela sul mercato del lavoro e nel rapporto di lavoro, quello di assicurare una adeguata protezione a una persona vulnerabile a causa di una capacità lavorativa ridotta o limitata a titolo definitivo o anche solo temporaneo, si trasforma così in un problema medico o assistenzialistico e cioè stabilire se il malato integri o meno i requisiti standard per il riconoscimento della inidoneità al lavoro e del relativo assegno o pensione di inabilità al lavoro⁶⁴. Il tutto con buona pace del sistema delle imprese, cui lo Stato rimuove l'onere materiale (ma, di regola, non il costo economico finale in termini di tassazione e contribuzione) della gestione di un "problema" come la presenza di un malato cronico in azienda, e anche degli stessi lavoratori che, non di rado, ritengono più vantaggiosa una pensione definitiva di invalidità (magari da integrare con prestazioni più o meno occasionali "in nero") rispetto a un sussidio tempo-

⁶¹ Cfr. T. Taskila, J. Gulliford, S. Bevan, *Returning to Work Cancer Survivors and the Health and Work Assessment and Advisory Service*, Work Foundation, London, 2013, spec. 3, dove si sottolinea come «successful work retention for people with a diagnosis of cancer depends not only on the severity of one's condition but also on the individual's capacity to cope with crises or with fluctuations in health or functional capacity. The coping process nevertheless depends on several social aspects of work, such as the work environment and the amount of support one gets in the workplace. This process is also affected by the extent to which healthcare services prioritise work as a clinical outcome and a welfare system that supports job retention». Nella medesima prospettiva cfr. J.F. Steiner, T.A. Cavender, D.S. Main, C.J. Bradley, *Assessing the Impact of Cancer on Work Outcomes What Are the Research Needs?*, in *Cancer*, 2004, 1703-1711.

⁶² Cfr. OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, cit., qui 17-18.

⁶³ Ancora OECD, *Sickness, Disability And Work...*, cit., qui 18.

⁶⁴ *Ibidem*. Per una efficace sintesi della normativa italiana in materia di invalidità civile cfr. M. Cinelli, *Diritto della previdenza sociale*, Giappichelli 2013, cap. XI.

raeano di disoccupazione ovvero a trattamenti retributivi ridotti in ragione della minore produttività o presenza in azienda.

Concepiti in un contesto economico, sociale e demografico affatto diverso da quello attuale, i sistemi di protezione sociale occidentali e quelli europei in particolare⁶⁵ non appaiono dunque oggi in grado di affrontare in modo adeguato un fenomeno relativamente nuovo – almeno per dimensioni, gravità e costi – come quello delle malattie croniche nei termini ampiamente descritti nel paragrafo che precede⁶⁶ contribuendo indirettamente, assieme a molteplici altri fattori, ai bassi tassi di occupazione e reinserimento lavorativo dei malati cronici.

Non minori disincentivi e barriere al lavoro dei malati cronici derivano dall'attuale quadro di regole di legge e di contrattazione collettiva che compongono l'ordinamento giuridico posto dal diritto del lavoro. Quantomeno in Europa, ma anche nel Nord America, i tradizionali principi generali di non discriminazione e parità di trattamento⁶⁷ garantiscono indubbiamente, su un piano formale, un ampio e moderno impianto di diritti e tutele⁶⁸, che tuttavia tra-

⁶⁵ Sull'impianto dei tradizionali modelli di welfare cfr. F. Girotti, *Welfare State. Storia, modelli e critica*, Carocci, Roma, 1998.

⁶⁶ Cfr. anche S. Zamagni, *People Care: dalle malattie critiche alle prassi relazionali aziendali*, cit., specie là dove precisa che «il modello di Welfare State che abbiamo realizzato nel dopoguerra in Italia, come altrove, esclude le situazioni che non si adeguano all'idea secondo la quale se una persona non è idonea a svolgere determinate mansioni nel pieno delle sue capacità non può pensare di rimanere sul luogo di lavoro».

⁶⁷ Cfr. il già richiamato studio di S. Fernández Martínez, *Enfermedad crónica y despido del trabajador: una perspectiva comparada*, cit., spec. § 2. Sull'impianto delle normative antidiscriminatorie in ambito europeo cfr. invece Fredman, *Discrimination Law*, Clarendon Law Series, 2011; E. Ellis, P. Watson, *EU Anti-Discrimination Law*, Oxford University Press, 2012; B. Doyle, C. Casserley, S. Cheetham, V. Gay, O. Hyams, *Equality and Discrimination*, Jordan Publishing Limited, 2010; D. Schiek, V. Chege (a cura di), *European Union Non-Discrimination law. Comparative Perspectives on Multidimensional Equality Law*, Routledge-Cavendish, 2009. Per il contesto americano cfr. P. Burstein, *Discrimination, Jobs and Politics. The Struggle for Equal Employment Opportunity in the United States since New Deal*, The University of Chicago Press, 1998; R. C. Post, R.B. Siegel, *Equal protection by Law: Federal Antidiscrimination Legislation after Morrison and Kimel*, in *The Yale Law Journal*, 2000, 441-526. Nella letteratura italiana cfr. infine A. Lassandari, *Le discriminazioni nel lavoro. Nozioni, interessi, tutele*, Wolters Kluwer Italia, 2010.

⁶⁸ Cfr. lo studio comparato condotto per la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment opportunities for people with chronic disease*, cit. (spec. la sezione su *Main policy measures and initiatives at national level*) cui adde i singoli rapporti nazionali tutti reperibili all'indirizzo internet della Fondazione (www.eurofound.europa.eu). Nella letteratura internazionale talune indagini empiriche segnalano, peraltro, una significativa evoluzione da parte delle imprese nella gestione delle malattie croniche con atteggiamenti di sostegno ai lavoratori registrandosi solo in minima percentuale

scura, su un piano sostanziale, sia gli aspetti prevenzionistici, che possono trovare nei luoghi di lavoro un ambito di intervento particolarmente significativo (*infra*, § 4), sia le peculiari condizioni soggettive e oggettive in cui versano i malati cronici e le stesse aziende presso cui sono occupati (*infra*, § 5).

Non può sorprendere, pertanto, il basso tasso di effettività della strumentazione formalistica del diritto del lavoro⁶⁹ che, al pari dei sistemi di welfare, affronta il tema delle malattie croniche in modo standardizzato e passivo. Il tutto senza ancora prevedere, almeno nella maggior parte dei Paesi, incentivi economici mirati a sostegno delle imprese, misure integrative *ad hoc* di tutela e promozione e, soprattutto, politiche attive di *retention* e di reinserimento al lavoro che si affianchino alla assistenza più propriamente medica e/o psicologica⁷⁰. Vero è anzi che, non di rado, gli oneri formali connessi alla tutela dei ma-

trattamenti discriminatori. Cfr., con riferimento allo studio effettuato su un gruppo di lavoratrici colpite da un tumore al seno, R.R. Bouknight, C.J. Bradley, L. Zhehui, *Correlates of Return to Work for Breast Cancer Survivors*, in *Journal of Clinical Oncology*, 2008, 345-353 e spec. 148 e 150, dove rilevano, rispettivamente che «more than 80% of patients returned to work during the study period, and 87% reported that their employer was accommodating to their cancer illness and treatment» e che «few women (7%) reported problems with discrimination because of cancer, suggesting that this was not a widespread problem for breast cancer patients in our sample».

⁶⁹ La bassa effettività delle tutele formali del diritto del lavoro è segnalata, in particolare, da F. De Lorenzo, *Presentazione Progetto ProJob: lavorare durante e dopo il cancro*, atti del convegno ADAPT – FAVO dell'11 settembre 2014, Roma, consultabili in *Osservatorio ADAPT su Work & Chronic Disease*.

⁷⁰ Cfr., al riguardo, il lavoro di A. De Boer, T. Taskila, S.J. Tamminga, M. Frings-Dresen, M. Feuerstein, J.H. Verbeek, *Interventions to Enhance Return-To-Work for Cancer Patients*, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, spec. 3-4, dove (con riferimento ai malati di tumore, ma con considerazioni estensibili a tutte le altre malattie croniche) i vari interventi di sostegno al reinserimento o ritorno al lavoro vengono più dettagliatamente classificati in: 1) *Psychological* («any type of psychological intervention such as counselling, education, training in coping skills, cognitive-behavioural interventions, and problem solving therapy, undertaken by any qualified professional (e.g. psychologist, social worker or oncology nurse»); 2) *Vocational* («any type of intervention focused on employment. Vocational interventions might be person-directed or work-directed. Person-directed vocational interventions are aimed at the patient and incorporate programmes which aim to encourage return-to-work, vocational rehabilitation, or occupational rehabilitation. Work-directed vocational interventions are aimed at the workplace and include workplace adjustments such as modified work hours, modified work tasks, or modified workplace and improved communication with or between managers, colleagues and health professionals»); 3) *Physical* («any type of physical training such as walking, physical exercises such as arm lifting or training of bodily functions such as vocal training»); 4) *Medical or pharmacological* («any type of medical intervention e.g. surgical or medication such as hormone treatment»); 5) *Multidisciplinary* («a combination of psychological, vocational, physical and/or medical interventions»).

lati cronici possono disincentivare le imprese, in forme ovviamente non palesi e dunque non manifestamente discriminatorie, dalla loro assunzione per il timore di dover gestire una relazione complessa e onerosa non facilmente risolvibile, stante la disciplina limitativa dei licenziamenti per motivi economici e per inidoneità al lavoro⁷¹, in caso di un insuccesso del tentativo di inserimento in azienda.

Allo stesso modo non può sorprendere, nella prospettiva del reinserimento in azienda di chi ha perso il lavoro a causa della malattia, la bassa effettività⁷² delle quote di riserva contemplate, pur con la possibilità di vari esoneri, sospensioni temporanee e deroghe⁷³, nella legislazione di molti ordinamenti giuridici, di regola con riferimento unicamente a imprese e datori di lavoro che superino una determinata soglia dimensionale⁷⁴.

I pochi studi in materia segnalano, in effetti, un certo impatto delle quote di riserva in termini di *job retention* per quanti sono già assunti a scapito di quanti sono invece in cerca di nuova occupazione con un saldo occupazionale complessivamente negativo⁷⁵. Anche a prescindere da prassi elusive da parte di talune imprese vero è, infatti, che l'inserimento o il mantenimento in azienda di un malato cronico non è un percorso meccanico, funzionale al mero adempimento di un obbligo formale di legge o al timore di vedersi applicata la relativa sanzione repressiva che lo accompagna, ma impone un atteggiamento positivo e la partecipazione attiva di impresa e lavoratore nel cercare un punto di

⁷¹ Il punto è evidenziato da OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, cit., qui 25. Per una accurata rassegna comparata delle legislazioni nazionali limitative dei licenziamenti per motivi economici legati alla impossibilità della prestazione in caso di malattia cronica cfr. S. Fernández Martínez, *Enfermedad crónica y despido del trabajador: una perspectiva comparada*, cit. Con specifico riferimento alla Germania cfr. R. Santagata, *I licenziamenti in Germania: i presupposti di legittimità*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, 2013, qui spec. 889-892. Sul caso inglese cfr. V. Keter, *Dismissals for Long Term Sickness Absence*, in Library of House of Commons, January 2010.

⁷² Con riferimento al caso italiano cfr. il Ministro del Lavoro, *VI Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (anni 2010-2011)*, Roma, qui 56-75.

⁷³ Nella legislazione italiana, per esempio, è possibile l'esonero parziale per quei datori di lavoro privati ed enti pubblici economici che non possono occupare l'intera percentuale di persone con disabilità prevista dalla legge, in seguito al quale è previsto il versamento di un contributo economico al Fondo regionale per l'occupazione dei disabili. Cfr. l'art. 14 della l. n. 68/1999.

⁷⁴ Per una rassegna comparata cfr. ancora lo studio condotto per la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit. e i relativi rapporti nazionali anch'essi più volte citati.

⁷⁵ Ancora OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, cit., sempre 25.

incontro e di adattamento reciproco in funzione delle rispettive esigenze (c.d. sostenibilità su cui *infra*, § 5).

Del pari importante, per consentire cure e assistenza evitando il licenziamento in tronco del malato cronico, è il meccanismo civilistico della sospensione della prestazione di lavoro che, tuttavia, copre di regola periodi di tempo relativamente brevi e dunque – nonostante taluni miglioramenti ottenuti in sede di contrattazione collettiva rispetto agli standard legali (*infra*, § 5) – non pienamente adeguati alla gestione di malattie di lungo corso e particolarmente complesse come quelle croniche. Malattie che, di regola, impongono non solo periodiche interruzioni della attività lavorativa, ma anche adattamenti di orario e/o contenuto della prestazione lavorativa (del lavoratore o anche dei familiari)⁷⁶ per conciliare in modo attivo le esigenze del lavoratore con quelle dell'impresa e della efficienza dei processi produttivi.

Vero è, del resto, che sospensioni o riduzioni della prestazione lavorativa comportano, per i malati cronici, non solo minori livelli di reddito, in un momento in cui la vulnerabilità spesso si traduce in maggiori spese (mediche, di cura e assistenza)⁷⁷, ma anche persistenti penalizzazioni nei percorsi di carriera e di crescita professionale.

Né si può infine sottovalutare la circostanza che il mondo delle imprese – quantomeno nei Paesi del Sud Europa e, segnatamente, in Italia⁷⁸ – dimostra una crescente insofferenza verso i meccanismi della sospensione (retribuita) degli obblighi contrattuali e dei congedi, tanto a favore dei lavoratori malati che dei loro familiari. Ciò in ragione di più o meno reali eccessi di tutela o, comunque, di vere e proprie prassi abusive di taluni lavoratori che alla lunga, anche per l'inefficienza o la acquiescenza dei servizi ispettivi degli istituti previdenziali e dei medici competenti, finiscono per penalizzare quanti realmente necessitano di lunghi periodi di sospensione della prestazione lavorativa a causa della malattia⁷⁹.

⁷⁶ Ancora la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit. e i relativi rapporti nazionali.

⁷⁷ Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, *6° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, Sanità, Il Sole 24Ore, 2014, 28, e anche *Meeting the Needs of People with Chronic Conditions*, National Advisory Committee on Health and Disability, Wellington, New Zealand, 2007, 8-9. Cfr. altresì i dati citati in F. De Lorenzo, *Presentazione Progetto ProJob: lavorare durante e dopo il cancro*, cit.

⁷⁸ In Italia vedi l'allarme lanciato da già dieci anni fa: *L'assenteismo costa l'1% del PIL*, in *Il Sole 24 Ore*, 5 dicembre 2007. Simili allarmi e preoccupazioni sono presenti nei periodici rapporti del Centro Studi di Confindustria sul mercato del lavoro e l'economia italiana (reperibili in www.confindustria.it).

⁷⁹ Si spiega così per esempio, sempre in Italia, il clamore di alcuni rinnovi contrattuali, come nel caso del settore del commercio, dove le parti sociali hanno convenuto di ridurre le garanzie

In conclusione di questo ragionamento non si può in ogni caso non evidenziare che le attuali tutele formali di legge e contrattazione collettiva, incentrate su quote di riserva e sulla sospensione e conservazione del posto di lavoro per i tempi necessari alla cura, risultano allo stato funzionali al prototipo del lavoratore subordinato stabile e a tempo indeterminato (tendenzialmente maschio e assunto da una grande impresa, almeno se pensiamo ai sistemi di welfare del Sud Europa)⁸⁰, là dove la recente evoluzione (e balcanizzazione) del mercato del lavoro ha registrato una massiccia proliferazione di rapporti di lavoro intermittenti, temporanei e atipici che non consentono al malato cronico di godere pienamente (o comunque a lungo) di siffatte tutele e protezioni⁸¹.

Ancor più precaria e priva di protezione, a fronte della progressiva perdita di centralità dello stesso lavoro dipendente, è poi la posizione di artigiani, piccoli imprenditori, lavoratori autonomi e, in generale, di quanti operano sul mercato del lavoro in regime di sostanziale dipendenza economica rispetto al proprio committente principale (c.d. monocommittenza) pur non integrando gli estremi della nozione formale di subordinazione giuridica posta ancora oggi – pur a fronte di evidenti segni di crisi⁸² – alla base delle tutele del diritto del lavoro.

per le assenze brevi reiterate e, presumibilmente, opportunistiche, con l'obiettivo di concentrare risorse e tutele sulle malattie lunghe e di maggiore gravità. Cfr. E. Carminati, *Lotta agli assenteisti e maggiori tutele per i malati gravi*, in Bollettino Speciale ADAPT, 7 aprile 2011, n. 17.

⁸⁰ Per una conferma di quanto argomentato nel testo è sufficiente analizzare i tassi di occupazione femminile, ancora molto bassi nell'Europa del Sud, e anche la composizione per genere della forza-lavoro atipica e precaria. Senza dimenticare che sulla donna gravano ancora, di regola, i compiti di cura non solo familiari ma anche di *care giver* rispetto ai malati. Sul punto cfr. S. Gabriele, P. Tanda, F. Tediosi, *The Impact of Long-Term Care on Caregivers' Participation in the Labour Market*, ENEPRI Research Report No. 98, novembre 2011, in particolare 6; e European Commission, *Long-term Care for the Elderly*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012.

⁸¹ Cfr., tra i tanti, M. Giovannone, M. Tiraboschi (a cura di), *Organizzazione del lavoro e nuove forme di impiego. Partecipazione dei lavoratori e buone pratiche in relazione alla salute e sicurezza sul lavoro – Una Literature Review*, 2007 in Osservatorio ADAPT Nuovi lavori, nuovi rischi, qui 9-13, e, con specifico riferimento ai temi della nostra indagine, A. C. Bensaïdon, P. Barbezieux, F.O. Champs, *Interactions entre santé et travail, Inspection Gènèrale des Affaires Sociales*, Paris, 2013, qui 5.

⁸² Cfr., tra i tanti, i contributi raccolti in G. Davidov, B. Langille (eds.), *Boundaries and Frontiers of Labour Law*, Hart Publishing, 2006 cui *adde*, più recentemente, H. Arthurs, *Labour Law as the Law of Economic Subordination and Resistance: A Counterfactual?*, Comparative Research in Law & Political Economy. Research Paper, n. 10/2012.

L'invito della Commissione europea di «tenere nel debito conto i problemi di equità»⁸³ impone dunque di rivisitare l'impianto degli attuali sistemi nazionali di protezione sociale. Dovrebbe essere oramai chiaro infatti, alla luce delle considerazioni sin qui svolte, che i malati cronici, per rimanere o ritornare al lavoro, necessitano non solo e non tanto, secondo quella che è l'impostazione tradizionale del diritto del lavoro, di astratte protezioni formali, quote di riserva e di tutele comparabili a quelle dei lavoratori pienamente abili al lavoro. Altrettanto (se non più) importanti risultano essere politiche di attivazione *ad hoc*, tipiche di un moderno welfare della persona, e tutte quelle misure promozionali che, in uno con una nuova concezione della produttività e della presenza al lavoro, consentano di conciliare le variabili esigenze del malato con quelle di efficienza e produttività delle imprese.

Non manca, in realtà, la consapevolezza della necessità di un cambiamento di paradigma che consenta di affrontare il rapporto tra malattie croniche e lavoro in termini innovativi⁸⁴. Vero è, tuttavia, che le istituzioni pubbliche e le normative sottostanti tendono ancora oggi ad affrontare la questione in termini segmentati⁸⁵, ora come tema di diritti, obblighi e sanzioni ora come ambito di provvidenze e di altri interventi assistenziali, senza una visione unitaria che parta dalla attivazione della persona e dalle politiche di inclusione del malato cronico.

3. Dai sussidi, quote di riserva e tutele passive alle politiche di attivazione, conciliazione e *retention*

Alla luce delle considerazioni svolte nel paragrafo che precede, un buon punto di partenza, per contribuire alla modernizzazione dei sistemi di protezione so-

⁸³ Cfr. European Commission, *The 2014 EU Summit on Chronic Diseases – Conference Conclusions*, cit., qui 4. Si veda altresì, con riferimenti anche al tema delle malattie croniche, la Risoluzione del Parlamento Europeo del 10 aprile 2008 *Combating cancer in the enlarged European Union*.

⁸⁴ Un invito a un cambiamento di paradigma, anche se dal punto di vista sanitario con ricadute sul mondo del lavoro, era già stato avanzato più di un decennio fa da World Health Organization, *Innovative Care for Chronic Conditions*, 2002, in particolare 4.

⁸⁵ Cfr., sostanzialmente nello stesso senso, anche S. Grammenos, *Illness, Disability and Social Inclusion*, cit., qui spec. 1: «the public sector tends to tackle the issue from one perspective (public health) or another (social affairs) and usually not in a comprehensive way (physical illness but not mental illness; social assistance but not inclusion; benefits but not activation). There is a lack of critical assessment about how the policies work and what could be the best allocation of resources».

ziale e delle regole del rapporto di lavoro in funzione del fenomeno emergente delle malattie croniche e, più in generale, dell'invecchiamento della popolazione, può invero essere ritrovato nella Convenzione ONU sui diritti dei disabili del 2006⁸⁶.

La Convenzione, frutto della piena maturazione di un complesso processo culturale e non solo tecnico-specialistico nel modo con cui affrontiamo il tema delle diversità nella società⁸⁷, evidenzia, infatti, come la condizione di disabilità in senso lato⁸⁸ non derivi, in sé, da limiti, qualità o condizioni soggettive delle persone, bensì dalla “interazione” tra le persone con menomazioni o svantaggi e quelle barriere, non necessariamente fisiche ma anche «comportamentali o ambientali», che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società – e, dunque, anche la loro inclusione nel mercato del lavoro – «su una base di uguaglianza con gli altri»⁸⁹.

In questa prospettiva di analisi – al pari di quanto già rilevato dalle istituzioni europee per i disabili in senso stretto⁹⁰ – anche la risposta ai problemi dei ma-

⁸⁶ Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, New York, 13 dicembre 2006. La convenzione è stata successivamente approvata dalla Unione Europea, con la decisione n. 2010/48, e fa parte del suo ordinamento giuridico. In Italia è stata ratificata con la l. 3 marzo 2009, n. 18.

⁸⁷ T. J. Melish, *Perspectives on the un convention on the rights of persons with disabilities: The UN Disability Convention: Historic Process, Strong Prospects, and Why The U.S. Should Ratify*, in *Human Rights Brief*, 2007.

⁸⁸ Disabilità in senso lato per evidenziare, come riconosciuto dalla stessa Convenzione ONU nella lett. e del *Preambolo*, che «la disabilità è un concetto in evoluzione».

⁸⁹ Cfr., in più punti, il *Preambolo* della Convenzione ONU e, segnatamente, la lett. e. Si veda altresì l'*International Classification of Impairment Disabilities and Handicaps (ICIDH)* della Organizzazione Mondiale della Sanità, quale appendice dell'*International Classification of Diseases (ICD)* e, segnatamente, l'*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)* del marzo 2002 che definisce la disabilità alla stregua di un processo interattivo ed evolutivo frutto di una complessa interrelazione tra le condizioni di salute o malattia e i fattori contestuali ambientali e personali. Nella letteratura vedi già: S. Grammenos, *Illness, Disability and Social Inclusion*, cit., 29-34, e J. Pitcher, G. Siora, A. Green, *Local Labour Market Information on Disability*, in *Local Economy*, 1996, 120-130.

⁹⁰ Cfr. al riguardo la direttiva europea 2000/78/CE del 27 novembre 2000, volta a stabilire un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro dei disabili che, come noto, si distacca definitivamente da quella impostazione di tipo preminentemente assistenziale che, per lungo tempo, ha contrassegnato le discipline del settore tanto a livello europeo che nei singoli ordinamenti nazionali. In questa prospettiva evolutiva della nozione di disabilità cfr., in relazione alla occupazione e al mantenimento o ritorno al lavoro, la comunicazione della Commissione Europea relativa alla *European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*, Brussels, COM(2010) 636 final e i chiarimenti della Corte di Giustizia Europea con le sentenze HK Danmark, 11 aprile

lati cronici nel rapporto con il lavoro non può dunque essere strutturalmente medico-assistenziale, con il conseguente rischio di una loro definitiva espulsione dal mercato del lavoro, e tanto meno giuridico-formale in termini di meccanico quanto poco realistico “accesso” alle tutele e garanzie previste dal diritto del lavoro o dalla contrattazione collettiva per “gli altri” lavoratori. Così come la ricerca di una soluzione al problema della loro inclusione sociale non può neppure essere affidata alla sola buona volontà o alla indulgenza di imprese e responsabili del personale⁹¹ che pure, come dimostrano talune buone pratiche⁹², già si sono mossi in questa direzione soprattutto là dove vengano adottati codici o comportamenti in ottica di responsabilità sociale di impresa (*infra*, § 4).

La giusta premessa per l’inclusione dei malati cronici sta, piuttosto, nell’abbattimento di tutte le barriere (non solo quelle fisiche) che ne impediscono o limitano l’accesso al mercato del lavoro⁹³. La ricerca di una soluzione al problema va dunque ricercata in quelle risposte strutturali e di sistema che, nel tenere nel debito conto le diversità umane, sappiano concorrere alla costruzione delle premesse di un incontro tra domanda e offerta di lavoro che non è mai meccanico o deterministico neppure quando scandito da modelli prescrittivi di matrice legale (quote di riserva) e dalle relative sanzioni o anche accompagnato da più o meno generosi incentivi o sostegni di matrice economica alle imprese.

2013, C-335/11 e C-337/11, Commissione europea c. Repubblica italiana, 4 luglio 2013, C-312/11 e Z., 18 marzo 2014, C-363/12.

⁹¹ O anche degli stessi lavoratori. Le cronache italiane, per esempio, hanno recentemente enfatizzato il caso dell’autista di bus che, esauriti permessi e congedi di legge e contratto collettivo, ha potuto conservare il posto di lavoro grazie alla solidarietà di ben 250 colleghi di lavoro che hanno messo a disposizione della lavoratrice malata alcuni dei loro giorni di permesso e ferie. Cfr. *L’autista di bus tornata alla vita con le ferie regalate dai colleghi*, in *Il Tirreno*, 7 maggio 2014.

⁹² In ambito comparato si vedano le ricerche condotte dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions e segnatamente il § 3.2, *Examples of enterprises and/or collective agreements implementing initiatives or establishing clauses to support people with chronic diseases*, dei report nazionali compresi nello studio A. Corral, J. Durán e I. Isusi, *Employment Opportunities for People with Chronic Diseases*, European Observatory of Working Life, novembre 2014.

⁹³ Cfr. ancora una volta, per l’affinità con il tema della disabilità in senso stretto, la comunicazione della Commissione Europea relativa alla *European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*, cit, qui 4. In letteratura: S. Grammenos, *Illness, Disability and Social Inclusion*, cit., qui 36-42.

Decisivo, pertanto, appare un quadro di riferimento concettuale e operativo calibrato sulla specificità di ogni singola persona⁹⁴ e anche di ogni singolo ambiente lavorativo che consenta altresì di superare quei modelli astratti e standardizzati di valutazione della prestazione di lavoro ereditati da un quadro giuridico-istituzionale edificato in funzione dei fabbisogni (produttivi e organizzativi) della fabbrica fordista (*infra*, § 5).

Accanto ai classici interventi di riabilitazione professionale – unitamente a quelli di tipo psicologico, medico, farmacologico e terapeutico⁹⁵ – l'avvio di politiche attive per il ritorno e/o il reinserimento al lavoro passa necessariamente da un cambio di paradigma, culturale prima ancora che normativo o istituzionale, volto a considerare le *capacità* delle persone piuttosto che le loro *disabilità*⁹⁶.

Focalizzare l'attenzione «su cosa le persone con problemi di salute ancora possono fare al lavoro e, conseguentemente, sviluppare adeguati sostegni e programmi che le rafforzino a questo riguardo»⁹⁷: è questa la strada intrapresa recentemente – e non senza fatica e problemi – in Paesi come Australia, Danimarca, Finlandia, Olanda, Svezia, Regno Unito, Nuova Zelanda⁹⁸ che, non a caso, registrano i maggiori progressi nelle politiche di *retention* e ritorno al lavoro dei malati cronici.

Un cambio di paradigma che, al tempo stesso, può diventare un vero e proprio piano strategico di azione per portare a piena maturazione e compimento com-

⁹⁴ In questa prospettiva cfr. S.J. Tamminga, J.H. Verbeek, A.G. de Boer, R.M. van der Bij, M.H. Frings-Dresen, *A Work-Directed Intervention to Enhance the Return to Work of Employees with Cancer: A Case Study*, in *PubMed*, 2013, 477-485.

⁹⁵ Cfr., con considerazioni in linea di principio valide per tutte le malattie croniche, la dettagliata tassonomia delle strategie di reinserimento proposta nello studio di A. De Boer, T. Taskila, S.J. Tamminga, M. Frings-Dresen, M. Feuerstein, J.H. Verbeek, *Interventions to Enhance Return-To-Work for Cancer Patients*, cit. *supra* alla nota 70.

⁹⁶ Cfr., in questa prospettiva, lo studio dell'OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, cit., qui 19, che efficacemente parla del passaggio «from disability to ability». Cfr. altresì OECD, *Transforming Disability into Ability Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*, Paris, 2003.

⁹⁷ Ancora OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track...*, cit.

⁹⁸ Si vedano i rapporti nazionali condotti tra il 2006 e il 2008 dall'OECD sul tema *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers* reperibili sul relativo sito istituzionale. Più recentemente cfr. i report nazionali sulle più innovative politiche di inserimento al lavoro di disabili e malati cronici curati dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (*Employment Guidance Services for People with Disabilities*) e reperibili sul relativo sito istituzionale. Più recentemente cfr. lo studio condotto per conto della European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit. e, in particolare, i rapporti nazionali su Danimarca, Finlandia, Olanda, Svezia, Regno Unito.

plessi processi di riforma dei sistemi di welfare e di relazioni industriali oggi avviati in Europa in chiave puramente emergenziale e, di regola, in termini passivi, quale reazione alla crisi economica, secondo un programma difensivo e non di rado frammentario di mero riordino e riequilibrio di una spesa sociale e sanitaria gravata da una costante contrazione delle risorse disponibili. Porre al centro dei processi di riforma del welfare e di revisione della spesa sociale e sanitaria i cambiamenti demografici in atto e le future dinamiche del mercato del lavoro imposte dai cambiamenti tecnologici consentirebbe, per contro, agli stati nazionali e alle istituzioni sopranazionali una risposta non solo tecnica e contabile, ma prima di tutto antropologica e di sistema a quei tumultuosi cambiamenti economici e sociali che tante preoccupazioni e insicurezze generano nelle persone⁹⁹.

Quello dei malati cronici e del loro ritorno al lavoro potrebbe in effetti rappresentare un tema aggregante di tematiche oggi affrontate senza quella visione unitaria che pure, come visto, risulta imprescindibile in un diverso contesto demografico per la messa a punto di un moderno welfare della persona.

3.1. La rivisitazione delle politiche di *welfare to work*, degli incentivi e dei sussidi pubblici

In questa direzione, un primo ambito di riflessione potrebbe essere rappresentato, quantomeno a livello europeo, dalla rivisitazione delle politiche di *welfare to work*¹⁰⁰ e dai relativi incentivi economici che ancora non tengono conto, nonostante una forte sollecitazione delle istituzioni centrali europee¹⁰¹, dell'inserimento occupazionale dei malati cronici che rimangono così intrappolati in una fragile e solo apparentemente rassicurante trama di sussidi e provvidenze che, secondo le evidenze empiriche¹⁰², sono una concausa della loro esclusione dal mercato del lavoro.

⁹⁹ Cfr. Comitato per il progetto culturale della Conferenza Episcopale Italiana, *Per il lavoro. Rapporto-Proposta sulla situazione italiana*, Editori Laterza, Bari, 2013.

¹⁰⁰ Come invero già fatto in alcuni Paesi. Cfr. OECD, *New Ways of Addressing Partial Work Capacity*, Progress Report, April 2007, 4-7.

¹⁰¹ Cfr., tra gli altri, European Commission, *The 2014 EU Summit on Chronic Diseases*, cit., spec. 3 dove si sottolinea che «the use of structural, research and other EU funds for this purpose should be improved».

¹⁰² Secondo l'OCSE la stragrande maggioranza delle persone con capacità di lavoro parziale che percepiscono prestazioni di invalidità raramente rientrano sul mercato del lavoro. I dati raccolti in vari Paesi suggeriscono che, a livello statistico, dopo un anno di sussidio di invali-

Significativa, a questo riguardo, è l'esperienza di quei Paesi che sono intervenuti non tanto e non solo sulle procedure di verifica della inidoneità al lavoro¹⁰³, quanto sulla stessa struttura dei sussidi pubblici sino ad eliminare – come accaduto in Danimarca, Lussemburgo e Olanda¹⁰⁴ – l'accesso a prestazioni di invalidità per le persone con capacità lavorativa parzialmente ridotta. Non è (ancora) stata dimostrata, sul piano empirico, una diretta correlazione tra struttura del sistema assistenziale e previdenziale e percorsi di inclusione (o esclusione) dal mercato del lavoro. Vero è, tuttavia, che gli ordinamenti che hanno abolito il sistema delle invalidità parziali o anche escluso l'accesso al trattamento di invalidità totale per persone con ridotta capacità al lavoro hanno registrato una diminuzione dei tassi di inattività dei malati cronici¹⁰⁵.

Siffatti processi di riforma possono indubbiamente comportare, a loro volta, un incremento dei tassi di disoccupazione come pare indicare, tra gli altri, il caso del Lussemburgo¹⁰⁶. Si tratta, tuttavia, di una conseguenza inevitabile e anche naturale perché permette di raggiungere l'obiettivo di affrontare in termini di occupabilità e reinserimento al lavoro dei malati cronici quello che, come già più volte evidenziato (*supra*, § 2), è un problema principalmente di mercato del lavoro e non (solo) medico-assistenziale. Ne consegue, al tempo stesso, un ri-orientamento dei sussidi pubblici che, invece di essere indirizzati in una pletera di politiche passive che conducono alla inattività, si trasformano in incentivi economici – verso le imprese e verso lo stesso lavoratore – per azioni di riqualificazione professionale, contrasto alla disoccupazione e reinserimento al lavoro.

Un esempio di ciò sono i c.d. *flex-jobs* danesi¹⁰⁷, forme di lavoro sussidiate per coloro che abbiano una riduzione della capacità lavorativa di almeno il

dità sono più le persone che muoiono che quelle che ritornano al lavoro. Cfr. OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track...*, cit., qui 19.

¹⁰³ Questo punto è sottolineato da OECD, *New Ways of Addressing Partial Work Capacity*, cit., qui 4. Cfr. Altresì, con riferimento al caso della Estonia, M. Masso, *Estonia: Employment Opportunities for People with Chronic Diseases*, European Observatory of Working Life, novembre 2014.

¹⁰⁴ Cfr. OECD, *New Ways of Addressing Partial Work Capacity*, cit., qui 4.

¹⁰⁵ Ancora OECD, *New Ways of Addressing Partial Work Capacity*, cit., qui 7.

¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁰⁷ Di particolare interesse, in ambito comparato, è anche il sistema olandese su cui cfr. OECD, *New Ways of Addressing Partial Work Capacity*, cit., qui 5-8. In estrema sintesi, il sistema olandese ha due componenti: una invalidità permanente per le persone che non possono più lavorare e un sussidio per coloro che hanno una disabilità parziale o comunque non permanente. A questo secondo gruppo, generalmente impiegato in lavori con una bassa remunerazione, viene riconosciuto un supplemento retributivo. Ad ogni modo, questo secondo gruppo viene coinvolto nei processi di ricerca del lavoro o partecipazione al mercato del lavoro.

50%¹⁰⁸. In Danimarca prestazioni di invalidità sono ora infatti concesse unicamente a persone la cui capacità al lavoro sia ridotta in modo permanente e a tal punto da non consentire loro di svolgere, neppure dopo la partecipazione a specifici programmi di attivazione o riabilitazione professionale, forme flessibili e parziali di lavoro. Coloro che, invece, sono in grado, con gli adeguati supporti medici, terapeutici, psicologici e formativi di svolgere prestazioni parziali ricevono una speciale prestazione di disoccupazione di entità analoga alle sopresse prestazioni di invalidità. Il ricorso ai *flex-jobs* è sostenuto da appositi incentivi economici alle imprese, mentre i lavoratori ricevono un salario standard.

Il caso danese è di particolare rilevanza, in ambito comparato, perché consente di evidenziare la principale differenza rispetto a Paesi come l'Italia, dove la modulazione dei tempi di lavoro o anche il diritto soggettivo del malato al lavoro a tempo parziale, prevista dalla normativa di legge¹⁰⁹ o di contrattazione collettiva¹¹⁰ per talune tipologie di malattie croniche, pare non produrre risultati tangibili¹¹¹. Ciò in ragione della mancata correlazione delle misure sui tempi di (presenza al) lavoro sia con la struttura delle prestazioni previdenziali ed assistenziali sia con il regime degli incentivi per il reinserimento al lavoro che, inevitabilmente, implicano più o meno rilevanti oneri di adattamento del contesto lavorativo in capo dal datore di lavoro¹¹² che non possono essere ammortizzati unicamente con la riduzione del trattamento retributivo del lavoratore in ragione del minor numero di ore lavorate.

¹⁰⁸ Ancora OECD, *New Ways of Addressing Partial Work Capacity*, cit., qui 5.

¹⁰⁹ Cfr. i rapporti nazionali contenuti in European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit.

¹¹⁰ Cfr. lo studio comparato condotto per la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit., in particolare la sezione relativa a *Examples of Enterprises and Collective Agreements Implementing Support Initiatives*.

¹¹¹ In Italia, con riferimento ai malati oncologici, soltanto l'8,6% ha chiesto la trasformazione del rapporto di lavoro in part-time (o altre modalità flessibili o di riduzione dell'orario di lavoro), mentre quasi il 20% dichiara di avere dovuto lasciare il lavoro, cfr. Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, 6° *Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, Sanità, Il Sole 24Ore, 2014, 25.

¹¹² Cfr. ancora il caso olandese, indicato *supra* alla nota 107, che a fronte di un vero e proprio onere legale in capo al datore di lavoro di adattamento del contesto lavorativo, prevede talune forme di incentivazione economica. Si veda il rapporto nazionale sull'Olanda, a cura di W. Hooftman e I. Houtman, contenuto nello studio curato per la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit., § 3.1.

Altrettanto decisivo, per le azioni di riattivazione e reinserimento al lavoro di quei lavoratori che, a seguito della malattia, hanno perso il lavoro, è il ruolo dei servizi (pubblici e privati) per il lavoro e la riqualificazione professionale¹¹³. Significativo, tra gli altri¹¹⁴, è il caso della Norvegia¹¹⁵ che ha registrato un processo di fusione del servizio pubblico per l'impiego con l'istituto previdenziale nazionale in modo da garantire non solo una semplificazione e un coordinamento dei servizi, ma anche un più stretto raccordo tra politiche passive e politiche attive del lavoro tra cui il ricorso, là dove possibile, agli incentivi al lavoro piuttosto che ai sussidi di disabilità parziale. Un rilevante numero di Paesi ha poi rafforzato i principi di condizionalità¹¹⁶, subordinando la concessione e il mantenimento di sussidi e benefici previdenziali e assistenziali alla partecipazione a percorsi di formazione e riqualificazione professionale¹¹⁷, nonché il raccordo tra centri pubblici per il lavoro e agenzie private secondo principi di cooperazione e sussidiarietà¹¹⁸.

3.2. La rivisitazione delle politiche di conciliazione e pari opportunità: verso un *work-health-life balance*

Un secondo ambito di riflessione potrebbe poi essere rappresentato, sempre a livello europeo, da una rivisitazione delle politiche di conciliazione e di pari opportunità. Ciò nell'ottica non più solo o prevalentemente di genere, ma di un

¹¹³ Per una rassegna di buone prassi cfr. le schede di sintesi curate da S. Autieri, F. Silvaggi, *Buone prassi in materia di reinserimento delle persone con disabilità: schede di sintesi*, in *Bollettino ADAPT*, n. 34/2014. Cfr. altresì European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit.

¹¹⁴ Cfr. F. Silvaggi, *Il ritorno al lavoro dopo il cancro: una prospettiva europea*, in *Bollettino ADAPT*, n. 27/2014.

¹¹⁵ E, almeno in parte, anche in caso del Regno Unito dove si è avviato un processo analogo a quello della Norvegia. Cfr. i rapporti nazionali di Norvegia e Regno Unito contenuti nello studio comparato condotto per la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit.

¹¹⁶ Cfr. ancora i rapporti nazionali contenuti in European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Employment Opportunities for People with Chronic Disease*, cit.

¹¹⁷ Cfr. B. Gazier, *Vers un nouveau modèle social*, Champs Essay, Parigi, 2009; F.J., Glastra B.J. Hake, P.E. Schedler, *Lifelong Learning as Transitional Learning*, in *Adult Education Quarterly*, 2004, n. 54; A.M. Saks, R.R. Haccoun, *Managing Performance Through Training and Development*, Toronto, Nelson Education, 2010.

¹¹⁸ Per la definizione dei principi di condizionalità cfr., con riferimento al caso italiano, L. Corazza, *Il principio di condizionalità (al tempo della crisi)* in *Giornale di Diritto del Lavoro e di Relazioni Industriali*, 2013, 489-505.

innovativo *work-health-life balance* che, nel concorrere nel breve e più ancora nel lungo periodo agli obiettivi di produttività ed efficienza delle imprese¹¹⁹, tenga conto, anche in chiave prevenzionale, della qualità e sostenibilità del lavoro¹²⁰, delle diversità nel lavoro, dell'impatto della rivoluzione tecnologica in atto sui tempi di vita e di lavoro, nonché della necessaria evoluzione delle statiche normative di sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro che sono state pensate, sul volgere dello scorso secolo, con riferimento a un paradigma economico e sociale di tipo industrialista oggi in larga parte superato.

È del resto vero che, a livello europeo, il datore di lavoro è già oggi obbligato, a seguito del processo di trasposizione negli ordinamenti nazionali della direttiva 89/391/CEE del 12 giugno 1989¹²¹ a garantire non solo la sicurezza ma anche «la salute dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi con il lavoro»¹²² e «adeguare il lavoro all'uomo, in particolare per quanto concerne la concezione dei posti di lavoro e la scelta delle attrezzature di lavoro e dei metodi di lavoro e di produzione»¹²³.

¹¹⁹ Sulla importanza di strategie che consentano in modo simultaneo il conseguimento degli obiettivi di protezione sociale ed efficienza produttiva cfr. E. Ramstad, *Promoting Performance and the Quality of Working Life Simultaneously*, in *Internal Journal of Productivity and Performance Management*, 2009, 423-436.

¹²⁰ Sul concetto di sostenibilità del lavoro si veda Eurofound, *Sustainable Work and the Ageing Workforce*, Luxembourg, 2012, in particolare 7-8.

¹²¹ Cfr. la Direttiva del Consiglio del 12 giugno 1989 concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro (89/391/CEE).

¹²² Art. 5 della direttiva del Consiglio del 12 giugno 1989 concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro (89/391/CEE).

¹²³ Art. 6, lett. d, direttiva del Consiglio del 12 giugno 1989 concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro (89/391/CEE). Con riferimento al processo di trasposizione del principio nella legislazione nazionale si veda European Commission, *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of Regions on the practical implementation of the provisions of the Health and Safety at Work Directives 89/391 (Framework), 89/654 (Workplaces), 89/655 (Work Equipment), 89/656 (Personal Protective Equipment), 90/269 (Manual Handling of Loads) and 90/270 (Display Screen Equipment)*, COM(2004)62. Con riferimento ai singoli casi nazionali si può ricordare, per il caso italiano, che il d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, all'art. 42, rubricato *Provvedimenti in caso di inidoneità alla mansione specifica*, dispone che «il datore di lavoro [...] attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità 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»; secondo tale previsione, perciò, sulla parte datoriale ricade l'onere di tentare il ricollocamento del lavoratore che

Sempre a livello europeo, la direttiva 2000/78/CE del 27 novembre 2000 in tema di parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro¹²⁴, nel richiamare la necessità di promuovere un mercato del lavoro che agevoli l'inserimento sociale, propone poi ai singoli Stati membri di formulare un insieme coerente di politiche volte a combattere la discriminazione nei confronti di gruppi quali i disabili e i lavoratori anziani¹²⁵. Sollecitando, in particolare, l'adozione, per quanto ragionevole¹²⁶, di politiche di parità, la direttiva prevede, anche a livello aziendale la messa a punto, di «misure appropriate, ossia misure efficaci e pratiche destinate a sistemare il luogo di lavoro in funzione dell'handicap, ad esempio sistemando i locali o adattando le attrezzature, i ritmi di lavoro, la ripartizione dei compiti o fornendo mezzi di formazione o di inquadramento»¹²⁷.

È noto come parte della letteratura¹²⁸ abbia seriamente messo in discussione l'interesse delle imprese a realizzare interventi efficaci per adattare il posto di

non sia più idoneo alla mansione ricoperta (a prescindere dalla valutazione dello specifico grado di inabilità): sul tema dell'onere di adibizione a mansioni diverse, anche attraverso una modifica organizzativa ragionevole, S. Giubboni, *Sopravvenuta inidoneità alla mansione e licenziamento. Note per una interpretazione "adeguatrice"*, in *Rivista Italiana di Diritto del Lavoro*, 2012, 304-308.

¹²⁴ Cfr. la direttiva 2000/78/CE che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro.

¹²⁵ Considerando 8 della direttiva 2000/78/CE che dispone: «gli orientamenti in materia di occupazione per il 2000, approvati dal Consiglio europeo a Helsinki il 10 e 11 dicembre 1999, ribadiscono la necessità di promuovere un mercato del lavoro che agevoli l'inserimento sociale formulando un insieme coerente di politiche volte a combattere la discriminazione nei confronti di gruppi quali i disabili. Esse rilevano la necessità di aiutare in particolar modo i lavoratori anziani, onde accrescere la loro partecipazione alla vita professionale».

(¹²⁶) L'art. 5 della direttiva 2000/78/CE dispone che, «per garantire il rispetto del principio della parità di trattamento dei disabili, sono previste soluzioni ragionevoli. Ciò significa che il datore di lavoro prende i provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato. Tale soluzione non è sproporzionata allorché l'onere è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore dei disabili» (art. 5).

¹²⁷ Considerando 20 della direttiva 2000/78/CE che dispone: «è opportuno prevedere misure appropriate, ossia misure efficaci e pratiche destinate a sistemare il luogo di lavoro in funzione dell'handicap, ad esempio sistemando i locali o adattando le attrezzature, i ritmi di lavoro, la ripartizione dei compiti o fornendo mezzi di formazione o di inquadramento».

¹²⁸ Cfr. S.H. Allaire, J. Niu, M. P. La Valley, *Employment and Satisfaction Outcomes from a Job Retention Intervention Delivered to Persons with Chronic Diseases*, in *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2005, qui 108, dove si afferma che «it's not clear that employers would be interested in intervention that helps employees identify and request accommodation». Con

lavoro alle condizioni fisiche del malato cronico ovvero ad offrire altre mansioni ovvero, in caso di disoccupati, nuove occasioni di lavoro suggerendo, in alternativa, la scelta prioritaria verso interventi pubblici di riabilitazione professionale, preferibilmente da effettuarsi quando l'attività lavorativa non si è ancora interrotta. Non si può tuttavia sottovalutare la circostanza che siffatti obblighi di matrice legale (e talvolta contrattuale) risultino ancora oggi dotati di scarsa effettività proprio perché non supportati da una vera e dinamica azione di conciliazione che sia incentrata sulla occupabilità e la reciproca adattabilità delle parti coinvolte e che per questo veda l'impresa aderire in termini convinti, consapevole non tanto di adempiere a un obbligo formale e burocratico, quanto del notevole impatto che simili azioni possono avere a livello aziendale in termini di produttività, efficienza, risparmio di costi (diretti e indiretti) e fidelizzazione dei propri dipendenti (*infra*, § 5).

È solo in questa prospettiva, di sostenibilità del lavoro tanto per l'impresa che per il malato cronico¹²⁹, che si può del resto dare concretezza alla "raccomandazione"¹³⁰, ampiamente scontata ma di difficile attuazione, secondo la quale i programmi di reciproco adattamento dovrebbero intervenire nella fase in cui il malato cronico è ancora occupato, focalizzandosi soprattutto sull'obiettivo di prevenire l'insorgenza delle condizioni di inabilità lavorative, piuttosto che di tentare *ex post* di porvi rimedio quando il decremento della padronanza delle competenze professionali (c.d. *job mastery*) è tale, tuttavia, da rischiare di escluderli definitivamente dal mercato del lavoro¹³¹.

riferimento alla scarsa disponibilità a occupare lavoratori con disabilità e ai costi connessi all'adattamento del posto di lavoro, cfr. altresì Department for Work and Pensions, *Economic and Social Costs and Benefits to Employers of Retaining, Recruiting and Employing Disabled People and/or People with Health Conditions or an Injury: A Review of the Evidence*, 2006, qui 88.

¹²⁹ Cfr., sul punto, Eurofound, *Sustainable Work and the Ageing Workforce*, cit.

¹³⁰ Cfr. la prima e, indubbiamente, la più scontata delle nove *Recommendations from EN-WHP's Ninth Initiative Promoting Healthy Work for Employees with Chronic Illness – Public Health and Work*, qui 10.

¹³¹ Nella letteratura cfr., in questa prospettiva, tra gli altri: S.H. Allaire, J. Niu, M. P. La Valley, *Employment and Satisfaction Outcomes...*, cit.

4. **Segue: promuovere la prevenzione delle malattie croniche nei luoghi di lavoro**

Che la prevenzione sia l'obiettivo di medio e lungo periodo è ora chiarito in termini ampi e convinti anche dalla Commissione europea¹³² secondo cui occorre prioritariamente agire sui fattori di rischio (fumo, alcol, abitudini alimentari, stili di vita) prestando altresì particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e suscettibili di subire le conseguenze di una malattia cronica.

In questa prospettiva, i luoghi di lavoro sono, accanto alle scuole e alle università, uno degli ambiti di azione privilegiati per una politica di prevenzione che voglia essere mirata e maggiormente incisiva di quanto non lo sia stato fino a ora¹³³. Tanto più che alcune delle principali situazioni di criticità rispetto al rapporto tra malattie croniche e lavoro sono da ricondurre a ben precise determinanti economiche e sociali (in particolare: livelli di reddito e istruzione), di modo che le capacità di reazione a un grave patologia e il ritorno al lavoro dipendono anche dalle diverse condizioni di resilienza e vulnerabilità¹³⁴ delle

¹³² Cfr. European Commission, *The 2014 EU Summit on Chronic Diseases*, cit., qui 2 e 4.

¹³³ *Ibidem*. Cfr. altresì A.C. Bensadon, P. Barbezieux, F.O. Champs, *Interactions entre santé et travail, Inspection Générale des Affaires Sociales*, Paris, 2013, qui 6.

¹³⁴ “Resilienza” e “vulnerabilità” sono concetti chiave nel dibattito scientifico sulle strategie di prevenzione e mitigazione e stanno acquisendo importanza anche a livello micro (persona, comunità e impresa) a fronte, da un lato, dei numerosi cambiamenti di diversa natura (demografica, economica, finanziaria, ambientale) che il mondo del lavoro sta affrontando, e dall'altro lato delle specificità che sempre più contraddistinguono persone e contesti lavorativi, tali per cui la regola “one size fits all” vale sempre meno. La parola “resilienza” è stata in un primo momento utilizzata nel campo della fisica e dell'ecologia, in questo secondo ambito in particolare grazie al lavoro di C.S. Holling, *Resilience and Stability of Ecological Systems*, in *Annual Review of Ecology and Systematics*, 1973, 1-23. Il termine è stato poi successivamente impiegato anche con riferimento alle persone, alle famiglie, alle comunità, alle organizzazioni. In caso di una situazione di disturbo, disagio o avversità la resilienza viene definita come una traiettoria positiva di adattamento (cfr. F.H. Norris, S.P. Stevens, B. Pfefferbaum, K.F. Wyche, R.L. Pfefferbaum, *Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness*, in *American Journal of Community Psychology*, 2008, 127-135) e costituisce «the capacity for successful adaptation, positive functioning or competence [...] despite high-risk status, chronic distress, or following prolonged or severe trauma», cfr. B. Egeland, E. Carlson, L.A. Sroufe, *Resilience as Process*, in *Development and Psychopathology*, 1993, 517-534. Accogliendo la definizione contenuta nel report dell'UNISDR, *The United Nations International Strategy for Disaster Reduction*, 2010, la “vulnerabilità” è invece quell'insieme di caratteristiche e di circostanze che rendono un sistema, una comunità, una risorsa suscettibile agli effetti di un pericolo (UNI-SDR Glossary). Tale concetto è strettamente correlato a quello di resilienza, come sostenuto da cfr. C. Folke, *Social-Ecological Resilience and Behavioural Response*, Beijer International Institute of Ecological Economics, Royal Swedish Academy of Sciences, 2002, 3, e da T. Cannon, *Vulnerability*

persone coinvolte su cui non poco possono incidere, anche in termini di effettiva agibilità delle previsioni formali di legge, gli stessi luoghi di lavoro e le risposte (positive o negative) di volta in volta fornite dalle singole comunità aziendali.

Il c.d. *wellness at work* non pare, del resto, una grande novità neppure per il sistema produttivo e delle imprese.

Non poche aziende infatti, su base volontaria¹³⁵ e di regola nell'ottica della *Corporate Social Responsibility*¹³⁶, hanno nel corso del tempo esteso il loro campo di azione dalla mera prevenzione delle malattie professionali imposta da norme inderogabili di legge e contratto collettivo a veri e propri programmi di welfare aziendale volti, tra le altre cose¹³⁷, alla sensibilizzazione attiva rispetto a comportamenti e stili di vita che possono nuocere in termini generali alla salute dei propri dipendenti¹³⁸.

Si tratta di iniziative di particolare importanza – e per questo non di rado sostenute da istituzioni pubbliche e private e dalle stesse imprese anche attraverso sistemi di incentivazione economica e finanziaria¹³⁹ – che operano su due livelli strategici: prevenire, per un verso, le malattie croniche prima della loro

Analysis and the Explanation of "Natural" Disasters, in A. Varley (a cura di), *Disasters, Development, Environment*, Wiley, 1994, 19, per il quale la vulnerabilità è una caratteristica complessa che dipende dalla combinazione di fattori primari (classe di appartenenza, genere, etnia) e secondari (ad esempio età).

¹³⁵ Per una rassegna di alcune delle principali iniziative adottate in materia a livello di impresa cfr., tra gli altri, *The Willis Health and Productivity Survey*, New York, 2014. Cfr. altresì S. Matke, H. Liu, J.P. Caloyeras, C.Y. Huang, K.R. Van Busum, D. Khodyakov, V. Shier, *Workplace Wellness Programs Study, Final Report*, RAND Health, 2013 che segnalano come circa la metà delle aziende statunitensi con più di 50 addetti (pari a 3/4 della forza-lavoro USA) offrono programmi di *wellness*.

¹³⁶ Cfr. già il libro verde della Commissione Europea su *Promoting a European Framework for Corporate Social Responsibility*, Brussels, 18.7.2001 COM(2001) 366 final, spec. § 2.1.2.

¹³⁷ Cfr. E. Massagli (a cura di), *Il welfare aziendale territoriale per la micro, piccola e media impresa italiana*, ADAPT Labour Studies e-Book series, 2014, n. 31.

¹³⁸ Cfr., tra i primi a segnalare lo slittamento delle policy aziendali dalla prevenzione di infortuni e malattie professionali alla conservazione attiva della salute, R.E. Glasgow, J.R. Terborg, *Occupational Health Promotion Programs to Reduce Cardiovascular Risk*, in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988, 365-373.

¹³⁹ Il tema è affrontato, da ultimo, da Z. Bajorek, V. Shreeve, S. Bevan, T. Taskila, *The Way Forward: Policy Options for Improving Workforce Health in the UK*, The Work Foundation, London, 2014, spec. 27-32. Cfr. altresì, con riferimento ai sistemi di incentivazione su base aziendale, lo studio di K.M. Madison, K.G. Volpp, S.D. Halpern, *The Law, Policy, and Ethics of Employers' Use of Financial Incentives to Improve Health*, in *Journal of Law Medicine, Ethics*, 2011, 450-468, ove si affronta il delicato nodo della opportunità e anche legittimità di siffatti sistemi di incentivazione in termini di coercizione o anche discriminazione verso determinati gruppi di lavoratori in ragione dei loro stili di vita.

insorgenza intervenendo sui fattori di rischio (c.d. prevenzione primaria); diagnosticare e trattare, per l'altro verso, le malattie in una fase iniziale e cioè prima che si verifichino quelle complicanze che poi pregiudicano la salute del lavoratore e la sua permanenza in azienda (c.d. prevenzione secondaria)¹⁴⁰.

In realtà, programmi aziendali incentrati sulla prevenzione delle malattie croniche (tra i tanti: gestione del peso, opzioni salutiste nelle mense aziendali, divieto di fumo, educazione alla salute, controlli medici periodici, esercizi fisici in loco, buoni o sconti per l'iscrizione in palestre, ecc.) e su coperture sanitarie o previdenziali integrative si collocano ben oltre la *Corporate Social Responsibility* e la diffusa emulazione delle c.d. buone prassi¹⁴¹.

Come oramai indica una ampia letteratura internazionale¹⁴², siffatte iniziative di *wellness at work* comportano infatti, soprattutto là dove si tratti di iniziative strutturate e di lungo periodo¹⁴³, rilevanti benefici diretti (e talvolta indiretti) anche per le stesse imprese coinvolte non solo in termini di riduzione dei costi dovuti alla disabilità dei propri lavoratori, ma anche di maggiore produttività, fidelizzazione della forza-lavoro, *retention* dei talenti, diminuzione dell'assenteismo e delle richieste di congedi e permessi, nonché degli effetti

¹⁴⁰ Ampia casistica in S. Mattke, H. Liu, J.P. Caloyeras, C.Y. Huang, K.R. Van Busum, D. Khodyakov, V. Shier, *Workplace Wellness Programs Study, Final Report*, cit. In generale, sul tema del benessere al lavoro OECD, *How's Life? 2013 – Measuring Well-Being*, OECD Publishing, 2013, qui spec. 147-171.

¹⁴¹ Sullo spirito di emulazione come leva per l'adozione di politiche aziendali di *wellness at work* cfr. S. Zamagni, *People Care: dalle malattie critiche alle prassi relazionali aziendali*, cit.

¹⁴² Si veda la rassegna curata da L.S. Chapman, *Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2012 Update*, marzo-aprile 2012, vedila in *Osservatorio ADAPT su Work & Chronic Disease* che raccoglie i risultati di oltre 100 studi pubblicati in materia su riviste referate. Si vedano altresì, tra i tanti, L.L. Berry, A.M. Mirabit, W.B. Baun, *What's the Hard Return on Employee Wellness Programs?*, in *Harvard Business Review*, 2010, 105-112; K. Baicker, D. Cutler, Z. Song, *Workplace Wellness Programs Can Generate Savings*, in *Health Affairs*, 2010, 304-311; C. Hochart, M. Lang, *Impact of a Comprehensive Worksite Wellness Program on Health Risk, Utilization, and Health Care Costs*, in *Population Health Management*, 2011, 111-116; H. Vaughan-Jones, L. Barham, *Healthy Work: Evidence into Action. The Oxford Health Alliance, The Work Foundation – RAND Europe*, London, 2010, PricewaterhouseCoopers, *Building the case for wellness 4th February 2008*, Report for the UK Department for Work and Pensions, 2008.

¹⁴³ Cfr. S. Mattke, H. Liu, J.P. Caloyeras, C.Y. Huang, K.R. Van Busum, D. Khodyakov, V. Shier, *Workplace Wellness Programs Study, Final Report*, cit., spec. 3, dove parlano di «selected employers with strong commitments to wellness».

negativi del c.d. presenteismo¹⁴⁴ e cioè della presenza al lavoro nonostante condizioni di salute non adeguate al lavoro da svolgere.

Includere il benessere e la salute dei propri dipendenti nelle politiche aziendali offre dunque alle imprese una significativa occasione di riposizionamento dei propri modelli organizzativi e produttivi rispetto alle nuove sfide lanciate dalle trasformazioni del lavoro nella economia e nella società in ragione dei più volte ricordati imponenti cambiamenti tecnologici e demografici¹⁴⁵.

Se noti e apprezzati sono i risultati delle politiche di *wellness* a livello aziendale resta invero ancora da capire perché molte imprese e organizzazioni siano lontane dall'adottare concretamente pratiche di sensibilizzazione e prevenzione della salute nei luoghi di lavoro¹⁴⁶.

Gli effetti della crisi economica e finanziaria degli ultimi anni sui bilanci aziendali possono essere una parziale spiegazione¹⁴⁷, al pari delle dimensioni aziendali ridotte che caratterizzano il tessuto produttivo di Paesi come l'Italia e che non consentono l'adozione capillare di siffatte iniziative¹⁴⁸, anche se occorre rilevare come numerosi e diversi restino ancora oggi gli ostacoli – giuridici, fiscali, organizzativi e culturali – alla piena implementazione di pratiche di *wellness at work*¹⁴⁹.

¹⁴⁴ Sul concetto di presenteismo cfr. K. Knoche, R. Sochert, K. Houston, *Promoting Healthy Work for Workers with Chronic Illness: A Guide to Good Practice*, cit. qui 9.

¹⁴⁵ In questi termini, nell'ambito di uno studio sull'impatto dei programmi di *wellness at work* sulla efficienza delle organizzazioni aziendali, cfr. il World Economic Forum, *The Wellness Imperative Creating More Effective Organizations*, Geneva, 2010, 16.

¹⁴⁶ È questo l'interrogativo che si pone lo studio di Z. Bajorek, V. Shreeve, S. Bevan, T. Taskila, *The Way Forward: Policy Options...*, cit., qui 9.

¹⁴⁷ In questa prospettiva ancora Z. Bajorek, V. Shreeve, S. Bevan, T. Taskila, *The Way Forward: Policy Options...*, cit., qui 10.

¹⁴⁸ Da segnalare tuttavia, con riferimento al sistema di relazioni industriali italiano, la diffusione in numerosi settori produttivi, caratterizzati dalla presenza di piccole e piccolissime imprese, di innovative forme di welfare contrattuale comprensive di prestazioni sanitarie ed assistenziali (c.d. bilateralismo). Rinvio sul punto a M. Tiraboschi, *Bilateralism and Bilateral Bodies: The New Frontier of Industrial Relations in Italy*, in *E-Journal of International and Comparative Labour Studies*, 2013, 113-128, cui *adde* la ricerca condotta da Italia Lavoro (Agenzia tecnica del Ministero del lavoro) nel 2012-2013 su compiti e funzioni dei sistemi bilaterali e, segnatamente, la parte relativa ai sistemi bilaterali di welfare e alla sanità integrativa (cfr. Italia lavoro, *Gli enti bilaterali in Italia – Primo rapporto nazionale*, 2013, 127-146).

¹⁴⁹ Cfr. S. Mattke, H. Liu, J.P. Caloyeras, C.Y. Huang, K.R. Van Busum, D. Khodyakov, V. Shier, *Workplace Wellness Programs Study*, RAND, Santa Monica, 2013 e anche R.Z. Goetzl, R.M. Henke, M. Tabrizi, K.R. Pelletier, R. Loepke, D.W. Ballard, J. Grossmeier, D.R. Anderson, D. Yach, R.K. Kelly, T. McCalister, S. Serxner, C. Selecky, L.G. Shallenberger, J.F. Fries, C. Baase, F. Isaac, K.A. Crighton, P. Wald, E. Exum, D. Shurney, R.D. Metz, *Do*

5. Una prospettiva di relazioni industriali: il nodo della produttività/sostenibilità del lavoro e l'importanza di ripensare i concetti di "presenza al lavoro", "prestazione lavorativa", "esatto adempimento contrattuale"

L'analisi sin qui condotta ha consentito di individuare la progressiva emersione, seppure con gradi di maturazione e implementazione ancora deboli e molto frammentari, di tre precise linee di azione concorrenti:

- 1) modernizzazione dei sistemi nazionali di protezione sociale nella direzione di un welfare della persona;
- 2) potenziamento delle politiche di attivazione, conciliazione e *retention*;
- 3) misure di prevenzione nei luoghi di lavoro.

Nella gestione del delicato rapporto tra malattie croniche e lavoro, nessuno spazio viene per contro ancora assegnato al possibile ruolo dei sistemi di relazioni industriali come bene testimonia una approfondita ricognizione della letteratura nazionale e internazionale di riferimento¹⁵⁰.

Invero, qualche sporadico e apprezzabile studio di frontiera non ha mancato di rilevare come la contrattazione collettiva abbia talvolta provveduto, nel corso del tempo e nei diversi settori produttivi, a rafforzare la posizione del lavoratore colpito da "gravi patologie"¹⁵¹ integrando le previsioni formali di matrice legale (*supra*, § 2). Di regola attraverso:

- 1) l'estensione della durata dei periodi di congedo e di comparto stabiliti dalle norme di legge;

Workplace Health Promotion (Wellness) Programs Work?, in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 927-934.

¹⁵⁰ Cfr. la *literature review* curata da S. Varva, *Malattie croniche e lavoro: una rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, cit.

¹⁵¹ Cfr., per il caso italiano, S. Bruzzone, *Disabilità e lavoro – Una disamina delle disposizioni contrattuali per la conciliazione dei tempi di lavoro e cura: il caso della Sclerosi Multipla*, Associazione Italiana Sclerosi Multipla, 2012, e già S. Bruzzone, *Il lavoro come preconditione di inclusione sociale nell'ambito dei diritti umani*, in AA.VV., *Lavoro e disabilità: la sclerosi multipla e le patologie croniche progressive nel mercato del lavoro*, in *Osservatorio Olympus*, 2002 (<http://olympus.uniurb.it>). Per una dettagliata rassegna dei contenuti della contrattazione collettiva (nazionale e anche aziendale) cfr. ADAPT, *Rapporto sulla contrattazione collettiva in Italia (2012-2014)*, ADAPT University Press, 2015, e, segnatamente, la parte *Malattie croniche e lavoro nella contrattazione collettiva*.

- 2) l'integrazione del reddito nei periodi di sospensione del rapporto di lavoro¹⁵²;
- 3) la concessione di brevi pause regolari per le cure sul lavoro o in chiave di compensazione degli sforzi fisici e mentali;
- 4) politiche di conciliazione incentrate sulla modulazione degli orari di lavoro, sul telelavoro e sull'accesso a forme di part-time volontario e reversibile¹⁵³;
- 5) misure di conciliazione per quei lavoratori che agiscono a sostegno di familiari affetti da malattie croniche in qualità di *care givers*¹⁵⁴;
- 6) misure e tutele relative a mobilità mansionale¹⁵⁵ e/o mobilità geografica¹⁵⁶.

¹⁵² Cfr., tra i primi interventi in materia, il contratto integrativo aziendale Luxottica del 17 ottobre 2011 che dispone, per i dipendenti affetti da gravi patologie, una integrazione fino al 100% della retribuzione oltre i 180 giorni di assenza.

¹⁵³ In chiave comparata, seppure con specifico riferimento al solo tema delle patologie oncologiche, M. Tiraboschi (a cura di), *Promoting New Measures for the Protection of Women Workers with Oncological Conditions by Means of Social Dialogue and Company-Level Collective Bargaining*, 2008, studio condotto per la Commissione europea, nell'ambito della linea di finanziamento *Industrial Relations and Social Dialogue*, ora consultabile in Osservatorio ADAPT su *Work e Chronic Diseases*.

¹⁵⁴ Con riferimento alle tutele dei *care givers* un primo passo normativo in Italia (con specifico riferimento alle patologie oncologiche) è stato compiuto dall'art. 46 del d.lgs. 10 settembre 2003, n. 276 (c.d. legge Biagi), che riconosce il diritto al part-time che, assieme ai congedi e ai permessi, può consentire una migliore conciliazione tra lavoro e cure mediche. Sul punto si veda: M. Tiraboschi, *Lavoro e tumori: Quali tutele?*, in *Bollettino Speciale ADAPT*, n. 16/2014. Con riferimento al caso americano cfr. K. Matos, E. Galinsky, *2014 National Study of Employers, Families and Work Institute*, 2014.

¹⁵⁵ Con riferimento al caso italiano CCNL Energia, ad esempio, dispone che, in caso di malattie che abbiano colpito il lavoratore, compatibilmente con le esigenze organizzative e produttive dell'azienda si terrà conto delle indicazioni delle strutture pubbliche (servizi sanitari delle ASL o strutture specializzate riconosciute dalle istituzioni) che hanno seguito il programma terapeutico e riabilitativo del lavoratore per una eventuale diversa collocazione dello stesso al fine di facilitarne il reinserimento nell'attività produttiva, anche utilizzando (ove possibile) orari flessibili e/o part-time nei casi in cui sia ritenuto opportuno dalle suddette strutture. La norma lascia intendere, seppur non in maniera esplicita, che le indicazioni fornite dalla struttura pubblica che ha seguito il lavoratore possano essere inerenti non solo all'utilizzo di orari di lavoro flessibili o part-time, ma anche al contenuto della prestazione. Cfr. *Rapporto sulla contrattazione collettiva in Italia (2012-2014)*, ADAPT University Press, cit.

¹⁵⁶ Sempre con riferimento al caso italiano CCNL Edilizia prevede una norma legata ai trasferimenti disponendo che qualora l'operatore compri di non potersi trasferire per motivi di salute o familiari, l'impresa in grado di continuare ad occuparlo nella medesima unità produttiva non procederà al licenziamento. I motivi di salute rilevano quindi, in questo caso, per evitare il licenziamento ai dipendenti che comprovino di non poter ottemperare all'ordine datoriale a causa di motivi di salute. La misura è rilevante in quanto, in materia di trasferimenti, l'unica disposizione legislativa a prevedere tutele in capo al lavoratore malato è l'art. 33 della l. 5 febbraio 1992, n. 104, che tuttavia riguarda il trasferimento del lavoratore disabile o del

Si tratta di interventi certamente meritevoli e che, tuttavia, risultano ancora disorganici e lacunosi in quanto privi di una sufficiente comprensione del fenomeno che intendono regolare così come di elementari logiche di collegamento tanto con i sistemi di welfare pubblici quanto con i sistemi di welfare privati anche aziendali¹⁵⁷. Emblematico, al riguardo, è il caso dell'Italia dove una ricca per quanto alluvionale casistica contrattuale¹⁵⁸ ha determinato una estesa e generosa applicazione del diritto, di fonte legale, al part-time in caso di patologia oncologica¹⁵⁹ ingenerando tuttavia situazioni di palese difformità – se non di vera e propria discriminazione – nei confronti dei lavoratori affetti da altre patologie croniche gravi che, infatti, non godono di tutele comparabili senza che vi sia alla base della scelta del Legislatore, così come degli attori del sistema di relazioni industriali, un sufficiente criterio di ragionevolezza¹⁶⁰.

Un conto, in effetti, è riconoscere come, in termini di tutele e diritti sul lavoro, le malattie croniche possano in via di prima approssimazione rappresentare, tanto per il giurista che per il responsabile del personale o il sindacalista, un insieme indistinto e indifferenziato di situazioni di grave vulnerabilità dei lavoratori tali da comportare periodi più o meno lunghi di assenza giustificata dal lavoro e che, di conseguenza, richiedano adattamenti contrattuali relativamente ai tempi di lavoro e, più in generale, alle modalità di esatto adempimento degli obblighi contrattuali. Altra cosa, tuttavia, è l'estensione e l'implementazione delle tutele e dei diritti per il tramite degli attori della contrattazione collettiva che, come è naturale che sia, difettano di quelle minime

familiare di soggetto disabile. Cfr. *Rapporto sulla contrattazione collettiva in Italia (2012-2014)*, ADAPT University Press, cit.

¹⁵⁷ Ho affrontato il tema in *Oltre il conflitto: le nuove prospettive del welfare aziendale in Italia*, in *Contratti e contrattazione*, dicembre 2014, n. 12, 4-5. Sul punto, con riferimento al caso italiano, cfr. lo studio curato da E. Massagli, *Il welfare aziendale territoriale per la micro, piccola e media impresa italiana*, cit.

¹⁵⁸ Cfr. *Rapporto sulla contrattazione collettiva in Italia (2012-2014)*, ADAPT University Press, cit.

¹⁵⁹ Art. 46, d.lgs. 10 settembre 2003, n. 276, su cui cfr. la circ. Min. lav. n. 40/2005. Per una analisi della disposizione e della contrattazione collettiva di riferimento rinvio a P. Tiraboschi, M. Tiraboschi, *Per un diritto del lavoro al servizio della persona: le tutele per i lavoratori affetti da patologie oncologiche e tumore al seno*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, 2006, n. 2, 524-530.

¹⁶⁰ Diffusamente S. Bruzzone, *Disabilità e lavoro...*, cit., spec. 11-16, 19-20, 23, 28-29. Vero è, peraltro, che il cancro si differenzia ancora, nell'immaginario sociale, da tutte le altre malattie croniche per quello stigma che segna, a partire dall'ambiente di lavoro, la persona che ne è colpita come se non fosse possibile non solo un ritorno al lavoro ma anche, come pure la scienza oggi dimostra, un superamento della malattia grazie alle nuove cure e ai progressi della scienza.

cognizioni tecniche (mediche, psicologiche e terapeutiche) che consentano di trattare in modo sufficientemente differenziato le conseguenze delle diverse patologie croniche sul singolo rapporto di lavoro non in ragione di fattori del tutto fortuiti¹⁶¹ quanto dei diversi gradi di intensità e gravità della malattia sul lavoratore e sulla sua (residua) capacità di adempiere (in tutto, in parte o solo temporaneamente) alle obbligazioni contrattuali.

Non è del resto un caso che gli studi, invero ancora poco numerosi¹⁶², che si sono occupati di monitorare l'impatto della malattia sul lavoro o sul ritorno in azienda dopo le cure e la riabilitazione siano stati condotti, per la quasi totalità dei casi, da gruppi di medici e con riferimento a una singola e specifica patologia.

La letteratura che, per contro, si è episodicamente occupata di valutare gli effetti sul lavoro in relazione a diverse tipologie di malattie croniche è giunta alla conclusione che, accanto ad esigenze comuni a tutti i malati (capacità di affrontare la malattia, supporto dei colleghi e dei superiori, condizioni di lavoro adatte, supporto medico e sociale, sussistenza di incentivi, orari e carichi di lavoro compatibili, gestione delle assenze, presenteismo, ecc.), esistano nondimeno specifiche esigenze di conciliazione e di "adattamento" degli impegni (contrattuali) di lavoro che variano, anche in modo significativo, a seconda della diversa patologia¹⁶³ e, persino, del tipo di reazione da parte di ogni singola persona alla malattia e alle relative cure.

Come già rilevato con riferimento ai sistemi di protezione sociale (*supra*, § 2), anche la contrattazione collettiva, là dove è intervenuta a tutela del lavoratore affetto da malattia cronica, ha dunque sin qui adottato modelli di regolazione standardizzati (c.d. *one-size-fits-all*) e che, tuttavia, risultano alla prova dei fatti largamente inadeguati sia sul piano delle opzioni definitive sia nella gestione dei singoli casi concreti posto che non ammettono valutazioni dinamiche mirate sulla persona e, conseguentemente, sull'impatto concreto dalla specifica malattia sulla prestazione di lavoro anche in relazione al tipo di occupazione e mestiere, alla tipologia contrattuale, alle mansioni contrattuali, ecc.

¹⁶¹ Come avvenuto in Italia per il caso del diritto al part-time in caso di malattie oncologiche frutto di una segnalazione in via informale del presidente della Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici, professor De Lorenzo, all'allora viceministro del lavoro Maurizio Sacconi nella fase di redazione della c.d. legge Biagi.

¹⁶² Cfr. la *Literature Review* curata da S. Varva, *Malattie croniche e lavoro: una rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, cit.

¹⁶³ Cfr., con riferimento a lavoratori affetti da artrite reumatoide, diabete mellito e perdita dell'udito, S.I. Detaille, J.A. Haafkens, F.J. van Dijk, *What Employees with Rheumatoid Arthritis, Diabetes Mellitus and Hearing Loss Need to Cope at Work*, in *Work Environ Health*, 2003, 134-142.

L'invito a fare a livello aziendale ogni adattamento ragionevole in ragione dei bisogni (e delle concrete possibilità) del singolo lavoratore malato¹⁶⁴ rimane così largamente disatteso.

La verità è che gli interventi del sistema di relazioni industriali, di regola circoscritti al solo lavoro subordinato e ai rapporti c.d. standard (*supra*, § 2), si caratterizzano per una impostazione puramente difensiva rispetto agli effetti della malattia cronica con l'obiettivo di contenere, in chiave di tutela del posto di lavoro e del reddito del lavoratore, la meccanica applicazione di logiche di matrice privatista nella misurazione dell'adempimento contrattuale e nella conseguente valutazione della sopravvenuta inidoneità alla mansione come ipotesi di risoluzione del rapporto di lavoro¹⁶⁵.

Si comprende così perché, nell'ambito delle patologie croniche, importanti diritti formali di matrice non solo legale ma anche contrattuale, soprattutto là dove siano privi di una adeguata connessione con gli interventi medici, formativi e psicologici di recupero e riabilitazione¹⁶⁶ o, comunque, non inseriti in precise policy aziendali di *wellness at work* (*supra*, § 4), finiscano il più delle volte col risultare dotati, nella prassi applicativa del mondo del lavoro, di un bassissimo livello di effettività¹⁶⁷.

Eppure proprio il sistema di relazioni industriali potrebbe giocare un ruolo decisivo nelle politiche di attivazione e ritorno al lavoro dei malati cronici se solo comprendesse – e ovviamente recepisce attraverso la contrattazione collettiva e i sistemi bilaterali di gestione del welfare a livello aziendale e/o territoriale – le profonde modificazioni del lavoro frutto dei cambiamenti non solo tecnologici ma anche demografici e organizzativi che non poco incidono sui concetti di “presenza al lavoro”, “prestazione lavorativa”, “esatto adempimento contrattuale”.

Nella messa a punto delle tutele di nuova generazione si tratta, in altri termini, non solo di tenere in debita considerazione la recente evoluzione delle tipologie contrattuali e delle forme di lavoro, ma anche di interpretare la grande tra-

¹⁶⁴ In questa prospettiva cfr. le raccomandazioni del European Network For Workplace Health Promotion, *Recommendations from ENWHP's Ninth Initiative Promoting Healthy Work for Employees with Chronic Illness – Public Health and Work*, cit., 5.

¹⁶⁵ Il tema è affrontato, in chiave comparata, da S. Fernández Martínez, *Enfermedad crónica y despido del trabajador: una perspectiva comparada*, cit. Con riferimento al caso italiano cfr. S. Giubboni, *Sopravenuta inidoneità alla mansione e licenziamento*, cit.

¹⁶⁶ Vedi *supra*, nota 70.

¹⁶⁷ Cfr., per il caso italiano, F. De Lorenzo, *Lavorare durante e dopo il cancro: una risorsa per l'impresa e per il lavoratore*, cit. *supra*, nota 69.

sformazione dei modi di lavorare e produrre¹⁶⁸ che incide profondamente, a maggior ragione in un contesto di progressivo invecchiamento della forza-lavoro, sul «concetto di *lavoratore* e di sue *capacità lavorative*, di *idoneità*, in origine generica e indifferenziata, ed oggi necessariamente sempre più specifica in relazione alla mansione»¹⁶⁹ così come alle diverse fasi evolutive o anche involutive delle carriere lavorative.

Il tema delle malattie croniche si presenta, insomma, come terreno privilegiato per la sperimentazione per via contrattuale di nuovi modelli organizzativi e regolatori del lavoro che consentano, in ragione dei cambiamenti socio-economici e demografici in atto, una migliore misurazione della produttività del lavoro¹⁷⁰ in aderenza ai percorsi professionali e di carriera dei singoli lavoratori e alla idea emergente di una “sostenibilità del lavoro” che sia tale da in-

¹⁶⁸ Sui nuovi modi di fare impresa e organizzare i processi produttivi, l'evoluzione di tipologie contrattuali atipiche e delle forme di lavoro, anche autonome, l'evoluzione dei mestieri, delle competenze e delle professioni, la sfida della modernizzazione del mercato del lavoro, si veda *Le Grande Trasformazione del Lavoro*, blog ADAPT su Nòva, *Il Sole 24 Ore* (<http://adapt.nova100.ilsole24ore.com>).

¹⁶⁹ Così, assai meglio di quanto potremmo dire noi: R. Linares, V. Mortara, *Abilità, idoneità, capacità, validità: problematiche dell'inserimento, riammissione e reinserimento al lavoro*, in F. Pelone (a cura di), *Atti VII Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale*, INAIL, 2009, qui 303.

¹⁷⁰ Già si è ricordato (*supra*, § 1) che la leva della produttività è oggi messa in crisi da un quadro demografico in cui l'aumento dell'indice di dipendenza economica (European Commission, Directorate-General of Economic and Financial Affairs, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU27 Members States (2010-2060)*, 2012, in particolare 71-75) accompagnato da crescenti costi (diretti e indiretti) connessi alla cura delle malattie croniche (si veda, a titolo di esempio, sul contesto europeo: F. De Lorenzo, *Presentazione Progetto ProJob: lavorare durante e dopo il cancro*, cit. cui *adde*, per il caso americano, U.S. Workplace Alliance, *The Burden of Chronic Disease on Business and U.S. Competitiveness*, 2009) e alla mancata partecipazione al mercato del lavoro dei malati cronici (i costi più alti sono infatti quelli derivanti per “gli anni persi dal lavoro”), comporta una serie di criticità per la sostenibilità dei sistemi economici e sociali che urge un ripensamento dei meccanismi di *retention* e ritorno al lavoro di questo gruppo di persone. Il punto è ben sottolineato da R. Busse, M. Blümel, D. Scheller-Kreinsen, A. Zentner, *Tackling Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges*, *European Observatory on Health Systems and Policies*, World Health Organization 2010, qui 20: «with regard to labour supply and labour productivity, chronic conditions and diseases mean fewer people in the workforce, with early retirement, barriers to employment, and stigma. There is reasonable evidence on the negative impact of chronic disease and risk factors on the labour market, showing that chronic disease affects labour supply in terms of workforce participation, hours worked, job turnover and early retirement as well as wages, earnings and position reached».

cludere nella valutazione della prestazione negoziale anche le condizioni di salute fisica e mentale del lavoro¹⁷¹.

È del tutto evidente, in questa prospettiva, lo spazio (potenziale) dei sistemi di relazioni industriali, oggi in uno stato di profondo declino¹⁷², e che, tuttavia, nel solco della tradizionale ricerca di un punto di equilibrio tra le ragioni di impresa e le istanze di tutela del lavoro, potrebbero ora perseguire una strada di radicale rinnovamento¹⁷³ delle tecniche di misurazione (e re-distribuzione) del valore del lavoro.

Se tutta da valutare – e da affidare alle determinazioni di un libero e responsabile sistema di contrattazione collettiva – è la possibilità di inserire nello scambio contrattuale un rinnovato “contenuto assicurativo”, tale da garantire una migliore gestione delle evenienze di una malattia cronica nell’ambito di un rapporto di lavoro a fronte di contropartite sul versante della flessibilità e produttività del lavoro¹⁷⁴, si tratta quantomeno di mettere a punto un rinnovato e più elastico contenuto della prestazione lavorativa in funzione dei radicali cambiamenti in atto nella società come nei contesti produttivi e di organizzazione del lavoro. Un contenuto della singola prestazione lavorativa – della sua misurazione e dei relativi scambi negoziali – che contenga una valutazione analitica e complessiva di diversi parametri non più solo “oggettivi”, ma anche “soggettivi” in funzione della sostenibilità del lavoro in un contesto produttivo e fattuale dato.

¹⁷¹ In questo senso cfr. l’importante studio realizzato dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Sustainable Work and the Ageing Workforce*, Luxembourg, 2012, ove vengono individuati, in dettaglio, i principali indicatori del concetto di “lavoro sostenibile”. Nella letteratura cfr. P.P. Docherty, J. Forslin, A.B. Shani, *Creating Sustainable Work Systems – Emerging Perspectives and Practice*, Routledge, London, 2002.

¹⁷² Sul declino dei sistemi di relazioni industriali – e degli studi scientifici sottostanti – cfr., nella abbondante letteratura, B. Kaufman, *Il principio essenziale e il teorema fondamentale delle relazioni industriali*, in volume M. Massagli, R. Caragnano (a cura di), *Regole, conflitto, partecipazione*, Giuffrè, 2013, 3-40, nonché il dibattito dottrinario innescato dal saggio di A. Hassel, *The Erosion of the German System of Industrial Relations*, in *British Journal of Industrial Relations*, 1999, 483-505.

¹⁷³ Sulle prospettive di rinnovamento del sistema di relazioni industriali ancora B. Kaufman, *Il principio essenziale e il teorema fondamentale delle relazioni industriali*, cit., e, con riferimento al caso tedesco ma con implicazioni teoriche di più ampia portata, W. Streeck, *Reforming Capitalism. Institutional Change in the German Political Economy*, Oxford University Press, 2010.

¹⁷⁴ Emblematico, in Italia, il già richiamato caso del contratto collettivo del commercio dove, nel rinnovo del 26 febbraio 2011, a fronte della esigenza datoriale di recuperi di produttività anche sul tema delle assenze dal lavoro si sono “penalizzate” le assenze brevi in modo da fornire maggiori e più robuste tutele ai lavoratori in casi di malattie gravi e di lunga durata, cfr. E. Carminati, *Lotta agli assenteisti e maggiori tutele per i malati gravi*, cit.

Lungi dal rappresentare un capitolo marginale del diritto del lavoro, il complesso rapporto tra malattia (cronica) e lavoro può, in conclusione del nostro ragionamento e come premessa per ulteriori percorsi di ricerca e riflessione, consentire di superare quelle logiche standardizzate – bene evidenziate dai rigidi e largamente obsoleti sistemi di classificazione e inquadramento del personale definiti nella contrattazione collettiva nazionale di molti Paesi¹⁷⁵ – tipiche del Novecento industriale di misurazione della prestazione di lavoro aprendo la strada a un sistema maggiormente incentrato sulle esigenze della persona e sul suo effettivo contributo al processo produttivo ben oltre una valutazione di tipo esclusivamente mercantile del rapporto di lavoro sotteso allo scambio lavoro contro retribuzione¹⁷⁶.

¹⁷⁵ Sulle prospettive di superamento dei rigidi criteri di classificazione e inquadramento del personale cfr., con riferimento al caso italiano, quanto sostenuto in L. Rustico, N. Tiraboschi, *Standard professionali e standard formativi*, in M. Tiraboschi (a cura di), *Il testo unico dell'apprendistato*, Giuffrè, Milano, 2911, 423-450. Sul punto vedi già, per l'impostazione del problema, M. Magnani, *Organizzazione del lavoro e professionalità tra rapporti e mercato del lavoro*, in *Giornale di Diritto del Lavoro e di Relazioni Industriali*, 2004, 165 ss.

¹⁷⁶ Si tratta indubbiamente di una prospettiva che apre a logiche partecipative e istituzionali della impresa ben oltre le tradizionali, e ancora oggi dominanti, logiche mercantilistiche di matrice rigorosamente contrattuale. Per l'impostazione tradizionale cfr. invece, per tutti, U. Carabelli, *Organizzazione del lavoro e professionalità: una riflessione su contratto di lavoro e post-taylorismo*, in *Giornale di Diritto del Lavoro e di Relazioni Industriali*, 2004, 1 ss.

Literature Review su lavoro e malattie croniche

di Simone Varva *

Sommario: 1. Quadro definitorio in prospettiva interdisciplinare. – 1.1. Definizione di malattia cronica. – 1.2. Le malattie croniche quale minaccia sociale e perdita economica. – 1.3. Diffusione delle malattie croniche: età, ricchezza, sistemi di protezione sociale. – 1.4. Cause e fattori di rischio. – 1.5. Prevenzione delle malattie croniche. – 1.6. Le specifiche malattie croniche. – 1.6.1. Il diabete. – 1.6.2. Malattie respiratorie. – 1.6.3. Malattie cardiovascolari. – 1.6.4. Malattie oncologiche. – 1.6.5. HIV, epatite B e C. – 1.6.6. Malattie mentali. – 1.7. Attività lavorativa e sviluppo di malattie croniche. – 1.8. Malattie croniche e indici di occupazione. – 1.9. L'aumento delle malattie croniche connesso all'invecchiamento della popolazione. – 1.10. Il diverso impatto di genere delle malattie croniche. – 2. Conseguenze delle malattie croniche sull'attività lavorativa. – 2.1. Effetti sull'attività lavorativa in seguito alla manifestazione delle patologie croniche. – 2.2. I fattori che favoriscono il mantenimento del posto di lavoro ai malati cronici. – 2.3. Il ricollocamento lavorativo dei malati cronici. – 2.3.1. I fattori che condizionano la possibilità di ricollocamento. – 2.3.2. *Segue:* cancer survivors. – 2.3.3. *Segue:* dolori cronici. – 2.3.4. *Segue:* disordini mentali. – 2.4. Limiti tecnici presentati dagli studi sulle malattie croniche nel mercato del lavoro. – 3. Verso una politica di gestione e prevenzione delle malattie croniche nel mondo del lavoro. – 3.1. Livello internazionale. – 3.2. Livello regionale in ambito europeo. – 3.4. Livello nazionale. – 3.5. Livello locale. – 3.6. Associazioni, Istituti, Networks. – 3.7. Livello privatistico. – 3.7.1. Su iniziativa datoriale. – 3.7.2. In via convenzionale. – 3.8. La rilevanza della nozione di “vulnerabilità”.

* Il presente contributo costituisce un aggiornamento a fine 2014 della *Literature Review* apparsa in [S. Varva \(a cura di\), *Malattie croniche e lavoro. Una prima rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, ADAPT University Press, 2014.](#)

1. Quadro definitorio in prospettiva interdisciplinare

1.1. Definizione di malattia cronica

Nella letteratura internazionale è definita malattia cronica «una malattia che abbia una o più delle seguenti caratteristiche: è permanente, lascia una inabilità residuale, è causata da una alterazione patologica non reversibile, richiede una speciale riabilitazione del paziente ovvero ci si può attendere che richieda un lungo periodo di supervisione, osservazione o cura», come da definizione in T. C. Timmereck, *Dictionary of Health Services Management Hardcover*, 1986, National Health Publishing; più di recente, è stata considerata malattia cronica «una condizione di lunga durata che può essere controllata ma non curata», [Center for Managing Chronic Disease, University of Michigan](#); ovvero «una condizione che ci si può attendere duri almeno un anno, che limita le abilità del soggetto di svolgere ordinarie attività fisiche, che richiede normalmente delle cure e dei trattamenti prolungati nel tempo», L.C. Koch et Al., *A narrative literature review regarding job retention strategies for people with chronic illnesses*, in *Work*, 2013, 125 (elaborata sulla base della definizione del [Partnership for solutions](#); uno studio recente riporta l'analogia definizione secondo cui la malattia cronica è una «esperienza personale di una patologia irreversibile a lungo termine che duri da più di tre mesi», W. Koolhaas et Al., *Towards a sustainable healthy working life: associations between chronological age, functional age and work outcomes*, in *European journal of public health*, 2011, 425.

Sulla base della definizione utilizzata in sede di Organizzazione mondiale della sanità, è stata elaborata un'ampia definizione di malattia cronica del seguente tenore: «qualsiasi malattia che conduce a problemi di salute e forme di inabilità che necessitano di trattamenti terapeutici che durino almeno un anno», European Network for Workplace Health Promotion, *Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice*, 2012, 8, consultabile nella banca dati Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic.

Vi è da rilevare che le caratteristiche peculiari della malattia cronica sembrano essere, da un lato, l'assenza di una cura definitiva (e perciò la malattia è destinata a proseguire nel tempo, eventualmente con fasi di miglioramento, sovente con un progressivo peggioramento) e, dall'altro, il costituire conseguenza dell'aggravamento degenerativo dei c.d. "fattori di rischio". In uno studio medico-clinico olandese le malattie croniche sono state definite come patologie che non passano («that do not go away»), che sono imprevedibili nel loro de-

corso, che cambiano di giorno in giorno e che spesso sono invisibili; le malattie croniche si distinguerebbero da quelle condizioni blande o moderate di tipo cardio-respiratorio, muscolo-scheletrico o di altro tipo che a loro volta possono avere una lunga durata ma che non sono necessariamente irreversibili I. Varekamp et Al., *Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2009, 399.

L'impressione è che a livello internazionale, a ben vedere non tanto nell'ambito medico scientifico ma piuttosto in quello degli studi socio-economici e nel linguaggio delle organizzazioni internazionali, una formula utilizzata sovente quale alternativa a quella di malattia cronica sia quella di malattia non trasmissibile (*non-communicable disease*); espressione che, ad esempio, sta ad indicare nell'ambito dell'Organizzazione mondiale della sanità una patologia che non si può trasmettere da persona a persona, che abbia una lunga durata e che sia generalmente caratterizzata da un lungo decorso clinico. Nell'impostazione dell'Organizzazione mondiale della sanità, peraltro, le due formule sembrano utilizzate in molti frangenti quali sinonimi; va rilevato che tecnicamente l'utilizzo senza distinzione potrebbe risultare improprio in quanto alcune patologie, certamente rientranti nel novero delle malattie croniche, possono essere tuttavia trasmesse (si pensi al caso dell'HIV o delle epatiti B e C). Sulle differenti definizioni di malattia cronica e malattia non trasmissibile in ambito di Organizzazione mondiale della sanità, si veda World Health Organization, *Chronic diseases and health promotion. Part Two: the urgent need for action. Chapter One: chronic diseases, causes and health impact. Terminology on chronic disease*, consultabile nella banca dati [Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#). Secondo una definizione assimilabile è malattia non trasmissibile una patologia o una condizione che colpisce per un periodo esteso di tempo e per la quale non sono conosciute modalità di trasmissioni da un soggetto malato ad un altro, A.S. Daar et Al., *Grand challenges in chronic non-communicable diseases*, in *Nature*, 2007, vol. 450, 495.

Al di là delle definizioni più o meno stringenti, sono pacificamente ricomprese sotto l'ombrello delle malattie croniche una serie di patologie, seppur caratterizzate da alcuni tratti di peculiarità e specificità:

- malattie cardiovascolari (*cardiovascular diseases*);
- diabete e altre malattie renali (*chronic kidney diseases*, soprattutto diabete mellito di tipo 2);
- malattie oncologiche;
- malattie epatiche (*liver diseases*, soprattutto epatiti, cirrosi, fegato grasso);

- malattie mentali (*mental health diseases*, soprattutto depressione, ma anche ansietà o forme di dipendenza psicologica);
- malattie respiratorie (*respiratory diseases*, soprattutto ostruzioni bronco-polmonari croniche, asma e allergie in senso lato);
- malattie di tipo reumatico e artritico;

In uno studio olandese, N.C.G.M. Donders et Al., *Fatigue, emotional exhaustion and perceived health complaints associated with work-related characteristics in employees with and without chronic diseases*, in *International archives of occupational and environmental health*, 2007, 579, sono state considerate malattie croniche anche le seguenti:

- malattie del sistema nervoso (morbo di Parkinson, sclerosi multipla);
- malattie della pelle;
- malattie gastro-intestinali.

Diverse elencazioni delle malattie croniche sono state ricavate da European Network for Workplace Health Promotion, *Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice*, 2012, 11-12, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* e da World Health Organization, *Fact sheets: chronic diseases*.

Un interessante percorso di approfondimento del tema delle malattie croniche è proposto da quegli studi che enfatizzano come generalmente il decorso della patologia segua un andamento fluido e oscillatorio, secondo una alternanza di “picchi” e “attenuazioni” che non permettono di classificare rigidamente il grado di inabilità del lavoratore in quanto mutevole nel corso del tempo. Parlano in questo senso di «complex, fluctuating episodic disabilities», di «notion of precarious bodies» e di «living in between fluid realities of shifting bodily conditions», A. Vick, E. Lightman, *Barriers to employment among women with complex episodic disabilities*, in *Journal of disability policy studies*, 2010, 71; mentre Koch et Al., *A narrative literature review regarding job retention strategies for people with chronic illnesses*, in *Work*, 2013, 126, evidenzia come le condizioni di lavoro e di disabilità dei soggetti con malattie croniche seguano un andamento “fluttuante” piuttosto che lineare e progressivo.

Una nozione che nell’ambito della regolazione e della tutela legale dei lavoratori malati cronici può assumere indubbia importanza è quella, certamente più lata, di (parziale) incapacità al lavoro (*incapacity for work*); essa è sovente posta a base delle normative nazionali di protezione sociale: tuttavia problemi complessi derivano dall’assenza di una definizione condivisa a livello internazionale. Sulla problematica in ambito europeo T. Erhag, “*Incapacity for*

work”; a National legal concept with cross-national functions, in S. Devetzi, S. Stendahl (a cura di), *Too sick to work? Social security reforms in Europe for persons with reduced earnings capacity*, in The Netherlands, 2011, spec. 22-26.

1.2. Le malattie croniche quale minaccia sociale e perdita economica

Tra le diverse malattie croniche, quattro categorie sono quelle considerate più rilevanti e minacciose: le patologie cardiovascolari, alcune tipologie di cancro, le malattie croniche respiratorie, il diabete. Considerate complessivamente queste patologie sono alla base del 60% delle cause di morte nel mondo. Nel 2007 è stato previsto che nell’arco di 10 anni la perdita economica subita dalle nazioni causata dal diffondersi delle malattie croniche sarebbe stata ingente: portando alcuni esempi, le perdite si sarebbero attestate in 558 miliardi di dollari per la Cina, 237 miliardi di dollari per l’India, 33 miliardi di dollari per il Regno Unito, A.S. Daar ed Al., *Grand challenges in chronic non-communicable diseases*, in *Nature*, 2007, vol. 450, 494.

Al termine della prima Conferenza mondiale dei ministri della sanità su uno stile di vita sano e sul controllo delle malattie croniche i responsabili nazionali del dicastero competente hanno espresso nella Dichiarazione di Mosca la necessità di coinvolgere il mondo dell’impresa e del lavoro (nonché le organizzazioni della società civile) per realizzare una promozione effettiva delle malattie croniche; in particolare nel “*rationale for action*”, al punto n. 4 si evidenzia come le malattie non trasmissibili impattino in modo significativo sulla salute della forza-lavoro e sulla produzione nazionale nei paesi emergenti e in quelli sviluppati, First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control Moscow, *Moscow declaration*, consultabile nella banca dati *Documentazione internazionale dell’Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

Sulla minaccia sociale derivante dalla crescita delle malattie croniche, sulle diverse patologie, sui fattori di rischio e sulla necessità di promuovere sensibilizzazione sulla problematica, l’Organizzazione mondiale della sanità ha prodotto diversi documenti; in particolare può essere menzionato il *Global Action Plan 2013-2020*, Geneva, 2013, 7, in cui si sottolinea come le malattie croniche sono la prima causa di morte nel mondo (63%) e come occorra lavorare intensamente sulla prevenzione attraverso l’adozione di abitudini di vita sana e sulla predisposizione di servizi sanitari adeguati. A cura della medesima orga-

nizzazione è stato pubblicato l'accurato rapporto *Global status report on non-communicable diseases*, Geneva, 2010, 1-8 (sintesi).

In seguito alla celebrazione della 66^a Assemblea mondiale sulla sanità avente ad oggetto le malattie croniche, è stato realizzato un *follow-up* in cui viene evidenziata la necessità di procedere ad una politica globale per la prevenzione delle malattie croniche e per miglioramento delle condizioni dei malati, World Health Assembly, *Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*, consultabile nella banca dati *Documentazione internazionale dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*; una sintesi dei punti affrontati nel *follow-up* è riportata in O. Chestnov, *A milestone in the response to non-communicable diseases*, in *The Lancet*, 2013, vol. 382, 481-482.

La struttura europea dell'Organizzazione mondiale della sanità sta sviluppando anche un piano d'azione regionale per combattere le malattie croniche in Europa, concentrandosi sulla lotta a disturbi cardiovascolari, cancro e diabete che rappresentano le patologie più diffuse nel vecchio continente. Nel piano si fa specifico riferimento al significativo dato secondo il quale in Europa ogni anno più di 300 mila lavoratori muoiono a causa di malattie croniche connesse alla loro attività lavorativa; si osserva che in questo contesto, i fattori di rischio sono involontari e che l'effetto può essere mitigato attraverso programmi di prevenzione e di promozione della salute. I c.d. "*workplace health promotion programs*" (WHPP) sono piani integrati volti a migliorare la salubrità dei luoghi di lavoro; sono finalizzati a ridurre i fattori di rischio attraverso: la lotta all'inattività fisica e alle abitudini alimentari non sane, il divieto di consumo di alcolici e di fumo, la riduzione dei rischi psicosociali; World Health Organization, *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016*, Copenhagen, 2012.

È stato rilevato come il 23,5% della forza-lavoro nell'UE sia malato cronico e come il 19% abbia dichiarato di soffrire di problemi di salute di lungo periodo, European Network for Workplace Health Promotion, *PH work: promoting healthy work for people with chronic illness. 9th initiative (2011-2013)*, 2013.

Anche nel recente Regolamento 2013/1291/UE dell'11 dicembre 2013 N. 1291, che istituisce il programma quadro di ricerca e innovazione (2014-2020) Orizzonte 2020, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*, allegato 1, parte III, rubricato *Sfide per la società*, viene fatto riferimento alla crescente diffusione dell'Unione Europea delle malattie croniche e del relativo costo economico-

sociale: vengono in particolare riportati dati secondo cui «nell'Unione, le malattie cardiovascolari ogni anno provocano oltre 2 milioni di decessi e determinano costi economici pari a oltre 192 miliardi di EUR, mentre il cancro è causa di un quarto di tutti i decessi ed è la prima causa di morte per le persone nella fascia di età 45-64. Oltre 27 milioni di persone nell'Unione soffrono di diabete e oltre 120 milioni sono affette da malattie reumatiche e muscolo scheletriche [...] il costo totale dei disturbi cerebrali (compresi, ma non limitati a quelli che riguardano la salute mentale, tra cui la depressione) è stato stimato a 800 miliardi di EUR. Si stima che i disturbi mentali da soli colpiscano 165 milioni di persone nell'Unione, con un costo di 118 miliardi di EUR».

Un lavoro monografico molto approfondito ha esaminato l'impatto delle malattie croniche sotto il profilo specificamente economico; partendo dalla considerazione che sono diversi i fattori che conducono all'incremento della diffusione delle malattie croniche (aumento dell'aspettativa di vita, rapido inurbamento, importati modifiche negli stili di vita quali ipertensione, regimi dietetici, vita sedentaria), passando ad analizzare i costi microeconomici e macroeconomici delle malattie croniche, gli autori concludono osservando come sia economicamente efficiente l'intervento dell'autorità pubblica (soprattutto in via preventiva): M. Suhrcke et Al., *Chronic disease: an economic perspective*, London, 2006, 17-28 e 29-39.

Si sottolinea come gli imprenditori risparmiano una media di 3,27 dollari per le spese mediche e 2,73 dollari per il costo delle assenze per malattia grazie a ciascun dollaro investito in programmi di benessere sul posto di lavoro, K. Baicker et Al., *Workplace Wellness Programs Can Generate Savings*, in *Health affairs*, 2010, 308.

1.3. Diffusione delle malattie croniche: età, ricchezza, sistemi di protezione sociale

La diffusione di malattie croniche tra i paesi non è omogenea in quanto, almeno secondo alcuni studi, cresce all'aumentare della ricchezza e del benessere. Sotto l'aspetto delle possibilità di cura, invece, la qualità del sistema sanitario diviene il fattore determinante: ne consegue che le percentuali dei decessi prematuri derivanti dalla patologia sono triplicate nei paesi poveri rispetto ai quelli ricchi. La relazione World Health Organization, *Noncommunicable diseases. Country profiles 2014*, Geneva, 2011, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#), permette di analizzare le caratteristiche dei singoli Stati nazionali in relazione a

diversi fattori quali: i comportamenti che assurgono a fattori di rischio, i rischi legati al metabolismo, il numero dei malati, la percentuale di mortalità, le capacità di fornire assistenza ai malati da parte del sistema sanitario.

D'interesse notare che in alcune analisi si mette in dubbio la correttezza dell'eccessiva semplificazione secondo cui i soggetti più predisposti a contrarre malattie croniche sarebbero la persone di età avanzata (o comunque non giovani) che dispongano di una certa ricchezza, M. Suhrcke et Al., *Chronic disease: an economic perspective*, London, 2006, 15-16.

È stato osservato come in Europa, a seguito del significativo cambiamento demografico e della recessione economica si assiste all'invecchiamento della popolazione lavorativa e alla progressiva riduzione di lavoratori qualificati, European Network for Workplace Health Promotion, [*PH work: promoting healthy work for people with chronic illness. 9th initiative \(2011-2013\), 2013.*](#)

Uno studio riguardante la forza-lavoro nel Regno Unito evidenzia come nel decennio 2012-2022 la richiesta di lavoratori sarà di 13,5 milioni, mentre soltanto 7 milioni sarà la quota coperta dai giovani pronti a entrare nel mercato del lavoro. Nel contempo, le proiezioni vedono il numero dei cittadini ultracinquantenni crescere fino al 36% entro il 2020, mentre l'età media della popolazione passerà dai 39,7 del 2010 al 42,2 del 2035 (nel 2035 triplicherà anche il numero degli ultra novantenni e quadruplicherà quella degli ultranovantacinquenni), Healty Working Lives, *Managing a healthy ageing workforce. A National business imperative. A guide for employers*, 2012, 2, 4 e 5, consultabile nella banca dati [Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

Secondo i dati più recenti negli Stati Uniti metà della popolazione adulta soffre di almeno una malattia cronica e un quarto ha più malattie croniche; secondo attendibili proiezioni scientifiche il numero dei malati è destinata ad aumentare significativamente (i diabetici dovrebbero raddoppiare nei prossimi 25 anni e il numero di soggetti che manifestano disordini mentali potrebbe passare dagli attuali 30 milioni ai 47 milioni entro i prossimi 10 anni; analoghe previsioni sono state fatte per le artriti e per le malattie cardiovascolari), L.C. Koch et Al., *A narrative literature review regarding job retention strategies for people with chronic illnesses*, in W, 2013, 125.

Anche in una analoga analisi riguardante l'Ucraina si rileva drammaticamente che «con la morte in età giovanile della sua popolazione di lavoratori, l'Ucraina è di fronte a una crisi mortale» (circa un ucraino adulto su 2 soffre di una o più malattie croniche). Peraltro la mortalità dovuta alle malattie croniche colpisce in prevalenza gli uomini, con evidenti conseguenze anche sul piano sociale e demografico; le cause sono da attribuirsi soprattutto allo stile di vita,

ovvero all'abuso nel consumo di alcool e all'utilizzo di tabacco e droghe; vengono sottolineati anche i limiti del sistema sanitario nazionale; R. Menon, B. Frogner, *What underlies ukraine's mortality crisis?*, Washington DC, 2011, 7-8.

Le conseguenze sociali ed economiche della diffusione delle malattie croniche tra i soggetti più giovani è evidenziata con preoccupazione anche dalla Banca Mondiale che osserva come questo fenomeno sia in grado di pregiudicare seriamente le aspettative di crescita degli Stati proprio sotto l'aspetto socio-economico. Infatti il rischio di sottrarre al mercato del lavoro una importante porzione di soggetti di giovane età, individui altrimenti capaci di contribuire allo sviluppo delle attività economiche, minaccia la tenuta del sistema paese. Con visione più generale, attraverso il suo Network per lo sviluppo umano, la Banca Mondiale denuncia anche gli importanti costi derivanti dalla diffusione delle patologie croniche e sulle misure da adottare in tempi rapidi per arginare il fenomeno, WB, *The growing danger of non-communicable diseases. Acting now to reverse course, Conference edition*, Washington DC, 2011, 3-4 e 9-12.

1.4. Cause e fattori di rischio

Diversi sono i fattori di rischio e, in alcuni casi, il medesimo fattore può essere alla base di diverse patologie croniche. Vi è perciò da segnalare come siano forti le interrelazioni tra le diverse malattie croniche e come sia piuttosto comune che uno stesso individuo soffra di più malattie.

L'esposizione ad agenti chimici è certamente uno dei fattori di rischio principali. L'Organizzazione mondiale della sanità rileva nel suo *Global status report on noncommunicable diseases*, Geneva, 2010, 27, che sono circa una cinquantina gli agenti chimici cancerogeni a cui i lavoratori possono risultare esposti. Da uno studio sui fattori di rischio legati allo sviluppo di particolari forme tumorali sono stati individuati settori lavorativi particolarmente nocivi, quali quello della metallurgia, della pelletteria, della falegnameria, della pulizia delle canne fumarie. Un'analisi su analoghe tematiche è svolta anche in J. Coglianò et Al., *Preventable Exposures Associated With Human Cancers*, in *Journal of national cancer institute*, 2011, 1838.

Un altro importante fattore di rischio è rappresentato dall'utilizzo (ma anche dalla respirazione passiva) del tabacco, al quale è legato l'aumento delle possibilità di sviluppare tumori alle vie respiratorie e patologie croniche legate all'apparato respiratorio. Gli studi sul tema sono numerosi, tra questi si richiamano qui i contributi di P. Vineis et Al., *Environmental tobacco smoke*

and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study, in *BMJ Open*, 2005, 3-4; J. C. McDonald et Al., *Incidence by occupation and industry of acute work related respiratory diseases in the UK, 1992-2001*, in *Occupational environment medicine*, 2005, 840-841; R. Golpe et Al., *Distribution of clinical phenotypes in patients with chronic obstructive pulmonary disease caused by biomass and tobacco smoke*, in *Archivos de bronconeumología*, 2014, 321-323. La relazione tra dipendenza dal tabacco e lo sviluppo di malattie croniche legate all'ostruzione polmonare cronica è studiata e confermata nel lavoro di I. Shahab et Al., *Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependance of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample*, *Thorax*, 2006, 1044, ove si rileva che coloro che soffrono di ostruzione cronica dell'apparato respiratorio sono soprattutto i lavoratori manuali di età più avanzata. Oltre ad enfatizzare il maggior rischio di sviluppare ostruzione polmonare cronica per i fumatori, il contatto con polveri e agenti chimici durante l'attività lavorativa è messa in risalto nel lavoro di R.A. Pauwels et Al., *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, NHLBI/WHO Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD), workshop summary*, in *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2001, 1259-1260. Due fattori di rischio di rilevanza e diffusione crescente sono il sovrappeso e la vita sedentaria. L'impatto diretto del sovrappeso e dell'obesità nel mercato e nel rapporto di lavoro ha attirato l'attenzione di diversi studiosi. Secondo S. Morris, *The impact of obesity on employment*, in *Labour economics*, 2007, 427, esiste un significativo nesso (negativo) che lega l'obesità all'impiegabilità, mentre altri studi rifiutano tale conclusione, sostenendo invece che non vi siano forti nessi causali tra obesità e occupazione: in questo senso, tra i più accurati v. M. Lindeboom et Al., *Assessing the impact of obesity on labor market outcomes*, in *Economics and human biology*, 2010, 318 e E. C. Norton, E. Han, *Genetic information, obesity, and labor market outcomes*, in *Health economics*, 2008, 1102; i risultati contrastanti potrebbero derivare dal diverso contesto sociale (lo studio di Morris prende a riferimento il Regno Unito, gli altri gli Stati Uniti d'America) e dal fatto di non aver considerato quando con il sovrappeso si accompagni anche la manifestazione di malattie croniche.

L'alto indice di colesterolo è considerato una diffusa co-patologia (*common comorbidities*) sovente legata ad una malattia cronica, Partnership for solutions, *High Cholesterol: Common Comorbidities. Fact sheet*, consultabile nel-

la banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

Per le malattie cardio-vascolari sono state individuate specifici fattori di rischio. L'obesità, intesa come indice di massa corporea uguale o superiore ai 30 kg/m² (sovrappeso, invece se uguale o superiore ai 25 kg/m²), è un fattore a diffusione crescente, considerato che nel 1980 interessava soltanto il 5% della popolazione maschile e l'8% di quella femminile (su scala mondiale), mentre nel 2008 coinvolgeva il 10% degli uomini e il 14% delle donne. L'ipertensione, di cui soffrono il 40% delle persone sopra i 25 anni e che riguarda un miliardo di persone nel 2008 (contro i 600 milioni del 1980). L'iperlipemia (definita come aumento patologico del colesterolo e/o dei grassi nel sangue, Enciclopedia Treccani, [Iperlipemia](#)) è condizione in leggera regressione, ma che comunque coinvolge il 39% della popolazione mondiale. Il consumo di tabacco, pur diminuito nel corso degli anni più recenti nei paesi sviluppati, resta uno dei fattori di rischio più diffusi. L. J. Laslett, *The Worldwide Environment of Cardiovascular Disease: Prevalence, Diagnosis, Therapy, and Policy Issues. A Report From the American College of Cardiology*, in *Journal of the American college of cardiology*, 2012, 2.

Anche la disoccupazione è stata valutata in numerosi studi quale fattore diretto o indiretto di aggravamento delle condizioni di salute; in termini generali R. Leahy, [Unemployment is bad for your health](#), 2013, supportato dal richiamo di numerosi studi, sostiene l'aumento significativo del rischio di mortalità a lungo termine per i soggetti disoccupati. Più in particolare, diversi studi mettono in relazione lo status di disoccupato con l'incremento del rischio di sviluppare malattie croniche; uno studio statunitense mostra come la perdita involontaria di lavoro nella fase finale della carriera professionale (i.e. oltre i 50 anni) comporti la duplicazione del rischio di subire un infarto, anche al netto del contributo dell'incremento degli altri fattori, W.T. Gallo et Al., *The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey*, in *Occupational environment medicine*, 2006, 685-686. Anche tra i disoccupati polacchi si è rilevato un aumento del rischio di sviluppare malattie cardio-vascolari, S. Koziel et Al., *The negative health consequences of unemployment: the case of Poland*, in *Economics and human biology*, 2010, 258-259. Una ricerca giapponese ha indagato invece dell'impatto della disoccupazione sulla salute e lo stile di vita, sottolineando, da un lato, l'aumento nell'utilizzo di tabacco ed alcool ma, dall'altro, il mantenimento di un buono stato di salute complessiva (quest'ultima condizione viene connessa ai generosi sussidi economici a favore dei disoccupati), T. Matoba et Al., *A 2-year follow-up survey of health and life style in Japanese*

unemployed persons, in *International archives of occupational and environmental health*, 2003, 302-308; M.W Linn et Al., *Effects of Unemployment on Mental and Physical Health*, in *American journal of public health*, 505, d'altro canto, sottolineano l'effetto avverso dello stato di disoccupazione sullo stato mentale e psicologico (i.e. ansia, depressione). In definitiva, la disoccupazione causata dal manifestarsi delle malattie croniche appare in grado di innescare un circolo vizioso che contribuisce ad aggravare lo stato di salute del malato: effetto perverso che aumenta con il prosieguo dello stato di inattività, come si può ricavare dallo studio di A. Nichols et Al., *Consequences of long-term unemployment*, 2013, 8-10, consultabile nella banca dati [Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#). In quest'ultimo studio vengono messe in discussione alcune delle interrelazioni tra lo stato di disoccupazione di lungo periodo e il peggioramento delle condizioni fisiche, ritenendo controversi (o comunque non sufficientemente chiari) i risultati delle indagini; si conclude, ad ogni modo, che la perdita del lavoro può condurre a perdite di guadagno nel breve periodo, all'abbassamento permanente del salario, al peggioramento della salute fisica e mentale, all'aumento del rischio di mortalità (12). In uno studio tedesco si enfatizza l'assenza di prove sugli effetti negativi sulla salute dello stato di disoccupazione, spiegando come in Germania il sistema di assicurazione contro la perdita del posto di lavoro sia molto inclusivo e in ogni caso il disoccupato mantiene la protezione garantita dal sistema di assicurazione sanitaria, H. Schmitz, *Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health*, in *Labour economics*, 2011, 77.

1.5. Prevenzione delle malattie croniche

La prevenzione dalle malattie croniche passa attraverso la sensibilizzazione ad evitare i fattori di rischio quali l'utilizzo del tabacco e l'abuso di alcool, uno stile di vita sedentario, una dieta alimentare non sana. Sul punto l'Organizzazione mondiale della sanità, nell'ambito della Strategia globale sull'alimentazione, dieta e attività fisica, ha impostato una serie di programmi di promozione della salute sul luogo di lavoro, la cui sintesi è pubblicata in World Health Organization, World Economic Forum, *Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity, Report of a joint event*, Geneva, 2008. Un elenco di buone pratiche in tema di prevenzione sul luogo di lavoro è contenuto in L. Quintiliani, *The workplace as a set-*

ting for interventions to improve diet and promote physical activity, Geneva, 2008, 11-26.

In tema di malattie cardio-vascolari e, in particolare, sulle tecniche e sistemi di prevenzione (con ampi riferimenti agli studi precedenti), L. J. Laslett, *The Worldwide Environment of Cardiovascular Disease: Prevalence, Diagnosis, Therapy, and Policy Issues. A Report From the American College of Cardiology*, in *Journal of the American college of cardiology*, 2012, 35-45.

Una ricerca richiama i precedenti lavori e sintetizza i risultati che dimostrano l'efficacia e i benefici economici (e sociali) derivanti da promozione e prevenzione delle condizioni di salute sul luogo di lavoro, I. Sockoll et Al., *Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention Summary of the scientific evidence 2000 to 2006*, 2009, 48-52, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

Alcune interessanti osservazioni sullo sviluppo delle malattie croniche e sull'utilità economica nell'intervento pubblico sono contenute in M. Suhrcke, *Perspectives paper on Chronic disease prevention and control*, 2012, spec. 4-7, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

1.6. Le specifiche malattie croniche

In tema di disabilità, inabilità e malattie croniche, si veda *Championing better work and working lives*, *Disability and employment. Factsheet*, 2013.

A livello europeo la Decisione 2013/743/UE del 3 dicembre 2013, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*, allegato n. 1, elenca una serie di malattie croniche ritenute tra le più gravi sotto il profilo sociale: «malattie cardiovascolari, cancro, malattie del metabolismo e fattori di rischio tra cui il diabete, dolore cronico, disturbi neurologici, neurodegenerativi, connessi alla salute mentale e all'uso di sostanze, malattie rare, sovrappeso e obesità, malattie autoimmuni, disturbi reumatici e muscolo-scheletrici e varie malattie che colpiscono diversi organi nonché disturbi acuti e vari limiti funzionali». Diversamente, la Decisione 2013/1312/UE del 11 dicembre 2013, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*, allegato unico, tiene separate quelle che definisce stricto sensu “malattie croniche” da altre patologie: «le sfide relative ai settori dell'assistenza sanitaria e sociale sono numerose e strettamente interconnesse: malattie croniche (malattie car-

diovascolari, tumori e diabete), sovrappeso e obesità, malattie infettive (HIV/AIDS, tubercolosi) e neurodegenerative (acutizzate dall'invecchiamento della popolazione), isolamento sociale, diminuzione del benessere, maggiore dipendenza dei pazienti dall'assistenza formale e informale, esposizione multipla a fattori ambientali di cui sono ignote le conseguenze a lungo termine sulla salute».

Con riferimento alla diffusione delle malattie croniche nell'Unione Europea, nonché alla specificazione e indicazione delle principali problematiche connesse alle singole patologie, un approfondito esame è stato svolto di recente nello studio M.M. Harbers, P. V. Achterberg, *Information, indicators and data on the prevalence of chronic diseases in the European Union*, 2012, 17-65, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

1.6.1. Il diabete

Dai dati della [International Diabetes Federation](#) (IDF) si ricava come i malati di diabete siano in Europa 35 milioni.

La relazione tra diabete e lavoro è stata molto studiata nella letteratura medica ed economica. Si è più volte confermato l'impatto negativo del diabete sulla produttività nel mercato del lavoro, sia in termini di perdita di giorni di lavoro, sia in termini di alto livello di disabilità e malattia; in questo senso si veda lo studio di H. S. Brown et Al., *The impact of diabetes on employment: genetic IVs in a bivariate probit*, in *Health economics*, 2005, 539-541, che, da un lato, mette in evidenza come la malattia impatti maggiormente sulle lavoratrici che sui lavoratori mentre, dall'altro, rileva come per i lavoratori di origine ispanica discendano maggiori complicanze legate alla patologia (in particolare retinopatie e malattie renali).

Il costo della cura dei diabetici in Italia e in USA è messo in evidenza da G. Marchesini, R. Di Luzio, *Diabete, ma quanto ci costi?*, in *Italian health policy brief*, 2013, n. 5, spec. 6; nello studio viene osservato che per un malato i costi negli USA triplicano rispetto al nostro Paese; che tra popolazione statunitense la percentuale dei malati è al 7%, mentre in Italia è al 5,5%; che l'eziologia tra diabete e altre patologie è assai rilevante (e.g. insufficienza cardiaca, infarto, malattie polmonari, cardiopatia ischemica, arterosclerosi). Alcuni interessanti dati per la situazione statunitense sono contenuti in American Diabetes Association, *Economic costs of diabetes in the U.S.*, in *Diabetes care*, 2013, spec. 8-9; secondo tale studio i costi annuali derivanti dalla patologia sono quantificabili in 245 miliardi di dollari, di cui 69 miliardi derivanti dalla riduzione del-

la produttività; disaggregando il dato si mette chiaramente in rilievo come le perdite siano: di 5 miliardi di dollari derivanti dall'assenteismo, di 20,8 miliardi di dollari dalla riduzione della produttività, di 2,7 miliardi di dollari da coloro che non partecipano al mercato del lavoro, di 21,6 milioni da quelli divenuti disabili a causa della patologia, di 18,5 miliardi di dollari da morti premature. Nello studio si accenna anche alla diversa distribuzione della patologia per età e per origine etnica, passando dal minimo dello 0,7% per i bianchi non ispanici (fascia 65-69 anni) sino al 7,4% per le donne afroamericane (fascia 55-59 anni).

1.6.2. Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie, assai diffuse, sono sovente conseguenza di comportamenti rischiosi eziologicamente connessi o dell'assunzione di determinate sostanze. Le patologie sono diversificate ma tutte legate all'apparato respiratorio.

Tra le più gravi, è stata al centro degli studi scientifici l'ostruzione polmonare cronica; si tratta di una patologia caratterizzata dalla progressiva ostruzione del flusso di aria attraverso le vie respiratorie; la limitazione del flusso non è totalmente reversibile, è generalmente progressiva e associata ad una reazione infiammatoria anomala dei polmoni in caso di contatto con particelle nocive o gas, R.A. Pauwels et Al., *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, NHLBI/WHO Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD), workshop summary*, in *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2001, 1257. Risulta essere una patologia a diffusione crescente che colpisce in misura leggermente maggiore gli uomini delle donne; i sintomi si presentano soltanto dopo una certa quantità di anni e perciò le diagnosi avvengono di regola su pazienti di ultraquarantenni o, addirittura, ultracinquantenni; i fattori di rischio sono l'uso di tabacco, il fumo passivo, l'inquinamento atmosferico, la respirazione di aria tossica (soprattutto quando associata a polveri di legno e carbone); sono predisposti a sviluppare la patologia gli asmatici, mentre efisemi e bronchiti croniche contribuiscono e aggravano il decorso, National Library of Medicine, [Chronic obstructive pulmonary disease](#).

In un recente studio viene rilevato come gli allevatori e i contadini siano tra i lavoratori più soggetti a soffrire di ostruzione polmonare cronica, R. Golpe et Al., *Distribution of clinical phenotypes in patients with chronic obstructive pulmonary disease caused by biomass and tobacco smoke*, in *Archivos de bronconeumología*, 2014, 323. Una indagine condotta sulla popolazione cinese

mostra che le ostruzioni polmonari croniche sono assai più diffuse tra gli uomini (12,4% contro 5,1%) e nella fascia di popolazione degli ultracinquantenni; che ne soffrono prevalentemente le popolazioni rurali, i fumatori, coloro che hanno un basso indice di massa corporea, quelli scarsamente educati e chi è impiegato in lavori a contatto con polveri combustibili derivanti da biomasse, N. Zhong et Al., *Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in China. A Large, Population-based Survey*, in *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2007, 755.

1.6.3. Malattie cardiovascolari

L'ispettorato generale degli affari sociali francese ha realizzato un rapporto dove viene messo in rilievo il rapporto tra malattie cardio-vascolari e condizioni di lavoro; in particolare, la prima parte della ricerca è dedicata all'eziologia tra alcuni fattori di rischio che possono manifestarsi nei luoghi di lavoro e lo sviluppo delle patologie cardiovascolari: A. Bensadon, P. Barbezieux, *Articulation entre santé au travail et santé publique: une illustration au travers des maladies cardiovasculaires*, IGAS, RAPPORT N°2013-127R, 2014, 15-26, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

Uno studio condotto sui lavoratori polacchi dimostra che un aumento del rischio di sviluppare malattie cardio-vascolari è legato allo *status* di disoccupato, anche per le connessioni con il cambiamento del regime di alimentazione (causato da stress/depressione e minori disponibilità economiche), S. Koziel et Al., *The negative health consequences of unemployment: the case of Poland*, in *Economics and human biology*, 2010, 258-259.

1.6.4. Malattie oncologiche

Le malattie oncologiche sono quelle tradizionalmente più studiate, anche in connessione con il mantenimento del posto di lavoro all'insorgere della malattia e della possibilità di reinserimento occupazionale (c.d. "work-ability") dopo una fase di manifestazione acuta della patologia; una raccolta sintetica dei dati statistici sulle possibilità di rientro al lavoro per i c.d. "cancer survivors" è stata effettuata nella *Literature Review* di A. Mehnert, *Employment and work-related issues in cancer survivors*, in *Critical reviews in oncology/hermatology*, 2011, 122.

1.6.5. HIV, epatite B e C

Una introduzione alle implicazioni sull'attività lavorativa per coloro che manifestano l'insorgenza di patologie ematiche come Hiv, epatite B ed epatite C è rinvenibile in *Championing better work and working lives*, [HIV and AIDS in the workplace: a global perspective. Factsheet](#), 2013.

1.6.6. Malattie mentali

Una introduzione allo sviluppo delle malattie mentali e alle relative implicazioni nei luoghi di lavoro è stata realizzata in *Championing better work and working lives*, [Stress and mental health at work](#), 2013.

Una recente literature review sul rientro al lavoro di coloro che soffrono di malattie mentali mette in luce come tale tematica sia studiata quasi esclusivamente nei Paesi Bassi e che occorrerebbe promuovere e diffondere l'analisi della problematica, C.S. Dewa et Al., *Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review*, *BMJ Open*, 2014, 14.

1.7. Attività lavorativa e sviluppo di malattie croniche

Numerosi sono gli studi che mettono in relazione le attività lavorative con l'insorgenza di malattie croniche. È stato dimostrato ad esempio il nesso tra esposizione a radiazioni ottiche artificiali e lo sviluppo di congiuntiviti croniche o di carcinomi e melanomi cutanei nell'indagine di G. Taino et Al., *Le malattie professionali da radiazioni ottiche artificiali*, in *Medicina e lavoro*, 2013, 21-22.

Sotto un'altra prospettiva si osserva come tra le sette principali condizioni che causano limitazioni incidenti sull'attività lavorative quattro sono rappresentate da malattie croniche (patologie cardiache, artrite, patologie respiratorie, diabete): S.H. Allaire et Al, *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 100.

Nella più specifica prospettiva dell'interrelazione tra l'espletamento di attività lavorative per orari molto lunghi e l'aumento del rischio di sviluppo di malattie coronarie, un'accurata rassegna di studi precedenti e di chiarimento dei dati statistici è stata realizzata da M. Virtanen et Al., *Long working hours and coronary hearth disease: a systematic review and meta-analysis*, in *American journal of epidemiology*, 2012, 6-9.

1.8. Malattie croniche e indici di occupazione

L'ILO, nel 2007, ha rilevato una significativa diminuzione della possibilità di trovare un lavoro per un malato cronico (47%) rispetto quella di un lavoratore non malato (66%); ancora più sfavorite sono le persone colpite da grave disabilità, considerato che soltanto un soggetto in cerca di lavoro su quattro è destinato a trovare una occupazione, ILO, *Equality at Work: Tackling the Challenges. Global Report Under the Follow-Up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work*, Geneva, 2007, 44-45, consultabile nella banca dati *Documentazione internazionale* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

Anche l'OECD ha stimato che, rispetto al resto della popolazione attiva, i malati cronici nei paesi membri hanno un tasso di occupazione prossimo alla metà (44% contro 75%) e un tasso di inattività doppio (49% contro 20%): OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings Across OECD Countries*, Paris, 2010, 23, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

In uno studio dei Paesi Bassi viene rilevato come l'indice di partecipazione al mercato del lavoro sia molto inferiore per coloro che soffrono di diabete rispetto agli altri lavoratori (62% contro 77% per i lavoratori under 45 e 29% contro 50% per gli ultra 45): S.I. Dettelle, *What employees with diabetes mellitus need to cope at work: views of employees and health professionals*, in *Patient education and counseling*, 2006, 183.

In una recente ricerca danese rileva come, tra i lavoratori assenti dal lavoro per lungo tempo a causa di malattia, quelli che lo sono a causa di malattie croniche hanno molte meno probabilità di ricominciare a lavorare a distanza di un anno dall'inizio dell'interruzione dell'attività: J. Pedersen et Al., *Prediction of future labour market outcome in a cohort of long-term sick-listed Danes*, in *BMC Public Health*, 2014, 7.

1.9. L'aumento delle malattie croniche connesso all'invecchiamento della popolazione

Numerosi studi empirici dimostrano che la diffusione delle malattie croniche aumenta all'aumentare dell'invecchiamento della popolazione: questo implica che è il gruppo dei lavoratori più anziani quello più predisposto a soffrire di

una o più malattie croniche. In questa prospettiva non è allora affatto trascurabile anche il dato del procrastinamento dell'età che dà diritto alla pensione: questa diffusa tendenza politica certo contribuirà infatti a rendere ancora più problematica la necessità di affrontare la diffusione delle malattie croniche tra i lavoratori. Tuttavia in un'indagine olandese che mette in relazione lavoratori appartenenti a differenti fasce di età (quattro gruppi dai 45 ai 64 anni) la percentuale di soggetti che lamentano di soffrire di malattie croniche non varia significativamente al crescere dell'età anagrafica; in ogni caso, i dati sono da considerare con prudenza in considerazione del limitato campione dei lavoratori coinvolti (meno di 3 mila unità): W. Koolhaas et Al., *Towards a sustainable healthy working life: associations between chronological age, functional age and work outcomes*, in *European journal of public health*, 2011, 426.

Nel recente rapporto dell'ispettorato generale degli affari sociali francese si rileva la crescente diffusione delle patologie cardiovascolari tra i lavoratori, facendo riferimento con particolare attenzione alla relazione tra l'invecchiamento della forza-lavoro e lo sviluppo di tali malattie, A. Bensaïdon, P. Barbezieux, *Articulation entre santé au travail et santé publique: une illustration au travers des maladies cardiovasculaires*: IGAS, RAPPORT N°2013-127R, 2014, 27-31, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*. Per una sintesi in italiano del rapporto S. Autieri, F. Silvaggi, *Francia: relazione tra salute pubblica e salute sul lavoro alla luce delle malattie cardiovascolari*, in www.bollettinoadapt.it, 2014.

1.10. Il diverso impatto di genere delle malattie croniche

Come già visto in alcune delle analisi richiamate più sopra (v., e.g., American Diabetes Association, *Economic costs of diabetes in the U.S.*, in *Diabetes care*, 2013, spec. 8-9, consultabile in *Studi e ricerche nell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* e National Library of Medicine, *Chronic obstructive pulmonary disease*) e come si avrà modo di osservare anche in seguito (v., e.g., J. Kubo et Al., *Contribution of health status and prevalent chronic disease to individual risk for workplace injury in the manufacturing environment*, in *Occupational environment medicine*, 2014, 161-164; A. Vaananena et Al., *Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector*, in *Social Science & Medicine*, 2003, 807; J.F. Steiner et Al., *Returning to work after cancer: quantitative studies and prototypical narra-*

tives, in *Psycho-oncology*, 2010, 118), le differenti malattie croniche impattano diversamente sugli uomini e sulle donne. In termini complessivi, in un recente articolo è stato rilevato come le donne convivono più a lungo con le malattie croniche, sia come pazienti che come “caregivers”; queste dichiarano peraltro di godere di condizioni di buona salute in percentuale inferiore agli uomini (67% contro 75%) e convivono con due o più malattie croniche (a partire dalla mezza età) in una percentuale maggiore del 50% rispetto al tasso maschile. Al di là dei fattori biologici, anche la posizione svantaggiata sotto l’aspetto economico-sociale della donna (profilo occupazionale incluso), sembra incidere significativamente sulla maggiore implicazione con le malattie croniche, K. Vaccaro, *Uomini e donne: la disuguaglianza delle malattie*, in *Guida Sanità Sole 24 Ore*, 2013, n. 34, 26.

2. Conseguenze delle malattie croniche sull’attività lavorativa

2.1. Effetti sull’attività lavorativa in seguito alla manifestazione delle patologie croniche

Il manifestarsi delle malattie croniche sovente impedisce (almeno temporaneamente) la prosecuzione dell’attività lavorativa ovvero rende complesso la ricerca di un diverso posto di lavoro. Secondo uno studio del Forum mondiale sull’economia in paesi come Brasile, Cina, India, Federazione Russa vi è una perdita di 20 milioni di anni di vita produttiva a causa delle patologie croniche e che questo numero è destinato a crescere del 65% entro il 2030, World Economic Forum, *Working Towards Wellness: The Business Rationale*, 2008, consultabile nella banca dati *Sudi e ricerche* dell’Osservatorio ADAPT [Work and Chronic Diseases](#).

In una recente indagine svolta in ambito europeo da parte dell’Organizzazione mondiale della sanità sulle conseguenze dello sviluppo delle malattie croniche tra i lavoratori si sostiene, anche con riferimento a tabelle esplicative, come «chronic conditions and diseases mean fewer people in the workforce, with early retirement, barriers to employment, and stigma. There is reasonable evidence on the negative impact of chronic disease and risk factors on the labour market, showing that chronic disease affects labour supply in terms of workforce participation, hours worked, job turnover and early retirement [...] as well as wages, earnings and position reached», R. Busse et Al., *Tackling chronic disease in Europe Strategies, interventions and challenges*, 2010, 20-

21, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

Alcuni studi di tipo quantitativo evidenziano una notevole perdita economica e di forza-lavoro a causa delle malattie croniche; con riferimento alla Federazione Russa, ad esempio, M. Suhrcke et Al., *Economic Consequences of Non-communicable Diseases and Injuries in the Russian Federation*, Geneva, 2008.

Anche una ricerca svolta sul mercato del lavoro del Taiwan rileva una notevole decrescita della produttività a causa delle patologie provocate dal fumo S. P. Tsai et Al., *Workplace smoking related absenteeism and productivity costs in Taiwan*, 2005, in *Tabacco control*, 2005; 33-38.

Uno studio realizzato con riferimento al mercato del lavoro statunitense mette in relazione la presenza di patologie croniche con l'aumento del rischio di subire infortuni sul lavoro: si rileva un aumento del rischio del 14% in caso di asma, del 17% in caso di diabete, del 23% in caso di malattie cardiache, del 25% in caso di depressione; K. M. Pollak, *Chronic diseases and individual risk for workplace injury*, in *Occupational environment medicine*, 2014, 155; in uno studio analogo, basato su una significativa base quantitativa e realizzato nel settore manifatturiero U.S.A., si conferma la connessione tra malattie croniche e maggiori possibilità di subire un infortunio; viene peraltro evidenziato come la manodopera femminile sia più soggetta a depressione e asma, mentre sono statisticamente i lavoratori più anziani a soffrire maggiormente di malattie croniche (con l'eccezione della depressione), J. Kubo et Al., *Contribution of health status and prevalent chronic disease to individual risk for workplace injury in the manufacturing environment*, in *Occupational environment medicine*, 2014, 161-164.

In una quantità sorprendente di casi, lo sviluppo di malattie croniche, quando non giunge a livelli critici, non incide a breve termine sull'attività lavorativa per la semplice ragione che coloro che ne sono affetti (quando siano in grado di riconoscerne la sintomatologia) tendono a non informare colleghi e superiori; questo comportamento (c.d. "presenteeism") aumenta il pericolo di cronicizzare e aggravare lo stato della malattia, oltre a costituire di sovente fonte di una prestazione lavorativa ad efficienza ridotta; viene peraltro rilevato come questa tendenza aumenti nei periodi di recessione economica, in considerazione del fatto che la perdita del lavoro è vista come una conseguenza più probabile e le possibilità di trovare una nuova occupazione diminuiscono, European Network for Workplace Health Promotion, *Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice*, 2012, 15, consultabile nella banca dati *Documentazione europea* [dell'Osservatorio ADAPT Work and](#)

[Chronic Diseases](#). Peraltro è stato rilevato come per l'impresa i costi per ricercare un sostituto al lavoratore assente per malattia diminuiscono all'aumentare del tasso di disoccupazione (ovvero diminuisce il tempo medio di reperimento di un sostituto), NICE, *Managing long-term sickness and incapacity for work*, 2009, 17-18, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*. Sotto un altro profilo si sottolinea come questo contegno sia più diffuso tra coloro che soffrono di malattie mentali perché in questo caso è percepita e temuta una stigmatizzazione ancor più importante nell'ambiente lavorativo, D.C. Black, *Working for a healthier Tomorrow*, Norwich, 2008, 90.

Secondo uno studio olandese che ha coinvolto soggetti di età media di 66 anni a cui è stato riscontrato un tumore all'apparato gastrointestinale, il 73% dei soggetti che lavorava hanno dichiarato di aver fatto esperienza di problemi legati all'attività lavorativa quando gli è stata diagnosticata la patologia; alla luce di tali dati, secondo gli autori dello studio in oggetto, occorrerebbe fornire ai lavoratori malati informazioni e assistenza in relazione ai problemi lavorativi che potrebbero dover affrontare nel periodo di diagnosi e di trattamento; uno dei fattori chiave è infatti considerato il rientro nel posto di lavoro il prima possibile, per evitare che diminuiscano fortemente le possibilità di proseguire l'attività lavorativa, A.G.E.M. De Boer et Al., *Employment status and work-related problems of gastrointestinal cancer patients at diagnosis: a cross-sectional study*, in *BMJ Open*, 2011, 6-7.

Il rapporto tra affaticamento, spossatezza emozionale, problemi di salute percepiti, da un lato, e la condizione di lavoratore malato cronico, dall'altro, è stato analizzato in un altro studio realizzato nel mercato del lavoro dei Paesi Bassi; l'analisi dei dati ha permesso di rilevare una maggiore sensibilità dei lavoratori malattie croniche, rispetto i colleghi omologhi non malati cronici, nella percezione delle suddette conseguenze negative derivanti dallo svolgimento della propria attività professionale. Si rileva come abbiano effetti favorevoli su questo gruppo di lavoratori il supporto dei superiori, gli adattamenti nell'ambiente di lavoro (inerenti prevalentemente ai compiti da svolgere, al maggiore controllo dell'attività, al rallentamento dei ritmi imposti, alle modifiche orarie). Viene anche osservato come, mentre l'affaticamento fisico possa dipendere anche dalle condizioni fisiche derivanti dalla malattia, lo spossamento emozionale è prevalentemente legato all'ambiente di lavoro, inteso come supporto, empatia e controllo da parte di colleghi e superiori, N. C. Donders et Al., *Fatigue, emotional exhaustion and perceived health complaints associated with work-related characteristics in employees with and without*

chronic diseases, in *International archives of occupational and environmental health*, 2007, 584.

In tema di malattie oncologiche, gli effetti dello sviluppo della patologia sulle condizioni e le caratteristiche del lavoro sono messe in evidenza da F. De Lorenzo, *Presentazione Progetto ProJob: lavorare durante e dopo il cancro*, 2014, 14-17, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

2.2. I fattori che favoriscono il mantenimento del posto di lavoro ai malati cronici

In una literature review di taglio narrativo si raccolgono una serie di studi, anche molto recenti, che si sono occupati delle strategie per il mantenimento del posto di lavoro per i malati cronici, L.C. Koch et Al., *A narrative literature review regarding job retention strategies for people with chronic illnesses*, in *Work*, 2013, 133-134.

Un recente studio danese dimostra l'effetto di contrasto al deterioramento delle abilità lavorative di lavoratori che soffrono di dolori cronici e inabilità lavorative attraverso un mirato esercizio fisico sul posto di lavoro. Occorre rilevare che i lavoratori oggetto di studio erano impiegati in attività legate alla macellazione animale e perciò svolgevano un'attività molto peculiare, basata prevalentemente sull'attività fisica; è in ogni caso significativo rilevare che, almeno per quanto riguarda i dolori muscolo-scheletrici, i risultati hanno mostrato un migliore impatto sull'indice di "workability" da parte dell'allenamento fisico piuttosto che della formazione per la riduzione all'esposizione dei fattori di rischio (*ergonomic training*): E. Sundstrup Et. Al., *Workplace strength training prevents deterioration of work ability among workers with chronic pain and work disability: a randomized controlled trial*, in *Scandinavian journal of Work Environment and Health*, 2014, 248-250.

Uno studio statunitense riporta la posizione di un folto gruppo di esperti secondo cui i programmi di riabilitazione e adattamento professionale a favore dei lavoratori che soffrono di malattie croniche dovrebbero intervenire nella fase in cui il soggetto è ancora occupato, focalizzandosi soprattutto sull'obiettivo di prevenire l'insorgenza delle condizioni di inabilità lavorative, piuttosto che di tentare di porvi rimedio; gli elementi da tenere in considerazione nel corso dei processi di riabilitazione professionale sono soprattutto la rimozione delle barriere allo svolgimento del lavoro, perché le difficoltà di attendere alla propria attività sono causalmente legate al decremento della pa-

dronanza nelle competenze professionali (*job mastery*) e della soddisfazione personale: questi ultimi due fattori, a loro volta, sono i principali aspetti che incidono sul prematuro abbandono del lavoro; un altro elemento centrale da stimolare è la consapevolezza e la sicurezza da parte del lavoratore malato cronico di possedere le abilità che gli permettono di lavorare utilmente («gains in self-confidence VR»), S.H. Allaire et Al, *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 101. I risultati ottenuti nello studio appena citato confermano empiricamente che per persone affette da malattie reumatiche a rischio di perdita di lavoro specifici interventi mirati al mantenimento del posto di lavoro contribuiscono ad incrementare le possibilità di proseguire l'attività lavorativa a lungo termine, nonché a procrastinare il momento dell'eventuale perdita del posto. Viene enfatizzato che lo strumento utilizzato nel corso del programma di riabilitazione non è stato elaborato specificamente per i lavoratori che soffrono di malattie reumatiche e, per questa ragione, effetti simili possono ragionevolmente attendersi anche per la generalità dei lavoratori affetti da malattie croniche; un elemento sorprendente deriva dalla brevità dell'intervento, consistente nella massima parte dei casi in un confronto di 3 ore con un consulente (107).

Attraverso una inchiesta presso sette delle maggiori organizzazioni statunitensi che si occupano di malattie croniche, sono stati individuati una lista dei servizi medico/sociali considerati più importanti per coloro che soffrono di tali patologie (che si riportano qui in originale: «prescription drugs, mental health outpatient services, mental health inpatient services, home health care, physical therapy, durable medical equipment, occupational therapy, speech therapy, skilled nursing facilities, chiropractor, family counseling, dietitian-nutritionist, medical social worker, respite care, personal care, nonemergency transportation, home modifications»), Montenegro-Torres F. et Al., *Are Fortune 100 companies responsive to chronically ill workers?*, in *Health affairs*, 2001, 211. Nel medesimo studio si rileva come i servizi previdenziali garantiti da un centinaio tra le società più importanti manchino di specificità rispetto al gruppo dei malati cronici; infatti sovente il presupposto per il riconoscimento del “benefit” è la sussistenza di una necessità medica finalizzata al miglioramento di una condizione psicofisica, mentre di norma per i malati cronici l'obiettivo è il mantenimento della stessa; peraltro sono solitamente previsti tetti massimi di utilizzo ovvero limiti legati a un “ragionevole lasso di tempo”: elemento più elastico ma comunque preclusivo rispetto a una condizione connotata dalla cronicità (215).

L'importanza del ruolo dei diretti superiori nel promuovere il reinserimento dei malati cronici è stato più volte messo in rilievo, da ultimo («line managers to have a significant impact on the health and effective return to work of employees on long term sick leave») in British occupational health research foundation, *Managing rehabilitation: a competency framework for managers to support return to work*, 2013, 2-3. consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

I diversi fattori che condizionano l'assenza prolungata dei lavoratori malati dal posto di lavoro (e perciò la diminuzione delle possibilità di reinserimento) sono stati isolati in uno studio che ha individuato tra quelli più rilevanti le limitazioni nell'autonomia lavorativa, la scarsa complessità del lavoro, l'assenza di supporto da parte dei colleghi (più significativa per gli uomini) e da parte del supervisore (più significativa per le donne), A. Vaananena et Al., *Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector*, in *Social Science & Medicine*, 2003, 807.

Un più specifico studio olandese enfatizza le necessità prioritarie dei lavoratori affetti da artrite reumatoide, diabete mellito e perdita dell'udito, si giunge alla conclusione che, da un lato, le esigenze sono comuni per i diversi malati (capacità di affrontare la malattia, supporto dei colleghi e dei superiori, condizioni di lavoro adatte, supporto medico e sociale, sussistenza di "benefit"), e tuttavia, dall'altro, l'importanza relativa di tali esigenze varia a seconda della patologia, S.I. Detaille et Al., *What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work*, in *Scandinavian journal of Work Environment and Health*, 2003, 140.

In una interessante analisi che mette a confronto malati di diabete e medici specializzati si osserva come le esigenze manifestate dai pazienti e quelle individuate ad avviso dei professionisti differiscano; in particolare, questi ultimi sembrano assegnare una importanza centrale (e sproporzionata, rispetto a quella manifestata dai lavoratori coinvolti) al proprio ruolo di facilitatori nel mantenimento del posto dei diabetici; in ogni caso, le condizioni che si ritengono più importanti sono: la capacità del soggetto di affrontare e di accettare la propria situazione; una assistenza sanitaria adeguata, un ambiente di lavoro che li sostenga, una organizzazione del lavoro che sia adattabile alle condizioni fisiche del lavoratore, delle adeguate informazioni sulla patologia, S.I. Detaille, *What employees with diabetes mellitus need to cope at work: views of employees and health professionals*, in *Patient education and counseling*, 2006, 189.

In relazione agli interventi per favorire il rientro al lavoro dei malati oncologici, una rassegna sistematica (olandese) raccoglie e illustra la letteratura rilevante, rilevando come gli interventi più diffusi sono le attività di informazione, promozione e supporto, le attività di formazione e riqualificazione, gli adattamenti nell'ambiente di lavoro, S.J. Tamminga et Al., *Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review*, in *Occupational environment medicine*, 2010, 645.

Uno specifico studio avente a soggetto delle lavoratrici della Svezia centrale con una diagnosi di cancro al seno ha rilevato che fattori quali l'aver subito cicli di chemioterapia, l'aver maturato limitazioni lavorative causate dalla malattia, lo scarso attaccamento al lavoro, l'età avanzata, l'aver un lavoro a tempo pieno al momento della diagnosi, incidono negativamente sulla possibilità di mantenere il posto di lavoro: M. Hoyer et Al., *Change in working time in a population-based color of patients with breast cancer*, in *Journal of clinical oncology*, 2012, 2855.

Pur incentrato sulla condizione lavorativa di un gruppo sociale diverso, ovvero quello dei disabili, è interessante segnalare uno studio svolto nell'ambito del sistema di welfare state canadese in cui è stato evidenziato l'effetto perverso sulla valorizzazione del potenziale lavorativo dei soggetti inabili da parte di misure di contributi economici di tipo passivo e dove si propongono una serie di alternative di tipo "proattivo", R. August, *Paved with good intentions: the failure of passive disability policy in Canada*, in *Cornell University ILR School DigitalCommons@ILR*, 2009, 5-7 e 15 ss.

2.3. Il ricollocamento lavorativo dei malati cronici

Sull'inquadramento generale dell'inserimento e reinserimento dei lavoratori che manifestino condizioni di svantaggio o particolarmente vulnerabili, si sottolinea come «le politiche del lavoro stanno costruendo i loro assunti di base, in modo da premettere agli individui di trovare un inserimento lavorativo. Ciò che però risulta ancora problematico è accettare e supportare, come metodologia di intervento, la possibilità, per l'individuo con problemi, di accedervi con gradualità, di permettere cioè un inserimento lavorativo che tenga conto degli aspetti di cura, di tollerare la parziale improduttività [...] e di individuare luoghi di inserimento che consentano il riconoscimento della sua biografia, che significa permettere di conservare e in un certo senso rivendicare la propria identità, in una logica di processo di inclusione sociale», M. La Rosa, C. Tafuro, *Trasformazioni del lavoro e nuovi valori del lavoro. Problemi aperti per*

gli inserimenti lavorativi delle fasce svantaggiate, in *Rivista sperimentale di freniatria*, 2009, 42.

Sempre in una prospettiva ampia, connessa alla situazione dei soggetti svantaggiati, in generale si osserva come, assumendo atteggiamenti troppo rigidi «il rischio, su questo crinale, è di vedere vanificato ogni sforzo di avvicinamento e di inserimento lavorativo delle persone svantaggiate se l'unica opzione che si vuole considerare è una occupazione stabile, con le massime garanzie contrattuali» mentre sarebbe opportuno assumere anche atteggiamenti più pragmatici e dinamici, non «disdegna[ndo] altre possibili forme di regolazione dei rapporti di lavoro, specie in contesti e con interlocutori più affidabili di altri dal punto di vista etico e del rispetto dei diritti umani. Anche soluzioni occupazionali parziali, per quanto non sufficienti e definitive, possono consentire di fare i primi passi nel percorso di affrancamento della persona svantaggiata [...] per rifarsi una vita degna di essere vissuta e non rimanere sine die all'interno del (corto) circuito dell'assistenza, fatto di continui corsi e ricorsi formativi, sussidiari, terapeutici»; viene quindi ribadita la convinzione che «vadano esplorate tutte le possibili, anche inedite, soluzioni di accompagnamento ed approdo, innovando rispetto ai percorsi consolidati ed investendo in particolare verso i contesti aziendali, produttivi o delle attività di servizio»: in tal senso L. Callegari, *Inclusione lavorativa e sociale delle persone svantaggiate*, Bologna 2009, 257.

Per una panoramica degli studi scientifici dedicati al rapporto tra attività lavorativa e malati oncologici/cancer survivors si veda l'accurata selezione effettuata nella literature review di A. Mehnert, *Employment and work-related issues in cancer survivors*, in *Critical reviews in oncology/hermatology*, 2011, 111-121. Un'indagine svolta specificamente su lavoratrici che hanno sviluppato un cancro al seno nella Svezia centrale ha rilevato che, a distanza di 16 mesi dalla diagnosi gran parte dei soggetti ha ripreso a lavorare e che soltanto il 15% di questi ha avuto una riduzione dell'orario di lavoro (tuttavia la percentuale cresce sino al 24% per le lavoratrici che hanno dovuto affrontare cicli di chemioterapia), M. Hoyer et Al., *Change in working time in a population-based cohort of patients with breast cancer*, in *Journal of clinical oncology*, 2012, 2855. Nell'ambito del mercato del lavoro italiano, le esigenze lavorative dei cancer survivors per il rientro al lavoro (nonché per la conciliazione dell'espletamento dell'attività lavorativa con le necessità derivanti dalle terapie antitumorali) sono messe in rilievo in Pro-Job, *Lavorare durante e dopo il cancro: una risorsa per l'impresa e per il lavoratore*, 2014, consultabile nella banca dati [Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#). La rilevanza della componente psicologica per il reinserimento dei

cancer survivors è enfatizzata nella presentazione di G. Pravettoni, *ProJob. La componente psicologica*, 2014, 3-8, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

Con riferimento ai soggetti cardiopatici, il ruolo del medico del lavoro viene considerato di centrale importanza per favorire il reinserimento lavorativo: reinserimento che si è dimostrato essere essenziale non solo da un punto di vista economico, ma anche come fattore di miglioramento dell'equilibrio psicologico e della qualità della vita del paziente. D'altro canto, si osserva, il medico del lavoro è chiamato a un delicatissimo compito nella valutazione delle condizioni fisiche del soggetto, considerato che il rientro al lavoro comporta potenziali conseguenze pregiudizievoli (riduzione delle performance fisiche, stato di «ipersuscettibilità verso agenti fisici, chimici, biologici e condizioni organizzative», rischio di disabilità improvvisa, con possibili conseguenze per l'incolumità delle persone), M. M. Ferrario, R. Borchini, *Il contributo della medicina del lavoro nella prevenzione cardiovascolare e nel reinserimento lavorativo del cardiopatico*, in *Giornale italiano di cardiologia*, 2010, 54S.

Di recente è stato rilevato che la grande maggioranza dei lavoratori che hanno sofferto di malattie mentali (e in genere che sono stati assenti per malattia) rientra al lavoro, C.S. Dewa et Al., *Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review*, in *BMJ Open*, 2014, 7. Gli elementi e le condizioni che promuovono il rientro al lavoro dei soggetti assenti per aver sofferto di malattie mentali sono raccolti nello studio di L. St Arnaud et Al., *Supporting a Return to Work after an Absence for a Mental Health Problem Design, Implementation, and Evaluation of an Integrated Practices Program*, Canada 2014, III-IV (sintesi), consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

Nell'appendice a un lavoro che analizza le esigenze dei lavoratori affetti da artrite reumatoide, diabete mellito e perdita dell'udito, è inserito un questionario finalizzato ad esaminare i problemi dei lavoratori che hanno malattie croniche, S.I. Detaille et Al., *What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work*, in *Scandinavian journal of Work Environment and Health*, 2003, 142.

La Rete Europea per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (European Network for Workplace Health Promotion) ha realizzato un documento contenente una serie di raccomandazioni destinate sia alle autorità pubbliche sia ai soggetti privati che operano sul mercato del lavoro; richiamando la Responsabilità sociale delle imprese e la formula di “*workplace integration management*”, si sollecitano interventi integrati sia a livello europeo che a livello nazionale, basato su nove raccomandazioni (in particolare significative la n. 2

sulla individuazione delle malattie croniche allo stadio iniziale, la n. 3 sulla enfaticizzazione della capacità lavorativa residua e sull'adattamento dell'ambiente di lavoro, la n. 5 sulla focalizzazione delle politiche a favore delle persone che soffrono di malattie croniche come priorità sociale ed economica, la n. 12 sulla collaborazione integrata tra gli stakeholders), European Network for Workplace Health Promotion, *Recommendations from ENWHP's ninth initiative*, 2013, 10-12, consultabile nella banca dati *Documentazione europea* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

L'analisi di S.H. Allaire et Al, *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 108, fa riferimento ad alcuni servizi predisposti dai datori di lavoro per favorire il lavoro dei soggetti che presentano inabilità; tali accorgimenti vengono considerati tuttavia poco efficaci (almeno quando i destinatari sono i malati cronici) perché intervengono soltanto dopo l'interruzione/la sospensione dell'attività lavorativa: fase in cui risulta meno effettivo l'effetto virtuoso sull'occupazione.

Uno studio del Regno Unito raccoglie una serie di dati empirici (pur non esaustivi) che dimostrano come gli investimenti economici nella prevenzione e nella promozione del reinserimento dei lavoratori assenti da lungo tempo per malattia sono più che compensati da benefici successivamente acquisiti, soprattutto a lungo termine, NICE, *Managing long-term sickness and incapacity for work*, 2009, 17-18 e 76-78.

Attraverso la ricerca Stargate (Strumenti e prassi di tutela: aspetti relazionali per la gestione di collaboratori ammalati critici che tornano al lavoro dopo esperienza di cura) è stato sottoposto un questionario ai soggetti coinvolti nel reinserimento lavorativo dei malati cronici; ne è risultato che «le aziende dotate di prassi per i dipendenti affetti da malattie croniche sono il 36% del totale, in prevalenza con un numero di dipendenti superiori a 1.000 e 2.000» e che soltanto il 12% «dispone di prassi che contemplino aspetti relazionali»; tra le prassi valutate più idonee dagli intervistati vi è quella del «colloquio di rientro e successivi per ridefinire i criteri temporanei di valutazione della prestazione» (31%), quella legata al «servizio di assistenza sociale e di orientamento» (18%), Stargate, *People care: dalle malattie critiche alle prassi relazionali aziendali*, 2-3, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

2.3.1. *I fattori che condizionano la possibilità di ricollocamento*

Le conclusioni degli studi di S.H. Allaire et Al, *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 108, mettono in discussione l'interesse dell'impresa a realizzare interventi efficaci per adattare il posto di lavoro alle condizioni fisiche del malato cronico ovvero ad offrire altre occasioni di lavoro; per questa ragione vengono preferiti gli interventi pubblici di riabilitazione professionale, preferibilmente da effettuarsi quando l'attività lavorativa non si è ancora interrotta.

Un interessante approccio per favorire l'occupabilità dei malati cronici è offerto da uno studio olandese che pone al centro dell'attenzione, la responsabilizzazione (*empowerment*) del lavoratori stessi, considerando un presupposto indefettibile per ogni piano di mantenimento o reinserimento il previo coinvolgimento dei diretti interessati. Nello specifico vengono identificati sette tematiche tradotte concretamente in compiti da affidare ai lavoratori malati cronici (per evitare distorsioni semantiche si riportano in originale: «developing a realistic understanding of one's abilities; standing up for oneself self-confidently; maintaining social relations based on mutual understanding; acquiring knowledge of one's options, rights and duties; negotiating with regard to work accommodations; planning one's job so as to provide personal satisfaction; and maintaining a social life outside work»), I. Varekamp et Al., *Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2009, 405.

Nella più ampia prospettiva dell'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati si approfondiscono gli effetti della prolungata assenza dal lavoro, osservando come l'esito sia «una progressiva marginalità-emarginazione, con frequenti derive devianti che, se perdura nel tempo, si cronicizza, rendendo obiettivamente difficile intervenire con i tradizionali servizi di welfare e di accompagnamento per la ricostruzione di un progetto di vita finalizzato al reinserimento sociale della persona», L. Callegari, *Inclusione lavorativa e sociale delle persone svantaggiate*, Bologna 2009, 254.

2.3.2. *Segue: cancer survivors*

Sulla parabola storica del lavoro dei cancer survivors, B. Hoffman, *Cancer survivors at work: a generation of progress*, in *CA: a cancer journal for clinicians*, 2005, 271 ss.

Secondo un'accurata literature review un poco risalente, sotto il profilo organizzativo e sociale i fattori che contribuiscono ad aumentare le possibilità di rientro al lavoro per i malati oncologici sono l'atteggiamento positivo dei colleghi e la possibilità di usufruire di un orario di lavoro elastico e flessibile, mentre incide negativamente l'adibizione a lavori manuali e di fatica; secondo tale studio non rilevarebbe invece l'atteggiamento discriminatorio; in relazione alla patologia, un effetto positivo viene individuato nella distanza temporale tra la fine dei trattamenti terapeutici e il rientro al lavoro, mentre l'insorgenza di alcune tipologie di tumori avrebbe effetti pregiudizievoli (tumori alla testa, al collo, al seno), a differenza di altre (più agevole il rientro per coloro che hanno sviluppato tumori ai testicoli); infine viene evidenziata la perdita di importanza del valore del lavoro nelle aspirazioni dei pazienti oncologici, E.R. Spelten et Al., *Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review*, in *Psycho-oncology*, 2002, 128.

Un'analisi sistematica mette in relazione i dati emergenti da nove tra gli studi più recenti e scientificamente attendibili sul ritorno al lavoro di tali soggetti (effettuati con riferimento a Stati Uniti, Canada ed Europa). Viene rilevato che l'indice di ritorno al lavoro di coloro che sopravvivono alla fase di trattamento è compreso tra il 64% e l'84%. In una percentuale compresa tra il 16% e il 30% dei rientranti si riscontrano inabilità lavorative (limitazioni negli sforzi fisici, nel sollevamento di carichi pesanti, nel piegarsi, nella capacità di concentrazione, nel mantenere il ritmo di lavoro imposto dai colleghi). Rispetto al tempo, il ritorno al lavoro è più probabile nei primi 12-18 mesi dopo il trattamento. Rispetto alla tipologia della patologia, più bassa è la percentuale di rientro per i malati di neoplasie ematologiche (oltre a quelli affetti da tumori ai polmoni, allo stomaco, al sistema nervoso), mentre più alto è l'indice per coloro che hanno sviluppato il cancro al seno e alla prostata. Rispetto all'evoluzione della malattia, meno probabile è il rientro di coloro che abbiano tumori in stato avanzato o che abbiano subito trattamenti antitumorali più invasivi. Rispetto alle condizioni cliniche generali, fattori negativi sono una cattiva condizione di salute personale, uno stato di depressione, lo sviluppo di un secondo tumore ovvero il ritorno della patologia, la presenza di un'altra patologia cronica al tempo della diagnosi. Rispetto alle caratteristiche personali, sono fattori che incidono negativamente sul rientro l'età avanzata, l'appartenenza al genere femminile e a etnie minoritarie, modeste condizioni economiche, scarsa educazione. In relazione alle condizioni generali legate all'attività lavorativa, negative sono la richiesta di un'attività fisica importante, le difficoltà di trasporto, la sindacalizzazione, l'atteggiamento ostile del datore di lavoro. J.F. Steiner et Al., *Returning to work after cancer: quantitative stud-*

ies and prototypical narratives, in *Psycho-oncology*, 2010, 118. Simili risultati sono messi in evidenza in A. Mehnert, *Employment and work-related issues in cancer survivors*, in *Critical reviews in oncology/hermatology*, 2011, 126, ove viene riportata una tabella riassuntiva degli elementi che condizionano e/o facilitano il rientro al lavoro dei *cancer survivors*; nel medesimo lavoro vi è una descrizione sintetica dei fattori inerenti all'ambiente e alle caratteristiche del lavoro individuati nei diversi studi incidono sulla possibilità di rientro dei soggetti (121-122).

Lo studio di A. Mehnert, U. Koch, *Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation-a prospective study*, in *Scandinavian journal of Work Environment and Health*, 2013, 83-84, ha individuato nell'appartenenza a una elevata classe sociale, nell'alto livello professionale e nel fare parte dei lavoratori più giovani, dei fattori che consentono di aumentare le probabilità di ritornare al lavoro dopo essere stati sottoposti a terapie antitumorali. Si tratta di caratteristiche che statisticamente permettono una maggiore flessibilità nell'organizzazione del lavoro: elemento assai rilevante per i lavoratori malati di cancro o *cancer survivors*. Sotto il profilo psicosociale, una rilevante importanza riveste l'aspetto motivazionale di voler rientrare al lavoro (i soggetti più motivati hanno la probabilità sei volte superiore di tornare al lavoro rispetto ai meno motivati), mentre le difficoltà relazionali nella vita privata incidono negativamente sulle possibilità di reinserimento. Una precedente analisi sistematica sugli studi relativi ai fattori che influenzano l'abilità lavorativa e l'occupazione dei *cancer survivors* ha sottolineato come siano ancora pochi gli approfondimenti scientifici di un elemento che sembra nella pratica assumere una significativa rilevanza sull'occupazione e sulle abilità lavorative di tali soggetti: quello legato ai fattori psicosociali. Ad avviso degli studiosi finlandesi, dovrebbe in particolare essere approfondita l'importanza del supporto specifico fornito dai servizi per la salute sul lavoro e dell'adattamento delle condizioni per svolgere l'attività nei luoghi di lavoro, T. Taskila, M. L. Lindbohm, *Factors affecting cancer survivors' employment and work ability*, in *Acta Oncologica*, 2007, 450. Controversa risulta la rilevanza della discriminazione sul posto di lavoro, mentre negli studi empirici è chiaramente emerso da parte dei soggetti il bisogno di avere maggiore supporto ed empatia da parte dei servizi pubblici, dei superiori, dei colleghi, T. Taskila et Al., *Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services*, in *Support care cancer*, 2006, 433; nel medesimo lavoro si sottolinea come: una necessità di maggiore supporto è manifestata dai lavoratori di basso livello e meno scolarizzati; occorre rafforzare i servizi aziendali per la salute sul lavoro, soprattutto in termi-

ni di sufficiente multidisciplinarietà; centrale è il ruolo dei superiori, che dovrebbero tenere in dovuto conto le condizioni dei *cancer supervisors* quando pianificano e organizzano l'attività lavorativa (433-434).

Un recente studio ad opera di P. Van Muijen et Al., *Factors associated with work disability in employed cancer survivors at 24-month sick leave*, in *BMC Cancer*, 2014, 9, identifica sei fattori associati allo sviluppo di inabilità lavorative tra i cancer survivors: educazione scolastica elevata, sottoposizione a trattamenti a base di ormoni, sviluppo di metastasi, limitazioni fisiche, scarsa convinzione nelle proprie abilità fisiche, far parte dei lavoratori di origine olandese (lo studio è effettuato su un campione di soggetti operanti nel mercato del lavoro dei Paesi Bassi; l'ultimo fattore riportato viene indicato dagli autori come da verificare a causa della limitata quantità di soggetti stranieri considerati).

Uno studio condotto nei Paesi Bassi, mette in luce come sia necessario incrementare la qualità del servizio professionale prestato dai medici del lavoro, soprattutto in termini di comunicazione tra tali specialisti e i medici curanti, in particolare in rapporto alla necessità una continuità nel servizio di cura, J. Verbeek et Al., *Return to work of cancer survivors: a prospective color study into the quality of rehabilitation by occupational physicians*, in *Occupational environment medicine*, 2003, 356.

2.3.3. Segue: dolori cronici

Uno studio condotto sui lavoratori sofferenti di dolori cronici a braccia, collo e schiena ha evidenziato come in alcuni casi il management ha tentato un adattamento degli strumenti di lavoro alle condizioni fisiche dei lavoratori ma che, tuttavia, sovente le soluzioni non sono soddisfacenti (si porta l'esempio di posizionamento di computer, sedie e scrivanie adattate alle condizioni fisiche del lavoratore che però non può essere realizzato quando le postazioni sono condivise o comunque il soggetto utilizza più postazioni), N. Hutting et Al., *Experiences of employees with arm, neck or shoulder complaints: a focus group study*, in *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2014, 5-6. Nel medesimo studio si rileva come una primaria esigenza per di coloro che soffrono di tali patologie sia quella di avere un orario di lavoro ridotto (ovvero più flessibile): viene infatti evidenziato un nesso tra il peggioramento delle condizioni fisiche e il più rapido affaticamento nel corso dello svolgimento dell'attività lavorativa (6-7); l'aumento di stress è legato all'aspettativa dell'impresa che i lavoratori presenti sul posto di lavoro siano sempre in grado di dare il 100% (7-8); il supporto dei superiori e dei colleghi, d'altro canto, è percepito come un conforto e la

condivisione delle difficoltà legate alle condizioni fisiche porta sollievo ai soggetti debilitati (8-9).

2.3.4. Segue: *disordini mentali*

In relazione al rientro al lavoro dopo un periodo di assenza determinato da malattie legate a disordini mentali, viene sottolineato come emerge dall'analisi sistematica delle ricerche più significative l'importanza della lunghezza delle assenze, delle ricadute, del tempo di rientro al lavoro tra i periodi di assenza; si rileva come siano ancora non soddisfacenti gli approfondimenti circa il guadagno in termini economici per l'impresa nell'investire sul rientro del lavoratore assente, C.S. Dewa et Al., *Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review, BMJ Open*, 2014, 14.; nel medesimo studio si rileva come la lunghezza dell'assenza dipende dalla natura della patologia (le malattie mentali hanno un decorso più lungo di quelle fisiche) e come la grande variabilità del tempo dell'assenza dipende anche dai diversi modelli di protezione sociale adottati nei diversi paesi oggetto dei vari studi (13) e si suggerisce percorsi di futura ricerca focalizzati più che sul rientro *per sé* (che avviene quasi sempre), sullo studio della ricorrenza degli episodi di assenza e sulla lunghezza dei medesimi (14).

In tema di malattie mentali si riscontra come vi sia una tendenziale maggiore rapidità nel rientro al lavoro per i lavoratori più giovani e quelli posti a un basso livello socio-economico (tuttavia ciò non avviene nel più ristretto ambito delle patologie connesse a disturbi dell'umore). Anche l'appartenenza a un determinato genere ha rilevanza: le lavoratrici restano assenti in media per un periodo più lungo (per disturbi dell'umore, disturbi nevrotici e legati allo stress). I lavoratori impiegati nei servizi, soprattutto a livelli professionali più alti, necessitano di più tempo più lungo prima di rientrare in attività: ciò viene spiegato sulla base del fatto che in questo caso si tratta di mansioni che richiedono l'utilizzo di notevoli capacità mentali. Per i disturbi mentali è stato rilevato che la probabilità di rientro è del 26% entro il mese, 47% nei 3 mesi, 70% nei 6 mesi, 95% nei 2 anni; mentre solo il 5% accede alla pensione di invalidità. Per i disturbi emotivi, invece, il rientro è molto elevato entro il primo mese, per poi declinare significativamente. Per i disturbi nevrotico-ossessivi, ancora, il rientro è più probabile entro i primi 2 mesi; per quelli dell'umore, infine, vi sono alte percentuali di rientro entro i primi 3 mesi. Si può in definitiva osservare come, in generale, incentivare un rapido ritorno al lavoro sia un obiettivo fondamentale. In questo senso si citano i virtuosi strumenti di promozione del rientro elaborati nei Paesi Bassi, C.A.M. Roelen et Al., *Employees sick-listed*

with mental disorders: who returns to work and when?, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2012, 413 e 415.

Da un'inchiesta canadese realizzata attraverso un'indagine che ha coinvolto un pubblico selezionato di dirigenti, supervisori, lavoratori è emerso che per favorire il rientro dei lavoratori che siano stati assenti a causa di malattie mentali occorre lavorare sostanzialmente su due fronti: il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (management, superiori, colleghi) nel percorso di predisposizione dell'ambiente di lavoro per il rientro e il miglioramento delle conoscenze delle malattie mentali e della gestione delle stesse attraverso percorsi di formazione per i suddetti soggetti. Un obiettivo specifico è quello di superare pregiudizi e preconcetti sulle malattie mentali, diffusi soprattutto tra i colleghi, e promuovere una cultura dell'accettazione e della reintegrazione, D. Freeman et Al., *Factors leading to successful workplace integration of employees who have experienced mental illness*, in *Employee assistance quarterly*, 2004, 56-57; attraverso le interviste ai colleghi è stato rilevato come sovente questi considerino la malattia mentale, un espediente per liberarsi dai lavori più gravosi, nonché il lavoratore rientrante quale una minaccia per il buon funzionamento dell'ambiente di lavoro (56).

Sempre in tema di malattie mentali, un recente studio danese ha approfondito la questione della trasferibilità delle positive conclusioni sull'utilizzo di interventi coordinati e su misura per il reinserimento lavorativo a favore dei lavoratori affetti da patologie muscolo-scheletriche. Si giunge alla conclusione che per le patologie mentali gli effetti non hanno un indice di successo altrettanto promettente, soprattutto perché deve essere tenuta in debita considerazione la durata del programma di reinserimento, che rischia di pregiudicare un rapido rientro nel mercato del lavoro; in aggiunta, i lavoratori con disordini mentali hanno meno probabilità di mantenere il lavoro rispetto a quelle con inabilità di tipo fisico. Considerato che, l'attività di reinserimento è di competenza degli enti pubblici locali, nello studio si suggerisce un maggiore coinvolgimento negli interventi dei soggetti responsabili a livello di ambiente di lavoro, M.H.T. Martin et Al, *Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2013, 627-628.

2.4. Limiti tecnici presentati dagli studi sulle malattie croniche nel mercato del lavoro

Stante l'eterogeneità delle nozioni e delle definizioni utilizzate, si è segnalata da parte di uno studio condotto da ricercatori olandesi la necessità di divenire all'utilizzo di misure standardizzate sulle assenze per malattia; è stato in aggiunta rilevato come manchino anche definizioni comunemente accettate sul concetto di assenza per malattia a breve termine o a lungo termine; viene infine auspicata l'armonizzazione delle misure prese in relazione alle assenze per malattie tra i paesi che presentano politiche e sistemi di risarcimento tra loro differenti, C.A.M. Roelen et Al., *Employees sick listed with mental disorders: who returns to work and when?*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2012, 415.

3. Verso una politica di gestione e prevenzione delle malattie croniche nel mondo del lavoro

3.1. Livello internazionale

L'ILO ha attivato un programma per promuovere migliori condizioni di lavoro e la non discriminazione dei soggetti sieropositivi; in particolare è stata proclamata la Raccomandazione n. 200 (nel 2010) su *HIV and AIDS and the World of Work* con cui, tra le altre cose, si sollecita la predisposizione di misure idonee al mantenimento dell'occupazione, all'adattamento delle condizioni di lavoro adeguate allo stato di salute del lavoratore, alla conciliazione del lavoro e delle esigenze di cura (meritano di essere riportate testualmente le note 21 e 22 secondo cui «programmes of care and support should include measures of reasonable accommodation in the workplace for persons living with HIV or HIV-related illnesses, with due regard to national conditions. Work should be organized in such a way as to accommodate the episodic nature of HIV and AIDS, as well as possible side effects of treatment. Members should promote the retention in work and recruitment of persons living with HIV. Members should consider extending support through periods of employment and unemployment, including where necessary income-generating opportunities for persons living with HIV or persons affected by HIV or AIDS»), chiedendo che le assenze per la cura della malattia siano trattate come quelle derivanti dalle altre patologie e ribadendo che l'attuazione di tale programma deve avvenire negli stati membri in cooperazione con le parti sociali, anche a livello

aziendale, ILO, *Recommendation concerning HIV and AIDS and the World of Work*, 2010, consultabile nella banca dati *Documentazione internazionale dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

Sempre sotto l'egida dell'ILO è stato pubblicato un *code of practice* su HIV e AIDS il quale prevede che l'impresa debba apprestare le misure per favorire ragionevolmente l'attività lavorativa dei sieropositivi «these could include re-arrangement of working time, special equipment, opportunities for rest breaks, time off for medical appointments, flexible sick leave, part-time work and return-to-work arrangements», ILO, *An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work*, 2001, 8, consultabile nella banca dati *Documentazione internazionale dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

3.2. Livello regionale in ambito europeo

A livello strettamente normativo, allo stato non emergono specifiche disposizioni UE in tema di lavoro dei malati cronici. Occorre tuttavia rammentare quelle previsioni che, seppur di portata più generale, possano impattare direttamente sul mercato del lavoro dei malati cronici. In primo luogo, l'art. 26 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*; tale disposizione proclama che «l'Unione riconosce e rispetta il diritto delle persone con disabilità di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità»: qui, come in altre previsioni, il richiamo ai lavoratori “con disabilità” può certamente essere letto in termini estensivi ed inclusivi, così da comprendere coloro i quali manifestano delle inabilità al lavoro caratterizzate dall'estensione nel tempo e dalla periodica ricorrenza. Proprio su questo punto la Corte di Giustizia, *Sentenza C-335/11 e C-337/11 dell'11 aprile 2013*, dispositivo consultabile nell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Disease (http://eur-lex.europa.eu/legal-content/it/TXT/PDF/?uri=uriserv%3AOJ.C_.2013.156.01.0006.01.ITA) ha chiarito che la nozione di disabilità deve essere intesa in senso lato, come riferentesi «ad una limitazione risultante in particolare da menomazioni fisiche, mentali o psichiche durature che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori» (nozione fondata, a sua volta, su quanto previsto da ONU, *Convenzione sul diritto delle persone con disabilità*, consultabile nella banca dati *Documentazione in-*

ternazionale [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases \(http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Libretto_Tuttiuguali.pdf\)](http://www.lavoro.gov.it/AreaSociale/Disabilita/Documents/Libretto_Tuttiuguali.pdf), che all'art. 1 definisce «per persone con disabilità [...] coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri»; per un commento alla definizione adottata da parte della Corte di Giustizia, European Disability Forum, [European Court of Justice takes an important decision for employees with disabilities](#) e R. Marasca, *La Corte di Giustizia boccia l'Italia: verso i disabili un "irragionevole" trattamento sul luogo di lavoro*, in *RDSS: Rivista di diritto della sicurezza sociale*, 2013, 634-635. In aggiunta, secondo la precedente Corte di Giustizia, *Sentenza C-13/05 dell'11 luglio 2006*, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases (http://curia.europa.eu/juris/showPdf.jsf?text=&docid=56459&pageIndex=0&doclang=it&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=90395)*, l'*handicap* è da considerarsi «una limitazione» che ostacola «la partecipazione alla vita professionale [...] per un lungo periodo» e proprio per questa sua probabile estensione nel tempo la limitazione oggetto di giudizio rientrerebbe nella nozione di *handicap* e non in quella di malattia.

Alla parte datoriale è imposto poi da parte del diritto europeo un obbligo a favore della tutela della salute e della sicurezza dei propri lavoratori da parte della [direttiva 89/391/CEE](#), consultabile nella banca dati *Documentazione europea* dell'Osservatorio ADAPT [Work and Chronic Diseases](#), in particolare «il datore di lavoro è obbligato a garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi con il lavoro» (art. 5) e deve «adeguare il lavoro all'uomo, in particolare per quanto concerne la concezione dei posti di lavoro e la scelta delle attrezzature di lavoro e dei metodi di lavoro e di produzione» (art. 6, *d*). Le tematiche sono approfondite in L. Galantino, *Obbligo di sicurezza: fonti comunitarie e diritto interno*, in *Igiene e sicurezza sul lavoro*, 2003, 343-352.

Nella direttiva 2000/78/CE del 27 novembre 2000 (in tema di parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro), consultabile nella banca dati *Documentazione europea* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#) (<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000L0078&qid=1411382502729&from=IT>), alcuni considerando fanno riferimento ad azioni di adattamento e di politica sociale a favore di alcuni gruppi sociali particolarmente svantaggiati. Dopo

aver richiamato le previsioni della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea in tema degli anziani e dei disabili (considerando 6), la direttiva ribadisce, in coerenza con gli orientamenti in materia di occupazione, «la necessità di promuovere un mercato del lavoro che agevoli l'inserimento sociale formulando un insieme coerente di politiche volte a combattere la discriminazione nei confronti di gruppi quali i disabili» e dei lavoratori anziani (considerando 8); particolarmente significativo il considerando 20 secondo cui «è opportuno prevedere misure appropriate, ossia misure efficaci e pratiche destinate a sistemare il luogo di lavoro in funzione dell'*handicap*, ad esempio sistemando i locali o adattando le attrezzature, i ritmi di lavoro, la ripartizione dei compiti o fornendo mezzi di formazione o di inquadramento»; nel considerando 27 si richiama invece UE, *Raccomandazione 86/379/CEE del 24 luglio 1986* (sull'occupazione dei "minorati"), consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* (http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=uriserv:OJ.L_.1986.225.01.0043.01.ITA), che ha evidenziato «l'importanza di prestare un'attenzione particolare segnatamente all'assunzione e alla permanenza sul posto di lavoro del personale e alla formazione e all'apprendimento permanente dei disabili». Nella medesima direttiva 2000/78/CE, infine, è indicato, quale principio centrale nelle azioni richieste alla parte datoriale per favorire l'occupazione dei disabili, il limite della ragionevolezza: «per garantire il rispetto del principio della parità di trattamento dei disabili, sono previste soluzioni ragionevoli. Ciò significa che il datore di lavoro prende i provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato. Tale soluzione non è sproporzionata allorché l'onere è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore dei disabili» (art. 5). Ne si induce che tanto lo Stato membro provvede con compensazioni di ordine sociale agli oneri gravanti sul privato datore di lavoro, tanto il margine di ragionevolezza sarà ampio.

La Corte di giustizia UE, nella pronuncia UE, *Corte di Giustizia 4 luglio 2013, C-312/11*, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* (<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=139105&pageIndex=0&doclang=it&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=90958>), ha condannato l'Italia proprio per non aver recepito l'art. 5 della direttiva

2000/78/CE. Sulla direttiva 2000/78/CE e sulla pronuncia della Corte di Giustizia UE, si vedano le considerazioni R. Marasca, *La Corte di Giustizia boccia l'Italia: verso i disabili un "irragionevole" trattamento sul luogo di lavoro*, in *RDSS: Rivista di diritto della sicurezza sociale*, 2013, 630-638.

Il recente [regolamento \(UE\) n. 1291/2013](#) dell'11 dicembre 2013 (che istituisce il programma quadro di ricerca e innovazione (2014-2020) *Orizzonte 2020*), consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*, allegato 1, parte III, *Sfide per la società*, fa esplicito riferimento alle malattie croniche, osservando che le «malattie croniche sono fra le principali cause di disabilità, cattivo stato di salute, pensionamento per motivi di salute e morte precoce, e presentano notevoli costi economici e sociali» e che «l'ampia diffusione delle innovazioni tecnologiche, organizzative e sociali [...] consentono di coinvolgere in particolare gli anziani, le persone con malattie croniche e i disabili affinché restino attivi e indipendenti. In questo modo si contribuirà ad aumentare il loro benessere fisico, sociale e mentale e a prolungarne la durata»; si conclude che «è necessario che tutte queste attività siano svolte in modo da fornire un sostegno lungo tutto il ciclo della ricerca e dell'innovazione, rafforzando la competitività delle industrie europee e lo sviluppo di nuove opportunità di mercato. Si porrà inoltre l'accento sulla partecipazione di tutti i soggetti interessati, tra cui i pazienti e le loro organizzazioni e gli addetti del settore sanitario, al fine di elaborare un programma di ricerca e innovazione che coinvolga attivamente i cittadini e rifletta le loro esigenze e aspettative».

Le parti sociali a livello europeo hanno adottato accordi vincolanti; tra questi si richiamano quelli legati allo stress da lavoro correlato, poi sviluppati attraverso una ulteriore attività di approfondimento e affinamento: UE Commission, [Report on the implementation of the European social partners' Framework agreement on work-related stress](#), Commission staff working paper, SEC(2011) 241 final, 2011, 1-97.

Diverse sono le strutture europee che si sono occupate delle tematiche legate ai lavoratori malati cronici, tra le quali European Agency for Safety and Health Work (EU OSHA) e European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: European Union, *Conference "Promoting mental health and well-being in workplaces"*, *Conclusions and recommendations for action from the perspective of the conference organizers*, 2011, 5, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

Un'analisi sui recenti sviluppi del modello sociale europeo ha evidenziato come i contributi del sistema di *welfare* a favore dei soggetti con capacità lavora-

tive limitate hanno progressivamente cambiato natura con riferimento alle loro caratteristiche legali: in particolare non viene più perseguito lo scopo di proteggere un rischio sociale attraverso benefici monetari, ma invece «[they] will become a challenge of employment and health policy»: E. Eichenhofer, *The European social model and reforms of incapacity benefits*, in S. Devetzi, S. Stendahl (a cura di), *Too sick to work? Social security reforms in Europe for persons with reduced earnings capacity*, in The Netherlands 2011, 19.

3.3. Livello nazionale

Secondo la Rete Europea per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (European Network for Workplace Health Promotion), sono pochi gli ordinamenti nazionali che hanno impostato un sistema di promozione del benessere sul posto di lavoro sistematico e coerente, mentre spesso si sovrappongono politiche multiple e a volte contraddittorie che rischiano di provocare zone non protette dalla tutela del sistema: si fanno l'esempio di modelli in cui si distinguono il settore privato e quello pubblico, ovvero i trattamenti differiscono per i soggetti disoccupati e quelli disabili, European Network for Workplace Health Promotion, *Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice*, 2012, 7-8. In un documento dell'anno seguente la Rete ha sottolineato come la questione del mantenimento e della reintegrazione nel posto di lavoro dei soggetti che soffrono di malattie croniche sia divenuto in alcuni paesi membri UE un tema di crescente importanza (Paesi Bassi, Danimarca, Regno Unito, Norvegia, Irlanda), mentre nella maggioranza manca una considerazione politica globale al tema, European Network for Workplace Health Promotion, *Recommendations from ENWHP's ninth initiative*, 2013, 9, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*.

Uno studio di diritto comparato ha messo a confronto le riforme normative intraprese e introdotte in quattro Paesi dell'Unione Europea (Germania, Olanda, Regno Unito, Svezia) in favore dei soggetti con "ridotta capacità di guadagno" (*persons with reduced earnings capacity*). Pur individuando differenze tra i percorsi seguiti dai quattro ordinamenti (anche in tema di definizione di (parziale) incapacità) una tendenza comune riscontrata è quella dell'introduzione di modelli promozionali per favorire il mantenimento nel mercato del lavoro (e soprattutto nel posto di lavoro) di soggetti parzialmente o temporaneamente inabili. Le misure passive di sostegno al reddito sono invece riservate soltanto per coloro i quali sono (o divengono) totalmente incapaci. Più specificamente,

viene incentivato il mantenimento del lavoro in caso di sopravvenuta inabilità (anche attraverso obblighi di adattamento nell'organizzazione del lavoro posti in capo all'impresa, come nel caso olandese) e si promuove il reinserimento lavorativo tempestivo attraverso contributi economici decrescenti: S. Devetzi, S. Stendahl, *Introduction*, in S. Devetzi, S. Stendahl (edited by), *Too sick to work? Social security reforms in Europe for persons with reduced earnings capacity*, The Netherlands 2011, 4-6.

Il rapporto de l'Inspection générale des affaires sociales in Francia fa riferimento ai programmi di informazione attuati per migliorare la conoscenza sulle malattie cardiovascolari (39-46), A. Bensadon, P. Barbezieux, *Articulation entre santé au travail et santé publique: une illustration au travers des maladies cardiovasculaires*, IGAS, RAPPORT N°2013-127R, 2014, 27-31, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

La legislazione del Regno Unito prevede un "return-to-work credit", il quale fornisce un supporto finanziario durante il primo anno di rientro al lavoro «after someone has had a health condition or disability and has been receiving a relevant benefit» ed è disponibile per coloro che svolgano un lavoro settimanale per almeno 16 ore, NICE, *Managing long-term sickness and incapacity for work*, 2009, 44, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#). The UK Equality Act 2010 definisce all'art. 6 il disabile come una persona che ha una menomazione fisica o mentale ovvero che ha una menomazione che produce effetti negativi sostanziali e a lungo termine sulla persona, così da limitarne la possibilità di realizzare le normali attività quotidiane («A person (P) has a disability if [...] the impairment has a substantial and long-term adverse effect on P's ability to carry out normal day-to-day activities»); è significativo rilevare come tale definizione potrebbe permettere di ricomprendere anche lo status tipico dei malati cronici. Nell'art. 20 si prevede poi un dovere di realizzare delle modifiche e degli adattamenti (nei limiti del ragionevole) che permettano al disabile di essere posto in condizioni di uguaglianza sostanziale con omologhi soggetti non disabili; secondo l'art. 39 un «dovere di realizzare adattamenti ragionevoli» («a duty to make reasonable adjustments») è posto in capo al datore di lavoro, UK, *Equality Act 2010*, consultabile nella banca dati *Documentazione europea* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#). Un'analisi della nuova politica legislativa del Regno Unito in tema di prestazioni di *welfare state*, basata sull'attivazione delle persone malate e disabili e sulla promozione del reinserimento lavorativo è effettuata da N. Harris, S. Rahilly, *Extra capacity in the labour market? ESA and the activation of the sick and disabile in the UK*,

in S. Devetzi, S. Stendahl (edited by), *Too sick to work? Social security reforms in Europe for persons with reduced earnings capacity*, The Netherlands 2011, spec. 65-66. Sempre nel Regno Unito, nel 2006 è stato lanciato il programma quinquennale *Shift* finalizzato a ridurre la stigmatizzazione e la discriminazione sulla base della salute mentale; nel documento realizzato dal National Social Inclusion Programme e dal Care Services Improvement Partnership si illustrano alcuni interessanti punti di azione per la formazione di coloro che sono affetti da malattie mentali (DH6), per agevolarli nell'accesso al mercato del lavoro (DWP12d/e), per ricollocarli nel mondo del lavoro (DWP15d), per offrire consulenza in caso di lavoratori assenti per malattie mentali (HSE15b), o per guidare la condotta del management e degli imprenditori nella gestione dei lavoratori assenti per malattia e nel loro ritorno al lavoro, Care Services Improvement Partnership, National Institute for Mental Health in England, *National Social Inclusion Programme. Second annual report*, 2006, 29, 33, 34 e 39, consultabile nella banca dati *Documentazione europea* dell'Osservatorio ADAPT [Work and Chronic Diseases](#). In un'indagine sul cambiamento del lavoro nei Paesi Bassi si rileva come circa il 38% della forza-lavoro olandese soffre di malattie croniche o versa in uno stato di disabilità; solo nella metà dei casi le condizioni fisiche impattano sulla possibilità di lavorare e, comunque, il ritorno al lavoro è rapido; si osserva come i lavoratori godono di una rete di protezione sociale molto efficiente e che negli anni più recenti si sono diffuse le modalità di adattamento del posto di lavoro alle condizioni del soggetto: tuttavia molto deve essere ancora fatto; viene infine sottolineato come, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione e al mantenimento del posto di lavoro oltre i 65 anni, la garanzia di una buona salute diviene un fattore politico di importanza crescente, TNO Innovation for life, *Work life in The Netherlands*, 2012, 36, consultabile nella banca dati *Documentazione europea* dell'Osservatorio ADAPT [Work and Chronic Diseases](#). Nei Paesi Bassi la responsabilità per il pagamento dei giorni di malattia e di infortunio è posta in capo al datore di lavoro (che nella normalità dei casi è assicurato contro l'evenienza); nel reinserimento lavorativo, oltre all'evidente interesse all'attivazione della parte datoriale, un ruolo importante è svolto dal medico del lavoro, il quale non si limita a certificare lo stato di malattia, ma fornisce al lavoratore e al datore di lavoro indicazioni e consigli per favorire il rientro; anche sulla base di tali elementi, datore di lavoro e lavoratore pianificano un graduale reinserimento al lavoro o uno schema di attività ridotte da svolgere transitoriamente come parziale rientro al lavoro. Si compie una valutazione periodica (ogni 4 o 6 settimane) con l'assistenza del medico del lavoro. Dopo un periodo di 2 anni, il medico del lavoro valuta il complessivo rientro

al lavoro e, se reputa che il lavoratore sia inabile allo svolgimento del lavoro, allora gli accorderà un pensione di invalidità a carico del sistema sanitario, C.A.M. Roelen et Al., *Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2012, 410. Una recente normativa nazionale olandese, certamente rilevante ai fini della tempestiva attivazione lavorativa dei malati cronici, impone al datore di lavoro e al lavoratore (quando quest'ultimo possa presumersi rimanga assente per malattia per più di sei settimane) di concordare un piano di rientro (*plan for reintegration*); oggetto del piano può riguardare l'adeguamento della postazione lavorativa, la predisposizione di fasi di formazione o di adattamento professionale; è previsto un meccanismo legale che penalizza economicamente l'imprenditore che, ad avviso degli enti previdenziali, non realizza un piano di reinserimento non adeguato ovvero il lavoratore che non cooperi in modo soddisfacente: F. Pennings, *The new Dutch disability benefits Act*, in S. Devetzi, S. Stendahl (edited by), *Too sick to work? Social security reforms in Europe for persons with reduced earnings capacity*, The Netherlands 2011, spec. 81-82.

La legislazione danese a protezione dei malati copre lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi e disoccupati, con una prestazione di un massimo di 52 settimane per ogni malattia, M.H.T. Martin et Al, *Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2013, 622.

La nozione messa al centro del sistema di protezione sociale dei lavoratori (parzialmente) incapaci in Svezia è quella di riabilitazione continua per tutto il corso della vita lavorativa (*working-life rehabilitation*), già a partire dalla fine degli anni Ottanta. Il responsabile principale di tale attività di formazione continuativa è individuato dalla legge nella figura dell'imprenditore: S. Stendahl, *The complicated made simple? The Reinfeldt government's 2006-2010 reforms of Swedish social security protection for those with reduced capacity for work*, in S. Devetzi, S. Stendahl (edited by), *Too sick to work? Social security reforms in Europe for persons with reduced earnings capacity*, The Netherlands 2011, 113-114.

Uno studio statunitense del 2005 (facente però riferimento a dati ancor più risalenti) rileva come i programmi per la formazione professionale dei malati cronici coinvolgano una percentuale alquanto limitata dei soggetti potenzialmente interessati (meno del 2%) e, in ogni caso, intervengono soltanto dopo la perdita del posto di lavoro e, di conseguenza, risultano molto meno efficaci, S.H. Allaire et Al, *Employment and satisfaction outcomes from a job retention*

intervention delivered to persons with chronic diseases, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 100-101.

In una stimolante prospettiva si sottolinea come una classica caratteristica delle malattie croniche sia quella di un decorso secondo un andamento fluido e oscillatorio, tra “picchi” e “attenuazioni”; in questo percorso il soggetto si trova in una zona grigia: in certi momenti quasi completamente abile, in altri con indici di disabilità notevoli; in alcune fasi con potenzialità lavorative estremamente ridotte, in altre pienamente idoneo al lavoro. Questa connotazione rende difficoltoso l’inquadramento del malato cronico nelle classiche categorie previste dalla legislazione previdenziale e assistenziale, nell’ambito della quale il legislatore utilizza categorie classificatorie rigide, che non possono tenere in opportuna considerazione i continui mutamenti nel tempo delle condizioni psicofisiche del soggetto, A. Vick, E. Lightman, *Barriers to employment among women with complex episodic disabilities*, in *Journal of disability policy studies*, 2010, 76-77, in particolare si rivendica un avanzamento della legislazione in termini di cittadinanza sociale inclusiva attraverso la promozione dei diritti umani; Koch et Al., *A narrative literature review regarding job retention strategies for people with chronic illnesses*, in W, 2013, 126, a loro volta, rilevano come un modello di protezione sociale rigido ha come conseguenza quella di creare delle barriere anche ai programmi di formazione e di adattamento ai fini del mantenimento dell’occupazione.

In Italia la disciplina protettiva dei lavoratori in peculiari condizioni psicofisiche è prevalentemente incardinata al classico concetto di disabilità. Tuttavia alcune previsioni risultano certamente rilevanti, almeno potenzialmente, per garantire il mantenimento del posto di lavoro ovvero il reinserimento lavorativo ai malati cronici. In particolare il d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro, all’art. 42, rubricato *Provvedimenti in caso di inidoneità alla mansione specifica*, dispone che «il datore di lavoro [...] attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un’inidoneità 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»; secondo tale previsione, perciò, sulla parte datoriale ricade l’onere di tentare il ricollocamento del lavoratore che non sia più idoneo alla mansione ricoperta (a prescindere dalla valutazione dello specifico grado di inabilità). Sul tema dell’onere di adibizione a mansioni diverse, anche attraverso una modifica organizzativa ragionevole: S. Giubboni, *Sopravvenuta inidoneità alla mansione e licenziamento. note per una interpretazione “adeguatrice”*, in *Rivista italiana di diritto del lavoro*, 2012, 304-308. Anche la l. 23 marzo 1999, n. 68, prevede all’art.

10 che «il disabile può chiedere che venga accertata la compatibilità delle mansioni a lui affidate con il proprio stato di salute [...] qualora si riscontri una condizione di aggravamento che [...] sia incompatibile con la prosecuzione dell'attività lavorativa, o tale incompatibilità sia accertata con riferimento alla variazione dell'organizzazione del lavoro, il disabile ha diritto alla sospensione non retribuita del rapporto di lavoro fino a che l'incompatibilità persista. [...] Il rapporto di lavoro può essere risolto nel caso in cui, anche attuando i possibili adattamenti dell'organizzazione del lavoro, [venga accertata] la definitiva impossibilità di reinserire il disabile all'interno dell'azienda»; tuttavia sussiste il limite soggettivo legato al raggiungimento di un certo grado di inabilità del lavoratore legalmente significativo, nonché una tendenza della giurisprudenza a interpretare restrittivamente la disposizione, negando qualsiasi onere datoriale di adattare l'organizzazione del lavoro alle condizioni del lavoratore (in tal senso Trib. Ferrara 22 ottobre 2008, in *Rivista italiana di diritto del lavoro*, 2009, II, secondo cui se le condizioni del lavoratore permettono di svolgere attività lavorativa soltanto a domicilio è legittimo il licenziamento quando nell'organizzazione esistente non sono previste postazioni di telelavoro). Tale ultima interpretazione è stata considerata in contrasto con l'art. 5 della direttiva 2000/78/CE che richiede che la parte datoriale assuma tutti i provvedimenti ragionevolmente appropriati da parte di S. Giubboni, *Sopravvenuta inidoneità alla mansione e licenziamento. note per una interpretazione "adeguata"*, in *Rivista italiana di diritto del lavoro*, 2012, 304. Sulle previsioni della suddetta normativa E. Anselmi et Al., *Nuove prospettive nel reinserimento lavorativo del disabile*, in *Atti del VII Convegno nazionale di medicina legale previdenziale*, 325-327, consultabile nella banca dati *Documentazione nazionale/Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#) (http://www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_portstg_114636.pdf). La già richiamata UE, *Corte di Giustizia UE C-312/2011 del 4 luglio 2013*, consultabile nella banca dati *Documentazione europea* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#), ha condannato l'Italia per non aver recepito integralmente quanto previsto all'art. 5 della direttiva 2000/78/CE in quanto «la legislazione italiana, anche se valutata nel suo complesso, non impone all'insieme dei datori di lavoro l'obbligo di adottare, ove ve ne sia necessità, provvedimenti efficaci e pratici, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, a favore di tutti i disabili, che riguardino i diversi aspetti dell'occupazione e delle condizioni di lavoro, al fine di consentire a tali persone di accedere ad un lavoro, di svolgerlo, di avere una promozione o di ricevere una formazione; in definitiva, la legislazione italiana nel suo

complesso non assicura una trasposizione corretta e completa dell'articolo 5 della direttiva 2000/78»; sul punto: R. Marasca, *La Corte di Giustizia boccia l'Italia: verso i disabili un "irragionevole" trattamento sul luogo di lavoro*, in *RDSS: Rivista di diritto della sicurezza sociale*, 2013, 627.

3.4. Livello locale

Il South West Regional Development Centre (Regno Unito), in collaborazione con il Disability Rights Commission e con il Sainsbury Centre for Mental Health per realizzare in programma di formazione per i potenziali lavoratori disabili mentali nel settore pubblico, realizzando anche una guida per l'impiego di tali lavoratori a favore delle organizzazioni sindacali; mentre il North Essex Mental Health Partnership Trust ha sviluppato un innovativo "buddy scheme" al fine di stimolare i lavoratori del Trust che abbiano o che abbiano avuto malattie mentali ad offrire supporto ai colleghi che ne abbiano bisogno, CISP, *National social inclusion report. Second annual report*, 2006, 18 e 19.

Un non meglio precisato Massachusetts' VR (*vocational rehabilitation*) program è citato in S.H. Allaire et Al, *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 107, e viene criticato in quanto gli uffici, peraltro poco capillari sul territorio, sono aperti negli orari di ufficio, con la conseguenza che difficilmente sono frequentabili da lavoratori ancora in servizio.

In Danimarca la responsabilità della valutazione delle condizioni dei beneficiari dei trattamenti per malattia e della predisposizione di programmi di reinserimento lavorativo è dei centri per l'impiego locali (*municipal jobcentres*), i quali coinvolgono nell'attività agenzie specializzate, M.H.T. Martin et Al, *Effectiveness of a coordinated and tailored return-to-work intervention for sickness absence beneficiaries with mental health problems*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2013, 622.

La Regione Piemonte e la Direzione Regionale Inail Piemonte hanno stipulato una convenzione finalizzata a predisporre dei "gabinetti di fisioterapia" locali (i primi attivati ad Asti e Alessandria) allo scopo di trattare tempestivamente a livello fisioterapico i lavoratori che subiscono degli infortuni sul lavoro; tra soggetti prioritariamente trattati vi sono i lavoratori affetto da «disabilità minimali croniche o in fase di stabilizzazione i cui interventi riabilitativi sono caratterizzati prevalentemente da prestazioni di FKT [fisiocinesiterapia] stru-

mentale o che comunque richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo». Le finalità sono di ridurre i danni conseguenti dalle lesioni e di «favorire il più celere ritorno dell'infortunato al lavoro ed alla sua vita sociale»; tra le varie tecniche previste vi sono quelle di “terapia occupazionale” e particolare attenzione è riservata alla tempestività del trattamento fisioterapico nella consapevolezza che l'inizio del trattamento «deve essere instaurato secondo tempi codificati nei protocolli riabilitativi ed applicato in maniera intensiva, onde raggiungere i risultati sperati nel più breve tempo possibile»; nella relazione che presenta i risultati di una prima indagine si osserva significativamente che «il ricorso alle cure riabilitative deve essere tempestivo ed efficace, oltre che consono con le lesioni da trattare, allo scopo di permettere una più favorevole stabilizzazione della malattia e quindi più precoce reintegro socio-familiare-lavorativo dell'infortunato, nell'ottica di una “tutela globale”», A. Palombella et Al., *L'Inail ed il trattamento fisioterapico dell'infortunato sul lavoro: quale tipologia, quale efficacia, quale durata. L'esperienza del Piemonte*, in *Atti del VII Convegno nazionale di medicina legale previdenziale*, 285 e 289, consultabile nella banca dati *Documentazione nazionale/Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](http://www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_portstg_114636.pdf) (http://www.inail.it/internet_web/wcm/idc/groups/internet/documents/document/ucm_portstg_114636.pdf).

3.5. Associazioni, Istituti, Network

Il National Institute for Health and Clinical Excellence (del Regno Unito, NICE) ha predisposto una guida articolata, destinata in particolare ai manager e ai rappresentanti dei lavoratori nei luoghi di lavoro. Accanto alla guida è stato pubblicato anche una raccolta ragionata delle risorse a disposizione (con collegamenti ipertestuali) per la gestione dei lavoratori che presentino dei limiti alle capacità lavorative e che siano stati assenti dal posto di lavoro per ragioni di salute per un periodo prolungato; NICE, *Managing long-term sickness and incapacity for work. Guide to resources*, 2009, 5-13.

Il Chartered Institute of Personnel and Development (del Regno Unito, Championing better work and working lives), ha realizzato un documento sintetico contenente delle indicazioni destinate, da un lato, ai diretti superiori (c.d. “line managers”) e, dall'altro, ai professionisti delle risorse umane e agli imprenditori, per assistere e supportare il rientro dei lavoratori dopo una lunga assenza per malattia; tra le varie indicazioni si sottolineano, rispettivamente: il mante-

nimento delle relazioni durante l'assenza, la disponibilità verso le specifiche esigenze del lavoratore al rientro, un supporto particolarmente accorto nella prima fase di rientro; e, per coloro che non sono diretti superiori, si aggiungono le offerte formative, buone relazioni interaziendali, ambiente lavorativo che supporti il rientro del soggetto e lo faccia sentire parte della comunità, *Championing better work and working lives, Manager support for return to work following long-term sickness absence Guidance*, 2010, 6-8.

Negli Stati Uniti la National Multiple Sclerosis Society ha elaborato un piano definito *Project Alliance* (negli anni 1992-1995) a favore della riabilitazione professionale dei lavoratori malati di sclerosi multipla, ottenendo che i quattro quinti dei soggetti giunti sino al termine del programma mantenessero l'impiego; analoghi risultati sono stati ottenuti per i lavoratori con malattie croniche che si sono sottoposti al Job Raising Program a loro dedicato (il 92% era impiegato dopo 6 mesi dalla partecipazione al programma di riabilitazione professionale) S.H. Allaire et Al, *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 101.

3.6. Livello privatistico

Il rapporto de l'Inspection générale des affaires sociales in Francia riassume le attività informazione, promozione e sensibilizzazione nei confronti delle malattie cardiovascolari nelle aziende e sollecita l'adozione di misure future per formare e coinvolgere il management, soprattutto con l'obiettivo di ricollocamento dei lavoratori malati A. Bensadon, P. Barbezieux, *Articulation entre santé au travail et santé publique: une illustration au travers des maladies cardiovasculaires*, 62-84, consultabile nella banca dati [Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

La campagna della European Network for Workplace Health Promotion, a livello europeo, è finalizzata a sua volta a promuovere buone prassi per una strategia di contesto lavorativo integrato, capace di colmare i vuoti di tutela lasciati scoperti dall'imperfetta relazione tra mondo del lavoro e protezione dei soggetti inabili; la parola d'ordine è quella di realizzare il giusto servizio per le persone giuste al momento giusto, European Network for Workplace Health Promotion, *Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice*, 2012, 8.

Il progetto di estensione europea *Re-integrate* offre servizi per agevolare il ritorno al lavoro delle persone assenti a causa di malattia, anche attraverso la

promozione di buone pratiche; l'attività di *Re-integrate* è consultabile [nell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

Nel 1995 alcuni studiosi statunitensi elaborarono il Work Experience Survey (WES) e un relativo manuale al fine di impostare un questionario finalizzato ad individuare le barriere all'attività lavorativa presenti nell'ambiente di lavoro e a elaborare soluzioni adeguate; le barriere considerate sono di ampio spettro e relative alle differenti tipologie di inabilità. Il modello è stato successivamente importato anche nel Regno Unito e recentemente utilizzato per realizzare un WES a favore dei lavoratori affetti da patologie reumatiche; si giunge nelle conclusioni dell'indagine a sollecitare lo sviluppo di strategie complessive idonee a promuovere una carriera a lungo termine dei lavoratori che consegua all'inserimento del soggetto nella prima posizione lavorativa: si tratta di una declinazione generale dei più mirati interventi tesi a favorire il mantenimento del posto di lavoro per i soggetti che manifestano forme di inabilità, UK_WES_RC Manual, *UK work experience survey for persons with rheumatic conditions*, 2013, 46.

In un recente studio danese si fa riferimento a un'assicurazione imprenditoriale per le malattie croniche, definita come «assicurazione che compensa il datore di lavoro dal primo giorno di malattia del lavoratore ovvero per le assenze determinate dalla sottoposizione a esami medici in modo continuativo o periodico»: J. Pedersen et Al., *Prediction of future labour market outcome in a cohort of long-term sick-listed Danes*, in *BMC Public Health*, 2014, 3.

Nell'ambito dell'ordinamento italiano, in tema di inserimento lavorativo delle persone «svantaggiate» è stato osservato che da un punto di vista normativo «fatte salve le poche disposizioni di legge in materia di incentivi alle imprese che assumono disoccupati di lungo periodo (l. 407/90, l. 223/91) ed alle norme della l. 381/91 e della l.r. 7/94 che consentono alle cooperative sociali di tipo b di assumere con sgravi contributivi persone svantaggiate in situazione di tossicodipendenza, alcolismo, disagio psichiatrico in carico ai Servizi di territorio ed i condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione, non esistono altri supporti normativi cui appellarsi»: L. Callegari, *Inclusione lavorativa e sociale delle persone svantaggiate*, Bologna 2009, 254.

3.6.1. Su iniziativa datoriale

Le istituzioni europee in termini generali, e Commissione e Corte di Giustizia in particolare, interpretano l'art. 5 della direttiva 2000/78/CE come integrante un onere in capo a tutti i datori di lavoro di apprestamento di «provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire

ai disabili di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato»: rispetto al mancato recepimento dell'art. 5 da parte della normativa italiana, si vedano le osservazioni della Commissione e della Corte di Giustizia in UE, *Corte di Giustizia UE C-312/2011 del 4 luglio 2013*, consultabile nella banca dati *Documentazione europea* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

Una recente campagna promozionale della Rete Europea per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (European Network for Workplace Health Promotion) sottolinea come in alcuni casi un periodo di interruzione nella prestazione lavorativa è indispensabile per i malati cronici e che occorre un'azione proattiva da parte del management affinché i malati possano rapidamente tornare al lavoro: la maggioranza dei malati cronici, infatti, conserva la capacità lavorativa anche durante il decorso e il rientro, oltre a contenere le perdite economiche e di competenza professionale per l'impresa, può facilitare il recupero delle condizioni di salute del lavoratore, riducendo il rischio di cronicizzazione della situazione di inabilità; a questo fine è predisposto un piano d'azione a sei fasi che realizzi delle "buone pratiche" aziendali in tema di gestione dei lavoratori che soffrono (o potrebbero soffrire) di malattie croniche European Network for Workplace Health Promotion, *Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice*, 2012, 13 e 15-19.

Un'elencazione di attività di supporto e adattamento delle condizioni di lavoro attuare dal management per i cancer survivors tornati al lavoro è contenuta in F. Kennedy et Al., *Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer*, in *European Journal of Cancer Care*, 2006, 7-8 (Regno Unito). In particolare si sottolineano le risposte dei soggetti intervistati che hanno ricevuto benefici da una serie di misure ed atteggiamenti posti in essere sui luoghi di lavoro quali: da un lato, il supporto umano da parte di management e colleghi e, dall'altro, l'adattamento delle condizioni di lavoro (flessibilità oraria, cambiamento di ritmi e di mansioni, telelavoro, trasformazione in contratto di lavoro autonomo).

In relazione alla valorizzazione dei lavoratori anziani nel settore delle costruzioni, viene riportato un caso di studio di buone pratiche sviluppato dal direttore delle risorse umane di una impresa edilizia britannica, dove sono enfatizzate le positività di mantenere al lavoro i soggetti anziani (competenza, doti di managerialità, patrimonio esperienziale per formare gli apprendisti, compensare

la mancanza di nuove risorse) e gli accorgimenti da adottare (alleviare il carico di lavoro fisico a favore dell'attività di formazione degli apprendisti, ridurre e rendere più flessibili l'orario di lavoro); viene riportata anche l'esperienza della B&Q, la più grande catena di negozi al dettaglio per il giardinaggio, che ha dimostrato la convenienza economica un progetto globale per la promozione dei lavoratori anziani: Healty Working Lives, *Managing a healthy ageing workforce. A National business imperative. A guide for employers*, 6 e 19 (si tratta di argomenti in parte richiamabili anche per i malati cronici), consultabile nella banca dati *Documentazione europea* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

Nel Regno Unito è stata fondata una rete tra imprenditori per l'inclusione e l'eguaglianza tra lavoratori, in cui due dei nove principi chiave (protected characteristics guides) sono l'inclusione e l'eguaglianza dei lavoratori rispetto all'età e alla disabilità, Employers Network for Equality & Inclusion, [The Employers Network for Equality & Inclusion, the UK's leading employer network covering all aspects of equality and inclusion issues in the workplace](#).

La Standard Chartered Bank, in collaborazione con Championing Better Work and Working Lives, ha realizzato il programma *Living with HIV* concentrandosi sulla prevenzione attraverso l'educazione, nonché su un ambiente lavorativo inclusivo che accolga il lavoratori sieropositivi, i quali non sono tenuti ad informare colleghi e superiori della loro condizione fisica.

Con uno studio statunitense di inizio millenni sono state raccolte interessanti informazioni riguardanti i pacchetti di assicurazione sociale privata forniti a favore dei malati cronici da parte delle imprese occupanti i primi 100 posti della classifica della rivista Fortune. La conclusione raggiunta dagli autori è che i modelli adottati dai datori di lavoro non sono concepiti avendo come destinatari i malati cronici e perciò non si adattano in modo pienamente soddisfacente alle loro esigenze. Nonostante le condizioni siano in generale più favorevoli rispetto a quelle garantite dal servizio sanitario pubblico (*medicare benefits*), alcune caratteristiche dei servizi non consentono una piena utilizzabilità per i lavoratori malati cronici; si tratta ad esempio dell'imposizione di oneri contributivi gravanti sui lavoratori, della previsione di limiti quantitativi massimi di utilizzo, dell'interpretazione restrittiva della nozione di "necessità medica" intesa solo quale strumento di miglioramento delle condizioni fisiche e non di mantenimento/manutenzione delle condizioni di salute, F. Montenegro-Torres et Al., *Are Fortune 100 companies responsive to chronically ill workers?*, in *Health affairs*, 2001, 217.

In Italia alcune Aziende Unità Sanitaria Locale hanno attivato dei progetti dedicati specificamente ai dipendenti *senior* e, perciò, coinvolgenti quella fascia

di lavoratori maggiormente a rischio di sviluppare alcune malattie croniche e/o di soffrirne. L'AOU di Udine, ad esempio, rilevato un significativo aumento del tasso di inidoneità alle mansioni nel personale ospedaliero, ha attivato uno sportello di ascolto delle esigenze dei lavoratori, così da poter trovare soluzioni per la rimodulazione dell'orario di lavoro idoneo a conciliare attività professionale e esigenze di vita privata. L'Azienda Ospedaliera di Garbagnate Milanese, a sua volta, ha tracciato percorsi di carriera che tengano conto dell'avanzamento dell'età, valorizzando e concentrando l'attività lavorativa del personale *senior* nelle attività diurne. L'AUSL di Siena ha in programma la realizzazione di una “*action card*” personalizzata per ultracinquantenni che ha come obiettivo il miglioramento dell'organizzazione del lavoro attraverso un miglioramento delle condizioni lavorative individuali. L'indagine è stata condotta da Rusan, sito consultabile attraverso l'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases (<http://www.ienonline.org/ien/rusan/>), centro di eccellenza nazionale per il monitoraggio ed il miglioramento della qualità del capitale Umano nelle aziende sanitarie; i risultati sono sintetizzati in P. Del Bufalo, *Come valorizzare gli over 50*, in *Guida Sanità Sole 24 Ore*, 2014, n. 20, 21. Modelli di welfare aziendale della realtà produttiva italiana che hanno dimostrato attenzione per l'introduzione di modelli di flessibilità e conciliazione tra tempo di lavoro e tempo di vita privata sono stati illustrati nel lavoro di W. Passerini, M. Rotondi, *Wellness organizzativo. Benessere e capitale umano nella Nice Company. Esperienze e strumenti a confronto*, Milano, 2011; nel contributo, in particolare, viene presentata l'esperienza di IBM sulla flessibilità individuale nella modalità di esecuzione della prestazione lavorativa e nella scelta dei luoghi di lavoro quale espressione della cultura di “*work-life balance*” (81-83), nonché gli strumenti di *welfare* aziendale di Luxottica (100-103) e il modello di “*work-life balance*” sviluppato da Martini&Rossi (108-110).

3.6.2. *In via convenzionale*

Un interessante Accordo di categoria è stato stipulato il 27.6.2008 per l'assistenza sanitaria integrativa dei lavoratori delle le aziende dei “settori ceramica” (ceramica sanitaria, porcellana e ceramica per uso domestico e ornamentale, ceramica tecnica, tubi in gres) iscritte a Faschim (Fondo nazionale di assistenza sanitaria per i lavoratori dell'industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e GPL, minerario e coibenti), consultabile nella banca dati *Documentazione nazionale dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*; nell'allegato 1, riguardante le condizioni generali di assicurazione, è previsto che le prestazioni assi-

stenziali «comprendono anche gli infortuni e le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura nonché le malattie croniche e recidivanti».

In molti dei contratti collettivi di lavoro stipulati, d'altro canto, si precisa che il periodo di conservazione del posto di lavoro a favore di soggetti assenti per infortunio e malattia (c.d. "comporto") può essere esteso a meno che «non si tratti di malattie croniche e/o psichiche». In tal senso, l'art. 25 del CCNL 29 aprile 2011 per i dipendenti da aziende ortofrutticole e agrumarie; nei medesimi termini anche: art. 59 del CCNL 13 maggio 2013 per il personale dipendente da enti, opere, istituti valdesi; art. 65 del CCNL 3 luglio 2013 per le lavoratrici ed i lavoratori dipendenti delle istituzioni aderenti alla Fenascop; art. 31 del CCNL 28 aprile 2011 per i dipendenti dagli istituti per il sostentamento del clero; art. 127 del CCNL 9 luglio 2010 per i dipendenti dalle aziende dell'industria turistica aderenti a Confindustria; art. 54 del CCNL 8 luglio 2010 per il personale di terra del trasporto aereo e delle attività aeroportuali; artt. 166 e 174 del CCNL 4 marzo 2010 per i dipendenti dalle aziende del settore turismo Confesercenti (tutti i CCNL citati sono consultabili nella banca dati *Documentazione nazionale dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*). Anche nel CCNL 7 giugno 2013 per i dirigenti di imprese assicuratrici, all'allegato 8 (Accordo per l'assistenza sanitaria dei dirigenti delle imprese assicuratrici), consultabile nella banca dati *Documentazione nazionale dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*, è previsto all'art. 7 che, tra le altre, «sono in tutti i casi escluse dal rimborso le spese relative a [...] retta di degenza in caso di ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza».

Nell'esperienza statunitense si rileva una certa diffusione di accordi aziendali finalizzati alla promozione di percorsi professionali flessibili, determinati da esigenze eterogenee (formazione, impegni familiari, esigenze di salute legate soprattutto all'invecchiamento e all'approssimarsi dell'età pensionabile). Le prassi principali sono fondate sull'alternanza di periodi di lavoro e di fasi di congedo ovvero sulla flessibilità oraria; tali prassi sono riportate in E. Galinsky et Al., *Employer-provided workplace flexibility*, in K. Christiansen, B. Schneider (edited by), *Workplace flexibility. Realigning 20th-century jobs for a 21st-century workforce*, USA 2010, 137-155 (spec. 140-142, 144-145, 147-148, 150-151, 153-155).

Nell'ordinamento giapponese sono poste al centro del modello di welfare le nozioni di "work-life balance" e di "workplace flexibility"; un dovere di attivazione per realizzare un ragionevole bilanciamento tra esigenze lavorative e

esigenze di vita privata (soprattutto quando legata alle necessità di assistenza a familiari bisognosi di cura) è posta dalla normativa nazionale in capo all'impresa, S. Iwao, *Government policies for workplace flexibility. The state of play in Japan*, in K. Christiansen, B. Schneider (edited by), *Workplace flexibility. Realigning 20th-century jobs for a 21st-century workforce*, USA 2010, 325.

3.7. La rilevanza della nozione di “vulnerabilità”

La vulnerabilità è stata definita come l'insieme delle caratteristiche e delle condizioni che rendono un sistema, una comunità o una risorsa suscettibile agli effetti di un pericolo («the characteristics and circumstances of a community, system or asset that make it susceptible to the damaging effects of a hazard»): UNDISR, Terminology on disaster risk reduction, 2009, 30, consultabile nella banca dati *Documentazione internazionale dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* (http://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf).

In termini socialmente rilevanti, si è fatto riferimento alla vulnerabilità sociale come «uno spazio sociale che ricade all'interno di un triangolo (che potremmo chiamare triangolo del rischio) formato da tre vertici che rappresentano rispettivamente [...] la disponibilità limitata delle risorse di base [...] la scarsa integrazione nelle reti di integrazione sociale [...] le limitate capacità di fronteggiamento delle situazioni di difficoltà»: C. Ranci, *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Bologna, 2002, 29.

Negli studi sociologici il concetto di vulnerabilità viene declinato quale «sensazione di inadeguatezza a ricomporre con coerenza i tasselli della propria identità [...] condizione di sostanziale eteronomia sociale dovuta, in primo luogo, all'impossibilità di “governare” la direzione delle diverse sequenze d'esperienza imposte da una vita necessariamente più mobile e variabile»: a causa delle «condizioni sociali intermittenti imposte dal nuovo modello di capitalismo» sarebbero sempre crescenti le difficoltà a «creare narrazioni coerenti, e in quanto tali non frammentate, della propria carriera di vita». Difficoltà rese ancor più accentuate dinanzi ai soggetti “svantaggiati”, e perciò più vulnerabili, che presentano «difficoltà crescenti a connettere gli aspetti individuali della propria vita con quelli sociali»: M. La Rosa, C. Tafuro, *Trasformazioni del lavoro e nuovi valori del lavoro. Problemi aperti per gli inserimenti lavorativi delle fasce svantaggiate*, in *Rivista sperimentale di freniatria*, 2009, 37-38.

Gli organismi che operano sul piano della riduzione dei rischi derivanti dai disastri naturali basano le loro politiche sullo strumento della valutazione della vulnerabilità e della capacità (*vulnerability and capacity assessment*, VCA) di una data comunità e dei gruppi particolarmente vulnerabili. Un recente studio si è occupato di enfatizzare la centralità della categoria dei disabili, quali soggetti altamente vulnerabili ai disastri: l'obiettivo è quello di intervenire affinché questi possano incrementare le loro capacità, dinanzi ai disastri, di «anticipare, affrontare, resistere e recuperare», J. Twigg, *Attitude before method: disability in vulnerability and capacity assessment*, 2014, 465.

Una analoga sollecitazione a porre attenzione alla situazione dei soggetti inabili e particolarmente vulnerabili affinché incrementino la loro capacità di fronteggiare i disastri e di recuperare le condizioni esistenziali dopo l'evento può rilevare anche in materia di lavoratori affetti da malattie croniche. In un recente intervento l'economista Stefano Zamagni ha rilevato come sia estraneo al sistema classico di stato sociale il concetto di vulnerabilità secondo il quale «tutti gli esseri umani sono vulnerabili e quindi potenzialmente incapaci, in vario modo e grado, di espletare funzioni lavorative»; in considerazione della multiformità delle esigenze soggettive e, soprattutto, dei costi economici, lo studioso ritiene che di tale esigenza difficilmente potrà farsi carico lo Stato: propone quindi che sia l'impresa a rispondere a tali necessità, creando quelle condizioni di conciliazione tra vita e lavoro, ovvero tra esigenze professionali e personali, senza trascurare «l'individuazione di prassi che favoriscano il reinserimento nell'attività lavorativa di coloro i quali sono stati colpiti da malattie croniche di vario genere». Come l'impresa ha dimostrato di sapersi muovere rispondendo al bisogno di conciliazione tra famiglia e lavoro (a prescindere dall'imposizione di una disciplina normativa generale sul punto), così la medesima dovrebbe riconoscere e «attuare il concetto di vulnerabilità». Un approccio imprenditoriale che prenda seriamente in considerazione «il principio di vulnerabilità (anch'io domani posso ammalarmi)» diffonderà un desiderio di emulazione e aumenterà il senso di lealtà e di produttività della compagine aziendale. Nell'intervento vi è infine un richiamo esplicito alle «modalità gestionali per reintegrare nell'attività l'ammalato cronico»: S. Zamagni, *People care: dalle malattie critiche alle prassi relazionali aziendali*, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases](#).

Anche il Parlamento UE, nella Risoluzione UE P6_TA (2009)0062 sull'economia sociale, sembra fare riferimento alla nozione di vulnerabilità in senso stretto quando rileva che «le imprese e le organizzazioni dell'economia sociale contribuiscono al rafforzamento dell'imprenditorialità, agevolano un

migliore funzionamento democratico del mondo imprenditoriale, integrano la responsabilità sociale e promuovono l'integrazione sociale attiva delle categorie vulnerabili», Parlamento UE, *Risoluzione UE P6_TA (2009)0062 sull'economia sociale*, 2009, punto 18, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* (<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0062+0+DOC+PDF+V0//IT>). La vulnerabilità, intesa nel senso sopra illustrato, si pone in coerenza logica e nel solco con le scelte in tema di politica attiva promosse sia a livello europeo, a partire dalla c.d. "Strategia di Lisbona", (le conclusioni del Consiglio straordinario del 23-24 marzo 2000 sono consultabili nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*) sia a livello interno (soprattutto territoriale, si vedano per le illustrazioni di come concretamente vengono attivate le politiche attive, P. Ichino, A. Sartori, *L'organizzazione dei servizi per l'impiego*, in M. Brollo (a cura di), *Il mercato del lavoro*, 2012, 110-112, e A. Alaimo, *Politiche attive del lavoro, patto di servizio e "strategia delle obbligazioni reciproche"*, in *Giornale di diritto del lavoro e delle relazioni industriali*, 2013, 507-510). In tema di conciliazione tra tempi di lavoro e esigenze di vita privata, M. Nacucchi, *Politiche attive e azioni positive per la conciliazione vita-lavoro* (tesi di dottorato), spec. 35-40, consultabile nella banca dati *Documentazione internazionale dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* (http://aisberg.unibg.it/bitstream/10446/30446/1/DT_Nacucchi_Miriana_2014.pdf).

La suddetta nozione di vulnerabilità in senso tecnico va tenuta distinta da quella utilizzata, in modo più ampio, quale concetto prossimo a quello di lavoro precario; in questo secondo senso, tra i lavori più completi e recenti, si veda ad esempio TUC, *Hard work, hidden lives. The short report of the Commission on vulnerable employment*, 3, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* (<http://www.fondazionegiancarloquarta.it/divulgazione/convegno-people-care.html>). Tuttavia alcune parziali sovrapposizioni sotto il profilo della situazione di instabilità socio-economica tra le due condizioni sono certamente individuabili; esistono infatti definizioni utilizzate dagli studiosi che sembrano porsi in prossimità del crinale che separa i due gruppi. Per portare un esempio, secondo la definizione riportata in G. Fullin, *Instabilità del lavoro e vulnerabilità: dimensioni, punti di equilibrio ed elementi di fragilità*, 2002, 553, la vulnerabilità è una «condizione di vita in cui l'autonomia e la capacità di autodeterminazione dei soggetti è permanentemente minacciata da un inserimento in-

stabile dentro i principali sistemi di integrazione sociale e di distribuzione delle risorse» e l'autrice aggiunge che «in questa prospettiva la vulnerabilità è una situazione latente, non necessariamente legata alla mancanza di risorse, ma caratterizzata da un rapporto problematico tra opportunità e vincoli, che impedisce od ostacola le azioni volte alla soddisfazione dei bisogni». Sotto un'altra prospettiva, M. Sergeant, A. Fazer, *Older workers as vulnerable workers in the new world of work*, in *University of Wollongong research online*, 2009, 3, ritengono che tra i lavoratori «vulnerabili», in quanto impiegati con contratti atipici, vi siano alcuni gruppi che sopportano un «ulteriore livello di vulnerabilità», quale risultato delle proprie condizioni fisiche ovvero situazioni esistenziali. Infine G. Marchese, *Lavoro e vulnerabilità sociale: un inedito binomio*, in Aa. Vv., *Il lavoro non è finito. Un'economia per creare lavoro buono e giusto*, 2014, 92, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* (http://www.acli.it/documenti_acli/45_Incontro_studi_2014/Materiali/incontro%20studi2014_dispensa.pdf#page=98) propone «di adottare uno slittamento semantico maggiormente in grado di rappresentare la realtà odierna: dalla prospettiva della povertà a quella della vulnerabilità. La vulnerabilità definisce meglio di altri concetti le condizioni sociali, economiche e psicologiche che interessano ampi strati della popolazione nella società contemporanea, dominata da un'incertezza diffusa. Diverse sfere della vita degli individui sono attraversate oggi da fenomeni e condizioni di vulnerabilità, che finiscono per intaccare ed indebolire la cittadinanza».

NOTIZIE SUGLI AUTORI

Michele Tiraboschi

Professore ordinario di diritto del lavoro, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Direttore del Centro Studi Internazionali e Comparati DEAL (Diritto, Economia, Ambiente, Lavoro) del Dipartimento di Economia Marco Biagi, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Esperto, per i profili giuslavoristici e del mercato del lavoro, del progetto europeo CanCon – Cancer Control Joint Action (www.cancercontrol.eu) co-finanziato dalla Unione Europea nell'ambito dell'EU Health Programme 2014-2017

Simone Varva

Senior Research Fellow, Università degli Studi di Milano - Bicocca e ADAPT Research Fellow

SOCI ADAPT

ABI	Confindustria Verona	Fondirigenti
AgustaWestland	Confindustria Vicenza	Gi Group
Aifos	Confprofessioni	Ifoa
AILOG	Consiglio regionale Veneto – ANCL – Associaz. nazionale cons. lavoro	IKEA Italia Retail
ANCC-Coop		INAIL
ANCE	Consorzio formazione&lavoro	Isfol
Angem		Italia Lavoro
ANINSEI	Coopfond-Legacoop nazionale	KPMG
Anmil Onlus	Cremonini	LVH-APA
Assoimprenditori Alto Adige	Dussmann Service	Manpower
Assolavoro	Ebinter	Manutencoop
Assosistema	Ebiter Taranto	Marelli motori
Banca Popolare dell'Emilia Romagna	Electrolux Italia	Marsica Innovation & Techology s.r.l. - LFoundry
Chiesi Farmaceutici	Elior Ristorazione	MCL
CIA	Enel	Obiettivo lavoro
Cimolai	Eni	Provincia di Verona
CISL	Esselunga	Quanta
CISL Funzione Pubblica	Farindustria	Randstad Italia
CNA	Federalberghi	Sodexo Italia
CNA pensionati	Federdistribuzione	Synergie Italia Agenzia per il lavoro
Coldiretti	FederlegnoArredo	Telecom Italia
Confagricoltura	Federmeccanica	Tempor
Confartigianato	Fedit	Trenkwalder
Confcommercio	FILCA-CISL	UGL
Confcooperative	Fincantieri	UIL
Confesercenti	FIPE	Umana
Confimi Impresa	FISASCAT-CISL	Unindustria Treviso
Confindustria	Fondazione CRUI	Union Labor
Confindustria Bergamo	Fondazione studi consulenti del lavoro	

ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

ADAPT – Scuola di alta formazione in relazioni industriali e di lavoro

