



# UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata

**Corso di Laurea Magistrale in  
Psicologia Sociale del Lavoro e della Comunicazione**

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

**" L'APPORTO TEORICO DELLA PSICOLOGIA POSITIVA PER IL  
COUNSELING VOLTO ALL'INCLUSIONE LAVORATIVA DELLA PERSONA  
CON DISABILITÀ ".**

"THE THEORETICAL CONTRIBUTION OF POSITIVE PSYCHOLOGY FOR COUNSELING  
AIMED AT THE WORK INCLUSION OF PEOPLE WITH DISABILITIES".

**Relatrice:** Prof.ssa Laura Nota

**Laureanda:** Amelia Muraro

**Matricola:** 2023822

Anno Accademico 2022/2023



*" E' bello  
poter far vedere il futuro agli altri  
in momenti in cui a loro sembra  
che il futuro non ci sia più ".*

BEBE VIO



## INDICE

INTRODUZIONE. ....	1
CAPITOLO I. LA PSICOLOGIA POSITIVA.	
1. Le origini. ....	4
2. Principi e fondamenti. ....	10
3. La psicologia positiva nelle organizzazioni. ....	31
3.1.Diversity Management. ....	34
3.2.Capitale psicologico. ....	36
4. Benessere e salute organizzativa. ....	39
CAPITOLO II. LA DISABILITA'.	
1. Evoluzioni del concetto. ....	43
2. Classificazioni e normative. ....	62
3. Disabilità e lavoro: tra difficoltà e discriminazione. ....	71
CAPITOLO III. IL COUNSELING APPLICATO AL LUOGO DI LAVORO IN AMBITO DI DISABILITA'.	
1. Il counseling in ambito di disabilità. ....	80
2. Psicologia positiva e inclusione. ....	88
3. Salute organizzativa, benessere e mindfulness: un approccio integrato..	91
CONCLUSIONI. ....	97
RINGRAZIAMENTI. ....	103
BIBLIOGRAFIA. ....	104
FONTI NORMATIVE. ....	119
SITOGRAFIA. ....	120



## INTRODUZIONE

L'ambiente lavorativo rappresenta una parte fondamentale della vita di ogni individuo e gioca un ruolo cruciale nell'esistenza individuale. Un'importante sfida del mondo contemporaneo riguarda la possibilità di garantire il fatto che l'ambiente lavorativo sia inclusivo, rispettoso e in grado di promuovere il benessere di tutti i suoi partecipanti. Il presente lavoro di tesi si propone di esplorare un approccio innovativo e altamente rilevante in merito a tale sfida, vale a dire l'applicazione della psicologia positiva, del counseling e della mindfulness per promuovere il benessere e l'inclusione delle persone con disabilità sul luogo di lavoro.

Il percorso del presente elaborato è articolato in tre capitoli interconnessi che affronteranno questioni chiave relative al tema di interesse.

Il primo capitolo si concentrerà sulla psicologia positiva, esaminando le sue origini, i suoi principi e i suoi fondamenti. Verranno esplorate le modalità con le quali la psicologia positiva si è evoluta nel tempo e come tali sviluppi siano stati applicati all'ambito lavorativo. In particolare, verrà approfondito il costrutto di *Diversity Management* e il concetto di "capitale psicologico", e si analizzeranno le motivazioni per le quali questi concetti risultino essenziali per promuovere un ambiente di lavoro positivo e inclusivo. Inoltre, verrà esaminato il motivo per cui il benessere e la salute organizzativa siano elementi chiave per creare condizioni di lavoro ottimali per tutti i dipendenti.

Il capitolo II si sposterà, poi, sul tema della disabilità, esaminando le evoluzioni del concetto nel corso del tempo e le classificazioni e normative che ne definiscono i confini. Uno dei punti centrali di tale capitolo sarà l'analisi delle sfide e delle discriminazioni che le persone con disabilità affrontano sul posto di lavoro. Il presente capitolo contribuirà a gettare le basi per comprendere meglio le complesse dinamiche tra le persone con disabilità e il mondo del lavoro.

Nel capitolo III, infine, si esplorerà l'applicazione del counseling all'ambito lavorativo in relazione alle persone con disabilità. Verrà illustrato come il counseling possa essere un potente strumento per supportare l'inclusione e il benessere dei lavoratori con disabilità, e verrà analizzata la modalità con la quale la psicologia positiva possa contribuire a promuovere un ambiente di lavoro più inclusivo. Inoltre, si tenterà di comprendere come la salute organizzativa, il benessere e la mindfulness possano essere integrati in un approccio olistico per migliorare la qualità della vita professionale delle persone con disabilità.

Il presente elaborato si propone, pertanto, di gettare luce sulle modalità con le quali la psicologia positiva, il counseling e la mindfulness possano contribuire in modo significativo alla creazione di ambienti di lavoro che promuovano il benessere e l'inclusione delle persone con disabilità. Attraverso l'analisi critica e l'integrazione di questi approcci, la speranza è quella di fornire



contributi utili per affrontare le sfide che le persone con disabilità incontrano sul posto di lavoro, oltre che quella di promuovere un cambiamento positivo e duraturo all'interno delle organizzazioni.

## CAPITOLO I

### LA PSICOLOGIA POSITIVA

#### 1. Le origini .

Verso gli anni '60 emerge una nuova corrente psicologica, orientata verso l'umanesimo, nota come la "terza via" (Froh, 2004). Questo nuovo paradigma prende forma con l'intenzione di discostarsi dalle due principali scuole di pensiero esistenti. Da un lato, c'è l'approccio freudiano che interpreta l'essere umano come governato da istinti primari (la prima via), mentre dall'altro c'è l'approccio comportamentista che lo vede come passivo rispetto agli stimoli esterni (la seconda via).

La psicologia umanistica si sviluppa come risposta a questi approcci ritenuti obsoleti e sposta il focus attentivo verso una visione dinamica dell'individuo, sempre più orientato al suo sviluppo personale. All'interno di questa prospettiva, l'essere umano nella sua totalità diventa il soggetto di studio principale. Si esplora come egli viva le sue esperienze quotidiane, come instauri relazioni stabili e appaganti, come si organizzi e come reagisca di fronte a stimoli vari.

L'obiettivo della psicologia umanistica si sposta verso il benessere individuale, le sue risorse interne, i valori più profondi e le esperienze che conferiscono significato alla sua vita. Questa corrente, in contrasto con l'ottica

freudiana, propone una visione ottimistica dell'individuo, ritenendolo intrinsecamente incline alla bontà e alla ricerca della felicità.

L'emergere della psicologia positiva trova le sue radici nella evoluzione della visione umanistica della mente. In effetti, il concetto di psicologia positiva venne inizialmente introdotto da Maslow (1954), con l'intento di identificare una disciplina orientata all'individuazione delle capacità e delle risorse personali, anziché concentrarsi solamente sulle carenze.

In questo modo, le due discipline cominciarono a coesistere e a delineare i propri ambiti, avvicinandosi e allontanandosi in modo reciproco (anche se la psicologia positiva era ancora nelle fasi iniziali). Entrambe riconobbero l'inclinazione innata dell'essere umano verso l'autorealizzazione, spinto da una forza motivante e propulsiva. Esse esplorarono le origini dei traumi e delle sofferenze, nonché le qualità positive come la creatività, l'etica e le aspirazioni che guidano l'animo umano.

Sono stati, tuttavia, individuati vari punti di discrepanza tra le due prospettive: mentre l'approccio umanistico adotta una visione olistica, che non presuppone una distinzione netta tra bene e male in quanto entrambi coesistono in una relazione interscambiabile e indispensabile, la prospettiva positiva cerca di interpretare l'animo umano nella sua completezza e intricata complessità, tenendo a mente che ciascun individuo manifesta la propria personalità in base alle risorse possedute.

Comunque, lo sviluppo della psicologia positiva è stato un processo lungo e intricato: è stato necessario attendere gli anni '80 perché questa prospettiva assumesse una forma tangibile; tale risultato è stato reso possibile grazie al contributo di Martin Seligman.

La psicologia positiva, in effetti, prese avvio dall'idea, consolidatasi dopo la conclusione della Seconda Guerra Mondiale, che fosse importante studiare non soltanto il dolore umano, ma anche le emozioni positive che le persone sperimentano quotidianamente. I primi sforzi per affrontare tali tematiche possono essere riscontrati nel lavoro di Terman (1939), negli studi di Watson (1928) e nell'analisi di Jung (1933) sulla ricerca del significato della vita.

L'effettiva nascita della psicologia positiva, però, trova le sue radici in Seligman e Pawelski (2003) e, in particolare, nelle loro osservazioni riguardanti le varie reazioni della popolazione durante la Seconda Guerra Mondiale. Mentre alcune persone, di fronte a sfide estreme, affrontavano la situazione con depressione e scetticismo, altre invece manifestavano comportamenti più orientati alla positività, mantenendo la loro speranza nel futuro intatta. La domanda fondamentale che ha posto le basi per questa disciplina riguardava le motivazioni sottostanti a tali reazioni così differenti di fronte a un evento condiviso. Ciò ha portato alla volontà di sviluppare un metodo che non solo supportasse gli individui nel processo di guarigione da patologie psichiatriche,

ma soprattutto fornisce assistenza nell'evoluzione di qualità e atteggiamenti positivi.

L'obiettivo principale di questa disciplina, infatti, consiste nel comprendere le fonti della forza interiore delle persone e nel fornire strumenti per coltivare e potenziare il benessere psicologico. Il suo scopo, pertanto, è quello di spostare il focus solo dal "riparare" ciò che non funziona al costruire anche le qualità positive. Essa si propone di studiare la forza e la virtù che ha a che fare con il lavoro, l'educazione, l'introspezione, l'amore, la crescita, il gioco. Per fare ciò, si propone di adattare ciò che di meglio offre il metodo scientifico all'unicità dei comportamenti umani.

La psicologia positiva, sul piano soggettivo, valorizza le esperienze oggettive: ben-essere, appagamento e soddisfazione in prospettiva passata, speranza e ottimismo in prospettiva futura, flusso e velocità in prospettiva presente.

A livello individuale si focalizza sui tratti positivi individuali: la capacità di amare e di lavorare, il coraggio, le abilità interpersonali, la sensibilità estetica, la perseveranza, la capacità di perdonare, l'originalità, l'orientamento al futuro, la spiritualità, il talento, la saggezza.

A livello di gruppo si focalizza sulle virtù civiche e le istituzioni che spingono l'individuo ad essere un buon cittadino: la

responsabilità, l'educazione, l'altruismo, la civiltà, la moderazione, la tolleranza e il lavoro etico. (Fata, 2004)

Alla radice dell'approccio della psicologia positiva si pone il concetto di prevenzione: invece di concentrarsi unicamente sul versante patologico dell'individuo, questa innovativa disciplina si proponeva di gettare le basi per coltivare atteggiamenti focalizzati sulla resilienza, la resistenza e la forza. L'obiettivo principale era guidare le persone in buona salute verso una piena realizzazione delle proprie capacità.

Le fondamenta della psicologia positiva si articolano in due filoni principali, che, sebbene verranno solo accennati in questo contesto per motivi di completezza, saranno analizzati dettagliatamente nei capitoli successivi: da un lato si delinea l'approccio edonistico di Kahneman (1999), mentre dall'altro emerge l'approccio eudemonico di Waterman (1993).

Inoltre, è rilevante sottolineare che la ricerca nel campo della psicologia positiva si focalizza principalmente su tre ambiti fondamentali:

1. Esperienze positive attuali, passate e future: all'interno di questa categoria, emergono diversi contributi di rilievo. Le indagini di Kahneman (1999) sulla qualità edonistica delle esperienze umane, le ricerche di Diener (2000) relative al benessere individuale e gli studi condotti da Massimini e Delle Fave (2000) sulle esperienze ottimali. Vi sono inoltre le analisi di Peterson (1999) sull'ottimismo, le riflessioni di

Myers (2000) sulla felicità e gli approfondimenti di Ryan e Deci (2000) sull'autodeterminazione. Da non trascurare sono anche le indagini di Taylor e colleghi (2000) e Salovey e colleghi (2000) sul legame tra emozioni positive e salute fisica.

2. Personalità positiva, virtù e qualità individuali: le ricerche all'interno di questo gruppo concentrano i propri sforzi nell'analisi delle abilità di organizzazione, nell'auto-direzionalità e nell'adattabilità degli individui. Queste abilità, a loro volta, si fondano su una serie di tratti personali che costituiscono le basi stesse della disciplina. Questi tratti includono il benessere soggettivo, l'ottimismo, la felicità e l'autodeterminazione. Tra i contributi di rilievo in questo ambito rientrano gli studi di Ryan e Deci (2000) sulla questione dell'autodeterminazione, le indagini di Baltes e Staudinger (2000) sulla saggezza, le riflessioni di Vaillant (2000) sulle difese mature e gli approfondimenti di Simonton (2000), Winner (2000), Larson (2000) e Gardner, Michaelson e Solomon (2000) sulla creatività.
3. Comunità e contesti positivi: le indagini all'interno di questa categoria si basano sulla premessa che ogni individuo sia immerso in un contesto sociale specifico, il quale influenza sia le prospettive che le inclinazioni delle persone. Includono in questo ambito i lavori di Buss (2000), Massimini e Dalle Fave (2000) che esaminano l'importanza del contesto evolutivo nel modellare le esperienze positive. Vi sono inoltre le ricerche

di Myers (2000) sui contributi sociali alla felicità individuale, gli approfondimenti di Schwartz (2000) riguardo alla necessità di norme condivise istituzionalizzate che alleggeriscano l'individuo dal peso delle scelte, le indagini di Larson (2000) sull'importanza delle esperienze di volontariato per esprimere le risorse personali e gli studi di Winner (2000) sull'effetto della famiglia nello sviluppo dei talenti individuali.

L'impatto della psicologia positiva, che, secondo le parole dello stesso Seligman (2002, p. 34), rappresenta "una prospettiva di studio del comportamento umano, volta a teorizzare e identificare gli elementi che rendono la vita degna di essere vissuta", divenne immediatamente evidente. Già nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ridefiniva la salute come uno stato di benessere fisico, mentale e sociale, superando la semplice assenza di malattia (WHO, 1948). Inoltre, Jahoda (1958) metteva in luce come la semplice mancanza di segni di patologia mentale non fosse sufficiente a costituire uno stato di salute mentale. Egli proponeva l'identificazione di ulteriori criteri per definire il benessere psicologico (Delle Fave, 2007).

## **2. Principi e fondamenti .**

Sono principalmente tre i pilastri della psicologia positiva:

1. Ottimismo: nel complesso, l'ottimismo è da sempre considerato uno strumento fondamentale per affrontare le sfide e le difficoltà che



possono presentarsi nel corso della vita. Tuttavia, dato che è stato incorporato nell'ambito scientifico, è diventato essenziale esaminare in modo più approfondito il suo significato.

Uno dei pionieri che ha cercato di dare una definizione al concetto è stato Tiger (1979), antropologo canadese, il quale ha descritto l'ottimismo come una "parte intrinseca della natura umana" (Laudadio & Mancuso, 2015, p. 175). Secondo quest'ultimo, l'ottimismo rappresenta la capacità individuale di prevedere gli esiti positivi generati dalle proprie azioni. Se l'ambiente nel suo insieme favorisce l'emergere di elementi positivi e vantaggiosi, questo diventa una fonte di soddisfazione per l'individuo. L'ottimismo diventa quindi un tratto interno che permette di abbracciare le opportunità positive che l'ambiente esterno e la società riservano per l'individuo (Delle Fave, 2007).

A tal proposito, Meazzini (2007) asserisce come esistano quattro tipologie di ottimismo:

- Ottimismo ingenuo: il mondo è percepito come un luogo sicuro dove non esistono possibilità di scenari negativi. Ciò si basa su una mancanza di comprensione concreta della realtà e su un'accettazione passiva di qualsiasi evento;

- Ottimismo passivo: l'individuo crede che gli esiti delle sue azioni siano determinati principalmente da fattori esterni, e ritiene che il suo coinvolgimento personale sia insignificante;
- Ottimismo dogmatico: questo tipo di ottimismo comporta la deliberata scelta di ignorare i segnali sfavorevoli provenienti dalla realtà, enfatizzando invece una prospettiva positiva;
- Ottimismo irrazionale: caratteristica di questo tipo di ottimismo è la convinzione che tutto si risolverà sempre per il meglio, senza necessità di adottare prudenza o cautela.

L'ottimismo svolge un ruolo cruciale nell'orientamento dell'essere umano all'interno delle situazioni, influenzando profondamente i suoi comportamenti. La sua rilevanza nel promuovere il benessere fisico e psicologico è stata ampiamente provata, emergendo come uno dei fattori più significativi nel gestire lo stress. L'ottimismo incrementa effettivamente la capacità di affrontare lo stress in modo più efficace. Analogamente, nell'ambito scolastico, è stato dimostrato come una disposizione più ottimistica favorisca le prestazioni degli studenti. Questa prospettiva positiva ha un impatto positivo sui risultati accademici e influisce sulla motivazione individuale, sulla fiducia in sé stessi e sulle risorse personali.

Si propone, di seguito, una breve panoramica delle principali teorie che si sono occupate di studiare l'ottimismo.

Anolli (2005) ritiene che sia fondamentale distinguere due forme di ottimismo: quella irrealistica e quella realistica:

- L'ottimismo irrealistico distorce il concetto stesso dell'ottimismo, spingendo l'individuo a credere che otterrà risultati positivi superiori rispetto agli altri, ai quali sono invece assegnati prevalentemente esiti negativi. Questo approccio si allontana dalla realtà, creando l'illusione che ci siano maggiori probabilità di attirare eventi positivi rispetto ad altri esseri umani.
- L'ottimismo realistico, invece, si riferisce alla capacità dell'individuo di autoregolare il proprio comportamento al fine di favorire risultati positivi rilevanti. Secondo Scheier e Carver (1992), gli elementi responsabili di questa autoregolazione risiedono nelle aspettative che le persone nutrono verso le proprie azioni. L'ottimismo si configura quindi come una caratteristica stabile della personalità, in grado di influenzare le scelte e interpretare gli eventi in modo positivo. Questa predisposizione consente di affrontare le influenze esterne con una mentalità resiliente e adattiva, con conseguenti effetti benefici sia a livello fisico che psicologico. Ciò delimita in modo più chiaro il confine dell'auto-realizzazione. All'interno della dimensione realistica

emergono due modelli esplicativi principali: l'ottimismo disposizionale e l'ottimismo attribuzionale. Il primo consiste nella tendenza a credere che ogni evento avrà un risultato positivo; l'individuo adotta una prospettiva positiva verso l'esperienza, riconoscendo il valore degli obiettivi da perseguire. Inoltre, maggiore è l'importanza dell'obiettivo, maggiore sarà il suo valore per l'individuo. Questo atteggiamento lo spinge a mantenere un alto grado di resistenza e resilienza, permettendogli di affrontare e gestire influenze sfavorevoli con efficacia. Il secondo, d'altra parte, è stato approfondito specialmente da Seligman. Quest'ultimo, partendo dall'analisi cognitiva degli stati d'animo negativi, ha sviluppato un modello basato su due concetti fondamentali, vale a dire l'impotenza appresa e lo stile attributivo. Secondo Seligman, l'impotenza appresa rappresenta una sorta di abbandono, una resa in cui l'individuo crede che le sue azioni non avranno alcuna influenza sull'esito di un evento (Miller & Seligman, 1975). Questo concetto ha sollevato domande sulla sua natura e sul motivo per cui alcune persone sono più propense a cedere, mentre altre lo sono meno.

La modalità di ogni individuo di dare spiegazioni agli eventi che accadono rappresenta lo stile esplicativo, ovvero il modo in cui le cause di un evento vengono interpretate. Tale stile è un atteggiamento di

pensiero radicato nell'abitudine acquisita fin dalla giovane età e riflette la nostra visione generale di sé stessi. Ognuno utilizza il proprio stile esplicativo per affrontare le situazioni quotidiane. Seligman e colleghi (1984) identificano due principali stili: il pessimistico e l'ottimistico. Lo stile pessimistico è costituito da tre dimensioni:

- Permanenza: convinzione che la percezione di eventi negativi rimarrà costante e immutabile nel corso della vita;
- Pervasività: idea di dare spiegazioni "universalmente" negative a un evento, come ad esempio un fallimento, che viene visto come riflesso di una tendenza più ampia;
- Personalizzazione: tendenza ad attribuire le conseguenze di un evento più a sé stessi che ad altre persone.

Nel caso di una persona pessimista, quindi, le cause di eventi sfavorevoli vengono considerate permanenti, universali e personali. Al contrario, una persona ottimista le considererà temporanee e concentrerà i suoi sforzi nel perseguire i propri scopi (fig. 1).

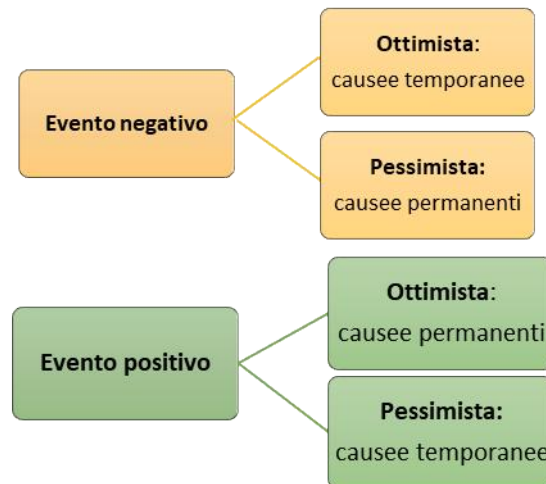


Figura 1 – Visualizzazione della personale interpretazione degli avvenimenti da parte dell'individuo sulla base delle disposizioni personali

Per quanto riguarda lo stile esplicativo ottimistico, Seligman e colleghi (1984) identificano quattro fonti da cui potrebbe scaturire l'ottimismo: predisposizioni genetiche, stile proprio della madre, l'influenza ambientale – che comprende i giudizi espressi dagli adulti come genitori e insegnanti – e l'insieme di eventi traumatici verificatisi nel corso della prima decade di vita. Diverse esperienze vengono modulate dalla prospettiva ottimistica verso la vita, con un considerevole peso attribuito all'ambiente. Quest'ultimo dovrebbe essere tranquillo e privo di conflitti al fine di favorire un atteggiamento fiducioso e produttivo.

È importante sottolineare che il concetto di ambiente è stato ampiamente studiato sin dagli anni '40. La "epigenetica", nata in quel periodo, ha dato vita a una nuova branca della biologia che suggerisce che

l'ereditarietà genetica non sia l'unica responsabile del comportamento individuale, ma che l'ambiente esterno giochi un ruolo significativo che si riflette sul nostro ambiente interno (Lipton, 2005). Di conseguenza, se si cresce in un ambiente familiare caratterizzato da litigi e sofferenza, col tempo si potrebbe iniziare a percepire come normale il conflitto all'interno delle famiglie. Questa prospettiva crea una sorta di risonanza, contribuendo a creare una realtà coerente con le credenze interiori.

Secondo Seligman (2013), se lo stile esplicativo non è favorevole, è responsabilità dell'individuo cercare di modificarlo; in questo modo, è possibile trasformare una cattiva abitudine legata a determinati modelli di pensiero. D'altra parte, se si è imparata l'impotenza, è altrettanto possibile apprendere l'ottimismo. Al fine di incrementare il grado di ottimismo, l'autore suggerisce di riconoscere e analizzare i propri pensieri negativi, utilizzando un modello denominato "ABCDE," in cui ogni lettera rappresenta un aspetto specifico:

- A (*Adversity*): l'evento avverso o l'ostacolo che si incontra;
- B (*Beliefs*): le convinzioni che sorgono da queste difficoltà;
- C (*Consequences*): le conseguenze di queste convinzioni;
- D (*Disputation*): la discussione e la contestazione delle convinzioni personali;

- E (*Energization*): l'energia positiva che emerge quando la discussione è efficace.

Attraverso tale processo, è possibile trasformare i pensieri negativi e favorire un maggiore ottimismo nella prospettiva individuale.

Quando si cerca di applicare questo modello nella pratica, si può affermare quanto segue: di fronte a una difficoltà, di solito l'individuo reagisce formulando un pensiero specifico, che si trasforma velocemente in una credenza. Questa credenza si stabilizza rapidamente e diventa il modo in cui la persona percepisce la sfida, influenzando le azioni future. Tuttavia, è possibile mettere in discussione queste credenze e svilupparne di nuove, portando a diverse reazioni. Questo processo avviene attraverso due fasi chiave: consapevolezza, che coinvolge il riconoscimento che le credenze, originate dagli stili attributivi personali, possono effettivamente essere modificate, e apprendimento delle tecniche adatte per modificare tali credenze.

Il processo di auto-discussione delle proprie credenze permette di individuare l'origine del pensiero legato a un evento specifico e di trasformarlo, se necessario, in modo profondo. Questo approccio consente di influenzare positivamente il modo in cui si affrontano le difficoltà e le sfide.



2. Speranza: è un parametro cruciale per delineare il benessere individuale, sia a livello fisico che psicologico. Il progresso delle ricerche psicologiche, incentrate sugli aspetti motivazionali e comportamentali, ha portato alla considerazione della speranza da parte della comunità scientifica. Nel panorama della letteratura specialistica, vi sono diversi contributi che si focalizzano su questo concetto. Karl Menninger, ad esempio, ha definito la speranza come una "attesa positiva", correlata alla fiducia in un risultato favorevole. Secondo l'autore, è proprio l'atteggiamento speranzoso (o il suo opposto) che può influenzare il percorso terapeutico (Gennaro & Scagliarini, 2011).

Erich Fromm (1977) offre un'interpretazione del concetto di speranza, evidenziando come questa possa agire come una leva per lo sviluppo individuale. Fromm introduce una distinzione tra speranza e desiderio. Mentre il desiderio rimane un'immaginazione utopica collegata alla speranza, quest'ultima è vista come una forza concreta e, allo stesso tempo, come una certezza. La speranza si orienta verso gli obiettivi da raggiungere e verso la realizzazione personale. In questo modo, Fromm sottolinea il ruolo attivo della speranza nell'orientare le azioni dell'individuo verso il proprio sviluppo e realizzazione.

Il concetto di speranza è stato anche oggetto di analisi da parte di Snyder (2002), che ha sviluppato la cosiddetta *Hope Theory*, ovvero la

teoria della speranza. Secondo Snyder, la speranza rappresenta tutto ciò che guida i processi che conducono al raggiungimento di un obiettivo. A differenza dell'approccio di Fromm, Snyder considera la speranza in relazione al concetto di desiderio, anche se non completamente sovrapponibile. La speranza diventa quindi un indicatore sia del desiderio che delle strategie messe in atto per conseguire un risultato. In questa prospettiva, l'azione diviene il motore diretto verso uno specifico obiettivo, e la costanza di tale azione si traduce in un pensiero focalizzato sulla realizzazione. La teoria di Snyder si basa sul presupposto che sia essenziale avere speranza in sé stessi e fiducia nelle proprie risorse.

Questa teoria si avvicina ad altri paradigmi psicologici, come l'autoefficacia di Bandura (1997), l'ottimismo di Seligman (2013) e il *locus of control* di Rotter (1966). Tuttavia, la teoria della speranza rappresenta una prospettiva più complessa, un processo in evoluzione continua, in cui interagiscono tre dimensioni fondamentali per il raggiungimento dell'obiettivo:

- La capacità di immaginare chiaramente l'obiettivo da raggiungere (finalità): quest'obiettivo può essere qualsiasi cosa si desidera raggiungere. Maggiore è la concretezza e la realistica dell'obiettivo, maggiore è la probabilità di realizzarlo.

- Le strategie cognitive per raggiungere l'obiettivo (percorsi): queste strategie si basano sulle convinzioni personali e sull'autovalutazione delle proprie risorse.
- L'energia mentale necessaria per mantenere attivo il processo (agency): alla base c'è la motivazione, il vero motore che genera la spinta necessaria per sostenere l'intero processo verso l'obiettivo.

Snyder riassume l'essenza della sua teoria con la seguente formula (fig. 2):



Figura 2 - Hope Theory

Si può affermare, pertanto, che esista un legame intrinseco tra la spinta motivazionale e i processi cognitivi che vengono attivati per raggiungere un obiettivo. Inoltre, un elemento cruciale per il successo di questo processo è l'individuazione delle potenzialità, poiché queste consentono di elaborare significati con maggiore chiarezza. L'autore enfatizza anche l'importanza di coltivare la speranza personalmente, prima di promuoverla negli altri. Da qui scaturisce la necessità di un impegno etico ed educativo che si concentri sulla formazione individuale, lo studio e l'allenamento della speranza.

Nell'ambito educativo e sociale, diverse ricerche hanno rivelato una connessione tra la percezione interna positiva della speranza e la qualità delle relazioni interpersonali (Nota & Soresi, 2015a). Gli individui che possiedono una prospettiva ottimistica della speranza sembrano sviluppare rapporti sociali più profondi e duraturi, il che ha un impatto positivo sul loro benessere fisico e psicologico. D'altro canto, quando le relazioni sono caratterizzate da elementi negativi, si osserva l'emergere di comportamenti problematici che possono ostacolare il percorso verso la realizzazione personale.

Dopo l'analisi condotta da Snyder, la ricerca ha continuato a esplorare le sue linee guida e ha ampliato il campo di applicazione della teoria della speranza. È stato ormai ampiamente dimostrato che la speranza è strettamente correlata al benessere e al funzionamento psicofisico. Infatti, essa ha la capacità di influenzare positivamente situazioni problematiche, attivando un sistema di strategie adattive efficaci per superare gli ostacoli. Avere una maggiore resistenza di fronte a eventi stressanti consente di accedere a risorse più ampie e di utilizzare strategie di adattamento più efficaci per affrontare le situazioni difficili. Imparare a coltivare la speranza rappresenta quindi un elemento cruciale, poiché nutre il senso di responsabilità nell'individuo, spingendolo a diventare il protagonista della propria vita. È un processo di crescita

personale, un'esperienza intima di auto-miglioramento che richiede fiducia in sé stessi e nelle proprie capacità, così come fiducia negli obiettivi che si vogliono raggiungere, i quali diventano stimolanti traguardi da perseguire con determinazione.

Nell'ultimo secolo, poi, si è passati da una visione in cui si riteneva che sia l'ambiente che l'individuo fossero relativamente stabili, e che le opportunità e le scelte fossero accessibili a tutti, a una situazione attuale caratterizzata da instabilità sanitaria, politica e finanziaria. Questa realtà ha portato a un futuro imprevedibile, incerto e spesso preoccupante. Di fronte a tale panorama, le risorse richieste per affrontare queste sfide devono essere estremamente ampie, coprendo un vasto spettro di abilità e competenze, anche se apparentemente distanti tra di loro. Per adattarsi a queste nuove sfide, diventa fondamentale sviluppare qualità come l'ottimismo, la speranza e la resilienza. Queste capacità diventano, pertanto, indispensabili per navigare attraverso l'incertezza e affrontare le difficoltà che la moderna società instabile può presentare (Bagnara, 2007).

3. Resilienza: l'etimologia del termine "resilienza" ha radici nel verbo latino *resilire*, che significa saltare indietro o rimbalzare. Questa espressione metaforica fa riferimento all'atto di ritirarsi o contrarsi. Nel corso del secolo scorso, il termine è stato utilizzato sia per indicare il rimbalzo di

oggetti che per descrivere le caratteristiche interne di alcuni corpi. Ad esempio, alcuni materiali hanno la capacità di assorbire impatti contraendosi e poi ritornando alla loro forma originale. Il concetto di resilienza ha assunto varie sfumature di significato nel corso del tempo, rendendo difficile definirlo in modo univoco. Gli studi scientifici sulla resilienza sono emersi negli anni '50 grazie ai contributi di diversi ricercatori.

La resilienza è diventata una qualità rilevante in vari ambiti e uno degli obiettivi fondamentali da perseguire all'interno di svariati ambiti e contesti.

Nella definizione proposta da Grotberg (1995), la resilienza assume il significato di una capacità di fronteggiare e resistere alle avversità che si presentano, cercando un adattamento che permetta di superare le situazioni di crisi. Secondo questa prospettiva, l'incremento della resilienza è il risultato dell'interazione tra i fattori interni dell'individuo, come il suo carattere, creatività e intelligenza, e quelli esterni, quali la comprensione, lo sviluppo morale e il supporto sociale. In sostanza, la capacità di affrontare le sfide dipende dalla sinergia tra le risorse personali e il sostegno proveniente dall'ambiente circostante.

La resilienza può essere considerata come la capacità di un individuo o di un oggetto di resistere a eventi traumatici (Laudadio & Mancuso, 2005).

Tuttavia, essa va oltre la mera resistenza e implica un processo di adattamento e trasformazione, che permette la creazione di nuovi percorsi di vita. Questa visione dinamica della resilienza sottolinea che essa non è una condizione statica, ma un processo in costante evoluzione. La resilienza può manifestarsi in specifici contesti o momenti, variando a seconda delle circostanze (Vaillant, 1993).

La resilienza si basa su due presupposti fondamentali. Uno riguarda l'esposizione a fattori di rischio o eventi potenzialmente pericolosi, che mettono alla prova la capacità di adattamento di un individuo. L'altro presupposto riguarda l'adozione di un adattamento positivo che agisce come fattore di protezione, contrastando gli eventi stressanti e contribuendo alla resistenza e alla ripresa.

In sintesi, la resilienza rappresenta un processo attivo e mutevole che va oltre la mera sopravvivenza, coinvolgendo l'adattamento, il cambiamento e la costruzione di nuovi modi di affrontare le sfide.

Inizialmente, gli studiosi (Seligman et al., 1984) si sono interrogati sulle differenze tra individui che affrontano situazioni difficili attraverso strategie creative e risolutive, e quelli che non riescono ad attivare tali risorse. Questo dibattito ha evidenziato che tali differenze sono influenzate dalle caratteristiche individuali e dai fattori ambientali, che agiscono come agenti protettivi riducendo il rischio di eventi avversi.

I ricercatori (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000), poi, hanno identificato fattori di protezione e di rischio a livello individuale, familiare e comunitario, dimostrando come la loro interconnessione giochi un ruolo chiave nella resilienza. I fattori di protezione sono elementi che contribuiscono all'aumento della resilienza, contrastando gli effetti delle sfide della vita. Essi promuovono un adattamento positivo, potenziando le abilità di risoluzione dei problemi, incoraggiando relazioni sociali positive, favorendo l'autonomia e sostenendo il raggiungimento degli obiettivi. Al contrario, i fattori di rischio sono associati a elementi genetici, psicologici, sociali ed economici, nonché a difficoltà nell'adattamento sano. L'inflessibilità, il caos disorganizzativo, la povertà e la disoccupazione rappresentano ulteriori fattori che possono influire negativamente sulla resilienza di un individuo. L'esposizione prolungata a tali fattori, insieme alla combinazione di molteplici fattori di rischio, può portare a risultati negativi nell'esperienza dell'individuo (Robbins & Rutter, 1990).

In sintesi, l'indagine iniziale sugli aspetti della resilienza ha dimostrato che le caratteristiche personali e l'ambiente interagiscono per influenzare la capacità di un individuo di fronteggiare le sfide. I fattori di protezione e di rischio giocano un ruolo cruciale nella determinazione della



resilienza e della capacità di adattarsi positivamente alle circostanze avverse.

Nel campo della psicologia e, specificamente, nei lavori di Fergus e Zimmermen (2005), si è approfondita la comprensione dei tre modelli principali legati al concetto di resilienza: il modello compensativo, quello protettivo e il modello della sfida; essi mirano a spiegare come la resilienza possa influenzare la relazione tra fattori di rischio e fattori di protezione.

Il modello compensativo si basa sull'idea di una bilancia tra fattori di rischio e fattori di protezione. In questo contesto, ciò che conta è la forza relativa tra queste due forze opposte. Il modello protettivo, invece, si focalizza sulla capacità dei fattori di protezione di attenuare gli effetti dei fattori di rischio. In questo scenario, i fattori di protezione agiscono come un "paraurti" che riduce l'impatto negativo dei rischi. Infine, il modello della sfida implica un risultato proporzionale tra un particolare fattore e il suo esito. Più elevato è il fattore di protezione, maggiore è la probabilità di un risultato positivo. Al contrario, un aumento del fattore di rischio aumenta la probabilità di un esito negativo. In questo caso, il livello di esposizione dell'individuo all'ambiente in cui si verifica l'evento gioca un ruolo chiave nel determinare il risultato. Nell'insieme di questi modelli, si evidenzia che l'ambiente in cui l'individuo si trova a fronteggiare una

situazione stressante è di fondamentale importanza. La resilienza permette al soggetto di ristabilire l'equilibrio in seguito a una rottura, e il suo livello di resilienza può influenzare la relazione tra fattori di rischio e di protezione. Questi modelli contribuiscono a comprendere come la resilienza possa aiutare gli individui a far fronte alle sfide e ad adattarsi positivamente alle circostanze avverse (Laudadio & Mancuso, 2005).

La teoria ecologica di Bronfenbrenner (1996), poi, evidenzia come l'ambiente sia il risultato di un intricato sistema di interazioni, e il comportamento individuale ne sia una diretta conseguenza. Secondo Bronfenbrenner, l'ambiente in cui le persone si trovano ha un impatto su tutti gli aspetti della loro vita, compresi il pensiero, le emozioni e le esperienze quotidiane. Questo concetto sottolinea come vari fattori sociali influenzino profondamente la psicologia e il benessere degli individui.

Inizialmente, la teoria di Bronfenbrenner identifica quattro livelli distinti all'interno dell'ambiente che influenzano il percorso di vita delle persone. Tuttavia, in un secondo momento, è stato aggiunto un quinto livello per una comprensione ancora più completa della complessa interazione tra individuo e ambiente. Questi livelli sono:

- **Microsistema:** è il livello più immediato e include gli ambienti in cui la persona interagisce direttamente, come la famiglia, la scuola e gli

amici. Questi contesti quotidiani influenzano in modo diretto e immediato lo sviluppo individuale. I gruppi che costituiscono il microsistema, come la scuola o la famiglia, sono quelli con i quali il soggetto ha un contatto diretto e quotidiano. A livello di personalità, è possibile individuare alcuni tratti specifici che caratterizzano il soggetto resiliente. Questi tratti includono maggiori livelli di ottimismo, perseveranza, speranza, creatività, senso dell'umorismo, spontaneità, etica e intuito. Inoltre, secondo gli studiosi Deci e Ryan (2000), i soggetti resilienti dimostrano una maggiore autodeterminazione e possiedono un *locus of control* interno, ovvero credono che i risultati delle loro azioni dipendano principalmente dal loro sforzo e impegno. Un ambiente strutturato e armonioso ha un impatto positivo sulla crescita della resilienza.

- Mesosistema: si riferisce alle interazioni tra i diversi microsistemi in cui la persona è coinvolta. Ad esempio, come le relazioni familiari possono influenzare le esperienze scolastiche o viceversa. Questo livello evidenzia come le influenze possano propagarsi da un contesto all'altro.
- Esosistema: riguarda gli aspetti più ampi dell'ambiente, come la comunità e le reti sociali. L'ambiente sociale più esteso può

influenzare indirettamente l'individuo, attraverso norme sociali, valori culturali e risorse disponibili.

- **Macrosistema:** si riferisce a fattori culturali, ideologici e sociali più ampi che influenzano la vita delle persone. Questi includono le leggi, le norme culturali, le credenze religiose e le istituzioni sociali. Secondo alcuni studiosi, è proprio a questo livello che occorre cercare le radici di un comportamento favorevole, poiché solo tramite un'analisi culturale è possibile apprezzare appieno le cause della resilienza (Cohler, 1984).
- **Cronosistema:** questo livello è stato aggiunto in un secondo momento e considera il fattore temporale e lo sviluppo nel corso del tempo. Si tratta delle trasformazioni e dei cambiamenti che avvengono nei vari livelli ambientali e di come questi impattino sulle persone nel corso delle diverse fasi della vita.

La teoria ecologica di Bronfenbrenner mette in luce l'importanza dell'interazione tra individuo e ambiente e sottolinea come sia necessario considerare una vasta gamma di fattori sociali e contestuali per comprendere appieno il comportamento e lo sviluppo delle persone.

In sintesi, la resilienza può essere considerata come l'effetto dell'interazione tra elementi come l'ambiente, le caratteristiche personali dell'individuo e la sua percezione. È essenziale coltivare e promuovere

qualità come la resilienza, la speranza e l'ottimismo all'interno di una comunità che possa sostenere questi sforzi.

### **3. La psicologia positiva nelle organizzazioni .**

Secondo quanto affermato da Luthans (2002, p. 671), il comportamento organizzativo positivo è definibile come “lo studio e l'applicazione dei punti di forza e delle capacità psicologiche delle risorse umane orientate positivamente, che possono essere misurati, sviluppati e gestiti in modo efficace per migliorare le prestazioni nei luoghi di lavoro odierni”.

Un metodo efficace per identificare gli elementi che apportano vitalità all'interno di un'organizzazione è l'approccio dell'indagine apprezzativa (Cooperrider & Avital, 2004). Questo approccio si concentra sul successo raggiunto dall'organizzazione attraverso cambiamenti positivi. Esso coinvolge la raccolta di storie che narrano dei risultati desiderati, delle strategie implementate per creare un futuro migliore e la creazione di soluzioni che sfruttino le potenzialità specifiche dell'organizzazione (Whitney & Cooperrider, 1998). Questo metodo si distingue dalle iniziative di cambiamento diagnostiche o orientate ai problemi, che spesso coinvolgono negatività, critiche e analisi dei problemi in un ciclo continuo. Al contrario, l'indagine apprezzativa promuove alta motivazione, collaborazione tra i membri

dell'organizzazione e un ambiente positivo basato sull'apprezzamento reciproco (Cooperrider & Whitney, 2005).

Recenti ricerche si sono dedicate a valutare l'impatto della psicologia positiva all'interno degli ambienti organizzativi, attraverso un'analisi approfondita degli studi presenti nella letteratura di riferimento (Meyers, van Woerkom & Bakker, 2013). Da quest'analisi è emerso che gli interventi di psicologia positiva nel contesto lavorativo costantemente migliorano il benessere dei dipendenti, un risultato di cruciale importanza per le organizzazioni. Il ruolo positivo della felicità è stato dimostrato attraverso diversi effetti benefici. Ad esempio, i dipendenti che si sentono felici sono meno inclini a lasciare l'organizzazione (Griffeth, Horn & Gaertner, 2000), e l'aumento delle emozioni positive favorisce la creatività (Fredrickson, 2003) e agevola lo sviluppo di risorse cognitive, fisiche e sociali (Cohn & Fredrickso, 2010). Inoltre, i dipendenti che sperimentano felicità tendono ad essere più produttivi (Cropanzann & Wright, 2001). Un dato interessante emerso da questa ricerca è che gli individui che hanno punteggi più alti in depressione, ansia o bassa affettività positiva e gratitudine sembrano trarre maggior beneficio dagli interventi di psicologia positiva rispetto a coloro che già godono di un maggiore livello di felicità.

Recentemente, poi, sono state condotte due meta analisi che dimostrano come gli interventi di psicologia positiva risultino altamente efficaci. Nella

prima, i ricercatori hanno esaminato 347 studi che coinvolgevano oltre 72.000 partecipanti provenienti da popolazioni cliniche e non cliniche di bambini e adulti in 41 paesi; dallo studio è emerso come gli interventi di psicologia positiva abbiano avuto un effetto significativo sul benessere, sulle forze personali, sulla qualità della vita, sulla depressione, sull'ansia e sullo stress (Carr et al., 2021).

Nel secondo studio, invece, l'obiettivo era quello di concentrarsi su popolazioni adulte non cliniche, confrontando gli effetti degli interventi mirati al benessere soggettivo e psicologico, o a una combinazione dei due. A tale scopo, sono stati inclusi 68 studi controllati randomizzati su popolazioni non cliniche, con un totale di 16.085 partecipanti. I risultati hanno mostrato che gli interventi psicologici positivi aumentano effettivamente il benessere: gli interventi più lunghi hanno mostrato effetti immediati più forti rispetto a quelli più brevi, e gli interventi basati su metodi tradizionali sono stati più efficaci di quelli che utilizzavano metodi assistiti dalla tecnologia (Koydemir, Sökmez & Schütz, 2021).

Di conseguenza, queste scoperte suggeriscono che gli interventi di psicologia positiva rappresentino una via promettente per potenziare il benessere e, probabilmente, le performance dei lavoratori all'interno delle organizzazioni. Questi interventi sembrano in grado di mitigare lo stress, la

depressione, il *burnout* e l'ansia tra i dipendenti, contribuendo così a creare un ambiente lavorativo più salutare e favorevole.

### **3.1. Diversity Management .**

Le attuali organizzazioni devono costantemente confrontarsi con nuove sfide, a seguito dei profondi cambiamenti verificatisi negli ultimi anni nella società. Cambiamenti demografici e un aumento della diversità in termini di etnia, genere, età, religione e cultura hanno portato a nuovi scenari sul luogo di lavoro. Queste differenze possono portare a conflitti e, purtroppo, anche a pratiche discriminatorie che minano l'efficacia individuale e organizzativa. La gestione della diversità sul posto di lavoro è diventata una priorità per le organizzazioni, poiché sebbene si riconosca che una forza lavoro diversificata possa favorire la competitività, la gestione efficace della diversità è ancora un territorio poco esplorato (Curtis & Reddy, 2015).

Studi recenti, tuttavia, hanno dimostrato una connessione positiva tra diversità e performance organizzativa. Le aziende che promuovono l'inclusione di gruppi tradizionalmente sotto-rappresentati hanno registrato prestazioni significativamente superiori rispetto ad aziende simili nel settore (VonGergen, Soper & Parnell, 2005). Tuttavia, ciò che emerge è che i teams culturalmente diversi sperimentano vantaggi in termini di creatività e soddisfazione, ma allo



stesso tempo possono affrontare sfide legate a conflitti interni e integrazione sociale ridotta (Teramoto Pedrotti & Edwards, 2014).

Dunque, verso la fine degli anni '80, emerse l'approccio del *Diversity Management* in risposta alla crescente necessità di adottare un modello di gestione delle risorse umane che riconoscesse e valorizzasse le molteplici differenze etniche e culturali presenti nelle aziende statunitensi. Questo approccio fu sviluppato tenendo conto dell'ampia diversità all'interno della forza lavoro (Mangano et al., 2015). Il *Diversity Management* può essere definito come una strategia "di gestione e sviluppo del personale tesa a valorizzare le diverse necessità e aspettative delle persone che operano in una organizzazione, in funzione del miglioramento delle performance complessive dell'azienda" (Mauri & Visconti, 2009).

Tuttavia, va notato che non esistono approcci standardizzati per quanto riguarda il *Diversity Management*. Questo approccio è intrinsecamente caratterizzato da una pluralità e varietà di approcci nella gestione delle risorse umane. Il suo scopo primario è creare un ambiente lavorativo inclusivo in cui il potenziale individuale possa essere espresso e utilizzato come una leva strategica per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione (Barabino, Jacobs & Maggio, 2001).

Sintetizzando le definizioni formulate da diversi studiosi, il *Diversity Management* può essere, dunque, visto come un

approccio nella gestione delle risorse umane; come un processo interno all'organizzazione che coinvolge tutto il personale; ma anche come una politica che l'organizzazione può adottare mettendo in atto specifiche azioni che coinvolgano tutti i soggetti che ne fanno parte. Gli studiosi sono tutti concordi in merito agli obiettivi che il *Diversity Management* si propone: valorizzare le risorse umane dell'azienda affinché ogni membro abbia un trattamento equo e possa contribuire, attraverso la diversità delle caratteristiche personali, a favorire l'elaborazione di idee creative e prospettive differenziate che facilitino il raggiungimento degli obiettivi aziendali. (Magnano et al., 2015, p. 75)

### **3.2. Capitale psicologico .**

Il contesto lavorativo e le modalità in cui le attività vengono svolte all'interno delle organizzazioni coinvolgono principalmente le relazioni tra l'organizzazione, i clienti e i dipendenti (Larson & Luthans, 2006). Un concetto rilevante in questo contesto è quello di Capitale Psicologico (*PsyCap*), introdotto da Luthans e collaboratori (Luthans, Youssef & Avolio, 2007). Questo termine si riferisce a uno stato di sviluppo psicologico positivo in un individuo, caratterizzato da quattro componenti chiave: (1) la fiducia in sé (autoefficacia)

per affrontare e svolgere con successo compiti impegnativi; (2) l'ottimismo nell'attribuire esiti positivi alle situazioni presenti e future; (3) la capacità di perseguire obiettivi e di adattare percorsi in modo da raggiungerli (speranza); (4) la resilienza nel fronteggiare problemi e avversità per raggiungere il successo.

Secondo gli autori, questi quattro elementi fondamentali sono determinanti per conseguire prestazioni più elevate. Il Capitale Psicologico costituisce quindi una risorsa individuale che può essere intenzionalmente mobilitata per sviluppare valutazioni positive delle circostanze attuali e future. Questa positività può alimentare la motivazione per affrontare obiettivi ambiziosi, sviluppare strategie per raggiungerli e mostrare resilienza di fronte alle sfide (Teramoto Pedrotti & Edwards, 2014).

Uno dei tratti distintivi dei costrutti psicologici positivi, tra cui il Capitale Psicologico, è la loro capacità di essere gestiti in modo efficace per migliorare le prestazioni. Tuttavia, finora gli studi che hanno esaminato l'impatto del Capitale Psicologico sulle prestazioni lavorative sono ancora relativamente limitati. In questo contesto, è stato condotto uno studio al fine di esaminare l'ipotesi secondo cui il livello di *PsyCap* di un dipendente sia correlato in modo positivo con le sue prestazioni sul lavoro e la soddisfazione lavorativa complessiva (Luthans et al., 2007).

Lo studio è stato condotto su un campione di dipendenti provenienti da diverse aziende operanti nei settori dei servizi e della produzione tecnologica. Per misurare le prestazioni, sono state utilizzate valutazioni basate su dati oggettivi delle performance effettive e valutazioni fornite dai responsabili. I risultati hanno rivelato una correlazione positiva tra il livello di Capitale Psicologico dei dipendenti e sia le prestazioni lavorative che la soddisfazione sul lavoro. In altre parole, è emerso che i dipendenti con un più elevato livello di *PsyCap* tendevano a presentare performance migliori e a sentirsi più soddisfatti della loro attività lavorativa.

In tempi più recenti, poi, è stata condotta una ricerca che aveva lo scopo di investigare lo stile di leadership più efficace (tra la leadership *laissez-faire*, quella trasformazionale e quella transazionale) per migliorare le prestazioni dei dipendenti sul luogo di lavoro prendendo in considerazione anche il ruolo moderatore del Capitale Psicologico positivo, al fine di esaminare la relazione tra gli stili di leadership e le prestazioni dei dipendenti (Baig et al., 2021). Dai risultati è emerso come la leadership trasformazionale abbia un impatto significativo sulle prestazioni dei dipendenti, specialmente considerando il ruolo del *PsyCap* come moderatore; tale relazione si è rivelata positivamente significativa, e tale scoperta può contribuire a supportare le organizzazioni nel migliorare le prestazioni dei propri dipendenti mediante lo stile di leadership e il Capitale Psicologico.

#### **4. Benessere e salute organizzativa .**

Il concetto di benessere organizzativo è definibile come la capacità di un'organizzazione di favorire e mantenere il massimo livello di benessere fisico, psicologico e sociale dei propri lavoratori, indipendentemente dal tipo di lavoro svolto. Questo concetto rappresenta quindi il grado generale di salute dei lavoratori all'interno di un dato contesto lavorativo (Avallone & Bonaretti, 2003).

Nonostante il concetto di benessere organizzativo fosse già stato preso in considerazione da tempo, è tra gli anni '70 e '80 che esso guadagna maggior rilievo. In questo periodo, si assiste a un cambiamento di prospettiva riguardo al benessere, sia a livello personale che organizzativo: si passa dall'attenzione rivolta alla cura alla prevenzione.

Dopo un decennio, emerge il concetto di *Occupational Health Psychology* (OHP) (Raymond, Wood & Patrick, 1990). Tale approccio si focalizza sull'obiettivo di creare "ambienti di lavoro sani in cui le persone possano produrre, servire, crescere ed essere valorizzate". All'interno di questa prospettiva, un luogo di lavoro sano è caratterizzato dal fatto che le persone possono utilizzare le proprie abilità e competenze per ottenere elevata performance, soddisfazione e benessere. Questo approccio assume un ruolo cruciale nella gestione delle sfide legate alla sicurezza e alla salute nell'ambito organizzativo (Quick, 1999).

Prima dell'introduzione dell'OHP, i professionisti della sicurezza e della salute sul lavoro si concentravano principalmente sul controllo e sulla prevenzione delle esposizioni ai rischi tradizionali, come quelli di natura fisica, biologica o chimica (Sauter et al, 1999). Tuttavia, nel corso del XX secolo, si verificarono cambiamenti nell'ambiente lavorativo con l'emergere di rischi psicosociali. Questi rischi psicosociali sono definiti come elementi della progettazione, dell'organizzazione e della gestione del lavoro, nonché dei contesti sociali e organizzativi circostanti, che hanno il potenziale di causare danni psicologici, sociali o fisici. In questo contesto, l'OHP si propone come un approccio più ampio ed efficace per affrontare tali sfide e promuovere il benessere dei lavoratori (Cox, Griffiths, Rial Gonzá'lez, 2000).

Gli esiti negativi derivanti dall'esposizione a rischi psicosociali possono essere di grave portata. Tuttavia, l'addestramento dei professionisti nel campo della sicurezza e della salute sul lavoro tendeva tradizionalmente a trascurare le problematiche psicosociali. In questo contesto, l'approccio dell'OHP assume un ruolo cruciale, in quanto mira a gestire e prevenire tali rischi, contribuendo così a prevenire malattie, infortuni e promuovere la salute e il benessere complessivo dei lavoratori. È evidente che il ruolo dell'operatore OHP è fondamentale, specialmente considerando che i rischi psicosociali continueranno a costituire una crescente minaccia per il benessere dei lavoratori (European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

A livello europeo, l'OHP è generalmente definito come il “contributo della psicologia applicata alla salute sul lavoro” (Cox, Baldursson & Rial Gonzales, 2000, p .101). Questo paradigma si situa nell'interfaccia tra la salute occupazionale e la psicologia. Le diverse aree della psicologia che possono essere applicate all'ambito della salute sul lavoro includono la psicologia della salute, la psicologia del lavoro e delle organizzazioni e la psicologia sociale e ambientale. Esse contribuiscono a creare una comprensione più approfondita dei fattori psicosociali che influenzano la salute e il benessere dei lavoratori all'interno dell'ambiente lavorativo (fig. 3).

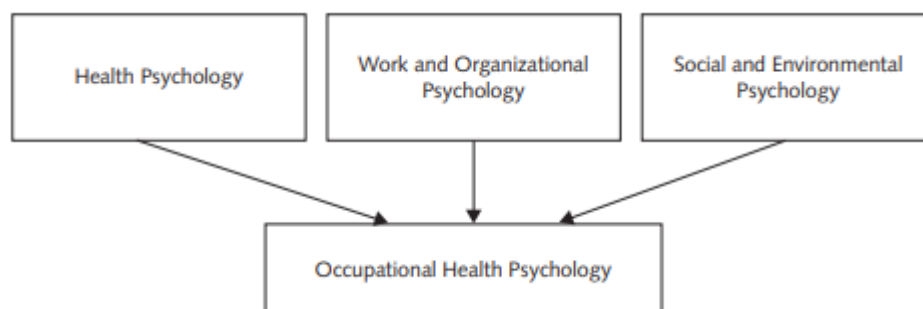


Figura 3 - Aree di convergenza dell'OHP (Leka & Houdmont, 2010)

La psicologia positiva e la teoria organizzativa convergono in un approccio innovativo denominato *Positive Organizational Behaviour* (POB), che si concentra sull'indagine e l'applicazione di risorse umane e competenze psicologiche orientate al positivo, suscettibili di essere misurate, sviluppate e gestite in modo efficace al fine di potenziare le prestazioni lavorative nel

contesto attuale. Tuttavia, affinché tali competenze e risorse psicologiche possano rientrare in questo paradigma, devono soddisfare precisi criteri. In particolare, devono manifestare aspetti positivi, essere radicati nella teoria e nella ricerca, essere quantificabili e correlati con i risultati delle prestazioni lavorative (Luthans, Youssef & Avolio, 2007).

A ogni modo, il POB implica lo studio dello stato psicologico positivo a livello individuale e dei punti di forza delle risorse umane che concorrono, in una certa misura, al benessere dei dipendenti e al miglioramento delle prestazioni organizzative. La ricerca può concentrarsi, ad esempio, sulle abilità cognitive della creatività e della saggezza, oppure sulle qualità affettive dell'impegno lavorativo e dell'umorismo in ambito lavorativo. Gli studi POB analizzano anche il ruolo di stati psicologici come l'autoefficacia, l'ottimismo, la speranza, la resilienza e altre risorse individuali utilizzate per far fronte alle richieste dell'organizzazione o per promuovere le prestazioni. I ricercatori del POB, infine, si interessano alle *performance* di eccellenza all'interno delle organizzazioni ed esaminano le condizioni che favoriscono il benessere e la realizzazione dei dipendenti (Leka & Houdmont, 2010).



## CAPITOLO II

### LA DISABILITA'.

#### 1. Evoluzioni del concetto .

L'evoluzione e la trasformazione del concetto di salute hanno condotto a una nuova visione della malattia e della disabilità negli individui. Da un'originaria percezione di "soggetti anormali", si è progrediti verso un approccio che considera questi ultimi semplicemente come "persone"; tale processo è stato accompagnato da una crescente comprensione della natura multifattoriale delle disabilità. Al fine di fornire una dimensione storica del fenomeno che ha visto il mutamento del concetto di disabilità si ritiene utile proporre una breve disamina storica che ne evidenzia le radici.

All'inizio degli anni '80 dell'Ottocento, Galton, prendendo in considerazione la curva di Gauss, propose il concetto di "distribuzione standard" per rappresentare la costante presenza di alcune caratteristiche nella popolazione generale. Tuttavia, l'accettazione diffusa dell'idea di normalità ebbe un impatto negativo, portando all'attuazione di interventi svantaggiosi e disumanizzanti nei confronti dei gruppi di individui che possedevano caratteristiche considerate "non conformi", in quanto, storicamente, il concetto di disabilità è sempre stato contrapposto a quello di normalità. Tuttavia, il giudizio di anormalità si è sempre configurato come fortemente influenzato dalla difficoltà di comprendere e accettare ciò che appare come insolito o fuori dall'ordinario.

L'idea di normalità ha origine, infatti, dalle necessità del gruppo sociale dominante di stabilire e consolidare una struttura sociale gerarchizzata (Soresi, 2016).

In epoche passate, la nozione di salute risultava essere semplice e chiara, e si basava su una proposizione negativa: "Una persona è considerata in buona salute se non è affetta da malattie" (Paccagnella, 2005). Tale approccio era strettamente associato al predominio di un modello medico tradizionale, che concentrava principalmente il proprio focus sulla malattia da curare, trascurando di considerare altre variabili rilevanti. Tuttavia, all'inizio del XX secolo, emerse chiaramente l'inadeguatezza di tale concezione semplificata.

L'espansione graduale della prospettiva sulla salute volta all'inclusione delle componenti sociali e psicologiche rappresentava, all'epoca in cui emerse per la prima volta, un notevole avanzamento rispetto al tradizionale modo di pensare. A tal proposito, è interessante notare come la dualità tra salute e malattia aveva cominciato a prendere forma nella seconda metà del XIX secolo, in concomitanza con lo sviluppo della medicina scientifica: ciò aveva permesso di superare le rappresentazioni semplicistiche precedenti, aprendo la strada a una descrizione oggettiva di diverse condizioni patologiche e, in molti casi, all'identificazione delle cause patogene (Soresi, 2016).

In epoche successive e, specialmente, in seguito alla Seconda Guerra Mondiale, si consolidò la convinzione che la pace e il progresso potessero

essere preservati solo attraverso una maggiore equità tra le nazioni. Tale convincimento portò alla promulgazione della "Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo", la quale includeva, tra i suoi pilastri fondamentali, il diritto alla salute. Gli Stati cominciarono, dunque, a classificare le persone con disabilità in categorie distinte, determinando una segregazione di queste ultime dal più ampio contesto della società. Il livello di svantaggio veniva quantificato e valutato in base a una percentuale rispetto alla piena capacità lavorativa. Il fine ultimo era rappresentato dall'identificazione di elementi che potessero, in quale modo, giustificare e legittimare l'esclusione sociale delle persone con disabilità, anche se quest'ultima veniva mitigata attraverso l'erogazione di misure di assistenza. Nel corso di tale periodo, inoltre, si assistette a un notevole progresso negli studi riguardanti la terapia e la riabilitazione in psichiatria (Soresi, 2016).

Nel 1948, l'Organizzazione Mondiale della Sanità introdusse una definizione di salute che rappresentava un punto di svolta: "La sanità è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non meramente l'assenza di malattia o infermità" (WHO, 1948). Questa visione inedita era notevole per tre ragioni principali: in primo luogo, presentava la salute in modo positivo, non limitandola semplicemente all'assenza di malattia; secondariamente, riconosceva le diverse dimensioni dello stato di salute, inclusi gli aspetti mentali, fisici e sociali; infine, incorporava considerazioni di natura politica e

sociale. Essa generò una certa agitazione nel campo della medicina, poiché quest'ultima aveva sempre focalizzato la propria attenzione sulla formulazione di diagnosi, oltre che sui concetti di cura e prevenzione (Paccagnella, 2005). Tuttavia, va notato come la definizione del 1948 presentasse ancora alcune limitazioni. Essa rimaneva, infatti, una definizione incompleta, poiché concentrava principalmente l'attenzione sulla dimensione individuale della salute: essa veniva descritta principalmente come uno stato di "completo benessere", con un'enfasi predominante sugli aspetti emotivi e soggettivi.

Subito dopo la conclusione della Seconda Guerra Mondiale, la situazione della salute pubblica in molti Paesi si configurava come fortemente lacunosa. In questa fase, l'attenzione dell'OMS era concentrata principalmente sul debellamento delle malattie che causavano gravi danni, come la malaria e la tubercolosi; con il passare del tempo, tuttavia, gli Stati cominciarono a cambiare gradualmente il loro approccio, non limitandosi più a combattere le epidemie, ma cominciando a considerare la malattia stessa come elemento principale.

Le priorità si trasformarono, e con esse cambiò il concetto di salute, la quale veniva vista sempre più come un fattore essenziale per l'espansione industriale e lo sviluppo collettivo genericamente inteso. Tale cambiamento di prospettiva ebbe conseguenze pratiche tanto per gli Stati quanto per le Organizzazioni Internazionali: molte nazioni, infatti, cominciarono a riconoscere l'importanza

degli aspetti sociali nella prevenzione delle malattie e nella tutela della salute come parte integrante dei propri programmi educativi. Nel campo della prevenzione, invece, l'attenzione si spostò sulle cause che potevano generare malattie, dando modo di intervenire in modo preventivo sui fattori di rischio per evitare lo sviluppo delle malattie stesse e le loro complicazioni (Soresi, 2016).

Inoltre, gli Stati riconobbero l'impossibilità di avanzare progetti di sviluppo nel settore della sanità pubblica senza un personale adeguatamente formato. Pertanto, si iniziò a prestare maggiore attenzione ai programmi di istruzione e formazione nel campo della salute. Tale consapevolezza fu di importanza fondamentale al fine di garantire la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari offerti alla popolazione.

Tuttavia, fino agli anni '50 del 900, l'approccio predominante riguardo alle persone con disabilità manteneva un'ottica prevalentemente assistenziale e medica. In questo contesto, le Nazioni Unite sostennero il diritto delle persone con disabilità di accedere all'assistenza e ai servizi pubblici: la concezione dominante era rappresentata dal fatto che le persone con disabilità richiedessero assistenza e, pertanto le soluzioni proposte erano principalmente di natura istituzionale o finanziaria. Ciò che emergeva in modo evidente da questo sistema era la centralità degli operatori sanitari che si occupavano delle

necessità delle persone con disabilità, piuttosto che la centralità dell'individuo con disabilità (Paccagnella, 2005).

Il modello medico tradizionale influenzava la percezione delle persone con disabilità come individui affetti da malattie, incapaci, invalidi e del tutto dipendenti dal sistema sanitario. Conseguentemente, la società si orientava principalmente verso l'allocazione di risorse per lo sviluppo della medicina e il mantenimento di strutture sanitarie specializzate e personale dedicato (Sedran, 2004). All'interno di tale prospettiva, risulta evidente come le persone con disabilità fossero spesso oggetto di un trattamento differenziato, principalmente all'interno di contesti votati all'assistenza o alla sanità. Il modello prevalente in quel periodo era caratterizzato da segregazione, istituzionalizzazione e specializzazione, e le persone con disabilità venivano principalmente considerate come destinatarie passive di cure.

Successivamente, negli Stati Uniti, si cominciarono a intraprendere i primi sforzi per rimuovere le barriere architettoniche dall'ambiente artificiale, sebbene tale approccio fosse principalmente incentrato sulle esigenze specifiche delle persone con disabilità motorie. In parallelo, iniziarono a emergere ricerche volte a esaminare l'impatto dell'istituzionalizzazione sulle persone con disabilità, le quali rivelarono come la vita in istituto potesse peggiorare le condizioni di partenza o addirittura causare ritardi mentali. Inoltre, si evidenziò che l'approccio degli operatori negli istituti, spesso

autoritario o tendente alla prevaricazione, tendeva a rafforzare la dipendenza e la passività dei pazienti (Paccagnella, 2005).

Questo periodo segnò l'inizio di un significativo processo di autodeterminazione da parte delle persone direttamente coinvolte, che prese avvio verso gli anni Sessanta. In questo contesto, emersero associazioni di genitori di individui con disabilità che si diffusero a livello globale. Contemporaneamente, i movimenti di rifiuto nei confronti di ogni forma di discriminazione e marginalizzazione all'interno della società identificarono le persone con disabilità tra le vittime di tali meccanismi. Ciò che veniva contestato era la visione esclusivamente medicistica della condizione, che considerava l'individuo in base ai suoi deficit, comportando così la sua separazione da amici e familiari. Tale protesta era alimentata dalla nuova consapevolezza che la disabilità non rappresentava solamente una difficoltà legata all'individuo quanto, piuttosto, un problema della società nel suo complesso, considerata responsabile della sua origine. Il trattamento, pertanto, doveva dispiegarsi su più fronti, oltre a quello strettamente medico, arrivando a coinvolgere anche la sfera psicosociale del soggetto (Soresi, 2016).

All'inizio degli anni '70, poi, si assistette a un ulteriore e significativo cambiamento nell'approccio verso le questioni legate alle persone con disabilità: i movimenti rappresentanti delle persone con disabilità si fecero più forti, adottando in maniera critica le richieste e i punti di vista avanzati da altri

movimenti contro le discriminazioni, quali, ad esempio, quello razziale e quello femminista. Dopo aver esaminato attentamente i vari approcci storicamente applicati dalla società alla tematica relativa alla disabilità, tali movimenti riconobbero come quest'ultima non rappresentasse soltanto una questione di politica medica quanto, piuttosto, una lotta volta alla conquista del pieno godimento dei diritti. L'intersezione di tali elementi rese ancora più evidente la necessità di formulare un approccio teorico e pratico del tutto innovativo (Curto & Marchisio, 2020).

Nel corso di questi anni, dunque, si assiste a un passaggio importante, in quanto iniziarono a prendere forma alcuni modelli di matrice teorico-concettuale relativi alla considerazione della totalità dei fattori coinvolti nell'insorgenza e nel mantenimento della condizione di disabilità. Uno dei modelli di maggior importanza, che si ritiene utile, in questa sede, presentare brevemente, è quello attribuibile al sociologo Saad Z. Nagi, chiamato "Modello di Nagi della Disabilità". Questo modello è stato importante nel contesto delle scienze dell'abilitazione e nella comprensione delle diverse dimensioni della disabilità, e si concentra sulle interazioni tra la disabilità, la malattia e l'incapacità, cercando di chiarire le relazioni tra questi concetti.

Si articola in quattro componenti principali:



1. **Patologia:** è la componente di base del modello e rappresenta la malattia o la condizione medica di una persona. Si tratta di una diagnosi medica oggettiva che indica la presenza di una malattia o un disturbo.
2. **Incapacità funzionale:** riflette il livello di compromissione delle funzioni fisiologiche o anatomiche di una persona a causa della patologia. In altre parole, l'incapacità funzionale rappresenta le difficoltà o le limitazioni che una persona può sperimentare nel compiere determinate attività fisiche o mentali a causa della malattia.
3. **Disabilità:** è la componente successiva e rappresenta le limitazioni o le restrizioni che una persona può incontrare nella partecipazione a determinate attività o ruoli sociali a causa dell'incapacità funzionale. In sostanza, la disabilità si riferisce all'impatto dell'incapacità sulle attività quotidiane e sulla partecipazione sociale.
4. **Handicap:** è la componente finale del modello di Nagi e riguarda le conseguenze sociali della disabilità. Si riferisce alle restrizioni o alle barriere che una persona può incontrare nella società a causa della disabilità. Queste barriere possono essere di natura fisica, sociale o ambientale e possono limitare le opportunità di partecipazione e di pieno coinvolgimento nella società.

Il modello di Nagi enfatizza l'importanza di considerare la disabilità come un concetto più ampio che va oltre la semplice presenza di una malattia o di

un'incapacità funzionale. Riconosce che le barriere sociali e ambientali possono avere un impatto significativo sulla vita delle persone con disabilità e sottolinea la necessità di affrontare queste barriere per promuovere la piena partecipazione e l'inclusione nella società. Esso, pertanto, ha contribuito a cambiare la prospettiva sulla disabilità, spostando l'attenzione dalla semplice "mancanza" di funzioni fisiche o mentali alla comprensione più ampia delle sfide che le persone con disabilità possono affrontare nella loro vita quotidiana e nella società (Curto & Marchisio, 2020).

Successivamente, il 20 dicembre 1971, prende vita, a opera dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, il primo documento ufficiale relativo alla disabilità, vale a dire la *Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*. Essa sottolinea l'importanza di garantire i diritti umani fondamentali delle persone con ritardo mentale e riconosce il fatto che queste persone debbano essere trattate con dignità e rispetto, con pari opportunità e senza discriminazioni. Tra i principali punti della dichiarazione figurano (Serra, 2020):

1. Diritto alla dignità: enfatizza il diritto di ogni individuo con ritardo mentale a essere trattato con dignità e a ricevere un trattamento rispettoso.
2. Pari opportunità: sottolinea l'importanza di garantire pari opportunità per le persone con ritardo mentale, sia nell'ambito dell'istruzione che in

quello dell'occupazione, in modo che possano sviluppare appieno il proprio potenziale.

3. Evitare l'isolamento: invita a evitare l'isolamento sociale delle persone con ritardo mentale, promuovendo la loro partecipazione attiva nella società.
4. Necessità di assistenza: riconosce che alcune persone con ritardo mentale possono richiedere assistenza aggiuntiva e sostegno, ma sottolinea che questo non deve essere motivo di discriminazione o privazione dei loro diritti.
5. Ricerca e assistenza: incoraggia la promozione della ricerca scientifica e dell'assistenza per le persone con ritardo mentale al fine di migliorare la loro qualità di vita.

Tale documento rappresenta uno dei primi passi nella direzione di una maggiore consapevolezza e protezione dei diritti delle persone con disabilità intellettive, percorso proseguito con l'emanazione della *Declaration on the Rights of Disabled Persons*, redatta dall'ONU nel 1975. Quest'ultima si configura come più ampia rispetto alla precedente e, nello specifico, se ne discosta per alcune caratteristiche importanti. Anzitutto, mentre la *Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons* era specificamente incentrata sui diritti delle persone con ritardo mentale, la *Declaration on the Rights of Disabled Persons* si estende a tutte le persone con disabilità,

indipendentemente dal tipo di disabilità, e ciò rende il secondo documento più inclusivo e generale nel suo approccio. Inoltre, se è vero che entrambi i documenti sottolineano l'importanza dei diritti umani, la *Declaration on the Rights of Disabled Persons* mette maggiormente in risalto i principi fondamentali della dignità umana, della non discriminazione e dell'uguaglianza di opportunità per tutte le persone con disabilità. Da sottolinearsi, poi, come la *Declaration on the Rights of Disabled Persons* enfatizzi il diritto delle persone con disabilità all'accesso a servizi, programmi e risorse adeguati a garantire la loro piena partecipazione nella società; tale aspetto non è così dettagliatamente affrontato nella *Declaration on the Rights of Mentally Retarded Persons*. Infine, la *Declaration on the Rights of Disabled Persons* incoraggia direttamente gli Stati membri e la comunità internazionale a prendere misure concrete per promuovere e proteggere i diritti delle persone con disabilità: si configura, quindi, come un documento più attivo nel richiedere l'azione e l'impegno per migliorare la situazione delle persone con disabilità (Serra, 2020).

Negli stessi anni, i movimenti per i diritti delle persone con disabilità emersero come forze influenti e si opposero fermamente al concetto tradizionale di disabilità. Da questi movimenti nacque un nuovo paradigma noto come il "Modello Sociale" della disabilità. Secondo questo modello, la

disabilità non è intrinseca alla persona, ma piuttosto una condizione umana che comporta un rischio significativo di discriminazione sociale.

Nel modello sociale, la responsabilità di rimuovere le barriere che ostacolano la piena partecipazione delle persone con disabilità nella società ricade sulla stessa società. Quest'ultima deve, infatti, garantire che le persone con disabilità possano esercitare i loro diritti in modo completo e uguale a tutti gli altri cittadini. La discriminazione è ritenuta un grave ostacolo al pieno godimento dei diritti delle persone con disabilità.

La soluzione proposta dal modello sociale consiste nell'eliminare tutte le forme di discriminazione basate sulla disabilità e nell'adottare azioni concrete per promuovere l'uguaglianza delle opportunità. In questo contesto, le persone con disabilità e le organizzazioni che le rappresentano diventano attori chiave nella lotta per i loro diritti e nella promozione dell'inclusione sociale (Soresi, 2016).

Inevitabilmente, si assistette anche a un cambiamento fondamentale nel modo in cui le persone malate e con disabilità venivano prese in cura: l'approccio precedentemente utilizzato, che era di tipo assistenziale, passivo e istituzionalizzato, in cui solo gli operatori sanitari erano responsabili del trattamento, gradualmente cedette il passo a un approccio basato sull'"assistenza sociale". Questo nuovo approccio pose un'enfasi particolare sulle barriere sociali, considerandole come ostacoli alla vita indipendente e alla

partecipazione delle persone con disabilità nella vita della società. Questo orientamento non si basava più sul tradizionale modello medico quanto, piuttosto, sul “Modello Sociale della Disabilità”, che spostava l'attenzione dalla menomazione della persona alla disabilità stessa. Dunque, con il termine “disabilità”, ora si intendeva un insieme di barriere sociali, ambientali e comportamentali che svolgevano una funzione disabilitante nei confronti della persona in questione; esse prendevano le mosse dalle caratteristiche della menomazione stessa esibita dalla persona, ma si estendevano alle sfere sociali, ambientali e comportamentali che limitavano la sua piena partecipazione nella società (Curto & Marchisio, 2020).

L'insieme di tali cambiamenti condusse alla teorizzazione, da parte di Engel, del cosiddetto “Modello Biopsicosociale” del 1977. Si tratta di un quadro teorico che prende in considerazione non solo gli aspetti biologici della malattia o della condizione di disabilità, ma anche i fattori psicologici e sociali che influenzano la salute e il benessere delle persone, e ha rappresentato un significativo spostamento dal tradizionale modello biomedico, che, come detto, tendeva a concentrarsi esclusivamente sulla biologia e sui processi fisiologici. Quando applicato alla disabilità, il modello biopsicosociale di Engel offre una comprensione più completa di come la disabilità colpisca le persone e come le persone con disabilità possano essere assistite in modo più efficace.

Il modello si applica alla disabilità secondo le tre determinanti specifiche che lo realizzano (Curto & Marchisio, 2020):

1. **Aspetto Biologico:** si riferisce alle cause biologiche o fisiche della disabilità. Comprende le condizioni mediche, le lesioni, le malattie o le menomazioni che possono portare a una disabilità (ad esempio, se una persona ha una lesione spinale, questo rappresenta un aspetto biologico della sua disabilità).
2. **Aspetto Psicologico:** considera l'impatto psicologico che la disabilità può avere sulla persona. Include aspetti come lo stress, la depressione, l'ansia o la gestione delle emozioni legate alla disabilità, le quali possono variare notevolmente da persona a persona.
3. **Aspetto Sociale:** esamina come la società, l'ambiente circostante e le interazioni sociali influenzano la vita di una persona con disabilità. Include questioni come l'accesso ai servizi, l'inclusione sociale, l'opportunità occupazionali, la discriminazione e l'attitudine della comunità verso le persone con disabilità.

Emerge, così una prospettiva di riabilitazione che si estende ben oltre il campo medico: si riconosce, infatti, che l'intervento medico può essere efficace solo se la persona con disabilità trova un senso e un significato in ciò che fa. L'inclusione sociale, pertanto, non è più semplicemente un obiettivo da

raggiungere, ma diventa uno strumento che può amplificare l'efficacia del lavoro del terapeuta.

In questo contesto, il focus non è solo sulla promozione dei servizi per le persone con disabilità, ma sulla centratura della persona con disabilità stessa, sulla sua famiglia e sui loro bisogni; il proposito è quello di coinvolgere tutte le istituzioni, sia pubbliche che private, nell'assicurare opportunità di integrazione e di affermazione per le persone con disabilità (Soresi, 2016).

All'inizio degli anni '80 e, precisamente, nel 1981, poi, venne proclamato "L'Anno Internazionale delle Persone Disabili". L'obiettivo era quello di sensibilizzare l'opinione pubblica mondiale e promuovere l'uguaglianza di opportunità e la piena partecipazione delle persone con disabilità nella società. Questa iniziativa ha rappresentato un importante passo avanti nella promozione dei diritti e dell'inclusione delle persone con disabilità a livello globale, e ha contribuito a mettere in luce le sfide e le opportunità legate alla disabilità; ha anche promosso la collaborazione internazionale e portato all'adozione di strumenti legali e politiche volte a migliorare la vita delle persone con disabilità (Curto & Marchisio, 2020).

Contemporaneamente, fu elaborata, a opera dell'OMS, la "Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità ed Handicap" (ICIDH); si tratta di uno strumento fondamentale volto ad aiutare a comprendere e classificare le diverse dimensioni della disabilità e per promuovere una migliore



comprensione delle condizioni di salute e dei bisogni delle persone con disabilità. L'ICIDH rappresenta una pietra miliare nella definizione e nella valutazione delle disabilità, in quanto contribuisce a definire i concetti chiave che successivamente hanno influenzato il campo della riabilitazione e dei diritti delle persone con disabilità. La struttura del documento è triplice e, in particolare, esso differenzia tra:

- Menomazioni: alterazioni delle funzioni o delle strutture corporee, come ad esempio una lesione del midollo spinale o una perdita dell'udito.
- Disabilità: limitazioni nella capacità di una persona di svolgere attività quotidiane, come camminare o vestirsi, a causa di menomazioni.
- Handicap: restrizioni sociali o ambientali che una persona può sperimentare a causa delle sue disabilità, come ad esempio l'accesso limitato all'istruzione o all'occupazione.

Di importanza fondamentale furono anche la "Carta di Ottawa per la Promozione della Salute", la quale riconobbe come la salute fosse influenzata da molteplici determinanti sociali, come l'ambiente, l'istruzione, il reddito, l'accesso ai servizi sanitari e molti altri. Essa, inoltre, sottolineò l'importanza della partecipazione attiva delle comunità e delle persone nella promozione della salute (Paccagnella, 2005).

Ancora, nel 2001 fu definito uno strumento tanto fondamentale quanto rivoluzionario, vale a dire l'*International Classification of Functioning, Disability*

*and Health* (ICF), che si è ritenuto doveroso quantomeno menzionare in questa sede ma che verrà approfondito nel corso del prossimo paragrafo.

Nel corso degli anni, l'approccio alle questioni legate alle disabilità si è ulteriormente sviluppato, culminando nella "Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità" del 2006, che rappresenta un trattato globale più completo e specifico sui diritti delle persone con disabilità. Essa si basa su alcuni punti salienti, che possono essere riassunti come segue (Curto & Marchisio, 2020):

1. Diritti fondamentali: afferma che le persone con disabilità hanno gli stessi diritti fondamentali di tutti gli altri individui. Questi diritti includono, tra gli altri, il diritto alla vita, alla libertà e alla sicurezza personale.
2. Non discriminazione: sottolinea il divieto di discriminazione basata sulla disabilità in tutti i settori della vita. Le persone con disabilità devono avere le stesse opportunità di partecipare alla società e di accedere ai servizi pubblici senza discriminazioni.
3. Piena inclusione e partecipazione: promuove la piena inclusione e partecipazione delle persone con disabilità nella società. Questo include l'accesso a servizi educativi inclusivi, opportunità di lavoro, assistenza sanitaria e altri servizi.

4. Adeguaamenti ragionevoli: Gli Stati firmatari della Convenzione sono tenuti a prendere misure per garantire che le persone con disabilità possano godere dei loro diritti in modo pieno ed equo. Questo può includere l'adozione di misure di adeguamento ragionevoli per rimuovere le barriere.
5. Consultazione e partecipazione: sottolinea l'importanza di coinvolgere attivamente le persone con disabilità nelle decisioni che riguardano le loro vite. Questo principio è noto come "niente su di noi senza di noi".
6. Consapevolezza pubblica: incoraggia la promozione di una maggiore consapevolezza pubblica sui diritti delle persone con disabilità e sulle sfide che affrontano.
7. Monitoraggio e rendicontazione: stabilisce un sistema di monitoraggio per garantire che gli Stati adempiano ai loro obblighi ai sensi della Convenzione. Questo sistema include la creazione di comitati di esperti indipendenti per valutare l'attuazione della Convenzione da parte degli Stati.
8. Cooperazione internazionale: riconosce l'importanza della cooperazione internazionale nel migliorare le condizioni di vita delle persone con disabilità.

## **2. Classificazioni e normative .**

Con la promulgazione dell'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), è sorto, per la prima volta, un sistema di classificazione finalizzato a fornire un quadro completo e multidimensionale per descrivere la salute e le condizioni connesse alla salute delle persone. La ICF è stata adottata dall'OMS nel 2001 ed è diventata uno strumento importante per la valutazione e la gestione delle condizioni di salute, inclusa la disabilità, a livello internazionale.

Ecco i principali componenti della ICF (Cozzi, Martinazzi & Della Mea, 2021):

1. **Funzionamento e disfunzione:** suddivide il concetto di salute in due parti principali: il funzionamento e la disfunzione. Il funzionamento si riferisce alle diverse attività che una persona può svolgere e alle loro capacità, mentre la disfunzione si riferisce alle restrizioni o ai problemi che una persona può incontrare nelle attività quotidiane.
2. **Fattori ambientali:** tiene conto degli effetti dell'ambiente fisico e sociale sulla salute delle persone. Questi fattori ambientali, infatti, possono influenzare positivamente o negativamente il funzionamento e la disfunzione di una persona.
3. **Partecipazione:** riconosce l'importanza della partecipazione sociale e della vita comunitaria nella valutazione della salute; la partecipazione è vista come un elemento chiave per valutare la qualità della vita delle persone.

4. Fattori personali: distingue tra fattori personali e fattori ambientali. I primi includono le caratteristiche individuali di una persona, come l'età, il genere, l'educazione e le abilità personali, che possono influenzare il funzionamento e la disfunzione.
5. Valutazione multidimensionale: promuove una valutazione multidimensionale della salute, che tiene conto non solo dei sintomi fisici, ma anche degli aspetti psicologici, sociali e ambientali della salute.
6. Strumento di comunicazione: è utilizzata come strumento di comunicazione tra professionisti sanitari, ricercatori e decisori politici per descrivere in modo completo le condizioni di salute delle persone e valutare gli interventi sanitari.
7. Applicazioni pratiche: viene utilizzata in una varietà di contesti, tra cui la valutazione delle disabilità, la pianificazione dei servizi sanitari, la ricerca sulla salute e la formulazione delle politiche sanitarie.

Dunque, l'IFC costituisce un sistema di classificazione che mira a fornire una visione completa della salute umana, includendo non solo gli aspetti fisici, ma anche quelli psicologici, sociali e ambientali. Questo quadro multidimensionale aiuta a comprendere meglio le condizioni di salute delle persone e a sviluppare interventi sanitari e politiche più efficaci per migliorare la qualità della vita delle persone (Cozzi, Martinazzi & Della Mea, 2021).

L'IFC è strutturata in cinque macroclassi, ciascuna delle quali rappresenta un componente chiave della classificazione (Zanichelli, 2014):

1. Funzioni Corporee: si riferisce alle funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, inclusi anche gli aspetti psicologici che influenzano il funzionamento del corpo.
2. Strutture Corporee: qui vengono elencate le parti anatomiche del corpo, come organi, arti e loro componenti. Si concentra sulla struttura fisica del corpo.
3. Attività: riguarda l'esecuzione di compiti o azioni da parte di un individuo. Si tratta di ciò che una persona è in grado di fare in termini di compiti o azioni specifici.
4. Partecipazione: si concentra sull'coinvolgimento di un individuo in situazioni di vita e nelle attività sociali. Rappresenta l'interazione della persona con l'ambiente e la società.
5. Fattori Ambientali: include tutti i fattori ambientali, compresi quelli fisici, sociali e attitudinali, che possono influenzare il funzionamento di un individuo in un determinato contesto.

Ogni macroclasse è ulteriormente suddivisa in classi e sottoclassi più specifiche. La ICF utilizza qualificatori legati alle diverse categorie per descrivere in modo dettagliato il funzionamento di una persona in base alle sue condizioni di salute. Essa, inoltre, mette in evidenza il fatto che la disabilità non

è intrinseca alla persona, ma è il risultato dell'interazione tra le sue capacità e il suo ambiente. In questo modo, si può valutare e comprendere il funzionamento delle persone in vari contesti di vita. La ICF si concentra sul funzionamento positivo e non classifica le conseguenze delle malattie. Inoltre, invece dei termini tradizionali come "menomazione", "disabilità" e "handicap", utilizza categorie specifiche come "funzioni e strutture corporee", "attività" e "partecipazione" (Cozzi, Martinazzi & Della Mea, 2021).

Sulla scorta di tale innovazione, l'OMS ha sviluppato il *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS), vale a dire uno strumento volto alla valutazione della disabilità e del funzionamento delle persone in vari contesti. Si tratta di un strumento progettato per raccogliere informazioni sulle difficoltà che le persone possono incontrare nell'esecuzione delle loro attività quotidiane a causa di problemi di salute o disabilità, ed è caratterizzato da alcuni elementi specifici. Anzitutto, il WHODAS è uno strumento molto ampio, in quanto valuta una vasta gamma di aspetti legati al funzionamento, tra cui le funzioni corporee, le attività quotidiane, la partecipazione sociale e l'ambiente in cui una persona vive; secondariamente, utilizza domande standardizzate, al fine di raccogliere informazioni consistenti e comparabili su diverse popolazioni e contesti; le risposte alle domande sono valutate su una scala di punteggio che varia da nessuna difficoltà a difficoltà estrema e questi punteggi possono essere utilizzati per quantificare il livello di disabilità di una persona. Inoltre, è

adattabile, in quanto può essere utilizzato in una varietà di contesti, tra cui la pratica clinica, la ricerca epidemiologica e gli studi sulla disabilità.; può essere, altresì, somministrato in forma di intervista o auto-somministrato. Il focus dello strumento è sul paziente, in quanto l'obiettivo è quello di raccogliere informazioni direttamente dalla persona valutata, dando voce alle loro esperienze e percezioni. Infine, il WHODAS offre una valutazione longitudinale, poiché può essere utilizzato per monitorare i cambiamenti nel funzionamento nel tempo, consentendo di valutare l'efficacia delle terapie e degli interventi nel migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità (Üstün et al., 2010).

Oltre agli sforzi volti alla classificazione delle disabilità, nel corso degli anni sono state promulgate leggi a livello nazionale con l'obiettivo di garantire la tutela dei diritti delle persone con disabilità. Tali leggi sono state adottate con il fine di affrontare le sfide associate alla perdita di autonomia e al deterioramento della qualità della vita che le persone con disabilità possono sperimentare. In questo senso, lo Stato svolge un ruolo cruciale nella protezione e nell'assistenza delle persone con disabilità, specialmente nelle situazioni più complesse e critiche. Si propone, di seguito, una breve panoramica volta alla delineazione di un orizzonte di senso in relazione alla legislazione relativa alla disabilità:



- Legge n. 18, 1980: la norma stabilisce che alle persone mutilate e agli invalidi civili totalmente inabili a causa di condizioni fisiche o psichiche, il cui stato è stato confermato da commissioni sanitarie speciali, e che sono impossibilitate a muoversi senza l'assistenza costante di un accompagnatore o che non sono in grado di compiere le attività quotidiane senza assistenza continua, venga concessa un'indennità di accompagnamento. Tale indennità è non reversibile e coperta interamente dallo Stato.
- Legge n. 104, 1992: all'interno dell'art. 1, essa:
  - Impegna a rispettare appieno la dignità umana e i diritti alla libertà e all'autonomia delle persone con disabilità, promuovendo la loro piena inclusione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società.
  - Si propone di prevenire e rimuovere le condizioni che portano alla disabilità, impedendo lo sviluppo delle persone e limitando la loro autonomia. Cerca inoltre di garantire la partecipazione delle persone con disabilità alla vita comunitaria e il pieno esercizio dei loro diritti civili, politici e patrimoniali.
  - Si impegna per il recupero delle funzioni e dell'integrazione sociale delle persone con disabilità, fornendo servizi e cure per prevenire, curare e riabilitare le condizioni di disabilità. Assicura

anche la protezione legale ed economica delle persone con disabilità.

- Promuove azioni volte a eliminare la marginalizzazione e l'esclusione sociale delle persone con disabilità.

Nell'articolo 3, la legge fornisce dettagli sulle persone che beneficiano delle sue disposizioni; introduce anche il concetto di "gravità", che viene valutato in base alla riduzione dell'autonomia personale, tenendo conto dell'età della persona. In pratica, se una persona ha una tale limitazione dell'autonomia da richiedere assistenza permanente, continua e completa sia a livello individuale che nelle relazioni, ha diritto a essere tutelata.

Gli altri 43 articoli affrontano vari aspetti, tra cui il processo di valutazione delle condizioni di disabilità, i principi generali relativi ai diritti delle persone con disabilità, come la rimozione delle cause di invalidità attraverso la promozione dell'autonomia e dell'integrazione sociale. La legge copre anche la prevenzione, la diagnosi precoce, la cura e la riabilitazione, oltre all'inserimento e all'integrazione sociale tramite una serie di interventi socio-psicopedagogici, assistenza domiciliare, supporto domestico ed assistenza finanziaria.

- Legge n. 328, 2000: fondamentale in riferimento all'organizzazione dei servizi sociali in Italia. Essa promuove il principio di sussidiarietà,

stabilendo che la responsabilità principale nell'erogare servizi sociali spetta agli enti locali (Comuni e Regioni) in modo da rispondere meglio alle specifiche esigenze delle comunità. Inoltre, prevede l'istituzione di un Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali (SISS) che fornisce prestazioni e interventi per cittadini in situazioni di svantaggio sociale, inclusi anziani, disabili, minori a rischio, e altre categorie svantaggiate, oltre che promuovere l'assistenza domiciliare per garantire alle persone in condizioni di fragilità la possibilità di rimanere nel proprio ambiente domestico il più a lungo possibile. Riconosce, altresì, il diritto all'integrazione delle persone disabili, promuovendo l'inclusione sociale attraverso l'accesso a servizi e strutture adeguate.

- Legge n. 6, 2004: mira a promuovere l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità, sottolineando i diritti fondamentali delle persone con disabilità, tra cui il diritto all'istruzione, al lavoro, all'accessibilità, alla mobilità, alla partecipazione sociale e politica, nonché il diritto a vivere in un ambiente che promuova il loro benessere. La legge promuove anche l'integrazione sociale delle persone con disabilità, sottolineando l'importanza di rimuovere le barriere che impediscono la loro piena partecipazione nella vita quotidiana, oltre che riconoscere il diritto delle persone con disabilità a lavorare e promuovere politiche di inserimento lavorativo.

- Legge n. 18, 2009: si tratta di una norma emanata per implementare e migliorare le disposizioni precedentemente stabilite dalla Legge n. 104/1992 e dalla Legge n. 328/2000. Essa afferma il principio di non discriminazione nei confronti delle persone con disabilità; ciò significa che nessuna forma di discriminazione basata sulla disabilità è ammissibile in qualsiasi contesto, inclusi l'istruzione, l'occupazione e l'accesso ai servizi. Promuove, inoltre, la pianificazione centrata sulla persona, che prevede la progettazione di interventi individualizzati per le persone con disabilità, tenendo conto delle loro esigenze specifiche e dei loro desideri. Rafforza, poi, ulteriormente il principio di inclusione scolastica, che garantisce il diritto di ogni persona con disabilità di frequentare le scuole ordinarie, e prevede il supporto di insegnanti specializzati e l'adattamento del curriculum per le esigenze degli studenti con disabilità. Sottolinea l'importanza dell'accessibilità nei luoghi pubblici e privati, promuovendo il concetto di "design universale", che mira a creare ambienti e servizi accessibili a tutte le persone, indipendentemente dalla loro condizione fisica o sensoriale. Prevede misure specifiche per favorire l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità e la creazione di posti di lavoro protetti per coloro che ne hanno bisogno, e riconosce il diritto alla vita indipendente per le persone con disabilità, sottolineando la necessità di fornire servizi e

supporto che consentano loro di vivere in modo autonomo. Promuove, infine, la diffusione di una cultura della disabilità che sensibilizzi la società sulla questione e favorisca l'inclusione sociale.

- Legge n. 112, 2016: riguarda le disposizioni in materia di assistenza a favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare. Questa legge introduce importanti misure per garantire il benessere e il sostegno alle persone con disabilità grave che non possono contare sul supporto della propria famiglia, come la previsione dell'accesso all'accesso a servizi sociali e sanitari adeguati – quali assistenza domiciliare, supporto medico, riabilitazione e via dicendo – per le persone con disabilità grave. La norma promuove, altresì, la pianificazione individuale per ciascuna persona con disabilità grave; ciò significa che vengono stabiliti piani personalizzati per soddisfare le esigenze specifiche di ciascun individuo, tenendo conto delle sue capacità e delle sue sfide. Viene previsto anche un sostegno finanziario, legale e residenziale, oltre che la promozione dell'inclusione sociale.

### **3. Disabilità e lavoro: tra difficoltà e discriminazione .**

Con il termine discriminazione si intende la “distinzione, diversificazione o differenziazione, operata fra persone, cose, casi o situazioni” (Treccani Enciclopedia). Essa, pertanto, si sostanzia in un diverso trattamento riservato a

individui o gruppi, basato sulle loro caratteristiche personali o sulla loro posizione sociale, ed è intrinsecamente legato al ruolo e all'influenza della società. La società stessa è responsabile della creazione di fattori discriminanti e decide quando, come e se tali forme di discriminazione siano giustificabili o inaccettabili. I fattori discriminanti, dunque, possono variare notevolmente in base al contesto e all'evoluzione sociale nel tempo, ed è perciò essenziale affrontare tali sfide attraverso strategie e azioni mirate a promuovere il cambiamento nella società stessa.

In base alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, la discriminazione comprende una serie di barriere e impedimenti che limitano la vita delle persone con disabilità, negando loro l'uguaglianza e i diritti paritari. Queste sfide impediscono alle persone con disabilità di soddisfare i loro bisogni fondamentali in aree essenziali come la mobilità, le relazioni interpersonali, la comunicazione e l'occupazione; tali barriere, inoltre, possono assumere forme fisiche, ma possono anche essere il risultato di atteggiamenti basati su pregiudizi che portano alla discriminazione (CeRC, 2020).

La discriminazione, inoltre, può assumere diverse forme (CeRC, 2020):

- Discriminazione diretta: una persona viene oggetto di un trattamento meno favorevole rispetto a un'altra in una situazione simile, a causa della sua disabilità.

- Discriminazione indiretta: una disposizione, un criterio, una prassi, un atto, un patto o un comportamento, anche se sembrano neutrali, risultano svantaggiosi per una persona con disabilità rispetto ad altre persone.
- Discriminazione per associazione: un individuo è oggetto di discriminazione non a causa della sua propria disabilità, ma perché ha legami stretti con persone, come familiari o amici, che sono disabili.
- Discriminazione strutturale o sistematica: modelli di comportamento istituzionalmente discriminatori, pratiche culturali discriminatorie e regole sociali discriminatorie, che possono essere sia evidenti che celate.
- Discriminazione multipla: una persona sperimenta una discriminazione basata su due o più fattori, il che rende la discriminazione ancora più grave o accentuata.
- Discriminazione multipla in senso stretto: una persona è soggetta a discriminazioni basate su più fattori e queste discriminazioni si verificano in sequenza, in contesti diversi. In questo caso, si enfatizza l'aspetto matematico e moltiplicativo della discriminazione, spesso facendo riferimento a "doppia discriminazione", "tripla discriminazione" e così via, a seconda del numero di fattori coinvolti.

- Discriminazione intersezionale: i diversi motivi di discriminazione interagiscono reciprocamente, diventando indissolubili. Si tratta di una complessa interazione tra discriminazioni basate su più fattori, che possono essere più di due e non necessariamente legate al genere, in modo tale che queste discriminazioni non possano essere separate l'una dall'altra.
- Discriminazione composita: due o più fattori di discriminazione si verificano contemporaneamente nella stessa situazione, ma non interagiscono tra di loro e possono essere distinti l'uno dall'altro.

Nonostante gli enormi passi avanti che sono stati compiuti in relazione alla lotta contro l'esclusione e la discriminazione di persone con disabilità, dunque, oggi sono ancora molti gli ambiti nei quali tali individui vengono visti e trattati diversamente da quanto non accada alle persone senza disabilità. Uno dei settori entro il quale maggiormente si verifica tale fenomeno è quello relativo al mondo del lavoro.

Il lavoro rappresenta uno degli aspetti fondamentali nella vita di ogni individuo, non solo per la sua importanza nell'assicurare autonomia e indipendenza, ma anche per il suo ruolo nella costruzione dell'identità di una persona. Tale processo non è qualcosa di statico o predefinito ma, piuttosto, un cammino che si sviluppa attraverso le azioni e le interazioni tra sé stessi e gli



altri, tra la propria esistenza individuale e la complessa rete di connessioni sociali, emotive e relazionali che l'individuo intreccia (Caldin & Scollo, 2018).

Per le persone con disabilità, il lavoro non è solo una fonte di sostentamento, ma funge anche da mediatore inclusivo di grande rilevanza. Esso mette in luce il valore dell'attività produttiva, promuove la partecipazione attiva nella società, facilita la costruzione di una rete sociale significativa, incoraggia lo spirito di cooperazione e favorisce l'emancipazione individuale (Canevaro, 2020). In altre parole, il lavoro è una componente essenziale per una vita appagante e inclusiva.

Il diritto all'occupazione lavorativa per le persone con disabilità, sancito anche dalla Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità del 2006, affronta una serie di sfide evidenziate in un recente rapporto dell'ISTAT del 2019. Emergono infatti chiaramente numerosi ostacoli che iniziano a manifestarsi fin dai percorsi educativi e che continuano a esistere nel mondo del lavoro, i quali non si limitano solo a barriere fisiche ma sono spesso ancorati profondamente in barriere culturali. Nonostante i benefici evidenti derivanti dall'assunzione di persone con disabilità, come sottolineato anche dalla legge 68/99 che promuove l'inserimento lavorativo mirato, molte aziende continuano a percepire la presenza di persone con disabilità come un potenziale ostacolo alla produttività (ISTAT, 2019).

La necessità di promozione di una cultura e di una società che mettano al centro la partecipazione e l'indipendenza delle persone con disabilità va oltre l'integrazione nel mondo del lavoro e si estende a un processo di inclusione più ampio che abbraccia i pilastri fondamentali della qualità della vita. Tuttavia, l'inclusione lavorativa, in particolare, offre un terreno fertile per promuovere l'autonomia, l'auto-regolazione, l'empowerment psicologico e l'autorealizzazione delle persone con disabilità (Amatori & Giorgi, 2020).

Sulla scorta di tali riflessioni, negli anni '80 emerse, negli Stati Uniti, il *Disability Management*, una corrente di pensiero dedicata a gestire le diversità presenti all'interno delle organizzazioni, sia pubbliche che private (Friso, 2018). Tale approccio si propone di creare un ambiente di lavoro altamente inclusivo attraverso una governance aziendale mirata; l'obiettivo è quello di promuovere politiche e procedure che garantiscano a tutti i lavoratori, inclusi quelli con disabilità, la possibilità di crescere personalmente e di godere di autonomia e autodeterminazione (Caldin & Scollo, 2018).

La figura professionale del *Disability Manager*, tuttavia, solleva importanti questioni, sia riguardo alla sua formazione specifica che alla sua integrazione nelle aziende, sia pubbliche che private. Questo dibattito è amplificato dalla sua rilevanza nei Programmi di Azione Biennale promossi dall'Osservatorio Nazionale del Ministero del Lavoro, dove il *Disability Manager* è identificato come un attore chiave nella protezione dei diritti delle persone con disabilità.

Inoltre, il Decreto Legislativo 151/15 (*Jobs Act*) propone l'istituzione di una figura responsabile dell'inserimento lavorativo nei luoghi di lavoro. Tuttavia, è necessario considerare attentamente, anche da un punto di vista pedagogico, come identificare le competenze e la struttura di riferimento di questa figura professionale in modo da non scaricare sulle aziende la responsabilità dell'inclusione attraverso una delega a un singolo *Disability Manager*. Invece, sarebbe necessario promuovere approcci interpersonali, preventivi, analitici e formativi che coinvolgano l'intera struttura aziendale in tutte le fasi del processo, promuovendo la piena inclusione lavorativa attraverso un approccio di *Inclusion Management* (Amatori & Giorgi, 2020).

Nel corso degli ultimi anni, il campo del lavoro sociale ha abbracciato filosofie come quella della psicologia positiva, concentrando l'attenzione sui punti di forza e sulla capacità di resilienza delle persone: il lavoro sociale ha adottato l'approccio dell'empowerment, che mira a migliorare l'influenza sociale, economica e politica dei gruppi svantaggiati rispetto a quelli più privilegiati nella società (Hahn, 2005).

Tuttavia, l'empowerment ha avuto un impatto limitato sulle persone con disabilità, storicamente emarginate dal modello medico tradizionale, rispetto ad altre popolazioni vulnerabili: esso, infatti, spesso si basa su interventi temporanei che dovrebbero avere un impatto duraturo, ma alcune ricerche (Gillam, 1998; Hiranandani, 1999) suggeriscono che l'empowerment di gruppi

svantaggiati potrebbe avere effetti a breve termine, soprattutto in contesti sociali e politici dove le dinamiche di potere sono sbilanciate. Nonostante queste sfide, è evidente che nei paesi altamente sviluppati si stanno verificando significativi cambiamenti legislativi verso una prospettiva di inclusione sociale da oltre un decennio (Amatori & Giorgi, 2020).

Oltre ai progressi ottenuti attraverso sagge decisioni legislative, l'effettiva inclusione delle persone con disabilità è stata promossa anche dalla ricerca accademica nel campo dell'occupazione, e ha ricevuto un impulso significativo da parte di aziende progressiste.

Houtenville e Kalargyrou (2012) hanno avanzato l'ipotesi che le aziende siano incoraggiate ad assumere persone con disabilità a causa degli evidenti benefici legati alla loro fedeltà all'azienda e alla loro maggiore produttività. Uno studio condotto da Hernandez e McDonald (2010), inoltre, ha rivelato che i dipendenti con disabilità tendono a rimanere fedeli all'azienda per periodi più lunghi (circa 4,26 mesi in più) rispetto ai dipendenti senza disabilità. Sono molti gli studi che evidenziano esempi tangibili di tale fenomeno, tra i quali il programma *Jobs Plus Program* di Pizza Hut, che ha coinvolto oltre 4.000 partecipanti, di cui circa due terzi erano persone con disabilità. In questo caso, il tasso di rotazione del personale tra le persone con disabilità è stato significativamente inferiore, attestandosi al 20%, rispetto ai loro colleghi senza disabilità (Disabled World, 2009). Tali risultati evidenziano come l'assunzione di

persone con disabilità non solo contribuisca alla creazione di un ambiente di lavoro inclusivo, ma comporti anche vantaggi per le aziende, come una maggiore stabilità del personale e una maggiore fedeltà all'azienda.

Nonostante i progressi compiuti e la crescente sensibilizzazione verso la questione, l'integrazione delle persone con disabilità nel mercato del lavoro rimane un obiettivo ancora lontano. Dati recenti evidenziano che solo il 35,8% delle persone disabili tra i 15 e i 64 anni è attualmente impiegato, mentre il 20,7% è alla ricerca di lavoro e il 43,5% è inattivo, probabilmente scoraggiato dalle limitate opportunità occupazionali (Fondazione ASPHI Onlus, 2017). Un'analisi condotta dall'ISTAT nel 2019 conferma questa disparità, rilevando che solo il 31,3% delle persone tra i 15 e i 64 anni con gravi limitazioni lavora, rispetto al 57,8% delle persone senza tali limitazioni (ISTAT, 2019).

Tuttavia, una ricerca recente ha mostrato un cambiamento di prospettiva positivo. Su un campione di 791 manager, l'88,5% ha riconosciuto che la disabilità è principalmente dinamica; l'88,2% dei manager ha sottolineato che gestire un dipendente con disabilità richiede un miglioramento nella gestione aziendale, il quale beneficia tutti gli altri dipendenti. Inoltre, il 65,4% ha affermato che avere colleghi con disabilità ha portato a miglioramenti nell'organizzazione aziendale, con impatti positivi anche su altri dipendenti (Amatori & Giorgi, 2020). Tali risultati promettenti indicano una crescente inclusione, radicata ed efficace, a vantaggio dell'intera comunità.

### CAPITOLO III

#### IL COUNSELING APPLICATO AL LUOGO DI LAVORO IN AMBITO DI DISABILITA'.

##### 1. Il counseling in ambito di disabilità .

Anzitutto, pare doveroso offrire, preliminarmente, una rapida panoramica relativa alle principali interpretazioni fornite da psicologi e sociologi sulla questione della disabilità. Un'analisi psicologica e sociologica, infatti, è essenziale al fine di contestualizzare il problema, al fine di addentrarsi poi nei dettagli del counseling a sostegno della disabilità stessa. Le teorie sottostanti a tali discipline costituiscono il fondamento di un approccio pratico e concreto, che, tuttavia, supera le rigidità delle categorie e si arricchisce di varie influenze: l'approccio alla disabilità e all'handicap deve necessariamente essere multidimensionale e interdisciplinare, in grado di attingere da argomenti antropologici, medici, sociologici e psicologici (Serra, 2020).

È fondamentale, a tal proposito, considerare le dinamiche socio-psicologiche come punto di partenza per discutere le condizioni di integrazione sociale dei soggetti con disabilità. Queste dinamiche costituiscono il presupposto per il comportamento individuale e sociale, oltre che per le decisioni politiche.

Le figure portatrici di handicap o qualsiasi altra categoria di individui considerati "diversi", come ampiamente anticipato nel corso dei capitoli precedenti, sono soggetti a giudizi, comunicazioni, studi scientifici e reazioni

sociali che contribuiscono a definirne l'identità, il ruolo e il destino. È possibile valutare queste influenze in due ambiti distinti: da un lato, c'è il sistema delle opinioni personali non pubbliche, oggetto di studio psicologico, mentre, dall'altro, c'è il sistema delle informazioni istituzionali e ufficiali, che rientra nell'ambito dell'analisi sociologica (Andrews & Forber-Pratt, 2022).

Nel contesto degli studi sulla disabilità, gran parte degli sforzi ha cercato di delineare la personalità e il comportamento delle persone con disabilità, sia come individui singoli che come gruppo. Queste indagini hanno impiegato una vasta gamma di approcci, tra cui test proiettivi e di personalità, metodi di rilevazione sociologica e analisi trasversali evidenziando delle modalità di valutazione e sintesi, spesso notevolmente differenti tra loro. A ogni modo, le ricerche hanno principalmente applicato concetti di psicologia individuale e sociale, senza esplorare in profondità nuove osservazioni o sperimentazioni. La diversità dei campioni esaminati, dei metodi di studio utilizzati e degli strumenti adottati, ha portato infatti a risultati spesso divergenti e poco significativi, che sono stati pertanto criticati per la loro incertezza scientifica. Si è evidenziata un'assenza di ricerche sistematiche e un'eccessiva produzione di monografie incentrate sullo studio dei soggetti con disabilità, esaminando variabili relative alla personalità e alla situazione, come la fase acuta della malattia, i rapporti familiari, le reazioni alle terapie riabilitative, l'autopercezione della disabilità, la relazione tra il grado di disabilità e il comportamento,

nonché gli atteggiamenti sociali (Andrews & Forber-Pratt, 2022). Al fine di delineare i temi più rilevanti emersi da tali studi, è utile presentare un quadro orientativo che riunisca i temi più significativi, focalizzandosi su due principali prospettive:

- Il riferimento clinico e psico-sociale, che esamina i comportamenti delle persone con disabilità in relazione alla loro condizione fisica e agli atteggiamenti sociali rivolti nei loro confronti.
- Il riferimento interazionista e socio-strutturale, che tenta di definire le condizioni di socializzazione delle persone con disabilità, cercando di conciliare le reazioni individuali con quelle sociali all'interno di un contesto più ampio.

Una delle prime problematiche affrontata, secondo una prospettiva cronologica, riguarda la riabilitazione terapeutica dei mutilati bellici, iniziata nel dopoguerra. Questa ricerca ha esplorato, in modo specifico, le risposte emotive alla lunga ospedalizzazione e alle procedure terapeutiche, che causavano ansia e senso di isolamento e depersonalizzazione. A tal proposito, la depressione è stata la reazione più studiata, in quanto caratterizzata da cause come la riduzione dello spazio vitale, la non utilizzazione delle capacità residue, l'eccessiva preoccupazione per la menomazione, la disperazione e la passività (Wright, 1960).



Successivamente, la ricerca ha esaminato le motivazioni e l'autopercezione degli individui portatori di disabilità, rivelando come coloro che hanno una buona autostima traggano maggiori benefici dalla riabilitazione (Litman, 1962). Alcuni autori, poi, hanno affrontato l'handicap in termini psicodinamici, descrivendo la depressione come un ritiro nell'individualismo e l'adozione del ruolo di persona malata (Cameron & Margaret, 1951). Altri, infine, hanno attribuito il complesso di inferiorità non al deficit fisico, ma al timore di non essere amati o di perdere l'amore (Grand, 1972).

Anche la relazione tra genitori e figli portatori di disabilità è stata ampiamente studiata, e sono stati rilevati traumi e atteggiamenti di iperprotezione e indulgenza alternati a fasi di severità o rifiuto. Alcuni studi, hanno cercato di definire le modificazioni delle dinamiche familiari a seguito della nascita di un bambino con disabilità, rilevando che questa situazione può sovvertire i rituali sociali. È stato sottolineato, tuttavia, come la reazione dei genitori dipenda da fattori socio-economici, culturali e personali (Kandel & Merrick, 2003).

Una questione rilevante riguarda l'approccio somato-psicologico dell'invalidità, il quale cerca di stabilire un rapporto tra la tipologia della minorazione e gli aspetti comportamentali. Tuttavia, non è stato dimostrato un rapporto diretto tra la condizione fisica e la personalità (Marks, 1977).

Altri studi si sono concentrati sulla percezione e sul comportamento verso i disabili, rilevando come essi siano influenzati da fattori sociali e psicologici. Gli individui che interagiscono con i soggetti disabili possono infatti avere reazioni positive o negative verso l'handicap stesso, influenzando la propria percezione e identità (Youngblood & Hnes, 1992). Il portatore di handicap a sua volta può sentirsi emarginato o avere atteggiamenti ambivalenti.

La realtà della disabilità rappresenta quindi un vasto campo di sfide sociali, spesso caratterizzato da una mancanza di soluzioni adeguate e di opportunità d'intervento. In questo contesto, diverse figure professionali operano, ciascuna con un approccio specifico e settoriale, spesso limitato dalla formazione accademica ricevuta. Queste figure includono psicologi, medici, assistenti sociali, infermieri, educatori e molti altri.

L'approccio del counseling nell'ambito delle disabilità fisiche e mentali si pone come una risposta aggiuntiva alle esigenze di questa vasta popolazione. Esso non cerca di sostituire le metodologie e le competenze delle professioni menzionate in precedenza, ma piuttosto mira a integrarle. Il counseling per la disabilità riconosce la diversità di linguaggi attraverso i quali queste professioni si esprimono e lavora per comprendere e coordinare tali approcci in modo sinergico al fine di fornire assistenza e supporto più completo ed efficace a chi vive con una disabilità (Hartley & Tarvydas, 2022).

L'obiettivo principale è quello di promuovere l'autonomia, il benessere emotivo e la partecipazione sociale delle persone con disabilità. Gli operatori di counseling specializzati in questo settore devono essere sensibili alle esigenze specifiche di ciascun individuo e lavorare in collaborazione con altre figure professionali coinvolte nella cura e nell'assistenza alle persone con disabilità. In questo modo, il counseling può svolgere un ruolo significativo nell'aiutare le persone con disabilità a superare le sfide e ad avere una vita soddisfacente e significativa.

Tale approccio si concentra su una molteplicità di dimensioni (Hartley & Tarvydas, 2022):

1. Supporto emotivo: le persone portatrici di disabilità possono affrontare sfide significative, tra cui stress, depressione, ansia e problemi di autostima. Il counseling mira a fornire un sostegno emotivo per aiutarle a gestire queste sfide.
2. Gestione del cambiamento: spesso, le persone con disabilità devono adattarsi a cambiamenti significativi nella loro vita. Il counseling aiuta a gestire questi processi di cambiamento e ad affrontare le paure e le preoccupazioni che possono emergere.
3. Potenziamento delle abilità di adattamento: gli individui con disabilità possono beneficiare dall'apprendimento di abilità di adattamento che

facilitano una vita indipendente e soddisfacente. Il counseling può aiutare a sviluppare tali abilità.

4. Miglioramento della qualità della vita: il counseling si concentra sulla promozione del benessere e del miglioramento della qualità della vita per le persone con disabilità, aiutandole a identificare obiettivi e sviluppare strategie per raggiungerli.
5. Supporto alle famiglie e alla *caring network*: il counseling non riguarda solo l'individuo con disabilità ma coinvolge anche le famiglie, i caregiver e le reti di supporto. Aiuta a rafforzare la resilienza e a gestire lo stress di coloro che si prendono cura di chi ha una disabilità.
6. *Advocacy* e accesso alle risorse: il counseling può aiutare le persone con disabilità ad accedere a servizi e risorse disponibili, ad affrontare barriere burocratiche e ad avere voce nelle decisioni che riguardano la loro vita.

Il counseling rivolto alle persone con disabilità segue le linee guida fondamentali che plasmano la pratica di supporto applicata in contesti vari, come la scuola, le aziende o i servizi socio-sanitari. Tuttavia, è cruciale riconoscere che l'approccio nei confronti delle persone con disabilità richiede una comprensione delle loro esigenze uniche, che inevitabilmente influenzano la dinamica tra il cliente e il counselor. Quando si interagisce con una persona che vive con una disabilità, sia essa di natura fisica o psichica, diventa evidente che l'atteggiamento di aiuto, che può essere spontaneo o premeditato,

assume connotazioni particolari. Per chi ha limitata esperienza nell'interagire con individui con disabilità, l'approccio può essere condizionato da interazioni precedenti o stereotipi, ed è essenziale esaminare criticamente tali preconcetti (Hartley & Tarvydas, 2022).

Le persone con disabilità, a causa della loro condizione, affrontano sfide pratiche ed emotive che permeano costantemente la loro vita. Pertanto, chi si prende cura di loro o interagisce con loro è spesso costretto a focalizzarsi su aspetti specifici della disabilità stessa. Questo processo di focalizzazione può portare a una sorta di "iper-specializzazione" che influisce sull'identità di chi ha una disabilità. La personalità di un individuo con disabilità, infatti, spesso si sviluppa in armonia con la sua condizione, e può variare a seconda della natura della disabilità (fisica o mentale, genetica o traumatica, congenita o acquisita, degenerativa o stabile e via dicendo) (Hartley & Tarvydas, 2022).

Pertanto, l'obiettivo principale del counseling applicato alle persone con disabilità è quello di riconoscere, da un lato, la complessità di queste situazioni, mentre, dall'altro, di porre in essere un approccio individuale teso a promuovere l'empatia, cercando di comprendere e supportare la persona nella sua unicità e nella sua esperienza specifica legata alla disabilità.

## 2. Psicologia positiva e inclusione .

Per gran parte della storia dell'applicazione della psicologia alle disabilità, la ricerca e l'attenzione clinica del settore erano, come si è avuto modo di osservare, orientate verso i deficit: documentare ciò che le persone con disabilità non potevano fare, proporre teorie sul motivo per cui non potevano fare queste cose, creare misure per valutare tale incapacità e incompetenza e sviluppare interventi e trattamenti basati su malattie e patologie. È solo negli ultimi decenni che le concezioni delle disabilità hanno permesso di considerare i punti di forza e gli attributi positivi individuali che coesistono insieme alla presenza della disabilità, e solo negli ultimi due decenni è emersa una psicologia positiva della disabilità.

La pubblicazione dell'*Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability* (Wehmeyer, 2013) ha fornito la prima esauriente analisi dell'applicazione della psicologia positiva nel contesto della disabilità. All'interno di tale volume, Shogren (2013) è stata presentata un'analisi storica dello stato della ricerca riguardo all'accento posto sui costrutti psicologici positivi nella letteratura sulla disabilità e sull'attenzione data alla disabilità nella letteratura sulla psicologia positiva. Dallo studio di tre decenni delle riviste nel campo delle disabilità intellettive è emersa una costante tendenza positiva nella percentuale di articoli che affrontavano costrutti della psicologia positiva,

ma, l'attenzione alla disabilità nelle riviste di psicologia positiva era minima e si limitava principalmente alla ricerca sulle malattie croniche (Wehmeyer, 2021).

Nonostante ci fossero chiare limitazioni nella letteratura, c'erano costrutti psicologici positivi che avevano una ricca storia nel contesto della disabilità, in particolare la qualità della vita e l'autodeterminazione, e altri diversi costrutti stavano progressivamente emergendo nel contesto della disabilità, come, ad esempio, la mindfulness. All'interno del contesto riguardante la disabilità, il costrutto della qualità della vita ha fornito "un quadro di valutazione basato sugli esiti associati a specifici domini della vita che consentono sia di considerare gli esiti di vita personalmente valorizzati che di progettare ampi sistemi di supporto" (Wehmeyer, 2020, p. 7). In effetti, la qualità della vita è un meta-costrutto che incorpora e viene definito da vari costrutti psicologici positivi, tra cui le dimensioni centrali dell'autodeterminazione e del benessere finanziario, fisico e mentale; esso, inoltre, enfatizza gli esiti legati all'inclusione sociale, allo sviluppo personale e alle relazioni interpersonali. Il costrutto relativo alla qualità della vita ha fornito un quadro per un sistema di erogazione dei servizi per la disabilità basato sui valori della dignità, dell'uguaglianza, dell'autonomia, dell'autodeterminazione, della non discriminazione e dell'inclusione. La qualità della vita, infatti, non è una "cosa" che le persone possiedono, ma è un costrutto multidimensionale che fornisce un mezzo per

progettare e valutare il supporto fornito agli individui all'interno dei sistemi di servizio (Wehmeyer, 2021).

Anche l'autodeterminazione è un costrutto psicologico positivo che ha ampie applicazioni nel contesto della disabilità. La ricerca degli ultimi tre decenni è stata guidata da un quadro teorico, vale a dire la *Causal Agency Theory*, che fornisce una teoria dello sviluppo dell'autodeterminazione (Shogren et al., 2015; Wehmeyer et al., 2017). Tale prospettiva attinge dalla *Self-Determination Theory* (Ryan & Deci, 2000, 2017) ma, a differenza della SDT, che è una metateoria della motivazione, la teoria dell'Agenzia Causale cerca di capire come le persone diventino autodeterminate e, di conseguenza, facilita la progettazione e la valutazione di interventi e supporti che favoriscano questo sviluppo.

Come accennato precedentemente, ci sono altri costrutti di psicologia positiva che stanno ricevendo sempre più attenzione nel campo della ricerca sulla disabilità, tra cui la mindfulness (Shogren et al., 2017). Nel settore scolastico, sta emergendo un focus sull'educazione positiva in relazione all'istruzione degli apprendenti con disabilità (Kern & Wehmeyer, 2021). La letteratura di riferimento pone alla base del proprio 'sguardo' costrutti quali: speranza, ottimismo, coping e resilienza (Wehmeyer & Dunn, 2021).



L'attenzione all'identità della disabilità svolge infine un ruolo crescente negli sforzi per cercare approcci che influiscano sulle forze per affrontare la disabilità (Wehmeyer, 2021).

Nel corso del prossimo paragrafo si procederà ad approfondire tale ultimo costrutto, vale a dire la mindfulness, legata, nello specifico, ai contesti relativi alla salute organizzativa nella prospettiva della creazione di un approccio inclusivo della disabilità.

### **3. Salute organizzativa, benessere e mindfulness: un approccio integrato.**

Un vasto numero di ricerche ha dimostrato l'effetto positivo della formazione sulla mindfulness (Ivtzan & Lomas, 2016), ciononostante il numero di programmi esplicitamente mirati ai cambiamenti psicologici positivi e al miglioramento del benessere è limitato. I resoconti empirici si sono concentrati principalmente sugli interventi sulla mindfulness come programmi che riducono il disagio psicologico (Ivtzan et al., 2016). Tali programmi riflettono una lacuna esistente nella letteratura attuale, ovvero la focalizzazione su variabili negative (come lo stress e l'ansia), trascurando nel contempo, il potenziale ruolo della mindfulness nell'incremento delle variabili positive (come la felicità e la consapevolezza). Tuttavia, abbandonare il focus attentivo relativo alle risposte cognitive ed emotive negative non è sufficiente per promuovere variabili positive e il benessere: infatti, "... una teoria completa della

mindfulness deve tener conto della coltivazione degli stati mentali positivi anziché concentrarsi esclusivamente sulla riduzione degli stati negativi” (Garland, Farb, Goldin & Fredrikson, 2015, p. 295).

Un ambito all'interno del quale tali questioni potrebbero trovare risposta è la psicologia positiva, la quale si focalizza, come illustrato nel corso del primo capitolo del presente elaborato, principalmente sul benessere. I propositi della psicologia positiva sono stati utilizzati con successo per rafforzare stati mentali positivi e una varietà di variabili legate al benessere.

La mindfulness, originaria del contesto buddista del V secolo a.C., è poi diventata prominente in Occidente attraverso Kabat-Zinn (1982), che ha ideato un programma di riduzione dello stress basato, appunto, sulla risoluzione e il miglioramento del dolore cronico. La mindfulness può riferirsi sia a uno stato o una qualità della mente, sia a una pratica meditativa progettata per favorire tale stato. L'operazionalizzazione predominante della mindfulness come stato o come qualità è ampiamente descritta nell'interpretazione di Kabat-Zinn (2003, p. 145): “la consapevolezza che emerge prestando intenzionalmente attenzione, nel momento presente e in modo non giudicante, al dispiegarsi dell'esperienza, momento dopo momento”.

La meditazione si riferisce genericamente alle attività mentali che condividono un focus sull'allenamento dell'auto-regolazione, dell'attenzione e della consapevolezza, migliorando così il controllo volontario dei processi

mentali (Ivtzan et al., 2016). Un meccanismo chiave attraverso cui la mindfulness è teorizzata per esercitare i suoi effetti benefici è il "ripercepire" (Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006), noto anche come "decentramento". Ciò rappresenta un cambio fondamentale di prospettiva, in cui invece della tendenza abituale a essere immersi nel dramma personale o nella narrazione della storia della propria vita, si è in grado di distaccarsi e osservarla. Dunque, praticando la mindfulness, gli individui imparano come "osservare i propri pensieri e sentimenti come eventi temporanei e oggettivi nella mente anziché riflessi del sé che sono necessariamente veri" (Fresco et al., 2007, p. 234). Si tratta di "riallenare" la consapevolezza, dando agli individui maggiore scelta su come relazionarsi e rispondere alla propria esperienza soggettiva, anziché reagire abitualmente in modi non utili (Ivtzan et al., 2016). L'impatto positivo del riaddestramento della consapevolezza, in questo modo, si estende in generale alla salute mentale: il decentramento, aiuta le persone a tollerare gli eventi spiacevoli, quale elemento fondamentale nel gestire l'incapacità di tollerare tali accadimenti, diventando così un fattore trasversale che sottende a diverse problematiche di salute mentale (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010).

I *Mindfulness-Based Interventions* (MBIs) sono stati inizialmente sviluppati per l'utilizzo all'interno di contesti clinici. Negli ultimi anni, tuttavia, si è verificato un crescente interesse relativo all'uso dei MBIs in contesti

occupazionali, non solo per il personale che soffre di problemi di salute mentale, ma anche per i lavoratori, ad esempio come misura protettiva contro futuri problemi. L'emergente letteratura sulla mindfulness sul luogo di lavoro è stata analizzata in numerose recenti revisioni sistematiche: in generale, i risultati sono stati incoraggianti, suggerendo che la mindfulness può influire positivamente sugli esiti della salute mentale in questi contesti (Lomas et al., 2016).

È evidente come tale pratica possa sortire numerosi benefici anche in relazione a individui portatori di disabilità sul luogo di lavoro. La mindfulness applicata in ambito lavorativo per le persone con disabilità, infatti, può offrire una serie di benefici significativi: anzitutto, è nota per le potenzialità offerte nella riduzione dello stress, il che può essere particolarmente significativo considerando le sfide aggiuntive che le persone con disabilità potrebbero affrontare sul posto di lavoro; tale pratica può, infatti, aiutare a gestire le pressioni e sviluppare una maggiore resilienza di fronte allo stress lavorativo.

Un altro beneficio importante consiste nell'aumento della consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante: la mindfulness, come espresso precedentemente, lavora per promuovere una maggiore consapevolezza, il che può aiutare le persone con disabilità a comprendere meglio le proprie esigenze e capacità. Ciò favorisce una migliore adattabilità al lavoro e una comunicazione più efficace con colleghi e superiori (Carr et al., 2021).

Tale approccio, inoltre, può anche migliorare la concentrazione e l'attenzione, il che è particolarmente utile per coloro che possono sperimentare difficoltà legate al mantenimento della concentrazione sul luogo di lavoro. Tale pratica, poi, aiuta a sviluppare una maggiore resilienza e a gestire meglio le emozioni, contribuendo a migliorare il benessere emotivo complessivo (Lomas et al., 2019).

La promozione della compassione e dell'empatia è un altro aspetto positivo, in quanto la mindfulness può facilitare relazioni interpersonali più positive con colleghi e promuovere un ambiente di lavoro inclusivo.

Inoltre, questa pratica può migliorare le capacità di problem-solving, incoraggiando un approccio più riflessivo alla risoluzione dei problemi. Ciò risulta particolarmente vantaggioso quando si affrontano sfide aggiuntive sul posto di lavoro, che richiedono soluzioni creative.

Essa può perfino promuovere la crescita personale e lo sviluppo dell'identità, consentendo alle persone con disabilità di esplorare il proprio potenziale individuale e sviluppare una visione più positiva di sé stesse.

La mindfulness, aiuta infine a prevenire il burnout, una problematica comune ai lavoratori che operano in condizioni di estremo disagio psicologico e fisico. Le persone con disabilità potrebbero infatti vivere il burnout amplificandone gli aspetti negativi, sino a vivere l'ambiente lavorativo come una minaccia reale.

Tale rischio viene decisamente mitigato attingendo alla mindfulness (Lomas et al., 2019).

Conseguenza dell'applicazione della mindfulness sul luogo di lavoro per le persone con disabilità è il contributo a migliorare in modo significativo il benessere di coloro che ne usufruiscono, oltre che la produttività e la qualità di vita – tanto personale quanto professionale. Ciò che risulta imprescindibile, tuttavia, è che tali programmi siano sviluppati in modo sensibile alle esigenze specifiche delle persone con disabilità e offrano un supporto adeguato all'accesso e la partecipazione. Ciò significa che una delle caratteristiche principali di tali interventi deve sostanziarsi nella individualizzazione, ovvero derivare da una progettazione che tenga conto, del contesto specifico entro il quale verrà posta in essere e, degli individui particolari che prenderanno parte al progetto. È necessario, infatti, che ogni attività sia modulata in relazione alle peculiarità specifiche di ogni individuo, affinché risulti non solo idonea ma anche funzionale a un concreto miglioramento dello stile di vita dell'individuo.

## CONCLUSIONI

La ricerca condotta nel corso del presente elaborato ha inteso esplorare, quanto più approfonditamente possibile, il ruolo della psicologia positiva, del counseling e della mindfulness nell'ambito dell'inclusione e del benessere delle persone con disabilità sul luogo di lavoro. Tale percorso ha permesso di comprendere meglio le opportunità e le sfide che le persone con disabilità affrontano nei contesti lavorativi e di identificare strumenti e approcci che possono contribuire in modo significativo al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla promozione di un ambiente di lavoro più inclusivo.

Il primo capitolo è stato volto all'esplorazione delle origini della psicologia positiva e dei suoi principi fondamentali. A tal proposito, è stato possibile osservare come tale disciplina sia stata applicata con successo alle organizzazioni attraverso l'approccio del *Diversity Management* e il concetto di "capitale psicologico". Inoltre, è stato evidenziato il fatto che il benessere e la salute organizzativa rappresentino aspetti cruciali per creare condizioni lavorative ottimali che tengano conto del benessere di tutti i dipendenti. Ciò che è emerso, dunque, riguarda l'importanza della considerazione relativa al benessere in senso ampio, vale a dire una concezione che superi la semplice assenza di problemi.

Il secondo capitolo, poi, ha permesso di approfondire il concetto di disabilità, esplorando le sue evoluzioni storiche, le classificazioni e le normative

che, nel corso del tempo, hanno contribuito a definirne il concetto stesso. Ciò che è stato preso in considerazione ha riguardato, principalmente, le sfide e le discriminazioni che le persone portatrici di disabilità spesso incontrano sul posto di lavoro, ed è stata riconosciuta la necessità di un approccio integrato volto al superamento tali ostacoli. È emersa, dunque, una effettiva urgenza relativa alla necessità di affrontare le disparità e promuovere una maggiore inclusione delle persone con disabilità nelle organizzazioni.

Il terzo capitolo, infine, ha riguardato l'applicazione del counseling all'ambito lavorativo in relazione alle persone con disabilità. A tal proposito, è stato esaminato come il counseling possa essere un prezioso strumento di supporto, in quanto in grado di fornire alle persone con disabilità un ambiente sicuro in cui esplorare le sfide e le opportunità legate al lavoro. Inoltre, è stato evidenziato come la psicologia positiva possa promuovere un ambiente di lavoro più inclusivo attraverso la promozione di virtù come la comprensione, l'accettazione, l'inclusione e l'empatia. Infine, è stato sottolineato il fatto che la salute organizzativa, il benessere e la mindfulness possano essere integrati in un approccio olistico per migliorare la qualità della vita professionale delle persone con disabilità.

Ciò che, in conclusione, è emerso con forza dal presente lavoro, riguarda la necessità di comprendere il futuro della ricerca e della pratica nell'applicazione della psicologia positiva al contesto della disabilità, al fine di rendere tale



approccio il più accessibile possibile e calarlo così, concretamente, all'interno delle realtà organizzative.

Esistono, dunque, alcune azioni necessarie, sia all'interno del contesto relativo alla psicologia positiva che nei campi legati alla disabilità, volte alla garanzia che i progressi nell'applicazione dei costrutti di psicologia positiva al contesto della disabilità proseguano con efficienza e costanza. Il primo riguarda il fatto che ricercatori e professionisti in psicologia positiva debbano sforzarsi per raggiungere in modo maggiormente efficace gli individui con disabilità. Come già notato, infatti, sebbene l'applicazione di costrutti di psicologia positiva nella ricerca legata alla disabilità sia aumentata costantemente, lo stesso non sembra essere vero per la ricerca in psicologia positiva. Nella misura in cui le ricerche e i trattamenti derivati dalla ricerca guidano la pratica, la relativa scarsità di ricerche incentrate sulla disabilità in psicologia positiva rappresenta un'area di crescita. Ci sono alcune discipline all'interno della psicologia, in particolare la psicologia della riabilitazione, che hanno cominciato ad abbracciare un approccio positivo, ma, contestualmente, esiste l'opportunità per gli psicologi positivi di guidare il futuro abbracciando la disabilità come parte del continuum delle esperienze umane, dimostrando come le persone portatrici di disabilità possano essere supportate al fine di garantire loro un miglioramento della qualità della vita.

Inoltre, gli psicologi che lavorano quotidianamente all'interno dell'ambito relativo alla disabilità dovrebbero avere un ruolo attivo nella definizione del campo della psicologia positiva. Uno dei modi in cui la psicologia positiva può focalizzare la propria attenzione all'esperienza della disabilità, infatti, passa attraverso la formazione, l'assunzione e il supporto degli psicologi delle disabilità, affinché entrino e rimangano nel campo. La presenza di psicologi che abbiano una comprovata esperienza personale nell'ambito delle disabilità, infatti, energizzerà la discussione relativa a cosa significhi prosperare in una società diversificata, e potrà condurre a nuove prospettive sul tale esperienza e sulla condizione umana che ne consegue che, altrimenti, potrebbero venire trascurate o ignorate.

Pare utile sottolineare, inoltre, come i modelli di disabilità che considerano tale condizione come parte dell'esperienza umana debbano guidare la ricerca e la pratica. Lo spostamento di prospettiva operato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità verso modelli concettuali di disabilità social-ecologici o persona-ambiente risale agli anni '80, e l'enfasi della comunità della disabilità sulla comprensione di quest'ultima all'interno di un contesto sociale risale almeno alla stessa epoca. Tali modi di comprendere e concepire la disabilità forniscono un linguaggio utile ad approcci basati sugli sforzi necessari a sostenere le persone con disabilità nel vivere vite ricche e piene nelle comunità di riferimento. Se la psicologia positiva abbracciasse tali comprensioni e

pratiche, il campo potrebbe progredire verso la considerazione di come il benessere e lo sviluppo umano ottimale coesistano con l'esperienza della disabilità.

Resta da notare, a ogni modo, come il campo della psicologia positiva sia ancora in fase embrionale. Il fatto che esista già un focus sull'applicazione dei costrutti di psicologia positiva al contesto della disabilità fornisce speranze relative al fatto che tale disciplina possa crescere, includendo la disabilità come parte del proprio nucleo. La ricerca sul benessere e la prosperità tra le persone con disabilità, ad esempio, rappresenta un'area di potenziale crescita e beneficio. Il campo dell'istruzione positiva è un'altra subdisciplina in crescita all'interno della psicologia positiva, ed esiste il potenziale necessario all'applicazione di argomenti come lo sviluppo giovanile, la creatività, l'apprendimento autodeterminato e le emozioni positive al contesto della disabilità per la ricerca e la pratica. Sebbene, inoltre, esista una base di ricerca e pratica ben consolidata e incentrata sull'auto-determinazione nel contesto della disabilità, l'agency rappresenta un tema centrale nella psicologia positiva, e cresce sempre di più il bisogno di una maggiore attenzione a tale costrutto entro il contesto della disabilità. Infine, anche se esiste una ricca base di ricerca e pratica nella valutazione in relazione alla psicologia positiva, troppo spesso tali strumenti non sono standardizzati né sviluppati specificamente con e per le persone con disabilità; permane, dunque, la necessità di aumentare il numero

di ricerche e valutazioni sviluppate per includere le persone con disabilità, oltre che quella di validare le misure esistenti per tale specifica tipologia di utenza.

Pertanto, sebbene i progressi nell'applicazione della psicologia positiva al contesto della disabilità nell'ultimo decennio siano stati incoraggianti, abbracciando alcuni degli elementi di azione illustrati nel corso del presente elaborato, esistono opportunità ricche e varie che permetteranno di mantenere costante tale progresso in un futuro che includa le persone con disabilità come parte integrante del campo della psicologia positiva.

Il presente lavoro, dunque, ha dimostrato l'importanza di considerare il benessere e l'inclusione delle persone con disabilità come fondamento necessario della salute organizzativa. Attraverso l'applicazione della psicologia positiva, del counseling e della mindfulness, è possibile, infatti, contribuire a creare un ambiente di lavoro più equo, inclusivo e favorevole al benessere di tutti i dipendenti. Tale ricerca ha sottolineato, inoltre, l'urgente necessità di promuovere una cultura organizzativa che valorizzi la diversità, e che fornisca supporto e opportunità alle persone portatrici di disabilità. Solo attraverso un impegno collettivo e una comprensione approfondita di tali tematiche, infatti, è possibile sperare di creare un futuro lavorativo più equo e inclusivo per tutti.

## RINGRAZIAMENTI

“La gratitudine è la memoria del cuore” così ho sempre pensato ed in queste poche righe, vorrei pertanto ringraziare le persone che hanno contribuito, pur con modalità differenti, al raggiungimento di questo grande traguardo.

Mio marito Davide e i miei figli Giulia e Riccardo per il loro appoggio, sostegno e supporto costante lungo questo percorso scolastico. La loro vicinanza mi ha trasmesso la forza e consentito di vincere, superandole, le tante difficoltà e le fatiche di chi si impegna nello studio tra gli innumerevoli impegni del lavoro e della famiglia. E' soprattutto grazie a loro che ho raggiunto il mio obiettivo.

I miei collaboratori di studio, per il loro ausilio che mi ha consentito, in più di qualche circostanza, alleggerendomi di pesi e fardelli, di privilegiare lo studio al lavoro.

Un altro 'grazie' voglio dedicarlo alla professoressa Laura Nota, tra le poche figure istituzionali che abbia saputo, creduto e voluto prendermi per mano. La sua preparazione e la sua professionalità sono riuscite a trasmettermi conoscenze, passione e soprattutto apertura mentale.

Infine, ringrazio i miei compagni di università Massimo e Silvia perché un sorriso, una carezza affettuosa o anche solo un'amichevole pacca sulla spalla possono essere d'aiuto nei momenti più difficili, nello studio così come nella vita.

*Amelia*

## BIBLIOGRAFIA

- Albanese O., Delle Fave A. (a cura di) (2016).  
Diversità e promozione del benessere.  
Milano: Franco Angeli.
- Aldao A., Nolen-Hoeksema S., Schweizer S. (2010).  
Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review.  
Clinical Psychology Review, 30(2), 217- 237.
- Amatori G., Giorgi G. (2020).  
Disability and Diversity Management: nodi critici e prospettive formative.  
Italian Journal of Special Education for Inclusion, 8(1), 111-124.
- American Psychiatric Association (2013).  
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5.  
Arlington: APA.
- Andrews E. E., Forber-Pratt A. J. (2022).  
Disability culture, identity, and language. In L. Wehmeyer, D. S. Dunn, The positive psychology of personal factors: Implications for understanding disability.  
Oxford: Lexington Books, 27-40.
- Anolli L. (2005).  
L'ottimismo.  
Bologna: Il Mulino.
- Avallone F., Bonaretti M. (2003).  
Benessere Organizzativo: per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche.  
Roma: Rubbettino Editore.
- Babik I., Gardner E. S. (2021).  
Factors Affecting the Perception of Disability: A Developmental Perspective.  
Front. Psychol., 12.
- Baltes P. B., Staudinger U. M. (2000).  
Wisdom: The orchestration of mind and virtue towards excellence.  
American Psychologist, 55, 122-136.
- Bagnara S. (2007).  
La dimensione temporale nel change management.  
Milano: Franco Angeli.

Baig S. A., Iqbal S., Abrar M., Baig I. A., Amjad F., Zia-ur-Rehman M., Awan M. U. (2021).

Impact of leadership styles on employees' performance with moderating role of positive psychological capital.

Total Quality Management & Business Excellence, 32(9-10), 1085-1105.

Bandura A. (1997).

Self-Efficacy: The Exercise of Control.

New York: WH Freeman.

Barabino M. C., Jacobs B., Maggio M. A. (2001).

Il Diversity Management.

Sviluppo & Organizzazione, 184, 19-31.

Belitz C., Lundstrom M. (1998).

The power of flow: Practical ways to transform your life with meaningful Coincidence.

Harmony.

Bonaiuto M., Mao Y., Roberts S., Psalti A., Ariccio S., Ganucci Cancellieri U., Csikszentmihalyi M. (2016).

Optimal experience and personal growth: Flow and the consolidation of place identity.

Frontiers in Psychology, 7.

Bronfenbrenner U. (1996).

Ecologia dello sviluppo umano. Bologna.

Il Mulino.

Buss D. M. (2000).

The evolution of happiness.

American Psychologist, 55(1), 2000, 15-23.

Caldin R., Scollo S. (2018).

Introduzione: Contributi alla disciplina della ricerca organizzativa positiva.

American Behavioral Scientist, 47, 731-739.

Cameron N., Margaret A. (1951).

Behavior pathology. Boston: Houghton

Mifflin.

Canevaro A. (2020).

Operosi tutti insieme!

L'Integrazione Scolastica e Sociale, 1, 7-16.

Carr A., Cullen K., Keeney C., Canning C., Mooney O., Chinseallaigh E., O'Dowd A. (2021).

Effectiveness of positive psychology interventions: a systematic review and meta-analysis.

The Journal of Positive Psychology, 16(6), 749-769.

Cebolla A., Enrique A., Alvear D., Soler J., Garcia-Campayo J. (2017).

Psicología Positiva Contemplativa: Integrando Mindfulness en la Psicología Positiva.

Papeles del Psicólogo, 38(1), 12-21.

Chida Y., Steptoe A. (2008).

Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. Psychosomatic

Medicine, 70, 741-756.

Cohler B. J. (1984).

Adversity, resilience, and the study of lives.

in E. J. Anthony, B. J. Cohler (Eds.), *The invulnerable child*, pp. 363-424. Guilford Press.

Cohn M. A., Fredrickson B. L. (2010)

in Search of durable positive psychology interventions: Predictors and consequences of long-term positive behavior change.

Journal of Positive Psychology, 5, 355-366.

Compton W., Hoffman E. (2012).

Positive psychology: The science of happiness and flourishing.

Belmont: Wadsworth.

Conner T. S., DeYoung C. G., Silvia P. J. (2018).

Everyday creative activity as a path to flourishing.

Journal of Positive Psychology, 13(2), 2018, 181-189.

Cooperrider D. L., Avital M. (2004).

Discorso costruttivo e organizzazione umana: Advances in appreciative inquiry, pp. XI-XXXIV.

Oxford: Elsevier.

Cooperrider D. L., Whitney D. K. (2005).

Appreciative inquiry: A positive revolution in change.

San Francisco: Berrett-Koehler.

Cox T., Baldursson E., Rial González E. (2000).

Occupational health psychology.

Work & Stress, 14, 101-104.



- Cox T., Griffiths A., Rial González E. (2000).  
Research on work-related stress.  
Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Cozzi S., Martinuzzi A., Della Mea V. (2021).  
Ontological modeling of the International Classification of Functioning, Disabilities and Health (ICF).  
BMC Medical Informatics and Decision Making, 21, 367.
- Cropanzano R., Wright T. A. (2001).  
When a "happy" worker is really a "productive" worker: A review and further refinement of the happy-productive worker thesis.  
Consulting Psychology Journal: Practice and Research, 53, 182-199.
- Csikszentmihalyi M. (2021).  
Flow, psicologia dell'esperienza ottimale.  
Roma: Roi edizioni.
- Curtis P., Reddy J. (2014).  
Organization and Positive Psychology with Diversity.  
Indian Journal of Science and Technology, 8(36), 1-6.
- Curto N., Marchisio C. M. (2020).  
I diritti delle persone con disabilità.  
Milano: Carocci.
- Delle Fave A. (2007).  
La condizione del benessere. Il contributo della psicologia positiva.  
Milano: Franco Angeli.
- Delle Fave A., Di Fabio A. (2015).  
Counseling e psicologia positiva.  
*Counseling*, 8(2).
- Delle Fave A., Di Fabio A. (2015).  
Counseling e psicologia positiva.  
*Counseling*, 8(3).
- Delle Fave A., Di Fabio A. (2017).  
Counseling e psicologia positiva.  
*Counseling*, 10(1).
- Diener E. (2000).  
Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index.

*American Psychologist*, 55, 34-43.

Dietrich A. (2004).

Neurocognitive mechanisms underlying the experience of flow.  
*Consciousness and Cognition*, 13(4), 746-761.

Fergus S., Zimmerman M. A. (2005).

Adolescent resilience: a framework for understanding healthy development in the face of risk.  
*Annual review of public health*, 26, 399-419.

Ferrari L., Sgaramella T. M., & Soresi S. (2015).

Disability and work: a difficult but possible association. Contribution and challenges of life design.  
in L. Nota, J. Rossier (eds.), *Handbook of Life Design*. Göttingen: Hogrefe.

Fredrickson B. L. (2003).

Positive emotions and upward spirals in organizations, in K. S. Cameron, J. E. Dutton, & R. E. Quinn (eds.), *Positive organizational scholarship*, pp. 163-175.  
San Francisco: Berrett-Koehler.

Fresco D. M., Moore M. T., van Dulmen M. H. M., Segal Z. V., Ma S. H., Teasdale J. D., Williams J. M. G. (2007).

Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering.  
*Behavior Therapy*, 38(3), 234-246.

Friso V. (2018).

Disability Management.  
*Studium Educationis*, 3, 125-128.

Fromm E. (1977).

La rivoluzione della speranza.  
Roma: Etas.

Gardner H., Michaelson M., Solomon B. (2000).

The origins of good work.  
*American Psychologist*, 55(1).

Garland E. L., Farb N. A., Goldin P., Fredrickson B. L. (2015).

Mindfulness Broadens Awareness and Builds Eudaimonic Meaning at the Attention-Appraisal-Emotion Interface: A Process Model of Mindful Positive Emotion Regulation.  
*Psychological Inquiry*, 26(4), 293-314.

Gennaro A., Scagliarini R. (2011).

Ottimismo e personalità.

Roma: Editore Piccin.

Gillam K. L. (1998).

Is there an empowerment life cycle?.

*Urban Affairs Review*, 33, 741-766.

Grand S. A. (1972).

Reactions to unfavorable evaluations of the self as a function of acceptance of disability: A test of Dembo, Leviton, and Wright's misfortune hypothesis.

*Journal of Counseling Psychology*, 19(2), 87-93.

Griffeth R. W., Hom P. W., Gaertner S. (2000).

A metaanalysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium.

*Journal of Management*, 26, 463-488.

Grotberg E. (1995).

A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. Early Childhood Development: Practice and Reflections.

The Hague-NO: Bernard Van Leer Foundation.

Hahn H. (2005).

Academic debates and political advocacy: The U.S. disability movement. In G. E. May, M. B. Raske (Eds.), Ending disability discrimination: Strategies for social workers (pp. 1-24).

Boston: Pearson Education.

Hartley M. T., Tarvydas V. M. (2022).

The professional practice of rehabilitation counseling.

New York: Springer Publishing Company.

Hernandez B., McDonald K. (2010).

Exploring the costs and benefits of workers with disabilities.

*Journal of Rehabilitation*, 76(3), 15-23.

Hiranandani V. S. (1999).

Participatory action research with women with disabilities: Community collaboration in Ontario, Canada.

Unpublished thesis, Tata Institute of Social Sciences, Bombay, India.

Houtenville A., Kalargyrou V. (2012).  
People with disabilities: Employer's perspectives on recruitment practices, strategies and challenges in leisure and hospitality.  
Cornell Hospitality Quarterly, 53(1), 40-52.

ISTAT (2019).  
Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni e istituzioni.  
Roma: ISTAT.

Ivtzan I., Lomas T. (2016).  
Mindfulness in Positive Psychology: The Science of Meditation and Wellbeing.  
London: Routledge.

Ivtzan I., Young T., Martman, J., Jeffrey A., Lomas T., Hart R., Eiroa-Orosa F. J. (2016).  
Integrating Mindfulness into Positive Psychology: a Randomised Controlled Trial of an Online Positive Mindfulness Program.  
Mindfulness, 7(6), 1396–1407.

Jung C. G. (1933).  
Modern man in search of a soul.  
New York: Harcourt.

Kabat-Zinn J. (1982).  
An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results.  
General Hospital Psychiatry, 4(1), 33-47.

Kabat-Zinn J. (2003).  
Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future.  
Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 144-156.

Kahneman D. (1999).  
Objective happiness, in Kahneman D., Diener D., N. Schwartz, Well-being: The foundations of hedonic psychology.  
New York: Russell Sage.

Kandel I., Merrick J. (2003).  
The Birth of a Child with Disability. Coping by Parents and Siblings.  
The Scientific World Journal, 3.

- Keyes C. L. M. (2005).  
Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health.  
*Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes C. L. M., Dhingra S. S., Simoes E. J. (2010).  
Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness.  
*American Journal of Public Health*, 100, 2366-2371.
- Kern M., Wehmeyer M. L. (2021).  
The Palgrave Handbook of Positive Education.  
New York: Palgrave Macmillan.
- Koydemir S., A. B. Sökmez, Schütz A. (2021).  
A Meta-Analysis of the Effectiveness of Randomized Controlled Positive Psychological Interventions on Subjective and Psychological Well-Being.  
*Applied Research in Quality of Life*, 16, 1145-1185.
- Larson R. W. (2000).  
Toward a psychology of positive youth development.  
*American Psychologist*, 55, 170-183.
- Larson M., Luthans F. (2006).  
Potential added value of psychological capital in predicting work attitudes.  
*Journal of Leadership and Organizational Studies*, 13, 45–62.
- Laudadio A., Mancuso S. (2005).  
Manuale di psicologia positiva.  
Milano: Franco Angeli.
- Leka S., Houdmont J. (2010).  
Occupational Health Psychology.  
Blackwell.
- Lipton B. (2005).  
La biologia delle credenze.  
Firenze: Macro edizioni.
- Litman T. J. (1962).  
The influence of self conception and life orientation factors in the rehabilitation of the orthopedically disabled.  
*Journal of Health & Human Behavior*, 3(4), 249–257.

- Lomas T., Medina J. C., Ivtzan I., Rupperecht S., Eiroa-Orosa F. J. (2019).  
Mindfulness-based interventions in the workplace: An inclusive systematic review and meta-analysis of their impact upon wellbeing.  
*The Journal of Positive Psychology*, 14(5), 625–640.
- Luthans F. (2002).  
La necessità e il significato di un comportamento organizzativo positivo.  
*Journal of Organizational Behavior*, 23, 659-706.
- Luthans F., Avolio B. J., Avey J. B., Norman S. M. (2007).  
Psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction.  
*Personnel Psychology*, 60, 541–572.
- Luthans F., Youssef C. M., Avolio B. J. (2007).  
Psychological capital: Developing the human competitive edge.  
 Oxford University Press.
- Magnano P., Santisi G., Ramaci T., Paolillo A. (2015).  
Psicologia positiva ed organizzazioni in azione: il contributo del Diversity Management.  
 in Nota L., Soresi S. (a cura di), *La psicologia positiva per l'orientamento e il lavoro. Strumenti e contributi di ricerca*, pp. 72-97. Hogrefe.
- Marks D. (1997).  
Models of disability.  
*Disability and Rehabilitation*, 19(3).
- Masini V., Masini D. (2015).  
Disabilità e counseling.  
 Prepos.
- Maslow A. H. (1954).  
The instinctoid nature of basic needs.  
*Journal of Personality*, 22, 326–347.
- Massimini F., Delle Fave A. (2000).  
Individual development in a bio-cultural perspective.  
*American Psychologist*, 55, 24-30.
- Masten A. S., Wright M. O. D. (2010).  
Resilience over the lifespan: Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation.  
 in J. W. Reich, A. J. Zautra, J. S. Hall (eds.), *Handbook of adult resilience*, pp. 213-237.  
 New York: Guilford Press.

- Mauri L., Visconti L. M. (2009).  
Diversity Management e società multiculturali.  
Milano: Franco Angeli.
- Meyers M. C., van Woerkom M., Bakker A. B. (2013).  
The added value of the positive: A literature review of positive psychology interventions in organizations.  
*European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(5), 618-632.
- Miller W. R., Seligman M. E. (1975).  
Depression and learned helplessness in man.  
*Journal of Abnormal Psychology*, 84(3), 228-238.
- Myers D. G. (2000).  
The funds, friends, and faith of happy people.  
*American Psychologist*, 55, 56-67.
- Nota L., Soresi S. (2015a).  
La psicologia positiva per l'orientamento e il lavoro: strumenti e contributi di ricerca.  
Firenze: Hogrefe.
- Nota L., Soresi S. (2015b).  
La psicologia positiva per l'orientamento e il lavoro.  
*Qi*, 27.
- Paccagnella B. (2005).  
L'evoluzione del concetto di salute.  
Venezia: Marsilio.
- Peterson C. (1999).  
Personal control and well-being.  
in Kahneman D., Diener D., N. Schwartz, *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, pp. 288-301. New York: Russell Sage.
- Quick J. C. (1999).  
Occupational health psychology: The convergence of health and clinical psychology with public health and preventive medicine in an organizational context.  
*Professional Psychology: Research and Practice*, 50, 123-128.
- Raymond J. S., Wood D. W., Patrick W. K. (1990).  
Psychology doctoral training in work and health.  
*American Psychologist*. 45(10), 1159-1161.

- Riuni C., Scignaro M., Bassi M., Fianco A. (2017).  
Le pratiche della psicologia positiva. Strumenti e prospettive.  
Milano: Franco Angeli.
- Robbins L., Rutter M. (1990).  
Straight and devious pathways from childhood to adulthood.  
Cambridge: Cambridge University Press.
- Rotter J. B. (1966).  
Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement.  
*Psychological Monographs: General and Applied*, 80, 1–28.
- Ryan R. M., Deci E. L. (2000).  
Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being.  
*American Psychologist*, 55, 68-78.
- Ryan R. M., Deci E. L. (2017).  
Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness.  
New York: Guilford Press.
- Salovey P., Rothman A. J., Detweiler J. B., Steward W. T. (2000).  
Emotional states and physical health.  
*American Psychologist*, 55 110-121.
- Sauter S., Hurrell J., Fox H., Tetrick L., Barling J. (1999).  
Occupational Health Psychology: An emerging discipline.  
*Industrial Health*, 37, 199–211.
- Schwartz B. (2000).  
Self-determination: The tyranny of freedom.  
*American Psychologist*, 55(1), 79–88.
- Scheier M. F., Carver C. S. (1992).  
Effects of Optimism on Psychological and Physical Well-Being: Theoretical Overview and Empirical Update.  
*Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 201-228.
- Sedran D. (2004).  
Il disabile persona e risorsa.  
Perugia: Morlacchi.



Seligman M. P. (2002).

La costruzione della felicità.

Milano: Sperling & Kupfer.

Seligman M. P. (2013).

Imparare l'ottimismo, come cambiare la vita cambiando il pensiero.

Milano: Giunti Psychometrics.

Seligman M. P., Csikszentmihalyi M. (2000).

Positive psychology: An introduction.

*American Psychologist*, 55(1), 5–14.

Seligman M. P., Kaslow N. J., Alloy L. B., Peterson C., Tanenbaum R. L., Abramson L. Y. (1984).

Attributional style and depressive symptoms among children.

*Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 235-238.

Seligman M. P., Pawelski J. O. (2003).

Positive psychology: FAQs.

*Psychological Inquiry*, 14, 159–163.

Serra G. (2020).

Storia e teorie della disabilità. Dal mostro al soggetto alla persona, dall'esclusione all'inclusione.

Piazza Armerina: Nulla die.

Shapiro S. L., Carlson L. E., Astin J. A., Freedman B. (2006).

Mechanisms of mindfulness.

*Journal of Clinical Psychology*, 62(3), 373-386.

Shogren K. A. (2013).

Positive psychology and disability: a historical analysis.

in M. L. Wehmeyer (ed.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability*.

Oxford: Oxford University Press, 19–33.

Shogren K. A., Wehmeyer M. L., Palmer S. B., Forber-Pratt A., Little T., Lopez S. (2015).

Causal agency theory: reconceptualizing a functional model of self-determination.

*Educ. Train. Ment. Retard.*, 50, 251–263.

Shogren K. A., Singh N. N., Niemiec R. M., Wehmeyer M. L. (2017).

Character strengths and mindfulness.

in M. L. Wehmeyer (ed.), *The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability*,

Oxford: Oxford University Press.

- Simonton D. K. (2000).  
Creativity: cognitive, personal, developmental and social aspects.  
*American Psychologist*, 55, 151-158.
- Soresi S., Nota L. (2014).  
La psicologia positiva a scuola e nei contesti formativi: contributi di ricerca.  
 Firenze: Hogrefe.
- Soresi S. (a cura di) (2016).  
Psicologia delle disabilità e dell'inclusione.  
 Bologna: Il Mulino.
- Sorgi K., Sforza V., Marchetti D., Fulcheri M. (2017).  
Counseling psicologico universitario e disabilità: nuove prospettive d'intervento in rete.  
*Counseling*, 10(3).
- Snyder C. R. (2002).  
Hope theory: Rainbows in the mind.  
*Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Taylor S. E., Kemeny M. E., Reed G. M., Bower J. E., Gruenwald T. L. (2000).  
Psychological resources, positive illusions, and health.  
*American Psychologist*, 55, 110-121.
- Teramoto Pedrotti J., Edwards L. M. (2014).  
Perspectives on the Intersection of Multiculturalism and Positive Psychology.  
 London: Springer.
- Terman L., Bittenweiser P., Johnson W., Wilson D. (1938).  
Psychological factors in marital happiness.  
 New York: McGraw-Hill.
- Tsuang M. T., Simpson J. C., Koenen K. C., Kremen W. S., Lyons M. J. (2007).  
Spiritual well-being and health.  
*The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 673-680.
- Üstün T. B., Chatterji S., Kostanjsek N., Rehm J., Kennedy C., Epping-Jordan J., Saxena S., von Korf M., Pull C. (2010).  
Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0.  
*Bull World Health Organ*, 88, 815-823.

- Vaillant G. E. (1993).  
The Wisdom of the Ego.  
Cambridge: Harvard University Press.
- Vaillant G. (2000).  
The mature defenses: Antecedents of joy.  
*American Psychologist*, 55, 89-98.
- Vance S., Campbell A., Dong S. (2016).  
Examining Impacts of Mindfulness in Requesting Job Accommodations for Individuals with Disabilities.  
*Rehabilitation Counseling Bulletin*, 61(2), 78-89.
- Veenhoven R. (2008).  
Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care.  
*Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.
- Vignoli M., Petruzzello G., Gugliemini D. (2016).  
Sono presente qui e ora, e sto bene! Il ruolo della mindfulness nel Job Demands - Resources Model.  
*Psicologia della Salute*, 2, 106-126.
- Von Bergen C. W., Soper B., Parnell J. A. (2005).  
Workforce diversity and organizational performance.  
*Equal Opportunities International*, 24, 1-16.
- Youngblood N. M., Hines J. (1992).  
The Influence of the Family's Perception of Disability on Rehabilitation Outcomes.  
*Rehabilitation Nursing*, 17(6), 323-326.
- Waterman A. S. (1993).  
Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment.  
*Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691.
- Watson J. (1928).  
Psychological care of infant and child.  
New York: Norton.
- Wehmeyer M. L. (2013).  
The Oxford Handbook of Positive Psychology and Disability.  
Oxford: Oxford University Press.

Wehmeyer M. L., Shogren K. A., Little T. D., Lopez S. J. (2017).  
Development of Self-Determination Through the Life-Course.  
New York: Springer.

Wehmeyer M. L. (2020).  
The importance of self-determination to the quality of life of people with intellectual disability: a perspective.  
*Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 3–13.

Wehmeyer M. L. (2021).  
The future of Positive Psychology and Disability.  
*Frontiers in Psychology*, 12.

Wehmeyer M. L., Dunn D. S. (2021).  
Understanding Disability: The Positive Psychology of Personal Factors.  
Baltimore: Lexington Press.

Winner E. (2000).  
The origins and ends of giftedness.  
*American Psychology*, 55, 159-169.

Whitney D., Cooperrider D. L. (1998).  
The appreciative inquiry summit: Overview and applications.  
*Employment Relations Today*, 25, 17–28.

Wright B. A. (1960).  
Physical disability: a psychological approach.  
New York: Harper e Row.

## FONTI NORMATIVE

- Decreto Legislativo 14 settembre 2015, n. 151, *Disposizioni di razionalizzazione e semplificazione delle procedure e degli adempimenti a carico di cittadini e imprese e altre disposizioni in materia di rapporto di lavoro e pari opportunità, in attuazione della legge 10 dicembre 2014, n. 183.*
- Legge 11 febbraio 1980, n. 18, *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili.*
- Legge 5 febbraio 1992, n. 104, *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.*
- Legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*
- Legge 12 marzo 1999, n. 68, *Norme per il diritto al lavoro dei disabili.*
- Legge 28 marzo 2003, n. 53, *Delega al Governo per la definizione delle norme generali sull'istruzione e dei livelli essenziali delle prestazioni in materia di istruzione e formazione professionale.*
- Legge 9 gennaio 2004, n. 6, *Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizioni e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali.*
- Legge 3 marzo 2009, n. 18, *Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità.*
- Legge 22 giugno 2016, n. 112, *Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare.*

## SITOGRAFIA

Ackerman C. E. (2019).

7 Great Benefits of Mindfulness in Positive Psychology, Positive Psychology.

<https://positivepsychology.com/mindfulness-positive-psychology-3-great-insights/>

CeRC / Robert Castel Centre for Governmentality and Disability Studies (2020).

La discriminazione delle persone con disabilità. Un deficit di cittadinanza.

[https://www.fishonlus.it/progetti-fish/multidiscriminazione/azioni/files/Manifesto\\_multidiscriminazioni\\_testo\\_base.pdf](https://www.fishonlus.it/progetti-fish/multidiscriminazione/azioni/files/Manifesto_multidiscriminazioni_testo_base.pdf)

Disabled World (2009).

Disability employment information, facts, and myths.

<https://www.disabled-world.com/disability/employment/disability-employment-information.php>

European Agency for Safety and Health at Work (2007).

Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH).

<http://osha.europa.eu/en/publications/reports/7807118/view>

Lodi E., Lepri G. L., Patrizi P.

Orientamento e counseling in ottica comunitaria: contrastare stereotipi e favorire l'inclusione.

<https://www.sio-online.it/newsletter/orientamento-counseling-ottica-comunitaria-contrastare-stereotipi-favorire-linclusione/>

Fondazione ASPHI Onlus (2017).

Persone con disabilità e lavoro: una parte del futuro.

<https://www.handimatica.com/evento/persone-con-disabilita-e-lavoro-unaparte-del-futuro-giornata-di-aggiornamento-formazione-sul-disability-management/>

Fata A. (2004).

La psicologia positiva, una introduzione, Psiko-Pratika, 10.

[www.humantrainer.com](http://www.humantrainer.com)

National Disability Institute, Positive Psychology.

<https://www.nationaldisabilityinstitute.org/capacity-building/positive-psychology/>

O'Brien M. (2009).

Positive Psychology: Supporting individuals with disabilities in higher education and in the workplace, The AHEAD Journal.

<https://www.ahead.ie/journal/Positive-Psychology-Supporting-individuals-with-disabilities-in-higher-education-and-in-the-workplace>

Regolo D. (2020).

Ergonomia ed empatia per aiutare le persone con disabilità, jobmetoo.

<https://blog.jobmetoo.com/ergonomia-ed-empatia-aiutare-le-persone-disabilita/>

Treccani Enciclopedia.

discriminazione.

<https://www.treccani.it/vocabolario/discriminazione/>

WHO (1948).

Constitution.

<https://www.who.int/about/governance/constitution>

Zanichelli (2014).

Disabilità e International Classification of Functioning – ICF. Igiene e cultura medico sanitaria, 3.

<https://online.scuola.zanichelli.it/igieneeculturamedica-files/disabilita-international-classification-functioning.pdf>