

# Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale

## Rapporto nazionale sull'Italia

**Negotiating Return to Work in the Age of Demographic Change through Industrial Relations (REWIR)**  
Project No. VS/2019/0075

### Deliverable 3.1

Ilaria Armaroli, Maria Sole Ferrieri Caputi and Lorenzo Maria Pelusi<sup>1</sup>



Co-funded by  
the European Union



---

<sup>1</sup> Questo rapporto è dedicato a Lorenzo Maria Pelusi, che ci ha lasciati prematuramente nell'agosto 2020.

# Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

## Indice

<b>1. Introduzione</b>	2
<b>2. Le politiche relative al ritorno all'attività lavorativa nel contesto italiano</b>	10
<b>3. Il coinvolgimento delle parti sociali nella definizione di politiche nazionali finalizzate al ritorno al lavoro</b>	17
3.1 Attori e stakeholder coinvolti nelle politiche di ritorno al lavoro	17
3.2. Prospettive e livelli di coinvolgimento degli attori delle relazioni industriali nelle politiche che promuovono il ritorno all'attività lavorativa dei malati cronici	27
3.3. La natura delle interazioni tra gli attori delle relazioni industriali e gli altri stakeholder relativamente alle politiche di ritorno al lavoro	29
3.4. Il dialogo sociale relativo alle politiche di ritorno al lavoro (sia a livello nazionale che a livello regionale e settoriale)	31
3.5. Il ritorno al lavoro e il contributo delle relazioni industriali: prospettive future	34
<b>4. Il processo di ritorno all'attività lavorativa e il coinvolgimento delle parti sociali</b>	37
4.1. Le esperienze dei lavoratori che ritornano al lavoro	37
4.2. Il punto di vista dei responsabili delle risorse umane, dei manager di linea e di altri soggetti operanti in azienda in merito alle iniziative aziendali che promuovono il ritorno al lavoro e l'interazione tra datore di lavoro e lavoratori	44
4.3. Buone prassi a livello aziendale nel promuovere il rientro al lavoro e il ruolo delle relazioni industriali	50
4.4. Il ruolo del dialogo sociale nella creazione e implementazione di politiche aziendali che favoriscono il ritorno all'attività lavorativa	55
<b>5. Conclusioni</b>	59
<b>Bibliografia e sitografia</b>	44

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

### 1. Introduzione

Nel 2018, la popolazione in età lavorativa in Italia<sup>2</sup> rappresentava il 64% del totale, percentuale inferiore a quella media dei Paesi OCSE (65,1%) e degli Stati Membri dell'Unione europea (64,6%). Con riferimento al 2019, il tasso di occupazione in Italia è stato del 59% nella fascia di età 15-64 anni.<sup>3</sup> Se invece si considerano gli individui ancora attivi nel mercato del lavoro con una età compresa tra i 65 e i 69 anni, il tasso di occupazione nel 2016 era del 9,1%, laddove quello dei Paesi OCSE era pari al 20,9% (OEC, 2017). Due anni dopo, nel 2018, suddetto tasso era uguale al 12,3% in Italia e al 22,3% nei Paesi OCSE (OECD, 2019a). Tuttavia, a fronte di un concomitante allungamento della vita lavorativa, la contribuzione previdenziale obbligatoria spesso viene attivata per fasce d'età superiori ai 64 anni.<sup>4</sup> Suddetto trend dovrebbe rappresentare un aspetto rilevante per i decisori politici in Italia, in quanto i lavoratori con età superiore ai 50 anni avrebbero più del doppio delle possibilità di sviluppare malattie croniche rispetto a quelli con un'età inferiore ai 35 anni (Vargas Llave et al., 2019).

In Italia, nel periodo compreso tra il 2015 e il 2018, circa 5.8 milioni di persone in età compresa tra i 18 e i 64<sup>5</sup> anni hanno dichiarato di avere una o più malattie croniche. Considerando l'intera popolazione italiana, nel 2019 il 40,8% ha affermato di soffrire di almeno una delle più diffuse malattie croniche, il che vuol dire un aumento di circa 1% rispetto al 2017 (Istat, 2019). Analizzando i dati dell'Eurostat, nel 2015 più del 14% dei lavoratori nel nostro Paese con un'età di 16 anni o superiore ha riportato una malattia caratterizzata da un lungo decorso, una percentuale che è leggermente superiore rispetto a quella calcolata nel 2010 (13,3%) e comunque superiore rispetto alla media europea per lo stesso anno (13%) (Vargas Llave et al., 2019). Le malattie cronicodegenerative sono, inoltre, più frequenti in età avanzata: il 54,9% degli Italiani soffre di una malattia cronica già tra i 55 e i 59 anni, e questa percentuale arriva all'86,9% considerando coloro con un'età di 75 anni (Istat, 2019, p. 126). Le donne,

---

<sup>2</sup> La popolazione in età lavorativa include le persone con un'età compresa tra i 15 e i 64 anni. Questo indicatore misura la proporzione di soggetti in età da lavoro rispetto alla popolazione totale. Fonte, OECD, <https://data.oecd.org/pop/working-age-population.htm>.

<sup>3</sup> Fonte: Istat, [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV\\_TAXOCCU1](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_TAXOCCU1).

<sup>4</sup> "Nel 2018, normalmente si andava in pensione a 67 anni, ovvero 3 anni in più rispetto all'età di pensionamento media. Tuttavia, l'Italia ha registrato un passo indietro rispetto alle precedenti riforme, introducendo la cosiddetta 'Quota 100', che fino al 2021 permette l'accesso alla pensione con un'età anagrafica di 62 anni e una contributiva di 38. La modifica dell'età di pensionamento nel 2019 ha avuto luogo al fine di adattarla ai cambiamenti relativi all'indice di aspettativa di vita, anche se nessuna revisione è stata implementata. Il calcolo delle modifiche da apportare rispetto all'aspettativa di vita, dei requisiti degli anni di carriera ai fini del prepensionamento e dell'età minima per il pensionamento in alcuni settori è stato al momento congelato fino al 2026" (OECD, 2019b). Fonte: [https://www.oecd.org/italy/PAG2019-ITA\\_it.pdf](https://www.oecd.org/italy/PAG2019-ITA_it.pdf).

<sup>5</sup> Istituto superiore di sanità, "Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in ITALIA. PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra 65enni)", Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/passi/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-patologie-croniche.pdf>.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

inoltre, vivono una situazione di svantaggio: dall'analisi dei dati relativi alla popolazione che riporta di soffrire di almeno una patologia cronica, le donne risultano essere maggiormente colpite, soprattutto quelle con un'età superiore ai 55 anni. In generale, le malattie croniche più frequenti sono l'ipertensione (18,1%), l'artrite o l'osteoartrite (16,4%), le malattie allergiche (11,6%), l'osteoporosi (8,1%) la bronchite cronica e l'asma bronchiale (6%) e il diabete (5,6%) (Istat, 2019, p. 126).

Le proiezioni in merito alla cronicità rilevano che entro il 2030 il numero di pazienti con malattie croniche aumenterà fino a toccare i 26,5 milioni, mentre le persone affette contemporaneamente da diverse malattie croniche sarà pari a 14,6 milioni. Il disturbo cronico più frequente sarà verosimilmente l'ipertensione, di cui soffriranno quasi 12,5 milioni entro il 2030. Sebbene più di 11,3 milioni di Italiani soffrano già di osteoartrite e artrite, entro il 2030 si prevede un aumento delle persone affette da questi disturbi di circa 1,5 milioni rispetto al 2018. Sempre entro il 2030, il numero totale di Italiani con osteoporosi sarà di circa 5,7 milioni, ovvero 800.000 in più rispetto al 2018. Le persone affette da diabete nel 2030 saranno circa 3,9 milioni, mentre quelle con problemi di cuore saranno 2,8 milioni (Università Cattolica Sacro Cuore, Istituto di sanità pubblica – Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2019, p. 516).

Nonostante le proiezioni appena descritte, l'Italia registra indicatori abbastanza positivi relativi allo stato di salute della propria popolazione (OECD, 2019c): l'aspettativa di vita è pari a 83 anni<sup>6</sup> (media OCSE: 80,7 anni); il tasso di mortalità evitabile<sup>7</sup> è pari a 143 (media OCSE: 208); lo stato di salute percepito<sup>8</sup> è del 5,8% (media OCSE: 8,7%); la morbilità per le malattie croniche è pari al 4,8%<sup>9</sup> (media OCSE: 6,4%). È importante sottolineare che il 100% della popolazione italiana ha accesso in maniera gratuita all'assistenza sanitaria, con il 73,9% della spesa totale coperta da piani assicurativi prepagati. In merito alla qualità delle prestazioni, alcuni dati recentemente pubblicati hanno sottolineato che la percentuale di 'prescrizioni sicure'<sup>10</sup> è leggermente inferiore alla media OCSE. Tuttavia, l'Italia ha risultati soddisfacenti in merito all'efficacia dell'assistenza primaria<sup>11</sup> (Italia: 64; media OECD: 225) e risultati in linea con la media

---

<sup>6</sup> Anni di vita alla nascita.

<sup>7</sup> Numero di morti per 100,000 persone (tasso di età standardizzato).

<sup>8</sup> Popolazione con condizioni di salute precarie (% di popolazione con un'età superiore ai 15 anni).

<sup>9</sup> La definizione di morbilità per le malattie croniche fornita dall'OECD include malattie croniche quali il cancro, l'infarto e gli ictus, problemi respiratori e diabete. Si veda <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/5101558b-en/index.html?itemId=/content/component/5101558>. Per questo specifico indicatore, le stime per l'OECD considerano solo i dati relative all'incidenza del diabete (% di adulti, tasso di età standardizzato).

<sup>10</sup> Per questo indicatore, l'OECD considera solo gli antibiotici prescritti (definiti come dose giornaliera per 1,000 persone).

<sup>11</sup> Per questo indicatore, l'OECD considera solo i ricoveri evitabili per l'asma o le malattie ostruttive polmonari croniche (rispetto a 100,000 persone, età e sesso standardizzato).

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

OCSE relativamente all'efficacia dell'assistenza secondaria<sup>12</sup> (Italia 5,4, media OCSE: 6,9) e a quella della cura contro il cancro<sup>13</sup> (Italia 86%; media OECD: 84,5%). La spesa sanitaria a livello nazionale, calcolata come quota del PIL, è in linea con la media OCSE, ed è pari all'8,8%; la proporzione tra numero di dottori e infermieri per 1,000 abitanti è pari rispettivamente al 4% e al 5,8% (media OCSE: 3,5% e 8,8%). L'Italia quindi ha un numero elevato di dottori, a fronte di un numero esiguo di infermieri. Nonostante un trend in miglioramento rispetto a queste percentuali, sussiste una certa preoccupazione in merito a possibili carenze di professionisti in questo ambito, soprattutto a causa della crescita dell'età media dei dottori. È inoltre opportuno sottolineare che la spesa sanitaria nel 2019, a livello nazionale, (quella che include sia la spesa pubblica, sia le assicurazioni sanitarie sottoscritte su base volontaria e i fondi privati), è stata di 3,649 dollari pro-capite, dato leggermente inferiore della media OCSE (4.224 dollari pro-capite) e decisamente inferiore rispetto agli altri Paesi europei caratterizzati da un reddito elevato, es. Francia (5.376 dollari pro-capite), Svezia (5.782 dollari pro-capite) e Germania (6.646 pro-capite)<sup>14</sup>. Infine, nel 2017 l'Italia era quinta nella classifica dei Paesi con il minor numero di posti letto per lunghe degenze e, nello stesso anno, ha speso meno dello 0,6% del PIL per l'assistenza di lungo corso (OECD, 2019c).

Di conseguenza, sebbene il sistema sanitario italiano registri livello di qualità elevato, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento costante delle malattie croniche, soprattutto tra le persone con età superiore ai 55 anni, porterà verosimilmente a una richiesta maggiore di prestazioni sanitarie, mettendo sotto pressione il sistema pubblico. Inoltre, l'aumento dell'aspettativa di vita e l'incidenza delle malattie croniche porteranno a un cambiamento anche nelle modalità di fruizione di suddetti servizi, che saranno sempre più orientati verso l'assistenza per lunghe degenze garantite al di fuori degli ospedali, così come a una maggiore richiesta di assistenza primaria e preventiva (ADAPT, UBI Banca, 2019). In tal senso, l'Italia può contare su un sistema di assistenza primaria molto consolidato (come dimostrato dal basso tasso di ricoveri ospedalieri per malattie croniche) che ben si presta alla cura di una popolazione caratterizzata da un invecchiamento costante. Dal 2007, è stato implementato il programma nazionale *Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari* in collaborazione con le regioni e le province autonome al fine di combattere i principali fattori di rischio, quali ad esempio la malnutrizione, l'inattività fisica, il fumo e il consumo di alcool. Nel 2016, a seguito dell'adozione del

---

<sup>12</sup> Per questo indicatore, l'OECD considera solo una mortalità di 30 giorni a seguito di un infarto del miocardio acuto (rispetto a 100,000 persone, età e sesso standardizzato).

<sup>13</sup> Per questo indicatore, l'OECD considera solo un periodo di sopravvivenza di 5 anni rispetto al momento in cui è stato diagnosticato il cancro (calcolato in percentuale, età e sesso standardizzato).

<sup>14</sup> OECD (2020), Health spending (indicator), doi: 10.1787/8643de7e-en (ultimo accesso: 7 luglio 2020).

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

*Piano Nazionale della Cronicità*, un'iniziativa messa in piedi al fine di migliorare il coordinamento dei piani assistenziali per le malattie croniche,<sup>15</sup> molte regioni hanno testato l'implementazione di diversi modelli di assistenza sanitaria, combinando forme di assistenza sociale e sanitarie in centri multi-specializzati al fine di rispondere in maniera più adeguata ai bisogni dei pazienti che presentano co-morbidità. Spesso però, queste sperimentazioni non sono state oggetto di valutazioni formali (OECD, European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Nell'ambito del presente report, oltre che la pressione a cui sono soggetti i sistemi di welfare e di assistenza, sembra opportuno segnalare che un aumento dell'incidenza delle malattie croniche potrebbe condizionare anche la produttività e l'organizzazione del lavoro (Tiraboschi, 2015; Pollak, 2014), la sicurezza nei luoghi di lavoro<sup>16</sup>, i mercati del lavoro e i sistemi di sicurezza sociale<sup>17</sup>, soprattutto considerando che molti lavoratori affetti da malattie croniche preferiscono lasciare il proprio lavoro anziché richiedere i necessari accomodamenti.

Non sorprende quindi che in molti Paesi si registri un aumento costante delle quote di popolazione che richiedono permessi per malattia, prepensionamenti oppure che usufruiscono di pensioni di invalidità per periodi più o meno lunghi (Tiraboschi, 2015, p. 5). Analizzando la situazione italiana, questo trend potrebbe essere dovuto ai chiari requisiti di accesso alle suddette prestazioni. Al contrario, le procedure che regolano le misure per adattare le mansioni e i luoghi di lavoro al fine di facilitare il ritorno al lavoro sono considerate piuttosto confuse sia dai professionisti che dagli

---

<sup>15</sup> La versione integrale del documento è disponibile al seguente link: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf). Lo studio mira a promuovere una migliore organizzazione dei servizi e a responsabilizzare tutti i soggetti coinvolti nell'ambito dell'assistenza, anche se sono pochi i riferimenti ai temi del lavoro e dell'occupazione. In primo luogo, e relativamente alla prevenzione della malattia, il programma fa riferimento all'importanza di iniziative per la promozione di stili di vita sani (es. il programma *Gaining health: making healthy choices easier* del 2007), all'interno dei quali è necessario coinvolgere tutti gli attori di riferimento (scuole, ambienti di lavoro, comunità locali, etc.) e stakeholder. Inoltre, in relazione alla continuità assistenziale, il piano enfatizza l'importanza di formare esperti nell'assistenza e di aumentare la consapevolezza dei colleghi di lavoro in merito a come prevenire, identificare e gestire possibili situazioni di emergenza. Un tema altrettanto rilevante è l'integrazione dei pazienti all'interno del mercato del lavoro. Infine, il piano fa riferimento all'impatto dell'artrite reumatoide e alla malattia di Crohn sulla vita lavorativa delle persone, nonché ai costi sociali legati all'assenteismo, soprattutto per le persone che non riescono a svolgere le proprie mansioni.

<sup>16</sup> I lavoratori affetti da malattie croniche sono più esposti a infortuni e incidenti sul lavoro (Kubo et al., 2014); cfr. il report comparato redatto da Corral et al. (2014), <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2014/employment-opportunities-for-people-with-chronic-diseases>.

<sup>17</sup> Ciò avviene in quanto la percentuale di coloro che pagano i contributi sociali e partecipano in maniera attiva al mercato del lavoro sta lentamente diminuendo rispetto a coloro che hanno diritto a prestazioni sociali. La Commissione europea ha stimato che il tasso di dipendenza degli anziani raddoppierà nei prossimi decenni, passando dal 26% nel 2010 al 52% al 2060 (European Commission, 2012, pp. 60-61 and pp. 159-161).

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

stakeholder.<sup>18</sup> È tuttavia largamente riconosciuto che, nel lungo periodo, la partecipazione delle persone affette da malattie croniche all'interno del mercato del lavoro diventerà essenziale per compensare la mancanza di forza lavoro (dovuto a tassi di natalità più bassi), l'assenza di manodopera qualificata, nonché per gestire la pressione in capo ai sistemi sanitari e di welfare a seguito di un significativo invecchiamento dei lavoratori<sup>19</sup> (Tiraboschi, 2015; OECD, 2009, p. 22). Inoltre, l'adattamento dei luoghi di lavoro rispetto alle necessità delle persone con malattie croniche può anche avere un impatto positivo sulla qualità e sulla sostenibilità del lavoro grazie a livelli più bassi di intensità e stress, senza contare una migliore conciliazione tra vita privata e professionale: infatti, livelli di stress inferiori sarebbero alla base di performance lavorative migliori (Vargas Llave et al., 2019).

L'obiettivo del presente report è quello esaminare il ruolo delle relazioni industriali in Italia al fine di supportare il ritorno al lavoro delle persone affette da malattie croniche, soprattutto a seguito di una lunga assenza per malattia. L'assunto alla base del presente report è il contributo significativo che le parti sociali, che giocano un ruolo chiave all'interno del mercato del lavoro, possono offrire per soddisfare concretamente i bisogni dei soggetti affetti da malattie croniche, implementando politiche di attivazione adeguate al ritorno al lavoro. Ciò è particolarmente vero considerando che la capacità di reagire a una malattia grave e il ritorno all'attività lavorativa dipendono dalla resilienza e dalla vulnerabilità degli individui coinvolti (Tiraboschi, 2015, cit. p. 40), essendo questo aspetto altresì influenzato dal supporto ricevuto dagli attori delle relazioni industriali e dalle istituzioni.

In termini di relazioni industriali, l'Italia fa parte dell'area meridionale dell'Europa (Caprile et al., 2017) e può vantare performance significative tanto in termini di incidenza della contrattazione collettiva (pari all'80% nel 2016)<sup>20</sup> e di adesione al sindacato (34,4% nel 2018).<sup>21</sup>

Il sistema delle relazioni industriali italiano è altresì caratterizzato da un coinvolgimento piuttosto irregolare delle parti sociali nell'ambito dell'implementazione delle politiche pubbliche, livelli di rappresentanza poco significativi (Caprile et al., 2017), poca regolamentazione e un alto grado di volontarismo (Leonardi, 2017; Leonardi et al., 2017). Questo stato di cose ha progressivamente dato vita a pressioni e opposizioni all'interno

---

<sup>18</sup> Queste osservazioni sono emerse nel corso delle interviste e dei focus group organizzati nel corso del progetto.

<sup>19</sup> Allo stesso modo, gli stakeholder europei attivi nel settore della sanità, dell'occupazione e dell'assistenza sociale hanno sottolineato che "la gestione delle malattie croniche e delle questioni lavorative può contribuire a una crescita economica più forte, aumentando i tassi di occupazione e la disponibilità di manodopera, riducendo la spesa pubblica rispetto a prestazioni di invalidità, nonché le richieste nei confronti del sistema sanitario". Fonte: European Commission (2017), cit. p. 5, [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/2017\\_chronic\\_framingdoc\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/2017_chronic_framingdoc_en.pdf).

<sup>20</sup> OECD Stat, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CBC>.

<sup>21</sup> OECD Stat, <https://data.oecd.org/>.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

delle principali organizzazioni sindacali da parte dei propri membri, dando vita e forme cooperative di relazioni industriali, alla nascita di rappresentanze sindacali autonome (Colombo and Regalia, 2016) e al moltiplicarsi di contratti collettivi a livello nazionale (CNEL, 2019). Alla luce di questi fattori e considerando la cornice normativa che regola il ritorno al lavoro in cui il ruolo delle relazioni industriali è attualmente marginale,<sup>22</sup> ci si aspetta che il coinvolgimento delle parti sociali in questo ambito sia pressoché nullo. È altresì verosimile che le parti sociali dovrebbero partecipare maggiormente all'implementazione di politiche pubbliche, contrattazione collettiva e attività di lobby. Un ulteriore corollario è che le buone prassi a livello aziendale in merito al ritorno al lavoro delle persone affette da malattie croniche dipendano dall'impegno dei singoli lavoratori o dei loro rappresentanti, soprattutto nelle aziende di grosse dimensioni nei settori industriali dove la contrattazione collettiva ha luogo soprattutto a livello decentrato. Infine, potrebbe sussistere una mancanza di coordinamento tra le iniziative implementate dalle parti sociali e una certa difficoltà nel coinvolgere gli attori principali in progetti condivisi (datori di lavoro, organizzazioni sindacali, associazioni di pazienti, ecc.).

Al fine di verificare questi assunti e per soddisfare l'obiettivo della presente ricerca, sono stati raccolti una serie di dati e informazioni provenienti da diverse fonti (lavoratori, manager, parti sociali), attraverso attività di ricerca (es. la raccolta e analisi di contratti collettivi di riferimento); tre questionari online e destinati a lavoratori, manager e parti sociali; interviste semi-strutturate con 6 stakeholder operanti a livello nazionale (1 decisore politico, 1 ricercatore presso una fondazione che si occupa di malattie croniche neurologiche rare, 3 lavoratori presso tre diverse agenzie per il lavoro, 1 consulente legale presso una associazione che rappresenta i pazienti); 2 gruppi di discussione, composti da 3 manager e 6 rappresentanti dei lavoratori a livello aziendale; una tavola rotonda con 8 stakeholder (nello specifico, 4 sindacalisti, 1 consulente del lavoro, 1 consulente legale presso una associazione che rappresenta i pazienti, 1 ricercatore presso un sindacato, 1 rappresentante di una fondazione istituita da una associazione datoriale). Maggiori informazioni in merito ai questionari online sono disponibili nella tabella che segue. I dati sono stati analizzati sulla base del modello definito da Mehtap Akgüç (CEPS), Marta Kahancová (CELSI) e Adela Popa (Lucian Blaga University of Sibiu) nel luglio del 2019.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Maggiori informazioni sono disponibili nella sezione che segue.

<sup>23</sup> M. Akgüç, M. Kahancová and A. Popa (2019), "Working paper presenting a literature review on return to work policies and the role that industrial relations play in facilitating return to work at the EU, national and sub-national levels", REWIR, Deliverable 1.1.



**Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

**Tabella 1. Descrizione del modello e delle modalità di identificazione dei partecipanti al questionario – Italia**

Indagine e gruppo di riferimento	Numero totale delle risposte	No. di risposte rilevanti
Questionario per i lavoratori	30	3 0
Questionario per le parti sociali	8	4
Questionario per la parte datoriale	47	3 9

Fonte: Questionario REWIR - Italia

*Nota:* il numero totale delle risposte indica l'insieme dei dati relativi all'Italia nel periodo di riferimento. Il numero delle risposte rilevanti indica il numero di questionari completati dalle parti sociali e a livello aziendale. In merito ai questionari somministrati ai lavoratori, il numero dei casi rilevanti fa riferimento alle risposte in cui l'intervistato ha risposto "SI" alla domanda no. 6: "Ha mai sofferto di una malattia cronica nella sua carriera?".

**Tabella 2. Descrizione del modello e delle modalità di identificazione dei partecipanti al questionario – Questionario REWIR destinato ai lavoratori (Italia)**

<b>Questionario per i lavoratori – caratteristiche degli intervistati</b>	<b>Risposte (in % laddove non indicato diversamente)</b>
<b>Sesso (Q1)</b>	
Uomini	20
Donne	80
<b>Età media, espressa in anni (Q3)</b>	51
<b>Età lavorativa media, espressa in anni (Q4)</b>	28
<b>Livello di educazione (Q2)</b>	
Bassa (fino al diploma di scuola superiore)	10%
Media (fino al completamento di un corso di formazione professionale post-secondario)	50%
Alta (formazione universitaria)	37%
Altro	3%
<b>Tipo di organizzazione in cui l'intervistato lavorava prima della diagnosi/cura (Q14a 14b + Q32a 32b)</b>	
Lavoro domestico	85%
Azienda multinazionale	15%
Non so	4%
Azienda nel settore private	70%
Azienda pubblica	76%
<b>Iscrizione al sindacato (Q9 + Q27)</b>	
Si	50%
No	50%
<b>Presenza del sindacato a livello aziendale (Q11 + Q29)</b>	

**Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

Si	80%
No	20%
<b>Tipo di attività (Q16 + Q34)</b>	
Lavoro di concetto	23%
Attività d'ufficio	47%
Lavoro manuale	17%
Attività svolta all'interno	50%
Attività svolta all'esterno	3%
Attività dispendiosa da un punto di vista fisico	13%
Attività dispendiosa da un punto di vista emotivo	33%
<b>Dimensioni dell'azienda (Q13 + Q31)</b>	
Inferiore a 20 lavoratori	17%
Tra 20 e 50 lavoratori	17%
Tra 50 e 500 lavoratori	37%
Tra 500 e 1.000 lavoratori	13%
Oltre 1.000 lavoratori	17%
<b>Attualmente in congedo per malattia (Q17)</b>	
Yes	-
No	-
<b>Le tre malattie croniche dichiarate più frequentemente (Q7 + Q25)</b>	
1.	Cancro (50%)
2.	Altro (27%)
3.	Artrite (20%)

Fonte: Questionario REWIR destinato ai lavoratori - Italia

**Tabella 3. Questionario indirizzato alle parti sociali. Analisi delle risposte relativamente all'Italia nell'ambito del progetto REWIR**

<b>Caratteristiche degli intervistati</b>	<b>Risposte</b>
<b>Tipo di organizzazione (Q2)</b>	
Associazione datoriale	5
Sindacato	3
Altro	-
<b>Livello di partecipazione al dialogo sociale (Q4)</b>	
Nazionale	2
Territoriale	1
Settoriale	5
Tutti quelli elencati in precedenza	-
Altro	-
<b>I tre settori maggiormente rappresentati (Q5)</b>	
1.	Manifatturiero (2)
2.	Hotel e ristoranti (2)
3.	vari (1)

Fonte: questionario REWIR destinato alle parti sociali - Italia

**Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

**Tabella 4. Questionario indirizzato alle aziende. Analisi delle risposte relativamente all'Italia nell'ambito del progetto REWIR**

<b>Caratteristiche degli intervistati</b>	<b>Risposte</b>
<b>Proprietà (Q4)</b>	
Nazionale	27 (43%)
Non-nazionale	20 (57%)
<b>Dimensione dell'azienda (Q2)</b>	
0-9	4 (9%)
10-49	6 (13%)
50-249	12 (26%)
Oltre 250	25 (53%)
<b>Tipo di lavoratore/attività predominante (Q7)</b>	
1.	Amministrativi/attività di segreteria (14) (30%)
2.	Lavoratori con competenze medio-alte (12) (26%)
3.	Professionisti altamente specializzati (9) (20%)
<b>I tre settori maggiormente rappresentati (Q6)</b>	
1.	Manifatturiero (18) (39%)
2.	Altro (9) (20%)
3.	Attività professionali, scientifiche e tecniche (3) (7%)
<b>Presenza sindacale o altre forme di rappresentanza (Q22)</b>	
Si	28 (82%)
No	6 (18%)

*Fonte: Questionario REWIR destinato alle aziende - Italia*

## **2. Le politiche relative al ritorno all'attività lavorativa nel contesto italiano**

La normativa italiana che promuove il ritorno al lavoro delle persone affette da malattie croniche non è né omogenea né specificatamente destinata a questa categoria di lavoratori. Ciò si deve soprattutto al fatto che nel contesto italiano non esiste una definizione giuridica di 'malattie croniche', sussistendo una tendenza sia in letteratura che nella giurisprudenza a equiparare suddette malattie al concetto di 'disabilità' (Fernandez Martinez, 2017, p. 76). Di conseguenza, sebbene i lavoratori con malattie croniche non siano destinatari di diritti specifici, esistono alcuni provvedimenti che promuovono il loro ritorno al lavoro, così come altre forme di tutela associate alla condizione di disabilità. Quest'ultima ha

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

tuttavia assunto diverse sfumature di significato nell'ambito della normativa italiana, a seconda dell'obiettivo del legislatore. Per tale ragione, si è verificata una sovrapposizione in termini legislativi tra le diverse norme (es. la legge no. 104/1992 regola l'inclusione sociale delle persone portatrici di handicap la cui condizione deve essere verificata dalle autorità sanitarie; il decreto legislativo no. 81/2008 fa riferimento alle persone inidonee a svolgere determinate mansioni, la cui condizione deve essere verificata da un medico del lavoro; e la legge no. 68/1999 definisce il concetto di 'persona disabile' chiarendo le diverse forme di disabilità, anche in questo caso da accertare secondo quanto stabilito dalle autorità sanitarie competenti). L'influenza delle valutazioni biomediche (che si concentrano sulla condizione della persona e la sua necessità di assistenza medica) su queste nozioni ha altresì dato vita a una serie di provvedimenti quasi esclusivamente dedicati a garantire protezione e cure (es. attraverso congedi retribuiti e pensioni di invalidità) per coloro che ne hanno diritto (Bono, 2020). È stato grazie al Decreto Legislativo no. 216/2003, attraverso il quale l'Italia ha recepito la Direttiva 2000/78/CE, che si è diffusa una definizione più ampia e inclusiva del concetto di disabilità (intesa come fatto sociale, interazione della condizione soggettiva e del contesto esterno, così come suggerito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 13 dicembre 2006). Ciò ha permesso di fornire alcune linee-guida normative che promuovono i principi di giustizia sociale e non-discriminazione sui luoghi di lavoro (in cui un ruolo chiave è svolto dal datore di lavoro ai fini del ritorno al lavoro dei lavoratori con disabilità), a prescindere dalle cause della disabilità, che può quindi includere anche le malattie croniche.<sup>24</sup> Come si evince nelle sezioni successive, i diritti delle persone affette da malattie croniche sono garantiti oltre che dalla normativa anche dalla contrattazione collettiva. Con riferimento alla normativa, le previsioni di legge che favoriscono il ritorno all'attività lavorativa delle persone con malattie croniche riguardano principalmente:

- lo *smart working* (Decreto Legislativo no. 81/2017) che prevede la possibilità di lavorare da casa o in altri luoghi dopo aver sottoscritto un accordo individuale. Questa norma può garantire ai lavoratori con malattie croniche un miglior equilibrio in termini di conciliazione vita-lavoro, soprattutto se prevista nei contratti collettivi.<sup>25</sup>
- La possibilità da parte del lavoratore di cedere una parte del proprio congedo a colleghi che si occupano di persone con disabilità o figli

---

<sup>24</sup> Si veda altresì la nota 25.

<sup>25</sup> Inoltre, a seguito della pandemia da Covid-19, il governo italiano ha introdotto un nuovo diritto relativo al lavoro da remoto per i lavoratori disabili o immunodepressi, o per coloro che vivono con persone disabili o immunodepresse. Si tratta di una opzione temporanea che dovrebbe durare fino al termine della emergenza sanitaria e che dipende dalla compatibilità con le caratteristiche della mansione svolta. Inoltre, è stato introdotto il diritto alla priorità di scelta di questa modalità di lavoro per i lavoratori affetti da patologie certificate che ne riduce la capacità lavorativa. In altre parole, a questi lavoratori deve essere data la priorità relativamente alla possibilità di lavorare da casa.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

malati (Decreto Legislativo no. 151/2015). In tal senso, maggiori dettagli e ulteriori requisiti sono stabiliti a livello di contrattazione, con questa possibilità che può riguardare anche le persone affette da una malattia cronica.

- Il diritto di convertire il contratto di lavoro a tempo pieno in uno a tempo parziale nel caso in cui sussistano 'gravi patologie croniche e degenerative' (Decreto Legislativo no. 81/2015).
- Il diritto per le persone con una disabilità superiore al 50% (certificata da autorità sanitarie competenti) di usufruire di un congedo di 30 giorni all'anno per le cure (Decreto Legislativo no. 119/2011).
- L'obbligo da parte del datore di lavoro di assegnare a un lavoratore non idoneo a svolgere determinate mansioni (secondo quanto stabilito dal medico del lavoro), mansioni equivalenti o di livello inferiore, mantenendo inalterata la retribuzione (Decreto Legislativo no. 81/2008).
- Il diritto per il lavoratore disabile (così come definito dalla Direttiva 2000/78/CE)<sup>26</sup> a un accomodamento ragionevole del posto di lavoro al fine di garantire le stesse condizioni lavorative assicurate agli altri lavoratori (Decreto Legislativo no. 216/2003).
- Il diritto per il lavoratore con problemi di salute conclamati (es. certificati dal medico del lavoro o da strutture sanitarie pubbliche) di non svolgere mansioni nei turni di notte (Decreto legislativo no. 66/2003).
- Il diritto delle persone con disabilità (certificata da autorità sanitarie competenti) a un congedo retribuito di due ore al giorno o tre giorni al mese (Legge no. 104/1992). Alternativamente a questo congedo, le persone con disabilità possono scegliere o essere trasferite in un luogo di lavoro più vicino a casa tra quelli disponibili. Lo stesso diritto è previsto anche per i caregiver.

Relativamente ai congedi per malattia in caso di malattie croniche, la ricerca svolta non ha evidenziato regolamentazioni specifiche, in quanto trovano applicazione norme di carattere generale: l'indennità per malattia (retribuita dal datore di lavoro per i primi tre giorni e dall'INPS a partire dal

---

<sup>26</sup> Diversamente dalla nozione di disabilità fornita dalla Legge no. 68/1999, la Direttiva 2000/78/CE, che in Italia è stata recepita attraverso il Decreto Legislativo no. 216/2003, non richiede che la disabilità venga certificata da enti nazionali quali servizi sociali o autorità sanitarie. Inoltre, la nozione di disabilità contenuta dalla Direttiva è interpretata in maniera più ampia dalla Corte di Giustizia europea, in linea con quanto stabilito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 13 dicembre 2006, ratificata dalla Unione europea nel 2010. Secondo le motivazioni della Corte, la nozione di disabilità può riguardare diverse condizioni individuali che compromettono la piena partecipazione del lavoratore alla vita lavorativa. In tal senso, questa nozione include l'obesità in alcune circostanze laddove questa impedisca il pieno coinvolgimento del lavoratore alla vita professionale, a causa di una mobilità ridotta o dell'emergere di disturbi che ostacolano o creano disagio nello svolgimento delle mansioni (si veda, *Ruiz Conejero*, C-270/16, EU:C:2018:17, paragrafo 30; sentenza del 18 dicembre 2014, *FOA*, C-354/13, EU:C:2014:2463, paragrafo 60).

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

quarto giorno di assenza dal lavoro) è proporzionale alla retribuzione ordinaria e si riduce progressivamente. Questa indennità viene garantita al lavoratore affetto da malattie che non permettono lo svolgimento delle mansioni assegnate. L'INPS non riconosce l'indennità di malattia ad alcune categorie di lavoratori, come ad esempio quelli impegnati in attività impiegate nel settore industriale e manager nel settore industriale e artigianale. In questi casi, spetta al datore di lavoro il pagamento della suddetta indennità. Le altre disposizioni riguardanti il calcolo della lunghezza del cosiddetto periodo di comporto, durante il quale il lavoratore non può essere licenziato, sono contenute nei contratti collettivi conclusi a livello settoriale. Molti di questi contratti estendono la durata del periodo di comporto nell'eventualità di alcune patologie, così come discusso nei paragrafi seguenti. In linea con questo approccio, alcune sentenze hanno stabilito che, prima di risolvere il contratto con una persona affetta da disabilità in quanto assente al lavoro per un numero di giorni superiore a quelli previsti dal periodo di comporto, il datore di lavoro deve dimostrare di aver escluso dal calcolo del periodo di comporto quei giorni di assenza strettamente legati alla disabilità (Bono, 2020).

Inoltre, laddove una malattia cronica sia la causa di una disabilità o di una inabilità al lavoro, così come certificata da una autorità pubblica, alla persona malata è riconosciuta una pensione di inabilità (nel caso di una impossibilità permanente o assoluta di svolgere l'attività lavorativa) o una pensione di invalidità civile. Oltre a quest'ultima, un'ulteriore indennità è erogata ai lavoratori che sono invalidi civili e che, non potendosi muovere, e necessitano di essere supportati da una terza persona. È fatto obbligo da parte del datore di lavoro di corrispondere all'INAIL una assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e malattie professionali. L'INAIL garantisce ai lavoratori una pensione di inabilità o altre indennità, laddove queste condizioni siano il risultato di un infortunio sul lavoro o di malattie professionali. Secondo quanto stabilito dalla legge no. 190/2014, questo ente promuove altresì l'implementazione di politiche di ritorno al lavoro per i lavoratori affetti da malattie professionali.

Infine, in Italia sono previsti incentivi per i datori di lavoro nel settore pubblico e privato che assumono a tempo indeterminato persone affette da disabilità (Articolo 13, Legge no. 68/1999, così come aggiornato dal Decreto Legislativo no. 151/2015 e successivi provvedimenti). Gli incentivi hanno la durata di 36 mesi e sono di due tipi, a seconda della gravità della disabilità: il primo ammonta al 70% della retribuzione mensile lorda laddove il lavoratore abbia una disabilità maggiore del 79% o una disabilità mentale che causa una riduzione dell'abilità lavorativa superiore al 45% (in tal caso l'incentivo è erogato per 60 mesi); il secondo tipo di incentivo corrisponde al 35% della retribuzione mensile lorda qualora il lavoratore presenti una

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

riduzione dell'abilità lavorativa compresa tra il 67% e il 79%. Inoltre, la Legge no. 68/1999 stabilisce l'obbligo da parte del datore di lavoro di assumere e mantenere in servizio i lavoratori affetti da disabilità. Nello specifico, il datore di lavoro deve assumere e mantenere in servizio: 1 lavoratore disabile in aziende con un numero di dipendenti compreso tra i 15 e i 35; 2 lavoratori disabili in aziende con un numero di lavoratori compreso tra i 36 e i 50; un numero di lavoratori disabili pari al 7% della forza lavoro in aziende con un numero di lavoratori maggiore di 50. Secondo il Decreto Legislativo no. 151/2015, il datore di lavoro può rispettare questo obbligo anche ricorrendo a lavoratori interinali, purché il loro contratto sia della durata di almeno 12 mesi.

Oltre ai provvedimenti delineati poc'anzi, sono presenti anche delle iniziative locali e regionali che favoriscono il ritorno al lavoro per i lavoratori affetti da disabilità, sebbene manchi un riferimento specifico alle persone con malattie croniche. Tra queste ricordiamo:

- il servizio di rientro al lavoro SIL 22<sup>27</sup>, un'iniziativa della provincia di Verona che promuove l'occupazione di persone con disabilità e che fornisce informazioni, formazione professionale, servizi di pianificazione dei percorsi di carriera, case management e patrocinio legale, servizi di inserimento professionale e supporto post-placement;
- il programma EMERGO<sup>28</sup>, promosso dal comune di Milano che intende facilitare la partecipazione delle persone con disabilità nel mercato del lavoro attraverso servizi di formazione e altre attività di re-inserimento.

Una ulteriore misura che sta prendendo gradualmente piede nelle aziende di grandi dimensioni è l'istituzione all'interno dei dipartimenti di gestione delle risorse umane di figure professionali (i *disability manager*) specializzate nell'inclusione e la gestione delle disabilità sui luoghi del lavoro. Questi profili hanno fatto la loro prima comparsa a livello istituzionale nel 2009, all'interno del 'Libro bianco relativo all'accessibilità e la mobilità urbana' redatto dal comune di Parma in collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e successivamente promosso nel 2013 nell'ambito del 'Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e dell'inclusione di persone con disabilità', così nella seconda edizione del Programma nel 2017. L'istituzione di una figura di questo tipo, che si occupa

---

<sup>27</sup> Maggiori informazioni sul SIL (Servizi di Integrazione Lavorativa) sono disponibili al seguente link: [http://bancadati.italialavoro.it/bdds/download?fileName=C\\_21\\_Strumento\\_3609\\_documenti\\_item\\_Name\\_0\\_documento.pdf&uid=db767bd5-4134-4fa8-938a-f581631d20ae](http://bancadati.italialavoro.it/bdds/download?fileName=C_21_Strumento_3609_documenti_item_Name_0_documento.pdf&uid=db767bd5-4134-4fa8-938a-f581631d20ae).

<sup>28</sup> Maggiori informazioni sul programma EMERGO (Esperienza Metodologia e Risorse Generano Opportunità), sono disponibili al seguente link: <https://www.cittametropolitana.mi.it/export/sites/default/lavoro/pdf/emergo/Programmazione-emergo/Masterplan-Emergo-2019.pdf>.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

dell'inclusione sui luoghi di lavoro delle persone con disabilità è stata altresì prevista nel Decreto Legislativo no. 151/2015<sup>29</sup> e i costi relativi alla introduzione di tali profili professionali possono essere parzialmente rimborsati attraverso fondi per l'occupazione delle persone con disabilità, istituiti a livello regionale<sup>30</sup>. Inoltre, il fondo regionale per l'occupazione di persone con disabilità può fornire un rimborso parziale delle spese affrontate dalle aziende laddove adottino accomodamenti ragionevoli – es. il ricorso a nuove tecnologie e l'eliminazione delle barriere architettoniche – per i lavoratori con una invalidità superiore al 50%<sup>31</sup>. Infine, la contrattazione collettiva può creare commissioni composte da rappresentanti dei lavoratori e del management oppure osservatori paritetici a livello aziendale dedicati all'inclusione delle persone con disabilità. La loro istituzione era stata promossa all'interno del 'Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e dell'inclusione di persone con disabilità del 2013', adottato dal governo italiano, nonché nell'edizione del 2017 dello stesso<sup>32</sup>. Ulteriori informazioni in merito alle politiche e ai casi concreti rinvenibili a livello aziendali sono riportate di seguito.

**Tabella 5. Sintesi delle politiche che promuovono il ritorno all'attività lavorativa in Italia**

<b>Tipo di iniziativa</b>	<b>Livello dell'iniziativa</b>	<b>Requisiti di accesso</b>	<b>Normativa</b>
Diritto al lavoro a tempo parziale	Diritto di convertire un contratto di lavoro a tempo pieno in uno a tempo parziale	Lavoratori con 'patologie croniche e degenerative gravi'	Decreto Legislativo no. 81/2015

<sup>29</sup> L'introduzione di una figura professionale specializzata nell'inclusione nel mercato del lavoro di persone con disabilità è stata resa obbligatoria nelle pubbliche amministrazioni con più di 200 lavoratori (Decreto Legislativo no. 165/2001, così come modificato dal Decreto Legislativo no. 75/2017). Relativamente al settore privato, la stesura di precise linee guida per il placement delle persone con disabilità, secondo principi ben definiti che includessero la promozione di figure professionali *ad hoc*, avrebbe dovuto essere implementata entro 180 giorni dall'entrata in vigore del Decreto Legislativo no. 151/2015. Attualmente però, questa previsione normativa non è stata attuata.

<sup>30</sup> Maggiori informazioni relativamente alla figura del 'disability manager' sono disponibili a pagina 20 del presente report.

<sup>31</sup> L'obbligo in capo alle autorità regionali italiane di istituire un fondo per favorire l'occupazione delle persone con disabilità è stato introdotto inizialmente attraverso la Legge no. 68/1999 e ripresa nel Decreto Legislativo no. 151/2015. Il Fondo è finanziato dalle sanzioni pagate dalle aziende che non rispettano l'obbligo di assumere persone disabili, nonché da contributi di aziende che non sono soggette a questo obbligo e donazioni private.

<sup>32</sup> Maggiori informazioni in merito a suddette commissioni sono disponibili alla pagina 22 del presente report.



**Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

Congedo per usufruire delle cure	Diritto a un congedo di 30 giorni all'anno per usufruire di cure, che non include il periodo di comporto (ossia il numero di giorni di assenza dall'attività lavorativa durante i quali i lavoratori non possono essere licenziati)	Lavoratori con una disabilità superiore al 50%	Decreto Legislativo no. 119/2011. Un ulteriore periodo di congedo può essere concordato nell'ambito della contrattazione collettiva. Inoltre, molti contratti collettivi prevedono l'estensione del periodo di comporto per alcune patologie
Diritto a una posizione lavorativa adeguata	Obbligo per il datore di lavoro di assegnare al lavoratore una mansione inferiore o equivalente mantenendo inalterata la retribuzione	Lavoratori inadatto alla mansione secondo quanto certificate dal medico del lavoro	Decreto Legislativo no. 81/2008
Accomodamento ragionevole	Il lavoratore disabile ha diritto a un accomodamento ragionevole all'interno del proprio luogo di lavoro al fine di garantire loro lo stesso trattamento degli altri lavoratori	I lavoratori disabili (generalmente intesi, come richiesto dalla Corte di Giustizia dell'Unione Europea)	Decreto Legislativo no. 216/2003
Diritto a non lavorare nei turni di notte		I lavoratori le cui condizioni di salute non permettono di lavorare di notte. Tali condizioni devono essere certificate dal medico del lavoro o da strutture sanitarie pubbliche.	

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

Congedo retribuito	I lavoratori disabili hanno diritto a un congedo retribuito di 2 ore al giorno o a 3 giorni al mese. In alternative, hanno diritto a un luogo di lavoro più vicino a casa tra quelli disponibili	Lavoratori disabili la cui invalidità è stata dichiarata grave	Legge no. 104/1992. Un ulteriore periodo di congedo può essere stabilito all'interno della contrattazione collettiva.
Indennità per assenza dovuta a malattia	Dal quarto al quinto giorno è pari al 50% della retribuzione giornaliera media. Dal ventunesimo al centottantesimo giorno è pari al 66,66% della retribuzione giornaliera media	I lavoratori affetti da qualsiasi malattia che li rende inabili a svolgere le loro mansioni	Diritto

Fonte: Elaborazione ADAPT - Italia

### 3. Il coinvolgimento delle parti sociali nella definizione di politiche nazionali finalizzate al ritorno al lavoro

#### 3.1 Attori e stakeholder coinvolti nelle politiche di ritorno al lavoro

Tra i principali attori coinvolti nelle politiche di ritorno al lavoro in Italia, è possibile individuare i seguenti:

- Associazioni che rappresentano i pazienti che contribuiscono al ritorno all'attività lavorativa attraverso:
  - informazioni, formazione e consulenze per i lavoratori malati e i datori di lavoro in merito alle misure legali a favore del (re-)inserimento nel mercato del lavoro. Un esempio in tal senso è rappresentato dal programma PROJOB, promosso dall'AIMAC nel 2012. Questo programma può essere implementato in qualsiasi contesto, in quanto gli specialisti dell'AIMAC forniscono consulenza ai responsabili delle risorse umane, colleghi e manager di linea, nonché ai datori di lavoro in merito alle soluzioni normative e contrattuali più favorevoli per assicurare una migliore conciliazione vita-lavoro e supporto psicologico ai lavoratori affetti da malattie croniche e ai lavoratori che forniscono assistenza a parenti malati<sup>33</sup>. Anche

<sup>33</sup> Per maggiori informazioni, si veda AIMAC (Associazione Italiana Malati di Cancro) <https://www.aimac.it/aimac-per-te/pro-job-risorse-impresa-lavoratori>.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

la LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) fornisce assistenza legale ai lavoratori con malattie oncologiche<sup>34</sup>;

- attività di lobby in merito alla normativa nazionale al fine di introdurre modifiche a favore del ritorno al lavoro delle persone affette da malattie croniche. Per esempio, l'AIMAC ha un ruolo fondamentale nel promuovere norme che estendano il diritto di convertire il contratto di lavoro a tempo pieno in uno a tempo parziale, anche alle persone affette da patologie degenerative croniche gravi; e
- attività di raccordo tra i pazienti e le aziende o con agenzie per il lavoro pubbliche o private in modo da favorirne il (re-)inserimento nel mercato del lavoro. Un esempio importante in tal senso è la partnership siglata nel 2018 tra AISM (Associazione Italiana Sclerosi Multipla), Unindustria Roma, la Fondazione ASPHI (che promuove l'inclusione delle persone con disabilità a scuola e al lavoro attraverso le tecnologie digitali), l'azienda farmaceutica Merck Serono e le organizzazioni sindacali FILCTEM-CGIL, FEMCA-CISL e UILTEC-UIL di Roma, al fine di facilitare l'assunzione dei lavoratori affetti da sclerosi multipla presso la sede romana della Merck Serono.<sup>35</sup> Tuttavia, due delle tre agenzie per l'impiego private intervistate hanno sottolineato la necessità che le associazioni dei pazienti siano maggiormente coinvolte nelle politiche di ritorno al lavoro, in quanto molte di loro si concentrano esclusivamente sulle attività di cura.
- Il governo, in particolar modo il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, attraverso la redazione di provvedimenti che permettono ai soggetti con malattie croniche che hanno bisogno di cure di continuare a lavorare e attraverso di circolari interpretative.
- Enti pubblici, soprattutto:
  - ASL locali, che si occupano degli esami fisici per l'accertamento dello status di invalidità;
  - l'INPS, che a seguito delle valutazioni delle ASL, conferma lo status di invalidità ed eroga le relative pensioni. L'INPS è inoltre responsabile del pagamento dell'indennità di malattia del lavoratore, dal quarto fino al centottantesimo giorno di malattia. L'INPS, tuttavia, non eroga indennità di malattia per alcune categorie di lavoratori (coloro che svolgono attività

---

<sup>34</sup> Per maggiori informazioni, si veda LILT (Lega Italiana Lotta Tumori) <https://www.lilt.it/oldportal/page4bff.html?id=1229&area=995>.

<sup>35</sup> Vale la pena specificare che accordi territoriali di questo tipo sono previsti dall'Articolo 1 del Decreto Legislativo no. 151/2015.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

impiegatizie nel settore industriale e artigianale). In quest'ultimo caso, è il datore di lavoro che si fa carico dell'erogazione.

- L'INAIL, che gestisce le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Il contributo all'INAIL va erogato dai datori di lavoro per i propri dipendenti, anche quelli parasubordinati. Tra le misure di assistenza offerte dall'INAIL, che in teoria riguardano anche i lavoratori affetti da malattie croniche (se contratte durante lo svolgimento della mansione), c'è una indennità giornaliera per invalidità assoluta temporanea. Essa riguarda soggetti che hanno subito incidenti sul lavoro o affetti da malattie professionali laddove non riescano a svolgere la loro mansione per un certo periodo di tempo. Inoltre, l'INAIL può erogare anche un risarcimento per una invalidità dell'integrità psicofisica e una indennità per le persone colpite da mesotelioma a seguito dell'esposizione all'amianto, a prescindere dal fatto che questa esposizione sia avvenuta al lavoro o altrove. È altresì rilevante che l'INAIL abbia il compito, secondo quanto stabilito dalla Legge no. 190/2014, di promuovere politiche di ritorno al lavoro per soggetti con malattie professionali. Successivamente (nel 2016), l'INAIL ha adottato un regolamento sul ritorno all'attività lavorativa e il reinserimento professionale delle persone con disabilità per cause lavorative e sta pubblicando bandi per finanziare progetti relativi all'inserimento di soggetti disabili o inidonei al lavoro a seguito di un incidente o una malattia professionale. Oltre a notificare all'Istituto la disponibilità a partecipare a questi progetti, i datori di lavoro possono presentare direttamente proposte progettuali per il reinserimento lavorativo per ottenere suddetti fondi. Tuttavia, alcuni rappresentanti sindacali sostengono che sussistano una serie di problemi procedurali che condizionano l'accesso ai fondi e, di conseguenza, molte aziende rinunciano a farne domanda. Inoltre, l'INAIL ha istituito un servizio di call center in diverse lingue per i lavoratori disabili che necessino di supporto e informazioni in merito alle tematiche sanitarie, della formazione e del lavoro. Infine, l'INAIL finanzia e realizza ricerche sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, anche in collaborazione con le parti sociali e, secondo quanto stabilito dalla Legge di bilancio del 2019, può mettere a disposizione risorse per progetti presentati dalle parti sociali per formare e informare lavoratori e datori di lavoro in merito al re-inserimento al lavoro delle persone affette da disabilità lavoro-correlata.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

- Commissioni per le pari opportunità che operano a livello nazionale, regionale e territoriale che, sebbene concentrino la propria attività su questioni inerenti alla discriminazione di genere, spesso si occupano della promozione e la disseminazione di buone prassi, nonché nel supportare politiche attive per garantire le pari opportunità. Come ammesso da un rappresentante sindacale nel settore bancario, l'intervento di un membro di una di queste commissioni è stato utile per convincere una azienda a adottare soluzioni organizzative per facilitare un lavoratore svantaggiato. Nel 2010, inoltre, è stato siglato un accordo tra la FAVO (Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia,) e il consigliere nazionale per le pari opportunità per il lancio di attività di formazione e informazione destinate ai lavoratori e incentrate sulla prevenzione delle malattie oncologiche. Eppure, se si escludono queste eccezioni, il loro ruolo nei processi di ritorno all'attività lavorativa non sembra essere particolarmente sviluppato.
- Centri per l'impiego pubblici e agenzie per il lavoro private che assistono le aziende nella collocazione di persone con disabilità (con specifiche percentuali di invalidità certificata dalle autorità pubbliche), le quali devono essere obbligatoriamente assunte nelle aziende con più di 14 dipendenti (con diverse quote), secondo quanto stabilito dalla Legge no. 68/1999<sup>36</sup>. Secondo quanto stabilito dall'Articolo 14 del Decreto Legislativo no. 276/2003, il datore di lavoro può adempiere a suddetti obblighi anche appaltando talune attività a cooperative sociali impegnate nel reinserimento di soggetti svantaggiati<sup>37</sup>, previa conclusione di specifici accordi territoriali siglati con centri per l'impiego, organizzazioni sindacali e datoriali<sup>38</sup>. Inoltre, a seguito del Decreto Legislativo no. 151/2015, il datore può soddisfare l'obbligo anche grazie al ricorso alle agenzie per il lavoro, purché i contratti abbiano la durata di almeno 12 mesi. Tradizionalmente, i centri per l'impiego pubblici e le agenzie private forniscono supporto ai lavoratori facilitando l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. Possono essere contattate dalle aziende che debbano soddisfare l'obbligo di assumere soggetti con disabilità e lavoratori in situazioni di fragilità che abbiano necessità di accedere al o di essere re-integrati

---

<sup>36</sup> In presenza di una percentuale di invalidità certificata, le persone affette da malattie croniche hanno diritto all'assunzione obbligatoria secondo quanto stabilito dalla Legge No. 68/1999.

<sup>37</sup> La normativa italiana le definisce "cooperative sociali di tipo B".

<sup>38</sup> Il ricorso a questa opzione è tuttavia poco pratica e spesso ignorata dalle aziende italiane e dalle cooperative sociali. Per maggiori informazioni, si veda Istituto per la Ricerca Sociale (IRS) (2019).

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

nel mercato del lavoro. Inoltre, molti centri per l'impiego pubblici e privati hanno istituito specifici dipartimenti o divisioni dedicati al placement di soggetti disabili o svantaggiati. Grazie a queste strutture interne, i centri per l'impiego e le agenzie possono realizzare progetti inclusivi che comprendono sia attività di supporto per i lavoratori che di consulenza per i manager e i loro colleghi. Le principali soluzioni adottate sono di tipo organizzativo, in quanto riguardano la scelta delle mansioni più adeguate e la promozione di una certa flessibilità oraria per i lavoratori con disabilità. Iniziative di questo tipo sono state implementate da Randstad, grazie ai dipartimenti HOportunities e Randstad HR Solutions, all'interno di un'azienda che doveva affrontare il ritorno al lavoro di un lavoratore reso invalido da un incidente sul lavoro. Ma progetti di questo tipo sono stati implementati anche dalla Fondazione Adecco per le pari opportunità<sup>39</sup>.

- Centri di ricerca che si occupano di malattie croniche, soprattutto in merito all'impatto che queste hanno sul lavoro e l'occupazione. Un esempio in tal senso è rappresentato dal programma finanziato dall'Unione europea CHRODIS PLUS che coinvolge la Fondazione IRCCS Istituto neurologico Carlo Besta e altri partner internazionali e si occupa dello sviluppo di iniziative formative per manager al fine di valutare l'inclusione delle persone con malattie croniche in aziende pubbliche e private, migliorando la salute e il benessere nei luoghi di lavoro per tutti i lavoratori. Queste iniziative sono in via di implementazione in diverse Paesi europei, tra cui l'Italia (Silvaggi et al., 2020). I centri di ricerca possono anche realizzare programmi in collaborazione con enti che si occupano di intermediazione (es. agenzie per il lavoro), come avvenuto tra il 2013 e il 2015 grazie alla Fondazione GINEMA e la Fondazione Adecco per le Pari Opportunità che hanno provato a comprendere la situazione professionale dei lavoratori affetti da malattie del sangue. Infine, questi centri di ricerca realizzano corsi di formazione destinati ai responsabili delle risorse umane che gestiscono le situazioni di disabilità sui luoghi di lavoro. Il modulo di 30 ore organizzato dalla Fondazione IRCCS Istituto neurologico Carlo Besta insieme all'Università Cattolica di Milano e il gruppo Intesa San Paolo ha infatti coinvolto responsabili delle risorse umane e rappresentanti dei lavoratori.
- Datori di lavoro e responsabili delle risorse umane. Il loro contributo al ritorno all'attività lavorativa delle persone affette da malattie croniche si concretizza attraverso:
  - l'implementazione delle previsioni di legge che favoriscono il reinserimento di suddetti soggetti, es. il diritto dei lavoratori affetti da malattie oncologiche o degenerative di convertire il

---

<sup>39</sup> Per maggiori informazioni, si veda Fondazione Adecco, <https://fondazioneadecco.org>.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

proprio contratto di lavoro a tempo pieno in uno a tempo parziale (Decreto Legislativo no. 81/2015); il diritto, laddove sussista una invalidità superiore al 50%, a un congedo di 30 giorni all'anno per le cure del caso (Decreto Legislativo no. 119/2011); l'obbligo da parte del datore di lavoro di adattare il luogo di lavoro ai bisogni dei lavoratori con disabilità e di assegnare a coloro che risultano inidonei a svolgere la propria mansione delle attività equivalenti o di livello inferiori mantenendo inalterata la retribuzione (Decreto Legislativo no. 81/2008); l'obbligo da parte del datore di lavoro di garantire ai lavoratori disabili un accomodamento ragionevole nei luoghi di lavoro (Decreto Legislativo no. 216/2003); il diritto del lavoratore i cui problemi di salute siano stati certificati di non svolgere turni di notte (Decreto Legislativo no. 66/2003); l'obbligo da parte del datore di lavoro di assumere una certa percentuale di lavoratori disabili (Legge no. 68/1999); il diritto per i lavoratori disabili di usufruire di 2 ore al giorno o 3 giorni al mese di congedo retribuito o, in alternativa, di essere trasferito in un luogo di lavoro più vicino a casa tra quelli disponibili;

- o la discussione e/o la conclusione di accordi con i rappresentanti dei lavoratori o i responsabili sindacali locali, soprattutto in aziende con un alto livello di sindacalizzazione, al fine di implementare iniziative in merito alla salute e sicurezza, aggiornamento professionale, orario e organizzazione del lavoro al fine di promuovere il re-inserimento dei lavoratori affetti da malattie croniche; e
- o erogando corsi di formazione per i lavoratori, anche grazie ai fondi interprofessionali <sup>40</sup> che possono essere utili per aumentare la consapevolezza dei lavoratori relativamente ai temi della disabilità e delle malattie croniche. Ad esempio, l'azienda farmaceutica Merck Serono ha istituito un laboratorio 'esperienziale' con il supporto delle associazioni dei pazienti e il ricorso alle tecnologie digitali al fine di permettere a lavoratori e datori di lavoro di 'vivere' l'impatto che una certa malattia può avere sulle abilità fisiche. Anche Intesa San Paolo ha organizzato un corso sulla gestione della disabilità per i propri dipendenti.

È importante sottolineare che, come anticipato nei precedenti paragrafi, soprattutto nelle grandi aziende, il dipartimento delle risorse umane ha creato figure professionali che si occupano proprio dell'inclusione e la

---

<sup>40</sup> Si tratta di fondi bilaterali istituiti attraverso accordi collettivi in diversi settori dell'economia e gestiti da sindacati e associazioni datoriali. Si occupano soprattutto di promuovere e finanziare la formazione continua nelle aziende e sono finanziati dal datore di lavoro.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

gestione delle disabilità sui luoghi di lavoro, i “Disability Manager”. Secondo quanto affermato da un addetto delle risorse umane, la collaborazione tra responsabili HR e altri dipartimenti aziendali è particolarmente importante per l'adozione di un approccio preventivo alla questione, in quanto è possibile riconfigurare le postazioni di lavoro al fine di renderle adatte a lavoratori disabili e non.

- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), una figura prevista dal Decreto Legislativo no. 81/2008. Si tratta di figure generalmente nominate direttamente dal datore di lavoro per coordinate le attività di prevenzione e protezione a livello aziendale o di reparto. L'RSPP può contribuire al ritorno all'attività lavorativa del soggetto affetto da malattie croniche identificando e valutando i fattori di rischio e implementando misure tese a garantire la salute e sicurezza dei lavoratori, anche condividendo informazioni utili e erogando formazione. L'RSPP collabora con il datore di lavoro, il medico del lavoro e il Responsabile dei lavoratori per la sicurezza (RLS), contribuendo alla stesura del Documento per la valutazione dei rischi (DVR) che riguarda anche quelli relativi a particolari categorie di lavoratori (es. lavoratori disabilità o malattie croniche). Con riferimento a queste situazioni di fragilità, il Documento dovrebbe essere redatto anche con la collaborazione delle associazioni dei pazienti, operatori sanitari, ingegneri ed esperti di ergonomia. Nelle aziende di piccole dimensioni, il ruolo degli RSPP può essere svolto anche dal datore di lavoro dopo aver frequentato un apposito corso di formazione.
- Il medico del lavoro collabora con il datore di lavoro realizzando una valutazione del rischio (anche attraverso la stesura del DVR) e promuovendo la salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Il medico del lavoro monitora lo stato di salute dei lavoratori, certifica l'inidoneità per alcune mansioni e aiuta il datore di lavoro a capire se sia possibile assegnare mansioni diverse al lavoratore. Le visite mediche svolte dal medico del lavoro sono a carico del datore di lavoro. Tuttavia, il ruolo di queste figure professionali nel promuovere il rientro all'attività lavorativa dei lavoratori affetti da malattie croniche è spesso messo in discussione dai sindacati, in quanto l'impressione generale è che il medico del lavoro sia 'schierato' a favore dell'azienda.
- I rappresentanti dei lavoratori in azienda, i quali nel contesto italiano possono essere di due tipi: la Rappresentanza Sindacale Aziendale (RSA) e la Rappresentanza Sindacale Unitaria (RSU). La prima forma di rappresentanza è regolata dallo Statuto dei Lavoratori del 1970 e può essere istituita in qualsiasi contesto lavorativo dai sindacati che hanno concluso il contratto collettivo che si applica in quella determinata



## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

azienda, o che comunque abbia partecipato alle negoziazioni<sup>41</sup> al fine della firma dello stesso. Ciascuna RSA è concepita come forma di rappresentanza di ciascun sindacato presente in azienda e ha specifici diritti e prerogative. Al contrario, le RSU, ossia strutture unitarie di rappresentanza costituite da membri di ciascun sindacato, sono istituite in quei contesti lavorativi coperti dal contratto collettivo nazionale concluso dalle associazioni datoriali membri di Confindustria (la principale associazione datoriale nel settore industriale) e i sindacati affiliati a CGIL, CISL e UIL. Confindustria e le tre sigle sindacali hanno istituito la RSU attraverso un accordo intersettoriale concluso nel 1993. Il loro ruolo e composizione è stato confermato, sebbene con qualche piccola modifica, anche nei successivi accordi intersettoriali redatti fino ad oggi. La creazione di una RSU è possibile nei contesti lavorativi con più di 15 lavoratori e i suoi membri sono eletti dai lavoratori e scelti tra i nominativi presenti nelle liste presentate dai sindacati che hanno firmato o hanno aderito ai suddetti accordi intersettoriali. Sia le RSA che le RSU possono contribuire al ritorno all'attività lavorativa dei malati cronici discutendo con il management di iniziative volte a tutelare la salute e sicurezza degli stessi, promuovendo altresì soluzioni di tipo organizzativo (l'assegnazione di diverse mansioni, opportunità di formazione, modifiche all'orario di lavoro e forme di flessibilità di diverso tipo) al fine di adattare il contesto lavorativo alla esigenze dei lavoratori malati. Queste strutture possono monitorare e assicurare l'implementazione delle norme e delle condizioni contenute nei contratti collettivi. Infine, secondo un rappresentante di una agenzia privata per il lavoro, le aziende in cui queste rappresentanze sono presenti sono significativamente più sensibili a questi temi rispetto a quelle non sindacalizzate.

- Il Responsabile dei lavoratori per la sicurezza (RLS) è presente in tutti i contesti lavorativi (1 RLS per aziende fino a 200 lavoratori, 3 RLS per aziende con un numero di lavoratori compreso tra i 201 e i 1.000 e 6 RLS per aziende più grandi) e le sue attività sono regolate dal Decreto Legislativo No. 81/2008, anche se i contratti collettivi possono assegnare a questa figura ulteriori compiti. In termini di ritorno al lavoro delle persone affette da malattie croniche, i RLS possono dialogare con il datore di lavoro e il medico del lavoro per la valutazione dei rischi in azienda. Prendono altresì parte a incontri periodici sulla protezione della salute e sicurezza che il datore di lavoro deve organizzare almeno una volta all'anno. Nelle aziende o contesti lavorativi privi di un RLS, queste funzioni sono svolte da un RLS che opera a livello locale. Gli RLS eletti a livello di impianto possono

---

<sup>41</sup> Come chiarito dalla sentenza no. 231/2013 della Corte Costituzionale.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

svolgere le proprie funzioni anche in contesti lavorativi temporanei in cui sono diverse le aziende che vi operano (es. cantieri).

- I comitati paritetici o gli osservatori istituiti a livello aziendale che possono essere creati attraverso la contrattazione collettiva: hanno competenze specifiche relativamente alla gestione del welfare, conciliazione vita-lavoro, responsabilità sociale d'impresa e l'inclusione delle persone con disabilità. L'istituzione di questi comitati era stata promossa già nel 2013 attraverso la prima edizione "Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e dell'inclusione di persone con disabilità", nonché nella seconda edizione dello stesso, quella del 2017. Un esempio in tal senso è costituito dagli osservatori sulla disabilità creati proprio nel 2017 a seguito della conclusione di un contratto collettivo nell'azienda farmaceutica Merck Serono e comprendono il disability manager, l'RSPP, il medico del lavoro e i rappresentanti sindacali. Simili osservatori sono stati inoltre istituiti in altre aziende, soprattutto nel settore farmaceutico e bancario.
- Sindacati e associazioni datoriali che possono contribuire al ritorno al lavoro delle persone affette da malattie croniche attraverso:
  - la stesura di contratti collettivi sottoscritti a livello nazionale e territoriale all'interno dei quali stabilire regole e linee-guida che possano favorire il reinserimento lavorativo delle persone con malattie croniche in specifici settori o territori (ad esempio estendendo la durata del periodo di comporta per le persone malate che necessitano cure, l'introduzione di un nuovo congedo e forme di lavoro flessibili). Possono essere sottoscritti anche accordi a livello aziendale che prevedono misure tese a migliorare la salute e la sicurezza dei lavoratori. Nelle aziende in cui non sono presenti rappresentanti dei lavoratori, i sindacati locali possono anche monitorare e garantire l'implementazione della normativa e dei termini dei contratti collettivi. Infine, le parti sociali sono altresì responsabili, attraverso la contrattazione, dell'istituzione di fondi sanitari integrativi finanziati dai datori di lavoro al fine di integrare i servizi sanitari essenziali offerti dal sistema sanitario pubblico. Alcuni fondi, tuttavia, hanno sostituito in toto i servizi offerti dal sistema sanitario pubblico (ADAPT, UBI Banca, 2019, pp. 65-122);
  - il coinvolgimento in iniziative che mirano a formare e accrescere la consapevolezza per sensibilizzare in merito all'argomento tanto le aziende, quanto i rappresentanti dei lavoratori. Tre esempi possono essere menzionati in tal senso:
    - l'opuscolo del 2017 redatto dalla CISL intitolato "Inidoneità alla mansione e disabilità dei lavoratori. Nuovi diritti e

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

contributi per l'accomodamento ragionevole durante il rapporto di lavoro”;

- il programma di formazione “Disabilità e Lavoro”, volto alla formazione dei disability manager e promosso dalla Fondazione Prioritalia (istituita da Manageritalia, il sindacato che rappresenta i manager nel settore terziario) e AISM;
- la brochure del 2012 dal titolo “Quello che è importante sapere per le lavoratrici e i lavoratori affetti da patologie oncologiche invalidanti” realizzata dall'ufficio del Consigliere nazionale per le Pari Opportunità, assieme a CGIL, CISL, UIL, UGL, Confsal, AIMAC e FAVO.

Inoltre, secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo no. 81/2008, le commissioni paritetiche operanti a livello locale (che sono gestite dai sindacati e dalle associazioni datoriali), possono aiutare le aziende nell'identificazione di soluzioni tecniche e organizzative per promuovere la salute e la sicurezza sul lavoro e, con il contributo finanziario dei fondi interprofessionali, realizzare corsi di formazioni in questo ambito. Un esempio in tal senso nel settore dell'artigianato è il fondo EBER, in Emilia-Romagna, che promuove servizi ed attività nell'ambito della salute e sicurezza grazie all' Organismo Paritetico Regionale (OPRA);

- o Attività di lobbying da parte dei decisori politici. Relativamente a questo aspetto, vale la pena menzionare che le parti sociali sono rappresentate nel Consiglio di Indirizzo e Vigilanza dell'INAIL che è responsabile della definizione di programmi, linee-guida, e obiettivi strategici pluriennali da parte dell'INAIL nonché di monitorare la gestione delle risorse finanziarie dell'istituto;
- o la fornitura di servizi di assistenza e consulenza, anche grazie alle proprie strutture locali e ad esperti di medicina legale, alle aziende e ai lavoratori in questo ambito. Il servizio di patronato della INCA-CGIL sta svolgendo delle interviste in tutta Italia per meglio comprendere quali siano le principali malattie professionali e aiutare i lavoratori a far presente la propria condizione senza il timore di essere licenziati. Inoltre, a detta di alcuni rappresentanti sindacali che hanno preso parte al nostro gruppo di discussione, i sindacati operano come punto di contatto tra il lavoratore affetto da malattie croniche e gli stakeholder di riferimento (il dipartimento delle risorse umane, il medico del lavoro, il patronato, le autorità pubbliche, ecc.). A causa della poca uniformità degli attori e delle competenze in merito a queste problematiche, i sindacati sostengono il

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

lavoratore in tutte le fasi necessarie nel percorso di ritorno al lavoro.

### **3.2. Prospettive e livelli di coinvolgimento degli attori delle relazioni industriali nelle politiche che promuovono il ritorno all'attività lavorativa dei malati cronici**

In generale, gli attori delle relazioni industriali sono considerati fondamentali per promuovere il reinserimento lavorativo dei malati cronici, soprattutto considerando la natura frammentaria della normativa in questo ambito e la necessità dei lavoratori di essere supportati. Tanto i sindacati quanto le associazioni datoriali forniscono supporto ai lavoratori e alle aziende relativamente al rientro al lavoro collaborando per promuovere soluzioni che ne facilitino il processo, soprattutto nel contesto della contrattazione collettiva a livello nazionale e decentrato.

Secondo molti stakeholder intervistati, le parti sociali starebbero diventando sempre più consapevoli dell'importanza del rientro al lavoro delle persone affette da malattie croniche. Tuttavia, c'è ancora molto da fare, in quanto il 75% dei rappresentanti sindacali e delle associazioni datoriali che ha risposto alla nostra indagine ha dichiarato di non essere a conoscenza di nessuna politica nazionale su questo tema. Inoltre, il tema non è percepito come prioritario da molti dei rappresentanti delle parti sociali intervistati e, sebbene siano consapevoli che il loro coinvolgimento in questo ambito è limitato, dimostrano un atteggiamento ambivalente circa la possibilità di un loro maggiore coinvolgimento. Da una parte, vogliono concentrarsi sulle altre questioni di interesse per la rappresentanza, dall'altra, il 50% degli intervistati ha dichiarato di volersi impegnarsi per un ruolo più attivo relativamente ai processi di implementazione di queste politiche. In generale, l'impressione che si evince dai questionari e dai gruppi di discussione è che le associazioni datoriali siano piuttosto indifferenti verso queste problematiche, mentre in alcuni casi sono stati i rappresentanti sindacali a dimostrare una maggiore attenzione rispetto al tema del ritorno al lavoro delle persone affette da malattie croniche.

A livello aziendale, inoltre, i datori di lavoro coinvolti nella nostra indagine hanno dimostrato un atteggiamento pregiudizievole nei confronti dei lavoratori affetti da malattie croniche, considerandoli non produttivi ed efficienti. Questo atteggiamento si riflette nel tentativo da parte degli stessi datori di lavoro di violare o comunque non rispettare alcune previsioni di legge, nonché nella percezione, anch'essa diffusa, da parte dei responsabili delle risorse umane che il quadro normativo relativamente ai malati cronici costituisca più una limitazione che un'opportunità. Inoltre, alcuni provvedimenti, come ad esempio quelli previsti dal Decreto

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

Legislativo no. 216/2003 relativi all'accomodamento ragionevole, sembrano essere ignorati da molti dei datori di lavoro. A tutto ciò si aggiunge il fatto che le aziende di piccole dimensioni non riescono ad implementare politiche di ritorno al lavoro, anche a causa della carenza di risorse finanziarie se paragonate a quelle delle grandi aziende.<sup>42</sup> Inoltre, la ri-assegnazione del lavoratore a diverse mansioni nelle piccole e medie imprese è reso più complicato dalla mancanza di alternative in termini di attività disponibili. Secondo quanto affermato da un rappresentante sindacale presente al gruppo di discussione, sebbene il management aziendale sia propenso a favorire l'inclusione delle persone con disabilità o malattie croniche, questa propensione non sempre si traduce in azioni concrete, soprattutto nelle filiali dove i manager si trovano a dover affrontare i casi concreti.

I sindacalisti sono spesso considerati privi delle necessarie competenze relative alle diverse malattie croniche che possono colpire i lavoratori e dell'impatto che esse possono avere a seconda dell'età, del rapporto contrattuale e delle caratteristiche di ciascun lavoratore. Di conseguenza, si implementano iniziative troppo generiche che si concentrano sull'opportunità di fare sì che il lavoratore riceva un sostegno economico a causa del suo stato di invalidità. In generale, quindi, prevale un approccio protettivo più che preventivo, sia tra le aziende che da parte del sindacato. Il responsabile delle risorse umane che ha partecipato al gruppo di discussione ha affermato che i sindacati "si attivano esclusivamente per gestire i casi specifici".

Al fine di superare queste criticità e promuovere il coinvolgimento degli attori delle relazioni industriali, la formazione nonché le campagne di sensibilizzazione sono gli strumenti principali secondo i partecipanti al nostro questionario. Il dialogo e la collaborazione tra i diversi stakeholder coinvolti nei processi di ritorno al lavoro sembrano, invece, costituire i giusti presupposti per il miglioramento e la diffusione delle politiche in questo ambito. È tuttavia opportuno precisare che queste soluzioni sono stata segnalate soprattutto da coloro che sono coinvolti in iniziative di reinserimento dei malati cronici che hanno partecipato alla nostra indagine o nei gruppi di discussione. Sono infatti diversi i rappresentanti delle parti sociali che, pur rispondendo al nostro questionario, non hanno avuto esperienze dirette, mostrando un atteggiamento passivo nei

---

<sup>42</sup> In questo contesto è opportuno far riferimento al fondo regionale per l'occupazione delle persone disabili, introdotto dalla Legge no. 68/1999 e successivamente modificato dal Decreto Legislativo no. 151/2015. Il fondo prevede il rimborso parziale delle spese sostenute dalle aziende che realizzano accomodamenti ragionevoli nei propri contesti lavorativi (es. l'introduzione di nuove tecnologie e l'eliminazione delle barriere architettoniche) per i lavoratori con una percentuale di invalidità (certificata dall'INSP) superiore al 50%.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

confronti della possibilità di cooperare con gli altri stakeholder in questo ambito.

### **3.3. La natura delle interazioni tra gli attori delle relazioni industriali e gli altri stakeholder relativamente alle politiche di ritorno al lavoro**

Un esempio di come le sinergie tra diversi stakeholder possano ovviare ad alcuni limiti culturali relative alle politiche di ritorno al lavoro è costituito dall'impatto che il contributo delle agenzie per il lavoro possono offrire all'azienda nell'ambito del reinserimento lavorativo delle persone affette da malattie croniche.<sup>43</sup> In questi casi, le aziende sono spesso impreparate e necessitano di supporto tecnico. Le agenzie per il lavoro – soprattutto quando possono vantare professionisti specializzati nell'inclusione di soggetti svantaggiati nel mercato del lavoro– non solo si occupano di selezionare il lavoratore per l'azienda, ma possono altresì supportare il datore di lavoro nell'implementazione di soluzioni organizzative, forme di lavoro flessibili e variazioni alle mansioni in modo da favorire il processo di inclusione. Secondo un rappresentante delle agenzie per il lavoro, il proprio lavoro “consiste nel discutere con l'azienda e cercare di andare oltre i pregiudizi, dimostrando che alcuni limiti possono essere superati, per esempio grazie all'assegnazione del lavoratore a nuove mansioni. Avviene infatti molto spesso che le malattie considerate difficili da gestire sul posto di lavoro siano in realtà perfettamente gestibili”. Un ulteriore esempio in tal senso è quello di Mestieri Lombardia Bergamo, ente specializzato nel placement dei gruppi svantaggiati. Si tratta di una entità no-profit inclusa nel consorzio locale Sol.Co Città Aperta, che, con il tempo, è diventata un punto di riferimento per le altre cooperative del consorzio nel caso della necessità di gestire una persona con disabilità o affetta da malattie croniche. Laddove l'inserimento interno non è possibile, Mestieri Lombardia Bergamo aiuta a identificare entità sia interne che esterne al consorzio che siano in grado di prendere in carico il lavoratore.<sup>44</sup>

Al contrario, la collaborazione tra gli attori delle relazioni industriali e le associazioni dei pazienti non è ancora ben sviluppata. L'AIMS rappresenta un'eccezione in tal senso, in quanto ha spesso collaborato con la azienda farmaceutica Merck Serono e la fondazione Prioritalia, organizzando diversi corsi di formazione. L'AIMS ha altresì concluso una serie di accordi territoriali con Unindustria Roma, la Fondazione ASPHI, la stessa Merck Serono e diversi sindacati locali, es. FILCTEM-CGIL, FEMCA-CISL e UILTEC-UIL Roma, al fine di facilitare la collocazione dei lavoratori affetti da sclerosi multipla nelle sedi

---

<sup>43</sup> Come menzionato in precedenza, ai sensi della Legge no. 68/1999, il datore di lavoro ha l'obbligo di assumere una certa percentuale di lavoratori disabili che dipende dalle dimensioni dell'azienda e che può essere costituita anche da lavoratori affetti da malattie croniche assunti tramite agenzia. In questi casi, le aziende possono affidarsi proprio alle agenzie per il lavoro per ricevere supporto.

<sup>44</sup> Per maggiori informazioni, si veda Sol.Co Città Aperta: <http://www.solcocittaaperta.it>.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

romane della Merck Serono. Queste iniziative sono in linea con la priorità 6.2 dell'agenda 2020 della stessa associazione che prevede il supporto e la ricollocazione dei lavoratori con sclerosi multipla e conseguentemente la collaborazione dell'AIMS con le parti sociali per la conclusione di contratti collettivi che promuovano un maggiore equilibrio tra vita, lavoro e tempi di cura per gli stessi lavoratori.<sup>45</sup>

Anche i centri di ricerca specializzati in malattie croniche sembrano avere ancora meno opportunità di interagire con chi le parti sociali. Come affermato da un rappresentante della Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta, le occasioni per il dialogo si limitano alla raccolta di informazioni richieste nei diversi progetti di ricerca svolti dall'istituto, spesso per il tramite di interviste con i diversi attori coinvolti. È opportuno ricordare il ruolo formativo che la Fondazione svolge in collaborazione con l'Università Cattolica di Milano e Intesa San Paolo, erogando un corso di formazione di 30 ore sulla gestione della disabilità diretto ai rappresentanti dei lavoratori e i responsabili delle risorse umane.

Anche le autorità pubbliche operanti a livello regionale e locale e l'INAIL a volte interagiscono con i rappresentanti delle relazioni industriali. Oltre al coinvolgimento delle parti sociali nella Commissione di orientamento e gestione dell'INAIL, un importante esempio in tal senso è rappresentato dal Protocollo d'Intesa siglato l'8 gennaio del 2020 dalla regione Lazio, l'ufficio regionale dell'INAIL, i sindacati, le associazioni datoriali locali e alcune associazioni di persone disabili. Il protocollo riguarda l'uso dei fondi INAIL per realizzare, insieme ai centri per l'impiego, dei progetti di reinserimento per le persone con disabilità, progetti che includono l'eliminazione delle barriere architettoniche e l'adattamento delle postazioni di lavoro, nonché corsi di formazione. Il protocollo è stato firmato presso la sede dell'azienda farmaceutica Merck Serono che aderisce all'iniziativa. Altrettanto rilevante è il progetto Insieme per il Lavoro, nato dalla collaborazione tra il comune di Milano e l'Arcidiocesi di Bologna che mira a facilitare l'inserimento lavorativo delle persone non-autosufficienti. Il progetto ha avuto inizio nel 2017 con la sottoscrizione di un protocollo dedicato e si è poi sviluppato grazie al contributo dei sindacati e delle associazioni datoriali locali, nonché grazie all'azione di una rete di aziende partecipanti. Gli specialisti di Insieme per il Lavoro supportano aziende e lavoratori nei diversi momenti del reinserimento, e soprattutto durante la fase iniziale anche attraverso il finanziamento attività di formazione e opportunità di internship.<sup>46</sup> Tuttavia queste iniziative sembrano essere piuttosto rare nel contesto italiano e spesso riguardano le persone con disabilità o gruppi svantaggiati piuttosto che essere dirette nello specifico ai lavoratori con malattie croniche. Alcuni

---

<sup>45</sup> Per maggiori informazioni, si veda [https://www.aims.it/sites/default/files/Agenda\\_della\\_sclerosi\\_multipla\\_2020.pdf](https://www.aims.it/sites/default/files/Agenda_della_sclerosi_multipla_2020.pdf).

<sup>46</sup> Per maggiori informazioni, si veda: <http://www.insiemeperilavoro.it>.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

responsabili delle risorse umane che hanno partecipato al nostro gruppo di discussione lamentano il fatto che l'interazione con enti pubblici quali le ASL, l'INPS e l'INAIL sia generalmente minima. In particolare, come notato da un addetto alle risorse umane "se telefono all'INAIL o all'ASL, non ricevo nessuna risposta".

Infine, dall'intervista realizzata con un direttore del Ministero del Lavoro e della Politiche Sociali, è emerso che i sindacati e le associazioni datoriali dialogano costantemente con il legislatore in merito alle criticità che possono emergere nel contesto delle relazioni industriali. Con specifico riferimento alle politiche di ritorno al lavoro, secondo il referente del Ministero, le associazioni datoriali e dei lavoratori vengono coinvolte nella fase preparatoria dei provvedimenti legislativi, prima della loro emanazione. Tuttavia, il questionario inviato alle parti sociali ha rivelato una situazione alquanto diversa, poiché molti rappresentanti sia dei datori di lavoro che dei lavoratori sostengono di non essere mai stati coinvolti nella implementazione di politiche e iniziative di legge in quest'area (100% dei rappresentanti delle associazioni datoriali parla di nessun tipo di coinvolgimento; 50% dei rappresentanti sindacali sostiene che "il loro contributo è stato marginale").

### **3.4. Il dialogo sociale relativo alle politiche di ritorno al lavoro (sia a livello nazionale che a livello regionale e settoriale)**

A livello nazionale, il dialogo sociale tra rappresentanti delle relazioni industriali e il legislatore ha portato all'introduzione di alcuni provvedimenti legislativi che mirano a promuovere il ritorno all'attività lavorativa delle persone con malattie croniche. A ciò si aggiungono, come si è visto, alcune iniziative di dialogo sociale realizzate a livello locale e regionale. Oltre al Protocollo di Intesa concluso l'8 gennaio del 2020 dalla Regione Lazio menzionato in precedenza, vale la pena segnalare l'accordo siglato nel luglio del 2015 tra il comune di Alessandria e i sindacati locali relativo a progetti di politiche attive per l'inclusione di persone con disabilità, nonché l'accordo siglato nel novembre del 2011 dal comune di Pomezia, il consorzio sociale Coin e le organizzazioni sindacali locali per realizzare un progetto per la collocazione di 13 soggetti disabili. Di conseguenza, il dialogo sociale che ha avuto luogo a livello locale e regionale ha prodotto progetti inerenti alle politiche attive con particolare riferimento a gruppi di soggetti disabili o svantaggiati. Nella stessa direzione si muove anche il contratto collettivo per le cooperative sociali operanti nell'area di Bologna concluso il 6 aprile 2018, che include una serie di procedure di informazione e consultazione con i rappresentanti dei lavoratori che riguardano non solo le persone con "limitazioni funzionali" e le relative misure per garantirne la salute e la sicurezza adottate nelle singole cooperative, ma anche possibili opportunità di ricollocazione (attraverso formazione specifica), da



## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

implementare in sinergia con i consorzi sociali e le cooperative locali. Questo processo può essere coordinato dagli enti bilaterali territoriali, composti da rappresentanti dei sindacati e delle aziende. Un esempio in tal senso è il consorzio bergamasco Sol.Co Città Aperta dove, secondo quanto affermato da un responsabile delle risorse umane di una cooperativa che ha preso parte al consorzio, l'agenzia per il lavoro Mestieri Lombardia Bergamo sostiene il consorzio nella ricerca di opportunità lavorative per i soggetti disabili che non possono essere ricollocati all'interno del consorzio stesso<sup>47</sup>.

Al contrario, in relazione alla contrattazione a livello nazionale, i provvedimenti principali riguardano la protezione dei lavoratori affetti da disabilità e patologie croniche per quanto concerne il rapporto di lavoro. La maggior parte degli accordi collettivi conclusi a livello nazionale dai sindacati maggiormente rappresentativi (affiliati a CGIL, CISL e UIL) stabiliscono misure tese a tutelare il mantenimento del posto di lavoro dei soggetti affetti da patologie gravi che necessitano di cure periodiche. Per esempio, il contratto collettivo concluso nei settori alimentare, elettrico, degli studi professionali, servizi ambientali e cooperative stabilisce che il periodo di ricovero ospedaliero e le assenze per cure essenziali e di lungo corso non sia considerato quale periodo di comportamento laddove il lavoratore sia affetto da gravi patologie (malattie oncologiche, virus HIV, sclerosi multipla, distrofia muscolare, anemia di Cooley). Allo stesso modo, alcuni contratti collettivi (es. nel settore bancario, chimico/farmaceutico, vetro, lavorazione della pietra) prevedono l'estensione del periodo di comportamento fino a 32/36 mesi per i lavoratori affetti da gravi malattie croniche. Inoltre, una volta che il periodo di comportamento è terminato, il contratto collettivo può offrire al lavoratore l'opportunità di beneficiare di un congedo non retribuito che può durare fino a 24 mesi, come avviene ad esempio nel settore bancario.

Ulteriori provvedimenti stabiliti a livello nazionale riguardano il sostegno finanziario erogato a favore dei lavoratori malati (es. il contratto collettivo nel settore metalmeccanico e in quello del commercio) secondo i quali le assenze relative a malattie gravi e croniche non costituiscono un fattore determinante per una riduzione della retribuzione (che può invece avere luogo per un certo numero di assenze non attribuibili alla patologia). D'altro canto, il contratto collettivo nel settore alimentare garantisce al lavoratore affetto da patologie serie o che necessiti di cure mediche l'opportunità di richiedere in anticipo il trattamento di fine rapporto.

Altre clausole riguardano l'orario di lavoro e il diritto di convertire il proprio rapporto di lavoro a tempo pieno in uno a tempo parziale (Decreto Legislativo no. 81/2014), il congedo retribuito (Legge no. 104/1992), le forme

---

<sup>47</sup> Per maggiori informazioni, si veda: <http://www.solcocittaaperta.it>.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

di lavoro flessibile (ad esempio il contratto collettivo nel settore bancario garantisce ai lavoratori affetti da malattie oncologiche e degenerative una maggiore flessibilità negli orari di entrata e uscita), l'esclusione dei soggetti malati da alcuni turni di lavoro (es. le domeniche). Inoltre, il CCNL nel settore finanziario considera il lavoro da remoto come uno strumento utile per facilitare l'integrazione nel mercato del lavoro delle persone disabili.

I contratti collettivi conclusi nei settori bancario, farmaceutico e chimico sembrano essere quelli che danno maggiore rilevanza alle criticità affrontate dai lavoratori affetti da disabilità e/o malati. Per esempio, nei settori farmaceutico e chimico, i contratti collettivi forniscono linee guida per la contrattazione aziendale circa la realizzazione di programmi di formazione e iniziative di inserimento al lavoro per le persone disabili, l'eliminazione delle barriere architettoniche e la costituzione di comitati paritetici appositamente istituiti per la gestione di queste problematiche. Sono altresì previsti osservatori nazionali costituiti da rappresentanti dei lavoratori e associazioni datoriali per la promozione di progetti realizzati a livello locale per eliminare le barriere architettoniche e l'accesso al lavoro di lavoratori appartenenti a gruppi svantaggiati, anche attraverso il ricorso a risorse finanziarie messe a disposizione dalla normativa regionale e nazionale. Il contratto collettivo che si applica nel settore bancario promuove inoltre forme di organizzazione 'disability-friendly', che prevedono l'introduzione della figura del disability manager l'istituzione di corsi di formazione specifici proprio per venire incontro alle esigenze specifiche dei lavoratori disabili. Lo stesso contratto collettivo estende la portata della procedura di informazione, convocata usualmente annualmente alla presenza dei rappresentanti dei lavoratori a livello aziendale anche alle postazioni di lavoro che possono essere riservate ai lavoratori disabili e all'introduzione di strumenti tecnologici e digitali utili a rimuovere le barriere comunicative per i soggetti disabili. Nel settore bancario è altresì prevista l'istituzione di un osservatorio paritetico che ha il compito di sviluppare iniziative per i soggetti disabili. Queste iniziative sono particolarmente apprezzabili per la chiarezza dell'obiettivo relativo alla promozione del dialogo sociale e al coinvolgimento degli attori delle relazioni industriali in questo ambito sia a livello aziendale che locale. Ciò ha luogo rafforzando le procedure di informazione e consultazione con i rappresentanti dei lavoratori, realizzando soluzioni organizzative e linee guida, nonché fornendo supporto per quei processi implementati sia a livello nazionale che decentrato. Il tentativo in tal senso è quello di superare la mancanza di coinvolgimento tra datori di lavoro e rappresentanti dei lavoratori, dato più volte emerso nel corso delle interviste.

È altresì opportuno sottolineare l'importanza dei fondi sanitari, istituiti attraverso la contrattazione collettiva in diversi settori economici, al fine di

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

integrare i servizi sanitari essenziali previsti dal sistema pubblico e quindi migliorando l'accesso alle cure per i lavoratori. Questi fondi sono finanziati dal datore di lavoro, ma in alcuni casi anche dai lavoratori, che operano nei settori di riferimento e si traducono appunto in servizi sanitari garantiti alla forza lavoro e anche ai parenti dei lavoratori coperti dal relativo contratto collettivo. In merito ai lavoratori affetti da malattie croniche, questi fondi garantiscono: il rimborso delle spese per visite specialistiche, test diagnostici e analisi, nonché cure e terapie per i malati oncologici (un esempio in tal senso è il fondo FASA per i lavoratori nel settore alimentare o il SAN.ARTI che riguarda i lavoratori dell'artigianato); il rimborso delle spese relative all'acquisto di protesi; indennità annuali e mensili o rimborsi per il servizio di assistenza nell'eventualità di mancata autosufficienza per periodi più o meno lunghi (es. il fondo CASDAC nel settore bancario); visite mediche, assistenza e monitoraggio dei valori clinici, soprattutto per le patologie croniche (es. il fondo SANIMODA per i lavoratori operanti nel settore dell'abbigliamento); copertura finanziaria per controlli periodici e screening generici che riguardano le donne, gli uomini e gli anziani, al fine di prevenire l'insorgere di patologie oncologiche, in particolar modo il cancro della pelle e alla tiroide e le malattie croniche a seguito di un sovraccarico funzionale (il fondo MÈTASALUTE nel settore metalmeccanico).

Infine, il contratto collettivo relativo alle agenzie per il lavoro private prevede una serie di corsi di formazione finanziati dal fondo interprofessionale FORMATEMP per coloro che realizzano esperienze di lavoro temporanee presso le aziende, strumento chiave delle politiche attive. Nello specifico, il fondo garantisce che ogni anno almeno il 35% dei partecipanti al corso sia assunto, anche se questa percentuale non include i lavoratori disabili al fine di non compromettere le loro opportunità di formazione. Si tratta di una iniziativa piuttosto peculiare nell'ambito delle politiche attive e nel contesto dei contratti collettivi in Italia, che trova fondamento nella peculiarità dei lavoratori assunti tramite agenzia, i quali sono coinvolti in percorsi occupazionali discontinui e flessibili.

### **3.5. Il ritorno al lavoro e il contributo delle relazioni industriali: prospettive future**

La normativa italiana non è particolarmente attiva nel promuovere il ruolo delle relazioni industriali nel contesto delle politiche di ritorno al lavoro. La natura frammentaria delle norme che governano le iniziative finalizzate al ritorno all'attività lavorativa fa riferimento al contributo delle parti sociali e della contrattazione collettiva solo occasionalmente. Come per altri ambiti, il sistema delle relazioni industriali in Italia è caratterizzato da una mancanza di regolamentazione e un alto livello di volontarismo. Questo stato di cose ha dato vita a fenomeni quali il pluralismo sindacale, la

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

moltiplicazione dei contratti collettivi e la poca governabilità della contrattazione collettiva (Leonardi, 2017). Il coinvolgimento delle parti sociali nel processo legislativo è inoltre irregolare e altamente politicizzato (Visser, 2009). Questo contesto istituzionale condiziona la misura e il tipo di coinvolgimento degli attori delle relazioni industriali in Italia al momento di definire e gestire le politiche di ritorno al lavoro, a tutti i livelli.

Nello specifico, il coinvolgimento delle parti sociali in quest'area dipende essenzialmente dalla loro consapevolezza e sensibilità, che ovviamente sono maggiore laddove vi sia un certo coordinamento tra le parti sociali e gli altri stakeholder (associazioni di pazienti, agenzie per il lavoro, centri di ricerca ed enti pubblici). Tuttavia, questo tipo di interazioni, estremamente importanti in questo ambito vista la multidimensionalità del tema (che coinvolge il lavoratore in via prioritaria come persona e membro di una famiglia e di una comunità), non sono né sistematiche né facilitate a livello nazionale, essendo limitate a contesti e situazioni specifiche, sulla base della disponibilità e interessi individuali.

La dimensione territoriale può essere quindi la dimensione ideale, un laboratorio in cui realizzare esperienze interessanti, tenendo in considerazione l'assenza di direttive nazionali e azioni politiche multi-stakeholder. Nei contesti locali analizzati nell'ambito presente ricerca, la cooperazione tra diversi stakeholder che si traduce in iniziative di (re-)inserimento nel mondo del lavoro che riguarda persone in condizioni di estrema vulnerabilità e svantaggiate (ad esempio persone disabili o affette da malattie croniche), iniziative che sono portate avanti da attori che mettono a disposizione le proprie competenze e risorse. È necessario approfondire la ricerca per comprendere queste dinamiche locali, le loro determinanti, i fattori facilitanti e i risultati concreti in modo da capire se in Italia, dove attualmente è inverosimile ipotizzare l'applicazione di un approccio olistico e che probabilmente non riuscirebbe a produrre risultati omogenei, sia possibile generare un effetto moltiplicatore per quanto riguarda le iniziative locali di tipo bottom-up<sup>48</sup>. Tuttavia, questo tema non è oggetto di approfondimento del presente report.

Oltre alla dimensione territoriale, il contributo delle parti sociali in termini di politiche di ritorno al lavoro può essere analizzato anche attraverso la lente settoriale. Qui, sindacati e associazioni datoriali interagiscono negoziando accordi collettivi che promuovono la tutela del posto di lavoro, il supporto finanziario, la conciliazione vita-lavoro e l'accesso ai servizi sanitari per i lavoratori affetti da patologie gravi. L'attenzione è quindi rivolta alla definizione di un set di norme che tutelino i lavoratori che necessitano cure nel contesto di un rapporto di lavoro. Meno attenzione è data ad aspetti procedurali e infrastrutturali, quali i comitati paritetici istituiti per gestire tali

---

<sup>48</sup> Si tratta di una peculiarità che ha a lungo caratterizzato il contesto italiano (cfr. Locke, 1995).

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

questioni, formazione ad hoc per manager e rappresentanti dei lavoratori, la dimensione informativa e i processi di consultazione, strumenti che potrebbero sostenere l'applicazione dei provvedimenti a livello nazionale -che spesso non sono conosciuti né applicati a livello aziendale- (un'eccezione in tal senso è il contratto collettivo nel settore chimico-farmaceutico e quello bancario). Inoltre, e a differenza del dialogo sociale che ha luogo a livello territoriale, i contratti collettivi di settore si concentrano su misure e iniziative disponibili per i lavoratori fin tanto che sono incardinati in determinati contesti lavorativi, mentre solo il contratto collettivo relativo ai lavoratori interinali (forse anche a causa della loro natura intersettoriale) prevede la possibilità di transizioni occupazionali per i lavoratori disabili, occupandosi quindi di tale questione.

Con specifico riferimento ai beneficiari delle disposizioni rinvenibili nei contratti collettivi conclusi a livello settoriale, è stato osservato che questi possono essere sia lavoratori disabili, lavoratori affetti da patologie croniche gravi, lavoratori affetti da malattie oncologiche o degenerative o lavoratori che necessitano di terapie salvavita (Osservatorio AISM, 2017). Mentre il concetto di disabilità nel sistema contrattuale e normativo italiano è generalmente associato al riconoscimento di uno status specifico da parte di un ente pubblico, le patologie gravi e croniche sono a volte esemplificate con riferimento a patologie specifiche, che potrebbero a loro volta aver bisogno di essere confermate e certificate. Di conseguenza, i diversi contratti collettivi siglati a livello settoriale non solo forniscono diverse forme di tutela ma coinvolgono anche diverse categorie di lavoratori che non sono sempre facilmente identificabili. Al fine di superare questa criticità e facilitare una più semplice e immediata applicazione dei diritti e della normativa di riferimento, si è tentato di normalizzare il concetto all'interno dei contratti collettivi (Osservatorio AISM, 2017), è stata incoraggiata sia la normalizzazione dei concetti presenti nei CCNL, senza che vi sia bisogno di ricorrere a interpretazioni particolari o alla certificazione da parte di enti terzi, sia l'allargamento della platea dei possibili soggetti beneficiari delle tutele contrattuali, in linea quindi con l'approccio suggerito dalla Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità del 13 dicembre 2006. È inoltre opportuno sottolineare che il pluralismo sindacale e la proliferazione dei contratti collettivi<sup>49</sup> ha dato luogo a una ulteriore differenziazione tra le forme di tutela messe a disposizione ai lavoratori affetti da malattie croniche e aumenta il rischio che i lavoratori malati non beneficino dei diritti e delle iniziative a cui si è fatto riferimento in precedenza e previste nel contratto collettivo nazionale concluso dai principali sindacati italiani (CGIL, CISL e UIL). Per contrastare

---

<sup>49</sup> Sono oltre 900 i contratti collettivi in Italia, molti dei quali sono sottoscritti da sindacati che non aderiscono a CGIL, CISL e UIL, che sono le organizzazioni sindacali più rappresentative in Italia. Questi contratti inoltre forniscono standard normativi e trattamenti economici inferiori per lavoratori (CNEL, 2019).

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

questo fenomeno, le parti sociali hanno intrapreso importanti misure negli ultimi anni al fine di calcolare la rappresentatività sindacale e l'identificazione di quei contratti collettivi firmati dai sindacati maggiormente rappresentativi, a cui la normativa italiana fa riferimento in una serie di provvedimenti che riguardano ad esempio i livelli contrattuali di retribuzione da utilizzare al momento del calcolo dei contributi previdenziali e la possibilità di deroga rispetto agli standard normativi.<sup>50</sup> Tuttavia, questo processo di misurazione della rappresentatività è ancora in corso e le iniziative che mirano a bilanciare la protezione dei lavoratori e l'eliminazione del dumping sociale sono difficili da implementare, soprattutto se il fine è anche quello di garantire la libertà di associazione e il pluralismo sindacale, caratteristiche fondamentali delle relazioni industriali in Italia. In questo senso, sono auspicabili azioni più concrete da parte delle parti sociali a livello locale, al fine di sviluppare soluzioni economicamente e socialmente sostenibili per risolvere le criticità ed evitare che le aziende siano tentate di applicare contratti collettivi alternativi e meno onerosi in termini di trattamenti retributivi (Tomassetti, 2019).

### **4. Il processo di ritorno all'attività lavorativa e il coinvolgimento delle parti sociali**

#### **4.1. Le esperienze dei lavoratori che ritornano al lavoro**

Considerando le tipologie di malattie dei lavoratori, il questionario online ha rilevato che il cancro/le malattie oncologiche sono quelle maggiormente diagnosticate (50% delle risposte), seguite da altre patologie croniche (27%), artrite (20%), le malattie respiratorie croniche (7%), le malattie cardiovascolari (7%), le malattie mentali (3%) e il diabete (3%). A nessuno dei soggetti ai quali è stato somministrato il questionario è stata diagnosticata una malattia muscoloscheletrica, mentre il 3% dei lavoratori non ha specificato il tipo di malattia insorta.

---

<sup>50</sup> Un accordo intersettoriale sulla rappresentatività è stato sottoscritto il 28 giugno da Confindustria, CGIL, CISL e UIL e ha stabilito dei criteri per la contrattazione che ha luogo a livello aziendale e settoriale. Questi criteri sono stati poi confermati nel contratto collettivo siglato a livello intersettoriale il 10 gennaio 2014, seguito da un ulteriore accordo concluso con l'INPS nel 2017 che è scaduto il 16 marzo 2018. Il 28 febbraio 2018 Confindustria, CGIL, CISL e UIL hanno concluso un accordo, sottolineando ulteriormente la rilevanza dell'applicazione di criteri per misurare il grado di rappresentatività, anche per combattere il dumping sociale e contrattuale. Più recentemente, nel 2019, Confindustria, CGIL, CISL e UIL hanno concluso un accordo con l'INPS e l'Ispettorato del lavoro che attribuisce all'INPS un ruolo di primo piano nella misurazione della rappresentatività. Suddetta valutazione dovrebbe essere utilizzata sia dall'INPS che dall'Ispettorato per identificare quei contratti collettivi conclusi dai sindacati maggiormente rappresentativi, che la legge italiana utilizza per il riconoscimento degli incentivi contributivi e fiscali. Un accordo di questo tipo è stato successivamente sottoscritto con Confapi, che rappresentano le piccole e medie imprese. Altri contratti collettivi intersettoriali sono stati conclusi negli ultimi anni da CGIL, CISL e UIL con altre associazioni datoriali (es. nel settore dei servizi, le cooperative e le aziende artigiane) per la misurazione della rappresentatività aziendale.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

Tra le malattie più gravi che di cui i lavoratori hanno sofferto e che hanno avuto un impatto considerevole sulla loro carriera, il cancro e le malattie oncologiche sono state indicate dal 43% degli intervistati, seguite da 'altre patologie' (26%), che includono malattie cardiovascolari (9%), artrite (9%) e malattie muscoloscheletriche, malattie respiratorie e diabete (con una percentuale per al 4% per ciascuna di esse). Nessuno degli intervistati ha fatto riferimento alle malattie mentali.

Ai fini della presente ricerca, il 68% dei lavoratori che ha partecipato all'indagine ha dichiarato di essere preoccupato in merito al ritorno al lavoro, mentre il 32% ha affermato di non esserlo. La preoccupazione è legata soprattutto al fatto che il datore di lavoro potrebbe non essere disponibile a rivedere le condizioni di lavoro a seguito della malattia (41%). I lavoratori hanno temuto, inoltre, di essere lasciati senza il dovuto supporto da parte del datore di lavoro qualora la loro produttività, concentrazione o prestazione non fossero più state in linea con le aspettative dell'azienda (29%). Gli altri motivi di preoccupazione riguardano il rischio che venga richiesto ai lavoratori di garantire la stessa produttività poco dopo le cure e senza un periodo di riadattamento (24%) e la necessità di lavorare più ore dopo un'assenza prolungata (24%). Inoltre, i lavoratori temono di non avere garantito nessun supporto nell'eventualità si trovino a dover gestire problemi di produttività, concentrazione e prestazione (24%), discriminazione da parte dei colleghi (12%) o anche a livello finanziario, per esempio nell'accesso a bonus, a causa della loro bassa produttività (12%). Tra gli intervistati, il 6% ha indicato ulteriori motivi di preoccupazione, senza tuttavia specificarne la natura.

Per quanto riguarda il rapporto tra il lavoratore malato e l'azienda durante il periodo di congedo per le cure del caso, è importante sottolineare che il 68% dei lavoratori ha dichiarato che durante la terapia ha mantenuto il contatto con i propri colleghi, il 32% con il manager diretto (team leader, il line manager e figure simili), il 12% con il general manager o il dipartimento delle risorse umane e solo l'8% con i sindacati o i rappresentanti dei lavoratori. Infine, il 16% è rimasto in contatto solo con il datore di lavoro durante il congedo per malattia.

Secondo quanto affermato dai lavoratori intervistati, i soggetti più importanti che dovrebbero supportare il ritorno al lavoro a seguito delle cure necessarie per le malattie croniche sono (in ordine di preferenze espresse dal campione intervistato) i team leader o i line manager (36%), il dipartimento delle risorse umane (29%), le associazioni dei pazienti (18%), uno psicologo o un terapeuta occupazionale che opera sul posto di lavoro (11%), uno psicologo o un terapeuta occupazionale che opera fuori dal contesto lavorativo (11%), un istituto di riabilitazione (7%), un ente specializzato nelle questioni relative al mercato del lavoro (7%), il datore di

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

lavoro (7%) o il sindacato (7%). Gli altri rispondenti hanno suggerito o “altri soggetti” -senza però specificare la natura-, o di non avere un'idea chiara (4%), o che “non necessitavano di supporto e non hanno contattato nessuno dei suddetti soggetti e/o organizzazioni” indicati nella survey (7%).

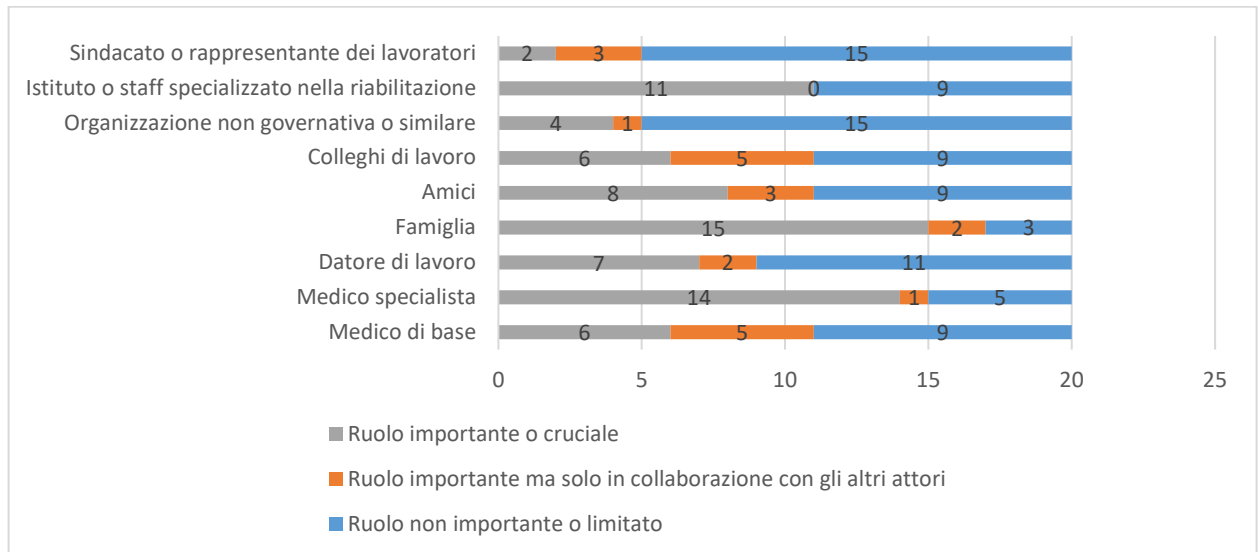
Con riferimento all'esperienza concreta dei lavoratori in merito al ritorno al lavoro a seguito di una assenza prolungata per malattia, il 64% di questi è ritornato al lavoro spontaneamente; nel 24% dei casi il ritorno è stato incoraggiato da specialisti medici (oncologi, psichiatri, cardiologi); nel 12% dei casi il ritorno all'attività è stato incoraggiato dal medico di famiglia; nel 4% dei casi dal datore di lavoro, dalla famiglia o da qualcun altro. In nessun caso il ritorno al lavoro è stato incoraggiato attraverso iniziative implementate da amici, colleghi, associazioni no-profit o simili che si occupano di malattie croniche (ad esempio la Lega Italiana per la Lotta Contro i Tumori), istituti di riabilitazione, infermieri o fisioterapisti, rappresentanti sindacali o altri tipi di rappresentanti dei lavoratori. La prima persona con cui il lavoratore ha discusso il ritorno al lavoro è stato lo specialista (38%), il medico di base (il 29%), la famiglia (21%), altro (8%), il sindacato (4%). Nessuno degli intervistati ha fatto riferimento ad amici, colleghi, no-profit o simili organizzazioni specializzati in certi tipi di malattie, istituti di riabilitazione, infermieri o terapisti.

Non c'è quindi da stupirsi se secondo molti degli intervistati, il ruolo più importante nel facilitare il loro ritorno all'attività lavorativa lo abbia avuto lo specialista (nel 50% dei casi, si veda la Figura 1). Lo stesso dicasi dei centri di riabilitazione e del loro staff, e dei fisioterapisti (20%), nonché medici di base e colleghi (25%). È invece risultato essere meno rilevante sia il ruolo delle associazioni no-profit o organizzazioni specializzati in certi tipi di malattie (il 65% ha affermato che questi soggetti non sono stati importanti, il 10% che hanno avuto un ruolo limitato e un altro 10% ha considerato gli enti di questo tipo fondamentali), sia quello dei sindacati (il 60% dei lavoratori li ha considerati non importanti, il 15% pensa che abbiano avuto un ruolo marginale mentre il 15% ha giudicato il loro contributo fondamentale).



## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

**Figura no. 1. Valutazione dei lavoratori in merito al ruolo dei diversi attori nel promuovere il ritorno al lavoro dopo un congedo per malattia (Q48)**



Fonte: Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR (questionario rivolto ai lavoratori); numero di rispondenti: 20

In relazione al supporto ricevuto dai lavoratori da parte dei datori di lavoro, la maggior parte dei lavoratori (il 28%) non si è ritenuta per nulla soddisfatta, mentre il 20% ha sostenuto che il sostegno è stato limitato. Il 24% dei lavoratori intervistati ha dichiarato che il supporto del datore è stato soddisfacente, mentre solo il 16% ha dichiarato che tale supporto è andato oltre le aspettative. Nel 12% dei casi, il supporto è stato "nella media".

Con particolare riferimento all'opinione dei lavoratori in merito all'aiuto e al sostegno ricevuto dal sindacato al momento di ritornare al lavoro, circa metà degli intervistati ha affermato di non essere per niente soddisfatto (48%) mentre il 24% si è dichiarato parzialmente soddisfatto del supporto - seppur limitato- offerto dal sindacato. Un altro 24% ha sostenuto di essere soddisfatto del supporto ricevuto, sebbene nessuno si è dichiarato soddisfatto del tutto. Infine, il 4% dei lavoratori ha affermato di essere moderatamente soddisfatto, ma non si sarebbe comunque aspettato nulla di più rispetto al sostegno ricevuto. Quasi tutti i lavoratori non iscritti al sindacato (83%) non hanno comunque considerato di diventarne membri dopo aver ricevuto una diagnosi di malattia cronica, al fine di ricevere supporto al momento di ritornare al lavoro. Questi dati sono rilevanti se si considera che il sindacato è attivo in quasi tutti i contesti lavorativi in cui operano i lavoratori intervistati (80%). Le percentuali appena descritte sembrano sottolineare la debolezza del sindacato nel supportare il ritorno al lavoro dei lavoratori. In effetti, sebbene gran parte dei lavoratori abbia affermato che "il sindacato dovrebbe essere pronto a gestire le criticità legato allo stato di salute dei lavoratori" (su questo punto, il 50% è

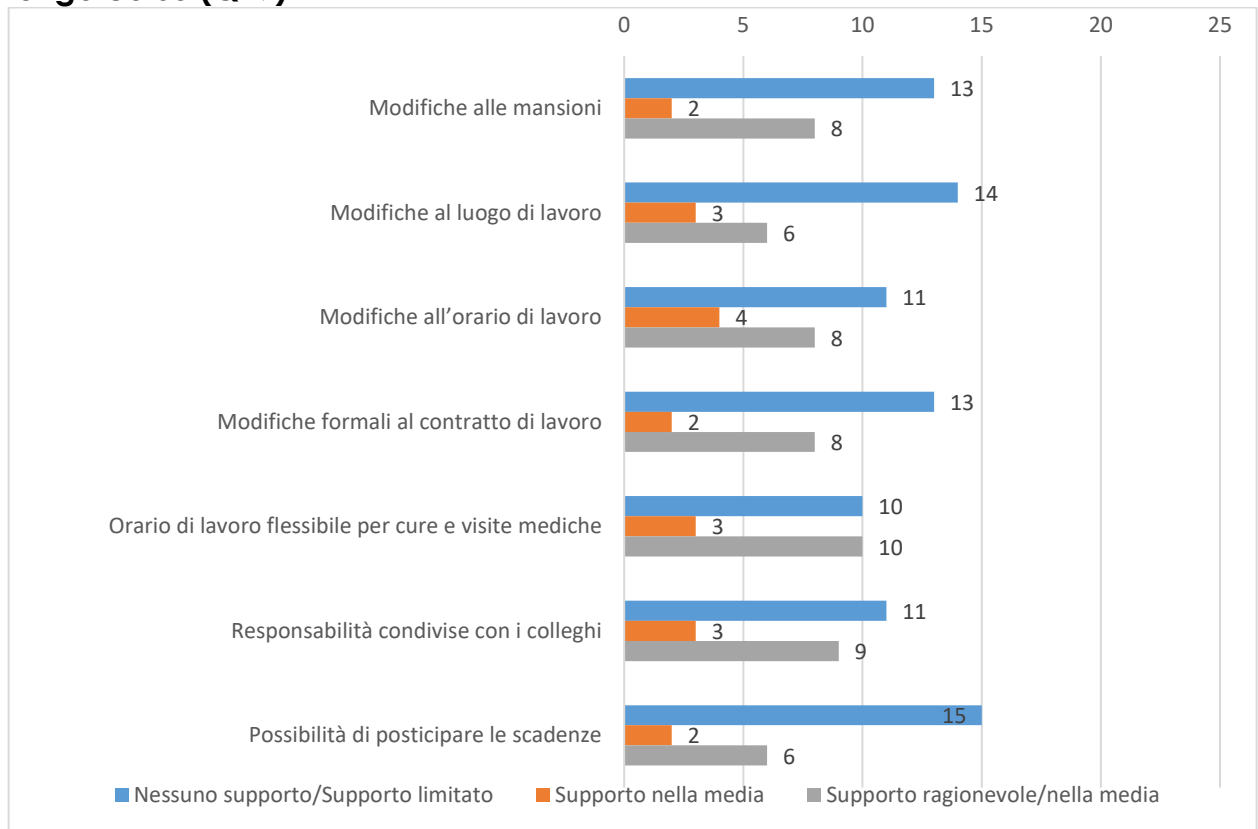
## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

totalmente d'accordo, mentre il 25% è d'accordo) e che "il supporto al momento di ritornare al lavoro dovrebbe essere una priorità nelle negoziazioni tra sindacato e datore di lavoro" (a tal riguardo, il 45% è totalmente d'accordo, mentre il 30% è d'accordo) solo nel 6% dei casi i lavoratori hanno affermato che questi aspetti sono stati discussi tra il proprio datore di lavoro e i rappresentanti sindacali con riferimento a possibili accomodamenti e variazione delle mansioni e responsabilità del lavoratore a seguito del ritorno al lavoro. Inoltre, molti degli intervistati (30%) si sono dichiarati indifferente rispetto all'abilità dei sindacati di facilitare il ritorno al lavoro in Italia. Infine, il 25% dei lavoratori è a conoscenza di situazioni in cui il sindacato si è mostrato utile a promuovere il reinserimento lavorativo dei lavoratori dopo essersi sottoposti alle cure per una malattia cronica.

Una sezione importante del questionario sottoposto ai lavoratori ha riguardato il reale processo di ritorno all'attività lavorativa, le sue caratteristiche e modalità di implementazione. A tal riguardo, circa metà degli intervistati è ritornato a svolgere la propria mansione dopo una assenza di lungo corso dovuta ad una malattia (47%), mentre gli altri no (47%). Relativamente alle modifiche delle mansioni da svolgere a seguito del ritorno all'attività lavorativa (Figura 2), la maggior parte dei lavoratori ha affermato che le proprie mansioni non sono state adattate in maniera soddisfacente (per i lavoratori, il supporto in tal senso è stato: nullo, 35%; molto limitato, 22%; minimo, 9%; ragionevole, 26%; completo, 9%). Relativamente all'adattamento del luogo di lavoro, gran parte dei lavoratori ha sostenuto di non aver ricevuto nessun tipo di assistenza (per i lavoratori, il supporto in tal senso è stato: nullo, 43%; molto limitato, 17%; minimo, 13%; ragionevole, 17%; completo, 9%). Lo stesso dicasi del tipo di occupazione da svolgere (per i lavoratori, il supporto è stato: nullo, 43%; molto limitato, 13%; minimo, 19%; ragionevole, 17%; completo, 17%). Altri fattori considerati sono stati: la possibilità di posticipare le scadenze (per i lavoratori, il supporto in tal senso è stato: nullo, 47%; molto limitato, 17%; minimo, 9%; ragionevole, 13%; completo, 13%); le modifiche, comunque positive, dall'orario di lavoro giornaliero (qui il supporto è stato: nullo, 30%; molto limitato, 17%; minimo, 17%; ragionevole, 17%; completo, 17%); le misure adottate per usufruire di un orario di lavoro più flessibile in modo da facilitare cure ed esami medici (qui il supporto è stato: nullo, 30%; molto limitato, 13%; minimo, 13%; ragionevole, 17%; completo, 26%); gli interventi destinati a riassegnare alcune delle responsabilità ai propri colleghi (qui il supporto è stato: nullo, 35%; molto limitato, 13%; minimo, 13%; ragionevole, 26%; completo, 13%).

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

**Figure 2. Interventi a favore dei lavoratori a seguito di una malattia di lungo corso (Q47)**



Fonte Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR (questionario rivolto ai lavoratori); numero di persone intervistate: 23

Oltre a quanto emerso dai questionari compilati dai lavoratori e analizzati al fine del presente progetto, è importante sottolineare che l'impatto del cancro sulle condizioni di lavoro e il mantenimento della propria occupazione aumenta laddove sono già presenti condizioni di vulnerabilità in quanto il cancro ha effetti maggiormente negativi su lavoratori temporanei, donne e coloro prossimi al pensionamento (FAVO, 2019, pp. 15, 20).

Un'indagine ha recentemente dimostrato che la situazione professionale dei pazienti in circa l'80% dei casi resta invariata rispetto al periodo precedente alla diagnosi della malattia, nonostante si verifichi una diminuzione del reddito. Solo il 50,2% degli intervistati ha affermato di essere riuscito a mantenere lo stesso livello retributivo del periodo precedente alla diagnosi. In media, la diminuzione del reddito, non solo derivante dall'attività lavorativa, è stata del 39,5%, con riduzioni che variavano dal 20% al 50%. In alcuni casi (11,3%) questa diminuzione è stata addirittura maggiore (FAVO, 2019, p. 20). La Tabella 5 riporta le riduzioni nei livelli di reddito, suddivise per occupazione. Come si vede, gli artigiani, i lavoratori autonomi e i lavoratori freelance riportano le riduzioni maggiori in termini di

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

retribuzione. Tra coloro che invece hanno sottoscritto un contratto di lavoro, sussiste una differenza significativa tra i lavoratori con contratto a tempo indeterminato, a tempo determinato e chi è invece impegnato in forme di lavoro flessibili.

**Tabella 6. Diminuzione dei livelli di reddito per categoria professionale**

Could you indicate how much your income has decreased since the start of the disease (as a percentage, by professional category)											
	Total	Em- plove d	Self- em- plove d	Inacti ve	Em- plove d on open- ende d con- tracts	Em- plove d for a fixed term	Worke rwith flexibl e forms of work	Self- em- plove d	Free- lancer	Craft- worke r	Retail er
<b>No reduc- tion</b>	50.	61.1	40.9	30.7	58.0	32.9	47.1	27.6	36.7	40.9	50.0
<b>Up to 20%</b>	18.5	21.7	18.9	10.0	19.8	22.9	5.9	13.8	13.9	13.6	17.9
<b>21- 50%</b>	20.0	14.8	22.0	31.3	18.0	21.4	17.6	24.1	27.8	18.2	21.4
<b>51- 80%</b>	5.5	1.3	10.2	12.0	1.7	14.3	17.6	17.2	12.7	4.5	0.0
<b>Beyon d 80%</b>	5.8	1.1	7.9	16.0	2.4	8.6	11.8	17.2	8.9	22.7	10.7

Fonte: Adattamento ADAPT su FAVO (2019). Grafico numero 6

I lavoratori autonomi, gli artigiani e le persone impiegate con forme di lavoro flessibili hanno subito dei cambiamenti significativi dall'inizio della malattia. Solo il 35% dei lavoratori flessibili è rimasto nella stessa categoria professionale, mentre gli altri hanno perso il lavoro o si sono dedicati al lavoro domestico (35%) e hanno fatto domanda di pensionamento (11%). Quasi il 50% dei lavoratori affetti da un cancro non ha più lavorato a seguito della diagnosi. Anche i lavoratori a tempo determinato hanno subito dei cambiamenti alla propria situazione professionale, seppur in maniera minore; al momento dell'indagine (2018) il 38,6% dichiarava di loro non aver più lavorato. Nello specifico, il 20% dei lavoratori a tempo determinato è rimasto disoccupato, mentre il 10% ha fatto domanda di pensionamento (FAVO, 2019, p. 20). Considerando le persone intervistate nel loro complesso, nel 54,1% dei casi la malattia non ha condizionato negativamente la carriera e l'istruzione, anche se il 76,5% dei lavoratori flessibili e il 62,9% dei lavoratori a tempo determinato ha affermato che la malattia ha condizionato negativamente la propria attività professionale. La riduzione delle ore di lavoro ha riguardato in media il 30% dei soggetti a cui è stato diagnosticato il cancro, anche se questa percentuale riguarda

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

il 53,8% delle persone occupate in forme di lavoro flessibili, il 60% dei commercianti, il 50% degli artigiani e il 48,8% dei lavoratori freelance. È inoltre interessante notare che la malattia produca effetti importanti in termini lavorativi, influenzando negativamente sulle prestazioni (ciò è valido per il 36,8% delle persone intervistate).

Infine, l'indagine indica che contrarre una malattia costituisce un fattore di debolezza maggiore nel contesto lavorativo per coloro che hanno una posizione contrattuale debole e per le donne che hanno perso il doppio dei giorni lavorativi rispetto agli uomini e per i lavoratori con un'età compresa tra i 55 e i 64 anni, in quanto il 45,8% di questi ha perso dai 6 mesi a un 1 anno di lavoro nel 2019 (FAVO, 2019, p. 20).

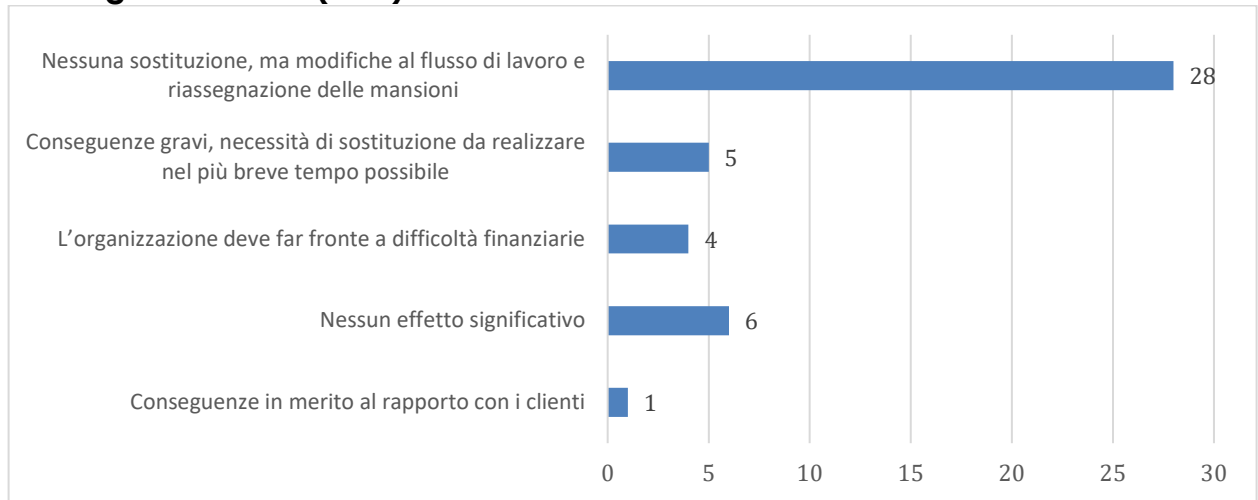
### ***4.2. Il punto di vista dei responsabili delle risorse umane, dei manager di linea e di altri soggetti operanti in azienda in merito alle iniziative aziendali che promuovono il ritorno al lavoro e l'interazione tra datore di lavoro e lavoratori***

L'importanza di interagire regolarmente con i lavoratori durante l'assenza per malattia è largamente condivisa dai responsabili delle risorse umane e dai manager che hanno partecipato al questionario. Pur lavorando principalmente in aziende di grandi dimensioni (il 53% degli intervistati opera in aziende con oltre 250 dipendenti), essi vengono informati dello stato di salute dei lavoratori direttamente da questi ultimi, sia formalmente (36%) che informalmente (28%). In pochi casi, la notizia di un lavoratore affetto da una malattia cronica è riportata dal medico del lavoro (10%) o dal medico specialista (15%). Il contatto con i lavoratori durante il periodo di congedo per malattia non ha sempre luogo attraverso canali formali (ad esempio richieste di aggiornamenti da parte dei responsabili delle risorse umane), ma anche attraverso canali informali come telefonate o conversazioni amichevoli (41%). In questi casi, i lavoratori sono informati in merito a questioni lavorative (61%) oppure coinvolti in maniera attiva nel processo decisionale (41%).

Durante queste assenze prolungate, i manager si trovano a dover implementare iniziative importanti a livello organizzativo che comportano una revisione del flusso di lavoro e/o una redistribuzione delle mansioni tra gli altri lavoratori (74%, si veda Figura 3); solo in pochi casi si procede alla sostituzione del lavoratore malato (13%), mentre nel 10% dei casi l'assenza dà luogo a difficoltà di tipo finanziario.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

**Figura 3. Effetti percepiti dell'assenza di un lavoratore all'interno dell'organizzazione (Q12)**



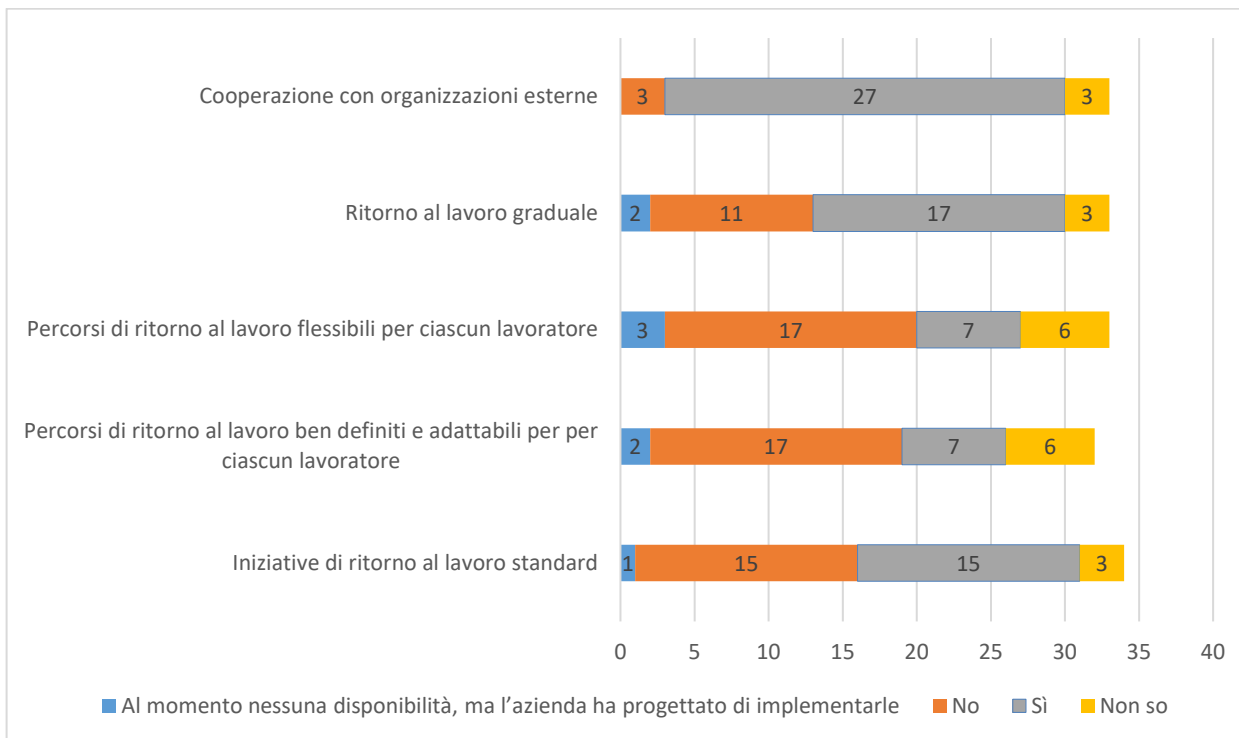
Fonte: Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR; numero di manager intervistati: 38 (possibilità di risposta multipla)

Non c'è quindi da meravigliarsi se molti dei soggetti intervistati (70%) abbia incoraggiato e promosso processi di ritorno all'attività lavorativa durante le cure. Durante la gestione delle assenze per malattia, i responsabili delle risorse umane e i manager considerano molto utile il ricorso a servizi di consulenza esterni e dalle associazioni dei pazienti, così come le informazioni e i consigli relativi alle malattie croniche e agli accomodamenti da implementare a livello aziendale. Abbiamo già richiamato in precedenza l'importante contributo fornito dalle agenzie per il lavoro private. Tuttavia, quest'ultimo è percepito come assente da parte di molte aziende, assieme all'assistenza legale circa il congedo per malattia e i servizi esterni di consulenza.

Secondo l'indagine, le iniziative relative al ritorno all'attività lavorativa sono generalmente avviate e implementate dai lavoratori (56%) e manager/datori di lavoro (38%) e anticipate in discussioni o telefonate informali tra lavoratori e manager che consentono una progettazione condivisa del processo di ritorno al lavoro. Come mostrato nella Figura 4, sebbene molte aziende forniscano ai lavoratori un percorso graduale al fine del ritorno all'attività lavorativa (52%), questo processo non è codificato in nessun documento, né adattabile alle situazioni individuali. Spesso si tratta infatti di percorsi generici indirizzati a tutti i lavoratori beneficiari delle iniziative di ritorno al lavoro (44%).

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

**Figura 4. Disponibilità delle procedure di ritorno al lavoro all'interno dell'azienda (Q20)**



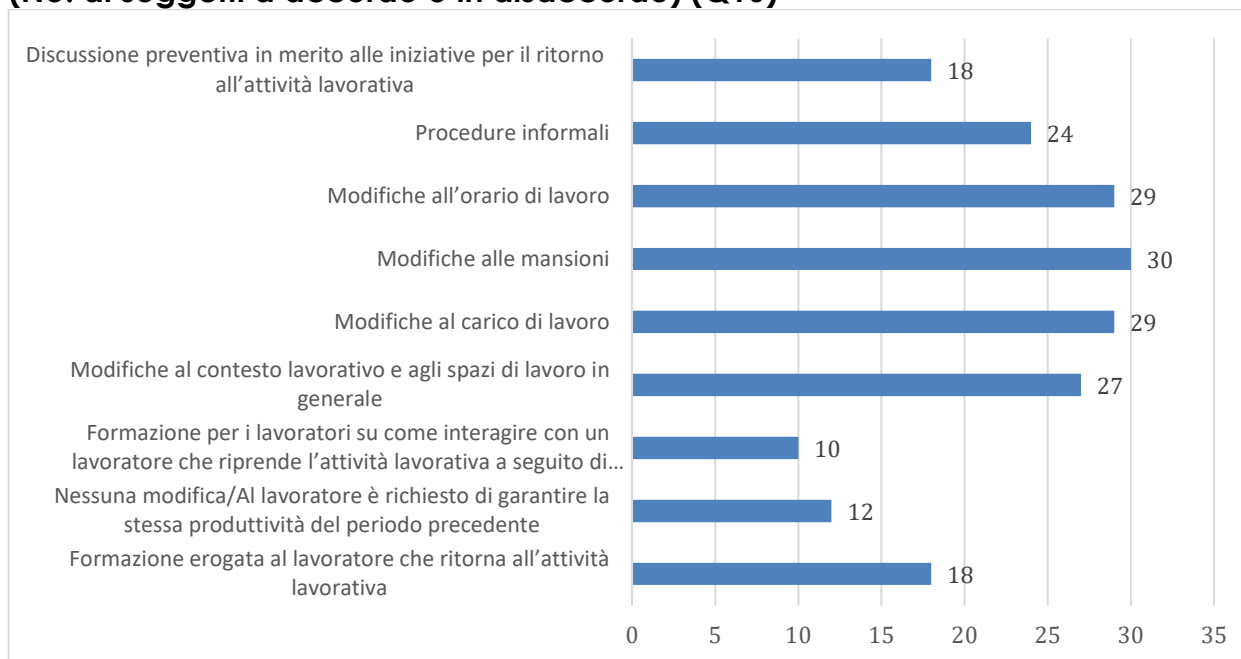
Fonte: Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR; numero di manager intervistati: 32-34

Le iniziative fin qui descritte sono gestite dai responsabili delle risorse umane (68%) anche se il ruolo dei manager di linea e i capi squadra è percepito come altrettanto importante (56%), mentre i comitati sulla salute e sicurezza sembrano avere un ruolo meno rilevante. Come spiegato da un responsabile delle risorse umane durante un gruppo di discussione, l'approccio prevalente in merito alle iniziative di ritorno al lavoro sembra essere piuttosto reattivo quando si affronta una situazione specifica. Al contrario, la collaborazione tra i responsabili delle risorse umane e gli altri dipartimenti andrebbe incoraggiato al fine di adattare una strategia preventiva e proattiva, soprattutto nei casi in cui è necessario riorganizzare le postazioni di lavoro in modo tale che siano idonee sia per i lavoratori disabili che no. Nella maggior parte dei casi (48%) le aziende cooperano con organizzazioni esterne quando bisogna gestire il ritorno al lavoro dei lavoratori a seguito delle malattie (si veda Figura 4). In tal senso, la collaborazione tra stakeholder esterni e tra manager e lavoratori affetti da malattie croniche è considerata fondamentale in questi processi e molti degli intervistati hanno indicato che entrambi gli aspetti dovrebbero essere migliorati (il 29% e il 41%, rispettivamente). Questi dati sono in linea con le considerazioni in merito alla cooperazione tra diversi stakeholder fornite in precedenza. Per quanto riguarda il contenuto delle iniziative di ritorno al

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

lavoro, le modifiche alle mansioni sono percepite come rilevanti, a tal punto che molti rispondenti hanno dichiarato che andrebbero stabilite per legge (74%) piuttosto che essere lasciate alla discrezione dei manager (53%). In effetti, molti degli intervistati (26%) sono dell'opinione che le persone che ritornano al lavoro a seguito di una malattia cronica non dovrebbero svolgere le stesse mansioni che svolgevano in precedenza, mentre il 46% non ha una opinione in merito. Alcuni responsabili HR e manager hanno anche affermato che i lavoratori affetti da malattie croniche sono meno dediti al lavoro (29%) e più inclini ad assentarsi rispetto a colleghi (76%). Ciò può essere percepito come e tradursi in un aumento del carico di lavoro per colleghi e secondo il 44% degli intervistati "il lavoratore che ritorna al lavoro con meno mansioni causa un aumento del carico di lavoro dei colleghi". Di conseguenza, le modifiche all'orario di lavoro o alle mansioni sono necessarie e indicate come tali dalla maggior parte degli intervistati (circa l'80%, si veda Figura 5).

**Figura 5. Supporto offerto dall'azienda al lavoratore che ritorna al lavoro (No. di soggetti d'accordo o in disaccordo) (Q16)**



Fonte: Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR; numero di manager intervistati: 37 (possibilità di risposta multipla)

In molti casi, mentre la formazione per il lavoratore a seguito di un'assenza prolungata a causa di una malattia cronica è regolarmente erogata (50%), è meno frequente che le iniziative di formazione in quest'ambito riguardino i colleghi di questi lavoratori (28%, si veda la Figura 5).

Queste percentuali a volte sembrano stridere con la soddisfazione espressa dai lavoratori e analizzata nelle sezioni precedenti. Stando a un'indagine



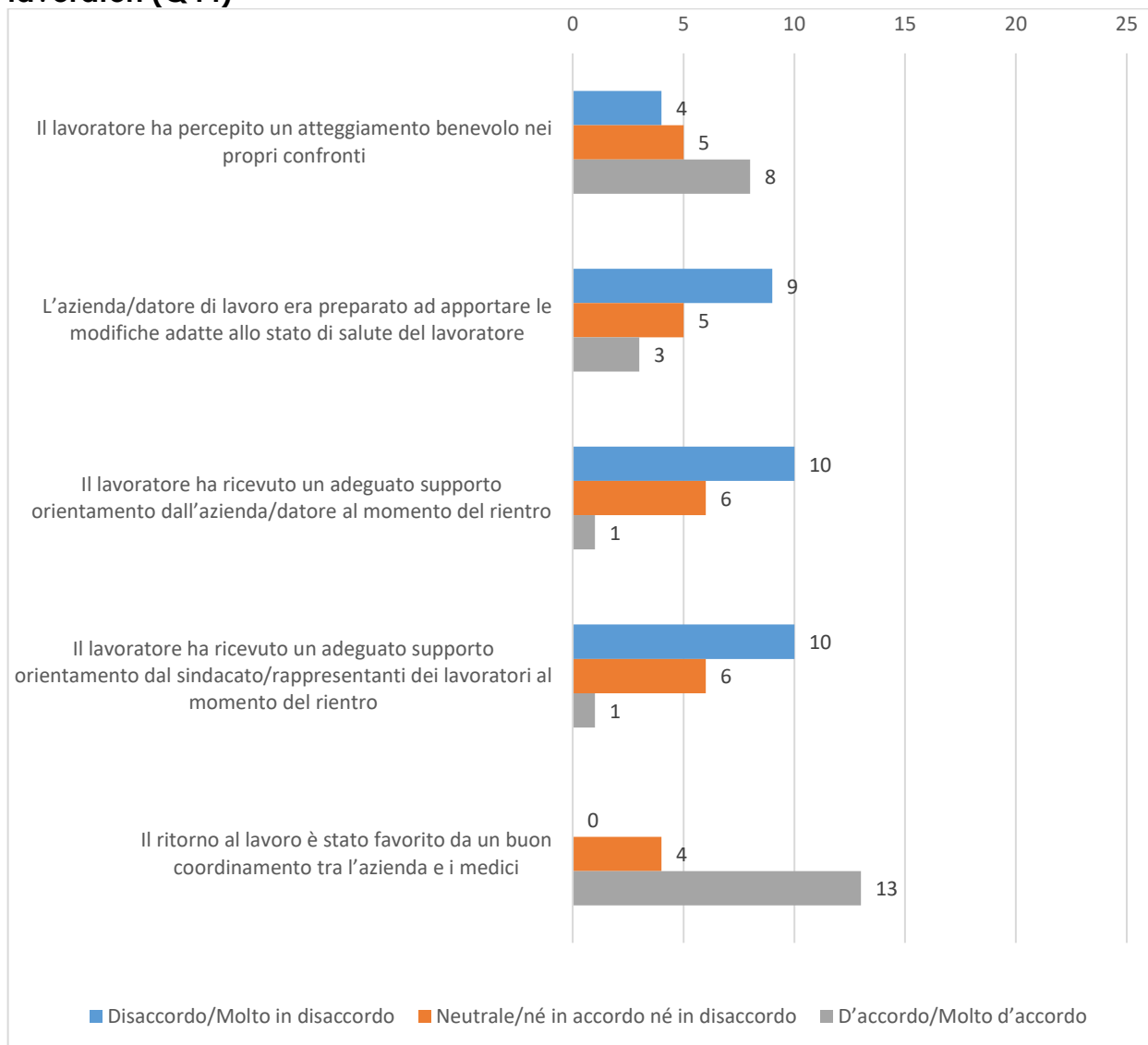
## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

condotta sui lavoratori (Figura 6), la loro esperienza in merito al ritorno all'attività lavorativa si è rivelata complicata in quanto molte aziende non erano preparate a implementare le misure necessarie e tarate sulle condizioni di salute dei lavoratori, mancando altresì un coordinamento tra aziende e medici. Inoltre, gli intervistati hanno sottolineato che il supporto ricevuto dalle aziende e dai sindacati nella fase di rientro si è rivelato marginale, soprattutto per quanto riguarda le attività di orientamento. Non c'è quindi da sorprendersi, infine, che meno della metà dei lavoratori

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

abbia percepito un atteggiamento benevolo al momento di riprendere l'attività lavorativa.

**Figura 6. Il momento del rientro al lavoro secondo l'esperienza dei lavoratori (Q44)**



Fonte: Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR; numero di lavoratori intervistati: 17

Le dinamiche relative al ritorno al lavoro sono descritte in maniera più specifica nella sezione che segue, in cui si discute di investimenti in nuove tecnologie, tutela del reddito e misure di welfare per la prevenzione delle diverse malattie croniche, nonché delle modalità per assicurare un migliore accesso alle cure. È interessante notare che un responsabile delle risorse umane che ha partecipato al nostro gruppo di discussione ha suggerito di convertire la formazione erogata al lavoratore, intendendola non solo come un mero strumento di *upskilling* e per aggiornare le competenze dei

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

lavoratori a seguito di una assenza prolungata, ma come uno strumento proattivo capaci di mettere in luce le competenze personali sviluppate dallo stesso lavoratore durante la malattia. Un approccio di questo tipo è altresì rinvenibile nei recenti programmi per le nuove madri tra cui quello MAAM (Maternity as a Master), che mirano a sviluppare l'esperienza pratica e utilizzarla anche nel contesto lavorativo.

È inoltre importante sottolineare la percentuale significativa di manager che richiedono al lavoratore di garantire la stessa produttività assicurata nel periodo precedente alla malattia, senza peraltro fornirgli nessun tipo di accomodamento (33%), così come l'elevato numero di intervistati che non sembra avere una opinione precisa in merito alla questione (31%). La confusione riguardo a questo problema è probabilmente generata dall'inadeguatezza delle definizioni correnti e dalle valutazioni relative alla produttività del lavoro, soprattutto quando riguardano i lavoratori affetti da malattie croniche. Le metodologie e i programmi utilizzati sono abbastanza astratti e standardizzati e non considerano la salute individuale e le condizioni psicologiche dei soggetti nei contesti lavorativi, nonché quelle iniziative da implementare a livello organizzativo che dovrebbero essere tenuto in considerazione al momento di valutare la prestazione lavorativa (e la sua sostenibilità) dei lavoratori affetti da malattie croniche (Tiraboschi, 2015).

### **4.3. Buone prassi a livello aziendale nel promuovere il rientro al lavoro e il ruolo delle relazioni industriali**

In Italia, le iniziative che promuovono il rientro all'attività lavorativa per i lavoratori affetti da malattie croniche non costituiscono un argomento fondamentale nel contesto della contrattazione collettiva a livello aziendale.<sup>51</sup> Sebbene i manager reputino importante includere i rappresentanti dei lavoratori all'interno della commissione che si occupa di questioni inerenti la salute e la sicurezza (62%), e che la cooperazione con questi ultimi sia considerata utile per aumentare la motivazione dei lavoratori (54%) e migliorare la qualità dei rapporti tra lavoratori e manager (54%), l'interazione con i rappresentanti dei lavoratori non costituisce una priorità per i responsabili delle risorse umane e i manager che hanno risposto al nostro questionario. Infatti, un'interazione di questo tipo richiede molto tempo ed è meno flessibile rispetto a un processo decisionale unilaterale (33%); un approccio del genere implica anche il rischio di

---

<sup>51</sup> La portata dell'analisi può essere compresa considerando il database di ADAPT dei contratti collettivi sottoscritti a livello aziendale. Il database raccoglie circa 3,000 contratti collettivi. I risultati ottenuti dal database sono in linea con quelli dell'indagine condotta sui lavoratori, in quanto l'82% degli intervistati ha dichiarato che gli accomodamenti in termini di mansioni responsabilità dei lavoratori che rientrano al lavoro dopo la malattia non sono oggetto di negoziazione tra i datori di lavoro e i rappresentanti sindacali.

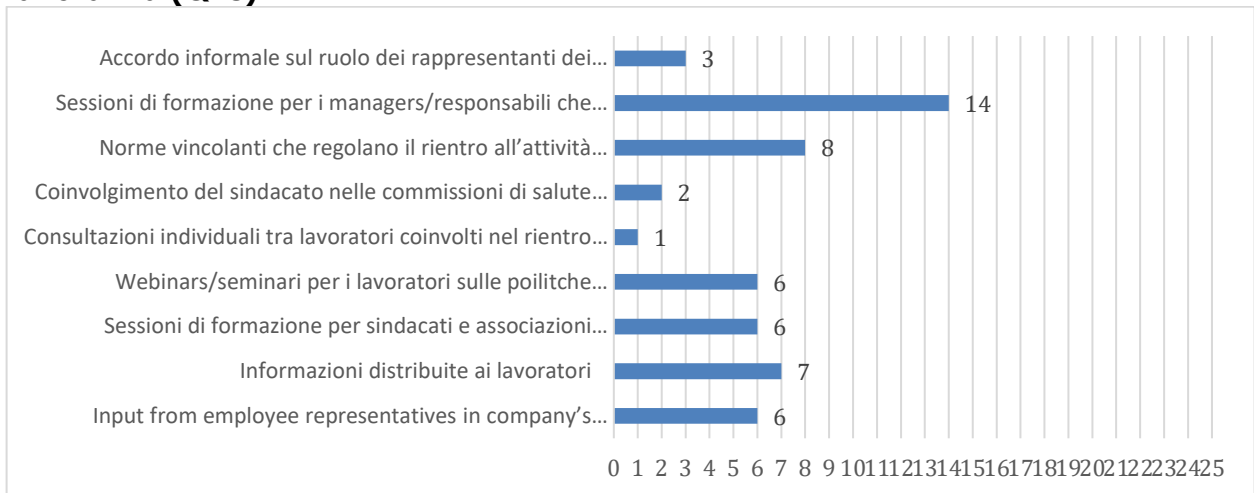
## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

ulteriori richieste da parte del lavoratore (37%). Di conseguenza, laddove queste criticità vengono prese in esame nei contratti collettivi a livello aziendale, ciò ha luogo quale conseguenza della sensibilità di qualche manager verso i problemi dei lavoratori (sensibilità che, a detta dei responsabili HR sta aumentando anche in relazione all'aumento dell'età lavorativa media) e della loro disponibilità personale ad impegnarsi con i rappresentanti dei lavoratori. Un altro aspetto che facilita la negoziazione in questo ambito è la consapevolezza da parte dei sindacati e la loro predisposizione a contribuire attivamente alla gestione di tutti gli aspetti del caso.

Cionondimeno, come osservato da un responsabile delle risorse umane, non tutte le fasi che accompagnano il rientro al lavoro sono formalizzate all'interno del contratto collettivo: ci sono infatti una serie di accomodamenti ragionevoli che comportano investimenti significativi da parte dell'azienda e che non vengono specificati nell'accordo. Inoltre, i programmi di rientro al lavoro possono essere gestiti dalle parti sociali anche al di fuori della cornice regolatoria dei contratti collettivi. Per esempio, le nuove mansioni assegnate al lavoratore all'interno di una cooperativa sociale non sono previste in nessun contratto, ma la questione è stata gestita dal datore di lavoro e dal sindacato. Come dimostrato dall'indagine condotta sui manager e responsabili HR (Figura 7), i rappresentanti dei lavoratori possono essere coinvolti in meeting che si svolgono regolarmente (23%) o organizzati appositamente (33%) per discutere iniziative nell'ambito del ritorno al lavoro. Inoltre, i risultati migliori non sarebbero raggiunti rendendo obbligatori suddetti processi nei contratti collettivi (29%), ma anche attraverso l'erogazione di formazione per manager (52%) e rappresentanti sindacali (22%) su come approcciare i lavoratori affetti da malattie croniche, informazioni distribuite ai lavoratori (26%) e input da parte degli stessi lavoratori su come migliorare le politiche interne di rientro all'attività lavorativa (22%).

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

**Figura 7. Effetti positivi percepiti quale risultato del confronto tra sindacati/representanti dei lavoratori con riferimento al rientro all'attività lavorativa (Q28)**



Fonte: Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR; numero di manager intervistati: 27 (possibilità di risposta multipla)

Sebbene i datori di lavoro consultino i rappresentanti dei lavoratori occasionalmente, i primi preferiscono ancora attivare e implementare le iniziative di ritorno al lavoro in maniera unilaterale, a volte in collaborazione con esperti e organizzazioni esterne.<sup>52</sup> Esempi importanti in tal senso sono le azioni messe in pratica dal gruppo Unicredit, che mirano a sensibilizzare il pubblico in merito a iniziative sulla disabilità (corsi online, giorni dedicati alla gestione della disabilità, focus group) e percorsi di formazione e di mobilità professionale per le persone non vedenti e non udenti (Stefanovichj, 2017). Allo stesso modo, secondo quanto affermato da un responsabile delle risorse umane, un'azienda specializzata nell'automazione e nei processi energetici è riuscita a sviluppare un percorso dedicato, attraverso suoni e sensori, per permettere a lavoratori con una capacità visiva limitata di accedere al posto di lavoro, anziché semplicemente offrire loro l'opportunità di lavorare da casa. Effettivamente, il lavoro da remoto non è stato percepito come un'opzione soddisfacente dal lavoratore, in quanto avrebbe implicato una sorta di isolamento dal contesto lavorativo. Recentemente, ulteriori iniziative sono state promosse dall'ENI e l'AIMAC, in collaborazione con l'INPS, la Fondazione Sodalitas e la sezione provinciale dell'Associazione dei Consulenti del Lavoro di Milano. Il progetto, finanziato parzialmente dal Ministero del lavoro si chiama "Una rete solidale per attuare le norme a

<sup>52</sup> Come visto in precedenza, i processi relativi al rientro al lavoro possono essere gestiti dai datori di lavoro con il supporto di professionisti che operano nelle agenzie per il lavoro. Attraverso dei corsi di formazione, è possibile aumentare la consapevolezza di lavoratori e manager in merito a tali questioni, anche attraverso il contributo delle associazioni dei pazienti. La bontà di iniziative di questo tipo emerge anche dall'indagine realizzata con responsabili delle risorse umane e manager.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

tutela dei lavoratori malati di cancro sui luoghi di lavoro") ed è finalizzato a identificare soluzioni normative a favore dei lavoratori dell'ENI a cui sono diagnosticate malattie oncologiche, cercando altresì di accrescere la consapevolezza di queste criticità in modo da promuovere l'integrazione di questi soggetti nel contesto lavorativo. Il progetto fa parte dell'iniziativa PROJOB istituita dall'AIMAC. È altresì importante fare riferimento alla piattaforma "Know and Believe", realizzata in collaborazione con l'AIMAC, che riguarda aziende e fondi sanitari per l'organizzazione di corsi di formazione, campagne di sensibilizzazione, eventi collaborativi e altre iniziative per promuovere la prevenzione delle malattie oncologiche e quindi ridurre i costi sociali. Tra i diversi fruitori della piattaforma ci sono anche aziende di grandi dimensioni operanti nel settore bancario, della consulenza e delle telecomunicazioni<sup>53</sup>.

Oltre alle iniziative portate avanti dalle aziende specialmente al di fuori della cornice delle relazioni industriali, la contrattazione collettiva che ha luogo a livello aziendale può fornire una cornice normativa per i responsabili delle risorse umane e i rappresentanti dei lavoratori laddove si trovino a dover implementare politiche di ritorno al lavoro. Come sottolineato precedentemente, i contratti collettivi generalmente pongono l'enfasi sulla tutela del reddito e il mantenimento del posto di lavoro durante il congedo di malattia, nonché sulla conciliazione vita-lavoro al momento del rientro e la possibilità di accedere a servizi sanitari integrativi sia per prevenire che per curare eventuali patologie. In alcuni casi, tuttavia è anche prevista l'istituzione di commissioni paritetiche ad hoc e l'individuazione di figure professionali che hanno il compito di coordinare programmi per il rientro al lavoro di soggetti con disabilità.

Più nello specifico, i contratti collettivi sottoscritti a livello aziendale solitamente regolamentano aspetti quali l'estensione del periodo di comporto o il mantenimento del posto di lavoro fino al completo recupero del lavoratore affetto da patologie oncologiche. In altri casi l'enfasi è posta sulla conciliazione vita-lavoro, ovvero la garanzia di congedi non retribuiti e permessi per sottoporsi a visite mediche e cure (in alcuni casi si tratta di misure dedicate specificatamente ai malati cronici), e sulla possibilità per alcune categorie di lavoratori (ad esempio malati cronici o individui affetti da disabilità) di beneficiare di congedi destinati ad altri colleghi e che sono trasferiti nelle cosiddette "banche ore solidali" così da permettere a chi ne ha bisogno di usufruirne (Decreto legislativo no. 151/2015)<sup>54</sup>. Altre iniziative

---

<sup>53</sup> Per maggiori informazioni, è possibile consultare il seguente sito <http://www.knowandbe.live/>.

<sup>54</sup> Il Decreto Legislativo no. 151/2015 formalmente offre la possibilità ai lavoratori di trasferire volontariamente i periodi di congedo inutilizzati esclusivamente a colleghi che assistono figli malati, anche se la contrattazione collettiva ne ha esteso il campo di applicazione. Soluzioni di questo tipo erano già state introdotte all'interno dei contratti collettivi nel periodo precedente al Decreto Legislativo no. 151/2015 (es. nel settore dei trasporti). Per maggiori informazioni, si veda Stefanovich (2017).

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

possono includere l'esenzione dal lavoro domenicale o comunque durante giorni festivi, la priorità di accesso alla scelta del lavoro da remoto, la possibilità di essere trasferiti in luoghi di lavoro più vicini a casa o l'assegnazione di diverse mansioni qualora emerga l'inefficienza di svolgere quelle precedenti (Decreto Legislativo no. 81/2008).

I contratti collettivi conclusi a livello aziendale si concentrano anche sulla tutela del reddito durante il periodo di assenza, soprattutto nell'integrazione fino al 100% della normale retribuzione (attraverso un contributo erogato dal datore di lavoro che si aggiunge all'indennità per malattia pagata dell'INPS a partire dal quarto giorno di assenza) e la garanzia di una retribuzione piena nonostante i diversi giorni di assenza dal lavoro (che in caso di malattie gravi determinerebbe una riduzione dei bonus). Relativamente ai piani di retribuzione variabile, è interessante notare che alcuni accordi collettivi offrono ai lavoratori la possibilità di convertire una parte della retribuzione associata alla produttività in congedo retribuito, aspetto che può rivelarsi particolarmente utile per le iniziative che riguardano il rientro all'attività lavorativa.

Le altre azioni contenute nei contratti collettivi aziendali e dirette a lavoratori affetti da disabilità o malattie croniche, sebbene meno frequenti, riguardano corsi di formazione dedicati a seguito di periodi di malattie prolungati e campagne di prevenzione che promuovono stili di vita corretti (ad esempio l'introduzione di pasti 'verdi' e più sani all'interno delle mense aziendali), anche in collaborazione con organizzazioni ed esperti esterni.<sup>55</sup> Nel complesso, relativamente alle misure di welfare, la Legge di Bilancio del 2016 ha confermato incentivi fiscali e contributivi per le aziende che erogano servizi sanitari ai propri lavoratori, riconoscendo formalmente il ruolo della contrattazione collettiva in questo ambito. Rispetto alle misure dedicate ai malati cronici, è previsto il rimborso delle spese mediche e delle visite a cui si sottopongono i lavoratori, nonché i contributi pagati ai fondi sanitari e polizze assicurative in caso di non autosufficienza e patologie gravi. Si tratta di contributi, esenti da oneri fiscali, pagati dal datore di lavoro in maniera unilaterale o secondo quanto stabilito dai contratti collettivi. È anche per tale ragione che i piani di welfare che includono servizi di questo tipo sono sempre più frequenti anche attraverso piattaforme dedicate (ADAPT and UBI Banca, 2019). Così come a livello nazionale, anche la contrattazione aziendale può istituire piani sanitari integrative. Tuttavia, la diffusione dei fondi settoriali e degli obblighi in capo al datore di lavoro di pagare i relativi contributi ai lavoratori iscritti a questi fondi, ha causato una diminuzione dei fondi istituiti a livello aziendale (ADAPT and UBI Banca, 2019, pp. 65-122). Un'eccezione in tal senso è

---

<sup>55</sup> Per esempio, il contratto collettivo siglato da Lamborghini il 16 luglio 2019 prevede una campagna di informazione diretta ai lavoratori per la promozione di stili di vita e abitudini alimentari corrette ed è stata organizzata in collaborazione con la Fondazione AIRC.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

rappresentata dall'ENI, che oltre a finanziare il fondo sanitario creato a livello settoriale (il FASIE), offre ai propri lavoratori la possibilità di accedere a un ulteriore fondo (il FASEN) che eroga ulteriori servizi sanitari quali screening e esami diagnostici per la prevenzione di patologie gravi. Queste iniziative sono finalizzate ad aumentare l'accesso a servizi sanitari da parte dei lavoratori in modo da promuovere la prevenzione e la cura delle malattie gravi, piuttosto che facilitare l'implementazione di politiche di ritorno al lavoro.

È infine opportuno fare riferimento a quelle aziende, soprattutto operanti nel settore bancario e chimico-farmaceutico, che hanno previsto attraverso la contrattazione collettiva la figura del disability manager e l'istituzione di osservatori o commissioni paritetiche dedicate alla disabilità, che hanno il compito di promuovere campagne di sensibilizzazione e gestire programmi di welfare, formazione e il ritorno al lavoro dei soggetti disabili. Queste aziende, hanno sottoscritto contratti collettivi in cui si è concordato l'implementazione di progetti specifici per l'inclusione dei malati cronici nei contesti lavorativi, anche grazie al supporto delle associazioni dei pazienti.<sup>56</sup> Come già menzionato, un esempio in tal senso riguarda gli accordi territoriali conclusi nel 2018 dall'AIMS, Unindustria Roma, la Fondazione ASPHI, l'azienda Merck Sono e alcune organizzazioni sindacali operanti a livello locale (FILCTEM-CGIL, FEMCA-CISL e UILTEC-UIL Roma). Un ulteriore esempio è l'accordo del 2018 sottoscritto da Intesa San Paolo, che prevede un progetto di inclusione dei lavoratori affetti da autismo in collaborazione con un'associazione specializzata, nonché programmi di formazione per studenti con disabilità mentali. L'accordo prevede altresì la possibilità di finanziare queste iniziative attraverso il Fondo per l'Occupazione (FOC), istituito a livello nazionale nel settore bancario nel 2012 e finalizzato a sostenere progetti per il ricollocamento, la riqualificazione dei lavoratori e iniziative dedicate all'inserimento dei giovani nel mercato del lavoro. Inoltre, una piccola parte della retribuzione mensile del lavoratore (1 euro) può essere usata per contribuire a un conto aziendale finanziato anche dal datore di lavoro per finanziare iniziative di inclusione delle persone con disabilità.

### **4.4. Il ruolo del dialogo sociale nella creazione e implementazione di politiche aziendali che favoriscono il ritorno all'attività lavorativa**

Nonostante l'opinione dei manager che hanno partecipato al nostro gruppo di discussione, secondo cui le strategie implementate a livello aziendale sono le più adatte per gestire iniziative individuali e specifiche di ritorno al lavoro, il ruolo del dialogo sociale e delle relazioni industriali in

---

<sup>56</sup> Il riferimento a suddetti accordi è stato altresì incluso nell'Articolo 1 del Decreto Legislativo no. 151/2015.



## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

questo ambito è ancora piuttosto limitato. Una delle ragioni per questo stato di cose è lo scarso interesse del management aziendale rispetto al coinvolgimento dei rappresentanti dei lavoratori, ma anche la poca attenzione dei sindacati per quanto riguarda questi temi. Di conseguenza, datori di lavoro e manager hanno una tendenza ad agire in maniera unilaterale o al massimo in collaborazione con consulenti e organizzazioni esterne. In un contesto caratterizzato da una normativa particolarmente frammentata e da preconcetti diffusi rispetto all'impatto sul lavoro delle malattie croniche, le iniziative di rientro all'attività lavorativa promosse dalle aziende non sembrano essere particolarmente diffuse (essendo limitate alle aziende di grosse dimensioni e concentrate in settori economici specifici) e laddove presenti, queste sono spesso insoddisfacenti per quanto riguarda i risultati. Diversi manager ammettono le proprie difficoltà in questo ambito, attribuendo parte della responsabilità alla cornice istituzionale. In effetti, molti degli intervistati hanno sottolineato l'importanza di leggi più chiare (39%) e un maggiore supporto a livello istituzionale e normativo, anche considerando che le norme servono come riferimento, ma che "non specificano i passi da seguire per promuovere politiche di ritorno al lavoro" (65%). La normativa è spesso percepita come troppo generica (21%), non chiara (10%) e non troppo utile all'azienda (10%), se non addirittura un ostacolo (10%) per cui può accadere che si tenti di violarla, così come emerso dal questionario (Figura 8). Il quadro normativo, a detta dei manager intervistati, dovrebbe essere quindi più dettagliato e accompagnato da un maggiore supporto istituzionale e maggiori possibilità di cooperare con stakeholder esterni (ad esempio associazioni dei pazienti e dei medici) al fine di assicurare una buona riuscita delle iniziative di ritorno al lavoro dei lavoratori affetti da malattie croniche.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

**Figura 8. Supporto normativo per il ritorno al lavoro a seguito di una malattia cronica così come percepito dai manager (Q29)**



Fonte: Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR; numero di manager intervistati: 29 (possibilità di risposta multipla)

L'impressione è che in Italia esistano sì sia una normativa, sia incentivi a favore delle politiche di ritorno al lavoro, ma che manchi una visione organica che possa essere facilmente recepita dalle aziende. Queste non sono adeguatamente informate circa la normativa vigente (che spesso può presentare delle opportunità) e spesso ignorano le questioni inerenti il rientro al lavoro. Non è un caso che le esperienze più virtuose siano state implementare in collaborazione con consulenti e organizzazioni esterne. Questo aspetto conferma l'importanza del supporto da assicurare alle aziende quando si trovino a dover gestire il ritorno al lavoro a seguito di una malattia cronica, che dovrebbe coinvolgere diversi attori e ambiti (il sistema di welfare e quello sanitario, nonché gli attori del mercato del lavoro e delle relazioni industriali).

Di conseguenza, è importante sottolineare la poca partecipazione dei rappresentanti dei lavoratori, e che lo spazio da loro lasciato "vuoto" potrebbe essere meglio utilizzato per coinvolgere maggiormente altri stakeholder in questo ambito, soggetti che, tuttavia, non operano nei contesti lavorativi e quindi potrebbero non avere le competenze necessarie. In tal senso, i lavoratori che hanno partecipato al nostro questionario hanno affermato di non essere supportati in maniera efficace dai sindacati e che spesso si sono rivolti a medici, esperti esterni o membri della famiglia, con i quali hanno mantenuto dei rapporti costanti durante il periodo di malattie e con i quali hanno interagito all'inizio della fase di ritorno all'attività lavorativa.

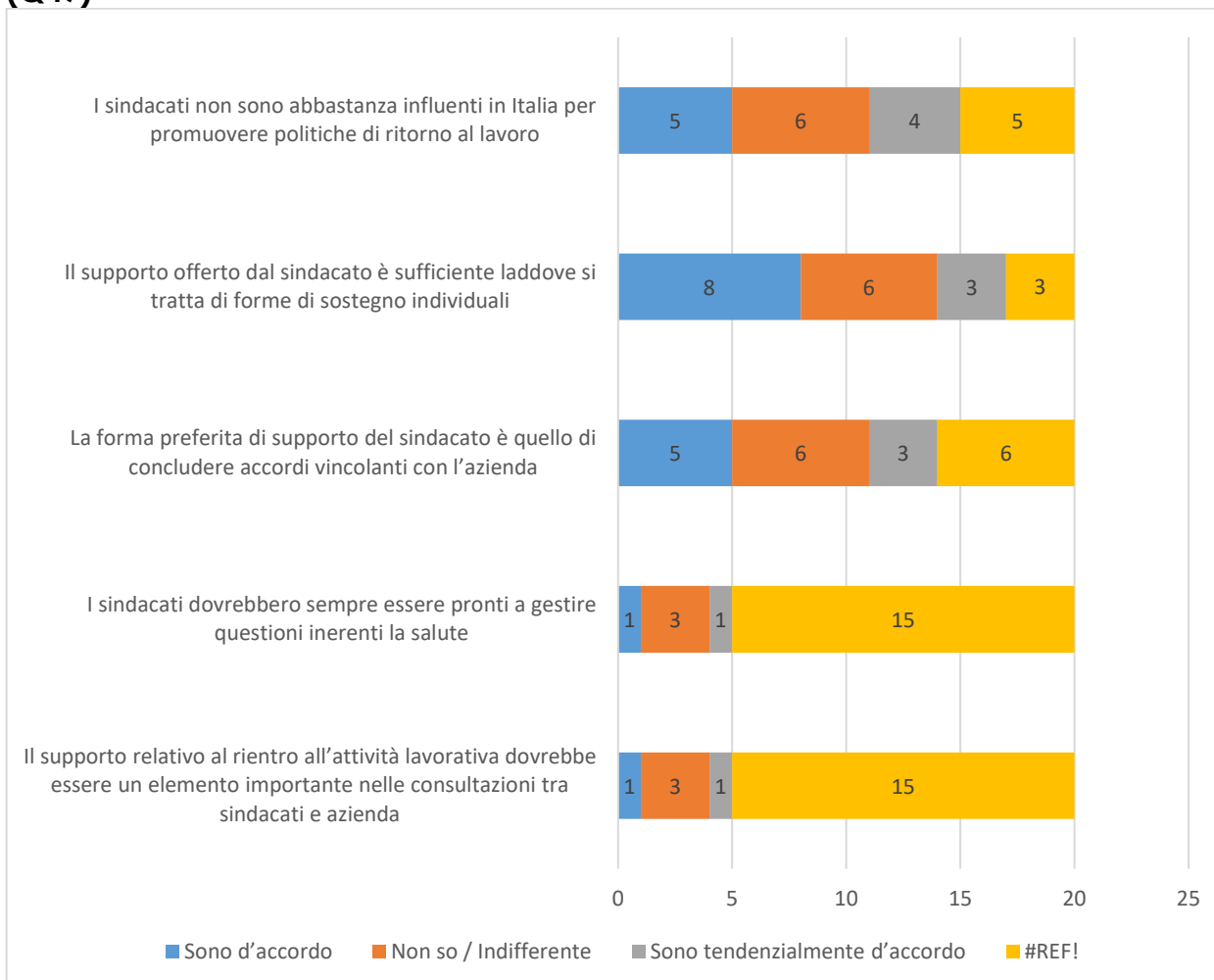
Questi dati dipingono un quadro desolante per i rappresentanti dei lavoratori in Italia, i quali spesso non riescono a supportare il lavoratore

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

affetto da malattie croniche durante l'assenza per malattia e il successivo periodo di inserimento, non svolgendo quindi a pieno il ruolo di sostegno per i lavoratori, prerogativa che viene quindi lasciata in capo a altri attori sociali. Questo stato di cose è ancora più allarmante in quanto le iniziative di ritorno al lavoro a seguito di una malattia cronica giocheranno un ruolo sempre più importante nei contesti lavorativi futuri in Italia. Di qui, l'urgenza di implementare azioni coordinate multi-stakeholder che, laddove presenti, si sono rivelate particolarmente efficaci. Fortunatamente, come emerge dall'indagine, molti lavoratori non hanno perso la speranza di ricevere un supporto più concreto da parte del sindacato in questo ambito. Nello specifico, ai rappresentanti dei lavoratori viene chiesto di gestire in maniera più attiva le questioni inerenti la salute (75%) e di concentrarsi sulle politiche di rientro al lavoro nell'ambito della contrattazione collettiva (75% , si veda Figura 9). È interessante altresì notare che solo per il 30% degli intervistati la contrattazione collettiva rappresenta attualmente lo strumento privilegiato attraverso cui i rappresentanti sindacali possono offrire loro supporto. Anche se non emerge chiaramente nel corso dell'indagine, è ragionevole pensare che i lavoratori apprezzerebbero la partecipazione dei propri rappresentanti a incontri regolari con manager, fornendo il proprio contributo su questi aspetti e supporto sia nei periodi di assenza dal lavoro, sia nella fase di reinserimento.

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

**Figura 9. L'opinione dei lavoratori in merito al ruolo dei sindacati e del loro confronto con l'azienda nel promuovere il ritorno all'attività lavorativa (Q49)**



Fonte: Elaborazione ADAPT su dati dell'indagine REWIR; numero di lavoratori intervistati: 25

### 5. Conclusioni

La ricerca, i dati e le informazioni descritte nelle sezioni precedenti sottolineano che la normativa italiana in merito alle malattie croniche e ai diritti dei lavoratori non supporta il ruolo delle relazioni industriali in questo ambito e che le parti sociali non sono ancora coinvolte come dovrebbero nel processo legislativo. Il quadro normativo relativo alle politiche di ritorno al lavoro a seguito di una malattia cronica è decisamente frammentato, di conseguenza gli attori che operano a livello locale (manager di linea, dipartimenti delle risorse umane, consulenti aziendali e rappresentanti sindacali) necessitano una conoscenza giuridica approfondita -che spesso manca- della normativa di riferimento e della sua applicazione. Inoltre,

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

sembra essere deficitario anche l'interesse verso queste problematiche, in quanto l'attenzione è rivolta ad aspetti più tradizionali.

Non c'è quindi da stupirsi se il ruolo della contrattazione collettiva in quest'ambito sia ancora limitato e che la stessa fornisca solo indicazioni di carattere generale. I contratti collettivi sottoscritti a livello nazionale dalle principali organizzazioni sindacali (CGIL, CILS e UIL) si concentrano sulla tutela del reddito e il mantenimento del posto di lavoro, sulla garanzia di una adeguata conciliazione vita-lavoro e sull'erogazione di servizi sanitari integrativi, anche grazie ai fondi sanitari. È anche utile sottolineare che una serie di differenze emergono in merito alla portata e la generosità di queste misure a livello settoriale, nonché in merito alla platea di beneficiari (lavoratori disabili, affetti da patologie gravi e croniche, malattie oncologico-degenerative o che necessitano di trattamenti salvavita ecc.). Nello specifico, l'AIMS ha posto l'attenzione sul fatto che ad oggi, nei diversi contratti collettivi, manchi una definizione precisa e condivisa delle categorie di lavoratori che dovrebbero beneficiare di iniziative inerenti al rientro al lavoro e altre forme di tutela (Osservatorio AISM, 2017). Questa criticità ha generato una certa confusione in termini di applicazione delle disposizioni, con il rischio di dare vita a situazioni di discriminazione tra le diverse aziende e settori produttivi. Inoltre, nel contesto di un sistema di relazioni industriali caratterizzato dal pluralismo sindacale e istituzionalismo normativo (Leonardi, 2017; Leonardi et al., 2017), il rischio è quello della sottoscrizione di contratti pirata o comunque contratti conclusi con organizzazioni diverse dai sindacati maggiormente rappresentativi (CGIL, CISL, UIL), contratti che forniscono tutele inferiori rispetto a quelle fin qui richiamate ai lavoratori affetti da malattie croniche (ADAPT, 2020, pp. 263-307).

Con riferimento alla contrattazione decentralizzata, i livelli locale e territoriale non sono particolarmente attivi in merito alle politiche di rientro all'attività lavorativa e la gestione di questi aspetti dipende dalla disponibilità dei singoli sindacati, manager o rappresentanti dei lavoratori. Di conseguenza, la contrattazione collettiva a livello aziendale che si occupa dei suddetti problemi ha tendenzialmente luogo in aziende strutturate di grandi dimensioni, soprattutto nel settore bancario, della produzione di energia e chimico-farmaceutico.

Come osservato a livello settoriale, le iniziative concordate a livello aziendale tendono a tutelare il lavoratore nel contesto del rapporto di lavoro, senza quindi supportarlo relativamente a possibili transizioni occupazionali. Al contrario, le politiche attive e i programmi di re-inserimento lavorativo realizzati a livello locale si muovono in questa direzione, anche grazie al contributo delle parti sociali a progetti e iniziative congiunte non sempre formalizzate nei contratti collettivi. Anche le aziende

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

e i rappresentanti dei lavoratori spesso collaborano per istituire iniziative che promuovono il ritorno al lavoro al di là della cornice normativa stabilita dai contratti collettivi. Di conseguenza, le iniziative a favore dei malati cronici sembrano essere gestite più che altro informalmente, soprattutto a livello decentralizzato. A livello aziendale, le iniziative di questo tipo sono portate avanti in maniera unilaterale da parte dei manager, al massimo in collaborazione con esperti esterni, mentre la collaborazione con i rappresentanti dei lavoratori è piuttosto rara. Questo stato di cose tende a marginalizzare i lavoratori per quanto riguarda le strategie di rientro all'attività lavorativa, il che spiega anche il punto di vista degli stessi relativamente alla valutazione del supporto ricevuto dalle aziende. Questa situazione spiega altresì la percezione negativa che i lavoratori hanno degli accomodamenti realizzati nei luoghi di lavoro per i lavoratori che rientrano a seguito di una assenza prolungata per malattia e del ruolo dei rappresentanti sindacali in queste dinamiche.

La mancanza di coordinamento che emerge a livello nazionale contribuisce ulteriormente alla informalità dei processi con cui vengono gestite le iniziative di ritorno all'attività lavorativa e delle azioni delle parti sociali. Le uniche eccezioni in tal senso sono rappresentate dai contratti collettivi sottoscritti nel settore bancario e chimico-farmaceutico che hanno previsto un rafforzamento del ruolo degli osservatori bilaterali per la promozione e il coordinamento di progetti congiunti a livello locale e di piani per la gestione della disabilità. Anche in questi casi, tuttavia, manca un sistema di monitoraggio che contribuisca alla valutazione dell'efficacia concreta delle misure suggerite.

Alla luce di queste considerazioni, è quindi auspicabile che la parti sociali operanti a livello nazionale promuovano il ruolo degli attori locali. Come dimostrato nella presente ricerca, è possibile ottenere risultati positivi laddove ci sia un reale coinvolgimento delle parti sociali con istituti di ricerca, associazioni dei pazienti, enti pubblici e altri stakeholder che operano in questo ambito. Gli sforzi dovrebbero essere quindi orientati a rafforzare la conoscenza della normativa esistente tra le parti sociali, la collaborazione tra i diversi attori coinvolti e il coordinamento tra i diversi livelli, promuovendo attivamente misure e iniziative che favoriscono il ritorno al lavoro dei lavoratori affetti da malattie croniche. Ciò può avere luogo anche beneficiando delle risorse messe a disposizione dal governo italiano<sup>57</sup>, addirittura provando a prevenire la situazione di emergenza, riorganizzando gli ambienti di lavoro per renderli più inclusivi e sostenibili e ripensando le nozioni di produttività, prestazione, completamento della

---

<sup>57</sup> Per esempio, secondo quanto stabilito dalla Legge di Bilancio 2019, le associazioni datoriali, i sindacati, gli enti bilaterali e le associazioni no-profit possono sottoporre all'INAIL progetti per formare datori di lavoro e lavoratori in merito al rientro all'attività lavorativa delle persone affette da disabilità, nonché richiedere fondi direttamente all'INAIL.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

mansione e sostenibilità del lavoro, al fine di adattarle meglio alla condizione dei lavoratori affetti da malattie croniche. Si tratta di un processo da definire urgentemente considerando che i lavoratori che si apprestano a rientrare al lavoro esprimono preoccupazione in merito al fatto di non riuscire a garantire gli stessi livelli di produttività e che molti manager che hanno partecipato alla indagine si aspettano che chi rientra al lavoro lo faccia assicurando le stesse prestazioni garantite nel periodo precedente alla malattia.

La gestione di queste problematiche e la garanzia di processi di inserimento al lavoro più gradualmente permetterebbe alle parti sociali di estendere la vita professionale dei lavoratori affetti da malattie croniche, anche in vista dell'invecchiamento della popolazione che sta generando non poche criticità ai sistemi sanitari e di welfare (Iodice, 2020), garantendo al contempo una maggiore sostenibilità e un approccio di crescita economico più incentrato sulle persone. Questo stato di cose potrebbe portare dei benefici anche alla nostra economia in generale e ai lavoratori, anche considerando i diversi cambiamenti e gli eventi (malattia, maternità, assistenza) che potenzialmente impattano sulle carriere e sui livelli di produttività nel corso della vita. Anche alla luce di queste osservazioni, è quanto mai opportuno segnalare la proposta dell'ISM di coinvolgere le parti sociali a livello settoriale per gestire le disparità nei livelli di tutela contenute nei diversi contratti collettivi ed estendere diritti e prerogative a categorie di lavoratori più ampie (Osservatorio ISM, 2017). L'effetto potenzialmente generalizzato da un approccio di questo tipo non deve tuttavia trascurare le specifiche caratteristiche di ciascuna patologia e i bisogni particolari dei malati cronici che hanno necessità di poter contare su iniziative di rientro all'attività lavorativa calibrate sulla propria condizione. Infine, sebbene i contratti collettivi forniscano tutele ai lavoratori prevalentemente nel contesto del rapporto di lavoro (in termini di tutela della reddito, dell'occupazione e della conciliazione vita-lavoro), maggiore attenzione andrebbe dedicata da parte delle parti sociali ai periodi di transizione (ad esempio periodi assenza da lavoro dovuta a cure e trattamenti sanitari e processi di transizione verso altre occupazioni) durante i quali il lavoratore necessita supporto esterno (che oggi è garantito prevalentemente da parenti, medici, colleghi e associazioni dei pazienti). Ed è proprio in un contesto caratterizzato da una diffusa condizione di vulnerabilità tipica delle società post-industriali <sup>58</sup> e

---

<sup>58</sup> Secondo Ranci (2002) le trasformazioni socioeconomiche delle società postindustriali (carriere precarie e più discontinue, network familiari e sociali fragili, istituzioni sociali spesso non reattive) hanno generato una condizione di vulnerabilità prolungata e frequente, che deriva dalla inclusione instabile degli individui nei principali canali di integrazione sociale e distribuzione delle risorse (es. lavoro, famiglia e sistemi di welfare), mettendo a repentaglio la loro autonomia e la capacità di auto-determinazione. Questa condizione necessita di un ripensamento degli attuali modelli di protezione sociale, che non dovrebbero essere fondati esclusivamente sul riconoscimento dei diritti ma anche sul rafforzamento delle abilità individuali.

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

considerando la prospettiva dei mercati del lavoro transizionali<sup>59</sup>, che sarà misurata la maturità e la capacità di innovazione degli attori istituzionali e delle relazioni industriali.

---

<sup>59</sup> Per "mercati transizionali del lavoro" si intende una nuova concezione del mercato del lavoro quale un sistema sociale e di lavoro aperto, essendo una categoria che contiene diversi status e condizioni per il lavoratore. Ciò è legato alle attuali trasformazioni del lavoro e la crescente frammentazione e discontinuità delle carriere lavorative. La questione è quindi in che modo fornire ai lavoratori gli strumenti per permettere loro di gestire e rendere fluide le transizioni occupazionali. In tale contesto, le posizioni di lavoro tradizionali, intese come un'occupazione fissa permanente, perdono la centralità mentre gli elementi quali la professionalità e l'occupabilità sono maggiormente rilevanti (Casano, 2018).



## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

### Bibliografia

ADAPT (2020), *VI Rapporto sulla contrattazione collettiva in Italia (2019)*, Adapt University Press.

ADAPT, UBI Banca (2019), *Welfare for people. Secondo rapporto su Il welfare occupazionale e aziendale in Italia*, Adapt University Press.

Bono, R. (2020), "La giurisprudenza nazionale a tutela del lavoratore disabile tra divieti di discriminazioni e obbligo di soluzioni ragionevoli", in Del Punta, R., Gottardi, D., Nunin, R., Tiraboschi, M. (eds.), *Salute e benessere dei lavoratori: profili giuslavoristici e di relazioni industriali*, ADAPT University Press, pp. 67-81.

Caprile, M., Sanz de Miguel, P., Rioboo Leston, I., Welz, C., Rodriguez Contreras, R. (2017), "Mapping varieties of industrial relations: Eurofound's analytical framework applied", Eurofound, Luxembourg, Publications Office of the European Union (<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/mapping-varieties-of-industrial-relations-eurofound-s-analytical-framework-applied>).

Casano, L. (2018), "Supporting Occupational Transitions in "The New Geography of Work": Limits and Possible Developments of the Italian Labour Market Reform", *E-Journal of International and Comparative Labour Studies*, Vol. 7, No. 1, pp. 1-19.

Colombo, S., Regalia, I. (2016), *Changing joint regulation and labour market policy in Italy during the crisis: On the edge of a paradigm shift?*, in *European Journal of Industrial Relations*, pp. 295-309.

Corral, A., Durán, J., Isusi, I., (2014), "Employment Opportunities for People with Chronic Diseases", Eurofound, Luxembourg, Publications Office of the European Union (<https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2014/employment-opportunities-for-people-with-chronic-diseases>).

CNEL (2019), *10° Report periodico dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti depositati nell'Archivio CNEL*.

European Commission (2012), "The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010-2060)", *European Economy*, n. 2, European Union ([https://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/ee-2012-2\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf)).

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

European Commission (2017), "Joint Statement on "Improving the employment of people with chronic diseases in Europe", Framing paper, [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/2017\\_chronic\\_framingdoc\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/policies/docs/2017_chronic_framingdoc_en.pdf)

FAVO – Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici (2019), "11° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici", Roma, (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9903144.pdf>).

Fernández Martínez, (2017), "L'evoluzione del concetto giuridico di disabilità: verso un'inclusione delle malattie croniche?", *Diritto delle Relazioni Industriali*, n. 1, pp. 74-97.

Iodice D. (eds.) (2020), *Intergenerational Divide and Employee Solidarity. Inclusive Bargaining as a Drive for Change in the Digital Era*, ADAPT University Press.

IRS – Istituto per la Ricerca Sociale (eds.) (2019), *Il collocamento mirato e le convenzioni ex-art. 14: Evidenze e riflessioni*.

Istat (2019), "Annuario statistico italiano 2019", (<https://www.istat.it/it/files//2019/12/C04.pdf>).

Kubo, J., Goldstein, B.A., Cantley, L.F., Tessier-Sherman, B., Galusha, D., Slade, M.D., Chu, I.M., Cullen, M.R., (2014), "Contribution of health status and prevalent chronic diseases to individual risk for workplace injury in the manufacturing environment", *iOccupational and Environmental Medicine*, pp. 159-166.

Leonardi, S. (2017), "Trade unions and collective bargaining in Italy during the crisis", in Lehndorff, S., Dribbush, H., Schulten, T. (eds.), *Rough waters – European trade unions in a time of crises*, ETUI, pp. 83-108.

Leonardi, S., Ambra, M. C., Ciarini, A. (2017), "Italian collective bargaining at a turning point", Working Paper CSDLE "Massimo D'Antona". INT, No. 139.

Locke, R. M. (1995), *Remaking the Italian economy*, Cornell University Press.

OECD (2009), "Sickness, Disability and Work Keeping on Track in the Economic Downturn, 2009", OECD Publishing (<http://www.oecd.org/employment/emp/42699911.pdf>).

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

OECD (2017), "Pensions at a glance", OECD Publishing ([https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2017\\_pension\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2017_pension_glance-2017-en)).

OECD (2019a), "Pensions at a glance", OECD Publishing, (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/b6d3dcfc-en.pdf?expires=1594636624&id=id&accname=guest&checksum=568CE69CBFBCFDBF7760D2646AA2A7AA>).

OECD (2019b), "Pensions at a glance. L'Italia a confronto", OECD Publishing, ([https://www.oecd.org/italy/PAG2019-ITA\\_it.pdf](https://www.oecd.org/italy/PAG2019-ITA_it.pdf)).

OECD (2019c), "Health at a Glance 2019 - OECD INDICATORS", OECD Publishing, (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1593417199&id=id&accname=guest&checksum=3DD754357610C69C02C68D1DD05500EB>).

OECD, "European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU", Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, OECD Publishing ([https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/italy-country-health-profile-2019\\_cef1e5cb-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/italy-country-health-profile-2019_cef1e5cb-en)).

OECD (2009), "Sickness, Disability and Work Keeping on Track in the Economic Downturn", OECD Publishing (<http://www.oecd.org/employment/emp/42699911.pdf>).

Osservatorio AISM Diritti e Servizi (2017), "Sclerosi multipla, gravi patologie, disabilità: Analisi della contrattazione collettiva nazionale" ([https://allegati.aism.it/manager/UploadFile/2/20171215\\_723.pdf](https://allegati.aism.it/manager/UploadFile/2/20171215_723.pdf))

Pollak, K. M. (2014), "Chronic Diseases and Individual Risk for Workplace Injury", *Occupational and Environmental Medicine*, pp. 155-166.

Ranci, C., (2002) "Fenomenologia della vulnerabilità sociale", *Rassegna Italiana di Sociologia*, No. 4, pp. 521-551.

Silvaggi, F., Eigenmann, M., Scaratti, C., Guastafierro, E., Toppo, C., Lindstrom, J., Rantala, E., Imaz-Iglesia, I., Barnfield, A., Maassen, A., Leonardi, M., (2020), "Employment and Chronic Diseases: Suggested Actions for The Implementation of Inclusive Policies for The Participation of People with Chronic Diseases in the Labour Market", *International Journal of Environment Research and Public Health*, No. 17

## Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7037802/#B4-ijerph-17-00820>).

Stefanovichj, S. (eds.) (2017), *Disability management, welfare e permessi solidali: Analisi di casi aziendali e contrattuali che affrontano la sfida della disabilità*, Edizioni Lavoro.

Tiraboschi, M. (2015), "The New Frontiers of Welfare Systems: The Employability, Employment and Protection of People with Chronic Diseases", *E-Journal of International and Comparative Labour Studies*, Vol. 4, n. 2.

Tomassetti, P. (2019), "Contrattazione collettiva, sostenibilità del lavoro e concorrenza nel mercato globale, oggi. Verso un nuovo contratto sociale?", in Rizzuto, G, Tomassetti, P. (eds.), *Il dumping contrattuale nel settore moda: Cause, conseguenze, rimedi*, Edizioni Lavoro, pp. 23-44.

Università Cattolica Sacro Cuore, Istituto di sanità pubblica - Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane (2019), "Rapporto Osservasalute 2019", (<https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2019>).

Vargas Llave O., Weber T., Vanderleyden J., (2019), "How to respond to chronic health problems in the workplace", Eurofound, Publications Office of the European Union.

Visser, J. (2009), "Europe's emergent multi-level system of industrial relations", FORMULA Working Papers, No. 10.

### Database e dataset

Istat, Database, <http://dati.istat.it/>

OECD Stat, <https://stats.oecd.org/>

### Fonti web

AIMAC (Associazione Italiana Malati di Cancro),  
<https://www.aimac.it/aimac-per-te/pro-job-risorse-impresa-lavoratori>

## **Configurare le politiche per il ritorno al lavoro: il ruolo delle relazioni industriali a livello nazionale e aziendale - Rapporto nazionale sull'Italia**

AIMS (Agenda of Multiple Sclerosis) 2020:

[https://www.aim.it/sites/default/files/Agenda\\_della\\_sclerosi\\_multipla\\_2020.pdf](https://www.aim.it/sites/default/files/Agenda_della_sclerosi_multipla_2020.pdf)

EMERGO (Esperienza Metodologia e Risorse Generano Opportunità),

<https://www.cittametropolitana.mi.it/export/sites/default/lavoro/pdf/emergo/Programmazione-emergo/Masterplan-Emergo-2019.pdf>

Fondazione Adecco, <https://fondazioneadecco.org>

Insieme per il lavoro, <http://www.insiemeperilavoro.it>

Istituto superiore di sanità, "Patologie Croniche riferite nella popolazione residente in ITALIA. PASSI 2015-2018 (18-69enni) e PASSI d'Argento 2016-2018 (ultra 65enni)",

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/passi/sars-cov-2-flussi-dati-confronto-passi-pda-patologie-croniche.pdf>

Know and believe, [www.knowandbe.live](http://www.knowandbe.live)

LILT (Lega Italiana Lotta Tumori),

<https://www.lilt.it/oldportal/page4bff.html?id=1229&area=995>

SIL (Servizi di Integrazione Lavorativa) service,

[http://bancadati.italialavoro.it/bdds/download?fileName=C\\_21\\_Strumento\\_3609\\_documenti\\_itemName\\_0\\_documento.pdf&uid=db767bd5-4134-4fa8-938a-f581631d20ae](http://bancadati.italialavoro.it/bdds/download?fileName=C_21_Strumento_3609_documenti_itemName_0_documento.pdf&uid=db767bd5-4134-4fa8-938a-f581631d20ae)

Sol.Co Città Aperta. <http://www.solcocittaaperta.it>