

Ancora negli ultimi mesi vi sono stati casi di **lavoratori, con patologie oncologiche, licenziati per aver superato il periodo di comportamento 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.

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 comportamento**: 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.

Silvia Bruzzone

ADAPT Professional Fellow

@silvia_bruzzone

Scarica pdf 