

Lavoro e malattie croniche

a cura di

Silvia Fernández Martínez
Michele Tiraboschi

ADAPT

LABOUR STUDIES

e-Book series

n. 64

ADAPT
www.adapt.it
UNIVERSITY PRESS

ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

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

DIREZIONE

Michele Tiraboschi (*direttore responsabile*)

Lilli Casano

Pietro Manzella (*revisore linguistico*)

Emmanuele Massagli

Flavia Pasquini

Pierluigi Rausei

Francesco Seghezzi (*direttore ADAPT University Press*)

Silvia Spattini

Francesca Sperotti

Davide Venturi

SEGRETERIA DI REDAZIONE

Laura Magni (*coordinatore di redazione*)

Maddalena Magni

Francesco Nespoli

Lavinia Serrani



@ADAPT_Press @adaptland @bollettinoADAPT

Lavoro e malattie croniche

a cura di

Silvia Fernández Martínez
Michele Tiraboschi

ADAPT
www.adapt.it
UNIVERSITY PRESS

ISBN 978-88-98652-81-5

© 2017 ADAPT University Press – Pubblicazione on-line della Collana ADAPT

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

INDICE

Parte I

MALATTIE CRONICHE E MERCATO DEL LAVORO: UNA RICERCA NECESSARIA

| | |
|---|----|
| Michele Tiraboschi, <i>Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche</i> | 2 |
| Silvia Fernández Martínez, <i>Malattie croniche e licenziamento del lavoratore: una prospettiva comparata</i> | 66 |

Parte II

FOCUS TEMATICI

Sezione I

Malattie croniche: aspetti definatori

| | |
|---|----|
| Silvia Fernández Martínez, <i>Equiparazione malattie croniche e disabilità: una via per riconoscere maggiori tutele ai malati cronici?</i> | 91 |
| Matilde Leonardi, Chiara Scaratti, <i>Persone con malattie croniche nel mondo del lavoro in Europa e modello biopsicosociale della disabilità. Il progetto PATHWAYS</i> | 96 |

Sezione II

Accomodamenti ragionevoli

| | |
|--|-----|
| Silvia Bruzzone, <i>L'inclusione lavorativa e gli "accomodamenti ragionevoli": prime riflessioni</i> | 109 |
| Silvia Fernández Martínez, <i>Disabilità oncologica. Accomodamenti ragionevoli e flessibilità per il lavoratore malato di cancro: la giusta via per la reale inclusione lavorativa</i> | 120 |
| Silvia Fernández Martínez, <i>Sclerosi multipla e disabilità: il lavoro agile come misura di "accomodamento ragionevole"?</i> | 128 |

Sezione III

Licenziamento e malattie croniche

| | |
|--|-----|
| Silvia Fernández Martínez, <i>Licenziamento per sopravvenuta inidoneità fisica dopo un trapianto: "inaccettabile" o legittimo?</i> | 137 |
| Silvia Bruzzone, <i>Neoplasie e licenziamento: tra norme e responsabilità sociale</i> ... | 142 |
| Silvia Fernández Martínez, <i>Jobs Act e malattia: verso un diritto per il mercato del lavoro?</i> | 148 |
| Silvia Fernández Martínez, <i>Una proposta per modificare la disciplina del periodo di comporto e garantire la conservazione del posto di lavoro dei malati oncologici</i> | 153 |

Sezione IV

Lavoro autonomo e malattie croniche

| | |
|---|-----|
| Silvia Fernández Martínez, Elisabetta Iannelli, <i>Lavoro autonomo: quali tutele in caso di malattia cronica?</i> | 160 |
|---|-----|

Sezione V
Obesità

| | |
|--|-----|
| Francesca Sperotti, <i>Prevenzione dell'obesità sul luogo di lavoro. Requisito essenziale per l'allungamento della vita lavorativa</i> | 166 |
| Silvia Fernández Martínez, <i>Obesità e licenziamento: quali sfide alla luce della giurisprudenza comunitaria?</i> | 174 |
| Sergio Iavicoli, Antonio Valenti, <i>Obesità e sovrappeso: nuove sfide in materia di salute e sicurezza sul lavoro</i> | 178 |
| <i>Notizie sugli autori</i> | 185 |

Parte I
MALATTIE CRONICHE
E MERCATO DEL LAVORO:
UNA RICERCA NECESSARIA

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

di Michele Tiraboschi

Sommario: **1.** Posizione del problema. – **1.1.** Malattie croniche e sostenibilità dei sistemi sanitari e di welfare pubblici. – **1.2.** Impatto delle malattie croniche sulle dinamiche complessive del mercato del lavoro, sulla produttività e sulla organizzazione del lavoro. – **1.3.** Obiettivi della ricerca. – **2.** Malattie croniche: i limiti delle attuali risposte fornite dal diritto del lavoro e dai sistemi di protezione sociale. – **3.** Dai sussidi, quote di riserva e tutele passive alle politiche di attivazione, conciliazione e *retention*. – **3.1.** La rivisitazione delle

* *Publicato in DRI, 2015, n. 3.*

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

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

politiche di *welfare to work*, degli incentivi e dei sussidi pubblici. – **3.2.** La rivisitazione delle politiche di conciliazione e pari opportunità: verso un *work-health-life balance*. – **4.** *Segue:* promuovere la prevenzione delle malattie croniche nei luoghi di lavoro. – **5.** Una prospettiva di relazioni industriali: il nodo della produttività/sostenibilità del lavoro e l'importanza di ripensare i concetti di “presenza al lavoro”, “prestazione lavorativa”, “esatto adempimento contrattuale”.

1. Posizione del problema

A causa dell'insorgere e del decorso di una malattia cronica, un numero crescente di persone che rientrano nella fascia di popolazione economicamente attiva ⁽¹⁾ risulta, più o meno temporaneamente, inabile o, comunque, solo parzialmente abile al lavoro.

Senza entrare in complesse definizioni medico-scientifiche ⁽²⁾, con l'espressione “malattie croniche” intendiamo qui riferirci ad alterazioni patologiche non reversibili che richiedono una speciale riabilitazione e un lungo periodo di supervisione, osservazione, cura. In via meramente esemplificativa: malattie cardiovascolari e respiratorie, disordini muscolo-scheletrici, HIV/AIDS, sclerosi multipla, numerose tipologie di tumori, diabete, obesità, epilessia, depressione e altri disturbi mentali.

Evidenti, almeno per i profili che rilevano direttamente ai fini del presente studio ⁽³⁾, sono le ricadute di tutte queste malattie, pure

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

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

³ Per una valutazione più complessiva dell'impatto delle malattie croniche sulle società post industriali, che vada oltre i meri indicatori economici e

tra loro profondamente diverse, sui livelli di reddito e sulle opportunità di occupazione, carriera e inclusione sociale per le singole persone interessate e, non di rado, per i loro familiari, a cui spesso competono onerosi compiti di cura e assistenza (c.d. *care givers*).

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

Ancora poca attenzione riceve, per contro, l'impatto complessivo dei costi delle malattie croniche sulla tenuta dei sistemi sanitari e di welfare ⁽⁴⁾, le cui criticità sono ora accentuate, in termini economici e di sostenibilità nel medio e ancor più nel lungo

ponga altresì attenzione alle sue determinanti socio-economiche, cfr., tra i tanti, P. BRAVEMAN, L. GOTTLIEB, *The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes*, Public Health Reports, 2014, Supplement 2, 20-31, e ivi ampia letteratura di riferimento. Cfr. altresì, a livello istituzionale, UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME, *Addressing the Social Determinants of Noncommunicable Diseases*, Discussion Paper, ottobre 2013.

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

periodo, dall'innalzamento della aspettativa di vita ⁽⁵⁾ e dal conseguente riallineamento verso l'alto – e in termini restrittivi – dei criteri di accesso alla età di pensione ⁽⁶⁾.

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

Eppure è noto come l'aumento della longevità delle persone conduca, per un verso, a una domanda di servizi sanitari e prestazioni sociali maggiore e per un periodo di vita più lungo con conseguente incremento della spesa relativa ⁽⁷⁾. I vincoli di

⁵ Cfr. D.E. BLOOM, E.T. CAFIERO, E. JANÉ-LLOPIS, S. ABRAHAMSGESSEL, L.R. BLOOM, S. FATHIMA, A.B. FEIGL, T. GAZIANO, M. MOWAFI, A. PANDYA, K. PRETTNER, L. ROSENBERG, B. SELIGMAN, A.Z. STEIN, C. WEINSTEIN, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, Geneva, World Economic Forum, 2011. Nello specifico contesto europeo, nell'ultimo cinquantennio l'aspettativa di vita è aumentata di 10 anni. Cfr. EUROPEAN COMMISSION, *Demography Report: Older, More Numerous and Diverse Europeans*, Commission Staff Working Document, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2011, 33.

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

⁷ Cfr. F. BREYER, F. COSTA-FONT, S. FELDER, *Ageing, Health, and Health Care*, in *Oxford Review of Economic Policy*, 2010, 674-690, e M. SUHRCKE, D.K. FAHEY, M. MCKEE, *Economic Aspects of Chronic Disease and Chronic Disease Management*, in E. NOLTE, M. MCKEE (eds.), *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*, Maidenhead, Open University Press, 2008, 43-63.

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, psicosomatici e psicosociali (tra cui stress, ansia, panico, depressione, emotività, deterioramento cognitivo, affaticamento, debolezza muscolare) che comportano limitazioni più o meno rilevanti rispetto alle normali funzioni lavorative e, di regola, maggiori tassi di assenteismo ⁽⁸⁾.

Non esistono, allo stato, dati e proiezioni attendibili relativamente alla incidenza complessiva delle malattie croniche sulla popolazione economicamente attiva ⁽⁹⁾ e sui rapporti di lavoro ⁽¹⁰⁾. Questo anche perché, al fine di evitare ripercussioni negative sulle prospettive retributive e di carriera, il lavoratore

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

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

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

non sempre ritiene opportuno comunicare la propria reale condizione di salute al datore di lavoro.

Il network europeo per la promozione della salute nei luoghi di lavoro ha tuttavia stimato che in Europa quasi il 25% della popolazione in età di lavoro soffre i disturbi di almeno una malattia cronica ⁽¹¹⁾ e che la quota di malati cronici che lavora sia pari al 19% della forza-lavoro ⁽¹²⁾. Per contro le proiezioni al 2020 e al 2060 del tasso di partecipazione al mercato del lavoro in Europa degli over 55 – e cioè della fascia di popolazione economicamente attiva maggiormente soggetta a un significativo rischio di abilità solo parziale o intermittente al lavoro ⁽¹³⁾ – registrano, rispettivamente, un incremento di 8,3 e 14,8 punti percentuali ⁽¹⁴⁾. Nell'area dell'Euro l'impatto stimato è ancora più

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

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

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

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

marcato con un incremento degli over 55 di 10 punti percentuali da qui al 2020 e di 16,7 punti percentuali nel 2060 ⁽¹⁵⁾.

Certo è che, nel lungo periodo, la partecipazione al mercato del lavoro di persone affette da malattie croniche diventerà imprescindibile per affrontare il declino dell'offerta di lavoro e la carenza di forza-lavoro qualificata in uno con le pressioni sui sistemi pensionistici indotte da un drastico invecchiamento della forza-lavoro ⁽¹⁶⁾, con Paesi come Italia, Giappone e Spagna destinati a registrare nel 2050 un picco di over 65 pari a un terzo della intera popolazione ⁽¹⁷⁾.

Altrettanto certo è che un investimento sulla salute e il benessere delle persone – e della popolazione economicamente attiva in particolare – diventerà sempre più un «imperativo (anche) economico» per gli Stati ⁽¹⁸⁾ in funzione della sostenibilità dei loro sistemi sanitari e di protezione sociale.

Da non sottovalutare, a fronte di un arretramento del lavoro industriale, sono del resto le opportunità occupazionali e di (ri)qualificazione professionale in un settore cruciale del mercato del lavoro come quello di cura della persona (assistenza e sanità) che pure registra rilevanti criticità. Ciò non solo in ragione, come è ampiamente noto, di un ciclico disallineamento tra la domanda e l'offerta di lavoro di medici e infermieri ⁽¹⁹⁾, ma anche proprio

¹⁵ *Ibidem*.

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

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

¹⁸ Cfr. HEALTHY WORKING LIVES, *Managing a Healthy Ageing Workforce: A National Business Imperative*, NHS Health Scotland, 2012.

¹⁹ Cfr., sul punto, T. ONO, G. LAFORTUNE, M. SCHOENSTEIN, *Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries*, OECD Health Working Paper, 2013, n. 62, cui adde M. SCHOENSTEIN, *Health Labour Market Trends in OECD Countries*, OECD

per l'assenza di figure professionali con le competenze necessarie per (prima) comprendere ⁽²⁰⁾ e (poi) gestire operativamente le problematiche del ritorno in azienda e sul mercato del lavoro dei malati cronici.

Già oggi, in Europa, si stima una spesa di 700 miliardi di euro per la cura di malattie croniche, per un valore che oscilla tra il 70 e l'80% dell'intero budget sanitario ⁽²¹⁾. Aumenta costantemente, del pari, il numero di persone che richiede congedi per malattia o anche pensioni anticipate e assegni di invalidità di lungo periodo che, in alcuni Paesi, già oggi riguardano il 10% della forza-lavoro ⁽²²⁾.

Uno studio condotto a livello globale dalla Harvard School of Public Health (HSPH) per il World Economic Forum ⁽²³⁾ stima inoltre che, tra il 2011 e il 2030, si registrerà una perdita cumulata di *output* di 47 mila miliardi di dollari a causa di malattie croniche

Health Division, Global Health Workforce Alliance Forum Recife, 11 November 2013. Per una sintesi ragionata in italiano cfr. A. SANTOPAOLLO, F. SILVAGGI, G. VIALE, *La programmazione dei fabbisogni di medici e infermieri nei Paesi OCSE: verso un modello multi-professionale per rispondere alle sfide dell'invecchiamento e delle malattie croniche*, in *Boll. ADAPT*, 2014, n. 31.

²⁰ Importante, in questa prospettiva, lo spunto contenuto nel regolamento 2013/1291/UE dell'11 dicembre 2013, n. 1291, che istituisce il programma quadro di ricerca e innovazione (2014-2020), *Orizzonte 2020*. Cfr. l'allegato 1, parte III, *Sfide per la società*, ove si fa esplicito riferimento alla emergenza causata dalle malattie croniche e dai loro crescenti costi economici e sociali.

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

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

²³ Cfr. lo studio di D.E. BLOOM, E.T. CAFIERO, E. JANÉ-LLOPIS, S. ABRAHAMS-GESSEL, L.R. BLOOM, S. FATHIMA, A.B. FEIGL, T. GAZIANO, M. MOWAFI, A. PANDYA, K. PRETTNER, L. ROSENBERG, B. SELIGMAN, A.Z. STEIN, C. WEINSTEIN, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, cit., qui 29.

e di malattie mentali in termini di prestazioni sanitarie e previdenza sociale, ridotta produttività e assenze dal lavoro, disabilità prolungata e conseguente riduzione dei redditi per i nuclei familiari interessati.

Anche a prescindere dalla attendibilità di siffatte analisi e stime, già oggi, in area OECD, l'1,2% del PIL risulta assorbito da prestazioni di invalidità (il 2% se si includono le prestazioni di malattia): quasi 2,5 volte tanto il costo dei sussidi di disoccupazione ⁽²⁴⁾. Misurato come percentuale della spesa sociale pubblica totale, il costo della disabilità è circa il 10% in media in tutta l'area OECD con punte del 25% in alcuni Paesi.

Non sorprende che le proiezioni di spesa su assistenza sanitaria e sicurezza sociale segnalino, per i prossimi decenni ⁽²⁵⁾, talune preoccupanti criticità economiche connesse al costante incremento delle malattie croniche che, va comunque precisato ⁽²⁶⁾, aumentano con un ritmo superiore a quello dell'invecchiamento della popolazione; ciò anche in conseguenza dei costanti progressi della medicina, della prevenzione e della ricerca scientifica rispetto a malattie un tempo ritenute mortali. Vero è, peraltro, che alcune malattie croniche (come obesità, malattie respiratorie, depressione e altri disturbi mentali) si

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

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

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

manifestano oggi già in età giovanile ⁽²⁷⁾ complicando ulteriormente il quadro fenomenologico e concettuale di riferimento e le relative risposte politiche e istituzionali.

Considerato che in molti Paesi europei – segnatamente quelli che adottano il c.d. “modello Bismark” e cioè Belgio, Estonia, Francia, Germania, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Ungheria ⁽²⁸⁾ – la spesa sanitaria (e non solo quella pensionistica) è finanziata dai contributi versati da lavoratori e imprese ⁽²⁹⁾, ne deriva un incremento della c.d. *old-age 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

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

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

²⁹ Per dati comparati sulla spesa per la protezione sociale in Europa (vecchiaia, invalidità, disoccupazione, famiglia, abitazione, malattia e cure sanitarie) cfr. T. ACETI, M.T. BRESSI (a cura di), *Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare*, XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità del CnAMC (Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici), Roma, 2012, qui 176-180.

europea, in particolare, si stima nei prossimi decenni un raddoppio della *old-age dependency ratio*, dal 26% del 2010 al 52% del 2060 ⁽³⁰⁾, con un robusto incremento della spesa sanitaria e assistenziale di lungo periodo legata appunto al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ⁽³¹⁾.

Analogo discorso può tuttavia essere svolto anche con riferimento a Paesi con diversi sistemi di finanziamento del welfare, specie quelli come l'Italia con un tasso di occupazione regolare molto basso, che, a seguito dei cambiamenti demografici e dell'invecchiamento della popolazione, registrano oggi rilevanti pressioni sulla spesa pubblica (previdenziale e sanitaria) in ragione della inattualità dello storico principio del c.d. *pay-as-you-go* e cioè del criterio di finanziamento a ripartizione ⁽³²⁾.

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

³¹ Cfr. EUROPEAN COMMISSION, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections...*, cit., qui (per i dati di sintesi) 34-36 e 40-41. Cfr. altresì cfr. D.E. BLOOM, E.T. CAFIERO, E. JANÉ-LLOPIS, S. ABRAHAMSGESSEL, L.R. BLOOM, S. FATHIMA, A.B. FEIGL, T. GAZIANO, M. MOWAFI, A. PANDYA, K. PRETTNER, L. ROSENBERG, B. SELIGMAN, A.Z. STEIN, C. WEINSTEIN, *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, cit.

³² Sul punto cfr., diffusamente e in chiave comparata, N. SALERNO, *Le risorse per il welfare del futuro. Insufficienza del pay-as-you-go e disegno multipilaastro*, che segue in *q. Sezione*.

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

Le criticità riguardano, a ben vedere, non solo i sistemi sanitari e di welfare. Significativo, ancorché poco o nulla monitorato ⁽³³⁾, è anche l'impatto delle malattie croniche sulle dinamiche complessive del mercato del lavoro e, a livello micro, sulla organizzazione del lavoro nelle singole imprese chiamate a gestire la presenza o il ritorno in attività di una forza-lavoro non solo tendenzialmente – e inevitabilmente – meno produttiva, ma anche, almeno secondo recenti studi, maggiormente soggetta al rischio di infortuni ⁽³⁴⁾ e incidenti gravi sul lavoro ⁽³⁵⁾.

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

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

³⁵ In questo senso cfr. J. KUBO, B.A. GOLDSTEIN, L.F. CANTLEY, B. TESSIER-SHERMAN, D. GALUSHA, M.D. SLADE, I.M. CHU, M.R., CULLEN, *Contribution of Health Status and Prevalent Chronic Disease to Individual Risk for Workplace Injury in the Manufacturing Environment*, in *Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 159-166. Cfr. anche il rapporto comparato curato per conto della European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment opportunities for people with chronic diseases*, cit., specialmente la sezione *Higher Exposure to Risks and Hazards*.

È noto, rispetto alle proiezioni demografiche e di spesa da qui al 2060, come sia il c.d. input di lavoro ad agire quale principale leva della crescita in Europa in un contesto, tuttavia, di complessivo invecchiamento e contrazione della popolazione economicamente attiva ed abile al lavoro ⁽³⁶⁾. Le malattie croniche, lungi dal sollevare unicamente questioni di protezione e inclusione sociale, incidono, di conseguenza, anche sulle dinamiche della produttività del lavoro, impattando sia sulla competitività di imprese e sistemi economici nazionali sia sui percorsi professionali e di carriera dei singoli lavoratori.

Non va del resto sottovalutato il fatto che, in un numero crescente di casi, il fenomeno in esame è connesso a fattori di rischio professionale legati alle mansioni lavorative ⁽³⁷⁾ o, comunque, a patologie maturate negli ambienti di lavoro ⁽³⁸⁾ o a causa del lavoro ⁽³⁹⁾: una sorta di “epidemia invisibile”, volendo

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

³⁷ L'Organizzazione mondiale della sanità stima in 300 mila i lavoratori morti ogni anno a causa di malattie connesse (escludendo gli infortuni) alle mansioni di lavoro di cui larga parte riconducibili a malattie croniche. Cfr. WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Action Plan for Implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*, Copenhagen, 2012, qui 21.

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

³⁹ Si pensi all'impatto di fattori psicosociali come lo stress lavoro correlato, il precariato e l'insicurezza sul lavoro, turnazioni e orari di lavoro faticosi, ecc. Cfr., tra i tanti, N.H. ELLER, B. NETTERSTRØM, F. GYNTELBERG, T.S. KRISTENSEN, F. NIELSEN, A. STEPTOE, T. THEORELL, *Work-Related Psychosocial Factors and the Development of Ischemic Heart Disease A Systematic Review*, in *Cardiology in Review*, 2009, 83-97, cui adde M. KIVIMAKI, J.E.

utilizzare l'efficace immagine proposta dall'ILO ⁽⁴⁰⁾, con un impatto di gran lunga superiore a quello dei ben più riconoscibili incidenti sul lavoro, tale da alimentare giganteschi contenziosi, responsabilità (dirette e indirette) delle imprese e conseguenti oneri economici aggiuntivi per il sistema produttivo ⁽⁴¹⁾.

Con riferimento alla offerta di lavoro e alla produttività, l'incremento delle malattie croniche incide, a ben vedere, non solo sui sistemi di welfare e sulle dinamiche aziendali ma anche sui tassi complessivi di occupazione con meno persone attive e crescenti barriere nell'accesso al mercato del lavoro ⁽⁴²⁾. Già nel 2007 l'ILO segnalava come in Europa, nella fascia compresa tra i 16 e i 64 anni, solo il 66% dei disoccupati/inoccupati avesse una opportunità di trovare un lavoro e che questa possibilità si riducesse al 47% per i malati cronici e al 25% per le persone colpite da una grave disabilità ⁽⁴³⁾.

La “grande crisi”, che ha preso avvio nel 2007 con il collasso dei mercati finanziari, ha inevitabilmente aggravato l'inserimento al lavoro dei malati cronici – e segnatamente delle persone con

FERRIE, E. BRUNNER, J. HEAD, M.J. SHIPLEY, J. VAHTERA, M.G. MARMOT, *Justice at Work and Reduced Risk of Coronary Heart Disease Among Employees*, in *Archives of Internal Medicine*, 2005, 2245-2251.

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

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

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

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

disturbi mentali ⁽⁴⁴⁾ – che pure sono portati, più che in passato, alla ricerca di una occupazione anche in ragione dei complessivi vincoli di finanza pubblica e dal parallelo irrigidimento dei criteri di accesso alla età di pensione ovvero all’assegno di invalidità permanente.

Secondo stime dell’OECD – in linea con i dati generali contenuti nel rapporto della Commissione europea sulla disabilità ⁽⁴⁵⁾ e con i dati più di dettaglio di un denso rapporto comparato su lavoro e malattie croniche curato per conto della Fondazione europea di Dublino ⁽⁴⁶⁾ – il tasso di occupazione dei malati cronici è poco più della metà e il tasso di disoccupazione è il doppio rispetto al resto della popolazione economicamente attiva ⁽⁴⁷⁾.

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

⁴⁴ Cfr. S. EVANS-LACKO, M. KNAPP, P. MCCRONE, G. THORNICROFT, R. MOJTABAI, *The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries*, in *PLoS ONE*, 2013, 1-7.

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

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

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

produttività. Non mancano poi, quantomeno con riferimento alle fasce di popolazione più vulnerabili ⁽⁴⁸⁾, atteggiamenti discriminatori più o meno evidenti che, talvolta, sfociano in forme sistematiche di vessazione (c.d. mobbing) verso persone ritenute poco produttive e che sollevano altresì ineludibili problemi di giustizia sociale, inclusione ed equità ⁽⁴⁹⁾.

Esiste peraltro una corposa letteratura che segnala, in una sorta di circolo vizioso, come la stessa disoccupazione e condizioni di lavoro precarie siano, non di rado, fonte diretta o indiretta di malattie croniche o, comunque, causa di un loro aggravamento soprattutto in relazione alle malattie e ai disturbi mentali ⁽⁵⁰⁾: uno studio statunitense mostra come la perdita involontaria di lavoro tra gli over 50 comporti la duplicazione del rischio di subire un infarto; una ricerca giapponese segnala, invece, l'impatto della disoccupazione sugli stili di vita, sottolineando l'aumento

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

⁴⁹ Cfr. EUROPEAN COMMISSION, *The 2014 EU Summit on Chronic Diseases – Conference Conclusions*, cit., qui 4. Sul punto cfr. *amplius* il rapporto comparato curato per la European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions su *Employment opportunities for people with chronic diseases*, cit. (spec. la sezione su *Discrimination and Prejudice at Work*) e i relativi rapporti nazionali.

⁵⁰ 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. Cfr. D. STUCKLER, S. BASU, M. SUHRCKE, M. COUTTS, M. MCKEE, *Effects of the 2008 recession on health: A first look at European data*, in *The Lancet*, 2011, 124-125, e anche, in chiave comparata, EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS, *Access to Healthcare in Times of Crisis*, 2014.

nell'utilizzo di sostanze come tabacco e alcool, che sono tra le principali cause dell'insorgere di una malattia cronica; altri studi segnalano, infine, l'incidenza dello stato di disoccupazione sui disordini mentali (ansia, stress, depressione), ecc. ⁽⁵¹⁾.

Non mancano, per contro, studi diretti a segnalare la bassa incidenza dello stato di disoccupazione su salute e condizioni mentali in quei Paesi, come la Germania ⁽⁵²⁾, dove esistono un robusto sistema di protezione sociale con sussidi di disoccupazione e adeguati servizi di reinserimento al lavoro.

Il diritto del lavoro e i sistemi di welfare hanno registrato, nel corso degli ultimi decenni, significativi cambiamenti dovuti a nuovi modelli di produzione e di organizzazione del lavoro indotti dalle innovazioni tecnologiche e dalla globalizzazione ⁽⁵³⁾.

Non meno importanti sono tuttavia, come abbiamo cercato di dimostrare nelle pagine che precedono, i cambiamenti demografici e, tra questi, l'invecchiamento della forza-lavoro ⁽⁵⁴⁾.

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

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

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

⁵⁴ Cfr. A. CHIVA, J. MANTHORPE, *Older Workers in Europe*, Open University Press, 2009, cui *adde* gli importanti studi comparati condotti dalla European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (*Sustainable Work and the Ageing Workforce*, 2012) e dall'OCSE (*Ageing and Employment Policies – Country Studies & Policy Review*), reperibili sui rispettivi siti internet istituzionali. Nell'ottica della tenuta del sistema di sicurezza sociale italiano cfr. N.C. SALERNO, *Finanziare il Welfare*, in *Quaderni Europei*

e la conseguente incidenza delle malattie croniche sulla organizzazione e sulla produttività del lavoro: temi e problemi che meritano adeguata attenzione anche in ambito giuslavoristico nella prospettiva di un welfare della persona, di un mercato del lavoro efficiente e inclusivo e della conseguente modernizzazione del quadro regolatorio e del sistema di relazioni industriali sottostante.

1.3. Obiettivi della ricerca

Obiettivo del presente studio è, appunto, quello di segnalare la centralità, per le dinamiche evolutive del diritto del lavoro e dei sistemi di welfare, di un tema ancora oggi non pienamente emerso ⁽⁵⁵⁾ come l'impatto delle malattie croniche sul rapporto di lavoro e sul sistema di protezione sociale ipotizzando altresì soluzioni che consentano il passaggio da una politica meramente passiva ed emergenziale di mero sostegno al reddito – se non di espulsione dal mercato del lavoro secondo una logica di c.d. medicalizzazione del problema (*infra*, § 2) – a una concezione più moderna orientata non solo alla prevenzione, già a partire dagli

sul Nuovo Welfare, 2014, n. 21, spec. i §§ 2, 3 e 4 su demografia, lavoro e produttività.

⁵⁵ Cfr., tra i primi studi in materia, S. GRAMMENOS, *Illness, Disability and Social Inclusion*, cit., qui spec. 1, dove già si segnalava, in termini che non sono oggi sostanzialmente cambiati, come «chronic illness, and especially mental illness, remains very much a hidden issue. Discussion about disability tends to get stuck on the issue of rights, where there is a lacklustre consensus, but fails to move into the area of active policy implementation. As a result, the disadvantages for people with disabilities or illness do not really change: they tend to be marginalised, even stigmatised, and feel isolated from many parts of social and public policy as well as the labour market».

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

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

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

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

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

regolatorio in materia di licenziamenti per motivi economici e, segnatamente, per inidoneità al lavoro, scarso rendimento, assenza dal lavoro ⁽⁵⁶⁾.

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

L'impostazione tradizionale dei sistemi di protezione sociale appare in effetti caratterizzata, non solo in Europa ⁽⁵⁹⁾, dall'impiego di meccanici modelli *medically-driven* nella determinazione della concessione di trattamenti di invalidità civile o assegni di cura e assistenza che spesso conducono a una uscita anticipata dal mercato del lavoro anche là dove non

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

⁵⁷ Il termine "medicalizzazione" è utilizzato, a partire da un celebre editoriale del *British Medical Journal* nel 2002, per identificare un atteggiamento nelle società occidentali che invece di promuovere la salute e il benessere delle persone enfatizza la malattia con eccesso di diagnosi, trattamenti e cure in molti casi inutili. Cfr. R. MOYNIHAN, R. SMITH, *Too Much Medicine?*, in *British Medical Journal*, 2002, 859-860, cui adde S. BROWNLEE, *Why Too Much Medicine Is Making Us Sicker and Poorer*, Bloomsbury Publishing, 2010.

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

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

sarebbe necessario e, anzi, persino dannoso per il morale e la stessa riabilitazione fisica del malato che, non di rado, vede nel lavoro un bisogno personale prima ancora che economico per un progressivo ritorno a una vita “normale” (60).

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

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

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

cambiamenti fisici e logistici legati alla malattia, l'efficacia e l'invasività delle cure, l'evoluzione della malattia, ecc. ⁽⁶¹⁾.

La conseguenza, come bene evidenziato dall'OECD ⁽⁶²⁾, è che un cospicuo numero di persone con capacità di lavoro parziale viene considerata dagli attuali sistemi di welfare, anche solo a livello di prassi se non di testi normativi, non più in grado di lavorare in modo definitivo anche se così in realtà non è. Il riconoscimento di un trattamento di invalidità civile comporta così il venir meno dell'obbligo di ricerca attiva del lavoro. Non solo. In numerosi ordinamenti è la legge stessa che vieta al percettore dell'assegno di invalidità lo svolgimento di attività lavorative, pena la perdita di un sussidio che, normalmente, è di poco superiore ai livelli di sussistenza ⁽⁶³⁾.

Un problema di tutela sul mercato del lavoro e nel rapporto di lavoro, quello di assicurare una adeguata protezione a una persona vulnerabile a causa di una capacità lavorativa ridotta o limitata a titolo definitivo o anche solo temporaneo, si trasforma

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

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

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

così in un problema medico o assistenzialistico e cioè stabilire se il malato integri o meno i requisiti standard per il riconoscimento della inidoneità al lavoro e del relativo assegno o pensione di inabilità al lavoro ⁽⁶⁴⁾. Il tutto con buona pace del sistema delle imprese, cui lo Stato rimuove l'onere materiale (ma, di regola, non il costo economico finale in termini di tassazione e contribuzione) della gestione di un “problema” come la presenza di un malato cronico in azienda, e anche degli stessi lavoratori che, non di rado, ritengono più vantaggiosa una pensione definitiva di invalidità (magari da integrare con prestazioni più o meno occasionali “in nero”) rispetto a un sussidio temporaneo di disoccupazione ovvero a trattamenti retributivi ridotti in ragione della minore produttività o presenza in azienda.

Concepiti in un contesto economico, sociale e demografico affatto diverso da quello attuale, i sistemi di protezione sociale occidentali e quelli europei in particolare ⁽⁶⁵⁾ non appaiono dunque oggi in grado di affrontare in modo adeguato un fenomeno relativamente nuovo – almeno per dimensioni, gravità e costi – come quello delle malattie croniche nei termini ampiamente descritti nel paragrafo che precede ⁽⁶⁶⁾ contribuendo

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

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

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

indirettamente, assieme a molteplici altri fattori, ai bassi tassi di occupazione e reinserimento lavorativo dei malati cronici.

Non minori disincentivi e barriere al lavoro dei malati cronici derivano dall'attuale quadro di regole di legge e di contrattazione collettiva che compongono l'ordinamento giuridico posto dal diritto del lavoro. Quantomeno in Europa, ma anche nel Nord America, i tradizionali principi generali di non discriminazione e parità di trattamento ⁽⁶⁷⁾ garantiscono indubbiamente, su un piano formale, un ampio e moderno impianto di diritti e tutele ⁽⁶⁸⁾, che tuttavia trascura, su un piano sostanziale, sia gli aspetti

⁶⁷ Cfr. il già richiamato studio di S. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, *Malattie croniche e licenziamento del lavoratore: una prospettiva comparata*, cit., spec. § 2. Sull'impianto delle normative antidiscriminatorie in ambito europeo cfr. invece S. FREDMAN, *Discrimination Law*, Clarendon Law Series, 2011; E. ELLIS, P. WATSON, *EU Anti-Discrimination Law*, Oxford University Press, 2012; B. DOYLE, C. CASSERLEY, S. CHEETHAM, V. GAY, O. HYAMS, *Equality and Discrimination*, Jordan Publishing Limited, 2010; D. SCHIEK, V. CHEGE (ed.), *European Union Non-Discrimination law. Comparative Perspectives on Multidimensional Equality Law*, Routledge-Cavendish, 2009. Per il contesto americano cfr. P. BURSTEIN, *Discrimination, Jobs and Politics. The Struggle for Equal Employment Opportunity in the United States since New Deal*, The University of Chicago Press, 1998; R.C. POST, R.B. SIEGEL, *Equal protection by Law: Federal Antidiscrimination Legislation after Morrison and Kimel*, in *The Yale Law Journal*, 2000, 441-526. Nella letteratura italiana cfr. infine A. LASSANDARI, *Le discriminazioni nel lavoro. Nozioni, interessi, tutele*, Wolters Kluwer Italia, 2010.

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

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

Non può sorprendere, pertanto, il basso tasso di effettività della strumentazione formalistica del diritto del lavoro ⁽⁶⁹⁾, che, al pari dei sistemi di welfare, affronta il tema delle malattie croniche in modo standardizzato e passivo. Il tutto senza ancora prevedere, almeno nella maggior parte dei Paesi, incentivi economici mirati a sostegno delle imprese, misure integrative *ad hoc* di tutela e promozione e, soprattutto, politiche attive di *retention* e di reinserimento al lavoro che si affianchino alla assistenza più propriamente medica e/o psicologica ⁽⁷⁰⁾. Vero è anzi che, non di

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

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

⁷⁰ Cfr., al riguardo, il lavoro di A. DE BOER, T. TASKILA, S.J. TAMMINGA, M. FRINGS-DRESEN, M. FEUERSTEIN, J.H. VERBEEK, *Interventions to Enhance Return-To-Work for Cancer Patients*, in *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011, spec. 3-4, dove (con riferimento ai malati di tumore, ma con considerazioni estensibili a tutte le altre malattie croniche) i vari interventi di sostegno al reinserimento o ritorno al lavoro vengono più

rado, gli oneri formali connessi alla tutela dei malati cronici possono disincentivare le imprese, in forme ovviamente non palesi e dunque non manifestamente discriminatorie, dalla loro assunzione per il timore di dover gestire una relazione complessa e onerosa non facilmente risolvibile, stante la disciplina limitativa dei licenziamenti per motivi economici e per inidoneità al lavoro⁽⁷¹⁾, in caso di un insuccesso del tentativo di inserimento in azienda.

dettagliatamente classificati in: 1) *Psychological* («any type of psychological intervention such as counselling, education, training in coping skills, cognitive-behavioural interventions, and problem solving therapy, undertaken by any qualified professional (e.g. psychologist, social worker or oncology nurse»); 2) *Vocational* («any type of intervention focused on employment. Vocational interventions might be person-directed or work-directed. Person-directed vocational interventions are aimed at the patient and incorporate programmes which aim to encourage return-to-work, vocational rehabilitation, or occupational rehabilitation. Work-directed vocational interventions are aimed at the workplace and include workplace adjustments such as modified work hours, modified work tasks, or modified workplace and improved communication with or between managers, colleagues and health professionals»); 3) *Physical* («any type of physical training such as walking, physical exercises such as arm lifting or training of bodily functions such as vocal training»); 4) *Medical or pharmacological* («any type of medical intervention e.g. surgical or medication such as hormone treatment»); 5) *Multidisciplinary* («a combination of psychological, vocational, physical and/or medical interventions»).

⁷¹ Il punto è evidenziato da OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, cit., qui 25. Per una accurata rassegna comparata delle legislazioni nazionali limitative dei licenziamenti per motivi economici legati alla impossibilità della prestazione in caso di malattia cronica cfr. S. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, *Enfermedad crónica y despido del trabajador: una perspectiva comparada*, cit. Con specifico riferimento alla Germania cfr. R. SANTAGATA, *I licenziamenti in Germania: i presupposti di legittimità*, in *q. Rivista*, 2013, qui spec. 889-892. Sul caso inglese cfr. V.

Allo stesso modo non può sorprendere, nella prospettiva del reinserimento in azienda di chi ha perso il lavoro a causa della malattia, la bassa effettività ⁽⁷²⁾ delle quote di riserva contemplate, pur con la possibilità di vari esoneri, sospensioni temporanee e deroghe ⁽⁷³⁾, nella legislazione di molti ordinamenti giuridici, di regola con riferimento unicamente a imprese e datori di lavoro che superino una determinata soglia dimensionale ⁽⁷⁴⁾.

I pochi studi in materia segnalano, in effetti, un certo impatto delle quote di riserva in termini di *job retention* per quanti sono già assunti a scapito di quanti sono invece in cerca di nuova occupazione con un saldo occupazionale complessivamente negativo ⁽⁷⁵⁾. Anche a prescindere da prassi elusive da parte di talune imprese vero è, infatti, che l'inserimento o il mantenimento in azienda di un malato cronico non è un percorso meccanico, funzionale al mero adempimento di un obbligo formale di legge o al timore di vedersi applicata la relativa sanzione repressiva che lo accompagna, ma impone un

KETER, *Dismissals for Long Term Sickness Absence*, in *Library of House of Commons*, January 2010.

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

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

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

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

atteggiamento positivo e la partecipazione attiva di impresa e lavoratore nel cercare un punto di incontro e di adattamento reciproco in funzione delle rispettive esigenze (c.d. sostenibilità su cui *infra*, § 5).

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

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

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

⁷⁷ OSSERVATORIO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI, *6° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, 2014, 28, e anche *Meeting the Needs of People with Chronic Conditions*, National Advisory Committee on Health and Disability, Wellington, New Zealand, 2007, 8-9. Cfr. altresì i dati citati in F. DE LORENZO, *Presentazione Progetto ProJob: lavorare durante e dopo il cancro*, cit.

Né si può infine sottovalutare la circostanza che il mondo delle imprese – quantomeno nei Paesi del Sud Europa e, segnatamente, in Italia ⁽⁷⁸⁾ – dimostra una crescente insofferenza verso i meccanismi della sospensione (retribuita) degli obblighi contrattuali e dei congedi, tanto a favore dei lavoratori malati che dei loro familiari. Ciò in ragione di più o meno reali eccessi di tutela o, comunque, di vere e proprie prassi abusive di taluni lavoratori che alla lunga, anche per l'inefficienza o la acquiescenza dei servizi ispettivi degli istituti previdenziali e dei medici competenti, finiscono per penalizzare quanti realmente necessitano di lunghi periodi di sospensione della prestazione lavorativa a causa della malattia ⁽⁷⁹⁾.

In conclusione di questo ragionamento non si può in ogni caso non evidenziare che le attuali tutele formali di legge e contrattazione collettiva, incentrate su quote di riserva e sulla sospensione e conservazione del posto di lavoro per i tempi necessari alla cura, risultano allo stato funzionali al prototipo del lavoratore subordinato stabile e a tempo indeterminato (tendenzialmente maschio e assunto da una grande impresa, almeno se pensiamo ai sistemi di welfare del Sud Europa) ⁽⁸⁰⁾, là

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

⁷⁹ Si spiega così per esempio, sempre in Italia, il clamore di alcuni rinnovi contrattuali, come nel caso del settore del commercio, dove le parti sociali hanno convenuto di ridurre le garanzie per le assenze brevi reiterate e, presumibilmente, opportunistiche, con l'obiettivo di concentrare risorse e tutele sulle malattie lunghe e di maggiore gravità. Cfr. E. CARMINATI, *Lotta agli assenteisti e maggiori tutele per i malati gravi*, in *Boll. spec. ADAPT*, 7 aprile 2011, n. 17.

⁸⁰ Per una conferma di quanto argomentato nel testo è sufficiente analizzare i tassi di occupazione femminile, ancora molto bassi nell'Europa

dove la recente evoluzione (e balcanizzazione) del mercato del lavoro ha registrato una massiccia proliferazione di rapporti di lavoro intermittenti, temporanei e atipici che non consentono al malato cronico di godere pienamente (o comunque a lungo) di siffatte tutele e protezioni ⁽⁸¹⁾.

Ancor più precaria e priva di protezione, a fronte della progressiva perdita di centralità dello stesso lavoro dipendente, è poi la posizione di artigiani, piccoli imprenditori, lavoratori autonomi e, in generale, di quanti operano sul mercato del lavoro in regime di sostanziale dipendenza economica rispetto al proprio committente principale (c.d. monocommittenza) pur non integrando gli estremi della nozione formale di subordinazione giuridica posta ancora oggi – pur a fronte di evidenti segni di crisi ⁽⁸²⁾ – alla base delle tutele del diritto del lavoro.

del Sud, e anche la composizione per genere della forza-lavoro atipica e precaria. Senza dimenticare che sulla donna gravano ancora, di regola, i compiti di cura non solo familiari ma anche di *care giver* rispetto ai malati. Sul punto cfr. S. GABRIELE, P. TANDA, F. TEDIOSI, *The Impact of Long-Term Care on Caregivers' Participation in the Labour Market*, ENEPRI Research Report No. 98, novembre 2011, in particolare 6; e EUROPEAN COMMISSION, *Long-term Care for the Elderly*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2012.

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

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

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

Non manca, in realtà, la consapevolezza della necessità di un cambiamento di paradigma che consenta di affrontare il rapporto tra malattie croniche e lavoro in termini innovativi⁽⁸⁴⁾. Vero è, tuttavia, che le istituzioni pubbliche e le normative sottostanti tendono ancora oggi ad affrontare la questione in termini segmentati⁽⁸⁵⁾, ora come tema di diritti, obblighi e sanzioni ora

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

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

⁸⁵ Cfr., sostanzialmente nello stesso senso, anche S. GRAMMENOS, *Illness, Disability and Social Inclusion*, cit., qui spec. 1: «the public sector tends to tackle the issue from one perspective (public health) or another (social affairs) and usually not in a comprehensive way (physical illness but not

come ambito di provvidenze e di altri interventi assistenziali, senza una visione unitaria che parta dalla attivazione della persona e dalle politiche di inclusione del malato cronico.

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

Alla luce delle considerazioni svolte nel paragrafo che precede, un buon punto di partenza, per contribuire alla modernizzazione dei sistemi di protezione sociale e delle regole del rapporto di lavoro in funzione del fenomeno emergente delle malattie croniche e, più in generale, dell'invecchiamento della popolazione, può invero essere ritrovato nella Convenzione ONU sui diritti dei disabili del 2006 ⁽⁸⁶⁾.

La Convenzione, frutto della piena maturazione di un complesso processo culturale e non solo tecnico-specialistico nel modo con cui affrontiamo il tema delle diversità nella società ⁽⁸⁷⁾, evidenzia, infatti, come la condizione di disabilità in senso lato ⁽⁸⁸⁾ non derivi, in sé, da limiti, qualità o condizioni soggettive delle

mental illness; social assistance but not inclusion; benefits but not activation). There is a lack of critical assessment about how the policies work and what could be the best allocation of resources».

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

⁸⁷ T.J. MELISH, *The UN Disability Convention: Historic Process, Strong Prospects, and Why The U.S. Should Ratify*, in *Human Rights Brief*, 2007.

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

persone, bensì dalla “interazione” tra le persone con menomazioni o svantaggi e quelle barriere, non necessariamente fisiche ma anche «comportamentali o ambientali», che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società – e, dunque, anche la loro inclusione nel mercato del lavoro – «su una base di uguaglianza con gli altri» (89).

In questa prospettiva di analisi – al pari di quanto già rilevato dalle istituzioni europee per i disabili in senso stretto (90) – anche la risposta ai problemi dei malati cronici nel rapporto con il lavoro non può dunque essere strutturalmente medico-

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

⁹⁰ Cfr. al riguardo la direttiva europea 2000/78/CE del 27 novembre 2000, volta a stabilire un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro dei disabili che, come noto, si distacca definitivamente da quella impostazione di tipo preminentemente assistenziale che, per lungo tempo, ha contrassegnato la disciplina del settore tanto a livello europeo che nei singoli ordinamenti nazionali. In questa prospettiva evolutiva della nozione di disabilità cfr., in relazione alla occupazione e al mantenimento o ritorno al lavoro, la comunicazione della Commissione europea relativa alla *European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*, Brussels, COM(2010) 636 final, e i chiarimenti della Corte di giustizia europea con le sentenze *HK Danmark*, 11 aprile 2013, C-335/11 e C-337/11, *Commissione europea c. Repubblica italiana*, 4 luglio 2013, C-312/11, e *Z.*, 18 marzo 2014, C-363/12.

assistenziale, con il conseguente rischio di una loro definitiva espulsione dal mercato del lavoro, e tanto meno giuridico-formale in termini di meccanico quanto poco realistico “accesso” alle tutele e garanzie previste dal diritto del lavoro o dalla contrattazione collettiva per “gli altri” lavoratori. Così come la ricerca di una soluzione al problema della loro inclusione sociale non può neppure essere affidata alla sola buona volontà o alla indulgenza di imprese e responsabili del personale ⁽⁹¹⁾ che pure, come dimostrano talune buone pratiche ⁽⁹²⁾, già si sono mossi in questa direzione soprattutto là dove vengano adottati codici o comportamenti in ottica di responsabilità sociale di impresa (*infra*, § 4).

La giusta premessa per l’inclusione dei malati cronici sta, piuttosto, nell’abbattimento di tutte le barriere (non solo quelle fisiche) che ne impediscono o limitano l’accesso al mercato del lavoro ⁽⁹³⁾. La ricerca di una soluzione al problema va dunque

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

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

⁹³ Cfr. ancora una volta, per l’affinità con il tema della disabilità in senso stretto, la comunicazione della Commissione europea relativa alla *European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe*,

ricercata in quelle risposte strutturali e di sistema che, nel tenere nel debito conto le diversità umane, sappiano concorrere alla costruzione delle premesse di un incontro tra domanda e offerta di lavoro che non è mai meccanico o deterministico neppure quando scandito da modelli prescrittivi di matrice legale (quote di riserva) e dalle relative sanzioni o anche accompagnato da più o meno generosi incentivi o sostegni di matrice economica alle imprese.

Decisivo, pertanto, appare un quadro di riferimento concettuale e operativo calibrato sulla specificità di ogni singola persona ⁽⁹⁴⁾ e anche di ogni singolo ambiente lavorativo che consenta altresì di superare quei modelli astratti e standardizzati di valutazione della prestazione di lavoro ereditati da un quadro giuridico-istituzionale edificato in funzione dei fabbisogni (produttivi e organizzativi) della fabbrica fordista (*infra*, § 5).

Accanto ai classici interventi di riabilitazione professionale – unitamente a quelli di tipo psicologico, medico, farmacologico e terapeutico ⁽⁹⁵⁾ – l'avvio di politiche attive per il ritorno e/o il reinserimento al lavoro passa necessariamente da un cambio di paradigma, culturale prima ancora che normativo o istituzionale,

cit., qui 4. In letteratura: S. GRAMMENOS, *Illness, Disability and Social Inclusion*, cit., qui 36-42.

⁹⁴ In questa prospettiva cfr. S.J. TAMMINGA, J.H. VERBEEK, A.G. DE BOER, R.M. VAN DER BIJ, M.H. FRINGS-DRESEN, *A Work-Directed Intervention to Enhance the Return to Work of Employees with Cancer: A Case Study*, in *PubMed*, 2013, 477-485.

⁹⁵ Cfr., con considerazioni in linea di principio valide per tutte le malattie croniche, la dettagliata tassonomia delle strategie di reinserimento proposta nello studio di A. DE BOER, T. TASKILA, S.J. TAMMINGA, M. FRINGS-DRESEN, M. FEUERSTEIN, J.H. VERBEEK, *Interventions to Enhance Return-To-Work for Cancer Patients*, cit. *supra* alla nota 70.

volto a considerare le *capacità* delle persone piuttosto che le loro *disabilità* ⁽⁹⁶⁾.

Focalizzare l'attenzione «su cosa le persone con problemi di salute ancora possono fare al lavoro e, conseguentemente, sviluppare adeguati sostegni e programmi che le rafforzino a questo riguardo» ⁽⁹⁷⁾: è questa la strada intrapresa recentemente – e non senza fatica e problemi – in Paesi come Australia, Danimarca, Finlandia, Olanda, Svezia, Regno Unito, Nuova Zelanda ⁽⁹⁸⁾, che, non a caso, registrano i maggiori progressi nelle politiche di *retention* e ritorno al lavoro dei malati cronici.

Un cambio di paradigma che, al tempo stesso, può diventare un vero e proprio piano strategico di azione per portare a piena maturazione e compimento complessi processi di riforma dei sistemi di welfare e di relazioni industriali oggi avviati in Europa in chiave puramente emergenziale e, di regola, in termini passivi, quale reazione alla crisi economica, secondo un programma

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

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

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

difensivo e non di rado frammentario di mero riordino e riequilibrio di una spesa sociale e sanitaria gravata da una costante contrazione delle risorse disponibili. Porre al centro dei processi di riforma del welfare e di revisione della spesa sociale e sanitaria i cambiamenti demografici in atto e le future dinamiche del mercato del lavoro imposte dai cambiamenti tecnologici consentirebbe, per contro, agli Stati nazionali e alle istituzioni sopranazionali una risposta non solo tecnica e contabile, ma prima di tutto antropologica e di sistema, a quei tumultuosi cambiamenti economici e sociali che tante preoccupazioni e insicurezze generano nelle persone ⁽⁹⁹⁾.

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

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

In questa direzione, un primo ambito di riflessione potrebbe essere rappresentato, quantomeno a livello europeo, dalla rivisitazione delle politiche di *welfare to work* ⁽¹⁰⁰⁾ e dai relativi incentivi economici che ancora non tengono conto, nonostante

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

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

una forte sollecitazione delle istituzioni centrali europee ⁽¹⁰¹⁾, dell'inserimento occupazionale dei malati cronici che rimangono così intrappolati in una fragile e solo apparentemente rassicurante trama di sussidi e provvidenze che, secondo le evidenze empiriche ⁽¹⁰²⁾, sono una concausa della loro esclusione dal mercato del lavoro.

Significativa, a questo riguardo, è l'esperienza di quei Paesi che sono intervenuti non tanto e non solo sulle procedure di verifica della inidoneità al lavoro ⁽¹⁰³⁾, quanto sulla stessa struttura dei sussidi pubblici sino ad eliminare – come accaduto in Danimarca, Lussemburgo e Olanda ⁽¹⁰⁴⁾ – l'accesso a prestazioni di invalidità per le persone con capacità lavorativa parzialmente ridotta. Non è (ancora) stata dimostrata, sul piano empirico, una diretta correlazione tra struttura del sistema assistenziale e previdenziale e percorsi di inclusione (o esclusione) dal mercato del lavoro. Vero è, tuttavia, che gli ordinamenti che hanno abolito il sistema delle invalidità parziali o anche escluso l'accesso al trattamento di invalidità totale per persone con ridotta capacità al lavoro hanno

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

¹⁰² Secondo l'OCSE la stragrande maggioranza delle persone con capacità di lavoro parziale che percepiscono prestazioni di invalidità raramente rientrano sul mercato del lavoro. I dati raccolti in vari Paesi suggeriscono che, a livello statistico, dopo un anno di sussidio di invalidità sono più le persone che muoiono che quelle che ritornano al lavoro. Cfr. OECD, *Sickness, Disability And Work Keeping On Track...*, cit., qui 19.

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

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

registrato una diminuzione dei tassi di inattività dei malati cronici (105).

Siffatti processi di riforma possono indubbiamente comportare, a loro volta, un incremento dei tassi di disoccupazione come pare indicare, tra gli altri, il caso del Lussemburgo (106). Si tratta, tuttavia, di una conseguenza inevitabile e anche naturale perché permette di raggiungere l'obiettivo di affrontare in termini di occupabilità e reinserimento al lavoro dei malati cronici quello che, come già più volte evidenziato (*supra*, § 2), è un problema principalmente di mercato del lavoro e non (solo) medico-assistenziale. Ne consegue, al tempo stesso, un ri-orientamento dei sussidi pubblici che, invece di essere indirizzati in una pletora di politiche passive che conducono alla inattività, si trasformano in incentivi economici – verso le imprese e verso lo stesso lavoratore – per azioni di riqualificazione professionale, contrasto alla disoccupazione e reinserimento al lavoro.

Un esempio di ciò sono i c.d. *flex-jobs* danesi (107), forme di lavoro sussidiate per coloro che abbiano una riduzione della capacità lavorativa di almeno il 50% (108). In Danimarca prestazioni di invalidità sono ora infatti concesse unicamente a persone la cui capacità al lavoro sia ridotta in modo permanente e a tal punto da

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

¹⁰⁶ *Ibidem*.

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

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

non consentire loro di svolgere, neppure dopo la partecipazione a specifici programmi di attivazione o riabilitazione professionale, forme flessibili e parziali di lavoro. Coloro che, invece, sono in grado, con gli adeguati supporti medici, terapeutici, psicologici e formativi di svolgere prestazioni parziali ricevono una speciale prestazione di disoccupazione di entità analoga alle soppresse prestazioni di invalidità. Il ricorso ai *flex-jobs* è sostenuto da appositi incentivi economici alle imprese, mentre i lavoratori ricevono un salario standard.

Il caso danese è di particolare rilevanza, in ambito comparato, perché consente di evidenziare la principale differenza rispetto a Paesi come l'Italia, dove la modulazione dei tempi di lavoro, o anche il diritto soggettivo del malato al lavoro a tempo parziale, prevista dalla normativa di legge ⁽¹⁰⁹⁾ o di contrattazione collettiva ⁽¹¹⁰⁾ per talune tipologie di malattie croniche, pare non produrre risultati tangibili ⁽¹¹¹⁾. Ciò in ragione della mancata correlazione delle misure sui tempi di (presenza al) lavoro sia con la struttura delle prestazioni previdenziali ed assistenziali sia con il regime degli incentivi per il reinserimento al lavoro, che, inevitabilmente, implicano più o meno rilevanti oneri di

¹⁰⁹ Cfr. i rapporti nazionali contenuti in EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS, *Employment opportunities for people with chronic diseases*, cit.

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

¹¹¹ In Italia, con riferimento ai malati oncologici, soltanto l'8,6% ha chiesto la trasformazione del rapporto di lavoro in part-time (o altre modalità flessibili o di riduzione dell'orario di lavoro), mentre quasi il 20% dichiara di avere dovuto lasciare il lavoro, cfr. OSSERVATORIO SULLA CONDIZIONE ASSISTENZIALE DEI MALATI ONCOLOGICI, *6° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, cit., 25.

adattamento del contesto lavorativo in capo al datore di lavoro⁽¹¹²⁾ che non possono essere ammortizzati unicamente con la riduzione del trattamento retributivo del lavoratore in ragione del minor numero di ore lavorate.

Altrettanto decisivo, per le azioni di riattivazione e reinserimento al lavoro di quei lavoratori che, a seguito della malattia, hanno perso il lavoro, è il ruolo dei servizi (pubblici e privati) per il lavoro e la riqualificazione professionale⁽¹¹³⁾. Significativo, tra gli altri⁽¹¹⁴⁾, è il caso della Norvegia⁽¹¹⁵⁾ che ha registrato un processo di fusione del servizio pubblico per l'impiego con l'istituto previdenziale nazionale in modo da garantire non solo una semplificazione e un coordinamento dei servizi, ma anche un più stretto raccordo tra politiche passive e politiche attive del

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

¹¹³ Per una rassegna di buone prassi cfr. le schede di sintesi curate da S. AUTIERI, F. SILVAGGI, *Buone prassi in materia di reinserimento delle persone con disabilità: schede di sintesi*, in *Boll. ADAPT*, 2014, n. 34. Cfr. altresì EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS, *Employment opportunities for people with chronic diseases*, cit.

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

¹¹⁵ E, almeno in parte, anche nel caso del Regno Unito dove si è avviato un processo analogo a quello della Norvegia. Cfr. i rapporti nazionali di Norvegia e Regno Unito contenuti nello studio comparato condotto per la EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS su *Employment opportunities for people with chronic diseases*, cit.

lavoro tra cui il ricorso, là dove possibile, agli incentivi al lavoro piuttosto che ai sussidi di disabilità parziale. Un rilevante numero di Paesi ha poi rafforzato i principi di condizionalità ⁽¹¹⁶⁾, subordinando la concessione e il mantenimento di sussidi e benefici previdenziali e assistenziali alla partecipazione a percorsi di formazione e riqualificazione professionale ⁽¹¹⁷⁾, nonché il raccordo tra centri pubblici per il lavoro e agenzie private secondo principi di cooperazione e sussidiarietà ⁽¹¹⁸⁾.

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

Un secondo ambito di riflessione potrebbe poi essere rappresentato, sempre a livello europeo, da una rivisitazione delle politiche di conciliazione e di pari opportunità. Ciò nell'ottica non più solo o prevalentemente di genere, ma di un innovativo *work-health-life balance* che, nel concorrere nel breve e più ancora nel lungo periodo agli obiettivi di produttività ed efficienza delle imprese ⁽¹¹⁹⁾, tenga conto, anche in chiave prevenzionale, della

¹¹⁶ Cfr. ancora i rapporti nazionali contenuti in EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS, *Employment opportunities for people with chronic diseases*, cit.

¹¹⁷ Cfr. B. GAZIER, *Vers un nouveau modèle social*, Champs Essay, 2009; F.J. GLASTRA, B.J. HAKE, P.E. SCHEDLER, *Lifelong Learning as Transitional Learning*, in *Adult Education Quarterly*, 2004, n. 54; A.M. SAKS, R.R. HACCOUN, *Managing Performance Through Training and Development*, Nelson Education, Toronto, 2010.

¹¹⁸ Per la definizione dei principi di condizionalità cfr., con riferimento al caso italiano, L. CORAZZA, *Il principio di condizionalità (al tempo della crisi)*, in *DLRI*, 2013, 489-505.

¹¹⁹ Sulla importanza di strategie che consentano in modo simultaneo il conseguimento degli obiettivi di protezione sociale ed efficienza produttiva

qualità e sostenibilità del lavoro ⁽¹²⁰⁾, delle diversità nel lavoro, dell'impatto della rivoluzione tecnologica in atto sui tempi di vita e di lavoro, nonché della necessaria evoluzione delle statiche normative di sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro che sono state pensate, sul volgere dello scorso secolo, con riferimento a un paradigma economico e sociale di tipo industrialista oggi in larga parte superato.

È del resto vero che, a livello europeo, il datore di lavoro è già oggi obbligato, a seguito del processo di trasposizione negli ordinamenti nazionali della direttiva 89/391/CEE del 12 giugno 1989 ⁽¹²¹⁾ a garantire non solo la sicurezza ma anche «la salute dei lavoratori in tutti gli aspetti connessi con il lavoro» ⁽¹²²⁾ e «adeguare il lavoro all'uomo, in particolare per quanto concerne la concezione dei posti di lavoro e la scelta delle attrezzature di lavoro e dei metodi di lavoro e di produzione» ⁽¹²³⁾.

cfr. E. RAMSTAD, *Promoting Performance and the Quality of Working Life Simultaneously*, in *Internal Journal of Productivity and Performance Management*, 2009, 423-436.

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

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

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

¹²³ Art. 6, lett. d, direttiva 89/391/CEE. Con riferimento al processo di trasposizione del principio nella legislazione nazionale si veda EUROPEAN COMMISSION, *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of Regions on the practical implementation of the provisions of the Health and Safety at Work Directives 89/391 (Framework), 89/654 (Workplaces), 89/655 (Work Equipment), 89/656 (Personal Protective Equipment), 90/269 (Manual Handling of Loads) and 90/270 (Display Screen Equipment)*, COM(2004)62. Con riferimento ai singoli casi nazionali si può ricordare, per il caso italiano, che il d.lgs. 9 aprile 2008, n. 81, in materia di tutela della salute e della sicurezza

Sempre a livello europeo, la direttiva 2000/78/CE del 27 novembre 2000 in tema di parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro ⁽¹²⁴⁾, nel richiamare la necessità di promuovere un mercato del lavoro che agevoli l'inserimento sociale, propone poi ai singoli Stati membri di formulare un insieme coerente di politiche volte a combattere la discriminazione nei confronti di gruppi quali i disabili e i lavoratori anziani ⁽¹²⁵⁾. Sollecitando, in particolare, l'adozione, per quanto ragionevole ⁽¹²⁶⁾, di politiche di parità, la direttiva

nei luoghi di lavoro, all'art. 42, rubricato *Provvedimenti in caso di inidoneità alla mansione specifica*, dispone che «il datore di lavoro [...] attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza»; secondo tale previsione, perciò, sulla parte datoriale ricade l'onere di tentare il ricollocamento del lavoratore che non sia più idoneo alla mansione ricoperta (a prescindere dalla valutazione dello specifico grado di inabilità): sul tema dell'onere di adibizione a mansioni diverse, anche attraverso una modifica organizzativa ragionevole, S. GIUBBONI, *Sopravvenuta inidoneità alla mansione e licenziamento. Note per una interpretazione "adeguatrice"*, in RIDL, 2012, 304-308.

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

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

¹²⁶ L'art. 5 della direttiva 2000/78/CE dispone che, «per garantire il rispetto del principio della parità di trattamento dei disabili, sono previste soluzioni ragionevoli. Ciò significa che il datore di lavoro prende i

prevede, anche a livello aziendale, la messa a punto di «misure appropriate, ossia misure efficaci e pratiche destinate a sistemare il luogo di lavoro in funzione dell'handicap, ad esempio sistemando i locali o adattando le attrezzature, i ritmi di lavoro, la ripartizione dei compiti o fornendo mezzi di formazione o di inquadramento» (127).

È noto come parte della letteratura (128) abbia seriamente messo in discussione l'interesse delle imprese a realizzare interventi efficaci per adattare il posto di lavoro alle condizioni fisiche del malato cronico ovvero ad offrire altre mansioni ovvero, in caso di disoccupati, nuove occasioni di lavoro suggerendo, in

provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato. Tale soluzione non è sproporzionata allorché l'onere è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore dei disabili».

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

¹²⁸ Cfr. S.H. ALLAIRE, J. NIU, M.P. LAVALLEY, *Employment and Satisfaction Outcomes from a Job Retention Intervention Delivered to Persons with Chronic Diseases*, in *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 2005, qui 108, dove si afferma che «it's not clear that employers would be interested in intervention that helps employees identify and request accommodation». Con riferimento alla scarsa disponibilità a occupare lavoratori con disabilità e ai costi connessi all'adattamento del posto di lavoro, cfr. altresì DEPARTMENT FOR WORK AND PENSIONS, *Economic and Social Costs and Benefits to Employers of Retaining, Recruiting and Employing Disabled People and/or People with Health Conditions or an Injury: A Review of the Evidence*, 2006, qui 88.

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

È solo in questa prospettiva, di sostenibilità del lavoro tanto per l'impresa che per il malato cronico ⁽¹²⁹⁾, che si può del resto dare concretezza alla “raccomandazione” ⁽¹³⁰⁾, ampiamente scontata ma di difficile attuazione, secondo la quale i programmi di reciproco adattamento dovrebbero intervenire nella fase in cui il malato cronico è ancora occupato, focalizzandosi soprattutto sull'obiettivo di prevenire l'insorgenza delle condizioni di inabilità lavorative, piuttosto che di tentare *ex post* di porvi rimedio quando il decremento della padronanza delle competenze professionali (c.d. *job mastery*) è tale, tuttavia, da

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

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

rischiare di escluderlo definitivamente dal mercato del lavoro⁽¹³¹⁾.

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

Che la prevenzione sia l'obiettivo di medio e lungo periodo è ora chiarito in termini ampi e convinti anche dalla Commissione europea⁽¹³²⁾ secondo cui occorre prioritariamente agire sui fattori di rischio (fumo, alcol, abitudini alimentari, stili di vita) prestando altresì particolare attenzione ai gruppi più vulnerabili e suscettibili di subire le conseguenze di una malattia cronica.

In questa prospettiva, i luoghi di lavoro sono, accanto alle scuole e alle università, uno degli ambiti di azione privilegiati per una politica di prevenzione che voglia essere mirata e maggiormente incisiva di quanto non lo sia stata fino a ora⁽¹³³⁾. Tanto più che alcune delle principali situazioni di criticità rispetto al rapporto tra malattie croniche e lavoro sono da ricondurre a ben precise determinanti economiche e sociali (in particolare: livelli di reddito e istruzione), di modo che le capacità di reazione a una grave patologia e il ritorno al lavoro dipendono anche dalle diverse condizioni di resilienza e vulnerabilità⁽¹³⁴⁾ delle persone

¹³¹ Nella letteratura cfr., in questa prospettiva, tra gli altri: S.H. ALLAIRE, J. NIU, M.P. LAVALLEY, *Employment and Satisfaction Outcomes...*, cit.

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

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

¹³⁴ “Resilienza” e “vulnerabilità” sono concetti chiave nel dibattito scientifico sulle strategie di prevenzione e mitigazione e stanno acquisendo

coinvolte su cui non poco possono incidere, anche in termini di effettiva agibilità delle previsioni formali di legge, gli stessi luoghi

importanza anche a livello micro (persona, comunità e impresa) a fronte, da un lato, dei numerosi cambiamenti di diversa natura (demografica, economica, finanziaria, ambientale) che il mondo del lavoro sta affrontando, e dall'altro lato delle specificità che sempre più contraddistinguono persone e contesti lavorativi, tali per cui la regola “*one size fits all*” vale sempre meno. La parola “resilienza” è stata in un primo momento utilizzata nel campo della fisica e dell'ecologia, in questo secondo ambito in particolare grazie al lavoro di C.S. HOLLING, *Resilience and Stability of Ecological Systems*, in *Annual Review of Ecology and Systematics*, 1973, 1-23. Il termine è stato poi successivamente impiegato anche con riferimento alle persone, alle famiglie, alle comunità, alle organizzazioni. In caso di una situazione di disturbo, disagio o avversità la resilienza viene definita come una traiettoria positiva di adattamento (cfr. F.H. NORRIS, S.P. STEVENS, B. PFEFFERBAUM, K.F. WYCHE, R.L. PFEFFERBAUM, *Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness*, in *American Journal of Community Psychology*, 2008, 127-135) e costituisce «the capacity for successful adaptation, positive functioning or competence [...] despite high-risk status, chronic distress, or following prolonged or severe trauma», cfr. B. EGELAND, E. CARLSON, L.A. SROUFE, *Resilience as Process*, in *Development and Psychopathology*, 1993, 517-534. Accogliendo la definizione contenuta nel report dell'UNISDR, *The United Nations International Strategy for Disaster Reduction*, 2010, la “vulnerabilità” è invece quell'insieme di caratteristiche e di circostanze che rendono un sistema, una comunità, una risorsa suscettibile agli effetti di un pericolo (UNI-SDR Glossary). Tale concetto è strettamente correlato a quello di resilienza, come sostenuto da C. FOLKE, *Social-Ecological Resilience and Behavioural Response*, Beijer International Institute of Ecological Economics, Royal Swedish Academy of Sciences, 2002, 3, e da T. CANNON, *Vulnerability Analysis and the Explanation of “Natural” Disasters*, in A. VAREY (a cura di), *Disasters, Development, Environment*, Wiley, 1994, 19, per il quale la vulnerabilità è una caratteristica complessa che dipende dalla combinazione di fattori primari (classe di appartenenza, genere, etnia) e secondari (ad esempio età).

di lavoro e le risposte (positive o negative) di volta in volta fornite dalle singole comunità aziendali.

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

Non poche aziende infatti, su base volontaria ⁽¹³⁵⁾ e di regola nell'ottica della *Corporate Social Responsibility* ⁽¹³⁶⁾, hanno nel corso del tempo esteso il loro campo di azione dalla mera prevenzione delle malattie professionali imposta da norme inderogabili di legge e contratto collettivo a veri e propri programmi di welfare aziendale volti, tra le altre cose ⁽¹³⁷⁾, alla sensibilizzazione attiva rispetto a comportamenti e stili di vita che possono nuocere in termini generali alla salute dei propri dipendenti ⁽¹³⁸⁾.

Si tratta di iniziative di particolare importanza – e per questo non di rado sostenute da istituzioni pubbliche e private e dalle stesse imprese anche attraverso sistemi di incentivazione economica e

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

¹³⁶ Cfr. già il libro verde della Commissione europea su *Promoting a European Framework for Corporate Social Responsibility*, 18 luglio 2001, COM(2001) 366 final, spec. § 2.1.2.

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

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

finanziaria ⁽¹³⁹⁾ – che operano su due livelli strategici: prevenire, per un verso, le malattie croniche prima della loro insorgenza intervenendo sui fattori di rischio (c.d. prevenzione primaria); diagnosticare e trattare, per l'altro verso, le malattie in una fase iniziale e cioè prima che si verifichino quelle complicanze che poi pregiudicano la salute del lavoratore e la sua permanenza in azienda (c.d. prevenzione secondaria) ⁽¹⁴⁰⁾.

In realtà, programmi aziendali incentrati sulla prevenzione delle malattie croniche (tra i tanti: gestione del peso, opzioni salutiste nelle mense aziendali, divieto di fumo, educazione alla salute, controlli medici periodici, esercizi fisici in loco, buoni o sconti per l'iscrizione in palestre, ecc.) e su coperture sanitarie o previdenziali integrative si collocano ben oltre la *Corporate Social Responsibility* e la diffusa emulazione delle c.d. buone prassi ⁽¹⁴¹⁾.

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

¹⁴⁰ Ampia casistica in S. MATTKE, H. LIU, J.P. CALOYERAS, C.Y. HUANG, K.R. VAN BUSUM, D. KHODYAKOV, V. SHIER, *Workplace Wellness Programs Study, Final Report*, cit. In generale, sul tema del benessere al lavoro OECD, *How's Life? 2013 – Measuring Well-Being*, OECD Publishing, 2013, qui spec. 147-171.

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

Come oramai indica una ampia letteratura internazionale ⁽¹⁴²⁾, siffatte iniziative di *wellness at work* comportano infatti, soprattutto là dove si tratti di iniziative strutturate e di lungo periodo ⁽¹⁴³⁾, rilevanti benefici diretti (e talvolta indiretti) anche per le stesse imprese coinvolte non solo in termini di riduzione dei costi dovuti alla disabilità dei propri lavoratori, ma anche di maggiore produttività, fidelizzazione della forza-lavoro, *retention* dei talenti, diminuzione dell'assenteismo e delle richieste di congedi e permessi, nonché degli effetti negativi del c.d. presenteismo ⁽¹⁴⁴⁾ e cioè della presenza al lavoro nonostante condizioni di salute non adeguate al lavoro da svolgere.

Includere il benessere e la salute dei propri dipendenti nelle politiche aziendali offre dunque alle imprese una significativa

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

¹⁴³ Cfr. S. MATTKE, H. LIU, J.P. CALOYERAS, C.Y. HUANG, K.R. VAN BUSUM, D. KHODYAKOV, V. SHIER, *Workplace Wellness Programs Study, Final Report*, cit., spec. 3, dove parlano di «selected employers with strong commitments to wellness».

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

occasione di riposizionamento dei propri modelli organizzativi e produttivi rispetto alle nuove sfide lanciate dalle trasformazioni del lavoro nella economia e nella società in ragione dei più volte ricordati imponenti cambiamenti tecnologici e demografici ⁽¹⁴⁵⁾.

Se noti e apprezzati sono i risultati delle politiche di *wellness* a livello aziendale resta invero ancora da capire perché molte imprese e organizzazioni siano lontane dall'adottare concretamente pratiche di sensibilizzazione e prevenzione della salute nei luoghi di lavoro ⁽¹⁴⁶⁾.

Gli effetti della crisi economica e finanziaria degli ultimi anni sui bilanci aziendali possono essere una parziale spiegazione ⁽¹⁴⁷⁾, al pari delle dimensioni aziendali ridotte che caratterizzano il tessuto produttivo di Paesi come l'Italia e che non consentono l'adozione capillare di siffatte iniziative ⁽¹⁴⁸⁾, anche se occorre

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

¹⁴⁶ È questo l'interrogativo che si pone lo studio di Z. BAJOREK, V. SHREEVE, S. BEVAN, T. TASKILA, *The Way Forward: Policy Options...*, cit., qui 9.

¹⁴⁷ In questa prospettiva ancora Z. BAJOREK, V. SHREEVE, S. BEVAN, T. TASKILA, *The Way Forward: Policy Options...*, cit., qui 10.

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

rilevare come numerosi e diversi restino ancora oggi gli ostacoli – giuridici, fiscali, organizzativi e culturali – alla piena implementazione di pratiche di *wellness at work* ⁽¹⁴⁹⁾.

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

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

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

Nella gestione del delicato rapporto tra malattie croniche e lavoro, nessuno spazio viene per contro ancora assegnato al possibile ruolo dei sistemi di relazioni industriali come bene

ITALIA LAVORO, *Gli enti bilaterali in Italia – Primo rapporto nazionale*, 2013, 127-146).

¹⁴⁹ Cfr. S. MATTKE, H. LIU, J.P. CALOYERAS, C.Y. HUANG, K.R. VAN BUSUM, D. KHODYAKOV, V. SHIER, *Workplace Wellness Programs Study*, RAND, Santa Monica, 2013, e anche R.Z. GOETZEL, R.M. HENKE, M. TABRIZI, K.R. PELLETIER, R. LOEPPKE, D.W. BALLARD, J. GROSSMEIER, D.R. ANDERSON, D. YACH, R.K. KELLY, T. MCCALISTER, S. SERXNER, C. SELECKY, L.G. SHALLENBERGER, J.F. FRIES, C. BAASE, F. ISAAC, K.A. CRIGHTON, P. WALD, E. EXUM, D. SHURNEY, R.D. METZ, *Do Workplace Health Promotion (Wellness) Programs Work?*, in *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2014, 927-934.

testimonia una approfondita ricognizione della letteratura nazionale e internazionale di riferimento ⁽¹⁵⁰⁾.

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

- 1) l'estensione della durata dei periodi di congedo e di comporto stabiliti dalle norme di legge;
- 2) l'integrazione del reddito nei periodi di sospensione del rapporto di lavoro ⁽¹⁵²⁾;
- 3) la concessione di brevi pause regolari per le cure sul lavoro o in chiave di compensazione degli sforzi fisici e mentali;

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

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

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

- 4) politiche di conciliazione incentrate sulla modulazione degli orari di lavoro, sul telelavoro e sull'accesso a forme di part-time volontario e reversibile ⁽¹⁵³⁾;
- 5) misure di conciliazione per quei lavoratori che agiscono a sostegno di familiari affetti da malattie croniche in qualità di *care givers* ⁽¹⁵⁴⁾;
- 6) misure e tutele relative a mobilità mansionale ⁽¹⁵⁵⁾ e/o mobilità geografica ⁽¹⁵⁶⁾.

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

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

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

Si tratta di interventi certamente meritevoli e che, tuttavia, risultano ancora disorganici e lacunosi in quanto privi di una sufficiente comprensione del fenomeno che intendono regolare così come di elementari logiche di collegamento tanto con i sistemi di welfare pubblici quanto con i sistemi di welfare privati anche aziendali ⁽¹⁵⁷⁾. Emblematico, al riguardo, è il caso dell'Italia, dove una ricca per quanto alluvionale casistica contrattuale ⁽¹⁵⁸⁾ ha determinato una estesa e generosa applicazione del diritto, di fonte legale, al part-time in caso di patologia oncologica ⁽¹⁵⁹⁾, ingenerando tuttavia situazioni di

non solo all'utilizzo di orari di lavoro flessibili o part-time, ma anche al contenuto della prestazione. Cfr. *Rapporto sulla contrattazione collettiva in Italia (2012-2014)*, cit.

¹⁵⁶ Sempre con riferimento al caso italiano CCNL Edilizia prevede una norma legata ai trasferimenti disponendo che qualora l'operatore comprovi di non potersi trasferire per motivi di salute o familiari, l'impresa in grado di continuare ad occuparlo nella medesima unità produttiva non procederà al licenziamento. I motivi di salute rilevano quindi, in questo caso, per evitare il licenziamento ai dipendenti che comprovino di non poter ottemperare all'ordine datoriale a causa di motivi di salute. La misura è rilevante in quanto, in materia di trasferimenti, l'unica disposizione legislativa a prevedere tutele in capo al lavoratore malato è l'art. 33 della l. 5 febbraio 1992, n. 104, che tuttavia riguarda il trasferimento del lavoratore disabile o del familiare di soggetto disabile. Cfr. *Rapporto sulla contrattazione collettiva in Italia (2012-2014)*, cit.

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

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

¹⁵⁹ Art. 46, d.lgs. n. 276/2003, su cui cfr. la circ. Min. lav. n. 40/2005. Per una analisi della disposizione e della contrattazione collettiva di riferimento rinvio a P. TIRABOSCHI, M. TIRABOSCHI, *Per un diritto del lavoro al servizio*

palese difformità – se non di vera e propria discriminazione – nei confronti dei lavoratori affetti da altre patologie croniche gravi che, infatti, non godono di tutele comparabili senza che vi sia alla base della scelta del Legislatore, così come degli attori del sistema di relazioni industriali, un sufficiente criterio di ragionevolezza⁽¹⁶⁰⁾.

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

della persona: le tutele per i lavoratori affetti da patologie oncologiche e tumore al seno, in q. Rivista, 2006, n. 2, 524-530.

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

di fattori del tutto fortuiti ⁽¹⁶¹⁾ quanto dei diversi gradi di intensità e gravità della malattia sul lavoratore e sulla sua (residua) capacità di adempiere (in tutto, in parte o solo temporaneamente) alle obbligazioni contrattuali.

Non è del resto un caso che gli studi, invero ancora poco numerosi ⁽¹⁶²⁾, che si sono occupati di monitorare l'impatto della malattia sul lavoro o sul ritorno in azienda dopo le cure e la riabilitazione siano stati condotti, per la quasi totalità dei casi, da gruppi di medici e con riferimento a una singola e specifica patologia.

La letteratura che, per contro, si è episodicamente occupata di valutare gli effetti sul lavoro in relazione a diverse tipologie di malattie croniche è giunta alla conclusione che, accanto ad esigenze comuni a tutti i malati (capacità di affrontare la malattia, supporto dei colleghi e dei superiori, condizioni di lavoro adatte, supporto medico e sociale, sussistenza di incentivi, orari e carichi di lavoro compatibili, gestione delle assenze, presenteismo, ecc.), esistano nondimeno specifiche esigenze di conciliazione e di "adattamento" degli impegni (contrattuali) di lavoro che variano, anche in modo significativo, a seconda della diversa patologia ⁽¹⁶³⁾ e, persino, del tipo di reazione da parte di ogni singola persona alla malattia e alle relative cure.

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

¹⁶² Cfr. la *literature review* curata da S. VARVA, *Malattie croniche e lavoro: una rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, cit.

¹⁶³ Cfr., con riferimento a lavoratori affetti da artrite reumatoide, diabete mellito e perdita dell'udito, S.I. DETAILLE, J.A. HAAFKENS, F.J. VAN DIJK,

Come già rilevato con riferimento ai sistemi di protezione sociale (*supra*, § 2), anche la contrattazione collettiva, là dove è intervenuta a tutela del lavoratore affetto da malattia cronica, ha dunque sin qui adottato modelli di regolazione standardizzati (c.d. *one-size-fits-all*) e che, tuttavia, risultano alla prova dei fatti largamente inadeguati sia sul piano delle opzioni definitorie sia nella gestione dei singoli casi concreti posto che non ammettono valutazioni dinamiche mirate sulla persona e, conseguentemente, sull'impatto concreto della specifica malattia sulla prestazione di lavoro anche in relazione al tipo di occupazione e mestiere, alla tipologia contrattuale, alle mansioni contrattuali, ecc. L'invito a fare a livello aziendale ogni adattamento ragionevole in ragione dei bisogni (e delle concrete possibilità) del singolo lavoratore malato ⁽¹⁶⁴⁾ rimane così largamente disatteso.

La verità è che gli interventi del sistema di relazioni industriali, di regola circoscritti al solo lavoro subordinato e ai rapporti c.d. standard (*supra*, § 2), si caratterizzano per una impostazione puramente difensiva rispetto agli effetti della malattia cronica con l'obiettivo di contenere, in chiave di tutela del posto di lavoro e del reddito del lavoratore, la meccanica applicazione di logiche di matrice privatista nella misurazione dell'adempimento contrattuale e nella conseguente valutazione della sopravvenuta inidoneità alla mansione come ipotesi di risoluzione del rapporto di lavoro ⁽¹⁶⁵⁾.

What Employees with Rheumatoid Arthritis, Diabetes Mellitus and Hearing Loss Need to Cope at Work, in *Work Environ Health*, 2003, 134-142.

¹⁶⁴ In questa prospettiva cfr. le raccomandazioni del EUROPEAN NETWORK FOR WORKPLACE HEALTH PROMOTION, *Recommendations from ENWHP's Ninth Initiative Promoting Healthy Work for Employees with Chronic Illness – Public Health and Work*, cit., 5.

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

Si comprende così perché, nell'ambito delle patologie croniche, importanti diritti formali di matrice non solo legale ma anche contrattuale, soprattutto là dove siano privi di una adeguata connessione con gli interventi medici, formativi e psicologici di recupero e riabilitazione ⁽¹⁶⁶⁾ o, comunque, non inseriti in precise *policies* aziendali di *wellness at work* (*supra*, § 4), finiscano il più delle volte col risultare dotati, nella prassi applicativa del mondo del lavoro, di un bassissimo livello di effettività ⁽¹⁶⁷⁾.

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

Nella messa a punto delle tutele di nuova generazione si tratta, in altri termini, non solo di tenere in debita considerazione la recente evoluzione delle tipologie contrattuali e delle forme di lavoro, ma anche di interpretare la grande trasformazione dei modi di lavorare e produrre ⁽¹⁶⁸⁾ che incide profondamente, a

comparata, cit. Con riferimento al caso italiano cfr. S. GIUBBONI, *Sopravvenuta inidoneità alla mansione e licenziamento*, cit.

¹⁶⁶ Vedi *supra*, nota 70.

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

¹⁶⁸ Sui nuovi modi di fare impresa e organizzare i processi produttivi, l'evoluzione di tipologie contrattuali atipiche e delle forme di lavoro, anche autonome, l'evoluzione dei mestieri, delle competenze e delle professioni, la sfida della modernizzazione del mercato del lavoro, si veda *La Grande*

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

Il tema delle malattie croniche si presenta, insomma, come terreno privilegiato per la sperimentazione per via contrattuale di nuovi modelli organizzativi e regolatori del lavoro che consentano, in ragione dei cambiamenti socio-economici e demografici in atto, una migliore misurazione della produttività del lavoro⁽¹⁷⁰⁾ in aderenza ai percorsi professionali e di carriera

Trasformazione del Lavoro, blog ADAPT su Nòva, *Il Sole 24 Ore* (<http://adapt.nova100.ilsole24ore.com>).

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

¹⁷⁰ Già si è ricordato (*supra*, § 1) che la leva della produttività è oggi messa in crisi da un quadro demografico in cui l'aumento dell'indice di dipendenza economica (European Commission, Directorate-General of Economic and Financial Affairs, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU27 Members States (2010-2060)*, 2012, in particolare 71-75) accompagnato da crescenti costi (diretti e indiretti) connessi alla cura delle malattie croniche (si veda, a titolo di esempio, sul contesto europeo: F. DE LORENZO, *Presentazione Progetto ProJob: lavorare durante e dopo il cancro*, cit., cui *adde*, per il caso americano, U.S. WORKPLACE ALLIANCE, *The Burden of Chronic Disease on Business and U.S. Competitiveness*, 2009) e alla mancata partecipazione al mercato del lavoro dei malati cronici (i costi più alti sono infatti quelli derivanti per “gli anni persi dal lavoro”), comporta una serie di criticità per la sostenibilità dei sistemi economici e sociali che urge un ripensamento dei meccanismi di *retention* e ritorno al lavoro di questo gruppo di persone. Il punto è ben sottolineato da R. BUSSE, M. BLÜMEL, D. SCHELLER-KREINSEN, A. ZENTNER, *Tackling*

dei singoli lavoratori e alla idea emergente di una “sostenibilità del lavoro” che sia tale da includere nella valutazione della prestazione negoziale anche le condizioni di salute fisica e mentale sul lavoro (171).

È del tutto evidente, in questa prospettiva, lo spazio (potenziale) dei sistemi di relazioni industriali, oggi in uno stato di profondo declino (172), e che, tuttavia, nel solco della tradizionale ricerca di un punto di equilibrio tra le ragioni di impresa e le istanze di tutela del lavoro, potrebbero ora perseguire una strada di radicale

Chronic Disease in Europe: Strategies, Interventions and Challenges, European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, 2010, qui 20: «with regard to labour supply and labour productivity, chronic conditions and diseases mean fewer people in the workforce, with early retirement, barriers to employment, and stigma. There is reasonable evidence on the negative impact of chronic disease and risk factors on the labour market, showing that chronic disease affects labour supply in terms of workforce participation, hours worked, job turnover and early retirement as well as wages, earnings and position reached».

¹⁷¹ In questo senso cfr. l'importante studio realizzato dalla EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS, *Sustainable Work and the Ageing Workforce*, 2012, ove vengono individuati, in dettaglio, i principali indicatori del concetto di “lavoro sostenibile”. Nella letteratura cfr. P.P. DOCHERTY, J. FORSLIN, A.B. SHANI, *Creating Sustainable Work Systems – Emerging Perspectives and Practice*, Routledge, 2002.

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

rinnovamento ⁽¹⁷³⁾ delle tecniche di misurazione (e redistribuzione) del valore del lavoro.

Se tutta da valutare – e da affidare alle determinazioni di un libero e responsabile sistema di contrattazione collettiva – è la possibilità di inserire nello scambio contrattuale un rinnovato “contenuto assicurativo”, tale da garantire una migliore gestione delle evenienze di una malattia cronica nell’ambito di un rapporto di lavoro a fronte di contropartite sul versante della flessibilità e produttività del lavoro ⁽¹⁷⁴⁾, si tratta quantomeno di mettere a punto un rinnovato e più elastico contenuto della prestazione lavorativa in funzione dei radicali cambiamenti in atto nella società come nei contesti produttivi e di organizzazione del lavoro. Un contenuto della singola prestazione lavorativa – della sua misurazione e dei relativi scambi negoziali – che contenga una valutazione analitica e complessiva di diversi parametri non più solo “oggettivi”, ma anche “soggettivi” in funzione della sostenibilità del lavoro in un contesto produttivo e fattuale dato.

Lungi dal rappresentare un capitolo marginale del diritto del lavoro, il complesso rapporto tra malattia (cronica) e lavoro può, in conclusione del nostro ragionamento e come premessa per ulteriori percorsi di ricerca e riflessione, consentire di superare

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

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

quelle logiche standardizzate – bene evidenziate dai rigidi e largamente obsoleti sistemi di classificazione e inquadramento del personale definiti nella contrattazione collettiva nazionale di molti Paesi ⁽¹⁷⁵⁾ – tipiche del Novecento industriale di misurazione della prestazione di lavoro aprendo la strada a un sistema maggiormente incentrato sulle esigenze della persona e sul suo effettivo contributo al processo produttivo ben oltre una valutazione di tipo esclusivamente mercantile del rapporto di lavoro sotteso allo scambio lavoro contro retribuzione ⁽¹⁷⁶⁾.

¹⁷⁵ Sulle prospettive di superamento dei rigidi criteri di classificazione e inquadramento del personale cfr., con riferimento al caso italiano, quanto sostenuto in L. RUSTICO, M. TIRABOSCHI, *Standard professionali e standard formativi*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Il testo unico dell'apprendistato*, Giuffrè, 2011, 423-450. Sul punto vedi già, per l'impostazione del problema, M. MAGNANI, *Organizzazione del lavoro e professionalità tra rapporti e mercato del lavoro*, in *DLRI*, 2004, 165 ss.

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

Malattie croniche e licenziamento del lavoratore: una prospettiva comparata*

di Silvia Fernández Martínez

Sommario: 1. Inquadramento del problema. – 2. La malattia come causa di discriminazione. – 3. Obbligo di adattamento del posto di lavoro. – 4. Malattie croniche e inidoneità sopravvenuta. Il licenziamento oggettivo. – 5. Conclusioni.

1. Inquadramento del problema

Attualmente, secondo il report Eurostat *People having a long-standing illness or health problem, by sex, age and labour status* (ultima visita novembre 2014), il numero di persone appartenenti alla popolazione attiva che soffrono di un qualunque tipo di malattia cronica è aumentato rispetto al secolo passato senza, tuttavia, che questo fenomeno sia stato accompagnato da una risposta normativa adeguata né a livello europeo né da parte dei singoli Stati membri. Secondo il report *Health* del 2011 ⁽¹⁾, nel Regno Unito, mentre nel 1972 un adulto su 4 affermava di aver sofferto di una malattia per un periodo prolungato nel tempo, questa cifra

* *Publicato in DRI, 2015, n. 3.*

¹ D. SWEET, *Health*, in *Social Trends*, 2011, vol. 41, n. 1.

sale a 1 su 3 nel 2009. Nell'ambito della categoria delle malattie croniche sono ricompresi, tra gli altri, il cancro, il diabete e l'obesità (2).

La conseguenza è l'inesistenza di un sistema in grado di far fronte a questo problema crescente, tanto sul piano giuridico, quanto su quello dell'organizzazione del personale e delle relazioni industriali, situazione, questa, dovuta alla mancanza di consapevolezza in merito all'impatto che tale fenomeno può provocare sul mercato del lavoro.

L'assenza di un regime giuridico specifico applicabile ai malati cronici comporta che, nella maggior parte degli Stati europei, a questi spettino null'altro che i medesimi diritti degli altri lavoratori. In particolare, per quanto riguarda il licenziamento, il loro contratto potrà essere legittimamente risolto a seguito della perdita di capacità o dell'assenteismo quali conseguenze del fatto di soffrire della malattia, a condizione, però, che sia rispettata una serie di requisiti. Posto che l'uscita di queste persone dal mercato del lavoro produce un effetto diretto sulla riduzione della popolazione attiva, la presenza dei malati cronici nel mercato del lavoro, mediante adattamento delle loro mansioni alle nuove capacità, risulterà imprescindibile ai fini della sostenibilità dei sistemi di welfare (3), ancor più se si tiene conto della previsione

² Per un maggior approfondimento si veda S. VARVA (a cura di), *Malattie croniche e lavoro. Una prima rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, in ADAPT University Press, 2014, 11.

³ M. TIRABOSCHI, *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, in M. TIRABOSCHI (a cura di), *Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, ADAPT University Press, 2015, 13.

secondo cui nel 2030 l'Europa conterà 20 milioni in meno di persone in età lavorativa ⁽⁴⁾.

Contrariamente a quanto possa sembrare, il fatto che un lavoratore soffra di una malattia cronica produce implicazioni non soltanto nei confronti dell'impresa, ma anche del sistema di previdenza sociale di ciascuno Stato, poiché è su di esso che ricadranno i costi conseguenti all'uscita di un lavoratore dal mercato del lavoro. Questa circostanza comporta un aumento dei costi economici per il sistema di welfare, minacciandone la sostenibilità nel lungo periodo. Di conseguenza, l'incremento delle malattie croniche produce effetti tanto sui lavoratori che le soffrono quanto sull'impresa per cui lavorano, nonché sulla società in generale.

L'evoluzione del diritto del lavoro e dei sistemi di previdenza sociale svolge un ruolo fondamentale per poter offrire una risposta adeguata rispetto all'impatto delle malattie croniche sul contratto di lavoro e, in particolare, sulla risoluzione dello stesso per ragioni oggettive. Nonostante tutte le implicazioni che comporta, si tratta di un tema che non è stato, sino ad ora, studiato in profondità nei vari Stati dell'Unione europea ⁽⁵⁾.

Alla luce di quanto esposto, emerge l'importanza di realizzare un'analisi in chiave comparata volta a comprendere i diversi modi in cui gli Stati dell'Unione europea tutelano, contro il licenziamento, i lavoratori che soffrono di una malattia cronica. In particolare, verranno presi in considerazione i casi di Spagna, Italia, Francia, Germania e Regno Unito.

⁴ RANDSTAD, *Flexibilidad en el trabajo 2014. Informe anual sobre la flexibilidad laboral y el empleo*, 2014.

⁵ M. TIRABOSCHI, *op. cit.*, 5.

2. La malattia come causa di discriminazione

A livello comunitario, la malattia cronica del lavoratore non figura tra le cause di discriminazione previste dalla direttiva 2000/78/CE del 27 novembre 2000 ⁽⁶⁾, in cui viene delineato un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e condizioni di lavoro. L'obiettivo di tale normativa è quello della creazione di un mercato del lavoro volto a favorire l'integrazione sociale, ragion per cui si sottolinea la necessità di lottare contro la discriminazione fondata sulla disabilità, senza però fare alcun cenno alle malattie croniche, nonostante possano anch'esse esser causa di esclusione sociale. Il fatto che le malattie croniche non vengano richiamate espressamente dalla direttiva provoca un vuoto legislativo per il caso in cui il lavoratore soffra di una malattia di questo tipo, la quale, pur producendo ripercussioni sulla prestazione lavorativa, non viene ricompresa nel novero delle disabilità riconosciute a livello amministrativo, ricevendo il lavoratore, pertanto, lo stesso trattamento degli altri lavoratori.

Anche a fronte del silenzio della normativa comunitaria, la maggioranza degli Stati membri non ha tuttavia optato, a livello interno, per l'inclusione in maniera espressa delle malattie croniche tra i motivi di discriminazione vietati dalla legge, riservando la qualificazione di condotta discriminatoria unicamente agli atti discriminatori fondati sulla disabilità. In linea con questa posizione maggioritaria si collocano Spagna e Italia, i cui ordinamenti giuridici in materia di lavoro vietano esplicitamente unicamente la discriminazione fondata sulla disabilità (in Spagna nell'articolo 4, comma 2, lettera c, dell'*Estatuto de los trabajadores* (ET) e in Italia nell'articolo 15 Stat.

⁶ In *Boletín ADAPT*, 2015, n. 3.

lav.), non anche, quindi, quella basata su una malattia cronica. Nel Regno Unito, questa previsione è ricompresa nell'*Equality Act* del 2010 (sezioni 6 e 15), mentre in Germania la Costituzione prevede un divieto generale di discriminazione in base ad impedimenti fisici o psichici (articolo 3). Al contrario di quanto accade in questi Stati, in Francia è invece stato riconosciuto, in maniera espressa, il divieto di discriminazione per ragioni di salute (articolo L122-45 del *Code du travail*).

L'inclusione della malattia tra le cause di discriminazione o la sua assimilazione alla disabilità, risulta, dunque, determinante in relazione alla protezione di questi lavoratori contro il licenziamento. Così, nel Regno Unito, sebbene la malattia non sia espressamente ricompresa tra le cause di discriminazione, il concetto di disabilità viene regolato in maniera talmente ampia da portare la giurisprudenza a ritenervi compresa anche la malattia di lungo periodo. Viene poi riconosciuta l'esistenza di un tipo di discriminazione "*by association*", che consente di estendere la tutela contro la discriminazione fondata sulla disabilità anche ai trattamenti illeciti sofferti da coloro che non trovino riconoscimento a livello amministrativo o la cui malattia non comporti disabilità. In particolare, si prevede l'estensione della tutela apprestata per la disabilità alle malattie progressive, tra le quali il cancro e la sclerosi multipla (7).

In altri Stati, tuttavia, come nel caso della Spagna, la giurisprudenza ha adottato una posizione opposta a quella inglese, sostenendo che la protezione specifica contro la discriminazione fondata sulla disabilità non possa estendersi per

⁷ M.J. GÓMEZ-MILLÁN HERENCIA, *Discapacidad, estados de salud y discriminación en el marco jurídico de la igualdad de Reino Unido*, in *Revista de Información Laboral*, 2014, n. 4, 43 e 57.

analogia alla malattia ⁽⁸⁾. Viene negata, altresì, la possibilità che la malattia possa essere inclusa nel generico divieto di discriminazione per «qualunque altra circostanza personale o sociale» di cui all'articolo 14 della Costituzione spagnola. Posizione, questa, che ha trovato accoglimento anche nell'ambito dei tribunali tedeschi, dai quali emerge che il licenziamento per motivi di salute del lavoratore non costituisce, di per sé, una discriminazione fondata sulla disabilità, e dunque oggetto di divieto ai sensi della direttiva 2000/78/CE, salvo il caso in cui la malattia dia luogo al riconoscimento di una disabilità ⁽⁹⁾. In Spagna, tuttavia, è questo un tema tutt'altro che pacifico, posto che i tribunali di prima istanza ritengono, invece, che la malattia del lavoratore sia riconducibile al divieto generico di discriminazione di cui all'articolo 14 della Costituzione spagnola, e che pertanto dovrebbe godere della medesima tutela prevista per i casi di discriminazione fondata sulla disabilità ⁽¹⁰⁾.

In Italia, pur non esistendo un divieto esplicito di discriminazione fondata sulla malattia, la dottrina ritiene che l'estensione della tutela antidiscriminatoria a tutti i lavoratori dichiarati inidonei allo svolgimento delle mansioni tipiche del proprio posto di lavoro, indipendentemente dal grado di disabilità riconosciuto, fornirebbe una risposta adeguata alla loro situazione ⁽¹¹⁾.

Un caso paradigmatico è quello francese, ove, accanto al riconoscimento espresso della malattia come causa di

⁸ Tribunal supremo 29 enero 2001, n. 1566/2000; Tribunal constitucional 26 mayo 2008, n. 3912/2005.

⁹ R. SANTAGATA, *I licenziamenti in Germania: i presupposti di legittimità*, in *q. Rivista*, 2013, n. 3, 890.

¹⁰ Tribunal superior de justicia de Cataluña 28 febrero 2000, n. 7041/1999.

¹¹ S. GIUBBONI, *Sopravvenuta inidoneità alla mansione e licenziamento. Note per una interpretazione "adeguatrice"*, in *RIDL*, 2012, n. 2, I, 303.

discriminazione (articolo L122-45 del *Code du travail*), esiste una tutela specifica contro il licenziamento per i lavoratori che soffrano di una malattia grave, la quale abbia determinato un'incapacità sopravvenuta. L'articolo L1226-9 del *Code du travail* prevede che durante i periodi di sospensione del contratto di lavoro a seguito di una malattia o di un incidente il datore di lavoro potrà estinguere il rapporto di lavoro solo per un motivo di grave interesse o per una ragione estranea all'incidente o alla malattia. Ne deriva che il licenziamento basato unicamente sulla malattia del lavoratore è da considerarsi nullo in quanto discriminatorio (articolo L122-45 del *Code du travail*).

In definitiva, è possibile affermare che, a livello nazionale, il licenziamento del lavoratore basato unicamente sulla sua malattia è ritenuto discriminatorio in Francia e Regno Unito, mentre in Spagna, Italia e Germania lo è solo nel caso in cui la malattia dia luogo al riconoscimento di una disabilità da parte delle autorità amministrative competenti.

Per quanto riguarda l'inclusione delle malattie croniche nell'ambito di applicazione della direttiva 2000/78/CE, la Corte di giustizia europea si è pronunciata in due occasioni. In primo luogo, con la sentenza *Chacón Navas* ⁽¹²⁾, ha definito la disabilità come «limite che deriva, in particolare, da minorazioni fisiche, mentali o psichiche e che ostacola la partecipazione della persona considerata alla vita professionale» (punto 43). La Corte precisa che la direttiva non reca alcuna indicazione che porti a ritenere che il divieto di discriminazione fondata sulla disabilità debba operare immediatamente rispetto alla comparsa di una malattia. Ne deriva, pertanto, che la scelta del legislatore comunitario di utilizzare il termine disabilità, e non un altro, è tesa chiaramente

¹² C. giust. 11 luglio 2006, causa C-13/05, *Sonia Chacón Navas c. Eures Colectividades SA*.

ad indicare l'intenzione dello stesso di escludere dall'ambito di applicazione della direttiva quelle malattie, di cui soffre il lavoratore, non ancora catalogate come invalidanti a livello amministrativo. La Corte rifiuta, dunque, un'equiparazione pura e semplice dei due concetti, giungendo così alla conclusione secondo cui la tutela contro la discriminazione fondata sulla disabilità non possa estendersi in via analogica alla malattia.

Tuttavia, più recentemente, la Corte di giustizia, nella sentenza *Danmark* ⁽¹³⁾, nonostante non lo si affermi espressamente, realizza un vero e proprio cambio di rotta rispetto a quanto affermato nella sentenza *Chacón Navas*, il che rappresenta un cambiamento di enorme rilevanza concettuale, soprattutto per gli Stati in cui viene negata l'equiparazione tra malattia e disabilità (Spagna, Germania e Italia), con una molteplicità di conseguenze pratiche in diversi settori. In primo luogo, la Corte precisa che il concetto di disabilità debba essere interpretato in modo tale da farvi rientrare ogni «condizione patologica causata da una malattia diagnosticata come curabile o incurabile, qualora tale malattia comporti una limitazione, risultante in particolare da menomazioni fisiche, mentali o psichiche, che, in interazione con barriere di diversa natura, possa ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori, e tale limitazione sia di lunga durata» (punto 47).

Quel che conta nel concetto di disabilità è l'esistenza di un limite alla piena partecipazione alla vita professionale, che sia causa di una riduzione della capacità del lavoratore, indipendentemente

¹³ C. giust. 11 aprile 2013, cause riunite C-335/11 e C-337/11, *HK Danmark, che agisce per conto del Jette Ring c. Dansk almennyttigt Boligselskab* (C-335/11) e *HK Danmark, che agisce per conto del Lone Skouboe Werge c. Dansk Arbejdsgiverforening che agisce per conto del Pro Display A/S* (C-337/11), in *Boletín ADAPT*, 2015, n. 3.

dalla ragione che ne è alla base. Questa stessa posizione si ritrova nella sentenza *Fag og Arbejde (FOA)* della Corte di giustizia ⁽¹⁴⁾. Se ciò si verifica, la malattia potrà ricondursi all'ambito di applicazione della direttiva 2000/78/CE. Quel che determina questa sentenza non è una totale equiparazione dei concetti di malattia e disabilità, bensì la creazione di una terza categoria: la malattia di lunga durata che produce limitazioni nella vita professionale del lavoratore. È quest'ultima tipologia, e non la malattia genericamente intesa, che si assimila al concetto di disabilità, rientrando, di conseguenza, nell'ambito di applicazione della direttiva. Detta equiparazione produce effetti sulla qualificazione del licenziamento della persona che soffre di una malattia cronica, che potrà considerarsi, soltanto, o valido o nullo in quanto discriminatorio. Nel caso in cui non ricorrano tutti i requisiti necessari a considerare valido il licenziamento, il giudice non avrà altra possibilità che dichiararlo nullo, con il conseguente obbligo, in capo al datore di lavoro, di reintegrare il lavoratore. Verrebbe meno, dunque, la possibilità di risolvere il contratto di lavoro del lavoratore che soffre di una malattia cronica mediante pagamento di un indennizzo economico, quale effetto della qualificazione del licenziamento come illecito per mancanza di un giustificato motivo.

3. Obbligo di adattamento del posto di lavoro

L'articolo 5 della direttiva 2000/78/CE prevede l'obbligo in capo al datore di lavoro di effettuare gli adattamenti opportuni affinché le persone disabili possano accedere al lavoro, prendervi

¹⁴ C. giust. 18 dicembre 2014, causa C-354/13, *Fag og Arbejde (FOA) c. Kommunernes Landsforening (KL)*.

parte, crescere professionalmente o essere formate. Tra le modalità attraverso cui possono realizzarsi tali adattamenti, la norma individua, fra le altre, l'adeguamento dei locali, delle attrezzature, dei ritmi di lavoro, l'assegnazione di particolari mansioni o la predisposizione di servizi di formazione e inquadramento. L'estensione di tale obbligo gravante sul datore di lavoro ai casi in cui il lavoratore soffra di una malattia cronica dipende dall'assimilazione di quest'ultima alla disabilità, nonostante questa si sia realizzata con il caso *Danmark*. Sebbene questa sentenza non abbia trovato applicazione normativa negli Stati che in precedenza non riconoscevano tale tutela ai malati cronici, il tentativo di realizzare gli opportuni adattamenti è un tratto comune a tutti gli Stati nell'ambito della valutazione di legittimità del licenziamento oggettivo per incapacità sopravvenuta del lavoratore malato. L'obbligo di adattamento viene a rappresentare, così, la più importante tutela di cui quei lavoratori godono contro il licenziamento.

Nel Regno Unito, dove i malati cronici ricevono la medesima tutela delle persone con disabilità, nessun problema si pone con riferimento all'obbligo del datore di lavoro di realizzare gli adattamenti necessari previsti ai sensi della direttiva 2000/78/CE, essendo quest'ultimo espressamente ricompreso nell'*Equality Act* del 2010 (sezioni 20-21). Poiché, tuttavia, tale disposizione non procede all'elencazione delle misure da considerarsi adattamenti opportuni, per determinare quale sia il grado di ragionevolezza in ciascuna situazione concreta, il giudice dovrà fare riferimento alle persone che occupino la medesima posizione del lavoratore malato e che non siano affette da disabilità¹⁵, potendo considerarsi ragionevoli quegli adattamenti

¹⁵ La disposizione parla di individuazione dello "step", vale a dire di un termine di paragone.

destinati ad evitare una situazione di svantaggio a carico della persona malata rispetto a quella che si trovi in una condizione analoga. Dette misure comprenderebbero, tra le altre, l'adeguamento dei tempi e dei metodi di lavoro all'interno dell'impresa ⁽¹⁶⁾.

Al contrario di quanto ci si possa aspettare, anche nel resto degli Stati in cui ai malati cronici non si applica la normativa relativa alle persone con disabilità, il datore di lavoro è obbligato ad adattare il lavoro alla persona, in particolare per quanto riguarda la progettazione delle postazioni, così come la scelta delle attrezzature e dei metodi di lavoro e produzione. Ciò si deve alla trasposizione dell'articolo 6, § 2, lettera *d*, della direttiva 89/391/CEE del 12 giugno 1989 ⁽¹⁷⁾, relativa all'applicazione di misure finalizzate alla promozione del miglioramento della salute e sicurezza dei lavoratori sul luogo di lavoro all'interno dei vari ordinamenti giuridici nazionali.

In particolare, per quanto riguarda la Spagna, dove l'obbligo di adattamento è previsto dall'articolo 15, comma 1, lettera *d*, della ley n. 31/1995 *de prevención de riesgos laborales*, l'articolo 25 della stessa legge impone al datore di lavoro di garantire in modo specifico la protezione di quei lavoratori i quali, in ragione delle loro personali caratteristiche, risultino particolarmente sensibili ai rischi derivanti dal lavoro. In concreto, non potranno essere destinati a quei posti di lavoro che esponano a situazioni di pericolo se stessi o i propri colleghi. Di conseguenza, una volta che il medico responsabile della sorveglianza sanitaria dichiara il lavoratore «idoneo, ma con limitazioni», allo svolgimento delle proprie mansioni, il datore di lavoro dovrà procedere ad adattare

¹⁶ A. LAWSON, *Disability and Employment in the Equality Act 2010: Opportunities Seized, Lost and Generated*, in *ILJ*, 2011, vol. 40, n. 4, 364.

¹⁷ In *Boletín ADAPT*, 2015, n. 3.

la postazione di lavoro e, ove questo non sia possibile, assegnarlo ad altra che non preveda l'esposizione a detti rischi. I malati cronici possono considerarsi ricompresi nella categoria dei lavoratori particolarmente sensibili e, dunque, tra gli aventi diritto a queste tutele. La dottrina segnala che nel caso in cui la trasformazione del posto di lavoro risultasse impossibile si potrebbe accedere ai meccanismi di mobilità funzionale o geografica, o alla modifica sostanziale delle condizioni di lavoro⁽¹⁸⁾. A parere della giurisprudenza, invece, in mancanza di una protezione specifica per i malati cronici, in capo al datore di lavoro non sussiste un obbligo assoluto di adattamento del posto di lavoro alla persona, bensì solo in relazione all'attività di impresa e al processo produttivo, non potendosi esigere che lo stesso offra al lavoratore un nuovo posto di lavoro⁽¹⁹⁾.

Una regolazione normativa simile a quella spagnola esiste in Italia⁽²⁰⁾ e in Francia⁽²¹⁾, anche se gli orientamenti della giurisprudenza e della dottrina vanno in un'altra direzione. Nel

¹⁸ D. TOSCANI GIMÉNEZ, M. ALEGRE NUENO, *El despido por ineptitud del trabajador*, Tirant Lo Blanch, 2009, 110.

¹⁹ Tribunal superior de justicia de Navarra 25 marzo 2009, n. 442/2008.

²⁰ L'art. 42 del d.lgs. n. 81/2008 stabilisce che, nel caso in cui il lavoratore sia ritenuto da un medico inidoneo allo svolgimento delle mansioni specifiche del proprio posto di lavoro, il datore di lavoro è obbligato ad adibire il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza. La medesima tutela è contenuta nell'art. 4 della l. n. 68/1999 sul diritto al lavoro dei disabili, il quale prevede l'obbligo in capo al datore di lavoro di adattare il posto di lavoro in caso di incapacità sopravvenuta del lavoratore.

²¹ Dove l'art. L1226-2 del *Code du travail* prevede l'obbligo per il datore di lavoro di realizzare gli adattamenti necessari affinché il lavoratore rimanga nell'impresa una volta che il medico del lavoro abbia dichiarato impossibile il ritorno dello stesso al suo precedente posto di lavoro.

caso dell'Italia, la dottrina ritiene che dall'interpretazione del combinato disposto della normativa in materia di salute e sicurezza dei lavoratori e di quella relativa alle persone con disabilità, in rapporto con il decreto legislativo n. 216/2003, che recepisce la direttiva 2000/78/CE all'interno dell'ordinamento giuridico italiano, debba desumersi che l'adattamento del posto di lavoro non solo comprenda il trasferimento del lavoratore ad altro posto già esistente, ma possa anche comportare delle modifiche al modello organizzativo d'impresa ai fini della conservazione del posto di lavoro da parte di quest'ultimo ⁽²²⁾. Detta interpretazione è in linea con l'ampia nozione di "adattamenti ragionevoli" presente nella Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità del 2006 che definisce gli adattamenti ragionevoli nell'articolo 2: «per adattamenti ragionevoli si intenderanno le modifiche e gli adeguamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali», ed è confermata dalla sentenza della Corte di giustizia del 4 luglio 2013 ⁽²³⁾. L'obbligo di *repêchage* configurato per la Corte di cassazione come l'obbligo di adattamento del posto di lavoro prima di procedere al licenziamento oggettivo del lavoratore ⁽²⁴⁾ è espressione della "intangibilità" dell'organizzazione aziendale e, di conseguenza, dell'impossibilità di imporre al datore di lavoro l'obbligo di realizzare modifiche nella stessa. Questa prospettiva verrebbe in tal modo superata ritenendo che le modifiche ai modelli

²² S. GIUBBONI, *op.cit.*, 306.

²³ Causa C-312/11, *Commissione europea c. Repubblica italiana*.

²⁴ Cass. 7 agosto 1998, n. 7755.

organizzativi fossero da ricomprendersi nella nozione ampia di adattamenti ragionevoli di cui alla Convenzione. La giurisprudenza francese accoglie questa impostazione e segnala che l'obbligo di adattamento non può ritenersi rispettato a fronte della sola constatazione dell'impossibilità di assegnare il lavoratore ad altro posto di lavoro esistente nell'impresa, prevedendo invece l'obbligo per il datore di lavoro di realizzare, secondo le indicazioni fornite dal medico del lavoro, gli opportuni adattamenti al sistema organizzativo d'impresa, per esempio mediante la modifica dell'orario di lavoro ⁽²⁵⁾. Nonostante quanto affermato dalla dottrina, esistono in Italia sentenze che continuano a sostenere che l'introduzione di una modalità di lavoro non presente nell'impresa non sia da ricomprendersi tra gli adattamenti ragionevoli cui è tenuto il datore di lavoro ⁽²⁶⁾.

Tuttavia, anche ove si accetti un'interpretazione ampia della nozione di "adattamenti ragionevoli", l'obbligo di adeguare il posto di lavoro non può avere carattere assoluto e incondizionato, posto che la stessa direttiva 2000/78/CE esonera il datore di lavoro da tale obbligo nel caso in cui lo stesso comporti un onere eccessivo. La valutazione della sproporzione della misura dovrà essere effettuata in funzione della dimensione, delle risorse finanziarie e del volume di affari dell'impresa. La direttiva precisa, però, che il costo non potrà essere considerato eccessivo nel caso in cui si ricevano fondi pubblici per questo scopo precipuo. La Corte di giustizia, nella sentenza *Danmark*, sottolinea che la stima dell'onere a carico del datore di lavoro per l'adattamento del posto di lavoro è compito che spetta ai tribunali di ciascuno Stato membro.

²⁵ Cour de cassation 16 septembre 2009, n. 08-42212.

²⁶ Trib. Ferrara 22 ottobre 2008, n. 219.

4. Malattie croniche e inidoneità sopravvenuta. Il licenziamento oggettivo

La possibilità di licenziare liberamente un lavoratore non esiste in nessuno degli Stati oggetto del presente studio, e ciò in quanto, in linea con la convenzione ILO n. 158/1982 relativa all'interruzione del rapporto di lavoro per iniziativa del datore di lavoro, si segue la teoria della causalità, secondo la quale affinché un licenziamento sia legittimo deve sussistere un motivo valido. Le ragioni che giustificano un licenziamento possono avere distinta natura ed essere relazionate con la figura del lavoratore o con le circostanze dell'impresa. La classificazione delle cause di licenziamento viene effettuata in modo diverso nei vari Stati dell'Unione europea. Una delle possibilità consiste nella suddivisione in due gruppi, includendo, nel primo, le circostanze personali del lavoratore rilevabili in maniera oggettiva, vale a dire a condizione che quest'ultimo non abbia colpa, e le circostanze economiche; e, nel secondo, i casi in cui il licenziamento sia dovuto, invece, alla presenza di colpa. È questo il caso di Spagna e Italia, mentre in Francia, benché anche qui si individuino due gruppi di cause, queste si dividono in modo diverso: da una parte, si collocano quelle relazionate con la persona del lavoratore, – comprensive sia dei casi in cui ricorre colpa del lavoratore, sia di quelli di carattere oggettivo – e, dall'altra, quelle di natura economica. In Germania si distinguono due tipi di motivi che giustificano il licenziamento: quelli relazionati con la persona o con il suo comportamento e quelli economici ⁽²⁷⁾.

²⁷ M. PEDRAZZOLI (a cura di), *Le discipline dei licenziamenti in Europa. Riconoscizioni e confronti*, Franco Angeli, 2014, 296.

Caso totalmente distinto è quello del Regno Unito, in cui l'*Employment Relations Act* del 1996 individua le cause che possono dar luogo ad un licenziamento valido (*fair dismissal*) senza utilizzare le classificazioni presenti negli altri Stati, bensì accorpando, ad esempio, le circostanze relazionate con la persona del lavoratore a quelle che determinano la cessazione del contratto a tempo determinato. Paiono confondersi, in tal modo, le cause soggettive e oggettive di licenziamento.

Questo quadro generale della disciplina del licenziamento risulta utile ai fini del presente studio, in particolare per determinare quale sia la via da percorrere per estinguere il rapporto di lavoro di un lavoratore parzialmente inabile al lavoro a causa della malattia di cui soffre. In mancanza di colpa da parte di quest'ultimo, il licenziamento potrà realizzarsi unicamente attraverso la modalità basata sulle circostanze personali oggettivamente rilevabili, che in Spagna e in Italia ricevono il nome di licenziamento oggettivo. In linea generale, questo tipo di licenziamento si giustifica con il fatto che il lavoratore perde le capacità necessarie per svolgere le mansioni tipiche del proprio posto di lavoro, circostanza, questa, che può dipendere da diverse cause, ma non da un colpevole inadempimento lavorativo.

Il licenziamento dovuto a circostanze personali del lavoratore viene regolato diversamente nei vari ordinamenti giuridici europei. Nella maggior parte degli Stati la regolamentazione avviene in modo generico, vale a dire senza che vengano raccolte in un elenco tassativo le possibili cause dello stesso. È quanto avviene, ad esempio, in Francia e Italia, in cui l'obiettivo è quello di attribuire una più ampia discrezionalità al giudice rispetto al caso concreto. Per quanto riguarda la Spagna, invece, l'ET effettua un elenco delle cause di questo tipo che giustificano l'estinzione del rapporto di lavoro, tra le quali si trovano

ricomprese l'inidoneità sopravvenuta del lavoratore e le assenze dal lavoro a carattere intermittente. In tal modo, e con riferimento all'oggetto del presente lavoro, negli Stati in cui non si utilizza il sistema dell'elenco, la possibilità di addurre l'inidoneità del lavoratore quale causa di licenziamento per giustificato motivo è stata creata a livello dottrinale e giurisprudenziale.

In particolare, in Francia il *Code du travail* (articolo L1232-1) si limita a prevedere che, affinché il licenziamento basato su motivi personali sia valido, debba ricorrere una *cause réelle et sérieuse*, senza però fornire una definizione della stessa. A colmare un tale vuoto è intervenuta la dottrina, delineando i contorni della fattispecie e stabilendo che, affinché la causa possa considerarsi reale, debbano ricorrere tre requisiti: oggettività (fatti oggettivi e determinati, suscettibili di tradursi in manifestazioni esteriori concretamente verificabili); certezza (fatti realmente esistenti e suscettibili di essere provati in giudizio); esatta corrispondenza (i motivi adottati dal datore di lavoro devono corrispondere esattamente a quelli del licenziamento). Quando si richiede che la causa sia seria, si intende che questa sia di una certa gravità, vale a dire tale da rendere impossibile la prosecuzione del contratto di lavoro, risultando il licenziamento l'unica via percorribile per evitare un danno all'impresa. La giurisprudenza fa rientrare la *insuffisance professionnelle*, relativa allo scarso rendimento, e la *insuffisance de résultats*, relativa al mancato raggiungimento di risultati, tra i motivi di carattere personale che giustificano il licenziamento oggettivo, a condizione che siano rilevabili mediante circostanze oggettive e verificabili e producano ripercussioni negative sull'organizzazione del lavoro. Nei casi in cui la malattia dia luogo a tali mancanze dal punto di vista professionale, sia per la perdita di capacità lavorative, sia per il

maggior numero di assenze che essa comporta, il datore di lavoro potrà licenziare il lavoratore.

Neppure in Italia si elencano le cause di licenziamento oggettivo, visto che l'articolo 3 della legge n. 604/1966 sui licenziamenti individuali si limita a prevedere la possibilità che il datore di lavoro licenzi il lavoratore a fronte dell'esistenza di un motivo oggettivo, in caso di notevole inadempimento dei suoi obblighi contrattuali, o per ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro o al regolare funzionamento dell'azienda, senza formulare, però, alcun esempio. È questo il motivo per cui si attribuisce alla giurisprudenza il compito di delineare le cause del licenziamento oggettivo. La malattia può giustificare il licenziamento per due ragioni differenti, vale a dire per incapacità sopravvenuta del lavoratore ⁽²⁸⁾ o per scarso rendimento. In primo luogo, per potersi considerare ricompresa la malattia cronica nell'ambito del concetto di inidoneità sopravvenuta, la giurisprudenza italiana ha evidenziato come non sia sufficiente che il lavoratore soffra di una malattia per dichiararlo inidoneo, bensì è necessario che la stessa sia tale da comportare una incapacità in relazione allo svolgimento delle mansioni tipiche del posto di lavoro. Non potrà prescindersi, dunque, dall'analisi della fattispecie concreta e, ad ogni modo, in nessun caso un licenziamento oggettivo basato sul fatto di soffrire di una malattia, qualunque essa sia, potrà considerarsi lecito se questa non comporta una perdita di capacità da parte del lavoratore. In secondo luogo, per quanto riguarda lo scarso rendimento, questo può derivare dall'assenza reiterata dal lavoro a causa del fatto di soffrire di una malattia, e ciò anche quando, pur non essendo stato superato il periodo di comporta, sia comunque venuta meno l'utilità della prestazione per il datore di

²⁸ Cass. n. 7755/1998, cit.

lavoro, il quale, dunque, avrebbe una ragione oggettiva per licenziare ⁽²⁹⁾. Le assenze reiterate, benché non volontarie, comportano un calo del rendimento ogni qualvolta il datore di lavoro dimostri che le stesse determinano uno squilibrio tra gli obiettivi di produzione fissati nel contratto di lavoro e quelli effettivamente conseguiti dal lavoratore malato, utilizzando come termine di paragone la media dei risultati complessivi del resto dei lavoratori. In tal caso, dunque, il licenziamento non si basa sulla malattia del lavoratore ma sull'assenza dal lavoro che la stessa determina, nonché sugli effetti negativi che ne conseguono in termini di produttività aziendale.

Esiste in Italia una tesi dottrinale secondo cui il fatto che la legge n. 604/1966 faccia riferimento espresso a situazioni oggettive sta a significare che debba prescindersi totalmente dalla figura del lavoratore, le cui circostanze personali in nessun caso potrebbero giustificare un licenziamento di questo tipo, dovendo piuttosto ricorrere ai principi generali del diritto delle obbligazioni. In tal senso, l'articolo 2110 c.c. prevede la possibilità per il datore di lavoro di recedere dal contratto una volta decorso il periodo di comporto, senza necessità di provare l'esistenza di una ragione oggettiva, l'incapacità sopravvenuta del lavoratore o l'impossibilità di assegnarlo a un differente posto di lavoro.

In Germania è contemplata la possibilità di ricondurre al licenziamento oggettivo per motivi personali quelle circostanze in cui il lavoratore soffre di una malattia che gli impedisca di prestare servizio nei termini contrattualmente pattuiti o che, in previsione di un probabile aggravamento, si ritiene possa produrre tali effetti in futuro (articolo 8 dell'*Entgeltfortzahlungsgesetz* – EFZG) ⁽³⁰⁾. In tal senso, la malattia

²⁹ Cass. 4 settembre 2014, n. 18678.

³⁰ Si veda R. SANTAGATA, *op.cit.*, 890.

determina la risoluzione del contratto di lavoro ogni qualvolta l'interesse dell'impresa sia soggetto a notevole pregiudizio. La giurisprudenza segnala i requisiti di cui tener conto laddove si intenda procedere al licenziamento di un lavoratore basato sulla sua malattia: l'esistenza di una prognosi negativa e di un serio pregiudizio per gli interessi dell'impresa e del datore di lavoro⁽³¹⁾. Spetterà dunque al giudice, all'esito della ponderazione degli interessi in conflitto per ciascun caso concreto, pronunciarsi sulla liceità del licenziamento. Quest'ultimo si riterrà parimenti giustificato quando si verifichi un calo del rendimento dovuto alla malattia o alle assenze che ne conseguono, quando vi sia prova, in entrambi i casi, dell'impossibilità di un ricollocamento del lavoratore.

In Spagna, benché l'inidoneità sopravvenuta del lavoratore trovi espresso richiamo nell'articolo 52, comma 1, ET tra i motivi che giustificano il licenziamento oggettivo, in mancanza, però, di una definizione della stessa, è spettato a dottrina e giurisprudenza, come avvenuto in Italia, Francia e Germania, fornirne una definizione. Viene dunque stabilito che la stessa debba essere:

- 1) a carattere permanente e non meramente temporanea;
- 2) reale e non simulata, posto che ciò comporterebbe un inadempimento contrattuale da parte del lavoratore;
- 3) a carattere generale, vale a dire tale da incidere sul complesso delle mansioni assegnate o, quantomeno, sulle principali e prevalenti, quelle, cioè, che rappresentano il contenuto essenziale dell'attività lavorativa;
- 4) di sufficiente entità, tale da comportare una capacità inferiore alla media⁽³²⁾. Per misurare il rendimento normale di lavoro si

³¹ LAGA, *International Dismissal Survey*, 2012, 55.

³² In questo senso, V. MANTECA VALDELANDE, *Despido en que la causa aducida por la empresa no se corresponde con la causa real del despido*, in *Actualidad Jurídica Aranzadi*, 2008, n. 758, 3.

può fare riferimento a parametri oggettivi sulla produttività in alcune aziende, ovvero ai contratti collettivi che contengono regole per rilevare la produzione corrispondente a un determinato periodo di tempo;

5) imputabile al lavoratore, anche se indipendente dalla sua volontà, per cui non può essere dovuta ad una organizzazione difettosa degli strumenti di lavoro.

Pertanto, nella misura in cui la malattia cronica del lavoratore gli impedisca di svolgere le mansioni tipiche del proprio posto di lavoro con conseguente riduzione del proprio rendimento, sempre che ricorrano i requisiti individuati dalla giurisprudenza e dalla dottrina, il rapporto di lavoro potrà essere lecitamente risolto mediante licenziamento oggettivo per inidoneità sopravvenuta, e ciò in quanto, venuta meno la capacità di svolgere la prestazione pattuita, parimenti viene meno l'obbligo in capo al datore di lavoro di proseguire nel rapporto ⁽³³⁾. Inoltre, nel caso in cui la malattia dia luogo a episodi di assenteismo, l'articolo 52, lettera *d*, ET consente al datore di lavoro di licenziare il lavoratore per questo motivo, quando cioè si assenti dal lavoro in modo intermittente, a prescindere dal fatto che sussista una giustificazione per tali assenze. Ai sensi di tale articolo, introdotto dal real decreto-ley n. 3/2012 *de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral*, le assenze devono raggiungere il 20% dei giorni lavorativi in 2 mesi consecutivi sempre che il totale, nei 12 mesi precedenti, raggiunga il 5% dei giorni lavorativi o il 25% in 4 mesi discontinui in un periodo di 12 mesi. In questo caso, dunque, il licenziamento trova giustificazione nell'elevato costo economico che comportano, per il datore di lavoro, le continue assenze del lavoratore, indipendentemente dal motivo che le determina e, di

³³ D. TOSCANI GIMÉNEZ, M. ALEGRE NUENO, *op.cit.*, 108.

conseguenza, non si basa direttamente sulla malattia ma sugli effetti che questa produce.

Nel Regno Unito, al pari di quanto avviene in Spagna, la sezione 98 dell'*Employment Rights Act* del 1996 indica tra le cause che possono dar luogo ad un licenziamento valido (*fair dismissal*) la capacità del lavoratore, facendo però un passo ulteriore rispetto alla disciplina spagnola nel momento in cui fornisce una definizione di capacità in rapporto alle abilità del lavoratore, alle sue attitudini, alla sua salute o ad altre qualità fisiche o mentali. Ne deriva che, in tal caso, la malattia rientra perfettamente nella fattispecie del licenziamento del lavoratore dovuto a perdita della sua capacità.

Affinché il licenziamento sia valido, oltre al venir meno della capacità del lavoratore di svolgere le mansioni tipiche del proprio posto di lavoro, il datore di lavoro deve aver constatato l'impossibilità di realizzare quei ragionevoli adattamenti che potrebbero consentirne la permanenza in azienda. Detta esigenza è sorta in Italia, Germania, Spagna e Francia a livello giurisprudenziale, non essendovi, infatti, alcuna norma che lo preveda. In Italia con le sentenze della Corte di cassazione del 14 giugno 2005, n. 12769, e del 2 agosto 2013, n. 18535. Nel caso della Spagna la sentenza del Tribunal superior de justicia di Madrid del 14 gennaio 2013, n. 4701/12, segnala che l'obbligo di adattamento imposto dalla ley n. 31/1995 non è meramente teorico, bensì trattasi di una disposizione imperativa, di modo tale che il datore di lavoro non può limitarsi a licenziare per inidoneità sopravvenuta senza avervi adempiuto⁽³⁴⁾. Dal canto suo, nel Regno Unito la sezione 21 dell'*Equality Act* del 2010

³⁴ In tal senso, A. MORENO SOLANA, *Las diversas controversias que se plantean en torno a los trabajadores especialmente sensibles*, in *Revista de Información Laboral*, 2014, n. 7, 112.

segnala espressamente che il datore di lavoro che non rispetti l'obbligo di realizzare i ragionevoli adattamenti, quando un lavoratore soffra di una malattia, commette un atto discriminatorio. Tuttavia, ove si accerti che la malattia del lavoratore abbia determinato un'incapacità al lavoro non colmabile mediante la realizzazione di adattamenti, il datore di lavoro è legittimato a portare a termine un licenziamento oggettivo valido, posto che, se gli si imponesse di mantenere un lavoratore non più in grado di svolgere alcuna delle mansioni relazionate con l'attività economica dell'azienda, si entrerebbe in conflitto con il principio della libertà d'impresa. Al contrario, laddove il licenziamento si basi unicamente sul fatto che il lavoratore soffra di una malattia e il datore di lavoro non abbia verificato l'influenza che questa produce sull'idoneità al lavoro dello stesso ovvero non abbia provato a realizzare gli opportuni adattamenti, quello sarà da considerarsi illecito o nullo, a seconda che nel singolo Stato esista o meno equiparazione tra malattia cronica e disabilità.

5. Conclusioni

Dall'analisi delle normative dei vari Stati sul licenziamento basato su una malattia cronica emerge che, nonostante la tutela di questi lavoratori sia maggiore in quegli ordinamenti in cui sia espressamente previsto il divieto di discriminazione in ragione dello stato di salute, o in quelli in cui la malattia cronica viene equiparata alla disabilità, neppure in questi casi, tuttavia, esiste un divieto assoluto di licenziare i malati cronici né un obbligo pieno di realizzare gli adattamenti necessari a consentir loro di mantenere il posto di lavoro. Di conseguenza, il fatto di ricomprendere la malattia tra i motivi di discriminazione non è di

per sé sufficiente a risolvere il problema dell'uscita di tali lavoratori dal mercato del lavoro.

Nel caso in cui il lavoratore soffra di una malattia cronica che non gli consenta di svolgere il proprio lavoro allo stesso modo di prima, entrano in conflitto due interessi meritevoli di protezione: da un lato, la libertà d'impresa e, dall'altro, il diritto all'uguaglianza di questi lavoratori. Pertanto, l'imposizione di un obbligo assoluto in capo al datore di lavoro di mantenere il lavoratore che ha perduto la propria capacità di svolgere le mansioni tipiche dell'attività economica dell'azienda risulterebbe incompatibile con la libertà d'impresa.

La soluzione per cercare di trovare un punto di equilibrio tra gli interessi del lavoratore e del datore di lavoro passerebbe per la messa in atto di politiche attive del lavoro, che aiutino a potenziare le capacità di cui i malati cronici sono ancora dotati, piuttosto che concentrarsi su quelle che hanno perduto. Soltanto così al datore di lavoro può risultare attrattivo mantenere il lavoratore presso la propria azienda. Il ricorso a politiche attive del lavoro svolge un ruolo chiave per permettere la conservazione del posto di lavoro da parte dei malati cronici, a fronte dell'incidenza che stanno avendo e che sempre più avranno in futuro le malattie di questa natura, aiutando anche a garantire, in tal modo, la sostenibilità dei sistemi di previdenza sociale.

Parte II
FOCUS TEMATICI

Sezione I

MALATTIE CRONICHE: ASPETTI DEFINITORI

Equiparazione malattie croniche e disabilità: una via per riconoscere maggiori tutele ai malati cronici?*

di Silvia Fernández Martínez

Una delle questioni principali rispetto alla tematica delle malattie croniche è la **difficoltà di stabilire un concetto chiaro di malattia cronica a livello giuridico**. Detta criticità deriva della mancanza di una regolazione *ad hoc* nell'ordinamento giuridico italiano, situazione che dà luogo a **una grande incertezza giuridica quando si tratta di determinare quali sono i diritti specifici dei lavoratori affetti da malattie croniche**. Tentativi di regolazione di questo fenomeno sono stati realizzati, di recente con [l'art. 8 comma 3 decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, recante la disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni, a norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183](#) che ha esteso il diritto al part-time ai lavoratori affetti da “gravi patologie cronico-degenerative inaggravanti”, diritto già introdotto dall'[art. 46 del Decreto legislativo n. 276/2003 di attuazione della c. d. legge Biagi](#), per i soli lavoratori affetti da patologie

* *Publicato in Boll. spec. ADAPT, 18 maggio 2016, n. 7.*

oncologiche. Anche se, in questo caso, il legislatore italiano si sta riferendo alle malattie croniche, manca una vera definizione tecnica di questo concetto. Pertanto, **non si può dire che esista in Italia un concetto chiaro di malattia cronica a livello giuridico che consenta di offrire una tutela integrale ai lavoratori che soffrono di queste malattie.**

Di fronte a questa situazione, il **principale rischio è quello di confondere le malattie croniche con altri concetti con i quali può avere caratteristiche in comune** e che siano destinatari di una regolamentazione *ad hoc* nell'ordinamento giuridico italiano e comunitario: in particolare, la disabilità. La **possibilità di far rientrare le malattie croniche nel concetto di disabilità** è un tema al centro del dibattito ormai da qualche tempo a livello europeo in conseguenza di alcune sentenze della Corte di giustizia europea (si veda [C. giust 11 aprile 2013, causa C-335/11 e C-337/11, HK Danmark](#) e [C. giust 18 dicembre 2014, causa C-354/13, Fag of Arbejde](#)). In queste sentenze, l'alto Tribunale utilizza una definizione ampia di disabilità ispirandosi nella [Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità](#) ed stabilisce che, nel caso in cui la malattia del lavoratore comporti una limitazione di lunga durata che possa ostacolare la sua piena ed effettiva partecipazione nella vita professionale, rientra nella nozione di disabilità ai sensi della Direttiva 2000/78, in materia di parità di trattamento.

L'utilizzo di una definizione o un'altra di disabilità non ha effetti soltanto nell'ambito teorico e concettuale poiché dalla riconduzione alla nozione dipende tra l'altro l'accesso dei malati cronici alla protezione antidiscriminatoria.

La nuova definizione di disabilità utilizzata dalla Corte di giustizia avrà un impatto particolarmente importante nei Paesi dove non esiste una definizione così ampia di disabilità. Nel caso dell'Italia, **non esiste un concetto unitario di disabilità, ma esistono definizioni diverse nelle diverse norme che regolamentano la questione.** Il [Decreto Legislativo 9 luglio 2003, n. 216 di attuazione della direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro](#) non contiene, allo stesso modo della Direttiva, non contiene una definizione espressa di disabilità. Tuttavia, [la legge 1 marzo 2006, n. 67. Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni](#) si riferisce alle persone con disabilità di cui all'articolo 3 della [Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate](#), per tanto, la protezione antidiscriminatoria si garantisce alle persone che rientrano in questo concetto di disabilità che è più ampio di quello utilizzato nella [Legge 12 marzo 1999, n. 68. Norme per il diritto al lavoro dei disabili](#), per la quale disabili sono soltanto le persone a cui viene riconosciuto una determinata percentuale di disabilità.

Nessuna delle definizioni di disabilità dell'ordinamento giuridico è conforme con la definizione utilizzata dalla Corte di giustizia perché anche la definizione della legge 104 richiede l'accertamento dell'esistenza di limitazioni. Per questo motivo, si pone il problema **della necessità di interpretare la definizione di disabilità a effetti di tutela antidiscriminatoria d'accordo con quanto stabilito dalla Corte di giustizia.**

Le ultime sentenze della Corte di giustizia assimilano la malattia di lunga durata alla disabilità unicamente nell'ambito della parità di trattamento e non

discriminazione posto che in dette sentenze, la Corte sta interpretando il concetto di disabilità ai sensi della Direttiva 2000/78. L'equiparazione che realizza la Corte di giustizia ha, pertanto, effetti limitati a questo ambito e per questo motivo, sussisterebbero **concetti di disabilità diversi all'interno di un unico ordinamento giuridico**: uno a effetti di tutela antidiscriminatoria, un altro nell'ambito previdenziale e un altro ancora nell'accesso al lavoro.

Questa situazione potrebbe creare confusioni e differenziazioni all'interno della categoria ampia dei soggetti considerati disabili, che lo potrebbero essere alla luce di una normativa ma non di un'altra.

In particolare, nel caso dei **malati cronici**, anche se questi potrebbero essere considerati disabili secondo la definizione della Corte di giustizia ed avere accesso alle tutele in materia antidiscriminatoria previste nel Decreto Legislativo 9 luglio 2003, n. 216, così come integrato dal Decreto-legge 28 giugno 2013, non avranno accesso alle tutele previste nella Legge 12 marzo 1999, n. 68, tra le quali, **il collocamento mirato**.

Sebbene, la possibilità di far rientrare le malattie croniche nel concetto di disabilità per via interpretativa sembra essere l'opzione più adeguata a legislazione vigente per poter offrire protezione antidiscriminatoria ai malati cronici, questo porta a **confusioni dal punto di vista terminologico**. Anche se questa equiparazione consente ai malati cronici di accedere agli accomodamenti ragionevoli e, pertanto, dà loro più possibilità di conservare il proprio posto di lavoro, per evitare l'esistenza di concetti di disabilità diversi, una soluzione potrebbe essere quella

di includere la **malattia cronica come motivo di discriminazione vietato nella Direttiva 2000/78 e nella normativa a livello nazionale**. In questo modo, i malati cronici potrebbero avere accesso alla tutela in materia antidiscriminatoria come una categoria a sé, e non attraverso l'equiparazione alla disabilità.

**Persone con malattie croniche
nel mondo del lavoro in Europa e
modello biopsicosociale della disabilità.
Il progetto PATHWAYS***

di Matilde Leonardi, Chiara Scaratti

Transizione epidemiologica e malattie croniche

Nell'ultimo secolo sono aumentate le patologie croniche, fenomeno noto come *transizione epidemiologica*, e si assiste ad un progressivo invecchiamento della popolazione dovuto all'innalzamento della aspettativa di vita in molti Paesi. Durante l'invecchiamento si ha anche una concentrazione di patologie croniche che prende il nome di *compressione della morbilità*. Questo cambiamento epidemiologico globale, con un aumento delle malattie croniche non trasmissibili, costringe a focalizzare l'attenzione sulle conseguenze delle malattie, anziché fossilizzarsi solo sulla diagnosi, sul trattamento e sulla terapia. La diagnosi da sola infatti non può predire quali siano i bisogni reali delle persone o il loro effettivo livello di funzionamento. Secondo i più recenti dati del Global Burden on Disease Study (GBD), le malattie non trasmissibili rappresentano la principale causa di malattia e disabilità al mondo (circa il 78%), in particolare nei

* *Pubblicato in Boll. spec. ADAPT, 18 maggio 2016, n. 7.*

Paesi più sviluppati, quali quelli europei, dove tale percentuale è pari ad 87%.

Malattie croniche e disabilità alla luce del modello biopsicosociale

Il rischio attuale della medicina, sempre più incentrata sul risultato come intervento risolutivo, è quello di perdere di vista la totalità del paziente inteso come persona e concentrarsi solamente sulla malattia. Talvolta, quando essa risulta cronica e inguaribile, la medicina tende erroneamente a considerare esaurito il proprio compito. Fermarsi alla diagnosi e non considerare il funzionamento di una persona fa perdere di vista tutto quello che è invece possibile fare per curare, “prendersi cura” anche se non si può guarire.

Nel maggio 2001 l’OMS ha pubblicato la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Salute e della Disabilità (ICF), riconosciuta da 191 Paesi come il nuovo strumento per descrivere la salute e la disabilità delle popolazioni. La Classificazione ICF permette, attraverso la definizione di un linguaggio comune, di far dialogare diverse professionalità e di descrivere olisticamente la persona nella sua complessità. Tale quadro descrittivo rappresenta, unito alla diagnosi, il primo step per la definizione di una possibile presa in carico e di una successiva definizione degli interventi possibili per sostenere un soggetto in difficoltà a causa di una condizione di salute.

Le caratteristiche della classificazione, i costrutti teorici che ne stanno alla base ed i suoi molteplici risvolti applicativi costituiscono le ragioni per cui l’ICF è in grado di racchiudere ed organizzare in un unico strumento ed in maniera completa le informazioni relative alla condizione di salute e di funzionamento

globale di ciascun individuo. Il modello teorico della Classificazione ICF soddisfa innanzitutto la necessità di considerare la globalità delle dimensioni coinvolte nello sviluppo, proprio perché categorizza in maniera sistematica e completa una serie vastissima di informazioni che si possono raccogliere per descrivere le condizioni di salute di ciascun individuo. L'ICF considera e classifica le funzioni e le strutture corporee, le attività ed il grado di partecipazione dell'individuo nei contesti di vita quotidiana e, per la prima volta, introduce la descrizione dei fattori contestuali, relativi all'ambiente fisico e sociale con cui l'individuo entra in contatto. Pur non classificandole per la loro estrema soggettività, l'ICF suggerisce e sottolinea inoltre la possibile influenza che le caratteristiche personali possono avere nella determinazione di una data condizione di salute. In questo senso l'ICF non deve essere assolutamente considerato una classificazione delle persone, ma delle caratteristiche della salute all'interno del contesto delle situazioni di vita individuali e degli impatti ambientali. Secondariamente, l'ICF fornisce una descrizione assolutamente specifica delle caratteristiche di salute e funzionamento dell'individuo, secondo le sue peculiari caratteristiche personali e contestuali. La raccolta di informazioni che si può ottenere tramite le checklist ICF, è paragonabile ad una *istantanea* che coglie gli aspetti propri della condizione di salute attuale dell'individuo, mettendo in relazione non le caratteristiche generiche di una data patologia, bensì gli esiti e l'impatto che quella determinata condizione di salute può avere su ciascun individuo in relazione anche agli aspetti ambientali che caratterizzano la sua vita. Nella Classificazione ICF infatti i fattori ambientali vengono considerati per la prima volta come elementi determinanti nella condizione di salute di un individuo. La disabilità nell'ICF si svincola dall'identificazione con una diagnosi e diventa un concetto relazionale e multidimensionale

caratterizzandosi, in sintesi, con il risultato negativo delle interazioni fra menomazioni delle strutture e funzioni del corpo (caratteristiche di salute), limitazioni delle attività, restrizioni della partecipazione e fattori contestuali (personali o ambientali), che possono fungere da barriere, limitando il funzionamento della persona e creando disabilità, oppure da facilitatori.

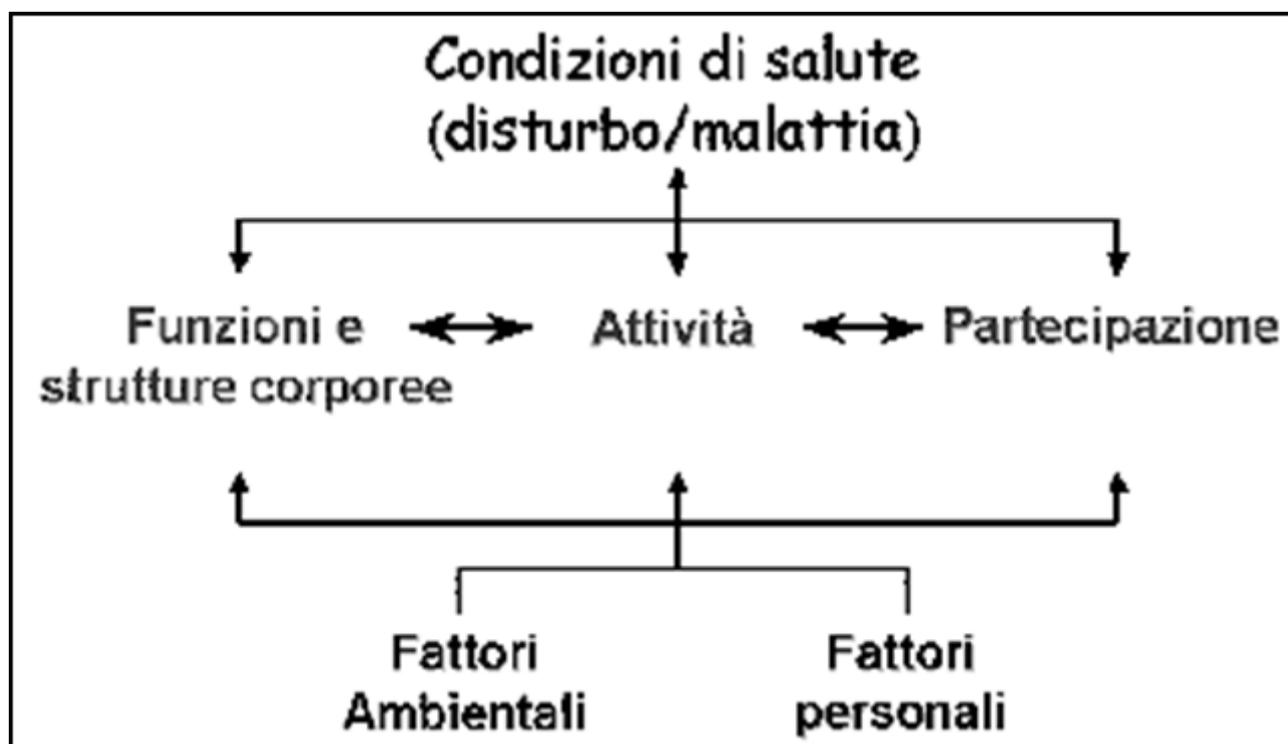
Nel modello biopsicosociale alla base dell'ICF, è l'intera persona con i suoi problemi e con le sue capacità, la tutela della qualità di vita e il suo benessere che vengono presi in considerazione, individuando gli ostacoli da rimuovere e gli interventi da realizzare in suo favore affinché possa vivere un'esistenza attiva e serena. L'ICF è uno strumento che permette di riflettere sulla condizione della persona e proprio in questo consiste la rivoluzione concettuale introdotta. Ragionando e utilizzando la terminologia innovativa dell'ICF è possibile concludere che la disabilità diventa un problema che tutte le persone possono incontrare poiché tutti, in qualsiasi momento della vita, possono sperimentare una condizione di salute che in un contesto ambientale sfavorevole può diventare disabilità. Ciò rappresenta un richiamo costante alla fragilità della nostra condizione umana, della nostra struttura corporea e psichica, poiché tutti possiamo, appunto, considerarci "persone con disabilità" dopo una malattia o un incidente traumatico in rapporto a un ambiente di vita sfavorevole. L'ICF perciò riconosce la disabilità come un'esperienza umana universale, dandone una definizione innovativa e rivoluzionaria.

Disabilità come risultato di interazione persona-ambiente

Si evidenzia in questo modo l'importanza di un approccio integrato alla disabilità che, per la prima volta, tiene conto anche

dei fattori ambientali, poiché li classifica in maniera sistematica. Cambia quella che è l'idea di persona: essa non è definita dalle qualità che possiede o non possiede, bensì dal suo essere persona in quanto tale, in tutte le fasi della sua vita. Il merito dell'ICF ai fini pratici degli interventi multidisciplinari, sta nel far emergere l'importanza di considerare i fattori ambientali e personali in un'ottica biopsicosociale, e di fare in modo che gli interventi stessi tengano conto di tutti i fattori in gioco. L'ICF definisce infatti il funzionamento non come concetto negativo riferito alle "abilità residue", ma va ad indicare gli aspetti positivi dell'interazione tra l'individuo, nella sua attuale condizione di salute, ed i fattori contestuali in cui è inserito, che possono essere ambientali o personali. Il concetto di disabilità rappresenta invece, secondo l'ICF, gli aspetti negativi dell'interazione tra l'individuo ed il suo ambiente. L'approccio biopsicosociale alla disabilità fornisce una visione completa delle dimensioni della salute a livello biologico, personale, sociale, ed è il risultato dell'integrazione tra il modello medico e il modello sociale della disabilità.

Figura 1: il modello biopsicosociale di salute e disabilità e le interazioni tra le componenti dell'ICF. **Fonte:** Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2002).



Partecipazione e diritti delle persone con disabilità

Il significato “politico” dell’ICF consiste nel fornire una guida e un modo di lavorare che presentino come un obiettivo per ogni persona la sua «partecipazione». Il riferimento alla «partecipazione» in ICF è inteso quale obiettivo per tutte le persone, e non solo per le “persone con disabilità”.

Il tema della definizione di chi sono le persone con disabilità non si esaurisce infatti nella contrapposizione tra modello medico e modello sociale e non può essere risolto semplicemente attraverso il riferimento al modello biopsicosociale di ICF: occorre, infatti, anche avere la consapevolezza critica del fatto che la persona umana non si definisce unicamente per le qualità

che possiede, bensì in forza del suo essere in quanto tale, in tutte le fasi della sua vita. Tale questione è fondamentale dal momento che nel panorama attuale, per problemi politici, economici, sociali e concettuali, molti Paesi non soltanto non riconoscono appieno i diritti fondamentali e civili delle persone con disabilità, ma spesso non ne riconoscono nemmeno la qualità di persone. La difficoltà ad accordarsi su chi siano le persone con disabilità è emersa chiaramente durante il percorso che ha portato alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006. In effetti è facile comprendere perché le questioni relative alla definizione di disabilità siano e restino molto complesse anche nell'ambito della riflessione sui diritti umani e dell'ONU. Quando si cerca di comprendere la disabilità si finisce infatti per riflettere su temi diversi: come definire la disabilità, chi è la persona con disabilità, a quale popolazione concretamente si sta pensando e, in fondo, quale immagine della persona umana implicitamente si è assunta come riferimento.

Le persone con disabilità sono quelle con malattie croniche?

La distinzione tra “normale” e “non normale” è spesso la radice delle difficoltà legate ai problemi concettuali qui esposti. In tal senso è utile porsi delle domande sull'uomo e riflettere sul tipo medio d'uomo che è stato a lungo considerato, e per alcuni aspetti lo è ancora, l'unico rappresentante a pieno titolo della razza umana: esempio di quell'utenza “reale” cui si fa riferimento nella progettazione a qualsiasi livello, dall'urbanistica al design, dalla legislazione alla ricerca scientifica. Ora, è certamente difficile definire le caratteristiche dell'uomo “normale”,

soprattutto quando è evidente che non si può fare riferimento alle consuetudini o ai costumi di una specifica cultura per elaborare un criterio di valutazione comunemente accettabile. Ciò che si può dire con certezza, però, alla luce dell'ICF, è che la distinzione tra “normali” e “disabili” è priva di significato e assolutamente errata, dal momento che è normale che una persona possa trovarsi, nell'arco della sua vita, nella condizione di disabilità – essendo questa data dalla relazione tra una condizione di salute e le diverse barriere ambientali. Superata, quindi, l'idea che sia possibile definire realmente l'“uomo normale”, si rende necessario chiarire un altro equivoco su cui l'ICF getta luce, vale a dire sull'equazione: $\text{disabile} = \text{malato}$. Il concetto stesso di “persona disabile” come equivalente di persona malata infatti non è corretto: vi sono persone con disabilità che hanno una determinata condizione di salute non a seguito di una patologia progressiva o cronica, ma per cause accidentali (incidenti sul lavoro, incidenti d'auto ecc.). D'altro canto, all'opposto, a volte si tende a non considerare la persona malata come persona con disabilità per il pregiudizio che grava sul concetto di disabilità, considerato, in vari contesti, secondo un'accezione puramente negativa. In questo modo una persona cardiopatica, asmatica, depressa od obesa, ad esempio, difficilmente viene considerata “una persona con disabilità”, anche se, di fatto, presenta evidenti difficoltà di funzionamento. Occorre dunque fare riferimento ad un'immagine della persona umana che sia coerente sino in fondo con il modello biopsicosociale: da questo punto di vista, soltanto una concezione che comprenda sia le fasi esistenziali della crescita, sia quelle del declino, metterà nelle condizioni di riflettere in modo adeguato su ciò che la società dovrebbe prevedere per garantire la giustizia per tutti gli uomini. È proprio quanto avviene nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità che è anche la base su cui l'Italia ha definito il suo

Piano Nazionale di Azione adottato dal Parlamento nel dicembre 2013. Il paradigma fornito dai nuovi approcci proposti da ICF riguardo alla questione della disabilità dovrà allora essere letto in primo luogo come questione antropologica. Questo non per la volontà di una negazione delle differenze, sulla base dell'assurda affermazione secondo cui "siamo tutti disabili" ma, come più volte sottolineato, perché la disabilità è una forma della dipendenza tra gli uomini e come tale non può, e non deve, mai diventare motivo di discriminazione e di limitazione del duplice riconoscimento della dignità e della cittadinanza di ogni persona.

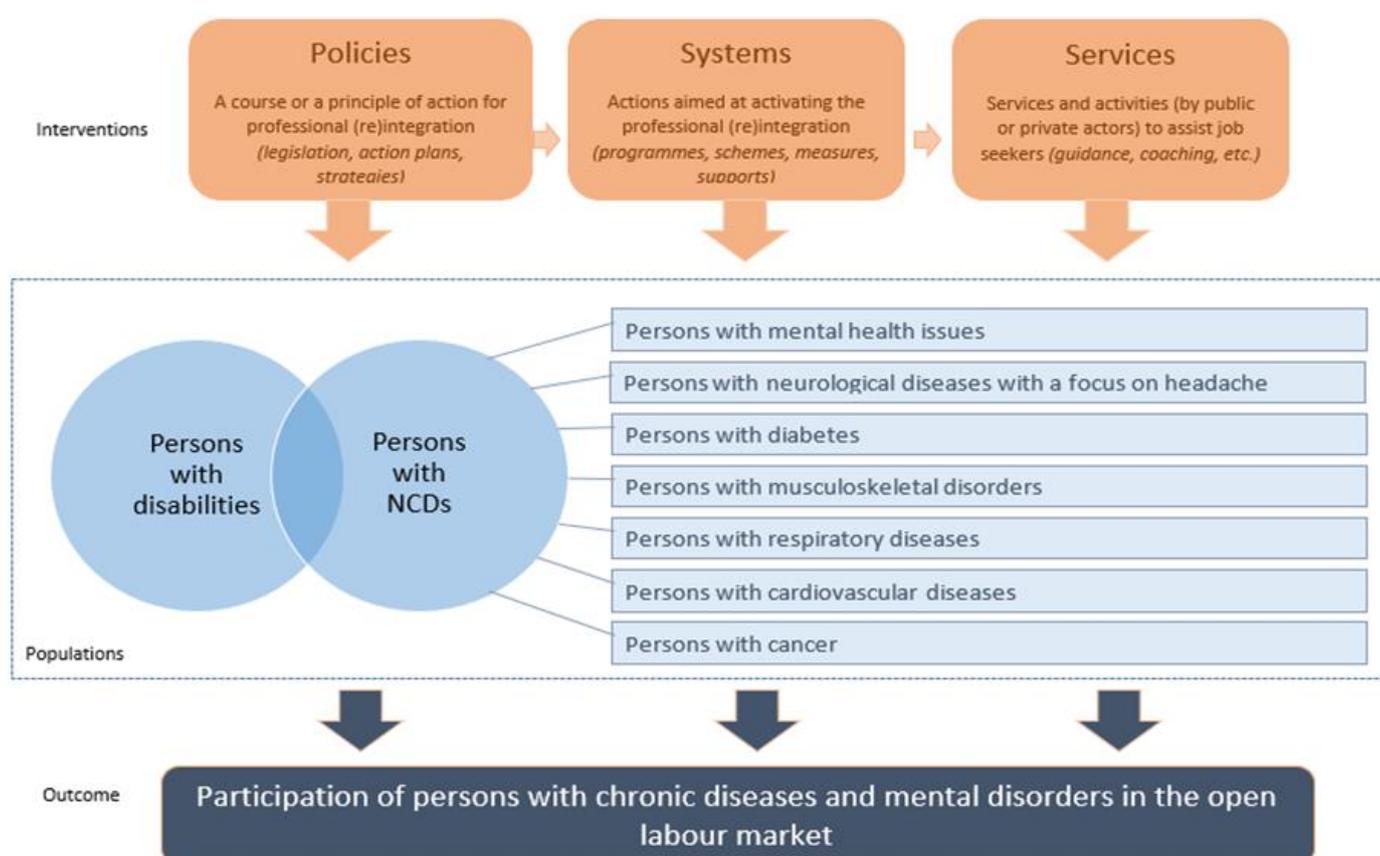
Quale integrazione/reintegrazione nel mondo del lavoro per chi ha una malattia cronica: il progetto europeo PATHWAYS

È in questo scenario complesso che coinvolge tutti i Paesi sviluppati, ma che inizia ad interessare anche quelli in via di sviluppo, che si sta svolgendo il Progetto Europeo PATHWAYS che in 3 anni si propone di fornire delle linee guida all'Unione Europea rispetto a come reintegrare o integrare nel mondo del lavoro il sempre crescente numero di persone con malattie croniche, o malattie non trasmissibili. Il lavoro rappresenta un tema cruciale in quanto, a fronte della permanenza sempre più prolungata nel mondo del lavoro di persone che sviluppano malattie croniche, sembra avere sistemi non preparati a quanto epidemiologicamente oramai è un fatto acclarato.

Ad un anno dall'inizio del progetto i 12 partner europei, coordinati dalla Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Besta di Milano, hanno eseguito una mappatura delle strategie presenti nei vari Paesi europei coinvolti nel progetto in tema di lavoro per le

persone affette da malattie croniche, in termini di politiche, sistemi e servizi esistenti (Figura 2).

Figura 2: (da “Report on the comparison of the available strategies for professional Integration and Reintegration of persons with chronic diseases and mental health issues”, PATHWAYS Project Consortium).



Sono state selezionate sette categorie di malattie croniche in base al loro peso epidemiologico letto in base agli anni persi per disabilità (*years lost due to disability*) (utilizzando le stime dell'OMS 2012): problemi di salute mentale, malattie neurologiche, disordini metabolici, disturbi muscoloscheletrici, malattie respiratorie, malattie cardiovascolari e cancro.

I paesi considerati nello studio sono: Austria, Repubblica Ceca, Germania, Grecia, Italia, Norvegia, Polonia, Slovenia, Spagna e Regno Unito e secondo uno schema consolidato in letteratura rappresentano i vari modelli di welfare europeo.

La mappatura nei suddetti Paesi delle politiche, dei sistemi e dei servizi che facilitano l'inclusione delle persone con malattie non trasmissibili ha rivelato che, nella maggior parte dei casi, le persone con malattie croniche sono considerate come parte del gruppo di persone con disabilità, comprese le persone con ridotte capacità lavorative a causa di malattie. In molti casi le persone con malattie croniche possono ricevere sussidi e supporti relativi al lavoro solo quando la loro condizione è riconosciuta/certificata come una disabilità (raggiungimento di un certo grado di invalidità/inabilità) o ha un impatto negativo sulla loro capacità di lavoro, a seconda delle normative nazionali e regionali.

In termini di *politiche*, tutti i paesi hanno quadri legislativi contro la discriminazione e mirati a fornire un supporto alle persone con disabilità. D'altra parte, le leggi rivolte specificatamente alle persone con malattie croniche sono più limitate. Queste ultime rientrano infatti in strategie più ampie rivolte alle persone con disabilità, gruppi sociali vulnerabili, fragilità, anziani, ecc. Inoltre, l'esistenza di cornici legislative a tutela del lavoro delle persone con patologie croniche non coincide necessariamente con un cambiamento di atteggiamento verso il loro impiego nella società. In termini di *sistemi*, i Paesi differiscono tra loro in base al tipo di enfasi messa sui supporti, sugli incentivi o sugli obblighi al fine di facilitare l'integrazione delle persone con disabilità e ridotta capacità di lavoro.

In termini infine di *servizi*, quelli specificatamente rivolti alle persone con varie categorie di malattie croniche sono limitati,

fatta eccezione per i problemi di salute mentale per i quali esistono strategie più mirate.

A partire dal lavoro di mappatura effettuato, i successivi step del progetto Pathways prevedono una valutazione dell'efficacia delle strategie identificate e una successiva analisi dei bisogni lavorativi delle persone affette da malattie croniche in Europa, che forniranno le basi per lo sviluppo di raccomandazioni e linee guida per facilitare l'inserimento e la permanenza al lavoro delle persone con malattie non trasmissibili.

Referenze

Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, Dodel R, Ekman M, Faravelli C, Fratiglioni L, Gannon B, Jones DH, Jennum P, Jordanova A, Jönsson L, Karampampa K, Knapp M, Kobelt G, Kurth T, Lieb R, Linde M, Ljungcrantz C, Maercker A, Melin B, Moscarelli M, Musayev A, Norwood F, Preisig M, Pugliatti M, Rehm J, Salvador-Carulla L, Schlehofer B, Simon R, Steinhausen HC, Stovner LJ, Vallat JM, Van den Bergh P, van Os J, Vos P, Xu W, Wittchen HU, Jönsson B, Olesen J. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011;21:718-79.

Leonardi M.(2005), Salute, disabilità, ICF e politiche sociosanitarie. *Sociologia e Politiche Sociali*, Vol. 8 – 3, 2005, pp. 73-95, Franco Angeli Editore, Milano.

Leonardi M. et al. (2006). The definition of disability: what is in a name? *The Lancet*, 2006, Vol 368, Oct 7, 1219-21.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2000). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision, ICD-10*. WHO, Geneva.

Organizzazione Mondiale della Sanità (2002). ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Edizione Italiana . Edizioni Erickson, Trento.

ONU (2007), Convention on the Rights of Persons with disabilities.

Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, 2013.

Sezione II

ACCOMODAMENTI RAGIONEVOLI

L'inclusione lavorativa e gli “accomodamenti ragionevoli”: prime riflessioni*

di Silvia Bruzzone

Premessa: cronicità e disabilità

Il dibattito sulle patologie croniche si sta facendo sempre più approfondito, sia a livello internazionale che nazionale (Cfr. [M. Tiraboschi, *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, in *Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, a cura di M. Tiraboschi, ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, n. 36/2015 con ampi riferimenti alla bibliografia e agli studi più recenti sul tema; S. Varva \(a cura di\), *Malattie croniche e lavoro: una rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, ADAPT University Press, 2014\).](#)

Sono condivisibili le riflessioni circa l'inadeguatezza dell'attuale sistema di Welfare, a fronte dell'innalzamento dell'aspettativa di vita delle persone, che determinerà sicuramente un progressivo aumento della domanda di servizi sanitari e delle prestazioni sociali. Altrettanto immaginabile è l'ulteriore irrigidimento dei

* *Pubblicato in Boll. spec. ADAPT, 18 maggio 2016, n. 7.*

parametri di accesso ai trattamenti pensionistici e assistenziali che impongono, ed imporranno sempre più in futuro, alle persone di prolungare il periodo della loro attività lavorativa.

Il tema della salute è di rilevanza essenziale per tutti gli esseri umani, senza distinzione di età. Sono, infatti, numerosissime le patologie croniche congenite (presenti alla nascita) e quelle che compaiono durante i primi decenni di vita. Esse determinano non pochi problemi, in termini di affermazione dei diritti, già nella fase di inclusione scolastica, nella formazione, nella riqualificazione professionale e – non ultimo – nell’inserimento nel mercato del lavoro e nello svolgimento dell’attività lavorativa.

Almeno da un paio di decenni le Istituzioni comunitarie sottolineano la necessità di affrontare la questione dell’accesso ai diritti sociali attraverso una strategia integrata in grado di offrire una garanzia di riduzione reale delle forme di discriminazione e di disuguaglianza sociale: più misure associate che si completino e si rafforzino vicendevolmente nei settori dell’occupazione, dell’educazione, della sanità, della previdenza sociale, ma anche della mobilità, della comunicazione ecc. Il tutto per rimettere al centro delle politiche la persona, come “essere umano” e come “risorsa”.

Il rispetto dei diritti umani e l’accesso ai diritti economici e sociali sono i due presupposti indispensabili per lo sviluppo, la coesione sociale, la non discriminazione, le pari opportunità. Sono essenziali per garantire stabilità sociale, economica e politica.

Un mercato del lavoro inclusivo, in particolare, è ovviamente una preconditione di inclusione sociale, perché l’occupazione è fonte di reddito e canale di partecipazione attiva alla vita sociale ed economica per tutte le persone.

In taluni principi espressi dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia con Legge 18/2009, sono indicati spunti importanti a favore degli aspetti della conciliazione tra lavoro e cura.

Nella Convenzione è indicato chiaramente il concetto di disabilità, considerato non un tratto caratterizzante della persona, ma piuttosto una complessa interazione di condizioni, molte delle quali sono create dall'ambiente sociale: vengono definite "persone con disabilità" tutte coloro che "hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri" (art. 1, comma 2).

Se si agisce anche sull'ambiente sociale, avvalendosi degli "accomodamenti ragionevoli", molte più persone potranno inserirsi nel mercato del lavoro e conservare la propria occupazione.

Ricerca di una definizione o necessità di "passare ai fatti"

La citata Convenzione ONU considera quale accomodamento ragionevole "le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un carico sproporzionato o eccessivo, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per assicurare alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di eguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali" (art.2). Un richiamo agli accomodamenti ragionevoli è previsto anche nell'art. 27, lett. I) per cui gli Stati

Parti devono garantire e favorire l'esercizio del diritto al lavoro per tutti, prendendo appropriate iniziative – comprese le misure legislative – “in particolare al fine di garantire che siano forniti accomodamenti ragionevoli nei luoghi di lavoro”.

Già nell'art. 5 della Direttiva 2000/78/Ce, (recante un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro) è stabilito che “Per garantire il rispetto del principio della parità di trattamento dei disabili, sono previsti accomodamenti ragionevoli. Ciò significa che il datore di lavoro prende i provvedimenti appropriati, in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire alle persone con disabilità di accedere ad un lavoro, di svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione, a meno che tali provvedimenti richiedano da parte del datore di lavoro un onere finanziario sproporzionato. Tale soluzione non è sproporzionata allorché l'onere è compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore delle persone con disabilità”.

Il tenore dell'articolo è decisamente generico e, a tratti, “ambiguo”. Un suggerimento importante per cercare di chiarire meglio il significato e la portata degli “accomodamenti ragionevoli” si è tratto dai “considerando n. 20 e n. 21” del preambolo della direttiva secondo cui “è opportuno prevedere misure appropriate, ossia misure efficaci e pratiche destinate a sistemare il luogo di lavoro in funzione dell'handicap, ad esempio sistemando i locali o adattando le attrezzature, i ritmi di lavoro, la ripartizione dei compiti o fornendo mezzi di formazione o di inquadramento”; “per determinare se le misure in questione danno luogo a oneri finanziari sproporzionati, è necessario tener conto in particolare dei costi finanziari o di altro tipo che esse

comportano, delle dimensioni e delle risorse finanziarie dell'organizzazione o dell'impresa e della possibilità di ottenere fondi pubblici o altre sovvenzioni”.

Il recepimento dell'art. 5 della Direttiva da parte degli Stati membri non è stato uniforme, in tutti i casi è alquanto astratto. Non a caso vi sono già alcune sentenze della Corte di Giustizia dell'Unione Europea: in particolare la sentenza della Corte (seconda Sezione) dell'11 aprile 2013, C-335/11 e C-337/11, con cui i giudici si sono pronunciati su un dubbio interpretativo derivante dalla normativa danese relativo all'estensione della nozione, non solo ai profili di accessibilità fisica dei luoghi di lavoro ma, più in generale, di compatibilità dell'ambiente di lavoro con le funzionalità della persona.

I giudici lussemburghesi hanno chiarito che:

1) La nozione di «handicap» di cui alla direttiva 2000/78/CE del Consiglio deve essere interpretata nel senso che essa include una condizione patologica causata da una malattia diagnosticata come curabile o incurabile, qualora tale malattia comporti una limitazione, risultante in particolare da menomazioni fisiche, mentali o psichiche, che, in interazione con barriere di diversa natura, possa ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su base di uguaglianza con gli altri lavoratori, e tale limitazione sia di lunga durata. La natura delle misure che il datore di lavoro deve adottare non è determinante al fine di ritenere che lo stato di salute di una persona sia riconducibile a tale nozione.

2) L'articolo 5 della direttiva 2000/78 deve essere interpretato nel senso che la riduzione dell'orario di lavoro può costituire uno dei provvedimenti di adattamento di cui a tale articolo. Spetta al giudice nazionale valutare se, nelle circostanze dei procedimenti principali, la riduzione dell'orario di lavoro quale provvedimento

di adattamento rappresenti un onere sproporzionato per il datore di lavoro.

Nel nostro paese, solo dopo la condanna da parte della Corte di Giustizia dell'Unione Europea (cfr. causa C-312/11, Commissione contro Repubblica Italiana), è stato introdotto l'art. 3, comma 3 bis, del d.lgs. n. 216 del 2003 [con il d.l. n. 76/2013 (conv. l. n. 98/2013)] il quale dispone che: "Al fine di garantire il rispetto del principio della parità di trattamento delle persone con disabilità, i datori di lavoro pubblici e privati sono tenuti ad adottare accomodamenti ragionevoli, come definiti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, nei luoghi di lavoro, per garantire alle persone con disabilità la piena eguaglianza con gli altri lavoratori. I datori di lavoro pubblici devono provvedere all'attuazione del presente comma senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente".

Nel procedimento giudiziario che ha visto condannata l'Italia è stata respinta la tesi prospettata dalla difesa italiana (ved. punto 55 della motivazione della sentenza) secondo cui l'applicazione dell'art. 5 della direttiva non può basarsi su un'unica modalità, fondata sugli obblighi imposti ai datori di lavoro, ma deve avvenire anche mediante la predisposizione di un sistema pubblico e privato atto ad affiancare il datore e la persone con disabilità (un sistema di promozione dell'inclusione che sarebbe già in parte previsto dalla Legge 68/99, dalla legge 104/1992, dal T. U. 81/2008 e dalla normativa su cooperative e imprese sociali). Per la Corte di Giustizia dell'Unione Europea, invece, per trasporre correttamente e completamente l'art. 5, letto alla luce dei considerando 20 e 21 (richiamati al punto 60 della

motivazione), non è sufficiente disporre misure pubbliche di incentivo e sostegno, ma è compito degli Stati membri imporre a tutti i datori di lavoro l'obbligo di adottare provvedimenti efficaci e pratici, in funzione delle esigenze concrete, a favore di tutte le persone con disabilità, che riguardino i diversi aspetti dell'occupazione e delle condizioni di lavoro e che consentano ad essi di accedere ad un lavoro, di svolgerlo, di avere una promozione o di ricevere una formazione.

Oltre alla normativa contro le discriminazioni, sono stati inseriti numerosi riferimenti agli accomodamenti ragionevoli nella legge sul collocamento mirato: le Regioni, attraverso il Fondo regionale per l'occupazione delle persone con disabilità, dovranno finanziare le spese di adeguamento delle postazioni di lavoro di coloro che presentano una riduzione della capacità lavorativa superiore al 50% compreso; la rimozione delle barriere architettoniche; l'istituzione di un responsabile dell'inserimento lavorativo; l'apprestamento di tecnologie di telelavoro.

Non è questa l'occasione per esaminare le modifiche apportate alla Legge 68/99. Un'osservazione per tutte è però necessaria perché non si può giudicare positivamente l'inserimento del "limite della riduzione della capacità lavorativa superiore al 50%": esso rappresenta un elemento di discriminazione di non poco conto che costituisce un retaggio culturale e normativo lontano dall'ICF (ovvero dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute). Non averne ancora imposto l'utilizzo generalizzato (ricordiamo che è un linguaggio unificato e standard di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati) e voler restare ancorati a percentuali che poco rappresentano la funzionalità e le capacità delle persone, fa comprendere come vi sia ancora molto da fare su questo versante.

Tutta la normativa citata richiede sicuramente provvedimenti interpretativi ed esplicativi circa il significato da attribuire ai termini “*reasonable accomodation*”, al fine di poter adottare soluzioni realmente utili per le persone e non limitarsi a fornire dei meri risarcimenti del danno non patrimoniale in caso di discriminazione. Si tratta di passaggi essenziali considerato che nel nostro ordinamento gli obblighi datoriali sono sempre stati ricondotti – fino ad oggi – alla categoria civilistica della “cooperazione all’adempimento”, in virtù dei principi di buona fede e correttezza, richiedendo al datore di lavoro solo modificazioni della postazione o dei mutamenti di mansioni, senza far riferimento alcuno all’organizzazione aziendale.

Stante l’onere della prova in capo al datore di lavoro sarà essenziale formare organismi competenti e procedure sul modello di altri paesi come gli Stati Uniti e il Regno Unito dove non vi sono solo previsioni di legge (The Americans with Disabilities Act 1990 e il UK Equality Act 2010), ma sono stati creati specifici enti volti ad attuare concretamente tali disposizioni [ad esempio negli Stati Uniti l’[U.S. Equal Employment Opportunity Commission-ADA](#) (EEOC) e il [Job Accommodation Network](#) (JAN); nel Regno Unito The Equality and Human Rights Commission (EHRC)].

Restano da sciogliere taluni nodi applicativi evidenziati anche nel rapporto 2016 dell’European network of legal experts in gender equality and non-discrimination della Commissione Europea (“Reasonable accommodation for disabled people in employment contexts. A legal analysis of EU Member States, Iceland, Liechtenstein and Norway”, in Boll. ADAPT, 11 aprile 2016, n. 12).

Primo aspetto di non poco conto da chiarire è quello del momento in cui sorge l'obbligo in capo al datore di lavoro di conoscere la necessità di adottare un accomodamento ragionevole.

In alcuni Stati membri (Austria, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Francia, Irlanda, Norvegia, Portogallo, Svezia e Regno Unito) il dovere di fornire soluzioni ragionevoli sembra sorgere quando il datore di lavoro sa o dovrebbe sapere dell'esistenza della "disabilità". Quindi, quando la disabilità è evidente, il datore di lavoro è immediatamente soggetto all'obbligo, ma è poco chiaro comprendere i casi in cui "avrebbe dovuto sapere" vista l'esistenza della normativa sulla privacy e quella sulle visite mediche e/o di idoneità.

In Estonia l'obbligo sorge solo quando perviene al datore di lavoro un certificato medico. In Bulgaria e Lussemburgo, il dovere sorge quando il datore di lavoro è informato dai servizi sanitari o delle autorità pubbliche circa la situazione di salute e la necessità di adottare delle soluzioni ragionevoli.

In altri paesi come Cipro, Paesi Bassi, Polonia e Spagna è richiesta la comunicazione da parte del soggetto interessato.

In Italia nulla è disposto in merito. Il Decreto Legislativo n. 81/2008 (recante Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro il T.U. 81 del 2008) ha delineato un sistema in cui l'azione del datore di lavoro non deve risolversi in interventi episodici e frammentari, ma in un sistema di gestione permanente ed organico diretto all'individuazione, riduzione e controllo costante dei fattori di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori. Il ruolo del medico competente nell'ambito dell'individuazione di accomodamenti ragionevoli, in collaborazione con altri professionisti (quali ad esempio architetti, ingegneri informatici e biomedici), è ancora tutto da definire ed approfondire.

Quanto ad eventuali limiti circa l'obbligo di adozione degli accomodamenti ragionevoli il nostro Paese si distingue dagli altri per aver inserito una disposizione di tutto vantaggio per la Pubblica Amministrazione (che peraltro potrà vederci nuovamente condannati dalle Istituzioni comunitarie) considerato che qualsiasi iniziativa non dovrà prevedere nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

L'unico spiraglio – per il momento – è previsto nell'articolo 17 (1) lett. z) della legge delega 124/2015 (sulla riorganizzazione della pubblica amministrazione) il quale stabilisce che, “al fine di garantire l'effettiva integrazione nel mondo del lavoro delle persone con disabilità” le pubbliche amministrazioni con più di 200 dipendenti nominano, senza oneri nuovi o maggiori sulla finanza pubblica e delle risorse umane, entro i limiti finanziari e materiali previsti nella legislazione corrente, un responsabile dei processi di integrazione”.

Conclusioni

Nella pratica, sempre riferendoci alle esperienze ormai consolidate di altri Paesi, gli accomodamenti ragionevoli rappresentano molto spesso delle soluzioni di “buon senso”, tutt'altro che dispendiose: l'apposizione di strisce luminose nelle vetrate e/o di strisce antiscivolo nei gradini di marmo; l'utilizzo di hardware e/o software specifici; l'applicazione degli aspetti ergonomici della postazione, degli strumenti, degli aspetti psicosociali (cfr. http://www.leas.unina.it/download/Manuale_Raccomandazioni_Ergo.pdf).

Nel caso statunitense, il [Job Accommodation Network](#) fornisce tutta una serie di informazioni e feed-back che si possono trovare facendo la ricerca per patologia (peraltro descritte in modo molto chiaro, per non esperti) o rispetto all'arto/organo di cui è compromessa la funzionalità. Si tratta di una banca dati formata in ottica multidisciplinare che è in continuo aggiornamento e che meriterebbe di essere presa ad esempio dall'Italia dove alle persone – nell'inserimento nel mercato del lavoro e nel mantenimento dell'occupazione – interessano tempestività e concretezza.

**Disabilità oncologica.
Accomodamenti ragionevoli e flessibilità
per il lavoratore malato di cancro:
la giusta via per la reale
inclusione lavorativa***

Intervista all'Avv. Elisabetta Iannelli
(Vicepresidente AIMaC, Segretario Generale FAVO)

di Silvia Fernández Martínez

In ADAPT studiamo da tempo il filone di ricerca sul rapporto tra lavoro e malattie croniche, con l'obbiettivo di trovare soluzioni che servano a conciliare i bisogni di cura dei malati cronici con lo svolgimento di una prestazione lavorativa, riducendo al minimo l'onere per l'impresa (Cfr. [M. Tiraboschi, Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche, in Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche, a cura di M. Tiraboschi, ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, n. 36/2015](#)). Tuttavia, gli ultimi sviluppi normativi in materia di licenziamento non prestano sufficiente attenzione alle specifiche esigenze di questi lavoratori, disincentivando la loro permanenza nel mercato del lavoro (Cfr. [Fernández Martínez, S., Jobs Act e malattia: verso un diritto per il mercato del lavoro?, Bollettino ADAPT, 26 ottobre 2015](#)). Esistono invero altre proposte legislative che intendono rafforzare le

* Pubblicato in *Boll. ADAPT*, 18 luglio 2016, n. 26.

tutele a favore dei lavoratori che soffrono di malattie croniche, facilitando di conseguenza la conservazione del posto di lavoro (Cfr. [Fernández Martínez, S., Una proposta per modificare la disciplina del periodo di comporto e garantire la conservazione del posto di lavoro dei malati cronici, Bollettino ADAPT, 14 dicembre 2015](#)). Per tale ragione, risulta essenziale un confronto con le associazioni di tutela e rappresentanza dei malati cronici e dei disabili che conoscono nel dettaglio i bisogni e le attenzioni che richiedono quanti soffrono di malattie croniche. Per questo motivo, nel corso del nostro lavoro di studio, ricerca e progettazione abbiamo incontrato anche in altre occasioni (Cfr. [Silvaggi, F., Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro – A tu per tu con Elisabetta Iannelli, Bollettino ADAPT, 19 agosto 2015](#)), l'avvocato Elisabetta Iannelli che è Vicepresidente di AIMaC (Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici) e Segretario Generale di FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia). In questo caso, approfondiamo il tema degli accomodamenti ragionevoli, argomento centrale e di grande attualità per la reale inclusione lavorativa dei malati cronici.

Nella sua opinione, le persone con cancro o con altre malattie croniche, devono essere considerate disabili o rappresentano una categoria a sé indipendente dai disabili?

Il cancro come altre malattie croniche può essere causa di disabilità temporanee o permanenti più o meno gravi, ma caratterizzate da una condizione instabile, evolutiva in senso positivo o, in alcuni casi, ma ancora troppo spesso, negativo.

Potremmo definire le “disabilità oncologiche” come quegli stati di diminuita capacità psico-fisica che creano ostacoli al normale svolgimento delle attività quotidiane a causa degli esiti della patologia tumorale sui diversi organi e apparati o anche in senso

sistemico, o a causa degli effetti collaterali delle terapie antineoplastiche i quali possono presentarsi a breve, medio e lungo termine.

Ritengo sia difficile arrivare ad una classificazione univoca delle “disabilità oncologiche” poiché tanti e diversi sono i tipi di tumore e le relative conseguenze invalidanti su chi ne è affetto. Basti pensare alla disabilità derivante da un intervento di laringectomia piuttosto che da un’amputazione di un arto o un intervento di stomia o ancora alle necessità di un malato di cancro al quale sia stato rimosso lo stomaco.

Al malato e all’ex malato oncologico può essere riconosciuta una condizione di disabilità, più o meno grave o temporanea, nelle diverse accezioni giuridiche riconosciute dal nostro ordinamento: invalidità, inabilità, handicap, disabilità ai fini del collocamento obbligatorio, ma queste diverse definizioni sono spesso subite con sofferenza dalle persone malate di cancro che rifiutano l’etichetta della disabilità percepita come un marchio fonte di possibili discriminazioni. Chi si ammala di cancro molto spesso è un “disabile invisibile” per timore dello stigma che affligge questa malattia e ciò è vero tanto più sul posto di lavoro. Vi è poi da dire che le diverse tutele normative previste dal vigente ordinamento per le persone con disabilità, non sono state pensate e scritte per le persone con malattie ad andamento eventualmente evolutivo come il cancro e questo fa sì che le relative tutele giuridiche non rispondano agli effettivi bisogni mutevoli nel tempo di queste persone.

Secondo lei, le persone con cancro devono aver accesso a tutte le tutele previste dall’ordinamento giuridico in materia di disabilità o solo ad alcune?

Non v'è dubbio che quando e nella misura in cui la patologia tumorale o i trattamenti terapeutici antitumorali sono causa di disabilità, debbano essere riconosciute ed applicate tutte le tutele giuridiche che garantiscono i diritti sociali e lavorativi dei malati.

Quale è la sua opinione circa il panorama esistente nel Regno Unito, dove i malati oncologici vengono considerati automaticamente come disabili a effetti di tutela antidiscriminatoria?

In Gran Bretagna, dal 2010, vige una legge (*Equality Act*) che impone ai datori di lavoro di non discriminare le persone disabili e tra queste anche i malati di cancro. Invero anche l'Italia vanta una normativa a tutela della parità di trattamento sul lavoro che è precedente a quella anglosassone: il decreto legislativo n. 216/2003, recante «Attuazione della direttiva 2000/78/CE per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro», integrata dalla legge 99/2013 (di conversione del decreto legge 76/2013) che, tra i diversi emendamenti al testo originale, ha introdotto per la prima volta il concetto di “accomodamento ragionevole”.

Il decreto legislativo n. 216/2003, però, riguarda tutte le persone disabili e, quindi, anche i malati oncologici che vengano riconosciuti tali a seguito del procedimento di accertamento medico legale da parte dell'INPS. Ma superato questo passaggio, che negli anni si è cercato di semplificare e rendere più rapido possibile, la tutela antidiscriminatoria è, anche per la normativa italiana, di natura risarcitoria in termini economici. Certamente, dal punto di vista dello snellimento delle procedure burocratiche, sarebbe preferibile un automatismo nel riconoscimento della

disabilità (nelle diverse accezioni di invalidità e di handicap) conseguente alla diagnosi di malattia oncologica e questo non solo per semplificare l'accesso alla tutela antidiscriminatoria in ambito lavorativo ma, prima ancora di questo, per l'accesso ai diversi benefici giuridici ed economici riconosciuti dal nostro ordinamento ai malati oncologici. Il passaggio, però, è complesso e richiede un'attenta e approfondita riflessione anche perché non esiste "il cancro" ma tanti "tipi di cancro" che si diversificano per gravità, effetti invalidanti temporanei o permanenti, possibilità di cura, guarigione o aggravamento nel medio e lungo periodo. Ed infine, non si può sottovalutare la ricaduta psicologica di un automatismo cancro=disabilità per la persona malata che spesso non si sente "disabile" né vuole sentirsi considerata tale.

Secondo lei, quali sono gli accomodamenti del posto di lavoro di cui hanno bisogno le persone con cancro per mantenere la propria attività lavorativa?

I ragionevoli accomodamenti necessari ed auspicabili per i lavoratori malati di cancro possono essere molto diversi da quelli ormai entrati nella pratica comune per gli altri tipi di disabilità, dopo anni di non facili battaglie. Non si tratta, spesso, solamente di rimuovere barriere architettoniche o di dotare la postazione di lavoro di strumenti informatici in grado di supplire ad un deficit visivo o uditivo. Il lavoratore malato di cancro potrebbe aver bisogno di modulare i tempi di lavoro per conciliarli con quelli delle cure e delle visite mediche o diagnostiche, oppure anche per consentire tempi di recupero delle ridotte capacità psicofisiche, quantomeno durante le fasi acute di malattia, quando i trattamenti terapeutici sono più pesanti. Ma anche nelle fasi successive di cronicizzazione o di assenza di malattia, il lavoratore potrebbe soffrire di disturbi cognitivi che richiedono

tempi di lavoro meno intensi o una maggiore flessibilità oraria o di luogo di svolgimento della prestazione lavorativa. In questi casi strumenti come il part-time, l'orario flessibile o il telelavoro possono essere considerati ragionevoli accomodamenti che soddisfano le esigenze del lavoratore come quelle del datore di lavoro.

Le diverse tipologie tumorali e le loro conseguenze disabilitanti su chi ne è affetto richiedono risposte personalizzate anche in ambito lavorativo. Basti pensare alle diverse necessità derivanti da un intervento di laringectomia, nel qual caso il malato oncologico deve superare l'ostacolo derivante dal *deficit* vocale, rispetto a quelle di un lavoratore al quale sia stato rimosso lo stomaco e che quindi deve continuare a lavorare compatibilmente con l'esigenza di fare pasti ripetuti e ravvicinati; oppure alle esigenze di un lavoratore stomizzato al quale deve essere garantita una postazione di lavoro non distante da idonei servizi igienici, o al lavoratore che a causa di un intervento chirurgico soffre di linfedema agli arti superiori o inferiori, con conseguente limitazione all'uso delle braccia per lavori particolarmente pesanti o che non possa stare in piedi per troppo tempo. Gli ostacoli che si vengono a creare a causa del tumore del lavoratore dipendente, da difficoltà individuale rischiano di diventare crisi aziendale, ma possono essere superati con il dialogo e la comprensione nel reciproco rispetto. È questa la via da percorrere per una reale inclusione sociale e lavorativa di chi lotta per vincere la vita dopo il cancro. Per favorire questa evoluzione culturale AIMaC ha stilato un decalogo, contenuto nella brochure [Lavoratori malati di tumore: 10 consigli al datore di lavoro.](#)

I datori di lavoro possono impegnarsi per capire come gestire le diverse disabilità oncologiche sul luogo di lavoro, individuando le

mansioni più idonee ed eventualmente adattandone le modalità di svolgimento alle specificità del singolo lavoratore, recuperando in tal modo professionalità che altrimenti potrebbero andare perdute. Alla medicina di precisione o medicina personalizzata devono corrispondere “accomodamenti personalizzati” sul posto di lavoro.

Nella sua opinione, le forme di lavoro flessibile, come il lavoro agile, rappresentano un’opportunità per evitare l’uscita prematura dei lavoratori con cancro dal mercato del lavoro?

Il lavoratore che si ammala di cancro desidera continuare a lavorare, non solo per necessità economiche ma proprio per affermare di essere ancora vivo, per non perdere la propria identità e far rispettare la propria dignità di persona. Ed è questo il vero valore del lavoro!

Certamente il lavoro agile e le diverse forme di flessibilità sul lavoro sono strumenti utili a rispondere ai bisogni dei lavoratori che si ammalano di cancro ed anche per evitare pensionamenti prematuri per inabilità che, a volte, sono conseguenza di una incapacità, legata all’ignoranza di come gestire il problema cancro sul posto di lavoro in termini di inclusione socio-lavorative. Una fuoriuscita non necessaria né veramente voluta dal mondo produttivo genera costi altissimi umani ed economici per il singolo e per la collettività che sarebbe molto meglio evitare. L’inclusione ed il reinserimento lavorativo devono essere intesi non come costi ma come un vero e proprio investimento anche perché la persona che si è dovuta confrontare con una malattia grave come il cancro e lo ha superato ha certamente una marcia in più nel saper affrontare e gestire grandi e piccole

problematiche nella vita quotidiana e, quindi, anche in ambito lavorativo, costituisce una risorsa e non un peso per la società.

Sclerosi multipla e disabilità: il lavoro agile come misura di “accomodamento ragionevole”?*

Intervista a Paolo Bandiera
(Direttore Affari Generali AISM)

di Silvia Fernández Martínez

In ADAPT studiamo da tempo il filone di ricerca sul rapporto tra lavoro e malattie croniche, con l'obiettivo di trovare soluzioni che servano a conciliare i bisogni di cura dei malati cronici con lo svolgimento di una prestazione lavorativa, riducendo al minimo l'onere per l'impresa (Cfr. [M. Tiraboschi, Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche, in Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche, a cura di M. Tiraboschi, ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, n. 36/2015](#)). Tuttavia, gli ultimi sviluppi normativi in materia di licenziamento non prestano sufficiente attenzione alle specifiche esigenze di questi lavoratori, disincentivando la loro permanenza nel mercato del lavoro (Cfr. [Fernández Martínez, S., Jobs Act e malattia: verso un diritto per il mercato del lavoro?, Bollettino ADAPT, 26 ottobre 2015](#)). Esistono invero altre proposte legislative che intendono rafforzare le tutele a favore dei lavoratori che soffrono di malattie croniche, facilitando di conseguenza la conservazione del posto di lavoro (Cfr. [Fernández Martínez,](#)

* Pubblicato in *Boll. ADAPT*, 2 maggio 2016, n. 15.

S., Una proposta per modificare la disciplina del periodo di comporta e garantire la conservazione del posto di lavoro dei malati cronici, Bollettino ADAPT, 14 dicembre 2015). Per tale ragione, risulta essenziale un confronto con le associazioni di tutela e rappresentanza dei malati cronici e dei disabili che conoscono nel dettaglio i bisogni e le attenzioni che richiedono quanti soffrono di malattie croniche. Per questo motivo, nel corso del nostro lavoro di studio, ricerca e progettazione abbiamo incontrato l'avvocato Paolo Bandiera che è Direttore di Affari Generali di AISM (Associazione Italiana Sclerosi Multipla).

Nella sua opinione, le persone con sclerosi multipla o con altre malattie croniche, devono essere considerate disabili o rappresentano una categoria a sé indipendente dai disabili?

La sclerosi multipla è una malattia che con il progredire dei sintomi può comportare disabilità, intesa come il risultato dell'interazione tra persone con limitazioni e barriere attitudinali ed ambientali, che ne impediscono la piena ed efficace partecipazione nella società su una base di parità con gli altri. E' questo infatti il concetto di disabilità – un concetto in evoluzione – da tenere presente, come viene affermato dalla Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità, recepita dalla legge dello Stato n. 18/2009: si tratta di una condizione che, prima di tutto, si sostanzia in una relazione, cioè, in un rapporto tra una persona con menomazioni o limitazioni e l'ambiente. Una persona che soffre limitazioni o menomazioni funzionali può quindi essere considerata una persona che non presenta condizioni di disabilità se il contesto di vita, di lavoro, di relazioni sociali risulta accogliente e in grado di non porre o comunque rimuovere barriere e ostacoli alla partecipazione.

Pertanto se è certamente vero, dal punto di vista clinico, che la sclerosi multipla è una patologia, in quanto cronica, ingravescente, degenerativa che, con l'avanzare degli anni e delle fasi della malattia comporta disabilità, misurata attraverso scale specifiche tra cui la più diffusa è l'EDSS di ampio impiego anche ai fini degli accertamenti medico-legali (che misura appunto il grado di compromissione dei vari sistemi funzionali), è altrettanto vero sotto un profilo bio-psico-sociale che anche in presenza di valori di EDSS significativi la persona che viva e operi in un contesto favorevole può mantenere una condizione e uno stile di vita inclusivo.

Per questo motivo, per la necessaria attenzione da prestarsi al contesto in relazione con le caratteristiche della persona, che l'approccio di AISM in tema di occupazione è fortemente centrato sul tema delle misure di flessibilità, sull'accomodamento ragionevole, sull'adattamento o meglio sul ripensamento dell'ambiente e delle forme e articolazione del lavoro: perché la disabilità così come la sua assenza dipendono, fortemente, dal contesto culturale, dalla accoglienza, dal livello di riconoscimento dei diritti, dall'esistenza o meno di norme e soluzioni intelligenti che superino le barriere fisiche, organizzative, anche quelle intangibili, che ostacolano percorsi di inclusione e partecipazione. Pertanto, in conclusione, si può dire che la diagnosi di sclerosi multipla non comporti automaticamente una condizione di disabilità ai fini lavorativi, sia perché persone con SM, in particolare giovani e con forme meno severe di malattia mantengono ottime capacità e autonomie, sia perché anche con l'avanzare ed il progredire dei sintomi è assolutamente possibile che la persona con SM venga messa nelle condizioni di poter esprimere le proprie abilità e non ne venga intaccato il "funzionamento" sotto il profilo della produttività.

Secondo lei, le persone con sclerosi multipla devono aver accesso a tutte le tutele previste dall'ordinamento giuridico in materia di disabilità o solo ad alcune?

In primo luogo, rispetto alla tutela antidiscriminatoria, questa si deve garantire a tutte le persone con sclerosi multipla perché vengano prima di tutto riconosciute cittadini titolari di diritti, oltre la malattia. Purtroppo dobbiamo constatare che ancora oggi la sclerosi multipla, per una mancanza di conoscenza e d'informazione presso la popolazione generale, i colleghi, i datori di lavoro, viene spesso impropriamente associata ad una perdita automatica delle capacità produttive. La tutela antidiscriminatoria è quindi fondamentale per poter garantire il rispetto dei diritti umani a tutte le persone con SM, anche quali lavoratori, oltre lo stigma della malattia.

In secondo luogo, rispetto ai percorsi previsti dalla legge 68, le persone con sclerosi multipla come le altre persone con disabilità hanno accesso laddove venga loro riconosciuta la soglia di invalidità stabilita dalla legge. D'altronde, ci sono molte persone con sclerosi multipla che lavorano senza essere state inserite nei percorsi di inserimento mirato. Ancora, ci sono persone con sclerosi multipla dedite a lavori autonomi, all'esercizio di libere professioni, che richiederebbero tutele maggiori perché ad oggi il nucleo di garanzie apprestato dall'ordinamento in generale per tali forme di lavoro è oggettivamente minimale.

Parlando di tutele dovrebbe poi essere garantito un sistema di valutazione della disabilità – ad oggi essenzialmente centrato su un modello medico-legale – che vada oltre la dimensione dell'incapacità lavorativa generica. Nel caso della SM ad esempio

l'handicap grave molto spesso non viene riconosciuto se non in presenza di alte percentuali di invalidità, con una penalizzante ed impropria tendenza della commissioni medico legali ad assimilare il concetto di svantaggio sociale alle menomazioni, situazione da cui deriva frequentemente l'impossibilità di fruizione dei permessi previsti dalla Legge 104 pur in presenza di una condizione di effettivo handicap grave. Per questo motivo AISM, con FISH e gli altri partecipanti dello specifico gruppo di lavoro all'interno dell'Osservatorio attivato dal Governo per l'attuazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, sta contribuendo all'elaborazione di un nuovo sistema di valutazione della disabilità, che non tenga solo conto del dato sanitario ma valorizzi un approccio bio-psico-sociale a partire dall'impostazione ICF e sta portando avanti da anni un proficuo lavoro di confronto e impegno comune con INPS per il miglioramento del processo valutativo.

Secondo lei, quali sono gli accomodamenti del posto di lavoro di cui hanno bisogno le persone con sclerosi multipla per mantenere la propria attività lavorativa?

Una grande parte delle persone con sclerosi multipla, specie nella prima fase di malattia, possiede buoni livelli di autonomia e può non avere particolari limitazioni funzionali. In questo caso bisogna primariamente sostenere il mantenimento del lavoro consentendo alla persona di potere conciliare gli impegni professionali con i tempi e le esigenze di cura. A volte, in effetti, il vero problema è l'incapacità del sistema di conciliare la prevenzione, la riabilitazione, le cure, la somministrazione dei farmaci, con il mantenimento dell'attività lavorativa, quando basterebbe introdurre ed applicare, anche attraverso una buona contrattazione nazionale e decentrata, soluzioni di flessibilità

organizzativa, permessi, prolungamenti dei periodi di comporta per persone con SM che possano andare incontro a episodi acuti o comunque a periodi di aggravamento, anche considerando che la SM è una malattia imprevedibile, con un andamento spesso discontinuo, caratterizzata prevalentemente da una forma ad andamento recidivante e remittente. Per questo il nostro ufficio studi analizza sistematicamente i principali CCNL e formula proposte di clausole attente alle esigenze delle persone con disabilità e gravi patologie come la SM, avendo da tempo avviato tavoli strutturali di confronto con i principali Sindacati e con le rappresentante dei Datori di Lavoro su questi temi, anche pubblicando e mettendo a disposizione guide e supporti per facilitare la gestione della condizione di SM in azienda secondo un approccio collaborativo (cfr. www.aism.it).

Nel nostro caso infatti il 48% delle persone con SM in età lavorativa ha accesso ad un'occupazione ma quando la disabilità (intesa come parametro clinico) è superiore a 7 EDSS il dato si riduce al 17%: le persone con SM lamentano che i principali fattori sfavorevoli sono, al di là dell'andamento della malattia e della rilevanza di alcuni sintomi come la fatica, prima di tutto un ambiente ostile, l'atteggiamento dei colleghi e del capo, il mancato adattamento della postazione e dei ritmi e carichi di lavoro. Il 32% delle persone con SM poi riduce in media di 12 ore a settimana le ore di lavoro e in particolare le donne con SM hanno difficoltà nel mantenere il lavoro a partire dai 35 anni (-10% rispetto a maschi con SM), quando proprio le donne sono le più colpite dalla malattia. Va quindi promosso un approccio da parte dei datori di lavoro di tipo collaborativo, che valorizzi le capacità delle persone con SM di mantenere il lavoro pur con il progredire della malattia, e assuma la diversità e in essa la disabilità in genere non solo come un elemento costitutivo della

realtà umana ma, in chiave squisitamente aziendale, come un autentico fattore strategico di successo e di sviluppo. Un'organizzazione in grado di comprendere ed adattarsi ai bisogni dei propri lavoratori, è un'organizzazione che porta con sé un DNA che le consente di affrontare le sempre crescenti sfide del cambiamento e dell'innovazione. Altro tema su cui lavoriamo fortemente è quello relativo alla valutazione di idoneità alla mansione: partendo dalla constatazione che il 44% dei medici del lavoro dichiara di aver incontrato difficoltà nella formulazione del giudizio di idoneità di persone con SM, abbiamo congiuntamente con SIMLII – la società dei Medici del Lavoro e Igiene Industriale – predisposto degli orientamenti per i medici del lavoro in materia di idoneità e SM e ne promuoviamo la diffusione e l'utilizzo.

Nella sua opinione, le forme di lavoro flessibile, come il lavoro agile, rappresentano un'opportunità per evitare l'uscita prematura dei lavoratori con sclerosi multipla del mercato del lavoro?

Noi, di AISM, le consideriamo una grandissima opportunità. In primo luogo perché nel nostro ordinamento esiste un'accezione astratta di accomodamento ragionevole. In materia, come noto, vige un obbligo normativo in base al decreto Giovannini per i datori di lavoro pubblici (anche se per questi ad invarianza di costi) e privati ma, in realtà, ancorché si stia cercando di promuoverne la pratica (esistono delle sperimentazioni virtuose di *disability management*) ed a livello di Osservatorio Convenzione ONU Diritti persone con Disabilità si sta affrontando il tema, molto è rimasto sulla carta ed a livello di petizione di principio. Ciò si deve in primis alla mancata adozione di linee guide applicative, la cui elaborazione richiede l'apporto di una pluralità

di soggetti e competenze, tra cui le stesse associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità. AISM riconosce in questo senso nello *smart working* una forma per antonomasia di accomodamento ragionevole, perché non si tratta soltanto dell'adattamento della postazione lavorativa come ambiente fisico, di ergonomia, di dispositivi e ausili, ma ancor più di riconciliare il ciclo vita-cura-lavoro. Ad esempio, per chi non ha possibilità di acquistare un mezzo di trasporto attrezzato e ha una disabilità motoria tale da impedirgli di utilizzare i mezzi di trasporto pubblico – spesso non attrezzati – diventa complicato spostarsi da e per il lavoro. Per favorire la conciliazione dovremmo quindi riuscire a valorizzare e a promuovere formule secondo cui le persone, pur mantenendo un adeguato livello di appartenenza organizzativa e di partecipazione ai processi inclusivi che l'ambiente di lavoro porta con sé, possano godere di ampia libertà nello scegliere il luogo e l'orario di lavoro. E' quindi molto importante promuovere lo *smart working* come forma di accomodamento ragionevole, anche prevedendo che si possano utilizzare gli incentivi contenuti nella normativa per l'occupazione delle persone con disabilità.

Lo *smart working* è una soluzione avanzata in assoluto, per tutti i lavoratori e per la sostenibilità del sistema, ma può avere una straordinaria ricaduta, un forte valore aggiunto, per le persone con disabilità e nel nostro caso, delle persone con sclerosi multipla consentendo di rispondere con elasticità a quell'imprevedibilità che caratterizza la malattia. Lo *smart working* è quindi uno strumento potenzialmente potente per mantenere l'occupazione, sfruttare al massimo la capacità produttiva, evitare oneri e provvidenza passive a carico dello Stato. Sappiamo infatti che per la SM che un terzo del costo sociale di malattia è legato alla perdita di produttività.

Con riferimento al DDL Lavoro Autonomo ed in particolare alla sezione dedicata al lavoro agile, dobbiamo quindi fare in modo che venga riconosciuta questa valenza dell'istituto, sempre su base volontaria, per le persone con disabilità – e per questo stiamo sostenendo audizioni e incontri istituzionali – cosicché in fase applicativa se ne possa promuovere un effettivo impiego per ciò che ci interessa.

Sezione III

LICENZIAMENTO E MALATTIE CRONICHE

Licenziamento per sopravvenuta inidoneità fisica dopo un trapianto: “inaccettabile” o legittimo?*

di Silvia Fernández Martínez

Nei giorni scorsi è apparsa sui media la notizia di un [operario di Torino licenziato dopo un trapianto di fegato](#). Il caso ha acquisito così tanto rilievo a livello mediatico che anche la classe politica, tra cui, [il ministro Poletti e il presidente della commissione Lavoro alla Camera, Cesare Damiano, si sono pronunciati a riguardo](#) mostrandosi contrari alla decisione presa dall'azienda. Senza entrare nel merito di tutte le considerazioni che sono state fatte, quello che interessa in questa sede è **analizzare il caso da un punto di vista giuridico per capire se, anche in relazione ad altre fattispecie concrete, un licenziamento siffatto possa essere considerato legittimo o meno**. Sebbene, raramente raggiungano le cronache nazionali e l'opinione pubblica sono infatti decisamente numerosi i casi come quello in esame. Secondo alcune stime CENSIS, per esempio, sarebbero ben 274mila i lavoratori licenziati dopo aver

* *Pubblicato in Boll. ADAPT, 13 marzo 2017, n. 10.*

ricevuto la diagnosi di tumore ([CENSIS, FAVO, *Quarto Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, 2012](#)).

Il lavoratore dell'azienda torinese, trapiantato in seguito ad un tumore al fegato, è rientrato al lavoro dopo 8 mesi in assenza per malattia. Tuttavia, una volta tornato dopo 3 settimane di ferie forzate è stato licenziato. Il lavoratore è stato sottoposto ad accertamenti sanitari per la verifica dell'idoneità alle mansioni di "operaio universale" e l'azienda sostiene che ha dovuto prendere atto delle stringenti limitazioni rilevate dal giudizio del medico competente. Così, afferma di aver verificato la possibilità di adibire il lavoratore a una diversa collocazione in altri reparti, postazioni o stabilimenti, e in mansioni equivalenti, o di livello contrattuale inferiore, senza aver ottenuto un risultato positivo. L'azienda giustifica l'impossibilità di individuare ipotesi di impiego alternativo poiché le postazioni lavorative risultano incompatibili con la residua capacità lavorativa accertata dal medico competente o non corrispondenti con le competenze maturate dal lavoratore. Peraltro, tutte le posizioni lavorative in azienda risultano occupate. Di fronte a questa situazione e sebbene le conseguenze derivanti della malattia di un lavoratore possano tradursi in diverse ipotesi di licenziamento, come il licenziamento per superamento del periodo di comportamento o per scarso rendimento, la fattispecie giuridica è il **licenziamento per sopravvenuta inidoneità fisica**.

La sopravvenuta inidoneità psicofisica del lavoratore è stata ricondotta dalla giurisprudenza alla disciplina dei **licenziamenti per giustificato motivo oggettivo** regolamentati dall'art. 3 della legge 15 luglio 1966, n. 604., Norme sui licenziamenti individuali, anche se l'articolo non la menziona espressamente. Tuttavia, nell'ambito del licenziamento per sopravvenuta inidoneità

sopravvenuta risulta applicabile anche **l'obbligo di repêchage** così come stabilito dalla sentenza della Corte di Cassazione, Sezione Unite, 7 agosto 1998, n. 7755. Seguendo quest'interpretazione, la sopravvenuta inidoneità psicofisica costituisce giustificato motivo di licenziamento unicamente nel caso in cui il datore di lavoro abbia verificato che la capacità lavorativa residua del lavoratore non è compatibile con le mansioni assegnatagli o con altre equivalenti o, se questo è impossibile, anche ad altre inferiori, a condizione che l'attività sia utilizzabile nell'impresa, secondo l'assetto organizzativo stabilito dall'imprenditore.

Nel caso che ci occupa, l'azienda afferma nella lettera di licenziamento di aver svolto l'attività di verifica circa la possibilità di trovare un'occupazione diversa per il lavoratore rispettando così l'obbligo di repêchage. Tuttavia, l'azienda fa quest'affermazione in maniera generica senza apportare prove a riguardo. Invece, qualora il lavoratore facesse causa allegando l'illegittimità del licenziamento per giustificato motivo oggettivo, **il datore di lavoro avrebbe l'onere di provare l'impossibilità di ricollocare il lavoratore in altra posizione lavorativa disponibile.** Inoltre, nel caso in cui il lavoratore fornisca elementi per individuare posti disponibili all'interno dell'azienda compatibili con il suo bagaglio professionale, il datore di lavoro dovrebbe provare l'impossibilità di adibirlo alle posizioni lavorative da lui indicate come disponibili. La prova acquisisce una grande rilevanza in questi casi, così come la necessità di analizzare il caso concreto per comprendere le possibilità effettive di ricollocare il lavoratore in funzione delle caratteristiche dell'azienda così come in funzione della sua capacità lavorativa. **Qualora l'azienda riuscisse a dimostrare in sede di giudizio che non è possibile trovare una**

sistemazione diversa per il lavoratore all'interno dell'azienda, considerando il quadro giuridico vigente, il licenziamento per inidoneità sopravvenuta potrebbe essere qualificato come legittimo.

Nel caso oggetto di analisi, il lavoratore torinese non farà causa posto che, a seguito del grande impatto mediatico del caso, **l'azienda ha riconsiderato la sua decisione e la vicenda è stata risolta attraverso un accordo con le organizzazioni sindacali.** [Il lavoratore potrà scegliere tra tornare a lavorare in azienda oppure accordarsi per una buonuscita con aggancio alla pensione.](#) In attesa di sapere quale sarà la decisione finale che prenderà il lavoratore, può dirsi che in questo caso concreto, trattandosi di un “operaio universale” di 55 anni di un'azienda metalmeccanica, anche se di dimensioni non ridotte, adibirlo a mansioni diverse da quelle finora svolte, senza una adeguata qualificazione professionale, non sembra un compito facile.

Sebbene questo caso concreto sia stato risolto grazie al **sistema di relazioni industriali che potrebbe giocare un ruolo decisivo nel ritorno al lavoro dei malati cronici** (Cfr. [M. Tiraboschi, “Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche”, in *Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, a cura di M. Tiraboschi, ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, n. 36/2015](#)) questo non sempre sarà possibile posto che spesso non si hanno le condizioni per arrivare a un accordo. In questo caso si è svolto anche uno **sciopero di solidarietà** da parte dei colleghi.

In casi come questi, il principale problema è garantire **l'equilibrio tra la libertà d'iniziativa economica del datore di**

lavoro e l'interesse del lavoratore alla stabilità del lavoro così come alla protezione della propria salute. Per questo motivo, risulterà difficile esigere dall'impresa la "responsabilità di garantire un'opportunità ai lavoratori che vivono situazioni come quelle dell'operaio torinese" come afferma il ministro Poletti, se poi **non si offrono alle aziende gli strumenti per poter garantire la conservazione e il ritorno al lavoro dei lavoratori con malattie croniche.** In questo contesto, è necessario capire che la responsabilità è attribuibile non soltanto alle aziende ma anche alla società in generale e, *in primis*, al Governo. **Serve a ben poco condannare le aziende che licenziano i lavoratori con una capacità lavorativa ridotta a causa di una malattia quando nell'ordinamento giuridico italiano la sopravvenuta inidoneità fisica costituisce una causa legittima di licenziamento.** A questo punto, una soluzione potrebbe consistere in un intervento volto a reinterpretare il concetto d'inidoneità sopravvenuta e la possibilità che essa costituisca un motivo di licenziamento per motivo oggettivo nel caso di malattie gravi che, come nel caso che ci occupa, possono tradursi in una capacità lavorativa ridotta con carattere permanente.

Neoplasie e licenziamento: tra norme e responsabilità sociale*

di Silvia Bruzzone

Ancora negli ultimi mesi vi sono stati casi di **lavoratori, con patologie oncologiche, licenziati per aver superato il periodo di comporta per malattia** o per essere stati gli unici ad essere stati licenziati per non meglio chiariti “motivi economici”. In un certo numero di situazioni si è ottenuta la reintegra dalle aziende dopo le segnalazioni dei sindacati e, soprattutto, la pressione mediatica.

I temi della tutela della salute in relazione alla conservazione del lavoro presentano questioni più ampie e complesse che dovrebbero essere valutate in modo organico e completo, con un approccio multidisciplinare di intervento, in quanto richiamano diversi ambiti di riflessione tra cui **l’etica dei diritti umani, la scienze della salute, le scienze demografiche e sociali, le scienze economiche e politiche**: ora più che mai visto che ci sono da affrontare la necessità di rigenerare la competitività dei territori per far fronte alla crescente domanda di bisogni sociali per l’invecchiamento, la non autosufficienza, la precarizzazione del lavoro, l’impoverimento, l’emarginazione e il disagio.

* *Publicato in Boll. spec. ADAPT, 21 maggio 2015, n. 14.*

Questo contributo ha l'obiettivo di evidenziare come tutti i casi di licenziamento che possono coinvolgere una persona con gravi problemi di salute presentano non poche **criticità applicative**. Alcuni più di altri.

Il licenziamento discriminatorio vietato, tra l'altro, dal d.lgs. n. 216/2003, così come il licenziamento per sopravvenuta inidoneità fisica alla mansione, pongono una serie di aspetti delicati: l'uno, ad esempio, in ordine alla **presentazione delle prove**; l'altro soprattutto per le **valutazioni medico legali** e per le **difficoltà nell'individuazione concreta di nuove mansioni**, compatibili con lo stato di salute, che non sono dovute sempre e solo motivate dalle dimensioni aziendali ma anche all'assenza di "adattamenti ragionevoli".

Ancora più complesso, per motivi diversi, è il licenziamento per **superamento del periodo di comporta**: tanto la normativa, quanto le clausole contrattuali inserite nel corso degli anni, sono frammentarie ed eterogenee, nonostante non sia mancato l'impegno del Legislatore, delle associazioni di rappresentanza e delle stesse parti sociali.

In tutti i contratti del [settore pubblico](#), e in molti del settore privato, **sono aumentate le clausole che fanno riferimento alle "gravi patologie"**, alle "patologie oncologiche", e indicano talune patologie espressamente. Va ricordato tuttavia che, al momento, continua a permanere **l'assenza di un elenco completo di cd. "patologie gravi"**. Vi sono solo taluni **interventi normativi parziali**: il D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 (Testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra) con tabelle annesse; l'elenco delle malattie considerate croniche

ed invalidanti ai sensi dell'art. 5 comma 1, lettera a) del d.lgs. del Ministero della sanità del 29 aprile 1998 n. 124.

Un'indicazione più dettagliata è inserita solo nell'art. 2 del dm n. 278/2000 (Regolamento recante disposizioni di attuazione dell'articolo 4 della [L. 8 marzo 2000, n. 53](#), concernente congedi per eventi e cause particolari) che prevede il cd. congedo per "gravi motivi familiari".

Anche il riferimento alle terapie salvavita e la dicitura **"effetti invalidanti temporanei o permanenti"** sono indicati in molti contratti del pubblico e in taluni del settore privato, ma va detto che anche in questo caso mancano chiarimenti normativi e indicazioni medico-legali precise circa il significato da attribuire a tali termini.

Normalmente si citano come esempi la chemioterapia e l'emodialisi; talune volte viene affiancata la dicitura "altre assimilabili" (anche se dal punto di vista medico legale non è chiaro cosa voglia o possa intendersi per "assimilabilità"): in ogni caso andrebbe chiarito se occorre fare riferimento alle sole terapie che impediscono o rallentano "l'evento morte", oppure a tutte quelle terapie che impediscono la determinazione di effetti invalidanti più gravi della patologia progressiva diagnostica e che, quindi, "salvano la vita" e la qualità della stessa in un'accezione più ampia.

Appaiano evidenti la necessità e l'urgenza di colmare le gravi lacune esistenti, quantomeno sul concetto ed eventuale elenco di "gravi patologie" e di "terapie salvavita". Anche l'elaborazione di **linee guide per tutti i medici legali** rappresenta un essenziale punto di partenza.

Nel frattempo le Parti sociali dovrebbero utilizzare formulazioni “non escludenti”, facendo riferimento a situazioni che contemperino l’esigenza di specificità e determinatezza con quella di eguaglianza e non discriminazione; individuando clausole che abbiano un senso nel concreto delle varie realtà, ad esempio dal punto vista medico.

Solo così si potrà garantire maggiore efficacia alle disposizioni stesse, evitare dubbi interpretativi e trattamenti differenziati sia tra gli stessi lavoratori con patologie oncologiche, sia tra quest’ultimi e i lavoratori con malattie parimenti gravi, tralasciando sempre i “cronici” su cui molto andrebbe scritto e fatto.

I problemi non sono solo quelli appena descritti.

Vi sono ancora **contratti collettivi che risultano inadeguati** in materia poiché non prevedono nessuna clausola per cui **il lavoratore deve ricorrere a ferie e permessi** per poter assentarsi dal lavoro, nonostante sia notorio che l’assenza sia dovuta ai cicli di terapia.

Per l’aspettativa non retribuita (volta quantomeno a prolungare il periodo di conservazione del posto di lavoro ed utile in situazioni di salute che richiedono cure più lunghe) è necessaria la richiesta del lavoratore stesso, magari impegnato in cure stressanti e dolorose. Il datore di lavoro non ha alcun obbligo di informare della possibilità, così come non ha alcun obbligo di avvisare dell’avvicinarsi della scadenza del periodo di comporta.

Spesso la persona si trova senza più lavoro, nessuna copertura assicurativa/previdenziale (per assenza dei requisiti previsti dal

sistema previdenziale), nessuna opportunità di riqualificazione e di reinserimento lavorativo (non solo per la capacità lavorativa, ma per questioni anagrafiche, geografiche, ecc).

Quali le possibili soluzioni? Come prevedere una tutela più uniforme? **Come non caricare sui datori di lavoro i costi sociali delle malattie?**

Dall'esame di **alcune esperienze straniere** posso derivare utili spunti di operatività.

La **legislazione inglese** in tema di diritti delle persone con disabilità, regolata dal **Disability Discrimination Act (DDA)** del 1995, è stata integrata – nel 2005 – con una serie di disposizioni che hanno esteso la tutela per le persone con patologie progressive (ad esempio cancro, HIV, sclerosi multipla) **a partire dal momento stesso della diagnosi e non da quando si verifica una compromissione della capacità lavorativa.**

Con tale normativa è stata vietata, fra l'altro, la **discriminazione diretta di rifiutare l'assunzione di una persona perché ha una particolare patologia progressiva** prevedendo tutele nelle procedure di selezione del personale.

Il **Disability/Diversity Management** – inteso come **flessibile organizzazione del rientro del lavoratore** in azienda modulato da interventi ed azioni specifiche di tipo riabilitativo, ergonomico, organizzativo, in relazione alle concrete necessità, professionalità e con i cicli produttivi aziendali – è un processo ormai consolidato in altri Paesi dove numerosi studi hanno dimostrato che è un processo vantaggioso per tutti gli attori in campo: prevede un contenimento delle spese per i Governi; il

risparmio economico e l'aumento della produttività per i datori di lavoro; una miglior protezione dell'occupazione dei lavoratori.

Su questi temi **il nostro Paese ha un ritardo almeno ventennale**. Cercare di ridurre il *gap* è una sfida da intraprendere. Possibilmente in modo più convinto di quanto non sia stato ancora fatto.

Jobs Act e malattia: verso un diritto per il mercato del lavoro?*

di Silvia Fernández Martínez

La pubblicazione del [d.lgs. n. 23 del 4 marzo 2015, recante la disciplina relativa al contratto di lavoro a tempo indeterminato a tutele crescenti](#), ha aperto il dibattito sulla disciplina applicabile in caso di licenziamento illegittimo fondato sulla malattia del lavoratore. A differenza della legge 28 giugno 2012 (legge Fornero) che, anche senza esplicito riferimento alla malattia, richiamava il licenziamento per inidoneità sopravvenuta e per superamento del periodo di comporto (figure giuridiche che coprono alcuni specifici casi di licenziamento derivante della malattia), il d.lgs. n. 23 del 4 marzo 2015 non regola il licenziamento illegittimo per malattia e non contiene riferimento alcuno circa le conseguenze da ricondurre a questo tipo di licenziamento.

Ci si chiede dunque quale sia la disciplina applicabile in tale circostanza: se quella contenuta nell'art. 2, d.lgs. n. 23 del 4 marzo 2015 riferita al licenziamento discriminatorio, nullo e intimato in forma orale, o quella dell'art. 3, riferita al licenziamento per giustificato motivo e giusta causa.

* *Pubblicato in Boll. ADAPT, 26 ottobre 2015, n. 37.*

La questione non è banale e non appartiene soltanto all'ambito meramente tecnico-concettuale, dal momento che le **conseguenze giuridiche sono totalmente diverse** in funzione dell'inquadramento giuridico che si sceglie di dare al licenziamento del lavoratore malato. Infatti, qualora si considerasse il licenziamento illegittimo per malattia **discriminatorio o nullo** (art. 2, d.lgs. n. 23 del 4 marzo 2015), **il lavoratore avrebbe diritto alla reintegra nel posto di lavoro**; se, invece si inquadrasse la questione come un **licenziamento per giustificato motivo carente di motivazione** (art. 3, d.lgs. n. 23 del 4 marzo 2015), **il lavoratore avrebbe soltanto diritto a un'indennità commisurata all'anzianità**.

Queste due possibilità interpretative hanno anche implicazioni diverse dal punto di vista della permanenza nel mercato del lavoro di questo gruppo di lavoratori. Mentre la prima delle due possibilità risponde a una prospettiva più favorevole alla permanenza dei malati cronici nel mondo del lavoro, sempre attraverso l'adattamento delle condizioni di lavoro in conformità alle specifiche necessità di questi lavoratori, la seconda opzione, invece, risponde a una visione che utilizza modelli *medically-driven* del problema, che rischiano di provocare l'uscita dal mercato del lavoro, con tutte le criticità che poi si pongono nella fase di reinserimento nel mercato del lavoro (Cfr. M. Tiraboschi, *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, in [Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche](#), a cura di M. Tiraboschi, ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, n. 36/2015, p. 14).

Posto che il legislatore non include in maniera espressa la malattia e neanche altre figure giuridiche che coprono alcuni

specifici casi di licenziamento derivante della malattia (inidoneità, superamento del periodo di comporto, scarso rendimento) tra le circostanze che danno luogo a un licenziamento discriminatorio o nullo, **il licenziamento intimato in base alla malattia del lavoratore, nel caso in cui non dovesse essere considerato legittimo, non potrebbe essere inquadrato nell'art. 2 ma, in base alla lettera della legge, nell'art. 3 del d.lgs. n. 23 del 4 marzo 2015.**

Al contrario, se si optasse per un'interpretazione flessibile degli estremi menzionati nell'art. 2, relativo al licenziamento discriminatorio e nullo, sarebbe possibile considerare il licenziamento fondato sulla malattia del lavoratore come **discriminatorio** (comma 1 del art. 2) o come **nullo per accertamento di difetto di giustificazione per motivo consistente nella "disabilità fisica o psichica del lavoratore"** (comma 4 del art. 2). Il comma 1 del art. 2, quando si riferisce al licenziamento discriminatorio, rimanda ai **casi di discriminazione vietati contenuti nell'art. 15 della legge 20 maggio 1970, n. 300, tra i quali non si menziona la malattia.**

Tuttavia, l'art. 15 considera l'handicap come causa di discriminazione. Per questo motivo, facendo un'interpretazione ampia del concetto di handicap, e seguendo la linea delle ultime sentenze della Corte di giustizia dell'Unione europea, si **potrebbe equiparare la malattia di lunga durata all'handicap**, aprendosi in questa maniera la possibilità di considerare discriminatorio il licenziamento fondato sulla malattia del lavoratore.

Un'altra opzione per riconoscere la tutela reintegratoria piena ai malati cronici consiste nel **far rientrare la malattia nella**

espressione di “disabilità fisica o psichica” del comma 4 dell’art. 2. Alcuni autori (Cfr. D. Garofalo, “Il giustificato motivo oggettivo nella riforma Renzi: le fattispecie controverse”, in *Le tutele per i licenziamenti e per la disoccupazione involontaria nel Jobs Act 2* (a cura di E. Ghera e D. Garofalo), Cacucci Editore, Bari, 2015, p. 140) sostengono che, anche se il legislatore non lo enuncia esplicitamente, **l’inidoneità sopravvenuta derivata dell’insorgere di una malattia è un sinonimo della espressione di “disabilità fisica o psichica”** e, pertanto, il licenziamento basato su questo motivo deve essere considerato nullo quando manca una giustificazione valida.

Tutte le opzioni esposte riscontrano argomenti a favore e contro. Tuttavia, l’intero dibattito sorto in tema di licenziamento per malattia si fonda sulla necessità di erogare o meno tutele ai lavoratori malati basate nella conservazione del posto di lavoro. In tale ambito, ciò che emerge chiaramente è la mancanza di una **prospettiva di mercato del lavoro in grado di offrire risposte adeguate ai malati cronici una volta perso il proprio posto di lavoro.**

Infatti, si rileva che nel [d.lgs. n. 150 del 14 settembre 2015 recante le disposizioni per il riordino della normativa in materia di servizi per il lavoro e di politiche attive](#) mancano disposizioni specifiche per favorire il reinserimento e il ritorno al lavoro di queste persone nel caso in cui perdano il loro posto di lavoro a conseguenza di una interpretazione letterale del d.lgs. n. 23 del 4 marzo 2015.

Per questi motivi, si può affermare che **il *Jobs Act* non adotta una prospettiva di *mercato del lavoro* ma di *diritto del lavoro* nel trattamento della malattia**, risultando del tutto

carente la necessaria attenzione alle specifiche esigenze di questi lavoratori che, in quanto soggetto deboli, necessitano invece di una **prospettiva di diritto *per* il mercato del lavoro, in grado di favorire il mantenimento e il ritorno al mercato del lavoro.**

Una proposta per modificare la disciplina del periodo di comporta e garantire la conservazione del posto di lavoro dei malati oncologici*

di Silvia Fernández Martínez

La [proposta di legge presentata alla Camera dei Deputati il 25 settembre 2015 per la modifica della disciplina del periodo di comporta per i lavoratori affetti da malattie oncologiche](#) nasce dalla **necessità di creare una normativa specifica che regolamenti il periodo di comporta nei casi di malattie oncologiche** come già accennato nella [Circolare del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 22 dicembre 2005, n. 40](#) che consente all'autonomia collettiva di estendere tale periodo, in particolare, nei casi di malattie oncologiche che spesso necessitano di un periodo di comporta più ampio rispetto a quello previsto dalla normativa che regola le normali assenze per malattia.

Questa proposta di legge ha lo scopo di **modificare la normativa relativa al periodo di comporta unicamente nei casi in cui il lavoratore abbia una malattia oncologica**. La proposta specifica che tale scelta non creerebbe differenze di

* *Pubblicato in Boll. ADAPT, 14 dicembre 2015, n. 44.*

trattamento o situazioni di discriminazione tra questi soggetti e gli altri lavoratori affetti da patologie croniche diverse perché, la patologia oncologica, a differenza di altre patologie gravi e croniche, comporta una grave disabilità temporanea nella fase acuta di malattia, anche se i casi di guarigione sono sempre più frequenti. Tuttavia, seguendo gli orientamenti normativi più recenti ([art. 8.3 decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, recante la disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni, a norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183](#)), sarebbe più equo se la modifica della disciplina del periodo di comporta si applicasse a tutti i lavoratori affetti da patologie cronicodegenerative ingravescenti e non solo ai malati oncologici (Cfr. [S. Fernández Martínez, F. Silvaggi, *Jobs Act e part-time: l'estensione di un diritto per i malati cronici*, Bollettino ADAPT, 2 marzo 2015](#)).

La proposta di legge si prefigge di **eliminare le attuali differenze nella regolamentazione del periodo di comporta esistenti tra il settore pubblico e privato uniformando tale periodo per tutti i lavoratori dipendenti**. Il periodo di comporta non è regolato per legge ma si rinvia alla contrattazione collettiva comportando, pertanto, un'importante disomogeneità. Allo stato attuale, nella maggioranza dei contratti di lavoro nel settore pubblico si prevede che i lavoratori abbiano diritto a conservare il periodo di lavoro per un periodo di diciotto mesi: i primi nove mesi di assenza sono interamente retribuiti, nei successivi tre mesi la retribuzione si riduce del 10 per cento e, infine, negli ultimi sei mesi la retribuzione si riduce del 50 per cento. Nei casi particolarmente gravi, i lavoratori pubblici hanno diritto a un ulteriore periodo di conservazione del posto di lavoro pari a diciotto mesi durante i quali non hanno diritto a retribuzione. Tuttavia, nel settore privato, sebbene il

periodo di comporto sia anche regolato dalla contrattazione collettiva, la sua durata non è assimilabile a quella esistente nel settore pubblico. Per questo motivo, **la proposta di legge equipara il trattamento dei lavoratori del settore privato a quello previsto per i lavoratori pubblici.** Oltre alla equiparazione, la proposta prevede che **ai diciotto mesi di periodo di comporto, che vengono retribuiti nel modo sopra specificato, venga aggiunto un ulteriore periodo di comporto retribuito di tre mesi, durante i quali la retribuzione viene ridotta del 75 per cento.** Pertanto, tutti i lavoratori con patologie oncologiche hanno diritto a un periodo di comporto retribuito di ventuno mesi e a un ulteriore periodo non retribuito di quindici.

La proposta di legge attribuisce allo Stato il compito di fissare la durata del periodo di comporto perché, in ragione delle differenze sopra indicate, si ritiene che una materia così delicata non possa essere regolata da un accordo tra parti. **La proposta di legge parte dall'idea che la fissazione della durata del periodo di comporto da parte della contrattazione collettiva non serva a garantire l'omogeneità di trattamento tra i lavoratori** i quali, anche se hanno la stessa malattia ricevono un trattamento diverso in funzione dell'azienda di appartenenza. Un esempio, in tal senso, è osservabile nel settore pubblico dove, sebbene la maggioranza dei contratti di lavoro preveda la stessa durata del periodo di comporto, il computo di tale periodo può essere diverso in funzione dei settori di impiego. **In ragione delle differenze osservate, lo Stato sembra l'unico soggetto in grado di attuare i diritti alla salute e al lavoro garantiti dalla Costituzione attraverso il giusto bilanciamento tra tempi di cura e di lavoro.**

Di particolare interesse risulta anche la previsione della proposta di legge secondo la quale **i giorni di ricovero ospedaliero e i giorni di assenza dovuti agli effetti collaterali di dette terapie, debitamente certificati, si escludono del computo del periodo di comporto.** Questa previsione va a riprendere quanto previsto in alcuni settori del pubblico impiego e cerca di non penalizzare i lavoratori per il fatto di avere una malattia i cui effetti si prolungano nel tempo, introducendo un'eccezione alla regola generale sul computo delle assenze per malattia. Sebbene questa disposizione risponda all'idea di un welfare della persona, dando risposte diverse ai differenti bisogni dei lavoratori, (per un approfondimento sul concetto di welfare della persona si veda, [*Lavoro e welfare della persona. Un libro "verde" per il dibattito pubblico, a cura di ADAPT*](#)), sono da considerare, tuttavia, anche altre assenze non certificate o non derivanti delle terapie ma correlate comunque alla malattia che saranno computate nel periodo di comporto e che verranno pertanto a penalizzare il trattamento del lavoratore.

L'art. 2110 del Codice Civile, il quale prevede che al termine del periodo di comporto il datore di lavoro possa recedere dal rapporto di lavoro secondo le procedure previste per i licenziamenti individuali, ha importanti implicazioni per la conservazione del posto di lavoro, anche se il tema di licenziamento non è trattato in maniera diretta all'interno della proposta di legge. In questa materia, **la proposta di legge si limita a introdurre l'obbligo per il datore di lavoro di comunicare al lavoratore, con un anticipo di almeno trenta giorni, che il periodo di comporto sta per scadere.** Non sembra che questa sia una misura che consenta la conservazione del posto di lavoro per i malati oncologici perché anche se i lavoratori sono consapevoli della prossima scadenza del periodo

di comporta e di dover ritornare al lavoro a rischio di poter essere licenziati per giustificato motivo oggettivo, se gli effetti della malattia continuano, questa comunicazione non avrà nessun effetto positivo perché il malato non potrà comunque tornare al lavoro.

Le previsioni della proposta di legge hanno effetti in maniera indiretta sulla disciplina del licenziamento.

L'estensione della durata del periodo di comporta a diciotto mesi (e ulteriori diciotto mesi nei casi specialmente gravi), per tutti i lavoratori rappresenta un grande passo in avanti per i lavoratori del settore privato perché normalmente il periodo di comporta regolato dalla contrattazione collettiva è di durata molto inferiore. Pertanto, **i lavoratori del settore privato vedono incrementato il periodo di tempo durante il quale il loro posto di lavoro è protetto.** Tuttavia, **di fatto, la proposta di legge non aumenta il periodo di comporta che è previsto per il settore pubblico** ma si limita ad aumentare di tre mensilità il periodo di comporta retribuito. Anche se questa estensione è positiva, la proposta di legge **non risolve totalmente il problema collegato al periodo di comporta non retribuito** o comunque poco retribuito, visto che in un periodo in cui le spese derivanti della malattia aumentano, i malati oncologici hanno diritto a una retribuzione molto ridotta dopo i primi dodici mesi di assenza per malattia e non avranno diritto a nessun tipo di retribuzione dopo i ventuno mesi di periodo di comporta.

Ultra a quanto detto, **si pone anche il problema dei casi in cui il periodo di comporta previsto non sia sufficiente a garantire il recupero totale del malato oncologico** poiché non tutti i lavoratori hanno bisogno degli stessi tempi di cura.

Una soluzione potrebbe essere quella di **estendere il periodo di comporto per un tempo superiore a quello previsto dalla proposta di legge facendo riferimento al caso concreto e alla previsione medica di evoluzione della malattia di ogni lavoratore** (anche se questa previsione può non essere attendibile al cento per cento). Questa opzione sarebbe espressione di un vero welfare della persona che tenga conto dei bisogni specifici delle persone.

Un'altra possibilità per garantire la conservazione del posto di lavoro per i malati oncologici potrebbe essere, oltre a quella di modificare la disciplina del periodo di comporto, quella di **intervenire direttamente anche sulla disciplina del licenziamento che permette il licenziamento per superamento del periodo di comporto, introducendo un'eccezione per i casi di malattia oncologica o comunque cronica.**

In conclusione, il giudizio generale sulla proposta di legge è positivo perché risolve, innanzitutto, il problema dell'evidente differenza di trattamento tra lavoratori pubblici e privati. Tuttavia, oltre alle criticità esposte se ne deve aggiungere un'altra: **la proposta si riferisce principalmente ai lavoratori contrattualizzati a tempo indeterminato e anche se segnala che si deve aumentare il periodo previsto per il riconoscimento dell'indennità di malattia per i lavoratori autonomi, non si specifica in che modo.** La proposta non tiene conto, pertanto, della recente evoluzione del mercato del lavoro in cui si è registrata una proliferazione di rapporti di lavoro atipici (intermittenti, temporanei) e una diffusione sempre maggiore del lavoro autonomo, posto che non consente a questi lavoratori di godere delle tutele e protezioni previste per i

lavoratori assunti a tempo indeterminato o per i lavoratori pubblici (Cfr. [M. Tiraboschi, *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, in *Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, a cura di M. Tiraboschi, ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, n. 36/2015, p. 20](#)).

Sezione IV

LAVORO AUTONOMO E MALATTIE CRONICHE

Lavoro autonomo: quali tutele in caso di malattia cronica?*

di Silvia Fernández Martínez, Elisabetta Iannelli

Il Titolo I del disegno di legge governativo, *Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato a tempo indeterminato* (ci vorrebbe una virgola dopo “luoghi”) contiene, agli articoli 10 e 11, tutele per i lavoratori autonomi nel caso di riduzione della capacità lavorativa. In concreto, l'articolo 10 contiene tutele per i casi di gravidanza, malattia e infortunio, mentre **l'articolo 11 si riferisce alla tutela specifica relativa alle malattie oncologiche.**

L'art. 10 del disegno di legge prevede che «la gravidanza, la malattia e l'infortunio dei lavoratori autonomi che prestano la loro attività in via continuativa per il committente non comportano l'estinzione del rapporto di lavoro, la cui esecuzione rimane sospesa, senza diritto al corrispettivo, per un periodo non superiore a centocinquanta giorni per anno solare». ^[1] Durante il periodo in cui il lavoratore non ha diritto al corrispettivo, può avere diritto ad un'indennità di malattia, la cui durata e importo

* *Pubblicato in Boll. ADAPT, 21 marzo 2016, n. 10.*

economico dipendono dai contributi previdenziali effettivamente pagati nel periodo precedente all'insorgere della circostanza.

Il disegno di legge prevede anche **tutele specifiche in caso di malattie gravi che impediscano lo svolgimento dell'attività lavorativa per oltre sessanta giorni**. In questo caso «il versamento dei contributi previdenziali e dei premi assicurativi è sospeso per l'intera durata della malattia o dell'infortunio fino ad un massimo di due anni, decorsi i quali il lavoratore è tenuto a versare i contributi ed i premi maturati durante il periodo di sospensione in un numero di rate mensili pari a tre volte i mesi di sospensione».

L'articolo 11 si riferisce agli iscritti alla gestione separata che incorrano in malattia oncologica ed equipara ai periodi di degenza ospedaliera i periodi di malattia c.d. domiciliare, qualora si tratti di «periodi di malattia certificata come conseguente a trattamenti terapeutici di malattie oncologiche». Con questa disposizione si eliminano, nel caso di malattie oncologiche, le disparità esistenti tra i periodi di malattia con degenza ospedaliera e quelli domiciliari. Queste differenze potrebbero essere notevoli, visto che il numero massimo di giorni di degenza ospedaliera nell'anno solare è di 180 mentre negli altri casi è pari a 1/6 della durata complessiva del contratto. In questo modo, **i lavoratori autonomi con una malattia oncologica possono sospendere l'attività lavorativa per un periodo complessivo di 180 giorni, indipendentemente dal fatto che siano di degenza ospedaliera.**

Queste previsioni accolgono alcune delle misure contenute nell'art. 5 della proposta di legge, [Disposizioni per la tutela e la](#)

[promozione del lavoro autonomo](#), presentata il 14 ottobre 2015 alla Camera dei deputati e nella Petizione [Diritti e tutele per i lavoratori che si ammalano](#). Tuttavia permangono dei profili problematici cui il disegno di legge governativo non dà risposta.

Il primo riguarda l'ambito di applicazione: il comma 1 dell'art. 12 si riferisce ai lavoratori autonomi «che prestano la loro attività in via continuativa per il committente». Pertanto, **questo disegno di legge lascia fuori dell'ambito applicativo delle tutele i liberi professionisti che non abbiano un rapporto continuativo con un cliente**. Un disegno di legge sul lavoro autonomo che tenesse conto dei grandi mutamenti in atto nel mercato del lavoro e della sempre maggiore proliferazione di rapporti di lavoro autonomo e non continuativo (Cfr. [M. Tiraboschi, Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche, in Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche, a cura di M. Tiraboschi, ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, n. 36/2015, p. 20](#)) dovrebbe includere nel proprio ambito di applicazione anche i liberi professionisti che non operino in regime di monocommittenza. In caso contrario, le attuali discriminazioni **tra lavoratori autonomi e lavoratori subordinati** si riprodurrebbero **tra diverse tipologie di lavoratori autonomi**.

Un'altra questione che non è del tutto chiara è la sospensione nel versamento dei contributi previdenziali: **il versamento successivo dei contributi, una volta superato il periodo massimo di due anni di sospensione, non dovrebbe implicare il pagamento di alcun tipo di oneri aggiuntivi di mora che verrebbero a gravare ingiustamente sul lavoratore autonomo malato**. Il problema si pone, in particolar modo, per

i lavoratori affetti da patologie croniche o ingravescenti i cui effetti invalidanti si protraggono o si ripresentano anche nel lungo periodo. In questi casi, il lavoratore autonomo, trascorsi i due anni di tutela prevista dal disegno di legge in esame, potrebbe trovarsi nell'impossibilità di riprendere il lavoro o di essere produttivo come prima dell'insorgere della patologia e, pertanto, potrebbe non essere in grado di soddisfare gli oneri relativi ai contributi previdenziali dovuti che, inoltre, si verrebbero a sommare a quelli maturati successivamente.

Sarebbe poi auspicabile la **previsione di altre forme di sostegno per i lavoratori autonomi gravemente malati, sempre relative agli oneri contributivi, prevedendo, ad esempio, misure eccezionali, un tantum, di esonero totale o parziale dal pagamento dei contributi previdenziali dovuti, per almeno una annualità nel periodo contributivo che segue la diagnosi e cura delle patologie oncologiche e delle altre gravi patologie croniche o ingravescenti.**

Si potrebbe prendere a modello una buona pratica messa in atto dal 2015 dalla Cassa forense, che prevede l'esonero dal pagamento della contribuzione minima soggettiva ed integrativa per una annualità nel corso dell'intera vita professionale, ai sensi dell'art. 101 del Regolamento di attuazione della legge 247/2012. La Cassa Forense concede detto esonero contributivo, tra gli altri, agli avvocati affetti da malattia che ne ha ridotto grandemente la possibilità di lavoro ed agli avvocati che svolgono assistenza continuativa di congiunti/coniuge affetti da malattia che ne determini totale non autosufficienza. L'esonero dal versamento dei contributi minimi soggettivo ed integrativo dovuti è concesso per una sola volta e limitatamente ad un anno

solare e con riconoscimento dell'intero periodo di contribuzione ai fini previdenziali.

Per quanto riguarda l'equiparazione tra giorni di degenza ospedaliera e il resto dei giorni di malattia, sebbene questa previsione normativa possa considerarsi favorevolmente, va rilevato che per le patologie gravi, come ad esempio quelle oncologiche cui si riferisce specificatamente ed esclusivamente la norma, 180 giorni di malattia o di degenza ospedaliera **non sono sufficienti ad assicurare il diritto alla cura poiché, come è noto, soprattutto nelle fasi acute di malattia i trattamenti terapeutici salvavita si protraggono per tempi lunghi e causano rilevanti effetti collaterali che impediscono in tutto o in parte le normali attività anche lavorative.**

Per una piena ed effettiva riabilitazione della persona gravemente malata, sono necessari strumenti di inclusione sociale e lavorativa che tengano conto dei tempi di recupero necessari nei casi di malattie croniche o ingravescenti.

L'articolo 11 prevede l'equiparazione della cura domiciliare al ricovero solo per i lavoratori autonomi iscritti alla gestione separata INPS. Si evidenzia, dunque, ancora una volta il problema relativo all'ambito di applicazione di queste tutele, di cui **non potranno godere i lavoratori autonomi ed liberi professionisti non iscritti alla gestione separata INPS.**

Si rileva, infine, che il disegno di legge in esame prevede l'equiparazione tra giorni di degenza ospedaliera e le altre giornate di assenza per malattia solo nei casi di malattie oncologiche mentre tale tutela dovrebbe essere estesa a **tutti i lavoratori affetti da patologie croniche o ingravescenti, come**

già evidenziato in altre occasioni (cfr. [S. Fernández Martínez, F. Silvaggi, *Jobs Act e part-time: l'estensione di un diritto per i malati cronici*, Bollettino ADAPT, 2 marzo 2015](#)).

Sezione V OBESITÀ

Prevenzione dell'obesità sul luogo di lavoro. Requisito essenziale per l'allungamento della vita lavorativa*

di Francesca Sperotti

I [dati OCSE pubblicati nel 2014](#) sulla crescente “epidemia dell'obesità” – così definitiva dall'[International Obesity Task Force](#) e dall'[European Association for the Study of Obesity](#) nel 2002 – sembravano aver rassicurato, per un breve istante, l'opinione pubblica.

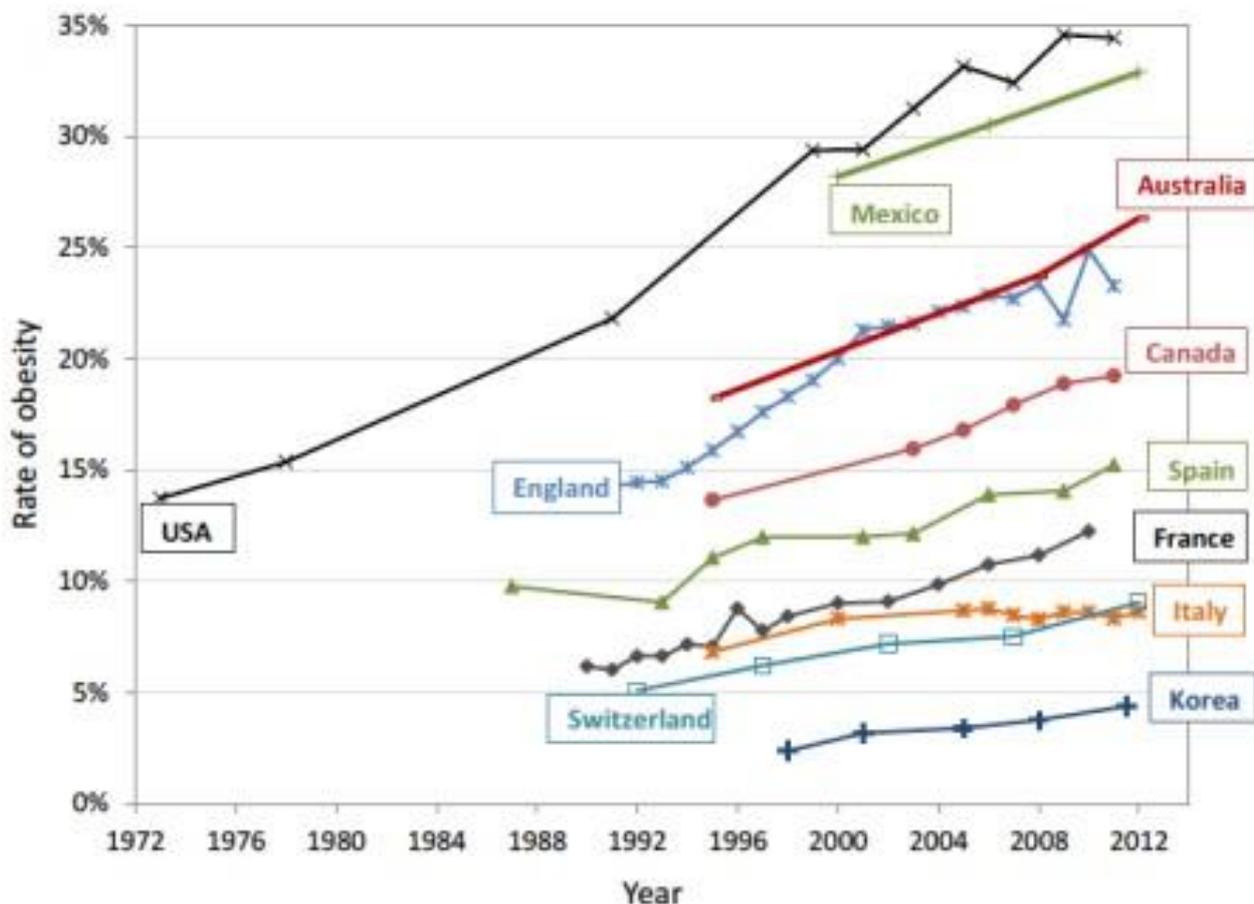
In un contesto mondiale dove si registrano più di 1,9 miliardi di persone adulte in sovrappeso, e di questi, circa 600 milioni di obesi (World Health Organization, [Obesity and Overweight](#), Fact Sheet N°311, gennaio 2015), la diffusione dell'obesità e dello stato di sovrappeso sembrava, infatti, essersi stabilizzata per alcuni Paesi (tra cui l'Italia, Regno Unito e Stati Uniti), e cresciuta a tassi inferiori rispetto al passato per altri (come Canada, Corea e Spagna) (si veda grafico 1).

E invece le proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per il 2030 presentate durante il 22° Congresso europeo sull'obesità (e non ancora rese ufficiali), hanno fatto suonare nuovamente il campanello di allarme. Secondo tali

* *Working Paper ADAPT, 18 maggio 2015, n. 177.*

proiezioni, infatti, nel 2030 molti Paesi avranno più della metà della popolazione adulta sopra il limite di peso ritenuto “sano”. Per dare alcuni esempi, nel 2030 circa un terzo delle donne inglesi e il 30% degli uomini della stessa nazionalità sarà obeso (nel 2010 rappresentavano entrambi il 26% della popolazione totale). Spostandoci verso il Mediterraneo, la porzione di uomini greci obesi aumenterà più del doppio, dal 20% (2010) al 44% (2030), mentre quella delle donne raggiungerà i 40 punti percentuali. Anche in quei Paesi in cui attualmente la condizione di obesità e sovrappeso non rappresenta particolari criticità si osserveranno trend simili. È il caso della Svezia, dove nel 2030 circa il 26% degli uomini e il 22% delle donne sarà obeso (nel 2010 i due gruppi rappresentavano rispettivamente il 14% e il 12%).

Grafico 1: Tasso di obesità



Fonte: OECD, *Obesity Update*, giugno 2014, p. 2.

Come già sostenuto da ADAPT in un [breve studio del 2011](#), il fenomeno sempre più diffuso dell'obesità e del sovrappeso, causato da un lato dalla crescente inattività fisica, che annualmente contribuisce a circa 3,2 milioni di decessi e alla perdita di 69,3 milioni di anni di vita "sana" (World Health Organization, [Global status report on NCDs 2014](#), 2014, p.xii disponibile in Osservatorio ADAPT *Chronic Diseases and Work*), e dall'altro da diete poco salutari (ad alto contenuto calorico o di sodio) è una problematica che non ha solo implicazioni per

lo stato di salute della società, ma pone anche una serie di sfide per il mercato del lavoro. Questo è tanto più vero alla luce delle ultime riforme pensionistiche adottate da molti Paesi che, allungando la vita lavorativa delle persone, rendono prioritario lo stato di salute delle stesse perché da esso dipende la loro effettiva partecipazione al mercato del lavoro. Il problema dell'obesità deve essere dunque affrontato non solo come una questione di salute pubblica ma come un fenomeno economico (come già argomentato a suo tempo da E. A. Finkelstein, C. J. Ruhm e K.M. Kosa, "Economic Causes and Consequences of Obesity" in *Annual Review of Public Health*, 26: 239-57, 2005) e segnatamente del mercato del lavoro.

Ai costi diretti legati alle spese mediche, infatti, si aggiungono i costi indiretti derivanti da minori livelli di produttività, più alti tassi di assenteismo e presentismo, e un maggior rischio di infortunio sul posto di lavoro (per una panoramica sulla letteratura in questi temi si rinvia al precedente studio di F. Sperotti, [*Literature Review: Gli effetti dell'obesità sul mercato del lavoro*](#), in Bollettino ADAPT 21 febbraio 2011). Questi elementi danno spesso origine a comportamenti discriminatori osservabili sia nella fase di ingresso nel mercato del lavoro sia durante lo stesso rapporto di lavoro. Nel primo caso, il comportamento discriminatorio può rendere più improbabili le possibilità di assunzione della persone in condizione di obesità o sovrappeso, circostanza che si verifica soprattutto per le donne (come recentemente rilevato da M. Caliendo e M. Gehrsitz, *Obesity and the Labor Market: A Fresh Look at the Weight Penalty*, IZA Discussion Paper No. 7947, febbraio 2014) e per certe figure professionali. Si pensi, a titolo di esempio, a quelle impiegate nelle attività commerciali di

rappresentanza, di servizio al pubblico o alla clientela (come descritto per l'ambito della vendita al dettaglio da K.O. Cowart, M.K. Brady, "Pleasantly Plump: Offsetting Negative Obesity Stereotypes for Frontline Service Employees", in *Journal of Retailing*, Vol. 90 Issue 3, p.365, settembre 2014). Nel secondo caso, oltre agli stereotipi, si può addirittura verificare la possibilità che il datore di lavoro proceda al licenziamento per giustificato motivo oggettivo per inidoneità sopravvenuta o per scarso rendimento (si legga S. Fernández Martínez, [Obesità e licenziamento: quali sfide alla luce della giurisprudenza comunitaria?](#), 12 maggio 2015). Entrambe le situazioni portano le persone affette da obesità o sovrappeso ad essere escluse dal mercato del lavoro.

Le persone in sovrappeso e obese sembrano essere anche penalizzate dal punto di vista salariale, soprattutto se donne e di bassa statura (Wang-Sheng Lee, [Big and Tall: Is there a Height Premium or Obesity Penalty in the Labor Market?](#), IZA Discussion Paper No. 8606, ottobre 2014).

Non solo. L'aumento dell'indice di massa corporea, oltre ad avere gli effetti sopra descritti è il principale fattore di rischio per alcune malattie croniche quali: malattie cardiovascolari, diabete, disordini muscoloscheletrici, e alcuni tipi di cancro. Malattie che oltre ad incidere sui tassi di mortalità, incidono sui tassi di disabilità (e quindi di richiesta di sussidi che compromettono ulteriormente la sostenibilità dei sistemi di welfare) e il numero di casi di convivenza con la malattia, **rendendo così nuovamente centrale il tema della permanenza e del ritorno al lavoro delle persone affette da tali malattie** (come studiato da M. Tiraboschi, *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche* in M. Tiraboschi (a cura di), [Occupabilità, lavoro e](#)

[*tutele delle persone con malattie croniche*](#), ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, 2015, n. 36).

Quindi l'innalzamento della vita lavorativa introdotto dalle riforme pensionistiche di molti Governi passa necessariamente attraverso il contenimento di questa nuova epidemia. Obiettivo che rientra, infatti, nei targets che l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è prefissata per il 2020 tramite il [Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020](#) (si veda il Box 1), e che oggi più che mai richiede il sostegno da parte di attori pubblici e privati.

Box 1: WHO Global Targets

- 
 A **25%** relative reduction in risk of premature mortality from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases.
- 
 At least **10%** relative reduction in the harmful use of alcohol, as appropriate, within the national context.
- 
 A **10%** relative reduction in prevalence of insufficient physical activity.
- 
 A **30%** relative reduction in mean population intake of salt/sodium.
- 
 A **30%** relative reduction in prevalence of current tobacco use in persons aged 15+ years.
- 
 A **25%** relative reduction in the prevalence of raised blood pressure or contain the prevalence of raised blood pressure, according to national circumstances.
- 
Halt the rise in diabetes and obesity.
- 
 At least **50%** of eligible people receive drug therapy and counselling (including glycaemic control) to prevent heart attacks and strokes.
- 
 An **80%** availability of the affordable basic technologies and essential medicines, including generics, required to treat major noncommunicable diseases in both public and private facilities.

World Health Organization, *Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020*, 2013, p. 5.

Assumono così nuovamente rilievo le indicazioni che l'Organizzazione Internazionale del Lavoro rivolgeva già nel 2005 a datori di lavoro e sindacati. Il rapporto [*Food at work: workplace solutions for malnutrition, obesity and chronic diseases*](#) individua una serie di fattori che tali attori dovrebbero considerare in materia di ambiente di lavoro, pasti e alimentazione per propri dipendenti: numero di lavoratori interessati e rispettive caratteristiche demografiche; budget a disposizione per un programma di alimentazione; spazio a ambiente della mensa interna; utilizzo finale dei tickets (laddove non viene offerta la possibilità della mensa, verificare dove è possibile utilizzare i tickets e il prezzo e la tipologia di pasto offerto); durata della pausa pranzo e spazi ad essa dedicati; rispetto delle norme igieniche e di salute nelle fasi di conservazione, preparazione, cottura e servizio del pasto; tipologia del pasto servito; rispetto delle diverse necessità alimentari (allergie, norme religiose, intolleranze etc.); servizi di *vending* offerti sul posto di lavoro; educazione alimentare etc. **Più in generale lo studio sottolinea il ruolo chiave che il luogo di lavoro può svolgere nel contenere "obesity epidemic" e promuovere l'attività fisica e una sana alimentazione.** Corretti programmi di alimentazione sul posto di lavoro possono, infatti, prevenire non solo l'obesità ma anche le altre principali malattie croniche e, di conseguenza, **aumentare il livello di produttività e il morale dei lavoratori nonché ridurre i giorni di malattia e il rischio di infortuni.**

Nonostante questi comprovati benefici, e anche le numerose iniziative intraprese da istituzioni e governi (ad esempio a livello di campagne promozionali, progetti nelle scuole, misure nel mercato dei prezzi degli alimenti etc.) il tema

rimane ancora un tabù sul luogo di lavoro che, al contrario, può svolgere un ruolo centrale nella riduzione di questa malattia e quindi nella promozione di migliori livelli di produttività e benessere dei lavoratori.

Le recenti proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dimostrano ancora una volta che la prospettiva demografica è parte integrante del mondo delle relazioni di lavoro, e come tale non può più essere sottovalutata.

Obesità e licenziamento: quali sfide alla luce della giurisprudenza comunitaria?*

di Silvia Fernández Martínez

Le ultime proiezioni dell'OMS sul numero di persone che in Italia soffriranno di **sovrappeso e di obesità** nel 2030 evidenziano un fatto rilevante: **saranno queste le epidemie del futuro**. I dati, che trattandosi di previsioni devono essere presi con cautela, segnalano che nel 2030 il 50% delle donne e il 70% degli uomini saranno in sovrappeso. Si preannuncia, quindi, una crescita rispetto ai dati del 2010, quando la percentuale di sovrappeso delle donne era del 39% e tra gli uomini del 58%. Non molto più incoraggianti sono i dati rispetto alle percentuali di obesi: si prevede che la percentuale di donne obese passi dal 10% al 15% e quelle degli uomini dal 12% al 20%.

Oltre agli effetti che l'incremento del numero di persone con problemi di sovrappeso causa sul sistema sanitario e di Welfare, questa nuova epidemia ha anche **un importante impatto sul mercato del lavoro**. Riguardo al rapporto di lavoro della persona affetta da queste malattie, si presenta la possibilità che il datore di lavoro proceda al suo **licenziamento per giustificato**

* *Pubblicato in Boll. ADAPT, 18 maggio 2015, n. 19.*

motivo oggettivo per inidoneità sopravvenuta o per scarso rendimento. La mancanza di una normativa che conceda diritti specifici alle persone affette da **malattie croniche** e, in questo caso concreto, da sovrappeso e obesità, determina l'applicazione del regime generale che interessa tutti i lavoratori. In questo senso, la perdita d'interesse del datore di lavoro alla prosecuzione del rapporto di lavoro si giustifica in ragione della perdita delle capacità di cui il lavoratore era in possesso al momento della conclusione del contratto. L'inidoneità sopravvenuta deriva **dall'impossibilità del lavoratore di svolgere le funzioni proprie del suo rapporto di lavoro**, mentre lo scarso rendimento riguarda **l'incapacità di raggiungere gli obiettivi nel modo che precedeva l'insorgere della malattia.** Il presentarsi di tali condizioni porta al licenziamento per giustificato motivo oggettivo con preavviso, a norma dell'art. 3 della legge n. 604 de 5 giugno 1966, rientrando nelle ragioni inerenti all'attività produttiva, all'organizzazione del lavoro e al regolare funzionamento di essa.

Il **Jobs Act** interviene sulla materia **eliminando la possibilità di reintegra per licenziamento oggettivo illegittimo** nel caso in cui non sia accertata la inidoneità sopravvenuta del lavoratore o lo scarso rendimento. Queste regole in materia di licenziamento hanno come conseguenza **l'uscita prematura delle persone affette da una malattia cronica del mercato del lavoro con la consegna di un indennizzo.** Visti i dati che prevedono che più della metà della società sarà affetta da problemi di questo tipo, e quindi anche una buona parte della popolazione attiva, diventa una priorità assicurarsi che queste persone possano continuare a svolgere la propria prestazione lavorativa attraverso **l'adattamento del posto di lavoro**, qualora non fosse possibile svolgerla nelle condizioni iniziali. Questa nuova epidemia

rappresenta una vera minaccia per la **sostenibilità dei sistemi di Welfare** che potrebbero assistere ad una forte diminuzione dei contributi versati dovuta all'uscita delle persone con sovrappeso e obesità del mercato dal lavoro , anche accompagnata da un aumento dei costi di cura dovuti all'incremento del numero di persone che ne necessitano.

La Corte di Giustizia dell'Unione europea negli ultimi pronunciamenti adotta tutta un'altra posizione rispetto a quella sostenuta nella legislazione italiana mirata a **tutelare la situazione dei lavoratori con malattie croniche, come l'obesità, ma che non hanno ottenuto il riconoscimenti di disabilità a effetti amministrativi** (Cfr. [*Occupabilità, lavoro e tutela delle persone con malattie croniche*](#), a cura di M. Tiraboschi, ADAPT LABOUR STUDIES e-Book series, 2015, n. 36). Nello specifico, la [*sentenza di 18 dicembre 2014, Fag og Arbejde \(FOA\) contro Kommunernes Landsforening \(KL\), causa 354/13*](#) che tratta il caso di un lavoratore affetto da obesità, stabilisce che sebbene lo stato di obesità non costituisca, in quanto tale un handicap, può rientrare nel concetto di disabilità della Direttiva 2000/78, «qualora determini una limitazione risultante segnatamente da menomazioni fisiche, mentali o psichiche durature, la quale, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona interessata alla vita professionale su un piano di uguaglianza con gli altri lavoratori». Questa sentenza prevede **l'equiparazione tra obesità e disabilità** se questa malattia impatta nello svolgimento della prestazione lavorativa. L'equiparazione ha effetti importanti nella disciplina del licenziamento dell'ordinamento giuridico italiano. Nel caso in cui il datore di lavoro non riesca a provare di aver cercato di adattare il posto di lavoro alle nuove condizioni del lavoratore con obesità, il **licenziamento rientrerebbe nel**

motivo di nullità con obbligo di reintegra previsto dall'art. 2 Decreto legislativo n. 23 di 4 marzo di 2015. In altri termini, si tratterebbe di un licenziamento nullo per vulnerare il divieto di discriminazione per handicap previsto dall'art. 15 dello Statuto dei lavoratori ovvero per fondarsi nella disabilità fisica o psichica del lavoratore in base al comma 4 dell'articolo 2 del summenzionato Decreto.

La posizione adottata dalla Corte di Giustizia costituisce una via per favorire la tutela dei lavoratori con sovrappeso e obesità sebbene non rappresenti la soluzione definitiva del problema dell'uscita prematura del mercato del lavoro di questi lavoratori. Si tratta infatti di una **tutela difensiva e non preventiva** dato che risulta applicabile solo quando il licenziamento si è perfezionato. La vera sfida per permettere **la sostenibilità del lavoro delle persone con malattie croniche, tra le quali, l'obesità, dovrebbe consistere nell'adattamento delle condizioni lavorative durante la vigenza del contratto, e non nel momento successivo al perfezionamento del licenziamento.**

Obesità e sovrappeso: nuove sfide in materia di salute e sicurezza sul lavoro*

di Sergio Iavicoli e Antonio Valenti

L'obesità rappresenta uno dei principali problemi di salute pubblica a livello mondiale sia perché la sua prevalenza è in costante e preoccupante aumento sia perché contemporaneamente pone anche una serie di sfide per il mercato del lavoro, in particolare per quanto riguarda l'aspetto della salute e sicurezza sul lavoro (SSL), aspetto spesso trascurato o non sufficientemente analizzato. Ciò vale maggiormente a seguito delle ultime riforme pensionistiche adottate da molti Paesi che, allungando la vita lavorativa delle persone, rendono prioritario lo stato di salute delle stesse perché da esso dipende la loro effettiva partecipazione al mercato del lavoro.

In tale ottica, **gli studi presenti in passato risultano essere poco esaustivi circa la correlazione obesità e SSL** dato che la loro attenzione si era soffermata sul potenziale impatto dell'obesità relativamente ad alcune categorie di rischi occupazionali (*Henschel A, Obesity as an occupational hazard, Can J Public Health. 1967;58:491–493*).

* *Publicato in Boll. spec. ADAPT, 7 luglio 2015, n. 16.*

Tuttavia, **negli ultimi decenni, sono in aumento studi che evidenziano una correlazione positiva tra l'obesità/sovrappeso con condizioni lavorative sfavorevoli.**

In primo luogo va precisato che la relazione tra obesità e rischio occupazionale va letta in una duplice veste, nel senso che, se da un lato l'obesità è la causa o concausa principale nel favorire l'esposizione del lavoratore al rischio di infortuni o malattie lavoro-correlate, dall'altro lato l'esposizione a taluni fattori di rischio (lavori a turni, stress, ecc.) può favorire lo sviluppo dell'obesità. Essa, infatti, risulta essere statisticamente più frequente nei lavoratori la cui occupazione prevede un prolungata sedentarietà, in coloro che svolgono lavoro a turni e in quelli di sesso maschile che lavorano più di 35 ore settimanali (*Schulte PA et al., Work, Obesity, and Occupational Safety and Health, Am J Public Health, 2007 March; 97(3): 428–436*).

C'è ormai una evidente prova scientifica nel ritenere che **i lavoratori obesi o in sovrappeso abbiano un maggior rischio di sviluppare malattie professionali quali i disturbi muscolo-scheletrici** essendo maggiormente suscettibili alle lesioni e ad una maggiore compromissione muscolare, vascolare e nervosa indotte da vibrazioni, movimenti ripetitivi e carichi eccessivi. I lavoratori obesi hanno una probabilità doppia rispetto a quelli normopeso di sviluppare tendinopatie dell'arto superiore e una probabilità quattro volte maggiore di sviluppare una sindrome del tunnel carpale (*Viester L et al., The relation between body mass index and musculoskeletal symptoms in the working population, BMC Musculoskeletal Disorders 2013, 14:238*).

Inoltre, **sono aumentati gli studi da cui risulta una correlazione tra obesità ed asma grave** a cui si aggiunge

L'osservazione che la diminuzione del peso corporeo rende l'asma più facilmente controllabile. La correlazione tra obesità ed asma grave è più evidente nel sesso femminile e sembra accompagnarsi ad influenze ormonali (Varraso R et al., *Asthma Severity Is Associated with Body Mass Index and Early Menarche in Women*, Am J Respir Crit Care Med 2005;171:334-9). È stato stimato che una percentuale variabile dal 2 al 15% di tutti i casi di asma sia attribuibile all'esposizione professionale ad agenti sensibilizzanti vari (farine, derivati epidermici animali, vapori di isocianati, lattice di gomma, ecc.) (Tarlo SM et al, *Diagnosis and management of work-related asthma: American College Of Chest Physicians Consensus Statement*, Chest. 2008; 134: S1-41).

Non bisogna dimenticare che **numerosi studi epidemiologici attribuiscono alla obesità/sovrappeso la comparsa di numerose malattie di natura fisica ed anche psichica** tra cui le malattie cardiovascolari, il diabete mellito di tipo 2, alcune forme di tumore e la depressione (Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW, *Role of low energy expenditure and sitting in obesity, metabolic syndrome, type 2 diabetes, and cardiovascular disease*, Diabetes 2007; 56 (11): 2655-67; Carey M et al., *Prevalence of comorbid depression and obesity in general practice: a cross-sectional survey*, British Journal of General Practice, March 2014).

Altro aspetto lavorativo, di recente importanza, è **la correlazione tra obesità e stress lavorativo, nel senso che un lavoro stressante è spesso associato ad un maggiore Indice di Massa Corporea (IMC)** raddoppiando, in modo particolare negli uomini, la probabilità di insorgenza della sindrome metabolica dovuta a dieta ipercalorica e scarsa attività fisica (De Vogli R et al, *Unfairness and health: evidence from the Whitehall II Study*, J Epidemiol Community Health 2007; 61 (6): 513-8).

Riguardo l'aspetto della sicurezza sul lavoro, **si registra una maggiore esposizione dei lavoratori obesi o in sovrappeso agli infortuni sul lavoro**, basti pensare al fatto che l'obesità limita la funzionalità fisica compresa la mobilità e la flessibilità, di conseguenza, questo può portare ad un più elevato rischio di lesioni rispetto a persone senza tali limitazioni.

La maggior parte delle stime inerenti la correlazione obesità/SSL, presenti in letteratura, si devono agli Stati Uniti, Paese in cui si registra la percentuale più alta di obesi in età adulta. Secondo alcuni studi statunitensi, il rischio di incorrere in infortuni è maggiore del 15% per i soggetti in sovrappeso e del 48% per gli obesi rispetto ai lavoratori normopeso. Inoltre, **i lavoratori in sovrappeso sarebbero esposti a un rischio di invalidità superiore del 26% rispetto ai loro colleghi normopeso**, percentuale, questa, che salirebbe al 76% per i lavoratori obesi (Arena VC, Padiyar KR, Burton WN, Schwerha JJ, *The impact of body mass index on short-term disability in the workplace*, J Occup Environ Med, 2006 Nov;48(11):1118-24). Secondo uno studio condotto in Finlandia nel 2013 su un campione di quasi 70 mila lavoratori del settore pubblico, i lavoratori in sovrappeso registrarono un rischio maggiore di incorrere in infortuni sul lavoro rispetto ai lavoratori normopeso pari ad una percentuale compresa tra il 14% e il 30%; nel caso dei lavoratori obesi tale percentuale sale al 62% (Kouvonen A et al., *Obesity and Occupational Injury: A Prospective Cohort Study of 69,515 Public Sector Employees*, PLoS ONE 2013; 8(10):1-8).

Da uno studio realizzato nel 2011 sulla forza lavoro canadese, risulta che i lavoratori obesi sperimentarono un rischio di infortunio superiore al 40-49% rispetto ai colleghi con IMC

regolare; particolarmente esposte a rischio di infortunio risultarono le donne, i lavoratori oltre i 40 anni e i lavoratori impiegati in attività sedentarie (Janssen I, Bacon E, Pickett W, *Obesity and its relationship with occupational injury in the canadian workforce*, J Volume 2011, Article ID 531403).

Particolarmente esposti sono i lavoratori obesi appartenenti a determinate categorie professionali quali: autotrasportatori, vigili del fuoco, infermieri, ecc. Ovvero personale che svolge determinate mansioni che ne accentuano il livello di esposizione a fattori di rischio infortunio; ad esempio è il caso di mansioni comportanti il mantenimento di posture fisse prolungate (rischio muscolo-scheletrico), con interfaccia uomo-macchina complessa, che potrebbero indurre ansietà con accresciuta possibilità di errori oppure mansioni svolte in condizioni ambientali sfavorevoli (Gauchard G et al, *Determinants of accident proneness: a case-control study in railway workers*, *Occup Med* 2006; 56 (3):187-90; Soteriades ES et al, *Obesity and risk of job disability in male firefighters*, *Occup Med* 2008; 18; Thompson DL, *The costs of obesity: what occupational health nurses need to know*, *AAOHN J* 2007; 55 (7): 265-70).

Secondo un'altra ricerca condotta negli Stati Uniti nel 2011, **a livello aggregato i lavoratori sovrappeso o obesi si assentano dal lavoro 450 milioni di giorni in più all'anno rispetto ai colleghi normopeso**, il che si traduce in una perdita di produttività pari a 153 miliardi di dollari l'anno. Oltre alle perdite in termini di produttività, le aziende sostengono spese mediche del 42% più alte per i dipendenti obesi o sovrappeso rispetto agli altri (Gallup, *Healthways Being Index*, 2011). Infine, ma sicuramente non meno importante, si è riscontrato come l'obesità rappresenti uno dei principali fattori di rischio per l'abbandono precoce del lavoro (Friis K, Ekholm O, Hundrup

YA, *The relationship between lifestyle, working environment, socio-demographic factors and explusion from the labour market due to disability pension among nurses*, Scand J Caring Sci, 2008 Jun; 22(2):241-8).

Anche riguardo ai dispositivi di protezione individuale (DPI) i lavoratori obesi hanno maggiore difficoltà a reperire DPI «idonei alla loro conformazione fisica che, indossati male e risultando scomodi, non assicurano la dovuta protezione».

I possibili interventi nel tutelare una categoria particolarmente a rischio, quale quella del lavoratore obeso, possono comprendere **l'adozione da parte del datore di lavoro di programmi miranti ad incentivare la perdita di peso** tramite ad esempio l'esercizio fisico e la promozione di una alimentazione sana sul luogo di lavoro. Inoltre, il medico competente, quale figura della prevenzione incaricata di recarsi in azienda a svolgere periodicamente visite mediche per stabilire l'idoneità lavorativa o meno di un dipendente, nel caso di visita periodica a lavoratori obesi o in sovrappeso dovrebbe prestare particolare attenzione nel valutare, tramite la raccolta di alcuni parametri (altezza, peso, pressione arteriosa) i possibili rischi per la salute, e ove adeguatamente formati, informare sui rischi della non corretta alimentazione e valorizzare gli effetti positivi sulla salute della dieta. Inoltre, l'azienda deve essere in grado di accogliere una persona obesa.

Devono essere effettuati, quindi, **interventi strutturali ed ergonomici per la postazione di lavoro in modo da garantire una sistemazione ottimale** allo scopo di minimizzare l'esposizione al rischio e la limitazione della capacità lavorativa. (Baccolo TP, Gagliardi D, Marchetti MR, *Il perché di una corretta alimentazione dei lavoratori*, G Ital Med Lav Erg 2010; 32:4, Suppl,

92-94). Inoltre, le attrezzature di lavoro per i grandi obesi dovrebbero essere scelte ponendo particolare attenzione ai requisiti di portata, solidità, adattabilità e regolazione, in merito ai criteri di sicurezza e accessibilità (Capodaglio P, *Obesità e lavoro: un problema emergente*, G Ital Med Lav Erg 2011; 33:1, 47-54).

Notizie sugli autori

- Silvia Bruzzone** ADAPT Professional Fellow. Direttore responsabile dell'Osservatorio ADAPT *Chronic Diseases and Work*
- Silvia Fernández Martínez** Dottoranda della Scuola internazionale di dottorato in Formazione della persona e mercato del lavoro di ADAPT-CQIA, Università degli Studi di Bergamo
- Elisabetta Iannelli** Avvocato. Vicepresidente dell'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti ed amici (AIMAC). Segretario generale della Federazione delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO)
- Sergio Iavicoli** Dirigente di ricerca, Dipartimento di Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro ed Ambientale. Inail – Centro Ricerche Monte Porzio Catone (Roma)
- Matilde Leonardi** Dirigente medico, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “C. Besta” di Milano
- Chiara Scaratti** Fondazione IRCCS Istituto Neurologico “C. Besta” di Milano
- Francesca Sperotti** ADAPT Research Fellow

Michele Tiraboschi

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

Antonio Valenti

Contrattista di ricerca, Dipartimento di
Medicina, Epidemiologia, Igiene del Lavoro
ed Ambientale. Inail – Centro Ricerche
Monte Porzio Catone (Roma)

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. M. 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. M. 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. M. Tiraboschi (a cura di), **Jobs Act: il cantiere aperto delle riforme del lavoro**, 2014
26. F. Carinci (a cura di), **Il Testo Unico sulla rappresentanza 10 gennaio 2014**, 2014
27. S. Varva (a cura di), **Malattie croniche e lavoro. Una prima rassegna ragionata della letteratura di riferimento**, 2014
28. R. Scolastici, **Scritti scelti di lavoro e relazioni industriali**, 2014
29. M. Tiraboschi (a cura di), **Catastrofi naturali, disastri tecnologici, lavoro e welfare**, 2014
30. F. Carinci, G. Zilio Grandi (a cura di), **La politica del lavoro del Governo Renzi - Atto I**, 2014

31. E. Massagli (a cura di), **Il welfare aziendale territoriale per la micro, piccola e media impresa italiana. Un'indagine ricostruttiva**, 2014
32. F. Carinci (a cura di), **La politica del lavoro del Governo Renzi - Atto II**, 2014
33. S. Stefanovichj, **La disabilità e la non autosufficienza nella contrattazione collettiva italiana, alla luce della Strategia europea sulla disabilità 2010-2020**, 2014
34. AA.VV., **Crisi economica e riforme del lavoro in Francia, Germania, Italia e Spagna**, 2014
35. Bollettinoadapt.it, **Annuario del lavoro 2014**, 2014
36. M. Tiraboschi (a cura di), **Occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche**, 2015
37. F. Carinci, M. Tiraboschi (a cura di), **I decreti attuativi del Jobs Act: prima lettura e interpretazioni**, 2015
38. M. Soldera, **Dieci anni di staff leasing. La somministrazione di lavoro a tempo indeterminato nell'esperienza concreta**, 2015
39. M. Tiraboschi, **Labour Law and Industrial Relations in Recessionary Times**, 2015
40. F. Carinci (a cura di), **La politica del lavoro del Governo Renzi. Atti del X Seminario di Bertinoro-Bologna del 23-24 ottobre 2014**, 2015
41. F. Carinci, **Il tramonto dello Statuto dei lavoratori**, 2015
42. U. Buratti, S. Caroli, E. Massagli (a cura di), **Gli spazi per la valorizzazione dell'alternanza scuola-lavoro**, in collaborazione con IRPET, 2015
43. U. Buratti, G. Rosolen, F. Seghezzi (a cura di), **Garanzia Giovani, un anno dopo. Analisi e proposte**, 2015
44. D. Mosca, P. Tomassetti (a cura di), **La trasformazione del lavoro nei contratti aziendali**, 2015
45. M. Tiraboschi, **Prima lettura del decreto legislativo n. 81/2015 recante la disciplina organica dei contratti di lavoro**, 2015
46. F. Carinci, C. Cester (a cura di), **Il licenziamento all'indomani del d.lgs. n. 23/2015**, 2015
47. F. Nespoli, F. Seghezzi, M. Tiraboschi (a cura di), **Il Jobs Act dal progetto alla attuazione**, 2015

48. F. Carinci (a cura di), **Commento al d.lgs. 15 giugno 2015, n. 81: le tipologie contrattuali e lo jus variandi**, 2015
49. Studio Legale Tributario D. Stevanato (a cura di), **Introduzione al processo tributario**, in collaborazione con ADAPT ANCL Padova e Regione Veneto, 2015
50. E. Dagnino, M. Tiraboschi (a cura di), **Verso il futuro del lavoro**, 2016
51. S. Santagata (a cura di), **Lavoro e formazione in carcere**, 2016
52. A. Cassandro, G. Cazzola (a cura di), **Il c.d. Jobs Act e i decreti attuativi in sintesi operativa**, 2016
53. M. Del Conte, S. Malandrini, M. Tiraboschi (a cura di), **Italia-Germania, una comparazione dei livelli di competitività industriale**, 2016
54. F. Carinci (a cura di), **Jobs Act: un primo bilancio. Atti del XI Seminario di Bertinoro-Bologna del 22-23 ottobre 2015**, 2016
55. G. Rosolen, F. Seghezzi (a cura di), **Garanzia Giovani due anni dopo. Analisi e proposte**, 2016
56. L. Casano, G. Imperatori, C. Tourres (a cura di), **Loi travail: prima analisi e lettura. Una tappa verso lo “Statuto dei lavori” di Marco Biagi?**, 2016
57. G. Polillo, **ROMA – reset. Una terapia contro il dissesto**, 2016
58. J.L. Gil y Gil (dir.), T. Ushakova (coord.), **Comercio y justicia social en un mundo globalizado**, 2016
59. F. Perciavalle, P. Tomassetti (a cura di), **Il premio di risultato nella contrattazione aziendale**, 2016
60. M. Sacconi, E. Massagli (a cura di), **Le relazioni di prossimità nel lavoro 4.0**, 2016
61. Bollettinoadapt.it, **Annuario del lavoro 2016**, 2016
62. E. Dagnino, F. Nespola, F. Seghezzi (a cura di), **La nuova grande trasformazione del lavoro. Lavoro futuro: analisi e proposte dei ricercatori ADAPT**, 2017
63. G. Cazzola, D. Comegna, **Legge di bilancio 2017: i provvedimenti in materia di assistenza e previdenza**, 2017

SOCI ADAPT

| | | |
|------------------------------------|-----------------------------|--|
| ANCC-Coop | Confindustria Vicenza | FP-Cisl |
| ANCL Milano | Confprofessioni | Gi Group |
| ANCL Veneto | Coopfond-Legacoop nazionale | Ifoa |
| Angem | Cremonini | IHI Charging Systems International |
| Aninsei | Day Ristoservice | Inail |
| Anmil | Ebinter | Ikea Italia Retail |
| Assoimprenditori Alto Adige | Edenred Italia | INAPP |
| Assolavoro | Elettra Sincrotone | LavoroPiù |
| Banca Popolare dell'Emilia Romagna | Enel | LVH-APA |
| Bracco Imaging | Eni | Manutencoop |
| Brembo | Esselunga | MCL |
| Cia | Farindustria | Quanta |
| Cisl | Federalberghi | Randstad Italia |
| CNA | Federdistribuzione | Scuola Centrale Formazione |
| Coldiretti | FederlegnoArredo | SNFIA |
| Confagricoltura | Federmeccanica | Sodexo Motivation Solutions Italia Srl |
| Confartigianato | Femca-Cisl | Synergie Italia |
| Confcommercio | Fidef | Tempor |
| Confcooperative | Fim-Cisl | UBI Banca |
| Confesercenti | Fim-Cisl Brescia | Uil |
| Confimi Industria | Fincantieri | Umana |
| Confindustria | Fipe | Well Work |
| Confindustria Bergamo | Fisascat-Cisl | World Employment Confederation |
| Confindustria Verona | Fondazione Bruno Kessler | |

ADAPT LABOUR STUDIES E-BOOK SERIES

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

