

Pubblicazione *on line* della Collana ADAPT

Newsletter in edizione speciale n.10 del 19 dicembre 2008

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

IN EVIDENZA

L'ipotesi di codice etico a tutela dei lavoratori affetti da patologia oncologica

pag. 8

Il Manifesto dei Diritti del Malato Oncologico presentato al Presidente Napolitano l'8 luglio 2008

pag. 5

PER SAPERNE DI PIÙ

Per maggiori approfondimenti si rinvia al sito della Scuola di Alta Formazione in Relazioni Industriali e di Lavoro di Adapt – Fondazione Marco Biagi www.fmb.unimore.it

Alla sezione Ricerche in corso è possibile consultare la documentazione relativa al progetto di ricerca

INDICE A-Z

Voce **Patologie oncologiche e lavoro**

Aggiornamenti e documentazione
a pag. 19

L'ipotesi di un codice etico per promuovere nuove misure a tutela dei lavoratori affetti da patologie oncologiche

a cura di Alessandra Servidori e Marina Bettoni

Gentili lettori, nel corso del 2008, Adapt, il Centro Studi Internazionali e Comparati Marco Biagi ed Europa Donna hanno sviluppato, nell'ambito di un progetto finanziato dalla Commissione Europea (Linea di finanziamento Relazioni industriali e dialogo sociale: Budget Heading 4.03.03.01, Industrial Relations And Social Dialogue, Call For Proposals 2007, VP/2007/001), varie attività e iniziative volte a promuovere attraverso il dialogo sociale e la contrattazione collettiva aziendale misure a tutela delle lavoratrici affette da patologie oncologiche. Nell'ambito del progetto è ora prevista la messa a punto di un **Codice di condotta** e di alcune Linee guida da presentare alla Commissione Europea. In questa fase il nostro obiettivo è quello di consultare un ampio numero di

esperti e professionisti, nell'area delle relazioni industriali e di lavoro ma anche lavoratori e persone sensibili a questo tema, per raccogliere contributi utili alla definizione del documento.

Con questo Dossier vi proponiamo gli interventi del Ministro Maurizio Sacconi e di Alessandra Servidori intervenuti al convegno tenutosi a Milano il 20 ottobre scorso.

Vi invitiamo alla lettura della ipotesi di codice etico (*a pag. 8*) e ad inviarci, insieme alle vostre riflessioni, informazioni su buone pratiche ed esperienze già avviate nel mondo del lavoro nell'ambito della sensibilità che si sta sviluppando intorno al delicato tema delle patologie oncologiche.

I vostri contributi potranno essere inviati all'indirizzo csmb@unimore.it.

ALL'INTERNO

Gli interventi al Seminario di studio Promuovere nuove misure a tutela dei lavoratori affetti da patologie oncologiche del Ministro Maurizio Sacconi e di Alessandra Servidori

da pag. 2

Panoramica comparata europea delle tutele per i lavoratori colpiti da patologie oncologiche

pag. 11

20 ottobre 2008

Milano - Palazzo Reale - Sala delle Otto Colonne

Seminario di studio

Promuovere nuove misure a tutela dei lavoratori affetti da patologie oncologiche

Intervento di apertura del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali Onorevole Maurizio Sacconi

Vi ringrazio, oltre che per avermi invitato, soprattutto per aver promosso questa iniziativa. Un ringraziamento che rivolgo all'Amministrazione comunale di Milano e all'amico Assessore Mascaretti, che conferma una linea sensibile del suo Assessorato e della sua Amministrazione per la più compiuta inclusione nel mercato del lavoro anche di coloro che sono più a rischio di esclusione, come lo sono i malati oncologici. Ringrazio ovviamente Adapt e il Centro Studi organizzato presso l'università di Modena e Reggio Emilia, che è stato a suo tempo fondato da Marco Biagi e la cui attività prosegue con Michele Tiraboschi, il professore che ne ha preso la cattedra e che, soprattutto, ne era il più stretto collaboratore; credo che l'amica Servidori sia qui anche come rappresentante della stessa Adapt. Ovviamente ringrazio la Fondazione Marco Biagi, la Fondazione che è stata fortemente voluta da Marina Biagi, la moglie di Marco, in quelle ore stesse in cui egli veniva proditoriamente assassinato e che il Governo italiano ha sostenuto con una legge e con la dotazione di una sede che oggi è una sede non solo efficiente, ma, soprattutto, viva di idee e iniziative, tra le quali anche quelle di cui

Proprio l'unicità della direzione politica sui temi del lavoro, della salute e dell'inclusione sociale ci consente di praticare politiche che abbiano come obiettivo i malati oncologici.

stiamo discutendo. Ringrazio, poi, Europa Donna e più in generale tutte le associazioni e gli enti. La mia amica dottoressa Ravaioli rappresenta la LILT, che è un robusto istituto pubblico/privato. Oltre a lei, ringrazio ancora tutto il mondo associativo, che è stato ed è un interlocutore primario per promuovere quanto più l'inclusione dei malati oncologici nel mercato del lavoro.

Io mi trovo nella doppia condizione di Ministro della salute e di Ministro del lavoro, della inclusione sociale e delle politiche sociali (o nella triplice veste) per poter guardare al problema, come è doveroso che sia, sotto tutti i punti di vista. Siamo tutti oggi, fortunatamente molto più di ieri, portati a una visione olistica del tema della salute; siamo portati a considerare la persona nella sua integralità; siamo portati, e lo facciamo con molta enfasi nel Libro Verde (che ha costituito base per una pubblica consultazione in corso), a pensare a un modello sociale che non intervenga soltanto in modo segmentato, nel momento in cui il bisogno si è formato, ma che vuole intervenire in tutto l'arco di vita della persona, dal concepimento alla morte naturale, in funzione del rafforzamento della sua autosufficienza direbbero

gli inglesi, in funzione dell'*empowerment* della persona stessa).

E questo vale non soltanto per costruire in futuro forme di invecchiamento più attivo, minori condizioni di bisogno (e soprattutto di bisogno acuto) grazie a una robusta attività di prevenzione, di assistenza primaria, di interventi che hanno lo scopo di rendere la persona più forte rispetto a tutto ciò che può costituire danno per la sua salute e per il suo benessere. Noi pensiamo (e questo è il senso di ciò che è contenuto nel Libro Verde) che in qualunque circostanza, anche nella peggiore, e in qualunque momento della vita, anche nella fase conclusiva del ciclo vitale, si debba o si possa fare di tutto per valorizzare il potenziale di una persona. Pensiamo che questo costituisca un modo, non soltanto un diritto, con il quale poi, contemporaneamente, dare più anni alla vita, insieme alla possibilità di dare più vita agli anni. Proprio l'unicità della direzione politica sui temi del lavoro, della salute e dell'inclusione sociale ci consente quindi di praticare politiche che abbiano questo obiettivo, in particolare - come oggi discutiamo - per i malati oncologici. Sono persone, sono molte di noi - io sono tra questi (per mia fortuna, pare per ragioni contenute) -, che hanno di fronte a sé, spesso, un'aspettativa di vita anche lunga, anche se segnata da problemi che mettono in discussione, almeno per una fase, la loro prestazione professionale quale era nel momento in cui il problema si è manifestato. Quindi possono avere dif-

ficoltà a svolgere mansioni più faticose, ma sono pronti e capaci di svolgerne altre, possono essere indotti a un dimensionamento o a un cambio di tipologia di lavoro, possono sopportare atteggiamenti pregiudiziali nel loro stesso luogo di lavoro. Eppure sono persone, per fortuna in modo crescente, ad alto tasso di probabilità di superamento di quella situazione, di cura con successo definitivo, che avvicina la loro aspettativa di vita a quella di una persona che non ha attraversato questo problema.

Io devo ringraziare il professore De Lorenzo perché, mentre redigevamo la Legge Biagi e poi il decreto delegato, venne a suggerirmi quel provvedimento che è stato non solo utile in sé, ma utile per l'effetto indotto più generale che ha prodotto cioè la possibilità per il malato oncologico di decidere unilateralmente il passaggio da un rapporto di lavoro a tempo pieno a un rapporto di lavoro a tempo parziale e, in un momento successivo, quando lo ritiene, *ad libitum*, la possibilità di ritornare a un rapporto di lavoro a tempo pieno. Successivamente questa disposizione (che, in quanto inserita nella Legge Biagi, si riferiva soltanto al mercato del lavoro privato) è stata allargata anche al lavoro pubblico. Ripeto, lo ringrazio perché con quella disposizione si è avviata un'attenzione più generale che adesso dalla legge si deve spostare ancor più ai contratti.

I contratti collettivi di lavoro sono la sede nella quale le parti liberamente e responsabilmente, individuano i modi con i quali adattare il rapporto di lavoro alle persone. Uno dei problemi che i contratti collettivi devono affrontare è quello del periodo di comporta, perché spesso il ciclo terapeutico, la fase critica, può essere superiore a quello che normalmente è individuato come periodo di comporta che, invece, quanto più deve essere, in presenza di ragioni di questo tipo, allungato. Credo che quella sede di flessibile adattamento reciproco fra impresa e lavoratori che è il contratto collettivo debba più diffusamente occuparsi di garantire comunque il permanere di un malato oncologico nel mercato del lavoro, evitando un'esclusione

precoce e frettolosa, che non corrisponde affatto alle potenzialità della persona.

Noi diciamo, con il titolo del Libro Verde, che "la vita buona si realizza nella società attiva". Noi ci riveliamo spesso, anche come indicatori complessivi, una società poco attiva: se guardiamo i tassi di natalità, occupazione, apprendimento, mobilità sociale, non c'è dubbio che la società attiva, che è quella che offre continue opportunità di inclusione, è quella nella quale la persona trova le ragioni per una vita buona.

Io quindi sono qui essenzialmente per salutare, con tutto il riconoscimento che merita, questa iniziativa e per dire che da quella disposizione inserita nelle Legge Biagi si è aperta – io penso –, una strada di impegno per le istituzioni e per le parti sociali che dobbiamo coltivare e che, – per parte mia –, mi impegno a coltivare ulteriormente. Non è che l'inizio per un percorso che dia a ciascuna persona e a tutte le persone continue opportunità di essere utili a sé e agli altri in qualunque condizione esse si trovino.

Grazie.

Grazie Ministro Sacconi. Siamo nella settimana conclusiva della consultazione del Libro Verde. Ci può anticipare qualche impressione?

È vero che è la settimana conclusiva, però ci sono molte iniziative in corso che mi fanno molto piacere. Sono stato anche invitato da fondazioni vicine all'opposizione politica – la Fondazione Italianeuropei; l'AREL, centro di ricerca fondato da Beniamino Andreatta e oggi diretto da Enrico Letta – per discuterne. So che molte associazioni di categoria hanno in corso la predisposizione di osservazioni al Libro Verde e quindi c'è un'intensi-

ficazione che, come spesso accade in Italia, si realizza nella fase conclusiva e sarà perciò consentita una proroga. Noi avevamo disposto tre mesi, ma in mezzo c'era

pure agosto, avendo presentato il Libro Verde alla fine di luglio. L'obiettivo è quello di produrre non immediatamente un programma di Governo, cioè un pacchetto di iniziative di transizione dal vecchio al nuovo modello sociale. L'obiettivo è quello di arrivare ad un *Libro Bianco* che sia il più possibile condiviso, perché il modello sociale è parte della costituzione materiale

di un Paese, non è patrimonio solo (almeno nella dimensione dei valori e della visione che devono caratterizzarlo) di una contingente maggioranza politica. È importante che il nuovo modello sociale sia quanto più largamente condiviso. Poi le parti, le istituzioni, lo Stato, le Regioni, la maggioranza e l'opposizione parlamentare e le parti sociali tra di loro e con il Governo potranno porsi in termini dialettici sul modo con cui costruire quel nuovo modello.

Quindi, finita la consultazione, mi auguro che con tempestività (entro l'anno o poco oltre) produrremo questo *Libro Bianco*, che sarà un progetto compiuto di nuovo modello, un progetto che, non a caso, per esempio, contiene anche i temi che oggi discutete, come quello dello spazio da riconoscere alla riabilitazione, alla cure palliative del dolore. Vuole essere tutto ciò il risultato di una profonda riconversione del nostro modello socio-sanitario-assistenziale, quale in parte nelle aree del Nord si è già prodotto e quale, invece, nelle aree del Centro-Sud sostanzialmente non c'è o quasi. Io vengo da una Provincia nella quale un malato oncologico, anche in fase terminale, ha una fortissima protezione, perfino di tipo domiciliare,

La Legge Biagi contiene quel provvedimento che è utile per l'effetto indotto più generale che produce: la possibilità per il malato oncologico di decidere il passaggio da un rapporto di lavoro a tempo pieno a un rapporto di lavoro a tempo parziale e successivamente quando lo ritiene la possibilità di ritornare a un rapporto di lavoro a tempo pieno.

che gli consente di rimanere nell'ambito nel quale è vissuto. Non è così in buona parte del Paese, in tutta quella parte del Paese in cui rimane un assetto di tipo ospedale-centrico, cioè un assetto vecchio, fondato ancora su troppi ospedali generalisti e marginali, dove è evidente che non si sono invece diffusi i servizi territoriali, quei servizi che danno valore alla famiglia, al volontariato, ma anche all'assistenza primaria, alla farmacia come strumento di comunità e magari di erogazione di terapie del dolore a domicilio, ecc. Non è un'operazione astratta quella che stiamo conducendo, ma è un'operazione di visione che do-

vrebbe aiutare l'attraversamento del guado, anche perché siamo società insicure, rese insicure dalla costrizione in base alla quale attraversiamo il guado e abbandoniamo la sponda sulla quale siamo a lungo vissuti perché franante. Ma talora abbiamo paura di attraversare questo guado. Io lo vivo ogni giorno nel tentativo, nelle Regioni impegnate nei piani di rientro, per esempio, di chiudere gli ospedali generalisti marginali. Io credo che sia ora di chiudere un ospedale in Calabria di venti posti letto. Dovrebbe essere ora di chiuderlo! Dobbiamo togliere alla gente l'illusione che quello sia un centro di servizio effettivo: non lo è, è

pericolosissimo! Lo è per ragioni strutturali, al di là della buona fede e della buona professionalità delle persone che ci lavorano. Ma per trasformare e per chiudere cose obsolete, bisogna dare l'indicazione, la prospettiva di ciò che al posto di quelle strutture obsolete vogliamo realizzare.

Qui rientrano anche - ripeto - i discorsi odierni che penso farete anche con riferimento a un ciclo di protezione del malato oncologico, che va oltre la fase acuta e che include la riabilitazione, l'inclusione nel mercato del lavoro, ecc. Grazie.

Intervento di Alessandra Servidori Adapt - Fondazione Marco Biagi

Grazie, buongiorno.

Grazie infinite al Ministro Maurizio Sacconi che ci onora della sua presenza.

Questo di oggi è un lavoro che viene da lontano, iniziato l'anno scorso e che ha visto in prima fila una partnership, una cordata, estremamente impegnata a portare dei risultati in dote alla Comunità Europea. In prima fila con Adapt, Fondazione Marco Biagi, Comune di Milano, LILT e AIRC, qui rappresentato dal professor De Lorenzo, che ho avuto il piacere di incontrare durante questo cammino assolutamente appassionante. Si lavora su strade parallele, e quando si lavora per la giusta causa si è sempre destinati a ritrovarsi. Tant'è che alcuni obiettivi li stiamo appunto perseguendo con grande tenacia, perché il valore dell'associazionismo, il valore della sussidiarietà, il valore dell'integrazione, il valore della

Dobbiamo considerare che noi abbiamo lavorato con un occhio puntato sull'Italia - il nostro bel Paese - e un occhio puntato all'Europa, perché siamo in un Paese che riesce a dare nel contesto europeo dei contributi fondamentali

squadra saranno la nostra forza per combattere e anche - perché no - ribaltare quell'idea, quella struttura di stato sociale che per troppo tempo non ha saputo dare risposte ad alcune criticità, ad alcuni cambiamenti che la società ha visto e su cui il sistema di protezione sociale in quanto tale ha faticato, andando in affanno. Ecco perché il Libro Verde del Ministro Sacconi per noi rappresenta la bussola, il punto di riferimento. Noi abbiamo incominciato l'anno scorso, con il professor Tiraboschi e con la professoressa Biagi (la quale mi prega di portare il suo saluto insieme a quello del professor Tiraboschi), oggi entrambi impegnati a portare avanti il proprio lavoro, nelle sedi universitarie e nella sede della Fondazione Biagi. Nel salutarci con gli amici consulenti del lavoro, agli amici giuristi e coloro che oggi intervengono e che ci porteranno

in dote un contributo ci siamo detti: «Ciascuno di noi deve fare la propria parte, ciascuno di noi può portare un tassello fondamentale al nostro progetto in costruzione». Ringrazio Rosanna Santonocito. Anche *Il Sole 24 Ore*, che ci ha ospitato, perché è stato uno dei primi a sottoscrivere il *Manifesto dei Diritti del Malato Oncologico*, che abbiamo portato in dote al Presidente Napolitano esattamente l'8 luglio scorso. Il nostro lavoro è stato accettato ed accolto dal Presidente con grande entusiasmo, grande passione, grande rigore e grande impegno. Noi, appunto, ritroviamo nei 7 punti che abbiamo declinato nel *Manifesto dei Diritti del Malato Oncologico* alcuni aspetti che già il Ministro ha enunciato nella sua introduzione ai nostri lavori.

Dobbiamo considerare che noi abbiamo lavorato con un occhio puntato sull'Italia - il nostro bel Paese - e un occhio puntato all'Europa, perché non solo siamo in una città europea - Milano - ma siamo in un Paese che riesce a dare nel contesto europeo dei contributi fondamentali. In questo periodo la Comunità Europea sta sviluppando una serie di direttive proprio sulla conciliazione, sulla discriminazio-

ne, su una serie di temi che ci vedranno impegnati a sviluppare quello che è il processo riformatore messo in atto negli ultimi provvedimenti già declinati dal Ministro: uno per tutti il Libro Unico del Lavoro, a cui la maggior parte dei presenti in sala è assolutamente interessata perché si tratta di una semplificazione di quella che è l'architettura barocca di questo nostro sistema lavoristico, già notevolmente migliorato dalla recente legislazione in materia inaugurata dalla Legge Biagi ed ora in pieno sviluppo. Questi sono provvedimenti che il Governo ed il Ministro Sacconi stanno portando

avanti con grande tenacia e sono tutti coniugati, strettamente correlati alla tematica che oggi in questa sede noi presentiamo. Perché è importante la dimensione Comunitaria del nostro impegno: perché con la Risoluzione del 10 aprile 2008 sulla lotta al cancro - stiamo parlando di pochi mesi fa - nell'Unione Europea allargata, il Parlamento Europeo ha formulato un esplicito invito alla Commissione a «intervenire ove necessario con misure legislative e a incoraggiare e sostenere iniziative atte a coinvolgere una vasta gamma di soggetti al fine di prevenire il cancro attraverso la riduzione dell'esposi-

zione professionale e ambientale agli agenti cancerogeni e altre sostanze che contribuiscono allo sviluppo del cancro e la promozione di stili di vita e di lavoro sani». Lavoro sano! Diceva l'Assessore Mascaretti: è importante quando parliamo di *responsabilità sociale dell'impresa* avere dei criteri di riferimento, cioè degli strumenti operativi per raggiungere gli stili di vita e la responsabilità dell'impresa che si fa carico di un percorso di coinvolgimento della comunità. La comunità attenta, l'azienda come comunità dove è al centro dell'attenzione la risorsa umana. È il nucleo di quello che può essere il

Il Manifesto dei Diritti del Malato Oncologico presentato al Presidente Napolitano l'8 luglio 2008



MANIFESTO PER I DIRITTI DEL MALATO ONCOLOGICO

La disciplina della tutela giuridica del lavoratore affetto da patologie oncologiche: prospettive di riforma della legislazione nazionale e della contrattazione collettiva nel rispetto del principio di uguaglianza e della salvaguardia del diritto fondamentale alla salute.

PREMESSA

In Italia sono molte le persone che convivono con il cancro: statistiche ufficiali offrono dati incompleti sulla percentuale di lavoratori e lavoratrici costretti a dimettersi (o a subire un "allontanamento" forzato) in seguito alla diagnosi di cancro, e le testimonianze evidenziano che una delle problematiche emergenti riguarda proprio il loro lavoro. Le persone ammalate hanno una diffusa esigenza di maggiore informazione sui loro diritti e doveri quando si assentano dal lavoro o per interventi chirurgici e successive terapie (radioterapia e chemioterapia), o per lo stato di depressione che spesso le coglie collaterale a questa patologia. L'assenza dal lavoro e il successivo rientro pongono vari e complessi problemi di ordine giuridico: superamento dei giorni del comportamento; difficoltà a svolgere mansioni faticose e quindi demansionamento o cambio di tipologia di lavoro; un atteggiamento pregiudiziale del datore di lavoro nei confronti della persona ammalata che in alcuni casi porta al recesso del rapporto di lavoro. La legislazione operante in materia è utile ma non sufficiente: diventano dunque fondamentali tutte quelle iniziative istituzionali, sindacali e associative finalizzate a garantire, anche in sede contrattuale e collettiva, l'esercizio della tutela legislativa, psicologica, relazionale, fisiologica. Iniziative correlate alla condizione della persona che lavora durante la malattia o dopo la guarigione, e che contemporaneamente promuovono la sensibilizzazione dei datori di lavoro e della stessa comunità.

La Legge Biagi, decreto legislativo 276/2003, con l'art. 46 ha modificato la disciplina sul part-time, introducendo per la prima volta nel nostro Paese il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale per i lavoratori malati di cancro.

Recentemente la legge 274/2007, art. 44, ha esteso tale norma anche ai lavoratori pubblici portatori di patologie oncologiche sanando un vulnus nei loro confronti, finora esclusi poiché la Legge Biagi non era stata sottoscritta dall'ARAN. Egualmente la norma attribuisce al lavoratore pubblico e privato il diritto di tornare a lavorare a tempo pieno, qualora lo richieda.

Tale disposizione è finalizzata alla riduzione della prestazione lavorativa per venire incontro alle esigenze del malato. È opportuno ricordare che il lavoratore, qualora non abbia l'esigenza di ricorrere al part-time, potrà, comunque, chiedere al datore di lavoro di essere adibito a mansioni compatibili con il proprio stato di salute e con la residua capacità lavorativa, qualora questo sia consentito dall'organizzazione dell'impresa. È inutile sottolineare che, allo stato attuale, a meno di una specifica previsione contrattuale, l'assegnazione alla diversa mansione non costituisce un diritto del lavoratore con ridotta capacità lavorativa a causa della malattia. Ancora insufficienti sono in ogni caso le tutele collettive, posto che del problema non v'è traccia nelle piattaforme sindacali e, tantomeno, negli accordi collettivi che solo recentemente (vedi settore turismo) si sono occupati della traduzione in pratica degli astratti principi di legge.

PROMOTORE

Promotore del manifesto è la LILT - Lega Italiana per la lotta ai tumori con la sua specifica Commissione coordinata da Alessandra Servidori, in collaborazione con la Fondazione Marco Biagi, Adapt ed Europa Donna.

In particolare per LILT hanno collaborato tutte le 103 sezioni provinciali che hanno partecipato all'organizzazione degli stati generali dei malati di tumori nelle sue diverse edizioni portando al centro della questione il tema dei diritti del malato e dei loro familiari.

Adapt, Europa Donna e LILT sono peraltro impegnate in un progetto internazionale di ricerca, finanziato dalla Commissione Europea, volto a reperire nella esperienza di altri Paesi buone pratiche da diffondere attraverso la contrattazione collettiva e le relazioni industriali.

OBIETTIVI

Ampliare ed estendere nella contrattazione collettiva in tutti i settori e comparti pubblici le tutele per il lavoratore/trice affetto da malattia oncologica con particolare riguardo a:

- l'ampliamento del periodo di comportamento e il mantenimento del posto di lavoro;
- l'assegnazione agevolata di particolari tipologie contrattuali a orario ridotto, modulato e flessibile;
- la promozione di iniziative per il reinserimento nel posto di lavoro.

IL MANIFESTO

L'IMPEGNO DI TUTTE LE PERSONE CHE SOTTOSCRIVERANNO QUESTO MANIFESTO ANDRÀ DUNQUE IN QUESTA DIREZIONE:

1. Prevedere una gestione del rapporto di lavoro che permetta al malato di sottoporsi alla terapia, favorendo un'adeguata articolazione dell'orario di lavoro e quindi una modifica dell'organizzazione aziendale, per particolari esigenze di soggetti sottoposti a terapie o follow-up clinico strumentali;
2. Assegnazione di mansioni più compatibili con l'eventuale riduzione della capacità lavorativa, anche in deroga a eventuali divieti stabiliti in materia di legislazione di lavoro;
3. Il periodo di comportamento nei casi di patologie di natura oncologica di rilevante gravità, ictus o sclerosi multipla gravemente invalidanti, trapianti di organi vitali ed AIDS conclamato sia aumentato per i lavoratori in funzione all'anzianità di servizio;
4. Periodi di degenza ospedaliera, giornate di day hospital usufruite per la somministrazione di terapie salvavita (chemioterapia o l'emodialisi) non computati al fine della conservazione del posto;
5. Riconsiderare il trattamento economico relativo al periodo di comportamento. In relazione al trattamento economico nel periodo di comportamento si deve rilevare che nella maggior parte dei contratti collettivi la retribuzione per un primo periodo (di durata variabile nei singoli contratti, anche in dipendenza dell'anzianità di servizio) resta intera per ridursi di solito al 50%;
6. Prevedere la possibilità per il lavoratore di poter richiedere la concessione di un ulteriore periodo di aspettative;
7. Prevedere che, superato il periodo di conservazione del posto, il dipendente, riconosciuto idoneo al lavoro, ma non allo svolgimento delle mansioni corrispondenti al proprio profilo professionale, possa essere utilizzato in mansioni equivalenti nell'ambito della stessa categoria.



diramarsi di una serie di iniziative di tipo legislativo, di buone prassi che possono aiutare coloro che sono meno fortunati di noi. Diceva l'Assessore alla Salute: «anche i diversamente abili». Nella disabilità, nell'invalidità, nella non autosufficienza, l'Assessore richiama non solo problemi legati alla malattia oncologica, ma altre forme di difficoltà. Perché nella nostra vita non tutto va sempre come pensiamo. Per cui si può essere permanentemente o momentaneamente disabili o ci si deve fare carico in famiglia di una persona disabile. Quindi non abbiamo solo il problema dell'oncologia che colpisce in modo diretto la persona: molti di noi hanno incontrato la malattia, l'hanno combattuta. Molti di noi ne sono usciti. Molti di noi hanno perso persone, curandole e accompagnandole sino alla fine. C'è anche il problema della famiglia e di chi, lavoratore o lavoratrice, ha in carico la persona malata. Una serie di situazioni, criticità, problematiche, sulle quali

Abbiamo predisposto una strada verso il Parlamento Europeo per redigere una vera e propria Carta dei Diritti sui luoghi di lavoro, in una prospettiva in cui ci sia una protezione dei lavoratori/pazienti in base alla quale le imprese sarebbero tenute a permettere ai pazienti di continuare a lavorare

l'azienda, il mondo del lavoro, il mercato del lavoro e il sistema si stanno interrogando.

Noi abbiamo predisposto una strada verso il Parlamento Europeo per redigere una vera e propria Carta dei Diritti sui luoghi di lavoro, in una prospettiva in cui ci sia una protezione dei lavoratori/pazienti affetti da tumore o da malattie croniche, in base alla quale le imprese sarebbero tenute a permettere ai pazienti di continuare a lavorare durante la terapia e a favorire il loro rientro in servizio. È stato un utilissimo incontro anche con la Roche, una delle aziende farmaceutiche che non produce solo medicinali, ma si è assunta la responsabilità di indagare sul luogo di lavoro, all'interno dei propri dipendenti, come la questione della malattia viene vissuta, se si conoscono, appunto, le norme, come si possono applicare, anche in un sistema di concertazione tra le *parti sociali*. Finalmente diamo anche un senso a questa mitica parola e a questo metodo

che comporta un confronto e un dialogo tra le parti coinvolte mirato al raggiungimento di un obiettivo condiviso. Ci siamo posti il traguardo in funzione della durata variabile e intermittente del periodo di assenza del lavoro, perché non per sempre, se siamo fortunati, abbiamo il problema di come convivere con la malattia e il desiderio di continuare a lavorare. Abbiamo problemi nell'affrontare la malattia di bisogno di momenti di flessibilità nell'organizzazione del lavoro per sottoporci alla terapia. Poi c'è il rientro sul luogo di lavoro. La speranza di vita e una comunità accogliente ci agevolano naturalmente e ci aiutano. Questa è la concretizzazione di una responsabilità sociale dell'impresa che parte da Milano. Ecco perché attraverso una Carta dei Diritti occorre prevedere in capo ai lavoratori affetti da patologie oncologiche per i quali rimanga una ridotta capacità lavorativa – anche a causa degli effetti invalidanti delle terapie salva vita – il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in lavoro a tempo parziale, verticale o orizzontale (le tipologie sono varie), un diritto che sarà ancora più effettivo se al termine della malattia il rapporto di lavoro a tempo parziale potrà poi essere trasformato nuovamente in rap-

Diritto delle Relazioni Industriali



Il fascicolo n. 3 della Rivista *Diritto delle Relazioni Industriali*, di prossima pubblicazione, riserva la sezione *Ricerche*, nella parte di dibattito Dottrinale, al tema *“Lavoro decente” e valorizzazione del capitale umano*, con i contributi di MANFRED WEISS e JOHANN MAREE sul contesto africano e dei Paesi in via di sviluppo e la riflessione di IACOPO SENATORI e MICHELE TIRABOSCHI specificatamente dedicata a *La sfida della occupazione giovanile nel mercato globale tra produttività del lavoro e investimento in capitale umano*. Sullo stesso fascicolo è ospitata anche una sezione *Ricerche* su *Problemi e prospettive del lavoro pubblico*, con interventi di FRANCESCO VERBARO, ANNA TROJSI e ARMANDO TURSI, e la sezione *Relazioni industriali e Risorse umane* con il confronto tra RICHARD HYMAN e JACQUES ROJOT sul metodo e le prospettive della comparazione nello studio delle relazioni industriali.

Come di consueto la Rivista è arricchita dagli *Osservatori di giurisprudenza italiana, legislazione prassi e contrattazione collettiva, giurisprudenza e politiche comunitarie, internazionale e comparato*.

In particolare, l'Osservatorio sull'attualità legislativa del fascicolo ospita commenti e contributi sulle recenti riforme introdotte dal d.l. n. 112, convertito con legge n. 133/2008; tra questi si segnala il commento di GIAMPIERO FALASCA sulle disposizioni in tema di lavoro a termine. Sempre sul lavoro a termine ROBERTO COSIO commenta, nell'*Osservatorio di giurisprudenza e politiche comunitarie*, la sentenza *Impact* (C. Giust. 15 aprile 2008 in causa C-268/06).

Per la sottoscrizione dell'abbonamento si prega di contattare l'editore allo 02/38089200, oppure scrivere una mail all'indirizzo: vendite@giuffre.it.

È previsto uno sconto del 10% per: Soci AISRI, Soci ADAPT, Soci AIDP, Soci GIDP, Iscritti al Bollettino ADAPT.

porto di lavoro a tempo pieno, ovviamente a richiesta del lavoratore quando il suo stato di salute lo renderà possibile.

Saluto l'amica che è lì in prima fila e che è arrivata, appunto, dai Paesi del freddo, Arja Leppänen. Solo tre mesi fa eravamo a Brussels per un convegno con gli altri nostri partner europei del progetto.

Avremo anche al nostro fianco le organizzazioni sindacali, perché - come diceva il Ministro - è importante cercare nel momento in cui rinnoviamo i contratti collettivi nazionali, ma anche esploriamo a livello di contrattazione decentrata, situazioni nelle quali, di fronte a una disponibilità di reciprocità di modificare alcune organizzazioni di lavoro aziendali, si possa anche prevedere integrazioni e miglioramenti di buone prassi. Ma questo, appunto, viene delegato al rinnovo dei contratti nazionali, a modifiche - magari anche significative - dei periodi di comparto.

Vogliamo realizzare in futuro attività formative, di apprendimento e informative da sviluppare a moduli, volte a coinvolgere gli attori del sistema delle relazioni industriali nella gestione del problema della tutela delle lavoratrici e dei lavoratori. Abbiamo già in programma alcuni appuntamenti. Uno per tutti: la prossima settimana Confindustria di Vicenza ci ha chiesto di partecipare a un seminario per capire, concretamente come sviluppare il progetto sui luoghi di lavoro. Cominciamo già a lavorare, "seminare" proprio con le parti sociali, soprattutto con attività di promozione di protocolli di intesa per sviluppare, anche in un sistema di bilateralità, i servizi e le prestazioni integrative di supporto al lavoratore malato oncologico. Anche con ipotesi di assistenza sanitaria integrativa e sviluppo di presidi sanitari quale per esempio la dotazione di parrucche. Non molto tempo fa confrontandomi con la Regione Toscana sono venuta a conoscenza che ha messo tra le sue priorità, come presidio in dotazione, la parrucca per chi è sottoposto a terapia oncologica. Sono alcune delle questioni che stiamo affrontando, per dirvi quanta scientificità e quanta attenzione, poi, bisognerà condivi-

dere per avere la forza di portare avanti un sistema di tutela, ma anche di reciprocità. Come dicevo prima - con grande soddisfazione - alla fine di questo percorso noi ci daremo un po' più di tempo naturalmente per il Libro Verde conclusivo contenente, tra le altre, una bozza di possibile proposta di articolato normativo.

Sappiamo che siamo pervasi da ambizione, ma siamo convinti che una cordata così autorevole, così determinata e così assolutamente decisa a portare in dote all'Unione Europea un modello di relazione, di partecipazione, di condivisione

che nasce anche dal progetto riformatore del Governo in carica, non potrà altro che rappresentare per il nostro Paese un elemento di grande concretezza e soddisfazione. Qui a Milano verrà l'Europa fra poco. Tra pochi mesi avremo l'Expo e avremo anche questo modello, che sperimenteremo insieme a tutti coloro che ci vorranno seguire e aiutare. Ognuno di noi operi il suo ruolo, faccia la sua parte e sicuramente l'obiettivo verrà raggiunto.

Produttività, investimento nel capitale umano e occupazione giovanile

Dinamiche comparate e risposte globali

VII Convegno Internazionale in ricordo del Professor Marco Biagi

Modena, 19-21 marzo 2009

In una prospettiva internazionale e comparata l'accesso dei giovani al mercato del lavoro è una questione complessa con profili contraddittori che rispecchia il livello di sviluppo del diritto del lavoro e delle relazioni industriali nei singoli Stati. Nei Paesi avanzati si riscontra un innalzamento dell'età di accesso al mercato del lavoro da parte dei giovani, che apre problematiche di carattere economico e sociale. L'incremento nel tasso di istruzione raggiunto è associato in alcuni casi alla preoccupante crescita del tasso di disoccupazione tra soggetti con elevato livello di istruzione, mentre le aziende ricercano sempre più lavoratori disposti a lavorare per posizioni semi o poco qualificate. Mentre i Paesi in via di sviluppo sono caratterizzati da un livello di sviluppo differente, che ricorda i primi passi del diritto del lavoro moderno, con sfruttamento dei numerosi lavoratori giovani e bambini che emigrano nei Paesi più sviluppati, accrescendo il rischio di impoverire il capitale umano nel Paese di origine.

Il settimo convegno in ricordo del professor Marco Biagi è dedicato alla sfida del lavoro giovanile e mira ad una migliore comprensione delle tematiche ad esso correlate, attraverso un'analisi interdisciplinare e comparata.

La **Scuola di Alta formazione in Relazioni Industriali e di Lavoro** di **ADAPT** e della **Fondazione Marco Biagi** invita docenti, ricercatori, dottorandi, esperti ed operatori delle discipline lavoristiche (diritto, economia, organizzazione e gestione delle risorse umane) a presentare contributi che sviluppino riflessioni su casi di studio afferenti alle proprie realtà nazionali ovvero agli sviluppi sul piano internazionale e comparato, con riferimento al problema del lavoro giovanile ed al suo intreccio con i temi della produttività del lavoro e dell'investimento in capitale umano.

Per informazioni, moduli di registrazione e scadenze consultare il sito www.fmb.unimore.it.

PROMUOVERE NUOVE MISURE a tutela dei lavoratori affetti da patologie oncologiche

ADAPT



L'ipotesi di codice etico

Il progetto *Promuovere attraverso il dialogo sociale e la contrattazione collettiva aziendale nuove misure a tutela delle lavoratrici affette da patologie oncologiche*¹ ha sviluppato durante il 2008 varie attività volte a favorire azioni di sensibilizzazione ed informazione del management e delle risorse umane aziendali: l'obiettivo di queste azioni è stato soprattutto quello di incoraggiare lo sviluppo di strategie solidali nelle aziende, con particolare attenzione alle lavoratrici affette da patologie oncologiche.

La finalità principale del progetto è la definizione di un'ipotesi di un codice etico di condotta ed una ipotesi di protocollo di intesa tra le parti sociali per facilitare le persone affette da patologie oncologiche, con particolare riferimento alle donne affette da tumore al seno, nella scelta di continuare e/o riprendere l'attività lavorativa, anche mediante formule contrattuali a orario ridotto, modulato o flessibile, e la possibilità di avere prospettive di carriera. L'ipotesi di codice etico di condotta potrà contenere indicazioni sulle attività, sui comportamenti, sulle strategie da porre in essere sia in fase preventiva - attraverso la disponibilità di tempo per poter effettuare visite specialistiche ed esami per prevenire l'insorgere di malattie oncologiche - sia nella fase in cui insorge la malattia.

Nell'ambito delle attività sperimentali del progetto, abbiamo previsto la divulgazione del codice etico di condotta attraverso il coinvolgimento del nostro network di colleghi, soci, collaboratori. Il nostro obiettivo infatti è quello di **consultare un ampio numero di esperti e professionisti**, di diversificata esperienza, per **raccogliere contributi utili alla definizione di un documento condiviso** da inviare a fine gennaio 2009 alla Commissione Europea. Il documento conterrà indicazioni sulle strategie da porre in essere nelle aziende che si trovano ad affrontare, insieme ai propri dipendenti, il problema della malattia oncologica.

Lo strumento privilegiato da noi scelto come riferimento per la predisposizione del codice etico è la Risoluzione del Parlamento Europeo del 10 aprile 2008, intitolata *Lotta al cancro in una Unione europea allargata*², che, al punto 35, «invita la Commissione a redigere una carta per la protezione sul luogo di lavoro dei pazienti affetti da tumore e delle persone affette da malattie croniche, in base alla quale le imprese sarebbero tenute a permettere ai pazienti di continuare a lavorare durante la terapia e a favorire il loro rientro in servizio».

Questa nostra iniziativa verrà diffusa sia in Italia sia nei Paesi maggiormente coinvolti nelle varie attività del progetto quali Svezia, Olanda e Francia, nella speranza che si trasmetta al più esteso numero di interlocutori.

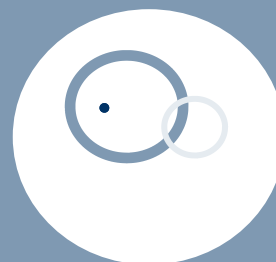
Vogliamo raccogliere il maggior numero riflessioni, commenti, esperienze partendo proprio dalla rete di Adapt, che sempre si è mostrata sensibile alle tematiche proposte, e dai Forum di Europa Donna.

¹ Progetto cofinanziato dall'Unione Europea, Linea di finanziamento Relazioni industriali e dialogo sociale: Budget Heading 04.03.03.01, Industrial Relations And Social Dialogue, Call For Proposals 2007, VP/2007/001. La documentazione di riferimento è consultabile sul sito www.fmb.unimore.it, sezione Ricerche.

² Risoluzione P6_TA-PROV(2008)0121, in www.fmb.unimore.it, Indice A-Z, voce *Patologie oncologiche e lavoro*.



Progetto di ricerca co-finanziato dalla Commissione Europea



Per quanto riguarda l'Italia, il *Manifesto dei diritti dell'ammalato oncologico* (reperibile in *I diritti del lavoratore affetto da patologie oncologiche*, Dossier Adapt del 14 marzo 2008, n. 3)³, presentato al Presidente Giorgio Napolitano l'8 luglio 2008 da LILT in collaborazione con Adapt, Fondazione Marco Biagi ed Europa Donna, ha recepito l'invito del Parlamento Europeo ad ampliare ed estendere le tutele previste dalla normativa esistente per il lavoratore e le lavoratrici affette da malattia oncologica.

Particolare attenzione è stata data ad alcuni elementi ritenuti fondamentali:

- l'**ampliamento del periodo di comporta**, ritenuto insufficiente a coprire le necessità di cura del malato oncologico;
- il mantenimento del posto di lavoro anche attraverso l'**utilizzo di particolari tipologie contrattuali flessibili**, come ad esempio il part-time;
- la promozione di **iniziative per il reinserimento nel posto di lavoro dopo il periodo di cura**.

Di seguito l'ipotesi di **codice etico** che vi sottoponiamo:

Questa azienda riconosce al lavoratore affetto da patologia oncologica una condizione di particolare vulnerabilità, essendo nella circostanza di dover conservare il proprio posto di lavoro e nel contempo dover conciliare le difficoltà emergenti dalla necessità di sottoporsi a interventi o terapie salvavita. L'azienda riconosce e sostiene pertanto la promozione del diritto del lavoratore alla trasformazione del rapporto di lavoro a tempo pieno in rapporto di lavoro a tempo parziale durante il periodo di difficoltà con la possibilità, a malattia superata, di essere reintegrato con il contratto di lavoro precedente.

Questa azienda si impegna a informare i propri dipendenti delle misure esistenti a loro tutela in caso di patologia oncologica personale o di un familiare in stato di necessità di assistenza per malattia oncologica. Si impegna altresì a informare i lavoratori di ogni ulteriore misura adottata a integrazione di quelle in vigore.

Ai dipendenti affetti da patologia oncologica di questa azienda è riconosciuto il diritto dell'assegnazione di mansioni più compatibili con il proprio stato di salute e con l'eventuale riduzione della capacità lavorativa.

Ai dipendenti affetti da patologia oncologica di questa azienda viene riconosciuto un prolungamento del periodo di comporta, in funzione all'anzianità di servizio, nei casi di patologie di natura oncologica di rilevante gravità, ictus o sclerosi multipla gravemente invalidanti, trapianti di organi vitali ed AIDS conclamato e per le patologie gravi richiedenti terapie salvavita (come ad esempio la chemioterapia), secondo criteri e modalità da concordare con i responsabili delle risorse umane.

Questa azienda, riconoscendo che il trattamento economico nel periodo di comporta (di durata variabile nei singoli contratti, anche in dipendenza dell'anzianità di servizio), nella maggior parte dei contratti collettivi, resta intero in un primo periodo per poi ridursi nella generalità dei casi al 50%, manifesta la propria disponibilità ad attuare modifiche specifiche in relazione anche all'anzianità di servizio.

Ai dipendenti di questa azienda affetti da patologia oncologica viene riconosciuto il diritto all'esclusione dal computo, al fine della conservazione del posto di lavoro, dei periodi di degenza ospedaliera e delle giornate di *day hospital* usufruite per la somministrazione di terapie salvavita (ad esempio la chemioterapia o l'emodialisi).

³ Consultabile in www.fmb.unimore.it, Indice A-Z, voce *Patologie oncologiche e lavoro*.

Questa azienda si impegna a favorire un'adeguata articolazione dell'orario di lavoro e quindi una modifica effettiva dell'organizzazione aziendale, per particolari esigenze di soggetti sottoposti a terapie o visite specialistiche.

Questa azienda si rende disponibile a prevedere la possibilità per il lavoratore di potere richiedere la concessione di un ulteriore periodo di aspettativa.

Questa azienda riconosce che, superato il periodo di conservazione del posto, il dipendente ritenuto idoneo al lavoro ma non allo svolgimento delle mansioni corrispondenti al proprio profilo professionale, possa essere impiegato in mansioni equivalenti nell'ambito della stessa categoria.

Questa azienda si impegna a sviluppare specifiche azioni di promozione degli strumenti di conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare per assicurare il sostentamento della persona ammalata e del suo nucleo familiare, sia con una organizzazione aziendale flessibile sia con una rete di servizi integrati alla persona adeguati in convenzione.

Questa azienda riconosce e tutela il diritto del familiare (coniuge, genitore o figli) o del convivente di una persona malata ad assisterla nel periodo delle cure della malattia, rendendosi disponibile a ridisegnare l'orario di lavoro della persona interessata in modo flessibile perché possa compiere la sua opera di assistenza al malato secondo le necessità.

Il vostro contributo concreto alla ricerca

Rispetto alle sollecitazioni riportate, con le domande che seguono desideriamo invitarvi a inviarci, insieme alle vostre riflessioni, informazioni su buone pratiche ed esperienze già avviate nel mondo del lavoro nell'ambito della sensibilità che si sta sviluppando intorno al delicato tema delle patologie oncologiche, per poter redigere, in una fase successiva, linee guida finalizzate alla sensibilizzazione del *management* e delle risorse umane aziendali, coinvolte *in primis* su questo fronte.

Nella sua azienda si è mai manifestata la circostanza di un lavoratore/trice affetto da malattia oncologica? Se sì, che misure sono state attivate a sostegno del lavoratore?

Il contratto collettivo di cui si avvale integra le disposizioni di legge per quanto concerne il trattamento dei lavoratori malati di tumore? Questa materia è oggetto di qualche specifica norma dell'eventuale contratto aziendale in vigore presso la sua impresa?

È a conoscenza di specifiche misure promozionali o preventive ("buone prassi") che la sua azienda mette in atto a favore dei lavoratori circa i propri diritti in caso di malattia oncologica personale o di un proprio familiare? Se sì, le può illustrare?

Si sente di condividere i punti ipotizzati per la stesura di un codice etico? Può offrire un suo commento o una sua opinione, anche in base all'eventuale esperienza maturata?

Sarebbe molto utile per noi poter conoscere il vostro ruolo o la vostra posizione professionale per poter meglio contestualizzare il vostro prezioso contributo a questa ricerca, per il quale vi ringraziamo sin da ora.

I contributi potranno essere inviati all'indirizzo mail csmb@unimore.it.

Adapt – Centro Studi Marco Biagi – Europa Donna

Panoramica comparata europea delle tutele per i lavoratori colpiti da patologie oncologiche

di Rosa Rubino e Isabella Spanò

Affrontare e curare la patologia oncologica, per chi ne è colpito, dovrebbe significare anche poter riprendere le proprie attività lavorative. Ma le ripetute e cicliche assenze dal lavoro per le terapie hanno di fatto pesanti ripercussioni economiche sul malato, senza contare le difficoltà di gestione dell'evento per il datore di lavoro. La malattia, allora, diventa spesso causa di un progressivo isolamento del lavoratore e di svilimento delle mansioni lui assegnate.

Il problema è ancora più evidente quando si tratta del genere femminile, la cui condizione lavorativa è già svantaggiata in normali condizioni di salute. Il tumore al seno, così frequente da continuare ad essere una delle principali cause di morte delle donne, ha, su queste, ricadute sul piano sia fisico che psichico ancora più importanti di quelle che subiscono gli uomini. Come emerge da una recente indagine italiana sul tema, presentata a Verona dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), per il 60% delle donne che hanno avuto il tumore al seno riprendere il lavoro è difficile.

Su 131 donne di età compresa fra 20 e 65 anni appena 4 su 10 ritornano al lavoro a 60 giorni dalla diagnosi, mentre il 74% è in grado di farlo solo a 24 mesi dalla diagnosi.

L'importanza economica, sociale ed anche medica della tutela dei pazienti oncologici sul piano lavorativo comincia peraltro ad essere considerata non solo da risoluzioni delle istituzioni europee, ma anche da dichiarazioni d'intenti di associazioni di lotta alla malattia su larga scala e di lobby etiche. Questi documenti, pur non avendo un valore in alcun modo vincolante per gli stati, rappresentano comunque un notevole incentivo ad

adottare norme specifiche.

Tra i più significativi si ricordano:

- la Carta di Parigi (4 febbraio 2000), sottoscritta durante il Vertice mondiale contro il cancro per il Nuovo Millennio;

- la Carta europea dei diritti del malato, presentata durante la conferenza "The Future Patient" (Bruxelles, 14-15 novembre 2002) dal Network per la cittadinanza attiva insieme a 12 organizzazioni civili, tra le quali la Federazione belga contro il cancro;

- la Dichiarazione congiunta sui diritti dei malati di cancro (Oslo, 29 giugno 2002) e le Linee-guida europee per i diritti dei malati di cancro (Atene, 16 ottobre 2004), approvate nel corso di assemblee generali dell'Associazione delle Leghe europee contro il cancro (European Cancer League - ECL), presenti in 31 stati;

- il Quadro europeo per la protezione dei malati di cancro sul lavoro, del 2005, elaborato - ancora - dall'Associazione delle ECL;

- la Risoluzione dello stesso Parlamento europeo del 25 ottobre 2006, volta a sostenere l'attenzione verso le donne affette da tumore al seno con specifico riferimento all'ambito lavorativo;

- la Risoluzione del Parlamento europeo (5 giugno 2003) sul cancro al seno nell'UE;

- il manifesto-petizione del 2007 "Stop al carcinoma cervicale in Europa", a cura relativo al tumore della cervice uterina, a cura dell'Associazione europea contro il cancro cervicale, col sostegno dell'Associazione internazionale e dell'Organizzazione europea contro il cancro;

- la Risoluzione del Parlamento europeo sulla lotta al cancro nell'Unione Europea allargata (10 aprile 2008).

Il problema della situazione lavo-

rativa dei malati di cancro non sembra invece ancora essere stato pienamente recepito dalle legislazioni dei singoli Paesi europei, già così diversi tra loro per estensione territoriale, abitanti, aspetti culturali e socio-economici.

Per un certo numero dei Paesi neocomunitari, l'adeguamento alle politiche europee nella materia della tutela lavorativa dei pazienti oncologici è ancora una sfida. È evidente, infatti, che, laddove la transizione sia ancora in pieno corso a causa della ristrutturazione della sanità pubblica, è la ricerca medica la priorità, e non certo la creazione di un'adeguata legislazione sociale a tutela del malato di cancro. L'ingresso in Europa si traduce comunque in un'occasione per poter cooperare nella ricerca, per promuovere campagne informative e per adottare sistematicamente programmi di *screening* per la diagnosi precoce ancora non pienamente utilizzati. Per il momento, molti di questi governi sembrano non essere in grado di compiere passi ulteriori verso un miglioramento della condizione dei lavoratori affetti da patologia oncologica.

Altro problema, poi, è capire se la legislazione sociale esistente in un dato Paese si riferisca o meno anche al malato di cancro, visto che è comunemente adottata in Europa una normativa a tutela dei *disabili* e non sempre dei *malati in generale*.

La risoluzione del Parlamento europeo del 10 aprile 2008, al punto 34, *invita gli Stati membri e la Commissione a mobilitarsi per sviluppare orientamenti intesi ad una definizione comune dell'invalidità che possa includere le persone affette da malattie croniche o da cancro, e nel contempo invita gli Stati membri che non l'abbiano*

ancora fatto a prendere rapidamente l'iniziativa di includere eventualmente tali persone nell'ambito delle loro definizioni nazionali di invalidità.

Non solo. Al successivo punto 35 il Parlamento invita la Commissione a redigere una carta per la protezione sul luogo di lavoro dei pazienti affetti da tumore e delle persone affette da malattie croniche, in base alla quale le imprese sarebbero tenute a permettere ai pazienti di continuare a lavorare durante la terapia e a favorire il loro rientro in servizio.

Alcuni Paesi sono già in linea con l'Unione Europea, comprendendo la patologia oncologica nelle ipotesi di disabilità (Italia, Francia, Regno Unito e Spagna), ma nella legislazione di molti altri la definizione della disabilità risulta ambigua e non è chiara la demarcazione tra questa e la malattia.

E mentre alcune normative presentano definizioni di disabilità dai confini amplissimi (Lituania), altre prevedono iter di accertamento molto rigorosi e valutazioni rimesse ai giudizi di commissioni mediche atte a giudicare lo stato di salute dei pazienti. Il grado di tutela offerto, poi, dai diversi Paesi varia profondamente: si va dai meri sussidi economici (Bulgaria, Lituania) ai piani individuali di reinserimento lavorativo (Germania, Finlandia, Olanda).

In questo quadro così diversificato, le poche norme a tutela specifica del malato di cancro riguardano ipotesi peculiari, come le agevolazioni al part-time (Italia, Germania); o la disciplina speciale dei permessi e delle assenze dal lavoro, che peraltro in vari casi non tiene in considerazione la necessità di periodi ancora più lunghi di assenza che non espongano al rischio del licenziamento.

I registri sul cancro

Ormai in tutta Europa si stanno diffondendo, i c.d. *Registri sul cancro*, veri e propri archivi dei casi di malattia neoplastica, in cui s'inseriscono sia dati sulle manifestazioni patologiche, sia informazioni sul lavoro e sullo stile di vita dei malati, in quanto hanno sempre maggiore evidenza scientifica le connessioni tra abitudini di vita,

tipologie di lavoro e malattie. Questi registri si stanno rivelando una vera risorsa non solo per la medicina, ma anche per la promozione e la tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.

La Finlandia, che ha adottato il sistema della registrazione dal 1952, risulta essere, in questo caso, un Paese davvero all'avanguardia. Purtroppo dai registri emergono anche problematiche sociali importanti: il cancro colpisce maggiormente le persone che svolgono attività manuali piuttosto che intellettuali, coloro che hanno una condizione economica meno abbiente o che per educazione culturale, o ancor peggio, per discriminazione razziale, si trovano già in condizione di svantaggio. Emblematico è lo studio condotto in Ungheria: la possibilità che una donna Rom muoia di cancro al seno è tripla rispetto a quella di una donna non appartenente a quella comunità.

Sul fronte della lotta al cancro, e al carcinoma mammario in particolare, un ruolo primario è quello delle associazioni/organizzazioni/gruppi di pressione.

In molti Paesi europei, infatti, è ancora fondamentale il ruolo svolto da queste organizzazioni per la diffusione dell'informazione sulla diagnosi precoce. Le statistiche dimostrano che dove lo *screening* è una pratica ormai accettata dal sistema sanitario e dalla popolazione la mortalità per cancro al seno è in costante diminuzione come in Francia, Germania, Olanda, Regno Unito, Spagna, non così in altri Paesi come Bulgaria, Danimarca.

La neoplasia mammaria, inoltre, visto l'alto tasso di incidenza sulla popolazione femminile, è di forte interesse per la ricerca scientifica, ma, come si è detto, lo è ancora poco per la legislazione sul lavoro, e le organizzazioni citate si stanno prodigando affinché la problematica sia affrontata in modo adeguato.

Le buone prassi

Se a livello internazionale la World Health Organization (WHO) ha messo in campo molte ricerche volte a ridurre i rischi per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro

(Work Plan 2006-2010, World Health Organization - Global Network of Collaborating Centers in Occupational Health), numerosi validi esempi da seguire si trovano anche in singoli Paesi europei: sono iniziative messe in opera da associazioni così come da realtà imprenditoriali, e spesso hanno proprio come oggetto la prevenzione dei tumori e la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici già affette dalla malattia.

Alcuni esempi:

- Europa Donna ha promosso la Giornata del Cancro il 15 ottobre di ogni anno;
- nel Regno Unito, People Management ha avviato la campagna *Working through cancer* (www.peoplemanagement.co.uk);
- Macmillan, una organizzazione inglese che provvede a un supporto pratico, medico, psicologico e finanziario facendo pressione su una migliore attenzione al problema del cancro, ha redatto ed utilizza la *Management Guidance on Cancer in the Workplace* e la *Cancer Guide* (consultabili in Indice A-Z voce *Patologie oncologiche e lavoro* e il sito www.macmillan.org.uk);
- LILT ha avviato una indagine retrospettiva sul costo del tumore al seno per le famiglie, sui costi c.d. *out of pocket* (consultabile in Indice A-Z, voce *Patologie oncologiche e lavoro*) sostenuti dalle donne colpite da neoplasia mammaria, per assistenza e sostegno nella vita personale e familiare;
- nell'area territoriale danese, la Società per la lotta al cancro delle Isole Fær Øer organizza corsi e seminari per le donne affette da cancro al seno;
- in Ungheria, la Hungarian League Against Cancer è molto attiva per la prevenzione mediante la diffusione degli *screening*.

Altri casi esemplari potrebbero menzionarsi, ma ciò che conta qui sottolineare, in conclusione, è che il *benchmarking* in materia - fulcro del progetto di ricerca - resta fondamentale per i progressi futuri nella lotta alla malattia e il miglioramento delle misure a tutela

dei lavoratori affetti da patologia oncologica.

La protezione del lavoratore in caso d'invalidità

Le macroscopiche differenze socio-economiche e culturali esistenti tra i Paesi europei non possono che comportare diversità assai rilevanti nell'accezione del termine "invalidità", sebbene ovunque esistano specifiche norme sulla tutela dei lavoratori invalidi. Va riconosciuto in generale che un comune concetto di invalidità non è individuabile, il che inevitabilmente porta a profonde difformità tra i vari sistemi assicurativi e previdenziali, sanitari ed amministrativi. Solitamente l'invalidità viene rapportata alla "percentuale" di riduzione della capacità di lavoro (che varia dal 67% dell'Ungheria al 30% della Germania), ed il superamento o meno della stessa determina non solo il grado di invalidità, ma anche la cessazione o la continuazione della vita lavorativa ed il percepimento o meno di sussidi economici. In altri termini, i differenti gradi di disabilità non tengono conto delle condizioni di salute del disabile, bensì piuttosto del tipo di attività che egli può ancora svolgere in base alle condizioni psicofisiche. Non mancano, peraltro, riferimenti a criteri più ampi. È il caso della Lituania, che fissa tre livelli di invalidità, in base al grado di manifestazione dei difetti fisici o mentali, congeniti o acquisiti, che rendono l'individuo parzialmente o totalmente incapace di prendersi cura della propria vita privata e/o sociale, di godere dei propri diritti e di adempiere ai propri obblighi. Il grado di estensione del concetto di invalidità ha, ovviamente, conseguenze sostanziali entro il sistema lavoristico, ma anche e soprattutto per quanto concerne il sistema previdenziale ed assicurativo. È così che, in alcuni casi, il crescente peso economico per la collettività dei sussidi corrisposti agli invalidi ha portato a rivisitare il sistema assicurativo, modificando radicalmente i criteri per l'individuazione dei beneficiari dei trattamenti previdenziali. Basti pensare all'Olanda, che, attuando una tale riforma, nell'arco di soli tre anni è passata

dai 100.000 casi riconosciuti di disabilità a soli 18.000. Ciò, se ha portato a un indubbio risparmio pubblico, non può che suscitare qualche perplessità, perlomeno sull'effettività della tutela offerta e sulla parità di trattamento tra soggetti aventi condizioni psicofisiche diverse. E questo a maggior ragione se si considera che, almeno da un punto di vista formale, in tutti i Paesi esaminati è ormai vietato ogni tipo di discriminazione, diretta o indiretta, in ragione delle condizioni di salute, così come previsto dalla Direttiva 2000/78/CE. Emblematico è il caso della Svezia che, ancor prima dell'emanazione della Direttiva richiamata, ovvero già dal marzo 1994, impone al datore di lavoro di creare idonee condizioni di lavoro al fine di eliminare ogni ipotesi di mobbing praticata sul luogo di lavoro nei confronti del disabile. Di particolare rilievo è anche la normativa tedesca, contenuta nel Documento per le pari opportunità dei disabili in vigore dal 2002, che mira a promuovere la partecipazione di questi al lavoro ed alle altre attività sociali. Così pure risulta significativo il Piano Nazionale per le Pari Opportunità olandese del 2003, che ha permesso l'istituzione della Commissione Nazionale per l'inserimento lavorativo dei disabili, il cui ruolo è anche quello di segnalare le imprese che si contraddistinguono per l'adozione di pratiche positive. Anche tra i Paesi che hanno da pochi anni aderito all'Unione Europea si registra una forte sensibilità su questo principio. Si pensi all'Ungheria che, pur non prevedendo, all'interno della propria costituzione, alcun riferimento al divieto di discriminazione fondata sui motivi di salute, negli ultimi cinque anni ha varato numerosi atti normativi sulle pari opportunità dei disabili, fissando addirittura delle scadenze temporali per verificare l'effettivo cambiamento della politica nazionale. Gli eventuali comportamenti discriminatori, poi, consentono ovunque all'invalido di ricorrere innanzi all'autorità giudiziaria ottenendo l'eliminazione del comportamento discriminatorio, nonché – spesso – il risarcimento del danno, anche non patrimoniale, o,

seppur in casi limitati (Francia, Finlandia), l'applicazione di sanzioni penali. Degna di nota è anche la previsione della nullità degli accordi o patti scaturenti da discriminazioni legate allo stato di salute (come è possibile in Italia grazie alla l. 300/70 e al d.lgs. 216/2003). Non è invece ugualmente diffusa la percezione della "doppia discriminazione" in cui possono incorrere le donne disabili. Solo la Germania e la Spagna prevedono una normativa ad hoc legata al binomio "diversità di condizioni psicofisiche-differenza di genere", sebbene sia evidente e statisticamente provato che, a parità di condizioni di salute, indipendentemente dal Paese in cui risiedono, le donne hanno sempre e comunque maggiori difficoltà d'inserimento sociale e lavorativo rispetto agli uomini. In questi casi è ancora più importante prevedere azioni positive e predisporre adeguati strumenti operativi per rimuovere in maniera sostanziale, e non meramente formale, le effettive disparità di trattamento.

Al di là di queste specifiche considerazioni, però, ciò che risulta evidente è che i singoli strumenti adottati dagli stati sono una semplice manifestazione della preferenza per il sistema meramente assistenzialista o al contrario per quello basato su di una effettiva tutela sul lavoro. È anche evidente che l'adozione del secondo sistema presuppone la presenza di strutture mediche, sociali e amministrative in grado di attuare e garantire determinate scelte, mentre la corresponsione di sussidi o pensioni di assistenza sociale, che apparentemente può sembrare l'ipotesi più onerosa per uno stato, è indubbiamente quella che richiede un investimento minore in termini di strutture, mezzi e persone impegnate.

Paesi come la Bulgaria e la Romania, o come la Lituania e l'Ungheria, anche se in misura diversa, sono in una fase di profonda riforma istituzionale e, nonostante i molteplici sforzi per adeguare le proprie strutture agli standard europei (basti pensare che l'Ungheria è stata il primo Paese europeo a ratificare la Convenzione dell'ONU del 2007 sui diritti dei

disabili), presentano tuttora marcate criticità sul piano dell'organizzazione sanitaria e del sistema di previdenza sociale.

Sono senz'altro degne di nota alcune iniziative volte a incentivare l'inserimento lavorativo dei disabili: già si è detto dell'Ungheria, ma anche la Lituania ha compiuto progressi, garantendo contributi, quali gli aiuti per l'acquisto delle strutture necessarie al lavoro, alle aziende che assumono portatori di handicap in senso lato (e quindi anche di malattie invalidanti) e stabilendo procedure particolari per il licenziamento di tali soggetti. Ma si deve ammettere che la tutela prevalente è quella rappresentata dalla corresponsione di assegni o pensioni, di durata variabile, e di importo correlato al grado d'invalidità e ai contributi versati (tranne nel caso di grave disabilità). Ciò palesa ancora la sussistenza di un'Europa "a due velocità", anche sotto questo profilo: gli altri Paesi presi in esame, infatti, hanno già adottato una politica improntata sulla riabilitazione e sull'inserimento lavorativo.

Le norme che garantiscono l'effettività sostanziale del principio di pari opportunità per gli invalidi, vanno senza dubbio citate quelle sull'accesso agevolato nel mondo del lavoro. Alcuni Paesi, infatti, non si limitano a stabilire un mero divieto di discriminazione nell'accesso all'impiego, ma promuovono vere e proprie azioni positive fissando un numero di posti riservati ai soli invalidi all'interno delle aziende. Tale normativa è particolarmente sviluppata in Germania, Italia, Lituania, Spagna, sebbene le quote di persone invalide da assumere varino dal 5% previsto in Germania per le imprese con più di venti dipendenti, al 2% ogni cinquanta dipendenti stabilito in Lituania e Spagna, alla percentuale rapportata alle dimensioni dell'azienda in Italia.

In Germania, oltre a queste agevolazioni, è prevista la corresponsione di un sussidio per almeno tre anni al disabile che non riesca ad entrare nel mondo del lavoro. In Italia, dal 2003, vi sono nuovi canali agevolati, in virtù dei quali, fermo restando il rispetto del cri-

terio della "quota di riserva", possono utilizzarsi convenzioni-quadro a livello locale, coinvolgendo le cooperative sociali.

Tra le misure idonee a garantire tale scelta, va senza dubbio citato lo strumento dell'accesso agevolato degli invalidi nel mondo del lavoro.

Alcune particolari tipologie contrattuali

In Italia sono state introdotte due nuove tipologie contrattuali utilizzabili dai soggetti disabili: il "contratto d'inserimento" per le persone riconosciute affette da grave handicap - particolare forma di contratto che prevede un progetto individuale di adattamento delle specifiche competenze professionali del lavoratore ad un determinato contesto lavorativo -, ed il "lavoro accessorio di tipo occasionale" che permette lo svolgimento di alcune prestazioni lavorative meramente occasionali ed accessorie. Nella fase successiva all'assunzione o, nel caso in cui l'invalidità sopraggiunga durante lo svolgimento di un rapporto di lavoro già in essere, sono numerosi gli strumenti adottati dai vari Paesi per permettere all'invalido di conservare il proprio posto di lavoro, e, laddove le condizioni di salute lo permettano, anche di progredire nella carriera.

In Austria e in Olanda ad esempio, sono previsti programmi di riabilitazione per prevenire il calo di efficienza.

In Germania si parla di "inserimento lavorativo personalizzato", a cura del datore di lavoro e con il sostegno dell'ente previdenziale.

Di programmi concepiti *ad personam* si parla anche in Svezia ed in Finlandia, Paesi in cui è particolarmente forte l'ausilio offerto dai servizi sociali e dalle amministrazioni locali (per esempio, mediante assistenza medica domiciliare, misure di supporto psicologico, agevolazioni nel trasporto).

In molti casi, come in Francia e in Italia, si può anche procedere ad una diversa attribuzione delle mansioni, consone allo stato di salute, o semplicemente all'adozione di un orario flessibile (in Germania, per menzionare un ca-

so, i disabili sono esonerati dal lavoro straordinario). Anche la garanzia che il luogo di lavoro sia il più vicino possibile all'abitazione, come previsto dalla Francia e dall'Italia, è di indubbia importanza. In Italia, invero, la legge garantisce il diritto alla scelta di una sede più vicina al proprio domicilio, sia per il disabile che per il parente o affine entro il terzo grado che gli presti assistenza, tanto quanto il diritto a non essere trasferito contro la propria volontà. Non vi è dubbio, però, che fondamentale è la possibilità di fruire di congedi e permessi per cure ed esami clinici. Questo aspetto è particolarmente sviluppato dalla disciplina legislativa, ma anche contrattuale, italiana, forse anche a causa della particolare rigidità di questo Paese nell'individuazione del periodo massimo di assenze per malattia consentito durante il rapporto di lavoro. Nei casi in cui le condizioni di salute non permettano di sostenere il peso di un normale orario di lavoro, o semplicemente per i periodi in cui il disabile ha bisogno di sottoporsi a cure, è possibile, in molti casi, ricorrere al part-time: in Francia si parla di part-time terapeutico, utilizzato soprattutto durante i periodi di cure e di convalescenza, che ha la durata massima di tre anni; in Italia si parla del "diritto" a trasformare l'orario di lavoro per i lavoratori affetti da patologie oncologiche, anche a causa degli effetti invalidanti di terapie salvavita. Vanno ancora segnalate le particolari tutele previste da svariati Paesi per evitare il licenziamento del disabile come in Francia, Germania, Regno Unito, Spagna, soprattutto laddove esso sia dettato in realtà da motivi discriminatori. Si tratta di procedure "particolarmente aggravate" rispetto a quelle utilizzate nei confronti degli altri lavoratori e che impongono al datore di lavoro l'onere di provare l'impossibilità di adibire il disabile ad un'altra mansione o di far ricoprire dal medesimo un qualsiasi posto vacante all'interno dell'azienda. Infine va sottolineata l'importanza di una disciplina posta *ad hoc* per i familiari che accudiscono i parenti invalidi, quale risulta, e particolar-

mente sviluppata, in Italia ed in Spagna. In entrambi i Paesi, infatti, al parente o affine che assiste il disabile è assicurata la possibilità di fruire di alcuni tipi di permessi accordati al malato, nei limiti stabiliti dalle leggi, ma anche dagli accordi collettivi, della riduzione della giornata lavorativa, nonché del godimento di periodi di congedo e di aspettativa. Alla luce di queste considerazioni, appare ancor più manifesto quanto si diceva circa l'eterogeneità delle tutela, nei confronti degli invalidi, esistenti tra i Paesi qui considerati. È anche vero, però, che non sarebbe particolarmente problematico istituire ed applicare all'interno dei confini nazionali di certi Paesi istituti che in altri hanno già dato prova di essere validi strumenti di garanzia e protezione e che rappresenterebbero correttivi semplici e non particolarmente onerosi in termini economici e di modifiche strutturali.

Il caso specifico del lavoratore affetto da patologia oncologica

In quasi tutti i Paesi europei le norme nazionali contemplano rigorose misure di protezione contro l'insorgenza di patologie tumorali. Gli stati membri dell'Unione, infatti, sono tenuti al rispetto delle direttive comunitarie in materia. Con riferimento al pericolo di contrarre tumori, si segnalano le direttive 83/477 e 91/382 relative all'esposizione all'amianto e la direttiva 90/641 sulle radiazioni ionizzanti.

Volendo rammentare le norme in vigore in alcuni stati, a titolo esemplificativo può citarsi l'Ungheria. Qui, a richiamo di previsioni delle direttive menzionate, sono stati dapprima emanati - nel 2000 - il decreto sul lavoro nel settore nucleare e quello sulla protezione dei lavoratori nei confronti del cancro in generale, ed in seguito - nel 2002 - un nuovo decreto riferito all'esposizione a materiali radioattivi in ambiente di lavoro.

Anche la Spagna ha provveduto in tal senso, con il *Real Decreto* 665/1997 sulla protezione dei lavoratori contro i rischi riferiti all'esposizione ad agenti cancerogeni durante il lavoro, poi modificato nel 2000 e ancora nel 2003. Assai

interessante è la previsione della "incapacità temporanea", istituito che dà diritto al lavoratore di percepire un'indennità per un massimo di dodici mesi: si tratta di una misura molto importante per il malato di cancro, che frequentemente alterna ampi periodi di salute e di malattia, come nel caso di sottoposizione ad interventi chirurgici dopo i quali sia necessaria una prolungata convalescenza e riabilitazione.

Dal 1993, anno in cui è entrata in vigore la Legge sulla sicurezza sul lavoro, la Lituania conduce una campagna di studio sul cancro contratto in ambiente lavorativo, che vede l'attiva partecipazione del Ministero della sicurezza sociale e del lavoro. Le analisi statistiche condotte consentono un costante monitoraggio della situazione.

Nel Regno Unito, il Dipartimento per la salute ha avviato di recente una riforma della strategia di lotta al cancro, che ora si sviluppa su di un periodo di cinque anni, e che non solo comprende la promozione di misure preventive, diagnostiche e di cura, ma anche - ciò che è più interessante in termini di *benchmarking* - la partecipazione alle consultazioni per definire tali misure dei rappresentanti della coalizione dei gruppi dei malati delle principali patologie oncologiche.

Dal 1997 esiste in Germania una tipizzazione uniforme delle patologie, comprese quelle cancerose, causate da possibili agenti chimici rintracciabili sul luogo di lavoro. La malattia per causa di lavoro è coperta dall'assicurazione obbligatoria, il cui sistema è conformato sulla tripartizione industria/agricoltura/servizi.

In Bulgaria il malato di cancro ha diritto al riconoscimento di una disabilità per un periodo di cinque anni dalla diagnosi; e un apposito comitato si occupa del supporto al malato per il mantenimento del posto di lavoro.

Obblighi legislativi di tutela ai malati terminali sono stati introdotti in vari stati. La Danimarca ha posto normativamente l'obbligo di garantire assistenza e trattamento medico a tali pazienti sia presso le strutture sanitarie che a domicilio.

Ciò include la fisioterapia e l'assistenza psicologica, nonché l'igiene personale e le cure palliative.

Per quanto concerne la previdenza sociale, in Spagna, la diagnosi di neoplasia consente al lavoratore colpito di accedere più facilmente ai benefici, in quanto non è necessario dare prova di un periodo prefissato di contribuzione. Caso esemplare è quello della Francia, in quanto la previdenza sociale copre tutte le spese del paziente oncologico (cure ospedaliere ed ambulatoriali). Chi è colpito da tumore maligno - così come chi è affetto da patologia grave tabellata - dal giorno della diagnosi ufficiale riceve un'indennità giornaliera di malattia pari alla metà della retribuzione giornaliera, versata dalla previdenza sociale, annualmente rivalutata e migliorata in presenza di figli a carico. Dopo tre anni di assenza, in caso d'incapacità a riprendere servizio, il malato può essere riconosciuto invalido, ottenendo la relativa pensione, che può dare accesso a una maggiorazione del 40% qualora si abbia necessità di assistenza continuativa da parte di terzi. Se il malato riesce a riprendere servizio, ma la patologia causa una grave invalidità, può richiedere il prepensionamento rispetto ai 60 anni.

In Italia si rinvergono disposizioni simili, ma, riguardando la generalità dei malati gravi si rinvia al precedente paragrafo. Piuttosto vi sono interessanti previsioni di legge per i lavoratori affetti da cancro, che si vogliono qui citare. Anzitutto, il d.lgs. 276/03 ha dato una svolta nel campo delle tutele stabilendo espressamente in caso di patologia oncologica il diritto alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, "orizzontale" (stesso numero ridotto di ore di lavoro per tutti i giorni lavorativi della settimana) o "verticale" (orario di lavoro giornaliero ordinario, ma solo per una parte di giorni alla settimana e/o al mese e/o all'anno); e specularmente ha riconosciuto il medesimo diritto alla riconversione dell'orario a tempo pieno ove le condizioni del malato lo consentano di nuovo.

Si rammenta, poi, che nell'art. 6

della l. 80/2006 - con cui si è dato accoglimento all'istanza fatta *ad hoc* dalla Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO) - si è stabilito che in caso di affezione neoplastica la Commissione medica dell'Ausl dia corso ad un iter accelerato (15 giorni dalla domanda dell'interessato) per l'accertamento della condizione di disabile e d'invalide civile.

L'accertamento può concernere anche un'inabilità temporanea, come nella circostanza della necessità di ricorso a cure radiologiche e/o chemioterapiche post-operatorie. Per quanto attiene alla giurisprudenza, la Corte di Cassazione italiana dal 2003 in poi ha espresso vari pareri conformi riguardo all'esistenza di un diritto delle persone in cura radiologica e/o chemioterapica di ottenere anche solo per un periodo assai limitato la c.d. "indennità di accompagnamento" (simile alla citata maggiorazione francese del 40% sul beneficio di malattia) se vi è di fatto l'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o comunque la necessità di assistenza continua nel compimento degli atti quotidiani della vita.

Il malato deve sapere che la domanda va accompagnata da certificati medici tali da far emergere con chiarezza quali siano le problematiche sanitarie correlate alle esigenze terapeutiche e/o alla localizzazione degli organi interessati dalla patologia tumorale, secondo le scale di valutazione esistenti. Ciò è importante al fine della conferma della disabilità/invalide civile da parte dell'apposita commissione, magari dopo mesi dal primo accertamento, per la quale pure vige l'iter accelerato di controllo. In questo senso è fondamentale una corretta diffusione dell'informazione di tutela presso i lavoratori interessati verbali di accertamento possono riportare l'indicazione di rivedibilità. Per quel che riguarda il binomio pari opportunità-tutela del lavoratore e della lavoratrice malati o a rischio di patologia, non è stata reperita alcuna fonte legislativa contenente previsioni di peculiare considerazione. Fa eccezione sol-

tanto la Spagna, dove esistono norme specifiche che sanciscono l'obbligo di assicurare piena uguaglianza tra uomini e donne anche per quanto concerne i rischi sul lavoro. Il Consiglio dei ministri spagnolo alla fine del 2006 ha approvato il *Plan de acción 2007 para las mujeres con discapacidad* per rimuovere la duplice discriminazione della disabilità e del genere in forza della quale ha luogo uno svantaggio "cumulato", da fronteggiare mediante l'attuazione di specifiche misure (basate sui criteri di non discriminazione, pari opportunità, azioni positive, trasversalità, vita autonoma, partecipazione, normalizzazione, accesso universale, programmi per tutti). La *Ley Orgánica 3/2007*, inoltre, in materia di parità effettiva tra i sessi, prevede la possibilità dei c.d. "Piani di parità" per l'attuazione in azienda di misure protettive per le donne: tali piani possono costituire uno strumento importante anche per la specifica tutela delle lavoratrici colpite da neoplasia e rappresentano un buon esempio per altri Paesi.

Se dunque le tutele di legge specifiche per il malato oncologico appaiono ancora assai scarse e "a macchia di leopardo" nei Paesi dell'Unione - a differenza delle misure legislative per la prevenzione delle patologie -, praticamente quasi nulle sono ancora le norme di salvaguardia espressa della donna lavoratrice che si ammali di cancro. E questo avviene nonostante i dati preoccupanti sull'incidenza delle affezioni tumorali nelle donne, che sono in crescita nonostante la diminuzione costante della mortalità, fatto che rende sempre più necessari interventi normativi mirati.

La prassi amministrativa: piani e programmi, servizi e uffici

Le nuove impostazioni date al complessivo sistema sanitario in alcuni Paesi sono degne di menzione per l'impatto che possono avere anche sul modo di affrontare le patologie oncologiche. Il governo austriaco ha attuato nel 2005 una riforma sanitaria mediante la quale si è prefisso l'obiettivo, tra gli altri, di ridurre

del 15% l'incidenza del cancro. Ciò che è saliente è l'introduzione, con la riforma, del "Nuovo check-up preventivo", che è servito ad incrementare il numero degli *screening*, con peculiare attenzione alla popolazione anziana (colonscopia). Riforma vi è stata anche in Ungheria, dove il sistema sanitario ha ricevuto un'impostazione diversa, anche per mezzo della progressiva informatizzazione delle strutture mediche (c.d. "e-health"), della diffusione dell'utilizzo, dal 2006, di una Carta Elettronica (la "e-Europe smart card") e della realizzazione di un Portale Centrale della Salute.

Per quanto concerne invece le misure introdotte a beneficio della generalità dei lavoratori che presentano handicap di vario genere, va detto che pure sono stati compiuti notevoli passi avanti.

Nei Paesi Bassi, il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali ha istituito una Commissione nazionale per l'inserimento lavorativo dei disabili, che effettua *benchmarking* sul *Diversity Management* attuato dalle imprese premiando quelle che si sono distinte in questo, al fine di diffondere una cultura della gestione della disabilità in azienda. Anche in Spagna si osserva un'iniziativa analoga, sebbene più con finalità di tutela economica: nel gennaio 2004 si è posta in essere la *Comisión de Protección Patrimonial de las personas con discapacidad*, organo esterno consultivo del *Ministerio Fiscal*, nell'ambito del *Ministerio de Trabajo e Inmigración*. Rappresentano non solo un valido aiuto economico, ma anche un efficace strumento di prevenzione e lotta contro la malattia, le agevolazioni previste da numerosi Paesi relativamente ai costi delle cure sostenute per le malattie invalidanti. È purtroppo un dato incontestabile che il tasso di mortalità per cancro sia molto più alto tra le persone meno abbienti, ed è per questo che le strutture sanitarie si stanno anzitutto sempre più orientando verso la diffusione dello *screening* gratuito, soprattutto per contrastare alcune specifiche patologie; da un punto di vista strettamente economico, poi, i costi della malattia sulla spesa

pubblica sono indubbiamente più onerosi del costo della prevenzione. In taluni casi esistono, inoltre, delle agevolazioni fornite anche durante la malattia stessa: in Italia, ad esempio, non solo è prevista l'esenzione totale dal pagamento del "ticket" (= quota di partecipazione) per farmaci, ma anche per visite ed esami, se effettuate presso strutture pubbliche o convenzionate; è altresì possibile avere un sostegno economico per diagnosi, cure e riabilitazione effettuate all'estero, laddove non ottenibili in maniera adeguata e tempestiva sul territorio italiano. Anche in Germania ed in Finlandia il sostegno economico nei confronti dei malati è praticato, mentre Lituania e Romania hanno già approvato alcuni Programmi in base ai quali devono essere ridotti i costi legati alla malattia, per esempio attraverso la corresponsione di rimborsi per l'acquisto dei farmaci.

Per la specifica lotta al cancro, tra gli atti e le misure di carattere amministrativo che l'Unione e gli stati europei hanno via via messo in campo, primariamente va citata l'istituzione dei Registri Tumori, banche-dati nelle quali sono raccolti numeri e notizie riferiti alla diffusione delle patologie neoplastiche, monitorate in maniera costante.

A livello europeo generale è situato EURO CARE (EUROPEAN CANCER REGISTRY-BASED STUDY ON SURVIVAL AND CARE - www.eurocare.it), progetto fondato sulla sistematica raccolta e valutazione dei casi di sopravvivenza al cancro in Europa e reso possibile dalla collaborazione - dal 1989 - tra l'Istituto Nazionale Tumori e l'Istituto Superiore di Sanità italiani, da un lato, e i Registri Tumori di 12 nazioni europee, dall'altro, i quali forniscono dati statistici su incidenza della malattia e sulla sopravvivenza.

In tal modo ha ricevuto pubblicazione un numero considerevole di studi sull'argomento, di fondamentale importanza per gli avanzamenti scientifici in materia.

EURO CARE ha finora avuto le seguenti edizioni:

- EURO CARE-1, per l'analisi dei casi del periodo 1978-1984;
- EURO CARE-2 per l'analisi dei

- casi del periodo 1978-1989;
- EURO CARE-3 per l'analisi dei casi del periodo 1983-1994;
- EURO CARE-4 per l'analisi dei casi del periodo 1988-2002.

EURO CARE è collegato ad altri progetti:

- CONCORD

(www.lshtm.ac.uk/ncdeu/cancersurvival/concord/index.htm), sulla prevenzione del cancro nei cinque continenti e naturale estensione del progetto europeo, iniziato nel 1999;

- EUROCHIP

European Cancer Health Indicator Project (www.tumori.net/eurochip), avviato in sede UE per il triennio 2001-2003 e finalizzato all'individuazione di indicatori sanitari sui tumori in relazione a prevenzione, *screening*, macroeconomia, epidemiologia e trattamento; per il periodo 2003-2008 l'obiettivo è stato ampliato con la considerazione delle strategie per superare le disparità nella cura del cancro nei Paesi europei, promuovendo azioni di diffusione dell'informazione;

- HAEMACARE

(www.haemacare.eu), progetto sulle neoplasie maligne ematiche fondato sui Registri Tumori; il progetto è particolarmente degno d'attenzione, perché in proposito va notato che molte di tali neoplasie hanno un carattere cronico e che spesso, quindi, comportano lunghi e ripetuti periodi di cura: si tratta pertanto di patologie per le quali è viepiù necessaria un'adeguata tutela sotto il profilo lavorativo;

- RARECARE

Surveillance of rare cancers in Europe (www.rarecare.eu), per mezzo del quale si tenta anche di elaborare una specifica definizione di "cancro raro" ed una lista di questi tipi di tumore.

Passando alla situazione dei singoli stati, solo per fare alcuni esempi, il governo tedesco si avvale dei Registri del Robert Koch Institute e di undici registri dei vari Länder coinvolti. In Lituania già dal 1957 esiste un Registro presso l'università della capitale,

dove sono elaborati i dati raccolti dall'Istituto Nazionale d'Oncologia, luogo deputato alle cure di circa la metà dei malati di cancro della repubblica baltica.

L'Austria pure si è dotata dei Registri, in forza dell'Atto sulle statistiche del cancro del 1969 e dell'Ordinanza sulle statistiche del cancro del 1978. In Italia, gli studi nell'ambito del programma ITA-CARE, che si avvale dei Registri regionali e di quello nazionale, hanno permesso considerevoli progressi nella ricerca. Il Registro ungherese è stato istituito nel 2000 e, con la messa in luce di aspetti prima ignoti sull'incidenza delle patologie, ha consentito campagne informative mirate e la conseguente diminuzione del tasso di mortalità.

Gli studi effettuati a partire dai dati dei Registri Tumori hanno messo in evidenza aspetti significativi sul piano lavoristico con riguardo all'incidenza di queste malattie. Ad esempio, coloro che svolgono lavori manuali e i disoccupati paiono essere molto più colpiti rispetto a chi è occupato in attività di carattere intellettuale (Germania).

Nei Paesi europei, l'obiettivo di ridurre il tasso di mortalità dovuta a patologie oncologiche entro il 2012 e di migliorare la qualità della vita dei pazienti è quello che ha motivato l'indizione di un gran numero di piani d'azione e strategie, come il Piano olandese per la Lotta al Cancro, del 2007. Il Dipartimento per la Salute del Regno Unito ha avviato una riforma, da completare in un quinquennio, per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle neoplasie.

L'Estrategia en cancer del Sistema Nacional de Salud spagnolo contempla ricerche ed elaborazioni di dati, nonché un cospicuo investimento economico per programmi di prevenzione e di tutela sanitaria. Il governo svedese dal 2002 lavora ad un Piano unitario d'azione per la prevenzione sui luoghi di lavoro, la riabilitazione lavorativa dopo la malattia e la ricerca, con il fine, tra gli altri, di dimezzare, rispetto all'anno di avvio del Piano, entro il 2008 le assenze dal lavoro per malattia. In Lituania,

quindici anni fa è iniziata una campagna di studio, ricerca e controllo sulle patologie, comprese quelle neoplastiche, in ambiente lavorativo, nella quale è parte attiva il Ministero della Sicurezza Sociale e del Lavoro; la registrazione dei casi specifici di malattia avviene a cura del Servizio Statale di Salute Pubblica, in base a varie norme, prima fra tutte la Legge sulla Sicurezza sul Lavoro del 1993. La Risoluzione ungherese 46/03 ha fornito da fondamenta per il "Piano Decennale di Salute" (*Johan Béla Programme*) per il miglioramento delle aspettative di vita dei cittadini e l'attenuazione delle disuguaglianze sul piano sanitario. Inoltre, in Ungheria il governo nel 2006 ha dato il "la" al Programma Nazionale di Controllo del Cancro per l'adozione di misure concrete di contrasto alla mortalità per tumore, di screening di massa e di diagnosi precoce. Del 2002 è invece il Piano nazionale danese contro il cancro.

Rilevanti sono anche le attività di sostegno alla ricerca e alla cura messe in opera dalle amministrazioni locali, nei vari Paesi considerati. In Svezia, la Contea di Stoccolma si occupa direttamente della prevenzione e dell'accesso alle cure per i cittadini: la legge, infatti, dispone che in ciascun consiglio di contea vi sia un comitato consultivo per i malati che abbisognano di specifici servizi. In Italia, il Comune di Milano si mostra particolarmente ed attivamente coinvolto in numerose iniziative per la tutela dei lavoratori in caso di patologie oncologiche. In Austria, il Land di Vorarlberg ha preso parte fin dal 1985 al programma "CINDI" (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme) per la cooperazione tra Paesi industrializzati nella a patologie come il cancro.

Sul fronte delle cure palliative si rinviene pure un grosso sforzo a livello delle comunità locali: in Danimarca sono le Regioni ad avere l'obbligo di erogare questi trattamenti presso gli ospedali e di provvedere alla costruzione degli *hospice* per i malati terminali, mentre in Romania il movimento per le cure palliative si è imposto a partire da una mobilitazione "di

base" iniziata presso l'Hospice Casa Sperantei di Brasov.

Solo l'impegno congiunto delle varie strutture impegnate nella prevenzione, nella cura e nel sostegno dei malati oncologici possono portare a risultati proficui nella lotta contro la malattia.

Spesso manca un piano comune nazionale che sia partecipato dalle strutture sanitarie, pubbliche o private che siano, in sinergia con le strutture amministrative che operano a tutela dei malati, e specificamente di quelli che lavorano.

Un riferimento e un modello significativo è fornito in proposito dallo stato finlandese: questo infatti è riuscito a superare quella frammentazione di ruoli e di risultati così diffusa in altri Paesi. Ogni struttura medica, assicurativa e previdenziale, ancorché privata, in Finlandia è tenuta per legge a collaborare - nell'interesse primario della lotta alla malattia - al monitoraggio di ogni possibile fattore originante il cancro. I risultati sono sorprendenti, contribuendo in tal modo alla formazione di un prezioso materiale informativo a cui ogni residente può accedere e conferendo un aiuto ineguagliabile alla ricerca scientifica. Anche l'esempio della Svezia è degno di nota: dal 2001, infatti, è operativo il FAS (Swedish Council for Working Life and Social Research), il cui ruolo è quello di accrescere le conoscenze relative alla vita lavorativa, promuovendo la ricerca di base e diffondendo l'informazione scientifica.

Tra un Paese e l'altro, e anche all'interno dei diversi confini nazionali, si riscontrano poi profonde differenze in ordine alla percezione dell'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce della patologia oncologica. Sovente è la stessa organizzazione amministrativa di uno stato a creare delle disparità di trattamento tra i residenti di una zona rispetto a quelli di un'altra, diversificando sul territorio l'offerta di servizi medici e sociali. Molto spesso, questo problema di tipo organizzativo va ad aggiungersi a forti differenze culturali esistenti tra zone diverse del medesimo Paese e diviene così una concausa di sporadici picchi di incidenza della malattia. In Roma-

nia, ad esempio, questa criticità è molto evidente nelle zone rurali, dove sono diffusi pregiudizi e informazioni errate, soprattutto fra le donne - senza contare che a questo, purtroppo, si aggiunge la carenza di adeguate strutture capaci di poter effettuare diagnosi tempestive. In Ungheria - per citare un altro caso - sono ancora forti le differenze culturali tra le varie etnie stanziate nel territorio. La Spagna, invece, rappresenta un esempio positivo delle considerazioni qui esposte: In Navarra, Regione che per prima ha adottato lo *screening* di massa, la riduzione della mortalità è quasi quadrupla rispetto a quella di aree che hanno dato inizio alle campagne di prevenzione solo in un momento successivo. In altri Paesi, come in Finlandia per l'operato della Cancer Society, ci si sta prodigando per eliminare tali differenze, attraverso massicce campagne informative proprio nelle zone che risultano meno attente a questi aspetti della questione "cancro".

Come si è detto, nei vari Paesi presi in esame, in piena attuazione delle direttive comunitarie sul tema, esiste, sebbene in forma più o meno strutturata, una normativa sulla protezione dei lavoratori contro i rischi da esposizione agli agenti cancerogeni.

È inoltre diffusa la previsione di una particolare tutela previdenziale per quei lavoratori che abbiano contratto il cancro per motivi lavorativi. Non altrettanto diffusa, invece, è la possibilità di dimostrare l'esistenza del nesso di causalità tra tale esposizione e la contrazione della malattia.

Innovativa, in questo senso, è la legislazione in materia vigente in Germania: essa riconosce la corresponsione delle dovute indennità in tutti i casi in cui fondate basi scientifiche stabiliscono una correlazione tra malattia e tipologia lavorativa, indipendentemente dalle concause ambientali. Anche la Lituania, attraverso lo sforzo congiunto del Ministero del Lavoro e della Sicurezza Sociale e del Servizio Nazionale di Salute Pubblica, ha dato avvio ad una forte campagna di ricerche e di controlli, per individuare il nesso causale

tra luoghi di lavoro e patologie oncologiche. Particolarmente meritevole è, inoltre, l'iniziativa adottata dall'Ungheria: la compilazione, da parte dei pazienti, di questionari diffusi su tutto il territorio nazionale, ha permesso di evidenziare numerosi collegamenti tra patologie tumorali e sostanze usate negli ambienti di lavoro. Anche in Italia sono ormai riconosciute le correlazioni esistenti tra l'esposizione a certe sostanze ed alcune patologie tumorali, ma la giurisprudenza è spesso altalenante sul ruolo attribuito alle concause ambientali, per cui non può ancora darsi, purtroppo, il riconoscimento automatico del nesso di causalità ammesso in Germania. Va aggiunto, per finire, che, come si è avuto modo di sottolineare in precedenza, il lavoratore colpito

dal cancro si trova spesso ad essere vittima di comportamenti persecutori sul luogo di lavoro, il c.d. mobbing. Questo lavoratore è infatti un dipendente spesso indesiderato, per gli oneri economici che può comportare per l'impresa e per il disagio psicologico suscettibile di prodursi tra i colleghi, una volta messi al corrente della situazione d'infermità.

Fortunatamente in più di uno Stato si sono già presi provvedimenti di carattere legislativo o amministrativo in questo senso.

In Svezia, solo per citare un caso, nel 1993, il Consiglio nazionale della sicurezza e della salute sul lavoro ha emanato le Disposizioni relative alle misure da adottare contro forme di persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro,

ponendo in capo al datore di lavoro la responsabilità di creare condizioni di lavoro ottimali e indicando quale forma di prevenzione del fenomeno la partecipazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti. Si è trattato della prima citazione del mobbing in un testo di legge. Altri Paesi hanno seguito o stanno seguendo l'esempio svedese.

Rosa Rubino

*Scuola internazionale di dottorato
in Diritto delle relazioni di lavoro*

Isabella Spanò

*Scuola internazionale di dottorato
in Diritto delle relazioni di lavoro*

*Università degli Studi
di Modena e Reggio Emilia*

Approfondimenti e documentazione

Per ulteriori approfondimenti si veda il sito www.fmb.unimore.it, **Indice A-Z**, voce **Patologie oncologiche e lavoro**.

Di seguito i recenti aggiornamenti:

Documentazione comunitaria

10 aprile 2008 - Risoluzione del Parlamento europeo sulla lotta al cancro nell'Unione Europea allargata

25 ottobre 2006 - Risoluzione Parlamento europeo

5 giugno 2003- Risoluzione del Parlamento europeo sul cancro al seno nell'UE

29 giugno 2002 - Oslo - Dichiarazione congiunta sui diritti dei malati di cancro

4 febbraio 2000 - Carta di Parigi, sottoscritta durante il Vertice mondiale contro il cancro per il Nuovo Millennio

Contrattazione collettiva - relazioni industriali

2008 - Estratto del contratto integrativo di R&CW - Residential & Commercial Water Division Fluid Technology Group - ITT Corporation

Studi ricerche e percorsi di lettura

Ottobre 2008 - LILT Un'indagine retrospettiva sul costo del tumore al seno per le famiglie, Campagna Nastro Rosa

Novembre 2007 - Macmillian Cancer support - Working through cancer

ASSOCIAZIONE PER GLI STUDI INTERNAZIONALI E COMPARATI SUL DIRITTO DEL LAVORO E SULLE RELAZIONI INDUSTRIALI

Direttore

Michele Tiraboschi

Redazione

Marouane Achguiga; Carmen Agut Garcia; Francesco Basenghi; Eliana Bellezza; Tiziana Bellinvia; Chiara Bizzarro; William Bromwich; Giuliano Cazzola (*senior advisor*); Alessandro Corvino; De Vita Paola; Lorenzo Fantini; Rita Iorio; Simona Lombardi; Stefano Malandrini; Flavia Pasquini; Niccolò Persico; Pierluigi Rausei; Alberto Russo; Olga Rymkevitch; Anna Maria Sansoni; Simone Scagliarini; Iacopo Senatori; Carlotta Serra; Silvia Spattini; Chiara Todeschini.

Coordinatore di redazione

Marina Bettoni

La documentazione è raccolta in collaborazione con:

CISL – Dipartimento del mercato del lavoro

CONFCOMMERCIO – Servizio sindacale

CONFINDUSTRIA – Ufficio relazioni industriali e affari sociali

UIL – Dipartimento del mercato del lavoro

La giurisprudenza di merito è raccolta in collaborazione con:

Assindustria Genova

Associazione Industriale Bresciana

Associazione Industriali della Provincia di Vicenza

Confindustria Bergamo

Unione degli Industriali della Provincia di Pordenone

Unione degli Industriali della Provincia di Treviso

Unione degli Industriali della Provincia di Varese

Unione Industriale Torino

Soci ADAPT

Abi; Adecco; Agens; Ali S.p.A.; Ancc-Coop; Ance; Assaereo; Associazione Industriali della Provincia di Vicenza; Assolavoro; Banca Popolare Emilia Romagna; Barilla G.e.R. F.Ili S.p.A.; Cisl; Cna Nazionale; Cna Modena; Comune di Milano; Confapi; Confartigianato; Confcommercio; Confcooperative-Elabora; Confindustria; Confindustria Bergamo; Confsal; Coopfond-Legacoop Nazionale; CSQA Certificazioni S.r.l.; Electrolux-Italia S.p.A.; Esselunga S.p.A.; Fastweb; Federalberghi; Federdistribuzione; Federmeccanica; Filca-Cisl; Fipe; Fondazione Studi-Consulenti del Lavoro; Générale Industrielle S.p.A.; GEVI S.p.A.; Gruppo Cremonini S.p.A.; Il Sole 24 Ore; Inail; Inps; Italia Lavoro S.p.A.; Legacoop Emilia Romagna; Manutencoop; Metis S.p.A.; Micron Technology Italia S.r.l.; Movimento Cristiano Lavoratori; Obiettivo Lavoro; Poste italiane S.p.A.; Provincia di Verona; Randstad Group Italia S.p.A.; Telecom S.p.A.; Ugl; Uil; Umana S.p.A.; Unindustria Bologna; Unindustria Treviso; Vedior.