

ISSN 1121-8762

Diritto delle Relazioni Industriali

Rivista trimestrale già diretta da
MARCO BIAGI

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

Michele Tiraboschi

anticipazione

N. 3/XXV - 2015

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

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

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 la-

* *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.*

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>.

voro e l'importanza di ripensare i concetti di "presenza al lavoro", "prestazione lavorativa", "esatto adempimento contrattuale".

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 attiva ⁽¹⁾ risulta, più o meno temporaneamente, inabile o, comunque, solo parzialmente abile al lavoro.

Senza entrare in complesse definizioni medico-scientifiche ⁽²⁾, 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 studio ⁽³⁾, 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 welfare ⁽⁴⁾, 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 vita ⁽⁵⁾ e dal conseguente riallineamento verso l'alto – e in termini restrittivi – dei criteri di accesso alla età di pensione ⁽⁶⁾.

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 relativa ⁽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

⁽⁴⁾ Il punto è bene evidenziato 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 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. PRETTNER, 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*, 2013, e EUROPEAN COMMISSION, *Pension Adequacy in the European Union 2010-2050*, 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. 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.

convivere al lavoro con problemi fisici, psichici, psicosomatici 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 assenteismo⁽⁸⁾.

Non esistono, allo stato, dati e proiezioni attendibili relativamente alla incidenza complessiva delle malattie croniche sulla popolazione economicamente attiva⁽⁹⁾ e sui rapporti di lavoro⁽¹⁰⁾. 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 cronica⁽¹¹⁾ e che la quota di malati cronici che lavora sia pari al 19% della forza-lavoro⁽¹²⁾. Per contro le proiezioni al 2020 e al 2060 del tasso di partecipazio-

⁽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 (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, pag. 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.

ne 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 al lavoro ⁽¹³⁾ – registrano, rispettivamente, un incremento di 8,3 e 14,8 punti percentuali ⁽¹⁴⁾. 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 ⁽¹⁵⁾.

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 ⁽¹⁶⁾, con Paesi come Italia, Giappone e Spagna destinati a registrare nel 2050 un picco di over 65 pari a un terzo della intera popolazione ⁽¹⁷⁾.

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 Stati ⁽¹⁸⁾ 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 infermieri ⁽¹⁹⁾, ma anche proprio per l'assenza di figure professionali con le com-

⁽¹³⁾ 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.

⁽¹⁴⁾ 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.

⁽¹⁵⁾ *Ibidem*.

⁽¹⁶⁾ Così: OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers – A Synthesis of Findings Across OECD Countries*, 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, 2013, n. 62, cui adde M. SCHOENSTEIN, *Health Labour Market Trends in OECD Countries*, OECD Health Division, Global Health Work-

petenze necessarie per (prima) comprendere ⁽²⁰⁾ e (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 sanitario ⁽²¹⁾. 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-lavoro ⁽²²⁾.

Uno studio condotto a livello globale dalla Harvard School of Public Health (HSPH) per il World Economic Forum ⁽²³⁾ 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 disoccupazione ⁽²⁴⁾. Misurato come percentuale della spesa sociale pubblica totale, il costo della disabilità è

force Alliance Forum Recife, 11 November 2013. Per una sintesi ragionata in italiano cfr. A. SANTOPAULO, 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 *Boll. ADAPT*, 2014, n. 31.

⁽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 (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*, 3-4 April 2014, qui 1.

⁽²²⁾ Cfr. OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, OECD Background Paper, 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. PRETTNER, 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.

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 decenni ⁽²⁵⁾, talune preoccupanti criticità economiche connesse al costante incremento delle malattie croniche che, va comunque precisato ⁽²⁶⁾, 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 giovanile ⁽²⁷⁾ 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, Ungheria ⁽²⁸⁾ – la spesa sanitaria (e non solo quella pensionistica) è finanziata dai contributi versati da lavoratori e imprese ⁽²⁹⁾, ne deriva un incremento della c.d. *old-age de-*

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

⁽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, 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. T. ACETI, M.T. BRESSI (a cura di), *Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare*, XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità del CnAMC (Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici), Roma, 2012, qui 176-180.

pendency 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 2060⁽³⁰⁾, con un robusto incremento della spesa sanitaria e assistenziale di lungo periodo legata appunto al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione⁽³¹⁾.

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 ripartizione⁽³²⁾.

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 monitorato⁽³³⁾, è anche l'impatto delle malattie croniche sulle dinamiche complessive del mer-

⁽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...*, cit., qui (per i dati di sintesi) 34-36 e 40-41. Cfr. altresì 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*, 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*, che segue in *q. Sezione*.

⁽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.

cato 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 infortuni⁽³⁴⁾ e incidenti gravi sul lavoro⁽³⁵⁾.

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 lavoro⁽³⁶⁾. 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 lavorative⁽³⁷⁾ o, comunque, a patologie maturate negli ambienti di lavoro⁽³⁸⁾ o a causa del lavoro⁽³⁹⁾: una sorta di “epi-

⁽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 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.

demia invisibile”, volendo utilizzare l’efficace immagine proposta dall’ILO⁽⁴⁰⁾, 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 produttivo⁽⁴¹⁾.

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 crescenti barriere nell’accesso al mercato del lavoro⁽⁴²⁾. 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 disabilità⁽⁴³⁾.

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 mentali⁽⁴⁴⁾ – che pure sono portati, più che in passato, alla ricerca di una occupazione anche in ragione dei complessivi vincoli di finanza pubblica e dal

⁽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*, 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.

⁽⁴²⁾ Cfr. R. BUSSE, M. BLÜMEL, 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*, 2007, qui 44-45. Cfr. altresì S. GRAMMENOS, *Illness, Disability and Social Inclusion*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 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.

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 disabilità ⁽⁴⁵⁾ e con i dati più di dettaglio di un denso rapporto comparato su lavoro e malattie croniche curato per conto della Fondazione europea di Dublino ⁽⁴⁶⁾ – 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 attiva ⁽⁴⁷⁾.

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, quantomeno con riferimento alle fasce di popolazione più vulnerabili ⁽⁴⁸⁾, 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 equità ⁽⁴⁹⁾.

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

⁽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 diseases*, 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.

⁽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*, 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 diseases*, cit. (spec. la sezione su *Discrimination and Prejudice at Work*) e i relativi rapporti nazionali.

malattie e ai disturbi mentali ⁽⁵⁰⁾: 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 Germania ⁽⁵²⁾, dove esistano 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 ⁽⁵³⁾. Non meno importanti sono tuttavia, come abbiamo cercato di dimostrare nelle pagine che precedono, i cambiamenti demografici e, tra questi, l'invecchiamento della forza-lavoro ⁽⁵⁴⁾ e la conseguente incidenza delle malattie croniche sulla or-

⁽⁵⁰⁾ 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. 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*, 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.

⁽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*, 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 Wel-*

ganizzazione 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 emerso⁽⁵⁵⁾ 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 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.

fare, 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. 1, 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».

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 lavoro⁽⁵⁶⁾.

Vero è, tuttavia, che le rigide classificazioni delle malattie croniche nelle categorie previste dalle normative assistenziali e previdenziali nazionali, accentuando la medicalizzazione delle stesse⁽⁵⁷⁾, contribuiscono già a monte alla creazione di barriere strutturali e di sistema all'accesso al lavoro⁽⁵⁸⁾.

L'impostazione tradizionale dei sistemi di protezione sociale appare in effetti caratterizzata, non solo in Europa⁽⁵⁹⁾, dall'impiego di meccanismi

⁽⁵⁶⁾ Cfr., sul punto, l'analisi comparata condotta da S. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, *Malattie croniche e licenziamento del lavoratore: una prospettiva comparata*, che segue in *q. Sezione*.

⁽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 diagnosi, 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.

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 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⁾.

⁽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.

⁽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 priori-

La conseguenza, come bene evidenziato dall'OECD ⁽⁶²⁾, 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 sussistenza ⁽⁶³⁾.

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 lavoro ⁽⁶⁴⁾. 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 temporaneo 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 particolare ⁽⁶⁵⁾ 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

tise 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.

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

nei termini ampiamente descritti nel paragrafo che precede ⁽⁶⁶⁾ 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 trattamento ⁽⁶⁷⁾ garantiscono indubbiamente, su un piano formale, un ampio e moderno impianto di diritti e tutele ⁽⁶⁸⁾, che tuttavia trascura, su un piano sostan-

⁽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, *Malattie croniche e licenziamento del lavoratore: una prospettiva comparata*, cit., spec. § 2. Sull'impianto delle normative antidiscriminatorie in ambito europeo cfr. invece S. 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 (ed.), *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 diseases*, 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 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, Z. LUO, *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

ziale, 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 lavoro ⁽⁶⁹⁾, 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 psicologica ⁽⁷⁰⁾. Vero è anzi che, non di rado, gli oneri formali connessi alla tutela dei malati 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

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»).

per motivi economici e per inidoneità al lavoro ⁽⁷¹⁾, 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 effettività ⁽⁷²⁾ delle quote di riserva contemplate, pur con la possibilità di vari esoneri, sospensioni temporanee e deroghe ⁽⁷³⁾, nella legislazione di molti ordinamenti giuridici, di regola con riferimento unicamente a imprese e datori di lavoro che superino una determinata soglia dimensionale ⁽⁷⁴⁾.

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 negativo ⁽⁷⁵⁾. 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 in-

⁽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 *q. Rivista*, 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 diseases*, 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.

contro 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 Italia ⁽⁷⁸⁾ – 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

⁽⁷⁶⁾ Ancora la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Employment opportunities for people with chronic diseases*, cit., e i relativi rapporti nazionali.

⁽⁷⁷⁾ OSSERVATORIO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI, 6° *Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, 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).

lunghi periodi di sospensione della prestazione lavorativa a causa della malattia ⁽⁷⁹⁾.

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 protezioni ⁽⁸¹⁾.

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

⁽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 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 *Boll. spec. 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. BENSADON, P. BARBEZIEUX, F.O. CHAMPS, *Interactions entre santé et travail*, Inspection Générale des Affaires Sociales, 2013, qui 5.

di subordinazione giuridica posta ancora oggi – pur a fronte di evidenti segni di crisi⁽⁸²⁾ – alla base delle tutele del diritto del lavoro.

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 innovativi⁽⁸⁴⁾. Vero è, tuttavia, che le istituzioni pubbliche e le normative sottostanti tendono ancora oggi ad affrontare la questione in termini segmentati⁽⁸⁵⁾, 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.

⁽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, 2012, n. 10.

⁽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».

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 sociale 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 2006⁽⁸⁶⁾.

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 società⁽⁸⁷⁾, evidenzia, infatti, come la condizione di disabilità in senso lato⁽⁸⁸⁾ 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 stretto⁽⁹⁰⁾ – anche la risposta ai

⁽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, *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

problemi dei malati 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 personale ⁽⁹¹⁾ che pure, come dimostrano talune buone pratiche ⁽⁹²⁾, già si sono mossi in questa direzione soprattutto là dove vengono 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 lavoro ⁽⁹³⁾. 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

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 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.

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.

Decisivo, pertanto, appare un quadro di riferimento concettuale e operativo calibrato sulla specificità di ogni singola persona⁽⁹⁴⁾ 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 terapeutico⁽⁹⁵⁾ – 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 Zelanda⁽⁹⁸⁾, che, non a caso, registrano i maggiori progressi nelle politiche di *retention* e ritorno al lavoro dei malati cronici.

⁽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

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 complessi 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 persone ⁽⁹⁹⁾.

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 istitu-

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 diseases*, cit. e, in particolare, i rapporti nazionali su Danimarca, Finlandia, Olanda, Svezia, Regno Unito.

⁽⁹⁹⁾ Cfr. Comitato per il progetto culturale della CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Per il lavoro. Rapporto-Proposta sulla situazione italiana*, Laterza, 2013.

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

zioni centrali europee ⁽¹⁰¹⁾, 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 empiriche ⁽¹⁰²⁾, sono una concausa della loro esclusione dal mercato del lavoro.

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 lavoro ⁽¹⁰³⁾, quanto sulla stessa struttura dei sussidi pubblici sino ad eliminare – come accaduto in Danimarca, Lussemburgo e Olanda ⁽¹⁰⁴⁾ – 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 cronici ⁽¹⁰⁵⁾.

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 Lussemburgo ⁽¹⁰⁶⁾. 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

⁽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 invalidità 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*.

pletora 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* danesi ⁽¹⁰⁷⁾, forme di lavoro sussidiate per coloro che abbiano una riduzione della capacità lavorativa di almeno il 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 legge ⁽¹⁰⁹⁾ o di contrattazione collettiva ⁽¹¹⁰⁾ per talune tipologie di malattie croniche, pare non produrre risultati tangibili ⁽¹¹¹⁾. Ciò in ra-

⁽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.

⁽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 diseases*, 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 diseases*, 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

gione 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 lavoro ⁽¹¹²⁾ che non possono essere ammortizzati unicamente con la riduzione del trattamento retributivo del lavoratore in ragione del minor numero di ore lavorate.

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 professionale ⁽¹¹³⁾. Significativo, tra gli altri ⁽¹¹⁴⁾, è il caso della Norvegia ⁽¹¹⁵⁾ 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 condizionalità ⁽¹¹⁶⁾, subordinando la concessione e il mantenimento di sussidi e benefici previdenziali e assistenziali alla partecipazione a percorsi di formazione e riqualifica-

lavoro, cfr. OSSERVATORIO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI, 6° *Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, cit., 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 diseases*, cit., § 3.1.

⁽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 *Boll. ADAPT*, 2014, n. 34. Cfr. altresì EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS, *Employment opportunities for people with chronic diseases*, cit.

⁽¹¹⁴⁾ Cfr. F. SILVAGGI, *Il ritorno al lavoro dopo il cancro: una prospettiva europea*, in *Boll. ADAPT*, 2014, n. 27.

⁽¹¹⁵⁾ E, almeno in parte, anche nel 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 diseases*, 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 diseases*, cit.

zione professionale ⁽¹¹⁷⁾, nonché il raccordo tra centri pubblici per il lavoro e agenzie private secondo principi di cooperazione e sussidiarietà ⁽¹¹⁸⁾.

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 innovativo *work-health-life balance* che, nel concorrere nel breve e più ancora nel lungo periodo agli obiettivi di produttività ed efficienza delle imprese ⁽¹¹⁹⁾, tenga conto, anche in chiave prevenzionale, della qualità e sostenibilità del lavoro ⁽¹²⁰⁾, 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 1989 ⁽¹²¹⁾ a garantire non solo la sicurezza ma anche «la salute dei lavoratori in tutti gli

⁽¹¹⁷⁾ Cfr. B. GAZIER, *Vers un nouveau modèle social*, Champs Essay, 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*, Nelson Education, Toronto, 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 *DLRI*, 2013, 489-505.

⁽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*, 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).

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⁾.

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 lavoro⁽¹²⁴⁾, 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 anziani⁽¹²⁵⁾. Sollecitando, in particolare, l'adozione, per quanto ragionevole⁽¹²⁶⁾, di politiche di parità, la direttiva prevede, an-

⁽¹²²⁾ Art. 5 della direttiva 89/391/CEE.

⁽¹²³⁾ Art. 6, lett. *d*, direttiva 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 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 *RIDL*, 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

che 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 letteratura⁽¹²⁸⁾ abbia seriamente messo in discussione l'interesse delle imprese a realizzare interventi efficaci per adattare il posto di 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) risultano 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).

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».

⁽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. LAVALLEY, *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 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.

È solo in questa prospettiva, di sostenibilità del lavoro tanto per l'impresa che per il malato cronico (¹²⁹), 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 lavoro (¹³¹).

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 europea (¹³²) 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 ora (¹³³). 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 vulnerabilità (¹³⁴) delle persone

(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 ENWHP'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. LAVALLEY, *Employment and Satisfaction Outcomes...*, cit.

(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

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 volontaria⁽¹³⁵⁾ 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

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 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 Analysis and the Explanation of "Natural" Disasters*, in A. VAREY (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. 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, 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*, 18 luglio 2001, COM(2001) 366 final, spec. § 2.1.2.

professionali imposta da norme inderogabili di legge e contratto collettivo a veri e propri programmi di welfare aziendale volti, tra le altre cose⁽¹³⁷⁾, alla sensibilizzazione attiva rispetto a comportamenti e stili di vita che possono nuocere in termini generali alla salute dei propri dipendenti⁽¹³⁸⁾.

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 finanziaria⁽¹³⁹⁾ – che operano su due livelli strategici: prevenire, per un verso, le malattie croniche prima della loro 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 prassi⁽¹⁴¹⁾.

⁽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 *policies* 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.

⁽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.

Come oramai indica una ampia letteratura internazionale ⁽¹⁴²⁾, siffatte iniziative di *wellness at work* comportano infatti, soprattutto là dove si tratti di iniziative strutturate e di lungo periodo ⁽¹⁴³⁾, 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 negativi del c.d. presenteismo ⁽¹⁴⁴⁾ 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 demografici ⁽¹⁴⁵⁾.

Se noti e apprezzati sono i risultati delle politiche di *wellness* a livello aziendale resta invero ancora da capire perché molte imprese e organiz-

⁽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».

⁽¹⁴⁴⁾ Sul concetto di presenteismo cfr. K. KNOCHÉ, 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.

zazioni siano lontane dall'adottare concretamente pratiche di sensibilizzazione e prevenzione della salute nei luoghi di lavoro (¹⁴⁶).

Gli effetti della crisi economica e finanziaria degli ultimi anni sui bilanci aziendali possono essere una parziale spiegazione (¹⁴⁷), 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 iniziative (¹⁴⁸), 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).

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:

(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. GOETZEL, R.M. HENKE, M. TABRIZI, K.R. PELLETIER, R. LOEPPKE, 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 Workplace Health Promotion (Wellness) Programs Work?*, in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 927-934.

- 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 riferimento⁽¹⁵⁰⁾.

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 comporta stabiliti dalle norme di legge;
- 2) l’integrazione del reddito nei periodi di sospensione del rapporto di lavoro⁽¹⁵²⁾;
- 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 reversibile⁽¹⁵³⁾;

⁽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*.

⁽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*

- 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 mansionale ⁽¹⁵⁵⁾ e/o mobilità geografica ⁽¹⁵⁶⁾.

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 aziendali ⁽¹⁵⁷⁾. Emblematico, al

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 *Boll. spec. ADAPT*, 2014, n. 16. 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)*, cit.

⁽¹⁵⁶⁾ Sempre con riferimento al caso italiano CCNL Edilizia prevede una norma legata ai trasferimenti disponendo che qualora l'operatore comprovi 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 familiare di soggetto disabile. Cfr. *Rapporto sulla contrattazione collettiva in Italia (2012-2014)*, cit.

⁽¹⁵⁷⁾ Ho affrontato il tema in *Oltre il conflitto: le nuove prospettive del welfare aziendale in Italia*, in *C&CC*, 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.

riguardo, è il caso dell'Italia, dove una ricca per quanto alluvionale casistica contrattuale⁽¹⁵⁸⁾ ha determinato una estesa e generosa applicazione del diritto, di fonte legale, al part-time in caso di patologia oncologica⁽¹⁵⁹⁾, 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 ragionevolezza⁽¹⁶⁰⁾.

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 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 fortuiti⁽¹⁶¹⁾ 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.

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

⁽¹⁵⁹⁾ Art. 46, d.lgs. n. 276/2003, 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 *q. Rivista*, 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.

⁽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.

Non è del resto un caso che gli studi, invero ancora poco numerosi (¹⁶²), 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, presentismo, 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 patologia (¹⁶³) 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 definitorie sia nella gestione dei singoli casi concreti posto che non ammettono valutazioni dinamiche mirate sulla persona e, conseguentemente, sull'impatto concreto della specifica malattia sulla prestazione di lavoro anche in relazione al tipo di occupazione e mestiere, alla tipologia contrattuale, alle mansioni contrattuali, ecc. L'invito a fare a livello aziendale ogni adattamento ragionevole in ragione dei bisogni (e delle concrete possibilità) del singolo lavoratore malato (¹⁶⁴) 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 (*su-*

(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.

(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.

pra, § 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 lavoro⁽¹⁶⁵⁾.

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 riabilitazione⁽¹⁶⁶⁾ o, comunque, non inseriti in precise *policies* 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 effettività⁽¹⁶⁷⁾.

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 trasformazione dei modi di lavorare e produrre⁽¹⁶⁸⁾ 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 indifferenzia-

⁽¹⁶⁵⁾ Il tema è affrontato, in chiave comparata, da S. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, *Malattie croniche e licenziamento del lavoratore: una prospettiva comparata*, 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.

⁽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>).

ta, 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 lavoro⁽¹⁷⁰⁾ in aderenza ai percorsi professionali e di carriera dei singoli lavoratori e alla idea emergente di una “sostenibilità del lavoro” che sia tale da includere nella valutazione della prestazione negoziale anche le condizioni di salute fisica e mentale sul lavoro⁽¹⁷¹⁾.

⁽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 Member 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».

⁽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*, 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, 2002.

È del tutto evidente, in questa prospettiva, lo spazio (potenziale) dei sistemi di relazioni industriali, oggi in uno stato di profondo declino (¹⁷²), 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 rinnovamento (¹⁷³) 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 lavoro (¹⁷⁴), 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.

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 classifica-

(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 E. 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, *Re-forming 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.

zione e inquadramento del personale definiti nella contrattazione collettiva nazionale di molti Paesi (¹⁷⁵) – 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 retribuzione (¹⁷⁶).

(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, M. TIRABOSCHI, *Standard professionali e standard formativi*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Il testo unico dell'apprendistato*, Giuffrè, 2011, 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 *DLRI*, 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 *DLRI*, 2004, 1 ss.