



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di FISPPA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia Clinica**

**Tesi di laurea Magistrale**

**DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: UNO SGUARDO  
AL FUTURO**

**SUBSTANCE USE DISORDER: A GLIMPSE OF THE FUTURE**

***Relatore***

**Prof.ssa SARA SANTILLI**

***Laureanda:***

***FRANCESCA BORGHI***

***Matricola: 2091359***

**Anno Accademico 2024-2025**

**DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: UNO SGUARDO AL FUTURO****INDICE**

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1.....	4
1.1 IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: IL QUADRO DIAGNOSTICO .....	5
1.2 IL CONCETTO DI VULNERABILITA' .....	8
1.3 GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE.....	16
CAPITOLO 2.....	23
2.1 DIPENDENZA E OCCUPAZIONE .....	23
2.2 GLI INTERVENTI DI RIABILITAZIONE PROFESSIONALE .....	28
2.3 PANORAMICA E ANALISI DI PERSONE CON DISTURBO DA USO DI SOSTANZE IN SITUAZIONI E CONTESTI LAVORATIVI DIVERSI.....	34
CAPITOLO 3.....	45
3.1 INTRODUZIONE ALLA RICERCA.....	45
3.2 OBIETTIVI E IPOTESI DI RICERCA.....	46
3.3 METODO.....	47
3.3.1 I PARTECIPANTI.....	47
3.3.2 STRUMENTI.....	47
3.3.3 PROCEDURA .....	52
3.4 RISULTATI .....	53
3.4.1 Analisi preliminari.....	53
3.4.2 Analisi della varianza con T test .....	54
3.4.3 Analisi di regressione lineare.....	56
3.4.4 Analisi qualitativa.....	57
3.5 Discussione dei risultati .....	60
3.6 Limiti dello studio e implicazioni per le future ricerche .....	63
3.7 Implicazioni per la pratica e prospettive future.....	63
3.8 Considerazioni conclusive .....	65

## **INTRODUZIONE**

Il tema della dipendenza patologica, in particolare la dipendenza dall'uso di sostanze, è contaminato da un forte senso di stigmatizzazione, responsabile in gran parte dell'emarginazione sociale che caratterizza i soggetti coinvolti. Tale esclusione deriva dalla mera prospettiva che vede il soggetto con storia di dipendenza come una persona debole e incapace di controllarsi: ne consegue che il disturbo da abuso di sostanze sia visto solo come una conseguenza della scarsa capacità di autocontrollo associata a questi individui.

Tuttavia, negli ultimi anni, si sta sviluppando una nuova visione biopsicosociale che considera la dipendenza come un fenomeno più complesso e multifattoriale: questo ha permesso un passaggio molto importante in cui l'obiettivo del trattamento del soggetto con storia di dipendenza non riguarda più esclusivamente la cura della patologia in senso stretto ma l'analisi anche dell'impatto che il disturbo ha sulla vita del soggetto. Questo cambiamento ha permesso di mettere in rilievo due concetti fondamentali, quali la vulnerabilità e la prevenzione, esplicitati nella prima parte di questo elaborato.

Alla luce di molte ricerche, è possibile affermare oggi che la dipendenza patologica da alcol e sostanze è il risultato molto complesso di un intreccio tra fattori cerebrali, comportamentali, genetici, ambientali e psicologici, che renderebbe un soggetto maggiormente predisposto al disturbo.

Conseguentemente, è fondamentale promuovere lo sviluppo di interventi di prevenzione, finalizzati a diminuire le percentuali attuali di persone con disturbo da abuso di sostanze, cercando di intervenire specificatamente su fattori e comportamenti di rischio mirati.

Nella seconda parte dell'elaborato, viene invece posto il focus sul lavoro, che rappresenta un bisogno centrale nella vita del soggetto con disturbo da abuso di sostanze. In particolare, vengono analizzate le numerose difficoltà riscontrate e gli interventi di riabilitazione professionale necessari, visti gli alti tassi di disoccupazione che colpiscono questa fascia di popolazione: nasce da qui la volontà di concentrarsi sui percorsi di reinserimento lavorativo dei soggetti con dipendenza patologica da alcol e sostanze.

Sono stati analizzati in una panoramica diversi contesti professionali per ricercare barriere o ostacoli che potrebbero favorire la ricaduta del soggetto, quali alti ritmi di lavoro, turni prolungati, eccessivi sforzi fisici, livelli alti di stress o eccessiva responsabilità percepita rispetto alle proprie risorse.

Inoltre, la presenza di alcol e sostanze sul posto di lavoro è ormai un problema concreto poiché molte ricerche hanno dimostrato come la disponibilità fisica effettiva di queste sostanze possa direttamente influenzarne il consumo: alla luce di ciò, per un buon risultato terapeutico, rispetto alla completa reintegrazione del soggetto nella società, diventa fondamentale ricercare strade professionali adeguate ed eventualmente alternative ed avere consapevolezza di questa realtà attuale.

Infine, l'ultima sezione dell'elaborato riporta una ricerca condotta su soggetti con disturbo da abuso di sostanze, attualmente in cura, con lo scopo di indagare percezioni, pensieri, paure, desideri e obiettivi riguardo al proprio futuro e all'atteggiamento nei confronti del lavoro.

Questa ricerca riguarda l'analisi della loro esperienza professionale passata per concretizzare e indagare un'idea di futuro, mirando alla costruzione di un progetto lavorativo futuro che garantisca loro un miglioramento della qualità della vita sia da un punto di vista personale che professionale.

I risultati emersi dalle numerose ricerche presentate contribuiscono a definire la realtà rispetto a questa tematica, favorendo lo sviluppo di strategie d'intervento adeguate.

## CAPITOLO 1

1.1 Il disturbo da uso di sostanze: il quadro diagnostico

1.2 Il concetto di vulnerabilità

1.3 Gli interventi di prevenzione

### 1.1 IL DISTURBO DA USO DI SOSTANZE: IL QUADRO DIAGNOSTICO

Il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), disturbo psichiatrico diffuso, è caratterizzato da un processo ricorrente, che include un consumo di sostanze ripetuto che varia d'intensità. Col passare del tempo, la persona coinvolta perde progressivamente la capacità di controllare il desiderio di fare uso di una determinata sostanza e questo desiderio incontrollabile, chiamato *craving*, è accompagnato dal graduale sviluppo di dipendenza fisica, che si manifesta con sintomi come la tolleranza o i segni di astinenza, quando l'assunzione viene interrotta.

L'American Psychiatric Association (APA, 1994) afferma che la dipendenza da sostanze è caratterizzata da una serie di sintomi che rendono l'individuo incapace di ridurre o controllare l'uso della sostanza. Anche nel trattamento a lungo termine, la mancanza di autocontrollo aumenta la probabilità di ricadute nel comportamento di ricerca e assunzione della sostanza, anche dopo lunghi periodi di astinenza.

La visione della dipendenza come una malattia e un disturbo è una forma di progresso etico nella concettualizzazione del consumo problematico delle sostanze e nel gioco d'azzardo, intesi come patologia.

La dipendenza patologica era considerata finora solo come un vizio, una volontà debole, una manifestazione eccessiva di impulsività e mancanza di controllo ma l'avvento del modello biomedico ha permesso il superamento di questo stigma, implicito nel modello etico della dipendenza.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali V (DSM-V, APA, 2014) e la Classificazione Internazionale delle Malattie 11 (ICD – 11, WHO, 2019) non parlano più, come in passato, di dipendenza patologica, ma *“I disturbi dovuti all'uso di sostanze e comportamenti di dipendenza sono disturbi mentali e comportamentali che si sviluppano a seguito dell'uso di sostanze prevalentemente psicoattive, compresi i farmaci, o di specifici comportamenti ripetitivi gratificanti e rinforzanti”* (ICD – 11).

La diagnosi fa riferimento a un vasto insieme di comportamenti patologici legati all'uso della sostanza, che nel DSM – V (2013), come termine, fa riferimento a tabacco, alcol, sostanze psicotrope illegali, le nuove sostanze psicoattive e farmaci assunti senza prescrizione medica. In particolare, il Disturbo da Uso di Sostanze, seguendo il DSM – V, viene diagnosticato nel caso in cui un soggetto si trovi a soddisfare undici diversi criteri (sintomi) e, solitamente, maggiore è il numero di sintomi e maggiore è la gravità del quadro in questione.

Le condizioni legate alla diagnosi di un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) sono le seguenti:

1. Tolleranza: fenomeno per il quale l'equilibrio del fisico si modifica in base all'assunzione della sostanza. Per riuscire a mantenere i medesimi effetti della sostanza, ne viene richiesta una quantità sempre crescente.
2. Astinenza: complesso di sintomi che, quando non è disponibile la sostanza, si manifestano nell'organismo.
3. Interruzione, riduzione o compromissione delle attività sociali, lavorative o ricreative.
4. Tentativi inutili di ridurre o controllare l'uso della sostanza.
5. Dispendio di tempo: la dipendenza è tanto più avanzata, tanto maggiore è il tempo giornaliero dedicato ad essa, fino a diventare l'unica occupazione presente.
6. Perdita di controllo sull'uso e il consumo della sostanza.
7. Uso continuativo e costante nonostante la consapevolezza che la sostanza rappresenti un problema.
8. Uso ricorrente con incapacità conseguente ad adempiere ai propri compiti.
9. Uso in situazioni a rischio: il soggetto, col tempo, perde sempre di più la capacità di percepire concretamente i rischi e le conseguenze negative correlate all'assunzione della sostanza.
10. Uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali.
11. Craving: desiderio irrefrenabile della sostanza.

Questi criteri diagnostici vengono presi in considerazione indipendentemente dal tipo di sostanza coinvolta, poiché in tutti i casi di dipendenza patologica si hanno una serie di caratteristiche comuni, che prescindono dalle specificità della sostanza utilizzata, sia per

l'implicazione delle medesime strutture e circuiti cerebrali coinvolti, sia per le caratteristiche che i soggetti coinvolti presentano.

Tra le conseguenze psico-sociali più evidenti nel soggetto con tossicodipendenza si ha *“scadimento nel seguire obblighi legati a scuola, lavoro, ambiente domestico”*: la persona rende protagonista della propria vita la sostanza, arrivando a subordinare ad essa tutto il resto (Maj et al., 2014).

Sono inoltre frequenti complicazioni fisiche quali malnutrizione, infezioni da HIV, overdose, ictus, ipertensione, frequenti ospedalizzazioni e infarti e altri disturbi correlati, come schizofrenia e depressione (Barrowclough et al., 2014; DSM V, 2013).

La natura cronica e l'evoluzione delle ricadute sono peculiarità della dipendenza da uso di sostanze: essa, oltre a comportare un onere per gli individui e la società e a provocare un danno fisico, psicologico, affettivo, emotivo o sociale per l'individuo stesso, causa soventemente come conseguenza il bisogno impellente e ricorrente di assumere la sostanza; arrivando a ripercussioni negative nella vita del soggetto e ad una condizione di continua sofferenza.

Gli individui vivono in ambienti molto complessi, con molte esigenze comportamentali (Müller e Schumann, 2011a, 2011b) e opportunità (Ahmed, 2010) e generalmente in un contesto sociale (Burke e Miczek, 2014). Grazie alla prospettiva biomedica moderna, la dipendenza è considerata un fenomeno allo stesso tempo biologico, psicologico e sociale e viene data grande attenzione alle cause biologiche e ai meccanismi disfunzionali patologici delle dipendenze: in questo modo, le azioni dell'individuo vengono viste come sintomi di una malattia su cui la persona non può esercitare totale controllo volontario e la responsabilità dell'individuo diminuisce. Nonostante questo approccio, le persone sono artefici di molte scelte, prese anche sulla base delle caratteristiche del contesto in cui si trovano, considerato come ambiente socioculturale, quindi determinato da eventi e allo stesso tempo influenzato anche dai soggetti agenti all'interno dello stesso e dalle loro peculiarità.

Tutti i sistemi sociali, ossia il sistema familiare, relazionale, lavorativo e interpersonale, sono contaminati dal fenomeno della tossicodipendenza. Per questo motivo è molto importante capire le motivazioni sottostanti ad essa perché ciò può aiutare a spiegare i

motivi per cui l'individuo assume la sostanza: un punto di partenza imprescindibile per leggere la persona a trecentosessanta gradi e attivare un percorso di cura efficace.

È necessario comprendere quindi contemporaneamente la dimensione sanitaria, psicologica e socio-relazionale della persona, appoggiando l'interesse e lo sviluppo di attività finalizzate al reinserimento sociale e lavorativo.

## **1. 2 IL CONCETTO DI VULNERABILITA'**

Nella letteratura scientifica non vi è una definizione precisa sulla vulnerabilità, ma è possibile individuare alcune caratteristiche che, se presenti, costituiscono un denominatore comune per il concetto di vulnerabilità o soggetto vulnerabile.

Tali caratteristiche riguardano solitamente persone che, dal punto di vista fisico, psicologico e sociale, non sono in uno stato di salute ideale e rischiano per questo di rimanere esclusi o isolati dalla società.

Ulteriori elementi responsabili di vulnerabilità sono l'accumulo di limitazioni o problemi, sentimenti di impotenza o sfiducia, marginalità e accesso limitato o nullo alle risorse, squilibrio in termini di oneri e bassa autostima (Euguster et al, 2011; Winsemius, 2011 citati in Numans et al, 2021).

Viene definito "gruppo vulnerabile" un gruppo specifico di persone della popolazione con una percentuale più alta di sviluppare alcuni rischi, quali problemi di salute, emarginazione, basso grado di istruzione.

La ricerca di gruppi vulnerabili è oggi uno strumento importante per definire i provvedimenti riguardo l'uso di stupefacenti nei gruppi e nelle aree più a rischio di sviluppare un consumo problematico.

Nel disturbo da uso di sostanze, la vulnerabilità prevede che uno specifico gruppo sia maggiormente predisposto all'uso di stupefacenti e problemi ad esso connessi, a causa di un determinato profilo sociodemografico e fattori di rischio correlati.

Di fronte a una serie di fattori individuali, ambientali e di altri dovuti alle caratteristiche della dipendenza (la semplice reperibilità e disponibilità dello stimolo, l'uso con alta frequenza, l'intensità e la capacità di creare un effetto di gratificazione e di inibizione sull'ansia, la depressione, la noia), la politica sociale europea ha rilevato individui e gruppi svantaggiati, ossia molto a rischio di rimanere emarginati dalla società.

Il consumo di alcol e sostanze è un fenomeno in crescente espansione, che coinvolge persone di tutte le età e contesti sociali e i rischi legati all'abuso sono numerosi.

Il Dipartimento di politiche antidroga ha pubblicato, nel 2023, le Relazioni al Parlamento riguardo alla situazione dell'attuale dipendenza dall'uso di sostanze stupefacenti in Italia (vedi Figura 1).

Secondo i dati, nella fascia di età compresa fra 18 e 84 anni, oltre 14 milioni e 300 mila persone residenti in Italia, hanno consumato una sostanza psicoattiva illegale almeno una volta nella loro vita.

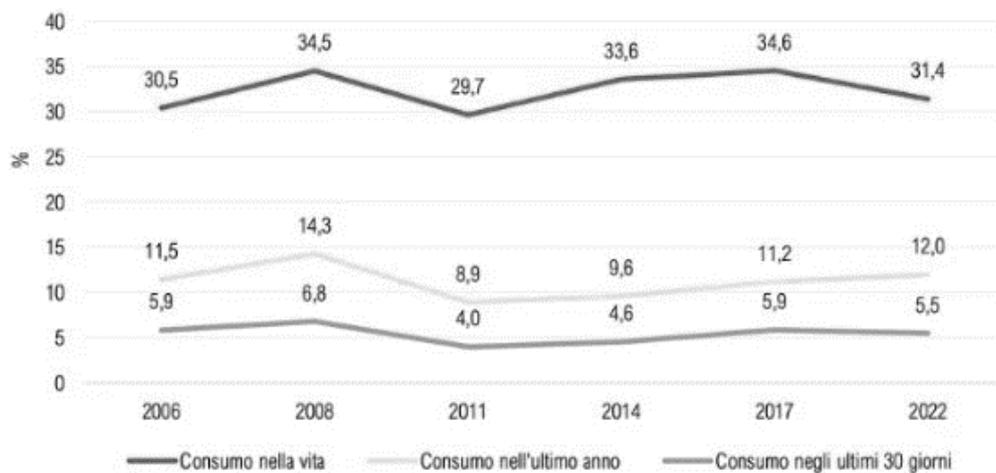


Figura 1: Situazione attuale all'uso della droga in Italia  
(fonte: CNR-IFC)

A seguito di una diminuzione generale dell'uso di sostanze degli ultimi anni, le indagini più recenti mostrano tuttavia che i dati sono nuovamente in aumento, soprattutto nel genere maschile (con rapporto 1:5), e con una diminuzione progressiva in corrispondenza all'aumento dell'età (27% dei 18-24enni; 19% dei 25-34enni; 7,7% dei 35-64enni).

La dipendenza è, dunque, una patologia complessa che nasce dall'interazione tra lo sviluppo di un individuo e fattori cerebrali, comportamentali, genetici, ambientali e psicologici.

Ciò nonostante, la predisposizione all'uso potrebbe essere stata ereditata dai genitori, potrebbe essere legata alla presenza di alcuni fattori di rischio (ad esempio disturbi della personalità), a schemi comportamentali atipici o ad altri fattori di influenza quali il condizionamento sociale o fattori esterni (stress, povertà, malattie): sono diversi quindi i

motivi per i quali alcune persone potrebbero essere più a rischio di altre relativamente all'abuso di sostanze (vedi Figura 2).

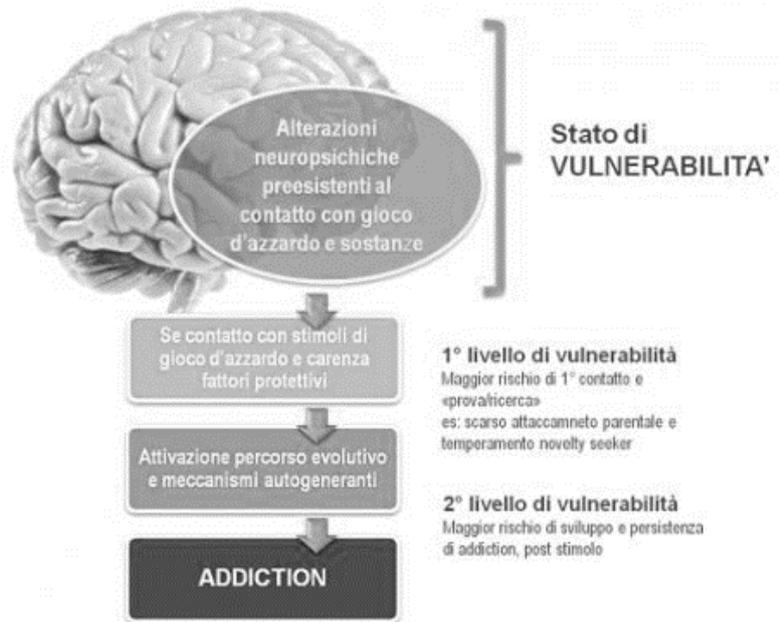


Figura 2: Livelli di vulnerabilità alla dipendenza da gioco d'azzardo e sostanze  
(fonte: Serpelloni, 2012)

Lo sviluppo di una dipendenza patologica e la predisposizione ad essa sono connesse a diversi fattori che possono generare un forte rischio di dipendenza.

La ricerca ha compilato una gamma di fattori di rischio per lo sviluppo di problemi correlati alla sostanza, in associazione alle caratteristiche del singolo soggetto o a caratteristiche e particolarità della famiglia, del quartiere o del contesto sociale di appartenenza: questi elementi, spesso legati fra loro, formano la cosiddetta “rete di rapporti causa-effetto”.

L'interazione di molte caratteristiche personali ed esperienze esterne all'individuo comporta quindi l'insorgenza di una dipendenza, con un'azione bidirezionale di influenza fra micro e macro-livello (vedi Figura 3).

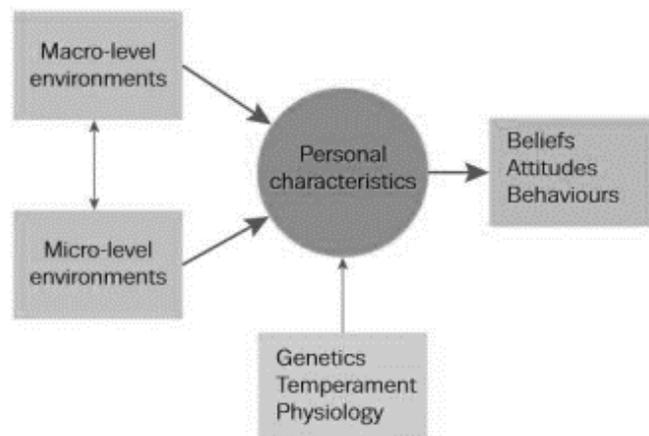


Figura 3: Modello eziologico  
(fonte: EMCDDA, 2019)

I fattori di rischio di macro-livello riguardano il reddito, le risorse economiche, l'ambiente sociale e l'ambiente fisico.

Nel micro-livello troviamo invece le influenze derivanti dalla scuola, dalla famiglia e dal gruppo dei pari (vedi Tabella 1).

INFLUENZE DI MACRO-LIVELLO	INFLUENZE DI MICRO-LIVELLO	CARATTERISTICHE PERSONALI	PRIMARY OUTCOMES
<p><b>Reddito e risorse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- povertà</li> <li>- persone senza tetto,</li> <li>persone con status di rifugiato,</li> <li>lavoro minorile</li> <li>- mancanza di accesso</li> </ul>	<p><b>Influenze familiari</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mancanza di coinvolgimento e di guida</li> <li>- genitorialità negligente e violenta</li> <li>- role modelling negativo</li> </ul>	<p><b>Suscettibilità genetica, salute mentale e tratti personali</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sensation seeking</li> <li>- aggressività</li> <li>- disattenzione</li> <li>- impulsività</li> <li>- problemi di salute mentale</li> </ul>	<p><b>Abuso di sostanze e problemi correlati</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insuccesso scolastico</li> <li>- capacità e competenze sociali scarse</li> </ul>

all'assistenza sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- trascuratezza della condizione fisica</li> <li>- ambiente stressante e caotico</li> <li>- uso di sostanze da parte dei genitori</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- scarsa auto-regolazione</li> <li>- problemi di salute mentale</li> <li>- scarsa salute fisica</li> </ul>
<p><b>Contesto antisociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- norme antisociali, scarsi e informali controlli sociali</li> <li>- mancanza di coesione sociale, mancanza di connessione, mancanza di capitale sociale</li> <li>- conflitti e guerre</li> <li>- esclusione sociale e disuguaglianze</li> </ul>	<p><b>Influenze scolastiche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- istruzione precoce di scarsa qualità</li> <li>- scarsa frequentazione scolastica</li> <li>- mancanza di educazione sanitaria</li> <li>- mancanza di programmi di prevenzione</li> <li>- mancanza di attività doposcuola</li> </ul>	<p><b>Sviluppo neurologico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ritardi linguistici</li> <li>- deficit cognitivi</li> <li>- scarso processo decisionale e capacità di risoluzione dei problemi</li> </ul>	
<b>Ambiente fisico</b>	<b>Influenze dei coetanei</b>	<b>Reattività allo stress</b>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- edifici abbandonati, alloggi scadenti, disturbo del vicinato</li> <li>- accesso all'alcol, al tabacco e ad altre sostanze</li> <li>- mancanza di accesso a molti alimenti</li> <li>- media</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- antisocialità, esposizione ad alcol, tabacco o altre sostanze</li> <li>- mancanza di guida parentale nelle relazioni tra coetanei</li> <li>- tecnologia di social networking</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deficit nella regolazione e percezione delle emozioni</li> <li>- risposte fisiologiche disregolate</li> </ul>	
--	--	--	--

Tabella 1: Principali fattori di rischio suddivisi per livello di influenza  
(fonte: EMCDDDA, 2019)

Un'attività di ricerca condotta trasversalmente tra diversi Paesi, quali Regno Unito, Germania e Stati Uniti ha identificato molte variabili individuali, ambientali, familiari e sociali come fattori di rischio:

<b>INDIVIDUALI</b>	variabili sociodemografiche, presenza di un disturbo mentale, vulnerabilità neurobiologica, comportamenti aggressivi, ansietà
<b>FAMILIARI</b>	stili di attaccamento, relazioni disfunzionali, conflitto intrafamiliare, forte conflitto genitoriale, storie di familiarità con dipendenza, ragazzi in affidamento

<b>AMBIENTALI/SOCIALI</b>	disponibilità di accesso o frequente esposizione allo stimolo, condizioni di svantaggio sociale (giovani senz'atletto), pubblicità e marketing, scarso rendimento scolastico
---------------------------	--

Tuttavia, nella quasi totalità dei casi, i fattori di rischio e i fattori protettivi rilevanti di un determinato comportamento sono numerosi e intrecciati e per questo la manifestazione di certi fenomeni non può essere sempre prevista con certezza.

Per questo, attualmente, l'elemento protagonista dei programmi di intervento non è più la semplice relazione causale fra fattori ambientali, comportamento problematico e fattori biologici, ma l'oggetto di studio principale è il comportamento, considerato il risultato finale dell'interazione fra fattori biologici, esperienziali e ambientali.

Il concetto di vulnerabilità, inoltre, è correlato anche al neurocircuito della dipendenza, poiché tutte le sostanze d'abuso esercitano i suoi effetti rinforzanti attraverso l'attivazione di un percorso comune, ossia la via mesocorticolimbica, ritenuta responsabile della transizione verso la dipendenza e le ricadute da parte del consumatore.

Un contesto sociale e fattori individuali predisponenti possono causare modificazioni neuro-psicobiologiche, che si manifestano in un'evidente alterazione dei meccanismi di gratificazione e un conseguente squilibrio dei sistemi di ricompensa cerebrale. Questo squilibrio è associato a una scarsa capacità di bassa efficacia di controllo degli impulsi da parte della regione prefrontale e una frequenza alta di comportamenti legati alla ricerca/specializzazione.

Ne consegue un generale squilibrio nei sistemi di ricompensa del cervello, dal momento che viene persa la capacità di mantenere stabilità durante il cambiamento e i processi allostatici individuali.

In particolare, il protagonista del sistema di gratificazione relativamente all'uso di sostanze è la dopamina (DA), neurotrasmettitore legato ai meccanismi di ricompensa e piacere: ciò che ha un potenziale di dipendenza incrementa la DA sui neuroni dell'area tegmentale ventrale, attraverso effetti diretti e indiretti e ha un conseguente aumento di DA nel nucleo accumbens (Feltenstein MW, 2008).

L'uso ripetuto di sostanze comporta una stimolazione dopaminergica ripetuta, che induce adattamenti neuronali in molti sistemi neurotrasmettitoriali, tra cui il sistema del glutammato, che migliora l'eccitabilità neuronale e modula la neuroplasticità, il sistema GABAergico, responsabile dell'inibizione della trasmissione del potenziale d'azione, e i sistemi responsabili della modulazione dei circuiti affettivi, edonistici e avversivi del cervello, quali il sistema oppioide, cannabinoide, colinergico, serotoninergico e noradrenergico. Una volta stabilito il condizionamento, i neuroni DA si attivano alla sola esposizione, prevedendo e anticipando una ricompensa imminente.

Inoltre, il condizionamento può essere amplificato di fronte a molti segnali diversi, quali luoghi, stati mentali o persone, associati in precedenza all'esperienza con la sostanza: ognuno di questi diversi stimoli è in grado di attivare e risvegliare nel soggetto una forte spinta e motivazione a ricercare la sostanza, essendo essi già noti al soggetto a causa di un utilizzo precedente.

Negli anni sono state sviluppate numerose terapie farmacologiche che alterano l'attività dopaminergica della via mesolimbica con l'obiettivo di prevenire le ricadute quando è stata raggiunta l'astinenza e, al contempo, ridurre al minimo gli effetti rinforzanti delle sostanze d'abuso, cosicché l'effetto legato al consumo diminuisca e l'individuo sia in questo modo aiutato a smettere (Nutt D et al., 2008).

Tuttavia, il rapporto tra i diversi fattori di rischio, fattori protettivi e il consumo di sostanze tra i giovani non è certamente un rapporto lineare con concatenazione di cause ed effetti e per questo, dalla ricerca e dall'analisi di gruppi vulnerabili tra i giovani, non risulta una previsione sicura della percentuale di consumo.

È dunque necessario promuovere lo sviluppo di progetti e interventi che incoraggino la frequentazione scolastica, la creazione di un legame con le istituzioni, la presenza dei genitori e altri meccanismi di sostegno efficaci.

In Europa si stanno diffondendo sempre di più gli interventi progettati per i gruppi vulnerabili, ma nonostante questo impegno, persistono scarse offerte attive di prevenzione e i giovani più a rischio sono raramente identificati nelle strategie e nei provvedimenti in atto: nella maggior parte dei paesi europei sono disponibili soltanto programmi molto generici di prevenzione, che non affrontano le varie specificità dei gruppi vulnerabili.

### **1.3 GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE**

La prevenzione, intesa in ambito medico, ha lo scopo di produrre il benessere degli individui e della collettività, con l'obiettivo comune di organizzare un insieme di attività, azioni e interventi finalizzati a diminuire i tassi di morbilità (numero di malati in un dato gruppo e periodo), i fattori di rischio e la mortalità, attraverso un lavoro che coinvolge molti professionisti.

In particolare, la prevenzione comportamentale racchiude tutte le misure di prevenzione con lo scopo comune di influenzare le conoscenze, l'atteggiamento, la motivazione e il comportamento di un soggetto o di un determinato gruppo.

È complicato riuscire a mettere in atto strategie efficaci di prevenzione (Green, 1991), a causa di una catena di cause ed effetti ma, al contempo, diventa necessario conoscere le determinanti dei disturbi comportamentali in un determinato contesto per comprendere pienamente un problema complesso, come lo è, ad esempio, quello della dipendenza.

Questa catena ha due anelli importanti: innanzitutto, il rapporto tra i fattori di rischio e il problema da prevenire e, secondariamente, il rapporto tra intervento preventivo e riduzione del comportamento a rischio (ad esempio, la valutazione dell'efficacia di un programma preventivo nel ridurre il numero di giovani che iniziano a fumare).

La conoscenza del primo anello è ardua e, come sopra ampiamente riportato, vi sono numerosi fattori coinvolti, tra cui quelli sociali, psicologici, la sensibilità individuale e le informazioni sui pericoli: la difficoltà di studiare tali fattori contribuisce alla debolezza delle teorie sull'origine della tossicodipendenza.

Il concetto di prevenzione nelle dipendenze, come già anticipato, ha vissuto un'evoluzione significativa, che ha permesso alla psicologia di trovare un proprio spazio nel panorama biopsicosociale, comportando così un forte cambiamento di prospettiva.

La teoria ecologica di Bronfenbrenner (1979) è alla base di questo nuovo approccio, che integra le azioni, i pensieri e i comportamenti delle persone.

Secondo questa teoria, la prevenzione non deve concentrarsi su un unico evento o uno specifico comportamento, ma deve intervenire sull'intero sistema di relazioni dell'individuo, di valori, di comportamenti e di risorse. Lo sviluppo psicologico del singolo individuo è influenzato e modellato da norme, ruoli o regole presenti in ogni sistema di relazioni in cui la persona vive.

Lo scopo prioritario della prevenzione rispetto alla tossicodipendenza è prevenire o ritardare l'assunzione di sostanze psicoattive. Quando l'uso è già iniziato, si mira ad evitare l'insorgenza di problemi e disturbi legati al loro consumo.

Quando si realizzano interventi riguardo alla prevenzione, il gruppo dei pari rappresenta un determinante molto importante. In particolare, le capacità genitoriali e l'attaccamento alla scuola sono le variabili più influenti durante la fase neonatale, l'infanzia e la prima adolescenza; nelle fasi successive della vita, invece, i mezzi di informazione e i luoghi di svago diventano i fattori protagonisti (UNODC, 2018).

La Scuola di Medicina/Divisione di Medicina d'Urgenza dell'Università del New Mexico ha dimostrato l'efficacia di un Programma di Prevenzione dall'abuso di alcol e sostanze (ASAP), che si proponeva di esporre i giovani alle conseguenze dell'abuso di alcol e sostanze, attraverso interviste e visite con pazienti e famiglie presso il Dipartimento di emergenza e il Trauma Center dell'Università (Bernstein et al., 1987).

Nel tempo, gli esiti hanno indicato che il gruppo sperimentale, rispetto al gruppo di controllo, percepiva maggiormente i rischi derivanti dall'assunzione di alcol e sostanze.

Secondo una nuova classificazione proposta dall'Institute of Medicine nel 1994, l'azione preventiva può essere universale, selettiva o indicata.

La prevenzione universale prevede che l'intervento abbia come risultato un beneficio per l'intera popolazione generale; ne è un esempio la vaccinazione pediatrica di tutti i bambini o i programmi di prevenzione progettati nelle scuole per provare ad allontanare gli studenti dal consumo di sostanze.

Il luogo più adeguato agli interventi primari di prevenzione universale è infatti la scuola, poiché è un ambiente molto funzionale per provare a ridurre il primo utilizzo o prevenire il passaggio dall'uso sperimentale alla dipendenza patologica.

Uno studio negli Stati Uniti ha testato l'effettiva efficacia degli interventi scolastici nel prevenire e ridurre il consumo di sostanze. I programmi scolastici erano basati su una combinazione di competenze e approcci sociali e l'analisi prendeva in considerazione gli effetti dell'uso di marijuana, di droghe pesanti e di qualsiasi altra sostanza, in un arco di tempo superiore o inferiore a un anno.

Dai risultati non è emersa però nessuna significatività statistica, se non un piccolo effetto protettivo sugli studenti. Dal momento, dunque, che gli effetti dei programmi scolastici risultano limitati, dovrebbero essere progettate strategie più complete per la prevenzione dell'uso di droga, al fine di ottenere maggiore impatto.

Risultati differenti sono invece emersi dallo studio EU-Dap (European Drug Addiction Prevention Trial), condotto in Europa e mirato anch'esso alla valutazione di un programma scolastico di prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe.

Lo studio ha coinvolto tre centri italiani e collaborato con sei paesi europei, per un totale di 141 scuole totali e più di 7000 studenti; i finanziamenti sono stati posti a carico della Commissione Europea nel programma di Sanità Pubblica, anche con l'appoggio e la promozione dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte.

Il programma di prevenzione prevedeva tecniche di role play, brain storming e discussioni di gruppo per ragazzi fra 12 e 14 anni ed era a carico degli insegnanti.

In particolare, il programma è basato sull'approccio *comprehensive social influence* ed è suddiviso in una serie di compartimenti diversi, dove alcuni sono progettati per aumentare la consapevolezza riguardo i rischi dell'uso di tabacco, alcol e sostanze promuovendo un atteggiamento non favorevole, altre sostengono il consolidamento di abilità inter-personali e intra-personali.

I risultati ottenuti sono stati positivi poiché gli studenti, dopo aver aderito al programma, hanno riportato una riduzione del 30% di fumare quotidianamente, del 31% di avere intossicazioni da alcol e del 23% di fare uso di cannabis; inoltre, l'efficacia del programma si è mantenuta anche al follow-up ad un anno sia per l'alcol che sull'uso di cannabis.

La prevenzione universale ha dunque riportato risultati migliori con giovani non consumatori a basso rischio rispetto ai risultati ottenuti con ragazzi ad alto rischio, trovando maggiore difficoltà nell'inquadrare le loro necessità specifiche e i canali di comunicazione adeguati a un'inclusione e una partecipazione efficace.

La prevenzione selettiva, invece, riguarda l'adozione di strategie pensate per gruppi specifici che hanno un rischio più alto rispetto alla media di sviluppare una dipendenza: si concentra quindi su sottogruppi della popolazione e non su singoli individui.

Gli interventi selettivi partono dall'assunto che sia necessario identificare gruppi vulnerabili e pianificare misure volte a diminuire il rischio che essi sviluppino problemi legati all'uso di sostanze, considerando anche che molto spesso queste persone non riportano miglioramenti dai programmi generali, poiché questi ultimi non affrontano i loro bisogni specifici e molto spesso queste persone non frequentano la scuola, rimanendo quindi totalmente escluse dai programmi generali inseriti nell'attività scolare.

Un esempio di prevenzione selettiva riguarda la messa in atto di interventi di prevenzione in ambienti professionali con ricca presenza di alcolici, come i locali notturni o i ristoranti: questi soggetti, seppur non presentino alcun tipo di dipendenza, sono considerati individui vulnerabili e maggiormente a rischio a causa dell'esposizione continua a quel preciso contesto.

L'obiettivo della prevenzione specifica è prevenire l'abuso di sostanze rafforzando fattori protettivi (autostima, capacità di problem-solving, buona rappresentazione di sé) e aiutando la persona ad affrontare e diminuire i fattori di rischio, cercando di aumentare la resistenza all'uso di sostanze.

Tali interventi operano di solito su tre diversi livelli: individuale (sforzo personale), familiare (schema parentale) o comunitario (coesione e organizzazione).

La prevenzione selettiva si è dimostrata ampiamente efficace nel campo delle dipendenze, rivelandosi un'utile soluzione per agire sulle vulnerabilità di diversi gruppi e riportando su di essi buoni risultati.

Infine, la prevenzione indicata è rivolta a singoli individui che, seppur sani al momento dell'intervento, sono riconosciuti come particolarmente esposti ad un alto rischio per lo sviluppo di un potenziale problema.

Nell'ambito delle dipendenze, Burkhart et al. (2004) sostiene che siano da includere nella prevenzione indicata anche soggetti che, in caso di dipendenza o esposizione a droghe o alcol, correrebbero rischi maggiori di altri, ad esempio i pazienti con diagnosi psichiatriche, donne in gravidanza o adolescenti con vulnerabilità.

È stata realizzata una revisione sistematica delle fonti, con l'obiettivo di esaminare l'efficacia degli interventi di prevenzione riguardo l'uso e l'abuso di alcol tra gli adolescenti, attraverso l'analisi di tutte le ricerche condotte in Europa dal 1995 al 2010.

L'obiettivo principale riguarda la valutazione di un eventuale grado di correlazione e

influenza fra le diverse classi sociali e i vari interventi proposti per prevenire l'uso e l'abuso di alcol fra adolescenti nel contesto europeo.

Fra i sei studi scelti che soddisfano i criteri di selezione, tre sono stati i più rilevanti e i dati di efficacia acquisiti sono stati selezionati in base alle classi socioeconomiche.

Lo studio EUDAP (European Drug Addiction Prevention Trial, già citato precedentemente) riporta che i bambini appartenenti a classi sociali svantaggiate ottengono maggiori benefici dal programma di prevenzione, soprattutto sulla frequenza dell'ubriachezza. Risultati in coerenza con quanto appena detto, si ritrovano nello studio Morgenstern, secondo cui gli studenti appartenenti a classi sociali svantaggiate ottengono maggiori risultati nel *binge drinking* rispetto a quelli appartenenti a classi sociali più abbienti.

Infine, lo studio Conrod, che analizza il programma Preventure, indica la presenza di una riduzione nell'uso di alcol in tutte le classi sociali (seppur statisticamente significativa solo per le classi più basse), ma solo a breve termine.

Dunque, nonostante la revisione abbia a disposizione solo un numero limitato di studi, sulla base di questi risultati, che mostrano in due studi su tre maggiore efficacia tra gli studenti delle classi sociali più basse riguardo all'esito sull'abuso di alcol, possiamo intuire che gli interventi preventivi potrebbero dimostrarsi utili anche a ridurre le disuguaglianze sociali.

In conclusione, risulta necessario, visto lo scenario moderno, intraprendere e promuovere programmi di informazione, educazione e formazione su alcol, sostanze e loro conseguenze, con l'obiettivo di promuovere programmi sanitari, anche per la sicurezza e la salute sul posto di lavoro.

A tal proposito, l'Organizzazione Internazionale del Lavoro ha emanato un codice di condotta sulla gestione dei problemi legati all'alcol e alla droga sul posto di lavoro.

L'attenzione viene posta prima di tutto sulla prevenzione e l'approccio è incentrato non tanto sulla disciplina, quanto sulla salute e sulla sicurezza dei lavoratori: i problemi legati alla dipendenza da alcol o sostanze devono essere considerati problemi di salute come qualsiasi altro problema medico-sanitario e coperti dagli adeguati sistemi sanitari, pubblici o privati.

Una politica incentrata sulla prevenzione all'uso di sostanze e su protocolli sanitari generali può portare numerosi vantaggi a tutte le organizzazioni lavorative con casi di dipendenza e abuso, poiché una politica formale del lavoro è in grado di dare un'opportunità e promuovere strutture di sostegno e assistenze adeguate alla forza-lavoro. Il focus dovrebbe riguardare la prevenzione e le restrizioni al consumo di alcol e sostanze sul posto di lavoro, cosicché attraverso norme precise, se ne limiti le disponibilità.

Una modalità integrata di problematiche legate all'abuso di sostanze e sistemi più ampi di prevenzione permetterebbero di fornire programmi più funzionali, aumentando la consapevolezza su rischi e pericoli e diminuendo la loro potenziale attrattiva.

Uno screening formale per problemi di droga sul luogo di lavoro dovrebbe prevedere tre fasi: un test preassunzione del candidato, in seguito un test ai dipendenti dopo un incidente o per verifica dell'idoneità al servizio e infine un test sul posto di lavoro senza motivi espliciti, verso dipendenti in posizioni mirate, selezionati tramite campionamenti casuali. Oggi, purtroppo, sfide legali ed etiche, aumento costante di sostanze soggette ad abuso a disposizione nella società e confine sempre più sfumato tra legalità e illegalità ostacolano la realizzazione di tali programmi.

Nella realtà dei fatti, molti luoghi di lavoro non prevedono normative specifiche e l'identificazione di casi-problema avviene attraverso la comunicazione del lavoratore-dipendente, a cui dovrebbe essere offerto aiuto e supporto per evitare o prevedere ricadute disciplinari e provvedimenti.

Non solo a livello individuale, ma anche a livello organizzativo, dovrebbero inoltre essere offerte strategie di aiuto in collaborazione con i dipendenti stessi, che affrontino gli elementi che potrebbero in qualche modo contribuire ai problemi di uso di sostanze e rivedano l'organizzazione sociale (eventi con i clienti, incontri extra-lavoro con il personale aziendale...), in modo tale da fornire un beneficio sanitario più ampio per tutto il personale.

Il fenomeno della dipendenza è quindi molto complesso e implica molte sfaccettature e variabilità che devono essere affrontate con percorsi diversi e personalizzati.

Ad oggi esistono in Europa diverse legislazioni, specifiche per ogni Paese, per regolamentare il consumo di alcole e sostanze sul posto di lavoro, le quali hanno come

obiettivo quello di sviluppare un quadro d'azione necessario a fornire risposte sanitarie e sociali a questi problemi.

Tali risposte ai problemi di sostanze comprendono qualsiasi azione o intervento intrapreso con lo scopo di affrontare e prevedere le conseguenze sanitarie e sociali negative che derivano dal consumo illecito di queste (ad esempio, decessi, malattie infettive, dipendenza, problemi di salute, isolamento ed emarginazione sociale).

Tali risposte, attualmente, vengono sviluppate e attuate in UE, a livello sia nazionale sia locale, seguendo tre fasi fondamentali (vedi Figura 4): innanzitutto è necessario identificare la natura del problema da affrontare legato al consumo della sostanza; successivamente occorre selezionare interventi potenzialmente efficaci per far fronte a tali difficoltà. In tal caso i fattori di intervento da considerare riguardano il metodo da utilizzare più efficace, i gruppi target coinvolti e l'analisi delle misure e del contesto in cui tali programmi verranno applicati; la terza fase riguarda, infine, il monitoraggio, l'aggiornamento e la valutazione dell'efficacia di tali programmi, nonché una revisione dei costi e dei risultati finalizzati a un aggiornamento e ad un processo di pianificazione continuo.

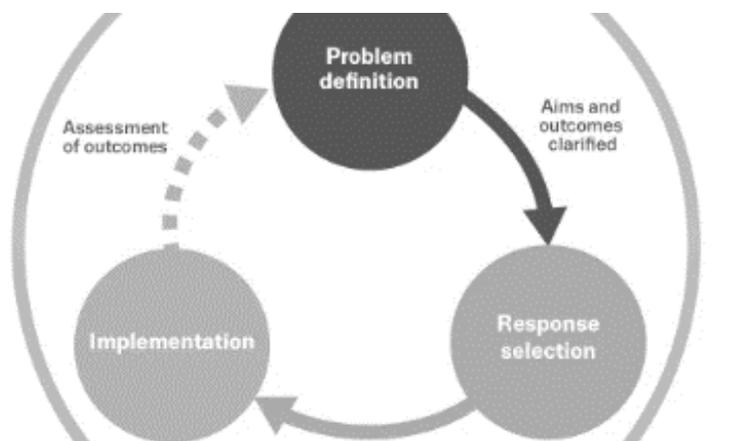


Figura 4: Le risposte sanitarie e sociali ai problemi di droga in 3 fasi

Fonte: EUDA (European Union Drugs Agency), 2021

## **CAPITOLO 2**

2.1 Dipendenza e occupazione

2.2 Gli interventi di riabilitazione professionale

2.3 Panoramica e analisi di persone con disturbo da abuso di sostanze in situazioni e contesti lavorativi diversi

### **2.1 DIPENDENZA E OCCUPAZIONE**

Il luogo di lavoro è un contesto protagonista nella vita di una persona, un ambiente in cui l'individuo passa gran parte del suo tempo e ha un forte impatto sull'influenza della salute e del benessere del lavoratore; esso costituisce, anche all'interno del percorso riabilitativo, un elemento cardine per ambire a una corretta reintegrazione sociale.

L'Osservatorio Europeo sulle Droghe (European Monitoring Centre For Drugs Addiction – EMCDDA) specifica che “il trattamento sanitario delle dipendenze da solo non è sufficiente a garantire l'inclusione sociale”, e indica, tra i punti fondamentali, per una funzionale realizzazione “la reintegrazione sociale e lavorativa come obiettivo finale del programma di trattamento”.

A tal proposito, nel piano d'azione nazionale antidroga e nel piano d'azione europeo, rispettivamente nel 2013 e nel 2017, la reintegrazione sociale e lavorativa sono state considerate elementi centrali del piano di intervento per persone con disturbo da uso di sostanze.

La seguente tesi è strutturata con lo scopo primario di analizzare e indagare la situazione delle persone tossicodipendenti in via di remissione, al momento dell'uscita dai centri residenziali, sostenendo e promuovendo la loro inclusività e sostenibilità sociale.

La dipendenza, infatti, pur essendo ormai considerata un disturbo a tutti gli effetti, è assai stigmatizzata e ciò porta a disparità di coperture assicurative e discriminazione nella selezione per il lavoro e nel suo mantenimento, oltre che maggiori difficoltà nel costruire rapporti con gli altri, il senso di vergogna personale e il senso di esclusione.

Al fine di promuovere, in particolare, un reinserimento ottimale nel mondo del lavoro, sono stati ricercati fenomeni contestuali che potrebbero creare barriere o ricadute per queste persone, vista la storia passata.

Il lavoro è un aspetto prioritario nella costruzione della propria identità poiché contribuisce ad innalzare l'autostima e contribuisce a trovare la propria posizione nella società, migliorando altresì l'opinione di se stessi.

Esso rappresenta inoltre una fonte di guadagno che permette alla persona di contribuire e partecipare in modo attivo alla crescita economica del proprio paese e a soddisfare i propri bisogni e progetti del futuro, aumentando anche la propria rete di rapporti sociali.

Il mantenimento del posto di lavoro è un fattore importante per facilitare il recupero dalla dipendenza e ha un ruolo di aiuto importante nell'assistenza di queste persone, che dovrebbero essere supportate e non discriminate nel loro percorso di cura e riabilitazione. La disoccupazione invece, in generale, ha un impatto negativo sul benessere mentale e rappresenta un fattore di mobilità sociale discendente. La perdita o l'assenza di un lavoro comporta la perdita del guadagno, grandi limitazioni per progetti futuri, aumento dello stress e conseguenze fisiche negative (Strandh M, 2000).

Ricerche inerenti all'ambito lavorativo suggeriscono che il proprio status nel mercato economico e la salute mentale sono profondamente correlati; in particolare, una posizione lavorativa di minor prestigio è associata solitamente a salute mentale peggiore poiché i lavoratori con meno stabilità riportano condizioni di salute più scadenti, con un aumento del 40% di problematiche rispetto a individui con orari di lavoro più fissi (Silla et al., 2005; Martens et al., 1999).

Korpi et al. (2000) ha analizzato la relazione esistente fra salute e disoccupazione in campioni rappresentativi della popolazione svedese e, in relazione a quanto riportato, è possibile affermare che la salute può influenzare l'entrata e l'uscita dalla disoccupazione del soggetto, ma allo stesso tempo la cattiva salute è considerata come una conseguenza della disoccupazione (vedi Figura 5).

Variable	Model		
	1	2	3
Woman	-0.002 (0.169)	0.047 (0.166)	0.062 (0.166)
Non-Swedish background	0.979*** (0.230)	1.012*** (0.228)	1.040*** (0.227)
Age	-0.181*** (0.016)	-0.181*** (0.016)	-0.180*** (0.016)
Education, yr.	-0.048 (0.034)	-0.045 (0.034)	-0.050 (0.034)
Employment exp. (months)	0.012*** (0.002)	0.012*** (0.002)	0.012*** (0.002)
Unemployment exp. (months)	0.037*** (0.014)	0.036*** (0.014)	0.042*** (0.013)
Total symptom index	0.199*** (0.073)		
Ache index		0.164** (0.073)	
Index of circulatory problems			0.097 (0.078)
Log likelihood	-1061.2	-1057.3	1063.8
Spells	2457	2457	2457
Events	160	160	160

Figura 5

(fonte: Korpi et al., 2000)

L'occupazione lavorativa ricopre quindi un ruolo protagonista nella società e numerose ricerche sociologiche e psicologiche hanno approfondito la relazione esistente fra la dipendenza da sostanze e l'occupazione lavorativa.

Come riportato in precedenza, l'emarginazione e l'esclusione sociale sono elementi strettamente correlati al concetto di vulnerabilità, dove rientrano anche le persone con Disturbo da Uso di Sostanze; è confermata tuttavia la possibilità di abuso di sostanze stupefacenti anche nel caso in cui sia presente un'attività lavorativa stabile.

Un'indagine condotta negli Stati Uniti conferma che circa il 70% dei consumatori ha un lavoro stabile e che il 6,9% di tutta la popolazione lavorativa fa uso di sostanze (Mariotti O. et al, 2004; citato in Spigno F. et al, 2007).

Questi risultati concordano con le risposte fornite dal questionario somministrato in un programma di prevenzione della tossicodipendenza "Euridice": il Corriere del Lavoro (2003) riporta che il 7,3% dei lavoratori intervistati conferma la presenza di droghe sintetiche nel proprio ambiente di lavoro.

L'influenza della dipendenza da alcol e droghe sul posto di lavoro è un problema sociale ormai conclamato, responsabile di comportamenti che oggi sono riconosciuti come una

delle principali cause di incidenti lavorativi e della conseguente emarginazione di molti dei soggetti coinvolti.

Secondo l'Organizzazione Internazionale per il Lavoro (ILO) il 10-12% dei lavoratori con un'età maggiore a 16 anni riporta problemi legati all'uso di alcol, mentre un uso occasionale o continuativo di alcol in molte occasioni è proprio del 45% dei manager, come testimoniato da una ricerca condotta dall'Associazione Dirigenti Risorse Umane.

In generale, in tutti gli ambienti lavorativi, il consumo di sostanze stupefacenti e/o alcol influenza negativamente il profilo dei lavoratori: ogni anno circa 940.000 infortuni sul lavoro, che compromettono l'abilità lavorativa per più di tre giorni, sono denunciati dall'INAIL e il 10-20% di questi sarebbero attribuibili all'abuso alcolico.

Ognuno dovrebbe essere a conoscenza delle conseguenze che derivano dall'assunzione di queste sostanze e dalle situazioni di rischio e compromissione della salute che essa comporta: le condizioni psico-fisiche del lavoratore sono una condizione di partenza fondamentale per garantire la sicurezza propria e altrui.

La specifica attività lavorativa e la mansione svolta da persone che fanno uso di sostanze sono solitamente correlate a scarsa professionalità, ritardi, precoce abbandono, molte assenze, minore attenzione e insufficiente formazione professionale.

Spesso, la persona tossicodipendente identifica il proprio lavoro come la sola occasione per non subire la totale esclusione della "normalità" e uno strumento remunerativo necessario a fronteggiare i bisogni derivanti dalla dipendenza.

Ciò nonostante, la dimensione lavorativa spesso viene messa in secondo piano e gli impegni lavorativi non vengono rispettati.

La Medicina e la Psicologia del Lavoro hanno analizzato, negli ultimi decenni, il problema dell'abuso di sostanze psicoattive per provare a proporre comportamenti alternativi e gruppi di auto-aiuto; esse si sono concentrate sul rapporto tra attività professionale e vita privata, il quale segue sempre uno schema replicabile e ordinario.

In generale, la dipendenza può essere considerata in tre fasi, ognuna caratterizzata dall'attivazione di specifici circuiti neurobiologici e particolari caratteristiche cliniche. Inizialmente si ha un consumo eccessivo con intossicazione, seguito dall'insorgenza di fenomeni di astinenza ed infine un fenomeno di preoccupazione e anticipazione (necessità di consumo irrefrenabile e senza controllo).

Nell'ambito lavorativo, questo processo è associato a un primo momento "di latenza", in cui la dipendenza della persona, seppur implichi un coinvolgimento quotidiano, non compromette ancora completamente lo svolgimento delle mansioni da svolgere.

Il contrasto tra le esigenze derivanti dalla dipendenza e i doveri professionali arriva secondariamente, nella fase di "conflittualità", caratterizzata da assunzione di sostanze durante l'orario di lavoro, richieste di anticipo dello stipendio dovute a necessità economiche legate all'acquisto di sostanze e conflitti con i colleghi e incidenti sul lavoro. Tuttavia, è necessario sottolineare che alcune conseguenze dell'uso di sostanze sul posto di lavoro, quali cambiamenti dell'umore, agitazione e irritabilità, sono più visibili nel breve termine; altre ripercussioni, invece, come il calo di memoria, attenzione e concentrazione, calo della produttività e aumento degli incidenti sul lavoro, si manifestano successivamente.

La fase di cura, spesso contaminata da ricadute, rappresenta il supposto stadio finale ed ha, tra i vari scopi, anche l'obiettivo di reinserire il soggetto nel sistema sociale e lavorativo.

Sono molti i motivi che possono portare il soggetto lavoratore a fare uso di sostanze sul posto di lavoro, primi fra tutti il desiderio di essere più efficienti, più rapidi, più creativi e diminuire invece sensazioni negative come ansia e frustrazione.

Data la centralità e l'importanza del quadro in cui una persona vive e lavora, la prevenzione ambientale si aggiunge alle categorie di interventi precedentemente elencate, con l'obiettivo di modificare il contesto e la cornice ambientale che racchiude la vita di una persona e di ridurre la probabilità di adottare comportamenti rischiosi e promuovere stili di vita più sani.

Solitamente la prevenzione ambientale viene suddivisa in tre tipologie (vedi Figura 6): normativa, fisica ed economica.

La prevenzione ambientale fisica incentiva l'adozione di comportamenti sani, adottando cambiamenti nelle caratteristiche dei singoli oggetti (utilizzo di bicchieri meno capienti, solitamente alti e stretti, per il consumo di alcolici) o di macroambienti (maggiore illuminazione nei luoghi pubblici per renderli più sicuri).

La prevenzione normativa e le politiche economiche, invece, emanano leggi e si impegnano per tutelare la salute delle persone e vietare comportamenti poco salutari, ad

esempio fumare in luoghi chiusi o normative che vietano la vendita di alcolici ai minori (Sinzi et al., 2018).

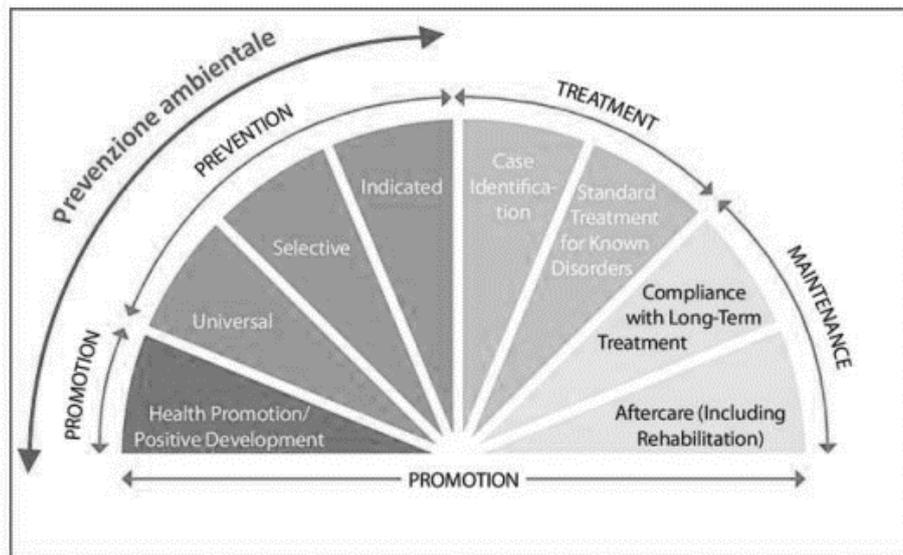


Figura 6: I livelli della promozione della salute  
(fonte: Sinzi et al., 2018)

Le pratiche organizzative per rafforzare attitudini di protezione e prevenzione sono di fondamentale importanza per provare a diminuire i rischi correlati all'uso e all'abuso di sostanze, soprattutto per quanto riguarda la riduzione della tolleranza del comportamento a rischio da parte del contesto (SAMSHA, 2014).

In particolare, tra i molti interventi possibili nello scenario del contrasto delle dipendenze sul luogo di lavoro, sono risultati molto efficaci quelli tendenti a contrastare il fumo di tabacco, seguiti da programmi di gruppo, terapie farmacologiche e counseling individuale.

## 2.2 GLI INTERVENTI DI RIABILITAZIONE PROFESSIONALE

Attualmente il panorama occupazionale generale è caratterizzato da molti fattori di instabilità e sicurezza, che portano inevitabilmente ad alti tassi di disoccupazione.

Come affermato in precedenza, le persone con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), data anche la competizione attuale nel mondo del lavoro, rappresentano una categoria molto colpita: secondo una ricerca italiana (2013) circa il 70% delle persone con DUS è disoccupato o ha un lavoro occasionale.

In particolare, secondo quanto riportato dall'Analisi dei dati a cura del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze (SIND), il Rapporto Tossicodipendenze del 2021 illustra nel dettaglio i dati sull'utenza in Italia e dichiara che "il 34% delle persone già in carico e il 28,3% dei nuovi utenti ha un'occupazione stabile, mentre il 9,3% e il 7,7% di essi ha un'occupazione saltuaria. La disoccupazione invece colpisce il 29,5% negli utenti già in carico e il 26,1% nei nuovi utenti" (vedi Figura 7 e Tabella 2).

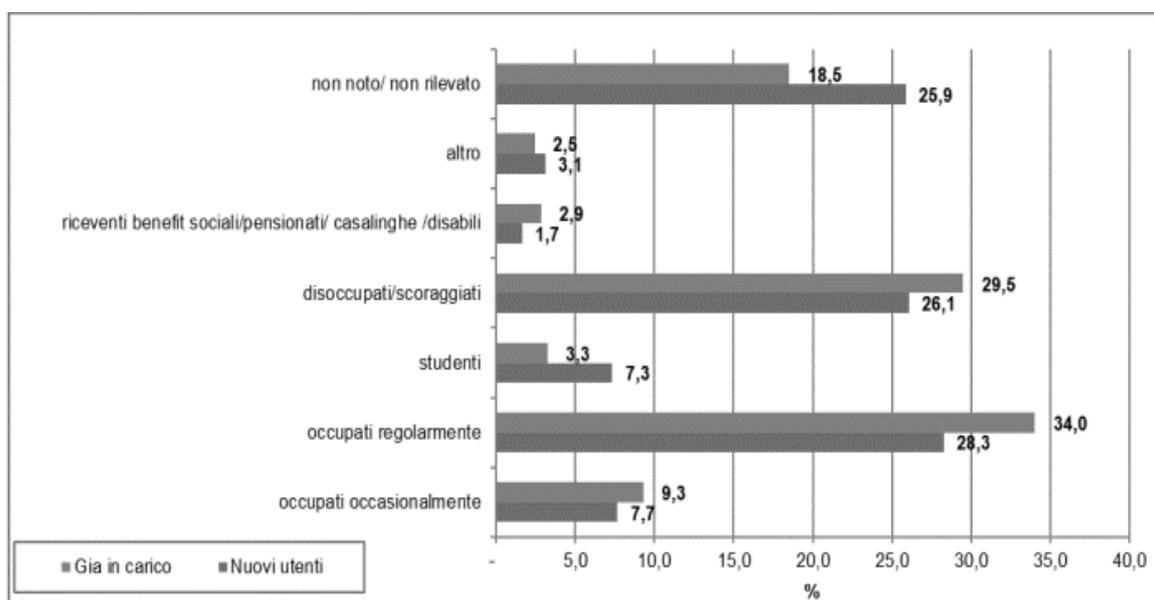


Figura 7: Utenti per condizione professionale (%)

(fonte: NSIS – Sistema informativo nazionale dipendenze, SIND, 2021)

Regione	Occupati occasionalmente	Occupati regolarmente	Studenti	Disoccupati/ scoraggiati	Riceventi benefit sociali/pensionati/ casalinghe /disabili	Altro	Non noto/non rilevato	Totale
PIEMONTE	394	5.215	490	4.864	252		620	11.835
VALLE D'AOSTA	57	66	8	110	15	28		284
LOMBARDIA	1.349	7.017	786	6.142	416	300	2.170	18.180
PROV. AUTON. BOLZANO	143	556	108	309	38	20	178	1.352
PROV. AUTON. TRENTO		445	34	351	61	149	14	1.054
VENETO	910	4.291	658	3.037	236	104	1.554	10.790
FRIULI VENEZIA GIULIA	112	431	130	412	128	32	582	1.827
LIGURIA	455	1.455	224	1.360	155	15	485	4.149
EMILIA ROMAGNA	874	3.862	321	3.067	312	332	623	9.391
TOSCANA	972	3.993	386	3.064	180	5	3.265	11.865
UMBRIA	139	748	139	601	36	45	416	2.124
MARCHE	519	1.699	253	1.248	149	122	749	4.739
LAZIO	2.325	4.442	446	2.851	551	614	152	11.381
ABRUZZO	513	1.273	108	1.209	111	60	85	3.359
MOLISE	139	248	50	212	31	41	98	819
CAMPANIA	97	1.411	102	1.659	145	644	5.093	9.151
PUGLIA	50	1.071	90	1.186	124	355	5.836	8.712
BASILICATA	116	262	32	325	18	3	370	1.126
CALABRIA	313	507	18	596	112	144	458	2.148
SICILIA	1.105	1.525	236	2.204	161	75	841	6.147
SARDEGNA	707	725	67	1.196	155	95	493	3.438
<b>ITALIA</b>	<b>11.289</b>	<b>41.242</b>	<b>4.686</b>	<b>36.003</b>	<b>3.386</b>	<b>3.183</b>	<b>24.082</b>	<b>123.871</b>

Tabella 2: Distribuzione regionale degli utenti trattati per condizione professionale – Utenti totali

(fonte: NSIS – Sistema informativo nazionale dipendenze, SIND, 2021)

È molto difficile pensare ed immaginare uno scenario professionale positivo per le persone con DUS dopo il percorso; il lavoro risulta essere infatti una delle maggiori fonti di preoccupazione riscontrate fra coloro che si sottopongono al trattamento.

Quando la tossicodipendenza sfocia nei contesti di lavoro dell'individuo viene a crearsi un'interazione complessa, che porta bisogni, richieste, disagi, preoccupazioni e aspettative estranei alle consuete dinamiche professionali. Oltretutto, occorre tenere in considerazione i rischi che il consumatore estende alle persone con cui si trova a contatto.

Ogni trattamento varia naturalmente in base alle caratteristiche cliniche e ai domini di funzionamento dell'utente; in questo senso, gli obiettivi, la durata e le modalità devono essere personalizzati o addirittura variare nelle diverse fasi del trattamento.

In generale, l'obiettivo principale del recupero riguarda il raggiungimento dell'astinenza, unito ad un progetto multimodale che miri a considerare anche la cura di malattie fisiche e psichiatriche conseguenti.

Inoltre, il disturbo da uso di sostanze è associato a un trattamento a lungo termine, vista la sua natura generalmente cronica, ed è un percorso difficile da prevedere, colpito da ricadute (sospensione del trattamento da parte del paziente su base volontaria) e successivi reinserimenti volontari, a cui si aggiungono bisogni fisici, psicologici e sociali. Poiché è molto arduo riuscire a stimare esattamente il periodo necessario alla guarigione, spesso si prendono in considerazione gli “anni di uso” come fattore indicativo.

Con i disturbi da uso di sostanze, le linee guida dell'American Psychiatric Association (APA, 2010) distinguono quattro grandi categorie per progettare un piano di intervento efficace: la gestione psichiatrica, la pianificazione di strategie finalizzate a raggiungere l'astinenza o a ridurre gli effetti o l'uso di sostanze di abuso, la programmazione di aiuti volti a migliorare l'aderenza al trattamento e, infine, la prevenzione delle ricadute o il miglioramento del funzionamento.

Solitamente la gestione di persone con disturbo da abuso di sostanze richiede, nella quasi totalità dei casi, la collaborazione di molti professionisti di diverse discipline; essi

progettano un percorso specifico in cui sono integrati trattamenti farmacologici e psicosociali.

Inoltre, è da considerare che il passaggio da una visione biologica ad un approccio biopsicosociale del disturbo ha comportato un importante cambio di paradigma: la nuova visione prende in considerazione non solo le condizioni di salute e l'integrità della persona, ma anche i suoi vissuti, le sue personali caratteristiche, gli obiettivi e i desideri, il contesto in cui è inserita, i suoi condizionamenti, i vincoli e le risorse (Pasqualotto L. et al., 2020, 106).

Conseguentemente, di fronte a questo cambiamento, anche il concetto di riabilitazione è mutato, poiché l'attenzione non si concentra esclusivamente sulla patologia, ma si guarda anche all'impatto che essa ha nella vita del soggetto, il quale diventa protagonista attivo nel percorso di trattamento.

Proprio per questo, l'obiettivo della riabilitazione è la *recovery*, ossia il "raggiungimento di una condizione di equilibrio con la malattia, che consenta una vita soddisfacente dal punto di vista relazionale e personale" (Pasqualotto L. et al., 2020, 121): le persone devono stabilire desideri, prefissarsi traguardi e obiettivi e, successivamente, essere aiutate a sviluppare mezzi e abilità per riuscire a conseguirli.

L'intervento di riabilitazione professionale è da considerarsi un trattamento aggiuntivo di tipo psicosociale, a carico di ospedali, cliniche, comunità e strutture residenziali di trattamento. Esso ha tra gli obiettivi primari la costruzione di un intervento mirato alla riabilitazione professionale e al conseguenziale aumento della qualità della vita dei soggetti: una buona reintegrazione sociale e lavorativa rappresentano una struttura rinforzante alla vita delle persone con DUS e aumentano la motivazione nel percorso terapeutico e nelle cure rispetto a coloro che invece non riescono a ritrovare un lavoro o a ricostruirsi una sfera sociale (Vaillant, 1973, citato in Richardson L. et al, 2012).

Nel corso degli anni sono molti gli studi, come riportato anche in precedenza, che hanno indagato e approfondito la relazione fra il trattamento delle dipendenze e l'occupazione lavorativa e, a fronte dei numerosi aspetti esplorati, l'occupazione può essere considerata un indicatore importante di risultato del trattamento e del percorso di recupero (Magura, 2003, Platt, 1995 citati in Richardson L. et al, 2012). In presenza di un'occupazione stabile, oltre a un evidente miglioramento nel percorso terapeutico di cura in termini di

costanza e motivazione, sono stati constatati tassi più bassi di recidiva nell'uso di sostanze (Castellani et al, 1997, citato in Richardson L. et al., 2012), una migliore durata del trattamento (Reif et al., 2004 citato in Richardson L. et al., 2012) e l'arruolamento in programmi di trattamento più completi (Lundgren et al., 2003 citato in Richardson L. et al, 2012).

Coletti e Grosso (2011), sulla base di questo scenario, hanno individuato quattro funzioni di fondo, che dovrebbero costituire la base del percorso per aumentare le probabilità che questo abbia una buona riuscita: “la funzione di contenimento, la funzione di ridefinizione dello stile di vita, la funzione di individuazione e la funzione “affettivo-correttiva”, a cui si aggiungono anche la funzione elaborativa e la funzione progettuale”.

La funzione di contenimento, come il nome suggerisce, riguarda la prima fase del percorso, quando il richiamo della sostanza è ancora molto intenso. Il soggetto continua a cercare la sostanza e, anzi, ad affrontarne l'assenza come l'elaborazione di un lutto; il sostegno e l'incoraggiamento sono fondamentali in questa fase, poiché sono molti i pensieri negativi e i tentativi di abbandonare il percorso appena intrapreso.

Successivamente, si passa alla funzione di ridefinizione delle abitudini e dei comportamenti: l'obiettivo è decentrare la sostanza rispetto al ruolo protagonista che finora questa ha occupato nella vita del soggetto, in cui tutto ruotava attorno alla dipendenza e al suo mantenimento. Devono essere proposte e promosse nuove abitudini, nuove regole, nuove modalità di occupare il tempo libero e devono essere nuovamente regolarizzati molti bisogni fondamentali del corpo, quali alimentazione, sonno, cura di sé. La terza fase riguarda invece la funzione di individuazione: il focus si sposta su se stesso e all'utente viene chiesto di provare a cogliere le proprie capacità e sviluppare le proprie potenzialità e predisposizioni. Questo cambiamento avviene per gradi e aiuta la persona a scoprire inclinazioni, caratteristiche, capacità e propensioni che la caratterizzano, creando elementi che costituiscono la propria identità personale, al fine di evitare che, in caso di riuscita del trattamento, il soggetto continui a identificarsi unicamente come “ex dipendente” (Coletti e Grosso, 2011).

La funzione affettivo-correttiva permette alle funzioni precedenti di intrecciarsi e procedere sullo stesso binario, attraverso la formazione di un'esperienza emotiva che comprenda gli affetti altrui, i propri vissuti e le diverse modalità espressive. È di fondamentale importanza, infatti, durante il percorso di trattamento, sviluppare relazioni

che portino ad un cambiamento degli schemi relazionali appresi finora e basate sul sostegno e sulla fiducia: grazie alla costruzione di nuove relazioni, sarà possibile osservare e modificare le proprie modalità relazionali, sfruttando il momento presente per lavorare sul proprio passato.

Infine, si prospettano la funzione elaborativa e la funzione progettuale, anch'esse trasversali alle prime tre funzioni sopra elencate. La funzione di elaborazione è fondamentale per affrontare ogni cambiamento, piccolo o grande che sia, raggiunto durante il percorso di trattamento; la funzione progettuale invece è considerata il motore di tutto il percorso. Quest'ultima fa riferimento a un vero e proprio progetto, che deve essere costruito passo dopo passo con la persona, nel rispetto dell'individualità e fondato sui suoi desideri, talvolta da ridimensionare, modificare o costruire. Essi sono considerati come una bussola, che indica la direzione e fornisce l'energia necessaria per procedere e realizzarsi.

Queste diverse funzioni, nel loro insieme, indicano la cornice di un quadro tutto da dipingere, le linee guida da ricalcare poi sulla storia di ogni persona.

Uno studio internazionale seguito in primo piano da Magura (2003) ha descritto, più in generale, quattro modelli teorici, che, nel corso degli anni, si sono proposti come un fondamentale punto di riferimento per i programmi di riabilitazione professionale del cliente nel trattamento della dipendenza da sostanze.

Il primo modello, "Il modello del lavoro come esito positivo", considera il lavoro come un risultato desiderabile del trattamento e sostiene che l'occupazione lavorativa aumenta come conseguenza e dimostrazione dell'efficacia effettiva del trattamento. Tuttavia, confrontando i cinque anni precedenti e i cinque anni successivi al programma terapeutico, diverse evidenze non hanno mostrato grandi cambiamenti nell'occupabilità lavorativa degli utenti con DUS.

Altri due modelli, ossia "Il modello delle sanzioni contingenti" e "Il modello del lavoro come rinforzo", assumono che l'alta disoccupazione, protagonista nel quadro generale della riabilitazione professionale, dipenda parzialmente anche dalla scarsa motivazione al lavoro delle persone con DUS. In particolare, secondo tali modelli, lo stimolo lavorativo e un'attiva ricerca di lavoro dovrebbero essere accresciuti attraverso l'uso di fattori rinforzanti, rispettivamente punizioni e ricompense, tali per cui il lavoro, seppur non

considerato motivante di per sé, viene comunque correlato a un necessario guadagno materiale e ad altri riconoscimenti.

Infine, l'ultimo modello, più recente rispetto agli altri, "Il modello dell'infusione del lavoro", considera invece il lavoro come un fattore terapeutico intrinseco al trattamento e include l'idea che un'occupazione lavorativa possa contribuire alla buona riuscita del processo di trattamento.

Conseguentemente, la dipendenza dalla sostanza non sarebbe l'unico elemento responsabile della disoccupazione del paziente ma, accanto al raggiungimento dell'astinenza, sono necessari servizi supplementari specifici di riabilitazione alla professione.

A seguito della pubblicazione di tali modelli, è comune interrogarsi se la causa della disoccupazione risieda realmente nella scarsa motivazione dell'utenza.

La letteratura, tuttavia, nel tempo, ha smentito questa visione, riprendendo più volte un concetto successivamente confermato anche in una ricerca condotta nel 2013, a cura di Ginevra, Di Maggio e Nota. Essi concludono che gli adulti con DUS in trattamento correlano il lavoro a concetti quali "indipendenza", "autonomia" e "soddisfazione" e, anche per questo, risultano fortemente motivati alla ricerca di un'occupazione lavorativa stabile.

In conclusione, i modelli oggi a disposizione per la riabilitazione professionale delle persone con SUD non riportano alti gradi di efficienza per quanto riguarda i tassi di occupazione e la soddisfazione delle persone coinvolte.

I motivi di questo "fallimento" derivano probabilmente da una scarsa attenzione rivolta all'effettiva complessità del compito: in altri termini, questi modelli non promuovono l'implemento di nuove competenze e la ricerca di nuove opportunità e non considerano le specificità legate ad ogni singola persona che, per le più svariate cause, potrebbe essere meglio inserita in un contesto piuttosto che in un altro.

Durante la fase di riabilitazione e reinserimento lavorativo è dunque necessario tener conto di molti elementi e suggerimenti che potrebbero orientare e guidare la scelta, al fine di reintegrare il soggetto in un contesto cucito su misura.

### **2.3 PANORAMICA E ANALISI DI PERSONE CON DISTURBO DA USO DI SOSTANZE IN SITUAZIONI E CONTESTI LAVORATIVI DIVERSI**

Il ruolo del contesto nella tossicodipendenza è solitamente analizzato attraverso teorie unitarie (Badiani et al., 2011), che comprendono idee omogenee, tra cui la responsabilità di esperienze di vita avverse e determinati ambienti che possono, in generale, facilitare l'uso di sostanze (Moeller, 2012; Sinha, 2008).

Kendler et al. (2003) ha approfondito che “una questione centrale nell'eziologia dell'abuso di droga è la misura in cui i fattori di rischio per l'uso o l'abuso di una particolare classe di sostanze psicoattive sono specifici per quella classe o non sono specifici in quanto possono predisporre l'individuo all'uso o all'abuso di un'ampia gamma di tali composti”.

Alcuni studi condotti su gemelli maschi dimostrano che le influenze ambientali uniche della persona, ancor più della genetica, sono fattori molto determinanti della specificità della sostanza nell'abuso.

Inoltre, il contributo delle influenze genetiche e ambientali sembra essere diverso per l'abuso di cocaina rispetto a quello di eroina (Kendler et al., 2003).

Questi risultati sono rilevanti poiché sfidano le ipotesi comuni riguardo all'impatto dell'ambiente sull'abuso della sostanza, evidenziando una separazione fra i fattori di rischio legati alla dipendenza da diversi tipi di sostanze.

In merito a ciò, la prevenzione selettiva potrebbe offrire programmi specifici per supportare lavoratori che presentano problemi e difficoltà personali che incidono sulla produttività o mostrano segnali di rischio, presentando eventualmente anche interventi legati al singolo individuo che mostra sintomi di esordio relativi all'uso di sostanze.

È molto importante sottolineare l'importanza di diversi fattori che rendono il luogo di lavoro favorevole o meno al consumo di sostanze e all'insorgere di un'eventuale dipendenza, sulla base dell'uso e della disponibilità dello stimolo nell'ambiente.

In assenza di inchieste particolari, in Italia le percentuali circa l'abuso e la dipendenza da sostanze e l'impatto che l'assunzione ha sulla sicurezza dei lavoratori vengono calcolate sulla base di diverse agenzie statali o private o su dati rilasciati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Nel 2000 è stata svolta un'indagine su un campione di 158 utenti dei SERD di Venezia e Mestre, la quale riporta che “il 62% dei soggetti è operaio generico, il 21% operaio

specializzato, il 9% è commerciante e l'8% è impiegato" (Patanè PA et al., 2002; citato in Spigno F. et al., 2007).

Ames, Grube e Moore (2000) hanno riscontrato che il controllo sociale e le norme sul consumo di alcol sul posto di lavoro influiscono sulle quantità consumate dai dipendenti durante l'orario di lavoro.

In particolare, due diverse culture organizzative hanno riportato differenze di consumo durante il lavoro: laddove le norme erano più permissive, i tassi di consumo erano decisamente più alti rispetto al luogo di lavoro dove il controllo sociale era più restrittivo. Un'importante indagine di Frone MR (2012), finalizzata ad esaminare la relazione tra il controllo sociale del supervisore lavorativo e l'uso di sostanze da parte dei dipendenti, ha ipotizzato che questo legame dipendesse da tre variabili, ossia la dimensione del controllo sociale, il contesto temporale dell'uso della sostanza e il grado di legalità della sostanza. L'autore ha confermato che la disponibilità di queste sostanze nella società, ad esempio sul luogo di lavoro, può influenzarne e aumentarne il consumo.

Rispetto a questa teoria, sono stati analizzati due aspetti, ossia la disponibilità fisica di alcol e sostanze (ad esempio le bevande al ristorante) e la disponibilità sociale: entrambe le dimensioni sono state importanti per questo studio e dovrebbero essere considerate per lo sviluppo di strategie preventive.

In generale, sviluppare maggiori conoscenze sul potenziale impatto dell'ambiente lavorativo sul consumo di alcol e sostanze da parte dei dipendenti diventa allora molto importante, dal momento che la maggior parte delle persone adulte trascorre gran parte della giornata sul luogo di lavoro.

La ricerca odierna evidenzia infatti l'esistenza di molteplici variabili che influiscono sul consumo/abuso di alcol e sostanze da parte dei lavoratori e aumentano il rischio di ricaduta, quali esperienze lavorative negative, cause ambientali, disponibilità fisica e opportunità di impiego, norme sociali e modalità di organizzazione e aspettative di risultato.

Questo scenario, dato da una moltitudine di potenziali interazioni fra diversi fattori, suggerisce di prendere quindi in considerazione la valutazione contemporanea di molti elementi dell'ambiente lavorativo, inevitabilmente legati anche proprio al contesto in cui il lavoratore è inserito.

Risulta utile ed opportuna un'analisi delle caratteristiche di diversi contesti lavorativi che possono innescare la ricaduta del soggetto con tossicodipendenza all'uso di sostanze, dato che, ormai in molte ricerche, è stata resa nota l'esistenza di un'influenza favorevole al consumo di alcol in molte situazioni lavorative e condizioni professionali psicosociali: compiti che prevedono sforzi fisici duraturi, luoghi di lavoro con molta disponibilità fisica di alcol (la maggiore disponibilità è correlata ad un consumo aumentato e ad una diminuzione della percezione dei rischi), mansioni che richiedono situazioni di intrattenimento (rappresentanti o venditori) o somministrazione di bevande alcoliche (bar e ristoranti), livelli di responsabilità eccessivamente alti o bassi rispetto alla percezione delle proprie capacità e attività monotone, ripetitive e automatizzate.

In particolare, è emersa l'evidente correlazione fra determinate occupazioni lavorative e un maggior consumo di alcol: i dipendenti stagionali di alberghi e ristoranti, così come chi lavora nei pub, sono particolarmente esposti a un rischio di alto consumo di alcol e hanno tassi di consumo più elevati rispetto al resto della popolazione (Norström, Sundin, Müller e Leifman, 2012; citato in Warne M. et al., 2017).

Anche la dipendenza dal lavoro (fenomeno del *workaholic*), che porta i soggetti a sacrificargli qualsiasi altra cosa e sperimentare ansia, stress e agitazione in mancanza di esso, è spesso correlata a uso di sostanze, perché queste permettono di mantenere ritmi alti e ridurre i sintomi secondari che derivano da tale dipendenza.

Sebbene i dati nazionali a disposizione siano scarsi, le percentuali relative al consumo di sostanze sui posti di lavoro a Milano e Torino evidenziano picchi maggiori nel settore della ristorazione, dei trasporti pubblici, tra gli operai delle fabbriche, nell'area medica e nei settori professionisti del management e della finanza: ciò che accomuna queste professioni è la necessità di un'elevata resistenza allo stress, turni molto lunghi, compiti meccanici e ripetitivi ed elevata pressione e concentrazione.

L'abuso e la dipendenza da sostanze sono quindi correlati anche al burnout e vengono usati come strumenti per far fronte alla situazione e reagire, una strategia di coping disadattiva che ad oggi rappresenta un problema significativo per gli operatori sanitari (Konis A., 2015; citato in Halsall L., 2023).

Viene definito "burnout" un insieme di sintomi psicologici negativi, quali apatia, irrequietezza, affaticamento, delusione, nervosismo e forte demoralizzazione; esso è di fatto una sindrome legata allo stress cronico e persistente nel contesto lavorativo, a cui

spesso si associano anche problematiche fisiche come disturbi del sonno, disturbi gastrointestinali e cefalea.

Nel maggio del 2019, il burnout è stato definito dall'OMS come un "fenomeno occupazionale", specificando che non si tratta di una condizione medica, bensì di una "sindrome derivante da uno stress cronico lavorativo mal gestito, che sfocia spesso in disinteresse, improduttività per la propria attività professionale e peggioramento delle prestazioni professionali".

È un fenomeno multifattoriale che coinvolge non solo il soggetto stesso ma anche la sfera organizzativa e sociale nel quale esso è inserito, che spesso richiede al lavoratore un'ingente quantità di risorse e energie.

Tra i fattori di rischio maggiori, responsabili del conseguente crollo, vi sono le caratteristiche dell'ambiente lavorativo quali scarso basso supporto ai lavoratori e politiche di sicurezza inadeguate, obiettivi di lavoro poco chiari, relazioni interpersonali complicate con frequenti conflitti, orari di lavoro poco flessibili, mobbing e molestie psicologiche: il burnout può presentarsi in qualsiasi contesto lavorativo che presenti ritmi stressanti e pesanti o legami relazionali molto accentuati.

A tal proposito, riguardo alla specifica influenza dello stress lavorativo sul consumo e abuso di alcol e sostanze, è importante citare il modello proposto da Frone MR, nel 2016. Egli ha proposto un modello di automedicazione bifasico (stimolante e sedativo) e di vulnerabilità allo stress (vedi Figura 8), sostenendo che l'esposizione al burnout lavorativo è correlata con l'aumento di fattori negativi e affaticamento lavorativo, due elementi responsabili del successivo abuso di alcol.

Questa analisi è fondamentale per riuscire ad identificare gli individui con rischi e consumo maggiori, sia per la progettazione di interventi appropriati, sia in termini di sicurezza sul lavoro.

È importante anche considerare che gli effetti di moderazione delle aspettative e il genere della persona (uomo o donna) condizionano le relazioni tra gli effetti negativi, la fatica lavorativa e il consumo di alcol.

Tuttavia, a seguito di diverse ricerche e di molti risultati, le conclusioni spesso sono state discordanti e non è stata trovata voce univoca rispetto al ruolo e al grado di influenza dell'esperienza lavorativa sul consumo di alcol e sostanze sul luogo di lavoro.

Queste divergenze sono dovute al fatto che molto spesso questa relazione è influenzata da variabili che non vengono considerate, come ad esempio il grado di aspettativa che la persona ripone nella riduzione di tensione grazie all'assunzione di alcol (Wolff et al., 2013; citato in Frone MR, 2014).

In definitiva, dunque, è stato visto che uomini e donne con aspettative di forte riduzione della tensione grazie all'uso di alcol, sia durante che dopo il lavoro, presentavano un consumo eccessivo e questo era fortemente seguito da effetti negativi.

Inoltre, il consumo maggiore di alcol, anche durante la giornata lavorativa, tra gli uomini con aspettative di riduzione di affaticamento, era correlato all'esposizione a fattori di stress lavorativo.

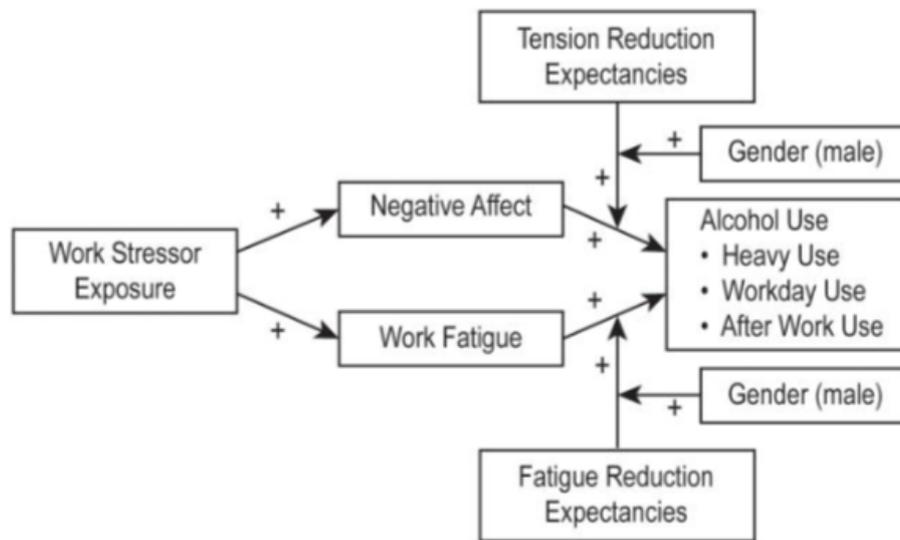


Figura 8: L'ipotetico modello di automedicazione bifasica dello stress lavorativo e dell'uso di alcol (Frone MR, 2016)

I dati attuali evidenziano l'abuso di sostanze sul luogo di lavoro come un fenomeno che coinvolge ormai categorie lavorative sempre più eterogenee.

È naturale chiedersi cosa ci sia in comune tra professioni tanto diverse che fanno uso durante le ore di lavoro: per questo motivo, negli anni, sono state condotte diverse indagini mirate all'analisi di specifici settori, finalizzate a raccogliere prove che dimostrassero l'alta percentuale di abuso in contesti lavorativi diversi.

Il minimo comune denominatore degli scenari lavorativi è probabilmente il medesimo effetto ricercato e ottenuto con la sostanza: aumento della lucidità, disinibizione sociale, diminuzione della fatica, della fame, della stanchezza e del sonno, ossia una serie di effetti

che vengono ricercati come mezzo di sostegno per affrontare contesti scomodi sia della vita privata-familiare, sia della vita lavorativa.

L'eterogeneità dei diversi settori accomunati dalla contaminazione dell'abuso viene spiegata quindi dalla comunanza di contesti sociali e lavorativi caratterizzati da schemi e valori che mirano al massimo rendimento, alla massima efficacia e alla competizione.

È ormai noto che in campo medico sono frequenti le tensioni professionali, le esposizioni a traumi e fattori emotivamente impegnativi ed è importante considerare che, rispetto alla popolazione generale, i medici hanno maggiori probabilità di abuso di sostanze, anche a causa della possibilità di prescrizione e dell'accesso facilitato a sostanze ad alta potenza. Baldisseri (2007) riporta che il 10-15% di tutti gli operatori sanitari hanno abusato di alcol o droghe in qualche momento della loro carriera e, secondo quanto riportato da numerose evidenze, una percentuale significativa di operatori sanitari presenta tassi elevati di consumo di alcol, che aumenta con gli anni di servizio e le ore lavorate.

In Australia e in Nuova Zelanda è stata condotta un'analisi che ha coinvolto 4.419 partecipanti, finalizzata ad indagare il rischio di uso di alcol tra infermieri e ostetriche; i risultati hanno confermato un consumo dannoso di alcol quotidiano. Questo è correlato al costo personale elevato di questa professione e a turni di lavoro lunghi e irregolari (Schluter et al., 2011).

Un abuso pericoloso di alcol e sostanze è stato riscontrato, tramite una metanalisi e una meta-regressione, anche in altri gruppi professionali, che riporterebbero livelli di assunzione addirittura maggiori rispetto agli operatori sanitari.

Nello studio sono state incluse diverse professioni, quali soccorritori (polizia, vigili del fuoco, personale delle ambulanze), macchinisti e giornalisti (Skogstad et al., 2013), giornalisti di guerra e Forze Armate (Stevelink et al., 2018), che hanno in comune un rischio maggiore di disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Data l'alta frequenza di traumi quotidiani, aggressioni e combattimenti (Boscarino et al., 2006; Stewart, 1996), le sostanze sono utilizzate da questi individui come forma di evitamento degli stati negativi e degli stati mentali comuni, come ansia e depressione (Feinstein et al., 2002; Gianni e Papadatou, 2016; Jones, 2017; Stevelink et al., 2018).

In conclusione, la metanalisi riporta livelli più elevati di consumo di alcol nel personale delle Forze Armate e negli agenti di polizia, rispetto agli operatori sanitari: i risultati

sembrerebbero riflettere la composizione di genere, poiché le professioni a predominanza maschile sono associati ad usi più elevati.

Gli scenari moderni, attraverso una revisione sistematica mirata, hanno recentemente approfondito anche l'insieme degli atleti d'élite, un settore ormai contaminato da problemi di salute mentale, incluso l'abuso di sostanze (Rice SM et al, 2016).

È stata analizzata una panoramica con tutti gli studi inclusi nella revisione, in cui sono stati esaminati atleti di diverse discipline sportive, sia un'ampia gamma di sport individuali (ad esempio nuoto, tennis, lotta) che sport di squadra (come calcio, football, rugby).

In particolare, concentrandosi esclusivamente sugli studi che hanno approfondito l'uso di sostanze negli atleti d'élite, essi hanno mostrato che gli atleti consumano tassi più elevati rispetto alla popolazione generale; sono esclusi tuttavia i periodi della stagione sportiva, in cui i livelli si abbassano notevolmente.

Inoltre, è stato rilevante notare come ci fosse una tendenza da parte di molti atleti ad essere influenzati dai livelli di consumo di altri atleti che competevano in sport diversi dal proprio (Waddington I MD et al, 2005; citato in Rice SM et al, 2016).

Oltre alla specificità del lavoro e di ciò che esso implica e richiede, diverse ricerche rivelano l'esistenza di altri fattori, oltre al workaholic e il burnout che influenzano le percentuali di consumo di sostanze da parte di lavoratori.

Frone MR. (2014) dimostra che anche la ruminazione lavorativa negativa è in grado di influenzare il consumo e l'abuso di alcol, sia durante la giornata lavorativa sia dopo il lavoro.

La ruminazione è “un processo negativo e coinvolge un flusso di pensieri coscienti ripetitivi attorno ad un tema strumentale comune, che sia un evento o uno stato d'animo negativo sperimentato e solitamente si verifica in assenza di richieste ambientali immediate che richiedono i pensieri” (Martin & Tesser, 1996; Watkins, 2008; Whitmer & Gotlieb, 2013; citati in Frone MR, 2014).

Nell'ambito lavorativo, la ruminazione rappresenta, quindi, una preoccupazione costante e fissa, spiacevole e ripetitiva, focalizzata su esperienze lavorative negative.

Coerentemente, le persone sono motivate a ridurre questa forma di cognizione perseverante, sfruttando l'assunzione di alcol, che comporta perdita di attenzione e riduzione dei livelli anticipatori di stress.

Questo processo cognitivo ha dimostrato correlazioni positive con esperienze lavorative negative e consumo eccessivo di alcol; parallelamente, esperienze lavorative positive erano invece correlate positivamente a ruminazione lavorativa positiva e negativamente con un abuso di alcol.

In generale, Armeli et al., 2000 (citato in Frone MR, 2014) ha dimostrato che le variabili che portano i lavoratori al consumo non sono legate soltanto a situazioni stressanti ma anche al tentativo di riduzione dei pensieri negativi associati a tali eventi.

Lo stato di salute del lavoratore, come precedentemente introdotto in merito all'importanza del ruolo del lavoro nella vita di ogni persona, è fortemente influenzato anche dalla durata dell'occupazione lavorativa. Al di là della specifica categoria, il lavoro temporaneo è considerato un grosso fattore di rischio per problemi legati a stress e malattie, nonché abuso maggiore di alcol e sostanze (De Witte & Näswall, 2003; Lewchuk, Clarke e De Wolff, 2008; citato in Warne M. et al., 2017).

Viene definito "lavoro temporaneo o stagionale" un "lavoro retribuito non permanente che terminerà in un momento specifico o nel prossimo futuro, una volta superato il picco stagionale": questa precarietà è spesso correlata a sensazioni di impotenza ed emarginazione, con conseguente insicurezza lavorativa e aumentato consumo (Bush & Autry, 2002; citato in Warne M. et al., 2017).

Esistono, tuttavia, diverse tipologie di lavoro stagionale (il lavoro agricolo, il lavoro nelle miniere, il lavoro nelle stazioni sciistiche o negli stabilimenti balneari) e sarebbe dunque necessario analizzare i diversi rischi nei vari settori specifici, al fine di promuovere progetti mirati di prevenzione di alcol e sostanze.

Nel 2014 è stata condotta una ricerca in Svezia, con quesiti relativi ad età, sesso, alcol e droghe, condizioni lavorative, aspetti psicosociali e termini di impiego, per indagare e diminuire il consumo rischioso tra i dipendenti stagionali di stazioni sciistiche e confrontarlo con la popolazione generale.

Gli uomini sotto i 35 anni hanno riportato un consumo di alcol maggiore rispetto alla popolazione generale e un consumo maggiore di sostanze, ma solo nella fascia di età 18-24: questi risultati hanno confermato per i dipendenti di comprensori sciistici un alto

rischio di consumo, influenzato anche da molte variabili, quali le usanze dei colleghi, l'età, il sesso, le norme culturali e le condizioni di vita.

In questo studio, sebbene il consumo e l'abuso fosse maggiore rispetto ad altri dipendenti, è importante sottolineare che il fattore maggiormente influente non è stato il lavoro stagionale e le condizioni di lavoro precarie, quanto piuttosto gli aspetti sociali e le abitudini altrui.

In generale, sono necessarie interviste o approcci qualitativi più mirati per fornire una conoscenza migliore riguardo i meccanismi del consumo a rischio e le misure preventive devono considerare le norme e le regole nel lavoro riguardo all'uso di alcol, sia a livello organizzativo che a livello sociale.

È ormai conclamato che il consumo di alcol e sostanze è maggiore in alcuni settori lavorativi specifici, ma è necessario sottolineare che, indipendentemente dall'occupazione specifica, nessun settore ne è completamente escluso ed è un problema ormai diffuso in tutti i Paesi.

Volgendo lo sguardo alla situazione europea, l'Organizzazione internazionale del lavoro (ILO) sostiene che il consumo di alcol sul posto di lavoro nei 27 paesi dell'Unione europea è responsabile di una percentuale compresa fra il 4 e il 20% degli infortuni sul lavoro.

Una recente indagine condotta da Borelli I. et al, nel 2022 ha analizzato le differenze fra i vari paesi, con lo scopo di valutare e gestire il consumo e il rischio di alcol nel settore lavorativo.

Come precedentemente detto, i danni legati al consumo di alcol rappresentano un grande fattore di rischio per la popolazione generale e rappresentano la causa di morte di oltre il 7% delle malattie o morti premature in UE, oltre che aumentare il rischio a lungo termine di altre malattie, quali cancro (29%), infortuni (18%), malattie cardiovascolari (19%) e cirrosi epatica (20%).

Rispetto alle normative presenti in Italia la Legge 125/2001 prevede un insieme di misure volte a prevenzione, trattamento e reinserimento sociale delle persone con dipendenza e, in particolare, l'articolo 15 vieta il consumo di bevande alcoliche e superalcoliche per i lavoratori occupati in mansioni che possono nuocere all'incolumità e alla salute di terzi.

Il controllo dell'uso di alcol sul luogo di lavoro è una responsabilità dei medici del lavoro, ma richiede il consenso scritto del dipendente. Tuttavia, se il lavoratore si rifiuta di sottoporsi agli esami richiesti, il datore di lavoro potrebbe imporre una sanzione.

Il dipendente che desidera intraprendere un percorso terapeutico ha il diritto alla tutela del proprio posto di lavoro per un massimo di tre anni, salvo il rispetto delle condizioni previste dalla legge.

In ognuno degli Stati membri dell'Unione esiste una regolamentazione diversa per tale fenomeno, che può essere affidato in alcuni casi al datore di lavoro o controllato attraverso l'approvazione di leggi che impongono restrizioni; infine, in alcuni casi non esiste una regola definita.

Inoltre, sebbene in tutti i Paesi sia presente una legislazione sul controllo del consumo di alcol, in alcuni Stati è vietato il consumo generale di qualsiasi quantità, in altri casi è vietato essere intossicati sul posto di lavoro.

Queste divergenze esistenti e le variabilità nei comportamenti tra tutti i Paesi dell'Unione Europea accrescono di molto la responsabilità del medico del lavoro e rendono anche difficoltosi gli spostamenti regolari oltre frontiera richieste in alcune professioni, date le molteplici differenze fra le normative vigenti, anche fra Paesi limitrofi: sarebbe dunque auspicabile raggiungere un livello uniforme da condividere.

Una società deregolamentata permette agli individui di essere lasciati all'*autoresponsabilità* che, attraverso l'uso di sostanze, si trasforma in *automedicamento*: secondo questo principio, il soggetto inizia ad accettare le conseguenze negative della sostanza, considerandole come un effetto collaterale qualsiasi riscontrabile in ogni farmaco.

## **CAPITOLO 3**

3.1 Introduzione alla ricerca

3.2 Obiettivi e ipotesi di ricerca

3.3 Metodo

3.3.1 Partecipanti

3.3.2 Strumenti

3.3.3 Procedura

3.4 Risultati

3.4.1 Analisi preliminari

3.4.2 Analisi della varianza con T test

3.4.3 Analisi di regressione lineare

3.4.4 Analisi qualitativa

3.5 Discussione dei risultati

3.6 Limiti dello studio e implicazioni per le future ricerche

3.7 Implicazioni per la pratica e prospettive future

3.8 Considerazioni conclusive

## **CAPITOLO 3**

### **3.1 INTRODUZIONE ALLA RICERCA**

I disturbi dovuti all'uso di sostanze e comportamenti di dipendenza, visti per molto tempo come un eccesso di impulsività, un vizio, o una mancanza di controllo, sono oggi considerati e trattati come “disturbi mentali e comportamenti che si sviluppano a seguito dell'uso di sostanze prevalentemente psicoattive” (ICD-11).

L'affermazione del modello biomedico ha permesso un cambiamento di prospettiva molto importante, riuscendo ad oscurare e superare lo stigma implicito fino a quel momento nel concetto etico di dipendenza. Lo scenario si è quindi spostato da una visione biologica a un approccio biopsicosociale, che considera non solo la salute e l'integrità della persona ma anche i vissuti, caratteristiche personali, obbiettivi e desideri (Pasqualotto L. et al., 2020, 106).

Conseguentemente, il moderno approccio alla riabilitazione nel campo della salute mentale e delle dipendenze non si concentra più sulla condizione patologica in sé, quanto

sull'inclusione sociale e lavorativa della persona e l'aumento della qualità della vita, dal momento che la vita professionale è essenziale per un reinserimento ottimale e per il benessere del soggetto stesso.

Tuttavia, per conseguire questi obiettivi, è necessario considerare che sono molteplici le barriere e gli ostacoli che il soggetto tossicodipendente incontra nell'approccio al mondo del lavoro, tra cui la difficoltà di trovare un impiego a causa della stigmatizzazione, mancata esperienza professionale e ambienti lavorativi che, per svariati motivi, sarebbero una ricollocazione lavorativa risolutiva ma ben poco adatta.

Nasce da qui la necessità di costruire interventi finalizzati ad indagare la situazione lavorativa di persone tossicodipendenti, per valutare le loro percezioni e investire preventivamente sullo sviluppo di risorse personali e professionali, così da riuscire a reinserire il soggetto in un ambiente professionale consono e cucito su misura.

I principali costrutti che sono stati presi in analisi sono l'atteggiamento verso il futuro, atteggiamento verso il lavoro, atteggiamento verso l'umanità, qualità della vita, prospettiva temporale, resilienza, speranza e ottimismo, visione negativa, giustizia, futuro a breve e lungo termine e crescita personale.

L'analisi di questi elementi è importante perché predispone a costruire un atteggiamento positivo e una capacità di adattamento che faciliteranno le persone con dipendenza durante il processo di rientro nella società e nel superamento delle barriere che di consueto devono affrontare al termine del percorso di cura.

### **3.2 OBIETTIVI E IPOTESI DI RICERCA**

La seguente tesi si colloca all'interno di un progetto molto ampio, che ha come obiettivo principale la costruzione di un training, volto al supporto delle persone con disturbo da abuso di sostanze nella costruzione della loro progettazione futura, alla luce delle molte difficoltà presenti nella nostra società, quali incertezze, complessità e continui cambiamenti.

È importante concretizzare un'idea di futuro, attraverso un'analisi dell'esperienza professionale passata e auspicando alla costruzione di una progettazione lavorativa futura inclusiva e sostenibile per un futuro migliore.

In particolare, lo scopo primario di questo elaborato è stato analizzare lo scenario di vita di persone tossicodipendenti in via di remissione da centri residenziali, con l'obiettivo di indagare e costruire un'idea di futuro e di lavoro, promuovendo un reinserimento ottimale nella società e nel mondo del lavoro, che aumenterebbe conseguentemente la loro qualità di vita.

La ricerca ha coinvolto 16 persone attualmente tossicodipendenti e 8 soggetti di controllo, con l'obiettivo di indagare le seguenti ipotesi:

HP1: Se vi fossero differenze di genere statisticamente significative fra donne e uomini nelle variabili oggetto di indagine.

HP2: Se la speranza possa predire alcune tra le variabili oggetto di indagine. Nello specifico ci si aspetta che la speranza predica l'atteggiamento verso il lavoro.

HP3: Se la variabile speranza, nelle donne, nella regressione predicesse l'atteggiamento verso il futuro.

### **3.3 METODO**

#### **3.3.1 I PARTECIPANTI**

La seguente ricerca ha coinvolto in totale 24 soggetti, di cui 8 soggetti di controllo e 16 soggetti attualmente in cura per un disturbo da uso di sostanze in vari centri in Italia. I soggetti con disturbo da uso di sostanze presi in analisi sono prevalentemente di genere maschile (13 uomini e 3 donne), di età compresa fra 29 e 63 anni ( $M = 46$ ;  $SD = 17$ ).

Nel gruppo di controllo invece erano presenti 5 donne e 3 uomini, di età compresa fra 22 e 64 anni ( $M = 43$ ;  $SD = 21$ ).

Quasi la totalità dei soggetti, in entrambi i gruppi, è di origine italiana; è presente solo un soggetto nel gruppo di soggetti attualmente in cura che ha origini australiane e tutti attualmente vivono in Italia.

#### **3.3.2 STRUMENTI**

Il protocollo somministrato nel presente studio, ossia un'intervista semistrutturata costruita dal Laboratorio La.R.I.O.S (Laboratorio di Ricerca e Intervento per l'Orientamento alle Scelte) dell'Università degli studi di Padova, è caratterizzato da una

breve intervista e una serie di questionari self-report e si costituisce degli strumenti descritti di seguito:

- **Intervista preliminare:**

Dopo qualche domanda semplice di apertura (un esempio è “Come va? Come sta?”), nella parte iniziale dell’intervista ci sono domande che riguardano prevalentemente il futuro e le aspettative del soggetto legate ad esso, i desideri per il futuro e gli ostacoli che potrebbe trovarsi a fronteggiare.

Tutte le domande prevedono risposte aperte di lunghezza variabile. Un esempio di domanda è “Ha dei desideri/obiettivi che le piacerebbe realizzare fra 1 anno?”.

Inoltre, viene presentato al soggetto anche un ventaglio di spicchi da colorare. Si chiede di pensare al proprio futuro come a un ventaglio di possibilità e, in base alle proprie attuali condizioni, di colorare un numero di spicchi in proporzione ad esse.

Successivamente, inizia una serie di domande legate al lavoro, relativamente alla situazione professionale attuale, eventuali ostacoli/ barriere e desideri che vorrebbe raggiungere in ambito professionale sia a breve che a lungo termine.

Tutte le domande prevedono risposte aperte di lunghezza variabile. Un esempio di domanda è “Ha dei desideri/obiettivi che le piacerebbe realizzare fra 1 anno per quanto riguarda il suo futuro lavorativo?”.

Anche in questa seconda parte, viene presentato al soggetto un ventaglio di spicchi da colorare, uguale al precedente.

Questa volta, si chiede di pensare al proprio futuro lavorativo come a un ventaglio di possibilità e, in base alla propria situazione professionale attuale, di colorare un numero di spicchi in proporzione ad essa.

Successivamente, al soggetto viene presentata l’immagine di una scala che mostra la distribuzione delle persone all’interno della loro comunità. In cima alla scala, nei gradini più alti, ci sono le persone che ricoprono i ruoli più importanti nella loro comunità. I gradini più in basso, invece, rappresentano le persone che occupano i ruoli più bassi nelle loro società.

Si chiede al partecipante di posizionare se stesso in questa scala, scegliendo il numero corrispondente al gradino in cui pensa di trovarsi in questo periodo della vita, in riferimento alla propria comunità.

- **Differenziale semantico sull'atteggiamento sul futuro** (La.R.I.O.S. 2024)

Lo strumento ( $\alpha = .65$ ) ha lo scopo di indagare l'idea e la percezione che il soggetto ha del proprio futuro. Prevede 25 coppie parola-espressione di aggettivi e al soggetto, pensando al proprio futuro, viene chiesto di mettere una X più o meno vicina all'aggettivo che ritiene più adeguato a descriverlo.

L'orientamento al futuro riguarda la propensione personale a pianificare il proprio futuro a breve e lungo termine. In questo processo si individuano e si definiscono quindi gli obiettivi che si vogliono raggiungere, sulla base dei quali poi si intraprendono certe azioni in atto che permettono di avvicinarsi al risultato prestabilito (Nota L. et al, 2020).

Un esempio di coppia parola-espressione è "sfruttante-valorizzante".

- **Differenziale semantico sull'atteggiamento sul futuro del lavoro** (La.R.I.O.S. 2024)

Lo strumento ( $\alpha = .70$ ) ha lo scopo di indagare l'idea e la percezione che il soggetto ha del proprio lavoro nel futuro.

Prevede le medesime 25 coppie parola-espressione di aggettivi proposti dallo strumento sopra descritto (strumento 28) e al soggetto, questa volta pensando al proprio futuro secondo un'ottica professionale, viene chiesto di mettere una X più o meno vicina all'aggettivo che ritiene più adeguato a descriverlo.

Un esempio di coppia parola-espressione è "individuale-comunitario".

- **Differenziale semantico sull'atteggiamento sul futuro della società umana** (La.R.I.O.S. 2024)

Lo strumento ha lo scopo di indagare l'idea e la percezione che il soggetto ha della società umana nel futuro.

Vengono nuovamente proposte le stesse 25 coppie parola-espressione di aggettivi e al soggetto, pensando adesso al futuro della società umana, viene chiesto di mettere una X più o meno vicina all'aggettivo che ritiene più adeguato a descriverlo.

Un esempio di coppia parola-espressione è “automatizzato-umanizzato”.

- **PRO-SPERA** (Ginevra et al., 2017)

Nel seguente questionario vengono riportate 22 frasi che si riferiscono a cose che si potrebbero pensare o fare.

Al soggetto viene chiesto di rispondere facendo riferimento ad una scala Likert a 5 punti, considerando che 1 sta per “molto poco” e 5 indica “moltissimo”.

Un esempio di item è “Finora ho ottenuto ciò che ho desiderato di più”.

In questo questionario vengono indagati 3 costrutti diversi: la speranza (item 1;  $\alpha = .82$ ), l'ottimismo (item 2;  $\alpha = .84$ ) e la visione negativa (item 3;  $\alpha = .73$ ).

Speranza e ottimismo sono due concetti che, sebbene entrambi legati all'idea del futuro, rappresentano due variabili diverse: la speranza riguarda la convinzione che le cose possano andare in una direzione favorevole, mentre l'ottimismo rappresenta una modalità di interpretare le esperienze personali, con la concreta aspettativa che succederanno eventi positivi anziché negativi.

- **DESIGNING MY FUTURE** (Santilli et al., 2017)

Il questionario si propone di indagare ciò che le persone potrebbero fare o pensare in riferimento ad alcune cose o frasi.

Al soggetto viene chiesto di rispondere ad ognuno dei 19 item facendo riferimento ad una scala Likert a 5 punti, dove 1 indica “molto poco” e 5 indica “moltissimo”.

Un esempio di item è “Guardare avanti mi fa sentire pieno/a di energie”.

I costrutti evidenziati in questo questionario sono la resilienza ( $\alpha = .87$ ) e la prospettiva temporale ( $\alpha = .90$ ).

La resilienza è un fenomeno psicologico che indica la capacità di affrontare in maniera positiva una difficoltà. Significa saper far fronte, sia da un punto di vista mentale sia emotivo, una crisi o un trauma.

La prospettiva temporale nel futuro, invece, rappresenta l'insieme delle percezioni che l'individuo ha rispetto al proprio futuro.

- **QUALITA' DELLA VITA** (Snyder, 2007)

Lo strumento ( $\alpha = .85$ ) si compone di 10 item con risposta su scala Likert a 5 punti, in cui 1 è associato a "completamente in disaccordo" e 5 a "completamente d'accordo".

La qualità della vita fa riferimento alla percezione che ciascun individuo ha della propria vita, relativamente all'aspetto economico, sociale e occupazionale, allo stato fisico in cui si trova e al benessere psicologico percepito.

In particolare, le affermazioni riportate nel questionario si riferiscono alla soddisfazione sperimentata per la propria vita e per quanto svolto dal proprio paese o comunità. Al soggetto viene chiesto di indicare il grado di accordo con esse, scegliendo un punteggio da 1 a 5 nella scala.

Un esempio di frase che viene proposta in questo strumento è "Il più delle volte la mia vita è vicina al mio ideale di vita".

- **GENERAL BELIEF IN A JUST WORLD SCALEG** (La.R.I.O.S. 2024)

Questo strumento presenta 6 item a cui viene chiesto di rispondere su scala Likert da 1 a 6, dove 1 indica "fortemente in disaccordo" e 6 indica "fortemente in accordo".

Le frasi proposte si riferiscono a cose che le persone potrebbero pensare rispetto all'esistenza di un'effettiva giustizia sociale nel mondo.

Il soggetto deve rispondere indicando il grado in cui ogni frase riflette ciò che effettivamente pensa riguardo all'esistenza concreta di ciò.

Un esempio di item è "Penso che, in linea di massima, viviamo in un mondo giusto".

In questo questionario viene analizzato, dunque, il costrutto della giustizia sociale ( $\alpha = .88$ ).

- **Adattamento italiano del Consideration of Future Consequences Scale di Strathman et al. (1994)** (Soresi S., La.R.I.O.S. 2023)

Il seguente questionario propone una serie di affermazioni che si riferiscono a come le persone si pongono nei confronti del futuro, sia a breve che a lungo termine.

Il soggetto deve indicare come risposta un punteggio su una scala Likert da 1 a 5, per ognuno degli 11 item proposti, segnando 1 se ritiene che la seguente frase “non si adatti per nulla alla sua situazione”, scegliendo 5 se invece ritiene che “si adatti perfettamente” o una delle altre opzioni intermedie.

Un esempio di ciò che viene proposto al soggetto è “Sono una persona che pensa spesso a come potrebbero andare le cose in futuro e che cerca di influenzarle con il proprio comportamento quotidiano”.

Lo strumento indaga le due seguenti sottodimensioni: futuro a breve termine ( $\alpha = .72$ ), precisamente negli item 3,4,5,9,10,11) e futuro a lungo termine ( $\alpha = .68$ ), indicando una diversa urgenza rispetto al futuro.

- **Personal Growth Initiative Scale (PGIS)** (Robitschek Christine, 1998)

Questo strumento ( $\alpha = .81$ ) ha lo scopo di indagare la misura dello sviluppo personale di ognuno, ossia quanto ognuno pensa di riuscire.

Vengono proposte 8 affermazioni e si chiede al soggetto di rispondere scegliendo, per ogni affermazione, un numero da 1, che indica “sicuramente in disaccordo”, a 7 che indica “decisamente d'accordo”.

### **3.3.3 PROCEDURA**

L'intervista semistrutturata precedentemente descritta è stata somministrata a 24 soggetti, di cui 16 attualmente in cura per un disturbo da uso di sostanze e 8 soggetti di controllo.

Prima dell'effettiva somministrazione dell'intervista semistrutturata precedentemente descritta, ai partecipanti è stato fatto firmare un modulo relativo alle normative sulla privacy, che garantisca l'assoluta tutela e segretezza delle risposte date.

A tutti i soggetti interessati, sia ai soggetti di controllo, sia ai partecipanti con disturbo da abuso di sostanze, in questo caso insieme al soggetto responsabile referente per ogni

struttura di cura in cui essi si trovano, sono stati condivisi gli obiettivi, il contenuto e le modalità con cui si sarebbe svolta la ricerca.

Ognuno ha potuto esprimere liberamente la propria volontà a partecipare, consci dell'intento di preservare la loro privacy e che i dati sarebbero stati utilizzati solo a scopo di ricerca ai sensi delle vigenti leggi D.Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati.

### **3.4 RISULTATI**

#### **3.4.1 Analisi preliminari**

Per verificare le ipotesi descritte precedentemente è stata dapprima condotta un'analisi preliminare delle correlazioni di Pearson per indagare i pensieri dei partecipanti riguardo il loro atteggiamento sul futuro, atteggiamento riguardo al lavoro, atteggiamento riguardo l'umanità, la qualità della vita, la prospettiva temporale, la resilienza, la speranza, l'ottimismo, la visione negativa, la giustizia, il futuro a breve e lungo termine e la crescita personale.

Quest'analisi ha prodotto i risultati riportati di seguito nella Tabella 1, dai quali si riscontrano i seguenti risultati.

L'atteggiamento nei confronti del futuro correla positivamente con l'atteggiamento nei confronti del lavoro ( $r = .638$ ), con la prospettiva temporale ( $r = .489$ ), con la speranza ( $r = .569$ ) e con la crescita personale ( $r = .436$ ); ha invece una correlazione negativa con la visione negativa ( $r = -.504$ ).

L'atteggiamento nei confronti del lavoro ha una correlazione positiva con l'atteggiamento nei confronti dell'umanità ( $r = .519$ ), con la prospettiva temporale ( $r = .486$ ) e con la speranza ( $r = .654$ ).

L'atteggiamento nei confronti dell'umanità ha riportato una correlazione positiva con la prospettiva temporale ( $r = .458$ ), con la speranza ( $r = .622$ ) e con l'ottimismo ( $r = .486$ ). Si evince dai risultati che la qualità della vita correla positivamente con la speranza ( $r = .417$ ), con l'ottimismo ( $r = .529$ ) e con la giustizia ( $r = .513$ ); ha invece una correlazione negativa con la visione negativa ( $r = .439$ ).

La prospettiva temporale ha una correlazione positiva con la resilienza ( $r = .642$ ), con la speranza ( $r = .765$ ), con l'ottimismo ( $r = .607$ ), con il futuro a lungo termine ( $r = .453$ ) e con la crescita personale ( $r = .671$ ).

Anche la resilienza ha riportato, così come il costrutto precedentemente citato, una correlazione positiva con la speranza ( $r = .729$ ), con l'ottimismo ( $r = .689$ ), con il futuro a lungo termine ( $r = .438$ ) e con la crescita personale ( $r = .508$ ).

Il costrutto della speranza è stato invece positivamente correlato all'ottimismo ( $r = .775$ ) e con la crescita personale ( $r = .569$ ); è stato invece correlato negativamente con la visione negativa ( $r = -.508$ ).

Anche l'ottimismo ha riportato una correlazione negativa con la visione negativa ( $r = -.525$ ); quest'ultima correlata negativamente, inoltre, anche alla giustizia ( $r = -.425$ ).

In merito al futuro, il futuro a lungo termine è correlato negativamente al futuro a breve termine ( $r = -.499$ ) ma correlato positivamente alla crescita personale ( $r = .422$ ).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
1	1	,638**	0,355	0,162 ,489*		0,328 ,569**		0,364 -,504*		0,298	-0,184	-0,01 ,436*		
2		1	,519**	0,043 ,486*		0,326 ,654**		0,326	-0,376	0,046	-0,12	0,17	0,4	
3			1	0,38 ,458*		0,302 ,622**	,486*		-0,398	0,246	-0,042	0,156	0,129	
4				1	0,254	0,341 ,417*	,529**		-,439*	,513*		0,166	0,01	0,078
5					1	,642**	,765**	,607**		-0,201	0,145 ,453*		-0,132 ,671**	
6						1	,729**	,689**		-0,304	0,031 ,438*		-0,031 ,508*	
7							1	,775**		-,508*	0,246	0,335	0,004 ,569**	
8								1	-,525*	0,253	0,226	-0,024	0,273	
9									1	-,425*	-0,021	0,256	-0,078	
10										1	0,118	0,096	0,225	
11											1	-,499*	,422*	
12												1	-0,268	
13													1	

**Tabella 1. Risultati delle analisi delle correlazioni r di Pearson / \* $p < .05$ \*\* $p < .01$**

*Legenda:*

1. *Atteggiamento nei confronti del futuro*; 2. *Atteggiamento nei confronti del lavoro*; 3. *Atteggiamento nei confronti dell'umanità*; 4. *Qualità della vita*; 5. *Prospettiva temporale*; 6. *Resilienza*; 7. *Speranza*; 8. *Ottimismo*; 9. *Visione negativa*; 10. *Giustizia*; 11. *Futuro a lungo termine*; 12. *Futuro a breve termine*; 13. *Personal Growth*

### 3.4.2 Analisi della varianza con T test

Al fine di indagare la prima ipotesi, ovvero se ci fossero differenze di genere statisticamente significative nelle variabili oggetto di indagine, i valori dell'intero gruppo sono stati divisi fra uomini e donne e si è condotta un'analisi tramite t-test, che ha riscontrato una differenza statisticamente significativa nelle variabili speranza [ $t(22) = .456$ ;  $p = .050$ ] e giustizia [ $t(22) = 1.431$ ;  $p = .008$ ].

Nello specifico, è emersa una media più alta negli uomini (M = 30,06) che nelle donne (M = 29) nel costrutto della speranza, contrariamente a quanto sostenuto generalmente dalla letteratura.

Secondo quanto emerge dalla letteratura, la tossicodipendenza nel genere femminile, oltre a riscontrare maggiori difficoltà di accesso alle cure e strutture di cura poco adeguate, è spesso contaminata da altri fattori di vulnerabilità, elementi a cui probabilmente possiamo collegare il risultato emerso da tale ricerca.

Rispetto agli uomini, le donne infatti spesso hanno figli o vivono con essi, possono avere una maternità in corso, hanno un reddito più basso, è più probabile che siano disoccupate e subiscono l'influenza all'uso di sostanze da parte del partner, condizione invece non riscontrata al contrario (Hser, 1987 a,b; citato in Burrone P. et al, 2019).

	GENERE MASCHILE		GENERE FEMMINILE	
	M	DS	M	DS
1	127,06	12,38	121,25	14,19
2	130,25	11,10	123,62	16,14
3	102,19	18,12	95,12	27,60
4	20,5	6,64	18,71	5,62
5	47,94	5,94	45,86	11,60
6	17	3,19	16,14	4,1
7	30,06	3,5	29	7,96
8	16,12	3,72	15,43	5,22
9	18,56	4,59	16,71	2,81
10	16,31	6,29	12,71	2,98
11	16,31	2,94	17	3,56
12	17,87	3,14	15,43	4,08
13	40,31	7	35,43	9,05

**Tabella 2. Risultati delle analisi delle medie e deviazioni standard relative ai due gruppi di partecipanti divisi sulla base del genere**

Legenda:

*I = uomini; II = donne; 1. Atteggiamento nei confronti del futuro; 2. Atteggiamento nei confronti del lavoro; 3. Atteggiamento nei confronti dell'umanità; 4. Qualità della vita; 5. Prospettiva temporale; 6. Resilienza; 7. Speranza; 8. Ottimismo; 9. Visione negativa; 10. Giustizia; 11. Futuro a lungo termine; 12. Futuro a breve termine; 13. Personal Growth*

### 3.4.3 Analisi di regressione lineare

Con lo scopo di verificare la seconda ipotesi, ovvero se la speranza possa predire l'atteggiamento verso il lavoro si è condotta un'analisi di regressione lineare.

I risultati dell'analisi mostrano che il modello, che considera la speranza come predittrice dell'atteggiamento verso il lavoro, risulta essere significativo ( $p = .001$ ) e spiegare il 43% della varianza.

Modello								
		B	Errore Standard	Beta	t	Sign.	R- quadrato	
	1 (Costante) speranza	77,43	13,00		5,95	.001	0,428	
		1,70	0,43	0,65	3,96	.001		

a Variabile dipendente: atteggiamento verso il lavoro

**Tabella 3. Modello di regressione del predittore (speranza) sulla variabile dipendente "atteggiamento verso il lavoro"**

Per quanto riguarda il terzo obiettivo di questa ricerca, ovvero indagare se la variabile speranza, nelle donne, nella regressione predicesse l'atteggiamento verso il futuro, è stata condotta un'ulteriore analisi di regressione lineare.

Questo ulteriore approfondimento, rispetto al costrutto della speranza, deriva dal fatto che la media della speranza delle donne è risultata più bassa rispetto alla media degli uomini.

Nasce da qui l'interesse ad indagare se, nelle donne, nella regressione la speranza predicesse l'atteggiamento verso il futuro.

I risultati dell'analisi mostrano che il modello, che considera la speranza come predittrice dell'atteggiamento verso il futuro, risulta essere significativo ( $p = .002$ ) e spiegare l'85% della varianza.

Modello		B	Errore Standard	Beta	t	Sign.	R-quadrato
	1 (Costante) speranza	65,33	11,55		5,65	.002	0,845
		2,01	0,39	0,92	5,21	.003	

a genere = donne  
b Variabile dipendente: atteggiamento verso il futuro

### 3.4.4 Analisi qualitativa

Infine, per cercare giustificazioni ai risultati ottenuti dai dati quantitativi in merito a quanto la variabile speranza, nelle donne, predicesse l'atteggiamento verso il futuro, sono state analizzate, nell'intervista preliminare, le loro risposte anche a livello qualitativo.

In particolare, le loro risposte e pensieri in merito ai loro desideri futuri e ad eventuali barriere che queste avrebbero potuto incontrare nel loro futuro sono state approfondite in modo qualitativo, attraverso l'esaminazione di alcune loro risposte date ad alcune domande dell'intervista preliminare, in particolare *“Quali emozioni le suscita il futuro?”*, *“Ha dei desideri/obiettivi che le piacerebbe realizzare rispettivamente tra 1-5-10 anni?”* e *“Cosa potrebbe rendere difficile o ostacolare la loro realizzazione?”*.

Prendendo in analisi la letteratura, il genere è un fattore di forte influenza nella tossicodipendenza, perché responsabile di molte differenze esistenti fra uomo e donna.

In Europa, secondo l'Istituto Superiore di Sanità (IIS), circa 37 milioni di donne hanno utilizzato una sostanza stupefacente almeno una volta nella vita e, sebbene il genere femminile sia solo un quinto del totale dei pazienti in cura con farmaci per un disturbo da abuso di sostanze, spesso i loro sintomi sono assai più complessi rispetto agli uomini.

Inoltre, le donne sono vittime del “telescoping”, un importante fenomeno inglese che spiegherebbe come il genere femminile sviluppi una dipendenza molto più rapidamente

rispetto agli uomini; da cui si differenziano anche per caratteristiche psicosociali, sviluppo e conseguenze nell'uso e progressione della dipendenza (Istituto Superiore di Sanità, 2019).

Conseguentemente, anche i percorsi terapeutici sono molto diversi tra uomini e donne ma per il genere femminile l'accesso alle cure è molto più difficoltoso e solo un numero bassissimo di servizi è specifico per i bisogni femminili.

Inoltre, come già accennato, la presenza di molti altri fattori di vulnerabilità propri del genere femminile diminuiscono la loro compliance al trattamento o rendono incompatibile il loro stile di vita con percorsi di guarigione a lungo termine (Taylor 1995, Barnard 1993; citato in Burroni P. et al., 2019).

Questo scenario, in cui la donna tossicodipendente è costretta ad affrontare impedimenti culturali, sociali, strutturali e personali, spiegherebbe in parte perché le donne si ritirano dai trattamenti con più probabilità (NIDA 1994; citato in Burroni P. et al. 2019) e darebbe significato concreto anche ai risultati emersi da questa ricerca.

<b>Emozioni per il futuro</b>	<b>Esempi di risposta</b>
<i>“Quali emozioni le suscita il futuro?”</i>	“Paura, timore, ansia, non so cosa mi riserva il futuro considerando il passato”
	“Paura”
	“Positive (felicità, tranquillità)”

**Tabella 4. Emozioni per il futuro**

Sulla base dei riscontri nella letteratura e delle risposte alla domanda *“Quali emozioni le suscita il futuro?”*, emerge che una buona percentuale di partecipanti esprime paura per il futuro, timore e incertezza.

<b>Desideri e obiettivi</b>	<b>Esempi di risposte</b>
<i>“Ha dei desideri/obiettivi che le piacerebbe realizzare rispettivamente tra 1-5-10 anni?”</i> (3 risposte richieste)	a. “Essere libera da ogni sostanza (compreso il metadone)” b. “Essere stabile in una casa con una persona che mi vuole bene e mi rispetta” c. “Avere una famiglia e dei figli”

	a. “Trovare un compagno” b. “Dipendono dal lavoro” c. <i>nessuna risposta</i>
	a. “Fare una vacanza esotica” b. “Essere in pensione” c. “Serenità”

**Tabella 5. Desideri e obiettivi da realizzare entro 1-5-10 anni**

<b>Percezione di ostacoli per il futuro</b>	<b>Esempi di risposte</b>
“Cosa potrebbe rendere difficile o ostacolare la loro realizzazione?” (3 risposte richieste rispettive delle precedenti)	a. metadone e sostanze, il ricordo e il pensiero rimarranno per sempre b. la mia dipendenza affettiva, cerco il brivido che mi dava la droga con una persona c. problemi fisici conseguenti alle sostanze, oppure mancanze economiche o ricadute
	a. lavoro b. <i>nessuna risposta</i> c. <i>nessuna risposta</i>
	a. trovare una compagnia b. <i>nessuna risposta</i> c. situazione fisica

**Tabella 6. Percezione di ostacoli per il futuro**

Sulla base di quanto riportato dalla letteratura e sulla base delle risposte date alle domande “Ha dei desideri/obiettivi che le piacerebbe realizzare rispettivamente tra 1-5-10 anni?” e “Cosa potrebbe rendere difficile o ostacolare la loro realizzazione?”, sono state fatte le seguenti considerazioni.

Emerge in primo luogo la volontà di liberarsi e distaccarsi totalmente dalla sostanza ed è forte il desiderio di avere una casa, un compagno e dei figli.

Allo stesso tempo, la sostanza viene vista come un limite agli obiettivi stessi prefissati da ognuno di esse, a causa delle conseguenze residue della dipendenza, in termini soprattutto di problematiche fisiche, dipendenze affettive e mancanza di un lavoro.

### **3.5 Discussione dei risultati**

In questo studio, che analizza i desideri e gli obiettivi futuri delle persone con tossicodipendenza, emerge come tema centrale la ricerca di una nuova identità personale da parte dei soggetti, punto di partenza imprescindibile per la ricerca di un nuovo lavoro e la costruzione di una famiglia.

I percorsi di riabilitazione, oltre al loro valore terapeutico, possono svolgere un ruolo cruciale nella ricostruzione e nel ripristino delle relazioni. Tali percorsi contribuiscono a riattivare e consolidare le competenze sociali, favorendo il reinserimento sociale delle persone coinvolte.

Relativamente al costrutto specifico del lavoro, molte ricerche hanno dimostrato come il benessere individuale sia strettamente correlato al lavoro, poiché quest'ultimo accresce l'autostima e il senso di sé e aiuta il soggetto a definirsi in un determinato ruolo sociale. Il lavoro è quindi considerato un'importante modalità di impegno civico e fattore di coinvolgimento sociale, oltre a rappresentare una concreta garanzia finanziaria.

I soggetti con disturbo da uso di sostanze ritengono il lavoro un fattore protettivo ma, allo stesso tempo, la sua effettiva realizzazione è complessa poiché il percorso professionale è ostacolato dall'uso regolare di sostanze. Anche al termine del proprio percorso di cura, sono molte le barriere che il soggetto incontra, data la complessità del disturbo e le molteplici difficoltà sociali (stigmatizzazione, esclusione, emarginazione sociale...).

Con questo studio si è voluto indagare i pensieri, le percezioni, i desideri e gli obiettivi di un gruppo di persone con disturbo da uso di sostanze rispetto al proprio futuro professionale e personale. I costrutti analizzati riguardavano il loro atteggiamento nei confronti del lavoro, del futuro, dell'umanità, la qualità della vita, la prospettiva temporale, la resilienza, la speranza e l'ottimismo, la visione negativa, il senso di giustizia, il futuro a breve e a lungo termine e la crescita personale.

La prima ipotesi si propone di indagare se vi siano differenze di genere statisticamente significative fra donne e uomini nelle variabili oggetto di indagine (HP1).

Dai risultati è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa nelle variabili speranza e giustizia. In particolare, è emersa una media più alta negli uomini che nelle donne nel costrutto della speranza, contrariamente a quanto sostenuto generalmente dalla letteratura.

Nel caso del disturbo da abuso di sostanze, tuttavia, molte ricerche hanno evidenziato, come riportato precedentemente, la presenza di molti altri fattori di vulnerabilità nelle donne che potrebbero essere correlati ai risultati ottenuti da questa analisi, primi fra tutti una maggiore difficoltà di accesso alle cure, mancata presenza di strutture adeguate ai loro bisogni, influenza del partner all'uso di sostanze o la presenza di figli.

Taylor (1995) e Barnard (1993) concludono che l'insieme di questi impedimenti renderebbe causa della minore compliance al trattamento riscontrata nelle donne, dell'incompatibilità del loro stile di vita con lunghi percorsi di cura e del grande tasso di abbandono nei percorsi (NIDA, 1994; citato in Burrone P. et al, 2019).

La seconda ipotesi, invece, analizza il costrutto della speranza e indaga se questo possa predire alcune tra le variabili oggetto di indagine. Nello specifico ci si aspetta che la speranza predica l'atteggiamento verso il lavoro (HP2).

Nel modello emerge dai risultati che la speranza ha un ruolo significativo come predittrice dell'atteggiamento verso il lavoro.

Secondo Snyder (2002) la speranza può essere definita come “uno stato motivazionale positivo che si basa sull'interazione tra il senso di successo nel produrre i percorsi cognitivi o le strategie cognitive da utilizzare nel conseguire un determinato fine desiderato e il senso di successo nel produrre l'energia mentale nell'utilizzare tali percorsi o strategie per realizzare la finalità desiderata.”

In ambito psicologico, è ormai considerata a tutti gli effetti come un'importante risorsa psicologica per il successo professionale e questo risultato è in sintonia con quanto riportato dalla letteratura: una revisione del 2018 rileva che le prestazioni accademiche e lavorative sono strettamente correlate ai livelli di speranza.

I risultati emersi da questi studi hanno rilevato un'associazione fra la speranza e la soddisfazione lavorativa, le prestazioni, l'adattabilità, la creatività e i sentimenti di efficacia e benessere riscontrati dai dipendenti (Yotsidi V. et al, 2018).

Hischi (2014, citato in Yotsidi V. et al, 2018) ha evidenziato, inoltre, una correlazione positiva tra la speranza, l'ottimismo, la resilienza, l'autoefficacia, e la soddisfazione

lavorativa dei dipendenti. Questi ultimi, infatti, riportano comportamenti proattivi legati alla carriera ed altri risultati lavorativi positivi, come un maggiore coinvolgimento, creatività e una riduzione delle intenzioni di abbandono del lavoro.

Il terzo obiettivo di questa ricerca è stato quello di analizzare se la variabile speranza, nelle donne predicesse l'atteggiamento verso il futuro. Ne risulta che la speranza è in grado di predire l'atteggiamento verso il futuro in maniera significativa.

Questo risultato è confermato anche dalla letteratura poiché emerge che la speranza ha un ruolo cruciale nel predire l'atteggiamento delle donne verso il futuro, soprattutto in ambito professionale e lavorativo.

Brown e Mueller (2014; citato in Yotsidi V. et al, 2018) hanno rilevato, attraverso un'accurata revisione, che nelle donne la percezione della propria efficacia riguardo alla ricerca di un lavoro è positivamente associata all'ottimismo, alla soddisfazione personale e all'efficacia nelle relazioni sociali: l'autoefficacia accademica sarebbe così correlata al tratto personale della speranza.

Anche altri studi recenti, in aggiunta, dimostrano che una maggiore speranza è associata a risultati positivi, quali una migliore percezione del benessere e della soddisfazione nella vita. Nelle donne, la speranza influisce sul modo in cui affrontare gli obiettivi futuri, accrescendo la resilienza e la proattività nei confronti delle sfide. In particolare, questo impatto positivo è osservabile soprattutto nelle fasi professionali di transizione e nei cambiamenti lavorativi (Pleeging, E., 2021).

Infine, per approfondire in questa ricerca la correlazione rilevata tra il costrutto della speranza e l'atteggiamento verso il futuro nelle donne con disturbo da abuso di sostanze, sono state analizzate anche le loro risposte in ottica qualitativa.

In particolare, nello studio sono state indagate le loro emozioni rispetto al futuro, le loro percezioni e i desideri e obiettivi che esse vorrebbero realizzare tra 1-5-10 anni. I temi centrali che vengono riportati riguardano la ricerca di serenità e stabilità, l'astensione delle sostanze, la ricerca di un lavoro e la volontà di ricostruire una famiglia; l'emozione preponderante riguardo al futuro è la paura, mista ad ansia e incertezza del futuro.

È interessante notare come queste aree tematiche emerse, sopra riportate, siano le stesse relative ai principali ostacoli descritti in letteratura.

In conclusione, è importante sottolineare che il fine primario di questo lavoro è restituire centralità ai soggetti con storia di dipendenza, partendo dai loro desideri, bisogni, difficoltà, obiettivi e paure. Il disturbo da uso di sostanze porta con sé implicazioni nella sfera personale e sociale ed è perciò importante promuovere percorsi in cui il benessere delle persone sia al centro, per una comunità più inclusiva e accogliente.

### **3.6 Limiti dello studio e implicazioni per le future ricerche**

Il presente studio porta con sé alcune limitazioni.

Il limite principale riguarda il basso numero di partecipanti che hanno preso parte allo studio; per le ricerche future sarebbe utile riuscire ad allargare il numero di campioni così da avere un panorama più ampio di pensieri, riflessioni e dati da analizzare.

Un ulteriore limite è dato dalla mancanza di equilibri, nel gruppo sperimentale, fra donne e uomini che hanno partecipato allo studio, con il numero di uomini che supera di gran lunga quello delle donne: costituire un gruppo più bilanciato e coinvolgendo un numero maggiore di donne nelle ricerche future permetterà di equiparare i due generi in maniera più equa.

Inoltre, il gruppo sperimentale era caratterizzato esclusivamente da persone che al momento dello studio si trovavano in una struttura residenziale terapeutica o facevano comunque parte di un percorso di cura già avviato. Sarebbe interessante nel futuro riuscire ad indagare prospettive differenti e pensieri di persone appartenenti ad altri gruppi: per fare ciò sarebbe auspicabile includere ed intervistare anche persone con storia di dipendenza non coinvolte in progetti di reinserimento o sostegno sociale.

### **3.7 Implicazioni per la pratica e prospettive future**

Alla luce dei risultati emersi da questo studio e il confronto con la letteratura, appare evidente come l'obiettivo finale del percorso di trattamento del soggetto con disturbo da abuso di sostanze debba essere una corretta reintegrazione sociale e lavorativa.

Da ciò deriva l'esigenza di approfondire l'effettiva efficacia dei percorsi di cura riabilitativi, considerando che il focus primario è costituito dall'eliminazione della dipendenza o l'evitamento dell'esordio di disturbi legati al consumo di sostanze, ma è altrettanto importante ricordare che il solo trattamento sanitario non è sufficiente.

Le ricerche suggeriscono che le persone con disturbo da abuso di sostanze, in particolare le donne, hanno una percezione della qualità della vita e livelli di speranza molto bassi, a causa delle numerose difficoltà legate alla loro storia di dipendenza. Nasce da qui la necessità di combattere l'emarginazione sociale, l'esclusione e le continue discriminazioni lavorative, fattori ancora troppo protagonisti nella vita di questi soggetti. Il presente studio è stato organizzato con lo scopo primario di approfondire la situazione delle persone con disturbo da uso di sostanze, al termine del percorso di cura riabilitativo e con l'intenzione di promuovere la loro inclusività sociale, in particolare nel settore lavorativo. Lo scenario professionale in questo settore, come riportato dal Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze (SIND), attualmente è caratterizzato in Italia da un tasso di disoccupazione significativo, a cui seguono alti livelli di stress e conseguenze fisiche negative (Strandh M, 2000).

Oltre a ciò, si è dimostrato che la quasi totalità dei settori lavorativi è ormai contaminata da un alto consumo di alcol e sostanze da parte dei lavoratori per svariati motivi, quali alti ritmi di lavoro, tensioni professionali, burnout e alta disponibilità dello stimolo sul luogo e, alla luce di questa situazione, cresce sempre più l'importanza di programmi di prevenzione efficaci.

Data l'importanza di un'occupazione professionale nella vita delle persone al termine del trattamento riabilitativo, al fine di una completa reintegrazione sociale e l'evitamento nella recidiva, è auspicabile occuparsi maggiormente di questo in prospettiva del reinserimento del soggetto nel tessuto sociale, fin dagli inizi del percorso.

Potrebbe rivelarsi di grande aiuto prevedere interventi futuri di formazione e sviluppo della speranza all'interno degli ambienti di lavoro, aumentando la produttività e il benessere dei dipendenti e la loro produttività, nonché programmi di career counseling individualizzati o di gruppo che si propongano di ascoltare le aspirazioni e gli obiettivi dei pazienti in cura riguardo al futuro e al lavoro da svolgere, cosicché la professione assuma un significato più profondo e aiuti il soggetto ad ampliare il proprio ventaglio di possibilità, in termini di benessere, sicurezza, integrazione, ottimismo.

Diventa fondamentale un'individualizzazione dei percorsi di aiuto e sostegno professionale e un'accurata analisi dei diversi sbocchi professionali, promuovendo la considerazione di mestieri nuovi e adatti alla storia personale di ognuno.

Inoltre, per la realizzazione di concrete prospettive future, è importante favorire la ricostruzione della dimensione identitaria dei pazienti. Come si evince dalle ricerche, emerge visibilmente il loro bisogno di trovare un compagno/a, costruire una famiglia e avere dei figli: i desideri del paziente sono centrali per la ridefinizione di una propria identità personale, un ritrovamento del senso di sé e una considerazione maggiormente positiva di se stessi.

Infine, per dar voce alla centralità di questi temi, si sta mettendo a punto un training di cinque incontri da proporre ai pazienti con disturbo da abuso di sostanze in cura in strutture residenziali, con la speranza che diventi uno spazio in cui ognuno possa sentirsi libero di parlare, di ascoltare e di essere ascoltato, un ambiente condiviso che permetta lo scambio fra pari di opinioni, paure, ambizioni, storie di vita passata e desideri futuri.

Il fulcro di questi incontri è arricchire la qualità del legame all'interno della comunità e aiutare i pazienti stessi ad essere meglio compresi, sensibilizzando il contesto intorno a loro e favorendo un'atmosfera più collaborativa ed accogliente.

### **3.8 Considerazioni conclusive**

Il seguente studio aveva l'obiettivo di restituire piena centralità al soggetto con tossicodipendenza, iniziando dall'ascolto dei loro desideri e delle loro preoccupazioni, con lo scopo ultimo di auspicare ad un futuro migliore dal punto di vista personale, professionale e sociale.

La dipendenza da sostanze, come illustrato nel DSM – V, influenza l'individuo sia nella sfera personale sia nella sfera sociale, formando un intreccio complesso a catena in cui ogni aspetto compromesso causa a sua volta altre conseguenze negative.

In Italia, l'articolo 28 DPCM (12 gennaio 2017) sancisce il diritto all'assistenza sociosanitaria per persone con dipendenza patologica, che rientra oggi nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

Nella stesura di questo elaborato, è stato importante dare rilievo ai concetti di vulnerabilità e prevenzione: promuovere maggiori conoscenze nella società è il primo grande passo per un reale cambiamento, soprattutto per quelle persone che, per determinate caratteristiche, risulterebbero essere più predisposte all'uso. Fin dall'età scolare le campagne di prevenzione possono rappresentare una grande risorsa, al fine di agire concretamente su soggetti che diventeranno, un domani, cittadini più consapevoli.

Inoltre, è necessario esaminare la realtà professionale di diversi ambiti lavorativi, dove l'abuso di alcol e sostanze è ormai diffuso. L'analisi contenuta in questo elaborato mostra come alcuni lavoratori ricorrono a tali sostanze per affrontare ritmi lavorativi intensi, turni prolungati e elevati livelli di stress, utilizzandole come strumenti per difendersi da queste pressioni. Questa riflessione, in merito al reinserimento professionale di individui con storia di dipendenza, dovrebbe contribuire ad incrementare la consapevolezza e a guidare il loro ritorno nel mondo del lavoro verso scelte più responsabili.

In generale, le tematiche centrali emerse da questa ricerca riguardano il bisogno dei soggetti con disturbo da abuso di sostanze di reintegrarsi nella società, di formare di una famiglia e di cercare una professione: fattori imprescindibili per la ricostruzione di una nuova storia personale.

I soggetti con disturbo da uso di sostanze, infatti, riscontrano molte difficoltà nel processo di ricostruzione della propria identità poiché, come riportato in letteratura, subiscono forti stigmatizzazioni legati al pregiudizio della loro storia passata e numerosi autoritarismi sociali e relazionali.

In conclusione, lo scopo ultimo di questo elaborato è promuovere la costruzione di una realtà nuova in cui il soggetto con storia di dipendenza non sia estraniato, ma coinvolto, spronato e incluso. Il moderno approccio biomedico sulla visione della dipendenza patologica racchiude speranza, poiché il presupposto di partenza per ogni intervento sul singolo soggetto è il coinvolgimento dell'intero tessuto sociale, in prospettiva che anche queste persone, provenienti da un mondo fragile e vulnerabile, avranno "domani" la possibilità di essere autori di un nuovo capitolo della loro vita e protagonisti attivi della nostra società.

## BIBLIOGRAFIA

- Ames GM, Grube JW, Moore RS. Social control and workplace drinking norms: a comparison of two organizational cultures. *J Stud Alcohol*. 2000 Mar;61(2):203-19. doi: 10.15288/jsa.2000.61.203. PMID: 10757130.
- American Psychiatric Association. *DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano, Masson, 1996.
- Bakhshi S, While AE. Health professionals' alcohol-related professional practices and the relationship between their personal alcohol attitudes and behavior and professional practices: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013 Dec 23;11(1):218-48. doi: 10.3390/ijerph110100218. PMID: 24366045; PMCID: PMC3924442.
- Barrowclough, C., Marshall, M., Gregg, L., Fitzsimmons, M., Tomenson, B., Warburton, J., & Lobban, F. (2014). A phase-specific psychological therapy for people with problematic cannabis use following a first episode of psychosis: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 44(13), 2749-2761.
- Bernstein E, Woodall WG. Changing perceptions of riskiness in drinking, drugs, and driving: an emergency department-based alcohol and substance abuse prevention program. *Ann Emerg Med*. 1987 Dec;16(12):1350-4. doi: 10.1016/s0196-0644(87)80417-1. PMID: 3688597.
- Bianchi G., I lavoratori che “tirano” nel mondo del lavoro, estratto da “Cocaina e prestazioni lavorative: profili normativi, psicologici e legali” (Acampora M. e Viola M.), Dossier Adapt, numero 1 del 20 aprile 2012
- Borrelli I, Santoro PE, Gualano MR, Perrotta A, Daniele A, Amantea C, Moscato U. Alcohol Consumption in the Workplace: A Comparison between European Union Countries' Policies. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Dec 17;19(24):16964. doi: 10.3390/ijerph192416964. PMID: 36554848; PMCID: PMC9779578.
- Burrone P. et al (2019), Differenze di genere nello studio VEdeTTE, “Studio Nazionale per la Valutazione dell’efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina” di Faggiano F. & Davoli M.
- Buscemi, D., Fedele, M., VIGNA TAGLIANTI, FD, & Faggiano, F. (2010). *Gli interventi di prevenzione riducono le disuguaglianze sociali nella salute?*”.

Italiano: 491-491. Estratto dal 44° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Venezia, Italia.

- Coletti, M., & Grosso, L. (2011). La comunità terapeutica: Per persone tossicodipendenti. Gruppo Abele
- Karila L, Coscas S, Hermand M, Lafaye G, Donnadieu-Rigole H, Benyamina A, Condotte additive (escluso il tabacco), EMC - AKOS - Trattato di Medicina, Volume 23, Issue 2, 2021, Pages 1-13.
- Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D, Prevenzione scolastica universale dell'uso illecito di droghe. Database Cochrane delle revisioni sistematiche 2014, numero 12. Art. N.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD0033020.pub3
- Feltenstein MW, See RE. The neurocircuitry of addiction: an overview. *Br J Pharmacol*. 2008 May;154(2):261-74. doi: 10.1038/bjp.2008.51. Epub 2008 Mar 3. PMID: 18311189; PMCID: PMC2442446.
- Frone MR. Relations of negative and positive work experiences to employee alcohol use: testing the intervening role of negative and positive work rumination. *J Occup Health Psychol*. 2015 Apr;20(2):148-60. doi: 10.1037/a0038375. Epub 2014 Dec 22. PMID: 25528689; PMCID: PMC4372465.
- Frone MR, Trinidad JR. Relation of supervisor social control to employee substance use: considering the dimensionality of social control, temporal context of substance use, and substance legality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 Mar;73(2):303-10. doi: 10.15288/jsad.2012.73.303. PMID: 22333338; PMCID: PMC3281987.
- Frone MR. Work Stress and Alcohol Use: Developing and Testing a Biphasic Self-Medication Model. *Work Stress*. 2016;30(4):374-394. doi: 10.1080/02678373.2016.1252971. Epub 2016 Nov 3. PMID: 28090129; PMCID: PMC5228600.
- Ginevra, M.C., Di Maggio, I. & Nota (2013, June). Adaptability, optimism and hope in a group of adults with drug addiction. Poster session presented at International conference Life Design e Career Counseling: Building Hope and Resilience, Padova

- Halsall L, Irizar P, Burton S, Waring S, Giles S, Goodwin L, Jones A, Hazardous, harmful, and dependent alcohol use in healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis, *Frontiers in Public Health*, Volume 11, 2023
- Istituto Superiore di Sanità, 2019. Droga, tema Dipendenze, *Donne: perché il genere è importante nella tossicodipendenza*
- Magura, S. (2003). Il ruolo del lavoro nel trattamento della dipendenza da sostanze: una panoramica preliminare. *Usa e abuso di sostanze*, 38(11-13), 1865-1876.
- Maj, M. et al. (2014) DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. 5. ed. Milano: R. Cortina
- Nota L., Soresi S., Di Maggio I., Santilli S., Ginevra, M. C., Nota L., ... & Ginevra M. C. (2020). The Project “Stay Inclusive, Sustainable, Curious, Cosmopolitan, Aspirant, Etc.”: An Example of Operational Paths and Trajectories. *Sustainable Development, Career Counselling and Career Education*, 81-98.
- Numans W, Regenmortel TV, Schalk R, Boog J. Vulnerable persons in society: an insider's perspective. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2021 Dec;16(1):1863598. doi: 10.1080/17482631.2020.1863598. PMID: 33357080; PMCID: PMC7782249.
- Nutt D, Lingford-Hughes A. Addiction: the clinical interface. *Br J Pharmacol*. 2008 May;154(2):397-405. doi: 10.1038/bjp.2008.101. Epub 2008 Apr 14. PMID: 18414399; PMCID: PMC2442452.
- Pasqualotto L., Carozza, P., & Cibir, M. (2020). ICF, salute mentale e dipendenze: Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery. Carocci editore.
- Pleeging, E., Burger, M. & van Exel, J. The Relations between Hope and Subjective Well-Being: a Literature Overview and Empirical Analysis. *Applied Research Quality Life* **16**, 1019–1041 (2021).
- Riboldi L, Bordini L, Ferrario MM. Fitness for work in health care workers: state of the art and possible operational recommendations for its formulation and management in relationship to alcohol and drug addiction. *Med Lav*. 2012 May-Jun;103(3):203-11. PMID: 22838298.
- Rice SM, Purcell R, De Silva S, Mawren D, McGorry PD, Parker AG. The Mental Health of Elite Athletes: A Narrative Systematic Review. *Sports Med*. 2016

Sep;46(9):1333-53. doi: 10.1007/s40279-016-0492-2. PMID: 26896951; PMCID: PMC4996886.

- Richardson, L., Wood, E., Montaner, J., & Kerr, T. (2012). Addiction treatment-related employment barriers: The impact of methadone maintenance. *Journal of substance abuse treatment*, 43(3), 276-284
- Salmaso S; Vadrucci S; Vitale L; Calcagno D; Giaccone P; Vigna-Taglianti F; Scatigna M; Fagiani L; Zumino B; Cuomo GL; Faggiano F; ed il Gruppo EU-Dap., Convegno CIPES/AIES "Promuovere la cultura della salute nella comunità, nella scuola, nei servizi sanitari", 2009
- Serge H. Ahmed, Aldo Badiani, Klaus A. Miczek, Christian P. Müller, Non-pharmacological factors that determine drug use and addiction, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, Volume 110, 2020, Pages 3-27, ISSN 0149-7634.
- Spigno, F., Debarbieri, N., & Traversa, F. (2007). Lavoro e dipendenza da sostanze psicoattive: idoneità alla mansione e prospettive di prevenzione alla luce delle recenti innovazioni normative. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 29(2), 158.
- 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.
- Warne M, Sinadinovic K, Berman AH, Källmén H, Vinberg S. Risky consumption of alcohol and drugs among employees at ski resorts. *Nordisk Alkohol Nark*. 2017 Jun;34(3):201-216. doi: 10.1177/1455072517707879. Epub 2017 May 16. PMID: 32934485; PMCID: PMC7450871.
- Yotsidi, V., Pagoulatou, A., Kyriazos, T. e Stalikas, A. (2018) Il ruolo della speranza negli ambienti accademici e lavorativi: una revisione integrativa della letteratura. *Psychology* , 9 , 385-402.
- Vittadini G, Lanfranco A. Alcolismo e tossicodipendenza in ambiente lavorativo [Alcohol and drug addiction in the work place]. *G Ital Med Lav Ergon*. 2008 Jan-Mar;30(1 Suppl A): A39-43. Italian. PMID: 18700475.
- Volkow ND, Michaelides M, Baler R. The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiol Rev*. 2019 Oct 1;99(4):2115-2140. doi: 10.1152/physrev.00014.2018. PMID: 31507244; PMCID: PMC6890985.