

ISSN 1121-8762

Diritto delle Relazioni Industriali

Rivista trimestrale già diretta da
MARCO BIAGI

*Occupabilità e lavoro
delle persone con malattie croniche:
appunti per una ricerca*

Michele Tiraboschi

anticipazione

N. 4/XXIV - 2014

Pubblicazione Trimestrale - Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (convertito in L. 27/02/2004 n° 46) articolo 1, comma 1, DCB (VARESE)

ADAPT
www.adapt.it
UNIVERSITY PRESS



GIUFFRÈ EDITORE

Occupabilità e lavoro delle persone con malattie croniche: appunti per una ricerca

Michele Tiraboschi

Un numero crescente di persone appartenenti alla fascia di popolazione economicamente attiva ⁽¹⁾ risulta più o meno temporaneamente inabile o, comunque, solo parzialmente abile al lavoro a causa dell'insorgere e del decorso di una malattia cronica e cioè di alterazioni patologiche non reversibili (come diabete, malattie cardiovascolari e respiratorie, disturbi muscolo-scheletrici, HIV/AIDS, Alzheimer e demenze correlate, numerose tipologie di tumori, obesità, depressione e altri disturbi mentali) che richiedono una speciale riabilitazione o, in ogni caso, un lungo periodo di supervisione, osservazione o cura ⁽²⁾.

* *Professore ordinario di diritto del lavoro, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.*

Il presente lavoro – dedicato alla memoria di Roberta Scolastici – si inserisce in un più ampio progetto di ricerca 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 l'University Rehabilitation Institute (Slovenia).

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

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

⁽²⁾ Per una definizione scientifica di malattia cronica, che si è evoluta e raffinata nel corso del tempo, cfr. S. VARVA (a cura di), *Malattie croniche e lavoro: una rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, ADAPT University Press, 2014, e ivi un elenco delle diverse tipologie di malattia cronica.

Evidenti, per i profili che rilevano ai fini del presente studio ⁽³⁾, sono le ricadute delle malattie croniche sui livelli di reddito e sulle opportunità di occupazione, carriera e inclusione sociale per le singole persone interessate. Una risposta – più o meno adeguata – a queste specifiche problematiche è fornita dai diversi sistemi di protezione sociale nazionali in relazione alle cause di cessazione anticipata della vita lavorativa che garantiscono l'accesso ai 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 integrazione dei trattamenti retributivi.

Ancora poca attenzione riceve, per contro, l'impatto complessivo dei costi delle malattie croniche sulla tenuta dei sistemi sanitari e di welfare ⁽⁴⁾, le cui criticità sono ora accentuate, in termini economici e di sostenibilità nel medio e nel lungo periodo, dall'innalzamento della aspettativa di vita ⁽⁵⁾ e dal conseguente riallineamento verso l'alto dei criteri di accesso alla età di pensione ⁽⁶⁾.

⁽³⁾ Per una valutazione complessiva dell'impatto delle malattie croniche sulle società post industriali che vada oltre i meri indicatori economici e ponga altresì attenzione alle 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, suppl. 2, vol. 129, 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.

⁽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, ST/ESA/SER.A/348, 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. PRETTNER, L. ROSENBERG, B. SELIGMAN, A.Z. STEIN, C. WEINSTEIN, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, World Economic Forum, Geneva, 2011.

⁽⁶⁾ Cfr. OECD, *Pensions at a Glance 2013: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*, OECD Publications, Paris, 2013, e EUROPEAN COMMISSION, *Pension adequacy in the European Union*, 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*, novembre 2013, vol. 29, 143-162.

Eppure è noto come l'incremento 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 ⁽⁷⁾. 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 e psicosomatici (tra cui stress, ansia, panico, depressione, emotività, deterioramento cognitivo, affaticamento, debolezza muscolare) che comportano limitazioni rispetto alle normali funzioni lavorative e maggiori tassi di assenteismo.

Non esistono, allo stato, dati e proiezione attendibili relativamente alla incidenza complessiva delle malattie croniche sulla popolazione economicamente attiva ⁽⁸⁾. Il network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro ha tuttavia stimato che quasi il 25 per cento della forza-lavoro europea soffre i disturbi di una malattia cronica ⁽⁹⁾. 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 signifi-

⁽⁷⁾ Cfr. F. BREYER, F. COSTA-FONT, S. FELDER, *Ageing, health, and health care*, in *Oxford Review of Economic Policy*, 2010, 26 (4), 674-690, e M. SUHRCKE, D.K. FAHEY, M. MCKEE, *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. Più recentemente: S. VARGA, *Effective spending to reduce the burden of chronic diseases: the pressure on health and social systems*, relazione presentata al summit della Unione europea sulle malattie croniche, Brussels, 3-4 aprile 2014.

⁽⁸⁾ Cfr., per singole tipologie di malattia cronica, i dati contenuti in OECD, *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing, Paris, 2012, qui 34-48. Cfr. altresì WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2011 (a pag. 98 per i dati di sintesi sull'Italia).

⁽⁹⁾ 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 due 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 due 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.

cativo rischio di abilità solo parziale al lavoro ⁽¹⁰⁾ – registrano, rispettivamente, un incremento di 8,3 e 14,8 punti percentuali ⁽¹¹⁾. 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 2060 ⁽¹²⁾.

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-lavoro ⁽¹³⁾ con Paesi come Italia, Giappone e Spagna, destinati a registrare nel 2050 un picco di over 65 pari a un terzo della intera popolazione ⁽¹⁴⁾. 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 economico” ⁽¹⁵⁾ per la sostenibilità dei sistemi nazionali di protezione sociale.

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 per cento dell’intero budget sanitario ⁽¹⁶⁾, mentre aumenta costantemente il numero di persone che richiede congedi per malattia o anche assegni di

⁽¹⁰⁾ Cfr. K. KNOCHÉ, 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.

⁽¹¹⁾ Cfr., in dettaglio, EUROPEAN COMMISSION, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010- 2060)*, European Economy, 2012, n. 2, 63.

⁽¹²⁾ *Ibidem*.

⁽¹³⁾ Così OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – A Synthesis of Findings Across OECD Countries*, Paris, 2010, 22.

⁽¹⁴⁾ Così OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers ecc.*, cit., 10.

⁽¹⁵⁾ Cfr. *Healthy Working Lives, Managing a Healthy Ageing Workforce: A National Business Imperative*, NHS Health Scotland, 2012.

⁽¹⁶⁾ EUROPEAN COMMISSION, *The 2014 EU Summit on Chronic Diseases – Conference Conclusions*, 3-4 April 2014, qui 1. Cfr. anche lo studio per il World Economic Forum 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. PRETTNER, L. ROSENBERG, B. SELIGMAN, A.Z. STEIN, C. WEINSTEIN, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, cit., spec. 29, dove si stima che, a livello globale, tra il 2011 e il 2030 si registrerà una perdita di *output* cumulativo di 47.000 miliardi di dollari a causa di malattie croniche e di malattie mentali.

invalidità di lungo periodo che, in alcuni Paesi, già oggi riguardano il 10 per cento della forza-lavoro ⁽¹⁷⁾.

In area OCSE l'1,2 per cento del PIL è assorbito da prestazioni di invalidità (il 2 per cento se si includono le prestazioni di malattia): quasi 2,5 volte tanto il costo dei sussidi di disoccupazione ⁽¹⁸⁾. Misurato come percentuale della spesa sociale pubblica totale, il costo di disabilità è circa il 10 per cento in media in tutta l'area OCSE, con punte del 25 per cento in alcuni Paesi.

Non sorprende che le proiezioni di spesa su assistenza sanitaria e sicurezza sociale segnalino, per i prossimi decenni ⁽¹⁹⁾, talune preoccupanti criticità economiche connesse – anche grazie ai costanti progressi della medicina, della prevenzione e della ricerca scientifica rispetto a malattie un tempo ritenute mortali – al costante incremento delle malattie croniche, che, va comunque precisato ⁽²⁰⁾, aumentano con un ritmo superiore a quello dell'invecchiamento della popolazione. Vero è, peraltro, che alcune malattie croniche (come obesità, malattie respiratorie, depressione e altri disturbi mentali) si manifestano oggi già in età giovanile ⁽²¹⁾ complicando ulteriormente il quadro.

Considerato che, almeno in molti Paesi europei ⁽²²⁾, la spesa sanitaria (e non solo quella pensionistica) è finanziata dai contributi versati da la-

⁽¹⁷⁾ Cfr. OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers ecc.*, cit.

⁽¹⁸⁾ Così OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, OECD Background Paper, 2009, 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.

⁽¹⁹⁾ Ancora EUROPEAN COMMISSION, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010- 2060)*, cit.

⁽²⁰⁾ Cfr. l'audizione dei rappresentanti di Farmindustria presso la Camera dei Deputati nell'ambito della Seduta n. 5 di lunedì 29 luglio 2013, 19 consultabile su http://www.camera.it/leg17/1079?idLegislatura=17&tipologia=indag&sottotipologia=c0512_tutela&anno=2013&mese=07&giorno=29&idCommissione=0512&numero=0005&file=indice_stenografico.

⁽²¹⁾ 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. Per un approfondimento sulle barriere all'accesso al mercato del lavoro dei giovani affetti da malattie croniche si veda: S. BEVAN, K. ZHELTOUKHOVA, K. SUMMERS, Z. BAJOREK, L. O'DEA, J. GULLIFORD, *Life and employment opportunities of young people with chronic conditions*, novembre 2011, 6.

⁽²²⁾ Trattasi di quei Paesi che adottano il c.d. "modello Bismark" cioè Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria, cfr. PROGRESS CONSULTING S.R.L E LIVING PROSPECTS LTD, *La gestione dei sistemi sanitari negli Stati membri dell'UE. Il ruolo degli enti locali e regionali*, Unione europea, 2012, 98-102.

voratori e imprese, 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 dell'*old-age dependency ratio*, dal 26 per cento del 2010 al 52 per cento del 2060⁽²³⁾, con un robusto incremento della spesa sanitaria e assistenziale di lungo periodo legata appunto al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione⁽²⁴⁾.

Le criticità riguardano, a ben vedere, non solo i sistemi sanitari e di welfare. Significativo, ancorché poco o nulla monitorato⁽²⁵⁾, è anche l'impatto sulle dinamiche complessive del mercato del lavoro e, a livello micro, sulla organizzazione del lavoro nelle singole imprese chiamate a gestire il ritorno in attività di forza-lavoro non solo tendenzialmente – e inevitabilmente – meno produttiva, ma anche maggiormente soggetta al rischio di infortuni⁽²⁶⁾ e incidenti gravi sul lavoro⁽²⁷⁾.

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 cre-

(23) EUROPEAN COMMISSION, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010- 2060)*, cit., 60-61 e 159-161.

(24) EUROPEAN COMMISSION, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections ecc.*, qui (per i dati di sintesi) 34-36 e 40-41. Cfr. altresì 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. PRETTNER, L. ROSENBERG, B. SELIGMAN, A.Z. STEIN, C. WEINSTEIN, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, cit.

(25) 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, 4.

(26) 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, 71, 155-156.

(27) 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.

scita in Europa in un contesto, tuttavia, di complessivo invecchiamento e contrazione della popolazione economicamente attiva ed abile al lavoro ⁽²⁸⁾. Le malattie croniche incidono, di conseguenza, anche sulle dinamiche della produttività del lavoro impattando sia sulla competitività delle imprese 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 e cioè a patologie maturate negli ambienti di lavoro ⁽²⁹⁾ con contenziosi, responsabilità (dirette e indirette) e conseguenti oneri economici aggiuntivi per il sistema delle imprese.

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 persone attive e barriere all'accesso al mercato del lavoro ⁽³⁰⁾. Già nel 2007 l'Organizzazione internazionale del lavoro segnalava che in Europa, nella fascia compresa tra i 16 e i 64 anni, solo il 66 per cento dei disoccupati/inoccupati ha una opportunità di trovare un lavoro e che questa possibilità si riduce al 47 per cento per i malati cronici e al 25 per cento per le persone colpite da una grave disabilità ⁽³¹⁾.

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 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 o all'assegno di invalidità permanente. Secondo stime della Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico il tasso di

⁽²⁸⁾ EUROPEAN COMMISSION, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections ecc.*, cit., qui (per i dati di sintesi) 34.

⁽²⁹⁾ L'Organizzazione mondiale della sanità stima in 300.000 i lavoratori morti a causa di malattie connesse alle mansioni di lavoro (escludendo gli infortuni) 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.

⁽³⁰⁾ 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.

⁽³¹⁾ 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.

occupazione dei malati cronici è poco più della metà e il tasso di disoccupazione è il doppio rispetto al resto della popolazione economicamente attiva⁽³²⁾.

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 accompagna talune malattie croniche e, quantomeno con riferimento alle fasce di popolazione più vulnerabili, anche atteggiamenti discriminatori più o meno evidenti che, talvolta, sfociano in forme sistematiche di vessazione (c.d. *mobbing*) e che sollevano altresì ineludibili problemi di giustizia sociale, inclusione ed equità⁽³³⁾.

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 mentali⁽³⁴⁾: 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 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.⁽³⁵⁾. 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 Germania⁽³⁶⁾, dove esistano

⁽³²⁾ OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers ecc.*, cit., qui 23 e anche 31-32 e 37.

⁽³³⁾ Cfr. EUROPEAN COMMISSION, *The 2014 EU Summit on Chronic Diseases – Conference Conclusions*, cit., qui 4.

⁽³⁴⁾ Accanto allo studio pionieristico di M. JAHODA, P.F. LAZARSELD, 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.

⁽³⁵⁾ Cfr. la letteratura riportata in S. VARVA (a cura di), *Malattie croniche e lavoro: una rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, cit.

⁽³⁶⁾ 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.

un robusto sistema di protezione sociale con sussidi di disoccupazione e adeguati servizi di reinserimento al lavoro.

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 globalizzazione⁽³⁷⁾. Non meno importanti sono tuttavia, come abbiamo cercato di dimostrare nelle pagine che precedono, i cambiamenti demografici e, tra questi, l'incidenza delle malattie croniche nei luoghi di lavoro: temi e problemi che meritano adeguata attenzione anche in ambito giuslavoristico nella prospettiva della modernizzazione del quadro regolatorio e del sistema di relazioni industriali sottostante.

Nostro obiettivo è, appunto, quello di avviare un innovativo filone di ricerca volto ad indagare 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⁽³⁸⁾ – a una concezione più moderna orientata non solo alla prevenzione, già a partire dagli ambienti di lavoro⁽³⁹⁾, ma anche alla occupabilità e al ritorno al lavoro del malato cronico.

⁽³⁷⁾ Cfr. J. MANYIKA, M. CHUI, J. BUGHIN, R. DOBBS, P. BISSON, A. MARRS, *Disruptive technologies: Advances that will transform life, business, and the global economy*, McKinsey & Company, 2013.

⁽³⁸⁾ Cfr. A. VICK, E. LIGHTMAN, *Barriers to employment among women with complex episodic disabilities*, in *JDPS*, 2010, 76-77, il quale evidenzia che le rigide classificazioni delle malattie croniche nelle categorie previste dalla legislazione previdenziale e assistenziale accentuano la medicalizzazione delle stesse. Ciò, unitamente a rigidi modelli di protezione sociale, crea anche delle barriere occupazionali, come rilevato da 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, 126.

⁽³⁹⁾ Il tema della prevenzione di malattie croniche (e non solo) in ambiente di lavoro fuoriesce dai limiti del presente lavoro. Esso rappresenta, tuttavia, un fronte di studio particolarmente popolare ed è stato oggetto di numerosi studi interdisciplinari. Per le affinità con il presente studio si vedano, 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, e S. MATTKE, 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. Cfr. altresì, per una rassegna di alcune delle principali iniziative adottate in materia a livello di impresa, *The Willis Health and Productivity Survey*, New York, 2014.