

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE E STUDI
INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Servizio Sociale



LAVORO E DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI: ANALISI DELLE BARRIERE STRUTTURALI E INDIVIDUALI NEI PERCORSI DI REINSERIMENTO LAVORATIVO.

Relatore: Prof. LEA FERRARI

Laureanda: ALESSIA VAROTTO
matricola N. 1222411

A.A. 2021/22

Indice

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I	
OCCUPAZIONE E DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI.....	7
1.1 Il diritto al lavoro.....	7
1.2 Occupazione, disoccupazione e benessere individuale	8
1.3 Il concetto di vulnerabilità.....	10
1.4 Dipendenza da sostanze stupefacenti e occupazione.....	12
CAPITOLO II	
GLI OSTACOLI DEL RITORNO NEL MONDO DEL LAVORO.....	17
2.1 Barriere strutturali.....	18
2.1.1 <i>Il contesto di vita del soggetto</i>	18
2.1.2 <i>La stigmatizzazione e la discriminazione</i>	20
2.1.3 <i>Le caratteristiche della struttura</i>	23
2.2 Barriere individuali.....	24
2.2.1 <i>Il livello di istruzione e l'esperienza lavorativa precedente</i>	24
2.2.2 <i>Le hard skill e le soft skill</i>	26
2.2.3 <i>La durata del trattamento</i>	29
2.2.4 <i>Il precedente coinvolgimento con la giustizia penale</i>	32
2.2.5 <i>Lo stato di salute mentale</i>	34
2.2.6 <i>La motivazione</i>	36
2.2.7 <i>Le caratteristiche demografiche: l'età e il genere</i>	39
CAPITOLO III	
LAVORO, DIPENDENZA E COVID-19	45
3.1 Il consumo di sostanze stupefacenti durante l'emergenza sanitaria	46
3.2 I Servizi dedicati alle dipendenze durante l'emergenza sanitaria.....	49
3.4 Il mondo del lavoro durante l'emergenza sanitaria	51
CONCLUSIONE	55
BIBLIOGRAFIA	59
SITOGRAFIA.....	64

INTRODUZIONE

Il tema dell'abuso di sostanze, ma più in generale di qualsiasi forma di dipendenza, è circondato da pregiudizi, stereotipi e stigmatizzazione che alimentano atteggiamenti negativi nei confronti delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze e ne minimizzano le condizioni di vita e i bisogni. Tale prospettiva si fonda sul fatto che, nel luogo comune, la dipendenza, di qualsiasi tipo essa sia, è inquadrata come una questione morale o criminale o come una conseguenza di una mancanza di controllo (Ahern et al, 2006; Livingston et al, 2012).

Tuttavia, nella realtà, come ho avuto modo di toccare con mano grazie all'esperienza di tirocinio presso il Servizio per le Dipendenze di Monselice, la dipendenza è una questione assai complessa che per essere compresa e affrontata necessita di essere letta da più punti di vista. I bisogni connessi alla dipendenza da sostanze stupefacenti sono molteplici e di varia natura e, durante l'esperienza di tirocinio ho avuto modo di soffermarmi in particolar modo su uno di questi: il lavoro. La concreta realizzazione del desiderio di lavorare, espresso da molte persone, era però accompagnata da numerose difficoltà. Sulla base di questa constatazione si fonda la volontà di analizzare i percorsi di reinserimento lavorativo delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze.

Nella prima parte dell'elaborato si illustrerà il legame esistente tra occupazione, disoccupazione e benessere individuale. In primo luogo, al lavoro corrisponde una retribuzione economica che permette alle persone di: soddisfare i propri bisogni, essere autonomi, vivere con stabilità, progettare la propria vita. Il guadagno economico che consegue all'attività lavorativa è un prodotto concreto e tangibile, motivo per il quale l'occupazione è principalmente associata al denaro. Tuttavia, nella letteratura scientifica sono ampiamente stati dimostrati i numerosi risvolti psico-sociali associati al lavoro, ad esempio: l'attività lavorativa favorisce lo sviluppo di relazioni sociali, migliora il concetto di sé e contribuisce a definire l'identità e il ruolo sociale di un soggetto all'interno della società. A livello collettivo, il lavoro rappresenta la più alta forma di partecipazione sociale: ogni società, per svilupparsi e mantenersi necessita di individui che

contribuiscano all'accrescimento economico. Al contrario, la disoccupazione è associata negativamente allo stato di benessere globale dell'individuo (Nordenmark, Strandh, 1999; Voßemer et al. 2017). Nonostante l'importanza dell'occupazione per il benessere individuale e collettivo, vi sono alcuni sottogruppi della popolazione, definiti "vulnerabili", per cui il raggiungimento di un'attività lavorativa stabile è particolarmente tortuoso. Il concetto di vulnerabilità è generalmente associato a coloro che soddisfano parzialmente, o per nulla, lo standard sociale di autosufficienza e di partecipazione sociale. Secondo la letteratura, tra i vari sottogruppi della popolazione che corrispondono a tali caratteristiche vi sono i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze (Bardwell et al, 2018). Nondimeno, nella letteratura scientifica è anche stato ampiamente dimostrato che il lavoro rappresenta un fattore protettivo durante i percorsi di trattamento riabilitativo per tali soggetti (Brown, Montoya, 2009). Nella realtà, però, queste persone incontrano numerosi ostacoli durante i loro percorsi occupazionali. Difatti, i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze sperimentano un tasso maggiore di disoccupazione o attività occupazionali instabili e non qualificate (Sumnall, Brotherhood, 2012).

Il focus del presente elaborato, trattato nel secondo capitolo, verterà sull'analisi dei motivi per i quali le traiettorie occupazionali dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze sono particolarmente complessi. A livello teorico le barriere occupazionali vengono suddivise in strutturali e individuali. Nella realtà, però, tali barriere interagiscono influenzandosi a vicenda: una barriera strutturale può essere causata o alimentata da un'altra di tipo individuale e viceversa. Gli ostacoli occupazionali che verranno illustrati riflettono dinamiche e modelli sociali che influenzano tutti i soggetti in quanto anche la popolazione generale può incorrere in alcune di queste barriere. Tuttavia, il fatto che i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze sperimentano, nella quasi totalità delle situazioni, più ostacoli contemporaneamente rende le loro esperienze maggiormente intense (Sumnall, Brotherhood, 2012).

L'ultima sezione sarà dedicata all'analisi dell'impatto di un fattore recente, la pandemia da coronavirus (COVID-19). L'impatto dell'emergenza sanitaria è stato intenso per tutte le fasce della popolazione, ma in particolar modo per coloro che già vivevano in condizioni di svantaggio, le azioni imposte dai vari paesi a tutela della salute pubblica hanno esacerbato le differenze e le disuguaglianze sociali (Sanfelici et al, 2020). Come è noto, la pandemia ha provocato numerosi cambiamenti in diverse dimensioni della vita di

ogni soggetto ma, in questa sede, si approfondiranno quelli relativi al mondo del lavoro e al consumo di sostanze stupefacenti.

I dati che verranno utilizzati per l'analisi in oggetto provengono da molteplici fonti e riguardano contesti sociali, culturali ed economici differenti tra loro e dalla realtà presente in Italia. Conseguentemente, anche le politiche sociali e il funzionamento dell'assistenza socio-sanitaria presentano delle diversità rispetto al contesto italiano. Pertanto, le informazioni illustrate sono influenzate anche dal contesto in cui sono state rilevate. Nonostante ciò, i dati emersi dai diversi studi presentati contribuiscono a definire ed ampliare la conoscenza del tema, favorendo lo sviluppo di strategie d'intervento.

CAPITOLO I

OCCUPAZIONE E DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI

1.1 Il diritto al lavoro

L'attività lavorativa costituisce un elemento essenziale nella vita di ogni persona. Il diritto al lavoro rappresenta uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, tutelato a livello internazionale e nazionale.

Tale diritto rientra nei diritti di seconda generazione, ossia quelli di natura economica, sociale e culturale. I diritti di seconda generazione sono divenuti rilevanti al termine della Seconda guerra mondiale attraverso la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani emanata nel 1948 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Nello specifico, il diritto al lavoro è tutelato dall'articolo 23, il quale afferma che:

- “1. Ogni individuo ha diritto al lavoro, alla libera scelta dell'impiego, a giuste e soddisfacenti condizioni di lavoro ed alla protezione contro la disoccupazione.*
- 2. Ogni individuo, senza discriminazione, ha diritto ad eguale retribuzione per eguale lavoro.*
- 3. Ogni individuo che lavora ha diritto ad una remunerazione equa e soddisfacente che assicuri a lui stesso e alla sua famiglia una esistenza conforme alla dignità umana ed integrata, se necessario, da altri mezzi di protezione sociale. [...]”*

A livello nazionale, il diritto al lavoro di ogni essere umano è tutelato dalla Costituzione Italiana, legge fondante dello Stato italiano, anch'essa entrata in vigore nel 1948. L'articolo 1 afferma che l'Italia è una Repubblica Democratica fondata sul lavoro. L'articolo 4 recita:

“La Repubblica riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro e promuove le condizioni che rendono effettivo questo diritto. Ogni cittadino ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un’attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società.”

La tutela del diritto al lavoro si fonda dunque sull’evidenza che l’attività lavorativa contribuisce alla crescita economica della nazione e ha significativi risvolti sul piano sociale e psicologico degli individui.

1.2 Occupazione, disoccupazione e benessere individuale

L’attività lavorativa, e il ruolo che da essa ne deriva, costituisce una dimensione di ampia rilevanza all’interno della nostra cultura, nonché un fattore centrale nel determinare il benessere individuale. L’occupazione, infatti, consente agli individui di soddisfare bisogni di tipo economico e psico-sociale (Nordenmark, Strandh, 1999).

In primo luogo, all’attività lavorativa consegue una fonte di guadagno che permette alle persone di soddisfare i propri bisogni primari, di diventare autonomi sul piano economico e conseguentemente indipendenti dal proprio nucleo familiare, nonché di realizzare i propri progetti futuri. In secondo luogo, l’occupazione consente ai soggetti di partecipare attivamente alla società: lavorando il soggetto contribuisce all’accrescimento dell’economia del proprio paese e costruisce nuove relazioni sociali. Il lavoro è inoltre fondamentale per l’identità in quanto: migliora il concetto di sé, accresce l’autostima e la sicurezza, contribuisce a definire il ruolo sociale di un soggetto all’interno della società. Conseguentemente, è possibile ipotizzare che la disoccupazione costituisca un fattore in grado di incidere negativamente sul benessere individuale e sociale (Nordenmark, Strandh, 1999; Voßemer et al, 2017).

Innanzitutto, alla disoccupazione consegue una perdita di reddito che comporta un cambiamento dello stile di vita e una limitazione del controllo sulla propria situazione e sulla capacità di pianificare progetti futuri (Strandh, 2000). Inoltre, ad una riduzione della capacità di controllo sulla propria vita spesso consegue un aumento dello stress. Nel corso del tempo, un aggravamento del livello di stress può portare a conseguenze fisiche o mentali come, ad esempio, l’insorgenza di malattie (Korpi, 2000). La diminuzione della

disponibilità economica e la conseguente ridefinizione delle priorità di vita possono condurre ad una riduzione delle attività di prevenzione del proprio stato di salute e ad un aumento di comportamenti dannosi.

In relazione a quanto illustrato è quindi possibile affermare che la disoccupazione influenza negativamente la dimensione psicosociale dell'individuo: lo stigma di soggetti considerati non utili alla società e l'emarginazione sociale che ne consegue influenzano in modo negativo la percezione di sé e il benessere personale (Jahoda, 1982; citato in Voßemer et al, 2017).

Analogamente, anche posti di lavoro non sicuri possono avere un impatto negativo sulla condizione economica e sociale dell'individuo. A tal proposito, lo studio condotto da Scherer (2009) ha analizzato le conseguenze sociali di occupazioni flessibili. La ricerca è stata realizzata sulla base dei dati dell'Indagine Sociale Europea del 2004¹ e si è focalizzata sull'analisi delle conseguenze socio-familiari derivanti da occupazioni instabili e, più in generale, sul livello di salute e di soddisfazione di vita. Per quanto riguarda la dimensione economica, dai dati ottenuti è emerso che i lavoratori temporanei contribuiscono al reddito complessivo del nucleo familiare in proporzione inferiore rispetto a coloro che sono occupati a tempo determinato. Inoltre, la sicurezza sul posto di lavoro è stata valutata considerevolmente inferiore dagli occupati instabili. Dai risultati tratti è inoltre emerso che le persone con lavori instabili affrontano maggiori problemi relazionali: meno probabilità di avere figli, minor tempo da dedicare alla famiglia e tassi più elevati di conflittualità con il partner. Inoltre, le occupazioni temporanee sono accompagnate da un maggior livello di insicurezza e da una minore possibilità di controllare e organizzare il proprio futuro. Tutto ciò contribuisce ad un livello di percezione di soddisfazione della vita minore.

Il lavoro precario è inoltre associato ad uno stato di salute peggiore. Infatti, la probabilità di prescrizione di farmaci psicotropi è maggiore per coloro che svolgono un'attività a tempo indeterminato (Moscone et al, 2016). Moscone e colleghi hanno utilizzato un set di dati ottenuto abbinando informazioni su 2,7 milioni di lavoratori residenti nella regione Lombardia, tra il 2007 e il 2011, con il numero di prescrizioni di farmaci (antidepressivi, stabilizzatori dell'umore, antipsicotici). I risultati evidenziano che lo svolgimento di

¹ I paesi coinvolti nell'indagine sono stati 16: Austria, Belgio, Svizzera, Germania, Danimarca, Spagna; pesi Bassi, Finlandia, Gran Bretagna, Irlanda, Grecia, Lussemburgo, Norvegia, Portogallo, Svezia e Italia.

un'occupazione temporanea aumenta la probabilità di sviluppare problemi di salute mentale (ad esempio ansia, depressione) che necessitano di un trattamento farmacologico. I ricercatori evidenziano inoltre che ciò si verifica soprattutto nei lavoratori più anziani.

Per concludere, nonostante il diritto al lavoro sia tutelato da documenti a livello internazionale e da leggi nazionali, e nella letteratura sia stata ampiamente dimostrata l'associazione tra attività lavorativa e benessere individuale, vi sono alcuni gruppi della popolazione per i quali l'accesso al mondo del lavoro è particolarmente complesso: le persone definite "vulnerabili", categoria in cui rientrano anche le persone con Disturbo da Uso di Sostanze (Bardwell et al, 2018).

1.3 Il concetto di vulnerabilità

Nella letteratura scientifica non vi è una chiara definizione del concetto di vulnerabilità o di persona vulnerabile; tuttavia, è possibile individuare degli elementi comuni tra le varie spiegazioni. Solitamente con il termine vulnerabile ci si riferisce ad un individuo che non gode di pieno benessere fisico, psicologico o sociale e che, per queste ragioni, è a maggior rischio di essere socialmente escluso (Euguster et al, 2011; Winsemius, 2011 citati in Numans et al, 2021). Altri comuni denominatori tra le varie proposte che definiscono il concetto di vulnerabilità sono: 1. presenza di una molteplicità di problemi o limitazioni (problemi multi-complessi); 2. sentimento di impotenza e sfiducia; 3. diminuzione e/o limitazione della comunicazione; 4. ridotto e/o assente accesso alle risorse; 5. esperienze di marginalità; 6. squilibrio in termini di oneri e capacità; 7. condizione di dipendenza; 8. bassa autostima (Euguster et al, 2011; Winsemius, 2011 citati in Numans et al, 2021).

Secondo quanto affermato da Bardwell e colleghi (2018) le persone con Disturbo da Uso di Sostanze sperimentano una significativa condizione di vulnerabilità connessa a fattori sociali e strutturali. Tali fattori sono: 1. disuguaglianze strutturali basate su politiche e leggi in materia di sostanze stupefacenti; 2. percezioni, stereotipi e norme sociali che stigmatizzano comportamenti particolari come la dipendenza e l'uso di sostanze; 3. disuguaglianze sociali in termini di: potere, status, classe sociale e reddito.

Numans e colleghi (2021) hanno definito le persone considerate vulnerabili attraverso un'altra prospettiva. L'aggettivo vulnerabile viene attribuito a coloro che soddisfano in

modo insufficiente o non soddisfano affatto lo standard sociale di autosufficienza e di partecipazione alla società. In questo senso, il significato attribuito alle persone vulnerabili si basa sulla prospettiva di quelle che non lo sono.

Nello studio realizzato da Numans e colleghi (2021) è stato analizzato il punto di vista delle persone definite vulnerabili per comprendere quale fosse la loro percezione nell'essere etichettate come tali. La ricerca è stata realizzata tra il 2017 e il 2019 in una città dei Paesi Bassi su un campione mirato di 16 partecipanti, attraverso due interviste qualitative. L'intervista 1 affrontava il tema "Io e la vulnerabilità" ed esaminava la percezione della vulnerabilità a livello individuale. L'intervista 2 trattava del tema "Gli altri e il processo", focalizzandosi sull'analisi della sfera sociale e del modo in cui i partecipanti percepissero la loro vulnerabilità durante l'interazione con gli altri membri della società. I risultati emersi hanno evidenziato che tutti i candidati percepivano negativamente la loro etichetta esclusivamente a livello interazionale, cioè quando entravano in contatto con coloro che all'interno della società sono considerati non vulnerabili. Tale sentimento sfavorevole non emerge nella concezione che i partecipanti dichiarano di avere di sé stessi e della propria condizione. La principale percezione negativa emersa tra i partecipanti è stata quella di sentirsi inferiori rispetto agli altri membri della società e di non essere presi sul serio. Esplicativo di ciò è quanto espresso da una partecipante allo studio: *"I am not seen as a person but as a poser or an alcoholic"* (donna, 46 anni, intervistato n. 16). Inoltre, molti intervistati hanno collegato questa percezione negativa alla sensazione di essere stigmatizzati per la loro condizione. L'impatto della stigmatizzazione è tale che, come verrà illustrato in seguito, è stato riconosciuto dalla letteratura scientifica come uno dei fattori che costituiscono una barriera nel percorso di reinserimento lavorativo dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze.

In conclusione, l'importanza dell'aspetto relazionale sottolineato dai partecipanti di questo studio, offre la possibilità di descrivere il concetto di vulnerabilità come uno stato di malattia mentale o un insieme di difetti fisici e/o economici che rendono un soggetto dipendente, in termini di sostegno quotidiano, da altre persone. Se, nel momento in cui avviene l'interazione con altre persone, tale dipendenza è accompagnata dalla percezione di sentimenti di inferiorità, impotenza, frustrazione, mancanza di autodeterminazione e

timore di essere stigmatizzati, allora si parla di "vulnerabilità sociale". La vulnerabilità sociale fa riferimento ad uno stato interazionale in cui il soggetto non viene considerato e trattato come una persona completa e in cui non riceve l'aiuto di cui necessita e ha pieno diritto (Numans et al, 2021).

1.4 Dipendenza da sostanze stupefacenti e occupazione

Prima di affrontare la relazione tra Disturbo da Uso di Sostanze e occupazione riprendiamo uno dei concetti precedentemente illustrati. Uno degli elementi che definisce le persone vulnerabili, definizione nella quale rientrano anche le persone con Disturbo da Uso di Sostanze, è l'insufficiente o nulla partecipazione sociale. Secondo la letteratura la miglior forma di partecipazione sociale è il lavoro retribuito: riemerge quindi l'importanza dell'attività lavorativa nella vita di ogni soggetto (Bruggeman et al, 2018 citato in Numans et al, 2021).

Definiamo ora il concetto di Dipendenza da sostanze stupefacenti. Il DSM-V – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - descrive la condizione di dipendenza da sostanze come *“una modalità patologica di uso della sostanza, che causa alterazione o disagio clinicamente significativi [...]”*. Nella definizione proposta dal DSM-V il termine “sostanza” comprende molteplici sostanze: tabacco, alcol, sostanze psicotrope illegali, farmaci assunti senza prescrizione medica e le nuove sostanze psicoattive. Il manuale presenta 11 criteri (sintomi) attraverso cui diagnosticare un Disturbo da Uso di Sostanze: maggiore è il numero di sintomi, maggiore è la gravità della condizione. I sintomi del Disturbo da Uso di Sostanze indicati dal DSM-V comprendono criteri organici della crisi di astinenza e della fase di tolleranza e criteri psico-sociali, il quali fanno riferimento alle conseguenze negative a cui conduce l'assunzione di sostanze. Tra questi ultimi viene sottolineato come si verifichi uno *“scadimento nel seguire obblighi legati a scuola, lavoro, ambiente domestico.”* (Maj et al, 2014).

La sostanza assume un ruolo centrale nella vita della persona tale da mettere in secondo piano le altre dimensioni della vita, compresa l'attività lavorativa. Il mancato rispetto dei propri impegni lavorativi può portare a esperienze di perdita della propria identità legata al ruolo di lavoratore, incidendo in modo negativo nella percezione di sé. Inoltre, è stato evidenziato che all'abuso di sostanze consegue un tasso più elevato di: assenteismo e

ritardo, mancato rispetto delle proprie responsabilità lavorative, minore concentrazione e attenzione, riduzione di produttività e autonomia lavorativa sul luogo di lavoro. Nei casi peggiori è possibile che l'abuso di sostanze porti a danni fisici come infortuni o decessi durante l'esercizio dell'attività lavorativa (Soeker et al, 2016).

Nella letteratura scientifica è stata ampiamente dimostrata l'esistenza di una correlazione tra l'occupazione e l'utilizzo di sostanze stupefacenti. Un primo filone di studi si è concentrato sull'analisi della relazione tra condizioni lavorative e uso di sostanze stupefacenti verificando se l'assunzione di droghe o alcol tra i lavoratori dipendesse da caratteristiche a livello individuale o di ambiente lavorativo, ottenendo risultati molto diversi tra loro. Shahandeh (1985) ipotizza che il ricorso a sostanze stupefacenti avviene per compensare aspetti psicologici del lavoro come: stress, frustrazione, monotonia, bassa retribuzione, rapporti negativi sul posto di lavoro e discriminazione sessuale. Secondo questa proposta, l'umore negativo e le difficoltà sociali derivanti da questi fattori potrebbero incoraggiare l'uso di sostanze.

Il lavoro realizzato da Oldham e Gordon (1999) ha invece analizzato la relazione tra livello di capacità cognitive, complessità del lavoro e uso di sostanze su un campione di 7.112 soggetti assunti a tempo pieno nel corso del 1992. I risultati emersi evidenziano che i lavoratori affrontano i momenti in cui si verifica una discrepanza tra capacità cognitive e complessità del lavoro utilizzando sostanze. Ciò significa che l'utilizzo di sostanze stupefacenti avviene per affrontare situazioni di disagio e frustrazione.

Una seconda linea di studi si è invece concentrata sull'analisi di un legame tra occupazione e abuso di sostanze focalizzandosi sulla capacità dell'attività lavorativa di influenzare positivamente i trattamenti riabilitativi (ad esempio: Arria, 2003; Brown, Montoya, 2000; Dunigan et al, 2013; Shahrabadi et al, 2020). I risultati ottenuti indicano che l'occupazione costituisce uno dei fattori in grado di sostenere e facilitare la riduzione del consumo di sostanze stupefacenti e il mantenimento a lungo termine di un trattamento di recupero. L'attività lavorativa, oltre ad essere un risultato auspicabile per una persona che ha in corso, o ha concluso, un percorso riabilitativo, può rappresentare essa stessa una forma di trattamento. L'occupazione può essere considerata una forma di terapia grazie alla sua capacità di generare una fonte di reddito, di aumentare l'autostima e di facilitare la creazione di relazioni sociali.

Gli studi che si sono focalizzati su questo tema sono stati molteplici e tutti i risultati ottenuti hanno evidenziato una correlazione positiva tra: aumento dell'attività lavorativa, diminuzione dell'uso di sostanze e funzionamento sociale positivo (Brown, Montoya, 2009). In particolare, nello studio realizzato da Brown e Montoya è stato analizzato l'utilizzo dell'attività lavorativa come mezzo di prevenzione terziaria (forma di prevenzione attuata quando l'utilizzo di sostanze è già diventato problematico). La ricerca, della durata di due anni, è stata realizzata su un campione di 534 donne dipendenti da sostanze stupefacenti, di cui solo il 10% occupate. I risultati ottenuti mostrano che il numero di ore di lavorate durante l'anno 1 è stato un predittore inverso della frequenza di uso di sostanze durante l'anno 2. Questo significa che maggiore è il numero di ore impiegate in attività lavorative nell'anno 1, minore è l'utilizzo di sostanze nell'anno 2.

Un ulteriore studio che ha affrontato la relazione tra occupazione, disoccupazione e trattamento è stato realizzato da Storti e colleghi (2011). I ricercatori hanno utilizzato un set di dati dell'Unione Europea e hanno rilevato che, nel momento in cui il numero di disoccupati diminuisce (a livello strutturale, ossia nella popolazione generale), il numero di pazienti tossicomani in trattamento farmacologico aumenta, e viceversa. La spiegazione proposta dagli studiosi per la lettura di tale fenomeno è stata la seguente: l'occupazione potrebbe incentivare le persone ad iniziare, e completare, un trattamento, tuttavia, questo avviene solo quando il tasso di disoccupazione generale è basso. Successivamente, i ricercatori, utilizzando un set di dati della Germania, hanno confermato empiricamente tale ipotesi: ad una diminuzione di un punto percentuale del tasso di disoccupazione della popolazione generale è conseguito un aumento tra il 2,5 e il 5,3% di persone con Disturbo da Uso di Sostanze che hanno iniziato un trattamento. Le rilevazioni ottenute dai due studi proposti evidenziano che l'occupazione è un fattore protettivo contro l'uso di sostanze.

Tuttavia, nonostante l'evidenza dell'impatto positivo che l'attività lavorativa può avere su un soggetto prima, durante e al termine di un trattamento riabilitativo per dipendenza da sostanze stupefacenti, è stato anche accertato che questi soggetti incontrano molti ostacoli nel mercato del lavoro e sperimentano tassi di disoccupazione più elevati. Sumnall e Brotherhood (2012) hanno confermato ciò analizzando i dati del *Statistical bulletin – EMCDDA (European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction)*. La pubblicazione avvenuta nel 2011 ha rilevato i seguenti dati: il 56% dei soggetti che sono

entrati in trattamento in regime ambulatoriale e il 75% di coloro che hanno iniziato un trattamento ospedaliero nel corso del 2009 hanno dichiarato di essere disoccupati o economicamente inattivi. Confrontando questi risultati con il tasso di disoccupazione e di inattività economica della popolazione europea generale, rispettivamente 9,3% nell'aprile del 2011 e 35,8% nel 2010, si evince che quelli relativi ai soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze sono molto più elevati.

Un ulteriore studio, realizzato in Germania da Kipke e colleghi, ha confrontato i tassi di disoccupazione delle persone in trattamento con quelli della popolazione generale tra il 2000 e il 2007. I risultati emersi hanno mostrato che durante questo periodo il tasso di disoccupazione dei pazienti in trattamento farmacologico è passato dal 18% al 40%, mentre, negli stessi anni, quello della popolazione generale è diminuito, passando dal 10% all'8% (Kiple et al, 2011 citati in Sumnall, Brotherhood, 2012).

Oltre a tassi più elevati di disoccupazione, è emerso come le persone con un passato o presente di Disturbo da Uso di Sostanze sperimentano maggiori esperienze di transizione tra occupazione e disoccupazione, o tra lavoro a tempo pieno e part-time rispetto a soggetti senza tale disturbo (Baldwin, Marcus, 2014). Condizioni che, come illustrato in precedenza, sono negativamente associate al benessere individuale e potrebbero favorire l'assunzione di sostanze stupefacenti, rendendo vano un precedente percorso di riabilitazione.

Nonostante ciò, è possibile che le barriere all'occupazione vengano superate. Tuttavia, è stato evidenziato come le attività in cui le persone con un presente e/o passato di Disturbo da Uso di Sostanze si trovano impiegate presentano spesso delle problematiche. In uno studio realizzato da Zanis e colleghi (2001)² è emerso che nella maggior parte dei casi le attività lavorative a cui tali persone riescono ad accedere sono definite come "non qualificate", anche se legali. Tali occupazioni sono, ad esempio: attività di riparazione, giardinaggio, pulizia e attività di magazziniere. Interessante è sottolineare che i partecipanti allo studio hanno dichiarato di non essere interessati ad un'occupazione legale, o a tempo determinato, a causa di barriere istituzionali (rischio di perdere i benefici economici o l'accesso alla terapia farmacologica) o personali (non volere un contratto

² Studio realizzato su un campione di 109 soggetti in trattamento con somministrazione di metadone e disoccupati o sottoccupati (definiti come sottobanco ossia meno di dieci ore settimanali). Lo studio ha analizzato l'efficacia dell'intervento VPSS (Vocational Problem Solving-Skills) nel sostegno alla ricerca di lavoro.

regolare o la mancanza di mezzi di trasporto adeguati) che non erano disposti a superare. Inoltre, è possibile che il fatto di frequentare quotidianamente una struttura per l'assunzione della terapia farmacologica costituisca un limite temporale che rende meno desiderabile un'occupazione a tempo pieno.

Il lavoro realizzato da DeBeck e colleghi (2011) su un campione di 874 consumatori di droghe per via iniettiva ha analizzato quale fosse la loro fonte di guadagno negli ultimi sei mesi. I dati analizzati provengono dal *Vancouver Injection Drug Users Study*, uno studio di coorte³ iniziato nel 1996. Nello specifico, gli autori si sono concentrati sui dati riguardanti il periodo di *follow-up* novembre 2008 - luglio 2009. Il 48% dei partecipanti ha dichiarato di svolgere attività illecite quali: riciclaggio (19%), prostituzione, spaccio di droga (25%) e accattonaggio. Altre fonti di risorse dichiarate sono state: percezione dell'invalidità o altre forme di sostegni economici statali, denaro proveniente da famiglia e amici, attività criminali (come furto e rapina), lavoro temporaneo e lavoro regolare. Inoltre, è emerso che queste persone avevano maggiori probabilità di essere vittime di violenza e di condividere siringhe usate, aumentando il rischio di incorrere in malattie infettive. Un risultato particolarmente interessante emerso da questo studio è stato il seguente: il 47% di coloro che erano coinvolti in attività illecite ha dichiarato di essere disposto ad abbandonarle se avesse l'opportunità di accedere a occupazioni a bassa soglia.

Gli studi illustrati fino ad ora introducono alcuni degli ostacoli che le persone con Disturbo da Uso di Sostanze incontrano nel loro percorso di reinserimento lavorativo e che verranno successivamente approfonditi.

³ Studio di coorte (*Cohort study*) indica una tipologia di studio longitudinale.

CAPITOLO II

GLI OSTACOLI DEL RITORNO NEL MONDO DEL LAVORO

Come illustrato in precedenza, lo svolgimento di un'attività lavorativa per un soggetto con Disturbo da Uso di Sostanze rappresenta un fattore protettivo, tuttavia, è necessario sottolineare che la sua realizzazione è complessa e difficile. Infatti, sono stati individuati numerosi fattori che possono influenzare e/o ostacolare il percorso occupazionale di tali soggetti. Innanzitutto, l'uso regolare di sostanze rappresenta la barriera primaria per l'accesso al mondo del lavoro; di conseguenza, un primo passo necessario per ottenere un impiego è rappresentato dalla rinuncia della sostanza oggetto di abuso (Hogue et al, 2010; Magura et al, 2004). Tuttavia, il solo raggiungimento di uno stato di astinenza non è sufficiente per ottenere lo status di lavoratore: ciò suggerisce che non è possibile considerare la dipendenza come l'unica causa di una condizione di mancanza di occupazione (Magura et al, 2004).

In primo luogo, non si possono non considerare le conseguenze sullo stato di salute a cui porta il consumo regolare di sostanze; esse possono essere dirette o indirette. Quelle dirette derivano dagli effetti farmacologici della sostanza (dipendono quindi dalla specifica sostanza assunta) e dalla modalità di assunzione, mentre le conseguenze indirette sono, ad esempio, disturbi del sistema nervoso centrale e malattie infettive come epatite B e C e AIDS (Ministero della Salute, 2022). Ogni sostanza, quindi, agisce a livello mentale e fisico in modo differente, tuttavia, sono comuni a tutte le conseguenze negative nel posto di lavoro. Le sostanze influenzano le funzioni fisiologiche e le abilità senso motorie come: attività motoria, capacità visiva, tempo di reazione, esecuzione di compiti di attenzione diversi. Inoltre, esse influenzano le funzioni cognitive come: emozioni e umore, memoria, apprendimento, prestazioni intellettuali. A qualsiasi di

queste conseguenze negative segue una riduzione del livello delle prestazioni lavorative (Shahandeh, 1985).

Nella letteratura scientifica, gli ostacoli del ritorno nel mondo del lavoro sono stati suddivisi in barriere strutturali e barriere personali. Le prime comprendono: le caratteristiche del contesto di vita dell'individuo; i fenomeni sociali di stigmatizzazione e discriminazione; le caratteristiche della struttura riabilitativa. Nelle barriere personali rientrano invece i seguenti elementi: livello di istruzione e precedenti esperienze lavorative; livello di *hard skills* e *soft skills*; stato di salute mentale; precedente coinvolgimento con il mondo della giustizia penale; durata del trattamento; livello di motivazione; caratteristiche demografiche (Dunigan et al, 2013; Sumnall, Brotherhood, 2012; Zanis et al, 2001). Tuttavia, questa distinzione teorica presenta dei limiti. Nella realtà, infatti, vi è una forte interazione tra barriere strutturali e personali tale per cui alcuni ostacoli individuali possono essere causati o alimentati da barriere a livello strutturale, e viceversa. A livello pratico, questo implica che ogni intervento di reinserimento sociale deve coinvolgere il livello individuale e quello strutturale contemporaneamente, in un'ottica di approccio globale alla persona. Inoltre, se il percorso di un soggetto è caratterizzato dalla presenza di più svantaggi insieme, la sua situazione peggiora come, ad esempio, nel caso in cui ad una persona con Disturbo da Uso di Sostanze, e in difficoltà occupazionali, venga diagnosticata una malattia mentale grave (Sumnall, Brotherhood, 2012).

Nei paragrafi che seguono verranno approfonditi gli ostacoli che le persone con Disturbo da Uso di Sostanze devono affrontare nel loro percorso di reinserimento lavorativo: in primo luogo verranno illustrate le barriere strutturali, successivamente quelle individuali.

2.1 Barriere strutturali

2.1.1 Il contesto di vita del soggetto

Ogni soggetto vive all'interno di un preciso contesto economico il quale influenza molteplici dimensioni della vita. In particolare, a un determinato contesto economico consegue un preciso livello di disponibilità di posti di lavoro. Di conseguenza, ad una maggiore stabilità economica nazionale corrisponde una maggiore disponibilità di posti

di lavoro - il che equivale ad un tasso di disoccupazione minore - e quindi a più possibilità di essere assunti (Dunigan et al, 2013; Magura et al, 2004; Sumnall, Brotherhood, 2012). A tal proposito, lo studio realizzato da Zanis e colleghi (2001) ha evidenziato che i risultati occupazionali dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze sono influenzati dalla situazione economica della nazione. Infatti, la maggior parte dei partecipanti allo studio ha identificato come ostacolo principale all'occupazione la mancanza di posti di lavoro disponibili (il tasso di disoccupazione variava da 4 all'8%).

Analogamente anche la posizione geografica sembra influire nei risultati occupazionali. La fase della ricerca di lavoro può essere complessa se la zona di residenza dell'individuo offre scarse opportunità di occupazione, in termini di attività lavorative presenti nel territorio, o di carriera (Wilson, Eckardt, 2000 citati in Sigurdsson et al, 2012).

Inoltre, l'ambiente di vita del soggetto può costituire una barriera all'occupazione in relazione alla disponibilità di mezzi di trasporto. La possibilità di spostamento in autonomia, sia nel momento della ricerca che del mantenimento dell'impiego, può influire sul percorso occupazionale. Ad esempio, una carenza di mezzi di trasporto nelle zone rurali limita la possibilità di spostamento per raggiungere il luogo di lavoro in città (Sumnall, Brotherhood, 2012).

Un'ulteriore caratteristica ambientale che può influire sul successo occupazione riguarda la disponibilità di servizi di assistenza all'infanzia. Nel caso in cui una persona con Disturbo da Uso di Sostanze ricopra il ruolo di genitore, la mancanza o la scarsa disponibilità di servizi dedicati all'infanzia possono limitare la ricerca e il mantenimento di un'attività lavorativa, a fronte della necessità di dedicare il proprio tempo alla crescita dei figli (Sumnall, Brotherhood, 2012).

Altrettanto rilevante, a livello di contesto, risulta essere la condizione abitativa. La mancanza di un alloggio sicuro a cui far ritorno, rende ancora più complesso riuscire a sostenere un'occupazione. A tal proposito, Sumnall e Brotherhood (2012), analizzando i dati dell'Unione Europea (ricavati dal *Statistical bulletin – EMCDDA (European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction)*) evidenziano come l'8% di tutti i soggetti in trattamento in regime ambulatoriale vivevano in alloggi instabili.

Le caratteristiche di contesto qui illustrate possono costituire un ostacolo al lavoro per tutti i soggetti, non solo per quelli con Disturbo da Uso di Sostanze. Tuttavia, il fatto che, molto spesso, per i soggetti tossicomani gli ostacoli ambientali sono

contemporaneamente accompagnati da altre barriere amplifica le loro difficoltà occupazionali (Sumnall, Brotherhood, 2012).

In conclusione, queste rilevazioni sottolineano che il percorso verso l'occupazione deve rientrare in una molteplicità di interventi, come, ad esempio, il sostegno abitativo, affinché l'attività lavorativa possa essere mantenuta nel tempo (Sumnall, Brotherhood, 2012).

2.1.2 La stigmatizzazione e la discriminazione

L'analisi delle barriere che i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze sperimentano nel loro percorso di reinserimento lavorativo non può non tenere conto della cornice sociale entro cui vive ogni persona. I processi sociali di stigmatizzazione e discriminazione, derivanti dalla condizione di dipendenza, costituiscono un importante ostacolo nel raggiungimento di un impiego (Sumnall, Brotherhood, 2012; Eddie et al, 2020).

Il termine stigma, secondo Goffman, fa riferimento ad un attributo profondamente screditante. È importante sottolineare che lo stigma non è una caratteristica di per sé ma che assume significato in relazione al contesto e quindi alle relazioni sociali (Goffman, Bontempi, 2018). Il processo di discriminazione, invece, fa riferimento all'attuazione di un comportamento non paritario nei confronti di un individuo o di un gruppo. La discriminazione si sviluppa dal pregiudizio, il quale, nella psicologia sociale, è definito come un atteggiamento negativo basato sull'appartenenza a un determinato gruppo sociale (Zamperini, 2002).

Molteplici studi si sono occupati dell'analisi delle esperienze di stigmatizzazione a cui sono soggetti le persone con Disturbo da Uso di Sostanze e delle loro conseguenze sullo stato di salute mentale e fisico (Ahern et al, 2006; Birtel et al, 2017; Matsumoto et al, 2021). Esperienze di stigmatizzazione influenzano negativamente la salute mentale, infatti, ad alti livelli di stigma percepito è stato associato: uno stigma interiorizzato più elevato, minore autostima, maggiore ansia e depressione, diminuzione del sonno (Birtel et al, 2017).

Inoltre, a tali fenomeni possono seguire episodi di esclusione che possono portare a risultati estremi: vi sono dati che dimostrano che i soggetti tossicodipendenti emarginati rischiano di morire in un'età più bassa rispetto a quella del resto della popolazione e che

le persone socialmente emarginate godono di condizioni di salute fisica e psicosociale più precarie (Bjerge et al, 2020).

Il recente studio realizzato da Matsumoto e colleghi (2021) ha esaminato le esperienze di stigma e discriminazione percepite su un campione di 240 donne in trattamento per abuso di sostanze stupefacenti a Boston, nel Massachusetts. In particolare, la ricerca si è concentrata su due aspetti dello stigma: la svalutazione (stigma della svalutazione), la discriminazione e la loro associazione con lo stato di salute mentale. I risultati emersi indicano che le esperienze di stigma e discriminazione auto-percepite sono associate a molteplici esiti negativi sulla salute individuale: significativa è stata la relazione tra stigmatizzazione e sentimenti di rifiuto e alienazione con sintomi depressivi. In particolare, ad una maggiore frequenza di esperienze di discriminazione corrisponde una maggiore gravità dei sintomi di salute mentale e di Disturbo Post Traumatico da Stress. Inoltre, è emerso che le persone con Disturbo da Uso di Sostanze sperimentano più di altri gruppi sociali episodi di stigma e discriminazione. Come illustrato nella figura 1, effettuando un confronto tra i vari domini da cui possono svilupparsi comportamenti di stigmatizzazione e discriminazione pubblica, quello basato sul consumo di droga è risultato essere il più saliente. L'uso di sostanze è stato indentificato dalla maggior parte delle partecipanti allo studio come la fonte più diffusa di stigma di svalutazione e come la causa primaria delle proprie esperienze di discriminazione.

	Endorsement frequency of reasons for discrimination across nine items in the EDS (N.= 237)	
Ancestry and national origin	61	3.6
Gender	135	7.5
Race and ethnicity	246	14.5
Sexual orientation	41	2.4
Education and income level	163	9.6
Physical disability	33	1.9
Language	59	3.5
Alcohol and/or drug use	455	26.8
Neighborhood of residency	158	9.3
Having less money	151	8.9
Mental health difficulties	141	8.3
Use of mental health services	58	3.4

Fig.1: Approvazione di ogni tipo di stigma di svalutazione. Colonna 1: N che approva. Colonna 2: % approvazioni. Stigma associato all'utilizzo di sostanze: N che approvano 455, % di approvazioni 26.8.

Una possibile spiegazione del maggior impatto della condizione di dipendenza, rispetto ad altri fattori, nel determinare esperienze di discriminazione, è collegata al fatto che l'utilizzo di sostanze stupefacenti è inquadrato come una questione morale e criminale o come la conseguenza di una mancanza di controllo. La visione dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze attraverso queste chiavi di lettura porta ad un grado di disapprovazione sociale elevato e all'assunzione di atteggiamenti maggiormente negativi nei loro confronti (Ahern et al, 2006; Livingston et al, 2012). Tali comportamenti si manifestano anche nel momento in cui una persona con un Disturbo da Uso di Sostanze stupefacenti, che abbia in corso o concluso un trattamento riabilitativo, tenta di reinserirsi nel mondo del lavoro (Bilban et al, 2008; Sumnall, Brotherhood, 2012).

La stigmatizzazione attribuita ai soggetti che abusano di sostanze diventa particolarmente saliente nel momento in cui avviene il contatto con i potenziali datori di lavoro. Infatti, il loro pregiudizio nei confronti delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze passato o attuale costituisce un ostacolo diffuso e difficile da superare. Alcuni datori di lavoro hanno affermato di percepire gli (ex) consumatori di sostanze come persone "problematiche" piuttosto che "con problemi". A conferma di ciò è stato rilevato come il 15-23% degli episodi di perdita di lavoro, tra gli ex consumatori di sostanze, siano causati dallo stigma che i titolari attribuiscono loro (Sumnall, Brotherhood, 2012).

I possibili rischi che i titolari associano all'assunzione di ex consumatori di sostanze sono correlati alla gestione del consumo della sostanza (temono che il dipendente si presenti sotto effetto di sostanze), alla reputazione dell'azienda e al possibile rischio in cui potrebbero incorrere i colleghi o i clienti (Sumnall, Brotherhood, 2012).

Le persone con un passato di dipendenza, consapevoli del peso dello stigma attribuito loro, potrebbero, per ottenere il posto di lavoro, non dichiarare ai datori di lavoro di essere stati consumatori di sostanze (Bilban et al, 2008). A tal proposito, Lidz e colleghi (2004) hanno rilevato come uno degli ostacoli più difficili da affrontare sul luogo di lavoro sia quello di dover dare spiegazioni sul proprio passato di uso di sostanze, o di attività criminale/incarcerazioni connesse all'abuso. Non dichiarare il proprio passato o raccontarne uno non veritiero potrebbe essere visto dal datore di lavoro, qualora ne venisse a conoscenza, come una volontaria omissione a cui potrebbero seguire azioni disciplinari, fino ad arrivare al licenziamento (Sumnall, Brotherhood, 2012).

Lo stigma attribuito al mondo della dipendenza da sostanze è di tale rilievo da essere stato oggetto della Relazione annuale del Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia relativa al 2021. In particolare, il Dipartimento per le Politiche Antidroga e le discussioni avvenute durante la VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze hanno sottolineato la necessità di attuare iniziative volte a superare lo stigma che caratterizza le persone con Disturbo da Uso di Sostanze, al fine di favorire un reale reinserimento sociale (Dipartimento per le politiche antidroga, 2022).

2.1.3 Le caratteristiche della struttura

Nella maggior parte dei casi le persone con Disturbo da Uso di Sostanze frequentano una struttura in cui hanno in corso un percorso riabilitativo. Il programma di recupero può prevedere un esclusivo trattamento farmacologico o la possibilità di un'integrazione di tipo sociale. Quindi, l'influenza della struttura nel percorso di reinserimento lavorativo può essere declinata in termini di servizi offerti.

La necessità di frequentare quotidianamente una struttura per l'assunzione della terapia farmacologica può essere incompatibile con l'orario di lavoro, rendendo difficoltosa la gestione e il rispetto di entrambi gli impegni (Sumnall, Brotherhood, 2012; Zanis et al, 2001).

Nella letteratura vi sono prove del fatto che abbinare al trattamento per abuso da uso di sostanze un percorso di sostegno professionale sia positivamente collegato ai successivi risultati occupazionali e ad un aumento del guadagno mensile. Uno studio realizzato da Luchansky e colleghi (2000)⁴ ha analizzato, in un periodo di *follow-up* di 4 anni, la relazione tra i risultati occupazionali e la tipologia di trattamento. I dati ottenuti hanno evidenziato che i partecipanti che avevano terminato il proprio piano di trattamento, e che avevano anche ricevuto un sostegno professionale, mostravano tassi di guadagno maggiori rispetto alle persone che avevano solamente completato il trattamento. In particolare, coloro che avevano ricevuto e completato il servizio di sostegno professionale ottenevano in media 138\$ in più al mese rispetto a coloro che avevano completato solamente il trattamento farmacologico ed erano occupati. Il sostegno professionale era subordinato al completamento del trattamento farmacologico e consisteva in un

⁴ Studio realizzato su un campione di 1128 adulti dello stato di Washington che sono entrati nel programma di trattamento Alcohol and Drug Treatment and Support Act tra la fine del 1989 e l'inizio del 1990.

programma della durata di circa 2-3 mesi. Il programma prevedeva una valutazione delle competenze e una formazione intensiva delle abilità utili per la ricerca di lavoro.

La necessità di integrare ad un trattamento farmacologico uno sostegno professionale è motivata da due ragioni: 1. le persone con Disturbo da Uso di Sostanze sono strutturalmente più svantaggiate nella ricerca di lavoro; 2. spesso queste persone mostrano una carenza di competenze trasversali e specifiche connessa a bassi livelli di istruzione ed esperienza lavorativa. Tali competenze, come verrà successivamente illustrato, risultano indispensabili nel mondo del lavoro, soprattutto nel contesto attuale.

Un ulteriore studio che ha analizzato le caratteristiche delle strutture accoglienti in termini di tipologia di servizio offerto è stato realizzato da Dunigan e colleghi (2013)⁵. Sulla base dei risultati ottenuti è emerso che i soggetti in trattamento presso strutture il cui obiettivo primario era quello di raggiungere uno stile di vita *drug free* avevano maggiori possibilità di un impiego futuro rispetto a servizi che, ad esempio, fornivano anche assistenza mentale. Inoltre, è emerso che la presenza di una percentuale maggiore di soggetti che riferiscono di essere impiegati all'inizio del trattamento può favorire l'assunzione post-trattamento di altri individui all'interno della struttura, attraverso il networking. Tuttavia, è possibile che le opportunità lavorative si limitino al territorio circostante la struttura.

In conclusione, le caratteristiche della struttura, soprattutto in termini di servizi offerti, hanno la possibilità di influenzare le traiettorie occupazionali delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze. Ciò implica che, nel momento in cui si progettano interventi di inserimento lavorativo, è necessario considerare le caratteristiche delle strutture accoglienti.

2.2 Barriere individuali

2.2.1 Il livello di istruzione e l'esperienza lavorativa precedente

L'istruzione è un fattore determinante nello sviluppo del benessere sociale ed economico, sia a livello individuale che per l'intera società. Il livello di istruzione e la tipologia di

⁵ Studio realizzato su un campione di 7570 adulti dello Stato di Washington di età pari o superiore a 21 anni che hanno ricevuto un trattamento per disturbi da uso di sostanze finanziato con fondi pubblici nel corso del 2008. analizzati al termine del trattamento: occupazione, ore lavorate e salario.

istituto frequentato sono stati associati ai risultati occupazionali delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze. In particolare, un maggior livello di istruzione è connesso a più probabilità di impiego al termine del trattamento di recupero (Dunigan et al, 2013; Sigurdsson et al, 2012).

Un livello di istruzione elevato è associato ad una maggiore quantità di opportunità lavorative e a più probabilità di accedere a occupazioni meno intense dal punto di vista fisico. Spesso, l'abuso di sostanze conduce a danni a livello di salute che potrebbero essere alimentati da occupazioni particolarmente impegnative a livello fisico. Di conseguenza accedere a impieghi fisicamente meno intensi potrebbe ridurre il rischio di disoccupazione causato da danni fisici o di salute (Eddie et al, 2020).

La relazione tra il livello di istruzione e il successivo impiego tra le persone con Disturbo da Uso di Sostanze è stata analizzata nello studio realizzato da Eddie e colleghi (2020)⁶. I risultati emersi hanno evidenziato che, tra i partecipanti, coloro che possedevano un diploma di scuola superiore avevano il 54% di possibilità in meno di essere impiegati rispetto a coloro che possedevano un diploma universitario. Inoltre, i dati ottenuti hanno mostrato che i soggetti che avevano meno di un diploma di scuola superiore avevano il 79% di probabilità in meno di essere impiegati rispetto a coloro che possedevano una laurea.

Sumnall e Brotherhood (2012) hanno confrontato il livello di istruzione della popolazione con Disturbo da Uso di Sostanze con quello della popolazione generale utilizzando i dati del *Statistical bulletin – EMCDDA (European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction)*. I risultati ottenuti evidenziano una notevole disparità tra i livelli di istruzione dei due gruppi all'interno dei paesi europei. Infatti, i tassi di istruzione delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze sono costantemente inferiori. Come illustrato nella figura 2, il 37% dei pazienti che hanno iniziato un trattamento in regime ambulatoriale nel 2009 ha completato solamente l'istruzione primaria e il 2% non ha raggiunto nemmeno questo livello.

⁶ Studio realizzato su un campione di 2002 adulti negli USA che hanno portato a termine un percorso di riabilitazione per disturbo di uso di sostanze. Lo studio ha: 1. Confrontato lo status occupazionale del campione con un gruppo rappresentativo di adulti statunitensi; 2. Analizzato l'impatto delle differenze demografiche del campione nello status occupazionale; 3. Analizzato l'associazione tra differenze demografiche e qualità della vita.

Labour status	
Regular employment	29.9
Pupil/student	7.6
Economically inactive	10.7
Unemployed	45.2
Other	6.5
Status known (n)	319 733
Status not known	57 305

Fig. 2: Condizione lavorativa in % di tutti i soggetti che hanno iniziato un trattamento ambulatoriale nel 2009. Fonte dati: UE – EMCDDA 2011 (Statistical bulletin).

Per quanto riguarda l'esperienza lavorativa precedente, essere stati occupati prima dell'inizio del trattamento, o al suo inizio, è stato rilevato essere uno dei più forti predittori dell'assunzione post-trattamento (Dunigan et al, 2013). In particolare, nello studio realizzato da Arria (203) è emerso che essere impiegati nell'anno precedente l'inizio del percorso di trattamento, è associato a maggiori probabilità di raggiungere un impegno successivo, così come è stata riscontrata un'associazione tra il guadagno precedente e quello futuro. Un ulteriore studio che ha analizzato l'influenza della precedente esperienza lavorativa nei risultati occupazionali futuri è stato realizzato da Hogue e colleghi (2010). La ricerca ha evidenziato come, sia per il gruppo di donne che per quello di uomini, uno dei predittori più forti del raggiungimento di un'occupazione era rappresentato dall'aver avuto un'esperienza lavorativa nei tre anni precedenti l'inizio del trattamento di riabilitazione.

Per concludere, il livello di istruzione e l'esperienza lavorativa precedente sono di tale rilevanza poiché permettono al soggetto di sviluppare competenze specifiche e trasversali, ossia *hard skill* e *soft skill*, capacità indispensabili nel mondo del lavoro.

2.2.2 Le *hard skill* e le *soft skill*

Il percorso di formazione scolastica e lavorativa è associato all'acquisizione di differenti competenze. Tra queste troviamo le *hard skill*, ossia competenze professionali tecniche e specifiche di una determinata professione, ad esempio l'utilizzo di uno specifico

strumento o macchinario. Le *hard skills* comprendono inoltre abilità generali che possono essere applicate a diverse professioni come, ad esempio, le abilità legate all'informatica e all'uso della tecnologia.

Nel contesto attuale le abilità informatiche e tecnologiche risultano essere particolarmente rilevanti durante i percorsi lavorativi, a partire dalla ricerca di lavoro. Spesso, le offerte di lavoro sono pubblicizzate su piattaforme digitali dedicate o sui siti web dell'azienda. Conseguentemente, una scarsa conoscenza del mondo dell'informatica potrebbe rappresentare un fattore di esclusione automatica nella fase di ricerca di un impiego.

Lo studio realizzato da Sigurdsson e colleghi (2012) ha sottolineato la rilevanza delle abilità informatiche e tecnologiche nel percorso di ricerca di lavoro di soggetti dipendenti da oppioidi.⁷ I risultati ottenuti hanno dimostrato che, indipendentemente dal fatto che il lavoro sia nel settore dell'informatica o meno, ad un livello maggiore di competenze informatiche corrisponde un ingresso più rapido nel mondo del lavoro e un guadagno più elevato. Inoltre, dopo aver confrontato i livelli di competenze informatiche e tecnologiche tra la popolazione generale e quella con Disturbo da Uso di Sostanze in cerca di lavoro è emerso che il secondo gruppo manifestava un livello di conoscenza informatica minore. Dai risultati ottenuti è inoltre emerso che bassi livelli di competenze informatiche e tecnologiche sono associati all'età: come illustrato nella figura 3, all'aumentare dell'età dei soggetti diminuisce il loro livello di conoscenza informatica.

⁷ Studio realizzato su un campione di 29 soggetti di età compresa tra i 18 e i 65 anni, disoccupati da almeno 30 giorni, dipendenti da oppioidi e che non avevano in atto un trattamento con metadone. Lo studio ha valutato le conoscenze informatiche e tecnologiche del campione confrontato i dati ottenuti con i livelli di conoscenza delle persone in cerca di lavoro nella popolazione generale, esaminando inoltre possibili predittori del livello di conoscenza informatica.

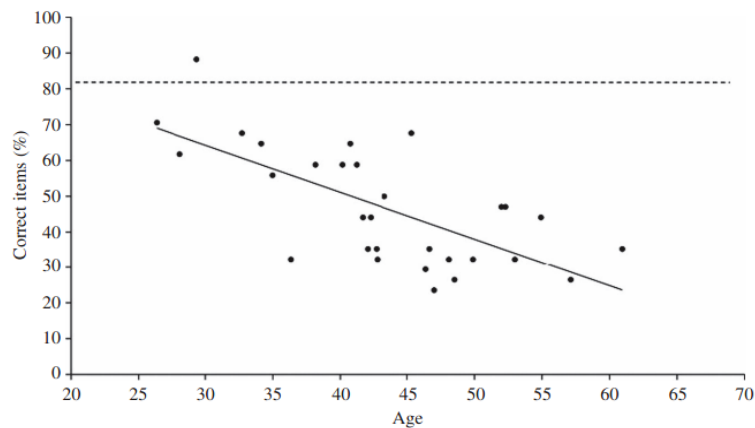


Fig. 3: Grafico a dispersione che illustra la relazione tra la percentuale di risposte corrette nei test di informatica e l'età dei partecipanti.

Lo studio presentato riprende il concetto precedentemente espresso secondo cui le barriere all'occupazione interagiscono e si influenzano tra loro. In questo caso, il contesto lavorativo attuale, a seguito di uno sviluppo rapido ed esponenziale della tecnologia, richiede, per l'ingresso nel mondo del lavoro, la presenza di competenze informatiche. Tuttavia, si evidenzia che nelle persone più anziane vi sia una minore presenza di tali capacità. Tale fenomeno potrebbe essere spiegato dal fatto che le persone anziane incontrano maggiori difficoltà nell'acquisizione di tali capacità, rispetto alle persone più giovani, a causa di un minor contatto con il mondo dell'informatica.

Le persone con Disturbo da Uso di Sostanze possono inoltre avere bassi livelli di *soft skill*, ossia competenze trasversali. Le *soft skill* possono essere definite dall'insieme delle abilità interpersonali e dalle caratteristiche personali non specifiche di una determinata professione in quanto il loro sviluppo avviene con la pratica. Alcune competenze trasversali sono ad esempio: la capacità di instaurare un rapporto positivo con il datore di lavoro e i colleghi; la capacità essere in grado di lavorare in gruppo; saper chiedere aiuto nel momento in cui ci si trova in una situazione di difficoltà; saper comunicare in modo chiaro e professionale e riuscire ad assumere il punto di vista altrui. Non a caso, nello studio realizzato da Lidz e colleghi (2004) è stato enfatizzato l'aspetto delle capacità interpersonali. Lo scopo della ricerca era quello di valutare i risultati occupazionali (a 6 e 12 mesi di *follow-up*) di 417 partecipanti in trattamento con metadone, che sono stati assegnati a tre programmi pre-professionali. In tutti i programmi l'attenzione era posta su

abilità quali: essere puntuali nell'arrivo al lavoro; accettare le direttive del datore di lavoro; collaborare con i colleghi; relazionarsi educatamente con i clienti e agire in modo responsabile nell'interesse dell'azienda.

Riassumendo, le qualifiche e le competenze, derivanti dal percorso di istruzione e formazione professionale, risultano essere indispensabili per ottenere e mantenere un'occupazione in un mercato del lavoro che, attualmente, si mostra sempre più competitivo ed esigente. Conseguentemente, i programmi e gli interventi di reinserimento lavorativo non possono non tenere in considerazione questi fattori. Ciò significa che le politiche sociali devono offrire progetti che promuovano l'acquisizione di strategie di: ricerca di lavoro, aumento dell'autoefficacia, sviluppo di competenze trasversali a vari ambiti di lavoro (ad esempio: gestione del tempo, capacità di comunicazione e presentazione). A questi percorsi deve poi essere integrata anche una formazione specifica per particolari ambiti di occupazione (Sumnall, Brotherhood, 2012; Sigurdsson et al, 2012).

2.2.3 La durata del trattamento

Le ricerche che si sono occupate dell'analisi degli ostacoli del reinserimento lavorativo delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze hanno evidenziato come tra questi vi siano alcune caratteristiche del trattamento. Tali caratteristiche, secondo Arria (2003), sono risultate essere la durata del trattamento e il suo completamento.

La durata del trattamento e il suo completamento rientrano, a livello teorico, nelle barriere individuali in quanto connessi a fattori personali. Tuttavia, è importante sottolineare come vi sia un'interazione tra fattori personali e caratteristiche della struttura (Prangley et al, 2018).

Prangley e colleghi (2018) hanno analizzato le ragioni di abbandono anticipato da un trattamento riabilitativo in una Comunità Terapeutica in Australia.⁸ Innanzitutto, è stato necessario analizzare le ragioni per cui è avvenuto l'ingresso in struttura. Sono emerse tre

⁸ Studio realizzato su un campione di attraverso 13 partecipanti (7 maschi e 6 femmine, fascia di età 31-36 con un'età media di 44 anni) che hanno abbandonato anticipatamente un programma terapeutico. Lo studio è stato realizzato attraverso interviste semi-strutturate telefoniche (da 15 a 39 minuti) da ottobre 2017 a dicembre 2017.

principali dimensioni legate alla scelta di intraprendere un percorso di recupero: le relazioni interpersonali, la condizione lavorativa pre-programma e fattori legati al vissuto personale. Collegate a queste, le ragioni del ritiro anticipato indentificate dai ricercatori sono state: caratteristiche del programma, relazioni durante l'inserimento in struttura e pianificazione del futuro impiego.

Il ruolo delle relazioni nel successo di un trattamento riabilitativo è molto complesso: esse possono avere sia effetti positivi che negativi. Le relazioni familiari possono essere lo stimolo ad iniziare un programma, ma possono anche essere la ragione per cui avviene un'interruzione anticipata. Allo stesso modo, le relazioni che si instaurano con il personale, e gli altri membri della struttura, possono influenzare la decisione di continuare o interrompere un trattamento riabilitativo.

La condizione lavorativa pre-programma ha influito la scelta di intraprendere un programma in relazione alla difficoltà a ottenere e mantenere un posto di lavoro a causa dell'uso di sostanze. Per altri invece, la tipologia e il luogo di lavoro (ad esempio: pub, bar, aree isolate) favorivano l'abuso di sostanze. L'impiego lavorativo ha influito sull'uscita anticipata dal programma in due modi: per alcuni soggetti il lavoro era una condizione a cui far ritorno, per altri l'impiego era un desiderio che i partecipanti, in quel momento, sentivano di essere in grado di realizzare.

Tra i fattori legati al vissuto personale, comune è stato un passato di traumi infantili, abusi e isolamento. In relazione a ciò, la decisione di intraprendere un percorso riabilitativo è stata presa a fronte della necessità di cambiare la propria vita. Analogamente, un alto livello di motivazione a fare cambiamenti positivi ha influenzato la decisione di abbandonare anticipatamente il programma.

Per quanto riguarda le caratteristiche del programma della Comunità, alcuni partecipanti hanno riferito che tra i motivi che li hanno spinti a lasciare il trattamento anticipatamente vi erano: le regole (essere isolati dal mondo esterno, stare tutto il giorno con i compagni della comunità), l'intensità (condividere i propri traumi) e la durata del programma. Al contrario, altri partecipanti hanno individuato in queste caratteristiche lo stimolo per proseguire il programma terapeutico.

Nonostante l'abbandono anticipato, i partecipanti hanno riconosciuto il ruolo positivo del programma per averli sostenuti nello sviluppo delle competenze necessarie per ottenere e mantenere l'occupazione (o lo studio). Rappresentativo di ciò è quanto espresso da due

partecipanti: *“I wouldn’t have been able to get this job without having gone through the -Therapeutic communities program-“ e “They may have lost me for 6 months but they’ve actually got a better employee”*. Analogamente, i partecipanti hanno dichiarato un miglioramento del proprio stato di salute mentale e fisico e della capacità di ascoltare sé stessi (riconoscere i segnali di una possibile ricaduta nella sostanza) e gli altri. Inoltre, a conferma della relazione tra occupazione e riduzione dell’uso di sostanze (Brown, Montoya, 2009), alcuni partecipanti hanno dichiarato che il fatto di essere occupati ha contribuito a mantenere l’astinenza, ad esempio: *“If I’m busy and being productive I’m not likely to smoke pot”*.

Lo studio realizzato da Arria (2003), invece, ha esaminato la relazione tra la durata del trattamento e l’impiego e il salario ottenuti nell’anno successivo alla conclusione del programma. I dati ottenuti sono poi stati confrontati in tre stati: Baltimore City, Washington State e Oklahoma. Nel complesso, i soggetti coinvolti sono stati 20.495. I dati ottenuti evidenziano due aspetti. In primo luogo, come rappresentato nelle figure 4 e 5, è emerso che i pazienti che avevano portato a termine il trattamento avevano dal 22% al 49% di possibilità in più di ottenere un impiego nell’anno successivo al trattamento e guadagni più elevati del 15-35%, rispetto a coloro che non lo avevano concluso. In secondo luogo, tra i soggetti che hanno partecipato al trattamento per più di 90 giorni è stata rilevata una probabilità maggiore del 22-43% di essere impiegati nell’anno successivo.

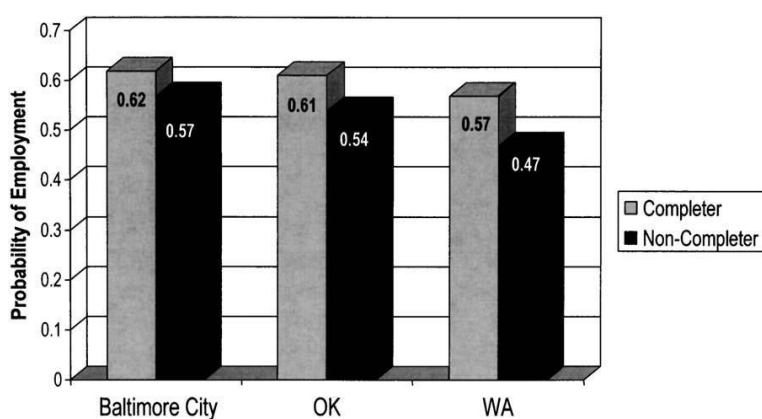


Fig.4 Confronto tra soggetti che hanno terminato il trattamento e non con la probabilità di ottenere un impiego post-trattamento.

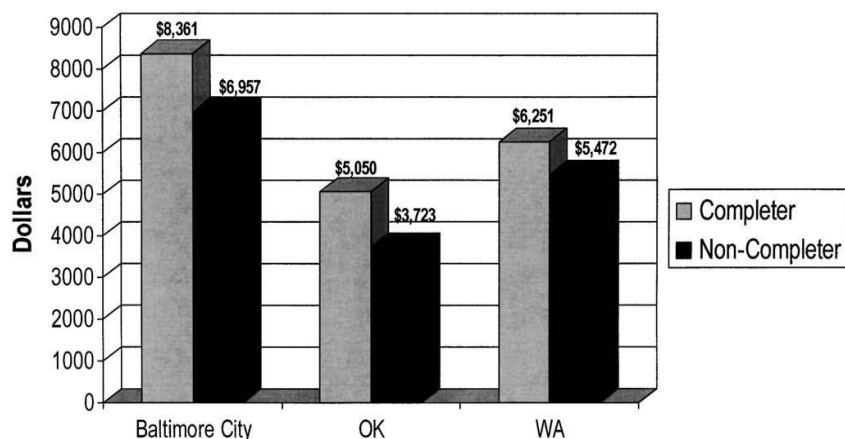


Fig.5 Confronto tra soggetti che hanno terminato il trattamento e non sui salari medi post-trattamento.

Nonostante questo studio non abbia indagato sulle caratteristiche del trattamento (ad esempio: quantità di ore in cui è avvenuto il contatto o la gravità della dipendenza), i dati ottenuti suggeriscono che il fatto di frequentare un percorso di trattamento più a lungo e portarlo a termine sia associato a risultati occupazionali più positivi.

2.2.4 Il precedente coinvolgimento con la giustizia penale

La Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia ha esaminato, tra le varie tematiche, la relazione tra condizione di dipendenza e coinvolgimento con il mondo della giustizia. I detenuti con problemi droga-correlati presenti negli istituti penitenziari alla data del 31.01.2021 erano 15.244, ossia il 28% di tutti i soggetti in stato detentivo. Di questi il 97% era di genere maschile e il 33% era di nazionalità straniera. Nel corso del 2021, i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze che sono stati incarcerati sono stati 13.099, corrispondenti al 36% dei nuovi ingressi totali (36.539) (Dipartimento per le politiche antidroga, 2022). A fronte di questi dati, e del fatto che le persone con Disturbo da Uso di Sostanze hanno maggiori probabilità di incorrere in attività illecite (DeBeck et al, 2011), è possibile affermare che questo gruppo della popolazione abbia una maggiore probabilità di venire a contatto con il mondo della giustizia penale.

Nella letteratura è noto come qualsiasi sanzione che limiti la libertà individuale abbia conseguenze negative su varie dimensioni dell'individuo, tra le quali l'accesso al mondo del lavoro (Apel, Sweeten, 2010; Bäckman et al, 2018; Pager, 2003). I meccanismi proposti per spiegare tale fenomeno sono molteplici.

Innanzitutto, alle sanzioni penali consegue uno stigma che può influenzare negativamente i datori di lavoro. Nel momento di una possibile assunzione, lo stigma associato alla condizione di ex-detenuti trasmette un segnale sul tipo di dipendente che il soggetto potrebbe essere: il datore di lavoro potrebbe percepire tali soggetti come lavoratori non validi e che per questo non vale la pena assumere (Apel, Sweeten, 2010; Bäckman et al, 2018; Pager, 2003). È stato illustrato in precedenza che alla condizione di Disturbo da Uso di Sostanze segue un processo di stigmatizzazione: conseguentemente, se l'incarcerazione è accompagnata da una diagnosi di abuso di sostanze, la persona subisce una doppia stigmatizzazione. Ciò rende l'esperienza di stigmatizzazione particolarmente intensa e negativa.

Secondo la proposta di Apel e Sweeten (2010), le difficoltà che gli ex-detenuti incontrano nel mondo del lavoro non sono collegate al fatto di essere stati incarcerate ma al fatto di essere stati per lungo tempo distanti dal mondo del lavoro. In altri termini, la non occupazione è causata dalla mancanza di partecipazione alla forza lavoro, piuttosto che dalla disoccupazione. I risultati dello studio realizzato dai ricercatori mostrano che molti dei partecipanti non occupati non hanno avuto difficoltà nella ricerca lavoro: piuttosto, non lo stavano cercando. Il distacco dal mondo del lavoro per un periodo prolungato porta a conseguenze nella ricerca lavoro e nello sviluppo di capitale umano. Al contrario, Pager (2003) sostiene che vi è una relazione causale diretta tra precedenti penali e risultati occupazionali: il semplice contatto con la giustizia penale limita le opportunità di lavoro future. Analogamente, Bäckman e colleghi (2018) affermano che l'incarcerazione produce effetti occupazionali negativi per i soggetti che prima di essere condannati avevano legami con il mondo del lavoro, dato che la detenzione comporta un indebolimento del legame individuo-società.

Apel e Sweeten (2010) propongono due possibili spiegazioni alla mancanza di ricerca lavoro da parte degli ex-detenuti. In primo luogo, il distacco dal mondo del lavoro può riflettersi in un sentimento di scoraggiamento: gli ex-detenuti, consapevoli del fatto di avere poche possibilità di accesso ad un impiego retribuito, non impiegano il loro tempo

per individuarne uno nel momento in cui fanno ritorno nella società. Oppure, è possibile che gli ex-detenuti, dato il loro livello di istruzione e le esperienze lavorative precedenti, abbiano aspettative ottimistiche (irrealistiche) sul loro potenziale impiego e guadagno. Di conseguenza non si impegnano nella ricerca di un'occupazione in quanto le opportunità del mercato del lavoro non appaiono sufficientemente desiderabili.

Oltre a ciò, il distacco prolungato dal mondo del lavoro a cui conduce l'incarcerazione impedisce alle persone di acquisire esperienze e competenze lavorative, fattori che, come illustrato in precedenza, risultano essere di grande rilevanza per accedere al mondo del lavoro. Inoltre, così come affermano anche Bäckman e collaboratori (2018), è probabile che l'incarcerazione indebolisca esperienze formative e lavorative che già potrebbero essere scarse. Significativi di ciò sono i dati illustrati nella Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia sul titolo di studio dei detenuti con problemi droga-correlati. I dati erano disponibili per 14.917 (totale 15.244) soggetti. La maggior parte dei soggetti ha dichiarato di aver terminato la scuola secondaria di primo grado. L'8% dei detenuti ha dichiarato di non possedere nessun titolo, mentre solamente il 4,1% dei nuovi ingressi e il 3,6% dei soggetti già noti possiede un diploma universitario o post-universitario. Lo status lavorativo (prima della detenzione) è stato rilevato per 12.645 soggetti. La maggior parte delle persone ha dichiarato di essere disoccupata (48,6%) con percentuali maggiori nella popolazione femminile (60,4%), mentre il 21,6% dei soggetti ha dichiarato di svolgere un'occupazione stabile (Dipartimento per le politiche antidroga, 2022).

In conclusione, indipendentemente dalla prospettiva utilizzata per spiegare l'impatto dell'incarcerazione sui risultati occupazionali, è evidente che gli ex-detenuti affrontano maggiori problemi occupazionali rispetto alla popolazione generale.

2.2.5 Lo stato di salute mentale

La Relazione annuale del Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia ha registrato, nel 2021, almeno un disturbo psichiatrico in 8.052 pazienti con diagnosi di dipendenza, ossia il 6,2% delle persone totali in trattamento. Le patologie psichiatriche sono state identificate attraverso la classificazione ICD IX (*International Classification of Diseases - 9th revision*), come illustrato nella figura 6. Il dato ottenuto evidenzia un

leggero aumento rispetto al 2020, anno in cui i soggetti con Disturbo di Uso di Sostanze e patologia psichiatrica concomitante erano 7.445. Tuttavia, è molto probabile che i dati ottenuti (sia del 2020 che del 2021) siano sottostimati per due ragioni: 1. I servizi rilevano tali informazioni con attenzione differente; 2. La figura dello psichiatra non è presente in tutti i servizi. Nonostante ciò, i dati sono rilevanti in quanto sottolineano una correlazione tra Disturbo da Uso di Sostanze e altri disturbi psichiatrici. La doppia diagnosi aumenta la complessità della presa in carico influenzando i percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione (reinserimento lavorativo) (Dipartimento per le politiche antidroga, 2022).

	Valori %
Schizofrenia e altre psicosi funzionali	14,3
Mania e disturbi affettivi bipolari	2,2
Depressione	2,9
Sindromi nevrotiche e somatoformi	14,9
Disturbi della personalità e del comportamento	62,4
Demenze e disturbi mentali organici	0,8
Ritardo mentale	1,0
Altri disturbi psichici	1,6

Fig. 6: Percentuale per patologia psichiatrica concomitante diagnosticata tra i soggetti trattamento. Anno 2021.

Di particolare rilievo è la comorbilità tra Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (DDAI), il quale, secondo il DSM-V, rientra nei disturbi del comportamento ed è caratterizzato da diversi sintomi di disattenzione o di iperattività/impulsività che si presentano in due o più contesti, e che interferiscono con la qualità del funzionamento sociale, scolastico e lavorativo. In particolare, la relazione tra DUS E DDAI è bidirezionale: è stato rilevato un elevato tasso di DUS in soggetti con DDAI e viceversa. L'origine della comorbilità DUS-DDAI è ancora da approfondire: è possibile che vi sia una condivisione di alcuni fattori di rischio tra i due disturbi oppure che il DDAI, che solitamente insorge in giovane età, favorisca l'assunzione di sostanze a scopo auto-terapeutico (Zita, Migliarese, 2020).

Inoltre, sono state registrate delle differenze di genere connesse alla tipologia di psicopatologia correlata a DUS: nelle donne sono più comuni disturbi di personalità (borderline e istrionico), del comportamento alimentare e sindromi ansioso-depressive,

mentre negli uomini sono più frequenti disordini della condotta e disturbi della personalità (antisociale e passivo-aggressivo) (Lacatena, 2020).

In Italia, così come avviene nella maggior parte degli altri paesi, i soggetti con doppia diagnosi intraprendono due percorsi di trattamento forniti da due servizi differenti. Il Disturbo da Uso di Sostanze è di competenze dei Servizi per le Dipendenze, mentre le patologie psichiatriche sono gestite dai Centri di Salute Mentale. Questa distinzione porta spesso alla realizzazione di interventi non integrati, a cui consegue una diminuzione dell'efficacia del trattamento riabilitativo in tutte le due dimensioni (Nava et al, 2022).

I soggetti con problemi droga-correlati affetti da patologia psichiatrica hanno maggiori probabilità di affrontare ostacoli nel mondo del lavoro in quanto l'unione delle conseguenze (psichiche, fisiche e sociali) derivanti dalle due condizioni amplifica il loro impatto nei risultati occupazionali (Laudet et al, 2002; Webster et al, 2007). Laudet e collaboratori (2002) sottolineano che le persone con patologie psichiatriche spesso possiedono meno abilità lavorative e interpersonali come, ad esempio, la gestione del tempo, il controllo degli impulsi e l'auto-presentazione. Tali difficoltà risultano amplificate nei casi di doppia diagnosi.

Sia uomini che donne dipendenti da sostanze sperimentano problemi di salute mentale, tuttavia, è stato evidenziato come la comorbilità tra Disturbo di Uso di Sostanze e problemi di salute mentale è maggiore nelle donne (Molteni, 2013; Webster et al, 2007). Analogamente, anche Shahrabadi e colleghi (2020) hanno evidenziato che il genere influenza il funzionamento psicologico dei soggetti dipendenti da sostanze, registrando un tasso di depressione maggiore nelle donne. Conseguentemente, è possibile affermare che le donne dipendenti da sostanze e con problemi di salute mentale sperimentano maggiori difficoltà occupazionali degli uomini nella loro stessa condizione. Quanto rilevato dagli autori introduce un ostacolo occupazionale che verrà approfondito in seguito: la differenza di genere.

2.2.6 La motivazione

Il percorso di recupero nell'ambito delle dipendenze è molto delicato, complesso e lungo; raramente il percorso è lineare poiché i vissuti e le difficoltà da affrontare sono considerevoli. Inoltre, spesso, la motivazione dei soggetti è "intermittente" (Quercia, 2014). La motivazione, infatti, è considerata uno dei fattori chiave per il trattamento dei

comportamenti a rischio (Magura et al, 2004; Shahrabadi et al, 2020). Il termine motivazione, nonostante le molteplici definizioni offerte, viene solitamente utilizzato per riferirsi ai fattori che spingono gli individui ad agire. Tali fattori vengono suddivisi in motivi interni (biologici o psicologici) ed esterni (contesto culturale e sociale): la motivazione può essere quindi definita come il prodotto dell'interazione tra la persona e l'ambiente esterno. Conoscere i fattori che muovono le persone ad agire permette di ipotizzare le loro azioni future e, la consapevolezza delle proprie motivazioni, consente un maggior controllo del comportamento (Treccani, 1996). Analogamente, per i professionisti, la conoscenza e la comprensione dei fattori che guidano il comportamento dei soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti può essere fondamentale per progettare interventi migliori e più efficaci (German et al, 2006; Quercia, 2014; Shahrabadi et al, 2020).

L'analisi dei fattori motivazionali nei percorsi di trattamento dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze, in particolare nei programmi di reinserimento lavorativo, è un tema di cui si sono occupate un numero ridotto di studi (Hogue et al, 2010; Magura et al, 2004). Tra questi, lo studio realizzato da Zanis e colleghi (2001) ha evidenziato che un maggior livello di motivazione registrato all'inizio della ricerca, e un suo aumento durante la stessa, erano associati a risultati occupazionali migliori.

German e collaboratori (2006) hanno realizzato uno studio su un campione di 48 soggetti thailandesi, di età compresa tra i 15 e i 29 anni, con l'obiettivo di individuare i fattori che influenzano la decisione di interrompere l'assunzione di metanfetamine (MA). I risultati evidenziano che, per la maggior parte dei soggetti, la decisione è stata motivata da molteplici fattori contemporaneamente (individuali, ambientali, contestuali). Inoltre, l'intenzione di sospendere l'uso della sostanza sembrava più forte nei casi in cui l'influenza di fattori contestuali era combinata a motivazioni interne. Le differenze demografiche o regionali tra i soggetti non sono state rilevanti, come rilevato anche da Shahrabadi e colleghi (2020). Tuttavia, sono state individuate alcune differenze in base alla durata dell'utilizzo di sostanze e tra i soggetti che erano in trattamento e coloro che non lo erano (ritorna l'influenza del trattamento precedentemente descritta).

Particolarmente rilevante nella decisione di interrompere l'assunzione di MA è stato il cambiamento del rapporto con la sostanza. Il riconoscimento dell'impatto negativo dell'utilizzo di MA sul piano psicologico, fisico, sociale e sui propri progetti futuri, è

stato uno dei fattori più rilevanti della decisione di interrompere l'assunzione della sostanza. I meccanismi di riconoscimento rilevati sono stati vari. Alcuni partecipanti hanno indentificato in modo autonomo l'impatto negativo della sostanza nella loro vita; per altri, invece, è stato fondamentale il verificarsi di eventi (ad esempio: morte di un amico, arresto) esterni. Circa la totalità degli intervistati ha dichiarato di credere che la sostanza fosse controllabile e che, per questo, non avrebbe portato a conseguenze negative. A livello interazionale, i cambiamenti nella sfera familiare e relazionale hanno portato i soggetti a rivalutare le priorità della propria vita. In particolare, il grado di influenza degli altri era direttamente associato all'importanza attribuita alla relazione: più significativo era il rapporto, maggiore era l'influenza. Inoltre, significativa è stata la percezione di aiuto e sostegno da parte di familiari e amici nella decisione di interrompere l'utilizzo di MA. Tra i fattori ambientali e strutturali dichiarati come influenti dai partecipanti vi sono: le norme giuridiche in materia di sostanze stupefacenti, la difficoltà a reperire la sostanza, l'aumento del costo della sostanza, il ruolo delle forze dell'ordine, lo stigma percepito e il suo possibile impatto nella propria famiglia. La molteplicità dei fattori rilevati come influenti nella decisione di interrompere l'assunzione di MA suggerisce che è necessario utilizzare diversi approcci motivazionali durante un trattamento riabilitativo.

Si noti come, nello studio illustrato, il termine "cambiamento" venga utilizzato più volte. Non a caso, nei percorsi di reinserimento - lavorativo - dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze è la motivazione al cambiamento, piuttosto che, in questo caso, al lavoro, il fattore più rilevante (Hogue et al, 2010). Infatti, caratteristici dell'ambito delle dipendenze sono l'Approccio Motivazionale e il Modello Transteorico degli Stadi del Cambiamento (Quercia, 2014).

Secondo l'Approccio Motivazionale i fattori che influenzano la motivazione al cambiamento sono: 1. Percezione dell'importanza del cambiamento; 2. Percezione della fiducia nel riuscire a compiere tale cambiamento. Quindi, coerentemente con quanto evidenziato nello studio di German e collaboratori (2006), le persone, per poter avviare un processo di cambiamento, devono, prima di tutto, essere consapevoli del perché il cambiamento è necessario. In termini operativi questo significa che prima di parlare del *come* affrontare un cambiamento è necessario focalizzarsi sul *perché* sia necessario. Il secondo fattore che influenza la motivazione, ossia la fiducia percepita dalla persona di

riuscire a realizzare il cambiamento, è strettamente connesso alla relazione che si instaura con l'operatore. Ciò sottolinea la necessità del professionista di assumere un atteggiamento che rifletta la fiducia nella persona, nelle sue capacità, risorse e potenzialità (Quercia, 2014).

Il Modello degli Stadi del Cambiamento introdotto da Prochaska e DiClemente è costituito da cinque stadi:

1. Precontemplazione. La persona non riconosce di avere un problema che richiede un cambiamento e rifiuta di smettere ciò che sta facendo.
2. Contemplazione. La persona considera la possibilità di cambiamento e contemporaneamente lo rifiuta, trovandosi in una posizione di forte ambivalenza.
3. Determinazione. La persona si apre alla ricerca di possibili soluzioni al problema.
4. Azione. La persona si attiva concretamente per raggiungere il cambiamento.
5. Mantenimento. La persona, grazie all'aiuto dell'operatore, consolida il cambiamento raggiunto e previene possibili ricadute.

Il modello si basa sulla relazione tra livello di disponibilità al cambiamento e comportamento delle persone. Inoltre, il percorso del cambiamento non è lineare, bensì ciclico: è possibile che si verifichi una ricaduta nella sostanza o un evento particolare che riporta la persona ad uno degli stadi precedenti (Quercia, 2014).

Alla luce di quanto illustrato, è possibile affermare che ogni intervento (in questo caso di inserimento lavorativo) deve essere proposto e realizzato tenendo in considerazione il livello di motivazione/stadio del cambiamento in cui si trova la persona.

2.2.7 Le caratteristiche demografiche: l'età e il genere

Numerose ricerche, come è stato illustrato, si sono occupate dell'analisi dei risultati occupazionali dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze. Nonostante il focus di ogni ricerca sia stato differente, la quasi totalità degli studi ha considerato anche il ruolo delle differenze demografiche: in particolare di età e di genere.

I risultati emersi evidenziano che vi è una correlazione tra età e risultati occupazionali post-trattamento (Dunigan et al, 2013; Hogue et al, 2010; Sigurdson et al, 2012). Tuttavia, tali studi non hanno offerto una possibile spiegazione del fenomeno. Lo studio condotto

da Hogue e colleghi (2010) ha mostrato come un predittore significativo dell'occupazione per gli uomini fosse l'età: i partecipanti allo studio più giovani mostravano tassi di occupazione maggiore. Analogamente, nel lavoro realizzato da Sigurdsson e colleghi (2012) è emerso che i soggetti più anziani mostravano maggiori difficoltà nell'ottenere un'occupazione rispetto a persone più giovani. Al contrario, nel lavoro di Hogue e colleghi (2010), per le donne più anziane sono stati rilevati tassi di occupazione più elevati rispetto a quelle giovani. Infine, dalla ricerca di Dunigan e colleghi (2013) è emerso che essere più giovani di 45 anni era un predittore del fatto di avere un impiego al termine del trattamento per disturbo da uso di sostanze e che avere un'età compresa tra i 21 e i 25 anni era associato a meno ore di lavoro e salari inferiori rispetto agli altri occupati.

La letteratura scientifica nazionale, europea e internazionale in tema di dipendenza concorda sul fatto che il consumo di sostanze psicoattive è differente tra donne e uomini e che ciò influisce nei percorsi di recupero (Lacatena, 2020; Molteni, 2013). Le diversità esistenti tra uomo e donna nel consumo di sostanze sono sia di carattere medico (genetico, biologico) che psicosociale.

Innanzitutto, si registra un maggior consumo di sostanze psicoattive tra i maschi (50,5 milioni di segnalazioni) che tra le femmine (33 milioni di segnalazioni) (Dipartimento per le politiche antidroga, 2022). Differenze si notano anche nella tipologia di sostanze utilizzate: le donne prediligono l'utilizzo di psicofarmaci, oppiacei o alcool (sostanze sedative), solitamente in solitudine. Tale fenomeno assume significato alla luce delle ragioni sottostanti l'utilizzo di sostanze psicoattive. La letteratura sottolinea che per le donne la sostanza rappresenta un mezzo attraverso cui affrontare sentimenti di stress e ansia, connessi ad un vissuto di difficoltà. Spesso, infatti, le loro famiglie di origine sono multiproblematiche e caratterizzate da violenza fisica e abuso di droga e alcol (riconosciuti come fattori di rischio per l'abuso di sostanze in età adulta). Al contrario, gli uomini prediligono esperienze di gruppo in quanto il consumo di sostanze è motivato da curiosità, socializzazione e trasgressione (Molteni, 2013).

A livello relazionale, le tossicodipendenti sono più isolate e intrattengono relazioni con soggetti (in prevalenza uomini) che a loro volta utilizzano sostanze. Il ruolo centrale della figura maschile nell'esperienza tossicomana determina una "doppia dipendenza" (relazionale e dalla sostanza) che rende il percorso di recupero ancor più tortuoso e

complesso (*ibidem*). D'altra parte, le relazioni familiari e interpersonali, se presenti, possono influenzare positivamente la decisione di intraprendere un trattamento di recupero (Grella et al, 2005). Essere madri, ad esempio, può favorire la richiesta di aiuto, così come può disincentivarla a causa del timore di perdere la custodia dei propri figli (Lacatena, 2020; Molteni, 2013).

Le aspettative sociali connesse al ruolo di donna e madre rendono il processo di stigmatizzazione (di cui è stato illustrato l'impatto in precedenza) nei confronti delle donne tossicodipendenti d'intensità maggiore. La percezione dello stigma associato alla loro condizione e le conseguenze a esso connesso, unite ad un basso livello di autostima e di senso di auto-efficacia giustificano una richiesta di trattamento molto bassa da parte delle donne (*ibidem*). Come confermano i dati rilevati dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, le donne assistite dai Servizi per le Dipendenze nel 2021 rappresentano solo il 14,4% degli utenti totali (17.895 su 123.871) con un rapporto maschio/femmina pari a 5,9 (Dipartimento per le politiche antidroga, 2022).

Rispetto all'inizio del trattamento, le donne vi entrano dopo un periodo più breve di consumo: ciò potrebbe avvenire perché la loro dipendenza si sviluppa più rapidamente (Molteni, 2013) e con maggiori conseguenze negative (Lacatena, 2020). Inoltre, come illustrato in precedenza, le donne sviluppano più spesso degli uomini, e con una gravità maggiore, disturbi psicopatologici.

La letteratura, inoltre, evidenzia come le donne tossicodipendenti siano più spesso degli uomini: prive di un'occupazione, sottoccupate, impiegate in attività precarie o poco qualificate. A ciò consegue la percezione di un reddito inferiore. Tali caratteristiche sono in linea con le dinamiche e i modelli di genere tipici della popolazione generale (Molteni, 2013). Infatti, il mondo del lavoro, in tutti i paesi membri dell'Unione Europea, anche se in misura differente, è caratterizzato da una generale mancanza di uguaglianza di genere (Eurostat, 2022). Nel 2020, il divario occupazionale di genere⁹ registrato in Europa indicava che la percentuale di uomini occupati superava quella delle donne dell'11% (uomini 77,2%, donne 66,2%). Il divario più alto è stato registrato in Italia: gli uomini occupati superavano le occupate di 19,7 punti percentuali (uomini 71,8%, donne 52,1%)

⁹ Il divario occupazionale di genere è definito come la differenza tra i tassi occupazionali degli uomini e delle donne in età lavorativa (20-64).

(Eurostat, 2022). In particolare, in Italia, il tasso di occupazione femminile nel 2020 è diminuito (soprattutto a causa della pandemia) del 3,8%, il che equivale alla perdita di 376 mila donne occupate (per gli uomini, rispettivamente: -2,6% ossia -348 mila occupati). Nel 2021, nonostante nelle donne vi sia stata un miglioramento occupazionale maggiore rispetto agli uomini, il tasso di occupazione rimane comunque sotto la soglia del 50% (49.4%). Questi dati indicano che, in Italia, più della metà delle donne in età lavorativa non partecipa al mondo del lavoro perché inattiva, disoccupate o alla ricerca di un impiego (Istat, 2022).

Le differenze di genere nel mondo del lavoro sono connesse a due fenomeni chiamati: *sectoral gender segregation* e *occupational gender segregation*. Le donne tendono a concentrarsi in occupazioni e settori economici a bassa retribuzione, come quelli dell'istruzione e della salute (gli uomini, invece, sono più propensi a lavorare in settori più redditizi come quello finanziario e informatico) e ad avere maggiori contratti part-time. Inoltre, le donne lavorano più frequentemente nelle pubbliche amministrazioni o nelle imprese controllate dal pubblico, che, solitamente, offrono una paga media minore rispetto al settore privato. Oltre a ciò, gli uomini hanno maggiori probabilità di ottenere delle promozioni a posizioni superiori o dirigenziali. Il termine "*glass ceiling*" (soffitto di vetro) indica, metaforicamente, una barriera invisibile che impedisce alle donne di aumentare la propria posizione nella gerarchia di un'impresa. Entrambi i fenomeni possono spiegare parte del *gender pay gap* non rettificato¹⁰, ossia della differenza di retribuzione tra uomini e donne (European Commission, 2021). In tutta l'Unione Europea, nel 2018, le donne hanno guadagnato in media il 14,4% in meno all'ora rispetto agli uomini.

Il principio della parità di retribuzione tra lavoratori e lavoratrici per uno stesso lavoro è attualmente sancito dall'articolo 23 della Dichiarazione Universale dei Diritti Umani e dall'articolo 157 del trattato sul funzionamento dell'Unione Europea¹¹ (Eurostat, 2022).

¹⁰ Il *gender pay gap* "non rettificato" è dato dalla differenza tra la retribuzione oraria lorda di uomini e donne, espressa come percentuale della retribuzione oraria lorda media degli uomini. È definito "non rettificato" in quanto non considera tutti i fattori che influenzano il *gender pay gap* come le differenze nell'istruzione, l'esperienza occupazionale o il tipo di lavoro. Offre una panoramica generale e più ampia delle differenze di genere tra uomini e donne.

¹¹Articolo 157, Trattato sul funzionamento dell'Unione Europa: "Ciascuno Stato membro assicura l'applicazione del principio della parità di retribuzione tra lavoratori di sesso maschile e quelli di sesso femminile per uno stesso lavoro o per un lavoro di pari valore"

L'impatto della differenza di genere nei risultati occupazionali delle donne è tale che, uno degli obiettivi che la Commissione Europea ha stabilito di raggiungere nel quinquennio 2020-2025, è il raggiungimento della parità di genere nel mondo del lavoro. La Strategia per la parità di genere 2020-2025 è caratterizzata da una serie di interventi finalizzati al raggiungimento di una maggiore partecipazione delle donne nel mercato del lavoro, come, ad esempio, incentivare i servizi di assistenza per donne in situazioni di particolare difficoltà (European Commission, 2021).

In relazione a quanto illustrato, Grella e collaboratori (2005) hanno esaminato le differenze di genere dopo 36 mesi di trattamento residenziale o ambulatoriale in 951 soggetti che hanno partecipato al *Chicago Target Cities Project*. I risultati dello studio hanno evidenziato che le differenze di genere influenzano diversi aspetti del funzionamento che sono rilevanti per i processi e gli esiti del trattamento a lungo-termine. Gli uomini hanno mostrato una maggior probabilità, rispetto alle donne, di ottenere un impiego a tempo pieno al follow-up di 36 mesi (37,6% uomini, 28,2% donne). Tuttavia, nelle donne è stato riscontrato un aumento maggiore della percentuale di occupazione nel tempo (+78% donne, +32% uomini). Le donne, come gruppo, hanno mostrato risultati migliori rispetto agli uomini nell'occupazione (e in altre aree). Tale fenomeno può essere spiegato con il fatto che, all'inizio del trattamento, i loro livelli di funzionamento erano più bassi e la gravità del problema di dipendenza era maggiore rispetto agli uomini. Oppure, l'incremento rilevato nelle donne può derivare dalla loro capacità di beneficiare maggiormente del trattamento, data da una maggiore propensione a ricercare aiuto.

Risultati simili sono stati rilevati anche da Dunigan e colleghi (2013): all'inizio del trattamento gli uomini mostravano livelli di occupazione maggiori rispetto alle donne mentre, al termine del trattamento, le donne hanno mostrato un aumento maggiore del tasso di occupazione. Analogamente, anche Hogue e colleghi (2010) hanno riscontrato che le donne incontrano più ostacoli lavorativi e minori risultati occupazionali degli uomini con Disturbo da Uso di Sostanze.

In conclusione, le donne tossicodipendenti affrontano diverse barriere che impediscono o limitano l'accesso ad un trattamento di recupero e i suoi risultati, connesse ai molteplici fattori sopracitati. La maggiore complessità e problematicità della dipendenza femminile

sottolineano la necessità di ridefinire l'offerta di trattamento sulla base delle caratteristiche e dei bisogni specifici del femminile. Per ridimensionare le politiche e i servizi sociosanitari è fondamentale implementare la ricerca scientifica nazionale, la quale, in Italia, rispetto al contesto americano (realtà da cui provengono la maggior parte degli studi realizzati e illustrati) è molto carente (Molteni, 2013).

CAPITOLO III

LAVORO, DIPENDENZA E COVID-19

La pandemia da coronavirus (COVID-19), e le conseguenti azioni messe in atto da tutti i paesi del mondo a tutela della salute pubblica hanno inciso profondamente su molteplici aspetti della vita quotidiana. Importanti sono stati i cambiamenti riguardanti la sfera economica, l'organizzazione del lavoro, il mondo dell'istruzione, la sanità e l'assistenza sociale, le relazioni familiari. Tutto ciò ha portato individui e famiglie a radicali modifiche del proprio stile di vita, con rilevanti ripercussioni sul piano psicologico, emotivo e relazionale. In questo senso, la pandemia da COVID-19 ha evidenziato come ogni soggetto sia vulnerabile, in quanto esposto al rischio di contagio e alle conseguenze sanitarie connesse (Sanfelici et al, 2020).

La vulnerabilità, infatti, può essere considerata una caratteristica universale ma, la sua esperienza è specifica, ossia legata alla particolare situazione (momento di vita, relazioni personali, contesto) in cui il soggetto si trova. Difatti, l'emergenza sanitaria non ha avuto il medesimo impatto su tutta la popolazione. Sottogruppi che nel periodo pre-pandemia già si trovavano in una situazione di difficoltà sono stati colpiti in misura maggiore, in quanto la loro possibilità di accesso alle risorse di tutela era minore. Ciò significa che la pandemia e le strategie attuate per farvi fronte hanno evidenziato e accentuato le disuguaglianze e le ingiustizie sociali già esistenti (*ibidem*).

Un sottogruppo della popolazione particolarmente a rischio durante la pandemia da COVID-19 è rappresentato dai soggetti con Disturbo da Uso da Sostanze. In primo luogo, essi, come illustrato in precedenza, rientrano nel concetto di vulnerabilità: dispongono infatti di un accesso alle risorse (materiali e relazionali) minore rispetto a quello della popolazione generale. Se a ciò si associa il fatto che tali soggetti hanno maggiore possibilità di incorrere in problemi abitativi, occupazionali, relazionali e di venire a contatto con il mondo della giustizia, le conseguenze del COVID-19 nella vita di coloro

che utilizzano sostanze possono essere particolarmente impattanti (Mistler et al, 2021). Inoltre, dal punto di vista prettamente medico, le sostanze hanno importanti effetti sull'apparato respiratorio. Frequentemente, infatti, i soggetti che utilizzano sostanze sviluppano malattie polmonari croniche. Se a ciò si sommano le conseguenze respiratorie derivanti dal COVID-19, la condizione di salute del soggetto peggiora ulteriormente, mettendolo in grave pericolo (Cales et al, 2022; EpiCentro, 2020; Mistler et al, 2021;).

Nella letteratura scientifica gli effetti a lungo termine dell'impatto della pandemia sono ancora oggetto di ricerca, tuttavia, alcuni studi e diversi dati a livello nazionale, europeo e non sono già disponibili. Tali documenti verranno utilizzati per presentare gli effetti dell'emergenza sanitaria in relazione ai due temi centrali del presente elaborato: il consumo di sostanze stupefacenti e il mondo del lavoro.

3.1 Il consumo di sostanze stupefacenti durante l'emergenza sanitaria

I dati sulle tendenze di consumo di sostanze rilevati dalla Relazione Europea sulla droga segnalano una diminuzione dell'utilizzo di sostanze durante la fase iniziale dell'emergenza sanitaria. Innanzitutto, le limitazioni e le restrizioni a tutela della salute pubblica hanno avuto un impatto sul mercato europeo della droga: l'aumento dei controlli delle frontiere e il distanziamento sociale hanno parzialmente ridotto l'accesso alle sostanze. Allo stesso tempo, però, anche il commercio della droga è stato soggetto alle innovazioni tecnologiche. Per questo motivo è possibile che l'acquisto di droga sia avvenuto attraverso i social media e i servizi criptati, strumenti che riducono la possibilità di monitoraggio del fenomeno. Inoltre, in tutta Europa, nel 2020, sebbene con alcune differenze nazionali, è stata registrata una riduzione del numero di richieste di trattamento del 14% rispetto al 2019 (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2022).

Tali dati sono certamente rilevanti, tuttavia, è importante sottolineare che il COVID-19 ha avuto un impatto significativo anche sull'organizzazione dei servizi dedicati al trattamento della dipendenza. In particolare, l'introduzione della telemedicina e l'interruzione del rapporto persona-servizio sembrano aver causato importanti difficoltà nella capacità di monitoraggio del fenomeno e di raccolta dei dati, soprattutto nel periodo

di *lockdown* iniziale, limitando la capacità di segnalazione in alcuni paesi. Tale difficoltà è stata riscontrata sia a livello europeo che negli Stati Uniti (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2022; Treitler et al, 2022). Per questo motivo, la riduzione del tasso di utilizzo di sostanze potrebbe non rappresentare un effettivo cambiamento delle tendenze di consumo bensì essere il risultato delle azioni adottate per far fronte alla pandemia. A sostegno di ciò, a seguito dell'allentamento delle limitazioni da COVID-19 e della rimodulazione dei vari servizi coinvolti nel mondo della dipendenza, gli indicatori di consumo relativi al 2021 evidenziano degli aumenti rispetto al 2020 (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2022).

Emergono dati differenti ampliando l'analisi relativa al consumo di sostanze durante l'emergenza sanitaria ad altri contesti. Ad esempio, negli Stati Uniti, un recente studio realizzato da Weerakoon e collaboratori (2021) ha analizzato l'associazione tra pandemia e consumo di alcol tra la popolazione generale. La ricerca è stata condotta nei mesi di marzo e aprile 2020 e ha coinvolto 2.441 soggetti ai quali è stato sottoposto un sondaggio di autovalutazione. I risultati evidenziano che un terzo dei partecipanti ha aumentato il consumo di alcol rispetto al periodo pre-pandemia. L'aumento dell'utilizzo è stato associato al fatto di avere maggior tempo a disposizione (28% dei soggetti) o alla noia (22% dei soggetti). Interessante è il fatto che nessuno dei soggetti ha associato il proprio uso di alcol a sentimenti di infelicità o solitudine. I dati sottolineano anche che per l'11% dei partecipanti il COVID-19 ha avuto un impatto negativo sulla propria condizione lavorativa. Inoltre, per tali soggetti la probabilità di aumento del consumo di alcol era maggiore del 47% rispetto a coloro che non hanno riferito conseguenze negative sul mondo del lavoro.

La relazione tra consumo di sostanze ed emergenza sanitaria è stata analizzata anche nello studio realizzato da Levy e colleghi (2021) su un campione di 828 israeliani. I dati sono stati raccolti in due periodi: durante e dopo la prima fase di *lockdown* (*short-term* COVID-19) e a seguito del secondo *lockdown* (*long-term* COVID-19). L'utilizzo di sostanze è stato associato in modo significativo a due variabili: la durata del COVID-19 e lo status occupazionale. Difatti, i dati evidenziano che l'uso di sostanze è stato più elevato tra i soggetti che hanno sperimentato *long-term* COVID-19. Inoltre, tra questi, gli uomini disoccupati hanno indicato livelli maggiori di uso di sostanze rispetto agli occupati. Secondo gli autori lo stress e l'incertezza derivanti dalla mancanza di un'occupazione

potrebbero aver favorite l'utilizzo di sostanze. Inoltre, coerentemente con lo studio precedentemente proposto, l'aumento dei consumi potrebbe essere legato al fatto di aver maggior tempo libero a disposizione a causa dei *lock-down*.

I dati emersi da questi due studi, anche se condotti sulla popolazione generale, sono significativi in quanto, oltre ad evidenziare un aumento generale del consumo di sostanze, forniscono dei validi suggerimenti in merito alle ragioni per cui ciò è avvenuto. In linea con quanto suggerito da Shahandeh (1985) e Oldham e Gordon (1999), maggior tempo libero a disposizione, noia, aumento dello stress, incertezza occupazionale ed esposizione più o meno duratura ad eventi traumatici rappresentano alcuni dei fattori che possono innescare o rafforzare l'utilizzo di sostanze stupefacenti.

In merito alla specifica esperienza dei soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze durante l'emergenza sanitaria, Walters e colleghi (2022) suggeriscono che le azioni attuate a tutela della salute pubblica hanno alterato i contesti ambientali e sociali del consumo di sostanze, nonché della modalità di assunzione. Ad esempio, è stato registrato un aumento dell'utilizzo di sostanze in solitudine piuttosto che in situazioni di socializzazione (discoteche, pub, bar) e una crescita dell'utilizzo (a seguito di una maggiore disponibilità nel mercato) di farmaci quali il *fentanyl*¹². Simili risultati sono stati riscontrati anche in Europa (EpiCentro, 2020). Questi mutamenti hanno smascherato le barriere strutturali che caratterizzano la vita delle persone che abusano di sostanze. Per tali soggetti la pandemia è stata associata ad un aumento di: uso di sostanze, insicurezza alimentare e abitativa, tasso di disoccupazione. Inoltre, è stato evidenziato un incremento del livello di: ansia, depressione, stress e sentimenti di solitudine (Bonar et al, 2021; Walters et al, 2022). Tali condizioni rappresentano fattori di rischio per l'uso di sostanze che potrebbero aumentare la probabilità di ricadute, rendendo vano un percorso di recupero o, in casi estremi, portare a episodi di *over-dose* (Cales et al, 2022; Walters et al, 2022). Difatti, dalle analisi condotte da Bonar e collaboratori (2021), gli individui che hanno riferito che il loro uso di sostanze era aumentato mostravano anche più probabilità di segnalare aumenti di stress (83,6%), ansia (80,6%) e depressione (70,2%).

¹² Potente eroina oppioide sintetico prodotto in laboratori casalinghi. Nel mercato della droga è venduto a basso costo come sostituto dell'eroina ma il suo potere è maggiore di circa 100-1000 volte.

In conclusione, gli autori concordano sul fatto che i cambiamenti rilevati nell'utilizzo di sostanze durante l'emergenza sanitaria sono il riflesso dell'interazione di una serie di fattori: cambiamento della modalità di accesso alla sostanza, diminuzione delle attività sociali, aumento del desiderio di utilizzo, riduzione della disponibilità economica e cambiamenti della vita quotidiana (Bonar et al, 2021; Walters et al, 2022). In termini operativi, quanto rilevato rimarca, ora più che in passato, la necessità di implementare interventi multilivello che vadano ad agire contemporaneamente sia sul piano individuale che su quello strutturale (Walters et al, 2022).

3.2 I Servizi dedicati alle dipendenze durante l'emergenza sanitaria

L'esperienza della pandemia in Italia – e nelle altre realtà – ha portato alla luce le fragilità del sistema di protezione sociale e, allo stesso tempo, ne ha sottolineato le risorse. L'impreparazione generale nel sistema socioassistenziale del paese e la difficoltà di intervento dei servizi, legata ad una mancanza di risorse (economiche, materiali e di personale) adeguate ad affrontare l'emergenza sanitaria, hanno portato – in molti territori – alla chiusura parziale, o totale, di molteplici strutture pubbliche. Inoltre, l'introduzione della tecnologia nell'azione professionale ha ridimensionato l'organizzazione e la gestione dei servizi (Sanfelici et al, 2020).

L'utilizzo della strumentazione informatica quale modalità di intervento ha offerto ai professionisti del sociale la possibilità di mantenere, anche a distanza, la relazione di aiuto con l'utenza e di continuare i progetti di intervento attivati pre-pandemia. Anche se a distanza, è stato possibile offrire sostegno emotivo e vicinanza alle persone. Tuttavia, vi sono state anche delle criticità nell'utilizzo della tecnologica. Una prima difficoltà è legata alla capacità di monitoraggio dei servizi, inoltre, non tutte le persone hanno facilmente accesso a dispositivi tecnologici o sono in grado di utilizzarli in modo autonomo, oppure non tutti i soggetti dispongono di uno spazio adeguato (ad esempio in termini di rispetto della privacy) in cui farne uso (Sanfelici et al, 2020; Treitler et al, 2022; Walters et al, 2022).

A tal proposito, il recente studio realizzato da Hoffman e colleghi (2022)¹³ si è focalizzato sull'analisi dei possibili effetti positivi legati all'introduzione della telemedicina nella gestione dei casi di dipendenza e dell'aumento della quantità di metadone *take-home* affidato ai soggetti in trattamento. La riduzione del tempo dedicato agli spostamenti per raggiungere il servizio ai fini dell'assunzione farmacologica, soprattutto per coloro che percorrono lunghe distanze, è stata associata a: un maggior impegno nell'attività lavorativa, più tempo dedicato alla propria famiglia e una riduzione dello stress. Inoltre, l'opportunità di assumere metadone nella propria casa è stata valutata positivamente dai soggetti e definita come un atto di fiducia nei loro confronti. La percezione di fiducia ha contribuito ad un aumento dell'autostima e del senso di responsabilità, sostenendo il percorso di recupero.

Un altro aspetto positivo della terapia *take-home* è legato alla diminuzione della probabilità di incontrare, durante il viaggio o al servizio, soggetti che possono mettere a rischio il percorso di recupero e fungere da fattori scatenanti, ad esempio persone con cui si assumevano sostanze in precedenza. I risultati di questo studio indicano che l'aumento dell'assunzione farmacologica *take-home* non ha portato ad un aumento dell'utilizzo di sostanze o della probabilità di interrompere il trattamento. Inoltre, tale novità è stata valutata positivamente dai partecipanti, i quali hanno percepito un maggior sentimento di fiducia e responsabilità. A fronte di tali risultati, i ricercatori suggeriscono che il *take-home* potrebbe essere una valida strategia di intervento che merita di essere approfondita attraverso ulteriori ricerche.

In conclusione, i cambiamenti organizzativi e gestionali, causati dall'improvvisa introduzione della strumentazione informatica nella gestione dei casi in carico ai servizi socioassistenziali, hanno segnato profondamente l'intero sistema assistenziale. Indubbiamente, gli effetti a lungo termine di tali mutamenti necessitano di ulteriori approfondimenti. Tuttavia, non è da escludere che l'utilizzo di alcune pratiche professionali sviluppatasi durante la pandemia vengano mantenute o rimodulate in base al contesto futuro, affiancando e rinforzando le modalità di intervento in uso da anni. Ciò non significa sostituire la relazione che si instaura tra il professionista e la persona con la

¹³ Studio realizzato su un campione di 32 soggetti, attraverso interviste qualitative semi-strutturate, in Oregon (USA).

telemedicina, quanto, piuttosto, integrare le due modalità di intervento in modo selettivo, a seguito di una valutazione della situazione e delle specifiche esigenze del soggetto coinvolto. Sarebbe controproducente ignorare gli effetti positivi riscontrati dall'introduzione della tecnologia da parte dei professionisti ma, soprattutto, dalle persone a cui sono destinati gli interventi (Cales et al, 2022; Sanfelici et al, 2020).

3.4 Il mondo del lavoro durante l'emergenza sanitaria

Durante la pandemia da COVID-19 il rischio di perdere il lavoro e l'insicurezza legata al futuro hanno caratterizzato la quotidianità di molteplici persone (Sanfelici et al, 2020). Le ripercussioni sul mercato del lavoro sono state riscontrate in tutti i paesi dell'Unione Europea. I dati Eurostat evidenziano che il numero di persone occupate nella fascia 15-64 anni si è ridotto nel 2020 di oltre 3,5 milioni, corrispondente ad una diminuzione dell'1,8% rispetto al 2019. Il dato è significativo ma frutto della media di diverse rilevazioni: è importante sottolineare che l'andamento del mercato del lavoro all'interno di ogni singolo paese è influenzato da molteplici e diversi fattori. In particolare, le conseguenze della pandemia sul mercato del lavoro sono determinate dal suo impatto sanitario e dalle misure di contenimento adottate dal paese (Istat, 2022).

Nell'Unione Europea l'impatto occupazionale della pandemia è sostanzialmente omogeneo tra femmine e maschi. In Italia invece, vi è stata la perdita di un maggior numero di occupate (-376 mila) rispetto ai maschi (-348 mila). Tale fenomeno è spiegato dal fatto che le donne erano occupate in quei settori economici che sono stati maggiormente colpiti dalle restrizioni. Infatti, le limitazioni e le restrizioni imposte dal Governo sono state di maggiore intensità in settori occupazionali in cui, secondo i dati del 2019, era presente una maggiore percentuale di donne occupate, ad esempio: ristorazione, servizi alle famiglie e attività artistiche (*sectoral gender segregation* e *occupational gender segregation*) (*ibidem*).

Inoltre, nel corso del 2020, si è assistito ad un aumento del tasso di inattività: i limiti imposti alle attività economiche hanno spesso scoraggiato o impedito attività di ricerca di lavoro. Rispetto agli altri paesi dell'Unione Europea, in Italia, l'aumento del tasso di inattività è stato evidente: vi è stata una crescita del 2% (44,8%) rispetto al 2019 (42,8%). La figura 7 illustra chiaramente, grazie al confronto con gli anni precedenti,

l'impatto che l'emergenza sanitaria ha avuto sulle traiettorie occupazionali della popolazione italiana a livello generale (*ibidem*).

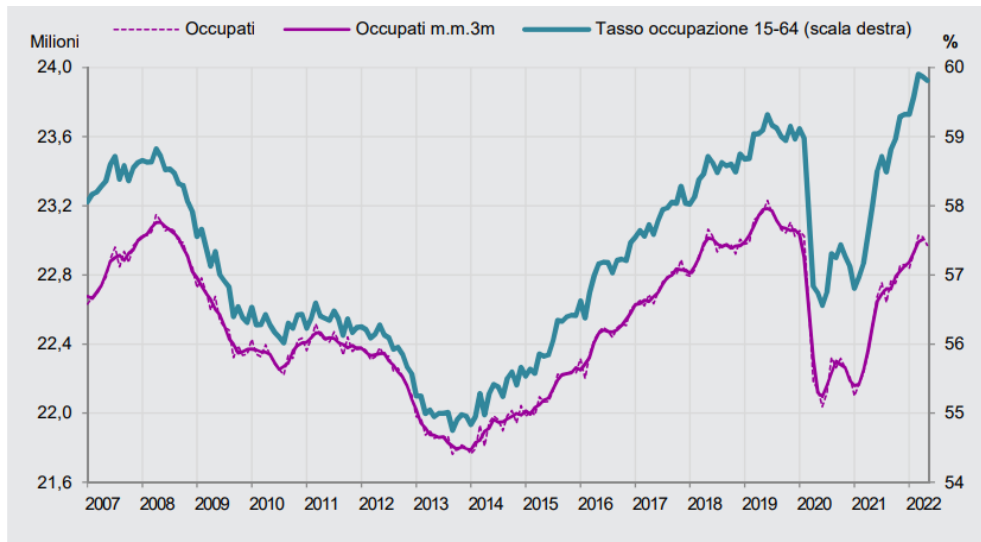


Fig. 7: Andamento dell'occupazione in Italia. Occupati (sinistra, in milioni) e tassi di occupazione (destra, in percentuale). Gennaio 2007-Maggio 2022.

Durante l'emergenza sanitaria, sono stati realizzati diverse ricerche il cui focus – seppur con differenze nelle caratteristiche del campione di studio – è stata l'analisi dell'intersezione tra COVID-19, occupazione e utilizzo di sostanze (ad esempio Bonar et al, 2021; Levy et al, 2021; Walters et al, 2022; Weerakoon et al, 2021).

Dalla ricerca realizzata da Bonar e collaboratori (2021) su un campione di 149 utilizzatori di sostanze (cannabis e alcol principalmente) negli Stati Uniti sono emersi i seguenti dati: per il 19,2% dei soggetti vi è stata una diminuzione di reddito (ad esempio perché le ore di lavoro sono diminuite), il 23,4% è stato licenziato ed è rimasto disoccupato mentre il 7,1%, nonostante il licenziamento, ha individuato un nuovo impiego.

Walters e colleghi (2022) suggeriscono che l'impatto della pandemia nelle traiettorie occupazionali dei soggetti con Disturbo da Uso di sostanze è stato particolarmente gravoso a causa dell'interazione tra emergenza sanitaria e barriere occupazionali a cui tale gruppo è soggetto. L'intersezione tra le nuove limitazioni seguite al COVID-19 e gli ostacoli occupazionali già noti hanno reso la ricerca di un impiego un risultato ancora più difficile e lontano da raggiungere. Inoltre, il peggioramento della condizione economica, conseguito alla perdita o mancanza di occupazione, ha prodotto altri effetti a catena quali:

instabilità abitativa e alimentare e aumento del consumo di sostanze, innescando quindi un “circolo vizioso”.

Per riassumere, i risultati degli studi proposti concordano sul fatto che gli effetti negativi sullo status occupazionale provocati dall'emergenza sanitaria sono associati all'aumento dell'utilizzo di sostanze e ad una serie di conseguenze negative in altre dimensioni della vita. Pertanto, ciò conferma e rafforza il fatto che l'occupazione è un fattore protettivo in generale, ossia rispetto alla possibilità di incorrere in situazioni di pregiudizio e in particolare, ossia in relazione all'utilizzo di sostanze (ad esempio Brown, Montoya, 2009).

In conclusione, durante l'emergenza sanitaria è stato ancora più evidente il ruolo protettivo del lavoro e la sua capacità di influenzare lo stato di benessere individuale e collettivo. Per questo motivo, soprattutto alla luce del nuovo contesto sociale post-pandemia, gli interventi dedicati all'occupazione dovrebbero rappresentare una questione centrale nella programmazione delle politiche sociali di qualsiasi paese (Levy et al, 2021).

CONCLUSIONE

Il presente elaborato ha illustrato e analizzato le barriere individuali e strutturali che i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze incontrano durante le loro traiettorie occupazionali, evidenziando la complessità e la multifattorialità del fenomeno.

La dipendenza patologica rappresenta una condizione multiproblematica ad elevata complessità in quanto coinvolge e compromette molteplici aspetti della vita di una persona. Infatti, le conseguenze negative della dipendenza patologica sono tra loro interconnesse: la compromissione di un aspetto (attività lavorativa) provoca, a catena, conseguenze negative in altre dimensioni di vita (condizione economica, abitativa, alimentare). Inoltre, se in un primo momento la condizione di dipendenza è caratterizzata da fattori personali e quindi da conseguenze individuali (stato di salute fisico e psichico) in breve tempo emergono implicazioni sociali (stigmatizzazione, emarginazione ed esclusione sociale). Come ci ricorda il DSM-V, la dipendenza patologica e le sue conseguenze hanno quindi una connotazione sia individuale che sociale. Difatti, nella letteratura scientifica, gli ostacoli che i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze incontrano nella ricerca di un lavoro sono suddivisi in barriere individuali e barriere strutturali. Tuttavia, nella realtà è pressoché impossibile compiere tale distinzione dato che ogni persona vive in un determinato contesto sociale: per questo motivo è inevitabile che la sfera individuale e quella sociale interagiscano (Sumnall, Brotherhood, 2012).

La complessità e la multifattorialità del fenomeno della dipendenza e l'interdipendenza tra sfera individuale e sociale sono concetti fondamentali nel momento in cui si realizza un intervento di reinserimento lavorativo a favore di una persona con una dipendenza patologica. Ciò significa che, affinché l'azione sia efficace, essa debba avvenire contemporaneamente in due direzioni: l'individuo e il contesto circostante.

Inoltre, nel nuovo contesto sociale creatosi a seguito della pandemia, le cui conseguenze per il tema in oggetto sono state illustrate, risulta ancor più evidente e necessario che l'approccio su cui fondare un intervento di reinserimento (lavorativo) deve fondarsi sui principi di multidimensionalità e integrazione.

L'utilizzo di questo tipo di approccio è sostenuto sia dalla normativa in materia di dipendenza (DPR 9 ottobre 1990 n. 309¹⁴) che, più in generale, da quella relativa all'assistenza sociosanitaria (Legge 8 novembre 2000 n. 328¹⁵ e DPCM 12 gennaio 2017¹⁶).

In Italia, l'assistenza sociosanitaria nei confronti delle persone con dipendenza patologica (da sostanze stupefacenti o comportamentali, come ad esempio, il gioco d'azzardo) rientra nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). I LEA sono stati introdotti per la prima volta nel 2001 con il DPCM 29 novembre 2001 e sono servizi e prestazioni che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a offrire ai cittadini in modo gratuito o attraverso il pagamento di una quota di partecipazione. Il nuovo DPCM 12 gennaio 2017 approfondisce nel dettaglio i servizi e le prestazioni di assistenza specifica a determinate categorie di soggetti: l'articolo 28 è interamente dedicato all'assistenza sociosanitaria delle persone con dipendenze patologiche. L'articolo sottolinea che il SSN garantisce a queste persone la presa in carico multidisciplinare e l'attuazione di un progetto di intervento individualizzato che includa “[...] *interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia sociale e lavorativa* [...]”. Tali interventi, inoltre, vengono programmati e realizzati attraverso un sistema integrato che prevede il coinvolgimento di molteplici soggetti: le Aziende Sanitarie Locali, i Servizi per le Dipendenze, le strutture accreditate, gli Enti Locali, i soggetti del Terzo settore e il mondo del volontariato (Dipartimento per le politiche antidroga, 2022). Nonostante quanto previsto dalla normativa, è evidente, come riportato nell'elaborato, che le difficoltà che i soggetti con Disturbo da Uso di Sostanze incontrano durante i loro percorsi occupazionali siano notevoli e che sia necessario implementare ulteriormente il sistema di interventi. Non a caso, un'indicazione operativa emersa in merito al tema del reinserimento lavorativo nel corso della VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze è quella di incrementare l'integrazione delle competenze. Nello specifico si propone di creare un'apposita area accreditata dedicata all'integrazione lavorativa. Inoltre, è stata suggerita l'attivazione di: una formazione *on the job*; una terapia occupazionale;

¹⁴ DPR 9 ottobre 1990, n. 309 *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*

¹⁵ Legge 8 novembre 2000, n. 328 *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

¹⁶ DPCM 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 1992, n. 502.*

interventi di accompagnamento e inserimento lavorativo nonché lo sviluppo di sistemi che incrocino domanda e offerta nelle aziende *profit* (Dipartimento per le politiche antidroga, 2022).

Si noti come in ognuna delle proposte citate sia prevista la partecipazione attiva della persona interessata e contemporaneamente il coinvolgimento dei soggetti della comunità.

In conclusione, da quanto illustrato nel presente elaborato, emerge con evidenza il fatto che ogni progetto di reinserimento sociale deve costruirsi sui concetti di multidimensionalità e multifattorialità, integrazione, partecipazione attiva e coinvolgimento, nell'ottica che *“L'intervento sui singoli non può prescindere da un intervento complessivo sul tessuto sociale al quale l'individuo appartiene.”* (Sanfelici et al, 2020).

BIBLIOGRAFIA

- Ahern, J. et al. (2006) *Stigma, discrimination and the health of illicit drug users*. Drug and alcohol dependence. [Online] 88 (2), 188–196.
- Apel, R. & Sweeten, G. (2010) *The Impact of Incarceration on Employment during the Transition to Adulthood*. Social problems (Berkeley, Calif.). [Online] 57 (3), 448–479.
- Arria, A. M. (2003) *Drug treatment completion and post-discharge employment in the TOPPS-II Interstate Cooperative Study*. Journal of substance abuse treatment. [Online] 25 (1), 9–18.
- Bäckman, O. et al. (2018) *Locked Up and Locked Out? the Impact of Imprisonment on Labour Market Attachment*. British journal of criminology. [Online] 58 (5), 1044–1065.
- Baldwin, M. L. & Marcus, S. C. (2014) *The impact of mental and substance-use disorders on employment transitions*. Health economics. [Online] 23 (3), 332–344.
- Bardwell, G. et al. (2018) *The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations*. The International journal of drug policy. [Online] 5540–46.
- Bilban, M. et al. (2008) *Ability to work and employability of patients in opioid substitution treatment programs in Slovenia*. Croatian medical journal. [Online] 49 (6), 842–852.
- Birtel, M. D. et al. (2017) *Stigma and Social Support in Substance Abuse: Implications for Mental Health and Well-Being*. Psychiatry research. [Online] 252, 1–8.
- Bjerge, B. et al. (2020) *Complex cases – Complex representations of problems*. The International journal of drug policy. [Online] 80102563–102563.
- Bonar, E. E. et al. (2021) *Perceived impacts of the COVID-19 pandemic on cannabis-using emerging adults*. Translational behavioral medicine. [Online] 11 (7), 1299–1309.
- Brown, V. L. & Montoya, I. D. (2009) *The Role of Employment in Preventing Continued Drug Use Among Welfare Recipients*. Journal of social service research. [Online] 35 (2), 105–113.
- Cales, R. H. et al. (2022) *The COVID-19 pandemic and opioid use disorder: Expanding treatment with buprenorphine and combining safety precautions with telehealth*. Journal of substance abuse treatment. [Online] 133108543–108543.

DeBeck, K. et al. (2011) *Interest in low-threshold employment among people who inject illicit drugs: Implications for street disorder*. The International journal of drug policy. [Online] 22 (5), 376–384.

Dipartimento per le politiche antidroga (2022). *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*. <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3404/relazione-al-parlamento-2022.pdf>

DPCM 12 gennaio 2017 *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 1992, n. 502*.

Dunigan, R. et al. (2013) *Engagement in Outpatient Substance Abuse Treatment and Employment Outcomes*. The journal of behavioral health services & research. [Online] 41 (1), 20–36.

Eddie, D. et al. (2020) *From working on recovery to working in recovery: Employment status among a nationally representative U.S. sample of individuals who have resolved a significant alcohol or other drug problem*. Journal of substance abuse treatment. [Online] 113108000–108011.

European Commission (2021). *Gender Pay Gaps in the European Union: A Statistical Analysis: 2021 Edition*. Statistical Office of the European Union. LU: Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/98845>.

German, D. et al. (2006) *Motivations for methamphetamine cessation among young people in northern Thailand*. Addiction (Abingdon, England). [Online] 101 (8), 1143–1152.

Goffman, E. & Bontempi, M. (2018) *Stigma: note sulla gestione dell'identità degradata*. Verona: Ombre corte.

Grella, C. E. et al. (2005) *Gender differences in long-term drug treatment outcomes in Chicago PETS*. Journal of substance abuse treatment. [Online] 28 (2), S3–S12.

Hoffman, K. A. et al. (2022) *Treatment retention, return to use, and recovery support following COVID-19 relaxation of methadone take-home dosing in two rural opioid treatment programs: A mixed methods analysis*. Journal of substance abuse treatment. [Online] 141108801–108801.

Hogue, A. et al. (2010) *Predictors of employment in substance-using male and female welfare recipients*. Journal of substance abuse treatment. [Online] 38 (2), 108–118.

Istat (2022). *Rapporto Annuale 2022. La situazione del Paese*. https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Rapporto_Annuale_2022.pdf

- Korpi, T. (2001) *Accumulating Disadvantage. Longitudinal Analyses of Unemployment and Physical Health in Representative Samples of the Swedish Population*. European sociological review. [Online] 17 (3), 255–273.
- Lacatena, P. (2020) *Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere...*, Mission - Open Access, [Online] (53), 26-32.
- Laudet, A. B. et al. (2002) *INTEREST IN AND OBSTACLES TO PURSUING WORK AMONG UNEMPLOYED DUALY DIAGNOSED INDIVIDUALS*. Substance use & misuse. [Online] 37 (2), 145–170.
- Levy, I. et al. (2021) *Gender, employment, and continuous pandemic as predictors of alcohol and drug consumption during the COVID-19*. Drug and alcohol dependence. [Online] 228109029–109029.
- Lidz, V. et al. (2004) *Learning from Disappointing Outcomes: An Evaluation of Prevocational Interventions for Methadone Maintenance Patients*. Substance use & misuse. [Online] 39 (13-14), 2287–2308.
- Livingston, J. D. et al. (2012) *The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review*. Addiction (Abingdon, England). [Online] 107 (1), 39–50.
- Luchansky, B. et al. (2000) *Chemical dependency treatment and employment outcomes: results from the 'ADATSA' program in Washington State*. Drug and alcohol dependence. [Online] 60 (2), 151–159.
- Magura, S. et al. (2004) *The Effectiveness of Vocational Services for Substance Users in Treatment*. Substance use & misuse. [Online] 39 (13-14), 2165–2213.
- Maj, M. et al. (2014) *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. 5. ed. Milano: R. Cortina.
- Matsumoto, A. et al. (2021) *Perceived stigma, discrimination and mental health among women in publicly funded substance abuse treatment*. Stigma and health (Washington, D.C.). [Online] 6 (2), 151–162.
- Mistler, C. B. et al. (2021) *Differential impacts of COVID-19 across racial-ethnic identities in persons with opioid use disorder*. Journal of substance abuse treatment. [Online] 129108387–.
- Molteni, L. (2013). *Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive*. Italian Journal on Addiction, [Online] 3(2), 58-65
- Moscone, F. et al. (2016) *The impact of precarious employment on mental health: The case of Italy*. Social science & medicine (1982). [Online] 15886–95.

- Nava, F. A., Bassetti, G., Bianco, M., Filippi, M., Kusstatscher, S., Imperadore, G., Mazzo, M., Nuti, M., Saccon, D., Sanavio, F., Pileri, C. e Maniscalco, T. (2022) *Substance use disorders and psychiatric co-morbidity in the public healthcare services of Veneto Region. State of art and epidemiological data*. Mission - Open Access, (57).
- NORDENMARK, M. & STRANDH, M. (1999) *TOWARDS A SOCIOLOGICAL UNDERSTANDING OF MENTAL WELL-BEING AMONG THE UNEMPLOYED: THE ROLE OF ECONOMIC AND PSYCHOSOCIAL FACTORS*. *Sociology* (Oxford). [Online] 33 (3), 577–597.
- Numans, W. et al. (2021) *Vulnerable persons in society: an insider's perspective*. *International journal of qualitative studies on health and well-being*. [Online] 16 (1).
- OLDHAM, G. R. & GORDON, B. I. (1999) *Job Complexity and Employee Substance Use: The Moderating Effects of Cognitive Ability*. *Journal of health and social behavior*. [Online] 40 (3), 290–306.
- Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2022). *Relazione europea sulla droga: tendenze e sviluppi. 2022*. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419_TDAT22001_ITN_PDF.pdf
- Pager, D. (2003) *The Mark of a Criminal Record*. *The American journal of sociology*. [Online] 108 (5), 937–975.
- Prangley, T. et al. (2018) *Factors influencing early withdrawal from a drug and alcohol treatment program and client perceptions of successful recovery and employment: a qualitative study*. *BMC psychiatry*. [Online] 18 (1), 301–301.
- Quercia, V. (2014) *Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga*. Trento: Erickson.
- Sanfelici, M. et al. (2020) *Il servizio sociale nell'emergenza Covid-19* [risorsa elettronica]. Milano: FrancoAngeli Open Access.
- Scherer, S. (2009) *The Social Consequences of Insecure Jobs*. *Social indicators research*. [Online] 93 (3), 527–547.
- Shahandeh, B. (1985) *Drug and alcohol abuse in the workplace: consequences and countermeasures*. *International Labour Review*. 124 (2), 207–223.
- Shahrabadi, S. et al. (2020) *Psychological, social, and motivational factors in persons who use drugs. Substance abuse treatment, prevention and policy*. [Online] 15 (1), 32–32.
- Sigurdsson, S. O. et al. (2012) *Barriers to Employment among Unemployed Drug Users: Age Predicts Severity*. *The American journal of drug and alcohol abuse*. [Online] 38 (6), 580–587.

- Soeker, S. et al. (2016) *The challenges that employees who abuse substances experience when returning to work after completion of employee assistance programme (EAP)*. *Work (Reading, Mass.)*. [Online] 53 (3), 569–584.
- Storti, C. C. et al. (2011) *Unemployment and drug treatment*. *The International journal of drug policy*. [Online] 22 (5), 366–373.
- Strandh, M. (2000) *Different Exit Routes from Unemployment and their Impact on Mental Well-being: The Role of the Economic Situation and the Predictability of the Life Course*. *Work, employment and society*. [Online] 14 (3), 459–479.
- Sumnall, H., & Brotherhood, A. (2012). *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment* (Vol. 13). Luxembourg City: Publications Office of the European Union.
- Treitler, P. C. et al. (2022) *Perspectives of opioid use disorder treatment providers during COVID-19: Adapting to flexibilities and sustaining reforms*. *Journal of substance abuse treatment*. [Online] 132108514–108514.
- Voßemer, J. et al. (2017) *The Effects of Unemployment and Insecure Jobs on Well-Being and Health: The Moderating Role of Labor Market Policies*. *Social indicators research*. [Online] 138 (3), 1229–1257.
- Walters, S. M. et al. (2022) *Structural and community changes during COVID-19 and their effects on overdose precursors among rural people who use drugs: a mixed-methods analysis*. *Addiction science & clinical practice*. [Online] 17 (1), 24–24.
- Webster, J. M. et al. (2007) *Mental Health as a Mediator of Gender Differences in Employment Barriers among Drug Abusers*. *The American journal of drug and alcohol abuse*. [Online] 33 (2), 259–265.
- Weerakoon, S. M. et al. (2021) *COVID-19 related employment change is associated with increased alcohol consumption during the pandemic*. *The American journal of drug and alcohol abuse*. [Online] 47 (6), 730–736.
- Zamperini, A. (2002) *Psicologia sociale*. Torino: Einaudi.
- Zanis, D. A. et al. (2001) *A community-based trial of vocational problem-solving to increase employment among methadone patients*. *Journal of substance abuse treatment*. [Online] 21 (1), 19–26.
- Zhang, Z. & Snizek, W. E. (2003) *Occupation, Job Characteristics, and the use of alcohol and other drugs*. *Social behavior and personality*. [Online] 31 (4), 395–412.
- Zita, G. & Migliarese, G. (2020) *La doppia diagnosi ADHD e SUD*. *MISSION*. [Online] (53), 10–16.

SITOGRAFIA

EpiCentro (2020) «*Consumo di sostanze stupefacenti durante l'emergenza COVID-19*». Consultato 22.09.2022. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dipendenze-droghe-consumo-sostanze-stupefacenti>

Eurostat (2022). «*Gender statistics - Statistics Explained*». Consultato 09.09.2022. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Gender_statistics

Ministero della Salute (2022). «*Dipendenze e problemi correlati*». Consultato 27.08.2022. <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5763&area=prevenzione&menu=obiettivi2020>.

Senato della Repubblica. «*Dichiarazione universale dei diritti umani*». Consultato 27.07.2022. https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/DICHIARAZIONE_diritti_umani_4lingue.pdf

Senato della Repubblica. «*La Costituzione*». Consultato 27.07.2022. <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione>.

Treccani (1996). «*Motivazione*». Enciclopedia delle Scienze Sociali. Consultato 06.09.2022. https://www.treccani.it/enciclopedia/motivazione_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/