

Libera Università Internazionale degli  
Studi Sociali Guido Carli

LUISS

PREMIO TESI D'ECCELLENZA

# Il Diversity Management e l'inclusione dei malati cronici in azienda

Eleonora Veltre

**1** 2018-2019

Libreria Universitaria Internazionale  
degli Studi Sociali Guido Carli

LUISS

Working paper n. 1/2018-2019

Publication date: november 2020

*Diversity Management e l'inclusione dei malati cronici in azienda*

© 2020 Eleonora Veltre

ISBN 978-88-6105-594-0

This working paper is distributed for purposes of comment and discussion only.  
It may not be reproduced without permission of the copyright holder.

LUISS Academy is an imprint of  
LUISS University Press – Pola Srl  
Viale Pola 12, 00198 Roma  
Tel. 06 85225485  
e-mail [lup@luiss.it](mailto:lup@luiss.it)  
[www.luissuniversitypress.it](http://www.luissuniversitypress.it)

*Editorial Committee:*

Leonardo Morlino (chair)

Paolo Boccardelli

Matteo Caroli

Giovanni Fiori

Daniele Gallo

Nicola Lupo

Stefano Manzocchi

Giuseppe Melis

Marcello Messori

Gianfranco Pellegrino

Giovanni Piccirilli

Arlo Poletti

Andrea Prencipe

Pietro Reichlin

# **Il Diversity Management e l'inclusione dei malati cronici in azienda**

Eleonora Veltre

## **Abstract**

In recent decades, companies are challenged by a growing heterogeneity for what concern their workforce composition. Specifically, seems to be crucial to give due consideration to the need of people to feel respected and not discriminated within the workplace, in order to work in a welcoming environment and to perceive a climate of inclusion. Indeed, over the years, there has been the dissemination of a new concept of diversity, considered in a broad sense within organizations, including dimensions not yet explored, such as chronic disease. Therefore, diversity is not regarded as something to be avoided or even fought but rather something to be valued through a real Diversity Management process. The priority of this topic across the business landscape, is underlined by the evidence that in Italy, as in other countries, health expenditure for chronic diseases is very high: it amounts to about 67 billion euros and according to forecasts in 2028 it will reach 71 billion euros. Furthermore, 24 million Italians suffer from a chronic disease, a number that is even expected to increase in the coming years (National Observatory on Health in the Italian Regions, 2019).

This thesis aims to analyze the impact of chronic disease in people's lives, as well as to investigate the management and influence of the disease in the workplace. This research demonstrates how an environment perceived as inclusive and which pays attention to relevant matter such as management of chronic illness, favors the disclosure of employees own health condition to their supervisors and it consequently increases their commitment and well-being.

The approach pursued seems to paves the way to be able to preserve professional activity despite a chronic pathological condition, but it is demanding and requires effective communication between the different actors involved - employee, supervisor, HR function, colleagues - to find shared solutions through cooperation.

# 1. Il Diversity Management e la malattia cronica

## 1.1 Cos'è il Diversity Management?

Il concetto di diversità inizia ad essere promosso e sperimentato in modo concreto tra la fine degli anni Sessanta e Settanta negli Stati Uniti, come risposta alla domanda di uguaglianza da parte di alcuni movimenti sorti in tale periodo storico. Nello stesso periodo iniziano a diffondersi le politiche di *affirmative action*. Le azioni positive hanno l'obiettivo di garantire pari opportunità di lavoro a tutti, assumendo "determinate quote di lavoratori appartenenti a minoranze, in risposta alle esigenze del legislatore" (Profili & Innocenti, 2012, p.375). Tali strumenti non sono stati esenti da critiche nel corso degli anni e le reazioni negative nei confronti di tali politiche hanno portato a quella che viene definita come discriminazione al rovescio. Si ritiene, infatti, che tali azioni minino la giustizia sociale, favorendo le minoranze a spese dei gruppi dominanti.

Con il passare degli anni comincia a maturare una nuova consapevolezza rispetto al tema della diversità. Si inizia, infatti, a pensare alla diversità non come qualcosa da evitare o addirittura combattere, ma da valorizzare. Il passaggio dalle *affirmative action* al Diversity Management (DM) è segnato proprio dal cambiamento della promozione della diversità, prima basata su un punto di vista meramente politico ora sulla gestione delle risorse umane. Il DM non si limita alla mera conformità legale, come accade con le azioni positive, ma presuppone una partecipazione attiva da parte delle organizzazioni nella creazione di una cultura che valorizzi e apprezzi le differenze.

I trend principali che hanno contribuito allo sviluppo sempre più diffuso del DM sono: l'aumento della presenza femminile nel mercato del lavoro a seguito di un indebolimento del carico di lavoro domestico, la globalizzazione e l'aumento dei flussi migratori che hanno portato alla presenza di lavoratori di nazionalità diversa con background culturali differenti, l'allungamento della vita media che prevede la compresenza di diverse generazioni con valori e prospettive diverse e il cambiamento degli stili vita con una crescente importanza del work-life balance e di forme di lavoro flessibili (Cocozza, 2009).

I vantaggi dei programmi di Diversity Management promossi dalle organizzazioni possono essere suddivisi in due macro-categorie: morali ed economici (Carmignano, 2010). I primi sono quelli che più impattano sul capitale umano, pertanto favorendo un ambiente di lavoro inclusivo in cui il singolo è motivato ad esprimere appieno le proprie potenzialità, vi è un miglioramento del clima organizzativo e dei rapporti tra i dipendenti. L'accesso a nuovi gruppi di lavoratori consente alle organizzazioni di poter godere dei benefici economici. Una forza lavoro diversificata e soddisfatta permette di diminuire i costi, in quanto, si riducono ad esempio i tassi

di assenteismo e i costi di turnover. Inoltre, le imprese che rispecchiano meglio la moltitudine di interlocutori a cui si rivolgono riescono a intercettare in anticipo le migliori opportunità di mercato implementando politiche di marketing più efficaci, capaci di rispondere a una clientela anch'essa diversificata. L'integrazione dei benefici morali ed economici attraverso il Diversity Management crea, secondo Cox e Blake (1991), un sistema più flessibile che permettere di reagire ai cambiamenti ambientali più velocemente e a costi inferiori arricchendo l'organizzazione con contributi nuovi ed originali.

I diversi orientamenti alla diversità, considerati in questo elaborato tengono conto del passaggio dai gruppi sociali all'individuo, della dimensione dell'azienda che mette in atto la strategia di Diversity Management e del grado di apertura alla globalizzazione. Nell'approccio centrato sui gruppi sociali, la diversità è gestita in maniera collettiva prevedendo delle iniziative organizzative rivolte a tutta la popolazione aziendale permettendo ad ognuno di dare il meglio di sé ogni giorno, valorizzando il talento. La dimensione aziendale assume un ruolo importante nella gestione della *diversity*. Non è un caso che le esperienze di maggior successo e innovazione siano attribuite, da numerosi studi, a gruppi di grandi dimensioni. Per le piccole e medie imprese è sicuramente più difficile promuovere la diversità, in quanto, la dimensione aziendale pone dei vincoli in tema delle risorse necessarie per l'implementazione di progetti ad hoc. Oltre alla dimensione aziendale anche il grado di apertura alla globalizzazione è una variabile importante che influenza l'atteggiamento dell'organizzazione verso la diversità. Le multinazionali, essendo presenti in diversi Paesi, hanno una maggiore consapevolezza dell'importanza dei fattori che hanno e stanno cambiando tutt'ora il tessuto sociale e di conseguenza il mondo del lavoro. Al contrario, le organizzazioni con una scarsa apertura internazionale sono molto scettiche nel volersi avvicinare alla diversità, infatti, alcune la percepiscono come un fattore irrilevante, altre come un problema (Tosi & Pilati, 2008).

Le percezioni condivise dai vari membri dell'azienda, riguardo le varie forme di discriminazione sul posto di lavoro, definiscono il concetto di *diversity climate*. La sfida della diversità sta nel creare le condizioni organizzative e culturali che permettano di abbattere le barriere e di massimizzare la capacità di migliorare la performance delle persone e delle aziende (Buemi et al, 2016).

## **1.2 La gestione delle diversità nelle organizzazioni**

Molteplici sono le forme di diversità, che nel tempo sono state oggetto dell'interesse letterario e organizzativo, come la diversità culturale ed etnica, di genere, di età e di orientamento sessuale.

La diversità culturale ed etnica esiste quando in un gruppo o in un'organizzazione convivono, rispettivamente, persone con distinti background culturali e persone appartenenti a diversi gruppi etnici, che portano a una differente visione della realtà circostante (Cox,1994).

Adler (1980) sostiene che un sistema sinergico di gestione della diversità culturale rappresenti il modello al quale tutte le organizzazioni dovrebbero tendere. Tale sistema consente di percepire la diversità come una risorsa fondamentale per lo sviluppo dell'impresa e consente alle persone di aggiungere valore alla cultura organizzativa senza rinunciare alla propria.

Il tema delle differenze di genere ha radici economiche e sociali lontane; per molti anni il problema principale per le donne è stato il loro limitato accesso al mondo del lavoro. L'elemento fondamentale di cui si sono avvalse molte teorie economiche per spiegare il *gender gap*, è l'impatto del lavoro domestico e della cura dei figli nelle scelte di investimento del capitale umano da parte delle donne. Quando le donne entrano nel mercato del lavoro lo fanno part-time o in lavori a tempo pieno meno impegnativi e meno remunerativi rispetto a quelli degli uomini. In questo modo si viene a creare un mercato del lavoro segregato. La tendenza a considerare alcuni lavori o ruoli organizzativi più adatti alle donne e altri agli uomini ha alimentato il fenomeno della cosiddetta "segregazione occupazionale" (Blackburn et al, 2002). Nonostante siano stati attuati diversi interventi legislativi al fine di limitare la segregazione del mercato del lavoro (ad esempio la Legge 120/2011, cosiddetta Golfo-Mosca), è necessario un profondo cambiamento prima nella sfera culturale e sociale per poter agire, in seguito, in quella legale e lavorativa.

Le persone lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT) vivono da tantissimo tempo discriminazioni e molestie sul luogo di lavoro, ma solo recentemente si è reso evidente un notevole aumento della ricerca circa la relazione tra il mondo del lavoro e l'orientamento sessuale. Anche in questo caso, però, nonostante le numerose politiche (ad esempio la direttiva europea 2000/78/CE<sup>1</sup>) volte a scoraggiare la discriminazione e incoraggiare una maggiore apertura, la comunità LGBT è ancora stigmatizzata tanto nel mondo del lavoro quanto in quello sociale.

Nella società odierna il concetto di *ageism* (o discriminazione basata sull'età) è più ampio rispetto al passato. Sono diffusi, all'interno delle organizzazioni, pregiudizi, stereotipi e successivi comportamenti discriminatori nei confronti di tutte le fasce di età, pensando che si possa essere troppo giovani o troppo vecchi per svolgere un determinato compito, ricoprire un

---

<sup>1</sup> "La direttiva sulla parità di trattamento in materia di occupazione (direttiva 2000/78 / CE del Consiglio (27.11.2000)) vieta sia la discriminazione diretta che quella indiretta fondata sull'orientamento sessuale-comprese molestie, vittimizzazione e istruzioni di discriminazione- nel settore privato e pubblico, nel lavoro e nell'occupazione" (*European Union Agency for Fundamental Rights*, 2009, p.25).

incarico o ottenere una promozione (Kunze, Boehm, e Bruch, 2011). Il cambiamento nella struttura demografica segnato soprattutto da un progressivo invecchiamento della popolazione, evidenziato in tutti i Paesi sviluppati, impone che venga data la giusta considerazione da parte delle istituzioni e delle aziende al tema dell'*age diversity*.

Negli anni la configurazione data al concetto di disabilità è cambiata molto. In tempi passati la persona diversamente abile veniva identificata come peccatrice, macchiata di una colpa infondata. In seguito, con il progresso della medicina inizia a prendere piede l'idea che la gestione delle persone con una disabilità sia una responsabilità solo dei medici in grado di poterle fare stare meglio, limitando i problemi da affrontare quotidianamente. L'accrescere della sensibilizzazione nel campo dei diritti umani e civili ha creato un interesse internazionale e nazionale da parte delle società, collocandosi tra gli attori principali nella lotta per la discriminazione subita dalle persone disabili (Andrich, Bucciarelli, Liverani et al.,2009). Alcune organizzazioni hanno iniziato a comprendere l'importanza dell'inserimento e dell'inclusione del dipendente disabile, andando oltre la mera coercizione giuridica attraverso un processo strutturato di gestione della disabilità: il *Disability Management*. Tale processo include pratiche che riconoscano il contributo delle persone disabili e che permettano di rimuovere le barriere e gli ostacoli che non consentono alle persone di esprimere appieno il proprio potenziale.

### **1.3 Una dimensione della diversità: la malattia cronica**

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (2005) ha definito la malattia cronica come una patologia permanente con un livello di disabilità variabile. Le malattie croniche più diffuse sono:

- cardiopatie;
- ictus;
- tumori;
- malattie respiratorie croniche;
- diabete;
- artrosi/artrite;
- osteoporosi.

Le cause principali delle malattie croniche si possono suddividere in fattori di rischio modificabili (alimentazione scorretta, assenza di attività fisica, consumo di tabacco) e non modificabili (età ed ereditarietà). Inoltre, i principali fattori impliciti che impattano sulla diffusione delle malattie croniche sono: la globalizzazione, l'urbanizzazione e

l'invecchiamento della popolazione. Sicuramente la globalizzazione ha permesso l'avvento delle tecnologie moderne anche nel sistema sanitario, ma ha portato all'aumento del consumo di cibi poco salutari e molto spesso già pronti in quanto si ha minor tempo a disposizione per poter preparare i pasti. La crescente urbanizzazione ha spinto i lavoratori verso lavori più sedentari scoraggiando le persone a muoversi a piedi o in bicicletta, riducendo quindi lo svolgimento dell'attività fisica. Infine, con il progressivo invecchiamento della popolazione è aumentata la diffusione delle malattie croniche, in quanto, l'impatto dei fattori di rischio cresce con il passare degli anni (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2005). A differenza degli altri tipi di diversità come età, etnia e genere, la malattia cronica rappresenta una particolare dimensione, in quanto, è incerta e imprevedibile. Per ogni diagnosi possono esserci molteplici sintomi e mentre per alcuni individui la malattia progredisce rapidamente per altri, i sintomi si sviluppano lentamente. Per di più la maggior parte delle persone che convive con una malattia cronica alterna momenti in cui i sintomi aumentano o diminuiscono a scatti, variando ogni giorno sia nell'entità che nel momento della manifestazione. Nonostante per ciascuna persona possano esserci dei momenti di forte variabilità dell'impatto della malattia cronica sulla propria attività lavorativa, le organizzazioni devono impegnarsi nel progettare pratiche e soluzioni organizzative che siano in grado di recepire tali esigenze nel modo più ampio

## **2. Convivere con una malattia cronica**

### **2.1 L'impatto della malattia cronica nella vita delle persone**

La malattia cronica rappresenta un passaggio "indesiderato" ed in alcuni casi inaspettato della propria vita, capace di influenzare la capacità di lavorare e i percorsi di carriera dei dipendenti. La teoria di Bury (1982) rispetto alla scoperta della malattia cronica come una frattura biografica è esplicativa di come la diagnosi rappresenti il momento in cui si produce una rottura radicale nella vita dell'individuo, che richiede una riformulazione dei valori fondamentali e delle priorità.

### **2.2 Il dilemma della *disclosure***

Dopo aver ricevuto la diagnosi la persona malata si trova di fronte ad un bivio, in quanto, non sa se rivelare la propria patologia alla famiglia, agli amici e sul posto di lavoro e valuta quali possano essere i rischi e i benefici di tale scelta. "L'atto di rivelare informazioni personali su sé stessi a un altro", è così che viene definita la *self-disclosure* da Collins e Miller (1994, p.457). La scelta di rivelare o meno la propria malattia è una decisione complessa ed è influenzata da molti fattori come "lo stigma, il tipo e la gravità della malattia e l'accesso al supporto" (Munir,



Leka & Griffiths, 2005, p. 1398). Attraverso uno studio sui malati di artrite, condotto da Gignac e Cao (2009), è stato dimostrato come il supporto dei colleghi sia correlato ad un minor numero di interruzioni del lavoro, ad un maggior aiuto nello svolgimento delle attività lavorative nonché ad una minore probabilità di ridurre le ore di lavoro. Inoltre, il supporto percepito dai propri capi è associato a minor stress sul posto di lavoro. Tali risultati esplicitano l'importanza di un contesto lavorativo che sappia gestire in maniera adeguata le persone che si ritrovano a vivere un momento di difficoltà piuttosto che lasciarle alla deriva, cogliendo in tal modo i benefici della *disclosure*. Quest'ultima, infatti, consente di acquisire una maggiore consapevolezza da parte delle persone di cosa significhi affrontare la malattia, ma anche di prevedere, da parte dell'organizzazione, cambiamenti appropriati (*work adjustment*) che possano aiutare e facilitare i dipendenti malati nello svolgimento delle attività lavorative come la riduzione delle ore e del carico di lavoro e gli adattamenti degli spazi fisici dell'ambiente di lavoro (Munir et al. 2005).

### **2.3 Il trauma del distacco e il ritorno al lavoro dopo la malattia**

Un ulteriore importante decisione che deve essere considerata dalle persone con una malattia cronica riguarda il ritorno a lavoro dopo un periodo di distacco e quest'ultima dipende da numerosi elementi. In particolare, Kennedy et al. (2007) hanno individuato quattro fattori che influenzano maggiormente la decisione della persona malata di ritornare al lavoro durante o dopo il trattamento:

1. situazione economica;
2. desiderio di normalità;
3. salute fisica;
4. influenza del lavoro.

Per quanto attiene al primo fattore, in alcuni casi, la volontà di poter continuare ad essere autonomi dal punto di vista economico e di poter garantire stabilità alla propria famiglia rappresenta la ragione prioritaria del ritorno al lavoro. Un'altra ragione che incoraggia e spinge le persone a ritornare al lavoro è il desiderio di normalità e la possibilità di distrarsi dalla fatica della malattia e del trattamento. Un importante elemento è la rete dei rapporti sociali sul posto di lavoro che consente alle persone di sentirsi meglio emotivamente e di sentirsi meno sole nell'affrontare la malattia.

Per quanto concerne il terzo fattore, spesso, "convivere" con alcune malattie croniche è estenuante e talvolta le persone che si ritrovano in tale situazione non hanno le forze necessarie per tornare al lavoro. L'affaticamento, infatti, è considerato un sintomo molto invalidante per la gestione concomitante della vita lavorativa e della malattia (Swain, 2000).

L'ultimo fattore considerato è l'influenza del lavoro nella vita della persona malata. In alcuni casi, il sentimento di responsabilità e lealtà nei confronti del proprio impiego incoraggia le persone a ritornare al lavoro. In altri, invece, le persone si sentono costrette a tornare sul posto di lavoro anche durante il trattamento per paura di poter perdere per sempre la propria occupazione.

La paura di non riuscire più ad avere lo stesso livello di abilità e performance sul posto di lavoro genera sentimenti di ansia e preoccupazione nei lavoratori con una patologia cronica, soprattutto se i datori di lavoro e i colleghi si aspettano che i lavoratori malati tornino alla normalità in tempi brevi. Inoltre, la variabilità dei sintomi della malattia cronica rende difficile la pianificazione della propria carriera e in taluni casi, l'obiettivo di raggiungere il successo è superato dalla volontà di raggiungere gli obiettivi personali. Nello studio di Beatty (2012) sono stati messi in luce quattro percorsi di carriera maggiormente diffusi per chi affronta la malattia cronica:

1. *plateauing*: tale percorso di carriera fa riferimento alla situazione in cui la persona rimane nello stesso ruolo per così tanto tempo che l'avanzamento professionale sembra improbabile. Coloro che hanno una malattia cronica sono consapevoli del fatto che la loro condizione rende ancora più complessa la competizione con chi non si trova ad affrontare la malattia e la discriminazione ostacola e rallenta la progressione di carriera.
2. *redirecting*: il reindirizzamento verso un altro tipo di lavoro è il percorso maggiormente intrapreso dalle persone che si trovano nelle fasi iniziali della propria carriera, in quanto, dopo aver scoperto di avere una malattia cronica cambiano la loro formazione professionale per far fronte ai futuri ostacoli percepiti per la propria carriera. Nelle fasi già avanzate di carriera, la modifica del percorso intrapreso è più difficile a causa degli investimenti specifici di formazione già effettuati in precedenza.
3. *retreating*: questo percorso di carriera prevede una diminuzione dell'impegno lavorativo attraverso la riduzione delle ore e/o delle attività da svolgere, in quanto, le persone non hanno le energie sufficienti per sostenere il ritmo di lavoro troppo intenso.
4. *self-employment*: sono poche le persone che decidono di intraprendere la strada del lavoro autonomo, ma ci sono dei casi in cui gli individui rinunciano al lavoro tradizionale, poiché, l'esperienza della malattia li spinge a ricercare una maggiore flessibilità e autonomia.

## **2.4 Implicazioni organizzative e nuove pratiche per la gestione della malattia cronica**

Le politiche di *job accommodation* rappresentano il primo intervento di *job retention* (Allaire et al., 2003) in quanto, hanno come obiettivo principale quello di rimuovere le barriere allo

svolgimento del lavoro (*work limitations*), che incidono sia sulla diminuzione della consapevolezza delle proprie abilità lavorative che sulla soddisfazione personale (Varva, 2014). Nella messa a punto di nuove pratiche per la gestione della malattia cronica bisogna tenere in considerazione diversi fattori legati ai cambiamenti e alla recente evoluzione del mercato del lavoro, in termini di nuove tipologie contrattuali e di nuovi modi di lavorare, dell'impatto della tecnologia e dell'importanza del work-life balance e del *wellness at work*.

Il dirompente progresso delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) ha cambiato il modo di lavorare, sempre più orientato alla flessibilità e all'autonomia. Con le nuove tecnologie vengono messi in discussione due pilastri del lavoro tradizionale: spazio e tempo. Il lavoro può essere svolto ovunque e non per forza in azienda o negli uffici e in qualunque momento si voglia, basta avere una connessione e l'accesso a database comuni (Gabrielli, 2017). Tutto ciò apre nuove possibilità di lavoro per tutte le persone che sono impossibilitate a recarsi a lavoro a causa delle proprie condizioni di salute. In particolare, il telelavoro è considerato come un nuovo modo di lavorare in grado di fornire notevoli benefici e vantaggi rispetto alla gestione concomitante della vita lavorativa e della malattia.

Diversi studi (Johns, 2010; Baicker et al., 2010; Mattke et al., 2013), dimostrano come politiche di *wellness at work* strutturate e di lungo termine portino dei benefici in termini di maggiore produttività e fidelizzazione della propria forza lavoro, aumento di *retention* e diminuzione dell'assenteismo e per di più degli effetti negativi dovuti al cosiddetto *presenteeism*, ossia la presenza a lavoro nonostante la persona sia malata. I futuri interventi, dunque, per la gestione della complessa relazione tra malattie croniche e lavoro devono essere incentrati sulla persona in quanto tale e non su cosa essa non può più fare, valorizzando e salvaguardando il contributo che può continuare a dare alla propria azienda.

### **3. La diversità e l'inclusione dei malati cronici in Enel**

Il presente lavoro si propone, attraverso un'analisi empirica, di analizzare il ruolo della divulgazione della propria malattia sul posto di lavoro nella relazione tra un ambiente di lavoro inclusivo in cui ogni dipendente è in grado di realizzare il proprio potenziale e massimizzare il proprio contributo (*diversity climate*) e le dimensioni che probabilmente favoriscono il benessere dei dipendenti malati (*well being*) e il loro *commitment* nei confronti dell'azienda (*affective commitment*).

In particolare, la ricerca ha riguardato i dipendenti di un'importante azienda multinazionale italiana, operante nei settori dell'elettricità e del gas: Enel. Accanto all'attenzione verso forme più tradizionali di diversità, quali la diversità di genere, culturale e di età, l'azienda ha deciso

di approfondire un tema di frontiera quale è per l'appunto la malattia cronica, aderendo ad un progetto di ricerca promosso dalla Fondazione Lavoroperlapersona.

### 3.1 Il disegno della ricerca

La novità e la rilevanza dello studio consistono nell'aver coinvolto nei focus group effettuati una pluralità di attori dell'azienda come i collaboratori malati, i capi e i colleghi per acquisire, su un tema così importante, percezioni e vissuti molto eterogenei. Inoltre, l'azienda ha ritenuto opportuno estendere la partecipazione alla *survey* a tutti i colleghi di Enel in Italia.

Per indirizzare in modo più mirato la fase della rilevazione quantitativa, si è scelto di condurre prevalentemente un'analisi qualitativa attraverso diverse fonti avendo una visione più ampia dell'impegno dell'azienda a includere e supportare i dipendenti con malattie croniche. Sono state anche effettuate diverse interviste semi-strutturate con HR manager di prima e di seconda linea. L'analisi empirica, invece, ha riguardato i dati relativi solo al campione dei dipendenti malati che hanno risposto alla *survey*, ossia 1.107 collaboratori con una malattia cronica. Relativamente alle caratteristiche demografiche del campione di interesse, si evince come coerentemente con le statistiche nazionali e internazionali, anche in Enel si rileva una percentuale più elevata di malati cronici tra le persone più mature. Il 71% delle persone che ha aderito alla *survey* ha infatti un'età superiore ai 45 anni. Inoltre, prevalente è la percentuale di uomini nel campione (70%), dato che peraltro rispecchia le caratteristiche complessive dell'organico aziendale.

### 3.2 Il modello della ricerca

La ricerca si è prefissata di valutare l'impatto di un clima inclusivo e orientato alla diversità sul *well being (WB)* e *l'affective commitment (AC)* in una particolare situazione: la malattia cronica. In particolare, considerando la natura delle relazioni delle componenti, sono state formulate due ipotesi:

**Hp1)** Il clima inclusivo e orientato alla diversità influenza positivamente il *well being* e *l'affective commitment*.

**Hp2)** La *disclosure* sul posto di lavoro (ai capi, ai colleghi, agli specialisti HR), ossia la divulgazione della propria malattia, svolge un ruolo di mediazione nella relazione tra il *diversity climate* e il *well being* e il *diversity climate* e *l'affective commitment*.

### 3.3 Le misure

Il *Chronic Illness Diversity Climate (DC)* è la variabile indipendente ed è stata creata integrando due scale consolidate (McKay et al., 2008; Profili, Innocenti, Sammarra, 2017) di

rilevazione del *diversity climate* in riferimento al *gender* e all'*age* e, quindi, adattato per analizzare il clima di diversità rispetto alla situazione della malattia cronica. Questa scala è composta da cinque item (ad esempio: “Mi fido del fatto che ENEL tratti in maniera corretta le persone che come me sono affette da una patologia cronica”, “ENEL crea un contesto di lavoro positivo per persone che come me sono affette da una patologia cronica”).

Sono state incluse nel modello come variabili di controllo: le **caratteristiche demografiche** del campione considerato (genere ed età) e la **tipologia di malattia**, al fine di valutare anche l'influenza delle singole patologie rispetto alle diverse componenti del modello.

La prima variabile dipendente **Well Being** (WB) è stata creata prendendo in considerazione gli *item* della scala WRQoL, sviluppata da Van Laar et al. (2013), con l'obiettivo di analizzare la qualità della vita correlata al lavoro. Le dimensioni di interesse sono: JCS (*job and career satisfaction*), GWB (*general well-being*), HWI (*home-work interface*), SAW (*stress at work*), e WCS (*working conditions*). L'analisi fattoriale però ha mostrato come per far sì che tale costrutto sia un unico fattore, bisognasse isolare i due item della componente dello stress e considerare tutti gli altri undici item della variabile presa in considerazione in maniera unitaria (ad esempio: “ENEL offre strutture e flessibilità adeguate a conciliare il lavoro con la mia vita familiare”, “Sono soddisfatto della mia vita lavorativa”).

La seconda variabile dipendente **Affective Commitment** (AC) è stata realizzata prendendo come riferimento gli item della scala elaborata da Meyer e Allen (1996) per misurare il coinvolgimento emotivo e il senso di appartenenza di un dipendente nei confronti dell'organizzazione e degli obiettivi aziendali (ad esempio: “Mi sento emotivamente attaccato a ENEL”, “Sono orgoglioso di lavorare per Enel”).

Infine, la **Disclosure** come fattore di mediazione è composta da numerose informazioni relative a quanto le persone abbiano raccontato (0 =nulla, 1= poco, 2= in modo approfondito) sulla tipologia di patologia, i sintomi, le esigenze e l'impatto della malattia ai capi, ai colleghi e agli specialisti delle risorse umane. Sono state create, quindi, tre variabili come fattori di mediazione, ciascuna data dalla somma della *disclosure* della tipologia di patologia e delle relative esigenze ai capi, ai colleghi e agli specialisti HR. Per la costruzione delle tre variabili si è scelto di prendere in considerazione solo la tipologia e le esigenze della specifica patologia in quanto si è ipotizzato che se il dipendente non riveli di avere una malattia e quindi non divulghi la propria patologia e le conseguenti esigenze per gestire la malattia sul posto di lavoro, è più difficile che vada a fondo della sua situazione spiegando i sintomi e l'impatto.

### 3.4 La procedura di analisi

Nella fase iniziale dell'analisi è stata effettuata una prima regressione della variabile indipendente *diversity climate* sulle due variabili dipendenti *well being* e *affective commitment* per valutare l'impatto diretto di un clima inclusivo e orientato alla diversità su ciascuna delle due variabili dipendenti. Successivamente si è passati ad analizzare l'effetto di mediazione della *disclosure* nella relazione tra il *diversity climate* e le due variabili dipendenti. Per fare ciò, nella seconda fase, si è testato l'impatto indiretto del *diversity climate* sulle tre variabili di *disclosure*. La terza ed ultima fase dell'analisi, ha implicato ulteriori regressioni del *diversity climate* sulle due variabili dipendenti *well being* e *affective commitment*, ma con l'inclusione del fattore di mediazione e, quindi, della *disclosure* ai capi, ai colleghi e gli specialisti delle risorse umane. La mediazione esercitata dalla *disclosure* può essere completa o parziale. È completa quando sono rispettate le seguenti condizioni (Baron e Kenny, 1986):

- il legame descritto nella prima fase dell'analisi deve essere significativo mostrando un impatto diretto tra il *diversity climate* e il *well being* e il *diversity climate* l'*affective commitment*;
- le due componenti dell'impatto indiretto devono essere significativi nella seconda e terza fase dell'analisi, confermando l'influenza di un clima inclusivo e orientato alla diversità sulla divulgazione della malattia cronica sul posto di lavoro (ai capi, colleghi, specialisti HR) e, di conseguenza, della *disclosure* sul *well being* e l'*affective commitment*.
- il legame diretto tra *diversity climate* e *well being* e *affective commitment* non deve più essere significativo nella terza fase, dimostrando che tale relazione viene meno quando si introduce nell'analisi il fattore di mediazione della *disclosure*.

La mediazione parziale, invece, si ha quando sono soddisfatte tutte le condizioni elencate in precedenza ad eccezione, che nella terza fase il legame diretto tra *diversity climate* e *well being* e *diversity climate* e *affective commitment* rimanga significativo, ma ridotto del proprio valore.

### 3.5 Risultati

I risultati della prima fase dell'analisi, ossia dell'impatto diretto della variabile *chronic illness diversity climate* sulle due variabili dipendenti *well being* e *affective commitment* ha mostrato come in entrambi i casi, emerge una relazione positiva e significativa a dimostrazione che il costruito di un clima inclusivo e orientato alla diversità impatti positivamente sul benessere dei dipendenti esaminati e sul loro coinvolgimento emotivo nei confronti dell'azienda. I risultati della seconda fase mostrano, invece, l'impatto della variabile *chronic illness diversity climate* sul fattore di mediazione. A tal proposito, come scritto in precedenza, sono state create tre

variabili, ciascuna data dalla somma della *disclosure* della tipologia di patologia e delle esigenze ai tre diversi interlocutori considerati:

1. **DisCapTipEs:** *disclosure* tipologia patologia + *disclosure* esigenze patologia al capo;
2. **DisColTipEs:** *disclosure* tipologia patologia + *disclosure* esigenze patologia ai colleghi;
3. **DisHRTipEs:** *disclosure* tipologia patologia + *disclosure* esigenze patologia agli specialisti HR.

I risultati mostrano come vi sia una relazione significativa e positiva tra *diversity climate* e la *disclosure* della propria patologia ed esigenze ai capi. Un ambiente percepito come inclusivo e che presti attenzione a tematiche importanti come la gestione della malattia cronica nel contesto lavorativo ha favorito la divulgazione della propria condizione di salute ai propri supervisori per ricevere il supporto necessario in quanto, ad esempio, con la diffusione di un clima inclusivo e comprensivo non si ha il timore di conseguenze negative per la propria carriera. Inoltre, prendendo in considerazione anche la tipologia di malattia, attraverso la regressione, è stato dimostrato come vi sia una associazione positiva e significativa tra la *disclosure* ai capi e le patologie oncologiche e, seppur in misura minore, l'ictus. Tale risultato può essere spiegato dal fatto che tra le patologie considerate quelle oncologiche e l'ictus sono più difficili da nascondere in quanto le conseguenze di queste malattie sono visibili nella maggior parte dei casi e, conseguentemente, la possibilità che i dipendenti rivelino e condividano il proprio stato di salute ai capi è maggiore.

È interessante notare come nel caso in cui si consideri la *disclosure* della malattia ai colleghi non vi è più una relazione significativa con la variabile *diversity climate*. Questa evidenza può essere data dal fatto che a differenza di quanto visto in precedenza per i capi, un clima organizzativo di tipo inclusivo che garantisce pari opportunità per ogni forma di diversità, non incoraggia le persone a divulgare la tipologia e le esigenze della propria patologia ai colleghi, forse per la paura di essere comunque esclusi dalle relazioni sociali o di essere stigmatizzati per la propria condizione di salute. Inoltre, come nel caso dei capi c'è una associazione positiva e significativa tra la *disclosure* ai colleghi e le malattie oncologiche sia perché è difficile nascondere le conseguenze (perdita di capelli, affaticamento ecc...), ma anche perché si cerca un maggior aiuto nello svolgimento delle attività quotidiane. Inoltre, c'è una discreta significatività negativa con la variabile dell'età: i più giovani sono maggiormente propensi a condividere il proprio stato di salute con i colleghi, forse perché nonostante sia più difficile accettare di avere una malattia cronica quando si è giovani, si ha meno timore di essere giudicati o discriminati e di essere "lasciati da soli" ad affrontare la malattia in quanto, solo negli ultimi anni, si è diffusa una maggiore sensibilizzazione verso la diversità in senso ampio.



Per quanto riguarda la relazione tra il costrutto del *diversity climate* e la *disclosure* agli specialisti HR il valore del *p value* non è tale da giustificare una significatività tra le due variabili. Tale evidenza può essere spiegata dal fatto che il *diversity climate* favorisce la divulgazione della tipologia e delle esigenze della malattia al proprio capo in quanto è la persona percepita come “più vicina” che può aiutare maggiormente il lavoratore malato e, forse, ci si aspetta che sia quest’ultimo a riferire la propria situazione agli specialisti delle risorse umane per trovare le soluzioni opportune. Si riscontra, invece, una relazione significativa tra la variabile DisHRTipEs con alcune patologie del cluster considerato: ictus e malattie oncologiche e tale risultato, può essere spiegato per quanto già detto nel caso dei capi. Inoltre, si può notare una relazione molto significativa e negativa con la variabile continua dell’età. Si può ipotizzare che i dipendenti malati più giovani siano maggiormente propensi a parlare e a chiedere supporto agli specialisti delle risorse umane, forse, per il diverso ruolo che ne attribuiscono rispetto ai colleghi più anziani. Solo negli ultimi anni, infatti, la funzione delle risorse umane ha iniziato ad assumere un ruolo sempre più strategico nelle dinamiche organizzative e, ad oggi, ha un compito fondamentale nel trasformare la diffusione di una cultura inclusiva in un vero e proprio processo manageriale.

Infine, nella terza ed ultima fase dell’analisi si è proceduto a calcolare l’effetto della variabile *diversity climate* sulle due variabili dipendenti *well being* e *affective commitment* includendo anche la *disclosure* della tipologia e delle esigenze della propria patologia ai capi, come fattore di mediazione (Tabelle 1 e 2). L’ipotesi che la *disclosure* ai colleghi e agli specialisti HR influenzi la relazione diretta tra il DC e il WB e tra il DC e l’AC è da rifiutare in quanto una delle condizioni da rispettare affinché si possa procedere con la procedura di analisi della mediazione è che vi sia una relazione significativa tra la variabile indipendente e il fattore di mediazione (Baron e Kenny, 1986) ed in entrambi i casi, come scritto in precedenza, non vi è una relazione significativa tra la variabile indipendente del *diversity climate* e il mediatore, ossia la *disclosure* della malattia ai colleghi (DisCoLTipEs) e agli specialisti delle risorse umane (DisHRTipEs).



Tabella 1: Impatto indiretto del *diversity climate* sul *well being* includendo il fattore di mediazione della *disclosure* ai capi

Coefficienti <sup>a</sup>						
Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
		B	Errore standard	Beta	t	Sign.
1	(Costante)	,837	,099		8,431	,000
	diversity_climate	,730	,015	,831	48,579	,000
	età	,001	,001	,007	,403	,687
	genere	,088	,029	,053	3,069	,002
	oncologiche	,037	,047	,015	,789	,430
	ictus	-,179	,128	-,024	-1,398	,162
	cardiovascolare	-,036	,040	-,017	-,902	,367
	diabete	,079	,045	,032	1,759	,079
	muscolo_scheletriche	-,048	,037	-,025	-1,312	,190
	gastrointestinali	,014	,043	,006	,335	,738
	respiratorie	-,098	,062	-,028	-1,589	,112
	DisCapTipEs	,021	,009	,040	2,306	,021

a. Variabile dipendente: well\_being

Tabella 2: Impatto indiretto del *diversity climate* sull'*affective commitment* includendo il fattore di mediazione della *disclosure* ai capi

Coefficienti <sup>a</sup>						
Modello		Coefficienti non standardizzati		Coefficienti standardizzati		
		B	Errore standard	Beta	t	Sign.
1	(Costante)	2,538	,166		15,328	,000
	diversity_climate	,393	,025	,437	15,658	,000
	età	,003	,002	,032	1,112	,267
	genere	-,045	,048	-,027	-,949	,343
	oncologiche	,181	,079	,069	2,287	,022
	ictus	-,206	,213	-,027	-,966	,334
	cardiovascolare	,093	,067	,043	1,392	,164
	diabete	-,049	,075	-,020	-,657	,512
	muscolo_scheletriche	,031	,061	,016	,507	,612
	gastrointestinali	-,061	,072	-,025	-,853	,394
	respiratorie	,087	,103	,024	,845	,398
	DisCapTipEs	,043	,015	,080	2,837	,005

a. Variabile dipendente: affective\_commitment

Includendo la *disclosure* della tipologia e delle esigenze della propria patologia ai capi nella relazione tra il *diversity climate* e il *well being* e l'*affective commitment* si nota come la relazione tra *diversity climate* e WB e tra *diversity climate* e AC rimane significativa, ma il legame tra le variabili, riscontrato nelle regressioni effettuate nella prima fase di analisi si attenua, soprattutto nella relazione tra *diversity climate* e *affective commitment* e, quindi, la *disclosure* ai capi svolge un ruolo di mediazione parziale in entrambi i casi. Si può dedurre, quindi, che l'effetto positivo di un clima inclusivo e orientato alla diversità sul proprio benessere e sul *commitment* affettivo nei confronti dell'organizzazione "passa" attraverso il fatto di aver divulgato e condiviso la propria malattia e le relative esigenze ai propri capi.

Condividere con il proprio capo, la propria condizione di salute consente ad entrambe le parti di acquisire una maggiore consapevolezza di cosa significhi affrontare la malattia, ma anche di prevedere dei cambiamenti appropriati (*work adjustment*) che possano aiutare e facilitare i dipendenti malati nello svolgimento delle attività lavorative come la riduzione delle ore e del carico di lavoro e gli adattamenti degli spazi fisici dell'ambiente di lavoro. Il dipendente, di conseguenza, sarà soddisfatto della propria vita lavorativa e si sentirà parte integrante dell'azienda a cui continua a dare il proprio contributo.

La novità di tale studio risiede nell'aver analizzato il legame tra il clima di diversità, il benessere e il *commitment* in relazione alle condizioni di salute fisica, mai testato in precedenza. Non si ritiene, però, si possa stabilire di escludere il ruolo di mediazione della *disclosure* ai colleghi e agli specialisti delle risorse umane in maniera definitiva, pertanto l'analisi empirica effettuata in tale elaborato rappresenta un primo passo per analisi successive future.

#### **4. L'importanza delle strategie di *self-management* come *best practice***

##### **4.1 L'autoefficacia sul posto di lavoro come fattore abilitante di una migliore gestione della malattia cronica**

L'autoefficacia percepita, intesa come la convinzione di una persona di essere in grado di svolgere con successo un determinato compito (Bandura,1997), è uno degli elementi fondamentali dei programmi di *self-management*. L'autoefficacia percepita da un dipendente influenza la sua percezione, la sua motivazione e la sua performance.

Inoltre, Bandura (1997) ha indentificato quattro principali fonti di autoefficacia:

1. performance passate: i dipendenti che sono riusciti a svolgere un determinato tipo di attività hanno probabilmente più fiducia nel portare a termine attività simili in futuro (alta autoefficacia) rispetto ai dipendenti che non hanno avuto successo in quelle attività (bassa autoefficacia). I manager o i capi possono aumentare l'autoefficacia attraverso la definizione di

obiettivi impegnativi ma non impossibili, sviluppo e crescita professionale, leadership di supporto e ricompense adeguate.

2. esperienza vicaria: vedere un collaboratore mentre svolge e realizza un determinato task può aumentare l'autoefficacia di colui che osserva. L'esperienza vicaria è più efficace quando colui che osserva percepisce di essere simile alla persona che sta svolgendo il compito.

3. persuasione verbale: la terza fonte di autoefficacia implica il convincimento delle persone che hanno la capacità di avere successo in un determinato compito. Quando i capi sono sicuri che i loro collaboratori possano svolgere con successo un'attività, questi ultimi hanno una performance migliore.

4. segnali emotivi: se una persona si aspetta di fallire in un'attività o percepisce il compito affidatogli come qualcosa di troppo impegnativo e difficile, probabilmente sperimenterà alcuni sintomi fisiologici: il cuore che batte più forte, i palmi sudati e mal di testa. I sintomi variano da individuo a individuo, ma se persistono possono essere associati a delle prestazioni scarse. Sono stati condotti alcuni studi (Bandura, 1990; O' Leary, 1992) che mettono in relazione l'autoefficacia percepita a comportamenti che promuovono la salute. In entrambi gli studi è stato dimostrato come le percezioni di autoefficacia influenzino i comportamenti sessuali e, di conseguenza, il rischio di contrarre gravi patologie contagiose.

La fiducia nell'affrontare malattie gravi e croniche è un importante fattore di adattamento emotivo alla malattia e l'autoefficacia svolge un ruolo influente anche nella diffusione sociale delle pratiche sanitarie promosse dalle campagne dei mass media. Più forte è l'autoefficacia percepita, maggiore è la probabilità che le persone adottino le pratiche raccomandate. Come afferma Slater (1989), le comunicazioni sulla salute per essere più efficaci dovrebbero infondere nelle persone la convinzione di avere la capacità di modificare le proprie abitudini di salute e dovrebbero anche istruirle su come farlo. Ciò aumenta la determinazione delle persone a modificare le abitudini dannose per la propria salute.

#### **4.2 Il programma di *self-management* delle malattie croniche**

Il *self-management* è ormai un termine diffuso nei sistemi sanitari che ha come obiettivo l'educazione alla salute e la promozione di programmi di gestione della malattia, dove il paziente ha un ruolo proattivo nel controllo della propria condizione di salute. Il potenziamento dell'autoefficacia è uno dei pilastri del *Chronic Disease Self-Management Program* (CDSMP) promosso dallo *Stanford Patient Education Research Center*, che da tanti anni si occupa di sviluppare corsi e seminari di *self-management* per i malati cronici. Il focus principale di questi corsi è sui bisogni individuali dei pazienti per incrementarne le competenze di autogestione della propria malattia, attraverso una maggiore efficacia di cambiamento dei comportamenti in

termini di salute. Studi sull'autogestione dei comportamenti sanitari sul posto di lavoro hanno riportato risultati contrastanti per i giovani e gli anziani con una malattia cronica (Diette et al., 2002; Walker et al., 2006). Nel complesso, i lavoratori più giovani hanno preferito l'autogestione dei comportamenti sanitari che comportavano la conduzione di una dieta adeguata, mentre i lavoratori più anziani hanno preferito l'esercizio fisico. La diversa autogestione dei comportamenti sanitari è stata adottata dalle due diverse fasce di età che gestivano la stessa malattia cronica. Sia per i lavoratori più giovani che quelli più anziani, però, si è registrata un'elevata adesione ai farmaci prescritti dai medici sul posto di lavoro, ma un risultato che deve far riflettere è che, ad eccezione dei lavoratori più anziani con asma, nessuna delle due fasce di età di lavoratori era in grado di monitorare e rispondere ai sintomi legati alla malattia cronica sul posto di lavoro. Ciò può essere dovuto al fatto che le aziende non favoriscano in modo concreto l'autogestione delle malattie da parte dei dipendenti. Inoltre, ancora poche organizzazioni hanno politiche e sistemi coordinati e consolidati volti a fornire supporto relativo alla salute e agli adeguamenti sul luogo di lavoro, e quindi i dipendenti possono sentirsi scoraggiati e non abbastanza sicuri nel controllare i sintomi legati alla malattia. Infine, alcuni dipendenti potrebbero non gestire apertamente la propria malattia sul lavoro per il timore di attirare l'attenzione su sé stessi e sulla propria situazione di fragilità e di essere conseguentemente stigmatizzati per la propria condizione di salute e di intaccare la loro integrità professionale.

#### **4.3 L'autogestione della malattia sul posto di lavoro**

Per le organizzazioni è di fondamentale importanza iniziare a porre attenzione al tema dell'autogestione della malattia cronica sul posto di lavoro, in quanto, possono trarne beneficio sia il lavoratore che il datore di lavoro. Shaw et al., (2012), hanno analizzato i benefici del *self-management* (SM) delle malattie croniche sul posto di lavoro e li hanno classificati in quattro categorie generali:

1. riduzione del dolore e del disagio: si può raggiungere tale obiettivo attraverso la promozione di alcuni elementi di SM atti a ridurre il dolore e lo stress, ad esempio, stretching ed esercizio fisico; metodi di rilassamento; strumenti e mezzi per la gestione dello stress e igiene del sonno. Tuttavia, l'adattamento di questi elementi al contesto lavorativo pone alcune importanti limitazioni (ad esempio, gli esercizi di rilassamento muscolare possono essere poco pratici durante il lavoro) e molti lavori potrebbero non consentire la flessibilità necessaria per apportare modifiche al modo in cui sono organizzati i compiti dei lavoratori con malattie croniche. Si può affermare, però, che la maggior parte degli elementi di SM, sopra indicati, sembrano essere coerenti con gli sforzi esistenti dei datori di lavoro per migliorare il benessere dei dipendenti

attraverso fitness, gestione dello stress ed ergonomia partecipativa. “I gruppi di ergonomia partecipativa sono costituiti da un insieme di lavoratori che concorrono allo svolgimento di un preciso compito lavorativo (Magnavita, 2003, p. 48).

Il processo ergonomico si divide in quattro fasi (A.S.I.A) (Università Cattolica e Asl Roma 4, 2017, p. 9):

- “identificazione delle richieste fisiche, fisiologiche e psicologiche del lavoro (*assessment*);
- valutazione delle capacità fisiche, fisiologiche e psicologiche del lavoratore (*surveillance*);
- identificazione delle discrepanze sul piano fisico, fisiologico e psicosociale tra richieste e risorse, e riduzione e controllo delle discrepanze mediante applicazione di strumenti, macchine e modelli di organizzazione del lavoro e mediante formazione e informazione dei lavoratori (*information/implementation*);
- verifica della validità delle soluzioni proposte, della loro applicazione, e dei diversi momenti di valutazione, sorveglianza, formazione che compongono il ciclo (*audit*)”.

2. decisioni informate e consapevoli: i lavoratori con una patologia cronica devono affrontare ripetuti dilemmi sul posto di lavoro e per risolverli potrebbero essere applicati tre elementi del SM: risoluzione dei problemi, superamento di ostacoli e barriere e pianificazione di riacutizzazioni e battute d'arresto.

3. comunicazione efficace: le strategie di intervento di *self-management* focalizzate sulla comunicazione assertiva e sulla gestione della rabbia sono adatte per affrontare i problemi di comunicazione legati alla malattia sul posto di lavoro.

4. affrontare pensieri ed emozioni: i lavoratori con malattie croniche, spesso, vivono sentimenti di autostima negativa, incapacità percepita di tenere il passo con le richieste di lavoro, isolamento sociale sul posto di lavoro, timore di essere licenziati e preoccupazioni per il futuro. L'insegnamento e la promozione di pratiche focalizzate sull'abilità di occuparsi simultaneamente della gestione della malattia e del lavoro, può consentire una maggiore padronanza di sé e una concentrazione più efficace sull'obiettivo di sentirsi meglio con sé stessi e come lavoratori.

In conclusione, un programma di intervento di *self-management* sul posto di lavoro è efficace per condividere equamente la responsabilità della prevenzione e gestione delle malattie croniche tra i dipendenti e il datore di lavoro. Inoltre, le strategie di *self-management* possono aiutare a gestire simultaneamente, in modo tangibile, la malattia e il lavoro, le percezioni negative di sé stessi e i conflitti interpersonali.

## Bibliografia

- Adler, N. J. (1980). *Cultural synergy: The management of cross-cultural organizations* (pp. 163-184). McGill University, Faculty of Management.
- Allaire, S. H., Li, W., & LaValley, M. P. (2003). Work barriers experienced and job accommodations used by persons with arthritis and other rheumatic diseases. *Rehabilitation Counseling Bulletin, 46*(3), 147-156.
- Allen, N. J., & Meyer, J. P. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of vocational behavior, 49*(3), 252-27.
- Baicker, K., Cutler, D., & Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings. *Health affairs, 29*(2), 304-311.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American psychologist, 37*(2), 122.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and program planning, 13*(1), 9-17.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1173.
- Beatty, J. E. (2012). Career barriers experienced by people with chronic illness: A US study. *Employee Responsibilities and Rights Journal, 24*(2), 91-110.
- Beatty, J. E., & Joffe, R. (2006). An Overlooked Dimension Of Diversity: The Career Effects of Chronic Illness. *Organizational Dynamics, 35*(2), 182-195.
- Blackburn, R. M., Browne, J., Brooks, B., & Jarman, J. (2002). Explaining gender segregation. *The British journal of sociology, 53*(4), 513-536.
- Buemi, M., Conte, M., & Guazzo, G. (Eds.). (2016). *Il Diversity Management per una crescita inclusiva*. FrancoAngeli.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness, 4*(2), 167-182.
- Carmignano, V. (2010). Gestire i colori della diversità; diversity management e imprese Arcobaleno. *Università degli Studi di Milano*.
- Cocozza, A. (2009). Diversity management e valorizzazione delle risorse umane. *Associazione nuovi lavori-Working Papers Nuovi Lavori-Area studi e ricerche, 2*.
- Collins, N. L., & Miller, L. C. (1994). Self-disclosure and liking: a meta-analytic review. *Psychological bulletin, 116*(3), 457.
- Cox, T. (1994). *Cultural diversity in organizations: Theory, research and practice*. Berrett-Koehler Publishers.
- Cox, T. H., & Blake, S. (1991). Managing cultural diversity: Implications for organizational competitiveness. *Academy of Management Perspectives, 5*(3), 45-56.
- Diette, G. B., Krishnan, J. A., Dominici, F., Haponik, E., Skinner, E. A., Steinwachs, D., & Wu, A. W. (2002). Asthma in older patients: factors associated with hospitalization. *Archives of internal medicine, 162*(10), 1123-1132.
- Duyan, E. C., Aytaç, S., Akyıldız, N., & Van Laar, D. (2013). Measuring work related quality of life and affective well-being in Turkey. *Mediterranean Journal of Social Sciences, 4*(1), 105-116.

- European Union Agency for Fundamental Rights (2009). *Homophobia and Discrimination on Grounds of Sexual Orientation in the EU Member States: Part I-Legal Analysis*. European Union Agency for Fundamental Rights.
- Gabrielli, G., & Profili, S. (2012). *Organizzazione e gestione delle risorse umane*. Isedi.
- Gabrielli, G. (2017). Il lavoro che cambia: contro o con l'innovazione? *Leadership & Management Magazine*.
- Gignac, M. A., & Cao, X. (2009). "Should I tell my employer and coworkers I have arthritis?" A longitudinal examination of self-disclosure in the work place. *Arthritis Care & Research*, 61(12), 1753-1761.
- Gilbert, J. A., Stead, B. A., & Ivancevich, J. M. (1999). Diversity management: A new organizational paradigm. *Journal of business ethics*, 21(1), 61-76.
- Innocenti, L. (2013). *Clima organizzativo e gestione delle risorse umane. Unire persone e performance*. FrancoAngeli.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of organizational behavior*, 31(4), 519-542.
- Kennedy, F., Haslam, C., Munir, F., & Pryce, J. (2007). Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. *European journal of cancer care*, 16(1), 17-25.
- Kunze, F., Boehm, S. A., & Bruch, H. (2011). Age diversity, age discrimination climate and performance consequences—a cross organizational study. *Journal of organizational behavior*, 32(2), 264-290.
- Magnavita, N. (2003). *Età e lavoro*. Università Cattolica del Sacro Cuore Roma.  
<http://www.etagamma.it/wp-content/uploads/Magnavita.pdf>
- Matte, S., Liu, H., Caloyeras, J., Huang, C. Y., Van Busum, K. R., Khodyakov, D., & Shier, V. (2013). Workplace wellness programs study. *Rand health quarterly*, 3(2).
- McKay, P. F., Avery, D. R., & Morris, M. A. (2008). Mean racial-ethnic differences in employee sales performance: The moderating role of diversity climate. *Personnel psychology*, 61(2), 349-374.
- Munir, F., Jones, D., Leka, S., & Griffiths, A. (2005). Work limitations and employer adjustments for employees with chronic illness. *International Journal of Rehabilitation Research*, 28(2), 111-117.
- Munir, F., Leka, S., & Griffiths, A. (2005). Dealing with self-management of chronic illness at work: predictors for self-disclosure. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1397-1407.
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioral and stress-physiological mediation. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 229-245.
- Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni in Italia. (2019). *La cronicità in Italia*.
- Profili, S., & Innocenti, L. (2012). Valorizzare la diversità, in Gabrielli G., & Profili, S. (2012). *Organizzazione e gestione delle risorse umane*. Isedi.
- Profili, S., Innocenti L., Sammarra A., (2017) A conceptual Framework of Age Diversity Climate in Profili S., Sammarra A., Innocenti L., *Age Diversity in the Workplace*, Advanced Series in Management.
- Rice, K. L., Dewan, N., Bloomfield, H. E., Grill, J., Schult, T. M., Nelson, D. B., ... & Caldwell, M. (2010). Disease management program for chronic obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 182(7), 890-896.



- Shaw, W. S., Tveito, T. H., Geehern-Lavoie, M., Huang, Y. H., Nicholas, M. K., Reme, S. E., ... & Pransky, G. (2012). Adapting principles of chronic pain self-management to the workplace. *Disability and rehabilitation*, 34(8), 694-703.
- Slater, M. D. (1989). Social influences and cognitive control as predictors of self-efficacy and eating behavior. *Cognitive Therapy and research*, 13(3), 231-245.
- Swain, M. G. (2000). Fatigue in chronic disease. *Clinical science*, 99(1), 1-8.
- Tosi H, L., & Pilati, M. (2008). *Comportamento organizzativo. Attori, relazioni, organizzazione e management*. Egea.
- Università Cattolica del Sacro Cuore, Asl Roma 4. (2017). *Ambienti di lavoro sani e sicuri ad ogni età. Promuovere una vita lavorativa sostenibile. Le Buone Pratiche*. [www.healthy-workplaces.eu/it](http://www.healthy-workplaces.eu/it)
- Varva, S. (2014). *Malattie croniche e lavoro. Una prima rassegna ragionata della letteratura di riferimento*, ADAPT Labour Studies e-Book series, n. 27.
- Walker, E. A., Molitch, M., Kramer, M. K., Kahn, S., Ma, Y., Edelstein, S., ... & Crandall, J. (2006). Adherence to preventive medications: predictors and outcomes in the Diabetes Prevention Program. *Diabetes care*, 29(9), 1997-2002.
- World Health Organization. (2005). *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale: rapporto globale dell'OMS*.
- World Health Organization. (2011). *World report on disability 2011*.