

# L'effetto del volontariato sulla *life satisfaction* dei volontari con disabilità. Il caso dell'Italia

**Katia Marchesano** | Università degli Studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di Scienze Politiche

**Marco Musella** | Università degli Studi di Napoli "Federico II", Dipartimento di Scienze Politiche

Paper presentato in occasione del XII Colloquio Scientifico sull'impresa sociale,  
25-25 maggio 2018, Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi di Trento

ISBN 978-88-909832-7-6

## Abstract

Il volontariato è parte integrante di un sistema di welfare fondato sui valori della solidarietà, della coesione sociale e del bene comune, che può consentire la ri-attribuzione di un ruolo attivo alla persona con disabilità. Ciò può avvenire, abbandonando la logica esclusivamente assistenzialistica (legata al modello medico della disabilità), in favore di un approccio che coinvolge anche attivamente la persona con disabilità all'interno dell'organizzazione. La letteratura empirica mostra un effetto positivo dell'attività di volontariato sulle variabili socio-economiche dei volontari, come: la salute auto-percepita, il benessere soggettivo, la felicità. Nessuno dei precedenti lavori (a nostra conoscenza) indaga sull'impatto del volontariato per i volontari con disabilità in Italia e attraverso analisi quantitative. Obiettivo della ricerca è comprendere se il volontariato "inclusivo" possa rappresentare un mezzo per l'accrescimento della *life satisfaction* delle persone con disabilità, oltre che per la rimozione delle cause che impediscono o limitano loro l'accesso alla piena inclusione sociale.

L'analisi utilizza i micro-dati dell'indagine Isfol-Plus "Partecipazione, Labour, Unemployment, Survey" 2014, forniti dall'ISFOL (Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori). L'approccio econometrico utilizzato per la valutazione dell'effetto causale è il Propensity Score Matching. I risultati mostrano che l'attività di volontariato ha un impatto positivo sul benessere soggettivo delle persone con disabilità. Policy implications vengono discusse.

**Keywords:** volontariato inclusivo, volontari con disabilità, politiche inclusive



**Iris Network**  
Istituti  
di Ricerca  
sull'Impresa  
Sociale

## 1. Introduzione

Il paper ha l'obiettivo di analizzare empiricamente l'effetto del volontariato sulla *life satisfaction* dei volontari con disabilità. La *life satisfaction* è un aspetto centrale del *welfare* umano (Haybron, 2005).

La letteratura economica sul volontariato analizza le scelte delle persone di dedicare parte del proprio tempo alle attività di volontariato nel quadro di analisi delle scelte di consumo di un bene immateriale o di investimento in capitale umano<sup>1</sup> (oltre al lavoro pioneristico di Menchik & Weisbrod (1987), si veda Musella, Nappo, 2008 e Michelutti e Schenkel, 2009; Day and Devlin, 1998; Menchik and Weisbrod, 1987; Mueller, 1975; Schiff, 1990 per una rassegna della letteratura). Entrambi i modelli si ascrivono alla tradizione economica ortodossa secondo la quale l'agente è un "*homo economicus*" mosso nelle proprie scelte sempre e solo dal *self interest*.

Il modello di consumo presenta la scelta individuale di dedicarsi al volontariato come l'intenzione di impiegare il proprio tempo libero nel consumo di "attività" che aumentano il proprio benessere immediato (*intrinsic satisfaction*). Tale scelta è motivata dalla ricerca di beni privati come il prestigio, la reputazione o da un sentimento di *warm-glow*<sup>2</sup> prodotto dall'atto di dare (Andreoni, 1990). Clark et al. (2003) definiscono "*warm-glow*" la soddisfazione personale derivante dallo svolgimento di un'attività indipendente dal suo impatto. De Young (1996), invece, parla di soddisfazione intrinseca di cui gode un individuo dall'essere attivamente coinvolto in un'attività.

Seguendo questo modello, l'utilità dell'individuo, in un certo istante temporale (t), è funzione del bene immateriale "attività di volontariato" – oltre che di un certo ammontare di risorse materiali (come reddito e altri beni). Formalmente:

$$U = U(x_1, x_2, x_3, \dots)$$

dove  $x_3$  è il bene volontariato e l'utilità derivante dal consumo di una unità aggiuntiva del bene è positiva ( $dU/dx_3 > 0$ ).

---

<sup>1</sup> Il modello dell'investimento in capitale umano guarda al volontariato in un'ottica di benessere differito: il sacrificio che oggi si fa dedicando tempo ed energie all'attività di volontariato è compensato dall'attesa di un beneficio differito in termini di guadagni più elevati e, di conseguenza, di benessere derivante dalle maggiori opportunità di consumo di beni acquistabili nel mercato nei periodi successivi. La teoria del volontariato come scelta di investimento in capitale umano considera come motivazione dell'agire volontario quello che è un possibile effetto del fare volontariato.

<sup>2</sup> Andreoni (1989) ha formalmente aggiunto l'idea che "dare" produce una sensazione piacevole, chiamata *warm-glow*. Questo "motivo" è formulato come la preferenza del donatore per dare di per sé, distinta dal beneficio di cui gode il destinatario.

Sulla base della letteratura sopra esposta assumiamo nel nostro lavoro che *l'attività di volontariato è un bene di consumo immateriale (un'attività del tempo libero), che rientra nella funzione di utilità dell'individuo con disabilità.*

La letteratura empirica mostra un effetto positivo sul benessere soggettivo per chi decide di dedicare parte del proprio tempo libero alle attività di volontariato, oltre che sulla salute auto-percepita (miglioramento della salute fisica e mentale; minore probabilità di soffrire di depressione) (si veda Moen, Dempster-McCain e Williams, 1993; Wheeler et al., 1998; Oman, Thoresen e McMahon, 1999; Thoits & Hewitt, 2001; Musick & Wilson, 2003; Whiteley, 2004; Post, 2005; Li e Ferraro, 2005; Meier e Stutzer, 2008; Borgonovi, 2008; Becchetti, Pelloni & Rossetti, 2008). Guidi et al., 2014 mostrano per l'Italia la correlazione positiva tra fare volontariato e godere di condizioni di benessere (materiale e immateriale). Nel caso delle persone con disabilità, la letteratura empirica ha analizzato principalmente gli effetti delle attività di volontariato, considerando quest'ultima una misura assistenzialistica piuttosto che un'attività del tempo libero svolta direttamente da queste persone (Wardell et al., 2000). Pochi studi qualitativi hanno indagato sulle esperienze delle persone con disabilità impegnati attivamente nel volontariato (si veda Roker et al., 1998; Barlow & Hainsworth, 2001; Andrews, 2005; Barlow et al. 2005; per gli UK; Miller et al. 2002; per gli USA Baladin et al. 2006 per l'Australia). Roker et al. (1998) evidenziano la partecipazione di molti giovani con disabilità (motorie e mentali) in attività di volontariato. Barlow e Hainsworth (2001) mostrano che il volontariato può aiutare a compensare gli effetti negativi legati allo stato di salute e al rischio di marginalizzazione nel caso di anziani volontari con l'artrite. Nessuno dei precedenti lavori (a nostra conoscenza) indaga sull'impatto del volontariato sul *life satisfaction* dei volontari con disabilità (in Italia e attraverso analisi quantitative). In particolare, sulla base della letteratura sopra esposta, elaboriamo e testiamo la seguente ipotesi:

**H1:** *L'attività di volontariato aumenta la life satisfaction (proxy dell'utilità) del volontario con disabilità.*

Il resto del lavoro è articolato come segue. La sezione 2 discute del ruolo del volontariato nelle diverse definizioni di disabilità. La sezione 3 espone la metodologia utilizzata per la stima dell'effetto causale. La sezione 4 presenta i dati e le statistiche descrittive. Nella sezione 5 sono riportati i risultati e le discussioni. La sezione 6 conclude.

## 2. Definizioni di disabilità e volontariato inclusivo

I modelli concettuali per definire la disabilità si identificano nel *modello medico*, *modello sociale* e *modello bio-psico-sociale* della disabilità (Pfeiffer 2001, Mitra 2006, Corbisiero, 2014). Secondo il *modello medico*, la disabilità (e i problemi che da essa derivano) sono imputabili esclusivamente alle caratteristiche psico-fisiche dell'individuo e la società non ha alcuna responsabilità sottostante. La concezione di disabilità legata al modello medico è stata predominante per diversi decenni ed è ancora oggi rinvenibile in molti contesti, tra cui contesto legislativo-delle politiche pubbliche (es. legge 68/99; sistema di previdenza sociale) o nel campo delle rilevazioni statistiche (Istat, Eu-Silc etc.). Seguendo questa definizione l'individuo con disabilità è una persona a cui rivolgere cure, ovvero a cui indirizzare *politiche assistenzialistiche*. Il *modello sociale* (dal lavoro pionieristico di Oliver, 1990) opera una distinzione tra compromissione dello stato fisico (barriere fisiche) e disabilità (barriere sociali - esclusione sociale). Seguendo questo modello, alle politiche pubbliche è affidato il compito di rimozione delle barriere sociali esistenti e di promozione della piena partecipazione sociale. Il *modello bio-psico sociale* della disabilità o Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), è stata introdotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2001. Questo modello definisce la disabilità come la conseguenza di una complessa relazione dinamica tra le condizioni di salute di un individuo e i fattori di contesto (*fattori personali e ambientali*), che rappresentano le circostanze in cui l'individuo vive. I fattori ambientali sono estrinseci all'individuo (come gli atteggiamenti della società, gli aspetti architettonici, il sistema normativo e delle leggi); i fattori personali comprendono il sesso, la razza, l'età, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, la capacità di adattamento etc... Questi fattori interagiscono con le condizioni di salute dell'individuo e determinano il livello e il grado del suo funzionamento. In sintesi, l'ICF sottolinea il ruolo dei fattori contestuali nella creazione di disabilità. L'ambiente può essere modificato per migliorare le condizioni di salute, prevenire le menomazioni e migliorare i risultati economici e sociali delle persone con disabilità. Tali cambiamenti possono essere indotti dalla legislazione, ovvero dalle politiche pubbliche, con cui si predispone il rafforzamento delle capacità dell'agire di un individuo (es. con ausili tecnologici, si pensi all'adeguamento del posto di lavoro). Inoltre, le conoscenze e le attitudini sono fattori ambientali importanti, che riguardano tutte le aree della fornitura di servizi e della vita sociale.

La *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (2006)* – basata sui principi di uguaglianza e non discriminazione, valorizzazione delle diversità umane – è il primo strumento giuridico vincolante nell'ambito dei diritti umani, ratificato dall'Unione europea. Essa si applica in tutti gli Stati membri e

ha contribuito a diffondere un concetto moderno di disabilità che ben si lega a quello dell'ICF “..le persone con disabilità includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri” (art.1, comma 2), ovvero come iterazione dinamica tra la persona con minorazioni e le condizioni ambientali in cui essa vive. Il superamento dell'esclusione sociale<sup>3</sup> – la promozione della piena partecipazione alle attività del tempo libero (come l'attività di volontariato) – e la conseguente rimozione delle barriere esistenti si configura come un obiettivo prioritario delle politiche di sviluppo. Tali politiche si inseriscono in un sistema di welfare basato sull'inclusione sociale e non solo sulla protezione sociale (assistenzialismo). In un'ottica seniana la qualità della vita - il ben-essere e il ben-vivere - è valutata in relazione alla capacità di conseguire funzionamenti di valore. Obiettivo delle politiche, in tale ottica, è l'espansione delle capacità degli individui, la libertà di raggiungere funzionamenti di fare e di essere ritenuti importanti. Al modello bio psico sociale si lega il volontariato inclusivo, ovvero una strategia di inclusione sociale da parte delle Organizzazioni di Volontariato e non solo, in grado di coinvolgere tutte le persone (tra cui quelle con disabilità) sia come beneficiari delle prestazioni poste in essere (*profilo passivo* legato al modello medico), sia come operatori volontari all'interno dell'organizzazione (*profilo attivo*). Il volontariato, così inteso, è parte integrante di un sistema di *welfare* fondato sui valori della solidarietà, della coesione sociale, del bene comune e dell'uguaglianza sostanziale, come sanciti dagli artt. 2 e 3 (comma 2) della Costituzione Italiana, dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, dalla Strategia Europea sulla Disabilità 2010-2020. Una strategia che può consentire la ri-attribuzione di un ruolo centrale alla persona con disabilità rimuovendo le cause che impediscono o limitano l'accesso, alle persone con disabilità, alla piena inclusione sociale.

---

<sup>3</sup> L'esclusione sociale è un concetto multidimensionale che si sostanzia nell'impossibilità, da parte di un individuo, di partecipare alle attività economiche e sociali di base (come attività di volontariato, culturali, turistiche e sportive), oltre che alla vita politica della società in cui vive (si veda Commissione europea, 2010; Parodi e Sciulli, 2012). la disabilità influenza negativamente l'integrazione socio-lavorativa delle persone con disabilità (in termini di accesso e prospettive occupazionali; condizioni di lavoro; rischio di povertà; esclusione sociale) (Jones, 2008; Berthoud, 2008; Meager e Higgins, 2011; Lechner e Vazquez-Alvarez, 2011; Kidd et Al, 2000; Jones et Al., 2006; Hale et Al, 1998;. Hotchkiss, 2004; Gannon, 2005; Gannon e Nolan, 2004; Kreider, 1999; Oguzoglu 2010; Addabbo et Al 2014; Mussida e Sciulli, 2015; Mizunoya e Mitra, 2013).

### 3. Metodo

In questa sezione viene descritta la metodologia utilizzata per la stima dell'effetto dell'attività di volontariato sulla *life satisfaction* dei volontari con disabilità.

È stato definito un gruppo di trattamento e un gruppo di controllo. Il gruppo di trattamento è costituito dalle persone che hanno ricevuto il trattamento ( $T=1$ ), ovvero da coloro i quali hanno svolto attività di volontariato nel periodo considerato. Il gruppo di controllo è costituito da coloro i quali non hanno svolto attività di volontariato nello stesso periodo di tempo ( $T=0$ ).

Seguendo la notazione standard (Rubin, 1974; Heinrich et al., 2010; Khandker et al. 2010; Caliendo & Kopeinig, 2005), il parametro di nostro interesse (*Average Treatment Effect on the Treated* - ATT), ovvero il “contributo netto” del volontariato al cambiamento osservato nella probabilità di essere in una categoria *high* della *life satisfaction* dell'individuo che ha ricevuto il trattamento, può essere formalmente scritto come:

$$ATT = E[Y_t - Y_c | T = 1] = E[Y_t | T = 1] - E[Y_c | T = 1]$$

dove  $Y_t$  e  $Y_c$  sono i due risultati potenziali della persona con disabilità, ovvero i valori della sua *outcome variable*, rispettivamente, in presenza e in assenza del trattamento,  $T = \{0; 1\}$ .

La stima dell'ATT presupporrebbe di poter confrontare la situazione osservata a seguito del trattamento,  $E[Y_t | T = 1]$ , con una situazione ipotetica (non osservabile),  $E[Y_c | T = 1]$ , definita controfattuale, che si sarebbe verificata, per lo stesso individuo, in assenza del trattamento. Holland (1986) definisce la non osservabilità del controfattuale come il “*Fundamental Problem of Causal Inference*”, nonché come il problema dell'identificabilità dell'effetto. La stima può essere effettuata solo sostituendo al valore controfattuale un valore che sia osservabile e che approssimi ciò che sarebbe successo ai tratti se non lo fossero stati.

In studi sperimentali la situazione controfattuale è approssimabile mediante un gruppo di controllo scelto con procedure di randomizzazione e il valore dell'*outcome variable* considerato è il risultato medio degli individui non trattati:  $E[Y_c | T = 0]$ . Con dati osservazionali, come nel nostro caso, l'assegnazione dei soggetti al gruppo di trattamento e controllo non è casuale. L'esistenza di *confounding factors* può portare ad una stima distorta dell'effetto del volontariato sulla *life satisfaction* dei volontari con disabilità. Al fine di ridurre tale *selection bias*, le persone con disabilità selezionate nel gruppo di controllo (controfattuale) non devono essere sistematicamente diversi, per caratteristiche osservabili e non, dai volontari con disabilità (gruppo dei trattati).

Il Propensity Score Matching (PSM) permette di ristabilire le condizioni di un esperimento naturale attraverso la costruzione del controfattuale il più simile possibile, per caratteristiche osservabili, al gruppo dei trattati e stimare di l'ATT. Questa metodologia si basa sull'assunzione di *Conditional independence* (si veda Rosembaum e Rubin, 1983; Heckman et al., 1985), detta anche "*Unconfoundedness*" (Rosembaum e Rubin, 1983) o "*Selection on observables*" (Heckman et al., 1985), la quale assume che il risultato potenziale  $Y_c$  (del gruppo controfattuale) è indipendente dall'assegnazione al trattamento, date le covariate X, ovvero:  $Y_c \perp T | X$ . Si assume che tutte le covariate X, che influenzano simultaneamente i risultati potenziali e l'assegnazione al trattamento, sia osservate dal ricercatore<sup>4</sup>.

Il PSM è implementato in 2 steps. Nel primo *step* viene stimato il Propensity Score (PS). Il PS è la probabilità che la *i-esima* unità venga assegnata al trattamento,  $T=(0,1)$ , date le covariate X. Formalmente:

$$p(X) \equiv \Pr(T = 1 | X = x) \equiv E(T | X = x)$$

La *selection bias* viene ridotta solo se l'esposizione al trattamento può essere considerata casuale tra le persone con disabilità aventi lo stesso valore del PS. Affinché l'analisi sia robusta e il PS impiegato per la costruzione del controfattuale è necessario che:

(i) osservazioni con lo stesso valore del PS devono avere la stessa distribuzione delle caratteristiche X, indipendentemente dal fatto di essere esposte al trattamento (*Balancing Hypothesis*). Rosembaum e Rubin, (1983) dimostrano che se vale la CIA, ovvero se il trattamento è assegnato casualmente dato l'insieme delle X, allora sarà assegnato casualmente anche rispetto alle celle definite dal PS, formalmente:

$$T \perp X | p(X)$$

In tal modo, le unità avranno in media le stesse caratteristiche (osservabili);

(ii) osservazioni di unità trattate abbiano nelle vicinanze della distribuzione del PS unità di controllo (*Common support o overlap condition*) (Heinrich et al., 2010), formalmente:

---

<sup>4</sup> Tale assunzione non è, tuttavia, direttamente testabile ma può essere avvalorata dalla scelta dei regressori X. La letteratura suggerisce di utilizzare variabili di controllo pre-trattamento o time invariant (si veda Khandker et al. (2010); Heinrich et al. (2010)).

$$0 < Pr(T = 1|X) < 1$$

Se la i) e la ii) sono soddisfatte l'assegnazione al trattamento è detta essere fortemente ignorabile (Rosembaum e Rubin, 1983) e l'ATT può essere così formalizzato:

$$ATT = E_{p(X)|T=1}\{E[Y_t|T = 1, p(X)] - E[Y_c|T = 0, p(X)]\}$$

Una volta stimato il PS con un modello di scelta binaria (logit o probit) e verificata la *Balancing Hypothesis* e di *Common support* (*step 1*), si esegue l'abbinamento delle unità trattate con le unità non trattate sulla base del PS stimato (*step 2*). In fine l'ATT è stimato come differenza tra i risultati medi del gruppo di trattamento e di controllo "abbinato". Esistono diversi metodi (algoritmi) per eseguire l'abbinamento: *nearest neighbour matching*; *stratification matching*; *Kernel matching* (Becker e Ichino, 2002; Khandker *et al.*, 2010). Nessuno dei quattro metodi è, *a priori*, superiore all'altro. Al fine di ottenere una valutazione di robustezza dell'ATT stimato saranno implementati congiuntamente.

#### 4. Dati

Il lavoro utilizza i dati *cross-section* dell'indagine campionaria nazionale sull'offerta di lavoro PLUS (*Partecipation, Labour Unemployment Survey*), realizzata dall'ISFOL (Istituto per la Formazione Professionale dei Lavoratori) nel 2014. Il questionario è sottoposto ad un campione di persone residenti in Italia di età compresa tra i 18 e 74 anni ed è organizzato in sezioni che si riferiscono a specifici *target* della popolazione (occupati, disoccupati, giovani, donne).

Il campione selezionato è costituito da 1.850 persone con disabilità. Queste persone hanno dichiarato di avere una **riduzione di autonomia continuativa** (domanda D102: *Lei ha una riduzione di autonomia continuativa?*), ovvero un problema di salute che dura da più di sei mesi ("a lungo termine") e che comporta una totale mancanza di autonomia per almeno una delle funzioni essenziali della vita quotidiana. Questa definizione di disabilità è legata al *modello medico* ed è in linea con la definizione adottata dalla letteratura economica sulla disabilità che utilizza dati EU-SILC (Kidd, Sloane e Ferko, 2000). Questi dati presumibilmente distorcono verso il basso il reale numero di persone con disabilità. La distorsione può essere causata sia da un criterio molto restrittivo di disabilità legata al modello medico, che dal fatto di essere dati auto-dichiarati - valutazione soggettiva dello stato di salute - (si



veda Sciulli e Parodi, 2008). Inoltre, il questionario non permette di distinguere tra diversi tipi di disabilità (motoria, sensoriale etc..).

#### 4.2 Variabili e letteratura

La **variabile dipendente** è individuata dalla domanda del questionario **D183ter**: “Potrebbe dare un voto da 7 (del tutto d'accordo) a 1 (del tutto in disaccordo) alle seguente affermazione”: “Sono soddisfatto della mia vita”. Sono state definite tre classi della *life satisfaction* (LS): *Low LS* (1 del tutto in disaccordo,2,3); *Medium LS* (4,5); *High LS* (6,7 del tutto d'accordo). La variabile *outcome* è una variabile dicotomica che assume valore 1 se l'individuo è in una classe alta della *life satisfaction High LS* e zero nel caso opposto *Low LS & Medium LS*.

Il **trattamento** è individuato dalla domanda del questionario **D190: Attivismo** – potrebbe indicare con quale frequenza si dedica alle seguente attività? 3. *Fare volontariato – aiutare persone in difficoltà*. La variabile che identifica il trattamento è una variabile dicotomica, la quale assume valore 1 se l'individuo svolge attività di volontariato, è pari a 0 nel caso contrario. Un limite legato alle informazioni contenute nel questionario è quello di non poter distinguere tra attività di volontariato formali e informali<sup>5</sup>.

Inoltre, l'analisi empirica controlla per una serie di **variabili socio-demografiche ed economiche** (caratteristiche legate alla personalità dell'individuo, l'essere creativo, cordiale e/o coscienzioso; età; genere; livello di istruzione, condizione professionale; stato civile; regione di residenza; reddito familiare), che possono influenzare sia l'assegnazione al trattamento<sup>6</sup> che la *life satisfaction*.

La *life satisfaction* e la felicità sono componenti del benessere soggettivo (Conceição e Bandura, 2008). In particolare, la *life satisfaction* riflette la distanza percepita dall'individuo tra condizioni vissute e aspirazioni (Conceição e Bandura, 2008). Secondo la psicologia, la *life satisfaction* è un elemento

---

<sup>5</sup> Il ridotto numero di intervistati con disabilità che svolge attività di volontariato non permette di distinguere per la frequenza alla partecipazione al volontariato.

<sup>6</sup> Tra i fattori demografici che influenzano la partecipazione al volontariato la letteratura empirica segnala l'effetto positivo dell'istruzione (Wilson, 2012) – persone più istruite hanno prospettive maggiori e un maggior numero di social network. Persone in età intermedia hanno una probabilità maggiore di fare volontariato (Wilson, 2012). L'effetto del genere è discordante. Negli Stati Uniti le donne hanno una maggiore probabilità di fare volontariato (Wilson & Musick, 1999). Effetti incerti per il reddito e la condizione professionale. Brooks, 2007 mostra che il reddito non ha nessun effetto sul volontariato. Le persone disoccupate (anche se con più tempo libero a disposizione) sono meno impegnate in attività di volontariato rispetto agli occupati (Wilson, 2000).

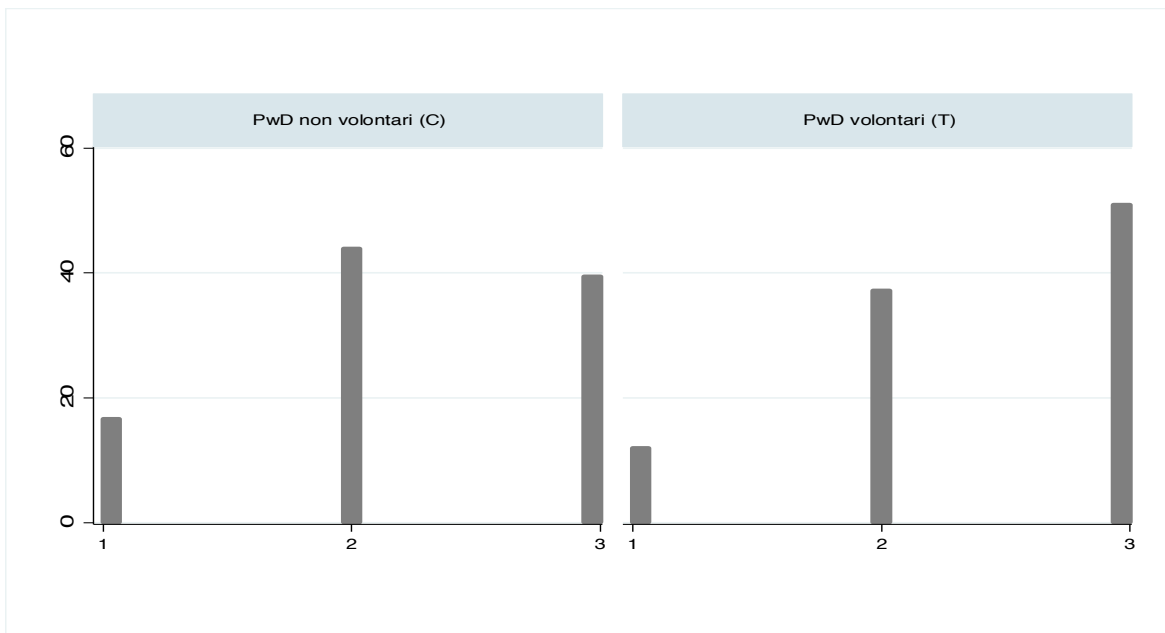
cognitivo del benessere soggettivo, il quale è composto da quattro elementi: emozioni piacevoli, emozioni sgradevoli, valutazione della vita e soddisfazione del dominio salute, condizioni economiche, tempo libero etc... Secondo la letteratura psicologica la soddisfazione della vita e la felicità divergono, mentre nella letteratura economica vengono spesso usati come sinonimi.

La letteratura segnala, tra le caratteristiche socio-demografiche ed economiche esplicative del benessere soggettivo, variabili come: lo stato civile, la razza, l'istruzione, la condizione lavorativa, l'età e il reddito (si veda Glove & Weaver 1985, Gove & Shin 1985, Gove et al. 1985; Coombs 1991; Clark & Oswald 1994; Clark et al., 2003). Nel caso delle persone con disabilità psico-fisiche, la soddisfazione per il tempo libero, la situazione economica, l'autostima, lo svolgimento di attività religiose, il lavoro e lo stato civile sono variabili importanti che influenzano il benessere soggettivo (Kinney e Coyle, 1992; Lucas-Carrasco et al., 2012). Studi condotti negli Stati Uniti e in Europa mostrano che le persone sposate, di colore bianco, con un livello di istruzione superiore, impiegate, ma non di mezza età e con redditi più alti sono più felici (Oswald, 1997). Inoltre, la letteratura segnala che lo stato di disoccupazione di un individuo influenza negativamente il suo livello di benessere soggettivo (Clark 2003). Oswald (1997) mostra una relazione curvilinea tra età e felicità: più alta tra i giovani e gli anziani, più bassa tra le persone di mezza età. Tra le variabili economiche il reddito è un'importante variabile esplicativa del benessere soggettivo. I risultati della letteratura mostrano un effetto positivo con magnitudo più alta per bassi livelli di sviluppo economico, e una magnitudo più contenuta per livelli più alti di sviluppo economico (i.e., rendimenti decrescenti del reddito relativo per livelli al di sopra della mediana nei Paesi OCSE) (Diener & Oishi 2000; Diener & Biswas-Diener 2002; Frey & Stutzer 2002; Blanchflower & Oswald 2000).

#### 4.3 *Statistiche descrittive*

La figura 1 mostra la distribuzione delle tre categorie della *life satisfaction* (low, medium, high) per il gruppo di controllo (fig.1a) e di trattamento (fig.1b). In particolare, emergono chiare differenze soprattutto con riferimento alle classi medium e high. Il 44% delle persone con disabilità non impegnate in attività del volontariato è nella classe media della *life satisfaction*, segue il 39,5% nella classe *high* LS e il 16,6% è nella classe Low LS. Per il gruppo dei trattati si osserva una situazione diversa con percentuali maggiori nella categoria *high* LS (50,9%). Inoltre, il 37,2 dei volontari con disabilità è nella classe *medium* LS e il 12% è nella classe Low SwB.

**Figura 1:** Distribuzione della *life satisfaction* by volontariato status



Fonte: nostra elaborazione su dati ISFOL-PLUS 2014.

Nota: Low LS=1; Medium LS=2 High LS=3.

La tabella 1 mostra le differenze in media, tra il gruppo di trattamento (# 700) e il gruppo di controllo (# 1,150), nelle caratteristiche osservate che influenzano la variabile dipendente. Differenze significative si osservano per le caratteristiche legate alla personalità dell'individuo, l'essere creativo (una differenza media rispetto al gruppo di controllo del 6,2%), l'essere cordiale (una differenza media rispetto al gruppo di controllo del 4,3%) e l'essere coscienzioso (una differenza media rispetto al gruppo di controllo del 3,1%). Inoltre, le persone con disabilità impegnate in attività di volontariato sono in media più giovani rispetto alle persone del gruppo di controllo. Infatti, del gruppo dei trattati il 20% ha un'età compresa tra i 18 e i 34 anni (14,3% del gruppo di controllo) e il 18,5% è nella fascia di età 45-54 anni (12,6% del gruppo di controllo). Di contro, le persone con disabilità che non svolgono attività di volontariato hanno, in media, un'età più avanzata, ovvero 63 su 100 sono in età 55+ (36,6% nella fascia di età 55-64 e 26,2% nella fascia di età 65+).

La letteratura empirica mostra che gli effetti positivi del volontariato (miglioramento della salute fisica e del benessere) sono avvertiti sia dagli anziani (Cattan et al., 2011, Cramm & Nieboer, 2015, McNamara & Gonzales, 2011, Connolly & O'shea, 2015) che dai giovani (Kay & Bradbury, 2009,

Webber, 2011). Tuttavia, tra le persone anziane, la disabilità è negativamente correlata alle attività di volontariato (Cramm & Nieboer, 2015, Lum & Lightfoot, 2005). La letteratura mostra che le attività disponibili per gli anziani con disabilità possono essere ancora più limitate a causa dei peggioramenti nello stato di salute legati all'età (Heller et al., 1996). Una mancanza di pianificazione pre-pensionistica o di opportunità può restringere ulteriormente la gamma di attività che la persona con disabilità può svolgere nel periodo del post-pensionamento. Questo aumenta il rischio di esclusione sociale (Llewellyn et al., 2004). In particolare, lo stile di vita delle persone con disabilità in età pensionabile (65+) può differire notevolmente da quello degli anziani non-disabili. Gli over 65+ con disabilità vivono spesso in case di cura residenziali (cdd. istituzionalizzati) (Bigby, 1998; Bray & Allison, 2001) con maggiori rischi di isolamento e solitudine (Ashman et al., 1995; Heller, 1999; Balandin et al., 2006). Uno dei problemi segnalati dalla letteratura è il modo in cui le persone con disabilità impiegheranno il loro tempo una volta andati in pensione (Janicki, 1990; Laughlin & Cotten, 1994).

Un'altra differenza statisticamente significativa tra i due gruppi si evidenzia per livelli di istruzione conseguiti. In particolare, il 17% dei DP trattati ha conseguito come titolo di studio più elevato la laurea (una differenza in media del 5% rispetto al gruppo di controllo), mentre tra le PwD che non svolge attività di volontariato il 50% non ha alcun titolo di studio o ha conseguito solo la licenza elementare (il 41% dei trattati e nella stessa condizione). Questo ultimo dato può trovare giustificazione nella prevalenza della popolazione anziana nel gruppo di controllo, che ha un più basso livello di istruzione rispetto ai più giovani. Infatti, il 38% del gruppo di controllo è pensionato da lavoro (differenza media del 9% rispetto al gruppo dei trattati), mentre le PwD impegnate nel volontariato sono in media più attivi (occupati 26% o in cerca di lavoro 16%) – una differenza media del 12% rispetto al gruppo di controllo.

Con riferimento allo stato civile, differenze significative emergono per lo status divorziato con una differenza media del 3% tra i due gruppi (83% del gruppo di controllo e 52% del gruppo dei trattati). Guardando alla situazione economica della famiglia si osservano differenze statisticamente significative per la fascia di reddito familiare bassissima (0-1000 euro mensili) - una differenza in media di 7 su 100 DP in più rispetto al gruppo dei trattati – e per la fascia di reddito familiare medio-alta (2001-3000 euro mensili) - una differenza in media di 5 su 100 DP in più rispetto al di controllo. Ulteriori differenze emergono guardando alla Regione di residenza, in particolare per la Lombardia, il Veneto, la Toscana e le Marche.

**Tabella 1:** Statistiche descrittive

Variabili	Intero Campione (1850)		Volontari (V) (#700)		Non-Volontari (NV) (#1150)		Differenze
	Media	Dev.St.	Media	Dev.St.	Media	Dev.St.	
<b>Creativo</b>	0,881	(0,323)	0,92	(0,899)	0,857	(0,349)	-0,062***
Non-creativo	0,12	(0,323)	0,08	(0,271)	0,142	(0,349)	0,062***
<b>Cordiale</b>	0,892	(0,309)	0,92	(0,271)	0,876	(0,329)	-0,043***
Non-cordiale	0,11	(0,309)	0,08	(0,271)	0,123	(0,329)	0,043***
<b>Coscientioso</b>	0,91	(0,289)	0,927	(0,260)	0,895	(0,305)	-0,031**
Non-coscientioso	0,09	(0,289)	0,072	(0,260)	0,104	(0,305)	0,031**
<b>Genere</b>							
Uomo	0,544	(0,498)	0,451	(0,498)	0,458	(0,498)	0,006
Donna	0,456	(0,498)	0,548	(0,497)	0,541	(0,498)	-0,006
<b>Categorie età</b>							
18-34	0,164	(0,370)	0,198	(0,399)	0,143	(0,350)	-0,055***
35-44	0,111	(0,314)	0,125	(0,331)	0,102	(0,303)	-0,023
45-54	0,148	(0,355)	0,185	(0,389)	0,126	(0,332)	-0,059***
55-64	0,345	(0,475)	0,312	(0,463)	0,366	(0,481)	0,053**
65+	0,229	(0,420)	0,177	(0,382)	0,262	(0,439)	0,084***
<b>Livello di istruzione</b>							
Basso	0,467	(0,499)	0,414	(0,492)	0,50	(0,500)	0,085***
Medio	0,397	(0,489)	0,42	(0,493)	0,384	(0,486)	-0,035
Alto	0,135	(0,341)	0,165	(0,372)	0,115	(0,319)	-0,05***
<b>Stato civile</b>							
Celibe/nubile	0,225	(0,417)	0,255	(0,436)	0,206	(0,405)	-0,048**
Coniugato	0,639	(0,480)	0,639	(0,480)	0,640	(0,479)	0,003
Separato	0,031	(0,174)	0,025	(0,158)	0,034	(0,183)	0,009
Divorziato	0,071	(0,258)	0,052	(0,223)	0,083	(0,276)	0,03**
Vedovo	0,031	(0,258)	0,028	(0,166)	0,033	(0,181)	0,005
<b>Condizione professionale</b>							
Occupato	0,222	(0,416)	0,268	(0,443)	0,194	(0,396)	-0,073***
In cerca	0,129	(0,335)	0,158	(0,365)	0,111	(0,314)	-0,047***
Pensionato da lavoro	0,347	(0,476)	0,292	(0,455)	0,380	(0,485)	0,088***
Inattivo	0,282	(0,450)	0,252	(0,434)	0,30	(0,458)	0,047**
Studente	0,018	(0,134)	0,027	(0,113)	0,013	(0,113)	-0,014**
<b>Fasce Reddito</b>							
0-1000	0,275	(0,446)	0,232	(0,422)	0,301	(0,459)	0,069**
1001-2000	0,446	(0,497)	0,454	(0,498)	0,441	(0,496)	-0,013
2001-3000	0,206	(0,404)	0,237	(0,425)	0,187	(0,390)	-0,05**
> 3001	0,072	(0,259)	0,076	(0,266)	0,070	(0,256)	-0,006
<b>Regioni</b>							
Abruzzo	0,04	(0,196)	0,044	(0,205)	0,037	(0,189)	-0,006
Basilicata	0,028	(0,166)	0,021	(0,144)	0,033	(0,178)	0,011
Calabria	0,063	(0,243)	0,07	(0,255)	0,059	(0,235)	-0,01
Campania	0,082	(0,274)	0,087	(0,282)	0,079	(0,270)	-0,008
Emilia Romagna	0,054	(0,226)	0,061	(0,240)	0,049	(0,217)	-0,011
Friuli	0,034	(0,025)	0,037	(0,189)	0,032	(0,176)	-0,004
Lazio	0,090	(0,287)	0,081	(0,273)	0,096	(0,295)	0,015
Liguria	0,036	(0,188)	0,034	(0,182)	0,038	(0,192)	0,003
Lombardia	0,097	(0,297)	0,081	(0,273)	0,107	(0,310)	0,026*

Marche	0,042 (0,201)	0,0428 (0,202)	0,041 (0,200)	-0,001*
Molise	0,018 (0,136)	0,015 (0,124)	0,020 (0,143)	0,005
Piemonte	0,059 (0,236)	0,057 (0,232)	0,060 (0,239)	0,003
Puglia	0,064 (0,246)	0,065 (0,247)	0,064 (0,245)	-0,0013
Sardegna	0,045 (0,208)	0,038 (0,192)	0,049 (0,217)	0,01
Sicilia	0,0821 (0,274)	0,072 (0,260)	0,087 (0,283)	0,014
Toscana	0,055 (0,228)	0,067 (0,250)	0,047 (0,213)	-0,019*
Trentino	0,016 (0,126)	0,02 (0,140)	0,013 (0,117)	-0,006
Umbria	0,031 (0,174)	0,031 (0,174)	0,031 (0,174)	0
Veneto	0,056 (0,231)	0,07 (0,255)	0,048 (0,215)	-0,021*

Fonte: nostra elaborazione su dati ISFOL-PLUS 2014.

\*\*\*, \*\*, \*: indicano i coefficienti significativi al 1%, 5% e 10%, rispettivamente.

## 5. Risultati e discussioni

In questa sezione vengono discussi i risultati dell'analisi empirica. La **Tabella 2** riporta i risultati ottenuti implementando il PSM<sup>7</sup> con tre matching algorithms (*Nearest Neighbor matching*, *Kernel matching* e *Stratification matching*). L'effetto stimato è positivo e statisticamente significativo. In particolare, per le 625 persone con disabilità che hanno partecipato attivamente al volontariato la probabilità di essere in una categoria *high* della *life satisfaction* è maggiore (in media del 6,6%) rispetto al gruppo controfattuale, ovvero rispetto al caso in cui gli stessi individui non avessero partecipato alle attività di volontariato nello stesso istante temporale.

**Tabella 2:** ATT stimato con PSM

Matching methods	n. treat.	n. contr.	ATT	Std. Err.	T
Nearest-Neighbour matching with replacement & common support	625	333	0.058	0,040	1,460
kernel matching with common support	625	1014	0.069**	0.030	2.322
Stratification method	625	1014	0.063**	0.030	2.058

Fonte: nostra elaborazione su dati ISFOL-PLUS 2014.

Nota: gli *std.err.* sono bootstrapped standard errors (100 replications). Standard error calcolati mediante bootstrapping con 100 ripetizioni. Il PS è stato ri-stimato ad ogni ripetizione.

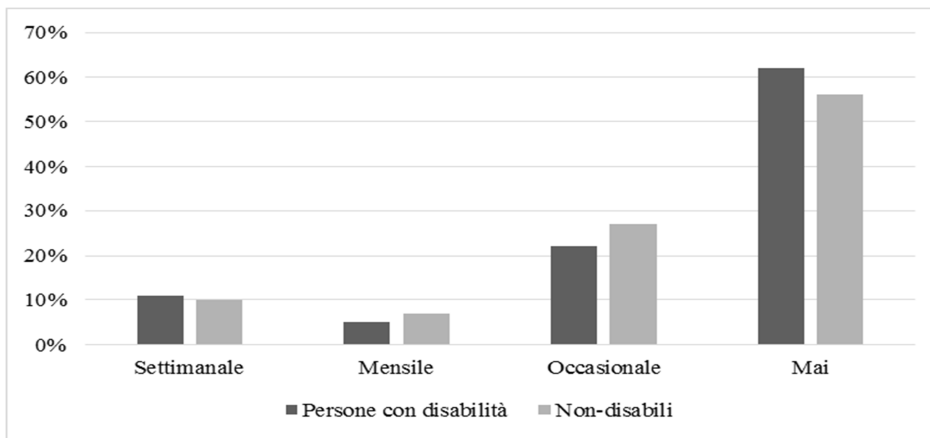
\*\*\*, \*\*, \*: indicano i coefficienti significativi al 1%, 5% e 10%, rispettivamente.

Variabile outcome (High LS Vs Low&Medium LS)

<sup>7</sup> Le stime sono state ottenute con l'algoritmo descritto in Becker e Ichino (2002). In primo luogo, è stato stimato il Propensity score (**Tabella A.1** in Appendice) di ciascun individuo e verificata la proprietà di bilanciamento (Deheja e Wahba (1996) e di supporto comune (**Figura A.1** in Appendice).

I risultati ottenuti sono in linea con la letteratura precedente per i volontari non-disabili (si veda Van Willigen, 2000; Borgonovi, 2008; Binder & Freytag, 2013). Tuttavia, nonostante l'effetto positivo stimato, la figura 2 mostra un *gap* nella partecipazione alle attività del volontariato tra disabili e non-disabili. Il 44% dei non-disabili è impegnato in questa attività, rispetto al 38% delle persone con disabilità. La minore partecipazione può essere spiegata dai vincoli che le persone con disabilità incontrano nella partecipazione alle attività del tempo libero a causa, ad esempio di strutture e trasporti inaccessibili, costi economici, mancanza di informazioni appropriate e barriere attitudinali (Israeli, 2002; Yau, McKercher, & Packer, 2004; Shaw & Coles, 2004; Dippenar & Kotze, 2005; Bell et al., 2005; Hillis, 2005; Burns & Graefe, 2007; Packer, McKercher, & Yau, 2007; Thomas, 2007; Agovino et al., 2017). Crawford, Jackson, & Godbey (1991) suggeriscono che ci sono tre diversi tipi di vincoli al tempo libero: *intrapersonale*, *interpersonale* e *strutturale* (Kennedy et al., 1991; Daniels et al., 2005). I vincoli intrapersonali si riferiscono alle caratteristiche *psico-emotive* e di disabilità dell'individuo che possono intercedere tra la loro motivazione e il desiderio di intraprendere attività ricreative. I *vincoli interpersonale* e *strutturale* si riferiscono alle barriere attitudinali, sociali e ambientali. Esse sono coerenti con il modello sociale della disabilità. La partecipazione alle attività del tempo libero, nel caso delle persone con disabilità, presuppone la possibilità di fruire di facilitazioni (ad esempio, ausili tecnologici), di assistenza e di non essere, quindi, ostacolati da barriere ambientali, sociali o di altro tipo. Tuttavia, la letteratura segnala la presenza di numerose incontrate dalle persone con disabilità che scelgono di (o che vorrebbero) impiegare il loro tempo libero nel volontariato (Miller, et al., 2002; Farrell & Bryant, 2009, Fegan and Cook, 2012). Miller, et al. (2003) segnalano come vincoli: l'insufficiente accessibilità delle strutture fisiche all'interno delle quali si svolgono le attività di volontariato; la mancanza di personale qualificato e attento ad incontrare le esigenze delle persone con disabilità; atteggiamenti discriminatori da parte dei membri dell'organizzazione. L'esistenza di atteggiamenti discriminatori *cdi barriere sociali* (Miller, et al., 2003; Balandin et al., 2006; Farrell & Bryant, 2009, Fegan and Cook, 2012) si ricollega alla visione della disabilità ancora legata al modello medico, che considera le persone con disabilità unicamente come destinatari "passivi" di supporto e assistenza (Roker et al., 1998). Con riferimento alle barriere ambientali, invece, il coinvolgimento di volontari con disabilità all'interno dell'organizzazione può essere visto come un impegno aggiuntivo (in termini di costi per adeguamento delle strutture) e, quindi, come una bassa priorità per le organizzazioni con tempo e risorse limitate (Roker et al., 1998; Balandin et al., 2006; Young & Passmore, 2007).

**Figura 2:** Partecipazione al volontariato persone con disabilità e non-disabili (Val.%)



Fonte: Nostra elaborazione su dati Isfol-Plus 2014

## 5. Conclusioni

Il lavoro ha analizzato il ruolo del *volontariato inclusivo* nel caso delle persone con disabilità. Questo “tipo” di volontariato si configura come una strategia di inclusione sociale da parte delle Organizzazioni di Volontariato, e non solo, in grado di coinvolgere le persone con disabilità anche come operatori volontari all’interno dell’organizzazione. Il volontariato inclusivo è parte integrante di un sistema di *welfare* fondato sui valori della solidarietà, della coesione sociale, del bene comune e dell’uguaglianza sostanziale, come sanciti dagli artt. 2 e 3 (comma 2) della Costituzione Italiana, dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, dalla Strategia Europea sulla Disabilità 2010-2020. Si tratta di una strategia di inclusione sociale che può consentire la ri-attribuzione di un ruolo attivo alla persona con disabilità.

Dall’analisi è emerso un effetto positivo dell’attività di volontariato sulla *life satisfaction* dei volontari con disabilità. Tuttavia, come segnalato dalla letteratura, le persone con disabilità fronteggiano numerose barriere nella partecipazione alle attività di volontariato (soprattutto di tipo ambientale, sociale e attitudinale). La rimozione di queste barriere richiede numerosi sforzi organizzativi da parte delle OdV. Fra questi, particolare rilievo assumono lo sviluppo e l’attuazione di azioni orientate a: considerare e potenziare le capacità residue delle persone con disabilità, creare ambienti accessibili che siano in grado di oscurare le difficoltà psico-fisiche (ad esempio, abbattimento delle barriere architettoniche degli edifici, ausili tecnologici) e/o considerare impieghi flessibili.



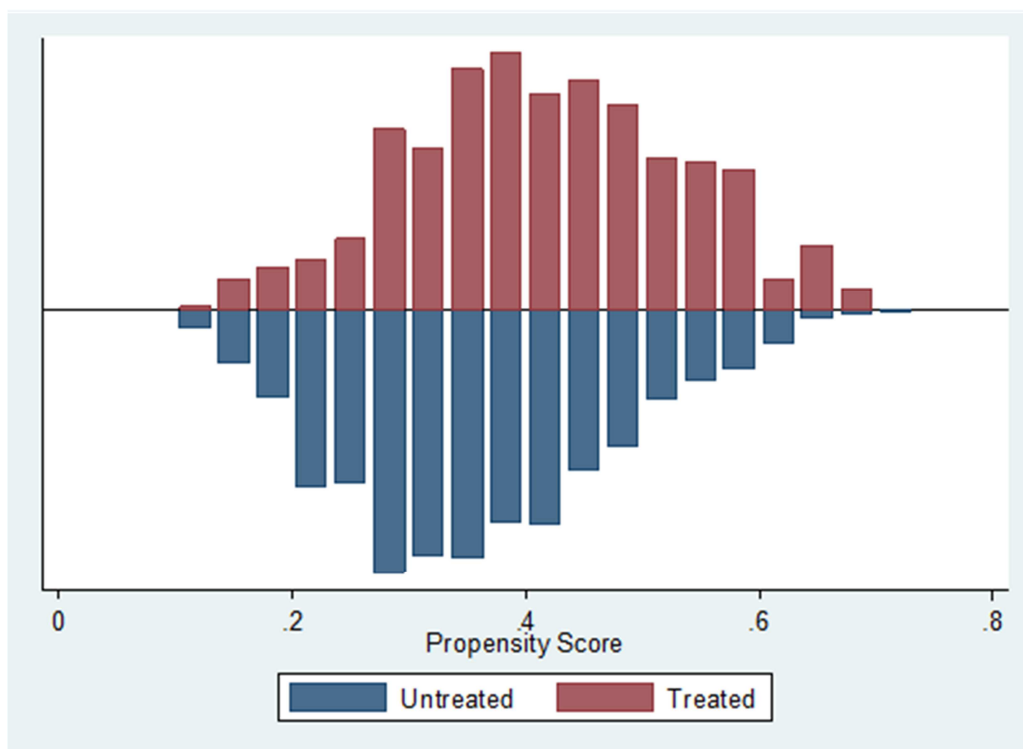
## Appendice

**Tabella A1: Stima del propensity score (Logit model)**

<b>Variables</b>	<b>Coef.</b>	<b>Std. Err.</b>	<b>z</b>
Creativo	<b>0.384***</b>	0.113	3.39
Cordiale	<b>0.198*</b>	0.114	1.79
Coscenzioso	0.049	0.124	0.40
<b>Categorie età (Reference = 18-34)</b>			
35-44	-0.027	0.125	-0.22
45-54	0.017	0.122	0.14
55-64	<b>-0.233**</b>	0.115	-2.03
65+	<b>-0.450***</b>	0.143	-3.13
<b>Sesso (Reference = Donna)</b>			
	0.047	0.068	0.70
<b>Categorie istruzione (Ref. = High education)</b>			
Low education	-0.234**	0.109	-2.15
Medium education	-0.192*	0.103	-1.86
<b>Stato civile (Ref.= nubile/celibe)</b>			
Coniugato	0.010	0.090	0.12
Separato	-0.080	0.199	-0.41
Divorziato	-0.028	0.156	-0.18
Vedovo	-0.122	0.195	-0.63
<b>Condizione lavorativa (Ref.= occupato)</b>			
Disoccupato	0.067	0.115	0.59
Pensionato da lavoro	-0.069	0.109	-0.63
Inattivo	-0.096	0.098	-0.98
Studente	0.228	0.249	0.92
<b>Fasce reddito (Ref. = 2001-3000)</b>			
0-1000	<b>-0.214**</b>	0.106	-2.02
1001-2000	-0.046	0.088	-0.52
>3000	-0.095	0.138	-0.69
<b>Regions (Reference = Veneto)</b>			
Piemonte	-0.238	0.187	-1.27
Liguria	-0.301	0.213	-1.41
Lombardia	<b>-0.465***</b>	0.168	-2.76
Trentino Alto Adige	0.184	0.276	0.67
Friuli	-0.095	0.216	-0.44
Emilia Romagna	-0.058	0.187	-0.31
Toscana	-0.038	0.186	-0.21
Marche	-0.209	0.206	-1.01
Umbria	-0.261	0.228	-1.15
Lazio	-0.342	0.171	-2.00
Molise	<b>-0.512*</b>	0.279	-1.83
Abruzzo	0.001	0.206	0.00
Campania	-0.145	0.171	-0.85
Puglia	-0.275	0.182	-1.51
Basilicata	-0.397	0.246	-1.62
Calabria	-0.089	0.184	-0.49
Sicilia	-0.301*	0.173	-1.73
Sardegna	-0.359*	0.204	-1.76
<b>_cons</b>	-0.189	0.238	-0.80

Fonte: nostra elaborazione su dati ISFOL-PLUS 2014. \*\*\*, \*\*, \*: indicano i coefficienti significativi al 1%, 5% e 10%, rispettivamente.

**Figura A1: Istogramma dei propensity scores stimati - common support check**



## Bibliografia

- Addabbo, T., Krishnakumar, J., Sarti, E. (2014) 'Disability and work: empirical evidence from Italy', In: Malo M.Á. Sciulli D. (eds) 'Disadvantaged Workers', *AIEL Series in Labour Economics*, chapter 2, 11–29.
- Andrews, J. (2005) Wheeling uphill? Reflections of practical and methodological difficulties encountered in researching the experiences of disabled volunteers, *Disability & Society*, 20(2), 201–212.
- Balandin S, Llewellyn G, Dew A, Ballin L. (2006) We couldn't function without volunteers': volunteering with a disability, the perspective of not-for-profit agencies. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(2), 131-36.
- Balandin, S., Llewellyn, G., Dew, A., Ballin, L. & Schneider, J. (2006). Older disabled workers' perceptions of volunteering. *Disability & Society*, 21, 677-692.
- Barlow J, Bancroft GV, Turner AP (2005) Volunteer, lay tutors' experiences of the Chronic Disease Self-Management Course: being valued and adding value. *Health Education Research*, 20(2), 128-36.
- Barlow, J., Hainsworth, J. (2001) Volunteerism among older people with arthritis, *Ageing and Society*, 21(2), 203–217.
- Becchetti, L., Pelloni, A., Rossetti, F. (2008). Relational goods, sociability, and happiness. *Kyklos*, 61, 343–363.
- Berthoud, R. (2008) 'Disability Employment Penalties in Britain, *Work, Employment and Society*', wo, *Work, Employment and Society*, 22, 1, 129-148.
- Blanchflower, D. G. & Oswald, A. J. 2000 Well-being over time in Britain and the USA. NBER working papers 7487. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good. The relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. *Social Science & Medicine*, 66, 2321–2334.
- Burns, N.; Paterson, K. & Watson, N. (2009). An inclusive outdoors? Disabled peoples experiences of countryside leisure services. *Leisure Studies*, 28(4): 403-417.
- Burns, R.C., Graefe, A.R. (2007). Constraints to outdoor recreation: Exploring the effects of disabilities on perceptions and participation. *Journal of Leisure Research*, 39(1), 156–181.

- Caliendo, M., Kopeinig, S. (2008) Some practical guidance for the implementation of propensity score matching. *J. Econ. Surv.* 22(1), 31–72.
- Clark, A. E., Diener, E., Georgellis, Y. & Lucas, R. E. 2003 Lags and leads in life satisfaction: a test of the baseline hypothesis. See <http://www.delta.ens.fr/clark/BLINEaug03.pdf>
- Clark, A. E., Oswald, A. J. 1994 Unhappiness and unemployment. *Econ. J.* 104, 648–659.
- Conceição P., Bandura R. (2008) Measuring subjective wellbeing: A summary review of the literature. United Nations Development Programme (UNDP) Development Studies, Working Paper.
- Coombs, R. 1991 Marital status and personal well-being: a literature review. *Family Relations* 40, 97–102.
- Corbisiero, F. (2014), Beyond the ICF: Italian network strategies for job placement of persons with disabilities, *Modern Italy*, 19:2, 199-211, DOI: 10.1080/13532944.2014.910508.
- Crawford, D., Jackson, E., Godbey, G. (1991). A hierarchical model of leisure constraints. *Leisure sciences*, 13: 309-320.
- Dehejia, R. H., Wahba, S. (1996). Causal effects in nonexperimental studies: Re-evaluating the evaluation of training programs. *J. Am. Stat. Assoc.* 94, 1053–1062.
- Diener, E. 2000 Subjective well-being: the science of happiness, and a proposal for a national index. *Am. Psychol.* 55, 34–43.
- Diener, E., Biswas-Diener, R. 2002 Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Social Indicators Res.* 57, 119–169.
- Diener, E., Oishi, S. 2000 Money and happiness: income and subjective well-being across nations. In *Culture and subjective well-being* (ed. E. Diener & E. M. Suh), pp. 185–218. Cambridge, MA: MIT Press.
- Farrell, C., Bryant, W. (2009). Voluntary work for adults with mental health problems: a route to inclusion? A review of the literature. *British Journal of Occupational Therapy*, 72, 163-173.
- Fegan, C., Cook, S. (2012). Experiences of volunteering: a partnership between service users and a mental health service in the UK. *Work*, 43, 13-21.

- Frey, B. S., Stutzer, A. 2002 What can economists learn from happiness research? *J. Econ. Lit.* 40, 402–435.
- Gannon, B. (2005) ‘A dynamic analysis of disability and labour force participation in Ireland 1995-2000’, *Health Economics*, 14, 925–938
- Gannon, B., Nolan, B. (2004) ‘Disability and labour market participation in Ireland’, *The Economic and Social Review*, 35, 2, 135–155.
- Glenn, N. D., Weaver, C. N. (1985) The changing relationship of marital status to reported happiness. *J. Marriage Family* 50, 317–324.
- Gove, W. R., Hughes, M., Style, C. B. (1985) Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual? *J. Hlth Social Behav.* 24, 122–131.
- Gove, W. R., Shin, H. (1985). The psychological well-being of divorced and widowed men and women. *J. Family Iss.* 10, 122–144.
- Hale, T., Hayghe, H., McNeil, J. (1998) ‘Persons with disabilities: labor market activity 1994’, *Monthly Labor Review*, 121, 9, 3–12.
- Haybron D.M. (2005). Life satisfaction, ethical reflection and the science of happiness. *Journal of Happiness Studies*, 8, 99-138.
- Heinrich, C., Maffioli, A., Vazquez, G. (2010) A primer for applying propensity-score matching, impact-evaluation guidelines. Technical Notes, N.IDB-TN-161, Inter-American Development Bank.
- Heller, T. (1999) Emerging models, in: S. Herr & G. Weber (Eds) *Ageing, rights and quality of life* (Baltimore, MD, Brookes), 149–166.
- Helliwell, J. F., Putnam, R. D. (2004). The social context of wellbeing. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359, 1435-1446.
- Holland, P. (1986) Statistics and causal inference. *J. Am. Stat. Assoc.* 81(396), 945–960.
- Hotchkiss, J. (2004) ‘Growing part-time employment among workers with disabilities: marginalization or opportunity’, *Economic Review*, 89, 3, 25–40.
- Israeli, A.A. (2002). A preliminary investigation of the importance of site accessibility factors for disabled tourists. *Journal of Travel Research*, 41(1), 101–104.

- Jones, M. (2008) 'Disability and the Labour Market: A Review of the Empirical Evidence', *Journal of Economic Studies*, 35, 5, 405–24.
- Jones, M.K., Latreille, P.L., Sloane, P.J. (2006) 'Disability, gender and the British labour market', *Oxford Economic Papers*, 58, 3, 407–459.
- Khandker, S.R., Koolwal, G.B., Samad, H.A. (2010) *Handbook on Impact Evaluation: Quantitative Methods and Practices*. The international Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Kidd, M.P., Sloane, P.J., Ferko, I. (2000) Disability and the labour market: an analysis of British males. *J. Health Econ.* 19, 961–981.
- Kinney W.B., Coyle C.P. (1992) Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, vol. 73(9): 863-9.
- Kinney, W.B., Coyle, C.P. (1992). Predicting life satisfaction among adults with physical disabilities. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73: 863-869.
- Li, Y., and Ferraro, K. F. (2005). Volunteering and depression in later life: social benefit or selection processes? *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 68-84.
- Lucas-Carrasco R., Salavador-Carulla L. (2012) Life satisfaction in persons with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33(4), 1103-9
- Meier, S., and Stutzer, A. (2008). Is volunteering rewarding in itself? *Economica*, 75, 39–59
- Miller KD, Schleien SJ, Rider C, Hall C, Roche M, Worsley J (2002) Inclusive volunteering: benefits to participants and community. *Therapeutic Recreation Journal*, 36(3), 247-59.
- Mitra S., (2006) The Capability Approach and Disability. *Journal Disability Policy Studies* 16(4):236–247.
- Mizunoya, S., Mitra, S. (2013) 'Is There a Disability Gap in Employment Rates in Developing Countries?', Original Research Article *World Development*, 42, 28-43.
- Moen, P., Dempster-McCain, D., & Williams, R. M. (1993). Successful aging. *American Journal of Sociology*, 97, 1612-1632.
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science & Medicine*, 56, 259-269.

- Mussida, C., Sciulli, D. (2015) 'Direct and indirect effects of disability on employment probabilities: a comparative analysis', DISCE Quaderni del Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali dises1507, Milano: Università Cattolica del Sacro Cuore, Dipartimenti e Istituti di Scienze Economiche (DISCE).
- Oliver, M., (1990) *The politics of disablement: A sociological approach*. New York: St. Martin's.
- Oman, D., Thoresen, C. E., & McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among the community-dwelling elderly. *Journal of Health Psychology*, 4, 301-316.
- Oswald, A. J. (1997) Happiness and economic performance. *Econ. J.* 107, 1815–1831.
- Packer, T.L., McKercher, B., & Yau, M.K. (2007). Understanding the complex interplay between tourism, and environmental contexts. *Disability and Rehabilitation*, 29(4), 281–292.
- Pfeiffer, D. (2001) The conceptualization of disability. In B. M. Altman & S. Barnartt (Eds.), *Exploring theories and expanding methodologies: Vol. 2. Research in social science and disability* (pp. 29–52). Oxford, UK: Elsevier.
- Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: it's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 66-77.
- Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*. 12, 66–77.
- Roker, D., Player, K. & Coleman, J. 1998. Challenging the Image: the involvement of young people with disabilities in volunteering and campaigning. *Disability & Society*, 13, 725-741.
- Rosembaum, P., Rubin, D. (1985). Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score. *Am. Stat.* 39, 33–38.
- Rosembaum, P.R., Rubin, D. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika* 70, 41–55.
- Rubin, D. (1974) Estimating causal effects to treatments in randomised and nonrandomised studies. *J. Educ. Psychol.* 66, 688–701.
- Shaw, G., & Coles, T. (2004). Disability, holiday making and the tourism industry in the UK: A preliminary survey. *Tourism Management*, 25(3), 397–403.

- Trembath, D., Balandin, S., Stancliffe, R. J. & Togher, L. 2010. Employment and Volunteering for Adults with Intellectual Disability. *Journal of Policy & Practice in Intellectual Disabilities*, 7, 235-238.
- Van Willigen, M. (2000). Differential benefits of volunteering across the life course. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 55B, S308-S318.
- Wardell, F., Lishman, J. & Whalley, L. J. (2000) Who volunteers?, *British Journal of Social Work*, 30(2), 227–248.
- Wheeler, J. A., Gorey, K. M., & Greenblatt, B. (1998). The beneficial effects of volunteering for older volunteers and the people they serve: a meta-analysis. *International Journal of Aging and Human Development*, 47, 69-79.
- Whiteley, P. (2004). *The art of happiness: Is volunteering the blueprint for bliss?* London: Economic and Social Research Council.
- Wilson, J. (2012). Volunteerism research. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 41(2), 176–212.
- Wilson, J., & Musick, M. A. (1999). The effects of volunteering on the volunteer. *Law and Contemporary Problems*, 62(4), 141–168.
- Yau, M.K., McKercher, B., & Packer, T.L. (2004). Travelling with a disability. More than an access issue. *Annals of Tourism Research*, 31(4), 946–960.
- Young, J. & Passmore, A. 2007. What is the occupational therapy role in enabling mental health consumer participation in volunteer work? *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 66-69.