



Dipartimento di Impresa e Management

Cattedra di Comportamento Organizzativo

Malattie croniche e lavoro:

La rilevanza del clima organizzativo e delle pratiche inclusive sul  
fenomeno della disclosure

Laura Innocenti

Relatore

Gabriele Gabrielli

Correlatore

Alessandro Volpe

Candidato

Anno accademico 2019-2020

# INDICE

<b>Introduzione .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1: MALATTIE CRONICHE: CAUSE, RISCHI, IMPATTO E GESTIONE IN AMBITO LAVORATIVO .....</b>	<b>3</b>
1.1 Le malattie croniche.....	3
1.1.1. Peculiarità, fattori di rischio, impatto a livello globale.....	4
1.1.2. Malattie croniche e presenza nel mondo del lavoro.....	6
1.1.3. Quali conseguenze delle malattie croniche su attività lavorativa? Incidenza del fenomeno .....	9
1.2. La gestione delle malattie croniche in contesto lavorativo .....	11
1.2.1 Diversity management .....	11
1.1.2. Malattie croniche e disabilità: il quadro normativo .....	13
1.2.3. Workplace accomodation.....	15
1.2.4. Misure e strumenti di supporto: le linee generali di approccio.....	18
1.2.5. Il disability management.....	23
<b>CAPITOLO 2: CLIMA ORGANIZZATIVO E PRATICHE HR: QUALE RILEVANZA SUL FENOMENO DELLA DISCLOSURE .....</b>	<b>25</b>
2.1. Diversity Climate .....	25
2.1.1 Cosa è il diversity climate.....	25
2.1.2 L'importanza di un clima organizzativo inclusivo per i malati cronici .....	26
2.2. Pratiche HR inclusive e malattie croniche .....	29
2.3. La Disclosure .....	35
2.3.1. Definizione e principali determinanti della disclosure .....	35
2.3.2. Altri fattori influenti.....	38
2.3.3. L'importanza delle relazioni interpersonali e del supporto sociale .....	39
2.3.4. Gli outcomes della disclosure .....	41
2.4. I sintomi delle malattie croniche ed il loro effetto sulle abilità lavorative.....	43
<b>CAPITOLO 3: L'ANALISI EMPIRICA.....</b>	<b>46</b>
3.1. Introduzione alla ricerca.....	46
3.2. Disegno della ricerca.....	47
3.3. Misure .....	49
3.3.1. Variabile dipendente .....	49
3.3.4. Variabili indipendenti .....	50
3.3.5. Variabile di moderazione .....	50
3.4. La procedura di analisi.....	51
3.5 Risultati .....	52

<b>CAPITOLO 4: CONCLUSIONI .....</b>	<b>58</b>
4.1. Conclusioni della ricerca empirica.....	58
4.2. Considerazioni finali .....	59
<b>Bibliografia .....</b>	<b>62</b>
<b>Sitografia.....</b>	<b>69</b>

## **Indice Tabelle**

Tabella 1: Il Disegno Della Ricerca.....	49
Tabella 2: Correlazioni.....	51
Tabella 3: Modello Di Regressione Semplice.....	53
Tabella 4: R-Quadrato.....	54
Tabella 5: Modello Di Regressione Multipla.....	55
Tabella 6: Analisi Di Moderazione .....	57

## Introduzione

Il presente elaborato si pone l'obiettivo di esplorare ed approfondire il tema delle malattie croniche in relazione all'attività lavorativa. L'intento è stato quello di raccogliere quanto sinora è stato detto sulla tematica, esponendo le principali ricerche e i più significativi risultati, per poi descrivere la situazione attuale ed aggiungere un contributo originale attraverso un lavoro di ricerca empirica. Per fare ciò il lavoro è stato suddiviso in quattro capitoli.

Con il primo capitolo si è cercato inizialmente di offrire una panoramica sulle malattie croniche, riportandone una definizione dal punto di vista scientifico e descrivendone caratteristiche, fattori di rischio e impatto a livello globale. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, una delle sfide più importanti che i sistemi sanitari dovranno affrontare nel secolo in corso è rappresentata proprio dal peso crescente delle malattie croniche. Si è poi introdotta la relazione con l'ambito lavorativo, analizzandone sia la presenza e l'incidenza in termini numerici/quantitativi sia l'impatto in termini di difficoltà e problemi che possono sorgere nella gestione delle patologie e dei collaboratori malati. La condizione del lavoratore malato non è semplice, non solo per la condizione personale del paziente, ma anche alla luce di sistemi di welfare e di inserimento aziendale molto spesso inadeguati. Le motivazioni alla base della difficoltà di trovare lavoro o mantenerlo per i malati cronici sono comunque diverse: il *range* spazia dalla mancanza di trasporti accessibili o adeguati, alla mancanza di comunicazione, fino ad arrivare al comportamento dell'*employer* e alle pratiche che mette in atto o alla superficialità dei sistemi di supporto e delle politiche di social care. Sempre di più le imprese devono allora farsi parte attiva in questi sistemi di supporto, di modo da accrescere l'*employability* dei malati cronici e di creare ambienti di lavoro inclusivi e in grado di garantire la valorizzazione di collaboratori che vedono inevitabilmente cambiare il proprio rapporto con il lavoro. Contrariamente all'idea che alcune malattie possano diminuire la volontà di lavorare, numerosi studi dimostrano che il lavoro diventa una risorsa preziosa durante la malattia, consentendo di mantenere una vita attiva e produttiva e accrescendo la probabilità di andare incontro a un miglioramento della propria condizione di salute, fisica e mentale.

Il secondo capitolo sottolinea l'importanza che ricopre il tema del *diversity climate* al fine di una miglior gestione dei malati cronici in ambito lavorativo e si focalizza sul ruolo fondamentale giocato dalle pratiche ed iniziative inclusive. Successivamente si approfondisce il delicato e centrale tema della *disclosure*, inteso come l'atto di comunicare deliberatamente ad un altro soggetto un'informazione personale, in questo caso relativa alla propria condizione di salute. Ne vengono indicate le possibili determinanti, sulla base degli studi condotti fino a questo momento, indagando i fattori più personali e quelli più legati invece al contesto sociale ed ambientale, evidenziando

l'importanza di ricevere un supporto sia sociale ed emotivo sia pratico. Si presenta quindi il differente modo di rivelare le informazioni distinguendo tra *partial e full disclosure* e si riportano alcuni dei possibili *outcomes* del comunicare ed informare altri sulla propria condizione. Da quanto evidenziato in tutta la ricerca emerge che, la decisione di fare *disclosure* o meno è piuttosto complessa, tanto contestuale quanto molto individuale e richiede un'attenta e dettagliata analisi, da parte di ciascun soggetto, dei potenziali benefici e delle possibili conseguenze negative. L'ultima parte del capitolo è incentrata sulla relazione tra malattie croniche e abilità lavorative. In generale le abilità lavorative di un individuo dipendono da numerosi fattori; quando si entra nel contesto delle malattie croniche, risulta inevitabile annoverare le malattie stesse tra queste determinanti. La misura in cui i sintomi di una patologia cronica influiscono o meno dipende dallo stadio di avanzamento della malattia, dalla visibilità dei sintomi, dal loro livello di gravità e da altri aspetti più soggettivi.

Il terzo capitolo, alla luce di quanto è stato esposto nei primi due capitoli, consiste in un lavoro di ricerca empirica vero e proprio con il quale si cerca di approfondire e analizzare alcune delle tematiche introdotte a livello teorico e trattate in parte in altri studi.

Nel quarto capitolo sono infine riportate le conclusioni dell'indagine empirica e le considerazioni finali su tutto l'elaborato.

L'incidenza delle malattie croniche, la loro diffusione e le loro implicazioni nell'attività lavorativa, rimangono un tema ancora in gran parte inesplorato nel nostro paese. Questa tesi intende offrire un contributo che si inserisce in un più ampio progetto di ricerca promosso dalla Fondazione Lavoroperlapersona, che si estenderà in altri settori e realtà organizzative

La ricerca condotta finora rappresenta la base di partenza o un piccolo tassello per analisi di più esteso raggio, orientate ad approfondire le leve di intervento necessarie per una gestione efficace dei malati cronici in ambito organizzativo, in modo da valorizzarne il contributo e ridurre le barriere e gli ostacoli per essi presenti, di qualsiasi natura siano.

# CAPITOLO 1: MALATTIE CRONICHE: CAUSE, RISCHI, IMPATTO E GESTIONE IN AMBITO LAVORATIVO

## 1.1 Le malattie croniche

Per effettuare un'analisi il più possibile chiara e precisa del legame tra le malattie croniche ed il mondo del lavoro, è indispensabile come primo passo cercare di definire cosa si intende per malattia cronica, facendo riferimento alle definizioni ed interpretazioni più oggettive e riconosciute nel mondo scientifico. A livello nazionale ciascuno degli stati membri dell'Unione Europea fornisce una definizione di malattia cronica, non necessitando di riportarle tutte, di seguito si prende in considerazione a titolo esemplificativo quanto definito a livello nazionale italiano dall'Istituto superiore di sanità, ente di diritto pubblico italiano, organo tecnico-scientifico del Servizio sanitario nazionale. L'istituto superiore di sanità definisce le malattie croniche come

*“un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche. Ci sono poi anche le malattie mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastrointestinale, i difetti della vista e dell'udito, le malattie genetiche. In generale, sono malattie che hanno origine in età giovanile, ma che richiedono anche decenni prima di manifestarsi clinicamente. Dato il lungo decorso, richiedono un'assistenza a lungo termine, ma al contempo presentano diverse opportunità di prevenzione” (Istituto Superiore di Sanità).*

A livello internazionale è possibile prendere come riferimento la definizione del *Center for Managing Chronic disease, Univeristy of Michigan*, che essenzialmente identifica come croniche quelle patologie che hanno una lunga durata e che di solito possono essere controllate ma non curate. A sottolineare tale peculiarità contribuisce anche uno studio olandese sulle malattie croniche (Varekamp et al., 2009), in cui viene evidenziata la distinzione delle malattie croniche da quelle patologie cardio-respiratorie o muscolo-scheletriche, più moderate, che presentano una lunga durata ma non necessariamente sono irreversibili. Ancora, facendo riferimento a quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2005) si parla di malattie che comportano problemi di salute, per i quali è necessaria una gestione per anni o decenni, tipicamente non trasmissibili e di lunga durata, con un impatto sulla vita quotidiana e con implicazioni sulla salute, sull'aspetto sociale e sul lavoro. Una caratteristica evidenziata in tale definizione e molto spesso accumulata al concetto di malattia cronica è la non-trasmissibilità, ma l'associazione non si può considerare oggettivamente corretta, in quanto alcune malattie che potrebbero essere definite croniche secondo alcune definizioni, come l'HIV o le varie tipologie di epatiti, sono in realtà trasmissibili. Alla luce di quanto brevemente riportato, è possibile affermare che una malattia cronica ha delle caratteristiche ben precise ma si può far riferimento a varie definizioni, più o meno specifiche e più o meno stringenti, che comportano

l'elencazione di una serie differente di patologie racchiudibili sotto il tetto di "malattia cronica", ciascuna caratterizzata dalle sue specificità e peculiarità. Senza scendere in tale livello di dettaglio, elencando tutte le possibili patologie, si ritiene opportuno, nel corso della trattazione, focalizzarsi su quelli che, sulla base delle definizioni suddette e delle altre a pubblica disposizione, sono i principali tratti distintivi e tipici di una malattia cronica.

### **1.1.1. Peculiarità, fattori di rischio, impatto a livello globale**

Lungo decorso, approccio al trattamento sistematico e a lungo termine, assenza di una cura definitiva, debilitazione del soggetto, problemi di salute e forme di inabilità che comportano una difficile e non lineare conduzione della vita; tali aspetti, a cui si aggiungono molto spesso l'imprevedibilità e l'invisibilità dei sintomi, costituiscono le principali caratteristiche delle malattie croniche.

Alla base di tali patologie ci sono molteplici cause, per lo più modificabili e comuni, che in particolar modo si possono identificare in un'alimentazione poco sana, mancanza di attività fisica, consumo eccessivo di tabacco e alcol. Tali cause sono alla base di quelli che, dall'Istituto superiore di sanità, vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero ipertensione, glicemia elevata, obesità ed eccesso di colesterolo. A fianco di questi, si deve riportare l'esistenza di fattori di rischio che al contrario non si possono modificare, in quanto derivano dall'età o dalla predisposizione genetica. All'origine di tutti i fattori di rischio, come "cause della cause" ed elementi impliciti si possono inoltre considerare quelle forze che guidano i cambiamenti sociali, economici e culturali: globalizzazione, urbanizzazione, invecchiamento della popolazione, politiche ambientali. In uno scenario di lotta e prevenzione di queste malattie, quindi, è opportuno cercare tanto di ridurre i fattori di rischio a livello individuale, quanto muoversi in maniera trasversale e integrata per agire anche sulle suddette cause delle cause. L'importanza della lotta contro tali patologie, in maniera molto semplice ma allo stesso tempo efficace, è sintetizzabile, analizzando quelli che sono i numeri che contraddistinguono le conseguenze delle malattie. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nei diversi documenti e studi in materia, evidenzia come le malattie croniche siano la prima causa di morte nel mondo (63%), (OMS, 2013), abbiano importanti conseguenze sulle aspettative di vita e sulla qualità di vita, oltre che in maniera più indiretta, ma solo in apparenza, anche sull'economia dei singoli paesi e sulle capacità di sviluppo in termini soprattutto di produttività.

Per analizzarne più nel dettaglio la portata e poter fornire una panoramica generale del fenomeno delle malattie croniche, è stato preso come riferimento il documento "Prevenire le malattie croniche, un investimento vitale" redatto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. (2005). Di seguito vengono riportati i dati, le statistiche e le considerazioni più significative a riguardo. La maggior parte dei decessi per malattie croniche avviene nei paesi con reddito medio-basso (80%), in cui vive la

maggior parte della popolazione mondiale, il carico delle malattie croniche ha effetti negativi espliciti nella vita delle persone colpite, nelle morti premature e crea sottovalutati effetti economici negativi anche su famiglie, comunità e sulla società più in generale. Basandosi sulle stime del 2005, si era previsto che la Cina avrebbe perso nei successivi 10 anni, 558 miliardi di dollari in termini di reddito nazionale, come conseguenza delle morti premature per malattie cardiache, ictus e diabete.

Si evidenzia come la risposta globale sulla tematica, sino a questo momento, sia stata inadeguata; a testimonianza di ciò, le malattie croniche non state inserite tra “gli obiettivi del millennio” (Ki-Moon, B., 2015), nonostante abbiano evidenti connessioni con alcuni punti che sono stati invece inseriti (la prevenzione delle malattie contribuisce a ridurre la povertà e quindi a raggiungere il primo obiettivo della lista, “eliminazione della povertà estrema e della fame”). Il messaggio, ancora una volta, non pienamente percepito, è che le malattie croniche ostacolano la crescita economica e riducono lo sviluppo dei paesi. La sottovalutazione del fenomeno può trovare le sue radici in alcuni preconcetti ben diffusi che hanno portato a percepire la minaccia come lontana e meno importante rispetto ad altre. Alcuni di questi fanno riferimento per esempio all’idea che le malattie croniche nei paesi a reddito medio-basso siano un problema secondario rispetto alle malattie infettive, quando invece stanno aumentando esponenzialmente i fattori di rischio e di mortalità per queste patologie. Anche l’idea che il problema riguardi soprattutto i paesi a reddito medio-alto è facilmente confutabile analizzando i numeri delle malattie, o l’idea per cui la malattia riguardi essenzialmente le persone anziane non trova riscontro nella realtà, dove quasi metà dei decessi avviene prima dei 70 anni.

Sempre nell’ottica di preconcetti errati in partenza, l’additare lo sviluppo di una malattia esclusivamente ai comportamenti del singolo, mette in secondo piano l’importante responsabilità dei governi e degli enti pubblici nell’intraprendere iniziative volte a migliorare la salute e il benessere delle persone e dei gruppi più a rischio. L’aspetto fondamentale e conclusivo riguarda la prevenzione e il controllo: la consapevolezza che le malattie croniche possano essere prevenute in parte e soprattutto controllate è il punto di partenza per ridurre l’impatto del fenomeno; le conoscenze sinora acquisite, una giusta attenzione al fenomeno e una pianificazione adeguata sono gli strumenti necessari per raggiungere lo scopo. L’OMS si è mossa in tal senso mettendo a punto il “*Gaining Health*” (OMS, 2006) una strategia a livello globale per la prevenzione ed il controllo delle malattie croniche, orientata all’azione.

A livello nazionale per avere più chiara la dimensione e la portata della diffusione delle malattie croniche si può far riferimento ai più recenti dati messi a disposizione dall’Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2018), secondo cui sono 24 milioni gli italiani vittime di malattie croniche, numero che rappresenta quasi il 40% della popolazione e che nei prossimi 10 anni è

destinato a salire, fino a 25 milioni nell'arco di 10 anni. Un aumento previsto che è conseguenza di differenti fattori come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della sopravvivenza, dovuti a miglioramenti nelle condizioni igienico-sanitarie, al mutamento delle condizioni economico-sociali e allo sviluppo di nuove terapie. Il recente rapporto Eurofund (2019), fornisce a livello europeo i dati più rilevanti e recenti sulla tematica. A testimonianza della crescita della diffusione delle malattie croniche, tra il 2010 e il 2017 è stato stimato che la percentuale della popolazione a livello UE che ha riferito di avere un problema di salute di lunga durata è aumentata del 6% (dal 24% al 30%) nella fascia di età 16-64 anni. Considerando solo la popolazione attiva, l'aumento percentuale è stato invece dell'8% (dal 19% al 28%). Molto rilevante al fine della ricerca, è l'osservazione per cui, è di percentuale minore la parte di popolazione attiva che dichiara di avere una malattia cronica, rispetto a quanto dichiarato dalla popolazione generale. Altro aspetto che merita di essere evidenziato riguarda le differenze legate all'età, in quanto emerge come i lavoratori sopra i 50 anni di età, abbiano più del doppio delle possibilità di essere malati rispetto alla fascia di età inferiore ai 35. Ma quasi in contrasto con il dato precedente è il dato che vede comunque in aumento la percentuale di malati cronici tra i 16 e i 29 anni, la quale è passata dal 11% nel 2010 al 18% nel 2017.

### **1.1.2. Malattie croniche e presenza nel mondo del lavoro**

L'incremento dell'aspettativa di vita ha ripercussioni inevitabili sulla domanda di servizi sanitari e prestazioni sociali ed un conseguente quindi aumento della spesa pubblica: Tale incremento affiancato all'irrigidimento dei parametri di accesso ai sistemi pensionistici e assistenziali, impone carriere lavorative di maggior durata e quindi una maggiore necessità di dover convivere sul posto di lavoro con problemi di salute. Quantificare complessivamente l'incidenza delle malattie croniche sulla popolazione economicamente attiva non risulta possibile in maniera chiara, è tuttavia possibile avere a disposizione numeri attendibili in relazione alle singole patologie consultando i report e i dati messi a disposizione dall'OMS (Riley, L., & Cowan, M., 2014). e dall'OECD, Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD, 2012).

In maniera indicativa si può comunque far riferimento al valore riportato dall'"*European network for workplace health promotion*" (Knoche et al. 2012), secondo il quale circa il 25% della forza-lavoro europea è soggetto a malattie croniche. Le problematiche conseguenze delle malattie croniche non incidono solo sulla parte della popolazione occupata, infatti è opportuno sottolineare come i dati dell'ILO (ILO 2007), seppur risalenti al 2007, già significativamente negativi, relativi alla possibilità di trovare lavoro in Europa da parte della fascia di popolazione disoccupata/inoccupata, peggiorino nel caso in cui tali persone siano affette da malattie croniche. La possibilità di trovare lavoro per i disoccupati/inoccupati pari al 66% infatti, si riduce del 47% relativamente ai malati cronici. Secondo le stime dell'OECD (In, OECD, 2006) inoltre, il tasso di disoccupazione per i malati cronici è il

doppio rispetto al resto della popolazione economicamente attiva. Altre tipologie di studi prendono invece in esame la connessione che vi è tra le malattie croniche e gli infortuni sul posto di lavoro, mettendo in risalto le maggiori probabilità dei malati cronici di incorrere in infortuni sul posto di lavoro (Pollack, 2014). Risulta inoltre che le malattie croniche prevalgono tra le persone in pensionamento o prepensionamento e che la maggior parte dei malati cronici si trovi al di fuori del mercato del lavoro in situazioni di inattività.

La difficoltà dei malati cronici nell'inserimento, nel mantenimento e nel reinserimento nel mercato del lavoro, dipende da numerosi fattori specifici, che colpiscono da una parte le aziende che assumono persone affette da patologie croniche, dall'altra gli stessi lavoratori quando cercano di ottenere un'occupazione. Dal lato aziendale, le difficoltà risiederebbero però in aspetti più legati a preconcetti e stereotipi che non hanno solide radici e che sono legati per lo più all'idea di maggiori costi da sostenere e minore produttività dei lavoratori. A riguardo, uno studio effettuato sul mercato inglese da parte del "Department for Work and Pensions" (Needels & Schmitz, 2006), analizza nel dettaglio tale aspetto, evidenziando come il comune pregiudizio per cui in fase di selezione, un recruiter assuma un lavoratore basandosi sulla somiglianza e gli aspetti in comune con il candidato, vada inevitabilmente a svantaggio di una persona disabile o affetta da malattie croniche rispetto ad una persona non malata.

Anche la semplice necessità di dover compiere maggiori sforzi per reinserire un soggetto malato, uscito per esigenze legate alla malattia dal mercato del lavoro (nonostante magari un background anche esteso di attività lavorativa), è spesso visto, in maniera superficiale come un ostacolo all'assunzione. L'elemento discriminante è legato in linea generale alla propensione al rischio dell'employer, la quale molto spesso è bassa, anche con la prospettiva di benefici potenziali maggiori e porta quindi minori probabilità di assumere una persona malata o disabile, in quanto percepita come potenziale rischio per la produttività. Il riferimento in tale contesto può anche essere semplicemente la retribuzione da erogare durante il periodo iniziale di malattia, o i costi legati al supporto del ritorno al lavoro o dell'adattamento.

L'articolo di Needels & Schmitz (2006) ricercando un livello di dettaglio ulteriore, si è soffermato su benefici e costi derivanti dall'assunzione di persone disabili, includendo in queste anche i malati cronici. Il presupposto di partenza è che ovviamente una stima del costo varia a seconda delle circostanze, del tipo di lavoro e del tipo di disabilità che il lavoratore presenta, ma soprattutto risulta difficile quantificare un costo di tale genere, separandolo dal computo totale dei costi, tenendo infine conto anche del fatto che alcuni costi hanno una natura intangibile. Alcuni studi olandesi (De Graaf et al., 2011) hanno analizzato nello specifico i costi di mancata produttività dovuti ai malati cronici,

cercando di quantificarli, ma da questi è emerso anche come alcune aziende assumessero volontariamente persone disabili o con malattie croniche, generando un effetto positivo nei lavoratori e negli stakeholder, in termini di impressioni ed atteggiamenti positivi che questi sviluppano nei confronti dell'azienda. Questo evidenzia come in alcune circostanze la ragione economica venga messa in secondo piano, rispetto ad un impatto socialmente utile e un miglioramento dell'immagine aziendale.

Prima di analizzare l'effetto concreto delle malattie croniche sull'attività lavorativa, chiedendosi in che modo si possano limitare gli ostacoli e le barriere che si generano e quanto sia importante un'ambiente di supporto, è opportuno approfondire l'effettiva presenza dei lavoratori cronici nel mercato del lavoro e i dati a questi relativi. È logico supporre che la gravità della malattia incida sulla possibilità di occupazione e di ritenzione del lavoro, supponendo tassi di occupazione più bassi per le malattie più gravi e debilitanti. Secondo i dati dell'indagine sulla salute, l'invecchiamento e la pensione in Europa, "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe", mentre il 74% delle persone sane di età compresa tra 50 e 59 anni ha un impiego, tale percentuale scende al 70% tra quelli con una malattia cronica e scende al 52% per le persone con due malattie croniche concomitanti (Eurofound, 2019). Sulla base delle statistiche raccolte dall'Eurofound, ci sono gruppi di persone con determinate caratteristiche che sono più inclini ad essere affetti da malattie croniche (Figura 1).

*Figura 1: Caratteristiche associate con alta o bassa probabilità di riportare una malattia cronica*



*FONTE: Eurofound (2019), How to respond to chronic health problems in the workplace?, 2019*

Oltre a coloro in età avanzata, sembra infatti esserci una leggera ma maggiore propensione delle donne, così come di coloro che hanno forme di contratto part-time o sono professionisti autonomi rispetto a forme di contratto indeterminate (probabilmente per la miglior possibilità di cura delle esigenze derivanti dalla malattia).

### **1.1.3. Quali conseguenze delle malattie croniche su attività lavorativa? Incidenza del fenomeno**

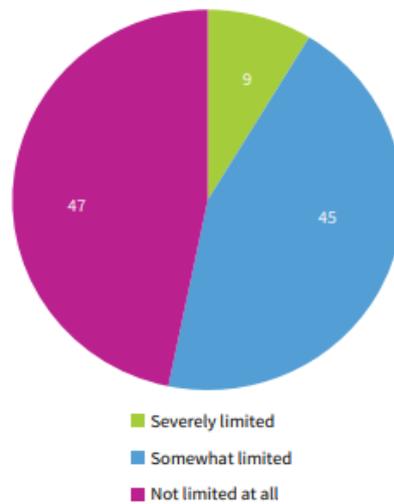
Affianco ai dati sulla diffusione delle malattie croniche nel mondo del lavoro, è di estrema importanza valutare le conseguenze che queste generano tanto sui lavoratori stessi quanto sull'azienda. La condizione del lavoratore malato non è semplice, non solo per la condizione personale del paziente, ma anche alla luce di un sistema di welfare e di inserimento aziendale molto spesso inadeguato. Le motivazioni alla base della difficoltà di trovare lavoro o mantenerlo per i malati cronici sono diverse, il range spazia dalla mancanza di trasporti accessibili o adeguati, alla mancanza o superficialità dei sistemi di supporto e delle politiche di social care, fino ad arrivare al comportamento dell'employer e alle pratiche di supporto che mette in atto.

L'effetto macro già analizzato, si esprime quindi in una perdita di produttività economica e di forza lavoro, o in un aumento delle probabilità di infortuni sul lavoro; a livello più personale l'aumento numerico e di intensità delle malattie croniche impedisce molto spesso la prosecuzione dell'attività lavorativa, tanto quanto riduce la possibilità e la volontà di ricercare un diverso posto di lavoro. Tuttavia, non sempre la malattia incide a breve termine sull'attività lavorativa, quando non si tratta di livelli critici la malattia può non manifestare sintomi evidenti e gli stessi malati sono propensi a non informare colleghi e superiori. Tali dinamiche sfociano in quello che viene definito *presenteeism*, "*Attending work while ill*" (Johns, 2010) espressione che sta ad indicare la condizione di un lavoratore che lavora mentre è malato, mettendo da parte problemi di salute fisici o mentali pur di essere presente a lavoro. Il fenomeno in questione è in realtà un tema molto attuale e in rapida crescita, trova giustificazione per lo più nella paura della perdita del lavoro, che spinge a nascondere in qualche modo o trascurare la malattia. Le conseguenze sono negative in ogni caso, tanto per il soggetto malato che ha buone probabilità di peggiorare la sua situazione di salute, quanto per l'azienda in termini di perdita di produttività. Emerge infatti da alcuni studi come gli effetti negativi in termini di produttività persa siano maggiori anche dei casi di *absenteeism* (Collins et al., 2005).

Tra coloro che vogliono continuare a lavorare nonostante la condizione in cui si trovano, molti sarebbero in grado di farlo se ricevessero il giusto supporto e le adeguate misure di adattamento al lavoro necessarie a seconda della tipologia di malattia cronica da cui sono colpiti. L'incidenza della malattia sul lavoro risente sicuramente dell'influenza di alcuni fattori, legati alla gravità di questa, alla qualità delle prestazioni richieste e ai trattamenti sanitari. Secondo "*l'European Working conditions surveys*" (Eurofound 2015), tra coloro colpiti da malattia cronica, il 9% afferma che questa

sia gravemente limitante, mentre sono ben più alte le percentuali di chi afferma di essere in qualche modo limitato (45%) e di chi crede di non essere limitato (47%). (grafico 1).

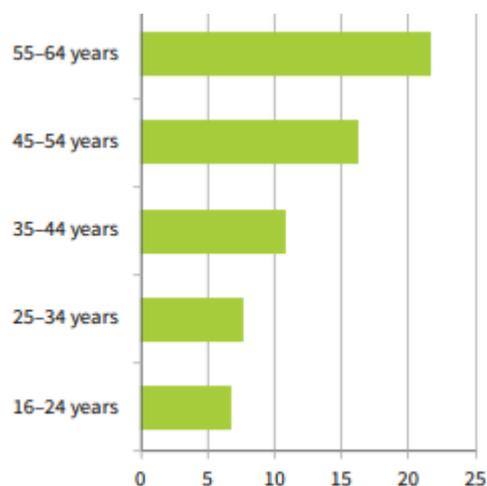
**Grafico 1: Percentuale di lavoratori con malattie croniche a seconda dell'impatto sull'attività lavorativa**



*FONTE: European Working Conditions Surveys 2015*

La possibilità di avere una malattia limitante nello svolgimento dell'attività lavorativa, secondo quanto raccolto da Eurostat, è direttamente proporzionale all'aumentare dell'età anagrafica (Grafico 2).

**Grafico 2: Percentuale di lavoratori (%) riportante una malattia debilitante, suddivisi per gruppi di età, EU 2015**



*FONTE: Eurostat hlth\_silc\_06; extracted 17 June 2019*

## **1.2. La gestione delle malattie croniche in contesto lavorativo**

L'incidenza delle malattie croniche, la loro diffusione e le loro conseguenze possono rappresentare la base di partenza per effettuare un'analisi orientata alle leve di intervento e alla gestione dei malati cronici in ambito organizzativo. In tale contesto, si introduce il tema del *diversity management*, per poi approfondire quello del *disability management*, sottolineando l'importanza che ricopre il tema del *diversity climate* nella miglior gestione dei malati cronici in ambito lavorativo ed evidenziando le misure di supporto più comuni, con un particolare focus sulle *workplace accomodation*.

### **1.2.1 Diversity management**

Fornire un completo ed esaustivo background teorico sull'argomento richiederebbe uno studio parallelo a questa ricerca, rischiando di dilungarsi eccessivamente e di allontanarsi dal focus ricercato. Per tale ragione, si cercheranno di delineare le linee generali del *diversity management*, le sue caratteristiche e tematiche essenziali.

Il tema del *diversity management* è da tempo discusso, ma sembrerebbe non essere mai abbastanza, non avendo ancora trovato del tutto un'estesa applicazione all'interno del mondo aziendale. Il tema è tanto complesso quanto delicato, complesso per le diverse sfaccettature che include, delicato in quanto è sempre complicato trattare queste tipologie di tematiche, che facilmente possono cadere in una banalizzazione o semplificazione del problema e che richiedono una certa sensibilizzazione a riguardo. Si parla sempre di più di inclusione delle diversità, si deve partire quindi dal presupposto, che all'interno della società sussistono diversità tra gli individui. Secondo presupposto per arrivare ad una inclusione ed efficace gestione delle diversità, è inevitabilmente avere delle diversità all'interno dell'azienda. Il concetto può essere espresso in maniera molto efficace e semplice ricorrendo a quanto riportato da Sessa nel suo lavoro:

*“To manage diversity effectively, a corporation must value diversity; it must have diversity and it must change the organization to accommodate diversity and make it an integral part of the organization”*. (Sessa, 1992, p. 37.)

Cercando di definire il *diversity management*, si può parlare di un programma aziendale volontario designato per creare una maggiore inclusione di tutti gli individui nei network sociali informali e nei programmi formali di un'azienda; proprio di “voluntary organizational program” parlano Gilbert e Ivancevich (2001, p. 2,) nel loro studio definendo il *diversity management*. Si può altresì citare quanto riporta The Oxford Dictionary of Human Resource nel definire il *diversity management*: “*valuing an individual's qualities personality skill knowledge and competencies and their unique contribution to an organisation*” (Oxford Dictionary of Human Resource).

Il termine è molto spesso accostato alla parola “inclusione” ed indubbiamente vi è un’interconnessione, in quanto l’inclusione è uno degli elementi che è alla base del *diversity Management*. Ma volendo separare i due termini, per una migliore comprensione del tema, a supporto viene lo studio di Roberson (2006, p. 212-236), che con la parola “*diversity*” si riferisce allo stabilire un’eterogenea, bio-demograficamente parlando, forza di lavoro, mentre con l’espressione “*inclusion*” si focalizza più sull’engagement dei dipendenti e su un’integrazione culturale. Il *diversity management* deve comunque per il suo concreto funzionamento, considerare centrale il tema dell’inclusione ed andare oltre la semplice associazione con il concetto di “*affirmative action*”, che si riferisce al predisporre specifiche misure ed opportunità per favorire gruppi di minoranze storicamente discriminati.

Una gestione efficace delle diversità oltre ad avere un logico ed implicito effetto a livello sociale ed etico, in termini di uguaglianza e parità di diritti, ha anche altre esternalità positive che possono andare a vantaggio di un’azienda. Cox and Blake (1991) evidenziano come l’efficace gestione delle diversità nei luoghi di lavoro, possa generare un vantaggio competitivo anche a livello di business, nell’area dei costi, nell’acquisizione delle risorse, nel marketing, nella creatività, nel problem solving e nella flessibilità di un’azienda. Il tema è ripreso e rafforzato da Cox e Smolinski (1994) che sottolineano come la gestione delle diversità possa sfociare in un aumento della produttività e in un aumento dei profitti, seppur sia difficile trovare una connessione diretta tra gli elementi. Secondo gli stessi lavori le conseguenze positive si riscontrano anche inevitabilmente a livello più individuale, con una possibile decrescita del senso di frustrazione e di stress in luogo di lavoro. Lo stesso Cox (1991), così come Larkey (1996) parlavano di “*multicultural organizations*” come risposta efficace alla gestione delle diversità, in quanto idealmente luoghi dove le differenze sono apprezzate, oltre che accettate, ed usate per guadagnare vantaggio competitivo e come luoghi che promuovono sia a livello attitudinale che strutturale l’integrazione delle minoranze.

La centralità del tema del *diversity management* in molti dibattiti a sfondo lavorativo, la velocità e ampiezza della comunicazione, in generale sempre maggiore grazie alla globalizzazione e allo sviluppo delle tecnologie, ha ancora di più posto la lente di ingrandimento sulla tematica, portando ad interventi o prese di posizione anche ad un livello più macro: il riferimento è al livello governativo. Infatti, molti enti governativi nazionali hanno voluto enfatizzare l’attenzione che i paesi stessi pongono sul tema, per esempio il Department of Human Services (DHS) australiano ha espresso esplicitamente il suo commitment verso la diversità su luogo di lavoro e l’inclusione:

*“We aspire to having a positive impact on the Australian community through our approach to diversity and inclusion and stewardship of our workforce which represents almost a quarter of the*

*APS. We are committed to providing a working environment that values diversity and inclusion which supports all employees to reach their full potential". (Department of Human Services, 2019)*

Un commitment simile è espresso anche dal British Government's Home Office (BGHO 2019):

*"We incorporate equality into our core objectives, making every effort to eliminate discrimination, create equal opportunities and develop good working relationship between different people"*

Ad un livello più micro ogni azienda sta effettivamente iniziando ad adottare politiche di inclusione e strategie mirate per gestire il tema delle diversità in maniera efficace, attraverso misure e progetti specifici; ed i numerosi riconoscimenti e premi dati alle aziende che si sono messe più in luce nel farlo, evidenziano la crescente e oramai globale importanza che il *diversity management* ricopre nel mondo del lavoro. Tutto ciò fa sì che vengano alla luce tutti quei fattori discriminatori che contraddistinguono e caratterizzano la diversità, nella prospettiva che atteggiamenti e comportamenti discriminatori, pregiudizi e stereotipi incontrino una profonda riduzione per lo meno in ambito lavorativo e nella speranza che scompaiano definitivamente.

Affrontare il tema del *diversity* nella sua globalità significa far riferimento a tutte le dimensioni che questo può includere, in particolar modo si parla di diversità in ambito di età, orientamento sessuale, etnia, genere e abilità. L'approfondimento successivo, si focalizza sulla diversità di abilità, attraverso un'analisi di quello che viene definito *disability management* e sulle misure di supporto previste per un'efficace gestione dei malati cronici, ma prima è bene cercare di chiarire quanto più possibile, in che misura le malattie croniche vengano considerate forma di disabilità, in che modo e in che misura quindi i malati cronici sono assimilabili a coloro affetti da forme di disabilità.

### **1.1.2. Malattie croniche e disabilità: il quadro normativo**

Per meglio trattare e argomentare le forme di supporto normative o meno che possono aiutare i malati cronici nel loro inserimento e soprattutto nella loro conduzione dell'attività lavorativa, è bene cercare di approfondire l'associazione o l'equiparazione tra malattia cronica e disabilità. Come già precedentemente esposto, la mancanza di una normativa ad hoc crea incertezza giuridica intorno ad i diritti spettanti in contesto lavorativo a coloro che sono colpiti da malattie croniche e di conseguenza viene meno la tutela integrale di questi lavoratori. A livello parziale e isolato si trova qualche riferimento a livello giuridico, per esempio nell'art 8 comma 3 decreto legislativo 15 giugno 2015, n 81 (riguardante la disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni), dove si estende la possibilità di part-time ai lavoratori affetti da "gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti". Per quanto invece concerne la definizione di "disabilità" in contesto italiano, non esiste una definizione univoca e completa, ma ve ne sono diverse all'interno delle

differenti norme che regolano la tematica. Nessuna di queste tuttavia corrisponde a quanto invece riporta la Corte di Giustizia europea in alcune sue sentenze (11 Aprile 2013), dove il concetto di disabilità utilizzato è di ampio raggio ed include, coloro che sono affetti da una malattia che comporti una limitazione di lunga durata che possa ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nella vita professionale, nella nozione di disabilità ai sensi della Direttiva 2000/78, in materia di parità di trattamento. Le malattie croniche quindi intese come malattie di lunga durata vengono assimilate alla disabilità all'interno dell'ambito di parità di trattamento e di non discriminazione; questo aspetto limitante potrebbe lasciare a libere e diverse interpretazioni su cosa include il concetto di disabilità in relazioni ad altre situazioni, come possono essere l'inserimento lavorativo o l'ambito previdenziale. Secondo buon senso e per garantire la massima tutela ai malati cronici il concetto di malattia cronica dovrebbe rientrare in quello di disabilità, consentendo quindi ai soggetti malati di accedere alle forme di supporto e prevenzione previste per i disabili, ma l'obiettivo dovrebbe essere quello di poter considerare i malati cronici come categoria a sé e non come equiparabili ad altre categorie.

A livello europeo ci sono due policy aree che sono pertinenti alla partecipazione dei malati cronici al mondo del lavoro, anche se nessuna, come riportato in precedenza, è limitata a questa categoria. La prima fa riferimento alla forte enfasi riposta nella pari opportunità e nell'uguaglianza di trattamento delle persone disabili, l'altra area rientra nelle politiche ed iniziative che sono intraprese nel contesto di cambiamento demografico, per promuovere una vita lavorativa più lunga fino al pensionamento. Ruolo importante è poi ricoperto da quella parte di legislazione inerente alla sicurezza sul posto di lavoro, alla salute, all'accesso ai sistemi di *healthcare* e protezione sociale.

Di grande rilevanza è quanto contenuto nella Dichiarazione di Sibiu (Consiglio dell'EU, 2019) sul futuro dell'Europa, fatta dai capi di Stato dell'Unione il 9 maggio 2019, dove l'equità nel mercato del lavoro ed il benessere son tra gli elementi cardine. L'equità è espressa come diritto, esteso anche ai disabili, di accesso ai servizi di cui hanno bisogno per l'inserimento nel mercato del lavoro e in termini di ambienti di lavoro adeguati alle loro esigenze (principio 17). Il benessere (in termini di prevenzione) rientra in quanto stabilito nel principio 10, che si focalizza sull'accesso ad un ambiente di lavoro sicuro, sano e ben adattato, sottolineando l'importanza di avere diritto ad un elevato livello di protezione e di sicurezza sul posto di lavoro. L'ambiente di lavoro inoltre, nell'ottica di lavoro sostenibile, deve essere anche consono al prolungamento della partecipazione dei soggetti al mercato del lavoro.

Anche le più recenti politiche e normative parlano di persone disabili e non sono incentrate sui problemi di salute associabili a malattie croniche, ragion per cui i malati cronici sono inevitabilmente spesso inclusi o menzionati nelle politiche ed iniziative legate alla disabilità. Il framework strategico

dell'Unione Europea in materia di sicurezza e salute 2014-2020 (*European Commission* 2014) tra i diversi elementi, evidenzia in particolare l'importanza di far fronte alle sfide poste da condizioni croniche, soprattutto in termini di prevenzione e reinserimento nel mercato del lavoro. Altre recenti iniziative sono state sulla carta intraprese a favore delle persone con disabilità. Dal 2011 l'UE è parte della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (UNCRPD), per implementare la Convenzione delle Nazioni Unite nell'EU è stata definita la “*European Disability Strategy 2010-2020*” (*European Commission*, 2010) che promuove l'attiva inclusione e la piena partecipazione nel mercato del lavoro delle persone con disabilità. All'interno dei fondi strutturali e di investimento europei per l'arco temporale 2014-2020, una parte è stata destinata al reperimento delle risorse necessarie e agli investimenti anche infrastrutturali per i disabili nel mondo del lavoro. Attualmente è in corso una rivalutazione della strategia per favorire la piena integrazione nel mondo del lavoro e nella società; nel quadro di questa è emerso come il tema principale da affrontare e superare sia la mancanza di pari opportunità nel mercato del lavoro.

Riferimento fondamentale è anche la Direttiva 2000/78/CE che tratta il tema della discriminazione, proibendo di fatto che questa sia praticata in relazione ad età, sesso, religione e disabilità in campo occupazionale e lavorativo. È inoltre contenuto l'obbligo per i datori di lavoro a provvedere un ragionevole accomodamento per le persone disabili, con l'eccezione dei casi in cui ciò comporterebbe un onere sproporzionato. Alla luce delle normative e politiche presenti, come in precedenza sottolineato, è rimasta una zona grigia nel quale si collocano le malattie croniche, con le sentenze della Corte di Giustizia che ancora lasciano un'interpretazione non oggettiva, ma di volta in volta modificabile a seconda delle circostanze e dei casi specifici. Nel contesto della questione sul cambiamento demografico, anche le parti sociali intersettoriali europee, come CEEP, ETUC, UEAPME<sup>1</sup>, attraverso l'accordo quadro sull'invecchiamento (2017) hanno contribuito a risaltare il ruolo dei malati cronici, stabilendo tra gli obiettivi di fondo quello del diritto all'accomodamento ragionevole (“*workplace accomodation*”) per i lavoratori colpiti da queste patologie (EUROFOUND, 2019).

### **1.2.3. Workplace accomodation**

È opportuno al fine di una maggiore comprensione, approfondire cosa si intende a livello pratico per “accomodamento ragionevole”, essendo l'espressione presente in diverse normative e soluzioni riportate. È comprovato che avere una malattia cronica possa rendere il lavoro insostenibile in alcune circostanze, a meno che non siano prese misure adeguate ad “accomodare” le esigenze o stabilite

---

<sup>1</sup> CEEP: European Centre of Employers and Enterprises providing Public Services, ETUC: European Trade Union Confederation, UEAPME: Unione europea dell'artigianato e delle piccole imprese

politiche di inclusione per favorire il mantenimento del lavoro. Una sentenza della Corte di Giustizia (11 September 2019, C-397/18, *DW v Nobel Plásticos Ibérica SA (ECJ)*) afferma: “*The employer must provide reasonable accommodation for the employee with an occupational disease qualified as a 'disability' before dismissing the employee based on 'objective reasons'*”. Con riferimento all’articolo 5 della Direttiva 2000/78/CE riporta “ *This means that employers shall take appropriate measures, where needed in a particular case, to enable a person with a disability to have access to, participate in, or advance in employment, or to undergo training, unless such measures would impose a disproportionate burden on the employer. This burden shall not be disproportionate when it is sufficiently remedied by measures existing within the framework of the disability policy of the Member State concerned*” (Pennings & Vonk, 2015, p. 298). La protezione che perciò garantisce la direttiva non è specificatamente basata sullo stato di salute, ma rimanda e dipende dalla definizione nazionale di disabilità. La richiesta potrebbe risentire quindi delle dimensioni dell’azienda, micro e piccole imprese potrebbero argomentare a proprio favore la mancanza di risorse per sostenere un peso eccessivo (“*disproportionate burden*”).

I dati del CAE (Comitato Aziendale Europeo) mostrano che un quinto dei malati cronici intervistati, dichiara che i loro posti di lavoro sono stati adattati alle loro esigenze in termini di accomodamenti, tra coloro che invece sono limitati dalla malattia cronica nel lavoro, solo il 30% ha dichiarato di aver ricevuto l’accomodamento necessario (EUROFOUND 2019). Tali tipo di dati rimane tuttavia un riferimento generale e vago, ovvero bisogna comunque tener conto delle differenti malattie croniche e quindi dei differenti limiti e delle conseguenti esigenze che ciascuna patologia comporta. Oltre a quanto detto sinora, il rapporto dell’Eurofound si interroga sulla possibilità che vi siano fattori lavorativi o individuali che possano impattare sulla probabilità dei lavoratori di beneficiare o meno di un accomodamento. Da quanto raccolto risulta che i lavoratori oltre la soglia dei 50 anni hanno una probabilità maggiore di ricevere supporto (33%) rispetto ai lavoratori più giovani (27%), distanza legata essenzialmente alle maggiori limitazioni a cui vanno incontro coloro in un’età più avanzata. Una percentuale di supporto minore si riscontra anche in coloro che sebbene abbiano una malattia limitante, hanno un contratto a tempo determinato (23%), rispetto a coloro che invece hanno un contratto a tempo indeterminato. La percentuale più elevata (35%) si riscontra in coloro che sono lavoratori autonomi senza dipendenti, a testimoniare come probabilmente alcuni lavoratori scelgano di divenire autonomi per meglio affrontare e gestire la malattia, adattando la propria attività alle esigenze.

Ma concretamente, cosa si intende per accomodamento? Un accomodamento del posto di lavoro può essere materiale, può consistere per esempio in postazioni accessibili, scrivanie e sedie regolabili in altezza, nuove soluzioni tecnologiche come i software di riconoscimento vocale; o può essere

immateriale, come il lavoro da remoto, smart working, o aggiustamenti dell'orario di lavoro. La tipologia di accomodamento più adatta, dipende ovviamente dalle diverse patologie croniche che possono affliggere i lavoratori, è quindi una condizione individuale e specifica, ma in linea generale le forme di accomodamento più comuni sono inerenti all'orario di lavoro e alla flessibilità del lavoro.

Il rapporto Eurofound (2019) analizza anche l'effettiva efficacia degli accomodamenti per verificare se questi facciano effettivamente una qualche differenza, in termini di job quality e work-life balance. I numeri sono stati raccolti per mezzo dell'EWCS (European Working Conditions Surveys 2015). Per misurare la qualità del lavoro, sono state prese in considerazione sette dimensioni che determinano la job quality secondo quanto definito da Eurofound.

**Figura 2: Dimensioni della job quality**



FONTE: Eurofound (2017)

I risultati di maggior rilievo, riportano che in relazione all'ambiente fisico e sociale, all'intensità del lavoro, alla qualità del tempo di lavoro, alle prospettive e allo sviluppo di skill, coloro afflitti da malattie croniche hanno una peggior qualità lavorativa. Coloro che soffrono di malattie croniche e non hanno *workplace accomodation* rispetto a coloro che non soffrono di problemi di salute, hanno la peggiore qualità di vita in relazione all'ambiente sociale e fisico di lavoro, allo sviluppo di skill, alle prospettive e soffrono anche una maggiore intensità nel lavoro. I malati cronici che ricevono supporto in termini di *accomodation* hanno ancora risultati più negativi di coloro in buona salute, ma migliori risultati dei lavoratori malati che non ricevono supporto. Similarmente coloro che non ricevono supporto e sono malati, hanno maggiori possibilità di riportare stress nell'ambiente di lavoro rispetto a coloro che hanno avuto modo di adeguare il posto di lavoro, così come sono più alte le percentuali dei fenomeni di *presenteeism* e *absenteeism*.

Il work-life balance insieme alla job quality, è un altro fondamentale fattore che può rendere il lavoro sostenibile. Come ci si potrebbe aspettare i lavoratori malati cronici sperimentano un peggior work-

life balance rispetto ai lavoratori in salute e quelli che hanno conseguenze più gravi dal punto di vista fisico o comunque limiti maggiori, hanno un equilibrio tra vita privata e lavoro ancora più negativo. L'adattamento del posto di lavoro alle esigenze della malattia migliora la situazione. Altri dati importanti, ma che non stupiscono, in quanto in linea con quanto dimostrato sinora, mostrano che i lavoratori malati hanno meno probabilità di credere di poter lavorare oltre i 60 anni di età. Reputano in altri termini il lavoro meno sostenibile, essendo la sostenibilità del lavoro strettamente connessa alla qualità del lavoro e all'equilibrio tra questo e la vita privata.

I risultati complessivamente mostrano l'impatto positivo che si può avere ricorrendo a misure di "accomodamento ragionevole", le quali possono aumentare la percezione della qualità del lavoro e la sostenibilità di questo e possono inoltre prevenire l'aggravarsi delle patologie o il generarsi di un forte stress lavorativo. Non bisogna dimenticare che le forme di accomodamento concesse dipendono dalle diverse circostanze e dai diversi contesti, in particolari dai paesi e dalle loro normative, dal tipo di contratto, dal grado di educazione e di occupazione, dalla singola azienda in questione, aspetti questi che fanno emergere come problema principale la mancata parità di trattamento come problema essenziale della questione.

#### **1.2.4. Misure e strumenti di supporto: le linee generali di approccio**

Un'attenta analisi e ricerca delle potenziali misure e degli strumenti esistenti a supporto dei lavoratori è stata condotta all'interno del "CHRODIS Plus Joint European Action project (2017-2020)", il progetto della Commissione Europea per supportare gli stati membri a mettere insieme e condividere le migliori pratiche per alleggerire e gestire il peso delle malattie croniche. La ricerca ha cercato anche di identificare le aree di intervento che possano favorire il mantenimento ed il ritorno al lavoro dei lavoratori affetti da malattie croniche. Le categorie di strumenti di supporto possono essere divise in quelle provenienti da istituzioni e organizzazioni sociali esterne alle aziende e quelle che sono state o possono essere implementate dalle aziende stesse (Silvaggi et al. 2019). Per giungere ad un'inclusione efficace ed effettiva dei lavoratori malati è necessario che siano coinvolti nei programmi di supporto tanto i malati stessi quanto i manager.

I malati cronici hanno a che fare con oggettive difficoltà quando si tratta di entrare o riinserirsi nel mercato del lavoro, che sono spesso associate a tensioni psicologiche ed incertezza, le quali frequentemente portano ad abbandonare il lavoro o la scelta di ritornarvi. Le altre difficoltà talvolta più implicite risiedono in stereotipi o pregiudizi che in alcune circostanze sono ancora presenti e possono sfociare nella peggiore delle ipotesi nella discriminazione, con conseguenze negative in termini di mancanza di supporto o maggiori difficoltà a comunicare il loro status o ancora difficoltà di ottenere promozioni. (Fenwick 2001). Dall'altro lato i datori di lavoro sono spesso disinformati

riguardo le malattie e la potenzialità degli individui malati, ragion per cui è cruciale aumentare la consapevolezza e le informazioni sulle malattie croniche e il loro impatto sull'occupazione, così come l'impatto di un'occupazione su un soggetto malato. Questo aspetto è tra l'altro sottolineato nelle raccomandazioni finali dell'“EU PATHWAYS Project” (Participation To Healthy Workplaces and Inclusive Strategies in the work sector, 2016). Il progetto PATHWAYS ricerca diverse azioni di supporto per rendere gli ambienti di lavoro più inclusivi, incluse appunto anche strategie di integrazione e reintegrazione di persone affette da malattie non comunicabili, evidenziando l'urgente bisogno di concentrarsi su tali iniziative. I risultati mostrano quanto sia importante per favorire un ambiente inclusivo per tutti, ridisegnare l'ambiente di lavoro, non solo dal punto di vista fisico ma anche l'ambiente in generale, in particolare il campo del *training* affinché lavoratori e datori di lavoro sviluppino le skills necessarie. Il “*training*” è considerata non solo come un'azione per trasferire skill, ma riguarda lo sviluppo della persona in sé, in un continuo processo di apprendimento (WILSON, J.P., 2014). Un aspetto fondamentale che viene riportato è inoltre il fatto che molti degli strumenti utilizzati nel mondo non sono elaborati e pubblicati nella letteratura scientifica, ma sono implementati a livello locale o a livello di singole aziende.

Facendo riferimento alla distinzione precedentemente riportata, tra misure di supporto sviluppate da organizzazioni o istituzioni sociali e quelle sviluppate all'interno delle singole aziende, si riportano brevemente le distinzioni e le caratteristiche di ciascuna categoria. I primi strumenti si focalizzano sui problemi emergenti nella maggior parte dei casi, ovvero quelli correlati a stereotipi, discriminazione, paura, mancanza di comprensione e si esplicano nel concreto per lo più in online o *face-to-face training* per i dipendenti. I supporti online, che includono webinar, linee guida, schede informative sono più utilizzati perché permettono l'accesso a contributi ampi e di qualsiasi natura (psicologica, medica, legislativa, politica); i webinar per esempio hanno anche il vantaggio di essere interattivi o di poter essere *real-time*. La maggior parte dei contenuti comunque rimane su un carattere generale, non entrando nel merito delle malattie o dei singoli casi. Poi vi è ovviamente il ricorso alle diverse forme possibili di *workplace accommodation*, a seconda delle situazioni.

Gli strumenti interni adottati più frequentemente nelle multinazionali prese a riferimento nello studio di Selvaggi et al. (2019, p. 9, tab 4), sono più focalizzati su iniziative di prevenzione o sulla salute in generale attraverso assicurazioni sanitarie, servizi di supporto alla famiglia, o comunque misure di supporto volte a migliorare la qualità di vita ed il benessere all'interno dell'azienda. Le misure di supporto specifiche per i malati cronici sono spesso incluse nella “Diversity and Inclusion Policy” aziendale, o portate avanti in collaborazione con associazioni di pazienti, tramite workshop informativi su tutti gli aspetti medici, psicologici e legali relativi ad una singola patologia. Iniziative molto comuni riguardano l'importanza dell'inclusione rispetto a pregiudizi, stereotipi o

discriminazioni. Una misura utilizzata in molti casi è quella di ricorrere a sessioni di coaching, che hanno l'obiettivo di migliorare le skill interpersonali e le abilità nel management, ma che possono più facilmente tralasciare un sufficiente livello di dettaglio negli aspetti medici e legali delle singole malattie. Le misure e le iniziative sono in ogni caso rivolte a tutti i lavoratori dell'azienda, trascendendo dalle posizioni gerarchiche, ciò di cui necessitano di più è un maggior adattamento alle singole circostanze e ai singoli individui, infatti gli strumenti e le misure di entrambe le categorie (organizzazioni/istituzioni sociali o singole aziende) riguardano per lo più raccomandazioni generali.

L'importanza di approfondire i mezzi e le pratiche di supporto ai lavoratori malati cronici è rimarcata dai risultati di tutte le ricerche più recenti che evidenziano la volontà di coloro affetti dalle patologie di lavorare e l'effetto terapeutico che può avere il lavoro sulla qualità di vita (Waddell & Burton, 2006). Perciò il lavoro deve essere svolto nelle migliori condizioni possibili a seconda delle esigenze di ciascun individuo. Mantenendo sempre il presupposto che specifici interventi possano essere più efficaci per determinate malattie croniche e non volendo scendere in tale livello di dettaglio, si cerca di riportare l'efficacia di interventi generici nel migliorare la partecipazione dei malati cronici al mercato del lavoro. La maggior parte degli interventi che sembrano essere efficaci secondo i risultati della ricerca sistematica di Vooijs M (2015), sono quelli indirizzati sul posto di lavoro, che includono cambiamenti nell'ambiente fisico, nell'organizzazione del lavoro e nella comunicazione tra tutti coloro coinvolti.

Una visione piuttosto diffusa racchiude gli interventi di work adjustments in tre categorie (Pryce et al., 2007, p. 83-92): “*modified physical load*” (riduzione del carico nei lavori manuali o ricorso al supporto di tecnologie), “*skill discretion*” (riorganizzazione del lavoro a seconda delle abilità del lavoratore), “*time discretion*” (adozione di soluzioni di smart working o lavoro flessibile). Gli interventi dovrebbero essere volti in particolare a restaurare l'equilibrio tra le abilità personali (*job resources*) e *job demands*, modificando i fattori determinanti in tal senso, associati alla partecipazione al lavoro. Per esempio, ricercando una soluzione ai problemi fisici e psicologici che possono sorgere con la malattia e che minano tale equilibrio, considerando che la partecipazione al lavoro dipende tanto da fattori associati al lavoro quanto da fattori personali. Interventi in tale contesto possono essere fatti sulle abilità personali, oppure possono essere rivolti maggiormente su un cambiamento della job demand, proprio questi ultimi risultano i più efficaci. Il dato potrebbe essere riferito al fatto che alcuni fattori personali rispetto ai fattori correlati al lavoro, a prescindere dalla patologia, possano essere più difficilmente modificabili. Gli interventi con una maggiore efficacia risultano inoltre essere quelli composti da più elementi rispetto ad interventi che prevedono una singola componente, e quindi interventi che includano cambiamenti nell'ambiente fisico e nel modo in cui è organizzato, trattamenti

fisioterapeutici, coaching and counselling. Da tale analisi non risulta però quale intervento nello specifico possa essere più efficace.

Altri studi si concentrano sull'importanza che ha un intervento tempestivo, cioè fatto quando il soggetto è ancora occupato, cercando di prevenire il nascere delle condizioni di inabilità lavorativa, fisiche o psicologiche, piuttosto che ricercare successivamente un rimedio. La necessità è quindi quella di levare le barriere che ostacolano il normale svolgimento del lavoro, barriere che spesso sono legate alla soddisfazione personale e al peggioramento della padronanza delle competenze professionali. Un fattore fondamentale sul quale lavorare è proprio rappresentato dalla consapevolezza e dall'autostima del lavoratore nel possedere le abilità necessarie. Gli interventi devono essere orientati nello specifico al mantenimento del posto di lavoro e come dimostrato dai risultati dello studio di Saralynn H. Allaire (2005), spesso può essere sufficiente un intervento tramite counselling della durata di qualche ora. Volendo ricorrere ad un elenco dei possibili interventi più dettagliato, al di là del concetto di work accommodation già approfondito, si può riprendere quanto riportato da F. Montenegro-Torres (2001), cercando di individuare i servizi sociali e medici più comuni e importanti: “*prescription drugs, mental health outpatient services, mental health inpatient services, home health care, physical therapy, durable medical equipment, occupational therapy, speech therapy, skilled nursing facilities, chiropractor, family counseling, dietitian/nutritionist, medical social worker, respite care, personal care, nonemergency transportation, home modifications*”

Per poter ricorrere alle misure necessarie si deve tener conto delle reali esigenze espresse dai lavoratori, di quali sono le principali barriere e i fattori che più incidono sulla prestazione lavorativa. L'analisi eseguita da Joy E. Beatty (2011), mostra come le barriere derivino dalla malattia stessa (sintomi ed incertezza), dalle reazioni degli altri alla malattia e dalle norme istituzionali e aziendali. Sentimenti e pensieri che comunemente sono provati dai lavoratori riguardano pregiudizi, pietà, e in generale l'idea che le persone malate non possano reggere il peso del lavoro e lo abbandonino in breve tempo. Le barriere lavorative rappresentano comunque un ostacolo concreto alla prosecuzione del lavoro, diminuiscono infatti l'intenzione di voler continuare, di restare sotto lo stesso datore ma anche di cercare nuovo lavoro. La malattia in sé può essere un ostacolo in termini di *self efficacy*, può portare ad un ridimensionamento delle aspettative e degli obiettivi personali che il soggetto si pone. L'effetto disruptive delle malattie croniche genera negli individui consapevolezza, l'opportunità di riflettere sui propri scopi di vita primari, possono cambiare priorità nel work-life balance, si può passare da definizioni di carriera di successo oggettive ad altre più soggettive. La presenza di barriere può generare conseguenze differenti in riferimento ai percorsi di carriera: si può parlare di “*plateauing*” (*stuck in a role*, per un tempo tale che la promozione diviene improbabile, per motivi

riscontrabili in paura di discriminazioni, paura di perdere assicurazione, bassa auto-stima), di “*redirecting*” (indirizzarsi verso un differente tipo di lavoro, anticipando così lo sviluppo di problemi), di “*retreating*” (scelta consapevole di ridurre lo sforzo lavorativo), e “*self-employment*”.

Non di minore importanza è il *self-management* della malattia da parte del lavoratore stesso, la capacità di accettare e gestire la propria patologia, importanza rimarcata soprattutto dai professionisti nell’ambito della salute piuttosto che dai lavoratori stessi, i quali ritengono più influente e rilevante un’accezione emotiva e la comunicazione con i colleghi; questo è quanto emerge dallo studio di Detaille (2006).

Il concetto di *self-management* è strettamente connesso a quello di *empowerment* inteso nell’ambito di healthcare, in cui è definito come la crescita delle conoscenze e delle soft skill necessarie per permettere ai lavoratori malati di definire i propri obiettivi di trattamento ed assumersi le proprie responsabilità nel trattamento medico. Nella definizione è implicito il miglioramento delle proprie abilità di problem solving, una migliore comunicazione con i professionisti in ambito healthcare e una maggiore consapevolezza dei comportamenti da mettere in atto. Il tema dell’empowerment collegato ai malati cronici è in particolare affrontato da I.Vareekamp (2009, p. 402-408); nella ricerca vengono elencati nello specifico sette temi (tasks) con cui i malati cronici si devono confrontare, riportati come citati originariamente in lingua inglese :

1. *“developing a realistic understanding of one’s abilities,*
2. *standing up for oneself in a self-confident way,*
3. *maintaining social relations based on mutual understanding with supervisors and colleagues,*
4. *collecting and assimilating knowledge of one’s options, rights and duties,*
5. *consulting others and negotiating with regard to work accommodations,*
6. *planning one’s job so as to provide personal satisfaction,*
7. *maintaining a social life outside work.”*

*L’empowerment* presuppone che i lavoratori malati possano agire per confrontarsi con questi problemi e risolverli, ma prima di agire è necessario compiere un processo di riflessione interiore sul proprio lato emotivo, e un processo cognitivo di esplorazione ed identificazione dei principali colli di bottiglia presenti nel proprio lavoro.

### 1.2.5. Il disability management

Il *Disability management* è un approccio piuttosto recente, ma che si è affermato in maniera decisa e su ampio raggio, per la delicatezza e l'importanza delle sue tematiche. Molte aziende hanno avuto in misura sempre maggiore la necessità di avere un programma di *disability management* definito, ragion per cui è aumentata l'importanza nel mercato del lavoro di figure che abbiano le skill e le conoscenze necessarie per performare tali funzioni. Gestire la disabilità sul luogo di lavoro, implica che un *disability manager* abbia specifici compiti, responsabilità e ambiti di lavoro, tanto quanto qualsiasi altra attività aziendale. Quando si parla di *disability management* in realtà, si può spaziare dai piani di *disability management* all'interno delle organizzazioni ai servizi di *Disability Case Management* delle strutture ospedaliere o di altri enti pubblici che hanno l'obiettivo di aiutare le persone disabili a condurre una vita più attiva e indipendente. Risulta quindi più complicato di quanto sembri ricorrere ad una definizione univoca, l'attenzione sarà per ovvi motivi rivolta all'ambito lavorativo.

In tale contesto, il *disability management* riguarda semplicemente il trattare e cercare di risolvere i problemi lavorativi connessi a forme di disabilità, considerando tanto i casi di disabilità congeniti o ad ogni modo presenti al momento dell'assunzione, quanto i casi di disabilità sopravvenuta durante il periodo lavorativo per cause esterne o connesse al contesto lavorativo. Più precisamente si configura come una strategia proattiva nell'identificare e risolvere tutti i fattori che impediscono alle persone, con qualsiasi tipo di disabilità, di accedere al lavoro (Geisen e Harder 2011). Concretamente viene declinato "in una serie di pratiche aziendali pervasive e trasversali, in grado di incidere sulla cultura d'impresa, che riguardano la strategia, la logistica, la R&D, il marketing, la comunicazione, il sistema delle relazioni con gli stakeholder, gli strumenti di rendicontazione e controllo, la gestione finanziaria, degli approvvigionamenti, del prodotto e delle risorse umane" (Mattana, 2016, p.2).

Il *disability management* in Italia, si sviluppa più concretamente dopo l'entrata in vigore della legge 68 del 1999 sull'inserimento lavorativo delle persone con disabilità. Con tale legge si evince come l'assunzione delle persone con disabilità debba essere volta all'inserimento della persona in un'attività lavorativa non solo in dipendenza delle esigenze aziendali, ma tenendo conto anche delle caratteristiche personali. Il limite della legge è da un lato il fatto che l'obbligo si riferisce solamente alle imprese con più di 15 dipendenti, lasciando quelle con una quota minore escluse, dall'altro lato il fatto di non fare distinzione tra il livello di gravità della disabilità. Il riferimento più recente è però il *Jobs Act*, il quale ha introdotto la figura del *disability manager*, ma a cui non sono seguiti poi decreti attuativi come invece previsto. Il risultato è che non vige una precisa normativa e non vi è un ordine professionale, risulta quindi prezioso rivolgere l'attenzione alla SIDIMa ("Società Italiana *disability manager*) e a quanto questa dichiara, in considerazione del fatto che si tratta dell'unica associazione

italiana di categoria. Il *disability management* viene definito come “un orientamento gestionale che si focalizza sulle persone con disabilità e sulla loro valorizzazione, con l’obiettivo di adattare l’organizzazione di riferimento (le Aziende, la Sanità, le Istituzioni), al fine di accoglierle e gestirne i bisogni” (SIDIMa).

Di *disability manager* si parla in termini di “competenza aggiuntiva che può integrare una professionalità preesistente, il ruolo del *disability manager* può cambiare molto anche in base ai diversi contesti di lavoro” (SIDIMa); formalmente è il responsabile del processo di *disability management*, cioè del processo di integrazione sociale e lavorativa delle persone con disabilità all’interno delle imprese. Delle funzioni specifiche di competenza del *disability manager* non ci sono linee guida predefinite e strettamente oggettive, ma sicuramente in maniera ragionevole è possibile elencare una serie di compiti che un *disability manager* dovrebbe svolgere. Dovrebbe essere la figura di riferimento principale per la persona con disabilità, in relazione all’inserimento lavorativo, alle esigenze o a qualunque disagio questa possa andare incontro. Dovrebbe sviluppare le giuste soluzioni operative a seconda dei diversi contesti, cercando sempre di favorire l’inserimento ed il mantenimento del posto di lavoro nel tempo; promuovere e favorire nuove pratiche o interventi di supporto per garantire anche una giusta gestione e formazione del lavoratore. Dovrebbe poi cercare di facilitare la conciliazione lavoro-vita privata, oltre che favorire politiche di inclusione e ricorrere a tutti gli strumenti necessari, soprattutto innovativi, di modo da valorizzare il contributo di una persona con disabilità. Il ruolo è quindi a 360° su ogni aspetto all’interno del contesto lavorativo che possa riguardare una persona disabile. La figura può e deve collaborare con tutti i servizi per l’inserimento in azienda presenti sul territorio, con le istituzioni, con tutte le funzioni aziendali (in particolar modo con le risorse umane) e può giovare della potenzialità delle nuove tecnologie e dell’orientamento alla responsabilità sociale che specialmente nell’ultimo periodo caratterizza le imprese, in termini per esempio di welfare aziendale, di *agile working* o di *smart working*.

## **CAPITOLO 2: CLIMA ORGANIZZATIVO E PRATICHE HR: QUALE RILEVANZA SUL FENOMENO DELLA DISCLOSURE**

### **2.1. Diversity Climate**

#### **2.1.1 Cosa è il diversity climate**

Il tema del *diversity climate* comincia a divenire oggetto di discussione, in maniera progressiva, con il cambiamento della forza lavoro, sempre più eterogenea e con la crescente attenzione che la diversità ha cominciato ad avere di conseguenza. È emersa dunque la necessità di misurare l'apertura dell'ambiente lavorativo alle diversità e di valutare il grado di importanza del tema stesso sui lavoratori e i possibili effetti sulla prestazione e sull'efficacia del lavoro. La semplice diversità all'interno di un'azienda può non essere sufficiente per ottenere outcomes positivi, c'è infatti bisogno di un clima che sia inclusivo, che integri le differenze, che consenta di superare gli ostacoli legati alle diversità, per ottenere da queste invece tutti gli effetti positivi ed i benefit possibili. Sono diverse le interpretazioni del termine e della tematica:

Un contributo interessante viene da Glick (1985) che individua nel clima organizzativo l'insieme di percezioni condivise dei lavoratori relativamente al modo in cui il contesto organizzativo (politiche, pratiche, procedure) risulta influenzato dall'appartenenza dei lavoratori a gruppi diversi per caratteristiche socio-demografiche.

Uno dei primi autori a parlare concretamente di *diversity climate* è stato Cox (1993), indicandolo come un costrutto funzione di più fattori: a livello individuale, a livello di gruppo e a livello organizzativo; ne risulta quindi una percezione che combina quelle individuali in relazione al contesto organizzativo e al contesto sociale. Nello stesso periodo ritroviamo il contributo di Kossek e Zonia: "*general perception toward the importance of employer efforts to promote diversity*" (Kossek e Zonia, 1993; p.62), che fa ancora riferimento ad una percezione generale, somma delle singole percezioni, riguardo gli sforzi messi in atto dai datori di lavoro nel promuovere la diversità.

Il *diversity climate* nel modello di Avery (2011), è inteso come l'atmosfera di convivenza interna alle organizzazioni che si sviluppa come conseguenza degli effetti di fattori organizzativi e fattori individuali. Sulla stessa concezione si muove il contributo di Mor Barak (2016), che concepisce il clima di diversità come costituito da una dimensione organizzativa (riguardante la percezione di equità e inclusione dei dipendenti facenti parte di minoranze, a livello di politiche organizzative messe in atto dalla direzione), e da una dimensione individuale (rappresentata dal valore che ogni individuo assegna alla diversità e dalla sensazione di adeguatezza e "comfort" che si genera quando entra in contatto con persone provenienti da contesti differenti dal proprio). Uno degli elementi fondamentali

che influisce sulla percezione è rappresentato dal trattamento che viene riservato alle categorie più svantaggiate, così come dimostrato da Mor Barak, Cherin, Berkman (1998).

Herdman e McMillan-Capehart (2010) si sono focalizzati sui programmi di *diversity* intesi come “*the extent that a firm has formal diversity policies and programs, recruitment programs targeting minorities, and mechanism for considering a broad array of viewpoints and management team heterogeneity*”, e quindi quali determinanti del clima di diversità all’interno di un’azienda. Ciò significa che la presenza di specifici programmi sulla diversità e una eterogeneità a livello manageriale, rappresentano importanti indicatori della rilevanza strategica attribuita alla diversità da parte dell’azienda. In aggiunta viene sottolineato come i “*management team relational values*” possano essere una variabile piuttosto influente, nella misura in cui i manager che investono maggiormente nel benessere dei propri lavoratori sono più propensi a sostenere lo sviluppo di programmi sulla diversità, rispetto a coloro che danno un minore valore alle relazioni con i dipendenti. Lo studio inoltre conferma l’evidenza per cui il *diversity climate* sia una variabile moderatrice tra la diversità e le performance organizzative. Evidenza emersa anche nel lavoro di McKay et al. (2009), che dimostra come il *diversity climate* sia un moderatore per l’aumento delle vendite e la soddisfazione dei clienti (McKay, Avery, Liao & Morris, 2011), non solo quindi per i comportamenti dei singoli individui. Il risultato è a sua volta strettamente collegato al modello IMCD<sup>2</sup> di COX (1993) riguardo l’effetto del *diversity climate* sull’efficacia a più livelli dell’organizzazione. Boehm et al. (2014) dimostrano l’efficacia di un clima di diversità all’interno di un gruppo sulle performance del gruppo stesso e come un positivo clima, risultando anche in una minore percezione di atteggiamenti discriminatori, favorisca sempre un miglioramento nel lavoro e nei risultati di gruppo. In Hofhuis et.al (2016, p. 964), si parla di *diversity climate* in termini di: “*an organizational climate characterized by openness toward and appreciation of diversity*”, come soluzione per risolvere problemi di identità culturali che si possono generare nel contesto di gruppi di lavoro, dimostrando che in organizzazioni con un positivo clima di diversità, sia i gruppi in maggioranza sia le minoranze si identificano con l’organizzazione ugualmente.

Un clima di diversità positivo consta di alcuni aspetti fondamentali esprimibili in termini di equità di trattamento, supporto delle organizzazioni alla diversità, riconoscimento di diverse prospettive di analisi, inclusione ed integrazione.

### **2.1.2 L’importanza di un clima organizzativo inclusivo per i malati cronici**

Un clima organizzativo inclusivo, o ancora meglio un *diversity climate* positivo è inevitabilmente connesso al mondo dei malati cronici, se come già visto, dal punto di vista normativo molto spesso

---

<sup>2</sup> International model of cultural diversity

questi vengono fatti rientrare nel campo della disabilità e quindi nell'ambito delle diversità. Chen e Tang (2018) focalizzandosi sulla percezione di inclusione dei lavoratori, analizzano come questa possa influenzare il comportamento dei lavoratori, il loro ruolo nell'azienda, la loro identità ed il loro commitment. La più comune conseguenza di un clima non inclusivo nell'azienda può essere identificata nella discriminazione dei soggetti con malattie croniche. Un contributo teorico rilevante a riguardo, per favorire la promozione di politiche inclusive e contro la discriminazione dei malati cronici in contesto UE, è quello fornito nel documento redatto dall'European Patients Forum (EPF)<sup>3</sup> nel quale viene specificato come per le persone affette da tali patologie, il poter stare al lavoro e poterlo fare in un ambiente inclusivo, vada oltre la ricerca di una stabilità finanziaria, contribuendo all'inclusione sociale, al benessere e perfino a recuperare dalla malattia in alcune circostanze. Il problema molto spesso risiede nella mancata consapevolezza di collaboratori ma soprattutto datori di lavoro, della malattia, dei suoi effetti, dell'influenza che ha sulla prestazione e delle misure di risposta necessarie.

Le conseguenze facilmente generabili ricadono in stigma e discriminazione, le quali portano a mancanza di supporto anche nella possibilità di un ritorno al lavoro, meno probabilità di comunicare agli altri la patologia, difficoltà nell'ottenere promozioni o nell'entrare in programmi di *training*. L'EPF tra i vari punti, rimarca l'importanza del creare un ambiente supportivo per i malati cronici. Vi è la necessità di supporti e di politiche in relazione a "*prevention, workplace adjustment, accomodation and return to work*" (EPF, 2018, p.9), che si accompagna all'esigenza di un maggior focus su queste tematiche e di maggiori ricerche in contesto UE, per rilevare le migliori pratiche, coinvolgendo gli stakeholder più rilevanti, tra cui ovviamente i malati stessi. Il supporto si può esprimere dunque nel coinvolgimento diretto della persona malata nella programmazione delle politiche e misure necessarie. Gli aggiustamenti vanno discussi dal datore di lavoro con il dipendente, valutando quali sono le esigenze, quanto sono ragionevoli e possibili. Il datore di lavoro deve promuovere un giusto work-life balance, intervenendo sul carico del lavoro e sulle ore lavorate, cercando di garantire una certa flessibilità. Il posto di lavoro dovrebbe essere un luogo sicuro ed aperto, nel caso in cui i malati volessero comunicare la loro condizione o ricercare un supporto anche emotivo o sociale. Questo è lo snodo fondamentale nella creazione di un ambiente che sia di supporto, al di là delle misure legislative, assolutamente e comunque necessarie, l'elemento che può fare la differenza è la percezione che il lavoratore ha su come il datore di lavoro ed i colleghi percepiscano la malattia, come si rapportano a questa e al soggetto stesso, se cambiano il modo di agire o meno, se

---

<sup>3</sup> European Patients Forum is an umbrella organisation that works with patients' groups in public health and health advocacy across Europe. Their members represent specific chronic disease groups at EU level or are national coalitions of patients.

offrono supporto emotivo e sono aperti all'ascolto. Tutti questi elementi possono avere diversi effetti positivi sulla vita del lavoratore malato.

In linea generale le iniziative su posto di lavoro sia in termini di aggiustamenti fisici che di orario possono incidere positivamente sullo stress, apportando miglioramenti a rigide schede di lavoro, ad un basso controllo del proprio lavoro, ad un'eccessiva job demand. L'integrazione di tali misure, che riguardano interventi sul luogo di lavoro (workplace adjustment, accomodation, flexible work), con misure di supporto emotivo e sociale, apertura all'ascolto e dialogo, può generare un effetto sinergico e migliorare l'efficacia di ciascuna di loro. Il luogo di lavoro può infatti funzionare come acceleratore o moderatore (prevenire) delle malattie croniche ed è una chiave determinante nella salute della persona e nei suoi comportamenti, attraverso meccanismi fisici, sociali, organizzativi e psicologici. (Sorensen, 2011). Come riportato da Detaille (2006), i malati cronici devono come primo passo accettare la malattia, comunicarla e sentirsi confidenti abbastanza da poter lavorare; per arrivare a tale situazione, elemento indispensabile è il supporto a partire dalla famiglia, fino ad arrivare a professionisti in ambito di salute, colleghi e datore di lavoro. Fondamentale in un contesto di clima di supporto è anche il già citato concetto di *empowerment* (Varekamp et al., 2009) per aiutare i lavoratori malati a sviluppare consapevolezza e conoscenza della malattia, dei comportamenti da adottare, delle necessità, delle proprie responsabilità, di modo da migliorare quanto possibile il grado di autonomia e la gestione della malattia. Il rapporto con colleghi e datori di lavoro deve essere basato su reciproco ascolto e mutua comprensione, i lavoratori malati hanno più probabilità di essere compresi se comunicano gli effetti della malattia, le conseguenze, i limiti. Spesso capita che non avendo comunicato le proprie condizioni, i lavoratori giudichino male i colleghi o pretendano da loro determinati atteggiamenti, che però sono difficili da attuare se non si è informati sufficientemente.

La ricerca di un supporto sociale ed emotivo per il lavoratore, si esprime attraverso la volontà di ricevere un riconoscimento delle proprie qualità, non solo dei limiti derivanti dalla malattia, un riconoscimento per un lavoro ben fatto; fattori che contribuiscono ad aumentare la soddisfazione. Ruolo essenziale lo hanno i manager o datori di lavoro, la cui mancanza di comprensione è individuata come una delle barriere più importanti al mantenimento della posizione lavorativa. In particolare, della mancanza di supporto dell'ambiente di lavoro e dei manager si è occupata Werth (2015). Un'influenza rilevante è giocata dall'idea che un datore di lavoro o soprattutto un collega può avere del "collaboratore ideale", che fa emergere pregiudizi, esprimibili nell'idea che un lavoratore malato non potrà mai essere identificato come un gran lavoratore. Nella specifica ricerca viene sottolineato inoltre, come la difficoltà per le donne malate sia superiore se il pregiudizio sulla malattia si integra con quello, in alcuni ambiti ancora presente, della superiorità della mascolinità sulla femminilità. Un manager deve mostrare flessibilità non solo in termini di "general flexibilities" (disponibilità per i

lavoratori permanenti, espressa come libertà di andare in vacanza o prendere giorni di malattia) ma soprattutto di “contingent flexibilities” che si riferisce a quei speciali permessi che consentono ad un lavoratore di recarsi periodicamente ad appuntamenti specialistici che potrebbero avere anche una durata più lunga di semplici appuntamenti medici (Werth, 2015, p. 299-300). La connotazione positiva o negativa che assume l’attitudine dei manager, è collegata all’approvazione o meno di una flessibilità contingente. Tra le conseguenze negative di un mancato supporto le più drastiche sono rappresentate dall’abbandono del lavoro, da un minore impegno nello svolgerlo o dalla ricerca di un nuovo lavoro in un ambiente migliore. La mancanza di supporto manageriale può quindi portare a risultati negativi, anche in presenza di misure normative di protezione e sostegno, la probabilità più alta di abbandono del lavoro si riscontra quando vi è la combinazione di una cattiva attitudine manageriale e di sintomi imprevedibili o difficili da gestire.

## **2.2. Pratiche HR inclusive e malattie croniche**

Accanto ad un *Diversity climate* positivo e alle misure di supporto ed *accomodation*, c’è allo stesso modo bisogno di una funzione HR che metta in atto tutte le pratiche più idonee e funzionali ad una corretta ed efficace gestione dei malati cronici all’interno di un’impresa. L’obiettivo deve essere quello di creare un ambiente di lavoro inclusivo, dove i lavoratori malati si sentano a proprio agio, non si sentano discriminati e siano stimolati a continuare la propria attività. Alla base di un ambiente di lavoro sano in quest’ottica, ci deve essere la presenza di un reparto di risorse umane in grado di creare le condizioni giuste. Kulkarni (2016) a tale proposito scrive: “*Human resource practices are critical in shaping access to organizational opportunities and rewards, and thereby influence promotion and advancement opportunities, especially for minorities such as those with a disability*”

Raccomandazione generale secondo il Network Europeo per la Promozione della salute nei luoghi di lavoro (ENWHP) (Knoche et al. 2012), è quella di favorire una comunicazione sincera e leale, aspetto molto importante se si considera che spesso l’ottenimento del supporto per un malato dipende dalla capacità di parlare della propria condizione, la quale molto spesso non è visibile. Il passo all’origine di qualunque pratica HR è quello di definire quali sono i bisogni degli individui con patologie croniche, assicurandosi il loro pieno coinvolgimento nel percorso lavorativo e concordando anche programmi personalizzati. Favorire la cooperazione e il coordinamento tra tutte le parti all’interno di un’azienda, garantire trasparenza nelle azioni e assicurare continuità e sostenibilità dei servizi, sono ulteriori elementi che devono sempre essere presenti, in maniera trasversale a qualunque processo o misura intrapresa.

In generale le pratiche e le politiche organizzative inclusive aumentano la percezione di supporto e soddisfazione dei lavoratori, i quali tendono in un certo senso a contraccambiare migliorando le loro

performance, questo è quanto emerge dal lavoro di Bieling & Dorozalla (2014). Lo studio tratta nello specifico di *age diversity climate* e ipotizza che questo attraverso quattro dimensioni, ovvero *leader's behaviors, performance appraisal, training & development, health management* sia positivamente correlato con la percezione di supporto organizzativo. La seconda ipotesi guarda invece alla correlazione tra la percezione di supporto organizzativo e la soddisfazione dal lavoro, e tra quest'ultima e la performance. Al di là del *performance appraisal*, le correlazioni positive ipotizzate tra le variabili hanno trovato riscontro empirico. Le evidenze raccolte in studi e ricerche orientate ad analizzare il costrutto di *age diversity climate* suggeriscono di approfondire analoghe relazioni in altre dimensioni della diversità, ragion per cui anche nella soddisfazione e nelle performance dei lavoratori cronici, le dimensioni sopracitate potrebbero giocare un ruolo importante.

Un contributo nella stessa direzione è fornito dalla ricerca di Boehm, Kunze & Bruch (2014) che ipotizza un'influenza positiva delle pratiche HR di *age-inclusive*, sullo sviluppo dell'*age diversity climate*, il quale a sua volta influenza direttamente le "collective perceptions of social exchange" e indirettamente le performance dei lavoratori e il loro turnover. Alcuni studiosi però invece che focalizzarsi su un effetto diretto delle pratiche HR sulle performance, si sono concentrati su alcuni processi intermedi a cui adeguate pratiche HR possono portare, inclusi il desiderio dei lavoratori di rimanere ed i loro comportamenti (Bowen & Ostroff, 2004). Sulla base di questo è costruita la ricerca di Boehm, Kunze & Bruch (2014), la quale è però centrata sull'*age diversity-climate*, come variabile di mediazione nella relazione tra pratiche HR e performance aziendali. Anche in questo caso le evidenze suggeriscono di estendere questo modello di ricerca indagando l'influenza che il clima organizzativo (nello specifico il *diversity climate*) può avere sui malati cronici, si può presupporre un legame tra le pratiche HR inclusive e i comportamenti dei malati cronici sul posto di lavoro, tramite la mediazione del clima all'interno dell'organizzazione.

Alcune tra le possibili pratiche HR associate alla creazione di "*pro-diversity work climates*" sono riportate dallo studio di Avery & Mckay (2010, p. 242): "*valid selection systems, extensive trainings programs, employee participation, cooperation, formal performance appraisal systems, and merit-based promotions*". A questa base di partenza si può aggiungere una parte della letteratura sui *strategic Human Resource systems*, la quale sostiene che i sistemi HR possono impattare i risultati di un'organizzazione direttamente o indirettamente, influenzando: "(1) *employees' skills and knowledge bases, (2) employees' motivation and effort, as well as (3) employees' opportunities to contribute to organizational goals*". (Delery & Shaw, 2001; Lepak et al., 2006;).

Lo studio di Boehm, Kunze & Bruch (2014), partendo da questi presupposti, afferma che le aziende interessate ad un'efficace gestione di una forza lavoro caratterizzata da *age-diversity*, dovrebbero assicurarsi che le proprie pratiche HR inclusive coprano idealmente tutti e tre i domini HR sopracitati e prendano in considerazione i bisogni di tutti i lavoratori di qualsiasi età. In altre parole, tutte le pratiche inclusive devono promuovere nella stessa misura le abilità e conoscenze di tutti i dipendenti (a prescindere dall'età), garantendo uguali possibilità di accesso ai programmi di training. Devono assicurare stesse opportunità di essere promossi, essere trasferiti, fare step in avanti nelle carriere lavorative, così da ottenere la necessaria motivazione e il necessario sforzo da parte di tutti. Devono promuovere la creazione di una cultura *age-friendly* che faccia risaltare e valorizzi il contributo di ogni lavoratore, di modo da ottenere un atteggiamento propositivo che possa aumentare la creatività e l'efficacia dell'organizzazione. Quanto teorizzato, seppur riferito specificatamente alle differenze di età, può probabilmente essere traslato alle altre sfaccettature delle diversità e quindi essere inserito anche all'interno del contesto di diversità di abilità.

Dagli studi presenti si può affermare che la letteratura con oggetto la *disability diversity* è piuttosto limitata, se confrontata per esempio con quella a supporto dell'*age diversity*. Colella & Bruyère (2011) hanno inoltre evidenziato come la letteratura presente si focalizzi per lo più sull'ingresso dei lavoratori disabili nel mondo del lavoro, mentre è relativamente poca quella incentrata sulla gestione dei disabili una volta inseriti nel luogo di lavoro. L'area riguardante "diversity and organizational inclusion" (p. 493), in aggiunta, è quella meno esaminata nel campo della disabilità e dell'occupazione.

Boehm & Dwertmann (2015), analizzano gli effetti di *age and disability diversity* sui luoghi di lavoro, ponendo attenzione su tre variabili di moderazione: la leadership, il clima organizzativo e le pratiche inclusive HR relative alle diversità. L'outcome è rappresentato da effetti positivi sull'organizzazione in particolare in relazione alla performance, con il limite però di non prendere in analisi tutte le possibili variabili di mediazione che potrebbero intervenire nella relazione tra age-diversity e performance. Viene rimarcato inoltre come al giorno di oggi vi siano supporti empirici alle assunzioni per cui le pratiche HR favoriscano specifici climi organizzativi che poi a loro volta influenzano le performance dell'azienda. Jayne & Dipboye (2004, p. 412) forniscono una *overview* delle pratiche HR inclusive (figura 1):

*Figura 1: Attività incluse nelle iniziative HR di diversity*

<i>Strategic Initiative</i>	<i>Sample Interventions</i>
Recruiting	<ul style="list-style-type: none"><li>• Employee referral programs</li><li>• Diverse recruiting teams</li><li>• Internship programs and sponsored scholarships</li><li>• Job posting and advertising initiatives targeting specific groups</li><li>• Minority conference and job fair attendance</li><li>• Recruiting efforts targeting universities and community colleges with diverse student bodies</li></ul>
Retention	<ul style="list-style-type: none"><li>• Corporate-sponsored employee resource or affinity groups</li><li>• Employee benefits (e.g., adoption, domestic partner, elder care, flexible health, and dependent spending accounts)</li><li>• Work life programs and incentives (e.g., onsite child care, flexible work schedules, onsite lactation facilities)</li></ul>
Development	<ul style="list-style-type: none"><li>• Leadership development training programs</li><li>• Mentoring programs</li></ul>
External Partnership	<ul style="list-style-type: none"><li>• Minority supplier programs</li><li>• Community service outreach</li></ul>
Communication	<ul style="list-style-type: none"><li>• Award programs providing public recognition of managers and employees for diversity achievements</li><li>• Newsletters, internal Web sites on diversity</li><li>• Senior leadership addresses, town hall meetings, business updates</li></ul>
Training	<ul style="list-style-type: none"><li>• Awareness training on the organization's diversity initiative</li><li>• Issue-based/prevention training (e.g., sexual harassment, men and women as colleagues)</li><li>• Team building and group process training</li></ul>
Staffing and Infrastructure	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dedicated diversity staffs</li><li>• Executive and local diversity councils</li></ul>

*FONTE:: Jayne & Dipboye (2004, p.412)*

Prese insieme queste pratiche HR è probabile che favoriscano la motivazione, le abilità e le opportunità di performare al meglio dei lavoratori, in quanto mitigano le disparità e promuovono un'esperienza di lavoro positiva per tutti.

Kulkarni (2016), si concentra sulle iniziative indirizzate allo sviluppo delle carriere delle persone con disabilità. Nella propria ricerca intervista 17 responsabili del personale di aziende in India, che hanno attuato politiche inclusive con successo; è emerso che le persone con disabilità più che alla ricerca dei benefici extra, aspirano ad una parità di trattamento. I soggetti intervistati hanno poi concordato sull'importanza di alcune buone prassi (Angeloni & Borgonovi 2017, p.59):

- “l'adozione di una terminologia adeguata, come quella di “persone con disabilità” o “persone diversamente abili”
- la promozione di periodici programmi di sensibilizzazione per la diffusione e la condivisione delle politiche inclusive
- l'implementazione e l'audit di accomodamenti e soluzioni flessibili per tutti i lavoratori (per esempio, anche per le lavoratrici madri)

- la divulgazione di storie di successo, riguardanti anche le persone con disabilità
- la costruzione di programmi finalizzati al miglioramento delle abilità di tutti i lavoratori, e non di singoli sottogruppi”

Kulkarni evidenzia, quindi, l’importanza di iniziative incentrate sulle abilità, sul merito, sulla assegnazione a tutti i lavoratori di compiti stimolanti e sull’utilizzo di una adeguata terminologia, evitando categorizzazioni e discriminazioni. Molto sottolineata nelle interviste è anche l’attenzione posta alla parola inclusione, e al suo distanziamento dal termine “*sympathy*”.

Kulkarni & Valk (2010) si chiedono se le persone con disabilità e i manager HR vedano le pratiche HR allo stesso modo o diversamente, attraverso una ricerca effettuata su territorio olandese. Le pratiche HR inclusive oggetto dello studio, si riferiscono all’ingresso, l’integrazione e lo sviluppo delle persone con disabilità. I risultati mostrano che le parti riportano la stessa realtà dei fatti, ma che cambia l’esperienza nel viverla e le ragioni per cui determinate pratiche vengono svolte. Il punto di vista comune riguarda il fatto che entrambe le parti vogliono che il trattamento delle persone disabili non avvenga in maniera separata, ovvero che i lavoratori con problemi non si sentano parte del gruppo di persone disabili ma parte integrante della forza lavoro aziendale. Questo aspetto però non ha solo effetti positivi come maggior inclusione o parità di trattamento, ma in alcuni casi risulta un’arma a doppio taglio. Il problema è che proprio per non risaltare la diversità di questi individui, spesso i managers li trattano allo stesso modo di tutti gli altri lavoratori e i disabili da parte loro spesso per lo stesso motivo non chiedono *training*, riconoscimenti, mentoring ulteriori, sebbene in alcuni casi lo desiderino. Fenomeni come questo, rischiano di minare l’efficacia o di non comportare la piena realizzazione di iniziative di *diversity management* o di pratiche HR inclusive.

In altri casi sono emerse invece delle differenze tra la realtà vista dai lavoratori malati e quella di coloro che non sono affetti da patologie. L’efficacia di un clima inclusivo e di pratiche inclusive dovrebbe trovare riscontro nelle percezioni dei lavoratori disabili e non, le quali non dovrebbero essere differenti. Dalla ricerca di Schur, Kruse, Blasi & Blanck (2009) è emerso come vi siano differenti percezioni su diversi aspetti tra lavoratori disabili e non; in particolare le persone con disabilità hanno riportato una paga e benefit minori, minor sicurezza su lavoro, minore partecipazione nel *decision making* e minor training informale da parte dei colleghi. Questi dati sono un esempio della mancata presenza di pratiche inclusive per i lavoratori disabili o della loro inefficacia in alcuni casi.

Le pratiche HR giocano dunque un ruolo critico nello sviluppo e nella gestione dei disabili in ambito lavorativo; secondo alcuni studi possono anche indurre un sistematico effetto a catena nella creazione del contesto lavorativo. Le pratiche HR creano un contesto che influenza le aspettative, le attitudini

e i comportamenti dei lavoratori, elementi che a loro volta determinano come le persone con disabilità sono trattate all'interno di un'organizzazione, in termini di “*performance ratings, rewards, job assignments, pay increases, training opportunities, and mentoring*” (Stone & Colella, 1996, p.357). L'effetto delle pratiche HR inclusive, quindi, non consiste solo nella creazione di un contesto favorevole, inclusivo, ma anche nel poter direttamente aiutare le persone disabili, offrendo opportunità di sviluppo tramite sistemi di *performance management e training*.

Klimoski & Donahue (1997) infine propongono un approccio multilivello per far fronte ai problemi di inclusione dei disabili e cercare di ottenere un'efficace integrazione nel contesto lavorativo. Approccio multilivello perché richiede lo sforzo coordinato di più parti nel processo, in quanto nessuna singola parte può controllare da sola tutto il meccanismo necessario per un'integrazione di successo nel posto di lavoro. Il contributo perciò è dato tanto da parti esterne all'organizzazione (agenzie di servizi sociali, terapisti, sindacati ecc.), così come da parti interne a questa (top management, gruppi di lavoro), e inoltre è necessario il contributo del soggetto in questione, che può facilitare il processo di integrazione aggiungendo le giuste qualità (skills e conoscenze della posizione, self-knowledge, attitudine alla cooperazione). Ma il gruppo che potenzialmente ha più a disposizione gli strumenti e i meccanismi per migliorare la qualità di vita dei lavoratori disabili, è rappresentato dalla funzione HR. I professionisti delle risorse umane possono infatti influenzare le iniziative a livello organizzativo, di gruppo ed individuale e possono garantire la coerenza e la consistenza delle pratiche messe in atto ai vari livelli. Attuando ed estendendo le pratiche HR ad ogni livello inoltre si garantisce lo sviluppo di un ambiente che non solo contribuisce a migliorare la qualità di vita dei lavoratori ma garantisce l'effettiva valorizzazione di tutti i lavoratori e del loro potenziale.

Qualunque forma di supporto sia adottata, qualunque strumento sia utilizzato e qualunque pratica sia messa in atto, l'obiettivo rimane quello di ottenere un risultato positivo in termini di gestione dei lavoratori malati e miglioramento della loro qualità di vita. Le misure che vengono intraprese possono migliorare la soddisfazione dei lavoratori, il loro work-life balance, il commitment, la performance. Ma potrebbero incidere anche su un altro aspetto, molto rilevante nella vita dei malati cronici e che può avere a sua volta molte conseguenze positive nel rapporto con il lavoro: la *disclosure*.

## 2.3. La Disclosure

### 2.3.1. Definizione e principali determinanti della disclosure

Con il termine *disclosure* secondo la definizione dei vocabolari ci si riferisce all'atto di rendere nota un'informazione che prima era non conosciuta. Si tratta quindi del gesto di rivelare un'informazione nuova o segreta. In letteratura le definizioni si susseguono esprimendo il concetto in maniera univoca: Derlega e al. (1993) parlano di un'interazione tra almeno due individui dove uno vuole deliberatamente comunicare qualcosa di personale ed intimo ad un altro; allo stesso modo si parla di *self-disclosure* come: “*the act of revealing personal information about oneself to another*” (Collins & Miller, 1994, p.457). Fisher (1984, p.278) definisce la *disclosure* come: “*verbal behavior through which individuals truthfully, sincerely, and intentionally communicate novel, ordinarily private information about themselves to one or more addressees*”. Rispetto a quest'ultima definizione è rilevante sottolineare come la *disclosure* non sia necessariamente un'azione verbale, ma come sia possibile anche mettere in atto determinati comportamenti, magari silenziosi, che allo stesso modo sono in grado di comunicare una certa informazione o rivelare un aspetto della propria sfera personale.

Il tema è inevitabilmente connesso alle malattie croniche e svolge in questo contesto un ruolo critico, in quanto un gran numero di patologie croniche è spesso nascosto agli altri e non percettibile. Considerando che in molti casi il supporto organizzativo da parte dell'azienda, dei colleghi e dei manager viene ricevuto dai lavoratori solo quando i primi sono a conoscenza della malattia e che le misure di supporto sono più efficaci quando si ha una reale conoscenza della condizione della persona e degli effetti della malattia, si capisce l'importanza che può ricoprire la *disclosure*.

La scelta di fare *disclosure* su una malattia cronica è complessa e influenzata da una serie di fattori in linea generale la letteratura e le precedenti ricerche analizzano fattori di natura individuale, fattori ambientali e sociali. È comunque molto difficile mantenere un elevato grado di oggettività nell'analizzare le determinanti e le dinamiche dietro alla *disclosure*, che rimane sempre un concetto piuttosto soggettivo. Ad un livello più individuale la propensione a fare *disclosure* o meno spazia dalla volontà di affermare e mantenere la propria identità, alla percezione di ciascun individuo del rischio di essere discriminato. La paura di essere soggetti a stigmatizzazione da una parte e la volontà di mantenere la propria natura e la propria identità dall'altra, sono le principali forze a livello individuale che determinano la scelta di rivelare o nascondere informazioni personali (Beatty, 2004). L'identità e l'immagine di sé ricoprono un ruolo importante in quanto molto spesso sono messe a dura prova dalla malattia, che tende a modificarle con il tempo e con il peggioramento delle condizioni. Alcuni studi sull'omosessualità (Cass, 1984), hanno provato la maggior probabilità di fare *disclosure* con altri, quando l'individuo ha accettato la propria condizione e ha associato a questa

un significato o senso positivo. Tali risultati sono stati confermati anche in contesto di malattie da Adams, Pill and Jones (1997) che hanno dimostrato come le persone asmatiche, una volta accettata la malattia come parte di sé stessi, non abbiano particolari scrupoli a rivelare le proprie condizioni. Risultato in qualche misura opposto è invece quello che emerge dalla ricerca di Beatty (2004), dove risulta che la *disclosure* sia più probabile quando si hanno ancora sensazioni negative sulla malattia, quando non si sono accettate le proprie condizioni. Questo potrebbe essere spiegato dall'idea che le persone utilizzino la *disclosure* come strumento per meglio accettare la malattia e adattarsi a questa, confrontandosi con gli altri. Seguendo questo approccio, tanto più è elevata l'accettazione della malattia, tanto minore diviene l'esigenza di condividere informazioni sulle proprie condizioni, perché non sentono più la necessità di discuterne con altri.

Il desiderio, in qualche modo intrinseco nell'uomo, di essere visto dagli altri ugualmente a come egli vede sé stesso, è minacciato dalla presenza di una malattia cronica o ancora meglio dalle stigmatizzazioni che si possono sviluppare intorno ad una malattia. Le malattie in generale sono riconosciute come oggetto di stigmatizzazione e spesso in maniera eccessiva; quelle che riportano elevati livelli di discriminazione sono inevitabilmente quelle meno propense ad essere rivelate (Greene, 2000). I soggetti quindi che soffrono di malattie che sono particolarmente stigmatizzate è molto meno probabile che rivelino le proprie condizioni ai colleghi o ai datori di lavoro, per paura di pregiudizi e discriminazioni (Joachim & Acorn, 2000). Ma ancora più importante è la percezione che l'individuo malato ha del rischio di discriminazione piuttosto che la presenza reale negli altri di pregiudizi e pensieri stigmatizzati (Schneider & Conrad, 1980).

Oltre agli aspetti individuali, che possono solo parzialmente spiegare la *disclosure*, vanno presi in considerazione quei fattori che si possono definire di contesto e che nel concreto sono fattori ambientali e sociali. Le persone malate hanno quindi interesse anche nel sapere e cercare di capire come l'organizzazione nel suo complesso possa reagire alla loro *disclosure*. I fattori di contesto influenzano le considerazioni su rischi e benefici che i singoli individui fanno nel valutare la possibilità di fare disclosure. Tra tali fattori, secondo Beatty (2004), ci sono in particolare tre variabili di contesto associate con la *disclosure* di una malattia, interdipendenti in qualche modo tra loro: sicurezza psicologica, flessibilità del lavoro e posizione di potere dell'individuo nell'organizzazione. La sicurezza psicologica è ipotizzata così rilevante per la *disclosure* in quanto la malattia è una informazione sensibile che è rischiosa per sé stessi. La flessibilità del lavoro, intesa sia in attività che a livello di tempo, è un elemento che può direttamente influire sulla *disclosure*, ma può farlo anche indirettamente attraverso la sicurezza psicologica: una maggior flessibilità può aumentare la sicurezza psicologica perché riduce il rischio di perdita del lavoro legato a imprevisti dovuti alla malattia. L'effetto diretto invece può sia aumentare la possibilità di fare *disclosure* (se si accede a forme

maggiori di flessibilità solo quando si rivelano le proprie condizioni) sia diminuirle (quando il lavoro è già piuttosto flessibile e la flessibilità permette di far emergere meno i sintomi e le implicazioni negative della malattia). Adam, Pill e Jones (1997) infine enfatizzano la posizione di potere che si ha all'interno di un'organizzazione come determinante per la *disclosure*. Così, le persone con uno status minore difficilmente rivelano le proprie condizioni in quanto si trovano in posizione più debole e quindi sono esposti a maggiori rischi, tra cui il principale è la perdita del lavoro. I lavoratori con posizioni più importanti invece, risentano di una sicurezza psicologica maggiore e del fatto che spesso sono più difficilmente sostituibili, per questo potrebbero essere più propensi a rivelare la malattia. Un contributo rilevante in questo ambito è quello di Phillips et al. (2009), che studia il ruolo che le differenze di status possono avere nell'effettuare la *disclosure* o meno. Tra i bisogni fondamentali degli individui c'è quello di appartenenza; la differenza di status influisce sulle relazioni e modella le percezioni su chi appartiene ad un certo gruppo sociale e chi ad un altro, per questo la preoccupazione sulla distanza iniziale di status tra individui può almeno in parte spiegare la decisione di rivelare o nascondere alcune informazioni personali. Relazioni asimmetriche di status spesso minano il senso di attendibilità e fiducia nella comunicazione (Sheppard & Sherman, 1998), gli individui esitano a fare *disclosure* di informazioni personali perché credono che gli altri possano non capire. Le informazioni rivelate possono poi rinforzare, sia negativamente che positivamente, l'esistenza di una differenza di status o di stereotipi e pregiudizi, modificando quindi l'impressione o la visione degli altri. Essenzialmente, l'influenza che ricopre la differenza di status è evidente analizzando l'effetto sulla decisione di effettuare *disclosure* e sulla misura in cui rivelare determinate informazioni piuttosto che altre. Così la decisione di effettuare *disclosure* può generare sia una crescita nella percezione di distanza di status, sia una decrescita, a seconda che l'informazione rilevata confermi o neghi la differenza di status (figura 2).

Figura 2: Differenza di status e disclosure

### Managing Status Distance in Asymmetric Status Interactions

		Type of status-relevant information	
		Confirming information	Disconfirming information
Decision to disclose	Conceal	Prevent perceived status distance from increasing	Prevent perceived status distance from decreasing
	Reveal	Increase perceived status distance	Decrease perceived status distance

FONTE: Phillips, K. W., Rothbard, N. P., & Dumas, T. L. (2009). *To disclose or not to disclose? Status distance and self-disclosure in diverse environments.* p. 717

### 2.3.2. Altri fattori influenti

Munir (2005), evidenzia il ruolo estremamente importante giocato nel processo di *disclosure* dalle percezioni di supporto organizzativo da parte delle persone malate. Infatti, le politiche e le pratiche inclusive e con oggetto il tema del *diversity*, possono influenzare positivamente la *self-disclosure*. Lo studio sottolinea anche l'importanza che ricopre il self-management della malattia nel favorire la possibilità di *self-disclosure*, anche perché quest'ultima in alcuni casi potrebbe essere necessaria per un'efficace gestione della malattia a lavoro (Clark et al., 1991). La tipologia e la gravità della malattia sono elementi altrettanto rilevanti nell'influenzare la *disclosure*, basti pensare alle situazioni in cui la malattia richiede frequenti assenze al lavoro o l'uso di medicazioni o altri strumenti in maniera costante, in questi casi la *disclosure* sarebbe inevitabile per giustificare tali azioni. La *disclosure* è inevitabilmente legata alla visibilità o meno della malattia, Vickers (1997), descrive le traumatiche condizioni di quelli che nascondono le proprie condizioni nel luogo di lavoro fino a quando sono forzate dalla malattia stessa a rivelarle.

Alcuni studi (Griffith & Hebl, 2002) hanno mostrato che la *self-disclosure* di informazioni personali, se fatta prima a familiari, parenti o amici, accresce la probabilità che questa venga fatta anche in altri contesti, come può essere il luogo di lavoro. Anche in tale ambito, la *disclosure* con i manager è forse più probabile se questa sia avvenuta prima con i colleghi. Più in generale la *self-disclosure* è associata negativamente con negative condizioni nel luogo di lavoro e positivamente associata con il supporto organizzativo percepito.

Una parte della letteratura ha analizzato la disclosure in relazione alla tipologia di lavoro (Beatty, 2001). Ciò che è emerso è che alcune categorie di lavoratori sono meno propensi a fare *disclosure*, in particolare quelli che lavorano in gruppi di professionisti (come gli insegnanti), per la pressione di dover mantenere le proprie competenze sempre elevate e dover garantire affidabilità e credibilità. Kreiner et al. (2006), confermano tale teoria, affermando che alcuni lavoratori non rivelano alcune informazioni personali a lavoro per evitare che tali informazioni rovinino la percezione degli altri sulle proprie competenze o l'idea di conformità al ruolo.

Altri studi empirici (Collins & Miller, 1994), si sono concentrati sulla relazione tra *disclosure* e piacere trovando una forte evidenza empirica. La relazione da un lato è spiegata dal fatto che la *disclosure* porta a essere apprezzati maggiormente dai soggetti a cui si rivelano le informazioni e dall'altro lato dal fatto che si fa *disclosure* maggiormente verso le persone che piacciono.

### 2.3.3. L'importanza delle relazioni interpersonali e del supporto sociale

Munir (2005) introduce brevemente i concetti di *partial disclosure* (quando i lavoratori informano i datori di lavoro della presenza di una malattia) e *full disclosure* (quando i lavoratori informano i datori di lavoro di come la malattia influenzi il lavoro), cercando di capire quali siano i fattori alla base della scelta. Dallo studio emerge però come a prescindere dai singoli casi, vi sia una strategia generale valida per tutti i malati cronici, “*need to know basis*” (p.18), che si esplica nell'effettuare *disclosure* solo quando vi è davvero una necessità o ragione valida, e nel farlo, controllare la mole di informazioni che si vuole dare. Nel lavoro dell'autore in particolare poi c'è un focus volto al ruolo giocato dalle forme di supporto.

Associata positivamente alla *disclosure* verso i manager c'è l'importanza di ricevere supporto sia pratico che sociale, il quale per essere raggiunto in maniera efficace richiede la consapevolezza del manager della malattia ed il possesso delle informazioni necessarie di come questa influenzi il lavoro. Non è sicuro però che ogni caso di *self-disclosure* comporti l'accesso ad un supporto pratico, così come non è ben chiaro in quale misura aggiustamenti sul posto di lavoro possano influenzare la *disclosure* (Daly & Bound, 1996). Altrettanto importante è il supporto sociale, che può per esempio influire sulla gestione dello stress associato al vivere con una malattia cronica e può favorire uno stato emotivo di benessere. Dall'altra parte si può ipotizzare che la *disclosure* stessa possa favorire il supporto sociale perché può accrescere la conoscenza degli effetti della malattia. (Munir 2005). Ma l'effetto può anche essere quello opposto e quindi con la *disclosure* può venire meno anche il supporto sociale, in quei casi in cui essenzialmente prevalgono le discriminazioni e i pregiudizi. I risultati del lavoro di Beatty(2004), mettono in luce l'importanza del supporto sociale per i lavoratori malati, in termini di reazione che hanno coloro a cui viene fatta *disclosure*. Il problema risiede per ben il 78% dei lavoratori intervistati, nel fatto che i colleghi a cui si fa *disclosure* “*just don't understand*”, e le spiegazioni dietro il semplice non capire si riferiscono a “miti” riguardo le malattie che molti soggetti hanno, a reazioni esagerate e compassione e a silenzi disagevoli. Quando invece c'è una reazione positiva e si offre supporto, ciò a cui stanno attenti i lavoratori malati è se ciò che percepiscono e il supporto che ricevono contribuiscono a farli sentire diversi, generando un effetto negativo, o se riescono ad offrire il supporto nel modo giusto, trattando i malati come persone normali e generando quindi un effetto positivo.

Gignac et al. (2009), nella loro ricerca, riscontrano la presenza di variabilità della *self-disclosure* nel medesimo individuo nell'arco del tempo, che può essere spiegata da cambiamenti effettuati dal lavoratore nei luoghi di lavoro o cambiamenti nei suoi superiori. Ma l'emergere di tale variabilità mette in luce la necessità di capire quando e a chi i lavoratori malati fanno *disclosure*, e quali sono i fattori che influiscono sulle tempistiche. Sicuramente la variabilità della *self-disclosure* sottolinea la

grande complessità dietro le ragioni che portano un individuo ad effettuarla o meno e fa anche emergere l'importanza di un'altra variabile: il tempo. La *disclosure* in quest'ottica non è una *one-time decision*, ma una decisione che deve essere rivista ogni volta il contesto sociale intorno cambia. Un altro dato rilevante è la propensione a fare *disclosure* con i colleghi piuttosto che con i capi, o almeno prima con i colleghi che con i secondi, risultato che integra la letteratura a supporto di tale teoria. Le motivazioni precise non sono note in modo oggettivo, ma si può ipotizzare che la *disclosure* verso colleghi accada più frequentemente per il maggior tempo spesso con questi e per la relazione più informale che si può instaurare. Secondo Herek et al., (1996) con i colleghi la *disclosure* può essere più spontanea e immediata perché spesso questi vogliono sapere i dettagli sulla vita personale degli altri e le informazioni tendono ad emergere in maniera naturale man mano che si crea più confidenza. Interessante è anche considerare che l'importanza delle relazioni con i colleghi è enfatizzata nei modelli riguardanti lo stress su posto di lavoro, dove i problemi con i lavoratori risultano essere tra i fattori principali di stress (Karasek et al., 1990). L'importanza del supporto dei colleghi per i malati, si evidenzia ancora di più se si considera che questo ultimo è associato con minori fenomeni di job disruption (prendere lunghi periodi di assenza, non essere in grado di lavorare quanto si vuole, essere incapace di fare lavoro extra); è probabile che il supporto dei colleghi possa concretizzarsi in maggiori modi e maggior tempo per i lavoratori malati di organizzare il lavoro e redistribuire i compiti.

Sia verso i colleghi che verso i datori di lavoro invece è interessante il fenomeno della “*anticipatory preventive disclosure*” (Schneider, 2009), ovvero di una *disclosure* fatta non appena si ha la possibilità, o comunque quando si vuole, piuttosto che dover rivelare informazioni personali successivamente in circostanze non controllabili. In questi contesti la *disclosure* assume un ruolo strumentale, viene sfruttata per influenzare preventivamente le azioni degli altri, in modo da evitare problemi di interazione o successive reazioni di persone spaventate o sorprese dall'apprendere l'informazione in altre circostanze. Si parla di *anticipatory preventive disclosure* molto spesso in relazione a *disclosure* che vengono fatte prime dell'assunzione, in sede di colloquio essenzialmente, che hanno il fine in molti casi di evitare situazioni negative già sperimentate in passato.

La *disclosure* gioca inoltre un ruolo importante nelle relazioni interpersonali, è uno strumento utilizzato per gestire meglio le relazioni con gli altri, soprattutto in luogo di lavoro. Più le informazioni rivelate appartengono alla sfera personale e più intima, più è forte l'effetto sulla relazione. Ma nonostante questa sia un modo per raggiungere relazioni di maggior qualità, è spesso complicato metterla in atto in contesti caratterizzati da diversità nella composizione delle persone, rispetto ad ambienti più omogenei. In ambienti eterogeni infatti, gli individui più facilmente si devono confrontare con problemi di comunicazione, maggiore tensione nei rapporti e minor integrazione e

coesione sociale (Phillips et al., 2009). I lavoratori malati tendono comunque a fare *disclosure* subito con determinati colleghi perché ne hanno a cuore il rapporto interpersonale che si può instaurare e credono sia meglio presentarsi all'inizio in tutta la propria autenticità senza dover fingere di essere "normali". Charmaz (2000) a riguardo crede che rivelare certe informazioni troppo tardi in una relazione è considerato come gesto di poca fiducia e rischia irrevocabilmente di danneggiare un rapporto. Quando tale ritardo avviene nella relazione con un datore di lavoro e quindi in un rapporto lavorativo, Beatty (2004) ipotizza che questo evento possa rappresentare un caso di violazione del contratto psicologico per il datore di lavoro. Questo perché il datore si aspetta di aver davanti un lavoratore adatto al lavoro, che stia in condizione fisica e mentale adeguata per svolgere il suo compito tutte le volte, se questo non accade il datore può sentirsi tradito o ingannato, seppur possa riconoscere che la malattia sia oltre la volontà e il controllo dell'individuo. In ogni caso il rapporto con il supervisore ha un significativo effetto sulla decisione di fare *disclosure*, una percezione di sicurezza nei suoi confronti diminuisce le minacce di natura lavorativa, anche perché il supervisore viene preso come punto di riferimento e rappresentativo dell'azienda. Un altro aspetto preso in considerazione nella decisione è rappresentato dalle politiche e pratiche organizzative di supporto offerte concretamente, nonché dai comportamenti passati dell'azienda per situazioni ritenute simili. Fintanto che i lavoratori malati percepiscono un ambiente di lavoro non ostile, ma di supporto comunque preferiscono fare *disclosure* per ridurre lo stress derivante dal reprimere un'informazione e diminuire la gran quantità di lavoro, impegno e pianificazione che si cela dietro l'azione di nascondere una malattia (Charmaz, 1991).

#### **2.3.4. Gli outcomes della disclosure**

I risultati della *disclosure* tendenzialmente assumono connotazioni positive, soprattutto psicologiche, come riduzione dello stress e aumento del benessere (Tardy, 2006), ma possono anche includere l'accesso a supporto sociale e pratico, integrazione sociale, riaffermazione professionale e della propria identità (Adams, Pill & Jones, 1997). Stessi o simili benefici sono individuati anche da Greene (2000), per il quale rivelare informazioni personali genera empatia e supporto sociale, contribuisce alla salute fisica e al benessere dal punto di vista emotivo, diminuendo lo stress che può derivare oltre che dalla malattia in sé, dal fatto di doverla tenere nascosta (Greene, 2000).

Bisogna però sempre tenere in considerazione l'influenza dell'ambiente e del contesto di lavoro che potrebbero generare invece effetti negativi. Tenendo conto delle possibili conseguenze negative, le persone con patologie croniche potrebbero voler mantenere nascoste le condizioni connesse alla malattia, ma questo non è sempre possibile. In molti casi è necessario fare *disclosure* per ricevere le *accomodation* necessarie o il supporto di cui si ha bisogno e si rischia quindi indirettamente e non volutamente di incorrere ad ogni modo in implicazioni lavorative negative. Beatty (2004) analizza in

particolare altre due variabili come *outcomes* della *disclosure*: “*career satisfaction*” e “*organizational commitment*”, scelte in quanto variabili associate positivamente alla propensione a restare nell’azienda per cui si lavora (Mathieu & Zajac, 1990). L’ipotesi sostenuta è che la soddisfazione lavorativa sia associata negativamente con la *disclosure*, in quanto una volta rivelate le proprie condizioni si possono riscontrare diversi problemi di relazione e discriminazione con gli altri. Ma i risultati dimostrano che non vi è associazione di alcun tipo tra le variabili, ovvero la *disclosure* non accresce né diminuisce la soddisfazione legata alla propria carriera lavorativa; semplicemente il dato può essere spiegato dal cambiamento delle priorità nelle vite dei malati, con una minor attenzione rivolta agli aspetti lavorativi rispetto ad altre questioni. Il *commitment* invece dovrebbe essere associato positivamente con la *disclosure*, infatti un ambiente che non consente ai propri lavoratori di comunicare parti rilevanti della propria persona e della propria identità, non genererà un elevato *commitment* organizzativo. Contrariamente, avere la possibilità di comunicare la propria malattia e ricevere anche misure e strumenti di supporto, porterebbe il lavoratore a sviluppare un forte *commitment* verso l’organizzazione.

Da quanto evidenziato emerge che, la decisione è dunque complessa, tanto contestuale quanto molto individuale e richiede un’attenta e dettagliata analisi dei potenziali benefici e delle possibili conseguenze negative. Il modo in cui le persone scelgono di gestire le proprie informazioni personali riguardo la malattia è importante per la creazione di un’identità personale e sociale nel luogo di lavoro e critica per mantenere la reputazione come attore competente nell’ambiente (Beatty, 2004).

Il dilemma di fronte a cui si trovano i malati cronici si può sintetizzare in quanto dice Goffman (1963, p. 57): “*to display or not to display; to tell or not to tell; to let on or not to let on; to lie or not to lie; and in each case, to whom, how, when and where*”.

#### **2.4. I sintomi delle malattie croniche ed il loro effetto sulle abilità lavorative**

I problemi di carattere sociale in ambito lavorativo rappresentano un'importante questione per i lavoratori affetti da malattie croniche, specialmente se si considera che in diversi casi, i soggetti si trovano ad affrontarli in congiunzione ai sintomi più fisici legati alla patologia. Le malattie croniche infatti, in diversi casi, sicuramente nelle forme più gravi, comportano delle limitazioni fisiche, le quali possono manifestarsi anche nel luogo di lavoro. Queste rappresentano spesso, l'unica parte tangibile e visibile di una malattia cronica. Le limitazioni spingono gli individui a dover rivalutare le proprie abilità fisiche, specialmente in relazione alle loro performance lavorative. Alcune malattie come l'epilessia possono comportare una serie di conseguenze negative dopo che un attacco si verifica, che si esprimono in diversi modi. Una patologia epilettica, oltre che generare nel momento in cui si verifica la crisi, una grossa limitazione all'attività lavorativa che si sta svolgendo, comporta una serie di complicazioni ed effetti diretti (necessità di una fase di recupero, grande fatica accumulata) ma anche indiretti in termini di medicazioni necessarie (che possono avere in sé ulteriori effetti collaterali) e problemi cognitivi e di memoria. Un'altra patologia grave è la sclerosi multipla, i cui sintomi possono variare di intensità e tipologia di volta in volta e da soggetto a soggetto. I sintomi principali riguardano fatica, intorpidimenti fisici, problemi alla vista, all'andatura e alla memoria. L'invasività della malattia è dunque manifesta in sintomi fisici e cognitivi causati direttamente dalla patologia, i quali insieme alle medicazioni e ai loro effetti collaterali, agli sforzi impiegati per gestire la malattia, possono tutti influire sulla performance lavorativa. Su quest'ultima, l'invasività della malattia ha una portata che dipende inevitabilmente anche dalla tipologia e dal carico di lavoro; quando vengono colpite le attività e gli aspetti più *core* di una mansione, c'è anche il rischio che sia messa in discussione l'identità professionale di un lavoratore.

La variabilità di molte condizioni croniche comporta l'incertezza su quando e come i sintomi di molte malattie possono manifestarsi; tale incertezza interferisce con il lavoro in relazione soprattutto all'ansia che può accompagnare un lavoratore malato, ma anche riguardo le relazioni interpersonali che può instaurare. I colleghi di lavoro o datori potrebbero infatti fare minor affidamento su tali lavoratori, percependo il loro stato d'ansia e l'insicurezza che li può accompagnare. La preoccupazione e l'ansia del manifestarsi dei sintomi possono avere un'influenza rilevante anche nei casi, più frequenti, in cui la malattia è meno visibile o nascosta ed i sintomi sono meno frequenti. Pompeii et al (2005), valutano la sclerosi multipla e come gli effetti fisici e cognitivi della malattia influenzino l'abilità di lavorare. Nel determinare quest'ultima ovviamente si potrebbero prendere in considerazione numerosi fattori, ma le limitazioni fisiche e cognitive derivanti da una malattia cronica come la sclerosi multipla sono probabilmente le principali determinanti. Esistono una serie di strumenti e misure tramite cui viene misurato il livello clinico di gravità della malattia, in termini di

disabilità fisica o mentale che può generare, come per esempio l'Expanded Disability Status Scale (EDSS), ma non esistono degli standard oggettivi per misurare le limitazioni fisiche e cognitive in relazione all'abilità lavorativa. È comunque risultato che elevati livelli di EDSS sono correlati con alti tassi di disoccupazione, così come hanno meno possibilità di rimanere attivi nel mercato del lavoro coloro a cui è richiesto dalla mansione un elevato sforzo fisico o continui spostamenti rispetto a coloro cui è domandato un minor contributo fisico. Il risultato conferma la teoria per cui limitazioni nella funzione fisica ostacolano la possibilità di rimanere attivi nel mercato del lavoro, specialmente per chi riporta elevati livelli di disabilità. Allo stesso tempo non è possibile basarsi solo sulle limitazioni fisiche per determinare l'abilità di un soggetto malato di lavorare, possono giocare un ruolo determinante infatti anche limitazioni cognitive, mancanza di accommodation, problemi con i colleghi di lavoro. Bisogna considerare inoltre che molte persone con ridotte abilità fisiche sono comunque in grado di svolgere la propria mansione e soprattutto esprimono la volontà ed il desiderio di volerlo fare. Ciò che emerge è che quindi limitazioni fisiche e cognitive possono aiutare a definire un processo di valutazione del lavoratore, ma da sole non possono determinare l'abilità o meno di lavorare.

Munir et al. (2005) studiano le limitazioni lavorative e gli aggiustamenti nel posto di lavoro tra i malati cronici in relazione a *physical work demands, cognitive work demands and social work demands*, prendendo in analisi una serie di lavoratori riportanti differenti malattie croniche: diabete, emicrania, malattie muscoloscheletriche, depressione, artrite, malattie al cuore, sindrome dell'intestino irritabile. Tra le malattie analizzate quella con un maggior effetto in tutte e tre le *work demand categories*, è la depressione, mentre patologie muscoloscheletriche influenzano principalmente le abilità fisiche e diabete ed emicrania quelle cognitive. Nelle altre malattie croniche ricoprono un ruolo limitante i sintomi generici di una malattia cronica, come per esempio l'affaticamento, piuttosto che sintomi specifici. Sull'affaticamento nello specifico, si è focalizzato il lavoro di Franssen et al (2003), che rimarca come i soggetti affetti da patologie croniche sperimentino maggior livelli di fatica rispetto a quelli non malati e come la coesistenza di più patologie croniche amplifichi ancora di più il senso di affaticamento percepito. L'affaticamento maggiore nei soggetti malati può essere parzialmente spiegato da un più elevato grado di *psychological distress*.

Donders et al. (2007) nel loro studio sul mercato del lavoro dei Paesi Bassi, hanno analizzato il rapporto tra la condizione di lavoratore malato e la percezione di affaticamento, problemi di salute ed alterazioni emotive. Tali conseguenze negative derivabili dallo svolgimento di un'attività lavorativa, risultano ampliate per lavoratori affetti da patologie croniche, rispetto ai colleghi non malati, i quali le percepiscono in misura minore. Viene evidenziato anche come l'affaticamento fisico derivi in maniera più diretta dalle condizioni fisiche generate dalla malattia, mentre spossamenti emozionali

sono per lo più legati all'ambiente di lavoro in termini di empatia e supporto di colleghi, superiori e azienda nel suo complesso. Nel legame diretto tra condizione di malattia cronica e abilità lavorativa, una variabile di mediazione importante è rappresentata da fattori psicosociali (*coping behaviour*, attitudine al lavoro, supporto percepito), i quali influenzano in maniera indiretta tanto la condizione di malattia cronica quanto le abilità lavorative di un individuo. Importante è anche la percezione del proprio stato di salute derivante dalla malattia, la quale può influenzare direttamente le abilità lavorative, in misura anche maggiore rispetto alla percezione che si ha invece delle condizioni lavorative (Koolhaas et al., 2014).

In generale le abilità lavorative di un individuo dipendono da numerosi fattori; quando si entra nel contesto delle malattie croniche, risulta inevitabile annoverare le malattie stesse tra queste determinanti. La misura in cui i sintomi di una patologia cronica influiscono o meno dipende dallo stadio di avanzamento della malattia, dalla visibilità dei sintomi, dal loro livello di gravità. Molte malattie croniche degenerano in forme di disabilità vere e proprie che comportano più o meno evidenti limitazioni fisiche o mentali, ma anche patologie meno invasive possono avere il loro effetto diretto o indiretto sull'abilità di un individuo.

L'effetto indiretto si mostra soprattutto a livello della percezione che il soggetto ha della malattia stessa: la misura in cui si accetta o meno la malattia e si riesce a convivere con questa genera delle conseguenze anche a livello mentale nell'approcciare diversi aspetti della propria vita, tra cui il lavoro ed il modo in cui si svolge.

Gli effetti diretti delle patologie che corrispondono invece a limitazioni fisiche e cognitive, generano conseguenze più o meno rilevanti anche a seconda della tipologia di lavoro che si svolge e del contesto lavorativo in cui un lavoratore si trova. Anche quando si ha a che fare con limitazioni fisiche, se le condizioni ambientali e sociali sono favorevoli e di supporto, non è detto che vi sia necessariamente una diminuzione delle capacità e delle prestazioni. Ad ogni modo è fondamentale che, soprattutto quando le limitazioni sono evidenti, i lavoratori possano usufruire delle forme di supporto sociale e pratico necessarie, di modo da poter continuare la propria attività lavorativa e mantenere un'identità professionale. In molti casi, è anche l'identità personale che viene messa in discussione (in dimensioni quali autoefficacia, immagine esteriore, autostima), con il rischio che vi sia un impatto più profondo della malattia e quindi più ampi risvolti negativi, non solo lavorativi, ma anche personali e sociali.

## CAPITOLO 3: L'ANALISI EMPIRICA

### 3.1. Introduzione alla ricerca

L'analisi empirica rientra nel lavoro della Fondazione Lavoroperlapersona nel contesto del progetto MaCro@work. Il progetto nasce con l'intento di dar vita ad un osservatorio che aiuti le organizzazioni a comprendere le aspettative dei collaboratori affetti da patologie croniche e a rimuovere gli ostacoli che questi possono incontrare in ambito lavorativo. Ciò in considerazione della crescente significatività ed incidenza che avranno i collaboratori con malattie croniche nel mercato del lavoro nel prossimo futuro.

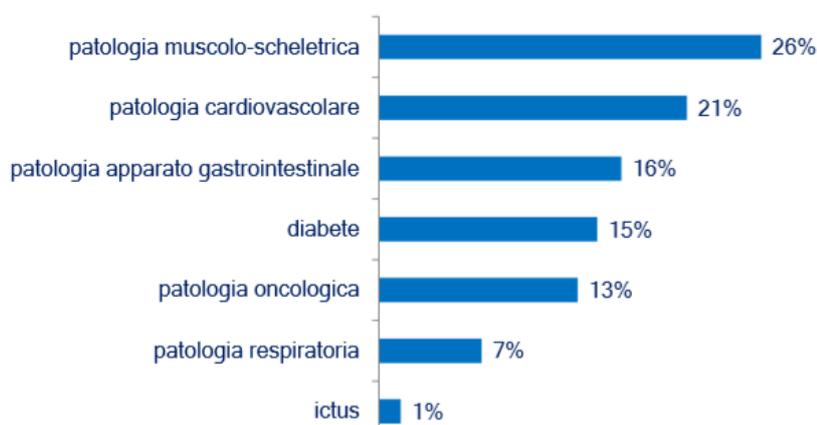
Il campione preso in analisi è composto da 6.462 persone che lavorano in una grande multinazionale italiana con oltre 60.000 dipendenti, tra queste oltre 1100 sono risultate affette da una o più patologie croniche e rappresentano il 17% del totale del campione. L'indagine nel suo complesso ha adottato metodologie quantitative e qualitative di rilevazione e analisi dei dati.

Nello specifico per i dati riportati è stato fatto ricorso a un on-line survey totalmente volontario e anonimo a cui hanno preso parte 6.462 persone, suddivise in tre sotto-campioni con questionari specifici per ciascuno:

- 1.107 dipendenti malati
- 1.850 capi/colleghi di dipendenti malati
- 3.505 altri dipendenti

Le persone intervistate sono affette da differenti patologie, tra cui le più diffuse risultano malattie muscolo-scheletriche, gastrointestinali e cardiovascolari; nell'analisi effettuata non vengono fatte distinzioni sulla base delle singole patologie, i dati ottenuti mantengono quindi un carattere piuttosto generale.

*Grafico1: Distribuzione per tipologia di malattia*



In linea con quanto emerge nelle statistiche nazionali e internazionali, la percentuale di malati cronici maggiore si rivela tra le persone più mature: tra coloro che hanno partecipato alla survey, il 72% ha oltre 45 anni. Il 70% dei partecipanti è di genere maschile, dato che semplicemente rispecchia la composizione dell'organico aziendale che è in prevalenza composto da uomini. Solo il 5% invece ricopre un ruolo manageriale.

Grafico2: Distribuzione per età

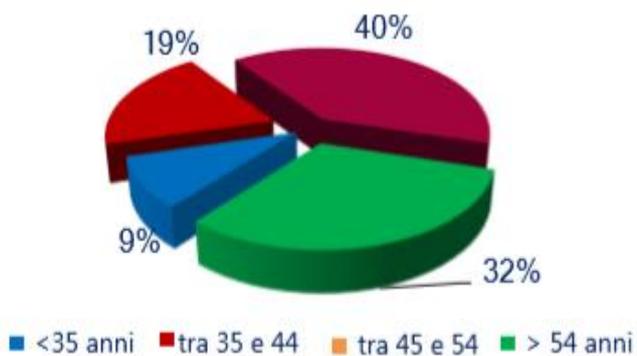


Grafico 3: Distribuzione per genere

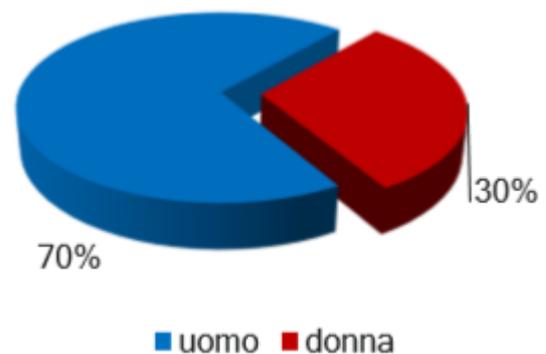
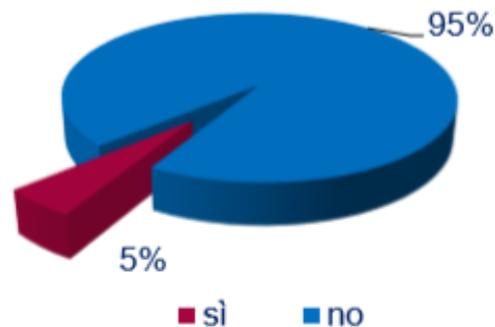


Grafico4: Distribuzione per ruolo: manager o no?



### 3.2. Disegno della ricerca

Il presente lavoro attraverso un'analisi empirica cerca di analizzare possibili relazioni tra alcune variabili relative al mondo dei malati cronici in relazione all'ambiente lavorativo. Il focus è stato orientato in particolare sulla *disclosure*, trattata come variabile dipendente, cercando di capire da cosa questo fenomeno possa essere influenzato. Chiedendosi in altre parole se specifici fattori possano essere determinanti nella scelta o meno di rivelare la propria condizione di malato sul luogo di lavoro. Le variabili indipendenti prese in esame per l'analisi sono state date dalla percezione dei lavoratori riguardo:

- il *diversity climate*
- le *pratiche HR inclusive*.

Tale scelta, trova fondamento in un'ipotesi teorica, di base puramente logico-intuitiva, per cui la percezione di un *diversity climate* positivo e la percezione della presenza di *pratiche HR inclusive* potrebbero influenzare la propensione degli individui affetti da patologie croniche a fare *disclosure*.

I primi dati che sono emersi dalle risposte collazionate nei questionari somministrati, hanno motivato in parte tale scelta delle variabili. La selezione della *disclosure* come variabile dipendente di questo studio è stata fatta anche alla luce di quanto è emerso dalle risposte dei partecipanti alla survey riguardo la tematica: quasi 2 lavoratori su 10 di quelli affetti da malattie croniche hanno timore a rivelare la propria condizione nell'ambiente lavorativo.

Analizzare poi la relazione di questa variabile con le dimensioni del *diversity climate* e con le *pratiche HR inclusive*, è interessante se si considera che la percezione di inclusione diminuisce del 18% in relazione ai lavoratori malati rispetto a coloro in salute o che 1 lavoratore malato su 10 dichiara di essere vittima di una qualche forma di discriminazione in azienda per la propria patologia.

Grafico 5: Percezione di inclusione

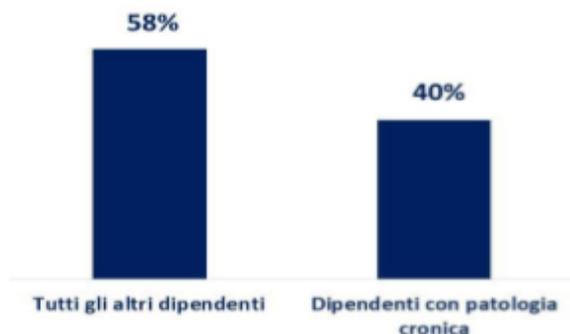


Grafico 6: Percezione di discriminazione



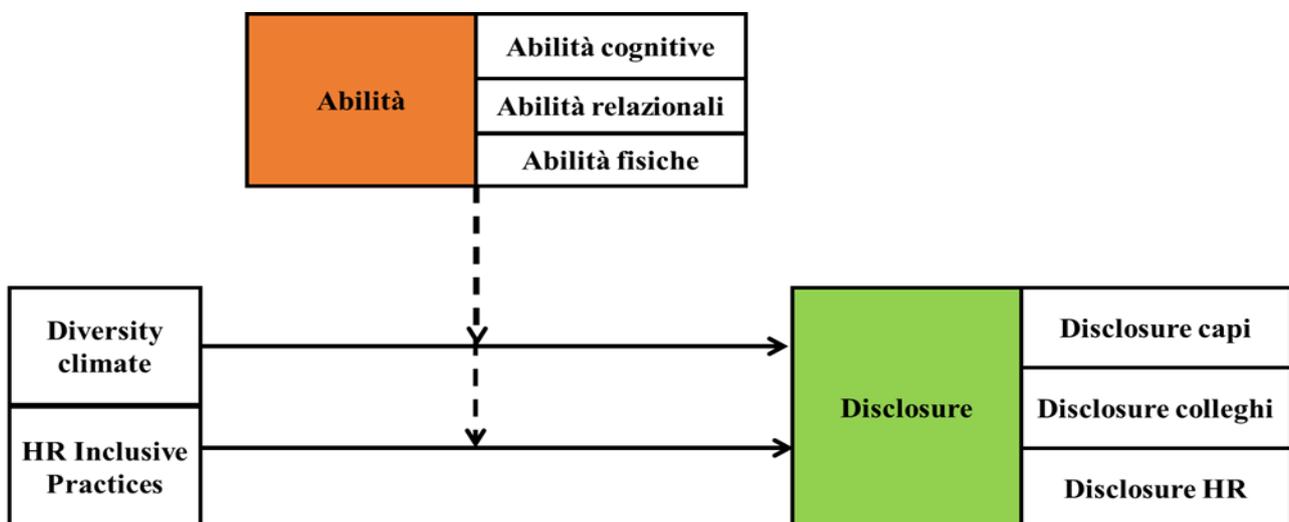
Gli effetti che un *diversity climate* positivo può generare sono stati analizzati nel capitolo due e le maggiori possibilità di effettuare *disclosure* potrebbero rientrare in questi benefici diretti. Si pensa infatti che percepire equità di trattamento e ricevere il supporto dell'organizzazione, e più nello specifico di colleghi e manager, o credere che l'organizzazione riconosca le diverse prospettive e abbia un clima fondato su inclusione e integrazione di tutte le parti, siano degli aspetti che inevitabilmente aiutino la convivenza lavoro-patologia cronica. La presenza di queste condizioni fa sì che i lavoratori malati possano sentirsi a proprio agio nel contesto lavorativo, senza grandi timori di essere discriminati o essere vittime di stigmatizzazioni ma anzi più propenso a credere nel supporto dell'ambiente e quindi probabilmente più aperto a rivelare la propria condizione. (HYP1)

Di uguale importanza è ipotizzata la presenza di *pratiche HR inclusive*, le quali non a caso sono significativamente correlate ad un *diversity climate* positivo; queste infatti aiutano a creare un ambiente supportivo e ad aumentare la soddisfazione dei lavoratori, contribuendo a generare un clima organizzativo inclusivo e positivo. Tale correlazione e la comunanza nei benefici generati portano ad

ipotizzare che, come per il *diversity climate*, esista una relazione positiva tra un'elevata percezione della presenza di *pratiche HR inclusive* ed il processo di *disclosure*. (HYP 2)

Dopo aver analizzato la relazione diretta tra le variabili dipendenti e quelle indipendenti, è stato deciso di ricorrere all'utilizzo di una variabile di moderazione, la quale teoricamente influenza la direzione e/o la forza della relazione tra la variabile dipendente e quella indipendente (Baron e Kenny, 1986). La scelta di ricorrere alla dimensione delle *abilità* si spiega con il diverso impatto che le patologie croniche possono avere sulla sfera fisica, cognitiva o relazionale dei soggetti malati; quindi con la volontà di chiedersi se questi effetti possano condizionare, e in caso positivo quanto, un'ipotetica relazione tra la *disclosure* e le percezioni di clima organizzativo e *pratiche HR inclusive*.

TABELLA 1: IL DISEGNO DELLA RICERCA



### 3.3. Misure

#### 3.3.1. Variabile dipendente

La variabile dipendente rappresentata dalla *disclosure* è analizzata nel questionario on-line, con la domanda: "Quali informazioni rispetto alla situazione di salute ha condiviso e con chi", consentendo un range di risposte in una scala da 0 a 2 (0 nessuna, 1 il minimo indispensabile, 2 in misura approfondita). Come evidenziato in numerosi studi (Beatty, 2004; Phillips et al., 2009) nel considerare questa variabile risulta di fondamentale importanza individuare i diversi soggetti verso i quali può essere effettuata la scelta di condivisione delle informazioni relative allo stato di salute. Pertanto, nella ricerca sono stati presi in esame tre distinti destinatari: i capi diretti, i colleghi e la funzione HR. Un contributo innovativo di questo studio consiste, inoltre, consiste nell'aver considerato per ciascun destinatario 4 opzioni di informazioni distinte e ordinate secondo una logica

di progressiva “intensità” delle informazioni condivise. Si è infatti ipotizzato che il collaboratore malato potesse condividere informazioni relative:

- alla tipologia della propria patologia
- ai sintomi ad essa correlati
- alle esigenze connesse
- all’impatto sul proprio lavoro

Si è infine deciso di raggruppare il tipo di informazione condiviso in unico valore ricorrendo alla creazione di un’unica variabile *disclosure* (attraverso la media dei valori), mantenendo però la distinzione nei confronti dei soggetti e ottenendo così tre variabili dipendenti finali che vengono trattate in maniera distinta: *disclosure* verso i capi, *disclosure* verso i colleghi e *disclosure* verso la funzione HR.

### **3.3.4. Variabili indipendenti**

Sono state poi create le variabili indipendenti: *diversity climate* e *pratiche Hr inclusive*, ricorrendo nuovamente alla funzione media e raggruppando quindi diversi item, rispettivamente 5 per la variabile *diversity climate* e 3 per la variabile *Pratiche HR Inclusive*.

Per il *diversity climate*, gli item sono stati costruiti prendendo spunto da quelli adottati da McKay (2009) e da quanto elaborato da Profili (2015), entrambi studi orientati all’*age diversity climate*. I risultati sono stati espressi attraverso l’utilizzo di una scala da 1 a 5, variabile da “molto in disaccordo” (1), a “molto in accordo” (5). Un item somministrato è stato per esempio: “Nella mia esperienza il management dell’azienda dimostra un’attenzione visibile nei confronti delle problematiche legate alle patologie croniche nell’ambiente di lavoro”.

Per gli item della variabile *Pratiche HR Inclusive* si è preso a riferimento il lavoro di Boehm, Kunze e Bruch (2014) sull’*age inclusive HR practices*, utilizzando per i risultati anche in questo caso una scala da 1 a 5, variabile da “molto in disaccordo” (1), a “molto in accordo” (5). È stato per esempio chiesto: “L’azienda promuove la diffusione di una cultura di inclusione rispetto a quanti sono affetti da patologie croniche”.

Per la validità e l’affidabilità di entrambe le variabili create si è ricorso all’analisi fattoriale e al test di affidabilità attraverso il calcolo dell’alfa di Cronbach, pari rispettivamente a 0,895 per il *diversity climate* e a 0,744 per la variabile *Pratiche HR Inclusive*.

### **3.3.5. Variabile di moderazione**

Lo step successivo nell’analisi è stato rappresentato dalla costruzione della variabile di moderazione relativa all’abilità. Prendendo spunto dal Work Ability Index (WAI) introdotto da Ilmarinen (2007).

sono state presi a riferimento 8 item tutti facenti capo ad unica generale domanda: “Rispetto alla sua condizione precedente alla malattia, come valuta le seguenti abilità/capacità nella sua attività lavorativa?”. Le abilità analizzate facevano riferimento a tre distinte dimensioni: abilità cognitive, abilità fisiche e abilità relazionali, ciascuna composta da 2/3 item. Il range di risposte è stato espresso attraverso una scala da 1 a 5, che andava da “molto ridotta” (1) a “molto aumentata” (5). Le variabili di moderazione sono state quindi costruite attraverso la media dei singoli item relativi alle tre sottodimensioni. Durante la costruzione di tutte le variabili è stata effettuata l’analisi fattoriale per dimostrare la validità del costrutto del test.

Nell’analisi sono state inoltre incluse alcune variabili di controllo quali l’età, il genere e il ruolo manageriale. L’età è stata misurata chiedendo ai partecipanti di indicare la propria età anagrafica, il genere con una variabile dicotomica (0=maschio; 1=femmina) così come per il ruolo manageriale (0= non manager; 1=manager).

### 3.4. La procedura di analisi

Il pacchetto software utilizzato per l’analisi empirica è stato IBM SPSS Statistics 25. Le tabelle contenenti dati e risultati sono perciò derivanti da tale programma. Come primo passo si è analizzata la correlazione tra tutte le variabili dipendenti ed indipendenti prese in esame. Il risultato ha messo in luce come nella realtà empirica non esista una correlazione significativa tra le variabili dipendenti ed indipendenti considerate, ad esclusione del caso della relazione tra *diversity climate e disclosure* nei confronti dei capi, con un valore di 0,112 del coefficiente di correlazione.

**TABELLA 2: CORRELAZIONI**

<b>VARIABILI</b>	<b>Colonna2</b>	<b>InclusiveHR practices</b>	<b>Diversity Climate</b>	<b>Disclosure capi</b>	<b>Disclosure colleghi</b>	<b>Disclosure HR</b>
<b>Inclusive HR Practices</b>	Correlazione di Pearson	1	,787**	<b>0,021</b>	<b>-0,036</b>	<b>-0,022</b>
<b>Diversity Climate</b>	Correlazione di Pearson	,787**	1	<b>,112**</b>	<b>0,033</b>	<b>0,058</b>

Al fine di approfondire meglio le relazioni tra le variabili in esame, si è proceduto con l'esecuzione di una regressione lineare semplice, per cercare di stabilire un legame diretto e valutarne l'intensità, ipotizzando che una singola variabile indipendente influenzi o predica la variabile dipendente. È stato scelto di applicare un intervallo di confidenza del 95%, considerando quindi significative nell'analisi solo le funzioni con un livello di significatività compreso tra 0,000 e 0,05.

Una volta analizzate le variabili indipendenti singolarmente in relazione alla variabile disclosure, è stato utilizzato un modello di regressione lineare multipla, che considerasse l'influenza di entrambe le variabili contemporaneamente e attraverso il quale si sono ottenuti risultati più significativi. Prendendo in considerazione due variabili esplicative invece che una, si è quindi ottenuto un modello migliore. I coefficienti di una regressione multipla ottenuti esprimono la variazione della variabile di risposta in corrispondenza della variazione di una variabile esplicativa, mantenendo costante l'altra. Nel complesso si sono considerate le seguenti variabili:

- due variabili indipendenti: *diversity climate* e *pratiche HR inclusive*, attraverso un modello di regressione semplice prima e in un modello di regressione multipla poi;
- tre variabili dipendenti: *disclosure* verso capi, colleghi e HR, trattate in maniera distinta, per analizzarne le differenti situazioni.

Successivamente si è deciso di ampliare l'analisi includendo una variabile di moderazione, relativa all'abilità, articolata in tre differenti sotto-variabili: *abilità cognitive*, *abilità relazionali* e *abilità fisiche*. Prima di procedere sono state standardizzate le variabili dipendenti ed indipendenti per semplificare l'interpretazione. Il modello logico di moderazione si testa statisticamente andando a testare l'interazione tra la variabile indipendente ed il moderatore. Effettuando le regressioni con interazione si sono potuti così analizzare sia gli effetti principali sia l'effetto di interazione. L'obiettivo è stato quello di verificare se, con l'intervento di ulteriori variabili, si andasse a modificare l'intensità della relazione già esistente tra variabile dipendente e indipendente.

### **3.5 Risultati**

Il modello di regressione lineare semplice restituisce quanto ottenuto nell'analisi della correlazione.

Nelle tabelle seguenti i risultati ottenuti:

- usando il *Diversity Climate*
- usando le *Inclusive HR Practices*

TABELLA 3: MODELLO DI REGRESSIONE SEMPLICE

**DIVERSITY CLIMATE**

MODELLO		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	2,856	0,326		8,761	0,000
	DiversityClimate	0,362	0,097	<b>0,112</b>	3,733	<b>0,000</b>

a. Variabile dipendente: Disclosure capi

MODELLO		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	3,923	0,075		52,275	0,000
	Z: Diversity Climate	0,082	0,075	<b>0,033</b>	<b>1,088</b>	<b>0,277</b>

a. Variabile dipendente: Disclosure colleghi

MODELLO		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	2,373	0,081		29,206	0,000
	Z: DiversityClimate	0,157	0,081	<b>0,058</b>	1,932	<b>0,054</b>

a. Variabile dipendente: Disclosure HR

**INCLUSIVE HR PRACTICES**

MODELLO		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	4,036	0,081		50,105	0,000
	Z: InclusiveHRpractices	0,056	0,081	<b>0,021</b>	0,696	<b>0,487</b>

a. Variabile dipendente: Disclosure capi

MODELLO		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	3,923	0,075		52,281	0,000
	Z: InclusiveHRpractices	-0,090	0,075	<b>-0,036</b>	-1,197	<b>0,232</b>

a. Variabile dipendente: Disclosure colleghi

MODELLO		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	2,373	0,081		29,164	0,000
	Z: InclusiveHRpractices	-0,058	0,081	<b>-0,022</b>	-0,715	<b>0,475</b>

a. Variabile dipendente: Disclosure HR

Il modello di regressione considerando una singola variabile indipendente come esplicativa della disclosure non è un modello valido.

L'unica relazione effettivamente significativa risulta essere quella tra il *diversity climate* e la *disclosure* nei confronti dei capi, con un beta standardizzato pari a 0,112, che coincide ovviamente con il valore del coefficiente di correlazione. Negli altri casi, non essendoci valori di significatività compresi tra 0 e 0,05, non è possibile affermare che le variabili indipendenti considerate predicano o influenzino la variabile dipendente *disclosure* verso alcun soggetto a cui può essere rivolta.

Guardando ai modelli di regressione multipla invece, in tutti i casi in esame la relazione tra le variabili dipendenti e le differenti variabili indipendenti è significativa a livelli di 0,000, quindi le variabili indipendenti hanno un'influenza significativa sulle variabili dipendenti. Analizzando i valori di  $R^2$ , i modelli adottati spiegano rispettivamente il 24% della variabilità della *disclosure verso i capi*, l'11% della variabilità della *disclosure verso i colleghi* ed il 15% della variabilità della *disclosure verso la funzione HR*.

TABELLA 4: R-QUADRATO

Riepilogo del modello<sup>b</sup>

Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima
1	,156 <sup>a</sup>	,024	,022	2,64803

a. Predittori: (costante), DiversityClimate, InclusiveHRpractices

b. Variabile dipendente: Disclosure capi

### Riepilogo del modello<sup>b</sup>

Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima
1	,105 <sup>a</sup>	,011	,009	2,48440

a. Predittori: (costante), DiversityClimate, InclusiveHRpractices

b. Variabile dipendente: Disclosure colleghi

### Riepilogo del modello<sup>b</sup>

Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima
1	,124 <sup>a</sup>	,015	,013	2,68763

a. Predittori: (costante), DiversityClimate, InclusiveHRpractices

b. Variabile dipendente: Disclosure HR

I coefficienti beta in tutti i casi hanno un valore assoluto compreso tra 0,15 e 0,25, sottolineando come esista una relazione, ma di intensità non elevata. Il coefficiente beta del *diversity climate* in relazione alla *disclosure verso i capi*, riporta in termini assoluti il valore più elevato, in linea ovviamente con la significatività del coefficiente di correlazione e con quanto ottenuto nella regressione semplice. Non si riscontrano grandi differenze nei differenti casi di *disclosure*, il beta ha valori leggermente inferiori per entrambe le variabili indipendenti in relazione alla *disclosure verso i colleghi*. La direzione del legame si mantiene uguale in ogni caso di *disclosure*, ovvero è positiva tra *diversity climate* e *disclosure* e negativa tra *pratiche HR inclusive* e *disclosure*. La direzione negativa implica che ad una percezione più elevata di *pratiche HR inclusive*, corrisponde una minore propensione a fare *disclosure* e dunque che all'aumentare della positività della percezione di inclusività si riduce la propensione a rivelare la condizione di malato cronico. A seguire le tabelle di riferimento per il modello di regressione multipla:

**TABELLA 5: MODELLO DI REGRESSIONE MULTIPLA**

Coefficienti <sup>a</sup>						
Modello		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard			
1	(Costante)	3,247	0,341		9,510	0,000
	InclusiveHRpractices	-0,587	0,161	-0,176	-3,651	0,000
	DiversityClimate	0,813	0,157	0,250	5,189	0,000

a. Variabile dipendente: Disclosure capi

Coefficients <sup>a</sup>						
Modello		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	3,937	0,320		12,289	0,000
	<b>InclusiveHRpractices</b>	-0,505	0,151	<b>-0,162</b>	-3,346	<b>0,001</b>
	<b>DiversityClimate</b>	0,486	0,147	<b>0,161</b>	3,308	<b>0,001</b>
<b>a. Variabile dipendente: Disclosure colleghi</b>						

Coefficients <sup>a</sup>						
Modello		COEFFICIENTI NON STANDARDIZZATI		COEFFICIENTI STANDARDIZZATI	t	Sign.
		B	Errore standard	Beta		
1	(Costante)	2,150	0,347		6,204	0,000
	<b>InclusiveHRpractices</b>	-0,595	0,163	<b>-0,177</b>	-3,648	<b>0,000</b>
	<b>DiversityClimate</b>	0,647	0,159	<b>0,197</b>	4,070	<b>0,000</b>
<b>a. Variabile dipendente: Disclosure HR</b>						

Con l'introduzione delle variabili di moderazione, le relazioni tra variabili dipendenti e indipendenti, anche se moderate dalle differenti abilità, non hanno assunto significatività, se non in unico caso, a testimoniare come le variabili inerenti alle abilità in realtà non abbiano un effetto molto significativo sulla relazione tra le variabili indipendenti e la disclosure. In relazione alla *disclosure verso i capi* la variabile abilità influenza la relazione diretta del *diversity climate* quando si tratta di *abilità relazionali*, con una significatività pari a 0,09. Quando la variabile indipendente è rappresentata dalle *pratiche inclusive HR* e in tutti gli altri casi, anche con la moderazione non c'è significatività.

TABELLA 6: ANALISI DI MODERAZIONE

**Variabile dipendente: disclosure capi**

PARAMETRO	B	Errore std.	t	Sign.	Intervallo di confidenza 95%	
					Limite inferiore	Limite superiore
Intercetta	-0,016	0,029	-0,562	0,574	-0,074	0,041
ZDiversityClimate	0,260	0,048	5,364	0,000	0,165	0,355
ZInclusiveHRPractices	-0,157	0,048	-3,279	0,001	-0,251	-0,063
ZAbilitàCognitive	-0,100	0,037	-2,681	0,007	-0,174	-0,027
ZAbilitàRelazionali	0,181	0,034	5,296	0,000	0,114	0,248
ZAbilitàFisiche	-0,198	0,033	-5,965	0,000	-0,263	-0,133
ZDiversityClimate * ZAbilitàCognitive	-0,017	0,050	-0,341	0,733	-0,114	0,080
<b>ZDiversityClimate * ZAbilitàRelazionali</b>	<b>0,132</b>	0,050	2,624	<b>0,009</b>	0,033	0,230
ZDiversityClimate * ZAbilitàFisiche	0,040	0,049	0,819	0,413	-0,056	0,136
ZInclusiveHRPractices * ZAbilitàCognitive	0,045	0,052	0,873	0,383	-0,057	0,147
ZAbilitàRelazionali * ZInclusiveHRPractices	-0,068	0,049	-1,376	0,169	-0,165	0,029
ZInclusiveHRPractices * ZAbilitàFisiche	-0,034	0,050	-0,684	0,494	-0,132	0,064

L'interazione tra due variabili quando significativa, è data dal coefficiente associato al loro prodotto, che esprime quanto l'effetto di una variabile indipendente cambia al variare dell'altra variabile. Il coefficiente beta di interazione ottenuto in questo caso è pari a 0,132. Ciò significa che la moderazione delle abilità relazionali rafforza l'intensità della relazione tra la variabile indipendente e la *disclosure verso i capi*.

## CAPITOLO 4: CONCLUSIONI

### 4.1. Conclusioni della ricerca empirica

Considerando insieme le due variabili esplicative il modello ci spiega una parte delle variabilità della *disclosure*; seppur l'intensità di queste relazioni sia rappresentata da valori di beta non elevati. Ciò evidenzia che un legame è presente, in linea con quanto immaginato e ipotizzato a priori.

Il risultato è supportato dal punto di vista teorico se si considera che il *diversity climate* e le *pratiche HR inclusive* sono elementi importanti all'interno di un'organizzazione per ogni lavoratore e ancora di più per coloro che in qualche modo appartengono ad una minoranza o vi si sentono parte. Ci si poteva aspettare che un clima organizzativo percepito positivamente e la presenza di *pratiche HR inclusive* potessero aumentare la propensione a fare *disclosure*, in quanto contribuiscono a far sentire il lavoratore parte dell'azienda e a creare un ambiente inclusivo ed ugualitario. Mentre per il *diversity climate* l'ipotesi è confermata dai valori positivi dei coefficienti beta, per le *pratiche HR inclusive* il segno dei coefficienti risulta negativo. Tale fatto potrebbe trovare una spiegazione nei motivi per cui si fa *disclosure*. Il rivelare informazioni personali su una malattia ha infatti molte volte lo scopo di ricevere supporto dai propri superiori, dai colleghi o da chiunque sia il destinatario della *disclosure*. Questo supporto può comprendere ed esprimersi in alcuni casi nell'istaurazione o applicazione di pratiche inclusive. Quindi quando la presenza di queste ultime è percepita in maniera positiva o comunque adeguata dal lavoratore malato, ciò potrebbe diminuire la volontà, se non la necessità, di comunicare le proprie condizioni, venendo meno una delle possibili motivazioni alla base del gesto.

Distinguendo le variabili indipendenti, risulta che la percezione del *diversity climate* sia più significativa nel predire la *disclosure*, di quanto lo faccia la percezione delle *pratiche inclusive*. La differenza nei valori assoluti dei coefficienti non è comunque così netta da evidenziare una marcata differenza.

Le variabili indipendenti hanno una relazione leggermente più forte con la *disclosure nei confronti dei capi*, ma anche in questo caso la differenza è minima. La motivazione potrebbe comunque essere collegata al fatto che la *disclosure* è più comune nei confronti dei capi e dei colleghi e quando si tratta di *full disclosure* piuttosto che di *partial disclosure* prevale quella verso i capi. Tale dato potrebbe anche spiegare in parte perché l'unico coefficiente di correlazione significativo sia tra il *diversity climate* e la *disclosure verso i capi*.

L'unica variabile di moderazione che rientra a livello di significatività nell'analisi è quella delle *abilità relazionali* nella relazione tra *diversity climate* e *disclosure verso capi*. La sfera delle *abilità relazionali* comprende comunicazione, ascolto ed empatia e ciò significa che quando, anche in presenza di una grave malattia, si verifica un aumento di queste capacità, questa percezione positiva

influenza la relazione tra clima di diversità e la volontà di fare *disclosure verso i capi*. Seppure si tratta di un impatto di intensità contenuta, una relazione sussiste e potrebbe essere spiegata con il fatto che migliorando le doti relazionali e di comunicazione si modifichi la propensione a comunicare la propria condizione di malattia ai propri superiori, forse perché si sente di avere maggior padronanza delle proprie doti comunicative. Le abilità hanno un effetto di moderazione quindi solo nella relazione più consistente tra le variabili dipendenti ed indipendenti che, in base al coefficiente di correlazione lineare, è quella tra *diversity climate* e *disclosure verso i capi*.

Non risultano quindi significative in alcun modo nell'analisi le variabili legate alle sfere di *abilità cognitive e fisiche*; inoltre non risulta significativo alcun tipo di abilità nei confronti della relazione tra *pratiche HR inclusive* e *disclosure* verso qualsiasi categoria di soggetto.

Questi risultati relativi alla moderazione, visti nel complesso, sono piuttosto coerenti con i dati ottenuti dai questionari in merito al rapporto tra malattia e sfera di abilità. Risulta infatti che la maggior parte delle volte la malattia non è collegata ad una modifica di *abilità cognitive*, di conseguenza queste abilità non possono essere significative per influenzare la relazione tra le variabili indipendenti e dipendenti. Nonostante invece in alcuni casi emerga un impatto negativo delle malattie croniche sulle *abilità fisiche*, queste non risultano avere un'influenza sufficiente sul legame tra le variabili indipendenti e le differenti *disclosure* per rendere significative le relazioni.

#### **4.2. Considerazioni finali**

L'analisi ha cercato di approfondire una parte dei fattori e delle condizioni dietro al fenomeno della *disclosure*. I risultati hanno mostrato che il modello applicato spiega una piccola parte della variabilità della *disclosure*; infatti le percezioni del clima organizzativo e della presenza di pratiche inclusive hanno un'influenza sulla *disclosure* ma non nella misura attesa. Il legame, considerando entrambe le variabili, esiste effettivamente, ma è comunque di scarsa intensità. Tale esito dimostra come la *disclosure* sia un fenomeno molto delicato e di non facile e oggettiva comprensione o spiegazione. Il gesto più o meno esplicito di comunicare la presenza di una malattia e la condizione di malato cronico dipende da numerosi e differenti elementi; probabilmente si tratta spesso di fattori soggettivi e non accomunabili e generalizzabili a tutti i lavoratori malati. La ragione di ciò può in parte dipendere dalla grande vastità di patologie croniche esistenti, le quali hanno sintomi ed effetti molto differenti tra loro sia nella gravità che nella modalità e nei tempi di manifestazione. Ciascun malato cronico ha quindi la propria condizione oggettiva di malato di una determinata patologia, ma anche una propria condizione soggettiva nel vivere la malattia. La somma di moltissime componenti quindi determina la propensione a rivelare le informazioni personali, componenti che possono essere analizzate nel loro contributo ma che difficilmente prese in esame singolarmente avranno un elevato impatto sulla

volontà di fare *disclosure*. Sicuramente cercare di capire meglio quali sono tutti questi fattori e quale è il loro contributo, anche se difficilmente qualcuno sarà particolarmente elevato, può aiutare a capire se ci sono delle condizioni oggettive che influiscono, per poi verificare se vi si può intervenire ed in che modo con il fine di favorire sempre di più la *disclosure*. Le ricerche condotte sul tema (Munir et al., 2005; Pryce et al., 2007) hanno già evidenziato come le resistenze delle persone malate a rivelare la loro condizione siano alimentate da diversi fattori: elementi più individuali come la paura di essere stigmatizzati e di essere oggetto di comportamenti discriminatori o la paura di perdere la propria identità professionale (Beatty, 2004) o da elementi più interpersonali come la paura di creare disagio o pietà nei colleghi. Giocano un ruolo determinante poi, fattori più di contesto, ovvero sociali ed ambientali, Beatty (2004) a riguardo parla di elementi quali sicurezza psicologica, flessibilità del lavoro e posizione di potere nell'organizzazione, mentre Munir (2005) enfatizza l'importanza della percezione di supporto organizzativo. In tali fattori di contesto ed ambientali si possono ascrivere anche la percezione del *diversity climate* e della presenza di *pratiche inclusive*. Dalla ricerca è inoltre emerso che i principali fattori che costituiscono delle barriere alla *disclosure* per il campione di riferimento, sono rappresentati dal rischio di commiserazione (28%) e dal rischio di ripercussioni sullo sviluppo professionale (22%), considerando che ben il 41% la ritiene una questione personale.

Importante oltre la *disclosure* in sé è il tipo di informazione che si rivela: molto spesso la comunicazione della malattia non genera gli effetti desiderati e non è quindi sufficiente. Oltre a rivelare la patologia è molto utile informare sulle esigenze lavorative e di gestione che questa comporta, di modo da avere una simmetria di informazione tra lavoratore malato e capi. Sotto questa condizione è più facile che il malato riceva il supporto necessario, sia dal punto di vista emotivo che pratico, e che possa ricevere gli accomodamenti di cui ha bisogno. Dalla ricerca oltre un terzo del campione affetto da patologie non informa il proprio capo circa queste esigenze. La mancanza di informazioni precise potrebbe pregiudicare in questi casi qualunque intervento di supporto da parte dell'organizzazione. Quando invece l'azienda ricorre a adattamenti sulle condizioni lavorative, le misure più frequentemente adottate sono risultate l'adattamento della postazione lavorativa (17%), seguito da *smartworking* (16%), telelavoro (15%) e flessibilità dell'orario. È dunque evidente anche da questo studio come gli strumenti che intervengono positivamente sulla flessibilità del lavoro costituiscano un elemento cardine nell'inclusione e integrazione dei collaboratori affetti da malattie croniche e possano in molti casi essere anche strumenti utili ed efficaci di *empowerment* (Varekamp et al., 2009). Elemento critico è però rappresentato dalle modalità con cui gli strumenti vengono adottati e dalle conoscenze che tanto i collaboratori malati quanto i loro capi hanno di queste. È emerso infatti come in diversi casi l'efficace implementazione degli strumenti sia minata da altri fattori collegati alle conoscenze e dalle modalità di utilizzo degli strumenti stessi, ma anche dalle

possibili conseguenze negative che questi possono comportare. Paradossalmente in alcune circostanze il ricorrere a questi strumenti può essere percepito come un elemento di esclusione e di possibile stigmatizzazione.

Le implicazioni delle malattie croniche sulla vita lavorativa rimangono ad ogni modo un argomento di frontiera soprattutto per il nostro paese, dove si possono annoverare pochi studi a riguardo. La ricerca presentata costituisce quindi solo un piccolo tassello di un progetto ben più ampio che si vuole estendere a più settori e realtà organizzative. Nonostante alcuni limiti dettati soprattutto dall'impossibilità di fare uno studio approfondito su una determinata malattia che ha portato ad un'analisi sulle malattie croniche in senso generale, è emerso chiaramente come il tema sia di importanza critica. Non si è infatti ancora vicini ad ambienti lavorativi efficacemente inclusivi, che siano in grado di integrare, valorizzare e motivare pienamente i collaboratori con patologie croniche. È fondamentale ricercare ogni mezzo necessario per creare una cultura inclusiva ed aperta che favorisca la comunicazione sulle tematiche più delicate, che sia in grado di aumentare le informazioni e le conoscenze sulla questione, ma soprattutto che crei consapevolezza delle conseguenze e delle esigenze di una malattia. Nella promozione di iniziative inclusive e in questo processo generale di sensibilizzazione possono e devono giocare un ruolo da protagonisti tutti, dai capi alla funzione HR.

## Bibliografia

- Adams, S., Pill, R., & Jones, A. (1997). Medication, chronic illness and identity: the perspective of people with asthma. *Social science & medicine*, 45(2), 189-201.
- Angeloni, S. (2011). *Il Disability Management Integrato. Un'analisi interdisciplinare per la valorizzazione delle persone con disabilità* (Vol. 94, pp. 1-111). Rirea.
- Angeloni, S., & Borgonovi, E. (2017). Laboro ergo sum: quando il lavoro abilita l'uomo. *Sviluppo & Organizzazione* 274, 58-70
- Avery, D. R., & McKay, P. F. (2010). Doing diversity right: An empirically based approach to effective diversity management. *International Review of Industrial and Organization Psychology*, (25).
- Avery, D. R. (2011). Support for diversity in organizations: A theoretical exploration of its origins and offshoots. *Organizational Psychology Review*, 1(3), 239-256.
- Barak, M. E. M. (2016). *Managing diversity: Toward a globally inclusive workplace*. Sage Publications.
- 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. (2001). Chronic illness identity in the workplace. Academy of Management Conference, Washington, August.
- Beatty, J. E. (2004). Chronic Illness as Invisible Diversity: Disclosing and Coping with Illness in the. *Disclosure*, 22(25), 25.
- Beatty, J. E. (2012). Career barriers experienced by people with chronic illness: A US study. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 24(2), 91-110.
- Bieling, G. I., & Dorozalla, F. (2014). Making the most of age diversity: How age diversity climate contributes to employee performance. In *Academy of Management Proceedings* (Vol. 2014, No. 1, p. 15631). Briarcliff Manor, NY 10510: Academy of Management.
- Boehm, S. A., Dwertmann, D. J., Kunze, F., Michaelis, B., Parks, K. M., & McDonald, D. P. (2014). Expanding insights on the diversity climate–performance link: The role of workgroup discrimination and group size. *Human Resource Management*, 53(3), 379-402.
- Boehm, S. A., & Dwertmann, D. J. (2015). Forging a single-edged sword: Facilitating positive age and disability diversity effects in the workplace through leadership, positive climates, and HR practices. *Work, Aging and Retirement*, 1(1), 41-63.

- Boehm, S. A., Kunze, F., & Bruch, H. (2014). Spotlight on age-diversity climate: The impact of age-inclusive HR practices on firm-level outcomes. *Personnel Psychology*, 67(3), 667-704
- Bowen, D. E., & Ostroff, C. (2004). Understanding HRM–firm performance linkages: The role of the “strength” of the HRM system. *Academy of management review*, 29(2), 203-221.
- Cass, V. C. (1984). Homosexual identity formation: Testing a theoretical model. *Journal of sex research*, 20(2), 143-167.
- Charmaz, K. (1991). *Good days, bad days: The self in chronic illness and time*. Rutgers University Press.
- Charmaz, K. (2000). Experiencing chronic illness. *Handbook of social studies in health and medicine*, 277-292.
- Chen, C., & Tang, N. (2018). Does perceived inclusion matter in the workplace?. *Journal of Managerial Psychology*, 43-57.
- Clark, N. M., Becker, M. H., Janz, N. K., Lorig, K., Rakowski, W., & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27.
- Colella, A. J., & Bruyère, S. M. (2011). Disability and employment: New directions for industrial and organizational psychology. In S. Zedeck (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, 473–503
- Collins, N. L., & Miller, L. C. (1994). Self-disclosure and liking: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 116(3), 457.
- Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozminkowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. M., ... & Berger, M. L. (2005). The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. *Journal of occupational and environmental medicine*, 47(6), 547-557.
- Cox, T. & Smolinski (1994). *Managing diversity and glass ceiling initiatives as national economic imperatives* (Vol. 199401). US Department of Labor, Glass Ceiling Commission.
- 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.
- Daly, M. C., & Bound, J. (1996). Worker adaptation and employer accommodation following the onset of a health impairment. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51(2), S53-S60.

- De Graaf, R., Tuijthof, M., van Dorsselaer, S., & ten Have, M. (2011). Verzuim door psychische en somatische aandoeningen bij werkenden. *Resultaten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2'(NEMESIS-2) [Absenteeism due to psychological or somatic disorders in workers. Results of the 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2'(NEMESIS-2)]*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Delery, J. E., & Shaw, J. D. (2001). The strategic management of people in work organizations: Review, synthesis, and extension', *Research in Personnel and Human Resources Management*, V. 20, 165-197.
- Derlega, V. J., Metts, S., Petronio, S., & Margulis, S. T. (1993). Privacy regulation and vulnerability. *Self-disclosure*, 65-88.
- Detaille, S. I., Haafkens, J. A., Hoekstra, J. B., & van Dijk, F. J. (2006). What employees with diabetes mellitus need to cope at work: views of employees and health professionals. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 183-190.
- Donders, N. C. G. M., Roskes, K., & Van der Gulden, J. W. J. (2007). Fatigue, emotional exhaustion and perceived health complaints associated with work-related characteristics in employees with and without chronic diseases. *International archives of occupational and environmental health*, 80(7), 577.
- European Commission. (2010). European disability strategy 2010–2020: A renewed commitment to a barrier-free Europe.
- EC–European Commission. (2014). Strategic framework on health and safety at work 2014–2020.
- European Patients Forum. (2018). EPF, Recommendations to promote better inclusion of people with chronic conditions in the workplace in the context of the European Pillar of Social Rights.
- Eurofound. (2015). Sixth European working conditions survey 2015.
- Eurofound (2019), How to respond to chronic health problems in the workplace? *Publications Office of the European Union, Luxembourg*.
- Fenwick, R., & Tausig, M. (2001). Scheduling stress: Family and health outcomes of shift work and schedule control. *American Behavioral Scientist*, 44(7), 1179-1198.
- Fernández Martínez, S. (2016), *Equiparazione malattie croniche e disabilità: una via per riconoscere maggiori tutele ai malati cronici?* bollettino ADAPT
- Franssen, P. M., Bültmann, U., Kant, I., & van Amelsvoort, L. G. (2003). The association between chronic diseases and fatigue in the working population. *Journal of psychosomatic research*, 54(4), 339-344.

- Gabrielli G., Innocenti L., Profili S., Sammarra A. (2020), L'esperienza di lavoro dei collaboratori affetti da malattia cronica, Edizioni Lavoroperlapersona, Offida ISBN 9791280083012
- Geisen, T., & Harder, H. G. (Eds.). (2011). *Disability management and workplace integration: International research findings*. Gower Publishing, Ltd.
- Gignac, M. A., & Cao, X. (2009). "Should I tell my employer and coworkers I have arthritis?" A longitudinal examination of self-disclosure in the workplace. *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.
- Gilbert, J. A., & Ivancevich, J. M. (2001). Effects of diversity management on attachment. *Journal of Applied Social Psychology*, 31(7), 1331-1349, 2.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. 1963. *New York: Touchstone*.
- Greene, K. (2000). Disclosure of chronic illness varies by topic and target: The role of stigma and boundaries in willingness to disclose. *Balancing the secrets of private disclosures*, 123-135.
- Griffith, K. H., & Hebl, M. R. (2002). The disclosure dilemma for gay men and lesbians: "Coming out" at work. *Journal of applied psychology*, 87(6), 1191.
- Harder, H. G., & Scott, L. R. (2005). *Comprehensive disability management*. Elsevier Health Sciences.
- Herdman, A. O., & McMillan-Capehart, A. (2010). Establishing a diversity program is not enough: Exploring the determinants of diversity climate. *Journal of Business and Psychology*, 25(1), 39-53.
- Herek, G. M., Jobe, J. B., & Carney, R. M. (Eds.). (1996). *Out in force: Sexual orientation and the military*. University of Chicago Press.
- Hofhuis, J., van Der Zee, K. I., & Otten, S. (2012). Social Identity Patterns in Culturally Diverse Organizations: The Role of Diversity Climate 1. *Journal of applied social psychology*, 42(4), 964-989.
- In, O. E. C. D. (2006). *Sickness, disability and work: Breaking the Barriers. Norway, Poland, and Switzerland*. Prince C, editor. Paris: Organization of Economic Co-operation and Development, 31-32-37
- International Labour Organization, & International Labour Office. Director-General. (2007). *Equality at Work: Tackling the Challenges: Global Report Under the Follow-up to*

- the ILO Declaration on Fundamental Principles and Rights at Work* (Vol. 1, 44-45). International Labour Organization.
- Jayne, M. E., & Dipboye, R. L. (2004). Leveraging diversity to improve business performance: Research findings and recommendations for organizations. *Human Resource Management: Published in Cooperation with the School of Business Administration, The University of Michigan and in alliance with the Society of Human Resources Management*, 43(4), 409-424.
  - Joachim, G., & Acorn, S. (2000). Stigma of visible and invisible chronic conditions. *Journal of advanced nursing*, 32(1), 243-248.
  - Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519-542.
  - Karasek R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990
  - Ki-Moon, B. (2015). The millennium development goals report 2013. *United Nations Pubns.*
  - Knoche, K., Sochert, R., & Houston, K. (2012). Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice. *European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP): Edinburgh, UK.*
  - Koolhaas, W., van der Klink, J. J., de Boer, M. R., Groothoff, J. W., & Brouwer, S. (2014). Chronic health conditions and work ability in the ageing workforce: the impact of work conditions, psychosocial factors and perceived health. *International archives of occupational and environmental health*, 87(4), 433-443.
  - Kossek, E. E., & Zonia, S. C. (1993). Assessing diversity climate: A field study of reactions to employer efforts to promote diversity. *Journal of organizational behavior*, 14(1), 61-81.
  - Kulkarni, M. (2016). Organizational career development initiatives for employees with a disability. *The International Journal of Human Resource Management*, 27(14), 1662-1679.
  - Kreiner, G. E., Hollensbe, E. C., & Sheep, M. L. (2006). Where is the “me” among the “we”? Identity work and the search for optimal balance. *Academy of Management Journal*, 49(5), 1031-1057.
  - Larkey, L. K. (1996). Toward a theory of communicative interactions in culturally diverse workgroups. *Academy of Management Review*, 21(2), 463-491.
  - Lepak, D. P., Liao, H., Chung, Y., & Harden, E. E. (2006). A conceptual review of human resource management systems in strategic human resource management research. *Research in personnel and human resources management*, 25(1), 217-271.

- Magnano, P., Santisi, G., Ramaci, T., & Paolillo, A. (2015). Psicologia positiva ed organizzazioni in azione il contributo del diversity management, 83.
- Mattana, V. (2016). Il disability management in Italia: una rassegna degli studi basati su evidenza, *Impresa progetto – Electronic journal of Management, n. 1. 1-19*
- 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.
- McKay, P. F., Avery, D. R., Liao, H., & Morris, M. A. (2011). Does diversity climate lead to customer satisfaction? It depends on the service climate and business unit demography. *Organization Science, 22(3)*, 788-803.
- Montenegro-Torres, F., Engelhardt, T., Thamer, M., & Anderson, G. (2001). Are Fortune 100 companies responsive to chronically ill workers? *Health Affairs, 20(4)*, 209-219.
- 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.
- 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.
- Needels, K. E., & Schmitz, R. (Eds.). (2006). *Economic and social costs and benefits to employers of retaining, recruiting and employing disabled people and/or people with health conditions or an injury: a review of the evidence* (Vol. 400). Corporate Document Services.
- OECD. Publishing, & Organisation for Economic Co-operation and Development. (2012). *Health at a glance: Europe 2012*. Organisation for Economic Co-operation and Development, 34-48.
- Pennings, F., & Vonk, G. (Eds.). (2015). *Research handbook on European social security law*. Edward Elgar Publishing.
- Phillips, K. W., Rothbard, N. P., & Dumas, T. L. (2009). To disclose or not to disclose? Status distance and self-disclosure in diverse environments. *Academy of Management Review, 34(4)*, 710-732.
- Pollack, K. M. (2014). Chronic diseases and individual risk for workplace injury.
- Pompeii, L. A., Moon, S. D., & McCrory, D. C. (2005). Measures of physical and cognitive function and work status among individuals with multiple sclerosis: a review of the literature. *Journal of occupational rehabilitation, 15(1)*, 69-84.

- Pryce, J., Munir, F., & Haslam, C. (2007). Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of occupational rehabilitation, 17*(1), 83-92.
- Riley, L., & Cowan, M. (2014). World Health Organization noncommunicable diseases country profiles. *Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.*
- Roberson, Q. M. (2006). Disentangling the meanings of diversity and inclusion in organizations. *Group & Organization Management, 31*(2), 212-236.
- Sammarra, A., Innocenti, L., & Profili, S. (2015). Disentangling the relationship between age dissimilarity and organisational identification: the moderating role of age diversity climate. *WOA, 21*À22 May.
- Schneider, J. W., & Conrad, P. (1980). In the closet with illness: epilepsy, stigma potential and information control. *Social problems, 28*(1), 32-44
- Schneider, J. (2009). *Having epilepsy: the experience and control of illness.* Temple University Press.
- Schur, L., Kruse, D., Blasi, J., & Blanck, P. (2009). Is disability disabling in all workplaces? Workplace disparities and corporate culture. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society, 48*(3), 381-410.
- Sessa, V. I. (1992). Managing diversity at the Xerox Corporation: Balanced workforce goals and caucus groups, 37.
- Sheppard, B. H., & Sherman, D. M. (1998). The grammars of trust: A model and general implications. *Academy of management Review, 23*(3), 422-437.
- Silvaggi, F., Leonardi, M., Guastafierro, E., Quintas, R., Toppo, C., Foucaud, J., ... & Scaratti, C. (2019). Chronic diseases & employment: An overview of existing training tools for employers. *International journal of environmental research and public health, 16*(5), 718.
- Sorensen, G., Landsbergis, P., Hammer, L., Amick III, B. C., Linnan, L., Yancey, A., ... & Workshop Working Group on Worksite Chronic Disease Prevention. (2011). Preventing chronic disease in the workplace: a workshop report and recommendations. *American Journal of Public Health, 101*(S1), S196-S207.
- Stone, D. L., & Colella, A. (1996). A model of factors affecting the treatment of disabled individuals in organizations. *Academy of management review, 21*(2), 352-401.
- Syed, J., & Ozbilgin, M. (2019). *Managing diversity and inclusion: An international perspective.* SAGE Publications Limited.
- Tardy, C. H., & Dindia, K. (2006). Self-disclosure: Strategic revelation of information in personal and professional relationships.

- Tiraboschi, M. (2014). Occupabilità e lavoro delle persone con malattie croniche: appunti per una ricerca, *Diritto delle Relazioni Industriali Numero 4/XXIV*. Giuffrè Editore, Milano.
- Varekamp, I., Heutink, A., Landman, S., Koning, C. E., De Vries, G., & Van Dijk, F. J. (2009). Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change. *Journal of occupational rehabilitation*, 19(4), 398-408.
- Vooijs, M., Leensen, M. C., Hoving, J. L., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. (2015). Interventions to enhance work participation of workers with a chronic disease: a systematic review of reviews. *Occupational and environmental medicine*, 72(11), 820-826.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?*. The Stationery Office.
- Werth, S. (2015). Managerial attitudes: Influences on workforce outcomes for working women with chronic illness. *The Economic and Labour Relations Review*, 26(2), 296-313.
- Wilson, J. P. (2014). International human resource development: Learning, education and training for individuals and organisations. *Development and Learning in Organizations*.
- World Health Organization. (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2006). *Gaining health: the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases* (No. EUR/06/5063839). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

## Sitografia

- Australian Government, Department of Human Services (2016). Workplace diversity and inclusion strategy 2016-2019, Consultato in data Marzo 1, 2020, da: <https://www.servicesaustralia.gov.au/sites/default/files/8378-1609en.pdf>
- British Government's Home Office (n.d.), Consultato in data Marzo 1, 2020, da: <https://www.gov.uk/government/organisations/home-office/about/equality-and-diversity>
- Center for Managing Chronic disease, Univeristy of Michigan (n.d.). Consultato in data Marzo 26, 2020, da: <https://cmcd.sph.umich.edu/about/about-chronic-disease/>
- CHRODIS Plus Joint European Action project (2017). Consultato in data Marzo 5, 2020, da: <http://chrodis.eu/>
- Consiglio dell'EU (2019), Dichirazione di Sibiu. Consultato in data Marzo 1, 2020, da: <https://www.consilium.europa.eu/it/press/press-releases/2019/05/09/the-sibiu-declaration/>

- Decreto legislativo 15 Giugno 2015, “Disciplina organica dei contratti di lavoro e revisione della normativa in tema di mansioni, a norma dell'articolo 1, comma 7, della legge 10 dicembre 2014, n. 183”. art 8 c.3
- European Patients Forum (n.d.). Consultato da: <https://www.eu-patient.eu/>
- EU PATHWAYS Project (2016). Consultato in data Marzo 9, 2020, da: <https://www.pathways-project.eu/home>
- Istituto superiore di sanità (n.d.). Portale dell’epidemiologia per la sanità pubblica. Consultato in data Marzo 26, 2020, da: <https://www.epicentro.iss.it/croniche/>,
- Legge 68, 1999. “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 68 del 23 Marzo 1999- Supplemento ordinario n.57
- Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2018). Rapporto Osservasalute 2018: stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane. Consultato in data Marzo 20, 2020, da:<https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservatorio-2018>
- Sentenza Corte di Giustizia (11 aprile 2013), relativa alla causa C-335/11 e C-337/11, HK Danmark Consultato da:  
<http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?jsessionid=7FB33070CCFC9D45D43577EE7A7FCA44?text=&docid=136161&pageIndex=0&doclang=IT&mode=lst&dir=&occ=first&part=1&cid=754562>
- Sentenza della Corte di Giustizia (11 September 2019), C-397/18, DW v Nobel Plastiques Ibérica SA (ECJ). Consultato da: EU Employment Law Report 4/Q3,:  
<https://www.twobirds.com/en/news/articles/2019/global/eu-employment-law-report-4---q3>
- SIDIMa, Disability manager (n.d.). Consultato in data Marzo 25, 2020, da: <http://www.sidima.it/disability-manager/>

## **RIASSUNTO**

### **Introduzione**

Il presente elaborato si pone l'obiettivo di esplorare ed approfondire il tema delle malattie croniche in relazione all'attività lavorativa. L'intento è stato quello di raccogliere quanto sinora è stato detto sulla tematica, esponendo le principali ricerche e i più significativi risultati, per poi descrivere la situazione attuale ed aggiungere un contributo originale attraverso un lavoro di ricerca empirica.

L'incidenza delle malattie croniche, la loro diffusione e le loro implicazioni nell'attività lavorativa, rimangono un tema ancora in gran parte inesplorato nel nostro paese. Questa tesi intende offrire un contributo che si inserisce in un più ampio progetto di ricerca promosso dalla Fondazione Lavoroperlapersona, che si estenderà in altri settori e realtà organizzative. La ricerca condotta finora rappresenta la base di partenza per analisi di più esteso raggio, orientate ad approfondire le leve di intervento necessarie per una gestione efficace dei malati cronici in ambito organizzativo, in modo da valorizzarne il contributo e ridurre le barriere e gli ostacoli per essi presenti, di qualsiasi natura siano.

L'obiettivo è stato anche quello di sottolineare l'importanza di una tematica che ha un impatto rilevante ma sottovalutato sul mercato del lavoro e sulla gestione aziendale, che ostacola anche la crescita economica e lo sviluppo dei paesi incidendo in termini di perdita di produttività economica e di forza lavoro. Ad un livello più personale l'aumento numerico e di intensità delle malattie croniche genera una crescita nelle probabilità di infortuni sul lavoro e impedisce molto spesso la prosecuzione dell'attività lavorativa. Un impatto è altresì riscontrabile in relazione ai tassi di occupazione, alla permanenza nel mondo del lavoro, ai tassi di turnover e alle decisioni di pensionamento. Osservando i tassi di occupazione a livello europeo, il 74% delle persone sane di età compresa tra 50 e 59 anni ha un impiego, mentre tale percentuale scende al 70% tra quelli con una malattia cronica e arriva al 52% per le persone con due malattie croniche concomitanti (Eurofound, 2019).

È evidente quindi che le parti coinvolte complessivamente nella questione non si limitano semplicemente ai collaboratori malati: la tematica coinvolge necessariamente anche colleghi, superiori, aziende nella loro totalità, istituti sanitari ed altri enti organizzativi. Ma le conseguenze come si è detto arrivano a interessare anche i paesi ed i loro mercati del lavoro: avendo le malattie croniche un'incidenza globale ed in numerosi contesti, di tale importanza deve essere anche la loro gestione e cura in ambito lavorativo.

## **Impostazione dell'elaborato e contributo teorico**

Il lavoro è stato suddiviso in quattro capitoli. Con il primo capitolo si è cercato inizialmente di offrire una panoramica sulle malattie croniche, riportandone una definizione dal punto di vista scientifico e descrivendone caratteristiche, fattori di rischio e impatto a livello globale. A tal riguardo si possono trovare varie definizioni, più o meno specifiche e più o meno stringenti, che comportano l'elencazione di una serie differente di patologie racchiudibili sotto il tetto di "malattia cronica", ciascuna caratterizzata dalle sue specificità e peculiarità. Facendo riferimento a quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (2005) si parla di malattie che comportano problemi di salute, per i quali è necessaria una gestione per anni o decenni, tipicamente non trasmissibili e di lunga durata, con un impatto sulla vita quotidiana e con implicazioni sulla salute, sull'aspetto sociale e sul lavoro. Per avere più chiara la dimensione e la portata della diffusione delle malattie croniche, a livello nazionale, si può guardare ai recenti dati messi a disposizione dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane (2018), secondo cui sono 24 milioni gli italiani vittime di malattie croniche, numero che rappresenta quasi il 40% della popolazione e che nei prossimi 10 anni è destinato a salire, fino a 25 milioni nell'arco di 10 anni. Un aumento previsto che è conseguenza di differenti fattori come l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della sopravvivenza, dovuti a miglioramenti nelle condizioni igienico-sanitarie, al mutamento delle condizioni economico-sociali e allo sviluppo di nuove terapie. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, una delle sfide più importanti che i sistemi sanitari dovranno affrontare nel secolo in corso è rappresentata proprio dal peso crescente delle malattie croniche.

Si è poi introdotta la relazione con l'ambito lavorativo, analizzandone sia la presenza e l'incidenza in termini numerici/quantitativi sia l'impatto in termini di difficoltà e problemi che possono sorgere nella gestione delle patologie e dei collaboratori malati. La condizione del lavoratore malato non è semplice, non solo per la condizione personale del paziente, ma anche alla luce di sistemi di welfare e di inserimento aziendale molto spesso inadeguati. Le motivazioni alla base della difficoltà di trovare lavoro o mantenerlo per i malati cronici sono comunque diverse: il *range* spazia dalla mancanza di trasporti accessibili o adeguati, alla mancanza di comunicazione, fino ad arrivare al comportamento dell'*employer* e alle pratiche che mette in atto o alla superficialità dei sistemi di supporto e delle politiche di social care. Sempre di più le imprese devono allora farsi parte attiva in questi sistemi di supporto, di modo da accrescere l'*employability* dei malati cronici e di creare ambienti di lavoro inclusivi e in grado di garantire la valorizzazione di collaboratori che vedono inevitabilmente cambiare il proprio rapporto con il lavoro. Contrariamente all'idea che alcune malattie possano diminuire la volontà di lavorare, numerosi studi (Waddell & Burton, 2006) dimostrano che il lavoro diventa una risorsa preziosa durante la malattia, consentendo di mantenere una vita attiva e produttiva

e accrescendo la probabilità di andare incontro a un miglioramento della propria condizione di salute, fisica e mentale.

A tale fine, giocano un ruolo fondamentale le forme di supporto implementate e implementabili. Le categorie di strumenti di supporto possono essere divise in quelle provenienti da istituzioni e organizzazioni sociali esterne alle aziende e quelle che possono essere implementate dalle aziende stesse (Silvaggi et al. 2019). Una visione piuttosto diffusa racchiude gli interventi di *work adjustments* in tre categorie (Pryce et al., 2007): “*modi-fied physical load*” (riduzione del carico nei lavori manuali o ricorso al supporto di tecnologie), “*skill discretion*” (riorganizzazione del lavoro a seconda delle abilità del lavoratore), “*time discretion*” (adozione di soluzioni di *smart working* o lavoro flessibile). Per giungere ad un’inclusione efficace ed effettiva dei lavoratori malati è necessario che siano coinvolti nei programmi di supporto aziendali tanto i malati stessi quanto i loro capi e superiori diretti. Evidenziando le misure di sostegno più comuni, sono stati riportati in particolare i concetti di *workplace accomodation* e di *training*. A prescindere dalla misura specifica adottata, qualsiasi tipo di intervento dovrebbe essere volto soprattutto a restaurare l’equilibrio tra le abilità personali (*job resources*) e *job demands*, modificando i fattori determinanti in tal senso per favorire la partecipazione al lavoro. In tale cornice, si è introdotto il tema del *diversity management*, per poi approfondire quello più specifico del *disability management*. Nel fare ciò è stato opportuno sottolineare, attraverso il quadro normativo presente, in che misura le malattie croniche vengano considerate forme di disabilità e in che modo quindi i malati cronici siano assimilabili a coloro che ricevono specifiche forme e iniziative di sostegno in quanto disabili.

Il secondo capitolo sottolinea l’importanza che ricopre il tema del *diversity climate* al fine di una miglior gestione dei malati cronici in ambito lavorativo e si focalizza sul ruolo fondamentale giocato dalle pratiche ed iniziative inclusive. L’obiettivo per un’organizzazione deve essere quello di creare un ambiente di lavoro inclusivo, dove i collaboratori malati si sentano a proprio agio, non si sentano discriminati e siano stimolati a continuare la propria attività. Alla base di un ambiente di lavoro sano in quest’ottica, ci deve essere la presenza di un reparto di risorse umane in grado di creare le condizioni giuste e mettere in atto le iniziative necessarie. L’effetto delle pratiche HR inclusive, non consiste solo nella creazione di un contesto favorevole e inclusivo, ma anche nel poter direttamente aiutare le persone disabili o malate, offrendo opportunità di sviluppo tramite per esempio sistemi di performance management innovativi e *training*. Favorire la cooperazione e il coordinamento tra tutte le parti all’interno di un’azienda, garantire trasparenza nelle azioni e assicurare continuità e sostenibilità dei servizi, sono ulteriori elementi che devono sempre essere presenti, in maniera trasversale a qualunque processo o misura intrapresa. Raccomandazione generale secondo il Network Europeo per la Promozione della salute nei luoghi di lavoro (Knoche et al. 2012), è quella di favorire

una comunicazione sincera e leale. Si tratta di un aspetto molto importante se si considera che spesso l'ottenimento del supporto per un malato dipende dalla capacità di parlare della propria condizione, la quale molte volte non è visibile. Alla luce di ciò, lo step successivo nella trattazione, è stato quello di approfondire il delicato e centrale tema della *disclosure*, inteso come l'atto di comunicare deliberatamente ad un altro soggetto un'informazione personale, in questo caso relativa alla propria condizione di salute. Ne vengono indicate le possibili determinanti, sulla base degli studi condotti fino a questo momento, indagando i fattori più personali e quelli più legati invece al contesto sociale ed ambientale, evidenziando l'importanza di ricevere un supporto sia sociale ed emotivo sia pratico. Si presenta quindi il differente modo di rivelare le informazioni distinguendo tra *partial e full disclosure* e si riportano alcuni dei possibili *outcomes* del comunicare ed informare altri sulla propria condizione. Da quanto evidenziato in tutta la ricerca emerge che la decisione di fare *disclosure* o meno è piuttosto complessa, tanto contestuale quanto molto individuale e richiede un'attenta e dettagliata analisi, da parte di ciascun soggetto, dei potenziali benefici e delle possibili conseguenze negative. Il modo in cui le persone scelgono di gestire le proprie informazioni personali riguardo la malattia è infatti importante per la creazione di un'identità personale e sociale nel luogo di lavoro e critico per mantenere la reputazione come attore competente nell'ambiente (Beatty, 2004).

Il dilemma di fronte a cui si trovano i malati cronici si può sintetizzare in quanto dice Goffman (1963, p. 57): "*to display or not to display; to tell or not to tell; to let on or not to let on; to lie or not to lie; and in each case, to whom, how, when and where*".

L'ultima parte del capitolo è incentrata sulla relazione tra malattie croniche e abilità lavorative. In generale le abilità lavorative di un individuo dipendono da numerosi fattori; quando si entra nel contesto delle malattie croniche, risulta inevitabile annoverare le malattie stesse tra queste determinanti. La misura in cui i sintomi di una patologia cronica influiscono o meno dipende dallo stadio di avanzamento della malattia, dalla visibilità dei sintomi, dal loro livello di gravità e da altri aspetti più soggettivi. Molte malattie croniche degenerano in forme di disabilità vere e proprie che comportano più o meno evidenti limitazioni fisiche o mentali, ma anche patologie meno invasive possono avere il loro effetto diretto o indiretto sull'abilità di un individuo.

Il terzo capitolo, alla luce di quanto è stato esposto nei primi due capitoli, consiste in un lavoro di ricerca empirica vero e proprio con il quale si cerca di approfondire e analizzare alcune delle tematiche trattate a livello teorico o introdotte in parte in altri studi.

Nel quarto capitolo sono infine riportate le conclusioni dell'indagine empirica e le considerazioni finali su tutto l'elaborato.

## **La ricerca empirica**

L'analisi empirica rientra nel lavoro della Fondazione Lavoroperlapersona nel contesto del progetto MaCro@work. Il progetto nasce con l'intento di dar vita ad un osservatorio che aiuti le organizzazioni a comprendere le aspettative dei collaboratori affetti da patologie croniche e a rimuovere gli ostacoli che questi possono incontrare in ambito lavorativo. Ciò in considerazione della crescente significatività ed incidenza che avranno i collaboratori con malattie croniche nel mercato del lavoro nel prossimo futuro.

Il campione preso in analisi è composto da 6.462 persone che lavorano in una grande multinazionale italiana con oltre 60.000 dipendenti, tra queste oltre 1.100 sono risultate affette da una o più patologie croniche e rappresentano il 17% del totale del campione. L'indagine nel suo complesso ha adottato metodologie quantitative e qualitative di rilevazione e analisi dei dati. Nello specifico per i dati riportati è stato fatto ricorso a un on-line survey totalmente volontario e anonimo a cui hanno preso parte 6.462 persone, suddivise in tre sotto-campioni con questionari specifici per ciascuno:

- 1.107 dipendenti malati
- 1.850 capi/colleghi di dipendenti malati
- 3.505 altri dipendenti

Le persone intervistate sono affette da differenti patologie, tra cui le più diffuse risultano malattie muscolo-scheletriche, gastrointestinali e cardiovascolari; nell'analisi effettuata non vengono fatte distinzioni sulla base delle singole patologie, i dati ottenuti mantengono quindi un carattere generale.

## **Disegno della ricerca**

Il presente lavoro attraverso l'analisi empirica cerca di analizzare possibili relazioni tra alcune variabili relative al mondo dei malati cronici in relazione all'ambiente lavorativo. Il focus è stato orientato in particolare sulla *disclosure*, trattata come variabile dipendente, cercando di capire da cosa questo fenomeno possa essere influenzato. Chiedendosi in altre parole se specifici fattori possano essere determinanti nella scelta o meno di rivelare la propria condizione di malato sul luogo di lavoro. Le variabili indipendenti prese in esame per l'analisi sono state date dalla percezione dei lavoratori riguardo:

- *Il diversity climate*
- *Pratiche HR inclusive*

Tale scelta, trova fondamento in un'ipotesi teorica, di base puramente logico-intuitiva, per cui la percezione di un *diversity climate* positivo e la percezione della presenza di *pratiche HR inclusive* potrebbero influenzare la propensione degli individui affetti da patologie croniche a fare *disclosure*.

I primi dati che sono emersi dalle risposte collazionate nei questionari somministrati, hanno motivato in parte tale scelta delle variabili. La selezione della *disclosure* come variabile dipendente di questo studio è stata fatta anche alla luce di quanto è emerso dalle risposte dei partecipanti alla survey riguardo la tematica: quasi 2 lavoratori su 10 di quelli affetti da malattie croniche hanno timore a rivelare la propria condizione nell'ambiente lavorativo.

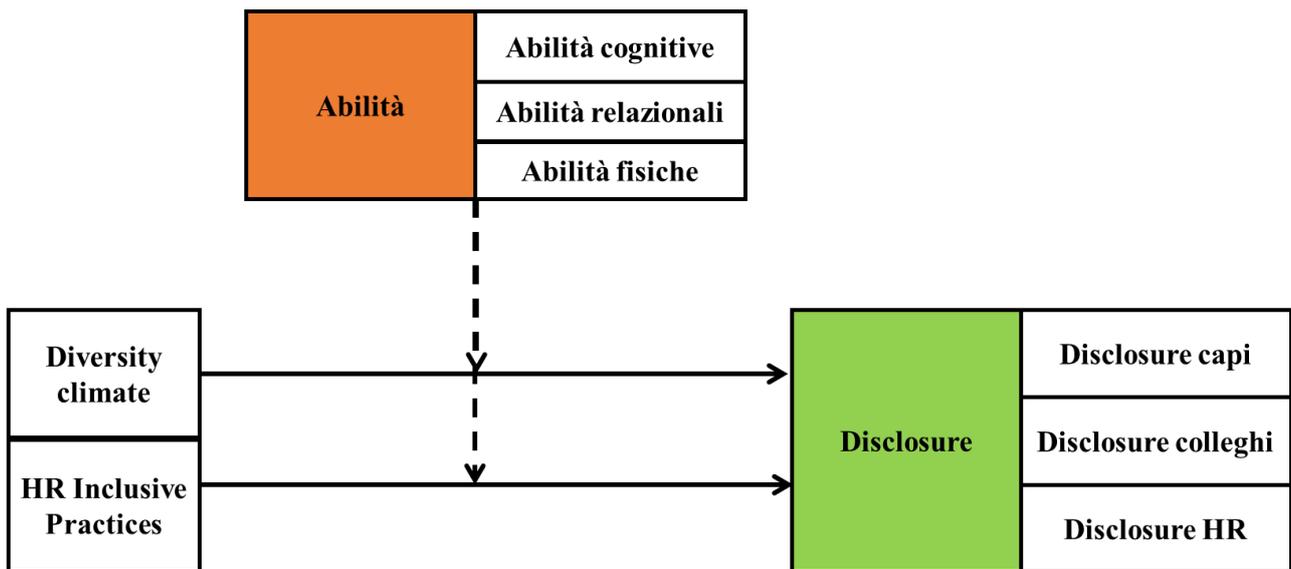
Analizzare poi la relazione di questa variabile con le dimensioni del *diversity climate* e con le *pratiche HR inclusive*, è interessante se si considera che la percezione di inclusione diminuisce del 18% in relazione ai lavoratori malati rispetto a coloro in salute o che 1 lavoratore malato su 10 dichiara di essere vittima di una qualche forma di discriminazione in azienda per la propria patologia.

Gli effetti che un *diversity climate* positivo può generare sono stati analizzati nel capitolo due e le maggiori possibilità di effettuare *disclosure* potrebbero rientrare in questi benefici diretti. Si pensa infatti che percepire equità di trattamento e ricevere il supporto dell'organizzazione, e più nello specifico di colleghi e manager, o credere che l'organizzazione riconosca le diverse prospettive e abbia un clima fondato su inclusione e integrazione di tutte le parti, siano degli aspetti che inevitabilmente aiutino la convivenza lavoro-patologia cronica. La presenza di queste condizioni fa sì che i lavoratori malati possano sentirsi a proprio agio nel contesto lavorativo, senza grandi timori di essere discriminati o essere vittime di stigmatizzazioni ma anzi più propenso a credere nel supporto dell'ambiente e quindi probabilmente più aperto a rivelare la propria condizione. (HYP1)

Di uguale importanza è ipotizzata la presenza di *pratiche HR inclusive*, le quali non a caso sono significativamente correlate ad un *diversity climate* positivo; queste infatti aiutano a creare un ambiente supportivo e ad aumentare la soddisfazione dei lavoratori, contribuendo a generare un clima organizzativo inclusivo e positivo. Tale correlazione e la comunanza nei benefici generati portano ad ipotizzare che, come per il *diversity climate*, esista una relazione positiva tra un'elevata percezione della presenza di *pratiche HR inclusive* ed il processo di *disclosure*. (HYP 2)

Dopo aver analizzato la relazione diretta tra le variabili dipendenti e quelle indipendenti, è stato deciso di ricorrere all'utilizzo di una variabile di moderazione, la quale teoricamente influenza la direzione e/o la forza della relazione tra la variabile dipendente e quella indipendente (Baron e Kenny, 1986). La scelta di ricorrere alla dimensione delle *abilità* si spiega con il diverso impatto che le patologie croniche possono avere sulla sfera fisica, cognitiva o relazionale dei soggetti malati; con la volontà quindi di chiedersi se questi effetti possano condizionare, e in caso positivo quanto, un'ipotetica relazione tra la *disclosure* e le percezioni di clima organizzativo e *pratiche HR inclusive*.

Figura 1: Il disegno della ricerca



### La procedura di analisi

Il pacchetto software utilizzato per l'analisi empirica è stato IBM SPSS Statistics 25. Le tabelle contenenti dati e risultati sono perciò derivanti da tale programma. Come primo passo si è analizzata la correlazione tra tutte le variabili dipendenti ed indipendenti prese in esame. Il risultato ha messo in luce come nella realtà empirica non esista una correlazione significativa tra le variabili dipendenti ed indipendenti considerate, ad esclusione del caso della relazione tra *diversity climate* e *disclosure* nei confronti dei capi, con un valore di 0,112 del coefficiente di correlazione.

Al fine di approfondire meglio le relazioni tra le variabili in esame, si è proceduto con l'esecuzione di una regressione lineare semplice, per cercare di stabilire un legame diretto e valutarne l'intensità, ipotizzando che una singola variabile indipendente influenzi o predica la variabile dipendente. È stato scelto di applicare un intervallo di confidenza del 95%, considerando quindi significative nell'analisi solo le funzioni con un livello di significatività compreso tra 0,000 e 0,05.

Una volta analizzate le variabili indipendenti singolarmente in relazione alla variabile disclosure, è stato utilizzato un modello di regressione lineare multipla, che considerasse l'influenza di entrambe le variabili contemporaneamente e attraverso il quale si sono ottenuti risultati più significativi. Prendendo in considerazione due variabili esplicative invece che una, si è quindi ottenuto un modello migliore. I coefficienti di una regressione multipla ottenuti esprimono la variazione della variabile di risposta in corrispondenza della variazione di una variabile esplicativa, mantenendo costante l'altra. Nel complesso si sono considerate le seguenti variabili:

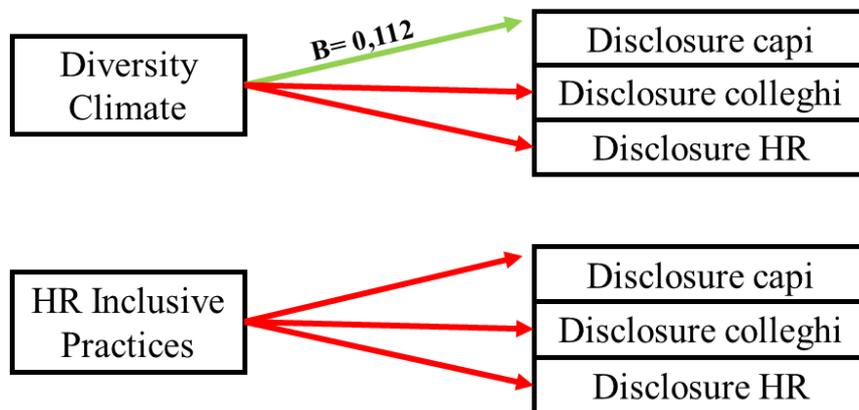
- due variabili indipendenti: *diversity climate* e *pratiche HR inclusive*, attraverso un modello di regressione semplice prima e in un modello di regressione multipla poi;

- tre variabili indipendenti: *disclosure* verso capi, colleghi e HR, trattate in maniera distinta, per analizzarne le differenti situazioni.

Successivamente si è deciso di ampliare l’analisi includendo una variabile di moderazione, relativa all’abilità, articolata in tre differenti sotto-variabili: *abilità cognitive, abilità relazionali e abilità fisiche*. Prima di procedere sono state standardizzate le variabili dipendenti ed indipendenti per semplificare l’interpretazione. Il modello logico di moderazione si testa statisticamente andando a testare l’interazione tra la variabile indipendente ed il moderatore. Effettuando le regressioni con interazione si sono potuti così analizzare sia gli effetti principali sia l’effetto di interazione. L’obiettivo è stato quello di verificare se, con l’intervento di ulteriori variabili, si andasse a modificare l’intensità della relazione già esistente tra variabile dipendente e indipendente.

### Risultati

Il modello di regressione lineare semplice restituisce quanto ottenuto nell’analisi della correlazione. Il modello di regressione considerando una singola variabile indipendente come esplicativa della disclosure non è un modello valido. Nelle figure seguenti il risultato per entrambe le variabili:



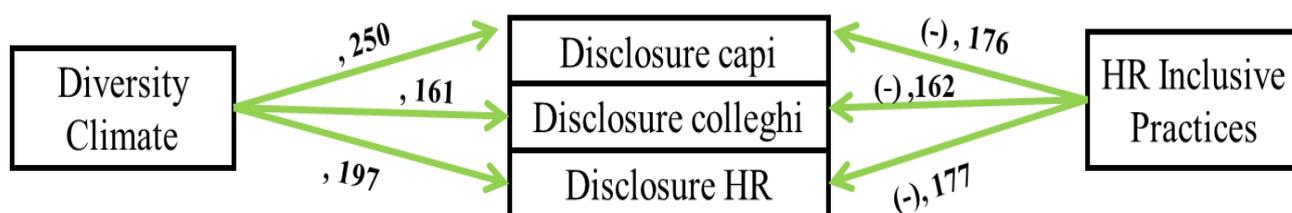
L’unica relazione effettivamente significativa risulta essere quella tra il *diversity climate* e la *disclosure* nei confronti dei capi, con un beta standardizzato pari a 0,112, che coincide ovviamente con il valore del coefficiente di correlazione. Negli altri casi, non essendoci valori di significatività compresi tra 0 e 0,05, non è possibile affermare che le variabili indipendenti considerate predicano o influenzino la variabile dipendente *disclosure* verso alcun soggetto a cui può essere rivolta.

Guardando ai modelli di regressione multipla invece, in tutti i casi in esame la relazione tra le variabili dipendenti e le differenti variabili indipendenti è significativa a livelli di 0,000, quindi le variabili indipendenti hanno un’influenza significativa sulle variabili dipendenti. Analizzando i valori di  $R^2$ , i modelli adottati spiegano rispettivamente il 24% della variabilità della *disclosure verso i capi*, l’11%

della variabilità della *disclosure verso i colleghi* ed il 15% della variabilità della *disclosure verso la funzione Hr*.

Riepilogo del modello			Riepilogo del modello			Riepilogo del modello		
Modello	R	R-quadrato	Modello	R	R-quadrato	Modello	R	R-quadrato
1	,156 <sup>a</sup>	0,024	1	,105 <sup>a</sup>	0,011	1	,124 <sup>a</sup>	0,015
a. Predittori: DiversityClimate, InclusiveHRpractices			a. Predittori: DiversityClimate, InclusiveHRpractices			a. Predittori: DiversityClimate, InclusiveHRpractices		
V. dipendente: Disclosure capi			V. dipendente: Disclosure colleghi			V. dipendente Disclosure HR		

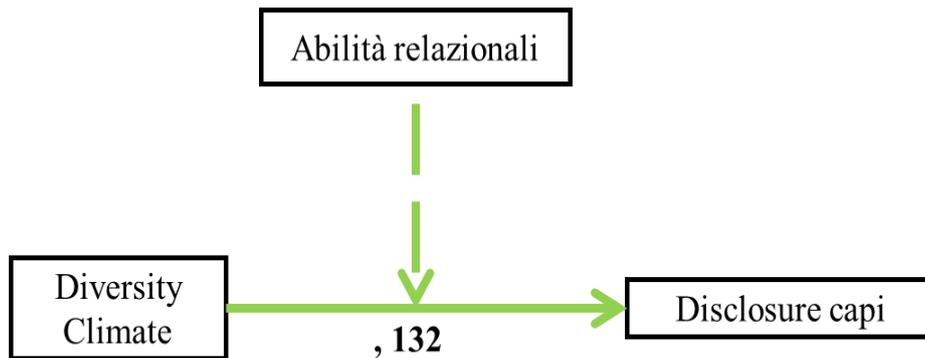
I coefficienti beta in tutti i casi hanno un valore assoluto compreso tra 0,15 e 0,25, sottolineando come



esista una relazione, ma di intensità non elevata. Il coefficiente beta del *diversity climate* in relazione alla *disclosure verso i capi*, riporta in termini assoluti il valore più elevato, in linea ovviamente con la significatività del coefficiente correlazione e con quanto ottenuto nella regressione semplice. Non si riscontrano grandi differenze nei differenti casi di *disclosure*, il beta ha valori leggermente inferiori per entrambe le variabili indipendenti in relazione alla *disclosure verso i colleghi*.

La direzione del legame si mantiene uguale in ogni caso di *disclosure*, ovvero è positiva tra *diversity climate* e *disclosure* e negativa tra *pratiche HR inclusive* e *disclosure*. La direzione negativa implica che ad una percezione più elevata di *pratiche HR inclusive*, corrisponde una minore propensione a fare *disclosure* e dunque che all'aumentare della positività della percezione di inclusività si riduce la propensione a rivelare la condizione di malato cronico.

Con l'introduzione delle variabili di moderazione, le relazioni tra variabili dipendenti e indipendenti, anche se moderate dalle differenti abilità, non hanno assunto significatività, se non in unico caso, a testimoniare come le variabili inerenti alle abilità in realtà non abbiano un effetto molto significativo sulla relazione tra le variabili indipendenti e la *disclosure*. In relazione alla *disclosure verso i capi* la variabile abilità influenza la relazione diretta del *diversity climate* quando si tratta di *abilità relazionali*, con una significatività pari a 0,09. Quando la variabile indipendente è rappresentata dalle *pratiche inclusive HR* e in tutti gli altri casi, anche con la moderazione non c'è significatività.



L'interazione tra due variabili quando significativa, è data dal coefficiente associato al loro prodotto, che esprime quanto l'effetto di una variabile indipendente cambia al variare dell'altra variabile. Il coefficiente beta di interazione ottenuto in questo caso è pari a ,132. Ciò significa che la moderazione delle abilità relazionali rafforza l'intensità della relazione tra la variabile indipendente e la *disclosure verso i capi*.

### Conclusioni della ricerca empirica

Considerando insieme le due variabili esplicative il modello ci spiega una parte delle variabilità della *disclosure*; seppur l'intensità di queste relazioni sia rappresentata da valori di beta non elevati. Ciò evidenzia che un legame è presente, in linea con quanto immaginato e ipotizzato a priori.

Il risultato è supportato da un punto di vista teorico se si considera che il *diversity climate* e le *pratiche HR inclusive* sono elementi importanti all'interno di un'organizzazione per ogni lavoratore e ancora di più per coloro che in qualche modo appartengono ad una minoranza o vi si sentono parte. Ci si poteva aspettare che un clima organizzativo percepito positivamente e la presenza di *pratiche HR inclusive* potessero aumentare la propensione a fare *disclosure*, in quanto contribuiscono a far sentire il lavoratore parte dell'azienda e a creare un ambiente inclusivo ed ugualitario. Mentre per il *diversity climate* l'ipotesi è confermata dai valori positivi dei coefficienti beta, per le *pratiche HR inclusive* il segno dei coefficienti risulta negativo. Tale fatto potrebbe trovare una spiegazione nei motivi per cui si fa *disclosure*. Il rivelare informazioni personali su una malattia ha infatti molte volte lo scopo di ricevere supporto dai propri superiori, dai colleghi o da chiunque sia il destinatario della *disclosure*. Questo supporto può comprendere ed esprimersi in alcuni casi nell'istaurazione o applicazione di pratiche inclusive. Quindi quando la presenza di queste ultime è percepita in maniera positiva o comunque adeguata dal lavoratore malato, ciò potrebbe diminuire la volontà, se non la necessità, di comunicare le proprie condizioni, venendo meno una delle possibili motivazioni alla base del gesto.

Distinguendo le variabili indipendenti, risulta che la percezione del *diversity climate* sia più significativa nel predire la *disclosure*, di quanto lo faccia la percezione delle *pratiche inclusive*. La differenza nei valori assoluti dei coefficienti non è comunque così netta da evidenziare una marcata differenza.

Le variabili indipendenti hanno una relazione leggermente più forte con la *disclosure nei confronti dei capi*, ma anche in questo caso la differenza è minima. La motivazione potrebbe comunque essere collegata al fatto che la *disclosure* è più comune nei confronti dei capi e dei colleghi e quando si tratta di *full disclosure* piuttosto che di *partial disclosure* prevale quella verso i capi. Tale dato potrebbe anche spiegare in parte perché l'unico coefficiente di correlazione significativo sia tra il *diversity climate* e la *disclosure verso i capi*.

L'unica variabile di moderazione che rientra a livello di significatività nell'analisi è quella delle *abilità relazionali* nella relazione tra *diversity climate* e *disclosure verso capi*. La sfera delle *abilità relazionali* comprende comunicazione, ascolto ed empatia e ciò significa che quando, anche in presenza di una grave malattia, si verifica un aumento di queste capacità, questa percezione positiva influenza la relazione tra clima di diversità e la volontà di fare *disclosure verso i capi*. Seppure si tratta di un impatto di intensità contenuta, una relazione sussiste e potrebbe essere spiegata con il fatto che migliorando le doti relazionali e di comunicazione si modifichi la propensione a comunicare la propria condizione di malattia ai propri superiori, forse perché si sente di avere maggior padronanza delle proprie doti comunicative. Le abilità hanno un effetto di moderazione quindi solo nella relazione più consistente tra le variabili dipendenti ed indipendenti che, in base al coefficiente di correlazione lineare, è quella tra *diversity climate* e *disclosure verso i capi*.

Non risultano quindi significative in alcun modo nell'analisi le variabili legate alle sfere di *abilità cognitive e fisiche*; inoltre non risulta significativo alcun tipo di abilità nei confronti della relazione tra *pratiche HR inclusive* e *disclosure* verso qualsiasi categoria di soggetto.

Questi risultati relativi alla moderazione, visti nel complesso, sono piuttosto coerenti con i dati ottenuti dai questionari in merito al rapporto tra malattia e sfera di abilità. Risulta infatti che la maggior parte delle volte la malattia non è collegata ad una modifica di *abilità cognitive*, di conseguenza queste abilità non possono essere significative per influenzare la relazione tra le variabili indipendenti e dipendenti. Nonostante invece in alcuni casi emerga un impatto negativo delle malattie croniche sulle *abilità fisiche*, queste non risultano avere un'influenza sufficiente sul legame tra le variabili indipendenti e le differenti *disclosure* per rendere significative le relazioni.

## Considerazioni finali

L'analisi ha cercato di approfondire una parte dei fattori e delle condizioni dietro al fenomeno della *disclosure*. I risultati hanno mostrato che il modello applicato spiega una piccola parte della variabilità della *disclosure*; infatti le percezioni del clima organizzativo e della presenza di pratiche inclusive hanno un'influenza sulla *disclosure* ma non nella misura attesa. Il legame, considerando entrambe le variabili, esiste effettivamente, ma è comunque di scarsa intensità. Tale esito dimostra come la *disclosure* sia un fenomeno molto delicato e di non facile e oggettiva comprensione o spiegazione. Il gesto più o meno esplicito di comunicare la presenza di una malattia e la condizione di malato cronico dipende da numerosi e differenti elementi; probabilmente si tratta spesso di fattori soggettivi e non accomunabili e generalizzabili a tutti i lavoratori malati. La ragione di ciò può in parte dipendere dalla grande vastità di patologie croniche esistenti, le quali hanno sintomi ed effetti molto differenti tra loro sia nella gravità che nella modalità e nei tempi di manifestazione. Ciascun malato cronico ha quindi la propria condizione oggettiva di malato di una determinata patologia, ma anche una propria condizione soggettiva nel vivere la malattia. La somma di moltissime componenti quindi determina la propensione a rivelare le informazioni personali, componenti che possono essere analizzate nel loro contributo ma che difficilmente prese in esame singolarmente avranno un elevato impatto sulla volontà di fare disclosure. Sicuramente cercare di capire meglio quali sono tutti questi fattori e quale è il loro contributo, anche se difficilmente qualcuno sarà particolarmente elevato, può aiutare a capire se ci sono delle condizioni oggettive che influiscono, per poi verificare se vi si può intervenire ed in che modo con il fine di favorire sempre di più la *disclosure*. Le ricerche condotte sul tema (Munir et al., 2005; Pryce et al., 2007) hanno già evidenziato come le resistenze delle persone malate a rivelare la loro condizione siano alimentate da diversi fattori: elementi più individuali come la paura di essere stigmatizzati e di essere oggetto di comportamenti discriminatori o la paura di perdere la propria identità professionale (Beatty, 2004) o da elementi più interpersonali come la paura di creare disagio o pietà nei colleghi. Giocano un ruolo determinante poi, fattori più di contesto, ovvero sociali ed ambientali, Beatty (2004) a riguardo parla di elementi quali sicurezza psicologica, flessibilità del lavoro e posizione di potere nell'organizzazione, mentre Munir (2005) enfatizza l'importanza della percezione di supporto organizzativo. In tali fattori di contesto ed ambientali si possono ascrivere anche la percezione del *diversity climate* e della presenza di *pratiche inclusive*. Dalla ricerca è inoltre emerso che i principali fattori che costituiscono delle barriere alla *disclosure* per il campione di riferimento, sono rappresentati dal rischio di commiserazione (28%) e dal rischio di ripercussioni sullo sviluppo professionale (22%), considerando che ben il 41% la ritiene una questione personale.

Importante oltre la *disclosure* in sé è il tipo di informazione che si rivela: molto spesso la comunicazione della malattia non genera gli effetti desiderati e non è quindi sufficiente. Oltre a

rivelare la patologia è molto utile informare sulle esigenze lavorative e di gestione che questa comporta, di modo da avere una simmetria di informazione tra lavoratore malato e capi. Sotto questa condizione è più facile che il malato riceva il supporto necessario, sia dal punto di vista emotivo che pratico, e che possa ricevere gli accomodamenti di cui ha bisogno. Dalla ricerca oltre un terzo del campione affetto da patologie non informa il proprio capo circa queste esigenze. La mancanza di informazioni precise potrebbe pregiudicare in questi casi qualunque intervento di supporto da parte dell'organizzazione. Quando invece l'azienda ricorre a adattamenti sulle condizioni lavorative, le misure più frequentemente adottate sono risultate l'adattamento della postazione lavorativa (17%), seguito da *smartworking* (16%), telelavoro (15%) e flessibilità dell'orario. È dunque evidente anche da questo studio come gli strumenti che intervengono positivamente sulla flessibilità del lavoro costituiscano un elemento cardine nell'inclusione e integrazione dei collaboratori affetti da malattie croniche e possano in molti casi essere anche strumenti utili ed efficaci di *empowerment* (Varekamp et al., 2009). Elemento critico è però rappresentato dalle modalità con cui gli strumenti vengono adottati e dalle conoscenze che tanto i collaboratori malati quanto i loro capi hanno di queste. È emerso infatti come in diversi casi l'efficace implementazione degli strumenti sia minata da altri fattori collegati alle conoscenze e alle modalità di utilizzo degli strumenti stessi, ma anche dalle possibili conseguenze negative che questi possono comportare. Paradossalmente in alcune circostanze il ricorrere a questi strumenti può essere percepito come un elemento di esclusione e di possibile stigmatizzazione.

Le implicazioni delle malattie croniche sulla vita lavorativa rimangono ad ogni modo un argomento di frontiera soprattutto per il nostro paese, dove si possono annoverare pochi studi a riguardo. La ricerca presentata costituisce quindi solo un piccolo tassello di un progetto ben più ampio che si vuole estendere a più settori e realtà organizzative. Nonostante alcuni limiti, dettati soprattutto dall'impossibilità di fare uno studio approfondito su una determinata malattia che ha portato ad un'analisi sulle malattie croniche in senso generale, è emerso chiaramente come il tema sia di importanza critica. Non si è infatti ancora vicini ad ambienti lavorativi efficacemente inclusivi, che siano in grado di integrare, valorizzare e motivare pienamente i collaboratori con patologie croniche. È fondamentale ricercare ogni mezzo necessario per creare una cultura inclusiva ed aperta che favorisca la comunicazione sulle tematiche più delicate, che sia in grado di aumentare le informazioni e le conoscenze sulla questione, ma soprattutto che crei consapevolezza delle conseguenze e delle esigenze di una malattia. Nella promozione di iniziative inclusive e in questo processo generale di sensibilizzazione possono e devono giocare un ruolo da protagonisti tutti, dai capi alla funzione HR.

## Bibliografia

- Avery, D. R., & McKay, P. F. (2010). Doing diversity right: An empirically based approach to effective diversity management. *International Review of Industrial and Organization Psychology*, (25).
- Avery, D. R. (2011). Support for diversity in organizations: A theoretical exploration of its origins and offshoots. *Organizational Psychology Review*, 1(3), 239-256.
- Beatty, J. E. (2004). Chronic Illness as Invisible Diversity: Disclosing and Coping with Illness in the. *Disclosure*, 22(25), 25.
- Boehm, S. A., Kunze, F., & Bruch, H. (2014). Spotlight on age-diversity climate: The impact of age-inclusive HR practices on firm-level outcomes. *Personnel Psychology*, 67(3), 667-704
- Chen, C., & Tang, N. (2018). Does perceived inclusion matter in the workplace? *Journal of Managerial Psychology*, 43-57.
- Cox, T. & Smolinski (1994). *Managing diversity and glass ceiling initiatives as national economic imperatives* (Vol. 199401). US Department of Labor, Glass Ceiling Commission.
- Daly, M. C., & Bound, J. (1996). Worker adaptation and employer accommodation following the onset of a health impairment. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51(2), S53-S60.
- Detaille, S. I., Haafkens, J. A., Hoekstra, J. B., & van Dijk, F. J. (2006). What employees with diabetes mellitus need to cope at work: views of employees and health professionals. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 183-190.
- European Commission. (2010). European disability strategy 2010–2020: A renewed commitment to a barrier-free Europe.
- Eurofound (2019), How to respond to chronic health problems in the workplace? *Publications Office of the European Union, Luxembourg*.
- Goffman, E. (1963). Stigma: notes on the management of spoiled identity. *New York: Touchstone*.
- Greene, K. (2000). Disclosure of chronic illness varies by topic and target: The role of stigma and boundaries in willingness to disclose. *Balancing the secrets of private disclosures*, 123-135.
- Kulkarni, M. (2016). Organizational career development initiatives for employees with a disability. *The International Journal of Human Resource Management*, 27(14), 1662-1679.
- Knoche, K., Sochert, R., & Houston, K. (2012). Promoting healthy work for workers with chronic illness: a guide to good practice. *European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP): Edinburgh, UK*.

- 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., 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.
- 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.
- Phillips, K. W., Rothbard, N. P., & Dumas, T. L. (2009). To disclose or not to disclose? Status distance and self-disclosure in diverse environments. *Academy of Management Review*, 34(4), 710-732.
- Pryce, J., Munir, F., & Haslam, C. (2007). Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-worker disclosure and work adjustment. *Journal of occupational rehabilitation*, 17(1), 83-92.
- Sammarra, A., Innocenti, L., & Profili, S. (2015). Disentangling the relationship between age dissimilarity and organisational identification: the moderating role of age diversity climate. *WOA*, 21À22 May.
- Silvaggi, F., Leonardi, M., Guastafierro, E., Quintas, R., Toppo, C., Foucaud, J., ... & Scaratti, C. (2019). Chronic diseases & employment: An overview of existing training tools for employers. *International journal of environmental research and public health*, 16(5), 718.
- Tiraboschi, M. (2014). Occupabilità e lavoro delle persone con malattie croniche: appunti per una ricerca, *Diritto delle Relazioni Industriali Numero 4/XXIV*. Giuffrè Editore, Milano.
- Varekamp, I., Heutink, A., Landman, S., Koning, C. E., De Vries, G., & Van Dijk, F. J. (2009). Facilitating empowerment in employees with chronic disease: qualitative analysis of the process of change. *Journal of occupational rehabilitation*, 19(4), 398-408.
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). *Is work good for your health and well-being?*. The Stationery Office
- World Health Organization. (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report*. World Health Organization.