



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BERGAMO

Scuola di Alta formazione Dottorale

Corso di Dottorato in

Formazione della Persona e Mercato del Lavoro

Ciclo XXIX

Settore scientifico disciplinare

IUS/07

**IL WELLNESS AT WORK COME RISPOSTA AI
CAMBIAMENTI DELLA FORZA LAVORO**

Coordinatore:

Chiar.mo Prof. Giuseppe Bertagna

Supervisore:

Chiar.mo Prof. Michele Tiraboschi

Tesi di Dottorato

Fabiola SILVAGGI
Matricola n. 1031663

Anno Accademico 2015/16

Alla mia famiglia

*“La salute è creata e vissuta dalle persone
all’interno degli ambienti della vita quotidiana:
dove si studia, si lavora, si gioca e si ama.”*

Carta di Ottawa, 1986

INDICE

Introduzione	1
--------------	---

Capitolo I

POSIZIONE DEL PROBLEMA

1.1 I cambiamenti della forza-lavoro: l'allungamento della speranza di vita e l'insorgenza delle malattie croniche	4
1.1.1 Occupabilità e ritorno al lavoro delle persone affette da patologie croniche	7
1.2 I luoghi di lavoro come <i>setting</i> idonei per la realizzazione di politiche di prevenzione e promozione alla salute	12

Capitolo II

RASSEGNA DI LETTERATURA SULLA DIMENSIONE SOCIALE E ORGANIZZATIVA DEL WELLNESS IN RELAZIONE ALLA SOSTENIBILITÀ AL LAVORO

<i>Premessa</i>	16
Prima sezione: inquadramento teorico del wellness	
1.1 Le molteplici definizioni del wellness	17
1.1.1 Il wellness e la qualità di vita	20
1.1.2 La salute e il wellness edonico	21
1.1.3 Condizioni salutari e wellness eudaimonico	23

1.1.4 Il wellness e il contesto lavorativo	24
1.2 Metodi d'indagine sulla promozione del wellness	31
1.2.1 Strumenti di misura in ambito organizzativo	32
Seconda sezione: malattie croniche e mercato del lavoro	
2.1 L'insorgenza delle malattie croniche sulle dinamiche del mercato del lavoro	37
2.2 Reinserimento lavorativo e integrazione professionale delle persone affette da patologie croniche	40
2.3 I fattori che influenzano il ritorno al lavoro	50
2.4 Alcuni modelli esplicativi	52
2.5 Presenteismo al lavoro e produttività	53
Terza sezione: La progettazione dei programmi di wellness aziendali	
3.1 Le iniziative di wellness nei luoghi di lavoro	57
3.2 Elementi strutturali dei programmi di wellness at work: l'analisi dei bisogni e la partecipazione dei dipendenti	60
3.3 L'implementare un programma di wellness at work	62
3.4 La valutazione delle iniziative di wellness nel contesto organizzativo	63
3.5 Gli ostacoli organizzativi dei programmi di wellness	64
Quarta sezione: L'efficacia dei programmi di wellness nelle organizzazioni	
4.1 Benefici per l'azienda: l'impatto economico - finanziario dei programmi di wellness at work	66

4.2 Benefici per i lavoratori: riduzione dei costi sanitari e dei rischi psicosociali	69
4.3 La prevenzione dei fattori di rischio psicosociali	70

Capitolo III

WELLNESS AT WORK: UN QUADRO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO

3.1 Il wellness at work: un'attività socialmente responsabile	74
3.1.1 Esplorando il valore sociale del wellness at work	77
3.1.1.1 Obiettivo dello studio	78
3.1.1.2 Metodologia della ricerca	92
3.1.1.3 Analisi dei dati	103
3.1.1.4 Discussione	104
3.2 L'importanza del fattore <i>setting</i> nelle iniziative di wellness at work	109
3.3 Il livello di benessere delle organizzazioni: indagini e report in materia	115

Capitolo IV
CASI AZIENDALI

<i>Premessa</i>	115
4.1 Il wellness at work tra cambiamenti demografici e malattie croniche: Il caso IKEA	117
4.1.1 Il nuovo contratto integrativo in IKEA ITALIA RETAIL SRL: l'inclusione di attività di prevenzione e promozione alla salute	121
4.2 Altre realtà aziendali: Eni S.p.A. e la promozione della salute	123
4.2.1 Eni S.p.A. e AIMaC insieme nel progetto “Una rete solidale per attuare le norme a tutela dei lavoratori malati di cancro sui luoghi di lavoro”	125

Capitolo V
CONCLUSIONI

<i>Premessa</i>	129
5.1 Malattie croniche: l'impatto complessivo sulle dinamiche del mercato del lavoro e sulla produttività dei lavoratori	130
5.2 Verso una nuova visione di sostenibilità del lavoro: le politiche di wellness at work	133
<i>Proiezione informatica</i>	136

INTRODUZIONE

Il Dottorato di ricerca in Formazione della persona e Mercato del lavoro che mi accingo a concludere è stato promosso da ADAPT, Associazione per gli Studi Internazionali e Comparati sul Diritto del Lavoro e sulle Relazioni Industriali e dall'Università di Bergamo.

Nello specifico, il mio progetto di ricerca è stato incentrato su due aspetti del *wellness at work*: il primo inerente la relazione tra la *work ability* delle persone con malattie croniche e le variabili socio-economiche ad essa correlate (presentismo, assenteismo, produttività al lavoro, ecc) e il secondo relativo alla relazione tra la prevenzione primaria e le condizioni salutari dei lavoratori, al fine di rilevare quale organizzazione del lavoro delle singole imprese sia più idonea a gestire la presenza o il ritorno in attività di una forza-lavoro con problemi di salute o potenzialmente tale.

Ai fini di questo proposito, sono stati studiati i programmi e le iniziative di *wellness* aziendali mirati alla prevenzione e promozione della salute nella loro validità socio-economica.

Questo lavoro di tesi, inoltre, è stato contraddistinto da un periodo di *internship* nel terzo settore e da uno aziendale⁽¹⁾, nonché da un periodo di *visiting researcher* presso The Work Foundation⁽²⁾, organizzazione britannica no-profit appartenente all'Università di Lancaster, con sede a Londra, che fornisce consulenza e ricerca sul futuro del lavoro e sul miglioramento della qualità di vita.

⁽¹⁾Cfr. Si rimanda alla premessa del capitolo IV

⁽²⁾Cfr. Per approfondimento si consulti il sito al seguente link <http://www.theworkfoundation.com>

Passando adesso all'attività più di redazione della tesi, si evidenzia come la prima parte di questa attività sia stata dedicata alla contestualizzazione dell'argomento di indagine attraverso un'analisi delle principali evidenze sociali del fenomeno che costituiscono la posizione del problema.

A questo punto, si è passati a redigere una *literature review* attraverso la raccolta e rassegna della principale letteratura che si è occupata di ripercorrere le linee evolutive del wellness nella dimensione sociale e lavorativa.

Si è proceduto, inoltre, ad integrare la *literature review* con fonti bibliografiche focalizzate su specifici temi tipicamente correlati al tema di indagine, quali l'impatto delle malattie croniche nel mercato del lavoro, il reinserimento lavorativo e integrazione professionale delle persone affette da patologie croniche, la progettazione dei programmi di wellness aziendali e l'efficacia degli stessi per l'organizzazione e per il lavoratore.

Nella prospettiva di garantire un taglio pratico ed operativo al lavoro, oltre allo studio della dottrina accademica, il presente lavoro ha adottato due diverse metodologie: il primo segue la prospettiva che si basa su analisi di tipo deduttivo attraverso questionari e interviste, mentre il secondo segue la prospettiva dei *case studies*, rappresentati dalle varie esperienze di *intership* sopra menzionate.

L'obiettivo che ci si pone attraverso tale integrazione di metodologie è quello di giungere ad una conoscenza più approfondita del fenomeno in oggetto.

Al termine di questo lavoro, ringrazio il Prof. Tiraboschi per i preziosi consigli, gli stimoli e il tempo dedicatomi.

Desidero inoltre ringraziare tutte le persone conosciute nelle realtà lavorative con cui ho avuto il piacere di collaborare durante il mio percorso di dottorato per la disponibilità, il supporto e per gli insegnamenti ricevuti.

In modo particolare, ringrazio l'Avv. Elisabetta Iannelli (Vice-presidente AIMaC), la dott.ssa Elisa Chioda (Co-worker Relations Manager in IKEA) la dott.ssa Sara Carollo (Work Environment Manager in IKEA), l'avv. Lucio Corsi (Legal Specialist in IKEA), la dott.ssa Karen Steadman (Senior Researcher in The Work Foundation) e il dott. David Shoesmith (Business Development Manager in The Work Foundation).

Capitolo I

POSIZIONE DEL PROBLEMA

Sommario: **1.1** I cambiamenti della forza-lavoro: l'allungamento della speranza di vita e l'insorgenza delle malattie croniche – 1.1.1 Occupabilità e ritorno al lavoro delle persone affette da patologie croniche – **1.2** I luoghi di lavoro come *setting* idonei per la realizzazione di politiche di wellness at work

1.1 I cambiamenti della forza-lavoro: l'allungamento della speranza di vita e l'insorgenza delle malattie croniche

Il progressivo invecchiamento della popolazione, che contraddistingue il nostro come gli altri Paesi Occidentali, è la conseguenza di cambiamenti demografici profondi e piuttosto rapidi.

Da sei anni la speranza di vita si assesta a 79.4 anni per gli uomini ed 84.5 anni per le donne⁽³⁾, portando l'indice di vecchiaia⁽⁴⁾ a raggiungere il picco del 151.4%⁽⁵⁾.

Questo è ben rappresentato dalla Figura 1.1, dove l'Italia si pone al secondo posto tra le nazioni più vecchie d'Europa alle spalle della Germania.

⁽³⁾ Cfr. Per approfondimento si consulti il sito Istat in riferimento all'anno 2010

⁽⁴⁾ Cfr. Indice di vecchiaia viene definito come il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni).

⁽⁵⁾ Cfr. Per approfondimento si consulti l'Annuario statistico 2013 dell'Istat <http://www.istat.it/it/archivio/107568>.

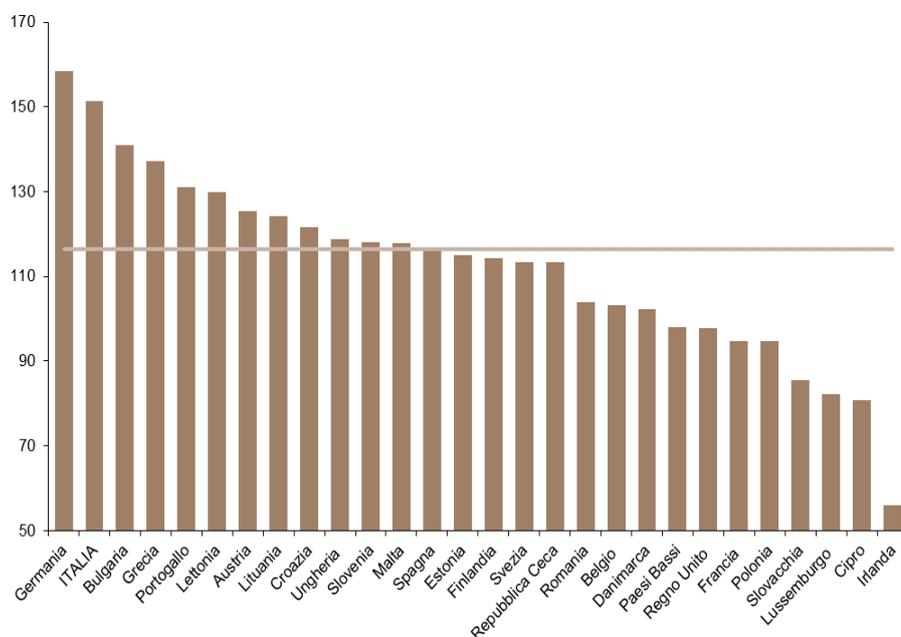


Figura 1.1 Indice di vecchiaia dei 28 paesi membri dell'Unione europea, Istat (2013)

Tale andamento demografico comporta numerose conseguenze politiche, economiche, sociali e lavorative soprattutto per i Paesi Industrializzati, in cui il suddetto fenomeno risulta essere più accentuato. In modo particolare, l'allungamento dell'aspettativa di vita ha determinato due principali cause interdipendenti.

La prima relativa all'innalzamento dell'età di pensionamento (in Italia dal 2016 l'età minima per andare in pensione sarà di 66 anni e 7 mesi, ma è destinata ad aumentare a 69 anni e 9 mesi nel 2049); da questo, ne consegue la seconda causa relativa all'aumento della probabilità di incorrere in patologie croniche durante l'età lavorativa.

Secondo i dati diffusi dal Network Europeo per la Promozione della Salute nei luoghi di lavoro hanno stimato che quasi il 25% della forza-lavoro europea soffre i disturbi di una malattia cronica.

Nel territorio nazionale, il Report Istat⁽⁶⁾ sottolinea che quasi un italiano su due (46,9%) ha indicato di essere affetto da almeno una patologia cronica in una lista di 22 patologie.

Gravi divengono le ricadute di tali condizioni sulle spese mediche dei singoli cittadini poiché, il perdurare della crisi e gli alti tassi di disoccupazione, hanno diminuito il potere d'acquisto nell'uso di medicinali, visite specialistiche e dentistiche⁽⁷⁾.

La risposta da parte dei sistemi di protezione sociale al fenomeno si è rivelata, nel corso degli anni, inadeguata, dacché incline all'adozione di trattamenti di invalidità civile o assegni di cura e assistenza che, regolarmente sono rimessi al giudizio medico, e che conducono a una uscita dal mercato del lavoro anche là dove non sarebbe necessario⁽⁸⁾.

Questa impostazione comporterà, secondo OECD⁽⁹⁾, un rilevante numero di persone con capacità di lavoro parziale che verrà considerata dagli attuali sistemi di *welfare*, e conseguentemente dalle imprese, non più in grado di lavorare, anche se questo non corrisponde alla realtà.

⁽⁶⁾ Cfr. Istat, *Le dimensioni della salute in Italia*, 2015, p. 58.

⁽⁷⁾ Cfr. così in F. Silvaggi, *Partire dai luoghi di lavoro per una visione più moderna della salute*, in Bollettino ADAPT, n. 33/2015.

⁽⁸⁾ Cfr. M. Cinelli, *Diritto della previdenza sociale*, Giappichelli 2013, cap. XI.

⁽⁹⁾ Cfr. OECD, *Sickness, Disability and Work Keeping On Track In The Economic Downturn*, OECD Background Paper, Paris, 2009, p. 10.

Del pari importante è anche il disallineamento tra la domanda e l'offerta di lavoro di profili sanitari, medici e infermieri⁽¹⁰⁾ e la mancanza di figure professionali necessarie per gestire le problematiche del ritorno al lavoro dei malati cronici⁽¹¹⁾.

Indiscussa, quindi, sarà l'esigenza di un investimento sulla salute e sul benessere delle persone e della popolazione economicamente attiva⁽¹²⁾ poiché, la partecipazione al mercato del lavoro di persone affette da malattie croniche, nonché anche di lavoratori over 55, sarà sempre più preminente.

1.1.1 Occupabilità e ritorno al lavoro delle persone affette da patologie croniche

In questi anni, il dibattito inerente l'esclusione delle persone affette da malattie croniche nel mercato del lavoro è ancora scarsamente compreso dalle politiche *welfare to work*.

In parecchi Stati membri, infatti, il numero di coloro che ricevono assegni di invalidità o lasciano permanentemente il lavoro per motivi di salute è più elevato del numero di coloro che non sono occupati per altri motivi⁽¹³⁾.

La maggioranza di coloro che lasciano il posto di lavoro a causa di malattie o disabilità hanno contratto un tale disagio nel corso della loro vita lavorativa.

⁽¹⁰⁾ Cfr. A. Santopaolo, F. Silvaggi, G. Viale, *La programmazione dei fabbisogni di medici e infermieri nei Paesi OCSE: verso un modello multi- professionale per rispondere alle sfide dell'invecchiamento e delle malattie croniche*, Bollettino ADAPT, n. 31/2014.

⁽¹¹⁾ Cfr. D. Del Duca, F. Silvaggi, *Il Disability Management: come gestire la disabilità nel luogo di lavoro*, in Bollettino ADAPT, n.25/2015.

⁽¹²⁾ Cfr. Con il termine *popolazione economicamente attiva* si fa riferimento alla somma degli occupati e disoccupati.

⁽¹³⁾ Cfr. Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, *Impiego e disabilità: strategie per il ritorno al lavoro*, Foglio informativo, 2009, pp.1-2.

Sebbene le crescenti preoccupazioni a livello europeo e nazionale, la comprensione delle tipologie e dell'efficacia dei provvedimenti che si potrebbero prendere per continuare ad occupare persone affette da malattie croniche o disabilità è assai limitata in diversi paesi ⁽¹⁴⁾.

Le barriere lavorative che i malati cronici devono affrontare derivano, innanzitutto, dall'attuale quadro di regole di legge e di contrattazione collettiva che compongono l'ordinamento giuridico di ogni paese.

Statistiche indicative dello studio italiano condotto dal Censis in collaborazione con la Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (FAVO), evidenziano cambiamenti lavorativi dopo una diagnosi di cancro per il 78% dei malati oncologici.

Ciò è la conseguenza di un meccanismo civilistico della sospensione della prestazione di lavoro non pienamente adeguato alla gestione di malattie complesse come quelle croniche, che induce il malato cronico all'abbandono prematuro dell'attività lavorativa.

In modo particolare, lo studio rileva che il 36,8 % fa assenze, il 20,5% lascia il lavoro e il 10,2% si dimette o cessa l'attività (in caso di lavoratore autonomo); soltanto l'8% richiede il passaggio dal contratto di lavoro a tempo pieno al contratto di lavoro a tempo parziale e il 2,3% viene licenziato⁽¹⁵⁾.

Tali scelte comportano, non solo minori livelli di reddito in un periodo particolare in cui le spese (mediche, di cura e assistenza) sono di grande entità,

⁽¹⁴⁾ Cfr. così in S. Autieri, F. Silvaggi, *Buone prassi in materia di reinserimento delle persone con disabilità: schede di sintesi*, Bollettino ADAPT, 6 Ottobre 2014.

⁽¹⁵⁾ Cfr. Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, *4 Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, FAVO, 2012, p. 48-50.

ma anche persistenti difficoltà nei percorsi di reinserimento lavorativo e di crescita professionale.

Altra questione connessa al tema è rappresentata dai provvedimenti in materia di conciliazione vita-lavoro non del tutto esaustivi, soprattutto in riferimento al *caregiver* familiare.

Attualmente, la Legge 10 dicembre 2014, n. 183 al comma 4 dell'art.6 stabilisce che «nel caso in cui il lavoratore o la lavoratrice assista una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa, che assuma connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, alla quale è stata riconosciuta una percentuale di invalidità pari al 100 per cento, con necessità di assistenza continua in quanto non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, è riconosciuta la priorità nella trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale».

Tale norma si presenta con una forte rigidità sulla percentuale di invalidità necessaria che servirebbe per richiedere il part-time da parte di un *caregiver*.

Non sempre, infatti, le percentuali di invalidità riconosciute possono esprimere effettivamente la difficoltà di un familiare a far coincidere la sua assistenza al malato con gli aspetti concernenti la sua carriera lavorativa.

Questa rigidità dimostra una limitazione nell'accesso alle misure di conciliazione vita-lavoro sia per il cittadino sia per le imprese che gestiscono queste persone in stato di necessità.

In particolare, nelle Piccole e Medie imprese, questa priorità potrà essere soggetta a problematiche di applicazione pratica⁽¹⁶⁾.

Il cambio di paradigma, che questo scenario induce, ha bisogno di un ripensamento dei fini delle soluzioni di conciliazione: al centro non può più posizionarsi il problema della quantità di lavoro, bensì quello della qualità, caratteristica che dipende dalle condizioni lavorative alle quali i lavoratori sono sottoposti e dalle regole secondo le quali il lavoro stesso è organizzato.

Diviene essenziale tener conto, in chiave prevenzionale, della qualità e sostenibilità del lavoro e dell'impatto della rivoluzione tecnologica in atto sui tempi di vita e di lavoro.

È del tutto evidente, quindi, come sia fondamentale la ricerca di un punto di equilibrio tra le ragioni di impresa e le istanze di tutela del lavoro ma anche su particolari esigenze di adeguamento dei vincoli contrattuali di lavoro.

Si tratta in altri termini di tenere in considerazione la grande trasformazione in atto sui modi di lavorare e produrre che incidono sul concetto di lavoratore e sulle sue capacità lavorative in un contesto di crescente invecchiamento della forza-lavoro ⁽¹⁷⁾.

Su questa direzione, un passo in avanti è stato compiuto dal nuovo modello lavorativo, il c.d. lavoro agile, in cui la flessibilità non riguarda solo il luogo di lavoro, bensì colpisce anche l'estensione e la collocazione temporale dell'orario, in quanto i soli limiti previsti sono quelli di durata massima dell'orario di lavoro

⁽¹⁶⁾Cfr. Così in S. Fernández Martínez, F. Silvaggi, *Jobs Act e part-time: l'estensione di un diritto per i malati cronici*, Bollettino ADAPT, n. 8/2015.

⁽¹⁷⁾ Cfr. M. Tiraboschi, *Le nuove frontiere dei sistemi di welfare: occupabilità, lavoro e tutele delle persone con malattie croniche*, ADAPT Labour Studies, e-Book series, n. 36/2015, p. 38.

giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva⁽¹⁸⁾.

Nonostante l'impatto positivo che esso può avere come strumento di conciliazione vita-lavoro per i malati cronici e per i *caregiver*, ovvero gestione flessibile dei tempi di lavoro, esso può causare disturbi di natura psichica e di *burn-out*, esaurimento da stress lavorativo, e potenzialmente peggiorare le condizioni di salute dei malati cronici.

Tale rischio viene evidenziato dell'aumento di sovraccarico lavorativo, a causa della possibilità di essere raggiunti in qualunque momento e in qualunque luogo, nonché in quei lavoratori la cui prestazione non è legata a una determinata sede di lavoro e a un preciso orario di lavoro.

Una soluzione al rischio di *burn-out* è offerta dal c.d. diritto alla disconnessione.

Tale diritto dà la possibilità di essere disconnessi, pur nel rispetto delle eventuali fasce di reperibilità, dalle strumentazioni tecnologiche e dalle piattaforme informatiche di lavoro, senza che questo possa comportare effetti sulla prosecuzione del rapporto di lavoro o sui trattamenti retributivi.

Questo fa sì che il concetto di presenza in azienda non sia più un elemento essenziale ma una semplice prassi di espletamento della prestazione di lavoro, mentre assume rilievo prevalente il contributo del lavoratore al raggiungimento dell'obiettivo.

⁽¹⁸⁾Cfr. L. M. Pelusi, *Lavoro agile: il nodo della disciplina di salute e sicurezza*, Bollettino ADAPT, 4 marzo 2016.

Purtroppo, non tutte le aziende hanno colto l'occasione e le potenzialità di questo nuovo assetto organizzativo rendono più difficoltoso l'attuazione di una nuova visione del lavoro in un ambito complesso come quello della salute.

1.2 I luoghi di lavoro come *setting* idonei per la realizzazione di politiche di *wellness at work*

Dal quadro contestuale descritto nei precedenti paragrafi, emerge chiaramente come le risorse umane delle organizzazioni tendono ad avere necessità diverse rispetto al passato, a causa dei diversi cambiamenti demografici della popolazione.

Per l'evoluzione sociale e lavorativa dei modi di lavorare e produrre, ad oggi, avere un lavoro soddisfacente può contribuire a prevenire malattie e deterioramento fisico o mentale, garantire una buona capacità cognitiva e fisica.

Questo perché la qualità della vita lavorativa ha un grande impatto su tutti i lavoratori, dal momento che gran parte del tempo è dedicato al lavoro.

Proprio per questo motivo, il ruolo ricoperto dal luogo di lavoro non è soltanto legato ad uno spazio architettonico destinato alla produzione e/o ai servizi ma, è divenuto con il tempo, un *setting* educativo e formativo, indirizzato sia all'arricchimento di competenze, sia alla promozione del benessere e della salute al lavoro.

Ciò accade, laddove sia presente una *mindfulness* matura che riconosca nella forza lavoro in salute e pienamente motivata il primo investimento da compiere.

Non poche aziende, infatti, hanno reso evidente l'esigenza di creare ambienti di lavoro che stimolino l'adozione di programmi di *welfare* finalizzati al miglioramento della salute dei propri dipendenti⁽¹⁹⁾.

Siffatte iniziative comportano infatti, soprattutto là dove si tratti di iniziative strutturate e di lungo periodo, rilevanti benefici anche per le stesse imprese coinvolte non solo in termini di riduzione dei costi dovuti alla disabilità dei propri lavoratori, ma anche di maggiore produttività, fidelizzazione della forza-lavoro, retention dei talenti, diminuzione dell'assenteismo e delle richieste di congedi e permessi, nonché degli effetti negativi del c.d. presentismo, ovvero presenza al lavoro nonostante condizioni di salute non adeguate al lavoro da svolgere.

Sebbene, però, tali effetti positivi siano noti⁽²⁰⁾, il loro utilizzo si presenta scarso e distante da logiche di sensibilizzazione e di prevenzione della salute nei luoghi di lavoro.

Tale causa può essere ricondotta alla crisi economica e finanziaria degli ultimi anni che ha intaccato i bilanci aziendali e alle dimensioni ridotte delle aziende che costituiscono, per la maggior parte, il tessuto imprenditoriale italiano, in cui l'adozione di tali iniziative si presenta di particolare complessità.

⁽¹⁹⁾ Cfr. E. Massagli (a cura di), *Il welfare aziendale territoriale per la micro, piccola e media impresa italiana*, ADAPT Labour Studies e-Book series, 2014, n. 31.

⁽²⁰⁾ Cfr. Si consulti in merito la sezione IV del capitolo II dell'elaborato.

Capitolo II

RASSEGNA DI LETTERATURA SULLA DIMENSIONE SOCIALE E ORGANIZZATIVA DEL WELLNESS IN RELAZIONE ALLA SOSTENIBILITÀ AL LAVORO

Sommario:

Prima sezione: inquadramento teorico del wellness

1.1 Le molteplici definizioni del wellness - 1.1.1 Il wellness e la qualità di vita - 1.1.2 La salute e il wellness edonico – 1.1.3 Condizioni salutari e wellness eudaimonico - 1.1.4 Il wellness e il contesto lavorativo – **1.2** Metodi d’indagine sulla promozione del wellness – 1.2.1 Strumenti di misura in ambito organizzativo

Seconda sezione: malattie croniche e mercato del lavoro

2.1 L’insorgenza delle malattie croniche sulle dinamiche del mercato del lavoro – **2.2** Reinserimento lavorativo e integrazione professionale delle persone affette da patologie croniche – **2.3** I fattori che influenzano il ritorno al lavoro – **2.4** Alcuni modelli esplicativi – **2.5** Presenteismo al lavoro e produttività

Terza sezione: La progettazione dei programmi di wellness aziendali

3.1 Le iniziative di wellness nei luoghi di lavoro – **3.2** Elementi strutturali dei programmi di wellness at work: l’analisi dei bisogni e la partecipazione dei dipendenti – **3.3** L’implementare un programma di wellness at work – **3.4** La

valutazione delle iniziative di wellness nel contesto organizzativo – **3.5** Gli ostacoli organizzative dei programmi di wellness at work

Quarta sezione: L'efficacia dei programmi di wellness nelle organizzazioni

4.1 Benefici per l'azienda: l'impatto economico - finanziario dei programmi di wellness at work – **4.2** Benefici per i lavoratori: riduzione dei costi sanitari e dei rischi psicosociali – **4.3** La prevenzione dei fattori di rischio psicosociale

Premessa

La presente *literature review* vuole proporre un percorso bibliografico ragionato sulle potenzialità del wellness con specifico riferimento agli interventi aziendali di prevenzione e promozione alla salute tra logiche di produttività, conciliazione, inclusione sociale e sostenibilità del lavoro.

La centralità di questo tema ha permesso il continuo sviluppo di nuovi contributi teorici e pratici nella letteratura di riferimento. Di fatto, il wellness è oggetto di studio di numerose discipline, considerato sotto punti d'osservazione differenti in relazione agli interessi particolari delle varie materie.

Tale *literature review* si apre con un quadro concettuale sul wellness, proponendone possibili definizioni, strumenti di misura e i fattori che lo determinano, giungendo, nel capitolo successivo, all'analisi dell'impatto delle malattie croniche sulla forza lavoro e sulle relative conseguenze inerenti il reinserimento delle risorse in azienda.

Ampio spazio, inoltre, è stato riservato alla struttura metodologica degli interventi di wellness nei luoghi di lavoro e ai costi e benefici a esso associati rispetto alle esigenze individuali e organizzative.

Il reperimento del materiale è avvenuto sia tramite ricerca bibliografica di articoli, saggi, monografie sia attraverso la consultazione di siti internet nazionali e internazionali.

Infine, il lavoro svolto ha consentito l'implementazione di un'apposita banca dati *open access* tramite la costruzione dell'Osservatorio ADAPT Chronic Diseases & Work.

Prima sezione: inquadramento teorico del wellness

1.1 Le molteplici definizioni del wellness

Il dibattito e le riflessioni che negli ultimi tre decenni si sono sviluppati da parte della psicologia, della filosofia e della sociologia hanno portato verso differenti prospettive di approccio al tema del wellness e a differenti modi di definirne le caratteristiche, le qualità essenziali e gli strumenti attraverso cui indagarlo e misurarlo.

Si assiste, infatti, a un leggero disaccordo in letteratura sul numero esatto delle dimensioni che il concetto di wellness debba possedere.

Nella maggior parte dei casi, infatti, esse variano da due, fisica e mentale, a sette, fisica, sociale, intellettuale, emozionale, spirituale, professionale e ambientale. Cfr. C. B. Corbin, R. P. Pangrazi, *Toward a Uniform Definition of Wellness: A Commentary*, Research Digest, Series 3, n.15, 2001, p. 2.

Rilevanti sono gli studi di C. L. M. Keyes, *Social Well-being*, Social Psychology Quarterly, Vol. 61, n. 2, 1998, p. 122, relativi alla dimensione sociale. Essi sostennero che le persone si sviluppano all'interno di definite strutture sociali e di contesti comunitari di vita. In particolar modo, Keyes rinforzò la centralità dell'esperienza di integrazione, di condivisione e di coesione sociale ai fini del wellness e della qualità di vita, giungendo a definire

il wellness sociale come «la valutazione delle proprie condizioni di vita e del proprio funzionamento nella società».

Sempre C. L. M. Keyes, *Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing*, *American Psychologist*, Vol. 62, n. 2, 2007, pp. 95-108, introduce la definizione di condizione di *flourishing* come insieme di vissuti interni positivi e funzionamento positivo nella relazione con il mondo.

Secondo Keyes, infatti, la condizione di *flourishing* comprende anche la presenza di una relazione costruttiva con la società. Inoltre, l'autore ipotizza che la salute mentale positiva sia costituita dalla dimensione del benessere soggettivo e da due dimensioni; il benessere eudaimonico e il benessere sociale.

Da pari importanza è l'uso lessicale del termine, dacché è associato ai termini *health* o *well-being* in modo del tutto inadeguato. Ad esempio in J. Reardon, *The history and impact of worksite wellness*, *Nursing Economics*, Vol. 16, n. 3, 1998, p. 117, gli autori utilizzano i termini *health* e *wellness* come affini e, a seconda del contesto, vengono considerati convertibili; in J. Green, R. Shellenberger, *The dynamics of health and wellness: A biopsychosocial approach*, Rinehart & Winston, 1991, pp. 1-7, il termine *health* si intende nella prospettiva biomedica e *wellness* una condizione emozionale.

Questa confusione dell'uso lessicale dei termini si riscontra anche nell'assegnazione del loro significato. Infatti, il termine *well-being* indica gli aspetti riguardanti la salute della persona, quali fisici, psico-sociali o sociali, ma, allo stesso tempo, anche *health* indica uno stato di buona qualità della vita e una sensazione di completo equilibrio psico-fisico.

Proprio sul versante dell'*health* molti studi si sono focalizzati sull'efficacia di un approccio bio-psico-sociale che colloca la salute in una dimensione sistemica e multilineare. Per un approfondimento sul modello si rimanda a G. L. Engels, *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, Science, Vol. 196, 1979, pp. 130-132.

Nondimeno il termine wellness, associato nella maggior parte dei casi alle attività di fitness, ripone il suo significato alle peculiarità distintive della salute. Cfr. J. G. Grzywacz, *Growing up healthy: The ecology of child well-being*, Family Relations, Vol. 48, n. 4, 1999, p. 433; D. A. Hermon, R. J. Hazler, *Adherence to a wellness model and perceptions of psychological well-being*, Journal of Counselling and Development, Vol. 77, n. 3, 1999, p. 339; T. B. Adams, J. R. Bezner, *Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population*, Journal of American College Health, Vol. 48, n. 4, 2000, p. 165; M. T. Garrett, *Soaring on the wings of an eagle: Wellness of native American high school students'*, Professional School Counselling, Vol. 3, n. 1, 1999, p. 57; C. Bouchard, R. J. Shephard, T. Stephens, et al., *Exercise, fitness and health: A consensus of current knowledge*, Human Kinetics, 1990, pp. 588-589; H. Dunn, *High-level wellness for man and society*, American Journal of Public Health, Vol. 49, n. 6, 1959, pp. 788 - 789; D. B. Ardell, *The history and future of wellness*, Health Values, Vol. 9, n. 6, 1985, pp. 37 - 40.

Tuttavia si può notare come una netta distinzione fra i termini non è all'istante immediata. Ciò che rende il wellness diverso dal *well-being* e dall'*health* è la dimensione legata all'area professionale.

Altro costrutto legato al wellness è il senso di comunità definito da D. W. McMillan, D. M. Chavis, *Sense of Community: A Definition and Theory*, Journal of Community Psychology, Vol. 14, 1986, pp. 6-23, come un sentimento che le persone hanno di condividere con gli altri un'appartenenza comune, di essere importanti e influenti nella comunità, di poter soddisfare i bisogni attraverso la coesione.

Sul punto, R. H. Moos, *Social Contexts: Transcending their power and their fragility*, American Journal of Community Psychology, Vol. 31, n. 1-2, 2003, pp. 1-13, sostiene che il benessere individuale e il benessere delle comunità e dei contesti sociali sono strettamente interdipendenti. Secondo l'autore è necessario focalizzare l'attenzione su tutti quei fattori che riguardano la relazione individuo-collettività e la capacità delle comunità di fornire risorse per lo sviluppo dei suoi membri, in quanto sono essenziali affinché si possa raggiungere un'elevata condizione di benessere.

Anche C. Peterson, M. E. P. Seligman, *Character Strengths and Virtues: a Handbook and Classification*, Oxford University Press, 2004, pp.126-140, hanno cercato di identificare i punti di forza promotori del benessere a livello individuale e di comunità. Ne hanno, quindi, identificati 24, organizzati in sei dimensioni: saggezza e conoscenza, coraggio, umanità, giustizia, temperanza e trascendenza, che appartengono a tutte le culture e i gruppi umani.

1.1.1 Il wellness e la qualità di vita

Il concetto di wellness è stato inizialmente legato alla definizione di qualità di vita di matrice sociologica elaborata negli anni Sessanta e Settanta del secolo

scorso in cui la valutazione era basata su indicatori oggettivi (es. il reddito, il livello culturale, il genere), che ha progressivamente modificato la sua prospettiva di indagine sul funzionamento ottimale e globale della persona e sulla valutazione soggettiva che ne dà.

All'interno di questo profondo mutamento di prospettiva di studio e definizione del benessere e della qualità di vita, N. M. Bradburn, *The Structure of Psychological Wellbeing*, Aldine, 1969, pp. 117-118, introduce la dimensione affettiva, ossia il vissuto emozionale che gli individui sperimentano nella loro vita quotidiana, come uno degli indicatori del livello di benessere.

Secondo l'autore, la qualità di vita percepita dalla persona è in forte relazione con il proprio vissuto emozionale.

La componente materiale della qualità di vita perde progressivamente la sua centralità nella determinazione del benessere per venire affiancata da processi soggettivi, ad esempio, la ricerca della condizione di felicità e la possibilità di esprimere liberamente i propri valori e obiettivi.

1.1.2 La salute e il wellness edonico

Il wellness edonico, ovvero il benessere soggettivo, è implicato nella salute e nella longevità.

Y. Chida, A. Steptoe, *Positive Psychological well-being and Mortality: a Quantitative Review of Prospective Observational Studies*, *Psychosomatic Medicine*, Vol. 70, n. 7, 2008, pp. 741-756, hanno esaminato diversi studi,

confermando che un elevato livello di benessere si associa alla riduzione di numerosi rischi per la salute e a un aumento dell'aspettativa di vita.

B. H. Brummett *et al.*, *Positive Affect is associated with Cardiovascular Reactivity, Norepinephrine Level, and Morning Rise in Salivary Cortisol*, *Psychophysiology*, Vol. 46, n. 4, 2009, pp. 862-869, portano in evidenza che un vissuto emozionale positivo è legato a un minore pressione sanguigna, mentre Y. Chida, A. Steptoe, *op. cit.*, 2008, sostengono che fare esperienza di emozioni positive riduce l'intensità dei processi infiammatori e di coagulazione del sangue, proteggendo le persone dall'infarto.

Oltre a ciò, il wellness edonico appare influenzare anche la funzionalità del sistema immunitario.

S. C. Segerstrom, S. E. Sephton, *Optimistic Expectancies and Cell-Mediated Immunity: The role of positive affect*, *Psychological science*, Vol. 21, n. 3, 2010, pp. 448-455, hanno confermato che all'innalzarsi dei vissuti positivi e del livello di ottimismo si verificano una maggiore capacità di risposta del sistema immunitario.

J. K. Kiecolt-Glaser *et al.*, *Emotions, Morbidity, and Mortality: New perspectives from Psychoneuroimmunology*, *Annual Review of Psychology*, Vol. 53, 2002, pp. 83-107, hanno evidenziato, invece, che la persistenza di un vissuto negativo aumenta la produzione di citokine, sostanza chimica responsabile di uno stato di infiammazione cronica dell'organismo (es. Alzheimer).

In rapporto ai meccanismi genetici, A. K. Damjanovic *et al.*, *Accelerated Telomere Erosion Is Associated with a Declining Immune Function of*

Caregivers of Alzheimer's Disease Patients, Journal of Immunology, Vol. 179, n. 6, 2007, pp. 4249-4254, hanno condotto uno studio sui caregiver dei malati di Alzheimer, nei quali la presenza di sintomi depressivi dovuti all'affaticamento psicofisico si associa a una ridotta lunghezza dei loro telomeri cellulari.

Pertanto, i vissuti emozionali negativi sono responsabili di un ampio effetto di senescenza precoce dei diversi sistemi organici umani e del rischio di patologie croniche.

1.1.3 Condizioni salutari e wellness eudaimonico

Il wellness eudaimonico, ovvero processo di interazione tra benessere personale e benessere collettivo nell'ambito dello spazio sociale, è stato oggetto di ricerche volte a comprendere la sua relazione con il funzionamento biologico della persona.

C. D. Ryff, B. H. Singer, G. D. Love, *Positive Health: Connecting Well-being with Biology*, Philosophical Transactions of the Royal Society of London-series B, Vol. 359, 2004, pp. 1383-1394, hanno rilevato che diversi sistemi biologici presentano importanti connessioni con questo aspetto del benessere.

Anche la qualità del sonno appare essere positivamente influenzata dal benessere eudaimonico.

C. M. van Reekum *et al.*, *Individual Differences in Amygdala and Ventromedial Prefrontal Cortex Activity are associated with Evaluation Speed and Psychological Wellbeing*, Journal of Cognitive Neuroscience, Vol. 19, n. 2, 2007, pp. 237-248, usando la risonanza magnetica nei loro studi, hanno trovato

che coloro che provano un livello elevato di benessere eudaimonico presentano una migliore regolazione dei centri subcorticali deputati all'attivazione delle emozioni.

Infine, M. Zambianchi, P. E. Ricci Bitti, *Benessere soggettivo, stili di coping, salute fisica e mentale percepite nella Terza e nella Quarta Età*, Ricerche di Psicologia, Vol. 2, 2009, pp. 137-152, hanno trovato una funzione protettiva svolta dal wellness eudaimonico nei riguardi del coinvolgimento nei comportamenti di rischio per la salute in età adolescenziale e dei comportamenti di devianza sociale.

1.1.4 Il wellness e il contesto lavorativo

Le riflessioni intorno al tema del wellness, citate nei precedenti paragrafi, consentirono di ampliare lo specifico campo disciplinare, indirizzandolo verso le conoscenze psicologiche sul lavoro e sugli effetti nelle persone per migliorare la relazione tra i lavoratori e i loro contesti di attività.

Difatti, dagli anni Novanta, il concetto di wellness at work è stato oggetto di mutevoli definizioni, a causa delle variabili multidimensionali che sono in grado di determinarlo e/o influenzarlo, sia a livello individuale che organizzativo, limitando, al contempo, la creazione di una definizione univoca del termine. Cfr. in materia, A. S. Poza, *Well-being at work: a cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction*, The Journal of Socio-Economics, Vol. 29, n. 6, 2000, p. 518.

Si giunse nel contesto italiano a intendere il wellness at work come «un insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità lavorative». Cfr. F. Avallone, A. Paplomatas, *Salute organizzativa, Psicologia del benessere nei contesti lavorativi*, Raffaello Cortina Editore, 2005, p. 11.

Nello stesso periodo, B. Pellizzoni (a cura di), *Amministrazioni alla ricerca del benessere organizzativo. Esperienze di analisi del clima organizzativo nelle amministrazioni pubbliche*, Edizioni Scientifiche Italiane, 2005, p. 7, definiva il wellness at work come il «rapporto che lega le persone al proprio contesto di lavoro, prendendone in considerazione le molteplici variabili, fra le quali: le relazioni interpersonali, il rapporto con i capi, il senso e il significato che le persone attribuiscono al proprio lavoro, il senso di appartenenza alla propria organizzazione, l'equità nel trattamento retributivo e nell'offerta di opportunità di crescita e miglioramento lavorativo e l'ambiente di lavoro accogliente e piacevole».

Per capire queste definizioni è importante far riferimento ad un sintetico ma esauriente quadro storico degli studi sul benessere organizzativo così come i modelli, paradigmi e approcci di studio che nel tempo si sono sviluppati.

L'organizzazione lavorativa, infatti, era concepita in funzione del raggiungimento del miglior risultato per l'impresa, senza tenere in considerazione né l'ambiente di lavoro né lo stato di salute del lavoratore.

Soltanto dagli inizi degli anni Trenta-Quaranta s'iniziò ad avere un certo interesse verso i fattori connessi con gli infortuni e le malattie nei contesti lavorativi. Infatti, questi anni furono caratterizzati dall'introduzione di strumenti di assistenza per i lavoratori, incentrati sulla persona ed orientati alla cura del danno fisico verificatosi. Prevale altresì una concezione meccanicistica e una causalità lineare del fenomeno, dall'ambiente di lavoro al lavoratore.

Con la nascita del movimento delle Relazioni Umane (anni Cinquanta-Sessanta) s'iniziò a porre attenzione al fattore umano. Il lavoratore è considerato un soggetto attivo, capace di interagire con l'ambiente di lavoro, in cui le variabili quali motivazione, alienazione, fenomeni di gruppo divengono aspetti rilevanti.

L'interessamento verso gli aspetti non solo fisici ma anche mentali della salute confluì negli anni Settanta all'interno dello studio dei cosiddetti aspetti psicosociali del lavoro. Si assistette, infatti, a un'evoluzione degli interventi, dalla cura alla prevenzione delle malattie.

Gli anni Ottanta intravidero l'introduzione dei concetti di *Wellness* e di *Occupational Health Promotion*. La principale novità fu lo slittamento dell'interesse dalla prevenzione degli infortuni e delle malattie alla conservazione attiva della salute.

Prima di questo periodo, la salute era concepita semplicemente come assenza di invalidità o di malattia, mentre ora il suo scopo principale è quello di cambiare i comportamenti dei lavoratori che possono aumentare la possibilità o la gravità di malattia, attribuendo alle persone il ruolo di precursori primari della salute.

È solo con R. H. Rosen, *Healthy Companies*, Amacom Books, 1986 che s'iniziò a evidenziare l'importanza della salute nelle organizzazioni. Questo permise a J. S. Raymond, D. W. Wood, W. K. Patrick, *Psychology doctoral training in work and health*, *American Psychologist*, Vol. 45, 1990, pp. 1159-1161 di introdurre il termine *Occupational Health Psychology* (OHP), indicando una nuova materia della psicologia applicata.

Una caratteristica principale di questa disciplina riguarda l'attenzione che essa pone sulle persone nella loro concreta realtà lavorativa, ovvero uno specifico contesto influenzato da diversi artefatti tecnici, fisici e ambientali che condizionano le strategie di azione, le emozioni, gli atteggiamenti e le relazioni.

Per tale ragione, molti autori partono dall'assunto che esistano differenti dimensioni della salute. Cfr. C. S. Fleiher, W. S. Brown e A. W. Fleisher, *Comprehensive organizational wellness*, in M. A. Rahim, R. T. Golembiewski, C. C. Lundberg, *Current topics in management*, JAI Press, 1996, pp. 167-185.

Il percorso storico fin qui individuato segna il passaggio da concezioni oggettivistiche e causalistiche ad approcci *social cognition* che considerano la persona nella sua integrità bio-psico-sociale e la salute come risultato di azioni scambiate fra attori sociali e organizzativi. Cfr. M. C. Gonzalez, *Workers' direct participation at the workplace and job quality in Europe*, *Journal of European Social Policy*, Vol. 20, 2010, pp. 160 - 161.

A esplicitarlo è il pensiero di M. Rotondi, *Un modello per il Wellness Organizzativo*, in W. Passerini, M. Rotondi, *Wellness Organizzativo, Benessere e Capitale umano nella Nice Company*, Cap. 3, 2011, pp. 44 - 45, che sottolinea il ruolo centrale delle aziende come «ambiente psico-fisico-organizzativo-

relazionale» tale da produrre soddisfazione e benessere nelle persone che lavorano nella e per l'azienda.

In questo ambito, il *wellness at work* si struttura in un contesto complesso e sinergico in grado di essere raggruppato in sette domini: *work learning place*, *leadership*, *relationship*, *ergonomics*, *welfare* aziendale, *HR process* e *work life balance*.

Questa visione organica e interazionista della persona e dell'impresa era già stata proposta da L. Rispoli, *Il Benessere dell'azienda. Un nuovo modo di leggere il funzionamento vitale delle organizzazioni*, FILCA-CISL, 2001, pp. 19 - 23, che dimostra come l'organizzazione sia un organismo vivente e la persona, un essere multidimensionale, in cui le funzioni di convivenza con gli altri trovano interazione con i funzionamenti aziendali.

Anche C. Consiglio, *Gestire il benessere organizzativo*, Rivista Psicologia e Lavoro, Petron Editore, n. 144, 2007, pone nel *wellness at work* un valore sociale e organico di investimento psichico dei soggetti che vi operano.

Inoltre, A. Berra e T. Prestipino, *Sicurezza del lavoro e promozione del benessere organizzativo. Dalla metodologia alle esperienze*, Franco Angeli editore, 2011, pp. 79 - 80, sostengono che il concetto di *wellness at work* è collegato a diverse interpretazioni riconducibili agli aspetti sociali e psico-filosofici della persona.

Sul versante internazionale, invece, il termine *wellness at work* viene utilizzato per rappresentare la soddisfazione e l'arricchimento lavorativo acquisito nel proprio lavoro e, al contempo, delinea anche la ridotta esposizione ai rischi fisici sul posto di lavoro e al miglioramento delle opportunità relazionali che sono in

grado di creare un elevato livello di salute e benessere. Cfr. R. F. Renger, S. J. Midyett, F. G. Mas, et al., *Optimal Living Profile: An inventory to assess health and wellness*, American Journal of Health Promotion, Vol. 24, 2000, pp. 404; J. M. van Lingen, A. C. de Jager, *Wellness and its Dimensions – A South African Student Perspective*, Journal of Counselling and Development in Higher Education Southern Africa, Vol. 1, n. 1, 2011, pp. 78 - 80; F. Leafgren, *Being a man can be hazardous to your health: Life-styles issues*, in D. Moore, F. Leafgren, *Problem solving strategies and interventions for men in conflict*, American Association for Counseling and Development, 1990, pp. 265 - 311; J. A. Lyden, W. E. Klengle, *Supervising organizational health*, *Supervision*, Vol. 61, n. 12, 2000, pp. 3 - 6; T. A. Wright, R. Cropanzano, *Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance*, Journal Occupational Health Psychology, Vol. 5, n. 1, 2000, p. 85.

Alcuni studiosi ritengono che il costrutto sia assimilabile al clima organizzativo, ovvero sia «l'atmosfera prevalente che circonda l'organizzazione, il livello morale e l'intensità dell'insieme dei sentimenti di appartenenza e di affezione e buona volontà che si riscontra tra i dipendenti, e, in alcuni casi, anche riconducibile alla cultura organizzativa». Cfr. L. J. J. M. van Lingen, A. C. de Jager, *op.cit.*, 2011, p. 90; L. J. Mullins, *Management and Organisational Behaviour*, Financial Times Management, 2007, pp. 488-489.

A completamento di questo quadro definitorio, in R. Crose, D. R. Nicholas, D. C. Gobble, et al., *Gender and wellness: A multidimensional systems model for counseling*, Journal of Counseling and Development, Vol. 77, pp. 149 - 156, 1992, si racchiudono nel costrutto anche gli aspetti della conciliazione vita-lavoro. Cfr. T. Adams, J. Benzer et al., *The conceptualization and measurement*

of perceived wellness: integration balance across and within dimensions, Journal of American College Health, Vol. 48, 2000, p. 167; B. Hettler, *Wellness promotion on a university campus: Family and community health*, Journal of Health Promotion and Maintenance, Vol. 3, 1980, pp. 77 - 95.

Da quanto esposto finora, è essenziale affermare una prospettiva del wellness at work tesa a differenziarsi con gli approcci tradizionali di riduzione dello stress lavorativo perché, da un lato, si enfatizza il bisogno di focalizzarsi sia sul benessere del lavoratore sia sulla prestazione finale dell'organizzazione e, dall'altro, si riconosce che il benessere del lavoratore e la prestazione organizzativa sono determinate entrambe da fattori sia individuali sia organizzativi. Cfr. L. L. Berry, A. M. Mirabito, W. B. Baun, *What's the Hard Return on Employee Wellness Programs?* Harvard Business Review, Financial Management, 2010, p. 8.

In tal senso, si individuano quattro prospettive principali di studio e di ricerca:

1. La prospettiva dello stress e del burnout;
2. La prospettiva dello sviluppo organizzativo o della riprogettazione organizzativa (*work organizational redesign*). Questa concezione sostiene che le organizzazioni in grado di soddisfare i bisogni intrinseci dei lavoratori avrebbero più possibilità di ottenere dalle proprie risorse motivazione, soddisfazione ed efficacia.
3. La prospettiva delle politiche organizzative di promozione della salute. Quest'approccio, cui il presente elaborato s'inserisce, si focalizza su quei nuclei culturali dai quali deriva la possibilità di controllo e partecipazione da parte del lavoratore, di supporto sociale, di salute della persona e dell'intera

organizzazione. In particolare, s'interessa di esplorare la connessione tra strategie, culture e salute del lavoratore e dell'organizzazione e a definire i relativi interventi.

4. La prospettiva psicodinamica-sociale si basa sul pensiero che è la persona a influenzare l'organizzazione e non all'inverso: quando la persona ha raggiunto una consapevolezza su come gestire positivamente la propria salute, altrettanto in maniera positiva può diffondere questi valori all'interno dell'organizzazione.

Nuove riflessioni, quindi, si rendono necessarie a integrazione delle conseguenze che i cambiamenti descritti nel suddetto paragrafo siano introdotte sul piano della salute dei singoli lavoratori.

1.2 Metodi d'indagine sulla promozione del wellness

Partendo dal fenomeno della resilienza, ovvero la capacità di mantenere o ripristinare un elevato benessere nonostante le avversità della vita, una forma di intervento è la *Well-Being Therapy*. Cfr. G. A. Fava, E. Tomba, *Increasing Psychological Wellbeing and Resilience by Psychotherapeutic Methods*, *Journal of Personality*, Vol. 77, n. 6, 2009, pp. 1903-1934.

Il modello proposto ipotizza che il deficit di benessere sia dovuto alla mancata o minore attenzione prestata alle esperienze positive e all'incapacità di prolungare le condizioni di benessere a causa di pensieri automatici che intervengono a rompere l'esperienza.

Lo spostamento di attenzione dal versante della cura a quello della prevenzione primaria ha dato vita a modelli quali, SPEC (*Strenghts, Prevention,*

Empowerment, Community conditions) e PAR (*Participatory Action Research*). Cfr per il primo modello I. Prilleltensky, *Promoting Well-being: Time for a Paradigm Shift in Health and Human Services*, Scandinavian Journal of Public Health, Vol. 33, n. 5, 2011, pp. 53-60. Cfr. per il secondo modello C. Kagar, *La ricerca-azione partecipata e la psicologia di comunità*, Zani, 2012, pp. 257-279.

Nel primo modello, la salute e il benessere non sono solo definiti come risorsa individuale, ma anche come autentico bene comune. Nel secondo, invece, assegna a un gruppo il compito di identificare uno specifico problema al suo interno e di strutturare un percorso di conoscenza e successivo intervento.

Altro modello è il MBSR (*Mindfulness Based Stress Reduction*) strutturato come corso che prevede circa 8-10 settimane di incontri di gruppo in cui vengono discusse le situazioni di stress e le relative strategie di coping. Questo modello rappresenta una delle tecniche più diffuse utilizzate per il miglioramento del wellness. Cfr. di approfondimento M.M. Lineham, *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, Guilford, 1993.

1.2.1 Strumenti di misura in ambito organizzativo

Sul piano internazionale e nazionale si sono evoluti, nel corso del tempo, diversi strumenti e metodi di misura con l'obiettivo di valutare il livello di benessere aziendale, impiegando, come variabili di riferimento, diversi fattori organizzativi e relazionali appartenenti al clima aziendale. Cfr. sul punto, J. E. Myers, R. M. Luecht, T. Sweeney, *The factor structure of wellness: reexamining theoretical and empirical models underlying the Wellness*

Evaluation of lifestyle (WEL) and the Five-Factor Wel., Measurement and Evaluation in Counseling and Development, Vol. 36, 2004, pp. 195; E. Diener, R. J. Larsen, J. Randy, et al., *Intensity and frequency: Dimensions underlying positive and negative affect*, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 48, n. 5, 1985, pp. 1253 - 1265; D. Watson, *Intra-individual and inter-individual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress and daily activities*, Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 54, 1988, pp. 1020 - 1030; D. Watson, L. R. Clark, G. Arey, *Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders*, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 97, n. 3, 1988, pp. 346 – 353.

Nel contesto internazionale, J. W. Travis, *The Wellness Inventory*, Mill Valley, Wellness Associates, 1981, ha sviluppato il Wellness Inventory (WI), contenente 120 items per misurare 12 dimensioni tra cui lo stile di vita relativo all'attività lavorativa.

Solo con il *Wellness Inventory of the Life Assessment Questionnaire*, invece, si definisce la misurazione delle variabili del benessere generale della persona delineati da B. Hettler, *Wellness promotion on a university campus: Family and community health*, Journal of Health Promotion and Maintenance, Vol. 3, 1980, pp. 77 - 95. Il questionario, al suo interno, contiene 100 items che sono misurati con una scala Likert a cinque punti.

Più di un decennio dopo, J. M. Witmer, T. J. Sweeney, J. E. Myers, *The Wheel of Wellness*, Greensboro, 1998, sviluppano la *Wheel del Wellness*. Questo modello di misura spiega le caratteristiche associate alla salute, alla qualità della vita e alla longevità all'interno della carriera lavorativa. Lo strumento per

misurare questo modello è il *Wellness Evaluation of Life Inventory (WEL) and Successors*, progettato per valutare le attività della Wheel del Wellness.

In T. Adams, J. Benzner, M. Steinhardt, *op.cit*, 1997, p. 169, viene descritta la *Perceived Wellness Survey*, nata per indagare attraverso interviste mirate la dimensione multidimensionale del benessere organizzativo.

Sempre sul versante internazionale, il *General Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work*, tradotto in sette lingue, è lo strumento ufficiale del *Nordic Council of Ministers* sugli aspetti concernenti il benessere al lavoro. Esso analizza i fattori psicosociali come determinanti di motivazione, salute e benessere. Esiste una versione breve, costituita da 34 items e una lunga costituita da 123 items. Cfr. K. Lindstrom, A. L. Elo, E. Ørhede, et al., *User's guide for the QPSNordic: General Nordic Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work*, Nordic Council of Ministers, 2000, pp. 25-29.

In aggiunta, D. B. Ardell, *What is wellness? Ardell Wellness Report*, 69th Edition, Winter, 2005, p.1, ha sviluppato il *Wellness Process for Healthy Living (WPHL)*.

Nello scenario italiano, uno strumento di rilevanza è il *Multidimensional Organizational Health Questionnaire*, costituito da 68 domande e suddiviso in 8 parti, che consente di monitorare le dimensioni del wellness nel contesto lavorativo, evidenziando le aree di maggior benessere e quelle di criticità, rendendo “visibili” aspetti organizzativi sui quali è auspicabile un intervento di miglioramento e sviluppo. Cfr. M. C. Tabanelli, M. Depolo, R. Cooke, *Available instruments for measurement of psychosocial factors in the work environment*, International Archives of Occupational and Environmental Health,

Vol. 82, n. 1, 2008, pp. 7-10; R. Fida, M. Gualandri, F. Avallone, *Organizational wellbeing and psychosocial risk factors in a sample of Italian Public Administration work environments*, *La Medicina del lavoro*, Vol. 102, n. 5, 2011, pp. 417 - 427.

Un altro questionario multidimensionale concepito per il contesto italiano è il *Organizational and Psychosocial Risk Assessment* (OPRA). Esso è stato sviluppato per valutare efficacemente la presenza di fattori di rischio psicosociale e del conseguente stato di salute psicofisica ottimale che costituisce il benessere o il malessere organizzativo. Cfr. M. Magnani, G. A. Mancini, V. Majer, *Organizational and Psychosocial Risk Assessment*, Giunti O. S., Organizzazioni Speciali, Manuale Operativo, 2009, pp. 1 -69.

Tali strumenti s’inseriscono in interventi progettati per migliorare il rapporto individuo-contesto di lavoro, in riferimento a variabili di tipo organizzativo e psicosociale.

Questi interventi sono identificati all’interno di un’analisi pubblicata da K. Parkes, T. Sparkes, *Organizational interventions to reduce work stress: are they effective?*, A review of literature, Health & Safety Executive, 1998, che li distingue in sociotecnici e psicosociali. I primi si focalizzano sui cambiamenti di condizioni lavorative che possono essere manipolate, come ad esempio l’orario e il carico di lavoro.

Nascono dopo valutazioni di elementi di salute individuale o “sintomi” organizzativi acquisibili senza, a volte, una vera fase di valutazione e diagnosi. Inoltre la fase di valutazione e, ancor di più, quella di pianificazione dell’intervento è affidata ai ricercatori/consulenti.

I secondi interventi, invece, si focalizzano sul cambiamento delle percezioni dell'ambiente di lavoro, delle determinanti per la motivazione, il wellness e la performance lavorativa.

Tali interventi psicosociali si attivano da una precisa fase di valutazione e diagnosi con l'ausilio di uno strumento self-report (questionario) che individua i fattori psicosociali più prevalenti nel wellness dei lavoratori, portando all'individuazione di un ampio range di problemi. L'individuazione degli interventi è affidata ai dipendenti, supportati dalla presenza di esperti, con o senza il coinvolgimento diretto del management.

La differenza interessante fra i due interventi (sociotecnici e psicosociali) è data dal diverso livello di coinvolgimento e partecipazione dei dipendenti all'intero processo di intervento fino alla valutazione.

Un approccio rilevante nell'ambito degli interventi psicosociali è il *Participatory Action Research* che ha come elemento caratterizzante la partecipazione attiva dei lavoratori all'identificazione dei problemi connessi alla salute. Quest'approccio deriva da due tradizioni di ricerca: la ricerca-azione e la ricerca partecipativa. Cfr. O. F. Jones, *The rational and critical issues of EAP development*, in S. H. Klarreich, J. L. Francek, C.E. Moore, *The Human Resource Management Handbook*, Praeger, 1985, pp. 7-13.

Nonostante ogni intervento basato su questa metodologia sia differente, esiste un insieme comune di principi, quali lo sviluppo del sistema dell'intera organizzazione piuttosto che il cambiamento individuale, il processo di co-apprendimento in cui i dipendenti e i ricercatori/consulenti forniscono entrambi conoscenze e, infine, la cooperazione a tutti i livelli.

Seconda sezione: malattie croniche e mercato del lavoro

2.1 L'insorgenza delle malattie croniche e il ritorno al lavoro durante o dopo la malattia

In quasi tutto il mondo la causa principale di morte è legata all'insorgenza di malattie croniche, comportando una maggiore diffusione della spesa sanitaria locale e nazionale rispetto al passato.

Le cause di questo evento si possono ricondurre ai classici stili di vita non corretti in termini di salute quali, ad esempio, un'alimentazione non sana, il fumo di tabacco, l'eccessivo uso di alcol o la dipendenza da sostanze psicotrope. Per combattere questi rischi, la promozione di stili di vita sani sembra la risorsa principale da utilizzare contro l'ascesa di tali malattie nel contesto globale. Cfr. a riguardo, F. Breyer, F. Costa-Font, S. Felder, *Ageing, Health, and Health Care*, in *Oxford Review of Economic Policy*, 2010, Vol. 26, n. 4, pp. 688-689; M. Suhrcke, D. K. Fahey, M. McKe, *Economic Aspects of Chronic Disease and Chronic Disease Management*, in E. Nolte, M. McKee (eds.), *Caring for People with Chronic Conditions: A Health System Perspective*, Open University Press, McGraw-Hill, 2008, pp. 55-59; M. Cecchini, F. Sassi, *Preventing Obesity in the USA: Impact on Health Service Utilization and Costs*, *PharmacoEconomics*, Vol. 33, n. 7, 2015, pp. 774-776; P. E. Greenberg, A. A. Fournier, T. Sisitsky, et al., *The Economic Burden of Adults with Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010)*, *Journal of Clinical Psychiatry*, Vol. 76, n. 2, 2015, pp. 159-161; W. H. Herman, *The economic costs of diabetes: is it time for a new treatment paradigm*, *Diabetes Care*, Vol. 36, 2013, pp. 775-776; J. Haitze de Vries, S. Brouwer, et al., *Staying at work with chronic nonspecific*

musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences, BMC Musculoskeletal Disorders, Vol. 12, n. 126, 2011, pp.8-10; F. Leijten, S. van den Heuvel, J. F. Ybema, *et al.*, *The influence of chronic health problems on work ability and productivity at work: a longitudinal study among older employees*, Scandinavian Journal of Work Environment & Health, Vol. 40, n. 5, 2014, pp. 478-480.

In virtù di questo scenario, P. Braveman, L. Gottlieb, *The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes*, Public Health Reports, Supplement 2, 2014, pp. 20-31, sottolineano l'importanza delle ricadute sui livelli di reddito e sulle opportunità di occupazione, carriera e inclusione sociale per le singole persone interessate e, nella maggior parte dei casi, anche per i loro familiari, i cosiddetti caregiver.

In merito, A. Tognetti, *Le problematiche del caregiver*, Giornale di Gerontologia, Vol. 52, 2004, pp. 505-506, personifica il caregiver nel genere femminile in età lavorativa, con figli da accudire, in cui le responsabilità di riguardo verso un malato si uniscono all'impegno della famiglia e del lavoro e alla difficoltà di conciliare le varie esigenze.

La situazione occupazionale di queste persone viene rintracciata dai seguenti aspetti che ne determinano l'andamento: elementi socio-demografici e psicologici, peculiarità del lavoro, sostegno sociale, incapacità di reagire e, infine, reazioni psicologiche legate alla paura e alla disperazione.

Alcuni studi citano anche mansioni prevalentemente fisiche, un'età matura e un basso livello di istruzione. Cfr. N. Krause, J. W. Frank, L. K. Desinger, *et al.*, *Determinants of duration of disability and return-to-work after workrelated*

injury and illness: challenges for future research, American Journal of Industrial Medicine, Vol. 40, 2001, pp. 469-476; A. Boonen, H. de Vet, *Working status and its determinants among patients with ankylosing spondylitis. A systematic literature review*, The Journal of Rheumatology, Vol. 28, 2001, pp. 1056-1062; A. M. Chorus, H. S. Miedema, C. W. J. Wevers, et al., *Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis*, Annals Rheumatic Diseases, Vol. 60, 2001, pp. 1030-1031; D. Lacaille, M. A. White, *Problems faced at work due to inflammatory arthritis: new insights gained from understanding patients' perspective*, Arthritis Rheum., Vol. 57, n. 7, 2007, pp. 1269-1279; M. Gustafsson, J. Ekholm, J. Ohman, *From shame to respect: musculoskeletal pain patients' experience of a rehabilitation programme, a qualitative study*, Journal of Rehabilitation Medicine, Vol. 36, n. 3, 2004, pp. 101-102; E. M. De Croon, J. K. Sluiter, T.F. Nijssen, et al., *Work ability of Dutch employees with rheumatoid arthritis*, Scandinavian Journal of Rheumatology, Vol. 34, n. 4, 2005, pp. 277-283; S. I. Dettle, Y. F. Heerkens, J. A. Engels, *Common prognostic factors of work disability among employees with a chronic somatic disease: a systematic review of cohort studies*, Scandinavian Journal of Work Environmental & Health, Vol. 35, n. 4, pp. 114-117, 2009.

Altro aspetto rilevante in questo ambito sono gli studi psicosociali che rilevano elevati tassi di aspettativa da parte dei malati cronici nei confronti dei colleghi e superiori per la sopraggiunta malattia, portando, in alcune circostanze negative, risvolti nocivi nelle relazioni interpersonali.

In merito, si registrano situazioni di discriminazione e stigmatizzazione, cause di veri e propri blocchi psicologici e insicurezze che portano a rigettare l'idea di

un ritorno al lavoro dopo e/o durante la malattia. Cfr. in merito, S. I. Detaille, J. A. Haafkens, F. J. H. Van Dijk, *What employees with rheumatoid arthritis, diabetes mellitus and hearing loss need to cope at work*, Scandinavian Journal of Work Environmental & Health, Vol. 29, pp. 139-140, 2003; P. Banks, M. Lawrence, *The Disability Discrimination Act, a necessary, but not sufficient safeguard for people with progressive conditions in the workplace? The experiences of younger people with Parkinson's disease*, Disability and Rehabilitation, Vol. 28, n. 1, pp. 22-23, 2006.

Nonostante ciò, non esistono, allo stato attuale, dati e proiezioni attendibili relativamente all'incidenza complessiva delle malattie croniche sulla forza lavoro e sui rapporti di lavoro. Questo perché il lavoratore non sempre ritiene opportuno comunicare la propria reale condizione di salute al datore di lavoro. Cfr. di approfondimento in materia, B. Fayissa, A. Traian, *Estimation of a Health Production Function: Evidence from East-European Countries*, American Economic Association, Department of Economics and Finance, Working Paper, 2011, pp. 16-17.

2.2 Reinserimento lavorativo delle persone affette da patologie croniche

Il reinserimento lavorativo è oggetto degli studi che indagano i fattori predittivi e gli interventi organizzativi orientati a gestire tale azione, soprattutto in riferimento a persone affette da disturbi mentali, patologie oncologiche, malattie muscoloscheletriche e malattie cardiovascolari.

Numerose evidenze a riguardo affermano come le persone sopravvivono, in misura maggiore, a tali malattie e, di conseguenza, cresce l'interesse da parte

delle Istituzioni e degli Enti di ricerca di studiare e analizzare il reinserimento sociale e lavorativo di questi pazienti. Cfr. A. G. de Boer, J. H. Verbeek, E. R. Spelten, et al., *Work ability and return-to-work in cancer patients*, British Journal of Cancer, Vol. 98, n. 8, 2008, pp. 1345–1346; B. Hoffman, *Cancer survivors at work: a generation of progress*, Cancer Journal for Clinicians, Vol. 55, 2005, pp. 273–274; S. R. Currie, J. L. Wang, *Chronic back pain and major depression in the general Canadian Population*, International Association for the Study of Pain, Vol. 107, 2004, pp. 58-59; E. Soderman, J. Lisspers, O. Sundin, *Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease*, Social Science & Medicine, Vol. 56, 2003, pp. 193-202; J. Pryce, F. Munir, C. Haslam, *Cancer survivorship and work: symptoms, supervisor response, co-workers disclosure and work adjustments*, Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 17, 2006, pp. 6-7.

Uno studio statunitense di K. M. Pollak, *Chronic diseases and individual risk for workplace injury*, in Occupational environment medicine, 2014, p. 155, mette in relazione la presenza di patologie croniche con l'aumento del rischio di subire infortuni sul lavoro, rilevando un aumento del rischio del 14% in caso di asma, del 17% in caso di diabete, del 23% in caso di malattie cardiache, del 25% in caso di depressione. In uno studio analogo di J. Kubo et Al., *Contribution of health status and prevalent chronic disease to individual risk for workplace injury in the manufacturing environment*, in Occupational environment medicine, 2014, pp. 161-164, realizzato nel settore manifatturiero U.S.A., si conferma la connessione tra malattie croniche e maggiori possibilità di subire un infortunio.

Una meta-analisi di A. G. de Boer, T. Taskila, A. Ojajärvi, et al., *Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression*, JAMA, Vol 301, n. 7, 2009, pp.760 -761, afferma il rischio di disoccupazione tra i sopravvissuti al cancro e identifica il gruppo di sopravvissuti al cancro a rischio di disoccupazione. Cfr. ulteriori, C. A. Roelen, P.C. Koopmans, J.W. Groothoff, et al., *Sickness absence and full return to work after cancer: 2- year follow-up of register data for different cancer sites*, Psychooncology, 2011, pp. 1003-1005.

Una possibile spiegazione a questo dato viene studiata da K. K. Mahar, K. Brintzenhofeszc, J. J. Shields, *The impact of changes in employment status on psychosocial well-being: a study of breast cancer survivors*, Journal of Psychosocial Oncology, Vol. 26, n. 3, 2008, pp. 1-17, che spiegano come tali dati sono riconducibili alla valenza che il lavoro ha per le persone colpite.

Si osserva, infatti, dagli studi in materia, il desiderio dei malati di ottenere, attraverso il lavoro, una ristrutturazione identitaria del Sè, un senso di normalità, un'appartenenza ad una comunità, una propria autostima e, infine, una remunerazione economica. Cfr. a riguardo, A. Mehnert, U. Koch, *Predictors of employment among cancer survivors after medical rehabilitation – a prospective study*, Scandinavian Journal of Work Environmental & Health, Vol. 39, n. 1, 2013, pp. 83-84; O. Rick, E. M. Kalusche, T. Dauelsberg, et al., *Reintegrating cancer patients into the workplace*, Deutsches Ärzteblatt International, Vol. 109, n. 42, 2012, pp. 703-705.

In relazione agli interventi per favorire il rientro al lavoro dei malati oncologici, una rassegna sistematica, S.J. Tamminga et Al., *Return-to-work interventions integrated into cancer care: a systematic review*, in Occupational environment

medicine, 2010, p. 645, raccoglie e illustra la letteratura rilevante, rilevando come gli interventi più diffusi sono le attività di informazione, promozione e supporto, le attività di formazione e riqualificazione, gli adattamenti nell'ambiente di lavoro.

Uno studio svedese, M. Hoyer et Al., *Change in working time in a population-based cohort of patients with breast cancer*, in *Journal of clinical oncology*, 2012, p. 2855, ha rilevato che fattori quali l'aver subito cicli di chemioterapia, l'aver maturato limitazioni lavorative causate dalla malattia, lo scarso attaccamento al lavoro, l'età avanzata, l'aver un lavoro a tempo pieno al momento della diagnosi, incidono negativamente sulla possibilità di mantenere il posto di lavoro.

Nondimeno anche le malattie cardiovascolari, in cui E. Fiabane, P. Argentero, G. Casamiglia, et al., *Does job satisfaction predict early return to work after coronary angioplasty or cardiac surgery?*, *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Vol. 83, n. 5, 2013, pp. 561-569, affermano come tornare al lavoro a seguito di eventi cardiopatici può portare sia vantaggi economici ma non sempre migliorare il proprio umore e lo stile di vita.

Uno studio di A. Gragnano, M. Miglioretti, *Effetto dei fattori psicosociali sul rientro lavorativo nei pazienti cardiovascolari*, atti Congresso delle sezioni di Psicologia per le organizzazioni e Psicologia sociale, Abitare Zone di Confine: incontri possibili tra la psicologia sociale, psicologia del lavoro e delle organizzazioni tra accademia e realtà sociale, 25-28 settembre 2013, p. 20, evidenzia come il rientro lavorativo dopo un evento cardiovascolare sia influenzato da dimensioni relative alla percezione delle caratteristiche del lavoro ma caratterizzato da un peggioramento della percezione delle caratteristiche

del proprio lavoro, a cui si accompagna un peggioramento dello stato psicologico del paziente.

Cfr. aggiuntivi, A. Mital, A. Desai, *Return to work after a coronary event*, *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, Vol. 24, n. 6, 2004, pp. 365-373; M. R. Bhattacharyya, L. Perkins-Porras, D. L. Whitehead, et al., *Psychological and clinical predictors of return to work after acute coronary syndrome*, *European Heart Journal*, Vol. 28, 2007, pp. 163-164; H. Boudrez, G. de Backer, *Recent findings on return to work after an acute myocardial infarction or coronary artery bypass grafting*, *Acta Cardiologica*, Vol. 55, n. 6, 2000, pp. 341-349; F. G. Slebus, H. T. Jorstad, R. J. G. Peters, *Return to work after an acute coronary syndrome: patients' perspective*, *Safety and Health Work*, Vol. 3, 2012, pp. 120-121; K. Fonager, S. Lundbye – Christensen, J. J. Andreasen, et al., *Work status and return to the workforce after coronary artery bypass grafting and/or heart valve surgery: a one-year- follow up study*, *Rehabilitation Research and Practice*, Vol. 2014, 2014, pp. 3-6.

Come ci rileva E. Besen, A. E. Young, W. S. Shaw, *Returning to work following low back pain: towards a model of individual psychosocial factors*, *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 25, 2015, pp. 32 -33, le difficoltà di ritorno al lavoro nelle donne possono essere legate a stress eccessivi e ad impegni di carattere domestico e familiare. Cfr. in aggiunta, M. Feuerstein, S. M. Berkowitz, et al., *Working with low back pain: Workplace and individual psychosocial determinants of limited duty and lost time*, *American Journal of Industrial Medicine*, Vol. 40, 2001, pp. 632-635.

Per un approfondimento sugli effetti della presenza della malattia oncologica sul percorso professionale di breve e medio periodo in riferimento al genere si

rimanda ad uno studio francese di T. Barnay, M. Ali Ben Halima, E. Duguet, *La survenue du cancer: effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts-maladie*, Centre d'études de l'emploi n.180, 2015, pp.32-34. Cfr. aggiuntivo, E. Duguet, C. Le Clainche, *Une evaluation de l'impact de l'aménagement des conditions de travail sur la reprise du travail après un cancer*, DR n 2012-25, 2012, pp.8-12.

Altri studi, invece, considerano l'importanza della motivazione come fattore predittivo del ritorno al lavoro. Tra questi, H. Berglind, U. Gerner, *Motivation and return to work among the long-term sicklisted: an action theory perspective*, Vol. 24, n. 14, 2002, pp. 719 – 726, hanno osservato che, nel lungo termine, i lavoratori con disabilità collocano la propria volontà di lavorare come secondo fattore più importante nel ritornare al lavoro.

Al contrario, R. L. Franche, N. Krause, *Readiness for return to work following injury or illness: conceptualizing the interpersonal impact of health care, workplace, and insurance factors*, Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 12, n. 4, 2002, pp. 236-238, rilevano nelle aspettative sul recupero della malattia un fattore predittivo di maggior rilievo. Cfr. ulteriori, R. L. Franche, R. Baril, W. Show, *Workplace-Based Return-to-Work Interventions: Optimizing the Role of Stakeholders in Implementation and Research*, Journal of Occupational Rehabilitation, Vol 15, n 4, 2005, pp. 528-531; R. Wasiak, A. E. Young, R. T. Roessler, et al., *Measuring return to work*, Journal Occupational Rehabilitation, Vol. 17, 2007, pp. 774-777; N. Chaytor, M. Schmitter-Edgecombe, *The Ecological Validity of Neuropsychological Tests: A Review of the Literature on Everyday Cognitive Skills*, Neuropsychology Review, Vol 13, n. 4, 2003, pp. 181-182.

Il ritorno al lavoro è stato studiato anche in merito ai disturbi mentali.

Una recente review di C. S. Dewa, D. Loong, S. Bonato, M. C. W. Joosen, *The effectiveness of return-to-work interventions that incorporate work-focused problem-solving skills for workers with sickness absences related to mental disorders: a systematic literature review*, BMJ, Vol. 5, 2015, pp. 10, ha evidenziato come, in letteratura, gli interventi di ritorno al lavoro, che includono le capacità di problem solving per i lavoratori con disturbi mentali, sono risultati efficaci nel mitigare le assenze per malattia. Cfr. aggiuntivi, D. S. Rebergen, D. J. Bruinvels, M. W. van Tulder, et al., *Cost- effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems*, Journal Occupational Environmental Medicine, Vol. 51, 2009, pp. 321-322; J. J. van der Klink, R. W. Blonk, A. H. Schene, et al. *Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised controlled design*, Occupational Environmental Medicine, Vol. 60, 2003; pp. 435–436; E. P. Brouwers, B. G. Tiemens, B. Terluin B, et al, *Effectiveness of an intervention to reduce sickness absence in patients with emotional distress or minor mental disorders: a randomized controlled effectiveness trial*, Gen Hosp Psychiatry, Vol. 28, 2006, pp. 227-228; C.S. Dewa et Al., *Work outcomes of sickness absence related to mental disorders: a systematic literature review*, in BMJ Open, 2014, p. 7.

Gli elementi e le condizioni che promuovono il rientro al lavoro dei soggetti assenti per aver sofferto di malattie mentali sono raccolti nello studio di L. St. Arnaud et al., *Supporting a Return to Work after an Absence for a Mental Health Problem Design, Implementation, and Evaluation of an Integrated Practices Program*, Canada 2014, III-IV (sintesi).

Un focus particolare in letteratura è stato dato ai lavoratori con schizofrenia poiché essi incorrono in tassi di disoccupazione più elevati tra tutti i gruppi svantaggiati. Cfr. R. Kilian, T. Becker, *Macro-economic indicators and labour force participation of people with schizophrenia*, in *Journal of Mental Health*, Vol. 16, n. 2, 2007, pp. 211–222; S. Marwaha, S. Johnson, *Schizophrenia and employment*, in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 39, n. 5, 2004, pp. 337–349.

È stato dimostrato che il lavoro ha molti vantaggi per le persone affette da schizofrenia, non solo in termini di guadagno finanziario, ma anche fornendo un effetto di normalità, con un miglioramento della salute, Cfr. J. M. Haro, D. Novick, J. Bertsch, J. Karagianis, M. Dossenbach, P. B. Jones, *Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study*, in *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 199, n. 3, 2011, pp. 194–201; G. Waddell, A. K. Burton, N. A. S. Kendall, *Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when?* In Department for Work and Pensions, 2008; H. W. H. Tsang, A. Y. Leung, R. C. K. Chung, M. Bell, C. WaiMing, *Review on vocational predictors: A systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: An update since 1998*, in *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 44, n. 6, 2010, pp. 495–504, tra cui, ad esempio, un migliore del funzionamento cognitivo. Cfr. T. Ø. Christensen, *The influence of neurocognitive dysfunctions on work capacity in schizophrenia patients: A systematic review of the literature*, in *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Vol. 11, n. 2, 2007, pp. 89–101; M. Giugiaro, B. Crivelli, C. Mingrone, C. Montemagni, M. Scalese, M. Sigaudò, *et al.*, *Cognitive function and competitive employment*

in schizophrenia: Relative contribution of insight and psychopathology. In *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol. 47, n. 4, 2012, pp.553–561.

Inoltre, è stato trovato che coloro che lavorano in un contesto competitivo hanno meno probabilità di avere una ricaduta e hanno più probabilità di raggiungere la guarigione a confronto di coloro che sono disoccupati o che hanno un lavoro protetto. Cfr. J. M. Haro, D. Novick, J. Bertsch, J. Karagianis, M. Dossenbach, P. B. Jones, *Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study*, in *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 199, n.3, 2011, pp. 194–201.

Per tutte le altre patologie, i diversi fattori che condizionano le possibilità di reinserimento sono stati isolati in uno studio, A. Vaananena *et al.*, *Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private industrial sector*, *Social Science & Medicine*, 2003, p. 807, che ha individuato tra quelli più rilevanti le limitazioni nell'autonomia lavorativa, la scarsa complessità del lavoro, l'assenza di supporto da parte dei colleghi (più significativa per gli uomini) e da parte del supervisore.

Interventi utili sono i programmi di assistenza ai dipendenti conosciuti con il termine EAP (*Employee Assistance Programs*). Essi sono iniziative per facilitare il benessere dei dipendenti, soprattutto in situazioni di stress eccessivo.

Gli obiettivi principali di questo approccio sono tre:

- sopportare l'organizzazione, i lavoratori e le loro famiglie attraverso un'assistenza ai lavoratori su problemi di ordine personale che possono incidere sulla prestazione lavorativa;
- rappresentare una risorsa per management e i sindacati nel rapporto con i dipendenti i cui problemi personali influenzano la prestazione lavorativa;
- dare assistenza, informazione, e follow-up sul luogo di lavoro per problemi di salute mentale, alcolismo e dipendenza da droghe. Cfr. S. Macdonald, S. Wells, S. Lothian, M. Shain, *Absenteeism and Other Workplace Indicators of Employee Assistance Program Clients and Matched Controls*, *Employee Assistance Quarterly*, Vol. 15, n. 3, 2000, pp.41–57; P. Nair, M. Xavier, *Initiating Employee Assistance Program (EAP) for a Corporate: An Experiential Learning*, *IUP Journal of Organizational Behavior*, Vol. 11, n.2, 2012, pp. 67–76; J. Sims, M. Galea, N. Taylor, K. Dodd, S. Jespersen, L. Joubert, J. Joubert, *Employee Assistance Programs: A Review of the Management of Stress and Wellbeing Through Workplace Counselling and Consulting*, *Australian Psychologist*, Vol. 38, n.2, 2003, pp. 138–143.

Sulla gestione della disabilità nel luogo di lavoro, un modello degli anni Novanta, ancora molto attuale, è quello di Klimoski e Donahue, *HR strategies for integrating individuals with disabilities into the workplace*, *Human Resources Management Review*, Vol. 7, n. 1, 1997, pp. 120 e ss.

Per un corretto inserimento del disabile, esso chiarisce che il sistema di gestione delle risorse umane deve essere progettato su due aspetti: in primo luogo, esso deve essere incentrato sul supervisor della persona disabile che deve ricevere

training e informazione specifica su come interagire con lui; in secondo luogo, invece, la generalità dei dipendenti e non solo il disabile.

In particolare, uno studio sulla gestione della disabilità nel settore alberghiero canadese, S. Gröschl, *Employees with disabilities in Ontario's hotel industry: Applications for organizations and their hr functions in France*, IAE Conference, 2007, ha dimostrato come il training sia una delle pratiche fondamentali per l'integrazione del disabile stesso, poichè è in grado di diffondere e far acquisire competenze sulla disabilità.

La letteratura di riferimento enfatizza anche i sistemi di valutazione evidenziando che il disabile sia meglio integrato in quelle aziende dove le aspettative sulla performance degli individui siano esplicative e dichiarate, gli standard di valutazione non siano nascosti, i feedback sulle attività svolte siano dati con regolarità. Cfr. A. J. Collela, *Co-worker distributive fairness judgments of the workplace accommodation of employees with disabilities*, *Academy of Management Review*, Vol.26, pp.100-117.

2.3 I fattori che influenzano il ritorno al lavoro

I fattori del ritorno al lavoro sono classificati da J. H. Adams, C. Williams, *What affects return-to-work for graduates of a pain management program with chronic upper limb pain?* *Journal of Occupational Rehabilitation*, Vol. 13, 2003, pp. 100-103, in età, genere, stato civile e istruzione.

Sul fattore "genere", P. Ash, S. I. Goldstein, *Predictors of returning to work*, *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, Vol. 23, n. 2,

1995, pp. 209 - 210, aggiungono una specifica: maggior facilità di ritorno al lavoro negli uomini piuttosto che nelle donne.

Negli studi inerenti le malattie oncologiche, E. R. Spelten, M. A. Sprangers, J. H. A. M. Verbeek, *Factors reported to influence the return to work of cancer survivors: a literature review*, *Psychooncology*, Vol. 11, n. 2, 2002, pp. 124-131, hanno studiato i fattori facilitanti ed ostacolanti il ritorno al lavoro.

Per quanto riguarda i fattori correlati positivamente al ritornare a lavorare sono risultati essere la flessibilità riguardo gli orari lavorativi e riguardo il carico di lavoro.

Riguardo ai fattori correlati negativamente, quelli statisticamente significativi sono stati i requisiti di natura fisica del lavoro i ritmi di lavoro troppo elevati ed il bisogno di assistenza nei trasporti.

Sempre sul cancro, in seguito, A. Mehnert, *Employment and work-related issues in cancer survivors*, *Critical reviews in oncology/hematology*, Vol. 77, n.2, 2011, pp. 109–130, descrisse i fattori facilitanti un tempestivo rientro al lavoro in tre categorie: fattori demografici (giovane età, alto livello di educazione e l'essere di sesso maschile), fattori lavoro – correlati (disponibilità del datore di lavoro verso un dipendente con cancro e sottoposto a trattamento, flessibilità nel lavoro, servizi di formazione, servizi di sostituzione del posto di lavoro, servizi di mantenimento o ricerca di un posto di lavoro, apertura verso i colleghi riguardo la riabilitazione in seguito al cancro) e fattori legati al cancro ed al trattamento.

2.4 Alcuni modelli esplicativi

Negli ultimi anni, alcuni autori hanno proposto alcuni modelli tesi a chiarire quale sia il percorso che il sopravvissuto al tumore debba affrontare per una soddisfacente ripresa lavorativa.

Cfr. A. E. Young, R. T. Roessler, R. Wasiak, K. M. McPherson, M. N. M. van Poppel, J. R. Anema, J. R., *A developmental conceptualization of return to work*, Journal of Occupational Rehabilitation, Vol. 15, n. 4, 2005, pp. 557–568, vedono il ritorno al lavoro come un processo attivo, non dipendente soltanto dalla componente medica relativa alla salute del lavoratore.

Secondo tale modello dinamico, il lavoratore passa attraverso quattro fasi: la prima coincide con il periodo di malattia, parte dal primo giorno in cui il lavoratore è entrato in malattia; la seconda, denominata “rientro al lavoro”, il lavoratore torna al lavoro. Esso può coincidere con i compiti che egli svolgeva prima della malattia, o può essere modificato per venire incontro alle sue esigenze. Il datore di lavoro deve capire se il lavoratore sia o meno in grado di svolgere realisticamente il compito assegnato, nell’interesse di tutte le parti coinvolte; la terza è quella del mantenimento. Essa si conclude una volta che il lavoratore matura l’idea di voler perseguire una crescita professionale rispetto al ruolo che occupa al momento; la quarta è relativa all’avanzamento di carriera. In questo momento il lavoratore è alla ricerca di prospettive migliori, maggiori responsabilità, obiettivi più ambiziosi.

Successivamente anche A. De Rijk, N. Janssen, B. Van Lierop, K. Alexanderson, F. Nijhuis, *A behavioral approach to RTW after sickness absence: The development of instruments for the assessment of motivational*

determinants, motivation and key actors' attitudes, Work, Vol. 33, n.3, 2009, p. 273, hanno proposto un modello più complesso, definito *Behavioral Approach to Return to Work* per analizzare più esaurientemente il fenomeno.

Esso pone due dimensioni come determinanti l'effettivo rientro al lavoro: da un lato la dimensione relativa alle barriere, associata negativamente ad un rientro lavorativo di successo, dall'altra la motivazione a tornare a lavorare, direttamente proporzionale invece ad un ritorno al lavoro positivo.

J. F. Steiner, C. T. Nowels, D. S. Main, *Returning to work after cancer: quantitative studies and prototypical narratives*, Psycho-Oncology, Vol. 19, n.2, 2010, pp. 115-124, attraverso una meta – analisi hanno descritto i prototipi di lavoratori affetti da cancro facenti ritorno alla propria attività lavorativa. Sono emersi tre diversi prototipi: il primo rappresenta il lavoratore che ritorna a lavorare senza alcun segno di disabilità dovuta al tumore; il secondo è colui che vorrebbe tornare alla propria occupazione ma non ne è in grado; l'ultimo rappresenta invece il lavoratore che, nonostante le cure mediche, tenta di tornare a lavorare superando le difficoltà che gli si pongono.

2.5 Il *presenteeism* al lavoro e la produttività

Il termine *presenteeism* è utilizzato, dalla letteratura di riferimento, come antonimia di *absenteeism* e si riferisce, pertanto, all'andare al lavoro quando si è ammalati. Cfr. G. Aronsson, K. Gustafsson, M. Dallner, *Sick but yet at work, Anempirical study of sickness presenteeism*, Journal Epidemiology Community Health, Vol. 54, n. 7, 2000, pp. 508.

Fra i primi ricercatori a documentare la differenza di enfasi posta sui costrutti di *absenteeism* e *presenteeism* si ricordano K. Dew, V. Keefe, K. Small, *Choosing to work when sick: workplace presenteeism*, *Social Science Medicine*, Vol. 60, n. 10, 2005, pp. 2273, i quali hanno evidenziato come una ricerca su Web of Science potesse rilevare l'importanza riservata all'uno piuttosto che all'altro.

In merito alla confusione lessicale dei due termini, G. Johns, *Presenteeism in the workplace: A review and research agenda*, *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 31, 2010, pp. 521, fornisce un quadro esaustivo con nove differenti definizioni del termine.

Le forme di presentismo, invece, rintracciabili in letteratura sono due: la prima dovuta ad eventi di malessere acuti, come un'influenza; la seconda a malattie croniche. Inoltre, G. Johns, *op.cit.*, 2010, pp. 524-526, descrive tre tipologie di presentismo: politiche organizzative, fattori lavoro-correlati e caratteristiche personali.

Interessanti sono i risultati di alcuni studi che evidenziano come il lavorare mentre si è ammalati causerebbe una maggiore perdita di produttività rispetto all'assenteismo e come il gestire in maniera efficace tale fenomeno rappresenti un evidente vantaggio competitivo per l'organizzazione. Cfr. J. J. Collins, C. M. Baase, C. E. Sharda, R. J. Ozminkowski, et al., *The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers*, *Journal Occupational Environment Medicine*, Vol. 47, n. 6, 2005, pp. 547-548.

Uno dei segnali d'allarme più notevoli proviene da P. Hemp, *Presenteeism: at work—but out of it*, *Harvard Business Review*, Vol. 82, n. 10, 2004, pp. 53,

attraverso uno studio condotto da Bank One (USA), che diede luce al fenomeno del presenteeism, riportando le stime del costo della produttività ridotta.

Nel dettaglio, lo studio evidenzia come i costi medici diretti -assicurazioni e piani sanitari, farmaci, visite mediche, ecc. - per l'azienda, fossero nettamente inferiori a quelli indiretti - tutto ciò che le aziende non fatturano - e, tra i costi indiretti, un ruolo decisivo è ricoperto dal presenteeism.

In merito, J. J. Collins, C. M. Baase, C. E. Sharda, et al., *The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers*, Journal Occupational Environmental Medicine, Vol. 47, n. 6, 2005, pp. 552-554, evidenziano i costi associati a perdita di produttività dovuta a presentismo che superano la somma dei costi per assenteismo e cure mediche. I costi annui più elevati sono associati a depressione, ansia e disturbi emotivi.

In relazione ad altri disturbi, di tipo non mentale, il *presenteeism* causa maggiori costi per la produttività rispetto all'*absenteism*, specialmente nel caso di allergie ed artriti. Cfr. A. B. Schultz, D. W. Edington, *Employee health and presenteeism: a systematic review*, Journal Occupational Rehabilitation, Vol. 17, n. 3, 2007, pp. 547-579.

È inoltre largamente condivisa la relazione del *presenteeism* con lo *strain* psico-fisico e con forme di disagio e malessere lavorativo. Cfr. G. Aronsson, K. Gustafsson, *Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research*, Journal Occupational Environmental Medicine, Vol. 47, n. 9, 2005, pp. 964-965.

Su questo aspetto, uno studio di E. Demerouti, PML Blanc, AB Bakker, et al., *Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout*, Career Dev Int, Vol. 14, n. 1, 2009, p. 53, ha riscontrato come le richieste lavorative, il burnout e il presentismo siano correlati nel tempo.

Infine, vi sono studi che hanno indagato la relazione tra gli stessi due fenomeni (*presenteeism* e *absenteeism*): è stato dimostrato come un'alto andamento di presentismo sia predittivo di future maggiori assenze per malattia. Cfr. G. Bergström, L. Bodin, J. Hagberg, et al., *Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism*, Journal Occupational Environmental Medicine, Vol. 51, n. 6, 2009, p. 634.

Il presentismo non costituisce, dunque, una strategia utile per compensare il decremento di performance, dal momento che può intensificare il deterioramento delle condizioni di salute fisiche e mentali dei lavoratori a causa del carico di lavoro elevato. Cfr. M. Miraglia, G. Johns, *Going to work ill: a meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model*, Journal of Occupational Health Psychology, 2015, pp. 15 -16.

Anche C. Consiglio, G. Alessandri, *Presenteeismo come catalizzatore delle reazioni di burnout: effetti sui disturbi di salute e sulla performance*, atti Congresso delle sezioni di Psicologia per le organizzazioni e Psicologia sociale, *Abitare Zone di Confine: incontri possibili tra la psicologia sociale, psicologia del lavoro e delle organizzazioni tra academia e realtà sociale*, 25-28 settembre 2013, p.13, hanno esplorato il ruolo del presentismo come moderatore della relazione tra burnout e disturbi di salute da un lato e burnout e performance lavorativa dall'altro, affermando che i livelli di presentismo sono degli utili

predittori degli effetti negativi del burnout sia sulla salute che sulla performance lavorativa.

Terza sezione: La progettazione dei programmi di wellness aziendali

3.1 Le iniziative di wellness nei luoghi di lavoro

Negli ultimi anni, la propensione delle aziende a iniziative di wellness at work è stata quella di promuovere un migliore equilibrio tra gli impegni personali e quelli lavorativi dei dipendenti, usufruendo di politiche di prevenzione e promozione della salute, anche tra coloro che sono esenti da carichi di cura familiare.

Queste iniziative possono essere gestite sia in maniera del tutto autonoma sia attraverso il contributo di specialisti esterni (ad esempio: medici del lavoro, fisioterapisti, ecc.), adattando i programmi esistenti alle esigenze e caratteristiche organizzative. Cfr. P. Naumanen, *Opinions of ageing workers on relative importance of health promotion*, International Journal Nursing Practice, Vol. 12, n. 6, pp. 352 - 358, 2006; R. Z. Goetzel, K. Reynolds, L. Breslow, et al., *Health promotion in later life: It's never too late*, American Journal Health Promotion Vol. 21, n. 3, 2007, pp. 1 - 5.

Discusse in letteratura sono le motivazioni per le quali i datori di lavoro dovrebbero implementare questi programmi.

Numerosi studi a riguardo dimostrano come una forza lavoro sana riduca i tassi di malattia, migliorando così la produttività e la motivazione e contribuendo a

ridurre i costi aziendali. Cfr. sul punto, G. F. Davis, J. A. Cobb, *Corporations and economic inequality around the world: the paradox of hierarchy*, Research Organizational Behavior, Vol. 30, 2010, pp. 34-36; D. Belias, A. Koustelios, *Organizational Culture and Job Satisfaction: a review*, International Review of management and Marketing, Vol. 4, n. 2, 2014, pp. 132-139; B. Gerhart, M. Fang, *Pay for (individual) performance: issues, claims, evidence and the role of sorting effects*, Human Resource Management Review, Vol. 24, n. 1, 2014, pp. 46 - 51; P. Mills, R. Kessler, J. Cooper, *et al.*, *Impact of Health Promotion Program on Employee Health Risks and Work Productivity*, American Journal of Health Promotion, Vol. 22, n. 1, 2007, pp. 45 - 53; S. Aldana, N. P. Pronk, *Health Promotion Programs, Modifiable Health Risks, and Employee Absenteeism*, Journal of Occupational & Environmental Medicine, Vol. 43, n. 1, 2001, pp. 36 - 46; M. Boley, M. S. Pelletier, W. Lynch, *The Relationship between health risks and work productivity*, Journal of Occupational & Environmental Medicine, Vol. 46, n. 7, 2004, pp. 737 - 745; R. M. Merrill, S. Aldana, J. E. Pope, *Self-Rated Job Performance and Absenteeism According to Employee Engagement*, Health Behaviors and Physical Health, Journal of Occupational & Environmental Medicine, Vol. 55, n. 1, 2013, pp. 13 - 16; D. Lerener, B. C. Amick, J. C. Lee, *et al.*, *Relationship of employee-reported work limitations to work productivity*, Med Care, Vol. 41, n. 5, 2003, pp. 656 - 657; M. Boles, B. Pelletier, W. Lynch, *The relationship between health risks and work productivity*, Journal Occupational Environmental Medicine, Vol. 46, n. 7, 2004, pp. 737 - 745; C. L. Keyes, J. G. Grzywacz, *Health as a complete state: the added value in work performance and healthcare costs*, Journal Occupational Environmental Medicine, Vol. 47, n. 5, 2005, p. 530; M. L.

Berger, J. F. Murray, J. Xu, *Alternative valuations of work loss and productivity*, Journal Occupational Environmental Medicine, Vol. 43, n. 1, 2001, pp. 20 - 23; E. Tompa, R. Dolinschi, C. de Oliveira, *Practice and potential of economic evaluation of workplace-based interventions for occupational health and safety*, Journal Occupational Rehabilitation, Vol. 16, n. 3, 2006, pp. 367 - 392.

La strutturazione metodologica di queste iniziative è articolata in tre fasi: la prima fa riferimento agli aspetti strutturali che identificano problemi, carenze e aree di miglioramento che possono pregiudicare un sano stile di vita; la seconda si lega agli aspetti attuativi dell'implementazione e, infine, la terza agli aspetti valutativi post intervento. Cfr. R. Z. Goetzel, R. J. Ozminkowski, *The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs*, Annual Review of Public Health, Vol. 29, 2008, pp. 310 - 315; P. N. Pronk, *Integrated Worker Health Protection and Promotion Programs: Overview and Perspectives on Health and Economic Outcomes*, Journal of Occupational & Environmental Medicine, Vol. 55, 2013, pp. 32 - 35; D. G. Sorensen, D. Mc Lellan, *Integration of Health Protection and Health Promotion: Rationale, Indicators, and Metrics*, Journal of Occupational & Environmental Medicine, Vol. 55, 2013, pp. 4-7; T. L. Kolbe-Alexander, K. I. Proper, E.V. Lambert, *et al.*, *Working on wellness (WOW): A worksite health promotion intervention programme*, BMC Public Health, Vol. 12, 2012, p. 372; M. Carnethon, L. P. Whitsel, B. A. Franklin, *et al.*, *Worksite Wellness Programs for Cardiovascular Disease Prevention: A Policy Statement from the American Heart Association*, Journal of the American Heart Association, Vol. 120, 2009, pp. 1727 - 1732; R. E. Soler, K. D. Leeks, S. Razi, *et al.*, *A systematic review of selected interventions for work-site health*

promotion – The assessment of health risks with feedback, American Journal of Preventive Medicine, Vol. 38, 2010, pp. 237 - 262.

3.2 Elementi strutturale dei programmi di wellness at work: l'analisi dei bisogni e la partecipazione dei dipendenti

L'analisi dei bisogni si caratterizza per il suo proposito di determinare la portata, il contenuto e l'approccio delle iniziative; in particolare, identifica i mediatori e moderatori che possono influenzare il processo di cambiamento del comportamento delle persone.

Di gran rilievo in questa fase è l'attuazione di una corretta valutazione del rischio che implica una stima adeguata degli effetti, della gravità, delle cause scatenanti e delle possibili responsabilità personali e strutturali.

In questo tipo di analisi è opportuno, quindi, sensibilizzare il maggior numero possibile di lavoratori e tener conto della volontà di questi al momento di comporre una lista prioritaria dei problemi da affrontare. Cfr. C. Cook, G. Simmons, B. Swinburn, et al., *Changing risk behaviours for non-communicable disease in New Zealand working men – is workplace intervention effective?*, New Zealand Medicine Journal, Vol. 114, 2001, pp. 176-177; G. Fletcher, T. Behrens, L. Domina, *Barriers and enabling factors for worksite physical activity programs: a qualitative examination*, Journal of Physical Activity and Health, Vol. 5, 2008, pp. 418 - 429; M. Sabinsky, U. Toft, A. Raben, et al., *Overweight men's motivations and perceived barriers towards weight loss*, European Journal of Clinical Nutrition, Vol. 61, 2007, p. 530-531.

Come sostenuto da P. Hemp, *Presenteeism; at work – but out of it*, Harvard Business Review, Vol 82, n.10, 2004, pp. 48 - 59, la partecipazione dei lavoratori al processo di miglioramento delle condizioni salutari può dipendere da una resistenza psicologica legata al sentimento di ansia, sospetto e preoccupazione per la divulgazione dei propri dati sensibili.

Su questa difficoltà, diverse evidenze suggeriscono l'intervento del management, come attore di mediazione, capace di rendere evidente la rilevanza delle iniziative di *wellness at work*. Cfr. World Economic Forum in cooperation with Pricewaterhouse Coopers, *Working towards Wellness: Accelerating the prevention of chronic disease*, World Economic Forum report, 2007, pp. 3 – 38.

Con lo scopo di creare alti tassi di partecipazione, il management aziendale concede bonus e/o incentivi legati agli sconti sui premi assicurativi annuali, ticket o giorni di ferie supplementari. Cfr. sul punto, E. Finkelstein, L. Linnan, D. Tate, *A pilot study testing the effect of different levels of financial incentives on weight loss among overweight employees*, Journal of Occupational and Environmental Medicine, Vol. 49, 2007, pp. 981 - 989.

Da quello che emerge dagli studi sull'argomento, la sensazione dei dipendenti all'interessamento dell'azienda sui temi del *wellness at work* è legata al sentimento di valorizzazione di quest'ultimi che li induce a sentirsi parte integrante dell'azienda, aumentandone il senso di appartenenza e di fidelizzazione. Cfr. E. Nöhammer, C. Schusterschitz, H. Stummer, *Determinants of employee participation in workplace health promotion*, International Journal of Workplace Health Management, Vol. 3, n. 2, 2010, pp. 97 - 110.

In merito alla partecipazione, è stato affermato che il tasso dei dipendenti alla realizzazione dell'intervento è considerato buono se in media è del 70 per cento, come specificato dallo studio di Partnership for Prevention, *Leading by Example: Improving the bottom line through a high performance, less costly workforce*, 2005, pp.8-23. Tale studio chiarisce come i comitati dei lavoratori hanno un ruolo centrale sul controllo interno per la riuscita dei programmi a partecipazione volontaria.

L'analisi, inoltre, si sofferma anche nel constatare che un programma di wellness at work dovrebbe raggiungere l'80 per cento almeno una volta in tre anni di partecipazione e il 60 per cento almeno due volte nel corso di un periodo di tre - cinque anni.

3.3 L'implementazione di un programma di wellness at work

La fase di implementazione di un programma di wellness at work è molto delicata, a causa della cura con cui si devono determinare gli obiettivi, i tipi di intervento da utilizzare, il livello di intensità, basata sulla portata e sulla gravità del bisogno, e gli indicatori chiave di performance che valutano i processi, i risultati e l'impatto. Cfr. Price waterhouse Coopers, *Building the case for wellness*, 2008, pp. 2-71; World Economic Forum, *Working Towards Wellness: Practical Steps for CEOs*, 2008, pp. 4 - 13.

Individuare e attuare azioni che prevedano la collaborazione sinergica di tutte le parti interessate porta l'organizzazione a promuovere cambiamenti radicali a favore della salute dei lavoratori.

È possibile, in questa fase, attuare un'efficace diagnosi, cura e prevenzione delle malattie croniche, avvalendosi anche degli studi scientifici riguardo a questi temi.

3.4 La valutazione delle iniziative di wellness nel contesto organizzativo

Per comprendere a pieno gli outcomes dei programmi di wellness è molto importante compiere una fase di valutazione post programma, dacché diviene indispensabile per la futura progettazione di azioni di sviluppo organizzativo.

Momento centrale del processo valutativo è il rafforzamento delle competenze della comunità organizzativa sulle scelte di vita legate al benessere. Cfr. a riguardo, K. Resnicow, M. Davis, M. Smith, et al., *Results of the TeachWell worksite wellness program*, American Journal of Public Health, Vol. 88, n. 2, 1988, pp. 255 - 256; P. R. Mills, R. C. Kessler, J. Cooper et al., *Impact of a Health Promotion Program on Employee Health Risks and Work Productivity*, American Journal of Health Promotion, Vol. 22, n. 1, 2007, pp. 45 - 53; D. L. Elliot, D. P. MacKinnon, L. Mabry, et al., *Worksite Wellness program implementation: a model translational effectiveness*, Translational Behavioral Medicine, Vol. 2, n. 2, 2012, pp. 223; W. N. Burton, C. Y. Chin, X. Schultz, et al., *Evaluation of a comprehensive Employee Wellness Program at an organization with a consumer-directed Health Plan*, Journal of Occupational & Environmental Medicine, Vol. 56, n. 4, 2014, pp. 347 - 353.

I fattori, oggetto di valutazione, sono legati al tasso di partecipazione al programma, al cambiamento di comportamento verso stili di vita salubri, alle valutazioni biometriche sulla salute e sull'impatto clinico, all'effetto sulla

produttività e al ritorno d'investimento da parte dell'azienda. Cfr. J. Grossmeier, P. E. Terry, A. Cipriotti et al., *Best Practices in Evaluating Worksite Health Promotion Programs*, *The Art of Health Promotion*, January/February 2010, pp. 5-8.

3.5 Gli ostacoli organizzative dei programmi di wellness

A livello internazionale, la mancanza d'interesse da parte dei dipendenti ad alto rischio di salute si evidenzia come ostacolo fondamentale al successo dei programmi di wellness at work.

Per il suo superamento, è indispensabile l'atteggiamento lungimirante delle direzioni aziendali nei confronti del processo di promozione della salute. Azioni specifiche si riscontrano in attività legate alla partecipazione diretta del top management ai programmi, alla divulgazione delle conoscenze necessarie a migliorare il benessere personale e sociale, ad una serie di conferenze sul tema, a un'offerta di formazione e a una distribuzione di materiale educativo. Cfr. L. Linnan, M. Bowling, J. Childress, et al., *Results of the 2004 National Worksite Health Promotion Survey*, *American Journal of Public Health*, Vol. 98, 2008, pp. 1508.

Un'altra problematica riguarda l'incapacità di valutare le iniziative di wellness at work in termini di miglioramento della produttività, di riduzione delle assenze per malattia e altri benefici organizzativi associati. Cfr. Chartered Institute of Personnel and Development (CIPD), *What's happening with well-being at work*, Chartered Institute of Personnel and Development, 2007, pp. 10 – 12.

In una quantità enorme di casi, inoltre, lo sviluppo di malattie croniche, quando non giunge a livelli critici, non incide sull'attività lavorativa, poichè chi ne è affetto tende a non informare colleghi e superiori.

Per capire più precisamente le barriere organizzative che ostacolano l'attuazione dei programmi di *wellness at work* si rimanda agli studi effettuati nel corso degli ultimi anni: P. Terry, E. L. Seaverson, J. Grossmeier, et al., *Association between nine quality components and superior worksite health management program results*, Journal Occupational Environment Medicine, Vol. 50, 2008, pp. 637 - 639; P. E. Terry, J. Grossmeier, D. Mangen, S. B. Gingerich, *Analyzing best practices in employee health management: how age, gender and program components relate to employee engagement and health outcomes*, Journal Occupational Environment Medicine, Vol. 55, 2013, pp. 378 - 392; R. Z. Goetzel, R. M. Henke, R. Benevent et al, *The predictive validity of the HERO scorecard in determining future healthcare cost and risk trends*, Journal Occupational Environment Medicine, Vol. 56, 2014, pp.136 - 144.

Come esposto precedentemente, il ruolo del senior management per il successo di attuazione di un programma di *wellness at work* è fondamentale.

Nonostante ciò, si attestano casi in cui il senior management non è riuscito ad attuare pratiche di *wellness at work*, causando gravi perdite in termini di produttività e benessere dell'organizzazione. Cfr. N. Mellor, C. Mackey, C. Packham, et al., *Management Standards and work-related stress in Great Britain: Progress on their Implementation*, Safety Science, Vol. 49, 2011, pp. 1040 - 1046.

In materia, uno studio approfondito di L. Gaskell, N. Hickling, P. Stephens, *The suitability of HSE's risk assessment process and management standards for use in SME's*, *Health and Safety Executive*, 2007, pp. 69-71, ha evidenziato la mancanza d'impegno e di gestione del senior management nelle Piccole Medie Imprese per la fase di pianificare dei programmi.

Quarta sezione: L'efficacia dei programmi di wellness nelle organizzazioni

4.1 Benefici per l'azienda: l'impatto economico - finanziario dei programmi di wellness at work

I programmi di wellness at work hanno, in generale, un ritorno sugli investimenti di 3 a 1. Questo è reso evidente dallo studio di K. Baicker, D. Cutler, Z. Song, *Workplace Wellness Programs Can Generate Savings*, *Health affairs*, Vol 29, n. 2, 2010, pp. 304 - 311, che sottolinea come gli imprenditori risparmiano una media di 3,27 dollari per le spese mediche e 2,73 dollari per il costo delle assenze per malattia grazie a ciascun dollaro investito in programmi di benessere sul posto di lavoro.

In aggiunta, evidenze dichiarano che un ritorno dell'investimento (ROI), in termini di produttività e assenteismo, aumenta nel corso del tempo dai tre a i cinque anni dall'attuazione del programma. Cfr. S. Baxter, S. Kristy, J. V. Alson, et al., *The Relationship Between Return on Investment and Quality of Study Methodology in Workplace Health Promotion Programs*, *American Journal of Health Promotion*, Vol. 28, n. 6, 2014, pp. 347 - 363; M. P. O'Donnell, *What Is the ROI of Workplace Health Promotion? The Answer Just*

Got Simpler By Making the Question More Complicated, American Journal of Health Promotion, Vol. 28, n. 6, 2014, pp. 4 - 5; R. Z. Goetzel, M. S. Tabrizi, *Estimating the Return on Investment From a Health Risk Management Program Offered to Small Colorado-Based Employers*, Journal of Occupational & Environmental Medicine, Vol. 56, n. 5, pp. 554 - 560; H. Liu, S. Mattke, K. M. Harris, *et al.*, *Do Workplace Wellness Programs Reduce Medical Costs? Evidence from a Fortune 500 Company*, Inquiry, Vol. 50, n. 2, 2013, pp. 150 - 158; J. R. Horwitz, B. D. Kelly, J. E. DiNardo, *Wellness Incentives In The Workplace: Cost Savings Through Cost Shifting To Unhealthy Workers*, Health Affairs, Vol. 32, n. 3, 2013, pp. 468 - 476; R. Z. Goetzel, R. J. Ozminkowski, *The Health and Cost Benefits of Work Site Health-Promotion Programs*, Annual Review Public Health, Vol. 29, 2008, pp. 303 - 323; A. Haddix, P. Shaffer, *Cost-effectiveness Analysis*, in A. Haddix *et al.*, *Prevention Effectiveness: A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*, Oxford University Press, 1996, p. 104.

A modificarne però l'andamento è il tasso di partecipazione che può, seconda le situazioni, aumentarlo o diminuirlo. A riguardo, si rileva la passività del leader nei confronti della partecipazione o meno dei propri collaboratori ai programmi di wellness. Cfr. sul punto, C. Wilhide, J. R. Hayes, *The use and influence of employee incentives on participation and throughput in a telephonic Disease Management Program*, Population Health Management, Vol. 11, n. 4, 2008, pp. 197 - 120; E. L. D. Seaverson, J. Grossmeier, T.M. Miller, *The role of incentive design, incentive value, communications strategy, and worksite culture on health risk assessment participation*, American Journal of Health, Vol. 23, n. 5, 2009, pp. 343 -352.

Altri benefici vengono osservati all'interno degli studi degli anni Novanta, scoprendo importanti risultati economico-produttivi sui programmi.

Il 40 per cento di questi interventi, infatti, genera benefici finanziari considerevoli.

In particolare, i risparmi ipotizzati consisterebbero nella riduzione dei costi assicurativi annuali e sugli aspetti legati ai benefici nella gestione delle risorse. Cfr. L. Breslow, J. Fielding, A. A. Herrman, C. S. Wilbur, *Worksite health promotion: its evolution and the Johnson & Johnson experience*, Preventive Medicine, Vol. 19, 1990, pp. 13 - 21; R. L. Bertera, *The effects of workplace health promotion on absenteeism and employment costs in a large industrial population*, American Journal Public Health, Vol. 80, 1990, pp. 1101 - 1105; J. F. Fries, D. A. Bloch, H. Harrington, *Two-year results of a randomized controlled trial of a health promotion program in a retiree population: the Bank of America Study*, American Journal Medicine, Vol. 94, 1993, pp. 455 - 462; J. P. Leigh, N. Richardson, R. Beck, *et al.*, *Randomized controlled study of a retiree health promotion program*, The Bank of American Study, Archives Internal Medicine, Vol. 152, 1992, p. 1201; K. K. Knight, R. Z. Goetzel, J. E. Fielding, *et al.*, *An evaluation of Duke University's live for life health promotion program on changes in worker absenteeism*, Journal Occupational Medicine, Vol. 36, 1994, pp. 533 - 536; J. F. Fries, H. Harrington, R. Edwards, *et al.*, *Randomized controlled trial of cost reductions from a health education program: the California Public Employees' Retirement System (PERS) study*, American Journal Health Promotion, Vol. 8, 1994, pp. 216 - 223; R. Z. Goetzel, B. H. Jacobson, S. G. Aldana, *et al.*, *Healthcare costs of work-site health promotion participants and nonparticipants*, Journal Occupational Environment

Medicine, Vol. 40, 1998, pp. 341 - 346; R. Z. Goetzel, R. L. Dunn, R. J. Ozminkowski, *et al.*, *Differences between descriptive and multivariate estimates of the impact of Chevron Corporation's Health Quest Program on medical expenditures*, Journal Occupational Environment Medicine, Vol. 40, 1998, pp. 538 - 545; R. J. Goldberg, *Depression in the Workplace: Economics and Interventions*, Behavioral Healthcare Tomorrow, Vol. 10, n. 6, 2001, pp. 10 - 11; R. Brand, W. Schlicht, K. Grossmann, *et al.*, *Effects of a physical exercise intervention on employees' perceptions of quality of life: a randomised controlled trial*, Social Preventive Medicine, Vol. 51, 2006, pp. 14 - 23; L. Renaud, N. Kishchuk, M. Juneau, *et al.*, *Implementation and outcomes of a comprehensive worksite health promotion programme*, Canadian Journal of Public Health, Vol. 99, n. 1, 2008, pp. 73 - 77; K. Harvey, *Investing in Wellness*, Employment Today, 2008; J. Broadhead, *Implementing successful wellness programmes*, New Zealand's Magazine for Human Resources Professionals, 2008, pp. 8 - 10.

4.2 Benefici per i lavoratori: riduzione dei costi sanitari e dei rischi psicosociali

Diversi studi dimostrano come i programmi di *wellness at work* possono ridurre le spese sanitarie e aiutare i lavoratori affetti da malattie croniche a non far progredire la malattia.

Non solo. Esistono evidenze su conseguenze positive che sono considerevoli e misurabili quali riduzione dei rischi occupazionali, maggiore soddisfazione sul lavoro e miglioramento complessivo della qualità di vita. Cfr. J. Caloyeras, H.

Liu, E. Exum, *et al.*, *Managing Manifest Diseases, but Not Health Risks, Saved PepsiCo Money Over Seven Years*, *Health Affairs*, Vol. 33, n. 1, 2014, pp. 124 - 131; S. Mattke, H. Liu, J. P. Caloyeras, *et al.*, *Do Workplace Wellness Programs save Employers Money? Brief*, RAND Corporation, 2014, pp. 1 - 4; H. Liu, S. Mattke, *et al.*, *Do Workplace Wellness Programs reduce Medical Costs?*, *Inquiry*, Vol. 50, n. 2, 2013, pp. 150 - 158; R. Z. Goetzel, R. J. Ozminkowski, *The Health and Cost Benefits of Work Site Health - promotion Programs*, *Annual Review of Public Health*, Vol. 29, 2008, pp. 303 - 323; H. Liu, K. M. Harris, *et al.*, *Effect of an Employer-Sponsored Health and Wellness program on Medical Cost and Utilization*, *Population Health Management*, Vol. 16, n. 1, 2013, pp. 1 - 6.

Per un approfondimento sulle differenze dei costi sanitari tra chi partecipa e non, si rimanda a L. S. Chapman, *Meta-evaluation of worksite health promotion economic return studies: 2005 update*, *American Journal Health Promotion*, Vol. 19, 2005, pp. 1 - 11.

4.3 La prevenzione dei fattori di rischio psicosociale

I programmi di wellness at work portano diversi benefici ai lavoratori, soprattutto, inerenti i rischi psicosociali.

Uno dei rischi più nocivi è quello legato allo stress lavoro correlato, definito anticamente come «reazioni fisiche ed emotive dannose che si manifestano quando le richieste lavorative non sono commisurate alle capacità risorse o

esigenze del lavoratore» in H. Selye, *The evolution of stress concept*, American Scientist, Vol. 61, p. 692, 1973.

L'evoluzione del concetto di stress è dovuta a Lazarus e Folkman, *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, 1984, pp. 11-20, che hanno definito lo stress come una condizione derivante dall'interazione di variabili ambientali e individuali, mediate da variabili di tipo cognitivo.

In ottica giuridica, lo stress lavoro-correlato è stato definito nel testo inerente l'accordo interconfederale 9 giugno 2008 per il recepimento dell'accordo quadro europeo 8 ottobre 2004, come «una condizione che può essere accompagnata da disturbi o disfunzioni di natura fisica, psicologica o sociale ed è conseguenza del fatto che taluni individui non si sentono in grado di corrispondere alle richieste o alle aspettative riposte in loro» (art. 3, punto 1).

Lo stress lavoro-correlato è stato associato, inoltre, ad una serie di risultati di cattiva salute, quali le malattie cardiovascolari e i disturbi muscolo-scheletrici. Cfr. M. Kivimäki, P. Leino-Arjas, R. Luukkonen, *Work stress and risk of coronary mortality: Prospective cohort study of industrial employees*, British Medical Journal, Vol. 325, 2002, pp. 857 – 863; W. E Hoogendoorn, M. N. M. Poppel, B. W. Koes, *Systematic review of psychosocial factors at work and private life as risk factors for back pain*, Spine, Vol. 25, 2000, pp. 2114 - 2125, G. A. M. Ariëns, P. M. Bongers, W. E. Hoogendoorn, *High quantitative job demands and low co-worker support are risk factors for neck pain: results of a prospective cohort study*, Spine, Vol. 26, n. 17, 2001, pp. 1896 – 1903; S. C. Segerstrom, E. G. Miller, *Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry*, Psychological Bulletin, Vol 130, n. 4, 2004, pp. 601 - 630; B. N. Uchino, T. W. Smith, J. Holt-Lunstad, et al.,

Stress and Illness, in T. Cacioppo, L. G. Tassinary, G. Berntson, *Handbook of Psychophysiology*, Cambridge University Press, Cap 26, 2007, pp. 608 - 632.

Un modello teorico rilevante per lo studio dello stress organizzativo è rappresentato dal modello di domanda-controllo consultabile in R. A. Karasek, *Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign*, *Administrative Science Quarterly*, Vol. 24, pp. 285 - 308, 1979.

Questo modello afferma che lo stress organizzativo deriva dall'interazione fra la domanda, ovvero le richieste poste al lavoratore da parte dell'organizzazione (job demands), espresse in termini di pressione temporale, ritmi, difficoltà e livello di impegno richiesto, e il controllo, ovvero il grado di autonomia nell'esercitare l'attività, la possibilità della persona di prendere decisioni sui compiti e l'ampiezza delle competenze possedute ed utilizzate nello svolgimento del lavoro (job control o job decision latitude). Cfr. L. Galbiati, *Stress lavoro correlato*, Edizioni Ferrari Sinibaldi, Cap 2, 2011, pp. 48 - 49.

L'argomento dello stress lavoro- correlato è trattato anche nel campo di numerosi studi di medicina del lavoro, rivolti all'analisi delle possibili relazioni tra organizzazione del lavoro e salute psicofisica del lavoratore.

In tale prospettiva si pone uno studio che evidenzia come lo stress da lavoro aumenti le probabilità di incidenti.

Tale situazione riguarderebbe in modo particolare i lavoratori con un forte carico di lavoro ed un basso livello di soddisfazione. Cfr. A. Nakata, T.T. Ikeda, M. Takahashi, T. Haratani, M. Hojou, Y. Fujioka, N.G. Swanson, S. Araki, *Impact of psychosocial job stress on non-fatal occupational injuries in small- and medium-sized manufacturing enterprises*, in *American Journal of*

Industrial Medicine, vol. 49, n. 8, 2006, pp. 658-669; S. Harvey, F. Courcy, A. Petit, J. Hudon, M. Teed, O. Loiselle, A. Morin, *Organizational Interventions and Mental Health in the Workplace: A Synthesis of International Approaches*, IRSST, 2006.

In generale, si usa prevenire e gestire i rischi psicosociali sul lavoro e il loro impatto negativo attraverso azioni preventive o interventi diretti alla sorgente del rischio anche con azioni specifiche sui singoli lavoratori, ovvero sulle loro competenze, abilità e capacità. Cfr. Equal Employment Opportunities Trust, *Work-life Balance, workplace culture and employee engagement survey report 2007*, 2007, pp. 1 - 37; J. Burton, *The business case for a healthy workplace*, Industrial Accident Prevention Association, 2008, pp. 1-1.

Capitolo III

WELLNESS AT WORK: UN QUADRO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO

Sommario: **3.1.** Il wellness at work: un'attività socialmente responsabile – **3.1.1** Esplorando il valore sociale del wellness at work – Premessa **-3.1.1.1** Obiettivo dello studio – **3.1.1.2** Metodologia della ricerca– **3.1.1.3** Analisi dei dati – **3.1.1.4** Discussione – **3.2** L'importanza del fattore *setting* nelle iniziative di wellness at work – **3.3** Il livello di wellness delle organizzazioni: indagini e report in materia

3.1. Il wellness at work: un'attività socialmente responsabile

Sulla base della concezione multidisciplinare della *Corporate Social Responsibility* (CSR)⁽²¹⁾, nel corso degli ultimi anni, il wellness at work ha visto l'avvicinarsi di una serie di nozioni che ne hanno esteso il significato quali, salute, condizioni di lavoro, integrità psico-fisica, presenteismo, assenteismo, malattie croniche, ecc.

Da qui l'interesse crescente⁽²²⁾ da parte delle organizzazioni ad esaminare elementi che possono influire direttamente sullo stato di wellness di un'organizzazione, quali il clima organizzativo, l'adozione di pratiche

⁽²¹⁾Cfr. Con *Corporate Social Responsibility* si intende, secondo la Definizione del Libro Verde della Commissione Europea, Promuovere un quadro europeo per la responsabilità sociale delle imprese, 2001, «l'integrazione volontaria delle preoccupazioni di carattere sociale e ambientale nelle attività produttive e commerciali delle imprese e nel loro relazionarsi con le diverse classi di portatori d'interesse». Dopo dieci anni, la Comunicazione UE, *Iniziativa per l'imprenditoria sociale Costruire un ecosistema per promuovere le imprese sociali al centro dell'economia e dell'innovazione sociale*, n 681/2011 ha ampliato il concetto, considerando non solo gli obblighi giuridici ma includendo anche l'investimento sul capitale umano in termini di wellness (Commissione delle Comunità europee, 2001).

⁽²²⁾Cfr. Per approfondimento si rimanda al sito <http://www.enwhp.org/publications.html>

normative, procedurali e comportamentali di promozione alla salute e la preferenza o il supporto a particolari stili di vita salutari legati al lavoro.

Su quest'ultimo, nel 2002⁽²³⁾, le rilevazioni hanno evidenziato che il 32,9% delle organizzazioni possiede i cosiddetti "circoli della salute" in cui i dipendenti lavorano a stresso contatto con i dirigenti e elaborano analisi delle criticità lavorative, proponendo soluzioni che i dirigenti riportano al vertice aziendale.

La qualità complessiva della vita lavorativa, infatti, è stabilita da un articolato numero di aspetti che non si limitano a garantire la sicurezza e la salubrità degli ambienti lavorativi, ma contribuiscono a far sì che la persona che lavora si senta rispettata nei suoi diritti di uomo e di lavoratore, si senta valorizzato e adeguatamente retribuito per le sue capacità e per il suo impegno e si senta professionalmente soddisfatto.

Un'organizzazione responsabile verso i propri lavoratori è un'impresa che si pone come obiettivo quello di concorrere alla crescita e allo sviluppo delle proprie risorse umane non solo in quanto lavoratori ma prima ancora in quanto persone.

La responsabilità sociale verso il personale è legata alla qualità del lavoro offerto, alla garanzia della formazione lungo l'intero arco della vita lavorativa, alle pari opportunità, all'integrazione dei disabili e delle categorie più svantaggiate.

⁽²³⁾ Cfr. European Network for Workplace Health Promotion ENWHP, *Healthy Workplaces Towards Quality and Innovation. Models of Good Practice for Workplace Health Promotion in the Public Administration Sector*, 2002, pp. 10-114.

Tutto questo è possibile solo se l'impresa dispone tali attività di wellness in una logica di responsabilizzazione dei propri dipendenti e delle rispettive rappresentanze sindacali.

Tale presupposto è attuabile laddove si dimostri integrità e trasparenza nei confronti dei lavoratori, in modo da conquistare una sorta di licenza morale nel dialogo con loro.

Se la competenza morale è predisposta e inquadrata in maniera strutturata nell'attività quotidiana dell'organizzazione, le politiche di wellness at work saranno un elemento logico della politica di CSR.

In un'ottica di miglioramento della qualità di vita dei lavoratori e dell'intera organizzazione, tali attività sono legate alla conciliazione dei tempi di cura con gli orari di lavoro (*work/health/life-balance*), alla riduzione della discriminazione da parte dei colleghi nei confronti di un collega malato, al reinserimento graduale dopo o durante le cure mediche e al superamento del fenomeno del presentismo.

Non mancano però difficoltà di attuazione delle stesse che riguardano la comprensione del contesto e delle condizioni di fattibilità e operatività delle misure.

Un elemento di criticità riguarda la frammentazione e la selettività delle pratiche di wellness in base alla tipologia e alla dimensione di impresa e la conseguente distribuzione a macchia di leopardo sul territorio nazionale, circostanze che riducono la capacità di impatto complessivo e aumentano il rischio di disuguaglianza sociale.

L'adesione, pertanto, da parte datoriale alle iniziative di wellness ne rivela la capacità di comportamenti socialmente responsabili e può offrire loro, nel medio-lungo periodo, buone opportunità in termini di ritorno di immagine, di fidelizzazione dei dipendenti e di miglioramento delle prestazioni lavorative.

3.1.1 Esplorando il valore sociale del wellness at work⁽²⁴⁾

Premessa

Il lavoro di tesi si è contraddistinto da uno studio quali e quantitativo, di carattere esplorativo, che ha avuto come obiettivo quello di analizzare il valore sociale e lavorativo dei programmi di wellness at work nella gestione e mantenimento di una forza-lavoro tendenzialmente vulnerabile e meno produttiva, come nel caso di lavoratori con problemi di salute cronica.

La realizzazione di questo studio non sarebbe stato possibile senza la collaborazione da parte delle aziende, delle associazioni e dei lavoratori coinvolti di rendere disponibili i loro dati sensibili.

La fase iniziale di questo lavoro, quindi, è stata orientata al reclutamento dei partecipanti che hanno costituito il campione di indagine.

Ciò è avvenuto attraverso una richiesta formale via mail ai responsabili delle varie realtà aziendali e del terzo settore che, tuttavia, ha ottenuto un tasso di risposta inferiore rispetto alle richieste inviate.

⁽²⁴⁾ Cfr. Lo studio, condotto al secondo anno di dottorato, è stato presentato all'International Conference 2016 dell'Istitute of Work Psychology (IWP) appartenente all'Università di Sheffield con il titolo *Health at work: a study on the employment situation of the chronically ill workers in Italy*.

Nel dettaglio, sono state inviate 20 richieste scritte via mail a diverse associazioni, fondazioni e aziende sanitarie, di cui solo 11 hanno confermato la loro partecipazione alla ricerca, comprovando così un tasso di risposta del 55%.

Al contrario, invece, il tasso di risposta delle aziende è stato maggiormente negativo con un 24%: solo 6 su 25 aziende contattate si sono dimostrate disponibili a condividere i propri dati su questo tema.

Ancor prima di entrare nel cuore dello studio, quindi, ci si rende conto come il tema sia ancora pieno di pregiudizi e tabù e di quanto ancora oggi ci sia bisogno di un rinnovamento culturale su questo tema che coinvolga sia responsabilità collettive che individuali.

Nonostante ciò, apprezzando l'adesione degli enti coinvolti, si è provveduto ad implementare lo studio, cercando di trasmettere la visione di uno piccolo, ma pur sempre rappresentativo, spaccato sociale su quali siano i gap predominanti che rendono difficile attuare politiche di prevenzione e promozione alla salute per il miglioramento e il benessere della forza-lavoro.

3.1.1.1 Obiettivo dello studio

L'obiettivo principale di questo studio consiste proprio nel riuscire a comprendere quali siano i fattori responsabili della decisione, da parte del datore di lavoro, di mettere in campo politiche di conciliazione/interventi aziendali nei confronti di dipendenti con patologie croniche e, allo stesso tempo, di valutare quali siano i bisogni reali di tali persone e gli ostacoli per migliorare l'attuale sistema di welfare.

Per raggiungere questo obiettivo, si è scelto di analizzare alcune variabili socio – demografiche (età, genere, livello di istruzione, tipologia di contratto lavorativo), una variabile medica (tipo di malattia cronica diagnosticata), due variabili relative alla decisione di lavorare durante e dopo la malattia (la convivenza con la malattia nel contesto lavorativo, strumenti utilizzati per non abbandonare il lavoro), una variabile sulla conciliazione vita-lavoro (forme di conciliazione utilizzate), le cognizioni degli stessi lavoratori, direttori HR e associazioni a proposito del loro pensiero sui programmi di wellness at work (riduzione della probabilità di ammalarsi) ed, infine, una variabile associata alla tematica delle relazioni industriali (i servizi di supporto utilizzati per salvaguardare il posto di lavoro).

3.1.1.2 Metodologia della ricerca

I partecipanti

Come riportato in premessa, sono stati reclutati 11 associazioni/ fondazioni inerenti il campo delle malattie croniche, 31 lavoratori affetti da patologia cronica diagnosticata e 6 aziende di differenti settori produttivi.

In modo particolare, i lavoratori scelti dovevano necessariamente:

- Avere un'età compresa tra i 18 e i 65 anni
- Avere una diagnosi di malattia cronica
- Essere occupati al momento della diagnosi
- Avere una comprensione avanzata della lingua italiana scritta e parlata.

Analizzando il campione dei lavoratori in termini statistici, non vi è una equa distribuzione sul fattore genere in quanto l'84% sono donne e il 16% uomini.

Per quanto riguarda la patologia cronica manifesta, il campione dei lavoratori era abbastanza eterogeneo come riportato nel Grafico II.

Grafico I. Distribuzione dei lavoratori per genere

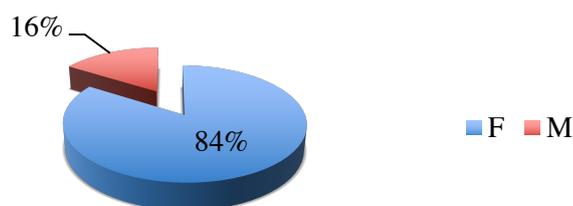
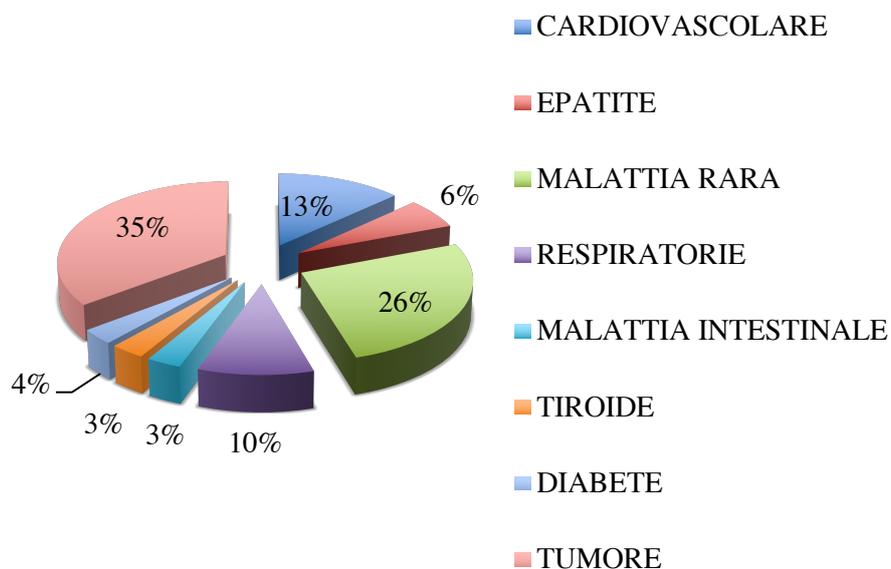


Grafico II. Distribuzione dei lavoratori per patologia cronica



In riferimento all'età e al titolo di studio, si evidenzia una prevalenza nella fascia di età 50-67 anni e un livello di istruzione prevalentemente di scuola media superiore.

Grafico III. Distribuzione dei lavoratori per età

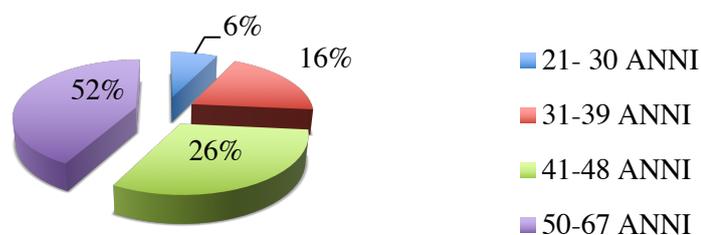
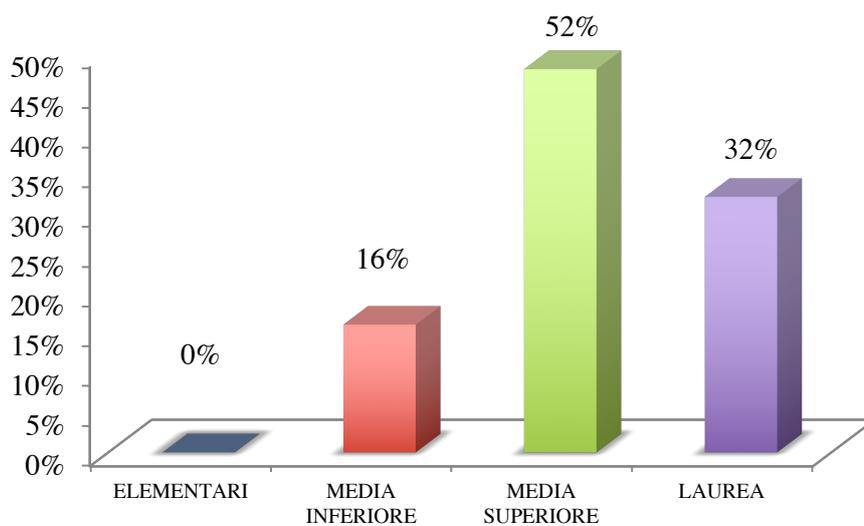
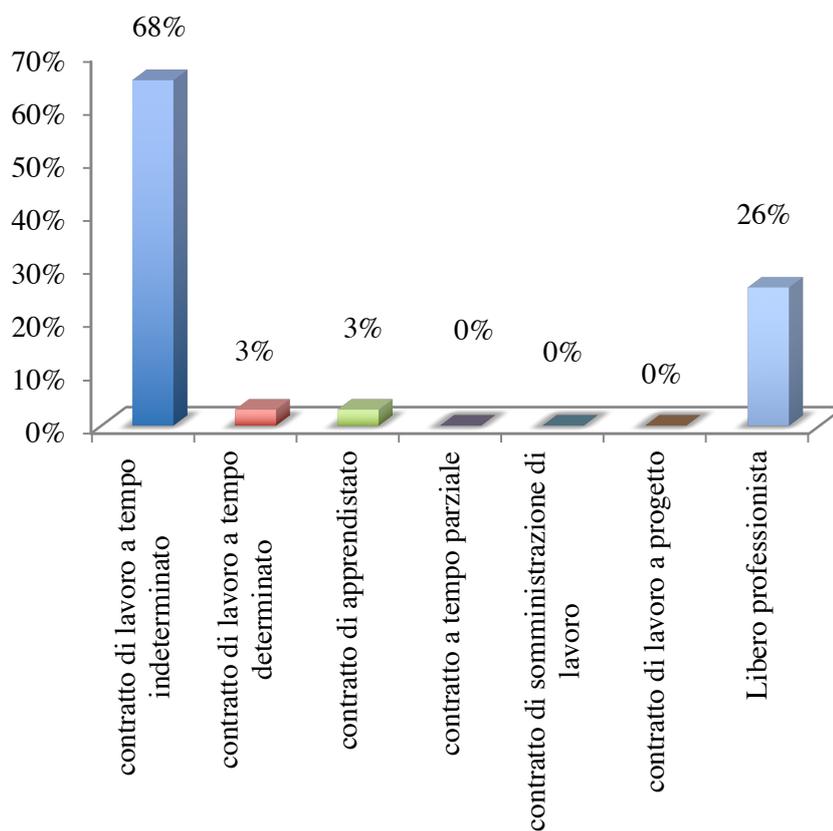


Grafico IV. Distribuzione dei lavoratori per titolo di studio



Infine, riguardo al tipo di contratto di lavoro, si evidenzia una predominanza della tipologia a tempo indeterminato, influenzata dall'età prevalente del campione.

Grafico V. Distribuzione dei lavoratori per tipologia di contratto



Per quanto riguarda le imprese, i requisiti richiesti vertevano su alcune caratteristiche:

- avere una sensibilità verso il fenomeno
- essere in procinto di effettuare o già svolti programmi di wellness at work.

Infine, per le associazioni, esse dovevano colmare i seguenti aspetti:

- avere una sede nel territorio nazionale
- effettuare attività inerenti la riabilitazione del malato nell'attività lavorativa.

Strumenti

Sono stati utilizzati due strumenti di indagine, l'uno a completamento dell'altro, quali: interviste e questionari.

In modo particolare, l'intervista strutturata, rivolta solo alle associazioni e alle aziende, è stata costruita intorno agli aspetti più critici emersi dallo studio della rassegna di letteratura riportata nel secondo capitolo.

Essa si articola in 13 domande (vedi Figura 1) focalizzate sui seguenti 5 aspetti:

- la sostenibilità dei sistemi sanitari
 - fattori che determinano la continuazione di lavorare durante e dopo la malattia;
 - le politiche di conciliazione vita-lavoro
 - l'efficacia dei programmi di wellness at work
 - i servizi di sostegno per la salvaguardia del posto di lavoro

Con l'autorizzazione delle persone intervistate, alcune delle interviste effettuate posso essere consultate su Bollettino ADAPT⁽²⁵⁾.

Nella ricerca è stato utilizzato anche un questionario (vedi Figura 2) costituito da 8 domande miste, chiuse e aperte, autocompilato, somministrato ai lavoratori affetti da malattia cronica.

⁽²⁵⁾ Cfr. Fabiola Silvaggi, *Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro – Intervista a Rosanna D'Antona*, Bollettino ADAPT, 14 Maggio 2015; Fabiola Silvaggi, *Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro – Intervista a Luciano Roboldi*, Bollettino ADAPT, 19 Maggio 2015; F. Silvaggi, *Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro – Intervista a Alessandra Cerioli*, Bollettino ADAPT, 21 Maggio 2015, n.14; F. Silvaggi, *Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro – A tu per tu con Elisabetta Iannelli*, Bollettino ADAPT, 24 agosto 2015, n. 27.

La costruzione degli item del questionario è stata svolta sulle stesse dimensioni dell'intervista, tranne quella relativa alla sostenibilità dei sistemi sanitari.

Le scala di risposta utilizzata è stata nominale o classificatoria poiché l'oggetto di analisi è un fenomeno collettivo e quindi incline ad una statistica descrittiva dei risultati.

Figura 1. Traccia intervista

Sostenibilità dei sistemi sanitari: Quali criticità odierne riscontra sui sistemi sanitari e sulla loro sostenibilità nel tempo?

Lavorare durante e dopo la malattia: Secondo la sua visione, dove si riscontrano le maggiori difficoltà nel reinserimento/inserimento/convivenza con la malattia al lavoro all'interno delle aziende, di questo gruppo di persone affette da malattie croniche?

Secondo la sua esperienza, cosa significa per i malati cronici ritornare al lavoro?

Quali interventi state mettendo in campo per l'inclusione sociale dei malati cronici?

Conciliazione vita-salute-lavoro: Quale contributo possono dare le aziende sulle politiche di conciliazione?

Programmi aziendali di prevenzione e promozione alla salute Secondo Lei, in che modo è cambiato il concetto di prevenzione e promozione alla salute all'interno delle aziende?

Relazioni industriali: Nel sistema di contrattazione collettiva, cosa manca affinché si possa gestire al meglio un rapporto di lavoro di un dipendente malato cronico?

Figura 2. Questionario somministrato ai lavoratori

Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro

Il rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro si pone tra i più innovativi e fertili nell'ambito del rinnovamento dei sistemi nazionali di relazioni industriali, chiamati a gestire una drastica trasformazione nella ricerca di un nuovo punto di equilibrio tra logiche di produttività e istanze di equità, inclusione, sostenibilità del lavoro e giustizia sociale.

Questo tema si presenta così come terreno privilegiato per la sperimentazione e lo studio di nuovi modelli organizzativi e regolatori del lavoro che consentano una migliore misurazione della produttività del lavoro e l'individuazione di "adattamenti ragionevoli" che consentono di conciliare lavoro, salute e vita socio-familiare.

Il presente questionario si prefigge di conoscere in modo sistematico le opinioni delle persone con malattia cronica sulle conseguenze che questa comporta nel mondo del lavoro.

La informiamo quindi che i dati rilevati dal seguente questionario sono in forma anonima e faranno parte di un progetto di ricerca sul tema. Vi chiediamo di rispondere alle domande secondo **il vostro vissuto** e di compilare il questionario in stampatello. Grazie per la collaborazione.

INFORMAZIONI GENERALI

Malattia/e cronica/he di cui ha ottenuto la diagnosi

Da quanti anni è affetto dalla/e malattia/e:

Sesso:

Età attuale:

Città di residenza:

Città di lavoro

Città di cura

Titolo di studio:

- Elementare
- Media Inferiore
- Media Superiore
- Laurea

Occupazione attuale:

Tipologia contrattuale:

- contratto di lavoro a tempo indeterminato
- contratto di lavoro a tempo determinato
- contratto di apprendistato
- contratto a tempo parziale
- contratto di somministrazione di lavoro

- contratto di lavoro a progetto

CCNL di riferimento:

LAVORARE DURANTE E DOPO LA MALATTIA

1) Secondo Lei, il lavoro può aiutare a convivere con la malattia?

- Sì perché mi aiuta a sentirmi parte della società
- Sì perché non mi sento un “peso” per la mia famiglia
- No, perché non mi sento produttivo/a come prima
- No, perché vengo emarginato dai colleghi
- Altro _____

2) Nonostante l’insorgenza della malattia, è riuscito a non abbandonare il suo lavoro? Se sì, in che modo?

- Ottenendo il part-time
- Ottenendo l’orario flessibile
- Ottenendo permessi per visite mediche
- Ottenendo il congedo per gravi motivi
- Ottenendo il cambio di mansioni
- Ottenendo l’assegno ordinario di invalidità INPS
- altro _____

3) Se ha dovuto abbandonare il lavoro perché l'ha fatto?

- Mobbing e dimissioni estorte
- Dimissioni volontarie
- Licenziamento
- Pensionamento
- Provvidenze previdenziali

CONCILIAZIONE VITA –SALUTE-LAVORO

4) All'interno della sua azienda, quali forme di conciliazione salute-lavoro ha usufruito?

- orari flessibili
- part-time
- telelavoro
- permessi per cure
- possibilità di congedo anticipato
- altro _____

5) Quali altri strumenti, oltre a quelli citati nella precedente domanda, potrebbero migliorare la sua situazione?

PROGRAMMI AZIENDALI DI PREVENZIONE E PROMOZIONE ALLA
SALUTE

6) Ha mai partecipato a interventi di prevenzione e promozione della salute in azienda?

- campagne anti -fumo
- regime alimentare sano nelle mense
- attività di fitness
- convenzioni con centri diagnostici
- counseling psicologico
- altro _____

7) Secondo lei, questi programmi aziendali possono concorrere a ridurre il rischio di ammalarsi?

- Sì, perché ti informano su aspetti negativi e positivi del proprio stile di vita
- Sì, perché sei “costretto” dall’azienda a seguire le indicazioni date
- No, perché vengono implementati in maniera poco efficace
- Altro _____

8) Secondo Lei, questi programmi di prevenzione e promozione della salute in azienda, riducono i costi sanitari che deve sostenere?

- Sì
- No

Altro _____

RELAZIONI INDUSTRIALI

9) Per salvaguardare la sua posizione lavorativa e la sua dignità sul posto di lavoro a quali servizi di assistenza si è rivolto?

associazioni no profit

sindacati

sportelli di ascolto

altro _____

10) Che risultati ha ottenuto dopo il contatto con il servizio a cui si è rivolto?

3.1.1.3 Analisi dei dati

Di seguito verranno descritte le analisi effettuate per le interviste e i questionari.

Analisi interviste

Partendo dalla prima dimensione “sostenibilità dei sistemi sanitari”, si riscontra un pensiero comune (aziende e associazioni del terzo settore) relativo all’alto costo dei farmaci e delle differenze tra le Regioni in tema di reperibilità degli stessi che ostacolano l’accesso ai trattamenti, determinando lunghi tempi di attesa per le cure e, in aggiunta, la predominanza di una mancanza di informazione sulla malattia.

In riferimento alla dimensione “lavorare durante e dopo la malattia”, interessanti sono le dichiarazioni delle associazioni che denunciano la presenza di un forte pregiudizio che provoca alle persone malate difficoltà nel dichiarare la malattia al datore di lavoro, soprattutto in quelle situazione in cui la malattia non si manifesta fisicamente sul corpo (es. HIV, malattia cardiovascolare, ecc.).

Il fenomeno di stigmatizzazione porta, inoltre, questi lavoratori a rinunciare a qualsiasi assegno di invalidità e /o tutela a loro favore, poiché hanno il timore di perdere il posto di lavoro.

Su questo punto, le aziende intervistate hanno dichiarato di avere la necessità di inserire al loro interno una politica di riabilitazione per i dipendenti malati, poiché il numero della popolazione aziendale di lavoratori colpiti da tali condizioni è in aumento.

Collegato a questa dimensione vi è quella sulla conciliazione fra i tempi di cura con gli orari di lavoro.

Su di essa, vi è un pensiero comune che le forme di contratto lavorativo più usate siano: lavoro a tempo parziale, orario flessibile, lavoro a domicilio e telelavoro.

In relazione ai programmi aziendali di prevenzione e promozione della salute, tutti gli intervistati ritengono che essi siano strumenti utili per salvaguardare la salute dei propri dipendenti. Alcune delle associazioni intervistate, inoltre, stanno o hanno già collaborato con alcune aziende per implementare campagne di prevenzione per i dipendenti.

Alcune aziende intervistate, infatti, offrono programmi per la prevenzione primaria in relazione ai disturbi muscoloscheletrici, oltre alle tradizionali convenzioni in palestre e centri diagnostici.

Infine, per l'ambito delle relazioni industriali, le aziende notano una frammentazione del sistema di regolamentazione e una mancanza di tutele durante il tempo della malattia. Ciò è dovuto a un esiguo numero di giorni di riposo concessi dalla legge per i trattamenti.

In aggiunta a questo, le associazioni riscontrano che la tutela durante il tempo della malattia è anche ostacolata da una certa inerzia nell'introduzione della flessibilità contrattuale e da una generale mancanza di presenza di sindacati.

Analisi questionari

Partendo dalla dimensione “lavorare prima e dopo la malattia” si osservato che il lavoro ha un valore identitario e sociale, come riportato nel grafico VI, per il 55% dei lavoratori, seguito da un 19% inerente la sfera economica.

Nel Grafico VII si osserva, invece, le forme di tutela utilizzate per non abbandonare il lavoro. Fra le tante menzionate risultano maggiormente utilizzate i permessi per visite mediche (23%). Inoltre, un buon 32% riferisce di aver utilizzato altre tutele, quali: ottenere una variazione di alcuni turni di lavoro e/o il telelavoro.

Grafico VI. Analisi percentuale dimensione “lavorare prima e dopo la malattia”

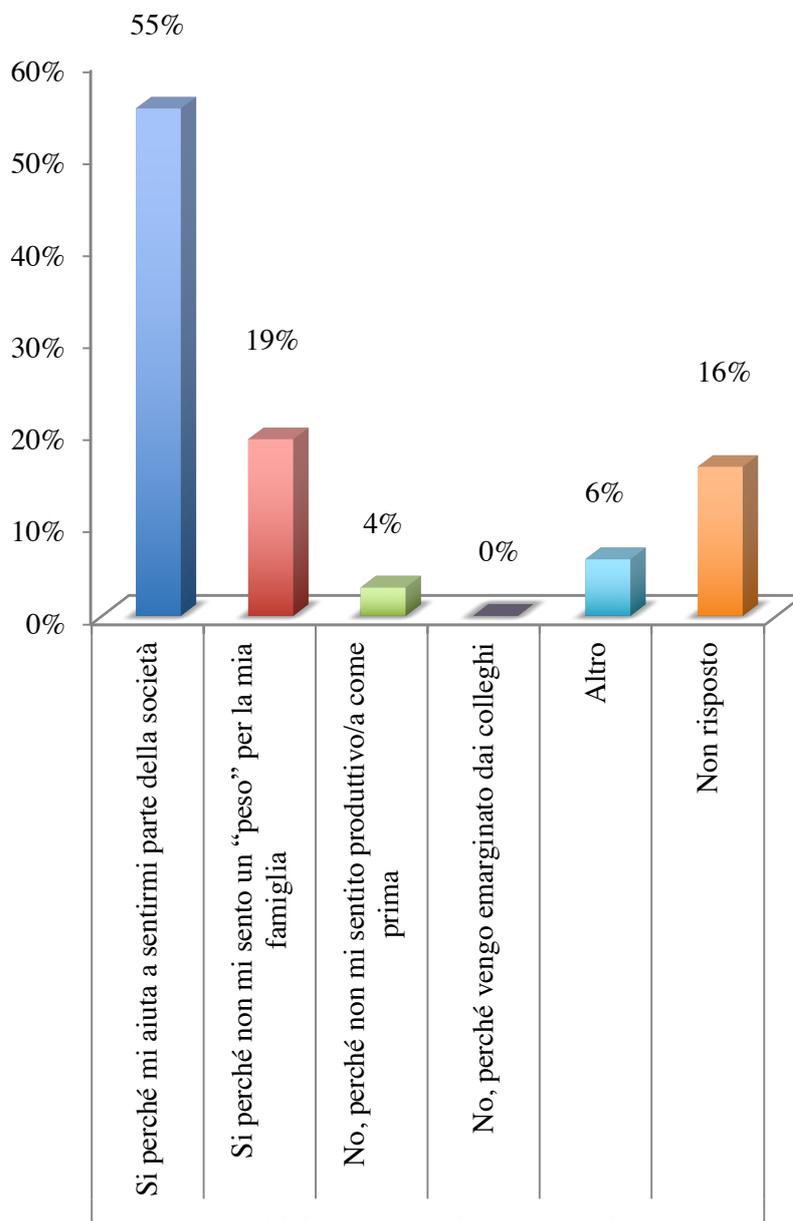
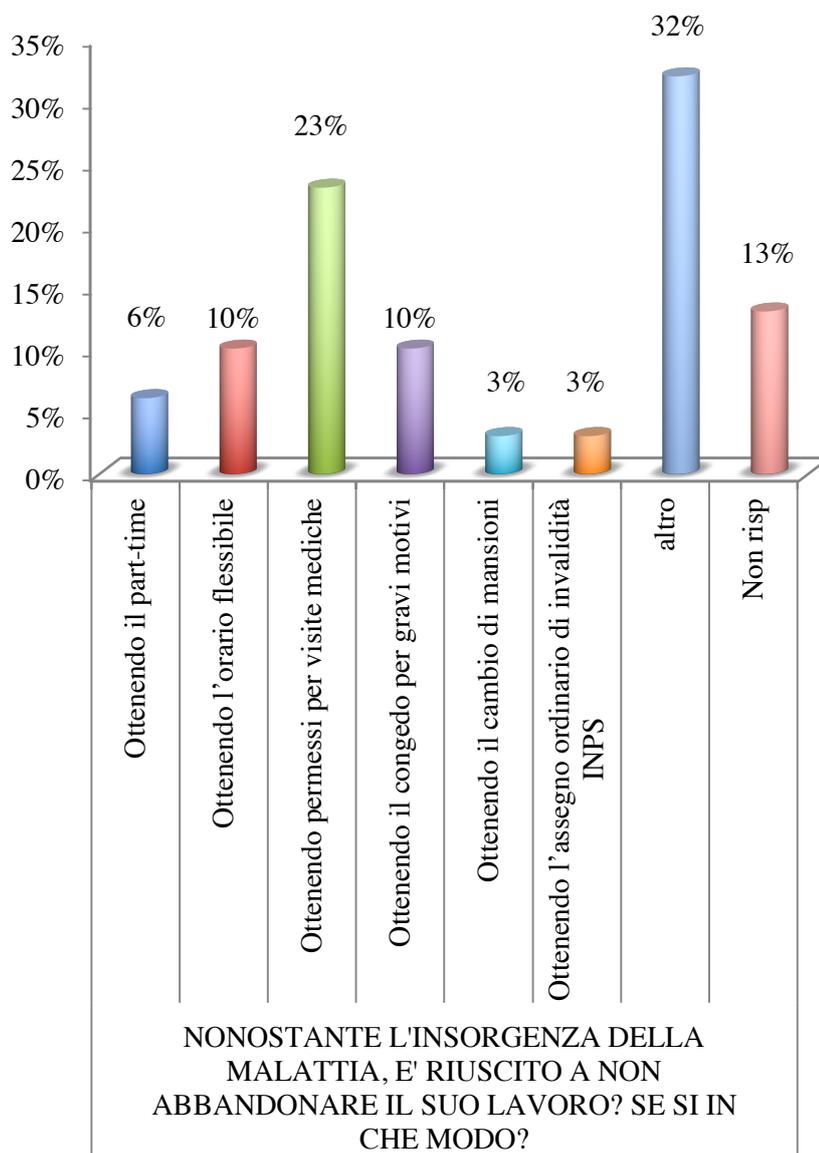
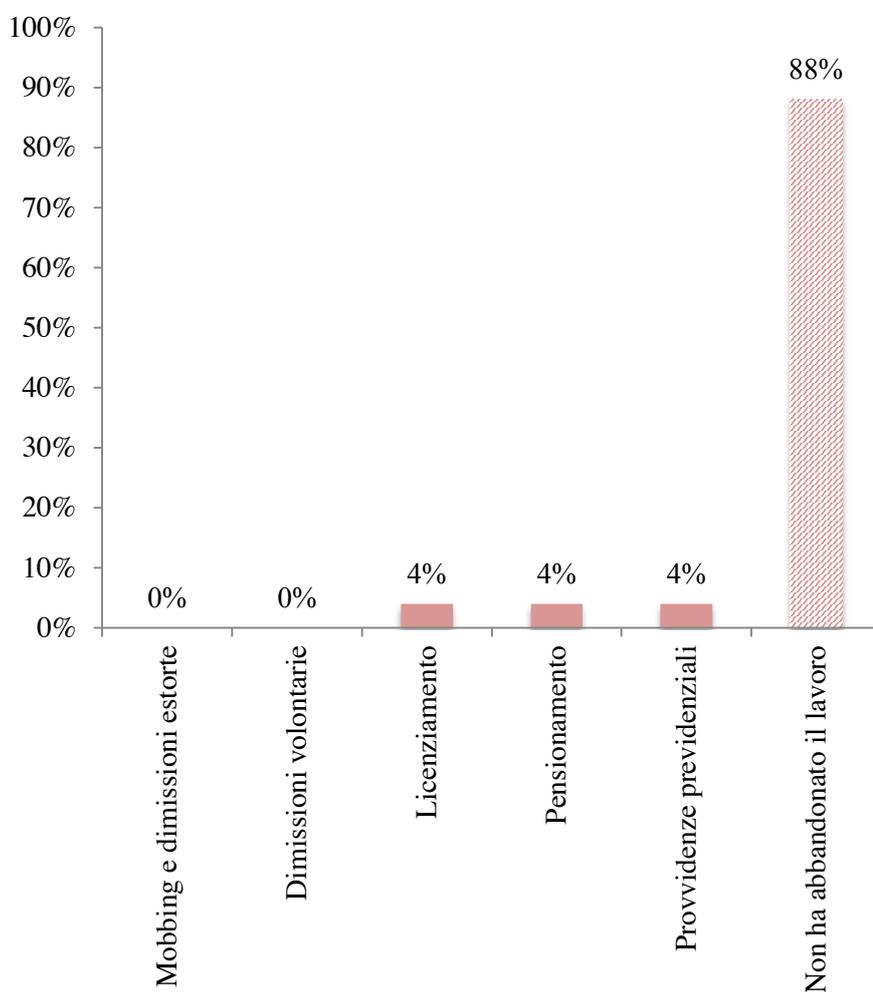


Grafico VII. Analisi percentuale dimensione “lavorare prima e dopo la malattia”



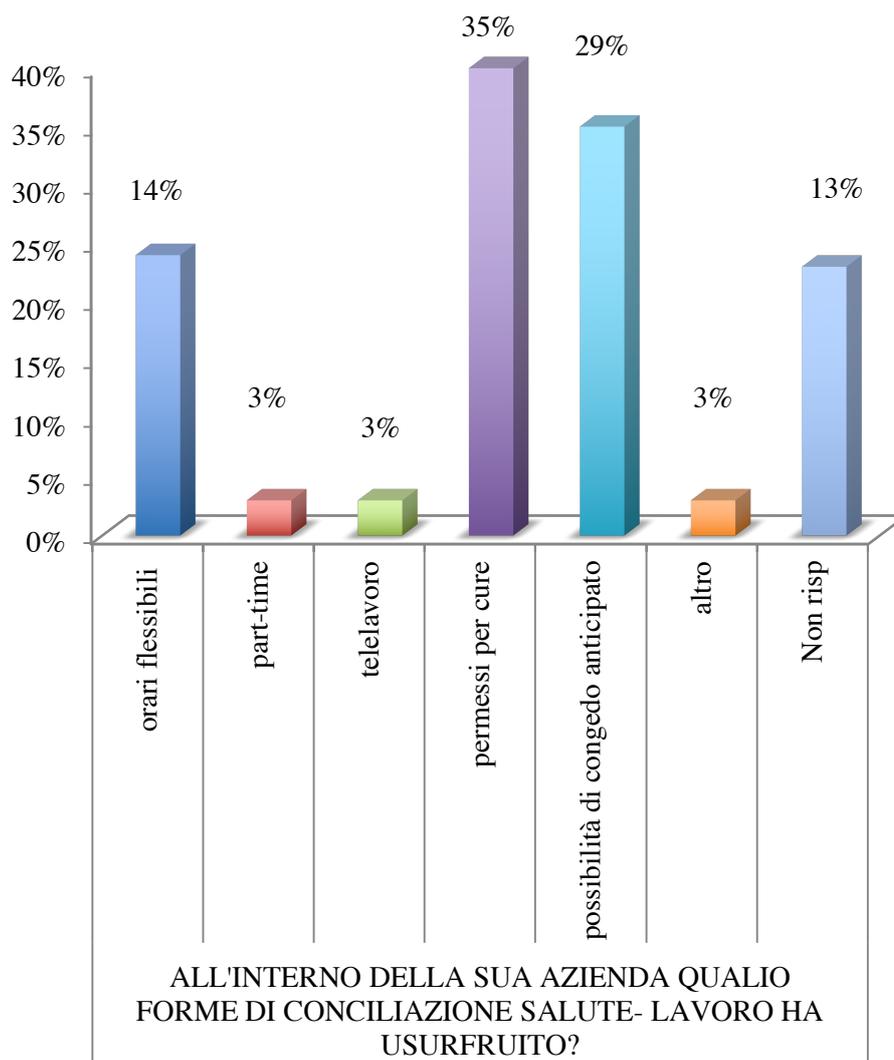
Sempre per questa dimensione, dal grafico VIII, si evidenzia una quasi totalità del campione (88%) che non ha abbandonato il lavoro. Ciò è conferma quanto riportato nel Grafico VI.

Grafico VIII. Analisi percentuale dimensione “lavorare prima e dopo la malattia”



Per la dimensione “conciliazione vita-salute –lavoro” si riscontrano come forme più utilizzate, in questo caso, i permessi per cure (40%) e la possibilità del congedo anticipato (35%). Questo conferma quanto riportato nel grafico VII.

Grafico IX. Analisi percentuale dimensione “conciliazione vita-salute – lavoro”



In riferimento ad altri strumenti utilizzati, oltre quelli menzionati nel grafico IX, i lavoratori dichiarano anche di aver usufruito di cambi mansione che permettono di svolgere differenti orari lavorativi.

Per quel che concerne i programmi aziendali di prevenzione e promozione alla salute, il 24% del campione ha partecipato a iniziative alimentari nelle mense e il 4,19% ritiene che i programmi siano utili per ridurre i costi sanitari che il dipendente dovrebbe spendere per la propria malattia o per prevenirla.

Tutto ciò è ben rappresentato dal grafico X che evidenzia come il 65% del campione ritiene che questi programmi siano informativi sulle conseguenze che le malattie possono provocare.

Infine, per la dimensione “Relazioni industriali”, come evidenziato dal grafico XI, le persone si sono rivolte alle associazioni no profit e in misura minore ai sindacati. Per il 19% che ha risposto “Altro”, si sono rivolti al CAAF o all’ASL di competenza, ottenendo supporto psicologico e servizi di informazione.

Grafico X. Analisi percentuale dimensione “Programmi aziendali di prevenzione e promozione alla salute”

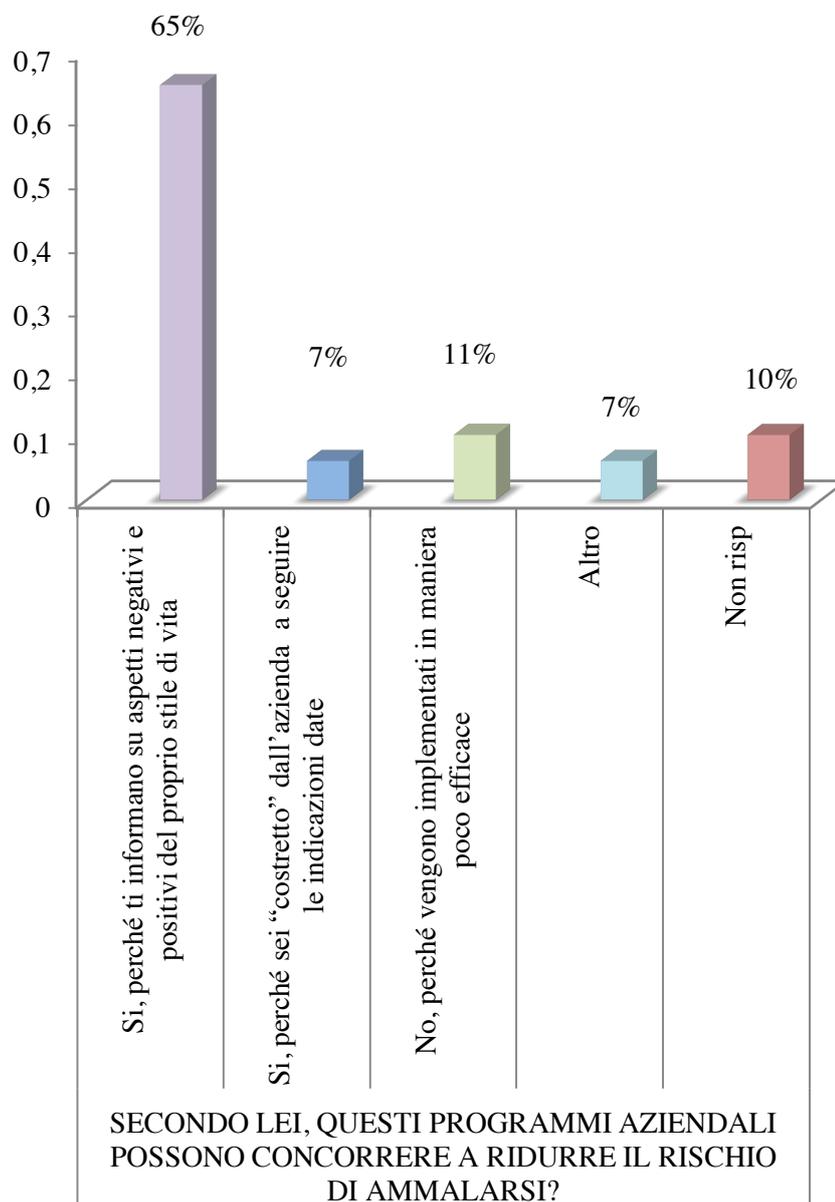
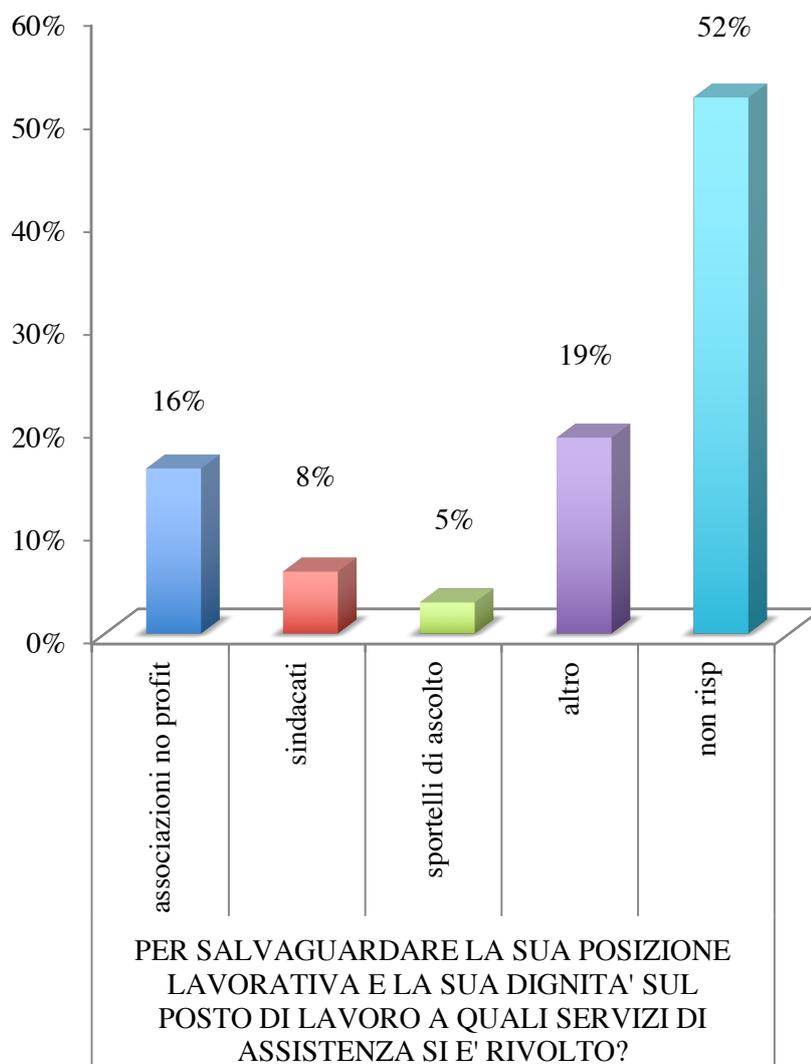


Grafico XI. Analisi percentuale dimensione “Relazioni industriali”



3.1.1.4 Discussione

La tematica oggetto di indagine è stata trattata molto limitatamente fino ad oggi non permettendo un adeguato confronto critico dei risultati ottenuti, auspicabile invece in futuro.

Nonostante ciò si evidenziano alcuni gap sul fenomeno in oggetto. In primo luogo, tutti i partecipanti riscontrano, ancora oggi, **pregiudizi e stigma** nei confronti di talune malattie croniche e, con riferimento alle fasce di popolazione più vulnerabili, anche atteggiamenti discriminatori più o meno evidenti che, talvolta, sfociano in forme sistematiche di vessazione (mobbing).

Inoltre, a causa della necessità di un cambio di paradigma che consideri le capacità delle persone piuttosto che le loro disabilità, l'avvio di politiche attive per il ritorno e/o il reinserimento al lavoro sono di difficile implementazione.

Tutto questo è contestualizzato in un **quadro normativo frammentato e lacunoso**, in cui è vigente il bisogno di adattamenti contrattuali relativamente ai tempi di lavoro e, più in generale, alle modalità di esatto adempimento degli obblighi contrattuali.

Emerge chiaramente l'assenza dei sindacati dal momento che si presentano con una impostazione puramente difensiva rispetto agli effetti della malattia cronica sulla forza-lavoro, ignorando sia le profonde modificazioni del lavoro, frutto dei cambiamenti non solo tecnologici ma anche demografici e organizzativi, sia il valore terapeutico del lavoro per taluni lavoratori.

Appare evidente **il significato riabilitativo del lavoro** che, oltre a colmare un bisogno economico, riesce a far sentire queste persone utili per la società e per la propria famiglia, distogliendoli dalle preoccupazioni della malattia.

Altro aspetto importante è rappresentato **dall'utilizzo ed efficacia dei programmi di prevenzione e promozione alla salute.**

Essi sono considerati importanti e utili ai fini dei cambiamenti demografici della forza-lavoro, anche come supporto sussidiario alle mancanze del sistema sanitario nazionale in riferimento alla reperibilità delle cure e dei trattamenti.

Si riscontra, in particolar modo, il forte valore sociale del terzo settore attraverso campagne e iniziative sul tema.

Dal quadro emerso, possiamo affermare, pertanto, che, qualora si arrivi a capire che tutte le variabili menzionate sono responsabili della decisione, da parte del datore di lavoro e del sistema di welfare, di mettere in campo politiche attive di conciliazione, che mettano al centro la persona e i suoi bisogni, opportunità occupazionali e di (ri)qualificazione professionale nei confronti di dipendenti con patologie croniche, si potrà in futuro cercare di agire per migliorare l'esperienza della malattia e il rapporto con la propria realtà professionale.

3.2 L'importanza del fattore *setting* nelle iniziative di wellness at work

Come menzionato nel paragrafo antecedente, un'efficace strategia di promozione della salute e del benessere passa attraverso la realizzazione di una serie di azioni promozionali dirette a migliorare la tutela e la prevenzione della salute in tutti gli ambienti di lavoro.

Il Glossario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce tale assunto come approccio per "setting", ossia basato sul luogo o sul contesto sociale in cui le persone si impegnano in attività quotidiane in cui i fattori

ambientali, organizzativi e personali interagiscono tra loro per influenzare la salute e il benessere.

Questo approccio si è dimostrato particolarmente efficace nel caso del setting “ambiente di lavoro” per favorire il WHO-Europe Action Plan NCD 2012–2020 che ha individuato anche un network di riferimento: il “Workplace promotion – WHP”.

The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) ha eseguito una serie d’importanti iniziative europee negli ultimi dieci anni per la promozione della salute sul luogo di lavoro.

L’obiettivo è di promuovere la salute, adattando il lavoro alla malattia cronica, sia attraverso la conservazione del posto di lavoro sia sostenendo il ritorno al lavoro.

L’ENWHP cerca di creare una cultura favorevole alla promozione della salute, fornendo sia una guida sia una serie di strumenti che permettono ai datori di lavoro di gestire al meglio i dipendenti con una malattia cronica⁽²⁶⁾.

L’ambiente di lavoro è stato, inoltre, ricompreso anche all’interno delle strategie nazionali con il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) 2014-2018 del Ministero della Salute⁽²⁷⁾, quale *setting* strategico utile per contribuire al raggiungimento del macro-obiettivo «ridurre il carico prevenibile ed evitabile di morbosità, mortalità e disabilità delle MCNT⁽²⁸⁾» attraverso il contrasto dei fattori di

⁽²⁶⁾ Cfr. L’iniziativa è consultabile al sito http://www.enwhp.org/enwhp_initiatives/9th-initiative-ph-work.html

⁽²⁷⁾ Cfr. Approvato con Intesa del 13 novembre 2014 Rep. n. 156/CSR.

⁽²⁸⁾ Cfr. Con l’acronimo MCNT si intende malattie croniche non trasmissibili quali: malattie cardiovascolari, tumori, patologie respiratorie croniche e diabete.

rischio individuati – fumo, consumo dannoso di alcol, alimentazione non corretta, sedentarietà.

Nel dettaglio, il quadro logico centrale del PNP prevede, con riguardo all'ambiente di lavoro, lo sviluppo di programmi/interventi integrati per i quattro fattori di rischio e condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e datori di lavoro, volti a favorire l'adozione di comportamenti sani, attivando reti e Comunità Locali (EELL, Associazioni, Medici competenti, ecc.).

In aggiunta, il Piano prevede la “Promozione di programmi di miglioramento del benessere organizzativo e prevenzione dei rischi da incongruenze organizzative e da stress lavoro correlato e attenzione alle categorie di lavoratori con rapporti di lavoro non stabile” e il “Sostegno a programmi di valorizzazione delle capacità lavorative residue dei lavoratori con postumi di infortunio o affetti da patologie da lavoro o comunque da gravi malattie cronicodegenerative”.

Di ugual importanza risultano le azioni previste, ad esempio, dal Piano regionale della Regione Emilia Romagna, Veneto e Lombardia.

La Regione Emilia Romagna, attraverso il programma *Setting lavoro*, prevede azioni dirette alla riduzione dei tassi di frequenza infortunistica con particolare riguardo agli infortuni gravi e mortali, nonché azioni dirette all'emersione del fenomeno tecnopatico e alla promozione della salute e del benessere sul luogo di lavoro.

La Regione Veneto prevede l'identificazione del target *ambiente di lavoro* attraverso il monitoraggio della normativa sul fumo integrato con interventi di promozione della salute, prevalentemente attraverso attività di formazione,

sensibilizzazione, monitoraggi e le iniziative per la promozione di stili di vita sani nei vari ambienti coinvolgendo i diversi soggetti della comunità.

La Regione Lombardia ha declinato le proprie attività in 13 programmi di cui uno dedicato all'ambiente di lavoro/lavoratore, rispettivamente in termini benessere organizzativo legato alla salute, ovvero il programma 1 (Rete WHP Lombardia) è stato sviluppato già nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione 2010 – 2013 e ha visto il coinvolgimento – accanto ai Dipartimenti Prevenzione Medici - della rete dei servizi socio-sanitari (Cfr. L. Casano, F. Silvaggi, 2014).

Il progetto si prefigge l'obiettivo di creare un quadro di riferimento e di supporto metodologico per le aziende che intendono attuare iniziative di Workplace Health Promotion (WHP). Il progetto contempla sei aree cruciali per la promozione della salute, quali: alimentazione corretta, attività fisica, contrasto al fumo attivo e passivo, sicurezza stradale e mobilità sostenibile, ambienti di lavoro senza alcol e benessere personale e sociale.

Infine, nel 2013, è stato istituito un programma di prevenzione alla salute promosso dal Ministero della Salute *Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari*. Esso è costituito da attività di comunicazione e azione per ridurre il consumo di sigarette, di alcol, di bevande e di alimenti troppo calorici, promuovendo l'attività fisica.

È un potente investimento per ridurre, da un lato, l'incidenza delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, dall'altro, consentire ai cittadini

di scegliere se essere, o tornare a essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio⁽²⁹⁾.

Oltre al particolare interesse delle Regioni alle azioni di sensibilizzazione e promozione di interventi per l'aumento del benessere organizzativo da parte dei datori di lavoro, da diversi anni, si riscontra il trend che vede il *welfare* privato allargare il proprio ambito di applicazione integrando – e talvolta sostituendo - il *welfare* pubblico.

Il rapporto sul Secondo *welfare* in Italia nel 2014, con riferimento alle imprese manifatturiere, dei servizi e del commercio, ha evidenziato che le iniziative di *welfare* hanno riguardato per la maggior parte dei casi gli ambiti della sicurezza e igiene dei luoghi di lavoro, seguiti dalle attività di formazione professionale e di aggiornamento per i dipendenti e da misure finalizzate alla flessibilizzazione dell'orario in ottica di conciliazione fra i tempi di vita e di lavoro⁽³⁰⁾.

In ottica comparata, è nei paesi anglosassoni che il tema del benessere organizzativo ha assunto una connotazione maggiormente legata al benessere fisico e psicologico dei dipendenti, probabilmente anche a fronte delle differenze esistenti alla base dei sistemi di *welfare* pubblico.

I datori di lavoro in questi paesi stanno adottando in misura crescente strategie integrate di promozione della salute e di prevenzione, comunemente denominate di *wellness* aziendale.

A riconferma dell'importanza di un approccio olistico al tema della promozione della salute e del benessere sul lavoro, è possibile segnalare l'esperienza

⁽²⁹⁾ Cfr. L'iniziativa è consultabile al sito <http://www.guadagnaresalute.it>

⁽³⁰⁾ Cfr. F. Maino, M. Ferrera, *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi, 2015, pp.43-68.

statunitense del Total Worker Health Strategy, una strategia promossa dal National Institute for Occupational Safety & Health, fornendo strumenti (linee guida, metodologie, ecc.) per valutare e gestire i rischi per la salute dei propri dipendenti.

L'esperienza comparata conferma che l'offerta di interventi di wellness aumenta con l'aumentare della dimensione aziendale, a fronte della maggiore disponibilità di risorse e della maggiore capacità di monitorare e raccogliere i dati e quindi di razionalizzare l'investimento effettuato.

3.3 Il livello di benessere delle organizzazioni: indagini e report in materia

In questi anni, con la crescente attenzione al tema del benessere nel luogo di lavoro, si sono diffusi nuovi strumenti, quali report e classifiche sulle organizzazioni, non appartenenti alla letteratura scientifica di riferimento⁽³¹⁾, che hanno l'obiettivo di sintetizzare il livello di benessere caratteristico di un'organizzazione.

Fra i tanti, il Rapporto di Staying@Work del 2013/2014⁽³²⁾ rappresenta la prima ricerca mondiale, in assoluto, sul tema del benessere e della produttività dei dipendenti. Gli 80 partecipanti europei all'indagine (il 9% sul totale dei partecipanti a livello mondiale) hanno fornito spunti interessanti per l'approfondimento delle tematiche emergenti in quest'area riguardanti la promozione del benessere e della salute dei dipendenti.

⁽³¹⁾ Cfr. Per un approfondimento sugli strumenti di misura tradizionali si consulti la prima sezione del capitolo 2 del presente elaborato.

⁽³²⁾ Cfr. Tower Watson, *Indagine Staying@Work-salute e produttività dei dipendenti in Europa*, 2013/2014, pp.4-16.

A livello europeo, quasi tutti i partecipanti hanno indicato i medesimi tre fattori di rischio legati allo stile di vita, ovvero stress, obesità e scarsa attività fisica.

Per l'Italia, l'indagine ha rilevato che i principali elementi che le aziende italiane percepiscono come fonte di stress, moderata o elevata, per i propri dipendenti sono la difficoltà a conciliare lavoro e vita privata a causa di eccessivi carichi o orari di lavoro (76%), la presenza di uno staff insufficiente con conseguente mancanza di supporto e disorganizzazione (71%), le situazioni di incertezza collegate ad aspettative dell'azienda non chiare o contrattuali (71%), le retribuzioni basse (58%) e la paura di perdere il posto di lavoro (51%).

Tra le azioni di supporto offerte nel 2013 dalle aziende italiane vi sono: il sostegno alle donne durante la maternità e successivamente alla nascita dei figli (36%), i servizi di asilo nido attraverso delle strutture onsite o tramite il convenzionamento sul territorio (50%) e delle forme di flessibilità del luogo di lavoro (34%).

Analizzando il fenomeno da un punto di vista generale, si rilevano alcuni elementi comuni in diversi report che sono la base per ottenere un elevato livello di benessere organizzativo.

Come primo aspetto, l'allestimento dell'ambiente di lavoro, che oltre ad avere le caratteristiche necessarie per prevenire gli infortuni ed i rischi professionali e ad assolvere agli obblighi di legge in materia di salute e sicurezza, deve essere rigorosamente salubre, confortevole ed accogliente.

In tal senso si intende che si debbano garantire le fondamentali regole di igiene e si risponda alle esigenze lavorative dei dipendenti, ponendo particolare

attenzione sia alla gradevolezza estetica dell'ufficio sia alla pulizia dell'ambiente.

Altro aspetto fondamentale è quello relativo alla direzione strategica ed allo stile manageriale, connesso al perseguimento di obiettivi espliciti e chiari, coerenti tra enunciati e prassi operative⁽³³⁾. Il vertice dell'organizzazione deve infatti formulare in maniera chiara gli obiettivi da raggiungere, comunicandoli efficacemente ai dipendenti.

In tale prospettiva è necessario che la direzione non contraddica nei fatti e nella operatività quotidiana quanto deciso, regolamentato e condiviso. Occorre quindi porre particolare attenzione al riconoscimento ed alla valorizzazione delle competenze e degli apporti dei dipendenti, stimolandone nuove potenzialità.

Fondamentale diventa il riconoscimento delle caratteristiche individuali e le annesse diversità dei contributi lavorativi.

Importante è, infine, porre attenzione alle dinamiche sociali che nascono e si sviluppano all'interno degli uffici, soprattutto con riferimento ai rapporti che si instaurano tra colleghi, impegnandosi nella risoluzione delle conflittualità manifeste o implicite.

Accanto a questi strumenti, si sono diffusi alcune misure di *welfare* aziendale, utilizzate per indagare la capacità delle imprese a progettare o meno iniziative di *wellness*.

Il Welfare Index PMI, promosso da Generali Italia, con la partecipazione di Confagricoltura e Confindustria e con il patrocinio della Presidenza del

⁽³³⁾Cfr. Si consultino le interviste della rubrica ADAPT, *Qualche domanda al Personale* al sito <http://www.bollettinoadapt.it/rubriche/interviste/qualche-domanda-sul-personale/>

Consiglio dei Ministri, è stato recentemente presentato all'interno del primo Rapporto nazionale 2016 sul *welfare* nelle piccole e medie imprese, una ricerca condotta su 2.140 aziende operanti nei tre settori produttivi dell'industria, del commercio e servizi e dell'agricoltura.

Questo indice valuta il livello di *welfare* aziendale nelle piccole e medie imprese italiane ed è sinteticamente espresso con un numero che rappresenta la classificazione dell'azienda, rispetto a un valore massimo pari a 100, ricavato dall'analisi di 3 fattori quali l'ampiezza ed il contenuto delle iniziative attuate per ognuna delle aree del *welfare* aziendale, il modo con cui l'azienda coinvolge i lavoratori e gestisce le proprie scelte di *welfare*, l'originalità delle iniziative e la loro particolarità nel panorama italiano. (Cfr. Comunicato Stampa, 2016).

La *Top Employers Certification*⁽³⁴⁾ è una certificazione che viene rilasciata annualmente dal Top Employers Institute alle aziende che raggiungono gli standard più alti nell'ambito delle condizioni di lavoro offerte ai propri dipendenti. Per il conseguimento di tale riconoscimento le organizzazioni interessate devono provvedere alla propria iscrizione al processo di selezione e partecipare alla HR Best Practice Survey, definita come approfondita e dettagliata analisi dell'ambito aziendale a livello di gestione delle Risorse Umane. Questa prima ricerca esamina in modo critico la gestione del personale e le condizioni di lavoro dei dipendenti, analizzando e valutando l'azienda in termini di attuazione delle politiche di gestione HR, strategie in atto, monitoraggio, comunicazione interna ed esterna, condizioni di lavoro, opportunità di crescita e sviluppo.

⁽³⁴⁾ Cfr. Per approfondimenti consultare il sito <http://www.top-employers.com/it/>

Nel 2015, Welfare Company in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, ha promosso una ricerca che ha avuto come obiettivo quello di evidenziare come le aziende socialmente più responsabili abbiano implementato un numero di servizi di *welfare* aziendale. L'indagine è stata condotta nel mese di febbraio 2015 ed ha coinvolto un gruppo di 100 manager HR aderenti all'Associazione di Direttori delle Risorse Umane GDP, provenienti da aziende multinazionali con oltre 500 dipendenti, situate prevalentemente nel Nord Italia⁽³⁵⁾.

Fra le proposte che sono emerse da quest'indagine, si rilevano: 1. ampliamento del tipo di bisogni a cui i servizi di *welfare* possono rispondere; innalzamento dell'attuale valore di deducibilità dei costi sostenuti dall'impresa, con riferimento agli oneri di utilità sociale previsti dall'art.100 del TUIR; stabilizzazione di un plafond massimo in cui comprendere tutti i benefit aziendali di *welfare*.

La classifica Best Workplace Italia⁽³⁶⁾, invece, viene stilata a seguito della compilazione di un questionario sottoposto all'attenzione dei dipendenti delle aziende partecipanti e prevede l'analisi delle organizzazioni che presentano ambienti di lavoro eccellenti. Il processo di valutazione mette in evidenza come un buon ambiente di lavoro sia caratterizzato da tre relazioni fondamentali quali la fiducia reciproca con il management aziendale, il rapporto di orgoglio per il proprio lavoro e per l'organizzazione di cui si fa parte e la qualità dei rapporti con i colleghi. A loro volta le tre relazioni si sviluppano in 5 dimensioni: la Credibilità, il Rispetto e l'Equità che misurano la fiducia dei dipendenti nei loro

⁽³⁵⁾ Cfr. Welfare Company, *Il futuro del welfare aziendale*, 2015, pp.1-3.

⁽³⁶⁾ Cfr. Per approfondimento consultare il sito <http://www.greatplacetowork.it>

manager, nonché l'Orgoglio e la Coesione, che mirano invece a valutare il rapporto dei dipendenti con il loro lavoro e la loro azienda.

La classifica comprende tre diverse categorie che distinguono le Large Companies, dalle Medium Companies e dalle Small Companies.

Capitolo IV

CASI AZIENDALI

Sommario: Premessa – **4.1.** Il wellness at work tra cambiamenti demografici e malattie croniche: il caso IKEA – **4.1.1** Il nuovo contratto integrativo in IKEA ITALIA RETAIL SRL: l’inclusione di attività di prevenzione e promozione alla salute – **4.2** Altre realtà aziendali: Eni S.p.A. e la promozione della salute - 4.2.1 Eni S.p.A. e AIMaC insieme nel progetto “Una rete solidale per attuare le norme a tutela dei lavoratori malati di cancro sui luoghi di lavoro”

Premessa

Ai fini della realizzazione del presente lavoro di ricerca è stata adottata la metodologia del c.d. “*case-study*”⁽³⁷⁾.

In modo particolare, l’analisi del primo *case study* si è sviluppata attraverso diverse metodologie, rappresentate per lo più dall’osservazione partecipante e da un esame documentale delle varie attività aziendali inerenti i processi e le tematiche di *health&safety*.

Tutto ciò è stato reso possibile dalla mia permanenza di sei mesi, durante il secondo anno di dottorato, all’interno dell’area *Work Environment*, funzione che ha l’obiettivo di contribuire alla realizzazione di un *Great Place to Work*.

Durante questo periodo ho avuto modo di partecipare attivamente alla vita organizzativa e alle diverse attività quotidiane di competenza dell’Area di

⁽³⁷⁾ Cfr. Questa metodologia è stata definita da Robert K. Yin come: «uno studio empirico che indaga un fenomeno sociale entro il suo contesto di vita reale quando i confini fra fenomeno e contesto non sono chiaramente evidenti e nel quale vengono utilizzate molteplici fonti per ricercare delle evidenze» in R.K. Yin, *Case studies research: design and methods*, Newbury Park, Sage Publishing, 1989, 23.

mio inserimento nonché di assistere alla creazione di nuovi piani di lavoro sui temi del benessere della persona in termini di prevenzione con pianificazione di iniziative di supporto.

Per il secondo caso riportato, il lavoro di ricerca è stato svolto, durante il primo anno di dottorato, presso l'Associazione Italiana Malati di Cancro, Parenti e Amici (d'ora in poi AIMaC) attraverso un periodo di *intership* di 6 mesi.

In modo particolare, questo periodo di ricerca si è caratterizzato dallo studio qualitativo dei fattori che incidono sulla azienda e sui dipendenti a causa degli effetti psico-fisici, benessere personale e professionale della persona affetta da patologia oncologica nonché a ricercare le migliori soluzioni di garanzia, orientamento ed inserimento di tali dipendenti.

Ciò è stato reso possibile dall'analisi/studio di alcune collaborazioni di AIMaC con realtà aziendali, fra le più significative, quella con Eni Spa.

L'obiettivo che ci si propone è di valutare e analizzare le strategie di prevenzione e promozione alla salute attivate dalle imprese per gestire i cambiamenti della forza-lavoro in termini demografici e, conseguentemente, il loro impatto sulla stato di salute.

I risultati di tale ricerca vanno a completare l'analisi quali e quantitativa svolta nel precedente capitolo.

4.1 Il wellness at work tra cambiamenti demografici e malattie croniche: il caso IKEA

IKEA viene fondata nel 1943 da Ingvar Kamprad, utilizzando un premio ricevuto dal padre per il suo impegno allo studio.

Il nome è l'acronimo tra le sue iniziali e la fattoria e il villaggio dove Ingvar era cresciuto.

Dapprima IKEA vende penne, portafogli, orologi e tutto ciò che la gente aveva bisogno a prezzi ridotti; nel 1951 venne pubblicato il primo catalogo IKEA e nel 1953 viene aperto il primo centro espositivo in Svezia.

Il 1956 fu l'anno in cui IKEA concretizzò la sua idea vincente: la progettazione di mobili da poter essere imballati in pacchi e montati dai clienti.

Alla fine del 2009, IKEA vanta ben 267 negozi in 25 paesi e 123.000 collaboratori con un fatturato di 21,5 miliardi di euro. Numeri che in questi anni hanno visto un'enorme crescita.

La visione di IKEA delle risorse umane, che pone le basi per favorire un adeguato wellness at work e promuovere il chiaro impegno reciproco delle parti dal momento dell'assunzione a quello dello sviluppo in azienda, è racchiusa in questo capoverso: «La nostra idea delle risorse umane è dare a persone schiette e oneste la possibilità di crescere sia sul piano individuale sia su quello professionale, in modo da creare insieme una vita quotidiana migliore per noi stessi e per i nostri clienti».

IKEA, difatti, si impegna a migliorare la qualità di vita delle persone e dell'organizzazione attraverso una serie di attività rivolte a: istituire una serie di benefit e servizi alla persona; diffondere una cultura di organizzazione del lavoro finalizzata allo sviluppo e valorizzazione delle persone; e, infine, a

implementare sistemi sofisticati di gestione delle persone per favorire il miglioramento individuale.

Un esempio di buona prassi è rappresentato dall'IKEA di Cardiff, una delle 12 sedi presenti in Gran Bretagna, che ha collaborato strettamente con il programma inglese che sostiene e realizza opportunità di lavoro, il *Jobcentre Plus*, con l'obiettivo di analizzare i metodi di reclutamento e ridefinire i processi al fine di agevolare l'assunzione di una forza lavoro diversificata dal punto di vista dell'età ed acquisire quindi un ambiente di lavoro equilibrato, consapevole che il *know-how* della forza lavoro più anziana possa apportare beneficio e profitto agli affari, nonché un sostegno per i collaboratori più giovani.

Allo stesso modo, anche in Danimarca, succede qualcosa di simile, laddove però le politiche di *Age Management* sono più orientate verso la promozione della salute dei lavoratori anziani, fornendo alcuni benefit inseriti nel piano di *welfare* aziendale.

Tra i tanti, una copertura assicurativa sanitaria che include terapie riabilitative in cliniche private per agevolare il recupero veloce e il ritorno sul posto di lavoro dopo una malattia e un'iniziativa che promuove le giuste posture per il lavoro in piedi, seduti e per il corretto sollevamento di pesi.

Ciò è reso possibile dalla profonda consapevolezza di IKEA sul valore delle competenze interprofessionali dei *senior*, come una qualità aggiunta utile a migliorare il rapporto del lavoratore anziano con i clienti.

In termini di cambiamenti demografici, anche in IKEA ITALIA, si osserva ⁽³⁸⁾ un andamento dei *co-workers*⁽³⁹⁾ over 45 in aumento nel corso degli ultimi anni, arrivando attualmente al 24,98%.

Correlato a questo dato, allarmanti risultano anche i numeri inerenti le ore di malattie sulle ore lavorate che sono aumentate, negli ultimi quattro anni di attività, al 3,6%.

L'impegno da parte dell'Azienda nell'affrontare tale evento è quello di utilizzare un approccio inclusivo e garantista, dando la possibilità, per chi è affetto da patologie croniche, di conciliare i tempi di cura con i tempi di lavoro e di creare delle partnership con associazioni che offrono supporto legale-psicologico ai malati e alle loro famiglie.

Non mancano, però, iniziative di prevenzione alla salute per i dipendenti. L'Azienda, infatti, essendo associata a Federdistribuzioni⁽⁴⁰⁾, dispone della Cassa Previass II⁽⁴¹⁾ che, attraverso un Piano Sanitario, garantisce ai dipendenti prestazioni mediche, inclusi check-up di prevenzione, erogati secondo due regimi: assistenza sanitaria diretta⁽⁴²⁾ e/o assistenza sanitaria rimborsuale⁽⁴³⁾.

⁽³⁸⁾ Cfr. Per approfondimento si consulti il Report al seguente link http://www.ikea.com/ms/it_IT/media/pdf/2016/sostenibilita/IKEA-report-sostenibilita-2015.pdf pagg. 61-64.

⁽³⁹⁾ Cfr. Il termine *co-workers* viene usato nel gergo aziendale con significato di dipendente

⁽⁴⁰⁾ Cfr. Associazione che rappresenta le aziende della Distribuzione Moderna Organizzata (DMO) presso le sedi politiche, istituzionali e sindacali a livello europeo, nazionale e locale. Per approfondimento si consulti il sito al seguente link <http://www.federdistribuzione.it/index.php>

⁽⁴¹⁾ Cfr. Per approfondimento si consulti il sito al seguente link <http://www.federdistribuzione.rbmsalute.it/index.html#popup1>

⁽⁴²⁾ Cfr. Con il termine *assistenza sanitaria diretta* si intende la possibilità di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate con pagamento diretto alle strutture dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta. In questo caso, l'Assistito non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che superano i limiti tariffari previsti.

⁽⁴³⁾ Cfr. Con il termine *assistenza sanitaria rimborsuale* si intende il riconoscimento agli Assistiti del rimborso per le prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi.

I benefit aziendali vengo considerati, in questo contesto, come strumenti efficaci per andare incontro ai bisogni della persona nelle loro diverse situazioni di vita.

Difatti, rispetto ai valori aziendali, IKEA considera il raggiungimento di un buon wellness at work quando coesistono due aspetti: apertura organizzativa, basata su un'atmosfera di fiducia, laddove i conflitti sono discussi in maniera diretta e dove non si ha timore di parlare degli errori fatti; e, opportunità di prendere decisioni autonome al lavoro, basata su una maggior motivazione e responsabilizzazione della persona.

IKEA, pertanto, nelle sue scelte aziendali nel campo del benessere al lavoro, si è dimostrata volenterosa ad impegnarsi verso il continuo sviluppo e miglioramento di questi aspetti e attraverso questi diffonde modelli organizzativi di successo, rimanendo uno dei luoghi di lavoro maggiormente idoneo nell'attuazione di pratiche riguardanti il wellness at work.

Fra i tanti, la gestione della sicurezza sul lavoro.

Difatti, l'aspetto della sicurezza sul posto di lavoro è una delle prime preoccupazioni dell'azienda. Un vero e proprio reparto (Safety) formato da personale specializzato sulla sicurezza sul lavoro si occupa della formazione dei collaboratori.

Figure particolari come il medico competente e gli altri responsabili controllano continuamente la sicurezza dell'ambiente di lavoro con un impegno nel diffondere consapevolezza e cultura della sicurezza per evitare incidenti e infortuni.

Questo induce i dipendenti ad avere un elevato senso di cittadinanza organizzativa.

Essa infatti sta alla base di comportamenti positivi per l'organizzazione, detti OCB (*Organizational Citizenship Behaviors*), agiti volontariamente dal singolo, senza essere riconosciuti né da un codice normativo, né a livello retributivo.

Questi comportamenti possono attrarre diverse tipologie di azioni, dal sostegno ai colleghi, alla collaborazione in team, dal favorire la diffusione efficace e costruttiva delle informazioni, alla promozione del benessere organizzativo attraverso azioni di supporto ad un clima organizzativo positivo.

4.1.1 Il nuovo contratto integrativo in IKEA ITALIA RETAIL SRL: l'inclusione di attività di prevenzione e promozione alla salute

Nel recente integrativo⁽⁴⁴⁾, siglato a Gennaio 2016, l'Azienda ha esplicitamente menzionato il problema dell'invecchiamento della popolazione, constatando come nel contesto aziendale si sia registrato negli ultimi anni un rilevante incremento della popolazione over 45 e dell'insorgere di malattie croniche, prevedendo un preciso impegno in termini di prevenzione.

Le iniziative in questo senso saranno sviluppate nell'ambito di due possibili tipologie di intervento: a supporto di uno stile di vita sano (no fumo - attività fisica - cibo sano) e a supporto di campagne di informazione/comunicazione/screening tese alla prevenzione delle più diffuse malattie croniche (cardiovascolari - tumori).

⁽⁴⁴⁾ Cfr. Il contratto integrativo è consultabile al seguente link [http://www2.filcams.cgil.it/info.nsf/0/D0BE08DFD5069C77C1257F46003DF232/\\$file/Ikea%20CIA%2021.01.2016.pdf?OpenElement](http://www2.filcams.cgil.it/info.nsf/0/D0BE08DFD5069C77C1257F46003DF232/$file/Ikea%20CIA%2021.01.2016.pdf?OpenElement)

A tal fine l'Azienda e le OO.SS Nazionali valuteranno le iniziative di prevenzione che di anno in anno saranno progettate.

Una di esse, già attuate dall'Azienda, a favore dei *co-workers*, soprattutto quelli affetti da malattie croniche, è l'implementazione di uno strumento di gestione dell'orario di lavoro, il c.d. "T.I.M.E." (Trovare insieme il miglior equilibrio).

Questo tool prevede il coinvolgimento delle persone nella scelta degli orari di lavoro; in altri termini il dipendente può scegliere autonomamente i turni in cui preferisce lavorare tra quelli individuati dal negozio.

La partecipazione a questa nuova gestione dell'orario è volontaria e si realizza attraverso l'adesione individuale e l'accettazione delle Regole Comuni.

In modo particolare, un sistema informatico genera i turni disponibili in ciascun periodo di programmazione (es. due mesi) in base al fabbisogno. Ciascun dipendente indica, sul tabellone messo a disposizione per ciascuna programmazione, i turni in cui preferisce lavorare nel rispetto delle Regole Comuni.

Il sistema T.I.M.E. ottimizza la gestione dei turni di lavoro nell'ottica dell'azienda e del suo personale; conseguentemente migliora la conciliazione tempi di cura con i tempi di lavoro per i *co-workers* che si trovano ad affrontare condizioni di salute cronica o che assistano un familiare malato.

Si tratta di un intervento indubbiamente meritevole e che, tuttavia, risulta ancora incongruente, in ottica integrata e personalizzata sulla singola persona, con quelle minime cognizioni tecniche (mediche, psicologiche e contrattuali) che consentano di esaminare, in modo sufficientemente differenziato, le conseguenze delle diverse patologie croniche sul singolo rapporto di lavoro.

Accanto, infatti, alle esigenze comuni a tutti i malati, esistano specifiche esigenze di conciliazione che variano, anche in modo cospicuo, a seconda della diversa patologia e del tipo di reazione da parte di ogni persona alla malattia e alle relative cure.

Si comprende così come sia fondamentale attuare interventi che siano comprensivi, non solo della gestione interna del lavoro, ma anche di tutti quegli aspetti inerenti gli “adempimenti” contrattuali connessi con interventi medici, formativi, psicologici e di gestione che contraddistinguono una patologia dall'altra.

È evidente, tuttavia, il forte interesse da parte dall'Azienda ad avere una maggiore apertura mentale su questo tema, puntando alla responsabilizzazione della persona con il supporto di sistemi e metodi innovativi.

4.2 Altre realtà aziendali: Eni S.p.A. e la promozione della salute

In riferimento alle aziende più virtuose nell'ambito della promozione della salute, Eni S.p.A. si è rivelata un'azienda molto impegnata su questo tema.

Eni è l'acronimo di Ente Nazionale Idrocarburi, azienda multinazionale creata dallo Stato Italiano come ente pubblico e convertita in società per azioni. Attiva nei settori del petrolio, del gas naturale, della petrolchimica, della produzione di energia elettrica, dell'ingegneria e costruzioni.

Nel 2015 vanta in totale 28.246 dipendenti di cui 7.254 donne con il 57,66% di dipendenti italiani⁴⁵.

⁽⁴⁵⁾Cfr. Sustainability Report, Eni for 2015.

Sui temi della salute, l’Azienda ha realizzato spazi dedicati ai temi della salute nell’intranet aziendale, “Promozione Salute”, dove vengono pubblicati approfondimenti e fornite indicazioni sui corretti stili di vita e di alimentazione, sull’uso dei farmaci e sulle corrette posture da assumere durante il lavoro.

Attraverso questo canale è stata lanciata la campagna di comunicazione sui corretti stili di vita “Eni wellness program” che mira a stimolare e incoraggiare tutti i dipendenti Eni a migliorare il proprio benessere attraverso l’adozione di sane e semplici scelte quotidiane e il programma principale Myto, “my trainer on line” un programma interattivo e personalizzato per il benessere psicofisico.

Con Myto i dipendenti hanno a disposizione non solo un programma di attività calibrato dagli esperti delle Federazioni sportive ma anche una serie di servizi a supporto⁽⁴⁶⁾.

Sono stati, inoltre, realizzati anche progetti di prevenzione oncologica, come il programma, “Previeni con Eni”, partito nel 2013 in via sperimentale su tre sedi in Italia (Genova, Brindisi e Ravenna), in collaborazione con la LILT⁽⁴⁷⁾ ed esteso poi su tutto il territorio nazionale.

Esso include l’attuazione di screening approfonditi volti a individuare in fase iniziale l’insorgere di gravi patologie oncologiche.

Altro tema sulla promozione della salute è quello relativo alla gestione dello stress lavoro-correlato.

⁽⁴⁶⁾Cfr. L. Marotti, M. C. Petroni, *La Promozione della Salute in Eni*, Bollettino ADAPT del 24 ottobre 2012.

⁽⁴⁷⁾Cfr. Lega italiana per la lotta contro i tumori

Nel 2011, l’Azienda ha realizzato, con il supporto del Centro Specialistico di Psicologia e Psicoterapia FerrariSinibaldi, lo strumento più diffuso di valutazione dei rischi stress, Wsrq Pro⁴⁸.

Eni infatti è consapevole dell’importanza e della complessità della gestione dei rischi stress lavoro correlati, diffondendo una cultura della gestione dei rischi psicosociali in grado di generare un significativo aumento della sicurezza e del benessere dei lavoratori.

Come nel caso studio precedentemente descritto, l’Azienda si dimostra operosa ad investire nella forza-lavoro, dando ampio spazio a iniziative di benessere, soprattutto inerenti la salute.

4.2.1 Eni S.p.A. e AIMaC insieme nel progetto “Una rete solidale per attuare le norme a tutela dei lavoratori malati di cancro sui luoghi di lavoro”.

Come menzionato nel paragrafo precedente, Eni ha lavorato anche nel campo della prevenzione oncologica.

Emblema di questo impegno è rappresentato da un progetto “Una rete solidale per attuare le norme a tutela dei lavoratori malati di cancro sui luoghi di lavoro” in collaborazione con AIMaC.

L’obiettivo del progetto è stato quello di promuovere a livello aziendale la conoscenza delle azioni di sostegno a favore dei malati di tumore e dei loro familiari, previste dalle normative vigenti.

⁽⁴⁸⁾Cfr. Il test WSRQ pro è costituito da 60 item che mirano a rilevare la prevalenza dei fattori di rischi per ambiti tematici.

Le attività del progetto hanno previsto: la somministrazione di un sondaggio fra i dipendenti i cui risultati sono stati utilizzati per dare risposte in modo adeguato alle esigenze emerse; un'informazione on line disponibile per tutti i dipendenti attraverso l'intranet "Promozione Salute"; la realizzazione di un opuscolo informativo per far conoscere gli strumenti giuridici esistenti in Italia a supporto del lavoratore malato o a sostegno di un membro del proprio nucleo familiare.

In modo particolare, il questionario in forma anonima ha visto il coinvolgimento di 474 persone. Esso si poneva l'obiettivo di verificare le conoscenze dei lavoratori, oltre che sulla malattia in generale, anche sulla normativa prevista a sostegno di chi è colpito da tumore in età lavorativa e sugli atteggiamenti più idonei da tenersi nei confronti delle persone affette da tale malattia che riprendono il lavoro.

Sulla base di questi obiettivi, il questionario era diviso in tre sezioni così classificate:

- PARTE A- Il rapporto di ciascun individuo con la malattia neoplastica
- PARTE B – La conoscenza delle problematiche oncologiche
- PARTE C – La conoscenza diretta o indiretta della malattia stessa

Le principali evidenze emerse dalle analisi dei questionari sono riassumibili nei seguenti aspetti: scarsa conoscenza dei benefici previsti dalla legge per i malati di tumore che non vogliono sospendere la loro attività lavorativa; forte condivisione da parte del dipendente malato dell'importanza di ricevere informazioni in materia; significativo riconoscimento della prosecuzione dell'attività lavorativa come supporto riabilitativo per gestire la malattia; e,

infine, l'importanza di attuare corretti stili di vita per ridurre l'insorgenza della patologia.

Sulla base di queste evidenze, è stato previsto un piano di interventi, articolati su più livelli:

- una sezione dedicata sulla intranet aziendale chiamata “insieme contro il cancro”;
- un opuscolo informativo on line, realizzato in collaborazione con AIMaC ed inserito nell'intranet per fornire supporti normativi e /o contrattuali previsti;
- conoscenze sulla malattia; notizie utili per accrescere l'interesse delle persone in Eni sulla tematica; iniziative formative specifiche finalizzate alla gestione dei casi in azienda;
- informazione specialistica ai dipendenti attraverso una rete di medici competenti.

Inoltre, il progetto è proseguito attraverso lo “sportello” di help-line telefonica erogato da AIMaC che ha fornito risposte in ambiti socio-assistenziali, normativi, terapeutici a chiunque ne facesse richiesta.

Le iniziative formative, invece, sono continuate di recente con workshops presieduti da esperti AIMaC, in cui si è discusso dell'impatto del cancro sulla famiglia e sulla produttività lavorativa, dei diritti del lavoratore malato di cancro e dei familiari, dell'impatto psicologico e relazionale della diagnosi di cancro in ambito lavorativo.

Alla luce di queste e altre iniziative, Eni ha partecipato al programma europeo WHP (Workplace Health Promotion) e nel 2015 è stata premiata dalla Regione

Lombardia e dalla ASL Milano 2, quale “luogo di lavoro che promuove la salute”.

Da quanto menzionato sopra, emerge un forte interesse da parte dall’azienda a mettersi in gioco, con creatività e spirito di iniziativa, in questo campo, puntando principalmente alla modifica dei comportamenti individuali in direzione di uno stile di vita sano, attraverso il cambiamento o il rafforzamento delle regole nel contesto lavorativo.

Appare idoneo, pertanto, l’approccio integrato utilizzato che risponde, da un lato, alle esigenze nuove con strumenti nuovi e dall’altro supera gli steccati professionali e attenua i confini tra aree di responsabilità dentro e fuori l’azienda per puntare al benessere della persona nella sua integralità.

Capitolo V

CONCLUSIONI

Premessa

L'attuale situazione demografica e sociale dell'Italia, caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione e dall'insorgenza – sempre più frequente- delle malattie croniche, è il riflesso di cambiamenti notevoli nel mondo produttivo, in modo particolare, nell'ambito di applicazione dell'Health Strategy nella prospettiva dell'Human Resource Management.

Il tema della *Workplace Health Promotion* (WHP), infatti, sta diventando una priorità per le imprese di ogni settore e dimensione: da un lato, grazie alla crescente consapevolezza della importanza della tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, con l'evoluzione della normativa in materia di sicurezza, d.lgs. n. 81/2008, e con l'approvazione del nuovo “Quadro strategico in materia di salute e sicurezza sul lavoro 2014-2020”, emanato dalla Commissione europea; dall'altro, a causa dell'emergere di nuovi rischi e nuovi bisogni legati alla sfera della salute e del benessere sul luogo di lavoro, non da ultimo il crescente numero di casi di malattie croniche nella popolazione attiva.

Questa tesi di ricerca ha tuttavia inteso dimostrare⁽⁴⁹⁾, mediante le metodologie utilizzate, quali siano gli aspetti che le organizzazioni devono considerare per una adeguata gestione della presenza o il ritorno in attività di una forza-lavoro con problemi di salute o potenzialmente tale e, in prima istanza, come mantenere in salute la propria popolazione aziendale.

⁽⁴⁹⁾ Cfr. Senza esigere di esaurire l'argomento

In modo particolare, per quelle aziende che vantano un solido ed efficace modello di gestione risorse umane improntato al dialogo e alla partecipazione, avendo a disposizione una serie di aspetti decisivi per migliorare la produttività di una forza lavoro con problemi di salute cronica, sfruttando al meglio, in una prospettiva socialmente responsabile e sostenibile, le policy aziendali in tema welfare.

Ai fini di una maggior comprensione delle conclusioni pervenute nel lavoro di tesi, esse sono state divise in due distinti paragrafi focalizzati rispettivamente su: l'impatto delle malattie croniche nel mercato del lavoro e le politiche aziendali di wellness at work.

5.1 Malattie croniche: l'impatto complessivo sulle dinamiche del mercato del lavoro e sulla produttività dei lavoratori

Percorrendo di nuovo la struttura dell'elaborato, da quanto emerso dalle indagini⁽⁵⁰⁾ focalizzate sull'impatto delle malattie croniche nelle dinamiche complessive del mercato del lavoro, possiamo delineare possibili leve di miglioramento.

Una prima leva su cui agire è rappresentata, senza dubbio, dai **pregiudizi** e dallo **stigma** che perseguono le malattie croniche.

Le difficoltà di inserimento o reinserimento al lavoro di questo gruppo di persone sono legate a veri e propri blocchi psicologici dovuti a tali fattori che portano a rigettare l'idea di un ritorno al lavoro.

⁽⁵⁰⁾ Cfr. Vedi paragrafo 3.1 dell'elaborato

Ciò è reso altrettanto evidente da metodi di organizzazione del lavoro penalizzanti perché basati su una **rigida concezione della presenza al lavoro e della relativa produttività**.

Difatti, il confine tra abilità e disabilità al lavoro è variabile, poiché non tutte le persone reagiscono allo stesso modo alla medesima patologia, e le condizioni di un malato cronico progrediscono in modo imprevedibile nel corso del tempo, a causa di molteplici fattori soggettivi ed oggettivi.

Una strada percorribile è quella che vede adottare una prospettiva di **welfare della persona**⁽⁵¹⁾, di un **mercato del lavoro inclusivo** che tenga conto dei bisogni reali dei lavoratori.

Ciò è realizzabile attraverso una **rivisitazione degli attuali sistemi di protezione sociale** che tengano conto delle valutazioni dinamiche sul tipo di occupazione, sulla tipologia contrattuale, sull'ambiente lavorativo e sulle caratteristiche dell'impresa, realizzabile, a titolo esemplificativo, con sussidi di disoccupazione e adeguati servizi di reinserimento al lavoro⁽⁵²⁾.

Questo permetterebbe ad una persona vulnerabile, a causa di una capacità lavorativa ridotta o limitata, a titolo definitivo o anche solo temporaneo, di avere una adeguata protezione, senza che questo si trasformi soltanto in un problema medico o assistenzialistico, a fronte nondimeno, della sostenibilità futura dei regimi pubblici di welfare.

⁽⁵¹⁾ Cfr. Con welfare della persona si intende un modello basato su «logiche sussidiarie e di co-responsabilizzazione del beneficiario attraverso un accompagnamento lungo tutti i cicli della vita nella prospettiva di una società attiva e di una vita buona» in ADAPT, Lavoro e Welfare della Persona – Un libro Verde per il dibattito pubblico, 2015, p. 19.

⁽⁵²⁾ Cfr. Una best practices è rappresentata dalla Germania dove si segnala la bassa incidenza di disoccupazione su salute e condizioni mentali. Per approfondimento si consulti H. Schmitz, *Why are the Unemployed in Worse Health? The Causal Effect of Unemployment on Health*, in Labour Economics, 2011, pp. 71-78.

Pertanto, la messa in atto di tale **cambiamento culturale** nell'approccio alla malattia cronica sul posto di lavoro, che consideri le capacità delle persone piuttosto che le loro disabilità, comporterà una vera e propria rivoluzione culturale, consentendo ai concetti legati all'ecologia umana di divenire patrimonio condiviso della collettività.

Altra leva di miglioramento è inerente il **quadro di regole di legge e di contrattazione collettiva che compongono l'ordinamento giuridico posto dal diritto del lavoro.**

Le attuali tutele formali di legge e contrattazione collettiva, incentrate su quote di riserva e sulla sospensione e conservazione del posto di lavoro per i tempi necessari alla cura, risultano inadeguati a fronte del proliferarsi di rapporti di lavoro temporanei e atipici, nonché a fronte di nuovi modelli lavorativi (es. lavoro agile) che non consentono al malato cronico di godere di siffatte protezioni.

Un passo verso l'innovazione e il miglioramento può essere attuato attraverso **politiche di attivazione ad hoc**, tipiche di un moderno welfare della persona, che consentano di conciliare le esigenze del malato con quelle di efficienza e produttività delle imprese.

Un ruolo decisivo in tal senso è rappresentato dal **sistema di relazioni industriali** nelle politiche di attivazione e ritorno al lavoro dei malati cronici.

Ad oggi, esso si caratterizza per una impostazione puramente difensiva rispetto agli effetti della malattia cronica con lo scopo di applicare le logiche, di natura privatista, dell'adempimento contrattuale e della valutazione all'idoneità alla mansione come ipotesi di risoluzione del rapporto di lavoro.

Diviene, pertanto, strategico un cambio di paradigma che veda la contrattazione collettiva impegnarsi a garantire **un rinnovato e più flessibile contenuto della prestazione lavorativa** - che rifletta una valutazione non solo oggettiva ma anche soggettiva dell'organizzazione del lavoro - in ragione dei radicali cambiamenti in atto citati nella presente trattazione.

In conclusione di questo ragionamento, diviene necessario, in un'ottica futura, che sindacati, imprenditori, istituzioni e il terzo settore agiscano sulle leve qui descritte, nell'ambito di propria competenza, in modo sistematico e secondo principi di collaborazione e partecipazione.

5.2 Verso una nuova visione di sostenibilità del lavoro: le politiche di wellness at work

Alla luce delle trasformazioni demografiche, appaiono oggi indispensabili interventi volti al miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro e all'incoraggiamento della crescita personale come elementi di maggiore interesse verso una nuova cultura del benessere sul luogo di lavoro, a fronte di una forza lavoro con esigenze sempre più differenziate.

Da quello che emerge dalla presente ricerca, alcune aziende di grandi dimensioni hanno esteso il loro campo di azione dalla prevenzione delle malattie professionali imposta per legge a veri e propri programmi di wellness at work, volti, tra i tanti, a comportamenti e stili di vita che possono nuocere alla salute dei propri dipendenti.

Come, infatti, ha inteso mettere in luce il presente lavoro di ricerca, si tratta di iniziative di particolare importanza che hanno dei benefici diretti sia per le

imprese coinvolti, in termini di **riduzione dei costi dovuti alla disabilità dei propri lavoratori, maggiore produttività e fidelizzazione della forza-lavoro, minor assenteismo e richiesta di congedi e permessi per malattia**, sia per i lavoratori, in termini di riduzioni dei costi sanitari e **diminuzione dei rischi psicosociali**, tra cui lo stress-lavoro correlato.

Elemento negativo che emerge dalla trattazione è il **basso tasso di implementazione** delle stesse nel mondo produttivo dovuto ad ostacoli giuridici, fiscali, organizzativi e culturali, appartenenti soprattutto alle piccole medie imprese che rappresentano gran parte del mondo produttivo italiano.

Una soluzione percorribile potrebbe essere quella di creare **sistemi di incentivazione economica e finanziaria** sostenute da istituzioni pubbliche e private e, al contempo, anche costruire spazi comunitari di **social networking**, accessibili a qualsiasi azienda, nel quale costruire e gestire percorsi di promozione alla salute.

Come riportato nei casi aziendali trattati⁽⁵³⁾, le potenzialità dei social network nell'ambito della promozione della salute pongono l'accento sulle interessanti possibilità che questi strumenti offrono per comunicare messaggi di salute alla propria popolazione aziendale.

Difatti, i social media offrono l'opportunità di instaurare uno scambio continuativo di idee e esperienze a basso costo riguardanti specifici temi di salute o servizi con gli utenti.

Altro aspetto su cui poter agire è la **rivisitazione di modelli organizzativi e produttivi** di impronta novecentesca che divergono dalle attuali sfide lanciate

⁽⁵³⁾ Cfr. vedi Capitolo 4

dalle trasformazioni del lavoro in atto, poiché il successo delle politiche di wellness at work si fonda innanzitutto sul considerarle una priorità strategica per il management e sul loro stretto collegamento con le **politiche interne di formazione**, in quanto, la loro riuscita dipende dalla stretta relazione tra competenze specifiche dello staff preposto e successo delle iniziative.

In un'ottica futura, diviene pertanto essenziale investire sugli aspetti menzionati per una più adeguata sostenibilità del lavoro, permettendo alle imprese di essere parte attiva nella creazione di un sistema di protezione del lavoratore maggiormente personalizzato e, quindi, più efficace, con risvolti positivi per l'intera società.

Proiezione informatica

Di seguito, l'elenco dei documenti citati nell'elaborato consultabili nell'Osservatorio

Sezione: Fonti/ Documenti internazionali e Literature review

OECD, *Sickness, Disability and Work Keeping On Track*, The Economic Downturn, OECD Background Paper, Paris, 2009.

Libro verde della Commissione Europea su *Promoting a European Framework for Corporate Social Responsibility*, Brussels, 18.7.2001 COM (2001) 366 final.

Sezione: Determinanti economiche e sociali delle malattie croniche

Istat, *Le dimensioni della salute in Italia*, 2015.

Fondazione europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, *Impiego e disabilità: strategie per il ritorno al lavoro*, Foglio informativo, 2009.

H. Schmitz, *Why are the Unemployed in Worse Health? The Causal Effect of Unemployment on Health*, in *Labour Economics*, 2011, pp. 71-78

Sezione: Giurisprudenza

Libro Verde della Commissione Europea, *Promuovere un quadro europeo per la responsabilità sociale delle imprese*, 2001.

Sezione: Wellness at work

European Network for Workplace Health Promotion ENWHP, *Healthy Workplaces Towards Quality and Innovation. Models of Good Practice for Workplace Health Promotion in the Public Administration Sector*, 2002

Tower Watson, *Indagine Staying@Work-salute e produttività dei dipendenti in Europa*, 2013/2014

Sezione: Ritorno al lavoro e conservazione del posto di lavoro

F. Silvaggi, *Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro - Intervista a Rosanna D'Antona*, in Bollettino ADAPT, 14 maggio 2015.

Fabiola Silvaggi, *Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro - Intervista a Luciano Roboldi*, in Bollettino ADAPT, 19 Maggio 2015

F. Silvaggi, *Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro - Intervista a Alessandra Cerioli*, in Bollettino ADAPT, 21 Maggio 2015, n.14

F. Silvaggi, *Rapporto tra malattie croniche e mercato del lavoro - A tu per tu con Elisabetta Iannelli*, in Bollettino ADAPT, 24 agosto 2015, n. 27

Sezione: Tumori

Osservatorio sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, *4 Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici*, FAVO, 2012.