



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia,
Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

**Corso di laurea magistrale di Psicologia
Clinico-Dinamica**

Tesi di laurea magistrale

**Influenze sistemiche e risorse
psicologiche in adulti con storia di
dipendenza: il contributo di un approccio
integrato**

**Systemic influences and psychological resources
in adults with a history of addiction:
contributions from an integrative approach**

Relatrice

Prof.ssa Teresa Maria Sgaramella

***Laureanda: Chiara Parma
Matricola: 2114485***

Anno Accademico 2025/2026

Influenze sistemiche e risorse psicologiche nello sviluppo di adulti con storia di dipendenza: il contributo di un approccio integrato

Capitolo 1 - Lo sviluppo professionale

- 1.1 Lo sviluppo nell'età adulta e le carriere odierne
- 1.2 Approccio sistemico: i fondamenti
- 1.3 Contesto, influenze sistemiche e sviluppo professionale
- 1.4 Ruolo delle influenze sistemiche e lo sviluppo professionale in adulti con storie complesse

Capitolo 2 - Storie di dipendenza, sfide professionali e influenze sistemiche

- 2.1 Uso di sostanze: epidemiologia e panorama attuale
- 2.2 Sfide all'inclusione per persone con storia di uso di sostanze
- 2.3 Sviluppo professionale in storie di dipendenza
- 2.4 Influenze sistemiche nella progettualità di vita in adulti con storia di dipendenza

Capitolo 3 - Lo studio: lavoro, benessere e abilità in storie di dipendenza

- 3.1 Obiettivi e quesiti di ricerca
- 3.2 Strumenti
- 3.3 I partecipanti allo studio
- 3.4 Procedure nella raccolta ed analisi dei dati
- 3.5 Analisi dei dati
- 3.6 Risultati

Capitolo 4 – Il contenuto dello studio

- 4.1 Pattern di influenze e risorse di *adaptability* in adulti con storia di dipendenza
- 4.2 Relazioni tra sistemi di influenze, risorse di *adaptability* e la tappa del percorso terapeutico all'interno della quale sono stati incontrati i partecipanti allo studio
- 4.3 Relazioni tra i pattern di influenze e risorse di *adaptability* e il loro impatto sul benessere percepito

4.4 Implicazione per la pratica professionale

4.5 Sviluppi futuri

Capitolo 1

Lo sviluppo professionale

1.1 Lo sviluppo nell'età adulta e le carriere odierne

L'idea della carriera come di un aspetto della vita che evolve nel corso del tempo ha una lunga tradizione di ricerca. Nelle teorie tradizionali lo sviluppo adulto è visto come suddivisibile in fasi (*stages*) di vita e, con esso, anche lo sviluppo professionale. Tuttavia, la natura dello sviluppo professionale nel contesto odierno (più complesso, individualizzato e flessibile) mette in discussione l'aderenza alla realtà e l'utilità di considerare degli step specifici per fasi di vita quando ci si occupa di carriera e sviluppo professionale (Nagy et al., 2019). Ad oggi ad esempio ci sono minori opportunità di sviluppo verticale perché, con una richiesta di maggiore flessibilità da parte del mercato, le aziende tendono a preferire rapporti brevi e transazionali con i dipendenti (Greenhaus & Kossek, 2014).

Le tradizionali teorie che si occupano dello sviluppo professionale nel ciclo di vita sono soprattutto basate su teorie dello sviluppo adulto dalla prima metà del ventesimo secolo (Nagy et al., 2019). Alcune teorie tra le più importanti sono la *life stage developmental model* di Levinson (Levinson et al., 1978; Levinson, 1986), il *life-span model* di Super (Super, 1957; Super, 1990) e la *career stages theory* di Cron (1984); tutti questi modelli considerano la vita adulta come una progressione di fasi, anche se quello di Cron in particolare considera il passaggio allo *stage* successivo come dipendente dal raggiungimento dell'obiettivo di quello precedente e non dall'età (Nagy et al., 2019).

Secondo il *life stage developmental model* di Levinson il ciclo di vita è costituito da una sequenza di "ere", che si accavallano parzialmente e in cui ognuna ha caratteristiche e obiettivi distinti, considerando aspetti biologici, psicologici e sociali (Nagy et al., 2019).

Secondo Levinson si comincia a considerare lo sviluppo professionale quando si è giovani adulti; si tratta di una fase di costruzione in cui gli obiettivi di vita sono proprio volti alla scoperta e all'impostazione iniziale di ciò che si vuole costruire (trovare dei mentori, trovare un'occupazione, sposarsi e creare una famiglia, guadagnare autorità e identificarsi in essa, formare una prospettiva adulta su valori e comunità) (Levinson et al., 1978). La

fase della media età adulta invece ha come principale obiettivo quello di stabilizzarsi, ponendosi obiettivi a termine più lungo. L'individuazione, seppur inclusa come processo in tutte le fasi della vita, è particolarmente importante in questa fase (Nagy et al., 2019). La tarda età adulta è meno approfondita dalle teorie e dalla ricerca, ma è principalmente vista tradizionalmente come una fase di declino e di ritiro dal lavoro (Sullivan, 1999).

Tutte queste teorie tradizionali si basano però su un mondo del lavoro in cui gli individui passavano l'intera carriera in un piccolo numero di aziende, dove la mobilità verticale era possibile e quasi scontata; negli ultimi decenni, la "carriera standard" è diventata molto diversa e, oltretutto, il focus di queste teorie erano principalmente professionisti maschi "dal colletto bianco" (Nagy et al., 2019). Le teorie più recenti sottolineano la crisi dei modelli tradizionali di sviluppo professionale (Wehmeyer et al., 2018). Non c'è più un ambiente stabile e risulta difficile oggi, in un mondo competitivo, complesso e in costante cambiamento considerare la carriera come un aspetto della vita che ha di per sé uno sviluppo lineare (Sullivan, 1999). Bisogna anche considerare, a causa della globalizzazione, la quantità di lavoratori che si ritrovano a muoversi in un mercato del lavoro che non è quello della loro cultura di origine (Greenhaus & Kossek, 2014). Bisogna inoltre prendere in esame l'aumento dell'età dei lavoratori e la varietà delle strutture familiari in cui, in molti casi, c'è più di un lavoratore: da una parte, aumenta il numero di lavoratori di tarda età adulta, dall'altro aumenta la necessità di bilanciare con cura lavoro e vita privata (per necessità genitoriali, di cura degli anziani o per altre ragioni personali) (Greenhaus & Kossek, 2014).

Tutti i principali cambiamenti della carriera contemporanea "standard" (meno lineare e strutturata, più imprevedibile, associata a minore sicurezza e a una maggiore varietà di approcci al pensionamento) sono presi in considerazione dalle concettualizzazioni di *protean career*, di *boundaryless career* (Nagy et al., 2019) e di *intelligent career* (Baruch, 2006). Si parla di *boundaryless career* quando la carriera o il significato di essa trascende i confini di un singolo percorso con un singolo datore di lavoro; si possono dunque trovare carriere con diversi datori di lavoro, cambiamenti sia di ruolo che di impiego, o una carriera che acquisisce significato al di là del datore di lavoro (dall'esterno o dall'interpretazione della carriera come indipendente dall'organizzazione) (Baruch, 2006). Il concetto di *boundaryless career* (Sullivan & Arthur, 2006) enfatizza l'interdipendenza tra confini fisici (es. lavorare in uno specifico ambito) e psicologici (es.

percezione individuale di non poter cambiare ambito lavorativo con le proprie competenze): maggiori sono le competenze lavorative dell'individuo, più alta è la probabilità che vivano fisica e psicologica mobilità lavorativa (Nagy et al., 2019). La *protean career* (Hall, 2004) considera invece la persona a capo delle decisioni professionali, dando una maggiore enfasi agli obiettivi soggettivi (es. lavoro soddisfacente) più che oggettivi (es. alto stipendio). Considerando inoltre la diminuzione delle possibilità di mobilità verticale e avanzamento di carriera e la conseguente necessità per ognuno di definire in autonomia che cosa sia il successo a livello di carriera, viene spesso promosso il concetto di *sustainable carrer*. Quest'ultima permetterebbe ai lavoratori di vivere esperienze positive nel presente rimanendo comunque impegnato nel lungo termine, promuovendo il benessere tanto quanto il successo aziendale (Nagy et al., 2019). La *intelligent career* enfatizza le qualità richieste per una gestione di successo della propria carriera da parte degli individui: si tratta dei “*know why*” (valori, attitudini, bisogni, identità, stile di vita), “*know how*” (competenze, capacità, conoscenze) e “*know whom*” (networking, relazioni, come trovare le persone giuste); Jones e DeFilippi hanno aggiunto i “*know what*” (opportunità, richieste), “*know where*” (ingresso, training, advancing) e “*know when*” (timing di scelte e attività) (Baruch, 2006).

Per quanto riguarda lo sviluppo professionale, si può individuare anche un maggiore utilizzo degli approcci costruttivisti nel counseling sulla carriera. Brown e Brooks (1996) identificano quattro assunzioni che sottendono la posizione costruttivista sullo sviluppo professionale, che come riportato da Patton e McMahon (autori di approccio sistemico che hanno però così riassunto la posizione di Brown e Brooks) nel 2006, sono:

1. Tutti gli aspetti dell'universo sono interconnessi; non si possono separare gli individui dal loro ambiente
2. Non esistono assoluti; il funzionamento umano non può essere ridotto a leggi o principi e causa o effetto non possono essere dedotti
3. Il comportamento umano può essere compreso solo nel contesto in cui si verifica
4. Il soggettivo *frame of reference* delle persone è l'unica fonte attendibile di conoscenza; le persone comprendono l'ambiente e vi prendono parte, definiscono sé stesse e il proprio ambiente

Queste assunzioni sono particolarmente importanti nel counseling costruttivista legato allo sviluppo professionale: mentre tradizionalmente i counselor si comportano da

professionisti il cui ruolo è di risolvere il problema del paziente o di spiegare o di dare consigli, secondo l'approccio costruttivista la qualità della relazione diventa essenziale e comprende aspetti di accettazione, comprensione, fiducia e cura (Patton & McMahon, 2006).

1.2 Approccio sistemico allo sviluppo professionale

L'origine della teoria sistemica si può identificare tra gli anni '50 e '60 del Novecento, a partire da studiosi di diversi campi del sapere tra cui sociologia, antropologia, psicologia, economia (Newman & Newman, 2022). L'approccio sistemico si radica sul concetto chiave di sistema formulato da colui che è considerato il fondatore di questa teoria, Ludwig von Bertalanffy (1968), descritto come *“un complesso di elementi in interazione”* (McMahon, 2017). I sistemi sono totalità che si costruiscono in un continuo processo transazionale con ciò che li circonda (Tinajero, & Páramo, 2012). Si tratta di interi complessi formati da parti interagenti tra loro definite “sottosistemi” (Patton & McMahon, 2022). In quanto insieme di parti interconnesse non può essere compreso guardando alle singole parti; è necessario avere una visione d'insieme che consideri il tutto. Inoltre, un sistema non è la semplice somma delle parti, ma comprende anche le relazioni tra esse. Gli individui stessi possono essere considerati a buon diritto dei sistemi (McMahon, 2017). Infatti il sistema umano è considerato ricco di significato e in costante evoluzione, oltre che in costante interazione con altri sistemi e sottosistemi (Patton & McMahon, 2022). Gli individui in effetti non sono sistemi “isolati” ma sono connessi a influenze del sistema sociale e del più ampio sistema società/ambiente (Figura 1); un individuo non può essere separato dal proprio ambiente o dal proprio contesto, anche perché gli individui sono proattivi e danno forma alla propria realtà (Patton & McMahon, 2006).

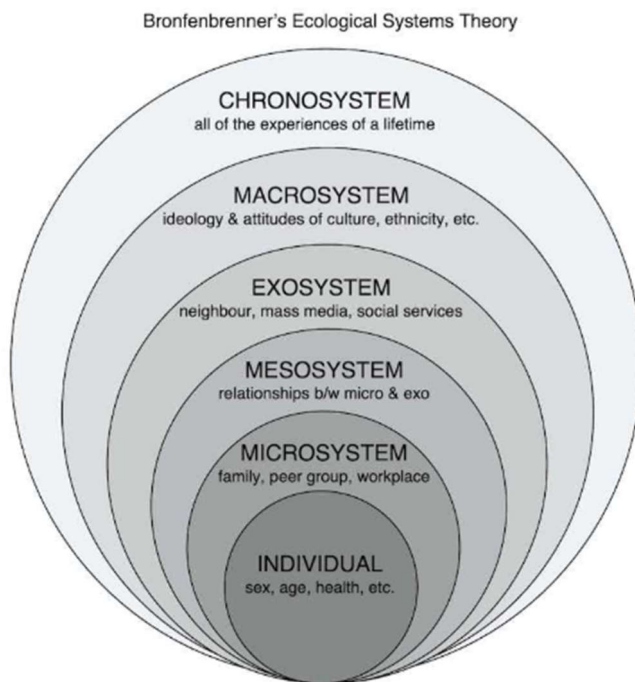


Figura 1. L'individuo è un sistema che fa parte di altri sistemi (Bronfenbrenner, 1986)

Bertalanffy, parlando di sistemi, propone una serie di concetti generali (Tinajero, & Páramo, 2012; Patton & McMahon, 2014):

1. Interi e parti: i sottosistemi in parte sono indipendenti dal sistema, ma in parte ne sono dipendenti; suddividere un sistema in parti rompe la coerenza dell'insieme
2. Pattern: identificabili disposizioni di relazioni con gestalt riconoscibili, che vengono percepite come un insieme unico; le regole sono dei pattern specificatamente umani che cambiano a seconda del sistema preso in esame
3. Acasuality: il comportamento umano è troppo complesso per ricercare relazioni dirette di causa-effetto
4. Complessità, riferito all'interdipendenza tra le diverse parti del sistema e tra il sistema come un insieme e le proprie parti;
5. Organizzazione del sistema, diversa da quella delle varie parti separatamente;
6. Organizzazione gerarchica;
7. Ricorsività: benché molte delle influenze sistemiche siano costrutti lineari (es. il tempo), esse influiscono sul comportamento in modo dinamico, mutualmente influente e ricorsivo (dovuto a feedback multidirezionale)
8. Cambiamento discontinuo: non necessariamente progressivo (lineare)

9. Self-stabilization: i sistemi comprendono meccanismi che ne mantengono stato e traiettoria;
10. Equifinality: diverse transazioni possono portare ad un numero limitato di *pattern* di organizzazione
11. Storia: spiegazione dell'individuo dell'importanza di una determinata parte della sua vita

Un altro aspetto molto importante dei sistemi è la presenza dei confini parzialmente permeabili, fondamentali per rafforzare un senso di identità e mantenersi come sistema nonostante i cambiamenti che avvengono all'esterno (Newman & Newman, 2022). Bisogna anche considerare i *feedback loops*, riferiti al ciclico flusso di informazioni tra le componenti di un sistema; i *feedback loops* positivi amplificano l'effetto di un comportamento, mentre quelli negativi lo inibiscono (Skyttner, 2005).

La teoria sistemica ha visto la sua applicazione in svariate discipline (matematica, cibernetica, filosofia, ...), oltre che in svariati campi della psicologia (sviluppo, familiare, dinamiche comportamentali, ...). Di seguito, ricapitoliamo alcuni degli autori più importanti associati a questo approccio in psicologia.

Gregory Bateson (psicologo, ma anche antropologo e biologo) contribuì alla nostra comprensione dei sistemi con il suo lavoro sulla schizofrenia. Bateson teorizzò che la schizofrenia fosse correlata alla comunicazione nella famiglia poiché la comunicazione sarebbe rappresentativa del sistema a livello funzionale, concetto che pose le base della terapia familiare (Patton & McMahon, 2014). La comunicazione non sarebbe lineare necessariamente, ci sarebbero anzi dei feedback loop nei messaggi tra i membri del sistema. Bateson portò anche l'attenzione alle limitazioni del linguaggio e al fatto che non esiste un "sapere oggettivo" e per questo tutto il sapere richiederebbe un'interpretazione, il che di per sé lo limita (Patton & McMahon, 2014). La nostra interpretazione è determinata da quanto un evento si adatta ai pattern di eventi che già conosciamo. Un altro contributo di Bateson alla teoria sistemica è il ragionamento per analogia: si tratta di un processo adduttivo (non dunque induttivo, ossia dalla parte al tutto, o deduttivo, ossia dal tutto alla parte), che enfatizza le relazioni e le somiglianze tra pattern (Patton & McMahon, 2014).

Bronfenbrenner elaborò la *bioecological systems theory*, una teoria dello sviluppo umano utilizzata per articolare il processo della socializzazione umana (Figura 1).

Bronfenbrenner sottolineava l'influenza che diversi tipi di ambiente, suddivisi in diversi "livelli" (Härkönen, 2001):

- Microsistema: pattern di attività, ruoli e relazioni interpersonali vissuti faccia a faccia in un contesto con specifiche caratteristiche fisiche e materiali; comprende altre persone con caratteristiche a loro volta specifiche (temperamento, personalità, sistema di valori)
- Mesosistema: un sistema che comprende i collegamenti e i processi che avvengono tra due o più contesti che ospitano la persona (es. relazioni casa-scuola); è un sistema di microsistemi
- Esosistema: comprende relazioni e processi tra due o più contesti di cui almeno uno non ospita abitualmente la persona, ma in cui accadono avvenimenti che influenzano i processi nei contesti di immediata pertinenza per la persona (es. per un bambino, le relazioni tra la scuola e il posto di lavoro dei genitori)
- Macrosistema: contiene tutti i sistemi precedentemente spiegati di una specifica cultura o contesto sociale, con particolari riferimenti al sistema di valori, risorse, difficoltà, stili di vita, possibili opzioni per il ciclo di vita, pattern di scambio sociale
- Cronosistema: descrive lo sviluppo dei sistemi più "esterni" nel tempo; possono considerare periodi di tempo più o meno lunghi

Con la sua teoria Bronfenbrenner diede forma al modello del comportamento umano di Lewin. Quest'ultimo (1951) elaborò una teoria che rappresentasse tutti i fattori psicologici operazionali in ogni momento per ogni individuo. Disegnò spazi di vita e pianificò movimenti psicologici verso obiettivi e azioni. Il comportamento di un individuo secondo Lewin sarebbe il risultato di variabili intrapersonali che sono influenzate da variabili esterne che operano nel suo spazio di vita (Härkönen, 2001).

Anche Katz e Kahn (1966) hanno sviluppato un modello basato sulla teoria dei sistemi, ma nel loro caso per comprendere le organizzazioni. Tutti i sistemi, incluse le organizzazioni, dipendono dall'ambiente esterno e per questo vanno concettualizzati come "aperte", non chiuse come da tradizione teorica.

Nel prossimo capitolo in particolare ci concentreremo sui contributi dei vari autori che, in ottica sistemica, si sono occupati di carriera e sviluppo professionale.

1.3 Contesto e influenze sistemiche allo sviluppo

Il lavoro in tutte le sue forme può essere considerato un'attività intrinsecamente sistemica (McMahon, 2017). Infatti, il lavoro entra a far parte dell'identità degli individui e mette in relazione diverse parti della loro vita (relazioni, autonomia, creatività, capacità, autostima e *self-worth*, sicurezza economica, tempo libero) (McMahon, 2017). Proprio per questo, diversi autori di approccio sistemico si sono dedicati allo sviluppo professionale e hanno formulato teorie che possano aiutare a comprenderlo: al contrario delle teorie tradizionali, quelle di matrice sistemica si propongono di non concentrarsi su singoli aspetti individuali dello sviluppo professionale, ma anzi di considerare sia l'insieme che le interazioni dei vari aspetti (Patton & McMahon, 2006).

Un autore che si è occupato di sviluppo professionale in approccio sistemico è Mark Savickas. In particolare, tra i suoi contributi possiamo individuare la *Career Constructin Theory* (2005), che suggerisce che lo sviluppo della carriera di un individuo sia principalmente basato su un processo dinamico di ricerca di adattamento tra il sé e il mondo esterno e che persone diverse costruiscono storie diverse (Wang et al., 2024). La CCT fornisce una prospettiva dinamica per dare significato personale a ricordi, esperienze presenti e piani futuri ed include tre parti: *vocational personality*, *career adaptability* e *life theme*. *Vocational personality* si riferisce ad abilità, bisogni, valori ed interessi legati alla carriera. *Career adaptability* è descritta come “costrutto psicologico che denota le risorse di un individuo per gestire imminenti vocational development tasks, transizioni, traumi” (Wang et al., 2024). *Life theme* è un sistema dinamico che spiega il motivo per cui gli individui compiono scelte sulla carriera e la significatività di tali scelte; esprime inoltre l'unicità dell'individuo in un particolare contesto. Dunque *vocational personality* si focalizza sul “cosa”, *career adaptability* sul “come”, *life theme* sul “perché” (Wang et al., 2024). Basandosi su questa teoria, è stata creata la *Career Construction Interview*, un processo strutturato che si basa sul *life design counseling* per aiutare gli individui a raccontare, ascoltare e agire le proprie storie di vita lavorativa.

Un'altra teoria di approccio sistemico nata per approfondire lo sviluppo professionale è la *Career Crafting Theory* di Akkermans e colleghi. Il *Career Crafting* è un “comportamento proattivo degli individui volto ad auto-gestire le proprie carriere, puntando a ottenere il miglior adattamento personale alla carriera possibile”. Enfatizza

che gli individui possono attivamente dar forma alle loro carriere riflettendo e regolandosi in base ai loro bisogni, valori e ambiente.

Infine, possiamo considerare il *System Theory Framework* (Figura 2) di McMahon e Patton (McMahon & Patton, 1995; Patton, 1997; Patton & McMahon, 1999; McMahon, 2002; Patton & McMahon, 2006; McMahon, 2017), che non è nato come teoria sullo sviluppo professionale, ma è stato costruito come un *framework* che comprenda tutti i concetti dello sviluppo professionale descritti nelle varie teorie, che possono essere posizionati e utilizzati nella teoria e nella pratica (Patton & McMahon, 2006). Lo sviluppo professionale viene presentato come un processo dinamico, caratterizzato da influenze, *recursiveness*, cambiamenti nel tempo e possibilità. L'utilizzo di questo approccio necessita di unire gli approcci tradizionali all'abilità di pensare in termini circolari più che lineari (Patton & McMahon, 2006). Il *STF* considera compresi nel concetto di lavoro non solo il lavoro pagato, ma anche il volontariato e le mansioni domestiche (McMahon, 2017).

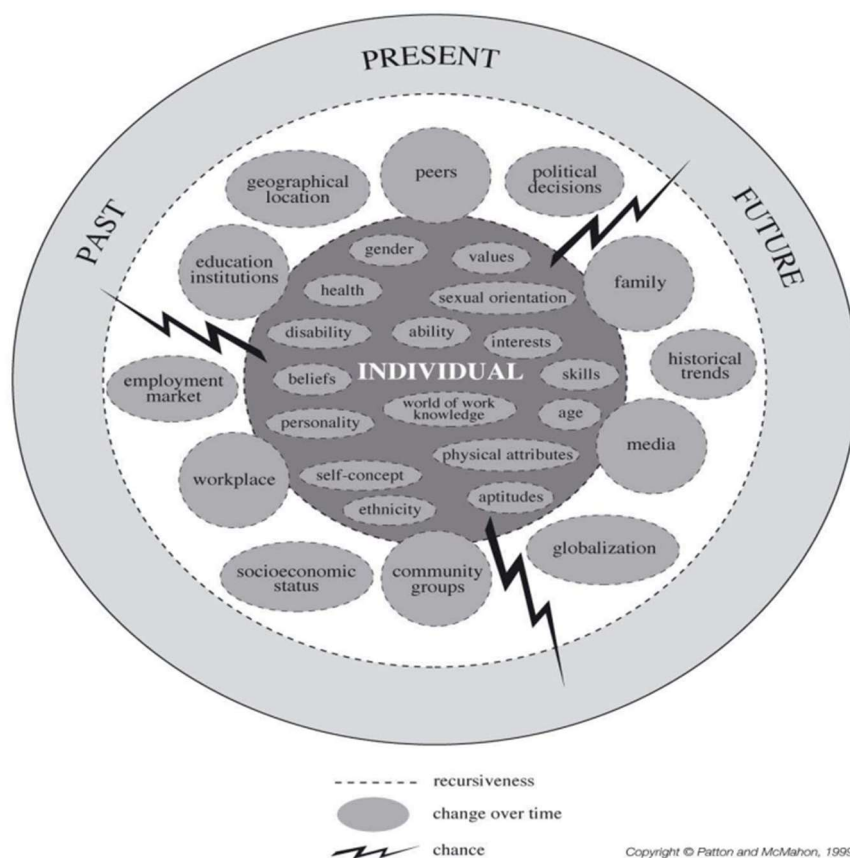


Figura 2. System Theory Framework tratto da McMahon & Patton, 1999

Si tratta di un approccio allo sviluppo professionale che identifica il percorso lavorativo di un individuo come il risultato di complesse interazioni dinamiche in un largo sistema di influenze, che comprende influenze individuali (personalità, genere, valori, ...), sociali (famiglia, pari, media, ...) e ambientali (luogo geografico, decisioni politiche, status socio-economico, ...). Le influenze interagiscono tra loro dinamicamente e reciprocamente: gli individui prendono forma dal contesto a cui, nel mentre, danno forma. Lo sviluppo professionale è inoltre un processo che dura tutta la vita; le esperienze passate, la realtà del presente e le aspettative sul futuro sono interconnesse. Inoltre, eventi inaspettati possono impattare l'intero sistema e di conseguenza alterare i percorsi previsti per la propria carriera (McMahon, 2017). McMahon ha riconosciuto la natura dinamica delle interazioni tra le persone che decidono per la propria carriera e il contesto in cui vivono, considerando anche il grado di influenza dei fattori del modello sugli individui che prendono decisioni: va considerato sia il tempo che il contesto (in particolare da vedere in ottica di futuro) (Patton & McMahon, 2015). Il *STF* è stato utilizzato per numerosi studi in letteratura su numerose popolazioni differenti: ad esempio studenti universitari (Lennox, 2024; Lim et al., 2024), bambini e adolescenti (McMahon et al., 2005; Watson & McMahon, 2005; Watson et al., 2010), donne (McMahon et al., 2012; Abkhezr et al., 2018). In questi studi viene sempre presa in considerazione la provenienza del campione, in quanto parte fondamentale delle influenze ambientali da considerare. Gli obiettivi di questi studi sono svariati:

- Ideazione e testing di strumenti qualitativi come *MSCI-Adolescent Version* (*My System of Career Influences – Adolescent Version*)
- Identificare barriere affrontate e pattern di influenze per le specifiche popolazioni prese in considerazione
- Individuare le differenze in questi pattern di influenze dovute a specifiche variabili (es. socio-economiche, di genere)
- Identificare le tipologie di professioni più diffuse o desiderate nella popolazione considerata
- Individuare nuove modalità di supporto allo sviluppo professionale cucite su queste specifiche influenze

1.4 Ruolo delle influenze sistemiche e lo sviluppo professionale in adulti con storie complesse

Così come ci si è interessati allo sviluppo professionale a livello generale, è anche nato un certo interesse per lo sviluppo professionale per le persone che affrontano sfide complesse.

Uno degli aspetti considerati dalla letteratura in questo senso è quello delle differenze di genere. Alcuni studi rilevano che le aziende traggono profitto dalla diversità di genere specialmente a livello di management (Ellemers, 2014). Questo per diverse ragioni:

- Avere donne in posizioni di leadership permette di prendere in considerazione un diverso bacino di clientela e di fornitori
- Team manageriali a genere misto dimostrano maggiore creatività e innovazione, oltre ad un *problem-solving* più efficace
- Avere leader di più generi diversi facilita la comprensione del mercato del lavoro, sempre più complesso a livello culturale

Ciononostante, anche in base a più recenti studi effettuati dalla Commissione Europea (2022) (Figura 3), le donne nel mondo del lavoro affrontano un *gender gap* sia in termini di stipendio, sia in termini di velocità di crescita di carriera (Ellemers, 2014).

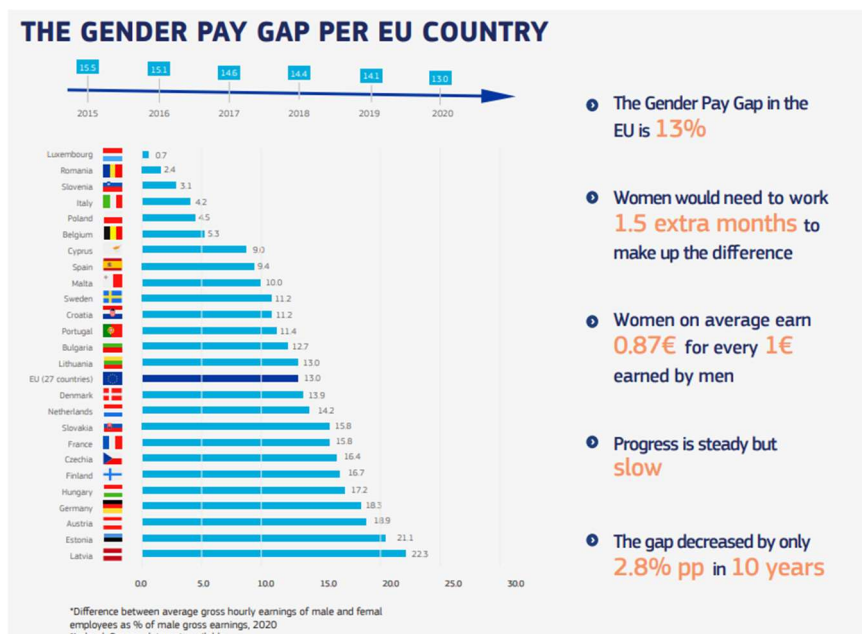


Figura 3. Gender pay gap in Europa secondo la commissione europea (factsheet “Equal Pay? Time to close the gap!”, 2022)

Una possibile spiegazione è che le aziende tendano a favorire i dipendenti uomini: anche quando i criteri per definire il successo sembrano neutri a livello di genere, le persone che prendono decisioni potrebbero avere aspettative differenti in base al genere dei dipendenti e le policy anti-discriminazione potrebbero non prevenire il *gender-bias*; si parla di barriere invisibili (famosa l'espressione "*glass ceiling*") (Ellemers, 2014). In letteratura si parla di "paradosso dell'uguaglianza" (Castilla & Bernard, 2010): linee guida che si basano sulla meritocrazia tendono a favorire gli uomini pur a parità delle valutazioni della performance, mentre ciò non accade non elicitando il costrutto del merito che probabilmente elicitava il *gender-bias*. A livello di ricerca ad approccio sistemico, vengono prese in considerazione oltre alle variabili di genere anche altre influenze sistemiche che entrano in gioco. Abkhezr e colleghi (2018) ad esempio considerano lo sviluppo professionale di giovani donne con passato da rifugiate. Questo studio ha sottolineato come ogni partecipante desse maggiore importanza a momenti di vita diversi, nonostante la somiglianza nei loro percorsi di vita. In generale il lavoro per queste persone era un obiettivo di vita importante e conquistato anche attraverso lo studio e la ricerca sottolinea l'importanza di restituire un senso di *agency* a persone con questo background, specialmente se di genere femminile.

Proseguendo considerando l'aspetto multi-etnico e multiculturale nella ricerca, pochi studi ma soprattutto poche teorie l'hanno preso in considerazione in passato (Patton & McMahon, 2014). Leong e M. T. Brown (1995) hanno enfatizzato quanto ristretta sia la tipologia di popolazione su cui è stata studiata la teoria dello sviluppo professionale, che fa sì che molte variabili socio-politiche, socio-economiche e socio-culturali non siano considerate. I processi che influenzano le scelte a livello lavorativo per questi gruppi di minoranze potrebbero non essere stati ancora considerati. Possiamo però concentrarci su alcune teorie che hanno preso in considerazione questi aspetti: Holland ad esempio ha teorizzato che alcuni fattori come età, etnia, classe e genere potrebbero restringere le opzioni di carriera e che dunque gli individui potrebbero scegliere l'altro aspetto più dominante della propria personalità per migliorare la possibilità di scelta (Patton & McMahon, 2014). In particolare, il modello esagonale di Holland non si applica coerentemente a tutte le minoranze e non c'è concordanza negli studi rispetto a ciò (Patton & McMahon, 2014). Super (1990), pur riconoscendo l'aspetto etnico, non si è spinto fino a considerarne l'influenza. Il *Self-concept* è un aspetto chiave delle sue teorie considerato

come una determinante delle scelte lavorative, ma diversi autori suggeriscono che la povertà e la discriminazione siano ampiamente più influenti per gruppi di minoranza etnica, considerando anche che si tratta di una caratteristica molto legata alle attitudini culturalmente apprese, ai valori e alle credenze (in alcune culture il lavoro si sceglie in base alle origini familiari più che per raggiungere una realizzazione personale) (Patton & McMahon, 2014). Inoltre Watson (2013) criticò la *Career Construction Theory* di Savickas nel contesto di popolazioni non occidentali, prendendo una prospettiva sistemica su tematiche centrali della teoria:

- A livello ambiente-società, mise in dubbio il fatto che il concetto di carriera occidentale si potesse adattare alle culture nate in mercati del lavoro oppressivi o depressi
- A livello del sistema sociale, la *self-identity* nel contesto delle culture in cui il bene collettivo e il miglioramento di altri è più importante non è così influente nelle scelte lavorative

È necessario decostruire e poi ricostruire le teorie esistenti e adattare alle realtà che vivono gli individui nelle loro vite quotidiane in un modo che siano più sensibili a livello multiculturale e multietnico (Patton & McMahon, 2014). In ogni caso, secondo un'analisi di Garriott e colleghi (2017), gli studi multiculturali su riviste propriamente dedicate allo sviluppo professionale (*The Career Development Quarterly*, *Journal of Career Assessment*, *Journal of Career Development*, *Journal of Vocational Behavior*) sono aumentati dal 31.4% nel 2005 al 63.3% nel 2015. Studi più recenti stanno prendendo in considerazione come la multiculturalità possa influenzare il proprio percorso di sviluppo lavorativo ed essere influenzata da esso; sembrano essere nella maggior parte dei casi mutualmente rafforzanti: più il soggetto ha elaborato la propria identità multiculturale, più ha sviluppato un'idea chiara della propria identità professionale (Martin et al., 2024). Prendendo in considerazione la popolazione LGBT, bisogna tenere a mente che si tratta di un gruppo vasto e variegato che subisce un considerevole *bias* negativo, seppur molto diverso a seconda della categoria specifica. Il focus sul gruppo LGBT sta aumentando nella teoria e nella ricerca, ma sono poco diffusi studi che si focalizzino sui singoli gruppi, che hanno forti differenze tra loro sia di stigma subiti e auto-imposti sia di influenze e vissuti (Patton & McMahon, 2014). Una prima importante considerazione che Patton e McMahon (2014) riportano, è che la scoperta e l'accettazione positiva della propria

identità per persone LGBT può avvenire in un momento della vita in cui i primi passi di avviamento di una carriera sono già avvenuti e per questo potrebbero esserci degli ostacoli allo sviluppo o potrebbe presentarsi la necessità di cambiare. Considerando anche gli effetti iniziali della fase di accettazione sulla propria autostima, identificarsi come persona LGBT potrebbe portare ad “eliminare” in partenza alcune possibili carriere, in cui si suppone di subire uno stigma importante. Questo aspetto, ad esempio, ha una maggiore rilevanza per gli uomini gay più che per le donne lesbiche, che secondo Patton e McMahon (2014) si mostrano più libere nell'affrontare i ruoli di genere rispetto alle donne eterosessuali.

Considerando invece la ricerca sullo sviluppo professionale per persone con storia di disturbi psicologici, bisogna considerare prima di tutto che la possibilità per queste persone di inserirsi nel mercato del lavoro è ancora relativamente recente (in Italia la legge 180 che ha abolito i cosiddetti manicomi è solo del 1978) e per questa ragione lo stigma sociale è ancora molto presente. Più delle difficoltà e delle disabilità dovute ai disturbi loro diagnosticati è proprio lo stigma e il *self-stigma* da esso originato a causare periodi prolungati di disoccupazione (Arulmani et al., 2014).

In persone con disabilità invece si sono dimostrate efficaci nel favorire l'occupazione soprattutto strategie preventive che mirassero a sviluppare risorse come la *career adaptability*; la promozione di queste risorse richiede un focus sia sull'individuo, sia sul contesto, sia sulla relazione tra individuo e contesto (Wehmeyer, 2019).

Capitolo 2

Storie di dipendenza, sfide professionali e influenze sistemiche

2.1 Uso di sostanze: epidemiologia e panorama attuale

I disturbi da uso di sostanze sono indicati nel DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*) come la presenza di comportamento patologico associato all'uso di qualsiasi sostanza che rientri tra le classi riconosciute. I criteri di comportamento patologico per il DSM-5 comprendono

- uso di sostanza più prolungato o in quantità maggiori di quanto inizialmente programmato,
- ripetuti tentativi falliti di interrompere l'uso,
- *craving* (necessità psicofisiologica di fare uso),
- tolleranza (necessità di quantitativi maggiori di sostanza per raggiungere l'effetto desiderato),
- sviluppo di sintomi di astinenza,
- la sostanza diventa *time-consuming* (si spende molto tempo per procurarsela, usarla, riprendersi),
- trascurare le responsabilità in diversi ambiti della vita,
- continuare l'uso nonostante causi problemi relazionali,
- rifiutare di partecipare a eventi sociali per via della sostanza,
- fare uso in situazioni ad alto rischio,
- continuare l'uso nonostante i problemi causati alla salute psicofisica

Il disturbo è definito più o meno grave in base alla quantità di criteri di comportamento che il soggetto presenta. Negli Stati Uniti è in corso un'epidemia da overdose da oppioidi: sono state riportate 446.032 morti per overdose da oppioidi da prescrizione (eroina, fentanyl e altri oppioidi sintetici) tra il 1999 e il 2018; questa è l'espressione più recente e popolare di un problema globale di uso di sostanze legato anche a morfina, cocaina, metanfetamine, tabacco e altre sostanze (negli Stati Uniti 323.903 morti da altre sostanze, tra cui metanfetamine e cocaina, tra il 1999 e il 2018) (Earnshaw, 2020). Di seguito, alcune tabelle di dati raccolti dalle Nazioni Unite riguardo il consumo di sostanze in Italia

(come percentuale dell'uso nella popolazione generale) e nel mondo (UNODC, World Drug Report 2025) (Figura 4, Figura 5).

Secondo queste stime, in Italia nel 2022 lo 0.70% della popolazione avrebbe fatto uso di anfetamine nell'ultimo anno; un aumento rispetto allo 0.20% del 2013 e allo 0.60% del 2017. Nel 2022 invece la cannabis sarebbe stata consumata dal 10.80% della popolazione (13.20% per i maschi, 8.30% per le femmine); anche in questo caso, il consumo sarebbe in crescita (9.20% nel 2013, 10.21% nel 2017). Il consumo di cocaina, anche esso in leggero aumento, viene riportato da parte dell'1.40%. Anche per l'ecstasy, dopo un primo calo nel consumo di questa sostanza (da 0.40% a 0.35%), al 2022 il consumo di questa sostanza è aumentato di nuovo (0.80% della popolazione ha fatto uso nell'ultimo anno). Per quanto riguarda gli oppiacei, nel 2022 le statistiche corrispondono a un consumo del 0.48% nell'ultimo anno, in diminuzione rispetto agli anni precedenti (0.76% nel 2019 e 0.74% nel 2021). Gli oppioidi generici sono invece in aumento (1.40% nel 2022 rispetto al solo 0.79% nel 2017) come gli oppioidi da prescrizione, passati dal 0.45% nel 2017 al 0.90% nel 2022; nel 2013 il consumo di queste sostanze risultava molto più diffuso (13.80%), anche se le statistiche di quell'anno consideravano anche tranquillanti e sedativi. In Italia dunque la sostanza più diffusa al 2022 è la cannabis; bisogna però considerare che queste statistiche delle Nazioni Unite non prendono in considerazione alcool e tabacco. Ciò sembra essere in linea con le medie europee, anche se a livello globale sono oppioidi e oppiacei le tipologie di sostanze più diffuse.

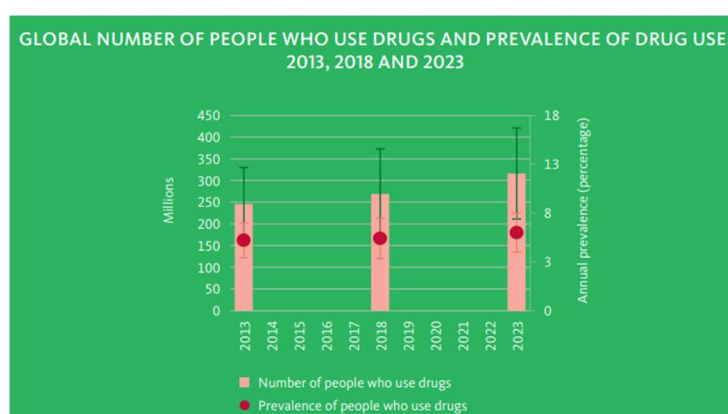


Figura 4. Dati globali sull'uso di sostanze (UNODC, World Drug Report 2025)

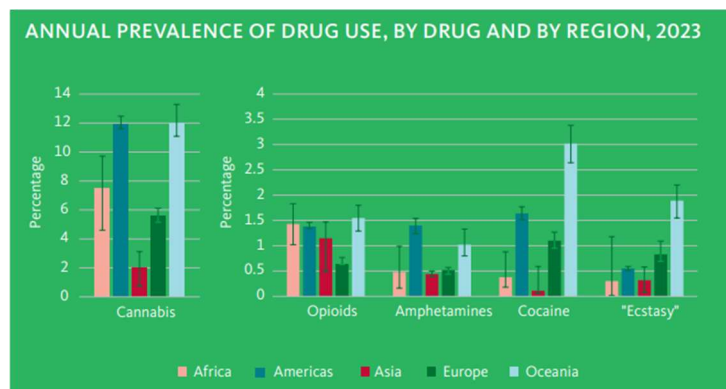


Figura 5. Dati globali sull'uso di sostanze (UNODC, World Drug Report 2025)

2.2 Sfide all'inclusione per persone con storia di uso di sostanze

L'abuso o la storia di abuso di sostanze portano ad avere tra le maggiori preoccupazioni quella per una vita futura soddisfacente; la pianificazione di questo aspetto però risulta estremamente complessa per la presenza di diverse possibili barriere. Queste ultime possono essere individuali (livello di istruzione, assenza di esperienza lavorativa, bassi livelli di autostima, scarso livello di *problem-solving*, ...), ma anche contestuali (scarso supporto familiare e sociale, rigidità del trattamento, pregiudizi rispetto alla dipendenza) (Di Maggio et al., 2022). Da questo punto di vista, questi individui vivono una serie di pregiudizi e stigmi sociali e auto-imposti che in molti casi possono ostacolare anche il successo in diversi ambiti della vita come quello lavorativo e relazionale. Lo stigma si manifesta su un livello strutturale (condizioni sociali, norme culturale e istituzionali) e individuale (chi non vive lo stigma ma lo percepisce e perpetra, detti *perceivers*, e chi invece lo vive e subisce, detti *targets*) (Earnshaw, 2020). Lo stigma verso le persone che fanno uso di sostanza potrebbe avere una forma di utilità a livello sociale di prevenzione scoraggiando l'approccio all'uso (Earnshaw, 2020), ma l'effetto su chi già fa uso è quello di portarli a isolarsi ancor di più nel mondo legato alla sostanza e potrebbe addirittura rendere più difficile l'accesso alle cure (Crapanzano et al., 2018). Lo stigma verso le persone che fanno uso di sostanze dunque si baserebbe sulla falsa credenza che ci sia un controllo individuale sull'uso che non viene esercitato dagli individui pur potendo, ignorando invece i fattori ambientali, sociali e genetici in gioco (Earnshaw, 2020). Lo stigma sembra influenzare negativamente anche il processo di recupero e il trattamento (Earnshaw, 2020).

Per quanto riguarda le conseguenze dello stigma in persone con storia di dipendenza, Crapanzano e colleghi nel 2018 hanno riportato sia studi qualitativi sia quantitativi che si sono occupati di indagare questo aspetto. Gli studi qualitativi riportano che una significativa parte delle persone con tossicodipendenza in trattamento ritiene che lo stigma sociale e auto-imposto rendano più complesso continuare il trattamento. In particolare, viene citato lo stigma subito da parte di altre persone con storia di uso in alcuni casi, mentre in altri si riferisce stima da parte di altre persone con storia di uso ma una difficoltà a proseguire con il trattamento per via dello stigma che si continua a subire da parte della famiglia e della società. Le emozioni negative legate allo stigma e allo stigma auto-imposto possono interferire con l'abilità degli individui a connettersi al programma di trattamento; il che è estremamente negativo, considerando che la connessione col trattamento è fondamentale per raggiungere un grado di recupero significativo, perché va a sostituire le connessioni associate all'uso di sostanza. In alcuni casi, lo stigma auto-imposto è scaturito proprio dal trattamento: subire alcune regole del trattamento (es. supervisione durante l'assunzione della terapia) li hanno portati a sentirsi umiliati e a percepirsi come "tossici"; viene invece riportato che la mancanza di giudizio e stigma da parte degli operatori contribuisce a motivare la continuazione del trattamento. L'emarginazione dovuta allo stigma mantiene gli individui nella spirale dell'uso: quella associata alla sostanza resta una comunità in cui si sentono rispettati rispetto alla società, che li colpevolizza e discrimina. Questi livelli di stigma possono anche interferire con gli aspetti medici di cura, ad esempio nella terapia al metadone (MMT), in cui i pazienti possono subire l'influenza dello stigma riguardo le dosi ideali da assumere rispetto a quelle prescritte. Inoltre, la terapia MMT è vista come una sorta di arma a doppio taglio: alcuni soggetti sperimentano effetti simili a quelli dati dalle sostanze da cui stanno cercando di allontanarsi e temono di star solo sostituendo una sostanza con un'altra invece di guarire. Per alcuni soggetti, abbracciare l'etichetta di assuntori come una forma di auto-consapevolezza che permetteva poi di vivere con più serenità il trattamento. Di seguito riportiamo una tabella riassuntiva degli studi qualitativi considerati da Crapanzano e colleghi (2018) per una review sulle conseguenze dello stigma per persone con storia di dipendenza.

Studio e Paese	Partecipanti	Costrutti rilevanti	Design	Approccio analitico	Outcome	Risultati rilevanti
Frank, 2011; Stati Uniti	N=16 dipendenti da eroina; Sesso: 56% m	Stigma sociale percepito, stigma auto- imposto	Cross- sezionale in MMT o trattamento a 12 step	<i>Critical discourse analysis</i> , con il software NVivo 8 di QSR	Partecipazione a MMT	Chi faceva attualmente uso di eroina senza MMT riferisce stigma verso programmi terapeutici che non promuovono l'astinenza come motivazione di rifiuto dell'MMT. Stigma riferito anche da chi è in MMT come un aspetto che rende più difficile il trattamento
Hill e Leering, 2014; Inghilterra	N=6 persone con AUD; Età: 40-75 anni Sesso: 50% f	Stigma sociale percepito, stigma auto- imposto (vergogna e colpa)	Cross- sezionale in trattamento AA da almeno 5 anni	Analisi interpretativa fenomenologica	Astinenza dall'alcool	I partecipanti si sentono ingiustamente colpevolizzati dagli altri per il proprio alcolismo e hanno internalizzato un'immagine dell'alcolista come una persona sporca, maleducata e in povertà. Sentono che accettare questa etichetta è fondamentale per il recupero
Brooks, 1996; Stati Uniti	N=11 individui con SUD; Età: 25-70 anni Sesso: 100% f Etnia: 55% anglo	Stigma percepito da parte degli operatori, stigma auto- imposto (vergogna e <i>self-doubt</i>)	Cross- sezionale post trattamento	<i>Grounded theory approach</i> con <i>coding</i> aperto e assiale	Completamento del trattamento	Un recupero di successo è dovuto alla connessione col trattamento e col sé. Lo stigma percepito da parte degli operatori interferiva con la connessione al trattamento, mentre quello auto-imposto interferiva con la connessione col sé
Grennestad e Sagvaag, 2016; Norvegia	N=25 persone nel campo del traffico illecito Età media: 40; Sesso: 72% m	Stigmatizzazione e sociale percepita dell'identità, stigma auto- imposto	Storia dei tentativi del trattamento, etnografica di più di 3 anni	Analisi strutturale tematica	Continuo mantenimento di terapia per oppioidi	I partecipanti riportano un forte stigma sociale che porta un'esclusione per il loro status da dipendenti. Da ciò deriva una diminuzione delle aspettative che viene internalizzata e associata a un desiderio di restare nel campo della droga. Il trattamento viene percepito come soddisfacente per gli altri, ma non personalmente perché si continua a percepire emarginazione.
Sanders et al, 2013; Stati Uniti	N=19 pazienti in MMT Età: 29-60 anni Etnia: 47% bianchi ispanici, 26% bianchi non ispanici, 11% neri ispanici, 11%	Stigma sociale percepito (fattori estrinseci), stigma auto- imposto (fattori intrinseci)	Cross- sezionale nel trattamento MMT	Analisi tematica attraverso il software Nvivo 9	Dose ideale di metadone	Sia lo stigma sociale che quello auto-imposto portano a pensare che la loro "dose ideale" di metadone era più bassa di quella prescritta. Riferiscono di sentire che il metadone potrebbe diventare una nuova sostanza che sostituisce la vecchia.

	neri non ispanici					
Radcliffe e Saevers, 2008; Inghilterra	N=53 persone con SUD, Età: 19-50 anni Sesso: 74% m Etnia: 75% bianchi, 8% neri	Vergogna	Cross-sezionale, <i>drop-out</i> dal trattamento	Coding adattivo	<i>Engagement</i> nei servizi di trattamento	L'inizio del trattamento attiva uno stigma auto-imposto in individui che prima non si consideravano "tossici". Ad esempio, essere supervisionati durante l'assunzione della terapia è visto come umiliante e stigmatizzante. Lo stigma, sia percepito che auto-imposto, porta a <i>drop-out</i>
McCallum et al., 2016; Australia	N=34 persone con AUD, Età media: 44,25 anni (SD=10.92), Sesso: 65% m Etnia: 97% caucasici	Stigma percepito da parte degli operatori, stigma auto-imposto (vergogna e colpa)	Cross-sezionale in trattamento	Analisi del <i>framework</i>	Desiderio di continuare il trattamento	I partecipanti che hanno percepito lo staff come giudicante riportano più vergogna e senso di colpa per la propria dipendenza, mentre una buona relazione con lo staff ha aumentato la motivazione a continuare l'astinenza dall'alcool
Pauly et al, 2016; Canada	N=7 persone con AUD, Età: 25-61 anni Etnia: 100% indigeni	Stigma percepito da parte degli operatori	Longitudinale, in trattamento " <i>managed alcohol</i> "	Approccio di analisi comparativa costante e codificato in modo induttivo	Desiderio di rimanere in trattamento	Il programma di trattamento dava un senso di sicurezza, comunità e una migliore qualità di vita. L'atteggiamento positivo dello staff ha contribuito alla decisione di rimanere in trattamento e gli alloggi forniti dal programma erano visti come casa
Tang, 2015; Cina	N=13 terapia MMT e 18 <i>drop-out</i> Età: 29-51 anni Sesso: 84% m	Stigma sociale percepito, stigma auto-imposto	Cross-sezionale in MMT o <i>drop-out</i> da MMT	Software ATLAS.it v5.0 in cinese	Ragioni per lasciare il programma MMT	Lo stigma auto-imposto è legato alla paura di diventare dipendenti dal metadone per MMT per tempo prolungato. Lo stigma sociale è percepito come discriminazione; viene riportato da parte della polizia. Nessun individuo in <i>drop-out</i> tuttavia cita lo stigma come motivazione, ma ne citano molte altre ciascuno

A livello quantitativo è stato dimostrato da alcuni studi che lo stigma sociale percepito e lo stigma da parte degli operatori sanitari aumenta lo stigma auto-imposto e contribuisce a diminuire la partecipazione al trattamento; altri identificano però miglioramenti col passare del tempo nonostante lo stigma. Alcuni studi suggeriscono che molte variabili personali possono impattare indirettamente il recupero, forse attraverso la loro influenza sullo stigma auto-imposto. Pare che infatti lo stigma auto-imposto sia correlato al desiderio di fare uso e a una mancata fiducia nella propria capacità di astenersi dal fare

uso, oltre che a una bassa auto-efficacia riguardo la capacità di rifiutare alcool. Vengono anche citate come cause di abbandono del trattamento le relazioni, tra cui nello specifico quelle con le persone che procurano la sostanza, emozioni associate alla terapia ed emozioni associate ai dosaggi di farmaci utilizzati in terapia. Ci sono inoltre degli importanti effetti indiretti associati alle emozioni negative sullo stigma auto-imposto: alcuni studi riportano una permanenza più lunga nei programmi di trattamento residenziale in presenza di maggiore stigma auto-imposto, potenzialmente attribuibile ad una bassa auto-efficacia e al desiderio di ritirarsi dalla società. Anche in questo caso, riportiamo la tabella tradotta dalla review di Crapanzano e colleghi (2018); riassume gli studi quantitativi riguardanti lo stigma presi in analisi.

Studio e Paese	Partecipanti	Design	Costrutti rilevanti	Misura del costrutto	Outcome	Risultati rilevanti
Tang, 2015; Cina	N=523 persone con DUD, Età: 20 anni Sesso: 75.9% m Etnia: 58% Han	Longitudinal e in trattamento MMT	Stigma sociale percepito, discriminazione Stigma percepito da parte degli operatori	Punteggio della relazione familiare, punteggio della relazione operatore-cliente	Ritenzione in trattamento MMT	61% dei partecipanti ha fatto drop-out tra la baseline e il follow-up 6 mesi dopo. La percentuale varia in base alla clinica e a quattro fattori: relazione familiare, relazioni operatore-cliente, sentimenti riguardo MMT, sentimenti riguardo al dosaggio
Mak et al, 2017; Hong Kong	N=124 persone con SUD Età media: 44.92 anni (SD: 12.77) Sesso: 76% m	Cross-sezionale nel recupero in cliniche outpatient	Stigma sociale percepito Stigma percepito da parte degli operatori Stigma auto-imposto	Discriminazione e delle sottoscale della stigma scale, item ISMI adattati alla discriminazione da parte degli operatori Self-stigma scale	Recupero clinico, recupero personale, coinvolgimento col trattamento	I risultati del <i>structural equation modeling</i> mostra che lo stigma percepito sociale e da parte degli operatori porta a un maggior stigma auto-imposto internalizzato e a un minor coinvolgimento con il trattamento e dunque a un minore recupero clinico e personale
Link et al., 1997; Stati Uniti	N=84 uomini con disturbi mentali e SUD Età media: 34 Sesso: 100% m Etnia: 63% afro-americani, 23% ispanici, 14% bianchi	Longitudinal e in comunità terapeutica o trattamento in comunità residenziale	Stigma sociale messo in atto, stigma sociale percepito	Scala di esperienze di rifiuto, scala di discriminazione /devalutazione	Abuso di sostanza nei precedenti 6 mesi	L'uso nei 6 mesi precedenti è raro sia secondo il <i>self-report</i> (10.7%) sia per <i>urinalysis</i> (11%). La maggior parte ha riportato diversi tipi di stigma sociale e discriminazione percepiti. Nonostante la diminuzione di sintomi in un anno di trattamento, non cambiano i punteggi di stigma.
Brown et al, 2015; Stati Uniti	N=120 persone con SUD	Cross-sezionale in	Stigma sociale percepito	Timore dello stigma sociale messo in atto →	L'autoefficacia riguardo l'astinenza	Il desiderio di fare uso è correlato sia con la paura dello stigma attuato sia con la <i>self-</i>

	Età media: 31.28 anni (SD: 10.94) Sesso: 74% m Etnia: 90% caucasica	trattamenti residenziali	Stigma auto- imposto	sottoscala del SASSS Sottoscala sulla <i>self-devaluation</i> del SASSS	Precedenti tentativi di trattamento Giorni nel trattamento attuale	<i>devaluation</i> ($r=0.32$, $r=0.24$), mentre la scala per l'evitamento dello stigma è correlato alla sicurezza di non fare uso ($r=0.25$). Precedenti trattamenti e durata del trattamento non erano correlati alle altre sottoscale
Frischknecht et al, 2011 Germania	N=250 persone (106 con SUD, 144 di controllo) Età media= 36.3 e 33.8 Sesso: 33% m, 56% f	Cross- sezionale nel trattamento di manteniment o per oppioidi o controllo	Stigma auto- imposto, stigma sociale messo in atto, stigma sociale percepito	Sottoscala di alienazione di ISMI Sottoscala discriminazione di ISMI Sottoscala di ritiro sociale di ISMI	Variabili del trattamento	Il numero di tentativi precedenti di riabilitazione, di riabilitazioni completate e di ritiri non presentavano correlazioni con le scale ISMI
Kulesza et al, 2014; Stati Uniti	N=17 persone con SUD Età media: 34.06 anni (SD:12.28) Sesso: 65% m Etnia: 100% caucasici	Longitudinal e nel trattamento di <i>outpatient</i>	Stigma auto- imposto	SASS	Uso di droga o alcol al <i>follow- up</i>	Dopo aver verificato l'eventuale presenza di sintomi depressivi, i partecipanti che riportano maggior stigma auto- imposto dopo il trattamento riportano maggior uso di droga dopo 1 mese di <i>follow-up</i>
Schomerus et al, 2011; Germania	N=121 persone con AUD Età media: 46.8 (SD: 8.8) Sesso: 79% m	Cross- sezionale in trattamento di disintossicazi one	Stigma sociale percepito Stigma auto- imposto	Sottoscala <i>aware</i> di SSAD Sottoscala <i>apply</i> di SSAD	Senso di autoefficacia rispetto al rifiuto di bere Anni di problemi con l'alcool	Le due sottoscale sono risultate significativamente correlate ($r=0.32$). La scala <i>apply</i> si correla negativamente con l'autoefficacia rispetto al rifiuto di bere ed è associata a più anni di problemi con l'alcool e più sintomi depressivi
Randles e Tracy, 2013; Canada	N=105 persone con AUD, Età media: 38.7 (SD:9.6) Etnia: 76% caucasici, 14% nativi, 10% altri	Longitudinal e in trattamento AA	Comportamenti di vergogna Vergogna senza colpa	Dimostrazioni di vergogna non verbali codificati da interviste videoregistrate Scala <i>State Shame and Guilt</i>	Probabilità di <i>relapse</i> Gravità del <i>relapse</i> (numero di drink consumati)	Comportamenti non verbali di vergogna prevedevano sia la probabilità sia la gravità del <i>relapse</i> , così come un aumento di sintomi psichiatrici <i>distressing</i> .
Luoma et al, 2014; Stati Uniti	N=103 persone con SUD Età media: 35.5 (SD: 9.62) Sesso: 59% m Etnia: 85% bianchi	Cross- sezionale in trattamento residenziale	Stigma auto- imposto	ISS Scala ISSA	Durata del trattamento	I punteggi ISS e ISSA sono positivamente correlati ($r=0.63$). ISSA è anche correlata positivamente con la durata del trattamento
Kamaradova et al, 2016; Repubblica Ceca	N=332 <i>outpatients</i> (58 con SUD)	Cross- sezionale in trattamento psichiatrico	Stigma (stigma auto-imposto, stigma sociale percepito,	Scala ISMI	Aderenza al trattamento	Uno stigma più elevato è correlato a una più bassa aderenza al trattamento e a una più grande gravità del disturbo nel campione. I risultati non

	Età media: 42.66 (SD: 14.16) Sesso: 52% f		stigma sociale messo in atto			riportati per i soli pazienti SUD, nonostante non differissero i punteggi ISMI
--	--	--	---------------------------------	--	--	--

Lo stigma viene più spesso citato come barriera con forte influenza sul trattamento quando si accumulano stigmi diversi (es. far parte di una minoranza etnica), lo stigma può quindi essere definito intersezionale (Earnshaw, 2020); è citato come barriera anche quando è espresso da parte dello staff dei centri di riabilitazione (Hammarlund et al., 2018). In generale, lo stigma non è la sola difficoltà incontrata da persone con storia di tossicodipendenza, soprattutto riguardo la pianificazione del futuro. Ci sono anche barriere a livello individuale, come ad esempio mancanza di esperienza lavorativa, obiettivi di carriera poco sviluppati, autostima limitata e bassi livelli di social-skills (Maynes et al., 2024).

2.3 Sviluppo professionale in storie di dipendenza

Come già sottolineato nel primo capitolo, il mondo del lavoro odierno è pieno di insicurezze e ostacoli: è cresciuto il numero di lavoratori indipendenti o part-time, così come quello dei contratti a tempo determinato e delle persone in disoccupazione. La scelta dell'ambito di lavoro e del luogo di lavoro è oggi solo una delle preoccupazioni legate alla vita lavorativa. Questo ambiente lavorativo (caratterizzato da segmentazione e traiettorie di carriera articolate) rende ancora più complesso riuscire ad avere successo alle persone che fanno parte di una minoranza e tra queste alle persone con storia di dipendenza, portando un maggior rischio di esclusione non solo dal mercato del lavoro, ma anche dal contesto sociale (Di Maggio et al., 2021). Tutto ciò è particolarmente negativo perché in diversi contesti di recupero il lavoro si è dimostrato un fattore che porta a maggiore inclusione in società e a una migliore qualità di vita (Ferrari et al., 2017). Anche lo stigma e i pregiudizi vissuti sembrano correlati alla perdita di lavoro o alla difficoltà ad essere assunti e dunque si pongono come ostacoli allo sviluppo professionale dell'individuo (Di Maggio et al., 2021). Alcuni studi riportano una maggiore frequenza di perdita di lavoro in persone con storia di dipendenza; inoltre, tra le persone con storia di dipendenza chi ha un lavoro tende a subire minore discriminazione (Maynes & Grant,

2024) e ad avere un maggiore supporto sociale e una maggiore probabilità di successo terapeutico (Di Maggio et al., 2022).

Molto spesso le persone con storia di tossicodipendenza vivono degli svantaggi a livello lavorativo (Richardson et al., 2012, Maynes & Grant, 2024):

- vengono assunte per lavori che richiedono basse skills (specialmente le persone con livello di istruzione basso),
- vivono esperienze ricorrenti di transizioni occupazionali in mansioni scarsamente pagate, temporanee e con poche opportunità di apprendere nuove skills,
- si trovano in situazioni lavorative precarie perché le loro esperienze lavorative precedenti alla dipendenza non vengono prese in considerazione;
- licenziamenti,
- frequenti assenze a lavoro,
- perdita di licenze professionali,
- abbandono scolastico,
- basso tasso di assunzione.

Dunque, emergono sia influenze legate alle risorse individuali del soggetto sia influenze sistemiche di livello ambientale e sociale.

Nonostante affrontare un percorso terapeutico di recovery sia un'esperienza abbastanza comune, sappiamo molto poco delle traiettorie di vita di questi individui a lungo termine, specialmente riguardo ai tentativi di tornare al lavoro; Maynes e Grant (2024) hanno curato una review su diversi studi che si sono occupati del tema. In generale, il lavoro da trovare suscita secondo questi studi sentimenti di urgenza e desiderio ed è ritenuto una grande priorità, oltre che una delle più importanti ragioni di recovery. L'importanza del lavoro sembra cambiare in base alla sostanza primariamente assunta (21.1% per l'eroina, ma 44.6% per l'alcool) e ne aumenta l'importanza man mano che si superano le prime fasi di trattamento. L'importanza del lavoro sarebbe legata al ritorno a una vita normale, al passare più lineare del tempo e all'opportunità di ricoprire nuovi ruoli. Tuttavia, vengono riportate una serie di barriere e difficoltà affrontate (oltre allo stigma):

- la gestione del processo di recupero contemporaneamente al lavoro richiede molta energia e impegno

- mancanza di risorse (bassi stipendi, scarsi benefici pensionistici, mancanza di assicurazioni, orari lavorativi precari), specialmente per chi fa parte anche di altre minoranze.

Molta importanza è anche attribuita alla soddisfazione lavorativa. Le condizioni lavorative sono considerate uno degli elementi fondamentali per rafforzarla, insieme a un buon equilibrio tra capacità dell'individuo e lo stato del percorso terapeutico. I partecipanti hanno riportato difficoltà a livello di soddisfazione lavorativa quando in ruoli di rango inferiore rispetto a quelli ricoperti prima dell'inizio della dipendenza; ottenere lavori con un buono stipendio e dei buoni benefits risulta abbastanza raro. In generale, si individua la preferenza per lavori che permettano di tutelare la propria salute e crescita, oltre che a partecipare e supportare la salute e la crescita dei propri cari; sono tra i più ricercati anche lavori significativi e sfidanti che possano comunque permettere una certa misura di controllo sugli orari lavorativi. Un altro aspetto importante identificato rispetto allo sviluppo professionale è il supporto sociale: secondo alcuni studi avere un posto di lavoro contribuisce ad aumentare il supporto sociale e, al tempo stesso, un buon supporto sociale aumenta la possibilità di successo e *engagement* sul lavoro; altri studi identificano i posti di lavoro come luoghi che mettono barriere più che opportunità per un buon recupero. Tra questi studi si indicano come barriere la pressione da parte dei datori di lavoro alla fine della terapia unita alla mancata comprensione delle necessità dei soggetti, il sospetto da parte dei colleghi riguardo le motivazioni dell'assenza da lavoro. In diversi studi i partecipanti hanno dichiarato di tenere nascosto ai datori di lavoro di essere stati in un percorso terapeutico per uso di sostanza (in alcuni casi, anche a famiglia e amici). Da altri studi è anche emerso che le relazioni sul luogo di lavoro ruotassero attorno alle sostanze; in questi posti di lavoro raramente le opportunità di relazione per chi è in fase di *recovery* vengono facilitate.

2.4 Influenze sistemiche nella progettualità di vita in adulti con storia di dipendenza

L'uso di sostanze ha un'influenza molto ingombrante su diversi aspetti della vita degli individui, soprattutto sulla progettualità di vita per il futuro. L'uso di sostanze ha un impatto notevole e negativo sulla salute, in particolare sull'invecchiamento; in generale, ogni fase di vita presenta diversi fattori di rischio associati all'uso di sostanze e l'impatto

di quest'ultimo sulla vita cambia notevolmente nel corso del tempo (Stewart et al., 2022). I rischi dell'uso di sostanze e il loro impatto sulla salute dipendono dalla sostanza, dalla durata del periodo di uso e dallo stato di salute pregresso dell'individuo.

Così come l'uso di sostanze influenza il percorso di vita degli individui, ci sono altre influenze a livello sistemico che possono fungere da fattori di rischio per l'uso di sostanze e fattori positivi per il recupero dopo la terapia, influenzando di conseguenza la progettualità di vita. Ad esempio, il vissuto di razzismo di persone di colore sembra costituire un fattore di influenza a livello sistemico: possiamo individuare una percentuale più alta di persone di colore tra chi ha una storia di dipendenza e si identificano anche un maggior numero di morti per overdose da sostanze, sostenendo l'ipotesi per cui il razzismo sistemico operi a livello istituzionale, sociale e psicologico dando forma a diversi risultati sulla salute (Farahmand et al., 2020). È importante considerare quanto importanti siano le influenze sociali e culturali, da cui dipendono le differenze nelle tipologie di sostanze più diffuse nei diversi Paesi (Seery, 2020): i decessi da oppioidi nel 2019 sono stati circa 42.000 negli Stati Uniti, ma solo poco più di 9.000 in tutta l'Unione Europea. Anche la famiglia è un'influenza sistemica molto importante, soprattutto ma non solo per i giovani adulti: al rapporto genitori-figli (se supportivo e sicuro è un fattore di protezione), si unisce lo status socio-economico della famiglia (Tamblin et al., 2022). Farhoudian e colleghi (2022) si sono occupati di stilare una review delle influenze sistemiche che più costituiscono barriere o fattori positivi per il trattamento di persone con storia di uso di sostanze (Figura 6, Figura 7).

Table 2. Summary of results reported in systematic reviews for barriers of SUD treatment.

LEVEL	BARRIERS ^a
Individual	<i>Wrong belief about treatment:</i> Belief that treatment was unnecessary (3, 8), preferring to withdraw alone without assistance (2, 8), beliefs about methadone (2, 10) <i>Perceived fears:</i> Fear of incarceration (4), Fear of stigma (4), Fear of inconvenience (4), Fear of loss custody of children (for mothers) (4), Fear of suspension or termination of parental rights (4), Fear of withdrawal symptoms (10), Fear of life without the stability and routine of taking methadone (10) <i>Personal traits:</i> Low self-esteem (10), Individuals' self-concepts (10), Low self-confidence (10), Identity difficulties (10), Privacy concerns (2, 3, 8), Loneliness (10), Motivational factors (1, 3, 8, 9, 10), Poor coping styles to deal with difficulties (1, 5, 6) problem with emotional management (1, 10). <i>Psychiatric comorbidities:</i> (1, 3, 10)
Social	<i>Stigma and lack of social support:</i> Embarrassment or stigma (1, 2, 5, 8), Lack of social capital or social support (1, 3, 4, 5, 8), Not having anything else going on in one's life (10) <i>Family factors:</i> Influence of habits of spouse/partner/family members/peers to drugs (6), Partner dropped out (10), Partners violence (10), No supportive family (1) <i>Friends network:</i> Non supportive friends (1), Difficulties with establishing a non-drug using network of friends, and severing ties with existing drug-using networks (10), Over-reliance on other clients (10) Secrecy or fear about the past in new interpersonal relations (10), Negative role model (10), Lack of models who have successfully recovered (10) <i>Problems with a therapeutic team:</i> None emphatic relationship from treatment staff (1, 2, 3, 4, 11), Poor therapeutic relationship between patients and practitioner (11), Tensions between peer workers and programme staff (5), Wrong belief about people who use drug among therapeutic team(5), Very dependent relationships with treatment staff (10), Clients' passivity in accepting staffs' attitudes (10)
Structural	<i>Problems related to treatment provider services:</i> Insufficient places (1, 2, 3, 8, 11), Waiting lists/times (2, 8, 11), Unsuitable/ ineffective services for people with mental illness (1, 4, 8), Expensive costs and financial problems (8, 9, 11), Lack of available ancillary psychosocial services (10), Staff attitudes service providers (8), Lack of training in both nurses and General physicians(GPs) (11, 2), Lack of appropriate skill for non-physician team members for high-quality care (2, 10), A lack of primary care SUD fellowship (10), Lack of connection between emergency care and professional medical treatment (5), Insufficient training and support for peers (5) Lack of availability of peer workers (5), Lack of suitable treatment system for both genders (1, 2, 4, 8, 10, 11, 12), Ideology of treatment (9), Treatment intensity (10), Clinical inertia among nurses (11), GPs attitude to drug or alcohol (6), Therapeutic impasse (10), Failure to ground programming in the lived experiences of person who previously used drug (1, 2, 5), Lack of qualified workforce (2), The lack of appropriate treatment protocols (2), The preference for a forced detoxification approach instead of medical approach in some setting such as correctional-educational environments (2), Lack of adherence to treatment protocol (2). <i>Legal barriers:</i> Restrictive policies (lack of a legal structure for various organisational relationships, such as prisons and medical settings that patients could follow their treatment) (2), Implications for child custody arrangements for parents who use drug or alcohol (8), Misuse of prescribed medications (7, 10), Prescription challenges (10). <i>Policy barriers:</i> Exclusionary attitudes, policies and programmes (5), Policies which favour enforcement rather than harm reduction (5), Lack of focus on vulnerable sub-communities despite identified needs (5), No decision-making lived experiences of person who us drug (5) Failing to address social determinants of health (5), No considering contextual factors (5), Lack of focus during outreach on housing, jobs (5), The continued criminalisation of drug use (and people who use drugs) (5), Policies that favour enforcement (5, 1), Lack of linkage or coordination between correctional and community medications for treatment of opioid use disorder (MOUD) treatment providers (2).

^aThe below numbers in front of each facilitator refer to the first column, article number, in Table 1.

Figura 6. Influenze sistemiche che diventano barriere al trattamento (Farhoudian et al., 2022)

Le barriere vengono suddivise in individuali, sociali e strutturali.

- Barriere individuali: credenze errate sul trattamento, paure percepite (es. del carcere, dello stigma, di perdere la custodia dei figli, di sintomi di astinenza), tratti individuali (es. bassa autostima, bassa *self-confidence*, preoccupazioni riguardo la privacy, solitudine, fattori motivazionali, difficoltà di *coping* e gestione delle emozioni), comorbidità psichiatrica
- Barriere sociali: stigma e assenza di supporto sociale, fattori familiari (es. abitudini di partner o familiari, violenza e supporto), rete amicale (es. difficoltà a stabilire una rete di connessioni al di fuori dei consumatori di sostanze), problemi con lo staff terapeutico (es. relazioni non empatiche, tensioni, stigma da parte dello staff, dipendenza nella relazione con gli operatori)

- Barriere strutturali: problemi legati ai *provider* (es. posti insufficienti, liste d'attesa, costi elevati, mancanza di collegamenti tra servizi emergenziali e strutture che erogano i trattamenti), barriere legali (es. rischio di perdere la custodia dei figli se viene dimostrato che si soffre di un disturbo da uso di sostanza), barriere a livello di regole e *policies* (es. mancanza di focus sulle minoranze, mancanza di possibilità di prendere decisioni, mancata considerazione di fattori contestuali, criminalizzazione dell'uso)

Table 3. Summary of results reported in systematic reviews for facilitators of SUD treatment.

LEVELS	FACILITATORS
Individual	<i>Personal motivation</i> : Establishment of a non-addict identity (10), Personal motivation (1, 4, 5)
Social	<i>Family</i> : Supportive family (3) <i>Friends</i> : Influential safe peers (5), Safe model of peers (5), Supportive friends (1, 4) <i>Treatment team</i> : A supportive and confidential individual counselling approach and Trusting relationship with the treatment team (1, 2, 4, 9, 12)
Structural	<i>The setting of treatment provider services</i> : Training of key skills for creating an opportunity for children to be with parents (for mothers) (1, 2), Availability of effective treatment (3, 12), Appropriate context for discussion (11), Open communication between the NCM and SUD counsellors (7), Training for GPs and staff (3, 11, 7), Access to financial support (3, 4, 10, 7), Peer involvement in the governance and management of the programme (5), The direct participation of people who use drugs as outreach workers (5). <i>The logistic of treatment programme</i> : Implementation of prior experiences and management stability (11), Multidisciplinary and coordinated care delivery models (7), Employ clinical pharmacists for medication dosing management (11), Developing systems that provide care & feedback for patients (11), Home induction helping (11), Case management, & counselling for complicated patients (11), The use of culturally relevant programming (5), Flexible models of service delivery which are open to change (5), The inclusion of structural interventions which address broader issues (5), Women-only programme for females (12), Residential treatment (12), Providing child care (1, 4, 12), Intensive case management and aftercare support (12) <i>Policy and other organisation</i> : A positive relationship between the institution and the broader community, political support, policy support and recognition as a valuable organisation by local health authorities (5), Peer influence and social networks; providing training and support to peers in their work (5), Successful harm reduction programmes (5) The leadership of peers in promoting health fosters behaviour change (5), Hiring female peer outreach workers to specifically target vulnerable populations (5), Offering women-friendly outreach kits and referrals to female-specific services (5), Police support (5).

*The below numbers in front of each facilitator refer to the first column, article number, in Table 1.

Figura 7. Influenze sistemiche che diventano facilitatori al trattamento (Farhoudian et al., 2022)

Lo stesso è avvenuto per i facilitatori:

- Facilitatori individuali: motivazione personale (anche e non solo di essere riconosciuto come non “tossicodipendente”)
- Facilitatori sociali: famiglia supportiva, amici supportivi e con modelli di vita sani, staff di trattamento supportivo e che sa instaurare relazioni di fiducia con gli utenti
- Facilitatori strutturali: servizi nelle strutture (es. possibilità di incontrare i figli, contesti appropriati per le discussioni, comunicazione aperta, formazione per lo staff, accesso a supporto economico, partecipazione diretta di persone con storia

di dipendenza come lavoratori), logistica del programma di trattamento (es. modelli di cura multidisciplinari e coordinati, che siano anche flessibili e aperti al cambiamento, case management e supporto a fine cura), relazioni positive tra le strutture e la comunità, supporto politico

Per quanto riguarda i fattori che influenzano positivamente la progettazione di vita, diversi studi sostengono che la carriera lavorativa stessa sia un elemento importante per stimolare e sostenere la progettazione di vita in persone con tossicodipendenza. La *career adaptability* è un'importante risorsa a supporto sia della carriera lavorativa, sia della progettazione di vita (Savickas & Porfeli, 2012). Si tratta di un costrutto psicosociale che denota le risorse di *coping* di un individuo riguardo compiti, transizioni e traumi nei ruoli lavorativi che in qualche modo alterano l'integrazione sociale (Savickas, 1997). Le risorse di *career adaptability* risiedono nell'interazione persona-ambiente. Nella *Career Construction Theory* di Savickas, le risorse di *adaptability* stesse danno forma all'estensione del sé nell'ambiente perché condizionano i comportamenti attuali. Le risorse di *career adaptability* sono competenze psicosociali di autoregolazione che danno forma a strategie e azioni adattive che mirano a raggiungere obiettivi di migliore adattamento (Savickas & Porfeli, 2012). Il modello di autoregolazione della *career adaptability* si può suddividere in 5 abilità: *concern* (pre-occupazione per il futuro, capacità di proiettarsi nel futuro prendendo in considerazione ciò che si è e ciò che si vuole diventare), *control* (controllo: tendenza a considerare il futuro come almeno in parte controllabile), *confidence* (fiducia in sé stessi, credere nelle proprie abilità di superare sfide, ostacoli e barriere nel futuro), *curiosity* (propensione a conoscersi e conoscere l'ambiente), *commitment* (dedizione ad un progetto di vita più che a una specifica carriera, il che garantisce attività anche in situazioni incerte) (Savickas et al., 2009).

Capitolo 3

Lo studio: lavoro, benessere e abilità in storie di dipendenza

3.1 Obiettivi dello studio e quesiti di ricerca

Obiettivo generale di questo studio è, mediante un approccio integrato e un'ottica sistemica, di approfondire le conoscenze legate al ruolo dei sistemi di influenze e di risorse psicologiche individuali su supporti e barriere al benessere sperimentato da adulti che hanno incontrato sfide complesse nel corso di vita legate alla dipendenza da sostanze. L'obiettivo si articola in diversi quesiti:

Pattern di influenze e risorse di adaptability in adulti con storia di dipendenza

Dagli studi in letteratura emergono diversi fattori (individuali, sociali, strutturali) che facilitano o limitano la riuscita del trattamento; allo stesso modo, diverse sono le influenze sistemiche che risultano importanti nella vita delle persone con storia di dipendenza. La famiglia ad esempio ha un'influenza importante, sia a livello genetico che ambientale: in questo contribuisce sia il ruolo familiare della persona con storia di abuso, sia le credenze della famiglia riguardo l'efficacia dei trattamenti (Lander et al., 2013). Un altro aspetto che può fungere da forte influenza sulla storia di vita di persone con storia di dipendenza è lo status socio-economico: chi perde la casa, ad esempio, viene esposto a una serie di stigmi, di perdite e di traumi che possono portare all'inizio e poi al mantenimento di storie di abuso (Weaver et al., 2010). Inoltre, sembra che il drop-out scolastico precoce sia un fattore di rischio per il consumo di sostanze (e viceversa) (Breslau et al., 2011). Secondo quanto riportato dalla letteratura, si ipotizza di individuare risultati coerenti con essa: pattern di influenze sistemiche caratterizzati da drop-out scolastici, influenze familiari e sociali (gruppi di amici o colleghi che fanno uso) nell'utilizzo di sostanze.

Accanto ad una analisi che si apra contemporaneamente ad una considerazione delle influenze a diversi livelli, ci si impegna a conoscere pattern di risorse psicologiche a livello di *career-adaptability* per una progettazione di vita. Si tratta di competenze psicosociali di autoregolazione che portano a strategie adattive, permettendo di raggiungere un migliore adattamento. Quest'ultimo è un aspetto poco approfondito in

letteratura rispetto alla popolazione specifica di persone con storia di dipendenza. L'ipotesi è di trovare maggiori risorse di *career-adaptability* in persone di media età adulta; inoltre, si può ipotizzare di poter individuare due classi di individui, una che mostra in particolare basso senso di controllo rispetto al futuro e bassa fiducia nelle proprie capacità, al contrario di una che ha invece punteggi molto alti di queste variabili. Infine, è necessario considerare l'aspetto del benessere percepito. Il trattamento per i SUD (*substance use disorders*) ha come obiettivo il *recovery*, o recupero, che consiste in astinenza e a un'aumentata soddisfazione per la propria vita. Diversi studi mostrano che il consumo di sostanze è associato a un basso benessere percepito e a una bassa qualità di vita (Di Maggio, 2021). Di conseguenza, si ipotizza di individuare punteggi di benessere percepito piuttosto bassi, soprattutto quando il trattamento dura da meno di 12 mesi o da più di 24.

Relazioni tra sistemi di influenze, le risorse di adaptability e la tappa del percorso terapeutico all'interno del quale sono stati incontrati i partecipanti allo studio

Un altro obiettivo dello studio è quello di mettere in relazione questi pattern alla durata del percorso terapeutico, individuando ad esempio in quali circostanze il percorso tende ad avere una maggiore durata. La durata potrebbe inoltre essere correlata alle risorse di *career-adaptability*. Si ipotizza che una durata intermedia del percorso (tra i 12 e i 24 mesi) si associ più spesso a individui con più risorse e con un buon sistema di supporto, associato di conseguenza a pensieri maggiormente orientati al futuro, maggior *career-adaptability* e maggior benessere percepito. Un percorso terapeutico più lungo sarebbe correlato invece a cronicità e sfiducia nei confronti del proprio futuro professionale.

Relazioni tra i pattern di influenze e risorse psicologiche considerate componenti della career-adaptability e il loro impatto sul benessere percepito

Infine, lo studio si propone di individuare se e come le influenze sistemiche e le risorse psicologiche di *career-adaptability* influiscono sul benessere percepito dei partecipanti. Esistono delle risorse psicologiche che promuovono senso di controllo, *coping* e adattamento che vengono acquisite nel corso di vita e cambiano con l'età; avere capacità che permettono di agire nell'ambiente in cui ci si muove ha una grande influenza sul benessere percepito, soprattutto in momenti avversi (Windle & Woods, 2004). Per quanto

riguarda le influenze sistemiche, in letteratura sono riportati diversi aspetti che a livello sistemico influenzano il benessere percepito. Ad esempio, l'isolamento e la solitudine riducono il benessere percepito e aumentano il rischio di depressione, mentre la possibilità di avere supporto sociale al bisogno aumenta la soddisfazione di vita e il benessere percepito (Windle & Woods, 2004). La sicurezza lavorativa ha un'influenza positiva sul benessere percepito (Occhipinti et al., 2023) e lo status socio-economico è comunque citato come fattore che influenza il benessere percepito (Michaud & Montreuil, 2025). Esistono inoltre evidenze riguardo le interazioni tra diversi sistemi e la loro influenza sul benessere percepito: ad esempio, per bambini in età scolare l'interazione positiva tra i genitori e la scuola ne aumenta il benessere (Michaud & Montreuil, 2025). Di conseguenza, si ipotizza che un maggior punteggio di *career-adaptability* (dunque di risorse psicologiche) sia correlato a un maggior punteggio di benessere percepito. Si può ipotizzare inoltre che influenze sistemiche valorizzate come positive e associate a sistemi più "di supporto" (es. famiglia e figli presenti, amici, colleghi di lavoro) portino a un maggior benessere percepito.

3.2 Strumenti

Il protocollo proposto ha una lunghezza complessiva di compilazione di circa 45 minuti. Il protocollo è composto da tre questionari differenti e delle domande riguardo i dati demografici a conclusione, che corrispondono ai costrutti che si desiderava approfondire. Le influenze sistemiche: **MSCI-Q** (versione italiana Sgaramella et al. 2013). Attraverso questo questionario ci si propone di identificare le diverse determinanti sistemiche (personali, relazionali, ambientali) in relazione allo sviluppo professionale. *MSCI-Q* è un questionario costruito a partire da *MSCI* (*My System of Career Influences*; McMahon, Watson, Patton, 2013), un'intervista che indaga i sistemi di influenza dell'individuo a livello professionale, richiedendo al soggetto di disegnare una mappa che rappresenti le influenze più importanti. Il questionario *MSCI-Q* richiede di quantificare il grado di influenza dei singoli elementi considerati. Questo questionario presenta diverse tipologie di item: una prima parte a domande aperte che pone quesiti generici sui lavori svolti in passato e sui desideri per il proprio futuro lavorativo (es.: "*Elenchi i lavori svolti in passato e quello attuale, incluso fare la casalinga, gli eventuali lavori part-time o*

volontariato”, “Elenchi i tipi di lavoro che ha preso in considerazione per il suo futuro”), una sezione costituita da quattro serie di crocette (“Penso a chi sono io”, “Penso alle persone che sono intorno a me”, “Penso alla società e all’ambiente”, “Penso al mio passato, al mio presente e al mio futuro: Avvenimenti casuali”) e infine un’altra serie di domande aperte riferite a ciò che è emerso dalle crocette (es. “Tra le influenze a cui ha dato maggiore rilevanza, quale ritiene sia la più importante?”).

Benessere percepito: **Ryff scale** (Ryff & Keyes, 1995; versione italiana di Ruini e colleghi, 2003). Questo questionario indaga il grado di soddisfazione rispetto la propria vita, il benessere percepito. È costituito da 18 item su una scala Likert a 6 punti (1 = “sono totalmente in disaccordo”, 2 = “sono in disaccordo”, 3 = “sono leggermente in disaccordo”, 4 = “sono leggermente d’accordo”, 5 = “sono d’accordo”, 6 “sono totalmente d’accordo”), (es. “Il più delle volte mi sento orgoglioso di chi sono e della vita che conduco”). Prende in considerazione sei diverse dimensioni legate al benessere: *Autonomy, Environmental Mastery, Personal Growth, Positive Relations With Others, Purpose in Life, Self-Acceptance*.

Career-adaptability: **Career Adapt-Abilities Inventory** (Savickas, Nota, Rossier, Dauwalder, Duarte, Guichard, Van Vianen, 2009; versione italiana sulle 5C a cura del Laboratorio SEEDs, 2023). Il questionario indaga cinque dimensioni della *career-adaptability* (*concern, control, confidence, curiosity, commitment*) mediante 30 item proposti con scala Likert a 5 punti (1 = “posseggo molto poco questa capacità”, 2 = “posseggo poco questa capacità”, 3 = “posseggo abbastanza questa capacità”, 4 = “posseggo molto questa capacità”, 5 = “posseggo moltissimo questa capacità”), (es. “Rendermi conto che le scelte di oggi plasmano il mio futuro”). In letteratura, queste capacità sono descritte come segue (Di Maggio et al., 2021; Savickas, 2009):

- *Concern*/pre-occupazione: capacità di proiettarsi nel futuro prendendo in considerazione ciò che si è e ciò che si vuole diventare
- *Control*/controllo sul futuro: tendenza a considerare il futuro come almeno in parte controllabile
- *Confidence*/fiducia in sé stessi: credere nelle proprie abilità di superare sfide, ostacoli e barriere nel futuro
- *Curiosity*/curiosità di conoscersi: propensione a conoscere il sé (skills, abilità, conoscenze, valori) prendendo anche in considerazione l’ambiente

- *Commitment*/dedizione: avere in mente un progetto di vita più che una carriera specifica, che permette di muoversi anche in situazioni di incertezza

La versione utilizzata nel protocollo è una versione rielaborata rispetto alla scala originariamente elaborata da Savickas. Si è deciso di reintegrare la quinta dimensione, tralasciando però alcuni item previsti originariamente.

3.3 I partecipanti allo studio

I partecipanti allo studio hanno tutti storia di dipendenza da sostanze. Si tratta di persone inserite in programmi di recupero al momento in cui il protocollo gli è stato proposto e residenti nelle strutture di fondazione ARCA Centro Mantovano di Solidarietà ETS (da qui in poi per comodità ci riferiremo alla struttura come ARCA o comunità ARCA) e partecipanti di diversi moduli di recupero della stessa, per un campione totale di 47 partecipanti (nel prossimo paragrafo, ci occuperemo di spiegare nel dettaglio come funziona ARCA).

Per quanto riguarda l'età, sul campione totale di 47 partecipanti l'età media è di 48 anni (d.s.=10.99). La maggioranza (29; 61.70%) ha tra i 40 e i 60 anni, in linea con le statistiche italiane rispetto agli individui che si trovano ad affrontare una grave situazione con storia di dipendenza da sostanze (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento delle Politiche contro la Droga e le altre Dipendenze [PCM-DPDD], 2025). Ci sono poi 11 partecipanti tra i 20 e i 40 anni (23.40%) e 7 di oltre 60 anni (14.89%).

A livello di genere invece si individua una larghissima maggioranza di partecipanti maschi (41; 87.23%), differenza di genere più marcata rispetto alle statistiche italiane sul consumo di sostanze (PCM-DPDD, 2025).

Solo 3 partecipanti (6.38%) dichiara di avere un/una coniuge; i restanti risultano per la maggior parte celibi o nubili (30; 63.83%) o divorziati (14; 29.79%). Ciononostante, 26 partecipanti (55.32%) hanno figli/e, anche se verbalmente alcuni dichiarano di non avere buoni rapporti coi propri figli/e. Questo fa pensare a un discreto numero di vissuti di famiglie non tradizionali, oltre che a possibili condizioni di solitudine soprattutto una volta fuori dalla struttura.

Per quanto riguarda il livello di istruzione, dei 47 partecipanti 2 (4.26%) dichiarano la licenza elementare, 29 (61.70%) il diploma di secondaria di primo grado, 14 (29.79%) il

diploma di secondaria di secondo grado, 1 la laurea triennale e 1 la laurea magistrale (2.13% ciascuno).

Al momento della compilazione 33 utenti (70.21%) sono disoccupati. Solo 4 partecipanti sono in aspettativa (8.51%) e tra chi ha un lavoro troviamo 3 utenti (6.38%) impiegati per un massimo di 25 ore settimanali e 7 (14.89%) impiegati per 26 ore settimanali o più. Tra questi ultimi la maggior parte si trova o nel modulo rientro o, secondariamente, nel modulo a bassa intensità assistenziale. Per quanto riguarda invece il tipo di occupazione più recente (quindi quella attuale o l'ultima prima dell'ingresso in struttura), 26 partecipanti sono/sono stati dipendenti privati in svariati ambiti (55.32%) e c'è una distribuzione più o meno equa dei restanti tra le altre tipologie (6 partecipanti dipendenti pubblici, 6 artigiani, 2 imprenditori, 7 altro).

Di seguito, alcuni grafici che mostrano la distribuzione del campione a livello di tipologia di sostanza consumata (Figura 8), di modulo di terapia frequentato al momento in cui è stato proposto il questionario (Figura 9) e di tempo passato in struttura fino al luglio 2025 (Figura 10).

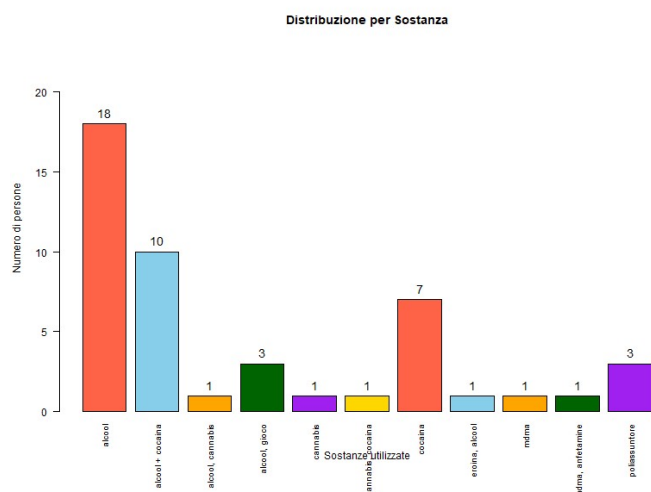


Figura 8. Distribuzione partecipanti secondo la sostanza assunta

I dati sulla tipologia di sostanze assunte dai partecipanti sono stati raccolti con l'aiuto degli operatori della struttura tramite la consultazione dei registri con i dati degli utenti,

per evitare di evocare i costrutti associati alle sostanze in occasione della compilazione del questionario. Bisogna considerare che Comunità ARCA offre un modulo terapeutico specifico per alcolisti, dunque l'alcool è sicuramente la sostanza più presente nella storia della maggior parte dei partecipanti. Troviamo anche una presenza frequente di cocaina, cannabis e gioco (entrambi associati ad altre sostanze). Sono stati identificati come “poliassuntori” i partecipanti che la struttura ha riportato aver assunto più di due sostanze. Non è stata considerata l'assunzione di tabacco, nonostante diversi utenti delle varie strutture abbiano accesso controllato alle sigarette. Ad oggi, le statistiche italiane riportano come sostanze maggiormente diffuse cocaina ed eroina, considerando tuttavia solo le sostanze illegali (PCM–DPDD, 2025).

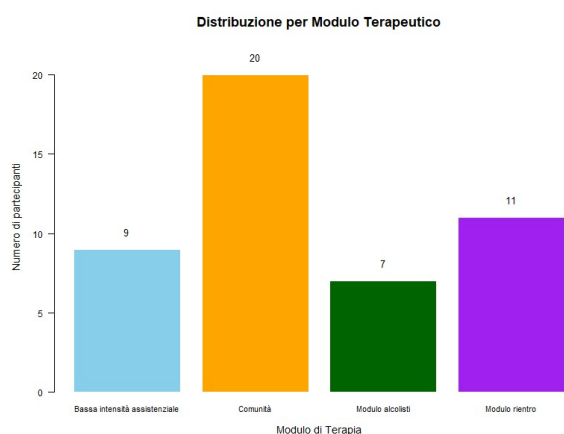


Figura 9. Distribuzione dei partecipanti secondo il modulo di terapia seguito al momento della compilazione

Come accennato precedentemente, ARCA presenta diversi moduli di terapia suddivisi fisicamente in diverse strutture a seconda delle esigenze terapeutiche degli utenti. In particolare per proporre questo protocollo ci siamo appoggiati a quattro diversi moduli: bassa intensità assistenziale (9 partecipanti; 19.15%), comunità (20 partecipanti; 42.55%), alcolisti (7 partecipanti; 14.89%) e modulo rientro (11 partecipanti; 23.40%). Nel prossimo paragrafo spiegheremo più nel dettaglio il funzionamento dei moduli terapeutici di comunità ARCA.

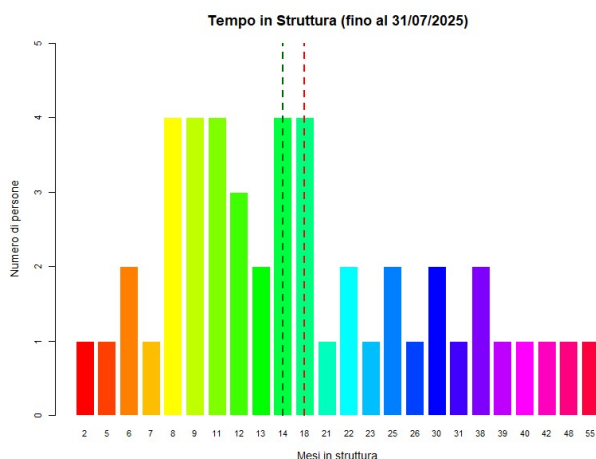


Figura 10. Distribuzione dei partecipanti a seconda del tempo passato in struttura (cambiando anche modulo per proseguire la terapia), media tratteggiata in rosso, mediana tratteggiata in verde

Guardando al tempo trascorso in struttura, possiamo notare che molti dei partecipanti allo studio (30; 63.83%) si trovano nelle strutture di ARCA da almeno 12 mesi. Il tempo è calcolato a partire dall'ingresso in struttura, considerando anche il passaggio tra moduli (es. i partecipanti del rientro sono tutti prima passati per il modulo comunità). Anche tra chi frequenta da più tempo il programma terapeutico di ARCA, non tutti hanno al momento della partecipazione al protocollo la possibilità di pianificare una vita lavorativa nel breve termine. Alcuni, invece, ad esempio nel modulo rientro, già lavorano.

3.4 Procedure nella raccolta ed analisi dei dati

Lo studio è stato condotto in una struttura della provincia di Mantova: comunità ARCA. Comunità ARCA si sviluppa in più edifici diversi e anche grazie a questo ha la possibilità di offrire più moduli di terapia differenti a seconda della tipologia di sostanza, del periodo di tempo trascorso in struttura e dell'esperienza individuale del soggetto. La struttura presenta infatti un modulo accoglienza (dedicato al primo momento di orientamento, in cui si somministrano terapie per la gestione dell'astinenza e si decide a quale modulo appoggiarsi successivamente), un modulo specifico per alcolisti, un modulo terapeutico-riabilitativo-residenziale (denominato semplicemente "comunità" e rivolto anche in parte a utenti in doppia diagnosi), un modulo propedeutico al reinserimento in società (frequentato dopo il modulo alcolisti o dopo la comunità e denominato "rientro") e un

modulo denominato “bassa intensità assistenziale” rivolto a persone che hanno già affrontato percorsi ambulatoriali in passato a causa della loro storia di dipendenza e che hanno mostrato cronicità o difficoltà con la fase di recupero. Gli strumenti sono stati proposti in particolare nel modulo comunità, nel modulo rientro, nel modulo alcolisti e nella bassa intensità assistenziale. Si è deciso di non proporre il questionario agli utenti del modulo accoglienza perché si tratta di percorsi iniziati da pochi mesi e di una fase in cui il pensiero dell’individuo è rivolto più allo stare bene nel presente che alle possibilità di sviluppo future, a livello professionale e non.

Per quanto riguarda le modalità di compilazione del protocollo, abbiamo ritenuto che proporre il protocollo singolarmente ai partecipanti in formato cartaceo fosse la modalità più adeguata. La compilazione del protocollo uno-a-uno mediata dalla lettura di chi ha proposto il questionario ha avuto l’intento di gestire singolarmente i dubbi dovuti agli item e le eventuali incomprensioni, oltre che a evitare il confronto con gli altri partecipanti (rispetto, ad esempio, al tempo di compilazione). Gli strumenti sono stati proposti in più momenti diversi da aprile a fine luglio 2025.

3.5 Analisi

Per effettuare le analisi dei dati raccolti sono stati utilizzati primariamente R e SPSS. Una prima analisi è stata effettuata utilizzando RStudio, per approfondire in particolare i dati demografici forniti dai partecipanti. Ciò ci ha permesso di stabilire quali correlazioni e differenze potessero essere più interessanti da indagare; in questo senso, sono state escluse le analisi su gruppi distinti per genere, dal momento che solo 6 partecipanti allo studio sono donne. Le analisi sono poi proseguite guidate dagli obiettivi. Sono state applicate principalmente analisi non parametriche, in particolare Spearman, Krustal-Wallis e Mann-Whitney.

Nel paragrafo successivo sono riportati i risultati di questi test e le relative interpretazioni.

3.6 Risultati

Di seguito sono riportati i risultati delle analisi, con alcune considerazioni che rimandano agli obiettivi dello studio esplicitati nei paragrafi precedenti.

Pattern di influenze in adulti con storia di dipendenza

Per individuare i pattern di influenze sistemiche sono state calcolate le frequenze di risposta dei partecipanti, suddivise nei vari sistemi considerati (intraindividuale, relazionale, sociale-ambientale, associate alla storia di vita) e nell'insieme. La seguente tabella (Tabella 1) presenta i pattern di significato attribuiti alle influenze sistemiche intraindividuali.

INFLUENZE Sistema intraindividuale	No influenze	Totale influenze negative	Totale influenze positive
Salute	48.94%	29.79%	21.28%
Personalità	12.77%	27.66%	59.57%
Strategie	23.40%	27.66%	48.94%
Interessi	27.66%	6.38%	65.96%
Genere	55.32%	8.51%	36.17%
Disabilità	74.47%	12.77%	12.77%
Età	55.32%	12.77%	31.91%
Capacità	21.28%	12.77%	65.96%
Credenze	65.96%	4.26%	29.79%
Valori	27.66%	10.64%	61.70%
Cultura	61.70%	4.26%	34.04%

Tabella 1. Le influenze sistemiche intraindividuali: frequenze e significati attribuiti dai partecipanti (in grassetto i risultati più significativi)

Le influenze sistemiche intraindividuali sono quelle a cui più frequentemente i partecipanti hanno attribuito un'influenza positiva o negativa (la frequenza totale di

risposte “*non mi hanno influenzato*” per le influenze intraindividuali è la più bassa riscontrata in tutto il protocollo, come si può vedere chiaramente in Tabella 5). Le influenze intraindividuali più frequentemente ritenute positive sono la personalità (59.57%), i propri interessi (65.96%), le proprie capacità (65.96%) e i propri valori (61.70%). Interessante notare come tra chi ha attribuito un’influenza alla salute nelle proprie scelte lavorative, la maggior parte l’ha considerata un’influenza negativa (29.79%, contro 21.28% che l’ha considerata invece un fattore di influenza positiva). Anche la personalità (27.66%) e le proprie strategie di *problem-solving* (27.66%) vengono frequentemente ritenute influenze negative sul proprio percorso lavorativo. La seguente tabella (Tabella 2) prende invece in esame le frequenze di risposta associate alle influenze relazionali.

INFLUENZE Sistema Relazionale	No influenze	Totale influenze negative	Totale influenze positive
Famiglia	59.57%	10.64%	29.79%
Giornali	78.72%	4.26%	17.02%
Capo	42.55%	10.64%	46.81%
Capogruppo	38.30%	8.51%	53.19%
Amici	57.45%	17.02%	25.53%
Figli	74.47%	0%	25.53%

Tabella 2. Le influenze sistemiche relazionali: frequenze e significati attribuiti dai partecipanti (in grassetto i risultati più significativi)

La maggior parte dei rispondenti ha considerato positiva l’influenza dei loro capi (46.81%) e dei loro capigruppo (53.19%) nella loro vita lavorativa passata. L’influenza dei figli, quando è stata considerata importante, è sempre stata dichiarata come positiva sulle proprie scelte. Non tutti i rispondenti con figli (55.32%), però, hanno attribuito loro un’influenza nelle proprie scelte di vita lavorativa (le risposte che attribuiscono un’influenza ai figli, per quanto tutte positive, sono solo il 25.53% del totale). Inoltre, per quanto nel complesso quando presente sia ritenuta più frequentemente positiva, l’influenza degli amici è l’influenza relazionale dichiarata negativa con maggior frequenza (17.02%). Nell’ambito lavorativo le influenze relazionali più importanti sono

quindi quelle associate ai capi. È però opportuno sottolineare come in questo sistema le influenze si distribuiscano maggiormente in modo omogeneo sui tre gradi di valenza considerati, rispetto a quelle del sistema intraindividuale.

Di seguito si prendono in considerazione le frequenze di risposta legate alle influenze sistemiche sociali-ambientali (Tabella 3).

INFLUENZE Sistema sociale- ambientale	No influenze	Totale influenze negative	Totale influenze positive
Zona in cui vivo	42.55%	17.02%	40.43%
Scelte di vita	53.19%	34.04%	12.77%
Possibilità lavorative	34.04%	12.77%	53.19%
Riqualificazione professionale	51.06%	8.51%	40.43%
Possibilità di lavorare oltreoceano	80.85%	8.51%	10.64%
Sede dell'università	89.36%	4.26%	6.38%
Scuola dei figli	91.49%	2.13%	6.38%

Tabella 3. Le influenze sistemiche sociali-ambientali: frequenze e significati attribuiti dai partecipanti (in grassetto i risultati più significativi)

Le influenze sociali-ambientali più frequentemente ritenute positive sono la zona di residenza (40.43%), la presenza di possibilità lavorative nella zona di residenza (53.19%) e la possibilità colta di riqualificazione professionale (40.43%). I partecipanti che dichiarano un'influenza legata alle proprie scelte di vita la ritengono invece principalmente negativa (34.04%); quest'ultimo aspetto potrebbe essere legato alla storia di dipendenza dei partecipanti. Alcuni partecipanti in questo sistema hanno proposto temi aggiuntivi, fra i quali sono presenti i colleghi di lavoro. Si tratta del tema aggiuntivo che più spesso è emerso nel corso del test anche negli item a domanda aperta.

La seguente tabella (Tabella 4) considera invece le influenze sistemiche associate alla storia di vita e agli eventi legati al caso.

INFLUENZE Associate alla storia di vita	No influenze	Totale influenze negative	Totale influenze positive
Non voglio spostarmi dal posto in cui vivo	46.81%	23.40%	29.79%
Non voglio lavorare oltreoceano	78.72%	10.64%	10.64%
Voglio lavorare oltreoceano	78.72%	4.26%	17.02%
Stile di vita	42.55%	10.64%	46.81%
Conciliare famiglia e lavoro	40.43%	6.38%	53.19%
Una persona che...	38.30%	14.89%	46.81%

Tabella 4. Le influenze sistemiche associate alla storia di vita: frequenze e significati attribuiti dai partecipanti (in grassetto i risultati più significativi)

Anche nel caso delle influenze sistemiche associate alla storia di vita, si può notare che quando i partecipanti riferiscono di aver subito l'influenza di qualche elemento, si tratta primariamente di influenze positive. Vengono citate come importanti influenze positive per molti partecipanti lo stile di vita da loro previsto (46.81%), il desiderio di conciliare famiglia e lavoro (53.19%) e l'influenza di una persona particolarmente importante nella loro vita in modo inaspettato (46.81%). Tuttavia, lo stile di vita e una persona che per caso è stata molto importante sono anche tra le influenze di questo sistema valutate come negative con più alta frequenza (rispettivamente 10.64% e 14.89%). Interessante anche notare l'alta percentuale di rispondenti che attribuiscono al desiderio di non spostarsi dal luogo in cui vivono un'influenza negativa sulla loro vita lavorativa (23.40%), nonostante ci sia una frequenza più alta di risposte che valutano questo aspetto come positivo (29.79%). Sembrerebbe dunque, più che altro, che in questo sistema le influenze salienti per i partecipanti, positive o negative che siano, possano essere individuate negli elementi nominati in questo paragrafo mentre gli altri potrebbero essere considerati trascurabili per la storia della maggior parte dei partecipanti allo studio.

Di seguito, si prendono in considerazione le frequenze totali dei vari sistemi presi in esame (Tabella 5).

INFLUENZE sistema	No influenze	Totale influenze negative	Totale influenze positive
Intraindividuale	42.16%	14.37%	42.34%
Relazionale	56.90%	8.97%	32.76%
Sociale-ambientale	63.22%	12.46%	24.32%
Associate alla storia di vita	54.26%	11.70%	34.04%
Tot	52.38%	12.31%	34.62%

Tabella 5. Sistema di influenze

Osservando le frequenze di risposta complessive dei diversi sistemi di influenza, si può notare che le influenze intraindividuali hanno una frequenza maggiore di risposte positive rispetto alle altre; si tratta anche dell'unica tipologie di influenze sistemiche in cui la frequenza di risposte "*non mi hanno influenzato*" non è la più alta. Inoltre, i diversi sistemi di influenza presentano totali di frequenza simili per quanto riguarda le influenze negative sul loro percorso lavorativo. Mantenendo il focus sulle influenze negative, per tutte le diverse fonti di influenze sistemiche il punteggio è basso. Ciò suggerisce una tendenza dei partecipanti a dare raramente un peso negativo agli aspetti sistemici.

Ci si occupa ora di individuare i pattern di influenze sistemiche che emergono.

INFLUENZE Sistema intraindividuale	Media	Deviazione standard
Salute	2.29	1.08
Personalità	2.76	0.80
Strategie	2.72	0.91
Interessi	3.29	0.72
Genere	3.09	0.83
Disabilità	2.25	1.05
Età	2.90	1.13
Capacità	3.08	0.86
Credenze	2.88	0.62
Valori	3.12	0.73
Cultura	2.94	0.80
Tot	18.08	7.46

INFLUENZE Sistema sociale ambientale	Media	Deviazione standard
Zona in cui vivo	2.70	0.82
Scelte di vita	2.14	0.77
Possibilità lavorative	3.06	0.93
Riqualificazione professionale	3.04	0.97
Possibilità di lavorare oltreoceano	2.78	1.30
Sede dell'università	2.8	1.64
Scuola dei figli	2.5	1.00
Tot	8.35	4.43

Tabella 6a, 6b. Punteggi medi di influenza intraindividuale(a) e sociale-ambientale (b)

L'analisi si focalizza sulle risposte che hanno connotazione positiva o negativa; abbiamo dunque escluso le risposte che riferiscono assenza di influenza. Le medie delle risposte agli elementi sistemici intraindividuali e sociali-ambientali tendono tutte a superare il 2, a significare una maggior frequenza di influenze positive. Le deviazioni standard indicano però una variabilità elevata sia per il sistema intraindividuale ($cv=0.41$) sia per il sistema sociale-ambientale ($cv=0.71$). Per quanto riguarda le influenze intraindividuali, è attribuita un'influenza maggiormente positiva a interessi personali ($m=3.29$, $d.s.=0.72$), genere ($m=3.09$, $d.s.=0.83$), capacità individuali ($m=3.08$, $d.s.=0.86$), valori personali ($m=3.12$, $d.s.=0.73$). Per le influenze sistemiche sociali-ambientali le influenze ritenute più frequentemente positive sono le possibilità lavorative presenti nella zona di residenza ($m=3.06$, $d.s.=0.93$) e la possibilità di riqualificazione professionale ($m=3.04$, $d.s.=0.97$).

INFLUENZE Sistema relazionale	Media	Deviazione standard
Famiglia	2.68	0.75
Giornali	3.00	0.94
Capo	3.04	0.85
Capogruppo	3.03	0.68
Amici	2.40	1.05
Figli	3.58	0.51
Tot	7.77	3.89

INFLUENZE Associate alla storia di vita	Media	Deviazione standard
Non voglio spostarmi	2.60	0.91
Non voglio lavorare oltreoceano	2.60	0.97
Voglio lavorare oltreoceano	2.90	0.88
Stile di vita	2.96	0.81
Conciliare famiglia e lavoro	3.32	0.77
Una persona che...	3.00	1.04
Tot	9.12	4.77

Tabella 7a, 7b. Punteggi medi di influenza relazionale (a) e associate alla storia di vita (b)

Anche per queste variabili i punteggi medi suggeriscono una maggiore frequenza di risposte che le considerano influenze positive, associate però ad un'alta variabilità sia per il sistema relazionale ($cv=0.58$) sia per il sistema di influenze associate alla storia di vita ($cv=0.68$).

Risultano maggiormente positive a livello relazionale le influenze associate ai figli ($m=3.58$, $d.s.=0.51$), ai capi ($m=3.04$, $d.s.=0.85$), ai capigruppo ($m=3.03$, $d.s.=0.68$) e ai giornali ($m=3.00$, $d.s.=0.94$).

Tra le influenze associate alla storia di vita invece l'influenza maggiormente positiva è attribuita al desiderio di conciliare famiglia e lavoro ($m=3.32$, $d.s.=0.77$) e a una persona importante nella vita dei partecipanti che ha esercitato un'influenza inaspettata ($m=3.00$, $d.s.=1.04$).

Eseguendo dei test di Friedman ($df=1$ in ogni test), sono state analizzate le differenze nella positività attribuita alle influenze di tutti i diversi sistemi. Da questi test risulta che il grado di positività attribuito alle influenze intraindividuali differisce significativamente da quelle relazionali ($\chi^2(1)=38.35$, $p<0.001$), da quelle sociali-ambientali ($\chi^2(1)=41.09$,

$p < 0.001$) e da quelle associate alla storia di vita ($\chi^2(1) = 39.34$, $p < 0.001$). Non sono emerse invece differenze significative tra le influenze relazionali, sociali-ambientali e quelle associate alla storia di vita ($p > 0.05$).

Dunque, l'analisi suggerisce che non ci sono differenze nel valore assegnato alle influenze in generale, a quelle negative in particolare, se non che per le influenze intraindividuali che risultano più frequentemente positive.

Pattern di risorse di adaptability in adulti con storia di dipendenza

Career Adaptabilities	Concern	Control	Confidence	Curiosity	Commitment	Totale
Media	22.23	21.15	23.32	24.68	16.30	107.68
Deviazione Standard	5.01	4.80	3.50	4.22	3.87	14.48
Mediana	23	21	23	25	16	107

Tabella 8. Le risorse di *adaptability* (media, deviazione standard, mediana)

I dati raccolti per quanto concerne le *career-adaptabilities* (Tabella 8) mostrano tutti una variabilità moderata (cv tra 0.15 e 0.24). Verificando quanti partecipanti si trovano a 1.5 deviazioni standard sotto la media (*cut-off* clinico), identifichiamo:

- 2 partecipanti (4.26%) per la dimensione *concern*/pre-occupazione (capacità di proiettarsi nel futuro prendendo in considerazione ciò che si è e ciò che si vuole diventare),
- 3 partecipanti (6.38%) per la dimensione *control*/controllo sul futuro (tendenza a considerare il futuro come almeno in parte controllabile),
- 5 partecipanti (10.64%) per la dimensione *confidence*/fiducia in sé stessi (credere nelle proprie abilità di superare sfide, ostacoli e barriere nel futuro),
- 3 partecipanti (6.38%) per la dimensione *curiosity*/curiosità di conoscersi (propensione a conoscere il sé prendendo anche in considerazione l'ambiente),
- 4 partecipanti (8.51%) per la dimensione *commitment*/dedizione (avere in mente un progetto di vita più che una carriera specifica, che permette di muoversi anche in situazioni di incertezza)

- 3 partecipanti (6.38%) per le *career-adaptabilities* prese in considerazione nell'insieme.

Sono presenti dunque diversi *outlier*, che non sembrano però pesare eccessivamente sul calcolo delle medie che restano molto vicine ai valori mediani. Soprattutto, tutti questi partecipanti presentano punteggi molto diversi da quelli che sono i pattern tipici e, per la numerosità del campione, rappresentano delle percentuali significative di partecipanti. In particolare, questi partecipanti potrebbero essere maggiormente a rischio di disagio e di beneficiare meno del percorso terapeutico.

Relazioni tra pattern di influenze e risorse psicologiche di adaptability e la tappa del percorso terapeutico

Con l'obiettivo di studiare l'eventuale influenza della durata del percorso terapeutico sulle influenze sistemiche riportate dagli individui e sulle loro risorse di *career-adaptability*, è stata applicata una divisione in gruppi in base alla durata del percorso dall'ultimo ingresso in struttura. A questa scelta è dovuta la differenza anche numerica rispetto al raggruppamento preso in considerazione nel paragrafo 3.3 (Figura 10). Questa scelta ha l'intento di basare le analisi sulla continuità effettiva del percorso, eliminando la possibilità di considerare percorsi frammentati come più lunghi e continuativi del vero. Di seguito, le prime analisi sulle influenze sistemiche rispetto al percorso (Tabella 9).

Influenze Sistemiche	Intraindividuale Media (d.s.)	Relazionale Media (d.s.)	Sociale- ambientale Media (d.s.)	Associate alla storia di vita Media (d.s.)
Entro 1 anno (N=24)	18.04 (6.42)	7.58 (4.49)	7.46 (5.18)	8.92 (5.40)
Entro 2 anni (N=18)	18.72 (7.58)	7.72 (3.79)	7.83 (5.02)	8.22 (5.26)
Oltre 2 anni (N=5)	16.00 (12.39)	4.20 (3.90)	2.80 (2.77)	2.40 (2.51)

Tabella 9. Le influenze sistemiche e il percorso terapeutico: punteggio medio e deviazioni standard (in grassetto i risultati più significativi)

Per quanto riguarda le influenze sistemiche, si può vedere che la media associata alle influenze intraindividuali è simile a prescindere dalla durata del percorso terapeutico dei partecipanti. Lo stesso tuttavia non può dirsi per le altre tipologie di influenze sistemiche, che riportano invece una media di risposte molto più bassa nei partecipanti con un percorso terapeutico di durata superiore ai 2 anni, soprattutto per quanto riguarda le influenze associate alla storia di vita. Dal test non parametrico di Kruskal-Wallis emerge che le influenze associate alla storia di vita presentano gruppi che differiscono in modo significativo ($\chi^2(2)=6.58$, $p<0.05$). I confronti post-hoc (test di Wilcoxon con correzione Bonferroni) indicano differenze significative tra rispondenti in terapia da massimo 1 anno e rispondenti in terapia da più di 2 anni ($p<0.05$). Ovvero, le influenze associate alla storia di vita sono considerate molto più salienti positivamente entro il primo anno di percorso terapeutico, rispetto a dopo più di 2 anni di terapia.

Si considerano ora le risorse psicologiche di *adaptability* riportate dai partecipanti in base al gruppo di appartenenza secondo la durata del percorso terapeutico (Tabella 10).

<i>Career Adaptabilities</i>	<i>Concern</i> Media, (d.s.)	<i>Control</i> Media, (d.s.)	<i>Confidence</i> Media, (d.s.)	<i>Curiosity</i> Media, (d.s.)	<i>Commitment</i> Media, (d.s.)
Entro 1 anno (N=24)	22.08 (5.20)	21.17 (5.05)	23.04 (3.79)	23.75 (4.42)	15.75 (3.65)
Entro 2 anni (N=18)	21.78 (5.37)	21.56 (4.73)	23.61 (3.40)	24.56 (4.12)	16.00 (3.91)
Oltre 2 anni (N=5)	24.60 (1.52)	19.60 (4.39)	23.60 (2.88)	24.80 (4.55)	20.00 (3.32)

Tabella 10. Le risorse di *adaptability* e il percorso terapeutico: punteggio medio e deviazioni standard

Un'analisi condotta utilizzando un test di Kruskal-Wallis conferma l'assenza di differenze significative tra i gruppi legati alla durata del percorso terapeutico ($p>0.05$). È stata poi utilizzata un'altra statistica non parametrica, che dunque non richiede presupposti di normalità sulla distribuzione dei dati, ossia la correlazione di Spearman,

per analizzare eventuali specificità. Non emergono correlazioni forti o significative né tra la durata del percorso terapeutico e le influenze sistemiche, né tra la durata del percorso terapeutico e le risorse di *adaptability* ($p>0.05$).

Relazioni tra i pattern di influenze e risorse psicologiche considerate componenti dell'adaptability e il loro impatto sul benessere percepito

Infine, si è deciso di indagare le relazioni tra i pattern di influenze e le risorse psicologiche di *adaptability* e il benessere percepito.

	Concern	Control	Confidence	Curiosity	Commitment	Totale
Intraindividuali	0.22 $p=0.13$	0.23 $p=0.13$	0.08 $p=0.61$	0.23 $p=0.12$	0.24 $p=0.11$	0.26 $p=0.08$
Relazionali	-0.39 $p<0.01$	-0.06 $p=0.66$	0.06 $p=0.71$	-0.15 $p=0.33$	0.12 $p=0.43$	-0.18 $p=0.22$
Sociali-ambientali	0.04 $p=0.77$	0.01 $p=0.93$	0.23 $p=0.11$	0.26 $p=0.08$	-0.14 $p=0.36$	0.12 $p=0.40$
Associate alla storia di vita	-0.11 $p=0.48$	0.21 $p=0.15$	0.11 $p=0.46$	0.14 $p=0.36$	-0.07 $p=0.96$	0.10 $p=0.50$

Tabella 11. Correlazione Spearman tra influenze sistemiche e *career-adaptabilities* (in grassetto i risultati più significativi)

Come emerge dalla precedente tabella (Tabella 11), l'unica correlazione significativa che emerge è tra le influenze sistemiche relazionali e la dimensione *concern*/pre-occupazione, intesa come capacità di proiettarsi nel futuro prendendo in considerazione ciò che si è e ciò che si vuole diventare. Sembra che al diminuire del grado di influenza positiva delle influenze relazionali sulle proprie scelte lavorative aumenti la capacità dell'individuo di proiettarsi nel futuro considerando i vari aspetti di sé. Da ciò possiamo ipotizzare che gli individui che presentano minori capacità della dimensione *concern* tendono a subire maggiormente l'influenza delle persone che li circondano.

Analizzando la correlazione tra i diversi tipi di influenze sistemiche e la Ryff Scale, che misura il benessere percepito, non sono state individuate correlazioni significative ($p>0.05$).

Vengono ora prese in considerazione le correlazioni tra le risorse psicologiche di *adaptability* e il benessere percepito (Tabella 12).

C-A	<i>Concern</i>	<i>Control</i>	<i>Confidence</i>	<i>Curiosity</i>	<i>Commitment</i>	Totale
Benessere	0.54 p<0.01	0.24 p=0.11	0.33 p=0.03	0.43 p<0.01	0.05 p=0.73	0.48 p<0.01

Tabella 112. Correlazione Spearman tra *career-adaptability* (in totale e suddivisa nelle sue 5 componenti) e il punteggio totale alla scala Ryff sul benessere percepito (in grassetto i risultati più significativi)

Si può notare invece una correlazione positiva moderata tra il punteggio totale di *career-adaptability* e il benessere percepito ($r=0.48$, $p<0.01$). Guardando alle singole componenti, si evidenzia:

- una correlazione debole tra *confidence*/fiducia in sé stessi (credere nelle proprie abilità di superare sfide, ostacoli e barriere nel futuro) e benessere percepito ($r=0.33$; $p<0.05$),
- una correlazione moderata tra *concern*/pre-occupazione (capacità di proiettarsi nel futuro prendendo in considerazione ciò che si è e ciò che si vuole diventare) e benessere percepito ($r=0.54$, $p<0.01$),
- una correlazione moderata tra *curiosity*/curiosità di conoscersi (propensione a conoscere il sé prendendo anche in considerazione l'ambiente) e benessere percepito ($r=0.43$, $p<0.01$).

Questo suggerisce che una maggior presenza (o auto-percezione di presenza) di risorse psicologiche di *career-adaptability*, in particolare di *confidence*, *concern* e *curiosity*, sia legata a un punteggio maggiore di benessere percepito.

Allo scopo di indagare ulteriormente questa relazione, una successiva analisi (Tabella 13) si è focalizzata sul livello di benessere percepito, dividendo i partecipanti in gruppi in base al punteggio minore oppure maggiore o uguale la mediana ($=75$).

Scala benessere	Intraindividuali Media, (d.s.)	Personali Media, (d.s.)	Sociali- ambientali Media, (d.s.)	Associate alla storia di vita Media, (d.s.)
Sotto la mediana (N=19)	16.68 (7.28)	8.00 (4.06)	7.53 (4.78)	6.84 (4.27)
Sopra la mediana (N=22)	17.41 (7.44)	5.91 (4.37)	7.09 (5.10)	8.05 (5.84)
Totale (N=41)	17.07 (7.28)	6.88 (4.31)	7.29 (4.90)	7.49 (5.15)

Tabella 123. Influenze sistemiche per gruppi di punteggio di benessere percepito

Per quanto riguarda le influenze sistemiche, dal test di Mann-Whitney non emergono risultati significativi (sempre $p > 0.05$), dunque i partecipanti non si differenziano in base al loro benessere percepito nelle risposte che danno sulle influenze sistemiche.

Benessere	<i>Concern</i> Media, (d.s.)	<i>Control</i> Media, (d.s.)	<i>Confidence</i> Media, (d.s.)	<i>Curiosity</i> Media, (d.s.)	<i>Commitment</i> Media, (d.s.)	Totale Media, (d.s.)
Sotto la mediana (N=19)	19.84 (5.45)	19.53 (3.70)	22.26 (3.36)	23.05 (4.24)	16.42 (3.53)	101.11 (13.94)
Sopra la mediana (N=22)	24.59 (3.13)	21.59 (5.55)	24.64 (2.74)	26.64 (3.03)	15.59 (4.10)	113.05 (12.48)
Totale (N=41)	22.39 (4.92)	20.63 (4.84)	23.54 (3.23)	24.98 (4.02)	15.98 (3.82)	107.51 (14.34)

Tabella 134. Risorse di adaptability per gruppi di punteggio di benessere percepito (in grassetto i risultati più significativi)

I partecipanti suddivisi per livello di benessere percepito invece si differenziano per le *career-adaptabilities* (Tabella 14). Per le componenti di *concern* ($m=24.59$, $ds=3.13$), *confidence* ($m=24.64$, $ds=2.74$) e *curiosity* ($m=26.64$, $ds=3.03$), oltre che per i punteggi totali (113.05, $ds=12.48$), i partecipanti che si collocano sopra la mediana per le risposte

date alla scala Ryff hanno un punteggio medio più alto. Il test di Mann-Whitney conferma la significatività di queste differenze, in particolare:

- per la dimensione *concern*/pre-occupazione (capacità di proiettarsi nel futuro prendendo in considerazione ciò che si è e ciò che si vuole diventare): $W=91$, $p<0.01$, $r=0.48$. L'effetto risulta dunque di grande ampiezza: i partecipanti con benessere percepito più alto avrebbero anche una maggiore capacità di proiettarsi nel futuro.
- per la dimensione *confidence*/fiducia in sé stessi (credere nelle proprie abilità di superare sfide, ostacoli e barriere nel futuro): $W=123.5$, $p<0.05$, $r=0.35$. Risulta quindi un effetto medio per cui un maggiore benessere percepito corrisponderebbe a una maggiore tendenza a credere nelle proprie capacità.
- per la dimensione *curiosity*/curiosità di conoscersi (propensione a conoscere il sé prendendo anche in considerazione l'ambiente): $W=101.5$, $p<0.01$, $r=0.44$. Anche in questo caso l'effetto è moderato e riflette una differenza apprezzabile nella propensione a conoscere meglio sé stessi tra partecipanti con alto benessere percepito e con basso benessere percepito.
- per le risorse di *adaptability* nell'insieme: $\chi^2(1)=7.40$, $p<0.01$, $r=0.43$. Si identifica dunque una differenza apprezzabile in generale nelle risorse di *adaptability* attribuite a sé stessi da parte dei partecipanti a seconda del punteggio di benessere percepito al di sopra o al di sotto della mediana.

Capitolo 4

Il contenuto dello studio

4.1 Pattern di influenze e risorse di *adaptability* in adulti con storia di dipendenza

Il protocollo presentato prende in considerazione diverse influenze sistemiche, suddividendole in intraindividuali, relazionali, sociali-ambientali e associate alla storia di vita. Parte del primo obiettivo dello studio consiste nell'individuazione di pattern di influenze sistemiche nelle risposte ai protocolli proposti.

Per quanto riguarda i pattern di influenze sistemiche in questo studio, sembrerebbe che le influenze intraindividuali siano più frequentemente valutate come importanti nello sviluppo professionale e, soprattutto, come influenti rispetto alle altre. È interessante sottolineare come alcuni tra gli aspetti citati come maggiormente influenti in senso negativo siano la personalità e la salute, entrambi aspetti della vita che sono altamente influenzati dall'uso di sostanze. Sono ritenuti molto spesso positivi invece i propri interessi, i propri valori e le proprie capacità.

Le influenze relazionali risultano le più variabili (si riscontra una frequenza simile tra le varie valenze). Si evidenzia un'influenza positiva prevalentemente attribuita ai figli e ai propri superiori sul posto del lavoro. Gli amici sono invece l'influenza di questo tipo più spesso ritenuta negativa. Da qui emerge un quadro diverso rispetto a quello riportato in letteratura, in cui le influenze dei datori di lavoro sono frequentemente riportate come negative; in generale, il luogo di lavoro viene riportato come uno dei contesti in cui più spesso si può venire a contatto con le sostanze (Maynes & Grant, 2024).

Tra le influenze sociali-ambientali i partecipanti sottolineano principalmente l'influenza positiva del territorio e delle opportunità lavorative da esso offerte.

Per quanto riguarda le influenze associate alla storia di vita, tre tra le quattro influenze ritenute maggiormente positive (una persona importante, non volersi spostare dal luogo in cui si vive, stile di vita previsto) sono state anche considerate le maggiormente negative. Ciò potrebbe semplicemente significare che le altre influenze prese in considerazione per questo sistema non risultano influenti per questo particolare gruppo di partecipanti coinvolto nello studio. Si tratta dell'influenza della volontà o della non

volontà di lavorare oltreoceano: forse un aspetto che la maggior parte dei partecipanti non ha mai preso davvero in considerazione.

Altro aspetto del primo obiettivo dello studio è legato all'individuazione di pattern di risorse psicologiche di *career-adaptability*. In questo studio più che dei veri e propri pattern di risorse si è identificata la presenza di partecipanti con punteggi molto inferiori della media (più di 1.5 d.s.), identificando individui che hanno minore probabilità di beneficiare del percorso terapeutico, in particolare dell'avvicinamento a una professione.

4.2 Relazioni tra sistemi di influenze, risorse di *adaptability* e la tappa del percorso terapeutico all'interno della quale sono stati incontrati i partecipanti allo studio

I partecipanti sono stati raggruppati a seconda della durata continuativa del percorso all'interno di ARCA per individuare specificità nella percezione del ruolo delle influenze sistemiche sulle proprie scelte lavorative e le risorse di *career-adaptability* possedute.

Tenere conto dello sviluppo del percorso terapeutico è fondamentale, perché permette di individuare i momenti di maggiore sensibilità al cambiamento e di maggiore importanza di determinate influenze, variabili e capacità.

È stata individuata una percezione differente delle influenze sistemiche associate al percorso di vita a seconda della tappa di percorso; ci sarebbe in particolare una differenza significativa tra i partecipanti che hanno risposto al questionario entro 1 anno dall'inizio del percorso e quelli che hanno risposto a più di 2 anni dall'inizio. Sembra quindi che in una prima fase del percorso emerga una maggiore propensione a riconoscere un peso nelle proprie scelte alle influenze legate al percorso di vita. Ciò suggerisce che il primo anno di percorso terapeutico potrebbe essere il momento in cui le influenze sistemiche ricevono maggiore attenzione, quelle associate al percorso di vita in particolar modo. Dunque focalizzare l'attenzione su questi aspetti in questa fase del percorso terapeutico, farne oggetto esplicito di attenzione nelle attività proposte, potrebbe risultare particolarmente significativo nell'attivare riflessività e consapevolezza.

Per quanto riguarda le risorse psicologiche di *career-adaptability* invece non emergono relazioni specifiche con la durata del percorso dei partecipanti. Questo risultato potrebbe essere legato al diverso orientamento temporale tra influenze e risorse di *adaptability*:

mentre le prime si focalizzano maggiormente su passato e presente, le risorse di *adaptability* hanno un focus sul futuro.

La percezione delle proprie capacità di agire sulla costruzione del proprio futuro non dipende strettamente dalla durata del percorso terapeutico, che spesso non prende in considerazione la progettazione di vita futura.

4.3 Relazioni tra i pattern di influenze e risorse di *adaptability* e il loro impatto sul benessere percepito

Uno degli obiettivi dello studio è di identificare eventuali relazioni tra le influenze sistemiche e le risorse di *career-adaptability*, oltre che tra influenze e risorse di *adaptability* di per sé.

In letteratura è molto raro trovare studi e percorsi che approfondiscano entrambi gli aspetti. Mentre l'analisi dei pattern di influenza è guidata da una prospettiva temporale orientata al passato e al presente (come hanno influenzato o come influenzano tutt'ora l'individuo nelle sue scelte professionali), le risorse psicologiche di *adaptability* sono orientate al futuro. L'integrazione di entrambe nello stesso studio porta a considerare in modo più completo lo sviluppo professionale della persona e a considerare implicazioni nel percorso terapeutico che si associano primariamente alle risorse di *adaptability*. Includere nel protocollo le risorse di *adaptability* permette in sintesi di considerare l'orientamento professionale anche in ottica di futuro.

Prendendo in considerazione la relazione tra influenze sistemiche e risorse di *adaptability*, da queste analisi emerge una relazione tra la dimensione *concern*/preoccupazione (capacità dell'individuo di proiettarsi nel futuro considerando i vari aspetti di sé) e le influenze sistemiche relazionali: gli individui che presentano minori capacità della dimensione *concern* tendono a subire maggiormente l'influenza delle persone che li circondano. Di fatto, dunque, chi dà maggiore importanza all'influenza del sistema relazionale si ritiene meno abile di proiettarsi nel futuro mantenendo una considerazione coerente dei vari aspetti di sé.

Lo studio considera il benessere psicologico percepito basato sull'approccio sottostante alla scala Ryff. Nei partecipanti non si identifica alcuna relazione tra quest'ultima e le influenze sistemiche, suggerendo dunque che i significati attribuiti alle influenze

sistemiche nella storia lavorativa presente e passata non sembrano un effetto sul benessere percepito dagli individui inseriti in un percorso terapeutico (e viceversa).

Mentre le influenze sistemiche non mostrano una relazione con il benessere percepito, le risorse di *career-adaptability* invece sì. In particolare *concern*/pre-occupazione (capacità dell'individuo di proiettarsi nel futuro considerando i vari aspetti di sé), *curiosity*/curiosità di conoscersi (curiosità di esplorare nuove possibilità) e *confidence*/fiducia in sé stessi (fiducia che la persona possa mettere in atto scelte che ne migliorino la vita). All'aumentare di queste risorse aumenta anche il benessere percepito. La fiducia nelle proprie capacità, tra cui quella di muoversi positivamente in un futuro sconosciuto, insieme alla curiosità, sembrano assumere un ruolo positivo sulla propria percezione di benessere.

4.4 Implicazioni per la pratica professionale

Le analisi suggeriscono le potenzialità di uno studio effettuato su questo protocollo proposto in più momenti diversi del percorso terapeutico.

I pattern di influenza infatti si modificano a seconda della durata del percorso, dunque ripetere il questionario in momenti diversi renderebbe più chiaro come la percezione dell'effetto cambia per i singoli. Inoltre, le risorse psicologiche di *adaptability* hanno una relazione positiva con il benessere percepito. Proporre quindi dei momenti psico-educativi con l'obiettivo di rafforzare queste capacità (e la percezione di esse) potrebbe favorire il benessere degli individui e il progresso positivo del percorso terapeutico.

Questo studio ha preso in considerazione anche la relazione tra le influenze sistemiche relazionali e la componente *concern*/pre-occupazione (capacità dell'individuo di proiettarsi nel futuro considerando i vari aspetti di sé) delle risorse di *adaptability*. I risultati suggeriscono che gli individui che spesso parlano delle influenze, positive o negative, delle persone che hanno caratterizzato la loro storia vita, potrebbero sentirsi meno vincolate alle opinioni di queste persone con un più elevato livello della loro abilità *concern* di pre-occupazione del proprio futuro. Anche in questo senso, interventi psico-educativi di supporto potrebbero favorire i partecipanti a questi percorsi terapeutici.

4.5 Sviluppi futuri

Per considerare i possibili sviluppi futuri, è necessario partire prendendo in considerazione i limiti di questo studio. I limiti che possono aver influenzato le indagini sono stati quelli legati ai partecipanti. Seppur il gruppo di partecipanti sia numeroso considerando la popolazione specifica delle persone con storia di dipendenza, esso presenta una limitata variabilità di genere che ha impedito di prendere in considerazione le differenze di genere nelle risposte. Inoltre, aver proposto lo studio in una sola struttura ha portato nelle analisi solo il modello teorico abbracciato da comunità ARCA.

Come prospettiva futura dunque prima di tutto si potrebbe mantenere un approfondimento simile (che includa dunque tutti e tre gli strumenti proposti, dal momento che tutti hanno portato contributi nuovi) ricercando però un campione più numeroso e, soprattutto, con una maggiore variabilità di genere. La proposta dello studio potrebbe essere estesa a più diverse strutture che abbraccino diversi modelli teorici. Questo permetterebbe di approfondire le differenze legate al genere e al modello teorico associato alla terapia, entrambi aspetti di cui questo studio non si è occupato. Inoltre si potrebbe proporre uno studio longitudinale con somministrazioni ripetute anche a cadenza trimestrale o semestrale. Questo permetterebbe sia di indagare come cambia la valutazione della valenza delle influenze sistemiche per i singoli individui, sia come cambia nel tempo in gruppi più numerosi e in intervalli di tempo più limitati; quando si attivano i cambiamenti nella percezione dell'importanza delle influenze e la natura di questi cambiamenti (se siano ad esempio lineari o esponenziali).

Un altro approfondimento degno di considerazione è quello del passaggio tra vari moduli di terapia associato all'analisi delle risorse psicologiche di *adaptability* e delle influenze sistemiche. Ci si potrebbe chiedere ad esempio se il modulo di terapia frequentato al momento della proposta del questionario sia in qualche modo correlato alle risposte date al protocollo. Si potrebbe inoltre approfondire l'aspetto culturale: il *system theory framework* è un approccio responsivo culturalmente (Lovasz, 2020) che permetterebbe dei confronti su questo livello con un campione sufficientemente vario ad esempio a livello di provenienza, anche solo con un focus su diverse regioni dello stesso Paese.

Bibliografia

1. Abkhezr, P., McMahon, M., Glasheen, K., & Campbell, M. (2018). Finding voice through narrative storytelling: An exploration of the career development of young African females with refugee backgrounds. *Journal of Vocational Behavior*, 105, 17-30.
2. Arthur, N., & McMahon, M. (2005). Multicultural career counseling: Theoretical applications of the systems theory framework. *The Career Development Quarterly*, 53(3), 208-222.
3. Arulmani, G., Bakshi, A. J., Leong, F. T., & Watts, A. G. (2014). Handbook of career development. *International Perspectives*.
4. Baruch, Y. (2006). Career development in organizations and beyond: Balancing traditional and contemporary viewpoints. *Human resource management review*, 16(2), 125-138.
5. Breslau, J., Miller, E., Chung, W. J. J., & Schweitzer, J. B. (2011). Childhood and adolescent onset psychiatric disorders, substance use, and failure to graduate high school on time. *Journal of psychiatric research*, 45(3), 295-301.
6. Bronfenbrenner, U. (2005). Ecological systems theory (1992).
7. Castilla, E. J., & Benard, S. (2010). The paradox of meritocracy in organizations. *Administrative Science Quarterly*, 55, 543-576.
8. Crapanzano, K. A., Hammarlund, R., Ahmad, B., Hunsinger, N., & Kullar, R. (2018). The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Substance abuse and rehabilitation*, 1-12.
9. Di Maggio, I., Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Nota, L., & Sgaramella, T. M. (2021). Career adaptability, self-determination, and life satisfaction: A mediational analysis with people with substance use disorder. *Journal of Career Development*, 48(3), 213-228.
10. Di Maggio, I., Montenegro, E., Little, T. D., Nota, L., & Ginevra, M. C. (2022). Career adaptability, hope, and life satisfaction: An analysis of adults with and without substance use disorder. *Journal of happiness studies*, 23(2), 439-454.
11. Earnshaw, V. A. (2020). Stigma and substance use disorders: A clinical, research, and advocacy agenda. *American Psychologist*, 75(9), 1300.

12. Ellemers, N. (2014). Women at work: How organizational features impact career development. *Policy insights from the behavioral and brain sciences*, 1(1), 46-54.
13. European Commission. (2022). *Equal pay? Time to close the gap! Factsheet*. https://commission.europa.eu/document/download/61252380-e608-4157-818d-e81619715310_en?filename=equal_pay_day_factsheet_2022_en_1_0.pdf
14. Farahmand, P., Arshed, A., & Bradley, M. V. (2020). Systemic racism and substance use disorders. *Psychiatric Annals*, 50(11), 494-498.
15. Farhoudian, A., Razaghi, E., Hooshyari, Z., Noroozi, A., Pilevari, A., Mokri, A., ... & Malekinejad, M. (2022). Barriers and facilitators to substance use disorder treatment: An overview of systematic reviews. *Substance abuse: research and treatment*, 16, 11782218221118462.
16. Ferrari, L., Sgaramella, T. M., Santilli, S., & Di Maggio, I. (2017). Career adaptability and career resilience: The roadmap to work inclusion for individuals experiencing disability. *Psychology of career adaptability, employability and resilience*, 415-431.
17. Garriott, P. O., Faris, E., Frazier, J., Nisle, S., & Galluzzo, J. (2017). Multicultural and international research in four career development journals: An 11-year content analysis. *The Career Development Quarterly*, 65(4), 302-314.
18. Greenhaus, J. H., & Kossek, E. E. (2014). The contemporary career: A work-home perspective. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 361-388. doi:<http://dx.doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091324>
19. Hall, D. T. (2004). The protean career: A quarter-century journey. *Journal of Vocational Behavior*, 65(1), 1-13. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2003.10.006>
20. Hammarlund, R., Crapanzano, K. A., Luce, L., Mulligan, L., & Ward, K. M. (2018). Review of the effects of self-stigma and perceived social stigma on the treatment-seeking decisions of individuals with drug-and alcohol-use disorders. *Substance abuse and rehabilitation*, 115-136.
21. Härkönen, U. (2001). *The Bronfenbrenner ecological systems theory of human development*.

22. Katz, D., & Kahn, R. L. (1966). *The social psychology of organizations*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
23. Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Social work in public health, 28*(3-4), 194-205.
24. Lennox, E. (2024). Career Journey Influences on Mature Creative Arts Students in Higher Education: A Systems Theory Framework Approach. *The Journal of Continuing Higher Education, 72*(3), 359-374.
25. Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (2002). Social cognitive career theory. *Career choice and development, 4*(1), 255-311.
26. Lent, R. W., Brown, S. D., & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of vocational behavior, 45*(1), 79-122.
27. Lent, R. W., & Brown, S. D. (2013). Social cognitive model of career self-management: Toward a unifying view of adaptive career behavior across the life span. *Journal of Counseling Psychology, 60*(4), 557–568.
28. Leong, F. T. L., & Brown, M. T. (1995). Theoretical issues in cross-cultural career development: Cultural validity and cultural specificity. In W. B. Walsh & S. H. Osipow (Eds.), *Handbook of vocational psychology* (2nd ed., pp. 143-180). Mahwah, NJ: Erlbaum.
29. Levinson, Darrow, C. N., & Klein, E. B. (1978). *The seasons of a man's life*. New York, NY: The Random House Publishing Group Inc.
30. Levinson, D. J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist, 41*(1), 3– 13. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.41.1.3>
31. Lim, E. M., Kang, H. J., & Kim, T. S. (2024). Application of the system theory framework to the career development of Korean university students. *International Journal for Educational and Vocational Guidance, 24*(3), 581-602.
32. Lovasz, M. (2020). Systems theory framework: A culturally responsive model for career guidance. *Career Convergence Web Magazine*.
33. Martin, L., Gao, J., Köhler, T., & Zhao, Y. (2024). The interplay of multicultural and career identity development. *The InTernaTional Journal of human resource managemenT, 35*(8), 1577-1601.

34. Maynes, T. D., & Grant, E. K. (2024). The Career Trajectories and Outcomes in Substance Use Recovery: A Scoping Review. *Journal of Career Development*, 08948453241260838.
35. McMahon, M. (2002). The Systems Theory Framework of career development: History and future prospects. *Australian Journal of Career Development*, 11 (3), 63-69.
36. McMahon, M., & Patton, W. (1995). Development of a systems theory of career development. *Australian Journal of Career Development*, 4, 15-20.
37. McMahon, M. (2017). WORK AND WHY WE DO IT: A Systems Theory Framework Perspective. *Career Planning & Adult Development Journal*, 33(2).
38. McMahon, M., Watson, M., & Patton, W. (2005). Qualitative career assessment: Developing the My System of Career Influences reflection activity. *Journal of Career Assessment*, 13(4), 476-490.
39. McMahon, M., Watson, M., & Bimrose, J. (2012). Career adaptability: A qualitative understanding from the stories of older women. *Journal of vocational behavior*, 80(3), 762-768.
40. McMahon, M., Watson, M., & Patton, W. (2013). *My system of career influences MSCI (Adult): a qualitative career assessment reflection process: facilitator's guide*. Australian Academic Press.
41. Michaud, R., & Montreuil, T. C. (2025). Systemic Factors Associated With Student Psychological Well-Being: The Qualitative Experience of School Professionals. *Psychology in the Schools*, 62(3), 821-833.
42. Nagy, N., Froidevaux, A., & Hirschi, A. (2019). Lifespan perspectives on careers and career development. In *Work across the lifespan* (pp. 235-259). Academic Press.
43. Newman, B. M., & Newman, P. R. (2022). *Theories of human development*. Routledge.
44. Occhipinti, J. A., Hynes, W., Geli, P., Eyre, H. A., Song, Y., Prodan, A., ... & Hickie, I. B. (2023). Building systemic resilience, productivity and well-being: a Mental Wealth perspective. *BMJ Global Health*, 8(9), e012942.
45. Patton, W. (1997). The need for a systems theory framework of career development. In W. Patton & M. McMahon (Eds.), *Career development in*

- practice: A systems theory perspective (pp. 1-13). Sydney, Australia: New Hobsons press.
46. Patton, W. & McMahon, M. (1999). Career development and systems theory: A new relationship. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
 47. Patton, W. & McMahon, M. (2006). Career development and systems theory: Connecting theory and practice. Rotterdam: Sense Publishers
 48. Patton, W., & McMahon, M. (2014). *Career development and systems theory: Connecting theory and practice* (Vol. 2). Springer.
 49. Patton, Wendy & McMahon, Mary (2015) The Systems Theory Framework of career development: 20 years of contribution to theory and practice. *Australian Journal of Career Development*, 24(3), pp. 141-147.
 50. Patton, W., & McMahon, M. (2022). Career development and systems theory: Connecting theory and practice. *Career Development Series*.
 51. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento delle Politiche contro la Droga e le altre Dipendenze. (2025). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia – anno 2025 (dati 2024)*. <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/v5dlr0fu/relazione-al-parlamento-2025.pdf>
 52. Richardson, L., Wood, E., Montaner, J., & Kerr, T. (2012). Addiction treatment-related employment barriers: The impact of methadone maintenance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(3), 276–284. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.12.008>
 53. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
 54. Savickas, M. L. (1997). Career adaptability: An integrative construct for life-span, life-space theory. *The career development quarterly*, 45(3), 247-259.
 55. Savickas, M. L. (2005). “The theory and practice of career construction” in Career development and counseling: Putting theory and research to work. eds. R. W. Lent and S. D. Brown (Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc), 42–70.
 56. Savickas, M. L., Nota, L., Rossier, J., Dauwalder, J. P., Duarte, M. E., Guichard, J., ... & Van Vianen, A. E. (2009). Life designing: A paradigm for career construction in the 21st century. *Journal of vocational behavior*, 75(3), 239-250.

57. Savickas, M. L., and Porfeli, E. J. (2012). Career adapt-abilities scale: construction, reliability, and measurement equivalence across 13 countries. *J. Vocat. Behav.* 80, 661–673. doi: 10.1016/j.jvb.2012.01.011
58. Savickas, M. L. (2013). Career construction theory and practice. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (2nd ed., pp. 147-186). New York: Wiley
59. Seery, C. (2020). The Cultural and Systemic Influence on Substance Use Disorder.
60. Skyttner, L. (2005). *General systems theory: Problems, perspectives, practice*. World scientific.
61. Stewart, S. A., Copeland, A. L., & Cherry, K. E. (2023). Risk factors for substance use across the lifespan. *The Journal of genetic psychology*, 184(2), 145-162.
62. Sullivan, S. E. (1999). The changing nature of careers: A review and research agenda. *Journal of Management*, 25(3), 457–484. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/014920639902500308>
63. Sullivan, S. E., & Arthur, M. B. (2006). The evolution of the boundaryless career concept: Examining physical and psychological mobility. *Journal of Vocational Behavior*, 69(1), 19–29. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2005.09.001>
64. Super, D. E. (1957). *The psychology of careers*: New York: Harper & Row.
65. Super, D. E. (1990). A life-span, life-space approach to career development. *Journal of Vocational Behavior*, 16(3), 282–298. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0001-8791\(80\)90056-1](http://dx.doi.org/10.1016/0001-8791(80)90056-1)
66. Tambling, R. R., Russell, B., & D’Aniello, C. (2022). Where is the family in young adult substance use treatment? The case for systemic family therapy for young adults with substance use disorders. *International journal of mental health and addiction*, 20(3), 1659-1670.
67. Tinajero, C., & Páramo, M. F. (2012). The systems approach in developmental psychology: Fundamental concepts and principles. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 457-465.
68. UNODC, *World Drug Report 2025* (United Nations publication, 2025).
69. Wang, D., Liu, X., & Deng, H. (2022). The perspectives of social cognitive career theory approach in current times. *Frontiers in psychology*, 13, 1023994.

70. Wang, D., & Li, Y. (2024). Career construction theory: tools, interventions, and future trends. *Frontiers in psychology*, 15, 1381233. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1381233>
71. Watson, M., & McMahon, M. (2005). Children's career development: A research review from a learning perspective. *Journal of vocational behavior*, 67(2), 119-132.
72. Watson, M., McMahon, M., Foxcroft, C., & Els, C. (2010). Occupational aspirations of low socioeconomic black South African children. *Journal of Career Development*, 37(4), 717-734.
73. Watson, M. (2013). Deconstruction, reconstruction, co-construction: Career construction theory in a developing world context. *Indian Journal of Career and Livelihood Planning*, 2(1), 3-14.
74. Weaver, H., & Roberts, B. (2010). Drinking and displacement: a systematic review of the influence of forced displacement on harmful alcohol use. *Substance Use & Misuse*, 45(13), 2340-2355.
75. Wehmeyer, M. L., Nota, L., Soresi, S., Shogren, K. A., Morningstar, M. E., Ferrari, L., ... & DiMaggio, I. (2019). A crisis in career development: Life designing and implications for transition. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals*, 42(3), 179-187.
76. Windle, G., & Woods, R. T. (2004). Variations in subjective wellbeing: The mediating role of a psychological resource. *Ageing & Society*, 24(4), 583-602.