

Malattie croniche e lavoro

*Una prima rassegna ragionata
della letteratura di riferimento*

a cura di

Simone Varva

ADAPT
LABOUR STUDIES
e-Book series
n. 27

ADAPT
www.adapt.it
UNIVERSITY PRESS

ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

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

DIREZIONE

Michele Tiraboschi (*direttore responsabile*)

Roberta Caragnano

Lilli Casano

Maria Giovannone

Pietro Manzella (*revisore linguistico*)

Emmanuele Massagli

Flavia Pasquini

Pierluigi Rausei

Silvia Spattini

Davide Venturi

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Gabriele Gamberini

Andrea Gatti Casati

Francesca Fazio

Laura Magni (*coordinatore di redazione*)

Maddalena Magni

Francesco Nespoli

Martina Ori

Giulia Rosolen

Francesco Seghezzi

Francesca Sperotti



@ADAPT_Press @adaptland @bollettinoADAPT

Malattie croniche e lavoro

*Una prima rassegna ragionata
della letteratura di riferimento*

a cura di

Simone Varva

ISBN 978-88-98652-29-7

© 2014 ADAPT University Press – Pubblicazione on-line della Collana ADAPT

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

ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

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

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

16. G. Bertagna, U. Buratti, F. Fazio, M. Tiraboschi (a cura di), **La regolazione dei tirocini formativi in Italia dopo la legge Fornero**, 2013
17. R. Zucaro (a cura di), **I licenziamenti in Italia e Germania**, 2013
18. Bollettinoadapt.it, **Annuario del lavoro 2013**, 2013
19. L. Mella Méndez, **Violencia, riesgos psicosociales y salud en el trabajo**, 2014
20. F. Carinci (a cura di), **Legge o contrattazione? Una risposta sulla rappresentanza sindacale a Corte costituzionale n. 231/2013**, 2014
21. Michele Tiraboschi (a cura di), **Jobs Act - Le misure per favorire il rilancio dell'occupazione, riformare il mercato del lavoro ed il sistema delle tutele**, 2014
22. Michele Tiraboschi (a cura di), **Decreto-legge 20 marzo 2014, n. 34. Disposizioni urgenti per favorire il rilancio dell'occupazione e per la semplificazione degli adempimenti a carico delle imprese - Prime interpretazioni e valutazioni di sistema**, 2014
23. G. Gamberini (a cura di), **Progettare per modernizzare. Il Codice semplificato del lavoro**, 2014
24. U. Buratti, C. Piovesan, M. Tiraboschi (a cura di), **Apprendistato: quadro comparato e buone prassi**, 2014
25. Michele Tiraboschi (a cura di), **Jobs Act: il cantiere aperto delle riforme del lavoro**, 2014
26. Franco Carinci (a cura di), **Il Testo Unico sulla rappresentanza 10 gennaio 2014**, 2014

INDICE

NOTA INTRODUTTIVA

di Michele Tiraboschi

Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche	1
--	---

Capitolo I

QUADRO DEFINITORIO IN PROSPETTIVA INTERDISCIPLINARE

di Simone Varva

1. Definizione di malattia cronica.....	11
2. Le malattie croniche quale minaccia sociale e perdita economica	14
3. Diffusione delle malattie croniche: età, ricchezza, sistemi di protezione sociale	16
4. Cause e fattori di rischio	18
5. Prevenzione delle malattie croniche	21
6. Le specifiche malattie croniche	21
6.1. Il diabete.....	22
6.2. Malattie respiratorie	23
6.3. Malattie cardiovascolari	24
6.4. Malattie oncologiche.....	24
6.5. HIV e epatite B e C.....	24
6.6. Malattie mentali	25
7. Attività lavorativa e sviluppo di malattie croniche	25
8. Malattie croniche e indici di occupazione	25

- | | | |
|----|--|----|
| 9. | L'aumento delle malattie croniche connesso all'invecchiamento della popolazione..... | 26 |
|----|--|----|

Capitolo II
**CONSEGUENZE DELLE MALATTIE CRONICHE
 SULL'ATTIVITÀ LAVORATIVA**

di Simone Varva

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | Effetti sull'attività lavorativa in seguito alla manifestazione delle patologie croniche..... | 27 |
| 2. | I fattori che favoriscono il mantenimento del posto di lavoro ai malati cronici | 29 |
| 3. | Il ricollocamento lavorativo dei malati cronici | 31 |
| 4. | I fattori che condizionano la possibilità di ricollocamento | 33 |
| | 4.1. Cancer survivors | 33 |
| | 4.2. Dolori cronici | 36 |
| | 4.3. Disordini mentali | 36 |
| 5. | Limiti tecnici presentati dagli studi sulle malattie croniche nel mercato del lavoro | 38 |

Capitolo III
**VERSO UNA POLITICA DI GESTIONE E PREVENZIONE
 DELLE MALATTIE CRONICHE NEL MONDO DEL LAVORO**

di Simone Varva

- | | | |
|----|---|----|
| 1. | Livello internazionale | 39 |
| 2. | Livello regionale in ambito europeo | 40 |
| 3. | Livello nazionale..... | 41 |
| 4. | Livello locale | 44 |
| 5. | Associazioni, istituti, network | 45 |
| 6. | Livello privatistico | 46 |
| | 6.1. Su iniziativa datoriale..... | 47 |

Nota introduttiva

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

di Michele Tiraboschi

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

** Il presente lavoro – dedicato alla memoria di Roberta Scolastici – si inserisce in un più ampio progetto di ricerca promosso da ADAPT (Associazione per gli Studi Internazionali e Comparati sul Diritto del Lavoro e sulle Relazioni Industriali) in collaborazione con il Coronel Institute of Occupational Health dell'Academic Medical Center (Paesi Bassi), l'European Public Health Alliance (Belgio), The Work Foundation della Lancaster University (Regno Unito) e l'University Rehabilitation Institute (Slovenia).*

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

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

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

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

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

Eppure è noto come l'incremento della longevità delle persone conduca, per un verso, a una domanda di servizi sanitari e prestazioni sociali maggiore e per

⁽³⁾ Per una valutazione complessiva dell'impatto delle malattie croniche sulle società post industriali che vada oltre i meri indicatori economici e ponga altresì attenzione alle determinanti socio-economiche cfr., tra i tanti, P. BRAVEMAN, L. GOTTLIEB, *The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes*, Public Health Reports, 2014, suppl. 2, vol. 129, 20-31, e ivi ampia letteratura di riferimento. Cfr. altresì, a livello istituzionale, UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, *Addressing the Social Determinants of Noncommunicable Diseases*, Discussion Paper, ottobre 2013.

⁽⁴⁾ Il punto è bene evidenziato da R. BUSSE, M. BLUMEL, D. SCHELLER-KREINSEN, A. ZENTNER, *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, Interventions and challenges*, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization 2010, qui 19, dove si sottolinea come «there is considerable evidence on the epidemiology of chronic disease, but little on its economic implications». Cfr. altresì, a livello istituzionale, UNITED NATIONS, *World Population Ageing 2013*, Department of Economic and Social Affairs, ST/ESA/SER.A/348, 2013, qui 75.

⁽⁵⁾ Cfr. D.E. BLOOM, E.T. CAFIERO, E. JANÉ-LLOPIS, S. ABRAHAMS-GESSEL, L.R. BLOOM, S. FATHIMA, A.B. FEIGL, T. GAZIANO, M. MOWAFI, A. PANDYA, K. PRETTNER, L. ROSENBERG, B. SELIGMAN, A.Z. STEIN, C. WEINSTEIN, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, World Economic Forum, Geneva, 2011.

⁽⁶⁾ Cfr. OECD, *Pensions at a Glance 2013: Retirement-Income Systems in OECD and G20 Countries*, OECD Publications, Paris, 2013, e EUROPEAN COMMISSION, *Pension adequacy in the European Union*, Brussels, 2012. In dottrina: M. SZCZEPAŃSKI, J.A. TURNER (eds.), *Social Security and Pension Reform: International Perspectives*, Upjohn Institute, Kalamazoo, 2014; A. GRECH, *Assessing the sustainability of pension reforms in Europe*, in *Journal of International and Comparative Social Policy*, novembre 2013, vol. 29, 143-162.

un periodo di vita più lungo con conseguente incremento della spesa ⁽⁷⁾. I vincoli di bilancio pubblico e il conseguente irrigidimento dei parametri (soggettivi e oggettivi) di accesso ai trattamenti pensionistici e assistenziali, per l'altro verso, impongono alle persone carriere lavorative più lunghe e la necessità, non di rado, di convivere al lavoro con problemi fisici, psichici e psicosomatici (tra cui stress, ansia, panico, depressione, emotività, deterioramento cognitivo, affaticamento, debolezza muscolare) che comportano limitazioni rispetto alle normali funzioni lavorative e maggiori tassi di assenteismo.

Non esistono, allo stato, dati e proiezione attendibili relativamente alla incidenza complessiva delle malattie croniche sulla popolazione economicamente attiva ⁽⁸⁾. Il network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro ha tuttavia stimato che quasi il 25 per cento della forza-lavoro europea soffre i disturbi di una malattia cronica ⁽⁹⁾. Per contro le proiezioni al 2020 e al 2060 del tasso di partecipazione al mercato del lavoro in Europa degli over 55 – e cioè della fascia di popolazione economicamente attiva maggiormente soggetta a un significativo rischio di abilità solo parziale al lavoro ⁽¹⁰⁾ – registrano, rispettivamente, un incremento di 8,3 e 14,8 punti

⁽⁷⁾ Cfr. F. BREYER, F. COSTA-FONT, S. FELDER, *Ageing, health, and health care*, in *Oxford Review of Economic Policy*, 2010, 26 (4), 674-690, e M. SUHRCKE, D.K. FAHEY, M. MCKEE, *Economic aspects of chronic disease and chronic disease management*, in E. NOLTE, M. MCKEE (eds.), *Caring for people with chronic conditions – A health system perspective*, Maidenhead, Open University Press, 2008, 43-63. Più recentemente: S. VARGA, *Effective spending to reduce the burden of chronic diseases: the pressure on health and social systems*, relazione presentata al summit della Unione europea sulle malattie croniche, Brussels, 3-4 aprile 2014.

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

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

⁽¹⁰⁾ Cfr. K. KNOCH, 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.

percentuali ⁽¹¹⁾. Nell'area dell'Euro l'impatto stimato è ancora più marcato con un incremento degli over 55 di 10 punti percentuali da qui al 2020 e di 16,7 punti percentuali nel 2060 ⁽¹²⁾.

Certo è che, nel lungo periodo, la partecipazione al mercato del lavoro di persone affette da malattie croniche diventerà imprescindibile per affrontare il declino dell'offerta di lavoro e la carenza di forza-lavoro qualificata in uno con le pressioni sui sistemi pensionistici indotte da un drastico invecchiamento della forza-lavoro ⁽¹³⁾ con Paesi come Italia, Giappone e Spagna, destinati a registrare nel 2050 un picco di over 65 pari a un terzo della intera popolazione ⁽¹⁴⁾. Altrettanto certo è che un investimento sulla salute e il benessere delle persone – e della popolazione economicamente attiva in particolare – diventerà sempre più un “imperativo economico” ⁽¹⁵⁾ per la sostenibilità dei sistemi nazionali di protezione sociale.

Già oggi, in Europa, si stima una spesa di 700 miliardi di euro per la cura di malattie croniche, per un valore che oscilla tra il 70 e l'80 per cento dell'intero budget sanitario ⁽¹⁶⁾, mentre aumenta costantemente il numero di persone che richiede congedi per malattia o anche assegni di invalidità di lungo periodo che, in alcuni Paesi, già oggi riguardano il 10 per cento della forza-lavoro ⁽¹⁷⁾. In area OCSE l'1,2 per cento del PIL è assorbito da prestazioni di invalidità (il 2 per cento se si includono le prestazioni di malattia): quasi 2,5 volte tanto il costo dei sussidi di disoccupazione ⁽¹⁸⁾. Misurato come percentuale della spesa

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

⁽¹²⁾ *Ibidem*.

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

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

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

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

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

⁽¹⁸⁾ Così OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, OECD Background Paper, 2009, 13, ove si precisa che in alcuni Paesi come

sociale pubblica totale, il costo di disabilità è circa il 10 per cento in media in tutta l'area OCSE, con punte del 25 per cento in alcuni Paesi.

Non sorprende che le proiezioni di spesa su assistenza sanitaria e sicurezza sociale segnalino, per i prossimi decenni ⁽¹⁹⁾, talune preoccupanti criticità economiche connesse – anche grazie ai costanti progressi della medicina, della prevenzione e della ricerca scientifica rispetto a malattie un tempo ritenute mortali – al costante incremento delle malattie croniche, che, va comunque precisato ⁽²⁰⁾, aumentano con un ritmo superiore a quello dell'invecchiamento della popolazione. Vero è, peraltro, che alcune malattie croniche (come obesità, malattie respiratorie, depressione e altri disturbi mentali) si manifestano oggi già in età giovanile ⁽²¹⁾ complicando ulteriormente il quadro. Considerato che, almeno in molti Paesi europei ⁽²²⁾, la spesa sanitaria (e non solo quella pensionistica) è finanziata dai contributi versati da lavoratori e imprese, ne deriva un incremento della c.d. *old-age dependency ratio*, con un numero via via minore di contributori attivi, attraverso la loro partecipazione al mercato del lavoro, rispetto a coloro che risultano ammissibili alle relative prestazioni. Secondo le previsioni della Commissione europea, in particolare, si stima nei prossimi decenni un raddoppio dell'*old-age dependency ratio*, dal 26 per cento del 2010 al 52 per cento del 2060 ⁽²³⁾, con un robusto incremento

Olanda e Norvegia le spese per sussidi di invalidità e malattia sono molto più alte avvicinandosi al 5% del PIL.

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

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

⁽²¹⁾ Cfr., tra i tanti, J.C. SURIS, P.A. MICHAUD, R. VINER, *The adolescent with a chronic condition. Part I: developmental issues*, in *Archives Disease in Childhood*, 2004, 938-942. Per un approfondimento sulle barriere all'accesso al mercato del lavoro dei giovani affetti da malattie croniche si veda: S. BEVAN, K. ZHELTOUKHOVA, K. SUMMERS, Z. BAJOREK, L. O'DEA, J. GULLIFORD, *Life and employment opportunities of young people with chronic conditions*, novembre 2011, 6.

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

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

della spesa sanitaria e assistenziale di lungo periodo legata appunto al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ⁽²⁴⁾.

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

È noto, rispetto alle proiezioni demografiche e di spesa da qui al 2060, come sia il c.d. input di lavoro ad agire quale principale leva della crescita in Europa in un contesto, tuttavia, di complessivo invecchiamento e contrazione della popolazione economicamente attiva ed abile al lavoro ⁽²⁸⁾. Le malattie croniche incidono, di conseguenza, anche sulle dinamiche della produttività del lavoro impattando sia sulla competitività delle imprese sia sui percorsi professionali e di carriera dei singoli lavoratori.

Non va del resto sottovalutato il fatto che, in un numero crescente di casi, il fenomeno in esame è connesso a fattori di rischio professionale e cioè a patologie maturate negli ambienti di lavoro ⁽²⁹⁾ con contenziosi, responsabilità

⁽²⁴⁾ EUROPEAN COMMISSION, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections ecc.*, qui (per i dati di sintesi) 34-36 e 40-41. Cfr. altresì D.E. BLOOM, E.T. CAFIERO, E. JANÉ-LLOPIS, S. ABRAHAMS-GESSEL, L.R. BLOOM, S. FATHIMA, A.B. FEIGL, T. GAZIANO, M. MOWAFI, A. PANDYA, K. PRETTNER, L. ROSENBERG, B. SELIGMAN, A.Z. STEIN, C. WEINSTEIN, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, cit.

⁽²⁵⁾ Significativo, al riguardo, è il recente invito del Consiglio della Unione europea a valutare l'impatto del fenomeno – e delle relative riforme dei sistemi sanitari nazionali – sull'andamento del mercato del lavoro, sulla produttività e sulla competitività in generale. Cfr. COUNCIL OF EUROPEAN UNION, *Council conclusions on the "Reflection process on modern, responsive and sustainable health systems"*, Employment, Social Policy, Health and Consumer Affairs, Council meeting Brussels, 10 dicembre 2013, 4.

⁽²⁶⁾ Un recente studio americano segnala un aumento del rischio di infortuni sul lavoro pari al 14% in caso di asma, al 17% in caso di diabete, al 23% in caso di malattie cardiache e al 25% in caso di depressione. Cfr. K.M. POLLAK, *Chronic Diseases and Individual Risk for Workplace Injury*, in *Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 71, 155-156.

⁽²⁷⁾ In questo senso cfr. J. KUBO, B.A. GOLDSTEIN, L.F. CANTLEY, B. TESSIER-SHERMAN, D. GALUSHA, M.D. SLADE, I.M. CHU, M.R. CULLEN, *Contribution of health status and prevalent chronic disease to individual risk for workplace injury in the manufacturing environment*, in *Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 159-166.

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

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

(dirette e indirette) e conseguenti oneri economici aggiuntivi per il sistema delle imprese.

Con riferimento alla offerta di lavoro e alla produttività l'incremento delle malattie croniche incide, a ben vedere, non solo sui sistemi di welfare e sulle dinamiche aziendali ma anche sui tassi complessivi di occupazione con meno persone attive e barriere all'accesso al mercato del lavoro ⁽³⁰⁾. Già nel 2007 l'Organizzazione internazionale del lavoro segnalava che in Europa, nella fascia compresa tra i 16 e i 64 anni, solo il 66 per cento dei disoccupati/inoccupati ha una opportunità di trovare un lavoro e che questa possibilità si riduce al 47 per cento per i malati cronici e al 25 per cento per le persone colpite da una grave disabilità ⁽³¹⁾.

La "grande crisi" che ha preso avvio nel 2007 con il collasso dei mercati finanziari ha inevitabilmente aggravato l'inserimento al lavoro dei malati cronici che pure sono portati, più che in passato, alla ricerca di una occupazione anche in ragione dei complessivi vincoli di finanza pubblica e dal parallelo irrigidimento dei criteri di accesso alla età di pensione o all'assegno di invalidità permanente. Secondo stime della Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico il tasso di occupazione dei malati cronici è poco più della metà e il tasso di disoccupazione è il doppio rispetto al resto della popolazione economicamente attiva ⁽³²⁾.

Le difficoltà di inserimento o reinserimento al lavoro di questo gruppo di persone sono oggettive e non di rado legate a veri e propri blocchi psicologici e insicurezze che portano a rigettare l'idea di un ritorno al lavoro. Altrettanto rilevanti sono, tuttavia, i pregiudizi, lo stigma che accompagna talune malattie croniche e, quantomeno con riferimento alle fasce di popolazione più vulnerabili, anche atteggiamenti discriminatori più o meno evidenti che, talvolta, sfociano in forme sistematiche di vessazione (c.d. *mobbing*) e che

riconducibili a malattie croniche. Cfr. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*, Copenhagen, 2012, qui 21.

⁽³⁰⁾ Cfr. R. BUSSE, M. BLUMEL, D. SCHELLER-KREINSEN, A. ZENTNER, *Tackling chronic disease in Europe: Strategies, Interventions and challenges*, cit., 20-24, e ivi, in sintesi e per tipologia di malattia cronica, le conclusioni a cui è pervenuta la principale letteratura internazionale in materia.

⁽³¹⁾ Cfr. ILO, *Equality at Work: Tackling the Challenges. Global Report Under the Follow-Up to the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work*, Geneva, 2007, qui 44-45.

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

sollevano altresì ineludibili problemi di giustizia sociale, inclusione ed equità⁽³³⁾.

Esiste peraltro una corposa letteratura che segnala, in una sorta di circolo vizioso, come la stessa disoccupazione e condizioni di lavoro precarie siano, non di rado, fonte diretta o indiretta di malattie croniche o, comunque, causa di un loro aggravamento soprattutto in relazione alle malattie mentali⁽³⁴⁾: uno studio statunitense mostra come la perdita involontaria di lavoro tra gli over 50 comporti la duplicazione del rischio di subire un infarto; una ricerca giapponese segnala, invece, l'impatto della disoccupazione sugli stili di vita, sottolineando l'aumento nell'utilizzo sostanze come tabacco e alcool, che sono tra le principali cause dell'insorgere di una malattia cronica; altri studi segnalano, infine, l'incidenza dello stato di disoccupazione sui disordini mentali (ansia, stress, depressione), ecc.⁽³⁵⁾. Non mancano, per contro, studi diretti a segnalare la bassa incidenza dello stato di disoccupazione su salute e condizioni mentali in quei Paesi, come la Germania⁽³⁶⁾, dove esistano un robusto sistema di protezione sociale con sussidi di disoccupazione e adeguati servizi di reinserimento al lavoro.

Il diritto del lavoro e i sistemi di welfare hanno registrato, nel corso degli ultimi decenni, significativi cambiamenti dovuti a nuovi modelli di produzione e di organizzazione del lavoro indotti dalle innovazioni tecnologiche e dalla globalizzazione⁽³⁷⁾. Non meno importanti sono tuttavia, come abbiamo cercato di dimostrare nelle pagine che precedono, i cambiamenti demografici e, tra questi, l'incidenza delle malattie croniche nei luoghi di lavoro: temi e problemi che meritano adeguata attenzione anche in ambito giuslavoristico

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

⁽³⁴⁾ Accanto allo studio pionieristico di M. JAHODA, P.F. LAZARFELD, H. ZEISEL, D. PACELLI, *I disoccupati di Marienthal*, in *Studi di Sociologia*, 1987, 229-231, si veda la letteratura citata in A. NICHOLS, J. MITCHELL, S. LINDNER, *Consequences of Long-Term Unemployment*, The Urban Institute, Washington, 2013, 9-10.

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

⁽³⁶⁾ Così H. SCHMITZ, *Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health*, in *Labour Economics*, 2011, 71-78. In senso contrario vedi tuttavia il precedente studio condotto, sui medesimi dati, da L. ROMEU GORDO, *Effects of short- and long-term unemployment on health satisfaction: evidence from German data*, in *Applied Economics*, 2006, 2335-2350.

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

nella prospettiva della modernizzazione del quadro regolatorio e del sistema di relazioni industriali sottostante.

Nostro obiettivo è, appunto, quello di avviare un innovativo filone di ricerca volto ad indagare l'impatto delle malattie croniche sul rapporto di lavoro e sul sistema di protezione sociale ipotizzando altresì soluzioni che consentano il passaggio da una politica meramente passiva ed emergenziale di mero sostegno al reddito – se non di espulsione dal mercato del lavoro secondo una logica di c.d. medicalizzazione del problema ⁽³⁸⁾ – a una concezione più moderna orientata non solo alla prevenzione, già a partire dagli ambienti di lavoro ⁽³⁹⁾, ma anche alla occupabilità e al ritorno al lavoro del malato cronico.

⁽³⁸⁾ Cfr. A. VICK, E. LIGHTMAN, *Barriers to employment among women with complex episodic disabilities*, in *JDPS*, 2010, 76-77, il quale evidenzia che le rigide classificazioni delle malattie croniche nelle categorie previste dalla legislazione previdenziale e assistenziale accentuano la medicalizzazione delle stesse. Ciò, unitamente a rigidi modelli di protezione sociale, crea anche delle barriere occupazionali, come rilevato da L.C. KOCH, P.D. RUMRILL, L. CONYERS, S. WOHLFORD, *A narrative literature review regarding job retention strategies for people with chronic illnesses*, in *Work*, 2013, 126.

⁽³⁹⁾ Il tema della prevenzione di malattie croniche (e non solo) in ambiente di lavoro fuoriesce dai limiti del presente lavoro. Esso rappresenta, tuttavia, un fronte di studio particolarmente popolare ed è stato oggetto di numerosi studi interdisciplinari. Per le affinità con il presente studio si vedano, tra i tanti, L.L. BERRY, A.M. MIRABIT, W.B. BAUN, *What's the hard return on employee wellness programs?*, in *Harvard Business Review*, 2010, 105-112, e S. MATTKE, H. LIU, J.P. CALOYERAS, C.Y. HUANG, K.R. VAN BUSUM, D. KHODYAKOV, V. SHIER, *Workplace Wellness Programs Study, Final Report*, RAND Health, 2013. Cfr. altresì, per una rassegna di alcune delle principali iniziative adottate in materia a livello di impresa, *The Willis Health and Productivity Survey*, New York, 2014.

Capitolo I

Quadro definitorio in prospettiva interdisciplinare

di Simone Varva*

1. Definizione di malattia cronica

Nella letteratura internazionale è definita malattia cronica «una malattia che abbia una o più delle seguenti caratteristiche: è permanente, lascia una inabilità residuale, è causata da una alterazione patologica non reversibile, richiede una speciale riabilitazione del paziente ovvero ci si può attendere che richieda un lungo periodo di supervisione, osservazione o cura», come da definizione in T.C. TIMMERECK, *Dictionary of Health Services Management Hardcover*, 1986, National Health Publishing; più di recente, è stata considerata malattia cronica «una condizione di lunga durata che può essere controllata ma non curata», [Center for Managing Chronic Disease, University of Michigan](#); ovvero «una condizione che ci si può attendere duri almeno un anno, che limita le abilità del soggetto di svolgere ordinarie attività fisiche, che richiede normalmente delle cure e dei trattamenti prolungati nel tempo», L.C. KOCH ET AL., *A narrative literature review regarding job retention strategies for people with chronic illnesses*, in *Work*, 2013, 125 (elaborata sulla base della definizione del [Partnership for solutions](#)). Sulla base della definizione utilizzata in sede Organizzazione mondiale della sanità, è stata elaborata una ampia definizione di malattia cronica del seguente tenore: «qualsiasi malattia che conduce a problemi di salute e forme di inabilità che necessitano di trattamenti terapeutici che durino almeno un anno», EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION, [Promoting healthy work for workers with](#)

* L'Autore ringrazia la dott.ssa Paola De Vita per la preziosa collaborazione.

[*chronic illness: a guide to good practice*](#), 2012, 8, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases*. Vi è da rilevare perciò che le caratteristiche peculiari sembrano essere, da un lato, quella dell'assenza di una cura definitiva (e perciò la malattia è destinata a proseguire nel tempo, eventualmente con fasi di miglioramento, più sovente con un progressivo peggioramento) e, dall'altro, quella della conseguenza di uno o più di fattori di rischio ai quali consegue lo scatenarsi delle condizioni patologiche. In uno studio medico-clinico olandese le malattie croniche sono state definite come patologie che non passano («that do not go away»), che sono imprevedibili nel loro decorso, che cambiano di giorno in giorno e che spesso sono invisibili; le malattie croniche si distinguerebbero da quelle condizioni blande o moderate di tipo cardio-respiratorio, muscolo-scheletrico o di altro tipo che possono avere una lunga durata ma che non sono necessariamente irreversibili I. VAREKAMP ET AL., *Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2009, 399.

L'impressione è che a livello internazionale, a ben vedere non tanto nell'ambito medico scientifico ma piuttosto in quello degli studi socio-economici e nel linguaggio delle organizzazioni internazionali, una formula utilizzata sovente quale alternativa sia quella di malattia non trasmissibile (*non-communicable disease*); espressione che, ad esempio, sta ad indicare nell'ambito dell'Organizzazione mondiale della sanità una patologia non trasmissibile da persona a persona, di lunga durata e generalmente caratterizzata da un lungo decorso; nell'impostazione dell'Organizzazione mondiale della sanità, peraltro, la formula di malattia cronica è adottata quale sinonimo di malattia non trasmissibile; va rilevato che tecnicamente l'utilizzo senza distinzione potrebbe risultare improprio in quanto alcune patologie, certamente malattia cronica, possono essere trasmesse (si pensi al caso dell'HIV o delle epatiti B e C); sulle differenti definizioni di malattia cronica e malattia non trasmissibile in ambito di Organizzazione mondiale della sanità, si veda WORLD TRADE ORGANIZATION, [*Chronic diseases and health promotion. Part Two: the urgent need for action. Chapter One: chronic diseases, causes and health impact. Terminology on chronic disease*](#), consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases*.

Secondo una definizione assimilabile è malattia non trasmissibile una patologia o una condizione che colpisce per un periodo esteso di tempo e per la quale non sono conosciute modalità di trasmissioni da un soggetto malato

ad un altro, A.S. DAAR ET AL., *Grand challenges in chronic non-communicable diseases*, in *Nature*, 2007, vol. 450, 495.

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

- malattie cardiovascolari (*cardiovascular diseases*);
- diabete e altre malattie renali (*chronic kidney diseases*, soprattutto diabete mellito di tipo 2);
- malattie oncologiche;
- malattie epatiche (*liver diseases*, soprattutto epatiti, cirrosi, fegato grasso);
- malattie mentali (*mental health diseases*, soprattutto depressione, ma anche ansietà o forme di dipendenza psicologica);
- malattie respiratorie (*respiratory diseases*, soprattutto ostruzioni polmonari croniche – *chronic obstructive diseases* –, asma e allergie in senso lato);
- malattie di tipo reumatico e artritico.

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

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

Diverse elencazioni delle malattie croniche sono state ricavate da EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION, [Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice](#), 2012, 11-12, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work and Chronic Diseases* e da WORLD HEALTH ORGANIZATION, [Fact sheets: chronic diseases](#).

Un interessante percorso di approfondimento del tema delle malattie croniche è proposto da quegli studi che enfatizzano come sovente il decorso della patologia segua un andamento fluido e oscillatorio, secondo “picchi” e “attenuazioni” della medesima che non permettono di classificare rigidamente il grado di inabilità del lavoratore in quanto mutevole nel corso del tempo; parlano in questo senso di *complex, fluctuating episodic disabilities*, di *notion of precarious bodies* e di *living in between fluid realities of shifting bodily conditions*, A. VICK, E. LIGHTMAN, *Barriers to employment among women with complex episodic disabilities*, in *Journal of disability policy studies*, 2010, 71, mentre L.C. KOCH ET AL., *A narrative literature review regarding*

job retention strategies for people with chronic illnesses, in *Work*, 2013, 126, evidenzia come le condizioni di lavoro e di disabilità dei soggetti con malattie croniche fluttuano piuttosto che rimanere stabili.

2. Le malattie croniche quale minaccia sociale e perdita economica

Tra le altre, fanno parte delle malattie non trasmissibili quattro importanti categorie; le patologie cardiovascolari, alcune tipologie di cancro, le malattie croniche respiratorie, il diabete: assieme queste patologie causano circa il 60% delle cause di morte nel mondo. È stato previsto che nell'arco di dieci anni la perdita economica subita dalle nazioni a causa delle malattie croniche sarebbe stata ingente: portando alcuni esempi, le perdite si attesterebbero in 558 miliardi di dollari in Cina, 237 miliardi di dollari in India, 33 miliardi di dollari nel Regno Unito, A.S. DAAR ED AL., *Grand challenges in chronic non-communicable diseases*, in *Nature*, 2007, vol. 450, 494.

Sulla minaccia sociale derivante dalla crescita delle malattie croniche, sulle diverse patologie, sui fattori di rischio e sulla necessità di sensibilizzare sulla problematica Organizzazione mondiale della sanità ha prodotto diversi documenti; in particolare può essere menzionato il WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global Action Plan 2013-2020*, Geneva, 2013, 7, in cui si sottolinea come le malattie croniche sono la prima causa di morte nel mondo (63%) e come occorra lavorare intensamente sulla prevenzione attraverso l'adozione di abitudini di vita sana e sulla predisposizione di servizi sanitari adeguati. A cura della medesima organizzazione è stato pubblicato l'accurato WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global status report on noncommunicable diseases*, Geneva, 2010, 1-8 (sintesi).

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

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

La struttura europea dell'Organizzazione mondiale della sanità sta sviluppando anche un piano d'azione regionale per combattere le malattie croniche in Europa, concentrandosi sulla lotta a disturbi cardiovascolari, cancro e diabete che rappresentano le patologie più diffuse nel vecchio continente. Nel piano si fa specifico riferimento al significativo dato secondo il quale in Europa ogni anno più di 300.000 lavoratori muoiono a causa di malattie croniche connesse alla loro attività lavorativa; si osserva che in questo contesto, i fattori di rischio sono involontari e che l'effetto può essere mitigato attraverso programmi di prevenzione e di promozione della salute. I c.d. *workplace health promotion (WHP) programs* sono sviluppati come iniziative integrate per la salubrità dei luoghi di lavoro e finalizzate a ridurre i fattori di rischio attraverso: la lotta all'inattività fisica, alle abitudini alimentari non sane; il divieto di consumo di alcolici e di fumo; la riduzione dei rischi psicosociali, WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*, Copenhagen, 2012.

È stato rilevato come il 23.5% della forza lavoro nell'UE soffra di malattie croniche e come il 19% abbia dichiarato di soffrire di problemi di salute di lungo periodo, EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION, [*PH work: promoting healthy work for people with chronic illness. 9th initiative \(2011-2013\)*](#), 2013.

Un lavoro monografico molto approfondito ha esaminato l'impatto delle malattie croniche sotto il profilo specificamente economico; partendo dalla considerazione che sono diversi i fattori che conducono all'incremento della diffusione delle malattie croniche (aumento dell'aspettativa di vita, rapido inurbamento, importati modifiche negli stili di vita – ipertensione, regimi dietetici, vita sedentaria –), passando ad analizzare i costi microeconomici e macroeconomici delle malattie croniche, gli autori concludono osservando

come sia economicamente efficiente l'intervento dell'autorità pubblica (soprattutto in via preventiva); M. SUHRCKE ET AL., *Chronic disease: an economic perspective*, London, 2006, 17-28 e 29-39.

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

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

La diffusione di malattie croniche tra i paesi non è omogenea in quanto, almeno secondo alcuni studi, cresce con il crescere della ricchezza e del benessere; sotto l'aspetto delle possibilità di cura, invece, la qualità del sistema sanitario diviene il fattore determinante: ne consegue che le percentuali dei decessi prematuri derivanti dalla patologia sono triplicate nei paesi poveri rispetto ai quelli ricchi. La relazione WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Noncommunicable diseases. Country profiles 2011*, Geneva, 2011, permette di analizzare le caratteristiche dei singoli Stati nazionali in relazione a diversi fattori quali: i comportamenti che assurgono a fattori di rischio, i rischi legati al metabolismo, il numero dei malati, la percentuale di mortalità, le capacità di fornire assistenza ai malati da parte del sistema sanitario.

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

È stato rilevato come in Europa vi siano un significativo cambiamento demografico e a una recessione economica, ai quali conseguono l'invecchiamento della popolazione lavorativa e la progressiva riduzione di lavoratori qualificati, EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION, [*PH work: promoting healthy work for people with chronic illness. 9th initiative \(2011-2013\)*](#), 2013.

Uno studio riguardante la forza lavoro nel Regno Unito evidenzia come nel decennio 2012-2022 la richiesta di lavoratori sarà di 13,5 milioni, mentre soltanto 7 milioni sarà la quota offerta dai giovani pronti a entrare nel mercato del lavoro. Nel contempo, le proiezioni vedono il numero dei cittadini

ultracinquantenni crescere fino al 36% entro il 2020, mentre l'età media della popolazione passerà dai 39,7 del 2010 al 42,2 del 2035 (nel 2035 triplicherà anche il numero degli ultra novantenni e quadruplicherà quella degli ultranovantacinquenni), HEALTHY WORKING LIVES, [*Managing a healthy ageing workforce. A National business imperative. A guide for employers*](#), 2012, 2, 4 e 5, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases](#).

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

Anche in una analoga analisi riguardante l'Ucraina si rileva drammaticamente come «con la morte in età giovanile della sua popolazione di lavoratori, l'Ucraina è di fronte a una crisi mortale» (circa un ucraino adulto su due soffre di una o più malattie croniche). Peraltro la mortalità dovuta alle malattie croniche colpisce in prevalenza gli uomini, con evidenti conseguenze anche sul piano prettamente sociale e demografico; le cause sono da attribuirsi soprattutto allo stile di vita, ovvero all'abuso nel consumo di alcool e all'utilizzo di tabacco e droghe; vengono sottolineati anche i limiti del sistema sanitario nazionale; R. MENON, B. FROGNER, *What underlies ukraine's mortality crisis?*, Washington DC, 2011, 7-8.

Le conseguenze sociali ed economiche della diffusione delle malattie croniche tra i soggetti più giovani è evidenziata con preoccupazione anche dalla Banca Mondiale che osserva come questo fenomeno sia in grado di pregiudicare seriamente le aspettative di crescita socio-economica degli Stati. Infatti il rischio di sottrarre dal mercato del lavoro una importante porzione di soggetti di giovane età, individui altrimenti capaci di contribuire allo sviluppo delle attività economiche, minaccia la tenuta del sistema paese; con visione più generale, attraverso il suo network per lo sviluppo umano, la Banca Mondiale denuncia anche gli importanti costi derivanti dalla diffusione delle patologie croniche e sulle misure da adottare in tempi rapidi per arginare il fenomeno, THE WORLD BANK, *The Growing Danger of Non-Communicable Diseases. Acting Now to Reverse Course*, Conference Edition, Washington DC, 2011, 3-4 e 9-12.

4. Cause e fattori di rischio

Diversi sono i fattori di rischio e in alcuni casi il medesimo fattore può essere alla base di diverse patologie croniche: vi è perciò da segnalare come siano forti le interrelazioni tra le diverse malattie croniche e come sia piuttosto comune che uno stesso individuo possa soffrire di più malattie. L'esposizione ad agenti chimici è certamente uno dei fattori di rischio principali. L'Organizzazione mondiale della sanità rileva nel suo WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Global status report on noncommunicable diseases*, Geneva, 2010, 27, che sono circa una cinquantina gli agenti chimici cancerogeni a cui i lavoratori possono risultare esposti. Da uno studio sui fattori di rischio legati allo sviluppo di particolari forme tumorali sono stati individuati settori lavorativi particolarmente nocivi, quali quello della metallurgia, della pelletteria, della falegnameria, della pulizia delle canne fumarie. Un'analisi su analoghe tematiche è svolta anche in J. COGLIANO ET AL., *Preventable Exposures Associated With Human Cancers*, in *Journal of national cancer institute*, 2011, 1838.

Un importante fattore di rischio è l'utilizzo (o la respirazione passiva) del tabacco, al quale è legato l'aumento delle possibilità di sviluppare un tumore alle vie respiratorie e patologie croniche legate all'apparato respiratorio. Gli studi sul tema sono numerosi, tra questi si riportano i contributi di P. VINEIS ET AL., *Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study*, in *BMJ Open*, 2005, 3-4; J.C. McDONALD ET AL., *Incidence by occupation and industry of acute work related respiratory diseases in the UK, 1992-2001*, in *Occupational environment medicine*, 2005, 840-841; R. GOLPE ET AL., *Distribution of clinical phenotypes in patients with chronic obstructive pulmonary disease caused by biomass and tobacco smoke*, in *Archivos de bronconeumología*, 2014, 321.323. La relazione tra dipendenza dal tabacco e lo sviluppo di malattie croniche legate all'ostruzione polmonare cronica (OPC) è studiata e confermata nel lavoro di I. SHAHAB ET AL., *Prevalence, diagnosis and relation to tobacco dependence of chronic obstructive pulmonary disease in a nationally representative population sample*, *Thorax*, 2006, 1044, ove si rileva che coloro che soffrono di ostruzione cronica dell'apparato respiratorio sono soprattutto lavoratori manuali di età più avanzata. Oltre ad enfatizzare il maggior rischio di sviluppare OPC per i fumatori, il contatto con polveri e agenti chimici durante l'attività lavorativa è messa in risalto nel lavoro di R.A. PAUWELS ET AL.,

Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, NHLBI/WHO Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD), workshop summary, in American journal of respiratory and critical care medicine, 2001, 1259-1260.

Due fattori di rischio di rilevanza e diffusione crescente sono il sovrappeso e la vita sedentaria. L'impatto diretto del sovrappeso e dell'obesità nel mercato e nel rapporto di lavoro ha attirato l'attenzione di diversi studiosi. Secondo S. MORRIS, *The impact of obesity on employment, in Labour economics, 2007, 427*, esiste un significativo nesso (negativo) che lega l'obesità all'impiegabilità, mentre altri studi rifiutano tale conclusione, sostenendo invece che non vi siano forti nessi causali tra obesità e occupazione: in questo senso, tra i più accurati v. M. LINDEBOOM ET AL., *Assessing the impact of obesity on labor market outcomes, in Economics and human biology, 2010, 318*, e E.C. NORTON, E. HAN, *Genetic information, obesity, and labor market outcomes, in Health economics, 2008, 1102*. I risultati contrastanti potrebbero derivare dal diverso contesto sociale (lo studio di Morris prende a riferimento il Regno Unito, gli altri gli Stati Uniti d'America) e dal non aver considerato quando con il sovrappeso si accompagnano le manifestazioni croniche.

L'alto indice di colesterolo è considerato una diffusa co-patologia (*common comorbidities*) sovente legata ad una malattia cronica, PARTNERSHIP FOR SOLUTIONS, [High Cholesterol: Common Comorbidities. Fact sheet](#), consultabile nella banca dati *Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases*.

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

Anche la disoccupazione è stata valutata in numerosi studi quale fattore diretto o indiretto di aggravamento delle condizioni di salute; in termini generali R. LEAHLY, [Unemployment is bad for your health](#), 2013, supportato dal richiamo di numerosi studi, sostiene l'aumento significativo del rischio di mortalità a lungo termine per i soggetti disoccupati. Più in particolare, diversi studi mettono in relazione lo *status* di disoccupato con l'incremento del rischio di sviluppare malattie croniche; uno studio statunitense mostra come la perdita involontaria di lavoro nella fase finale della carriera professionale (i.e. oltre i 50 anni) comporti la duplicazione del rischio di subire un infarto, anche al netto del contributo dell'incremento degli altri fattori, W.T. GALLO ET AL., *The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey*, in *Occupational environment medicine*, 2006, 685-686; tra i disoccupati polacchi si è rilevato un aumento del rischio di sviluppare malattie cardio-vascolari, S. KOZIEL ET AL., *The negative health consequences of unemployment: the case of Poland*, in *Economics and human biology*, 2010, 258-259; una ricerca giapponese indaga invece dell'impatto della disoccupazione sulla salute e lo stile di vita, sottolineando l'aumento nell'utilizzo di tabacco ed alcool, ma il mantenimento di un buono stato di salute (supposto connesso ai contributi economici per la disoccupazione), T. MATOBA ED AL., *A 2-year follow-up survey of health and life style in Japanese unemployed persons*, in *International archives of occupational and environmental health*, 2003, 302-308; mentre M.W LINN ET AL., *Effects of Unemployment on Mental and Physical Health*, in *American Journal of Public Health*, 1985, 505, sottolineano che l'effetto avverso dello stato di disoccupazione sullo stato mentale e psicologico (i.e. ansia, depressione). In definitiva, la disoccupazione causata dal manifestarsi delle malattie croniche è in grado di innescare un circolo vizioso che contribuisce ad aggravare lo stato di salute del malato: effetto perverso che aumenta con il prosieguo dello stato di inattività, come si può ricavare dallo studio di A. NICHOLS ET AL., [Consequences of long-term unemployment](#), 2013, 8-10, consultabile nella banca dati [Studi e ricerche dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases](#); in tale studio tuttavia vengono messe in discussione alcune interrelazioni tra lo stato di disoccupazione di lungo periodo e il peggioramento delle condizioni fisiche, ritenendo controversi (o comunque non sufficientemente chiari) i risultati delle indagini, tuttavia si conclude che la perdita del lavoro può condurre a perdite di guadagno nel breve periodo, abbassamento permanente del salario, peggioramento della salute fisica e mentale, aumento del rischio di mortalità, Id., 12. In uno studio tedesco si conclude per l'assenza di prove sugli effetti negativi sulla salute dello stato di

disoccupazione, spiegando come in Germania il sistema di assicurazione contro la disoccupazione sia molto inclusivo e in ogni caso il disoccupato mantiene l'assicurazione sanitaria, H. SCHMITZ, *Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health*, in *Labour economics*, 77.

5. Prevenzione delle malattie croniche

La prevenzione dalle malattie croniche passa attraverso la sensibilizzazione ad evitare i fattori di rischio quali utilizzo del tabacco e abuso di alcool, assenza di una dieta alimentare sana e di attività fisica. Al fine di prevenire le malattie non trasmissibili, l'Organizzazione mondiale della sanità nell'ambito della Strategia globale sull'alimentazione, dieta e attività fisica ha impostato una serie di programmi di promozione della salute sul luogo di lavoro, la cui sintesi è pubblicata in WORLD HEALTH ORGANIZATION, WORLD ECONOMIC FORUM, *Preventing noncommunicable diseases in the workplace through diet and physical activity, Report of a joint event*, Geneva, 2008. Un elenco di buone pratiche in tema di prevenzione sul luogo di lavoro è contenuto in L. QUINTILIANI, *The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity*, Geneva, 2008, 11-26.

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

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

6. Le specifiche malattie croniche

Sul tema disabilità, inabilità e malattie croniche, si veda CHAMPIONING BETTER WORK AND WORKING LIVES, [Disability and employment. Factsheet](#), 2013.

6.1. Il diabete

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

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

Il costo della cura dei diabetici in Italia e in USA è messo in evidenza da G. MARCHESINI, R. DI LUZIO, *Diabete, ma quanto ci costi?*, in *Italian health policy brief*, 2013, n. 5, spec. 6; nello studio viene osservato che per un malato i costi negli USA triplicano rispetto al nostro Paese; che tra popolazione statunitense la percentuale dei malati è del 7%, mentre in Italia è al 5,5%; che l'eziologia tra diabete e altre patologie è assai rilevante (e.g. insufficienza cardiaca, infarto, malattie polmonari, cardiopatia ischemica, arteriosclerosi). Alcuni interessanti dati per la situazione statunitense sono contenuti in AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, *Economic costs of diabetes in the U.S.*, in *Diabetes care*, 2013, spec. 8-9; secondo tale studio i costi annuali derivanti dalla patologia sono quantificabili in 245 miliardi di dollari, di cui 69 miliardi derivanti dalla riduzione della produttività; più specificamente, l'assenteismo provoca una perdita di 5 miliardi di dollari, la riduzione della produttività di 20,8 miliardi di dollari, 2,7 miliardi di dollari derivano da coloro che non partecipano al mercato del lavoro, 21,6 milioni da quelli divenuti disabili a causa della patologia, 18,5 miliardi di dollari per morte prematura. Nello studio si accenna anche alla diversa distribuzione della patologia per età e per origine etnica, passando dal minimo dello 0,7% per i bianchi non ispanici dai 65 ai 69 anni sino al 7,4% per le donne afroamericane dai 55 ai 59 anni.

6.2. Malattie respiratorie

Le malattie respiratorie sono assai diffuse e sovente sono conseguenza dell'assunzione di comportamenti rischiosi eziologicamente connessi o, comunque, della sottoposizione all'assunzione di determinate sostanze. Le patologie sono diversificate, ma tutte legate all'apparato respiratorio (e.g. ostruzione polmonare cronica, asma). L'ostruzione polmonare cronica (OPC) è una patologia caratterizzata dalla progressiva ostruzione del flusso di aria attraverso le vie respiratorie; la limitazione del flusso non è totalmente reversibile, è generalmente progressiva e associata ad una reazione infiammatoria anomala dei polmoni in caso di contatto con particelle nocive o gas, R.A. PAUWELS ET AL., *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, NHLBI/WHO Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD), workshop summary*, in *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2001, 1257.

Si tratta di una patologia a diffusione crescente che colpisce in misura leggermente maggiore gli uomini delle donne; i sintomi si presentano soltanto dopo una certa quantità di anni e perciò le diagnosi avvengono di regola su pazienti di ultraquarantenni o, addirittura, ultracinquantenni. I fattori di rischio sono l'uso di tabacco, il fumo passivo, l'inquinamento atmosferico, la respirazione di aria altamente inquinata (soprattutto se associata a polveri di legno e carbone). Sono predisposti a sviluppare la patologia gli asmatici, mentre enfisemi e bronchiti croniche contribuiscono e aggravano il decorso, NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, [Chronic obstructive pulmonary disease](#).

In un recente studio viene rilevato come gli allevatori e i contadini siano tra i lavoratori più soggetti a soffrire di OPC, R. GOLPE ET AL., *Distribution of clinical phenotypes in patients with chronic obstructive pulmonary disease caused by biomass and tobacco smoke*, in *Archivos de bronconeumología*, 2014, 323.

Uno studio condotto sulla popolazione cinese mostra che le ostruzioni polmonari croniche sono assai più diffuse tra gli uomini (12,4% contro 5,1%) e nella popolazione ultracinquantenne; che ne soffrono prevalentemente le popolazioni rurali, i fumatori, con basso indice di massa, scarsamente educati e impiegati in lavori a contatto con polveri combustibili derivanti da biomasse, N. ZHONG ET AL., *Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in China. A Large, Population-based Survey*, in *American journal of respiratory and critical care medicine*, 2007, 755.

6.3. Malattie cardiovascolari

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

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

6.4. Malattie oncologiche

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

6.5. HIV e epatite B e C

Una introduzione alla patologia ed alle sue implicazioni nei luoghi di lavoro è stata realizzata in CHAMPIONING BETTER WORK AND WORKING LIVES, [*HIV and AIDS in the workplace: a global perspective. Factsheet*](#), 2013.

6.6. Malattie mentali

Una introduzione alla patologia ed alle sue implicazioni nei luoghi di lavoro è stata realizzata in CHAMPIONING BETTER WORK AND WORKING LIVES, [Stress and mental health at work](#), 2013.

Una recente literare review sugli studi del rientro al lavoro di coloro che soffrono di malattie mentali mette in luce come tale tematica sia studiata prevalentemente nel mercato del lavoro dei Paesi Bassi e che, in generale, lo studio del tema è ancora agli albori, C.S. DEWA ET AL., *Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review*, *BMJ Open*, 2014, 14.

7. Attività lavorativa e sviluppo di malattie croniche

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

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

8. Malattie croniche e indici di occupazione

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

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

Numerosi studi empirici dimostrano che la diffusione delle malattie croniche aumenta all'aumentare dell'invecchiamento della popolazione: questo implica che è il gruppo dei lavoratori più anziani quello più predisposto a soffrire di una o più malattie croniche; in questo senso non è affatto trascurabile anche il dato del procrastinamento dell'età che dà diritto alla pensione, in quanto questa diffusa tendenza politica certo contribuirà a rendere ancora più problematica la necessità di affrontare la diffusione delle malattie croniche tra i lavoratori.

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

Capitolo II

Conseguenze delle malattie croniche sull'attività lavorativa

di Simone Varva*

1. Effetti sull'attività lavorativa in seguito alla manifestazione delle patologie croniche

La diffusione di malattie croniche sovente impedisce (almeno temporaneamente) la prosecuzione dell'attività lavorativa o non consente la ricerca di un diverso posto di lavoro. Secondo uno studio del Forum mondiale sull'economia in paesi come Brasile, Cina, India, Federazione Russa vi è una perdita di 20 milioni di anni di vita produttiva a causa delle patologie croniche e che questo numero è destinato a crescere del 65% entro il 2030, WORLD ECONOMIC FORUM, *Working Towards Wellness: The Business Rationale*, Geneva, 2008.

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

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

Uno studio realizzato con riferimento al mercato del lavoro statunitense mette in relazione la presenza di patologie croniche con l'aumento del rischio di

* L'Autore ringrazia la dott.ssa Paola De Vita per la preziosa collaborazione.

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

In una quantità sorprendente di casi, lo sviluppo di malattie croniche, quando non giunge a livelli critici, non incide a breve termine sull'attività lavorativa per la semplice ragione che coloro che ne sono affetti (quando siano in grado di riconoscerne la sintomatologia) tendono a non informare colleghi e superiori; questo comportamento (c.d. *presenteeism*) aumenta il pericolo di cronicizzare e aggravare lo stato della malattia, oltre a costituire di sovente fonte di una prestazione lavorativa ad efficienza ridotta; viene peraltro rilevato come questa tendenza aumenti nei periodi di recessione economica, in considerazione del fatto che la perdita del lavoro è vista come una conseguenza più probabile e le possibilità di trovare una nuova occupazione diminuiscono, EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION, *Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice*, 2012, 15; è stato peraltro rilevato come per l'impresa i costi per ricercare un sostituto al lavoratore assente per malattia diminuiscono all'aumentare del tasso di disoccupazione (ovvero diminuisce il tempo medio di reperimento di un sostituto), NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE), *Managing long-term sickness and incapacity for work*, 2009, 17-18. Sotto un altro profilo si sottolinea come questo contegno sia più diffuso tra coloro che soffrono di malattie mentali perché in questo caso è percepita e temuta una stigmatizzazione ancor più importante nell'ambiente lavorativo, D.C. BLACK, *Working for a healthier Tomorrow*, Norwich, 2008, 90.

Secondo uno studio olandese che ha coinvolto soggetti di età media di 66 anni a cui è stato riscontrato un tumore all'apparato gastrointestinale, il 73% dei soggetti che lavorava hanno dichiarato di aver fatto esperienza di problemi legati all'attività lavorativa quando gli è stata diagnosticata la patologia; alla

luce di tali dati, secondo gli autori dello studio in oggetto, occorrerebbe fornire ai lavoratori malati informazioni e assistenza in relazione ai problemi lavorativi che potrebbero dover affrontare nel periodo di diagnosi e di trattamento; uno dei fattori chiave è infatti considerato il rientro nel posto di lavoro il prima possibile, per evitare che diminuiscano fortemente le possibilità di proseguire l'attività lavorativa, A.G.E.M. DE BOER ET AL., *Employment status and work-related problems of gastrointestinal cancer patients at diagnosis: a cross-sectional study*, in *BMJ Open*, 2011, 6-7.

Il rapporto tra affaticamento, spossatezza emozionale, problemi di salute percepiti, da un lato, e la condizione di lavoratore malato cronico, dall'altro, è stato analizzato in un altro studio realizzato nel mercato del lavoro dei Paesi Bassi; l'analisi dei dati ha permesso di rilevare una maggiore sensibilità dei lavoratori con malattie croniche, rispetto i colleghi omologhi non malati cronici, nella percezione delle suddette conseguenze negative derivanti dallo svolgimento della propria attività professionale. Si rileva come abbiano effetti favorevoli su questo gruppo di lavoratori il supporto dei superiori, gli adattamenti nell'ambiente di lavoro (inerenti prevalentemente ai compiti da svolgere, al maggiore controllo dell'attività, al rallentamento dei ritmi imposti, alle modifiche orarie). Viene anche osservato come, mentre l'affaticamento fisico possa dipendere anche dalle condizioni fisiche derivanti dalla malattia, lo spossamento emozionale è prevalentemente legato all'ambiente di lavoro, inteso come supporto, empatia e controllo da parte di colleghi e superiori, N. DONDERS ET AL., *Fatigue, emotional exhaustion and perceived health complaints associated with work-related characteristics in employees with and without chronic diseases*, in *International archives of occupational and environmental health*, 2007, 584.

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

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

Uno studio statunitense riporta la posizione di una quantità di esperti secondo la quale i programmi di riabilitazione e adattamento professionale a favore dei lavoratori che soffrono di malattie croniche dovrebbero intervenire nella fase

in cui il soggetto è ancora occupato, focalizzandosi soprattutto sull'obiettivo di prevenire l'insorgenza delle condizioni di inabilità lavorative, piuttosto che di tentare di porvi rimedio; gli elementi da tenere in considerazione nel corso dei processi di riabilitazione professionale sono soprattutto la rimozione delle barriere allo svolgimento del lavoro, perché le difficoltà di attendere alla propria attività sono causalmente legate al decremento della padronanza nelle competenze professionali (*job mastery*) e della soddisfazione personale: questi ultimi due fattori, a loro volta, sono i principali aspetti che incidono sul prematuro abbandono del lavoro; un altro elemento centrale da stimolare è la consapevolezza e la sicurezza da parte del lavoratore malato cronico di possedere le abilità che gli permettono di lavorare utilmente (*gains in self-confidence VR*), S.H. ALLAIRE ET AL., *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 101. I risultati ottenuti nello studio appena citato confermano empiricamente che per persone affette da malattie reumatiche a rischio di perdita di lavoro specifici interventi mirati al mantenimento del posto di lavoro contribuiscono ad incrementare le possibilità di proseguire l'attività lavorativa a lungo termine, nonché a procrastinare il momento dell'eventuale perdita del posto. Viene enfatizzato che lo strumentario utilizzato nel corso del programma di riabilitazione non è stato elaborato specificamente per i lavoratori che soffrono di malattie reumatiche e, per questa ragione, effetti simili possono ragionevolmente attendersi anche per la generalità dei lavoratori affetti da malattie croniche; un elemento sorprendente deriva dalla brevità dell'intervento, consistente nella massima parte dei casi in un confronto di tre ore con un consulente (ivi, 107).

Attraverso una inchiesta presso sette delle maggiori organizzazioni statunitensi che si occupano di malattie croniche, sono stati individuati una lista dei servizi medico/sociali considerati più importanti per coloro che soffrono di tali patologie (che si riportano qui in originale: «prescription drugs, mental health outpatient services, mental health inpatient services, home health care, physical therapy, durable medical equipment, occupational therapy, speech therapy, skilled nursing facilities, chiropractor, family counseling, dietitian-nutritionist, medical social worker, respite care, personal care, nonemergency transportation, home modifications»), F. MONTENEGRO-TORRES ET AL., *Are Fortune 100 companies responsive to chronically ill workers?*, in *Health affairs*, 2001, 211. Nel medesimo studio si rileva come i servizi previdenziali garantiti da un centinaio tra le società più importanti manchino di specificità rispetto al gruppo dei malati cronici; infatti sovente il presupposto per il riconoscimento del "benefit" è la sussistenza di una necessità medica

finalizzata al miglioramento di una condizione psicofisica, mentre di norma per i malati cronici l'obiettivo è il mantenimento della stessa; peraltro sono solitamente previsti tetti massimi di utilizzo ovvero limiti legati a un "ragionevole lasso di tempo": elemento più elastico ma comunque preclusivo rispetto a una condizione connotata dalla cronicità (ivi, 215).

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

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

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

3. Il ricollocamento lavorativo dei malati cronici

Per una prima panoramica degli studi scientifici dedicati al rapporto tra attività lavorativa e malati oncologici/*cancer survivors* si veda l'accurata selezione effettuata nella literature review di A. MEHNERT, *Employment and work-related issues in cancer survivors*, in *Critical reviews in oncology/hermatology*, 2011, 111-121.

Di recente è stato rilevato che la grande maggioranza dei lavoratori che hanno soffrono di malattie mentali (e in genere che sono stati assenti per malattia) rientra al lavoro, C.S. DEWA ET AL., *Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review*, in *BMJ Open*, 2014, 7.

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

La rete europea per la promozione della salute nei luoghi di lavoro (European Network for Workplace Health Promotion) ha realizzato un documento contenente una serie di raccomandazioni destinate sia alle autorità pubbliche sia ai soggetti privati che operano sul mercato del lavoro; richiamando la Responsabilità sociale delle imprese e la formula di “*workplace integration management*”, si sollecitano interventi integrati sia a livello europeo che a livello nazionale, basato su nove raccomandazioni (in particolare significative la n. 2 sulla individuazione delle malattie croniche allo stadio iniziale, la n. 3 sulla enfaticizzazione della capacità lavorativa residua e sull'adattamento dell'ambiente di lavoro, la n. 5 sulla focalizzazione delle politiche a favore delle persone che soffrono di malattie croniche come priorità sociale ed economica, la n. 12 sulla collaborazione integrata tra gli *stakeholders*), EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION, [*Recommendations from ENWHP's ninth initiative*](#), 2013, 10-12, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases*.

S.H. ALLAIRE ET AL., *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 108, fanno riferimento ad alcuni servizi predisposti dai datori di lavoro per favorire il lavoro dei soggetti che presentano inabilità e vengono considerati poco efficaci (almeno quando i

destinatari sono i malati cronici) perché intervengono soltanto dopo l'interruzione/la sospensione dell'attività lavorativa: fase in cui risulta meno effettivo l'effetto virtuoso sull'occupazione.

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

4. I fattori che condizionano la possibilità di ricollocamento

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

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

4.1. Cancer survivors

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

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

le difficoltà di trasporto, la sindacalizzazione, l'atteggiamento ostile del datore di lavoro. J.F. STEINER ET AL., *Returning to work after cancer: quantitative studies and prototypical narratives*, in *Psycho-oncology*, 2010, 118. Simili risultati sono messi in evidenza in A. MEHNERT, *Employment and work-related issues in cancer survivors*, in *Critical reviews in oncology/hermatology*, 2011, 126, ove viene riportata una tabella riassutiva degli elementi che condizionano e/o facilitano il rientro al lavoro dei *cancer survivors*; nel medesimo lavoro vi è una descrizione sintetica dei fattori inerenti all'ambiente e alle caratteristiche del lavoro individuati nei diversi studi incidono sulla possibilità di rientro dei soggetti (ivi, 121-122).

Sulla parabola storica del lavoro dei cancer survivors, B. HOFFMAN, *Cancer survivors at work: a generation of progress*, in *CA: a cancer journal for clinicians*, 2005, 271 ss. Un'analisi sistematica sugli studi relativi ai fattori che influenzano l'abilità lavorativa e l'occupazione dei *cancer survivors* ha sottolineato come siano ancora pochi gli approfondimenti scientifici di un elemento che sembra nella pratica assumere una significativa rilevanza sull'occupazione e sulle abilità lavorative di tali soggetti: quello legato ai fattori psicosociali. Ad avviso degli studiosi finlandesi, dovrebbe in particolare essere approfondita l'importanza del supporto specifico fornito dai servizi per la salute sul lavoro e dell'adattamento delle condizioni per svolgere l'attività nei luoghi di lavoro, T. TASKILA, M.L. LINDBOHRM, *Factors affecting cancer survivors' employment and work ability*, in *Acta Oncologica*, 2007, 450. Controversa risulta la rilevanza della discriminazione sul posto di lavoro, mentre negli studi empirici è chiaramente emerso da parte dei soggetti il bisogno di avere maggiore supporto ed empatia da parte dei servizi pubblici, dei superiori, dei colleghi, T. TASKILA ET AL., *Cancer survivors' received and needed social support from their work place and the occupational health services*, in *Support care cancer*, 2006, 433; nel medesimo lavoro si sottolinea come: una necessità di maggiore supporto è manifestata dai lavoratori di basso livello e meno scolarizzati; occorre rafforzare i servizi aziendali per la salute sul lavoro, soprattutto in termini di sufficiente multidisciplinarietà; centrale è il ruolo dei superiori, che dovrebbero tenere in dovuto conto le condizioni dei *cancer supervisors* quando pianificano e organizzano l'attività lavorativa (ivi, 433-434).

Uno studio condotto nei Paesi Bassi, mette in luce come sia necessario incrementare la qualità del servizio professionale prestato dai medici del lavoro, soprattutto in termini di comunicazione tra tali specialisti e i medici curanti, in particolare in rapporto alla necessità una continuità nel servizio di cura, J. VERBEEK ET AL., *Return to work of cancer survivors: a prospective*

color study into the quality of rehabilitation by occupational physicians, in Occupational environment medicine, 2003, 356.

4.2. Dolori cronici

Uno studio condotto sui lavoratori sofferenti di dolori cronici a braccia, collo e schiena ha evidenziato come in alcuni casi il management ha tentato un adattamento degli strumenti di lavoro alle condizioni fisiche dei lavoratori ma che, tuttavia, sovente le soluzioni non sono soddisfacenti (si porta l'esempio di posizionamento di computer, sedie e scrivanie adattato alle condizioni fisiche del lavoratore che però non può essere realizzato quando le postazioni sono condivise o comunque il soggetto utilizza più postazioni), N. HUTTING ET AL., *Experiences of employees with arm, neck or shoulder complaints: a focus group study*, in *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2014, 5-6. Nel medesimo studio si rileva come una primaria esigenza per di coloro che soffrono di tali patologie sia quella di avere un orario di lavoro ridotto (ovvero più flessibile): viene infatti evidenziato un nesso tra il peggioramento delle condizioni fisiche e il più rapido affaticamento nel corso dello svolgimento dell'attività lavorativa (ivi, 6-7); l'aumento di stress è legato all'aspettativa dell'impresa che i lavoratori presenti sul posto di lavoro siano sempre in grado di dare il 100% (ivi, 7-8); il supporto dei superiori e dei colleghi, d'altro canto, è percepito come un conforto e la condivisione delle difficoltà legate alle condizioni fisiche porta sollievo ai soggetti debilitati (ivi, 8-9).

4.3. Disordini mentali

In relazione al rientro al lavoro dopo un periodo di assenza determinato da malattie legate a disordini mentali, viene sottolineato come emerge dall'analisi sistematica delle ricerche più significative l'importanza della lunghezza delle assenze, delle ricadute, del tempo di rientro al lavoro tra i periodi di assenza; si rileva come siano ancora non soddisfacenti gli approfondimenti circa il guadagno in termini economici per l'impresa nell'investire sul rientro del lavoratore assente, C.S. DEWA ET AL., *Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review*, in *BMJ Open*, 2014, 14; nel medesimo studio si rileva come la lunghezza dell'assenza dipende dalla natura della patologia (le malattie mentali hanno un decorso più lungo di quelle fisiche) e come la grande variabilità del tempo dell'assenza

dipende anche dai diversi modelli di protezione sociale adottati nei diversi paesi oggetto dei vari studi (ivi, 13) e si suggerisce percorsi di futura ricerca focalizzati più che sul rientro *per sé* (che avviene quasi sempre), sullo studio della ricorrenza degli episodi di assenza e sulla lunghezza dei medesimi (ivi 14). Il tema di malattie mentali si riscontra come vi sia una tendenziale maggiore rapidità nel rientro al lavoro per i lavoratori più giovani e quelli posti a un basso livello socio-economico (ma non per patologie connesse a disturbi dell'umore); anche il genere rileva in tal senso: le lavoratrici restano assenti in media per un periodo più lungo (per disturbi dell'umore, disturbi nevrotici e legati allo stress). I lavoratori impiegati nei servizi, soprattutto a livelli professionali più alti, necessitano di più tempo per rientrare: ciò viene spiegato sulla base del fatto che di tratta di mansioni che richiedono l'utilizzo di notevoli capacità mentali. A seconda della patologia è stato rilevato come per i disturbi mentali il rientro è del 26% entro il mese, 47% nei tre mesi, 70% nei sei mesi, 95% nei due anni; solo il 5% accede alla pensione di invalidità. Per i disturbi emotivi il rientro è molto elevato entro il primo mese, per poi declinare significativamente. Per i disturbi nevrotico-ossessivi il rientro è più probabile entro i primi due mesi; per quelli dell'umore, alte percentuali entro i primi tre mesi. Si può allora osservare come incentivare un rapido rientro sia un fattore fondamentale. In questo senso si citano i virtuosi strumenti di promozione del rientro elaborati nei Paesi Bassi, C.A.M. ROELEN ET AL., *Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2012, 413 e 415. Da una inchiesta canadese realizzata attraverso una indagine che ha coinvolto un pubblico selezionato di dirigenti, supervisor, lavoratori è emerso che per favorire il rientro dei lavoratori che siano stati assenti a causa di malattie mentali occorre lavorare sostanzialmente su due fronti: il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (management, superiori, colleghi) nel percorso di predisposizione dell'ambiente di lavoro per il rientro e il miglioramento delle conoscenze delle malattie mentali e della gestione delle stesse attraverso percorsi di formazione per i suddetti soggetti. Un obiettivo specifico è quello di superare pregiudizi e preconcetti sulle malattie mentali, diffusi soprattutto tra i colleghi, e promuovere una cultura dell'accettazione e della reintegrazione, D. FREEMAN ET AL., *Factors leading to successful workplace integration of employees who have experienced mental illness*, in *Employee assistance quarterly*, 2004, 56-57; attraverso le interviste ai colleghi è stato rilevato come sovente questi considerino la malattia mentale un espediente per liberarsi dai lavori più gravosi, nonché il lavoratore rientrante quale una minaccia per il buon funzionamento dell'ambiente di lavoro, Id., 56. Sempre in tema di malattie

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

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

Stante l'eterogeneità delle nozioni e delle definizioni utilizzate, si è segnalata (studio olandese) la necessità di addivenire all'utilizzo di misure standardizzate sulle assenze per malattia; si rileva anche come manchino anche definizioni comunemente accettate sul concetto di assenza per malattia a breve termine o a lungo termine; si auspica anche l'armonizzazione delle misure prese in relazione alle assenze per malattie tra i paesi che presentano politiche e sistemi di risarcimento tra loro differenti, C.A.M. ROELEN ET AL., *Employees sick listed with mental disorders: who returns to work and when?*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2012, 415.

Capitolo III

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

di Simone Varva*

1. Livello internazionale

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

* L'Autore ringrazia la dott.ssa Paola De Vita per la preziosa collaborazione.

avvenire negli Stati membri in cooperazione con le parti sociali, anche a livello aziendale.

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

2. Livello regionale in ambito europeo

A livello strettamente normativo, allo stato non emergono specifiche disposizioni UE in tema di lavoro dei malati cronici; occorre tuttavia rammentare la previsione che, seppur di portata generale, impone alla parte datoriale un obbligo a favore della salute e della sicurezza a favore dei propri lavoratori prevista nella direttiva 89/391/EEC del 12 giugno 1989; in particolare «il datore di lavoro è obbligato a garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi con il lavoro» (art. 5) e deve «adeguare il lavoro all'uomo, in particolare per quanto concerne la concezione dei posti di lavoro e la scelta delle attrezzature di lavoro e dei metodi di lavoro e di produzione» (art. 6, *d*), L. GALANTINO, *Obbligo di sicurezza: fonti comunitarie e diritto interno*, in *ISL*, 2003, 343-352.

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

Diverse sono le strutture europee che si sono occupate delle tematiche legate ai lavoratori malati cronici, tra le quali European Agency for Safety and Health Work (EU OSHA) e European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound), European Union, [Conference "Promoting mental health and well-being in workplaces", Conclusions and recommendations for action from the perspective of the conference organizers](#),

2011, 5, consultabile nella banca dati *Studi e ricerche* [dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases](#).

3. Livello nazionale

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

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

Uno studio statunitense del 2005 (facente però riferimento a dati ancor più risalenti) rileva come i programmi per la formazione professionale dei malati cronici coinvolgano una percentuale alquanto limitata dei soggetti potenzialmente interessati (meno del 2%) e, in ogni caso, intervengono soltanto dopo la perdita del posto di lavoro e, di conseguenza, risultano molto meno efficaci, S.H. ALLAIRE ET AL., *Employment and satisfaction outcomes from a job retention intervention delivered to persons with chronic diseases*, in *Rehabilitation counseling bulletin*, 2005, 100-101.

La legislazione del Regno Unito prevede un *return-to-work credit*, il quale fornisce un supporto finanziario durante il primo anno di rientro al lavoro «after someone has had a health condition or disability and has been receiving a relevant benefit» ed è disponibile per coloro che svolgano un lavoro settimanale per almeno 16 ore, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE), *Managing long-term sickness and incapacity for work*, 2009, 44.

The UK Equality Act 2010 definisce all'art. 6 il disabile come una persona che ha una menomazione fisica o mentale ovvero che ha una menomazione che produce effetti negativi sostanziali e a lungo termine sulla persona, così da limitarne la possibilità di realizzare le normali attività quotidiane («A person (P) has a disability if [...] the impairment has a substantial and long-term adverse effect on P's ability to carry out normal day-to-day activities»); è significativo rilevare come tale definizione potrebbe permettere di ricomprendere anche lo *status* tipico dei malati cronici. Nell'art. 20 si prevede poi un dovere di realizzare delle modifiche e degli adattamenti (nei limiti del ragionevole) che permettano al disabile di essere posto in condizioni di uguaglianza sostanziale con omologhi soggetti non disabili; secondo l'art. 39 un «dovere di realizzare adattamenti ragionevoli» («a duty to make reasonable adjustments») è posto in capo al datore di lavoro, [UK Equality Act 2010](#), consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases*.

Sempre nel Regno Unito, nel 2006 è stato lanciato il programma quinquennale *Shift* finalizzato a ridurre la stigmatizzazione e la discriminazione sulla base della salute mentale; nel documento realizzato dal National Social Inclusion Programme e dal Care Services Improvement Partnership si illustrano alcuni interessanti punti di azione per la formazione di coloro che sono affetti da malattie mentali (DH6), per agevolarli nell'accesso al mercato del lavoro (DWP12d/e), per ricollocarli nel mondo del lavoro (DWP15d), per offrire consulenza in caso di lavoratori assenti per malattie mentali (HSE15b), o per guidare la condotta del management e degli imprenditori nella gestione dei lavoratori assenti per malattia e nel loro ritorno al lavoro, CISP, *National social inclusion report. Second annual report*, 2006, 29, 33, 34 e 39.

In una indagine sul cambiamento del lavoro nei Paesi Bassi si rileva come circa il 38% della forza lavoro olandese soffre di malattie croniche o versa in uno stato di disabilità; solo nella metà dei casi le condizioni fisiche impattano sulla possibilità di lavorare e, comunque, il ritorno al lavoro è rapido; si osserva come i lavoratori godono di una rete di protezione sociale molto efficiente e che negli anni più recenti si sono diffuse le modalità di

adattamento del posto di lavoro alle condizioni del soggetto: tuttavia molto deve essere ancora fatto; viene infine sottolineato come, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione e al mantenimento del posto di lavoro oltre i 65 anni, la garanzia di una buona salute diviene un fattore politico di importanza crescente, TNO INNOVATION FOR LIFE, [Work life in The Netherlands](#), 2012, 36, consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases*.

Nei Paesi Bassi la responsabilità per il pagamento dei giorni di malattia e di infortunio è posta in capo al datore di lavoro (che nella normalità de casi è assicurato contro l'evenienza); nel reinserimento lavorativo, oltre all'evidente interesse all'attivazione della parte datoriale, un ruolo importante è svolto dal medico del lavoro, il quale non si limita a certificare lo stato di malattia, ma fornisce al lavoratore e al datore di lavoro indicazioni e consigli per favorire il rientro; anche sulla base di tali elementi, datore di lavoro e lavoratore pianificano un graduale reinserimento al lavoro o uno schema di attività ridotte da svolgere transitoriamente come parziale rientro al lavoro. Si compie una valutazione periodica (ogni 4 o 6 settimane) con l'assistenza del medico del lavoro. Dopo un periodo di 2 anni, il medico del lavoro valuta il complessivo rientro al lavoro e, se reputa che il lavoratore sia inabile allo svolgimento del lavoro, allora gli accorderà un pensione di invalidità a carico del sistema sanitario, C.A.M. ROELEN ET AL., *Employees sick-listed with mental disorders: who returns to work and when?*, in *Journal of occupation and rehabilitation*, 2012, 410.

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

In una stimolante prospettiva si sottolinea come una classica caratteristica delle malattie croniche sia quella di un decorso secondo un andamento fluido e oscillatorio, tra "picchi" e "attenuazioni"; in questo percorso il soggetto si trova in una zona grigia: in certi momenti quasi completamente abile, in altri con indici di disabilità notevoli; in alcune fasi con potenzialità lavorative estremamente ridotte, in altre pienamente idoneo al lavoro. Questa connotazione rende difficoltoso l'inquadramento del malato cronico nelle classiche categorie previste dalla legislazione previdenziale e assistenziale, nell'ambito della quale il legislatore utilizza categorie classificatorie rigide, che non possono tenere in opportuna considerazione i continui mutamenti nel

tempo delle condizioni psicofisiche del soggetto, A. VICK, E. LIGHTMAN, *Barriers to employment among women with complex episodic disabilities*, in *Journal of disability policy studies*, 2010, 76-77, in particolare si rivendica un avanzamento della legislazione in termini di cittadinanza sociale inclusiva attraverso la promozione dei diritti umani; L.C. KOCH ET AL., *A narrative literature review regarding job retention strategies for people with chronic illnesses*, in *Work*, 2013, 126, a loro volta, rilevano come un modello di protezione sociale rigido ha come conseguenza quella di creare delle barriere anche ai programmi di formazione e di adattamento ai fini del mantenimento dell'occupazione.

4. Livello locale

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

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

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

5. Associazioni, istituti, networks

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

Il Chartered Institute of Personnel and Development (del Regno Unito, Championing better work and working lives), ha realizzato un documento sintetico contenente delle indicazioni destinate, da un lato, ai diretti superiori (c.d. *line managers*) e, dall'altro, ai professionisti delle risorse umane e agli imprenditori, per assistere e supportare il rientro dei lavoratori dopo una lunga assenza per malattia; tra le varie indicazioni si sottolineano, rispettivamente: il mantenimento delle relazioni durante l'assenza, la disponibilità verso le specifiche esigenze del lavoratore al rientro, un supporto particolarmente accorto nella prima fase di rientro; e, per coloro che non sono diretti superiori, si aggiungono le offerte formative, buone relazioni interaziendali, ambiente lavorativo che supporti il rientro del soggetto e lo faccia sentire parte della comunità, Championing better work and working lives, *Manager support for return to work following long-term sickness absence Guidance*, 2010, 6-8.

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

6. Livello privatistico

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

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

Il progetto di estensione europea *Re-integrate* offre servizi per agevolare il ritorno al lavoro delle persone assenti a causa di malattia, anche attraverso la promozione di buone pratiche; l'attività di [Re-integrate](#) è consultabile nella banca dati [dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases](#).

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

6.1. Su iniziativa datoriale

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

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

In relazione alla valorizzazione dei lavoratori anziani nel settore delle costruzioni, viene riportato un caso di studio di buone pratiche sviluppato dal direttore delle risorse umane di una impresa edilizia britannica, dove sono enfatizzate le positività di mantenere al lavoro i soggetti anziani (competenza, doti di managerialità, patrimonio esperienziale per formare gli apprendisti, compensare la mancanza di nuove risorse) e gli accorgimenti da adottare (alleviare il carico di lavoro fisico a favore dell'attività di formazione degli apprendisti, ridurre e rendere più flessibili l'orario di lavoro); viene riportata anche l'esperienza della B&Q, la più grande catena di negozi al dettaglio per il giardinaggio, che ha dimostrato la convenienza economica un progetto globale per la promozione dei lavoratori anziani: HEALTHY WORKING LIVES, [Managing](#)

[*a healthy ageing workforce. A National business imperative. A guide for employers*](#), 2012, 6 e 19 (si tratta di argomenti in parte richiamabili anche per i malati cronici), consultabile nella banca dati *Documentazione europea dell'Osservatorio ADAPT Work & Chronic Diseases*.

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

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

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

NOTIZIE SUGLI AUTORI

Paola De Vita

Dottore di ricerca in Relazioni di lavoro internazionali e comparate, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Michele Tiraboschi

Professore ordinario di diritto del lavoro. 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

Simone Varva

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

SOCI ADAPT

ABI	Confindustria	Fondazione studi consulenti del lavoro
Adecco Italia	Confindustria Bergamo	Fondirigenti
ADHR Group	Confindustria Verona	Gi Group
AgustaWestland	Confprofessioni	Gruppo Manuencoop
Aifos	Consiglio regionale Veneto – ANCL – Associaz. nazionale cons. lavoro	Ifoa
Ailog	Consorzio formazione&lavoro	IKEA Italia Retail
ANCC-Coop	Coopfond-Legacoop nazionale	INAIL
ANCE	Cremonini	Isfol
Angem	Dussmann Service	Italia lavoro
ANINSEI	Ebinter	KPMG
Anmil Onlus	Ebiter Taranto	LVH-APA
Associazione Industriali della Provincia di Vicenza	Electrolux Italia	Manpower
Assoimprenditori Alto Adige	Elior Ristorazione	Marelli motori
Assolavoro	Enel	MCL
Assosistema	Eni	Micron Technology
Banca Popolare dell'Emilia Romagna	Esselunga	Obiettivo lavoro
Chiesi Farmaceutici	Farmindustria	Poste italiane
CIA	Federalberghi	Provincia di Verona
Cimolai	Federdistribuzione	Quanta
CISL	Federlegno arredo	Randstad Italia
CISL FP	Federmeccanica	Sodexo Italia
CNA	Fedit	Synergie Italia agenzia per il lavoro
CNA pensionati	FILCA-CISL	Telecom Italia
Coldiretti	Fincantieri	Trenkwalder
Confagricoltura	FIPE	UGL
Confartigianato	FISASCAT-CISL	UIL
Confcommercio	FLAEI-CISL	Umana
Confcooperative	Fondazione CRUI	Unindustria Treviso
Confesercenti		Union Labor
Confimi Impresa		

ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

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

