

*Alma Mater Studiorum – Università di Bologna*

**Dottorato di ricerca in**

**SOCIOLOGIA**

Ciclo XXII

Settore scientifico-disciplinare di afferenza: SPS/07

**DROGA, ALCOL E LAVORO:  
LA PREVENZIONE COME PROMOZIONE  
DELLA SALUTE**

Presentata da: **Dott.ssa Linda Lombi**

*Coordinatore Dottorato*

Chiar.mo Prof. Pierpaolo Donati

*Relatore*

Chiar.mo Prof. Costantino Cipolla

Esame finale anno 2010



# Indice

|   |            |
|---|------------|
| <b>INTRODUZIONE</b> .....   | <b>7</b>   |
| <b>RINGRAZIAMENTI</b> .....   | <b>19</b>  |
| <b>I PARTE – SOSTANZE PSICOATTIVE, DENTRO E FUORI IL MONDO DEL LAVORO: I QUADRI TEORICI</b> .....                   | <b>23</b>  |
| <b>CAP. 1 – DROGHE E ALCOL NEL MONDO DEL LAVORO</b> .....   | <b>25</b>  |
| 1.1 – UNA PREMessa: BREVE EXCURSUS SULL’ANALISI SOCIOLOGICA DEL CONSUMO DI ALCOL E DROGHE .....                     | 25         |
| 1.2 – L’USO DI SOSTANZE PSICOTROPE FRA I LAVORATORI: UN FENOMENO SOMMERSO? .....                                    | 32         |
| 1.3 – LE CONSEGUENZE DEL CONSUMO DI ALCOL E DROGA SUL MONDO DEL LAVORO .....  | 41         |
| 1.3.1 – <i>Gli infortuni</i> .....  | 45         |
| 1.3.2 – <i>L’assenteismo</i> .....  | 48         |
| 1.3.3 – <i>La performance lavorativa</i> .....  | 49         |
| 1.4 – LA RICERCA DEI FATTORI DI RISCHIO QUALE PREMessa DELLA PREVENZIONE .....                                      | 50         |
| 1.4.1 – <i>Il modello della fuga: il disagio psico-sociale come fattore di rischio</i> .....                        | 52         |
| 1.4.2 – <i>Il modello dell’efficienza: la ricerca della performance</i> .....                                       | 61         |
| 1.4.3 – <i>Il modello della normalizzazione: il ruolo delle norme culturali</i> .....                               | 63         |
| 1.5 – PER UN MODELLO DI ANALISI A EZIOLOGIA MULTIFATTORIALE .....   | 68         |
| <b>CAP. 2 – LA PREVENZIONE DEL CONSUMO DI DROGHE E ALCOL</b> .....  | <b>79</b>  |
| 2.1 – DEFINIRE LA PREVENZIONE: UNA QUESTIONE COMPLESSA .....  | 80         |
| 2.2 – GLI APPROCCI TEORICI IN MATERIA DI PREVENZIONE .....  | 84         |
| 2.2.1 – <i>I modelli cognitivi: il ruolo dell’informazione</i> .....  | 84         |
| 2.2.2 – <i>I modelli “globali” e sociali di influenza: un bilancio tra fattori di rischio e di protezione</i> ..... | 88         |
| 2.2.3 – <i>I modelli di influenza sociale: il ruolo delle relazioni</i> .....                                       | 91         |
| 2.2.4 – <i>I modelli sociologici: dal ciclo della droga agli approcci ecologici</i> .....                           | 93         |
| 2.3 – DALLA TEORIA ALLA PRATICA: LE STRATEGIE PREVENTIVE .....  | 95         |
| 2.3.1 – <i>L’approccio informativo</i> .....  | 95         |
| 2.3.2 – <i>Il modello educativo-promozionale</i> .....  | 97         |
| 2.3.3 – <i>L’approccio di comunità</i> .....  | 103        |
| 2.2.4 – <i>Il marketing preventivo</i> .....  | 105        |
| 2.3.5 – <i>La riduzione del danno</i> .....   | 106        |
| 2.3 – LA PREVENZIONE È EFFICACE? IL CONTRIBUTO DELL’EVIDENCE-BASED PREVENTION .....                                 | 109        |
| <b>CAP. 3 - LA PREVENZIONE E LE POLITICHE DI CONTROLLO DEL CONSUMO DI ALCOL E DROGHE NEI LUOGHI DI LAVORO</b> ..... | <b>115</b> |
| 3.1 – UNO SGUARDO OLTRE IL CONFINE: LE ESPERIENZE INTERNAZIONALI .....  | 116        |

|   |            |
|---|------------|
| 3.2 – ALCOL, DROGA E LAVORO NEL CONTESTO ITALIANO .....   | 131        |
| 3.3 – LA VALUTAZIONE DELL’EFFICACIA DEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO .....                                 | 145        |
| <b>II PARTE – LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL MONDO DEL LAVORO: UN PERCORSO</b>  |            |
| <b>EMPIRICO .....</b>   | <b>157</b> |
| <b>CAP. 4 – IL RAPPORTO TRA SALUTE E CONTESTO PROFESSIONALE: L’INDAGINE CONDOTTA SUI</b>                                    |            |
| <b>LAVORATORI .....</b>   | <b>159</b> |
| 4.1 – IL QUESTIONARIO SOMMINISTRATO AI LAVORATORI: DATI SOCIO-ANAGRAFICI E OCCUPAZIONALI .....                              | 160        |
| 4.2 – LA RELAZIONE TRA SALUTE E LAVORO .....  | 167        |
| 4.3 – LO STILE DI VITA .....  | 174        |
| 4.4 – LA PROSSIMITÀ ALLE DROGHE ILLEGALI .....  | 191        |
| 4.5 – LE CREDENZE SULLE SOSTANZE .....  | 200        |
| 4.6 – LA PREVENZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO.....  | 206        |
| <b>CAP. 5 – QUALE PREVENZIONE DELL’USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE NEI LUOGHI DI LAVORO?</b>                                    |            |
| <b>ESPERTI ITALIANI E INGLESI A CONFRONTO.....</b>  | <b>219</b> |
| 5.1 – GLI ESPERTI ITALIANI INTERVISTATI TRAMITE FOCUS GROUP.....  | 219        |
| 5.1.1 – <i>Percezione circa la diffusione del consumo di sostanze psicoattive nella società e nei luoghi di lavoro.....</i> | 219        |
| 5.1.2 – <i>Rapporto tra condizioni di lavoro e fruizione di alcol e droghe .....</i>  | 230        |
| 5.1.3 – <i>Opinioni in merito agli interventi possibili nei luoghi di lavoro .....</i>                                      | 233        |
| 5.2 – LA SITUAZIONE IN GRAN BRETAGNA DESCRITTA DAGLI ESPERTI INGLESI .....  | 242        |
| 5.2.1 – <i>Alcol, droghe e lavoro nel Regno Unito .....</i>   | 242        |
| 5.2.2 – <i>Gli esperti inglesi a confronto.....</i>   | 252        |
| <b>6. CONCLUSIONI. UN MODELLO CORRELAZIONALE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI</b>   |            |
| <b>LUOGHI DI LAVORO .....</b>   | <b>261</b> |
| 6.1. SALUTE, STILE DI VITA E LAVORO: UN QUADRO DI SINTESI .....   | 261        |
| 6.2. UN QUADRO DI CONFRONTO TRA IL MODELLO ITALIANO E IL MODELLO INGLESE .....  | 267        |
| 6.3. VERSO UN MODELLO CORRELAZIONALE DI PROMOZIONE DELLA SALUTE NEI LUOGHI DI LAVORO.....                                   | 273        |
| 6.3.1 – <i>Verso una promozione della salute in senso olistico .....</i>  | 281        |
| 6.3.2 – <i>La policy aziendale in materia di promozione della salute.....</i>   | 283        |
| 6.3.3 – <i>Compartecipazione degli attori in logica di rete .....</i>   | 284        |
| 6.3.4 – <i>De-medicalizzazione degli interventi.....</i>  | 286        |
| 6.3.5 – <i>Il medico competente come promotore della salute.....</i>  | 287        |
| 6.3.6 – <i>La figura del RPS (Responsabile della Promozione della Salute).....</i>  | 290        |
| 6.3.7 – <i>Ruolo dello Stato come garante di promozione .....</i>   | 290        |
| 6.3.8 – <i>Riprogettare i Servizi: dalla cure al care.....</i>  | 291        |
| 6.3.9 – <i>Il Drug e alcol testing: da strumenti di controllo a strumenti di supporto in materia di sicurezza.....</i>      | 293        |
| 6.3.10 – <i>La valutazione come fase ineludibile del percorso di intervento.....</i>  | 294        |
| CONCLUSIONI .....   | 295        |
| <b>APPENDICE .....</b>  | <b>301</b> |

|  |            |
|--|------------|
| <b>NOTA METODOLOGICA .....</b>                                       | <b>303</b> |
| 1. IL DISEGNO DELLA RICERCA.....                                     | 304        |
| 1.1 – <i>Il questionario</i> .....                                   | 305        |
| 1.2 – <i>I focus group</i> .....                                     | 310        |
| 1.3 – <i>Le interviste</i> .....                                     | 314        |
| 2. LIMITI DELLO STUDIO E PROSPETTIVE FUTURE DI APPROFONDIMENTO ..... | 316        |
| <b>IL QUESTIONARIO CON LE PERCENTUALI DI FREQUENZA.....</b>          | <b>319</b> |
| <b>LA GRIGLIA DEL FOCUS GROUP.....</b>                               | <b>343</b> |
| <b>LA GRIGLIA DI INTERVISTA.....</b>                                 | <b>345</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b>   | <b>347</b> |
| <b>SITOGRAFIA.....</b>   | <b>374</b> |



## Introduzione

---

Lo scopo della presente dissertazione è quello di indagare il rapporto tra alcol, droga e lavoro al fine di suggerire linee guida per la realizzazione degli interventi di prevenzione nei contesti professionali. L'ipotesi del percorso che sarà presentato nei prossimi capitoli si fonda sull'idea che i luoghi di lavoro possano rappresentare setting d'elezione per i progetti di prevenzione non solo perché alcuni studi dimostrano l'esistenza di fattori di rischio per la salute connessi alla mansione, ma anche perché il consumo di alcol e droghe è tutt'altro che raro tra i lavoratori e questo comporta rischi per la sicurezza e la salute personale nonché quella dei colleghi di lavoro.

Il consumo di sostanze psicoattive rappresenta un fenomeno diffuso, complesso, multiforme. La relazione annuale 2009 dell'EMCDDA (*European Monitoring center for Drugs and Drug Addiction*) rivela come, nella popolazione attiva dell'Ue (15-64 anni), 74 milioni di cittadini hanno sperimentato cannabis nell'ultimo anno, 4 milioni cocaina, 2 milioni amfetamine, 2,5 milioni ecstasy. Oltre il 50% delle richieste di terapia sono da collegare al consumo di oppiacei, il cui uso problematico coinvolge tra l'1,2 e l'1,5 milioni di cittadini europei [Emcdda 2009]. Fra coloro che sono in trattamento nei paesi dell'UE, il 40,8% è costituito da lavoratori regolari, il 7,5% da studenti, il 10,3% da soggetti inattivi economicamente (casalinghe, pensionati ed invalidi), il 29,8% da disoccupati e il 6% da altri soggetti. È interessante notare l'Italia detenga il record europeo di soggetti in trattamento che sono lavoratori regolari (58,9%) [EMCDDA 2008].

Il fenomeno del consumo di sostanze psicoattive si è profondamente trasformato negli ultimi anni dando vita a pattern d'uso e trend eterogenei e multiformi.

Come ci ricorda Fundone, i primi tossicodipendenti sono caduti nella trappola dell'eroina e degli acidi in un quadro in cui le sostanze psicotrope avevano una valenza trasgressiva, ma rapidamente «la droga perde i connotati di mezzo di espansione della coscienza per assumere i caratteri dell'emarginazione sociale» soprattutto per il dilagare dell'Aids [Fundone 2005a: 11]. Tuttavia, a seguito della massiccia diffusione sul mercato della cocaina e delle sostanze di sintesi, si è creata una nuova categoria di consumatore capace di controllare e moderare l'uso di sostanze psicotrope la cui fruizione non impedisce l'espletamento degli impegni della vita quotidiana. La fase attuale, pertanto, si contraddistingue in quanto «accanto ai tossicodipendenti "classici" da eroina, ci sono percentuali elevate di poliassuntori, consumatori di sostanze stimolanti (soprattutto ecstasy e cocaina) e farmaci, innaffiati da cospicue quantità di alcol» [ivi].

La moltiplicazione dei pattern d'uso delle sostanze ha comportato la necessità di individuare diverse forme di fruizione. L'Health Officers Council of British Columbia [2005] individua quattro modelli di consumo delle sostanze psicotrope:

- uso benefico: si tratta di una forma di fruizione che ha effetti positivi in termini sanitari, sociali o spirituali, come per esempio l'uso di psicofarmaci a scopo medico, un consumo moderato di the o caffè per incrementare lo stato di vigilanza, un consumo moderato di vino rosso, l'uso di piante come l'ayahuasca o il peyote a scopo religioso;
- uso non problematico: si tratta di un consumo occasionale e ricreazionale delle sostanze che non ha ricadute negative in termini socio-sanitari;
- uso problematico: si tratta di una fruizione che ha conseguenze negative sull'individuo, la rete parentale e amicale, la società. Si pensi per esempio all'abuso di alcol che determina un aumento di rischi per quanto concerne gli incidenti stradali o sul lavoro;
- tossicodipendenza: include l'uso cronico e compulsivo (*addiction*) che ha conseguenze socio-sanitarie di rilievo.

Oggi, sempre più, il consumo avviene nel tempo libero e assume i tratti della ricompensa attraverso una concezione di alternanza tra dimensione del dovere e quella del piacere: in altri termini, non è raro che il soggetto percepisca di potersi permettere un atto di trasgressione ricreativa qual è il consumo di alcol e droghe solo dopo che ha assolto i doveri (di studio, di lavoro) e in modo tale da poter riprendere tali occupazioni senza ricadute negative. Con le parole di Cipolla [2009: 9]: «Se la condizione di *addiction* prefigura infatti una fuoriuscita progressiva del soggetto dal suo set di ruolo, al contrario il consumo ricreazionale è tale proprio nella misura in cui non altera le capacità del soggetto di rispondere efficacemente alle aspettative normative che gli altri rivolgono lui. Anzi, si potrebbe addirittura azzardare l'ipotesi che il consumo ricreazionale non solo non alteri le prestazioni di ruolo, ma che [...] contribuisca addirittura a migliorarle».

Come ci ricorda Bauman [1999], l'uomo postmoderno non può più essere considerato quale approvvigionatore di beni, ma piuttosto un consumatore di merci in cui assume il ruolo di “collezionista di piaceri” o “recettore di sensazioni”. In questo quadro, le sostanze stupefacenti tendono sempre più a caratterizzarsi come merci al pari di altri prodotti, in grado di soddisfare bisogni funzionali, incrementare le situazioni di piacere e produrre sensazioni più o meno intense secondo una strategia di approvvigionamento influenzata da un'abile offerta di mercato [Grosso 2007].

L'orientamento consumista impone la massima apertura del corpo del collezionista di piaceri alle inesauribili potenzialità delle esperienze contenute nelle



sollecitazioni provenienti dal mondo esterno tanto che «la stessa abilità a procurarsi sensazioni straordinarie rende obbligatorio e doveroso il ricorso all'autoflagellazione» [Bauman 1999: 119] se l'atto può essere funzionale all'intensificazione dell'esperienza. Per di più, «l'uomo vive in una condizione di permanente sovraccarico e cronica sovraeccitazione» che aumenta «la richiesta di mezzi di sostegno per il ripristino farmacologico di un'«equilibrata personalità armonica»» [Amendt 2003: 12] in quanto «l'intensificazione dello svolgimento del lavoro, l'abbattimento di strutture temporali profonde e interiorizzate, così come lo smantellamento di domeniche e vacanze, il cambio sistematico di orari e luoghi di lavoro, il dissolvimento di relazioni sociali e legami emotivi conducono molto spesso a stati d'animo estremi e vacillamenti della personalità che incentivano proprio la disponibilità all'automanipolazione chimica, se non si vuole rimanere esclusi o stare dalla parte dei perdenti» [ibidem: 19].

Bauman [2002] sostiene che nella società postmoderna il «ritardo della gratificazione» è stato spogliato di ogni valenza morale, non ha più lo scudo «dell'imposizione etica», esso appare piuttosto come un peso, il sintomo di un'inadeguatezza personale o di ordinamenti sociali imperfetti. Le droghe, in questo quadro, sono l'emblema dell'incapacità di differire la gratificazione dato che il loro consumo produce un piacere immediato e, qualora sopraggiunga uno stato di tossicodipendenza, tale ardore deve essere alimentato dalla reiterazione della fruizione, pena lo sviluppo di una sintomatologia d'astinenza che prende il sopravvento sull'individuo e la sua capacità d'azione.

L'uomo contemporaneo si trova così nella situazione di poter disporre senza sforzi eccessivi di una molteplicità di sostanze in grado di rispondere alle esigenze che via via si sviluppano, come per esempio il bisogno di rilassarsi, calmarsi, eccitarsi, divertirsi, essere più forti e vigorosi.

Ciò ha determinato forti mutamenti sia per quanto riguarda il *set* sia per quanto concerne il *setting*, per fare ricorso a due termini utilizzati da Zinberg [1984]. Con la prima espressione si fa riferimento alla dimensione soggettiva ancorata al consumo di droghe, come per esempio le aspettative, le attitudini, le credenze, le disposizioni psicologiche sulle sostanze e la percezione del rischio ad esse collegate. Per *set* si intende il contesto del consumo, ovvero il luogo ove le sostanze vengono fruite. La prossimità fisica delle sostanze e l'aumento del numero dei consumatori e/o sperimentatori ha fornito un contributo al processo di accomodamento culturale verso talune droghe il cui uso un tempo veniva socialmente condannato, come nel caso della cannabis [Cipolla 2008], fatto che rimanda al concetto di normalizzazione introdotto da Parker e colleghi [Parker, Aldridge 1998; Par-

ker et al. 2002; Parker 2005]<sup>1</sup>. Secondo Fundone [2005b] il passaggio dal tossico-dipendente classico (dipendente prevalentemente da eroina) al nuovo consumatore (il cui uso ha finalità per lo più di natura ricreazionale), si realizza attraverso alcuni passaggi:

- dall’assunzione individuale in piccoli gruppi si passa al consumo ritualizzato in occasione di feste;
- dalla ricerca di luoghi appartati per il consumo alla fruizione eterogenea che può prevedere (e spesso prevede) la presenza di non consumatori;
- da consumo che si realizza indipendentemente dalla fase del giorno a consumo che diventa protagonista della dimensione notturna, emblema del tempo libero e del divertimento;
- dalla monoassunzione alla poliassunzione, ovverosia assunzione multipla di più droghe.

Riprendendo questo ultimo punto, per dare conto della varietà di forme di poliassunzione, Cipolla [2007a] descrive in maniera approfondita sette modelli che oggi sono particolarmente diffusi e forniscono un quadro chiaro del fenomeno:

- a sostanza dominante: si fonda sull’egemonia, nel tempo, di una sola droga e sempre quella (l’esempio classico è quello dell’eroina, ma non solo), a cui se ne associano altre che tuttavia restano ad essa subordinata e sono assunte in logica per lo più sussidiaria;
- complementare e/o a rinforzo incrociato, fondato sul «mix specifico che prevale sul resto e non una sostanza in particolare che può cambiare per tempo e luogo e che non vale solo di per sé» [ibidem: 34];
- supermarket: si tratta di una combinazione per lo più casuale realizzata per raggiungere uno stato di alterazione psico-fisica, «di modificazione dei propri stati mentali» [ivi];
- a successione temporale: si assume una droga per volta in relazione al momento particolare;
- di separazione e funzionalità: «in questo caso, la co-esistenza delle sostanze è temporalmente garantita, vengono cioè assunte tutte nello stesso periodo e non ve ne è una dotata di una sua specifica prevalenza, anche perché la poliassunzione avviene per diversificazione funzionale, con una ben precisa divisione delle singole droghe fra di loro» [ibidem: 35]; è un modello molto diffuso anche secondo Amendt: «Le sostanze psicoattive hanno molto spesso la caratteristica fatale di contenere in se stesse la necessità di una sostanza dall’effetto opposto. A “quelli per volare” fanno seguito “quelli per atterrare”. Il calmante richiede uno stimolante» [2003: 51];

---

<sup>1</sup> Il concetto di normalizzazione sarà oggetto di approfondimento del § 1.4.3.

- contestuale, ovverosia dettata dalle circostanze, dal setting, ovvero dal luogo, dalle compagnie amicali e dalle sostanze disponibili al momento (es. assunzione di MDMA ai rave party);
- determinato da condizionamenti strutturali: in questo caso, è la disponibilità della droga e l'accessibilità legata al prezzo a influenzare la scelta di assumere alcune droghe piuttosto che altre.

La poliassunzione rappresenta l'emblema di una pratica d'uso delle sostanze come beni e strumenti per raggiungere determinati obiettivi funzionali secondo un pattern d'uso che è frutto di scelte riflessive e che è orientato al raggiungimento del massimo piacere possibile, dato che «non si è mai sicuri che le proprie sensazioni rientrino nella media e il dubbio ancora più doloroso riguarda le capacità che altri possiedono di provare esperienze sempre più elevate, ovvero il sospetto che l'esperienza effettivamente provata sia solo una pallida immagine di ciò che la vera esperienza potrebbe (dovrebbe) essere» [Bauman 1999: 114].

La riflessività, d'altro canto, è un tratto tipico delle società post-moderne. Beck [2000] parla a questo proposito di biografie riflessive, indicando con tale espressione lo sforzo richiesto a ciascun individuo nel costruire il proprio sé e la propria storia di vita che non è più determinata dalla società stessa, in quanto nella società del rischio<sup>2</sup> si assiste ad una pluralizzazione delle norme sociali tale per cui i soggetti non hanno più chiari e univoci riferimenti volti ad orientare l'agire come in epoca passata. Si realizza, in altri termini, un processo di individualizzazione che attribuisce ai singoli la capacità di dar forma al proprio destino, di autodeterminarsi, di gestire la propria identità attraverso le decisioni assunte nelle varie circostanze tale per cui la visione del mondo si pluralizza. Si può così affermare come

---

<sup>2</sup> Secondo Beck [2000], la frammentazione culturale, la dissolvenza di norme, la decostruzione di tradizioni, l'incertezza e l'ambivalenza caratterizzano l'epoca attuale comportando una profonda trasformazione circa la configurazione e il controllo dei rischi. Essi hanno assunto una natura pervasiva, globale, democratica, tanto che la società post-moderna può definirsi una società del rischio. Il rischio viene collocato dall'individuo in un orizzonte di significato contrassegnato dal libero arbitrio, in cui egli è chiamato ad operare una costante rielaborazione dell'incertezza connessa al grado di probabilità del concretizzarsi delle minacce [Lupton 2003]. Questa operazione è resa possibile attraverso l'azione riflessiva, strettamente connessa al processo di individualizzazione. Con tale espressione Beck [2000] indica il modo attraverso cui gli individui si attribuiscono la capacità di agire, di modellare il proprio destino, di autodeterminarsi, di dare forma alla propria identità che assume tratti multipli e mutevoli. L'individualizzazione rappresenta «la disintegrazione delle certezze della società industriale e, al tempo stesso, la necessità di trovare e inventare nuove certezze per se stessi e gli altri facendo a meno di quelle vecchie» [Beck, cit. in Lupton 2003: 77].

«nella società del rischio [...] il consumo si configura come una possibilità di manifestazione della libera volontà individuale» [Bertolazzi 2008: 81].

A seguito di queste ed altre profonde trasformazioni che riguardano i pattern d'uso e i target coinvolti, è emersa la consapevolezza di come universo drogastico e contesti professionali non siano due sfere separate, ma al contrario presentino molte (e rilevanti, in termini di conseguenze) sovrapposizioni.

Il mondo del lavoro non può più essere considerato estraneo al fenomeno non solo perché la stragrande maggioranza dei tossicodipendenti in carico ai servizi pubblici lavora – portando quindi all'interno del contesto lavorativo abitudini, comportamenti, modi di pensare e di agire che sono espressione della cultura della droga – ma soprattutto perché di fatto la maggior parte dei soggetti dediti al consumo di sostanze d'abuso oggi risulta essere composta da individui in età lavorativa [Mariotti 2004]. Il quadro si aggrava se consideriamo come una larga fascia di popolazione (soprattutto giovanile) regolarmente inserita nel mondo del lavoro si dedichi ad un consumo per lo più ricreazionale di sostanze dando luogo, ad una tipologia di consumatore che non si considera tossicodipendente e, in quanto tale, non è in carico ai servizi pubblici per le tossicodipendenze. Il fenomeno, così, resta sommerso fino a quando il lavoratore non manifesta condotte problematiche (assenteismo, calo di produttività) che possono essere ricollegate (con difficoltà) alla fruizione di alcol e droghe, oppure finché non si verifica un infortunio sul lavoro o, infine, fino a quando vengono scoperte tracce delle sostanze attraverso esami tossicologici.

Secondo Fundone, oggi «le caratteristiche del tossicodipendente sono meno riconoscibili, più complesse, spesso difficili da individuare secondo gli schemi e le forme classiche dell'etichettamento socio-sanitario» [2005a: 10]. Il “tossicodipendente integrato” è colui che possiede «la capacità di convivere con la sostanza ossia [sviluppa] la residua capacità integrativa sociale» [ibidem: 12]. Pertanto, nella maggior parte dei casi, il consumo resterà celato al datore di lavoro ed ai colleghi e il soggetto tenderà a fruire delle sostanze come si trattasse di qualsiasi bene di consumo in grado di indurre artificialmente sensazioni ed emozioni, ovvero di un prodotto funzionale al raggiungimento dello stato psico-fisico desiderato. Non bisogna infatti dimenticare che «quasi tutte le droghe (compresa la terribile e ingovernabile eroina?) possono essere autogestite dentro una logica di normalità. Il rapporto fra fruitori e domanda di trattamento (lasciamo stare la categoria ambigua dei problematici) è infinitamente basso, oggi» [Cipolla 2007a: 45], dato che «molte droghe o sostanze psicoattive agiscono sul sistema nervoso centrale, ma non forniscono alcuna vera e propria dipendenza biologica, anzi chiedono per conto loro un uso distanziato della sostanza. Ricondurre, dunque, la droga alla di-

pendenza è sbagliato e riduttivo, oltre che ingiusto, visto che i danni che possono essere prodotti da una sostanza psicoattiva possono benissimo prescindere da ogni tipo di dipendenza» [ivi: 13].

Tuttavia, sebbene la maggior parte dei soggetti che assume sostanze non sviluppa condizioni di morbilità e uso problematico, non dobbiamo dimenticare come il paradosso della prevenzione di Rose [2002] ci avverta sul fatto che: «Il carico di cattiva salute deriva più dai molti che sono esposti ad un rischio basso e non appariscente che dai pochi che hanno un problema evidente» [ibidem: 28]. In altri termini, per migliorare la situazione di salute di una popolazione, dobbiamo considerare non soltanto i casi di evidente patologia (*addiction* e conseguenze d'uso problematico correlate), ma dobbiamo considerare i possibili danni potenziali, anche se ridotti negli effetti e nelle conseguenze, in quanto «un gran numero di persone esposte ad un piccolo rischio possono dare origine a molti più casi di quanto faccia un numero minimo di persone esposte ad un alto rischio» [Rose 2002: 27].

Le storie dei lavoratori che sostituiscano il caffè nero del mattino con il “caffè bianco”<sup>3</sup> al fine di trovare l'energia per affrontare la giornata, consumano vino rosso nella pausa pranzo per reintegrare le forze con ulteriore apporto calorico, concludono la giornata fumando cannabinoidi o assumendo sonniferi e ansiolitici per placare l'ansia sono sempre più descritte dai mass media e dai lavoratori stessi. Amendt [2003] sostiene che non è possibile una buona integrazione lavorativa senza uso di sostanze e il consumo di droghe non appare più come «una pratica conflittuale o come un fatto deviante rispetto all'integrazione societaria, ma come una ritualità perfettamente integrata nel tessuto organizzativo del sociale contemporaneo» [Mori 2007: 176].

Il consumo di sostanze psicoattive rappresenta un fenomeno che può verificarsi ex-ante, ex-post o simultaneamente rispetto alla prestazione lavorativa. L'assunzione ex-ante è tipica soprattutto di coloro che utilizzano alcol e droghe a scopo ricreativo: è il caso di molti giovani che ricorrono all'uso di sostanze psicotrope durante il fine settimana e che, conseguentemente, debbono affrontare i postumi durante la settimana lavorativa. Il consumo ex-post è stato analizzato in relazione al cosiddetto “modello della fuga” (cfr. cap. 1.3.1), ovvero sia un modello che considera il ricorso alle droghe come una sorta di “valvola di sfogo” per affrontare una situazione di stress, tensione, pressione che si origina nell'ambiente lavorativo ma i cui effetti si dipanano nel tempo libero. Il consumo simultaneo alla prestazione lavorativa è tipica di soggetti che sviluppano una sintomatologia dipendente o di taluni settori occupazionali che tendono a tollerare e/o incoraggiare l'uso di alcol e droghe a fini prestazionali.

---

<sup>3</sup> Espressione gergale che indica la cocaina, come si discuterà nel paragrafo 5.1.1.

L'interesse per il rapporto alcol, droga e lavoro prende avvio da alcuni studi condotti nel corso degli anni Ottanta del secolo scorso negli Stati Uniti [Borus 1984]. Queste prime ricerche misero in luce come non necessariamente chi consuma droga e alcol sia escluso dal mercato del lavoro, tanto è vero che alcuni lavoratori riescono a mantenere celata (talvolta solo per un breve periodo, talvolta con continuità) la propria condizione di tossicodipendente oppure di consumatore occasionale. I risultati di questi primi studi imposero la necessità di stimare le conseguenze legate al fenomeno sul mondo del lavoro. Secondo Gleason et al. [1991] i costi che i datori di lavoro americani hanno dovuto affrontare per le conseguenze legate al consumo di sostanze psicoattive è stato di 16.4 miliardi di dollari in un solo anno [Gleason et al. 1991]. A parere di De Angeli [2005], il costo totale annuo dell'abuso di alcol e droghe negli USA supera i 250 miliardi di dollari, dei quali 102 a carico dell'industria; l'alcolismo da solo è causa di oltre 500 milioni di giornate lavorative perse ogni anno. I costi maggiori derivano da alcuni fenomeni quali, per esempio, la riduzione della performance, l'assenteismo, gli infortuni, i furti, i costi sanitari per le cure d'emergenza, le spese per la prevenzione e il trattamento [NIDA 1990].

Di fronte ai dati allarmanti di questi studi pionieristici, la ricerca scientifica ha sviluppato ulteriori indagini volte ad individuare quali fattori lavorativi potessero in qualche modo essere connessi al consumo di sostanze psicoattive. Gli studi sulla relazione tra consumo di sostanze psicotrope e lavoro, nell'indagare la direzione di tale relazione, si sono sviluppati su due fronti [Lehman et al. 1995]: alcuni autori hanno considerato come le pratiche di consumo di sostanze psicoattive "si trascinano" nei luoghi di lavoro, ovvero come soggetti che consumano sostanze nel tempo libero inizino in una seconda fase a consumare anche sul posto di lavoro; altri studio hanno indagato le condizioni di lavoro che rappresentano dei fattori di rischio per il consumo di alcol e droghe e quindi indagano come il consumo si diffonda dalla sfera professionale alla sfera privata.

Da un lato, sono stati ampiamente studiati – soprattutto negli Stati Uniti – i fattori di rischio psico-sociali come alienazione, isolamento, mancanza di potere decisionale e di controllo sui compiti legati alla mansione, dall'altro si è indagato il ruolo delle richieste sempre più pressanti del mondo del lavoro in grado di generare stress, fatica fisica e richieste di maggior produttività. Più recentemente, l'interesse degli studiosi è rivolto al ruolo delle norme sociali, dell'accomodamento culturale e della prossimità rispetto all'universo drogastico.

La prevenzione è un'attività volta alla rimozione dei fattori di rischio e alla promozione dei fattori di protezione, ovvero di quelle condizioni che con maggiore probabilità possono, rispettivamente, favorire il consumo o, al contrario, sfavo-

rirlo. Per raggiungere questo ambizioso obiettivo, è necessario aiutare le persone a cambiare il loro stile di vita in direzione di uno stato di salute ottimale [O'Donnell e Harris 1994]. Nella Carta di Ottawa si precisa che la promozione alla salute non può essere conseguita attraverso sforzi che coinvolgono solo il settore sanitario, ma deve essere il frutto di un intervento globale, multilaterale e sinergico tra attori sociali, tra i quali anche le aziende, le imprese, le istituzioni economiche [WHO 1996]. Ancora, nella Dichiarazione di Lussemburgo (1997) si specifica che la promozione della salute nei luoghi di lavoro, esempio tipico di approccio di comunità, rappresenta lo “sforzo congiunto di imprese, addetti e società per migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori attraverso la combinazione dei seguenti elementi: miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, promozione della partecipazione attiva, incoraggiamento delle capacità personali”.

I vantaggi derivanti dalla realizzazione di interventi di prevenzione del consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro possono essere illustrati ricorrendo a diverse motivazioni.

In primo luogo, la popolazione adulta dedica grande parte della propria vita sul luogo di lavoro e la propria professione fornisce un contributo fondamentale nel modellare il senso di identità, è strumento di partecipazione sociale, mezzo di emancipazione. In tal senso, questi contesti possono acquisire un ruolo chiave non soltanto nella prevenzione rispetto al consumo di alcol e droghe, quanto piuttosto nella promozione della salute *tout court*, considerando che, come ci ricorda Orlandini [2006], esistono delle sindromi o costellazioni di rischio, tale per cui «esiste una predisposizione costante a passare da una forma di comportamento problematico all'altra e, spesso, alcuni comportamenti problematici vengono associati sistematicamente ad altri» [ibidem: 509].

In secondo luogo, gli approcci che agiscono sui contesti sociali hanno maggiori probabilità di efficacia rispetto agli approcci individuali in quanto tengono conto di quanto l'agire sia influenzato in larga parte anche dall'ambiente culturale di riferimento, presupposto ben noto dalle strategie di comunità, le quali sottolineano l'importanza di promuovere un cambiamento sistemico attraverso il coinvolgimento attivo di una molteplicità di attori e l'utilizzo di tutti i network esistenti tenendo conto della sostenibilità dei programmi [CSAP 1998; WHO 2002]. In altre parole, gli interventi fondati sull'approccio di comunità forniscono una lettura sistemica dei problemi, ovvero fondata sul riconoscimento del ruolo congiunto delle variabili connesse all'ambiente di riferimento tale per cui la soluzione deve essere individuata attraverso la partecipazione degli attori coinvolti in logica cooperativa e d'interazione. Come ci ricordano Midford e colleghi [2005], i programmi di

promozione alla salute hanno maggiori possibilità di successo se agiscono sul senso di controllo che i soggetti ritengono di avere sul proprio benessere, promuovendo una visione olistica delle condotte legate alla propria salute.

Negli USA esiste una chiara consapevolezza rispetto a quanto affermato finora e da un ventennio esistono molti programmi per il miglioramento delle condizioni di salute nei luoghi di lavoro e un'attenzione elevatissima (sebbene, come vedremo, non esente da alcune contraddizioni) verso il consumo di sostanze psicoattive. Gli EAPs (*Employee Assistance Programs*), ovvero i programmi di assistenza ai lavoratori con situazioni problematiche (come per esempio quelle connesse al consumo di alcol e droga), sono una realtà ampiamente diffusa negli Stati Uniti e tuttora in crescita. Tali programmi rappresentano tuttavia solo uno degli elementi chiave per capire la politica americana in materia di sicurezza, la quale è articolata in altri quattro punti chiave, ovvero: la politica scritta; la formazione dei supervisori; i programmi di educazione dei lavoratori; il drug e alcol testing.

In Europa, al contrario, l'attenzione alla tematica è molto più recente e in alcuni paesi ancora del tutto assente. In Italia, la recente introduzione del drug testing per le mansioni a rischio (D. Lgs. 81/2008) rappresenta la più alta testimonianza di una consapevolezza circa il fenomeno del consumo di alcol e droghe fra lavoratori ed esprime la volontà di contrastarlo, sebbene i punti deboli della normativa siano notevoli. Sono molte le questioni che riguardano l'uso di questo strumento: per esempio, potrebbe essere legittimo chiedersi se si tratta di uno strumento di controllo oppure di prevenzione; quali sono i limiti etici alla sua applicazione (è giusto indagare il consumo realizzato al di fuori dell'orario di lavoro?); se debbono essere introdotti distinzioni a seconda che il lavoratore sia positivo all'alcol, alla cannabis o all'eroina, per fare alcuni esempi, e via dicendo.

La dissertazione si sviluppa in due parti.

La prima parte – di natura prevalentemente teorica – ha lo scopo di ricostruire i quadri concettuali in materia di alcol, droga e lavoro.

Dopo un breve excursus sui paradigmi teorici sviluppati dalla sociologia in materia di tossicodipendenza, nel capitolo 1 sarà preso in esame il consumo di sostanze psicoattive da parte dei lavoratori: attraverso l'analisi degli studi internazionali condotti nell'ultimo trentennio, si cercherà di stimare il consumo di alcol e droghe da parte dei lavoratori fuori e dentro le aziende, sondando le possibili cause e le conseguenze di queste condotte.

Nel capitolo 2 si parlerà di prevenzione del consumo di alcol e droghe, partendo dai quadri teorici, passando alla rassegna delle strategie operative fino ai più recenti sviluppi della ricerca in merito alla raccolta delle prove di efficacia (*Evidence-based Prevention – EbP*).



Il capitolo 3 tratta la prevenzione nei luoghi di lavoro: l'analisi partirà (per ragioni di storicità) dalla situazione statunitense e, dopo un breve cenno allo stato dell'arte dell'Oceania, approderà in Europa e, più approfonditamente, in Italia.

Il capitolo 4 apre la seconda parte del lavoro, di natura empirica. Lo studio è stato condotto attraverso un disegno della ricerca quanti-qualitativo fondato su una metodologia integrata (cfr. nota metodologica). La parte quantitativa è stata realizzata attraverso l'analisi dei dati raccolti attraverso la somministrazione di 1.223 questionari a lavoratori di diversi settori professionali al fine di sondare il rapporto tra salute, consumo di sostanze psicoattive e lavoro.

La parte qualitativa, invece, ha coinvolto soggetti ritenuti esperti in materia attraverso due percorsi (cfr. cap. 5):

- è stato analizzato il materiale di 13 focus group condotti in Italia;
- sono state realizzate, durante un periodo di ricerca e studio presso la John Moore University di Liverpool, 6 interviste condotte in Inghilterra e Scozia.

Il materiale raccolto è stato utilizzato per un confronto tra Italia e Inghilterra circa il rapporto tra consumo di sostanze psicoattive e lavoro con l'intento di tracciare due diversi modelli di intervento in materia.

Nelle conclusioni, sono suggerite alcune ipotesi e linee di indirizzo per far fronte alle criticità nel campo della prevenzione nei luoghi di lavoro e saranno forniti ulteriori spunti per la ricerca futura in questo campo.



## Ringraziamenti

---

Alla redazione della presente dissertazione hanno fornito un contributo importante diverse persone che vorrei ricordare in questa sede.

In primo luogo, vorrei ringraziare Gregor Burkhart e Linda Montanari dell'Emcdda (*European Monitoring Center For Drugs and Drug Addiction*) per avermi concesso l'opportunità di trascorrere un periodo di studio di tre mesi presso l'Osservatorio Europeo delle Tossicodipendenze sito in Lisbona al fine di acquisire le prime nozioni teoriche necessarie all'elaborazione del progetto e alla stesura della prima parte del lavoro.

In secondo luogo, i miei ringraziamenti vanno a Mark Bellis e Harry Sumnall del *Center For Public Health*, John Moore University di Liverpool, per avermi ospitato per tre mesi favorendo i contatti con esperti inglesi per la parte dello studio che concerne la situazione britannica illustrata nella seconda parte della presente dissertazione.

Ancora, un ringraziamento speciale lo rivolgo ai colleghi (ma soprattutto amici) Antonio Maturo ed Alessia Bertolazzi, per la pazienza e l'affetto che hanno dimostrato nei miei confronti in questi anni e per il prezioso contributo che hanno fornito alla mia preparazione universitaria.

*Last but not least*, ringrazio di cuore il prof. Costantino Cipolla non soltanto per avermi supportato nell'elaborazione del presente lavoro, ma anche e soprattutto per il paziente e puntuale impegno che ha dimostrato nel suo ruolo di docente e tutor durante il mio dottorato.



*“The only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilized community, against his will is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant”*

*{John Stuart Mill, Essay on Liberty, 1859}*



**I PARTE – SOSTANZE PSICOATTIVE, DENTRO E  
FUORI IL MONDO DEL LAVORO: I QUADRI TEORICI**

---





## Cap. 1 – Droghe e alcol nel mondo del lavoro

---

### 1.1 – Una premessa: breve excursus sull’analisi sociologica del consumo di alcol e droghe

Lo scopo di questo paragrafo introduttivo è quello di ripercorrere – in maniera necessariamente sintetica – l’analisi sociologica del consumo di sostanze psicoattive attraverso la lettura realizzata da autorevoli sociologi, per poi passare, nel paragrafo 2, alla presa in esame del fenomeno di fruizione di alcol e droghe tra i lavoratori.

L’analisi eziologica degli approcci di riferimento può essere suddivisa in due filoni di studio: da un lato, abbiamo le teorie che interpretano il consumo di sostanza psicotrope come condotta deviante, dall’altra abbiamo teorie che analizzano il fenomeno attraverso il concetto di subcultura in cui l’assunzione di droghe assume il significato di astensione o di resistenza ai valori culturalmente diffusi in un dato contesto sociale [Bertolazzi 2008]. Entrambi gli approcci si mostrano incapaci di cogliere a pieno titolo il significato che acquista oggi il fenomeno del consumo di sostanze psicoattive a causa delle profonde modifiche che – come anticipato nell’introduzione – investono i pattern d’uso e le eziologie del consumo.

Partendo dal primo approccio, si noti come il consumo di sostanze psicoattive è stato letto per lungo tempo come espressione di una forma di devianza, ovvero quale manifestazione di «non conformità a una data norma o ad un complesso di norme che siano accettate da un numero indicativo di individui all’interno di una comunità o società» [Giddens 1994b: 123-124], come «auto che sfugge alla domanda di omogeneità di inter e viene così etichettato nella sua diversità. [...] stigma sociale che definisce la differenza. [...] Devianza come sistema sociale che comunica ed enfatizza le mete senza appoggiarle su mezzi e metodi adeguati per ogni auto o per ogni singolo» [Cipolla 1997: 698].

Un atto deviante, per essere considerato tale, deve violare una norma nella duplice accezione di norma giuridica (legge stabilita dal diritto positivo) e norma sociale (codice non scritto di regole che orientano l’agire socialmente approvato all’interno di una comunità).

Il consumo di sostanze psicoattive, letto attraverso la lente delle teorie della devianza, è interpretato come espressione di una patologia sociale in quanto diret-

ta a minare i principi di solidarietà sociale all'interno di un dato contesto sociale al pari di altre condotte come, per esempio, la prostituzione, il vagabondaggio, le condotte criminali.

Secondo Durkheim [1987; 1996], la devianza è un fenomeno normale che si rintraccia – benché in modalità e con intensità diverse – in ogni società ed in ogni periodo storico: sebbene essa possa costituire una forma di trasformazione e rinnovamento sociale, superata una certa soglia acquista valore negativo in quanto collegata a forme di disorganizzazione sociale caratterizzate da un alto livello di anomia: «Lo stato di anomia è caratterizzato dalla mancanza o disintegrazione di valori morali, di norme sociali, di regole di comportamento, di punti di riferimento che – in una condizione di stabilità – servono a disciplinare la condotta degli individui. All'opposto, uno stato di *densità morale* indica una coerenza fra le rappresentazioni collettive (che crea un legame morale) e, conseguentemente, una forte coesione dei rapporti umani (che rafforza i legami sociali)» [Bertolazzi 2008: 24].

Seguendo questa linea interpretativa in relazione al tema della presente dissertazione, si rammenta come, Thomas e Znaniecki, nel loro noto studio sulla comunità polacca emigrata negli Stati Uniti [1968], analizzano il consumo di alcolici da parte della popolazione immigrata come espressione di una forma di disorganizzazione sociale legata al fatto che «una diminuzione dell'influenza delle regole di comportamento esistenti sui membri individuali del gruppo» [ibidem: 33], la cui origine non è attribuibile a fattori individuali quanto piuttosto strutturali legati alla disgregazioni della solidarietà di gruppo derivanti da processi esterni al gruppo stesso.

Il tema della disorganizzazione sociale è approfondito anche da autorevoli esponenti della Scuola di Chicago nel loro tentativo di esaminare i *social problems* all'interno degli studi di comunità. Per esempio, Park et al. [1967] analizzano come il consumo di bevande alcoliche sia sempre più diffuso nella società americana del tempo a causa del diffondersi di nuove forme di organizzazione in risposta alla disorganizzazione sociale, fatto che comporta la creazione di regioni morali al cui interno «prevale un codice morale deviante, cioè a regioni in cui la gente che vi abita è dominata – come non lo è generalmente – da un gusto, da una passione o da qualche interesse direttamente radicato nella natura originaria dell'individuo» [ibidem: 42].

Parlando di teorie della devianza, è necessario citare – seppur brevemente – alcuni studi che possono essere collocati tra le teorie struttural-funzionaliste. Autorevole esponente di questa corrente di studi è Parsons [1951] il quale sottolinea come la devianza sia il prodotto della mancata o distorta socializzazione dei valori

dominanti della società, ovvero dell'incapacità di conservare la struttura latente [cfr. Donati 2002]. Se il consumo eccessivo di alcolici può essere tollerato all'interno dei gruppi giovanili in quanto condotta che può essere intesa non come forma di disorganizzazione sociale quanto piuttosto quale tentativo di riduzione delle tensioni sociali derivanti dai conflitti intergenerazionali, il consumo che si protrae nell'età adulta è espressione del fallimentare tentativo di socializzazione tale per cui «l'alcolizzato può essere in parte un adolescente che cerca senza successo di diventare un adulto» [ibidem: 315]. A parere del Nostro, la possibile via risolutiva a queste forme di devianza che turbano l'equilibrio sociale si colloca nell'intervento educativo delle istituzioni preposte alla conservazione della struttura latente.

Merton [1959] riprende il concetto di anomia, ma elabora una concezione diversa da quella proposta da Durkheim. Secondo Merton, infatti, l'anomia deriva dal *gap* tra mete culturali e mezzi legittimi per raggiungere gli obiettivi socialmente approvati. Il modello elaborato dall'Autore prevede cinque possibili modelli di adattamento individuale a seconda che mete e mezzi siano accettati, rifiutati o sostituiti: secondo tale modello, il consumatore di droghe può essere ascritto al modello rinunciatario<sup>4</sup>, ovverosia al ruolo di colui che rinuncia al raggiungimento delle mete culturali e rigetta conseguentemente i mezzi per raggiungerle: «Il conflitto risulta duplice nel soggetto: egli non può accedere ai mezzi istituzionali a causa dei condizionamenti della struttura sociale; ma non può nemmeno accedere alle vie illegittime perché ha interiorizzato l'obbligo morale di poter ricorrere per via esclusiva alle vie legittime. Ne risulta un individuo continuamente frustrato, che se da un lato è spinto a non rinunciare alla meta del successo, dall'altro vede il suo desiderio ogni volta inappagato» [Bertolazzi 2008: 36].

All'interno delle teorie della devianza che hanno chiara attinenza con il tema della presente dissertazione, è possibile individuare approcci che si rifanno ai paradigmi della costruzione sociale, quali l'interazionismo simbolico, l'etnometodologia e la teoria dell'etichettamento. Il comune denominatore di queste teorie risiede nel rifiuto dell'analisi della devianza quale espressione di una patologia sociale, affermando al contrario che essa sia il frutto di una costruzione sociale; al contempo, gli studiosi afferenti a questo paradigma si interrogano circa i processi che spingono un soggetto a riadattare il proprio Sé alla reazione sociale

---

<sup>4</sup> Oltre alla figura del rinunciatario, Merton [1959] individua altri quattro profili: il conformista è colui che accetta sia le mete sia i mezzi; l'innovatore riconosce le mete, ma elabora nuovi mezzi (anche illegali) atti a raggiungerle; il ritualista rinuncia alle mete, ma non per questo ricorre a mezzi illegittimi; il ribelle, infine, rifiuta gli obiettivi dominanti, ma ricerca altre mete e ricorre a mezzi illegittimi per stabilire un nuovo sistema.

derivante dalla reazione sociale generata a seguito della scoperta dell'infrazione della norma [Cfr. Bertolazzi 2008].

Di un certo interesse ai fini della presente trattazione è la teoria dell'etichettamento (*labelling theory*) di Becker che può essere ascritta al paradigma costruttivista. Secondo l'Autore [1987], la devianza non è una categoria assoluta quanto piuttosto frutto di una definizione normativa che varia da società a società e nel tempo, ovvero di una costruzione sociale che porta ad etichettare alcuni comportamenti come atti devianti. La carriera deviante si realizza allorché un soggetto sia scoperto nell'atto di infrangere la norma e, conseguentemente, sia etichettato come trasgressore, fatto che contribuirà alla progressione nella carriera in quanto il soggetto tenderà a identificarsi quale deviante abbandonando la ricerca di mezzi legittimi per il raggiungimento dei suoi fini. Nel suo celebre studio sui fumatori di marijuana [ivi], Becker ripercorre la carriera deviante dei musicisti jazz consumatori di cannabinoidi giungendo a conclusioni innovative rispetto agli studi condotti fino al momento della pubblicazione del volume *Outsider*: in primo luogo, egli riconosce come «non sono le motivazioni devianti che conducono al comportamento deviante, ma al contrario, è il comportamento deviante che produce, nel corso del tempo, la motivazione deviante [...] L'uso di marijuana è funzione della concezione che l'individuo ha della marijuana e delle sue possibili utilizzazioni, e questa concezione si sviluppa in relazione al crescere dell'esperienza dell'individuo con la droga» [Becker 1987: 43]. In secondo luogo, il Nostro ha analizzato come i consumatori abituali sostengano il fumatore neofita nell'apprendimento non solo della tecnica di fruizione della droga, ma anche nell'apprezzamento della pratica contribuendo così al progressivo avanzamento della carriera deviante: «nessuno diventa un consumatore senza imparare a: a) fumare la droga in modo che essa produca effetti reali; b) riconoscere gli effetti e attribuirli all'uso della droga (in altre parole imparare a “sballare”); c) trarre piacere dalle sensazioni che prova» [ibidem: 54] tale per cui ne risulta che «molti tipi di attività deviante derivano da motivazioni apprese socialmente» e «l'individuo *impara* a prender parte ad una sottocultura organizzata attorno ad una determinata attività deviante» [1987: 36] e anche «il gusto [...] è socialmente acquisito» [ibidem: 50]. Queste affermazioni spingono a sostenere una collocazione a mezza via dell'Autore, ovvero vicina anche ai paradigmi della subcultura (che saranno illustrati a breve) in quanto «senza la possibilità di frequentare un gruppo di fumatori, senza riuscire ad imparare la tecnica per via diretta e, soprattutto, senza che vi sia una concettualizzazione, interna al gruppo, degli effetti provocati dalla sostanza, non può prendere avvio la carriera di consumatore abituale. Dunque, volendo

semplificare all'estremo, la prima causa d'iniziazione al consumo di cannabis è la presenza di comunità morali in cui tale pratica è legittimata» [Mori 2008: 368-9].

Comunque, come detto, l'azione deviante non è concepita come forma patologica, quanto piuttosto come processo di etichettamento definita sulla base di un processo di interazione tra i soggetti tale per cui la teoria di Becker è definita "interazionista". Tuttavia, «il concetto di devianza non può essere semplicemente definito in base al processo di etichettamento [che] è un momento tra gli altri, e nemmeno il più importante. Il comportamento, per Becker, è deviante di fatto, a prescindere dal suo etichettamento, perché *trasgredisce il sistema condiviso di norme*» [Mori 2008: 365]. Non a caso, anche colui che trasgredisce la norma, ma non è scoperto e quindi non è sanzionato, è un deviante (concetto di devianza segreta)<sup>5</sup>.

Infine, all'interno dei paradigmi della devianza che si rifanno all'approccio della costruzione sociale delle condotte devianti, è necessario richiamare l'approccio drammaturgico di Goffman [2003; 2007a; 2007b]. Egli considera i drogati alla stregua di altre categorie di soggetti – come per esempio gli omosessuali, i delinquenti, i traditori – le cui azioni violano le regole dell'interazione faccia a faccia, ovvero il complesso di norme stabilite e fatte rispettare dal gruppo di riferimento [Goffman 2007a]. In particolare, la maggior parte dei soggetti drogati tende ad assumere comportamenti psicotici legati non tanto (o per lo meno, non solo) alle proprietà farmacologiche delle sostanze, quanto piuttosto al fatto che l'individuo tossicodipendente è oggetto di un processo di stigmatizzazione frutto del controllo sociale esercitato dagli altri. Inizia così quella che l'Autore chiama la carriera morale del deviante, ovvero «un insieme di mutamenti regolari nel sé e nell'immagine di sé di una persona, così come nel giudizio di sé e degli altri che tale carriera comporta» [Goffman 2003: 153]. In altri termini, «l'etichetta di "malato mentale" è generata non tanto dall'effettivo stato mentale dell'individuo, ma è il prodotto della situazione di esclusione che ha inizio con l'internamento» [Bertolazzi 2008: 56]. Tuttavia, poiché le occasioni per infrangere le innumerevoli norme che caratterizzano i sistemi sociali sono molteplici, il portatore di stigma non rappresenta un soggetto portatore di una patologia, ma può essere considerato piuttosto un deviante normale.

Chiariti – sebbene attraverso un'analisi necessariamente sintetica – i capisaldi delle teorie che analizzano il consumo di sostanze psicoattive attraverso il para-

---

<sup>5</sup> Nel modello di Becker [1987], la relazione tra condotta e reazione all'atto dà origine a quattro casi: 1. comportamento conforme alle norme, ma falsamente accusato di essere deviante; 2. comportamento che infrange le norme ed è sanzionato; comportamento che, pur essendo deviante, è tenuto celato e pertanto non sanzionato (devianza segreta); comportamento conforme alle norme.

digma della devianza, affrontiamo ora il secondo approccio sociologico al tema di nostro interesse, introducendo alcuni studi che possono essere ricondotti al paradigma della subcultura.

Per subcultura si intende un «sottoinsieme di elementi culturali sia immateriali che materiali – valori, conoscenze, linguaggi, norme di comportamento, stili di vita, strumenti di lavoro – elaborato o utilizzato tipicamente da un dato settore o segmento o strato di una società» [Gallino 1983: 703]. Se tali elementi si contrappongono nettamente alla cultura *mainstream*, si parla di controcultura. Tuttavia, poiché non necessariamente i consumatori di sostanze psicoattive hanno adottato un atteggiamento conflittuale con i valori comuni alla maggior parte degli individui, in letteratura si preferisce adottare il termine “subcultura drogastica”<sup>6</sup>.

Cohen, nell’opera *Delinquent Boys* [1963; ed. orig. 1955], si interessa dei meccanismi attraverso i quali si formano le bande delinquenti in America analizzando i processi di emulazione e l’adesione ad un complesso di norme di matrice subculturale. Dallo studio emerge l’importanza del ruolo dei gruppi di riferimento per quanto concerne l’adozione e la conservazione dell’insieme di valori che si contrappongono alla cultura *mainstream*. L’influenza degli altri significativi è ben evidente all’interno del “mondo dei drogati”, dato che nella subcultura dei tossicodipendenti si sviluppano tre tipi di dipendenza al cui interno il gruppo di riferimento acquisisce un ruolo cruciale. Cohen individua infatti tre tipi di dipendenza: relazionale (il desiderio della droga è soddisfatto attraverso la cooperazione con altri soggetti), materiale (è attraverso altri individui che conoscono le dinamiche per il reperimento di droghe illegali), morale (la comunità dei drogati diffonde e condivide una cultura in grado di fornire significato all’agire del singolo, legittimandone lo status e lo stile di vita che prevede il consumo di sostanze psicotrope).

Cloward e Olin [1968], riprendendo la teoria mertoniana [Merton 1959] sostengono che i drogati debbano essere ascritti alla subcultura astensionista<sup>7</sup>, continuamente dediti alla ricerca del “piacere proibito”, incapaci di raggiungere le mete socialmente approvate sia con mezzi legittimi che illegittimi e quindi vittime di un doppio fallimento. Tuttavia, gli autori forniscono un contributo originale in materia in quanto studiano i soggetti astensionisti non nella loro individualità, ma concependo l’esistenza di una subcultura caratterizzata da un complesso intreccio di

---

<sup>6</sup> Sul concetto di subcultura drogastica, si rimanda a Cipolla, Mori [2009] e in particolare al saggio di Mori [2009] nel quale sono prese in rassegna le teorie connesse al rapporto tra sottoculture giovanili e consumo di sostanze.

<sup>7</sup> Le altre due tipologie di subcultura individuate dagli autori sono quella criminale (dedita ad attività illegali il cui fine è quello di recuperare denaro) e quella conflittuale (portatrice di un disagio espresso violentemente al fine di definire il proprio status).

valori, norme sociali e regole informali di condotta che divergono rispetto alla cultura dominante di una data comunità.

Infine, all'interno dei paradigmi che richiamano l'approccio subculturale, è necessario richiamare gli studi condotti dal *Center for Contemporary Cultural Studies* (CCCS) di Birmingham, ente di ricerca britannico che fornisce un importante contributo nella definizione del concetto di subcultura. Uno degli esponenti più noti del centro studi, Phil Cohen, rifiuta l'omologazione tra i concetti di subcultura, devianza e patologia: a suo avviso, la subcultura è un'insieme di relazione immaginarie, soluzioni magiche, strutture simboliche il cui significato è definito in maniera necessariamente dinamica da coloro che aderiscono alla subcultura stessa [Bertolazzi 2008]. Le sottoculture sono subculture di stile che cercano di resistere all'omologazione dei consumi di massa proponendosi come dispositivo di riappropriazione dei consumi a seguito delle profonde trasformazioni che hanno investito la società occidentale nel secondo dopoguerra. Nel tentativo di raggiungere questo obiettivo, i gruppi giovanili aderiscono ad uno stile subculturale che investe l'abbigliamento, le preferenze musicali, il gergo, lo stile rituale e anche le sostanze psicoattive consumate [Mori 2009].

Le profonde trasformazioni che hanno investito il consumo di sostanze psicoattive negli ultimi due decenni hanno comportato la messa in crisi dei paradigmi appena discussi. Come anticipato nell'introduzione al presente lavoro, oggi le sostanze psicoattive sono largamente diffuse tra i membri della società i quali si trovano in una situazione di forte prossimità rispetto l'universo drogastico. I consumi tendono ad essere trasversali rispetto alle classi sociali di appartenenza e non sono un fenomeno che riguarda solo la popolazione giovanile, sebbene l'uso sia più diffuso tra gli adolescenti ed i giovani adulti. L'elevata presenza di droghe e alcol nella società e la trasversalità dei consumi comportano resistenze all'applicazione del paradigma della devianza che interpreta la fruizione di sostanze psicotrope come atto deviante frutto di un processo patologico e, al contempo, sono fonte di perplessità sulla possibilità di parlare di consumo come pratica subculturale.

In altri termini, i profondi mutamenti che concernono i pattern di consumo orientano l'analisi della pratica come azione "normalizzata", «non più soggetta a processi di stigmatizzazione da parte degli altri e non più riconosciuta come deviante da chi la adotti» [Bertolazzi 2008: 78], la quale si accompagna a scelte riflessive e "uso responsabile", fondate sull'autocontrollo e la gestione dei consumi secondo determinate regole di condotta [Zinberg 1984; Parker et al. 2002]. Cfr. § 1.4.3.

Queste considerazioni rappresentano il punto di partenza del presente lavoro: se le sostanze psicotrope sono altamente diffuse all'interno dei contesti sociali o-

dierni e se il loro uso può essere analizzato al pari del consumo di altre merci, allora l'attenzione verso le conseguenze associate al fenomeno suscitano un interesse pregnante volto a definire la portata del problema e a individuare le strategie più adatte allo scopo di prevenire i rischi associati. A tal fine, lo sforzo di comprensione si muoverà all'interno dei contesti di lavoro in quanto, come già sottolineato, essi rappresentano un terreno ancora scarsamente indagato nel nostro paese.

## **1.2 – L'uso di sostanze psicotrope fra i lavoratori: un fenomeno sommerso?**

Nel corso della seconda metà degli anni Ottanta esperti, studiosi e politici hanno rivolto la loro attenzione al tema della prevenzione del consumo di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro a seguito di due constatazioni: in primo luogo, i consumi si sono profondamente estesi, coinvolgendo trasversalmente le diverse classi sociali e assumendo pattern d'uso e obiettivi funzionali diversi in senso diacronico e sincronico; in secondo luogo, si è affermata la figura del "tossicodipendente integrato" ovvero di colui che pur facendo uso di sostanze, conduce una vita "normale" [Fundone 2005a], ove normalità significa anche svolgimento di un'attività professionale. Pertanto, nell'analisi del fenomeno ha perso terreno il paradigma di matrice biomedica che vede la tossicodipendenza come incompatibile con l'attività lavorativa fondata sulla figura di tossicodipendente quale soggetto prevalentemente dipendente da eroina, emarginato, disadattato, disoccupato e con basso livello di scolarità. Contemporaneamente, le teorie afferenti al modello della devianza ed al modello della subcultura hanno rivelato una scarsa capacità di comprensione euristica del fenomeno. I pattern d'uso oggi prevalenti consistono in una fruizione spesso moderata, attuata a scopo ricreativo e performativo, del tutto compatibile con le *life engagements*, ovvero con gli impegni della vita quotidiana, tale per cui si può affermare come la vita dei lavoratori che consumano droghe appare «scandita da un movimento pendolare tra un "iperlavoro" settimanale [...] ed un "iperdivertimento" del fine settimana» [Mori 2007: 191]. Esistono così due tipi di consumo, «uno non problematico, svolto durante il tempo libero e compatibile con il set di ruoli dell'attore, e uno problematico ovvero incompatibile con le richieste del roleset» [Mori 2008: 376].

Il consumo di sostanze psicoattive oggi non è una pratica che appartiene solo a coloro che vivono in situazioni di marginalità sociale, ma è diffusa anche tra indi-



vidui perfettamente integrati con un lavoro e con una vita “normale” [De Angeli 2005], come suggeriscono alcuni studi empirici. Per esempio, nella ricerca di Normand et al. [1994] emerge come circa il 10% della forza lavoro americana abbia utilizzato almeno una volta sostanze psicoattive nell’ultimo anno, fatto che comporta la necessità di superare, a parere degli autori, la visione del tossicodipendente come soggetto emarginato, *drop-out*, (auto)espulso dal circuito lavorativo. In altri termini, se l’uso delle sostanze più “tradizionali” e di natura deprimente (come alcol, eroina) si pone in un certo senso dal lato opposto all’attività lavorativa perché ne limita lo svolgimento con effetti visibili sulla produttività, con l’introduzione e il passaggio a sostanze eccitanti (es. cocaina), si apre uno scenario nuovo, di rinforzo tra uso di sostanza e lavoro, in quanto l’uso non si manifesta in maniera evidente e non compromette lo svolgimento della professione.

Tale constatazione ha fatto sì che l’attenzione degli studiosi si spostasse dalla figura del tossicodipendente a quella del consumatore. La dipendenza si configura – secondo quanto descrive il DSM-IV, il manuale dell’Associazione americana di Psichiatria [APA 1994] – quale malattia cronica recidivante, ovvero una “modalità patologica d’uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi”<sup>8</sup>. Non tutte le forme di consumo, però, si traducono in una dipendenza. A sua volta, il consumo può suddividersi in varie forme, per esempio può configurarsi come uso o abuso. Secondo Nicholson [2002], consumare droghe significa fruirne in un contesto in cui si riducono i possibili rischi, mentre abusarne significa fruire delle sostanze in condizioni che possano arrecare un danno all’individuo compromettendo le sue funzioni o le sue capacità di fronteggiare le

---

<sup>8</sup> Affinché sia possibile stabilire una diagnosi di tossicodipendenza, il Manuale dell’Associazione Americana di Psichiatria [APA 1994] ritiene che debbano verificarsi almeno tre delle seguenti condizioni contemporaneamente negli ultimi 12 mesi: 1. tolleranza, ovvero bisogno di dosi maggiori per raggiungere l’effetto desiderato in quanto si rileva un effetto notevolmente diminuito con l’uso nel tempo della stessa quantità della droga; astinenza; assunzione frequente in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto; desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l’uso; dispendio di una grande quantità di tempo in attività necessarie a procurarsi la droga, ad assumerla, o a riprendersi dai suoi effetti; interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell’uso; uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica, o psicologica, verosimilmente derivato o esacerbato dalla sostanza. Cfr. anche Maturo [2008].

circostanze<sup>9</sup>. Se queste situazioni si verificano, il soggetto sviluppa un uso problematico. Al contrario, l'uso ricreativo si concretizza in un uso sporadico, "sotto controllo", riflessivo, che può essere interrotto senza determinare gravi conseguenze come per esempio una sintomatologia da astinenza. Scrive Cohen: «Perché la grande maggioranza dei consumatori di droghe e di alcol non diventano consumatori compulsivi come gli alcolisti? La risposta è il controllo. La nozione di controllo può apparire strana a coloro che vedono nel consumo di droghe un segno di perdita di controllo "per definizione". Ma per la verità si può scoprire che la maggior parte dei consumatori di droghe si auto-impongono controlli di due tipi. Questi controlli sono molto simili per tutte le droghe che si analizzano. Si apprendono nell'ambito di stili di vita e di ambiente nei quali la proibizione delle droghe, e le relative coercizioni legali, sono diventate completamente irrilevanti. Nell'ambito di questi stili di vita, il consumo di droghe è funzionale e svolge un ruolo nella elaborazione e nel mantenimento delle norme collettive (controllo sociale), dei piaceri e delle identità» [Cohen 1999: 232].

Franchini [2005] individua quattro possibili fasi che contraddistinguono il percorso del lavoratore tossicodipendente:

1. fase della latenza: il consumo di sostanze non compromette l'espletamento di compiti connessi alla mansione lavorativa;
2. fase della conflittualità: si caratterizza per la sovrapposizione e il contrasto tra le aspettative connesse al ruolo lavorativo e la situazione di *addiction*;
3. fase della cura: il soggetto accede, per propria volontà o su sollecitazione delle reti primarie o del medico del lavoro, ad una struttura pubblica o privata per intraprendere un percorso riabilitativo;
4. fase del reinserimento: il soggetto riaccede al circuito produttivo e lavorativo.

Si noti, tuttavia, che non tutte le fasi possono presentarsi in quanto, come detto, non tutti i soggetti che utilizzano sostanze sviluppano una tossicodipendenza. La presenza di diverse terminologie cerca appunto di dare atto delle molteplici modalità e forme che il consumo di alcol e droghe può assumere tanto che oggi risulta particolarmente difficile leggere il fenomeno attraverso un unico modello. Tuttavia, se la fruizione di sostanze può essere compatibile con una normale vita quotidiana che include anche un lavoro, il fenomeno dell'abuso può produrre danni non

---

<sup>9</sup> Sempre secondo il DSM-IV [APA 1994], affinché si parli di abuso devono verificarsi almeno tre delle seguenti situazioni negli ultimi 12 mesi: incapacità ad adempiere ai principali compiti in ambito lavorativo, scolastico, o domiciliare/familiare legati all'uso ripetuto della sostanza; uso frequente della sostanza in situazioni fisicamente rischiose; ricorrenti problemi legali correlati all'uso della sostanza; uso continuativo nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza.

solo a livello individuale, interpersonale e familiare, ma anche lavorativo (calo di produttività, assenteismo, infortuni, aumento di morbilità, conflittualità con datori di lavoro e colleghi, etc.).

Stimare le dimensioni del fenomeno non è un'operazione facile in quanto l'analisi può essere condotta su più livelli, ovvero è necessario sapere:

- quanti soggetti tossicodipendenti e in cura ai servizi sono lavoratori;
- quanti soggetti che consumano e abusano di alcol e droghe fanno parte della popolazione attiva;
- quanti soggetti lavorano sotto effetto di sostanze psicoattive.

Com'è intuibile, sono soprattutto la seconda e terza domanda a rappresentare sfide di non facile soluzione. Il numero dei lavoratori tossicodipendenti in cura ai servizi può essere fornito dalle strutture che prendono in carico i soggetti, mentre per i consumatori occasionali o che non hanno ricevuto una diagnosi di tossicodipendenza dobbiamo affidarci alle dichiarazioni dei lavoratori stessi.

Secondo Normand et al. [1994] la stima del numero di soggetti che consumano sostanze sul lavoro o che comunque lavorano sotto effetto di alcol e droghe è difficile da individuare perché il fatto di utilizzare sostanze sul luogo di lavoro è considerato moralmente inaccettabile o comunque più grave rispetto al fatto di fruirne nel tempo libero. Anche l'uso ricreativo è chiaramente incompatibile con le aspettative di ruolo che gravano sul lavoratore e che impongono in primo luogo lucidità e piena padronanza delle abilità psico-fisiche nel svolgere la mansione. Inoltre, l'autodichiarazione circa le proprie condotte per quanto concerne la fruizione di droghe e alcol si associa al timore di sanzioni disciplinari e sociali da parte, rispettivamente, del datore di lavoro o dei colleghi, tale per cui le stime tendono ad essere sottostimate, soprattutto per coloro che assumono le sostanze psicotrope occasionalmente [Cook et al. 1997].

Oltre alle autodichiarazioni dei lavoratori, un altro modo per rilevare i consumi è quello di affidarsi agli esiti del drug testing o dell'etilometro realizzato sul luogo di lavoro. A parere di Normand et al. [1994], il drug testing è chiaramente il metodo migliore per individuare la presenza di consumi di sostanze psicoattive, ma agisce secondo una logica dicotomica (positività/negatività), quindi è poco informativo perché non fornisce dettagli aggiuntivi (es. pattern d'uso, tempi e quantità di assunzione, motivazioni, etc.). Per di più, in relazione all'alcol è possibile individuare solo se il soggetto ha assunto bevande alcoliche in giornata e non nei giorni precedenti, mentre per quanto riguarda le sostanze i tempi di rilevazione sono diversi, ovvero le tracce di alcune sostanze rimangono per più tempo nelle

urine rispetto ad altre<sup>10</sup>. Per avere queste informazioni aggiuntive – specificano gli autori – si ricorre ad indagini prevalentemente con questionario anonimo che però presentano tutti i problemi legati alle false dichiarazioni dei rispondenti per i motivi sopra esposti.

Il primo grande studio dal quale si sono tratte informazioni cruciali per le finalità di nostro interesse è *National Longitudinal Survey of Youth* del 1984<sup>11</sup>, ovvero una ricerca multistadio e longitudinale realizzata dal *Labour Market Experience* (istituto di ricerca statunitense) e rappresentativa dei giovani americani di età compresa tra i 19 ed i 27 anni. I casi sono 12.069 e le sostanze prese in esame sono: l'alcol, il tabacco, la marijuana e la cocaina.

Dall'indagine emerge come il 42% dei giovani maschi e il 28% delle femmine ha dichiarato di aver consumato marijuana negli ultimi 30 giorni; rispettivamente l'8% e il 3% ha ammesso un consumo della droga in questione sul lavoro. Per la cocaina, il dato relativo al consumo nell'ultimo mese è 15% per i maschi e 10% per le femmine; il consumo sul lavoro ha riguardato il 2% degli uomini e l'1% delle femmine.

Come sottolineano Gleason et al. [1991] commentando gli stessi dati, l'indagine rivela come il 7,0% degli intervistati tra i 19 ed i 27 anni abbia dichiarato un consumo di almeno una sostanza sul luogo di lavoro, ma la percentuale sale al 7,8% tra coloro che hanno un'età inferiore ai 24 anni. Nella classe di età più giovane, nette differenze sono emerse fra i due generi, tanto è vero che hanno ammesso di fruire di droghe sul luogo di lavoro il 10,1% dei maschi contro il 4,2% delle femmine.

Rispetto al settore professionale, le percentuali più alte di consumo si rintracciano nell'area dell'intrattenimento e del divertimento (13,9%) e a seguire quello delle costruzioni (12,9%), mentre i dati più bassi sono emersi nell'ambito dei servizi (2,9%) e nella pubblica amministrazione (2%). Complessivamente, è nel settore secondario che si individuano i consumi più alti. Le categorie più a rischio sono: coloro che lavorano sulle imbarcazioni, gli agenti, i manovali [Mensch e Kandel 1988].

---

<sup>10</sup> Per esempio, i metaboliti della cannabis sono rilevati mediamente fino a 30 giorni dall'ultimo consumo, mentre per altre sostanze, come la cocaina, è possibile rintracciarne l'uso solo per 3-4 giorni.

<sup>11</sup> Il report è certamente datato e la situazione dei consumi oggi è profondamente diversa, ma l'analisi di quanto emerso è un utile punto di partenza per analizzare le politiche che sono state successivamente adottate e, soprattutto, per comprendere l'allarme generato negli Usa da queste prime ricerche. Cfr. Borus [1984].

Rispetto ai gruppi razziali, SAMHSA [1997] rileva che i consumi più alti di sostanze psicoattive si evidenziano tra la popolazione bianca (8,5%), a seguire la popolazione di colore (6,2%) e infine gli ispanici (5,2%). Per il consumo problematico di alcol, invece, i neri rivelano percentuali più alte dei bianchi. In generale, quindi, gli autori sottolineano come i consumi più alti di sostanze psicoattive illegali sul lavoro siano rintracciabili tra maschi bianchi di età compresa tra i 19 ed i 23 anni e soprattutto fra i *blue-collar*.

Ora, rifacendoci a dati più recenti, di grande interesse è l'analisi sul rapporto tra droga, alcol e lavoro condotta da Larson et al. [2007] relativa ai dati raccolti dalla *National Surveys on Drug Use and Health* (NSDUHs)<sup>12</sup> negli anni 2002, 2003 e 2004.

Vediamo alcuni dei punti cruciali del report<sup>13</sup> (cfr. Tab. 1):

- le stime sulla prevalenza relativa al consumo di alcol e droghe è maggiore tra i disoccupati rispetto ai lavoratori full-time o part-time; tuttavia, dato che i lavoratori a tempo pieno costituiscono i 2/3 della popolazione tra i 18 ed i 64 anni, molti fra coloro che consumano droghe sono lavoratori;
- il consumo di droghe illecite nell'ultimo mese da parte dei lavoratori full-time (età 18-64 anni) ha riguardato mediamente l'8,2% degli intervistati, ma se consideriamo la classe di età 18-25 anni, la percentuale è del 19% (un giovane su cinque!). Questi i dati per le altre classi di età: 10,3% nella classe 26-34 anni; 7% tra i 35 e i 49 anni; 2,6% nella classe 50-64 anni;
- i maschi sono più inclini delle femmine al consumo di sostanze illegali (9,7% vs 6,2%);
- la scolarizzazione rappresenta un fattore di protezione, tanto è vero che il consumo è maggiore tra chi ha diploma (11,2%) rispetto a chi ha una laurea (5,7%);
- esiste un rapporto di relazione inversa tra reddito familiare e consumi di droghe, tanto è vero che quando il reddito è inferiore ai 20.000 dollari annui si registra un consumo di sostanze illecite nel 13,2%, mentre per i redditi superiori ai 75.000 il dato si colloca sul 6%;

---

<sup>12</sup> La ricerca è sponsorizzata dal SAMHSA – *Substance Abuse and Mental Health Organisation*. L'indagine in questione ha investigato il consumo di sostanze da parte di lavoratori full time (ovvero che svolgono almeno 35 ore di lavoro settimanali) di età compresa tra i 18 ed i 64 anni.

<sup>13</sup> Per consumo abituale di droghe si fa riferimento alla fruizione di almeno una droga illegale negli ultimi 30 giorni, mentre il consumo problematico di alcol è inteso quale assunzione di almeno 5 unità alcoliche in almeno 5 occasioni negli ultimi 30 giorni.

Tab. 1 – Consumo nell'ultimo mese di droghe illegali e abuso di alcol nella popolazione americana tra i 18 ed i 64 anni per status occupazionale

|                          | Uso di droghe illegali |                    | Abuso di alcol |                    |
|--------------------------|------------------------|--------------------|----------------|--------------------|
|                          | Percentuale            | Numero in migliaia | Percentuale    | Numero in migliaia |
| Lavoratore a tempo pieno | 8,2                    | 9.413              | 8,8            | 10.113             |
| Lavoratore part-time     | 11,9                   | 2.903              | 8,6            | 2.094              |
| Disoccupato              | 18,6                   | 1.405              | 13,6           | 1.028              |
| Altro                    | 8,3                    | 2.642              | 5,6            | 1.783              |
| Totale                   | 9,2                    | 16.363             | 8,4            | 15.017             |

Fonte: Samhsa [2007], su dati di Larson et al. [2007]

- l'8,8% degli intervistati, pari a 10 milioni di americani, ha dichiarato un consumo problematico nell'ultimo mese (tra i 18-25 anni: 16,3%);
- i lavoratori che hanno dichiarato percentuali più alte di consumo sono coloro che lavorano nel settore alberghiero e della ristorazione (17,4%) e delle costruzioni (15,1%). Coloro che, al contrario, hanno riferito consumi più bassi, sono occupati nel settore della formazione (4,1%), servizi sociali e di comunità (4%), forze dell'ordine (3,4%). Cfr. Graf. 1;
- relativamente all'uso problematico di alcol, dati più elevati si riscontrano nel settore edile ed estrattivo (17,8%), assistenza tecnica (14,7%), mentre il dato più basso di registra nei servizi sociali e di comunità (4%);
- le dimensioni aziendali incidono in senso indiretto sui consumi di droghe illecite: per le aziende con un numero di dipendenti compreso tra le 25 e le 99 unità, la percentuale di coloro che ha dichiarato il consumo si colloca sull'8,2%, contro il 6,7% di coloro che lavorano in aziende con un numero di lavoratori compresi tra le 100 e le 499 unità. Infine, per le grandi aziende (oltre 500 dipendenti) il dato è pari al 5,7%.

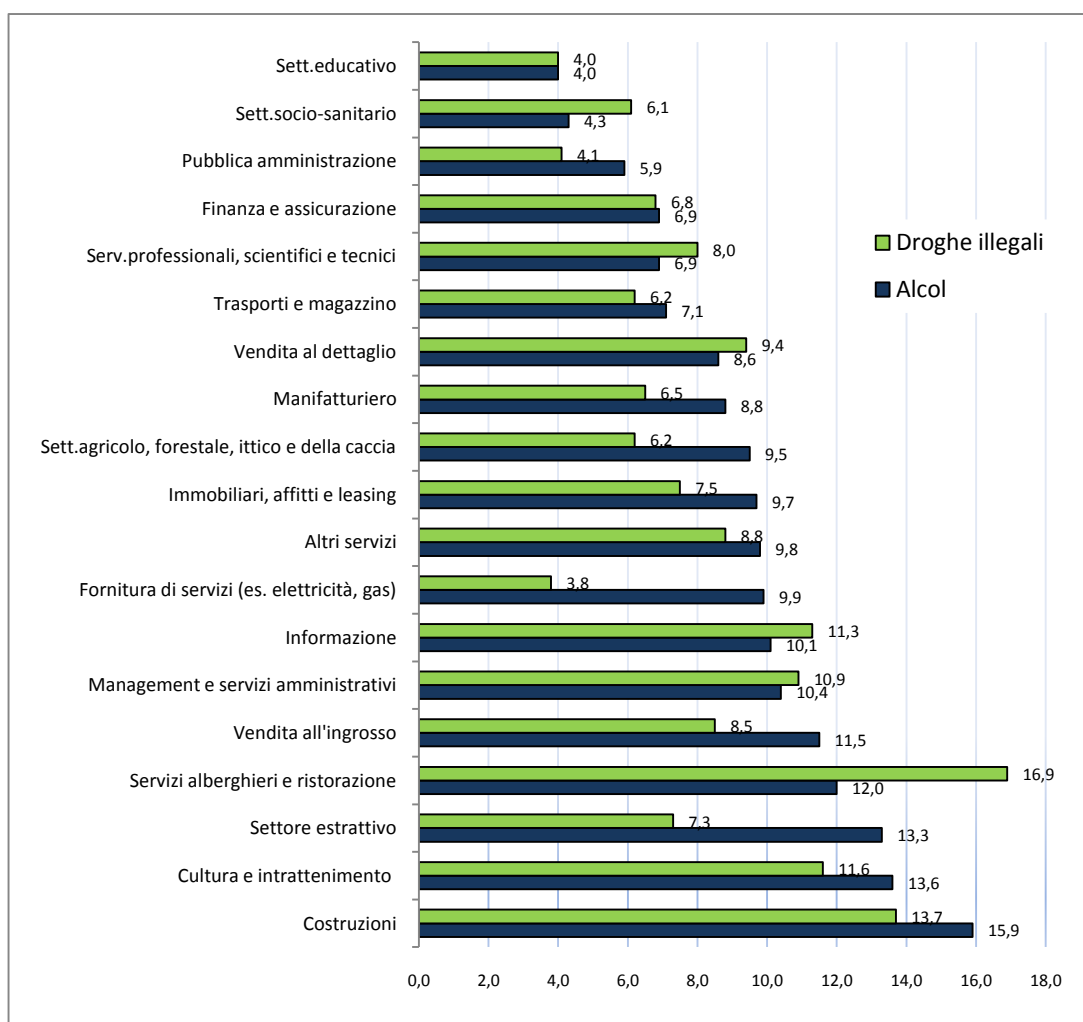
Riprendendo altri studi, si segnalano i seguenti dati:

- il *National Household on Drug Abuse* calcola in circa l'8% l'utilizzo di droghe illecite ed in circa il 4,5% l'abuso alcolico nei cittadini americani di età compresa fra i 18 ed i 65 anni, ovvero nella popolazione in età lavorativa [Bush, Autry 2002 in Vittadini, Lanfranco 2008];
- in relazione alla presenza di consumatori di sostanze fra i lavoratori, McGuire e Ruhm [1993] sostengono che il 70% dei fruitori di droghe illegali sia parte della popolazione attiva;
- Cook [2006] afferma che il 70% dei consumatori abituali di sostanze psicoattive tra i 18 ed i 49 anni è occupato. Il dato sale al 77% per i consumatori abitua-

li di alcol<sup>14</sup>. La droga più utilizzata dai lavoratori è la marijuana (83,3% fra i consumatori), seguita da psicofarmaci assunti senza prescrizione medica (18,2%) e, infine, cocaina (12,7%);

- l'Organizzazione Internazionale per il Lavoro (ILO) afferma che il 10-12% di tutti i lavoratori con età maggiore di 16 anni ha problemi alcol-correlati [Ledovi 2001].

*Graf. 1 – Consumo di alcol problematico e di droghe illegali nella popolazione attiva (18-64 anni) americana per categoria professionale. Anni 2002-2004*



Fonte: rielaborazione grafica su dati del Samhsa [2007]

<sup>14</sup> Cfr. nota precedente.

Frone ha di recente condotto negli Usa due ricerche interessanti volte a sondare il consumo di alcol [Frone 2006a] e di sostanze illegali [Frone 2006b] tra i lavoratori. Dal primo studio emerge che l'uso di alcol riguarda circa il 15% della forza lavoro statunitense (ovvero 19,2 milioni di persone). In particolare, con riferimento ai 12 mesi precedenti l'inchiesta, l'1,83% dei rispondenti riferiva di bere prima di raggiungere il posto di lavoro, il 7,06% di assumere alcol durante il lavoro, l'1,68% di lavorare sotto l'influenza di alcol e quasi uno su dieci (9,23%) di svolgere la propria attività professionale con i postumi conseguenti ad un episodio di ubriacatura [Frone 2006a]. Rispetto al consumo di sostanze illegali, circa il 14% di tutta la forza lavoro statunitense riporta un qualche uso di sostanza psicotropa (17,7 milioni di persone). Nello specifico, il 3,1% dei lavoratori ammette di consumare sostanze sul posto di lavoro [Frone 2006b].

A seguito dei risultati allarmanti di questi primi studi americani condotti nell'ultimo ventennio del secolo scorso, l'interesse per la relazione tra consumo di sostanze psicoattive e lavoro si diffonde anche in Europa, anche se esiste nel nostro continente un numero nettamente inferiore di studi specifici sull'argomento.

Dalla relazione annuale dell'EMCDDA (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction*) è possibile estrapolare alcuni dati di nostro interesse. Per esempio, lo studio sulla popolazione attiva (15-64 anni) rivela come il consumo *last year* riguarda il 7% della popolazione per la cannabis, l'1,2% per la cocaina, lo 0,5% per le amfetamine, il 3% per l'ecstasy, l'1,2% per l'eroina. Si noti come le percentuali aumentano nettamente se si considera la popolazione dei giovani adulti (classe di età 15-34 anni, cannabis: 13%; cocaina: 2,3%; amfetamine: 1,3%; ecstasy: 1,8%) [EMCDDA 2008].

La comparazione dei dati relativi all'indicatore di trattamento<sup>15</sup> dell'EMCDDA rivela come, fra coloro che sono in trattamento nei paesi dell'UE, il 40,8% sia costituito da lavoratori regolari, il 7,5% da studenti, il 10,3% da soggetti inattivi economicamente, ovvero casalinghe, pensionati ed invalidi, il 29,8% da disoccupati e il 6% da altri soggetti. È interessante notare come l'Italia detenga il record europeo di soggetti in trattamento che sono lavoratori regolari (58,9%).

Nel nostro paese la diffusione di sostanze psicotrope nel mondo del lavoro rappresenta ancora un terreno scarsamente indagato dalla ricerca sociale.

Uno studio condotto nel 2000 presso di 158 pazienti in carico al Ser.T di Venezia e Mestre rileva come il 62% dei soggetti che svolge attività lavorativa fosse operaio generico, il 21% operaio specializzato, il 9% commerciante e l'8% impie-

---

<sup>15</sup> I dati si riferiscono al 2007 e sono stati pubblicati nello *Statistical Bulletin*, anno 2009. Cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/stats09>. L'indicatore di trattamento dell'EMCDDA (TDI) non considera i soggetti in trattamento per alcol come sostanza primaria.



gato [Patanè et al. 2002: 3]. In una ricerca condotta dall'Asl di Reggio Emilia su 200 Ser.T (Servizi Tossicodipendenze) di 13 regioni italiane emerge come su 12.000 pazienti in carico, il 32% era occupato stabilmente, il 32% occasionalmente e il 35% disoccupato<sup>16</sup> [Spigno et al. 2007]. Spesso l'attenzione in Italia è rivolta soltanto al consumo di sostanze psicoattive fra i lavoratori dipendenti, mentre esiste un trend diffuso di consumo di sostanze anche fra i dirigenti: per esempio, secondo i dati raccolti dall'Associazione Dirigenti Risorse Umane, il 45% dei manager abusa di alcol [ivi]. Secondo Serpelloni et al. [2003], il numero di tossicodipendenti-lavoratori è notevolmente maggiore, tanto che egli afferma come l'80% degli utenti dei Servizi pubblici per le tossicodipendenze sia lavoratore: la restante parte è composta soprattutto da studenti, mentre solo una piccola parte è disoccupato.

### 1.3 – Le conseguenze del consumo di alcol e droga sul mondo del lavoro

Gli studi commentati nel paragrafo precedente hanno reso evidente ai *policy maker* come il problema della tossicodipendenza rappresentasse un'emergenza per le aziende americane e per tale motivo furono realizzati i primi programmi di intervento volti a controllare il fenomeno e furono istituiti i primi EAPs (*Employee Assistance Programs*), servizi di sostegno per i lavoratori con problematiche connesse al consumo di alcol e droghe (cfr. § 3.1). Le stime del *Bureau of Labor Statistics*, raccolte nel 1988, testimoniano come l'accesso a tali programmi fosse consentito al 30% dei lavoratori in fabbrica e il 20% fosse regolarmente sottoposto a drug testing [ivi]. Gli EAPs iniziano a diffondersi negli Usa nel corso degli anni Settanta, prima per i dipendenti del Ministero della Difesa per poi svilupparsi in altri settori lavorativi. A metà degli anni Ottanta sono presenti nel 45% delle fabbriche [Blum 1993].

Nonostante questi provvedimenti, attualmente negli Stati Uniti un lavoratore su dieci dichiara di avere un qualche problema alcol-correlato e circa un terzo fa uso anche di sostanze psicoattive illegali. Nel 1981, i costi che i datori di lavoro americani hanno dovuto affrontare per le conseguenze legate al consumo di sostanze psicoattive è stato di 16.4 miliardi di dollari [Gleason et al. 1991]. Dati più recenti rivelano come il costo annuo dell'abuso di alcol e droghe negli USA

---

<sup>16</sup> Si noti come i pazienti in cura presso i Ser.T siano in netta prevalenza eroinomani. L'eroina è una sostanza che risulta spesso maggiormente invalidante e con proprietà additive maggiori. Pertanto, il numero di coloro che pur essendo consumatori di alcol e droghe riescono a svolgere una professione è certamente sottostimato se facciamo riferimento solo ai dati forniti dai Ser.T.

supera i 250 miliardi di dollari, dei quali 102 a carico dell'industria; l'alcolismo da solo è causa di oltre 500 milioni di giornate lavorative perse ogni anno [De Angeli 2005]. Secondo il NIDA [1990], i costi principali derivano da: riduzione della produttività, assenteismo, infortuni, furti, costi sanitari, costi per la prevenzione e il trattamento.

Chiaramente le conseguenze variano a seconda di alcuni fattori, quali: il tipo di mansione svolta e il correlato livello di rischio; la tipologia di sostanza; la frequenza e la quantità assunta; le caratteristiche individuali.

Per quanto concerne il primo fattore, com'è intuibile, vi sono mansioni maggiormente a rischio per quanto riguarda la possibilità di infortuni, come quelle che implicano l'impiego di macchinari, strumenti, impalcature. Si rammenta che in Italia viene conteggiato come incidente sul lavoro anche un sinistro stradale verificatosi durante il tragitto tra la propria abitazione e l'azienda se avvenuto nei 30 minuti precedenti o successivi rispetto l'orario di lavoro. Tuttavia, se alcuni professionisti sono più a rischio di infortuni per le caratteristiche intrinseche che le caratterizzano, la probabilità di incorrere in altre conseguenze negative, come assenteismo o riduzione della performance, tendono ad essere trasversali rispetto alla mansione svolta.

Per quanto riguarda la tipologia di sostanza assunta, sono necessarie alcune riflessioni. In primo luogo, le sostanze non sono tutte uguali: «la droga è tante cose diverse a loro volta confuse ed indeterminate non solo a livello popolare. Essa poi socialmente muta, come sua legittimazione collettiva, nel tempo e nello spazio creando ulteriori problemi identificativi» [Cipolla 2007b: 11]. Ugualmente, Fundone sostiene come «è [...] potere di “coinvolgimento” delle sostanze a determinare la grossa differenza tra la visibilità o meno di una condizione di tossicodipendenza» [2005a: 12].

Per esempio, l'alcol – la sostanza psicoattiva più fruita dai lavoratori – determina alterazioni del campo visivo, rallentamento nei tempi di reazione, riduzione della capacità di concentrazione, abbassamento della percezione del rischio [De Luca 2002]. Si caratterizza per una fase iniziale di eccitamento alla quale segue una fase depressiva.

La cannabis «ha un effetto leggermente ottundente, che dura poco, compatibile con una normale vita quotidiana» [Cipolla 2007a: 18], dato che «fumare hashish o marijuana è compatibile, in dosi moderate, con la normale vita di lavoro o di studio» [Cipolla 2008: 9]. Addirittura, il consumo di questa sostanza può essere letto come «un derivato dell'ipercelerità sociale, dello stress e dell'affanno lavorativo che essa cerca di contenere, di un'etica sacrificale della prestazione lavorativa, del guadagno sempre più fine a se stesso in tutti i campi della vita» [ibidem: 25].

La cocaina è una sostanza che prova una forte eccitazione nonché una sensazione di maggiore tolleranza alla fatica, *self-confidence*, «attivismo, di attenzione, di ipertensione» [Cipolla 2007b: 188].

Secondo Vittadini e Lanfranco [2008], il rischio principale associato all'uso di ecstasy deriva dalla possibilità di flashback ricorrenti, ovvero il soggetto può riprovare (inaspettatamente e a distanza di tempo) le sensazioni provate durante la fase di alterazione psico-fisica conseguente al consumo della droga, sebbene non abbia consumato la sostanza nel periodo precedente.

Un secondo aspetto da considerare riguarda l'asse quantità/frequenza di consumo. Come abbiamo visto nell'introduzione e in apertura al capitolo, i trend attuali relativi al consumo di droghe e alcol tendono a configurarsi sempre più diffusamente come consumo ricreazionale. Ciò significa, in altri termini, che aumenta il numero di persone che fruisce di sostanze psicoattive nel tempo libero (il week-end, in primo luogo), dando luogo a quello che gli esperti definiscono come "consumo occasionale" il quale si verifica ex-ante o ex-post rispetto all'attività lavorativa. Tale pattern d'uso si contraddistingue perché è episodico, orientato al divertimento ovvero ad incrementare la sensazione di piacere, e non dà origine a fenomeni di tolleranza ed astinenza. Mariotti [2004] ci ricorda come questo tipo di uso può difficilmente rivelarsi a colleghi e datori di lavoro, in quanto si tratta di una fruizione compatibile con la mansione professionale rappresentando così un fenomeno sommerso. Tuttavia, resta da chiarire quale sia l'effetto residuo, ovvero il complesso di conseguenze sull'attività professionale legate ai postumi di questo tipo di uso. Secondo Spigno et al. [2007] e Mariotti [2004] il legame tra consumo occasionale e ricadute in termini di performance e rischio di infortuni non è supportata da studi empirici, mentre Mangione et al. [1999] e Ames et al. [1997] sostengono esistano delle correlazioni tra postumi di un'intossicazione alcolica (*hangover*) e incidenti sul lavoro.

Anche le quantità influenzano elementi come il rischio di infortunio o la produttività. Per esempio, un paio di bicchieri di vino che, mediamente, producono un'alcolemia di 0,5 m/l, raddoppiano il rischio di infortunio. La crescita segue un andamento esponenziale: 3 o 4 bicchieri (1 m/l) determinano un rischio fino a sei volte maggiore e addirittura 30 volte per un'alcolemia di 2 m/l. Se il consumo eccessivo ha conseguenze serissime, anche il bevitore moderato non può ritenersi esente da rischi, soprattutto se la mansione comporta pericoli di ordine fisico per sé e per i colleghi [Capecelatro 2004a]. Il problema tende a divenire emergenza se consideriamo come i trend attuali evidenzino un aumento del numero dei consumatori moderati di alcolici.

Infine, bisogna considerare come le caratteristiche individuali possano rappresentare discriminanti fondamentali per quanto concerne le conseguenze del consumo: il genere, l'età, il peso corporeo, la tolleranza individuale sono alcuni dei fattori in gioco. Per esempio, nello studio di Stockwell e colleghi [2002], condotto su 797 lavoratori americani, emerge come ci sia una forte correlazione tra consumo di alcol e infortuni soprattutto nelle donne, mentre negli uomini maggiori probabilità di infortunio emergerebbero solo al di sopra dei 90 grammi ingeriti.

Uno fra i primi studi (già citato) che ha indagato il complesso rapporto tra lavoro e sostanze psicoattive è quello condotto da Mensch e Kandel [1988], i quali analizzano, nello specifico, le conseguenze negative associate all'alcol. Alla domanda "Il tuo modo di bere alcolici ha mai interferito con il tuo lavoro?", il 9% ha risposto affermativamente (senza ulteriori specifiche), il 3% ha confessato di essersi dovuto assentare dal lavoro, il 3,1% ha dichiarato di essere andato al lavoro ubriaco, l'1,1% ha perso (o ha rischiato di perdere il lavoro), lo 0,9% si è licenziato e egual percentuale ha dichiarato di aver perduto l'opportunità di una promozione. I lavoratori che hanno esperito con maggior frequenza conseguenze negative legate agli alcolici si rintracciano nel settore edile, dell'intrattenimento e estrattivo-minerario.

Secondo Smith [2003], i consumi di alcol e droghe illegali hanno le stesse conseguenze, ma quelle associate all'alcol sono più probabili. Nel suo studio condotto su 237 lavoratori, le cinque principali conseguenze legate all'abuso di alcol sono, nell'ordine: riduzione della performance (87,5% dei forti consumatori), abuso al lavoro (81,4%), ritardi al lavoro (81,4%), problemi disciplinari (80,6%), assenze ingiustificate (78%). Per quanto concerne l'uso di droghe, gli avventi avversi sono stati: riduzione della performance (dichiarata nel 55% di chi ne ha dichiarato un consumo recente), assenze ingiustificate (54,5%), problemi disciplinari (47%), abuso al lavoro (44%), licenziamento (41,8%). Secondo Lennox e colleghi [1998] il consumo di alcol pregiudica soprattutto la capacità di controllo sul compito. Lo studio di McFarlin et al. [2001], condotto su 300 lavoratori americani estratti casualmente, rivela come sia il numero di giornate nelle quali si è consumato alcol sia il consumo consistente di alcol da un punto di vista quantitativo sono positivamente correlati ad un numero maggiore di episodi di aggressività (sia verbale che fisica) verso colleghi.

Volendo sintetizzare i principali studi sul tema, si può a ben ragione sostenere che le conseguenze principali legate alla fruizione di droghe ed alcol da parte dei lavoratori appartengano principalmente a tre categorie [Spigno, De Barbieri, Traversa 2007]:

- infortuni [Alleyne et al. 1991; Bross et al. 1992; Lewis and Cooper 1989; Taggart 1989; Kaestner e Grossman 1998];
  - assenteismo [Bross et al. 1992; Crouch et al. 1989; Sullivan et al. 1990; Zwerling et al. 1990; Miller 1991];
  - riduzione della capacità produttiva e della performance [Blum et al. 1993; Lehman and Simpson 1992; Newcomb 1988; Sullivan et al. 1990; Miller 1991].
- Di seguito presentiamo i risultati di alcuni di questi studi.

### 1.3.1 – Gli infortuni

Gli infortuni sono una delle conseguenze maggiormente indagate in relazione al consumo di sostanze psicoattive. In termini generali, gli incidenti sul lavoro possono essere imputati a fattori di ordine oggettivo (macchinari, attrezzature, mancato uso di dispositivi di protezione individuale, rischi fisici o chimici, etc.) e di ordine soggettivo (mancanza di informazione, formazione, istruzione, addestramento; problemi di comunicazione; atteggiamenti e attitudini negative; ridotta integrità psico-fisica o di giudizio; stress).

Le cause soggettive sono imputabili all'uomo, ovvero non dipendono tanto dai fattori di rischio legati alla pericolosità intrinseca di un macchinario o di un ambiente quanto dalle caratteristiche proprie del lavoratore. L'uso di sostanze agisce chiaramente a livello di fattori soggettivi in quanto esso influenza le capacità psico-fisiche di un soggetto, per esempio alterando i tempi di reazione, la soglia di attenzione, la percezione del rischio, il tono dell'umore [Noventa 2006].

È l'alcol ad essere ritenuto maggiormente responsabile di infortuni sul lavoro, tanto che l'OMS nel 1993 ha dichiarato che il 10% degli incidenti sul lavoro è correlato con l'assunzione di bevande alcoliche [Capecelatro 2004a]. Sempre secondo l'OMS, in caso di fruizione di sostanze psicoattive il rischio di infortuni raddoppia [Noventa 2006]. Le stime dell'*International Labour Organisation* (ILO) parlano di una percentuale variabile tra il 10 e il 16%; gli incidenti sul lavoro legati al consumo di bevande alcoliche si concretizzano in cadute dall'alto, incidenti stradali, ustioni e annegamenti [www.ilo.org]. Secondo Patissi, addirittura il 37% dei lavoratori colpiti da infortunio presenterebbe tracce di alcol nel sangue [Patissi, cit. in Zuffo 2004].

Se questo è il quadro che emerge dalle ricerche che coinvolgono l'alcol, non incoraggianti sono le cifre legate alle sostanze illegali. Ryan et al. [1992, cit. in Vittadini, Lanfranco 2008] conducono uno studio dal quale emerge come anche soggetti dediti all'uso di cannabinoidi e cocaina sono esposti agli infortuni, con un rischio relativo doppio nei consumatori rispetto al gruppo di controllo. Secondo

stime americane il 4% dei soggetti che hanno avuto un incidente sul lavoro (di gravità variabile), è risultato positivo alla marijuana [ACLU 1999 in Vittadini, Lanfranco 2008]. Uno studio sulla mortalità per infortuni sul lavoro ha evidenziato positività per la cannabis nell' 8,5% dei soggetti testati [Alleyne 1991 in Vittadini, Lanfranco 2008]; l'autore tuttavia sottolinea la difficoltà di attribuire l'evento infortunistico ad una eventuale alterazione della funzione mentale indotta dalla cannabis [cfr. Fagioli 2009].

Nello studio di Sullivan e colleghi [1990], condotto su 300 infermiere americane ricoverate per problemi connessi ad alcol e droga, è emerso che l'assunzione aveva pesanti ricadute sulla performance, sebbene solo il 23% avesse ricevuto sanzioni disciplinari per azioni realizzate nell'ambito della propria mansione.

Kaestner e Grossman [1998] arrivano addirittura ad ipotizzare che il calo di produttività degli Stati Uniti e l'aumento contemporaneo dei consumatori di sostanze psicoattive non siano fatti del tutto casuali, ma al contrario potrebbero essere collegati. A parere degli autori, la probabilità di un incidente sul lavoro legato al consumo di sostanze psicotrope è funzione di tre fattori: il livello di benefici percepiti dal consumatore, le caratteristiche individuali e quelle professionali. Gli autori sostengono che l'esistenza di una forte correlazione tra incidenti e consumo di sostanze soltanto per il genere maschile (maggiori probabilità di incidenti del 25%), mentre l'associazione non è staticamente significativa per il sesso femminile. Il risultato dello studio, le cui conclusioni sono antitetiche rispetto alla ricerca citata di Stockwell et al. [2002], può dipendere dal fatto che le mansioni più rischiose sono in genere ricoperte da uomini.

A prescindere dalle differenze percentuali dei vari studi, l'assunzione di sostanze psicoattive pare determinare una riduzione della percezione dei rischi e una diminuzione delle capacità di autocontrollo che sul piano pratico si traducono in un aumento del rischio di incidenti sul lavoro soprattutto in quei settori che sono riscontrati essere a più alto rischio infortunistico, come l'edilizia, caratterizzati da mansioni ed attività lavorative pericolose e richiedenti una particolare attenzione, oppure come la guida di autoveicoli o di mezzi di sollevamento o, ancora, il controllo di impianti o di macchinari complessi [Noventa 2006].

Dai dati del 2006 emerge come il giorno della settimana a maggior concentrazione di infortuni è proprio il Lunedì, fatto apparentemente incomprensibile considerando che dovrebbe essere il giorno della settimana nel quale il lavoratore è più riposato e che quindi potrebbe essere ricondotto a situazioni di abuso di sostanze e/o mancato riposo a causa attività ricreative caratterizzate da eccessi (es. poco sonno) [cfr. Fagioli 2009].

In un'audizione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, On. Saccone, del 20 gennaio 2009, vengono discussi alcuni dati relativi alla mortalità per infortuni in occasione di lavoro "su strada" e "in itinere", da dati forniti dall'INAIL al 31 ottobre 2008, relativi all'anno 2007. Su 1.207 decessi:

- 907 sono avvenuti in "occasione di lavoro" e, in particolare, 342 "su strada" (autotrasportatori di merci o persone, rappresentanti di commercio, ecc.) e 565, con altre modalità;
- 300 sono avvenuti "in itinere", ossia non legati allo specifico rischio lavorativo. Di questi ultimi la stragrande maggioranza si è verificata su strada (287 casi su 300).

In definitiva, se si sommano tutti gli infortuni mortali occorsi sulla strada, sia quelli legati all'attività lavorativa sia quelli in itinere, risultano avvenuti 629 decessi, pari al 52,1% del totale dei decessi sul lavoro e pari al 10% circa di tutti i morti per incidenti stradali rilevati dall'ISTAT. Da ciò, discende l'importanza di attuare la prevenzione per i lavoratori tenendo conto di come i rischi non coinvolgano soltanto coloro che svolgono mansioni che prevedono attività di guida dei mezzi, ma anche coloro che debbono effettuare spostamenti tra il luogo di lavoro e la propria abitazione.

Si noti, tuttavia, che di fronte ad un'ampia letteratura che dimostra una correlazione tra infortuni sul lavoro e consumo di sostanze psicoattive, si rintracciano studi che dimostrano come tale associazione sia debole in quanto le relazioni sono spurie, ovvero mediate da altre variabili [Normand 1994; French et al. 1995; Francis et al. 2003, MacDonald et al. 1999]. Per Normand et al. [1994] esistono studi in grado di provare una riduzione della produttività legata al consumo di alcol, mentre è più difficile trovare lo stesso link per quanto riguarda la marijuana.

Nel 2004 l'*Health and Safety Executive*, ente di ricerca britannico, pubblica un rapporto dal titolo *The Scale and Impact of Illicit Drug Use by Workers*. Nello studio, che ha coinvolto 7.979 lavoratori intervistati tramite questionario, è emerso come esista un'associazione tra consumo di droghe illegali e performance, ma la correlazione con gli infortuni è nettamente inferiore e spesso associata ad altri fattori di rischio.

Ancora, secondo Hoffmann e Larison [1999], solo i consumatori abituali di cannabis, cocaina e i forti consumatori di alcol corrono rischi in materia di infortuni, mentre tale associazione non è presente tra i fruitori occasionali. L'associazione è maggiore tra consumo di sostanze e *turnover* [ivi].

Questi studi suggeriscono pertanto una certa cautela nella stima della misura di associazione tra fenomeno infortunistico e consumo di sostanze psicotrope nonché la necessità di ulteriori studi,

### 1.3.2 – L'assenteismo

L'assenteismo, ovvero «l'incapacità lavorativa temporanea, prolungata o permanente risultante da malattia o infermità» [Unione Europea 1997: 11] rappresenta il principale indice di performance lavorativa per il quale pare esistano differenze tra coloro che fanno uso di sostanze e coloro che non lo fanno [Vittadini, Lanfranco 2008]. Il fenomeno si concretizza nella perdita di giornate lavorative e conseguentemente si correla ad una riduzione della produttività.

Dalle ricerche emergono significative difficoltà nel quantificare il peso del consumo di sostanze psicotrope sul fenomeno dell'assenteismo, ma è possibile affermare che il fenomeno si fonda su tre ragioni:

- la prima (più evidente), deriva dal fatto che il lavoratore non si reca al lavoro perché non ha il pieno possesso delle sue capacità psico-fisiche per assolvere i compiti richiesti dalla mansione;
- la seconda si esplica nell'aumento di morbilità connessa al consumo di alcol e droghe (es. bronchiti per tabacco e cannabis; indebolimento del sistema immunitario complessivo; incidenti in ambito domestico avvenuti a causa dell'assunzione di droghe, etc.);
- infine, coloro che vivono una situazione di tossicodipendenza necessitano di tempo per procurarsi e fruire delle sostanze.

Oltre a danni diretti alle aziende in termini di prodotto, il fenomeno ha gravi ripercussioni sul sistema economico generale coinvolgendo anche sistema previdenziale e compagnie assicurative. Per avere un'idea della sua dimensione, si riportano alcuni dati: nel 1994 nel Regno Unito sono state perse 177 milioni di giornate lavorative a causa di assenze per malattia; si calcola che ciò comporti una perdita di produttività di oltre 11 miliardi di sterline ed un costo di 525 sterline per dipendente; nel 1993 i datori di lavoro tedeschi hanno versato circa 60 miliardi di DM in contributi sociali per coprire le retribuzioni durante i giorni di assenza [Unione Europea 1997].

Secondo Miller [1991] il consumo di droghe si collega all'aumento dell'assenteismo in quanto il lavoratore tende a perdere le giornate di lavoro senza apparente giustificazione, spesso ritarda l'ingresso al mattino o cerca di allontanarsi frequentemente dalla postazione di lavoro, aumentano le giornate di congedo per malattia.

Mangione e colleghi [1999] conducono uno studio per sondare il rapporto tra alcol e performance. La ricerca, che ha coinvolto 6.540 lavoratori, mette in luce come le abitudini alcoliche influenzino la performance lavorativa in maniera più che esponenziale in termini di giornate di lavoro perse, ma anche di produttività.



Attualmente, le stime più recenti riguardano soprattutto l'assenteismo alcol-correlato: Serpelloni [2003] parla di una probabilità di 3-4 volte superiori di assenza per chi ha un problema di alcol, fatto che determina una perdita da 9 a 19 miliardi di prodotto in Europa.

Nel report già citato curato da Larson et al. [2007], emerge come fra i lavoratori coinvolti nell'indagine (che ricordiamo essere dipendenti americani a tempo pieno di età compresa tra i 18 ed i 64 anni), coloro che hanno cambiato tre o più lavori nel corso dell'ultimo anno sono il 12,3% di coloro che hanno dichiarato di aver consumato almeno una sostanza illegale negli ultimi 30 giorni, contro il 5,1% di chi ha dichiarato di non usarle. Il 16,4% dei consumatori abituali si è assentato 2 o più giorni per malattia nel corso dell'ultimo mese contro l'11% dei non consumatori. Infine, il 16,3% dei fruitori non si è presentato al lavoro senza apparente giustificazione almeno un giorno nell'ultimo mese contro l'8,2% dei non consumatori.

Un altro studio che indaga il rapporto tra consumo di sostanze e assenteismo sul lavoro è quello di French et al. [1998]: dalla somministrazione di 1.438 questionari in aziende americane appartenenti a vari settori (manifatturiero, finanziario, socio-sanitario, amministrazione pubblica, comunicazione) emerge che coloro che hanno consumato sostanze psicoattive illegali negli ultimi dodici mesi si sono assentati mediamente due giornate in più rispetto ai non consumatori; tuttavia, la relazione non è statisticamente significativa. Al contempo, emerge una relazione significativa che riguarda le donne, ovvero le consumatrici *last year* di marijuana tendono ad assentarsi dal lavoro con maggiore frequenza.

### 1.3.3 – La performance lavorativa

Come anticipato, le conseguenze in termini di performance lavorativa legata al consumo di sostanze psicoattive sono meno indagate rispetto ad altri esiti e questo può essere spiegato tenendo conto delle ardue questioni metodologiche concernenti la misurazione della performance in quanto le variabili da considerare sono numerose; tuttavia, si sono fatti dei tentativi per proporre degli indici costruiti ad hoc [NIDA 1990]. Tali indicatori dovrebbero fornire indicazioni sulle abilità sia cognitive sia psico-motorie e potrebbero includere i seguenti aspetti: assenteismo, ritardi, giorni di malattia, infortuni, tempo trascorso a sognare ad occhi aperti o chiacchierando con i colleghi, dormire al lavoro [ivi].

Ad aggravare le difficoltà d'analisi si aggiunge il fatto che la performance si dipana come Giano bifronte, apparentemente fonte di contraddizione. Infatti, come vedremo (cfr. § 1.4.2), da un lato l'uso performativo delle sostanze rappresen-

ta una delle motivazioni che può spingere il lavoratore alla fruizione (si pensi all'uso di cocaina e amfetamine per sopportare meglio la fatica, posticipare il sonno e migliorare la socialità); d'altro canto, l'uso di sostanze può comportare un peggioramento del rendimento lavorativo, causando l'alterazione del pensiero, dell'umore, della percezione sensitiva e corporea; la percezione distorta del tempo, dello spazio, del movimento; l'amplificazione della sensibilità ai suoni e al tatto; maggiori probabilità di vivere situazioni di ansia, disorientamento, depressione e paranoia, associate a senso di forza e di invulnerabilità. Risulta ovvia, quindi, la necessità di fare precisazioni tra tipologia di sostanza e quantità quando si parla di ricadute negative sulla produttività.

Secondo Miller [1991], la riduzione della produttività consiste in periodi in cui si alternano alta e bassa performance, un incremento delle irregolarità nelle abitudini del lavoratore, errori, problemi disciplinari. Possono verificarsi difficoltà nel svolgere i compiti secondo le istruzioni, comportamenti occultati, furti. Nello studio di Blum et al. [1993] si esamina la performance di 136 lavoratori americani e si conclude che l'uso moderato di alcol non influisce sulla performance, sebbene ricadute più significative si rivelino sulle abilità tecniche.

Un'ulteriore questione deve essere richiamata: se sono stati fatti alcuni studi volti a verificare gli effetti a breve termine della fruizione di sostanze sulle capacità psico-fisiche, non si può dire lo stesso delle ricerche circa gli effetti nel medio periodo che sono notevolmente scarse. Per esempio, quali sono le conseguenze in termini di performance di un consumo moderato di alcol o marijuana? Per di più, come abbiamo visto nell'introduzione, i pattern d'uso oggi prevalenti si fondano sulla poliassunzione, fatto che presuppone la necessità di studi approfonditi sugli effetti legati a pratiche di poliuso.

#### **1.4 – I fattori di rischio: l'eziologia del consumo di sostanze psicotrope tra i lavoratori**

Il 17 Luglio 2008 è stato pubblicato un articolo dal Corriere della Sera in cui si denuncia l'aumento del consumo di sostanze psicoattive e di psicofarmaci da parte dei lavoratori che debbono affrontare situazioni di stress e crescente competitività. L'articolo denuncia come il lavoro sia causa del 50% dello stress accumulato e per la logica esasperata della produttività e del profitto, sempre più dipendenti e, soprattutto, manager e dirigenti, ricorrono a sostanze psicoattive per soddisfare le aspettative. I consumi sarebbero più alti in città sede di intense attività economiche, come Milano ove, nei primi 6 mesi del 2008, si è registrato un incremento positivo del 12% nella vendita di psicofarmaci rispetto al 2007.

Ecco allora che l'analisi dei fattori di rischio rappresenta un passaggio cruciale per comprendere quali variabili influenzano il consumo di sostanze da parte dei lavoratori. Per fattore di rischio si deve intendere la presenza di condizioni a cui si associa una maggiore probabilità di sviluppare un comportamento lesivo o disadattivo. Per contro, i fattori di protezione rappresentano le variabili che aiutano il soggetto a far fronte in modo efficace a situazioni avverse [Coggans 2006].

Nel corso degli anni Novanta sono stati condotti numerosi studi volti ad individuare i fattori lavorativi collegati in particolare con il consumo di alcol, mentre soltanto in un secondo momento l'analisi si è spostata sul consumo di sostanze psicoattive in senso più ampio comprendendo anche le droghe illegali. Questo testimonia ulteriormente come l'attenzione degli studiosi non si sia per lungo tempo focalizzata sul rapporto tra tossicodipendente e lavoratore in quanto ritenute figure non connesse né sovrapponibili (si ricordi lo stereotipo del tossicodipendente emarginato). Tuttavia, il fatto che la ricerca empirica si sia focalizzata per molto tempo sull'alcol ha fatto sì che l'analisi eziologica dei consumi di sostanze psicotrope risentisse molto dei paradigmi interpretativi sviluppati per le condotte alcoliche [Cook 2006].

L'analisi dei fattori di rischio che legano le sostanze psicoattive e il mondo del lavoro possono essere condotte su due livelli: da un lato, alcuni studi hanno indagano come le variabili connesse al setting lavorativo influenzano il consumo di alcol e droghe, dall'altro alcuni studi (più recenti) cercano di studiare le condizioni extra-lavorative che favoriscono la fruizione e quali sono gli effetti di quest'ultima sull'attività professionale.

Sul primo fronte, la letteratura sull'argomento individua tre modelli di interpretazione eziologica che cercano di cogliere il rapporto tra lavoro e consumo di sostanze.

Il primo approccio (che potremmo denominare "modello della fuga") considera la condotta deviante come tentativo di sottrarsi ad uno stato di disagio, sofferenza e apatia. Se è vero che l'origine di tale stato psicologico può derivare dalle condizioni di lavoro, ovvero il soggetto utilizza le droghe per fronteggiare una situazione professionale problematica, è anche vero che esso può trarre origine e forza da dinamiche della vita privata che portano a consumare le sostanze anche sul luogo di lavoro. Nel primo caso, i fattori di rischio maggiormente indagati sono lo stress, l'alienazione, la mancanza di controllo e di autonomia. Nel secondo caso, le indagini si spostano su variabili quali il *drop-out* scolastico, i problemi economici o famigliari, il disagio esistenziale, etc.

Un secondo approccio (modello della *performance*) considera le sostanze come strumento funzionale per migliorare le prestazioni lavorative (ritmo sonno/veglia, re-

sistenza alla fatica, socialità): esso coinvolge alcune professioni piuttosto che altre e ad alcune droghe che meglio si prestano al raggiungimento di questo obiettivo.

Un terzo modello deriva dai risultati di recenti studi che considerano aspetti quali la prossimità e la tolleranza culturale nei confronti di una società sempre più consumatrice di droghe. In questo caso, è il processo di normalizzazione a portare le droghe e l'alcol nel contesto di lavoro dato che nei contesti professionali non solo è possibile rintracciare la presenza fisica di sostanze (concetto di *availability*, ovvero di disponibilità), ma al contempo esiste una certa tolleranza e, talvolta, persino condotte incoraggianti rispetto al consumo di sostanze psicotrope (ridotto controllo sociale) [Frone 1999].

A questi tre modelli – a ciascuno quali sarà dedicato un paragrafo nelle pagine seguenti – potrebbero essere sommati altri due modelli: un primo modello insiste sull'uso ricreativo delle sostanze, ovvero un consumo orientato ad incrementare le situazioni di piacere psico-fisico; un secondo modello spiega la fruizione con motivazioni connesse ad una situazione di *addiction*, ovvero di dipendenza psico-fisica: secondo questo modello, il lavoratore assume droga anche sul luogo di lavoro in quanto ha sviluppato una condotta tossicomane.

Tuttavia, questi due ultimi modelli non saranno approfonditi nei prossimi paragrafi in quanto si ritiene che ambedue traggano origine da una situazione extra-lavorativa, sebbene le loro ricadute si dipanino in un secondo momento anche nei contesti professionali e pertanto debbano essere considerati sia in chiave preventiva sia in termini di cura e riabilitazione.

#### *1.4.1 – Il modello della fuga: il disagio psico-sociale come fattore di rischio*

Da un punto di vista storico, la legislazione in materia di sicurezza del lavoro si è posta come obiettivo la tutela della salute del lavoratore scongiurando i rischi di tipo fisico (es. urti, cadute), chimico (es. esposizione a fumi tossici) e biologico (es. infezioni) [Cortese 2009].

Recentemente, invece, si sta sviluppando un'attenzione sempre maggiore verso le variabili che incidono sul benessere psicologico e questo per un duplice motivo:

- si è affermato un concetto olistico di salute, intesa quale stato di completo benessere dal punto di vista fisico, psicologico e sociale (definizione sancita dall'OMS durante il Convegno di Alma Ata del 1978);
- le ricerche condotte in ambito aziendale convergono nel riconoscere come il benessere psicologico abbia importanti ricadute positive in termini di produttività, mentre il malessere è correlato a infortuni, assenteismo, conflitti con superiori e colleghi, uso di sostanze psicoattive.

Parlando di modello della fuga mi riferisco al filone di studi che enfatizzano il ruolo del disagio psico-sociale connesso a condizioni di lavoro per comprendere l'eziologia del consumo di alcol e droghe, strumenti attraverso i quali il soggetto rende più tollerabile lo stato di sofferenza. In altri termini, «siccome per un numero sempre maggiore di persone la condizioni di normalità si sta trasformando in uno stato sempre meno sopportabile, un numero crescente di individui ricorre sempre più ai mezzi che aiutano a evadere la realtà, rimuoverla o abbellirla» [Amendt 2003: 17] e le «droghe vengono usate come mezzi di automedicazione» [ibidem: 42] in un quadro ove sempre più «sfuma il confine tra medicinale e droga, tra sostanza per curarsi e sostanza stupefacente» [ibidem: 43].

Cipolla [2008] ipotizza come l'utilizzo della cannabis, la sostanze illegale più diffusa [Emcdda 2009], risulti per molti soggetti un derivato dell'ipercelerità sociale, dello stress e della competizione professionale che essa cerca di contenere: «Una società che accelera i suoi tempi, dove questo è sempre più denaro, travolge la quotidianità, la rende ansiosa e a rimando continuo, determinando fatica, stanchezza, disagio psichico. La cannabis tende a pacificare tutto questo, a rilassare il soggetto, a trasformare affanno e trepidazione in calma e tranquillità» [Cipolla 2008: 23].

La maggior attenzione al tema emerge anche dalle recenti modifiche dell'ordinamento legislativo italiano, quando – con l'approvazione del Testo Unico del lavoro, L. 81/2008 – si inserisce tra gli obblighi del lavoratore quello della sorveglianza sanitaria verso i rischi psico-sociali<sup>17</sup>. L'articolo 28, comma 1 del Testo Unico (L. 81/2008) prevede, infatti, che la valutazione del rischio sia un obbligo non delegabile del datore di lavoro e debba riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori “ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato, secondo i contenuti dell'accordo europeo dell'8 ottobre 2004”.

Nel corso degli anni Ottanta, l'ILO (*International Labour Organisation*) definisce il rischio psicosociale come “insieme delle interazioni fra le variabili riferibili a contenuto, organizzazione e gestione del lavoro, da un lato, e competenza ed esigenze del lavoratore, dall'altro. [...] I rischi psicosociali sono il risultato di aspetti di progettazione e gestione del lavoro che possono procurare danni di natura psicologica nonché particolari dinamiche relazionali con i colleghi” [ILO cit. in Cortese 2009].

Uno dei più noti rischi psico-sociali è lo stress che può essere definito come l'«insieme di reazioni fisiche o emotive dannose che si manifestano quando le richieste poste dal lavoro non sono commisurate alle capacità, risorse o esigenze del

---

<sup>17</sup> Si rinvia al § 3.1 per un approfondimento sulla normativa italiana.

lavoratore» [Niosh 1999: 6]. In uno studio del 2005, oltre il 20% dei lavoratori dei 25 Stati membri dell'Ue hanno affermato di percepire un rischio per la propria salute a causa dello stress. I costi diretti dello stress sul lavoro sono pari al 4% del Prodotto interno lordo [European Commission, cfr. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=716&langId=en&intPageId=227>].

Lo stress coinvolge la relazione tra una determinata persona e un certo ambiente le cui sollecitazioni mettono a dura prova o vanno oltre le capacità di adattamento della persona per cui si verifica un'alterazione del benessere e si possono innescare strategie di adattamento. Il termine (derivante dal latino "stringere", il cui participio passato è *strictus*, che significa "stretto, angusto, serrato") si è diffuso nel 1600 con il significato di "difficoltà, avversità" [Cortese 2009]. Nel gergo di fabbrica del periodo della rivoluzione industriale lo stress indicava la resistenza dei metalli all'applicazione di forze, mentre oggi il termine ha assunto una connotazione negativa, ma sono opportune alcune precisazioni. Cortese [ivi] ci ricorda che lo stress lavorativo non è negativo *tout court*, dato che un certo livello di stress (ovvero un livello non superiore alle capacità del soggetto) ha una funzione positiva in quanto migliora le sue prestazioni. Il ciclo dell'*arousal* (livello di attivazione) prevede pertanto tre possibili stadi: 1. una fase di non-stress (non attivazione); 2. una di eu-stress (stress buono che produce una situazione adattativa); 3. distress (stress cattivo nel quale emerge un *gap* tra lo stimolo/richiesta e la capacità di risposta/reazione). Lo *stressor* è lo stimolo inducente, input in grado di indurre lo stress. Bennet e Lehmann definiscono lo stressor come «esposizione, condizionamento ambientale o incidente stressante», mentre lo *strain* fa riferimento alla reazione psicologica a tale esposizione [1999: 300].

I soggetti possono rispondere molto diversamente alle situazioni stressanti sviluppando maggiore eustress (la situazione è vissuta come piacevole) oppure distress (situazione ansiogena)<sup>18</sup>. Per far fronte alla sfida, uno soggetto deve attivare abilità di *coping* (fronteggiamento, ovvero insieme di strategie che permettono di affrontare adeguatamente gli stimoli) e di *mastery* (padronanza, ossia abilità di controllo delle situazioni) [Cortese 2009]. Secondo il Niosch [1999], per comprendere le situazioni di stress e realizzare programmi di prevenzione è necessario comprendere sia le caratteristiche individuali sia le peculiarità dell'ambiente di lavoro (cfr. Fig. 1). «L'esposizione a condizioni di lavoro stressanti (chiamate *stressor*) può avere un'influenza diretta sulla sicurezza dei lavoratori e sulla salute. Ma [...] fattori individuali o legati ad altre situazioni possono aiutare a ridurre

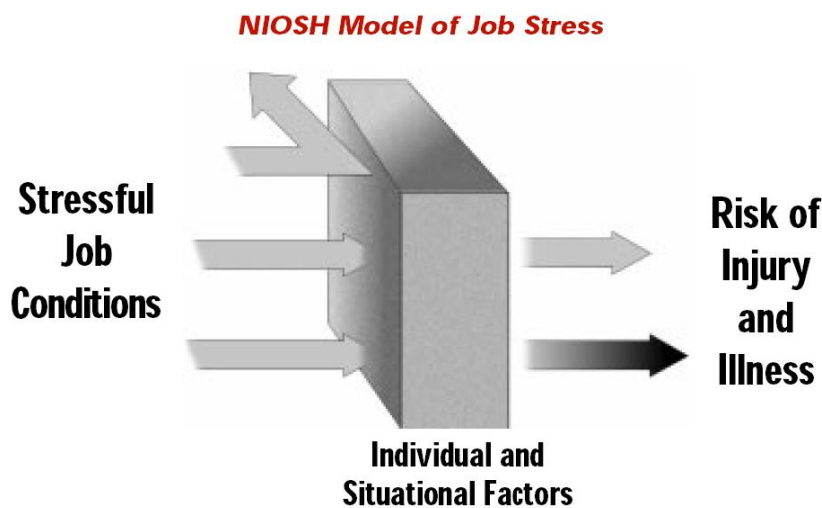
---

<sup>18</sup> Sulla distinzione tra tipologie di stress, cfr. WHO [2004]. Il report sottolinea come un certo livello di pressione sia inevitabilmente collegato alla mansione e ciò non costituisce un fattore di rischio, ma al contrario rappresenta uno stimolo purché tale pressione risulti tollerabile al lavoratore.

gli effetti delle condizioni professionali fonte di stress, come per esempio il bilanciamento tra lavoro e vita familiare privata, il supporto di amici e colleghi, una visione rilassata e positiva» [ivi: 8].

Esistono diversi tipi di *stressor*: legati all'ambiente fisico (eccessivo rumore; temperature insostenibili; vibrazioni; inquinamento dell'aria; scarsa illuminazione), legati alla posizione/ruolo (sovraccarico lavorativo, sia da un punto di vista qualitativo sia da un punto quantitativo; turni di lavoro prolungati e notturni; ambiguità e conflitto di ruolo); dipendenti dalle relazioni (conflitti tra colleghi o problemi della leadership); problemi nello stile dirigenziale (mancanza di coinvolgimento dei dipendenti nelle decisioni adottate dai dirigenti, mancanza di comunicazione..); insicurezza del posto di lavoro (precariato, mancanza di possibilità di crescita professionale ovvero di promozioni, etc.) [Niosch 1999; Cortese 2009].

Fig. 1 – Lo stress sul lavoro secondo il modello NIOSH



Fonte: Niosch [1999: 8]

Secondo la Commissione Europea, Direzione Generale Occupazione e Affari Sociali, i fattori più comuni che possono determinare stress legato all'attività lavorativa sono da ricondursi a:

- organizzazione e processi di lavoro: pianificazione dell'orario di lavoro, grado di autonomia, coincidenza tra esigenze imposte dal lavoro e capacità/conoscenze dei lavoratori, carico di lavoro, ecc.
- condizioni e ambiente di lavoro: esposizione ad un comportamento illecito, al rumore, al calore, a sostanze pericolose, ecc.

- comunicazione: incertezza circa le aspettative riguardo alla professione, incertezza nella definizione dei ruoli e nelle istruzioni ricevute, prospettive di occupazione, un futuro cambiamento, ecc.
- fattori soggettivi: pressione sociale, sensazione di non poter far fronte alla situazione, percezione di mancanza di aiuto, ecc.

Il problema principale deriva dal fatto che alcuni di tali fattori hanno la caratteristica di essere difficilmente misurabili all'interno dell'azienda in quanto non si può fare ricorso a rilevatori oggettivi e meccanici come per esempio è possibile fare per le rilevazioni ambientali sul rumore o la temperatura. Si rammenti, infatti, che nella determinazione dello stato di stress c'è sempre una valutazione cognitiva da parte del soggetto tale per cui la situazione viene giudicata come fonte di pressioni eccessive rispetto le capacità e competenze del singolo [Cortese 1999]. Tale aspetto richiede quindi l'intervento di tecniche di analisi che tengano conto della "soggettività" correlata al modo di percepire l'incidenza delle caratteristiche culturali ed organizzative dell'azienda sul benessere individuale dei collaboratori.

A tale scopo è necessario che il datore di lavoro abbia ben chiaro che la valutazione dello stress sul lavoro e i rischi ad esso correlati richiedono una duplice analisi orientata a valutare da un lato le caratteristiche sintomatologiche individuali dello stress (che definiremmo "sintomi individuali"), dall'altro i possibili indici di presenza di stress all'interno dell'azienda ("sintomi organizzativi").

Numerose ricerche hanno individuato un legame tra stress, alienazione e consumo di sostanze psicoattive. Mentre Frone [1999] propone di considerare l'alienazione come uno dei possibili *stressor*, Trice e Sonnenstuhl [1988] distinguono l'alienazione dallo stress lavorativo. Con il primo termine si intende una situazione nella quale il lavoratore svolge mansioni che richiedono abilità molto basse, non ha controllo del proprio compito e scarsa/nulla possibilità decisionale. Al contrario, lo stress lavorativo deriva da condizioni ambientali, relazionali, connesse alle aspettative della mansione che creano nel lavoratore un disagio psicologico. A parere degli autori, i due concetti devono essere separati in quanto il primo si basa su un'idea del tutto assente nel secondo, ovvero il fatto che il lavoro sia un fondamento di realizzazione della vita umana.

Greenberg e Grunberg [1999] ritengono che il concetto di alienazione includa due dimensioni:

- le abilità: una mansione alienante non permette il pieno sviluppo delle capacità del soggetto;
- il controllo: un lavoratore alienato è per nulla o scarsamente coinvolto nelle decisioni aziendali, non può influenzare l'organizzazione del lavoro complessivo né individuale.



Karasek [1979] afferma che lo stress (e in particolare la tensione nervosa) derivano da un'alta domanda psicologica unita ad un basso potere decisionale sul lavoro. Il concetto di ambito decisionale è inquadrato in un'ottica bidimensionale consistente in due tipi di caratteristiche lavorative: *task authority* (potere decisionale), cioè il controllo sulla propria situazione lavorativa, e *skill discretion* (traducibile come domanda psicologica), ovvero la possibilità che il lavoratore ha di usare le proprie capacità e competenze nell'eseguire quanto richiestogli (cfr. Fig. 2).

In uno studio del 1995, gli autori dimostrano come la relazione tra alienazione e consumo di alcol sia indiretta anziché diretta, mediata da sentimenti come la soddisfazione per la mansione e le credenze circa il fatto che bere alcolici possa essere un'efficace strategia di fronteggiamento.

Johnson e White [1995] studiano gli effetti sul consumo di alcol e marijuana derivanti dall'ingresso nel mondo del lavoro (occupazione a tempo pieno) per 1.380 giovani del New Jersey. Attraverso calcoli di regressioni logistica – ove sesso, età e stato civile sono variabili di controllo – si scopre che, in particolare fra i maschi, l'insoddisfazione porta ad una maggior propensione a consumare alcol, mentre l'alienazione porta a sensibili incrementi nella fruizione di marijuana.

Lehman e colleghi [2002] cercano di approfondire il legame tra lavori rischiosi e consumo di sostanze. A loro avviso, i fattori dell'ambiente di lavoro che maggiormente influenzano il consumo di alcol e droghe sono lo stress (eccessive richieste rispetto alla mansione, tensioni fra i gruppi di lavoro, pericoli ambientali) e le tensioni (mancanza di controllo sul proprio lavoro, condizioni stressanti e bassi legami organizzativi).

Lo studio di Bennet e Lehmann [1999] dimostra come esista una correlazione non solo tra stress e consumo di sostanze psicoattive, ma anche con altre situazioni come un aumento del mobbing e della conflittualità fra colleghi.

Moisan e colleghi [1999], rifacendosi agli studi di Karasek, cercano di verificare l'associazione tra stress lavorativo ed uso di tranquillanti, sedativi e sonniferi. Dalla ricerca, che ha coinvolto 2.786 colletti bianchi canadesi, emerge come lo stress (e il conseguente abuso di sostanze) sarebbe più elevato tra manager che presentano scarsa libertà decisionale, dove con questa espressione si include l'abilità di discrezione (l'opportunità di utilizzare la creatività ai fini dell'aumento della produttività) e il potere decisionale in termini di capacità di prendere decisioni vincolanti anche per altri lavoratori. I calcoli di regressione logistica rivelano come l'associazione tra stress e uso di sostanze psicotrope sia statisticamente significativa, eliminando l'influenza di variabili quali l'età, il genere, il reddito fa-

migliare, lo status occupazionale, l'attività fisica, la fruizione di sigarette, il consumo di alcol.

Nel 1983 Seeman e Anderson elaborano un approccio al tema della relazione tra stress e lavoro che ha per fondamento l'idea che una mansione alienante abbia conseguenze negative per lo sviluppo della salute umana e della personalità (*alienation model*) [1983]. Le conseguenze di un'attività lavorativa così caratterizzata possono consistere in una serie di comportamenti che spesso sfociano nell'uso di bevande alcoliche o in fenomeni depressivi, a danno di una normale vita sociale ed affettiva. Il lavoro alienante consiste nell'essere coinvolto in processi di produzione in modo tale da non risultare in grado di lavorare in maniera autonoma, consapevole e creativa; il lavoratore è cioè incapace di operare un sufficiente livello di controllo sui propri prodotti ed attività [Armand Ugon 2000].

Fig. 2 – Il rapporto tra potere decisionale e domanda psicologica nel modello di Karasek

|                    |       | Domanda psicologica   |  |
|--------------------|-------|-----------------------|--|
|                    |       | Bassa tensione        | Alta tensione  |
| Potere decisionale | Alto  | Coinvolgimento attivo | Apprendimento, motivazione a sviluppare nuove conoscenze |
|                    | Basso | Scarso coinvolgimento | Rischio di stress psicologico e fisico                   |

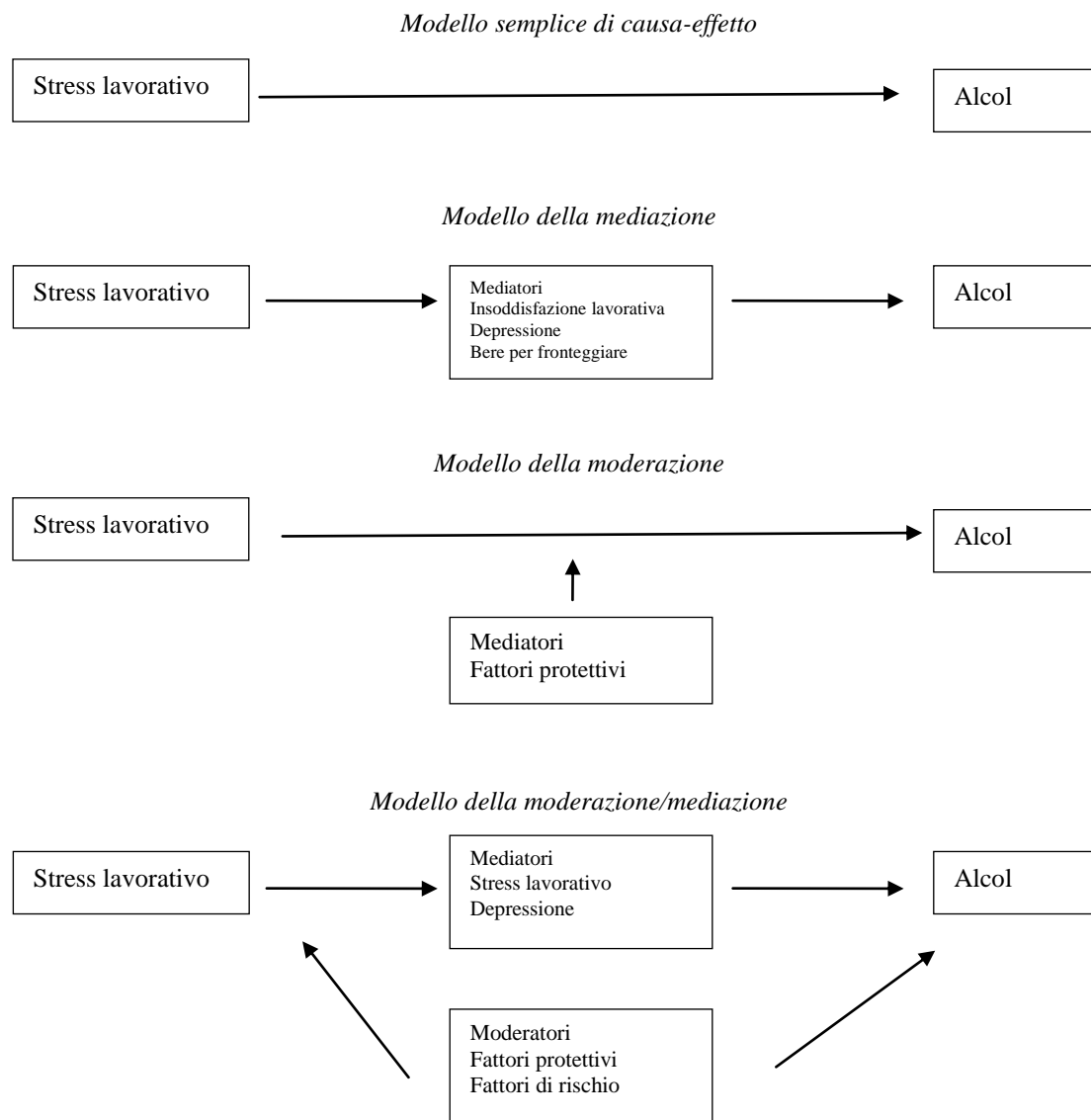
Fonte: Karasek [1979: 288]

Questa situazione oggettiva ha risultati psicologici e comportamentali osservabili e misurabili. I risultati delle ricerche dimostrano come di tutte le variabili riscontrabili nell'ambiente di lavoro, solamente la mancanza di indipendenza e di autonomia lavorativa mostrino una significativa associazione con i problemi legati al consumo di alcolici [Armand Ugon 2000]. Tuttavia, la maggior parte degli effetti del lavoro alienante sui problemi relativi all'uso di sostanze alcoliche è indiretto e richiede l'esistenza di determinate tendenze psicologiche o orientamenti attitudinali.

Frone [1999] evidenzia come negli studi che testimoniano un legame tra stress lavorativo e alcol si possono individuare quattro modelli (Fig. 3):

- modello semplice di causa effetto (*simple cause-effect model*): si rileva una correlazione tra i due fenomeni. Questo approccio ha però due limiti: 1. in primo luogo, non è bene chiaro perché lo stress causi il consumo di alcol e non si possa avere una visione opposta del senso della relazione; 2. non si motiva come mai lo stress generi un consumo di alcol e non altri comportamenti;

Fig. 3 – Relazione tra stress lavorativo e consumo di alcol: i quattro modelli di Frone



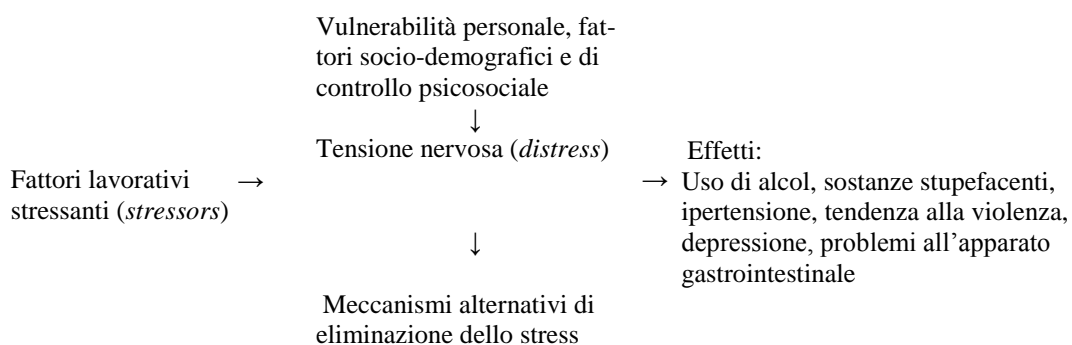
Fonte: Frone [1999: 287]

- modello della mediazione (*mediation model*): questo approccio analizza i cosiddetti “mediatori”, ovvero i fattori di rischio, le variabili intervenienti che conducono dallo stato di stress all’abuso di alcol. Esempi sono: l’insoddisfazione professionale, la depressione, il tentativo di fronteggiare la situazione. A differenza del precedente modello, si tenta di spiegare perché e come lo stress lavorativo influenza il consumo di alcol;

- modello delle moderazione (*moderation model*): introduce lo studio dei fattori di protezione, ovvero di quelle caratteristiche che rendono il soggetto meno vulnerabile all'azione dello stress (fattore di rischio); questo approccio tenta di spiegare quando e sotto quali condizioni lo stress può determinare/influenzare il consumo di alcol;
- il modello della moderazione mediazione (*moderation mediation model*), combinando i due precedenti modelli, cerca di comprendere l'azione congiunta e reciproca tra fattori di protezione e fattori di rischio su ambedue gli elementi studiati (stress e consumo di alcol). Cerca di spiegare come e quanto tali fenomeni sono collegati.

Un'altra teorizzazione in merito è rappresentata dallo *spillover model* (denominato anche *coping model*), secondo il quale le persone possono reagire a condizioni ambientali stressanti adottando numerose strategie di fronteggiamento [Greenberg, Grunberg, Moore 1998]. In generale, ci sono soggetti che preferiscono (o riescono) ad agire sulle emozioni negative (*emotion - focused coping*), mentre altri cercano di affrontare direttamente il problema reagendo frontalmente allo stress<sup>19</sup>.

Fig. 4 – Caratteristiche del modello spillone



Fonte: Grunberg, Greengerg, Moore [1998: 491]

Secondo questo modello (Fig. 4), attraverso l'uso di alcol e droghe l'individuo cerca una via di fuga a una situazione di tensione psicosociale che origina nel lavoro, ma che non termina con la fine dell'attività lavorativa, continuando i suoi effetti all'esterno del luogo di lavoro e nell'arco dell'intera giornata. Detto altri-

<sup>19</sup> Cfr. Roman, Blum, Martin [1992], i quali dimostrano come in numerosi studi relativi all'uso di alcolici durante e dopo l'attività lavorativa si rilevi una correlazione con la difficoltà o l'impossibilità a recuperare la propria tranquillità una volta terminato il lavoro e la presenza di stress da lavoro e di emozioni negative quali, per esempio, la paura, il senso di frustrazione, l'incapacità a reagire.

menti, un'occupazione molto stressante genera un desiderio nel lavoratore di ridurre la tensione bevendo, o facendo uso di altre sostanze psicotrope, non avendo meccanismi alternativi capaci di attenuare questo tipo di sofferenza mentale (come per esempio l'esercizio fisico), e non riuscendo a sopportare a lungo la tensione in altro modo. Gli agenti stressanti del lavoro (*stressors*) aumentano le emozioni negative (*distress*), le quali a loro volta generano abuso di sostanze alcoliche e stupefacenti e altre problematiche, specialmente tra soggetti vulnerabili che non possiedono sufficienti risorse per rispondere in modo adatto alle situazioni lavorative stressanti e alla sofferenza conseguente [Armand Ugon 2000]. Alcol e droghe possono dunque esercitare un effetto tampone alla situazione di disagio, una valvola di sfogo attraverso la quale il senso di sofferenza è sopito, quietato, evitato.

#### *1.4.2 – Il modello dell'efficienza: la ricerca della performance*

Fino a questo punto abbiamo visto che la fruizione di sostanze psicoattive è stata letta prevalentemente come tentativo maldestro di fuga [Ambrosetti et al. 2006], ovvero di evasione, allontanamento dal mondo, obnubilamento, decompressione, distanziamento. Questo modello eziologico considera il ricorso a sostanze come l'alcol o la cannabis quale risposta all'esigenza di gestire un'energia eccessiva, ritenuta nociva, oppure per rilassarsi alla fine di una giornata lavorativa, o ancora per curare possibili disagi psicosociali legati all'ambiente di lavoro, quasi come tecnica di autogestione della salute mentale [Ambrosetti et al. 2006], così come è emerso nelle ricerche presentate fino a questo punto.

Tuttavia, come anticipato, negli ultimi anni studiosi ed esperti hanno letto i nuovi trend di consumo sotto una lente diversa che vede nell'aumento dei consumatori di sostanze stimolanti (cocaina e amfetamine in particolare) il tentativo da parte dei fruitori di migliorare la propria performance, ovvero si è ipotizzato che i lavoratori fanno uso di eccitanti per migliorare la propria resistenza alla fatica, allo sforzo nonché per incrementare l'efficienza risultando così più facilmente vincenti nella crescente competizione che caratterizza le attività professionali. In altre parole, un mondo che risulta essere sempre più capitalistico e dominato dall'etica sacrificale della prestazione lavorativa o dalla logica del mercato, è del pari e necessariamente un mondo sempre più orientato alla performance, alla resa massima possibile, al successo, alla competizione, all'efficienza. L'aiuto delle droghe è in questo caso «sia un supporto funzionale quasi imposto dall'esterno, sia una sorta di rilassante complementare: esiste un doping nello sport, così come esiste nell'attività professionale» [Cipolla 2007c: 191]. Con le parole di Amendt

«La strada farmacologica per l'incremento delle prestazioni lavorative [...] non si presenta priva di rischi. [...] Chi tuttavia, per non finire dalla parte dei perdenti, vuole stare al passo con la velocità delle macchine e dei processori, deve essere in principio disposto ad adattarsi con tutti i mezzi disponibili, e a mettere in conto i rischi connessi. [...] Gli individui della società postindustriale vengono lasciati all'autoresponsabilità» [2003: 41].

Queste teorie possono essere inserite più in generale negli studi sullo *human enhancement* (miglioramento umano), ovvero sulle attività che, senza deteriorare la qualità della vita, aumentano una o più delle seguenti dimensioni: il benessere psichico delle persone; le loro capacità cognitive e fisiche; l'estensione della loro vita [Maturò 2008]. Ora, se chiaramente un abuso di sostanze può comportare un peggioramento della qualità della vita, un consumo moderato di farmaci o sostanze eccitanti è soggettivamente percepito dal fruitore come consumo realizzato entro un margine di relativa sicurezza volto a migliorare le prestazioni senza determinare conseguenze nocive in termini di salute e benessere. Il miglioramento umano si distingue da un intervento di cura perché mentre quest'ultima cerca di riportare il patologico al normale, lo *human enhancement* agisce sul miglioramento di uno stato di normalità [Rose, cit. in Maturò 2009].

Il modello "efficientista" considera le droghe come *medium* tramite i quali i lavoratori aumentano in maniera diretta la produttività in quanto agiscono sulla resistenza alla fatica, ma al contempo incrementano la socialità e l'espansività. Questo modello si traduce in uso performativo e strumentale delle droghe [cfr. Bertolazzi 2008]. Con le parole di Cipolla [2007a: 40]: «Oggi la vita è iperuso di spazio, di possibilità, di lavoro, di svago. Tutto va accelerato. La droga non è altro che il doping di questa accelerazione senza confini. Essa favorisce ogni cosa: dall'etica sacrificale della performance lavorativa alle prestazioni sessuali». Un modello, questo, che ci ricorda il consumo di cocaina da parte di coloro che fanno lavori ad elevato sovraccarico fisico, come emerso in un articolo pubblicato su "La Repubblica" nel quale si denuncia l'utilizzo della sostanza nei cantieri edili: «[I lavoratori] si drogano per abbattere la fatica e aumentare la produttività. Tirano cocaina e ingrossano lo stipendio. Si alzano dal letto e se la sparano dopo il caffè, prima di andare al lavoro. Si sentono indistruttibili. Sgobbano anche quindici ore di fila in cantiere. Dall'alba fino a sera» [«La Repubblica», 20 settembre 2006]. Secondo i medici competenti coinvolti nello studio presentato dal noto quotidiano, all'interno dei cantieri edili un lavoratore su 5 assume cocaina durante i giorni feriali per sopportare meglio la fatica del lavoro [ivi]. Non a caso la cocaina è, fra le sostanze stimolanti, quella che più probabilmente risponde alla logica performativa intesa come aumento diretto della produttività: «Non è una droga

che ti “fa” ma una droga che ti fa fare; è uno strumento ottimo per la cultura di oggi che salta sui veicoli scordandosi le stazioni» [Arnao 1993: 27]; «è una droga che si può assumere sul posto di lavoro e mentre si lavora, senza dare particolarmente nell’occhio, e grazie alla quale si produce forse meglio, certamente di più» [Merzagora 1997: 79].

Di recente si è sviluppato un certo interesse anche per il consumo di sostanze tra coloro che svolgono mansioni dirigenziali. Per esempio, la crescita del consumo di alcol e droghe fra i manager includerebbe fra le motivazioni un aumento di competitività, problematiche di inserimento, mobbing, pressioni dall’alto, ambizione personale, insoddisfazione; a ciò si aggiunga il contributo delle pressioni al conformismo e all’emulazione [Capecelatro 2004b].

Lo spostamento dell’attenzione dal modello della fuga al modello efficientista si accompagna al passaggio da una concezione di consumatore disadattato a quella di consumatore integrato il quale, attraverso l’autogoverno e la gestione della fruizione delle sostanze, riesce a regolare il consumo delle sostanze psicotrope evitando situazioni di uso compulsivo e lo sviluppo di una condotta tossicomaniaca. Tuttavia, questi studi sono ancora ampiamente inferiori e poco sviluppati rispetto a quelli descritti nel paragrafo precedente.

#### *1.4.3 – Il modello della normalizzazione: il ruolo delle norme culturali*

I mutamenti in seno ai pattern d’uso delle sostanze psicotrope e l’ampia diffusione di consumo soprattutto per alcune droghe (alcol e cannabis, in particolar modo) hanno spinto alcuni studiosi ad affrontare il tema della normalizzazione rispetto le pratiche di fruizione di sostanze psicotrope, ponendosi in una posizione antitetica rispetto ai teorici della subcultura drogastica.

Il concetto di normalizzazione<sup>20</sup>, sviluppato da Parker e Aldridge [1998], fa riferimento al processo di accomodamento rispetto a condotte precedentemente considerate devianti all’interno del quadro culturale dominante, ovvero «il processo che porta individui stigmatizzati e devianti [...] ad essere integrati in molti aspetti della vita considerata “normale”, assumendo ritmi e routine, stili di vita e

---

<sup>20</sup> Il termine si è diffuso a partire dagli anni Cinquanta in Danimarca con riferimento al tentativo di creare condizioni di vita paritarie per persone che presentano difetti di apprendimento o altre disabilità [Bertolazzi 2008]. Secondo Goffman [1963] bisogna distinguere tra normalizzazione e normificazione: con il primo concetto, si intende il tentativo da parte di soggetti “normali” di trattare al loro pari soggetti svantaggiati; con il secondo, si fa riferimento al fatto che le persone con svantaggi cercano di apparire normali. Cfr. Bertolazzi [2008]; Mori [2008].

mete culturali» [Bertolazzi 2008: 91]. In riferimento all'uso di sostanze psicoattive, è possibile parlare di normalizzazione se si verificano cinque situazioni: 1) crescente contiguità e disponibilità delle sostanze illegali; 2) tasso crescente di "sperimentatori"; 3) alta diffusione di consumatori; 4) presenza di un atteggiamento tollerante verso il consumo moderato e ricreazionale, rilevato in particolare tra i non consumatori; 5) un livello di adattamento culturale rispetto al consumo di droghe illegali [cfr. Parker, Aldridge 1998; Parker et al. 2002; Parker 2005; Cipolla 2008; Bertolazzi 2008; Mori 2008]. In altri termini, si sostiene che «l'uso corrente di sostanze psicoattive sia una pratica sociale ormai "normalizzata", non più soggetta a processi di stigmatizzazione da parte degli altri e non più riconosciuta deviante da chi la adotta» [Bertolazzi 2008: 78].

Oltre agli elementi individuati da Parker e colleghi, Cipolla [1998] amplia il modello introducendo altri elementi volti a connotare il processo di normalizzazione: in primis, il soggetto non prova senso di colpa per l'assunzione delle sostanze e non si percepisce come drogato; è probabile che nelle rete amicale di ciascun individuo ci siano consumatori, fatto che presuppone la possibilità di un'offerta la quale impone una scelta circa la sperimentazione o meno della sostanza; l'uso non impedisce al soggetto di rispondere alle aspettative connesse al *roleset*. Alla luce di questo modello, il consumo di sostanze psicoattive rappresenta soltanto una delle attività devianti possibili che spesso può essere associata ad altre condotte imprudenti come per esempio i rapporti sessuali a rischio o gambling. Secondo il modello della normalizzazione, la fruizione di droghe avviene per lo più con finalità ricreative senza che si sviluppino situazioni di *addiction*, tanto è vero che, secondo Parker [2005], soltanto il 10% dei consumatori di sostanze sviluppa un comportamento problematico, mentre la maggior parte rappresenta un fruitore ricreazionale, ovvero un soggetto che consuma per piacere le droghe non sviluppando una sintomatologia astinenziale.

Applicando il modello al consumo di sostanze psicoattive da parte dei lavoratori, la condotta non deve essere ascritta al tentativo di quietare uno stato di insofferenza che nasce da situazioni di stress e alienazione originatesi nella mansione (paradigma della fuga) né tanto meno al desiderio di aumentare la performance lavorativa quanto piuttosto quale esito di un processo di accomodamento culturale tale per cui l'uso di alcol, psicofarmaci e droghe rappresenta un comportamento tollerato (a volte, persino incoraggiato) volto alla soddisfazione di bisogni funzionali. In altre parole, in questa ottica le sostanze diventano beni, prodotti di consumo in grado di produrre l'effetto desiderato e il soggetto può fruirne senza essere considerato – da se stesso e dai colleghi – un tossicodipendente, in quanto l'uso è moderato, funzionale, autoregolato, riflessivo, tale per cui «le sostanze da oggetti



subculturali si stanno trasformando in veri e propri oggetti culturali» [Mori 2004: 151] e «consumarle o non consumarle è una scelta che si prende come si prendono altre scelte che contraddistinguono la costruzione riflessiva del proprio *self* nella società del rischio» [Mori 2008: 381], ovvero ««la scelta di utilizzarle si basa sia sul ragionamento di un equilibrio tra fattori soggettivi e fattori oggettivi che sulla valutazione razionale di rischi e benefici all'interno di un determinato ambiente sociale in cui è disponibile» [Pavarin 2008: 97]. A determinare un tale atteggiamento, è notevole il ruolo di accettazione sociale da parte degli altri che non utilizzano dispositivi di sanzione morale e sociale al fine di scoraggiare il consumo.

Riprendendo Nicholson e colleghi [2002], si può affermare che, per alcune delle droghe il cui uso è proibito dalla legge, non viene meno la normalità legale, ma di certo si mette in gioco la normalità morale e si sfida anche la normalità statistica<sup>21</sup>. Si noti, tuttavia, che tale processo non coinvolge tutte le sostanze, ma alcune in particolare, come per esempio la cannabis [Parker, Aldridge 1998; Cipolla 2008].

La relazione tra forme di controllo sociale informale e consumo di sostanze psicoattive è un tema preso in considerazione dagli studi sociologici. Lemert [1981], per esempio, ha analizzato il rapporto tra uso di alcol e clima culturale: l'Autore riconosce una duplice valenza e interpretazione della fruizione di bevande alcoliche, in quanto se da un lato esse favoriscono la riduzione delle distanze sociali ed il rafforzamento dei legami all'interno del gruppo – acquisendo il valore di «reattivo sociale [e] sedativo per i conflitti individuali» [ibidem: 145] – dall'altro l'abuso di alcolici favorisce una serie di problematiche che investono sia il singolo sia la collettività. Pertanto, il consumo di alcolici si caratterizza per una diffusa approvazione sociale a cui fa da contraltare un tentativo di controllo delle istituzioni preposte al mantenimento dell'ordine sociale.

Spostando l'attenzione dal mondo della vita al mondo del lavoro, si possono citare numerosi studi che hanno sottolineato come una cultura professionale tollerante verso i consumatori possa far sì che il lavoratore fruisca di sostanze psicoattive (in particolare, di alcol) nei luoghi di lavoro al pari della vita privata. Nel dettaglio, sono stati discussi due fattori chiave: il controllo sociale (*Social Control*) e la disponibilità (*Availability*). Con la prima espressione si fa riferimento al complesso di meccanismi che influenzano il comportamento dei soggetti in direzione di

---

<sup>21</sup> Nicholson et al. [2002] sottolineano come la normalità possa essere letta in tre accezioni: statistica (il comportamento normale è quello maggiormente diffuso in una popolazione); morale (è normale ciò che è eticamente accettato e condiviso in una comunità) e legale (è normale ciò che è consentito dalla legge). Maturo [2009], riprendendo Horwitz [2008], discute anche di normalità evolutiva (è normale ciò che risulta vincente nella selezione della specie).

una conformità verso la cultura *mainstream* [Parsons 1951]<sup>22</sup>, mentre il concetto di *availability* implica una dimensione fisica (possibilità di reperire e consumare sostanze sul luogo di lavoro) e una dimensione sociale (*workplace culture* che incoraggia e tollera il consumo; in questo senso, il concetto è strettamente correlato alla dimensione del controllo sociale).

Nello studio di Trice e Sonnenstuhl [1990] due dei quattro fattori<sup>23</sup> in grado di predire il consumo di bevande alcoliche sul luogo di lavoro possono essere ricondotti alla teoria della normalizzazione: la dimensione culturale, ovvero la presenza di norme che considerano tollerabile o persino desiderabile il consumo di alcol; il controllo sociale, ossia la presenza di gruppo di lavoro che non scoraggia la pratica del bere.

Arnes e Grube [1999] affrontano la questione del consumo di alcolici sul luogo di lavoro alla luce del cosiddetto paradigma culturale secondo il quale i due fattori chiave per comprendere l'eziologia del consumo sono la disponibilità e la prossimità, ovvero si ritiene che i dipendenti tendano a fruire della sostanza se è presente nel contesto e se i colleghi bevono.

Piuttosto convergente rispetto a questi risultati è lo studio di Ames e Janes [1992] che hanno condotto una ricerca sui fattori occupazionali associati al consumo di alcol. Nello studio emergono i seguenti determinanti:

- regolazione normativa in materia di alcol: comprende le credenze, i valori e gli atteggiamenti sviluppati e mantenuti attraverso meccanismi sociali e strutturali all'interno del luogo di lavoro. Ciò si realizza, per esempio, attraverso il controllo sociale, tale per cui nei contesti ove sono presenti deboli forme di controllo il consumo di alcol aumenta. Anche la disponibilità, ovvero la possibilità e la relativa facile reperibilità della sostanze, rappresenta un fattore importante;
- organizzazione del lavoro e fattori di contesto: comprende fattori come lo stress (complessità della mansione, rischio associato ai compiti, timore di essere licenziato) e l'alienazione (impossibilità di controllare il proprio lavoro, compiti ripetitivi, senso di impotenza);

---

<sup>22</sup> Secondo Parsons [1951] tre sono i modelli essenziali di controllo sociale: l'isolamento, l'allontanamento e la riabilitazione. L'isolamento implica l'allontanamento del deviante dal gruppo senza che ciò preveda alcuna forma di riabilitazione. L'allontanamento, invece, limita i contatti tra il deviante e la società, ma per un periodo di tempo limitato, consentendo un eventuale reinserimento del soggetto all'interno del tessuto sociale. La riabilitazione, infine, è un processo tendente a reintrodurre l'individuo deviante all'interno del contesto sociale a condizione che egli accetti il ruolo e le norme di comportamento assegnatigli (un caso di riabilitazione è la psicoterapia).

<sup>23</sup> Gli altri due fattori sono l'alienazione e lo stress.

- cultura favorevole al consumo di alcol: soprattutto all'interno di alcune categorie professionali, la pratica del consumo di alcolici durante l'orario di lavoro non solo è tollerato, ma addirittura incoraggiato in quanto considerato normale e desiderabile.

Ancora, secondo Delaney e Ames [1995] sostengono come se da un lato l'integrazione sociale e le buone relazioni con i colleghi possono costituire un fattore di protezione rispetto al consumo di alcol, dall'altro l'esistenza di una subcultura favorevole al consumo (*subcultural drinking culture*) può rappresentare un fattore di rischio. Per tale motivo, è importante che fra i lavoratori sia diffusa una *drug policy* che chiarisce il divieto di consumo di sostanze psicotrope sul lavoro al fine di modificare le credenze in merito alla tollerabilità del consumo [ivi].

Secondo Martin et al. [1996b], le tensioni lavorative con i colleghi e la rottura dei rapporti rappresentano fattori che possono indurre il consumo dato che tale situazione determina un indebolimento dei meccanismi di controllo sociale orientati a scoraggiare i consumi.

Mangione et al. [1999] hanno condotto un'indagine su larga scala circa le modalità del bere di lavoratori americani e hanno individuato la presenza di microculture che incoraggiano la pratica e allo stesso tempo tollerano una riduzione della produttività legata al fenomeno dell'*hangover* (postumi di un'intossicazione alcolica).

Ames et al. [2000] confrontano due approcci manageriali diversi, ovvero quello che enfatizza il gioco di squadra (modello giapponese) e quello fondato sulla gerarchia (modello americano) notando che nel primo la disapprovazione per il consumo di alcol è nettamente maggiore.

Rice et al. [1997] sono gli ideatori di uno strumento (YWP, *Your Workplace*) che può essere utilizzato nei luoghi di lavoro per misurare il grado di tolleranza alle pratiche alcoliche da parte dei lavoratori, dimostrando come ad alti livelli di accomodamento si associno elevati consumi di bevande alcoliche.

Delaney e Ames [1995] hanno condotto uno studio su 984 lavoratori americani per verificare l'influenza che le norme del contesto lavorativo esercitano sul consumo di alcol sia durante sia prima del lavoro. Ai soggetti è stato chiesto quale sarebbe stato il grado di approvazione e disapprovazione da parte dei colleghi se consumassero alcol prima di andare al lavoro, durante al lavoro o fossero ubriachi al lavoro. In base alle risposte, gli intervistati sono stati suddivisi tra coloro che hanno colleghi "permissivi" e coloro che hanno colleghi "non permissivi". Maggiore tolleranza si riscontra soprattutto tra i più giovani (percepiscono di avere colleghi permissivi il 69,4% nel gruppo 18-34 anni; 50,4% nel gruppo 35-49 anni; 33,5% nella classe 50-75 anni). I dati rivelano come i primi tendano a consumare

alcol in misura maggiore dei secondi secondo tutte e tre le modalità indagate. Questi risultati, a parere degli autori, debbono rappresentare uno stimolo per i progetti di prevenzione che dovrebbero intervenire sugli atteggiamenti di approvazione/disapprovazione.

Tuttavia, si segnala come il numero di studi volti a sondare l'azione esercitata dall'accomodamento culturale rispetto al consumo di droghe nelle aziende vantino una tradizione meno consolidata rispetto alle ricerche che indagano il rapporto tra contesto culturale lavorativo e alcol.

### **1.5 – Per un modello di analisi a eziologia multifattoriale**

L'analisi del rapporto tra universo drogastico e mondo del lavoro si rivela estremamente complesso e gli studi condotti ad oggi – come si è voluto evidenziare nelle pagine precedenti – testimoniano la presenza di una molteplicità di tentativi di spiegazione eziologica. Se è vero che possono essere individuati tre modelli prevalenti (modello della fuga, modello della performance e modello della normalizzazione), il quadro risulta certamente più complesso.

Infatti, alcuni studi paiono non convergere nei risultati, attribuendo scarso o nullo valore a variabili legate alla mansione [Greeberg et al. 1999] o allo stress [Mensch e Kandel 1988; MacDonald et al. 1999]. Contemporaneamente, sono introdotte altre variabili (per esempio di natura economica, cfr. Garcia 1996; Kae-stner e Grossman 1998). Infine, sono costruiti – attraverso l'impiego della regressione logistica – alcuni modelli che considerano simultaneamente l'effetto di variabili legate al mondo della vita e del lavoro. Vediamo alcuni di questi studi.

Mensch e Kandel [1988] sottolineano come, sebbene siano numerosi gli studi che insistono sull'influenza di alcune variabili legate al contesto lavorativo ed alla professione sui consumi di alcol e droghe, in realtà tale fruizione deve essere imputata in misura maggiore a variabili individuali, come l'abbandono scolastico precoce, la partecipazione ad attività devianti, il fatto di non essere sposati. Ancora una volta il punto di partenza delle due autrici sono i dati raccolti nel *National Longitudinal Survey of Youth*. Rimandando alle tabb. 2 e 3 per un'analisi dettagliata dei risultati, si sintetizzano brevemente le conclusioni più interessanti che, a parere delle autrici, si riassumono in pochi punti. In primo luogo, l'unica relazione davvero significativa è rappresentata dal legame inverso tra titolo di studio e consumo di tabacco. Fra i diversi settori industriali, infatti, non emergono differenze significative legate alle variabili indagate per quanto concerne il consumo negli

ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni di alcol, marijuana e cocaina. Una parte non trascurabile di coloro che sperimentano le sostanze nella via privata hanno fruito di alcol e droghe sul luogo di lavoro (il 19% dei maschi e il 9% delle femmine consumatori di marijuana nell'ultimo anno; il 12% dei maschi e il 10% delle femmine per la cocaina). Tuttavia, coloro che consumano sostanze sul lavoro, a parere delle autrici, rappresentano una percentuale molto ridotta della forza lavoro.

La Tab. 2 mostra le correlazioni tra il consumo di sostanze psicoattive negli ultimi 12 mesi e alcune variabili lavorative considerate influenti nel determinare la fruizione di droghe. Le analisi statistiche rivelano come la forza della relazione sia sempre maggiore nei maschi rispetto alle femmine e significativa per il consumo di tabacco piuttosto che per le altre sostanze.

Si noti come, fatta eccezione per le condizioni fisiche negli uomini e la notevole complessità della mansione per ambo i sessi, tutte le correlazioni legate ai generi siano inferiori allo 0,1. La più significativa associazione si rileva in relazione al consumo di tabacco tra gli uomini dato che ogni variabile, fatta salva la pressione lavorativa, è correlata alla fruizione di tale sostanza.

Nei maschi, l'eccessiva complessità della mansione, la discrezionalità e l'autorità decisionale sono correlate negativamente all'uso di marijuana, mentre lo sforzo fisico presenta un'associazione positiva.

Nelle femmine, la richiesta di abilità complesse, il supporto del supervisore e la complessità della mansione sono associate negativamente all'uso di marijuana; al contrario si rileva un'associazione positiva con le pressioni lavorative. Queste ultime – presumibilmente collegate allo stress – non sono associate con l'uso di sostanze se non per quanto riguarda l'alcol, ma la relazione è debole. Nelle donne, il supporto dei colleghi è correlato positivamente con l'uso di marijuana; l'abilità di discrezione e l'eccessiva complessità sono associate con l'uso di cocaina.

Il passo successivo dello studio ha cercato di verificare il seguente assunto: si suppone che un alto grado di controllo possa moderare gli effetti negativi sui consumi di sostanze legate ad un ambiente lavorativo molto stressante. Le categorie professionali sono state suddivise così secondo le seguenti dicotomie: alto controllo/bassa pressione; alto controllo/alta pressione; basso controllo/bassa pressione; basso controllo/alta domanda. Per esempio, si suppone che il mestiere del cameriere si associ a forti pressioni lavorative ed una scarsa discrezionalità sui compiti e dunque basso controllo. Lo schema è stato poi applicato al rapporto tra quantità e frequenza d'uso di ciascuna sostanza, distinguendo fra i due generi (cfr. Tab. 3).

Tab. 2 – Correlazione tra fattori professionali e uso recente/frequenza d alcune droghe

|                                      | Uomini                      |             |           |         |            | Donne                       |             |           |         |            |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------|-----------|---------|------------|-----------------------------|-------------|-----------|---------|------------|
|                                      | Ultimo mese                 | Ultimo anno |           |         | Sul lavoro | Ultimo mese                 | Ultimo anno |           |         | Sul lavoro |
|                                      | Quantità/frequenza di alcol | Tabacco     | Marijuana | Cocaina | Marijuana  | Quantità/frequenza di alcol | Tabacco     | Marijuana | Cocaina | Marijuana  |
| <b>Categorie di Karasek</b>          |                             |             |           |         |            |                             |             |           |         |            |
| <i>Complessità/controllo</i>         |                             |             |           |         |            |                             |             |           |         |            |
| Discrezionalità                      | .04*                        | -.09*       | -.05*     | .00     | -.06*      | .04*                        | -.08*       | -.01      | .05     | -.07*      |
| Autorità decisionale                 | .02                         | -.08*       | -.06*     | -.02    | -.05*      | .04*                        | -.02        | .02       | .03     | -.09*      |
| Pressioni lavorative                 | .04*                        | -.01        | -.01      | .02     | .00        | .04*                        | .02         | .03*      | .02     | -.03       |
| Utilizzo di abilità                  | .04*                        | .06*        | .01       | .01     | .02        | -.02                        | .01         | -.05*     | .00     | -.03       |
| <i>Insicurezza lavorativa</i>        | -.01                        | .05*        | .04*      | .03*    | .06*       | -.04*                       | .05*        | .01       | -.05*   | .00        |
| <i>Relazioni sociali</i>             |                             |             |           |         |            |                             |             |           |         |            |
| Supporto colleghi                    | .00                         | -.05*       | -.04*     | -.01    | -.03       | .01                         | .03*        | .05*      | .01     | .08*       |
| Supporto supervisori                 | -.01                        | -.07*       | -.05*     | .00     | -.07*      | -.08*                       | .02         | -.03*     | -.03    | .02        |
| <i>Condizioni fisiche</i>            |                             |             |           |         |            |                             |             |           |         |            |
| Carico fisico                        | -.01                        | .16*        | .08*      | .02     | .08*       | -.01                        | .07         | .00       | -.02    | .02        |
| Esposizione al rischio               | .00                         | .12*        | .03*      | -.03*   | .05*       | .00                         | .02         | -.01      | -.02    | .04        |
| <b>Categorie di DOT</b>              |                             |             |           |         |            |                             |             |           |         |            |
| Complessità della mansione           | .05*                        | -.12*       | -.05*     | .01     | -.10*      | .07*                        | -.10*       | -.03      | .04*    | -.11*      |
| Abilità motoria                      | .02                         | .06*        | .05*      | .03*    | .06*       | -.02*                       | -.05*       | -.03      | -.02    | .05        |
| Carico fisico                        | -.01                        | .10*        | .04*      | -.02    | .03        | -.03*                       | .06*        | .00       | -.03    | .12*       |
| Condizioni lavorative non desiderate | .01                         | .08*        | .02       | .00     | .02        | -.04*                       | .05*        | .01       | -.02    | .06        |
| Totale                               | 4.995                       | 4.979       | 4.940     | 4.970   | 2.070      | 4.480                       | 4.462       | 4.452     | 4.467   | 1.195      |

\* Significatività: p<.05

Fonte: Mensch e Kandel [1988: 177]

Tab. 3 – Frequenza percentuale di consumo in rapporto alle variabili “controllo sulla mansione” e “pressioni”. Differenze di genere

| <i>Punteggio medio</i> | <i>Alto control-<br/>lo/bassa domanda</i> | <i>Alto controllo/alta<br/>domanda</i> | <i>Basso control-<br/>lo/bassa domanda</i> | <i>Basso control-<br/>lo/alta domanda</i> |
|------------------------|---|--|--|---|
| <b><i>Uomini</i></b>   |   |  |  |   |
| Alcol                  | 2.3                                       | 2.3                                    | 2.2  | 2.4*                                      |
| Tabacco                | 2.8                                       | 2.5                                    | 2.9  | 3.1*                                      |
| Marijuana              | 2.0                                       | 1.8                                    | 1.9  | 2.2*                                      |
| Cocaina                | .6  | .06                                    | .5   | .07*                                      |
| Totale                 | 1.422                                     | 1.418                                  | 1.567                                      | 789                                       |
| <b><i>Donne</i></b>    |   |  |  |   |
| Alcol                  | 1.4                                       | 1.5                                    | 1.3  | 1.4*                                      |
| Tabacco                | 2.7                                       | 2.4                                    | 2.7  | 2.8*                                      |
| Marijuana              | 1.2                                       | 1.3                                    | 1.4  | 1.3                                       |
| Cocaina                | .4  | .4                                     | .3   | .3  |
| Totale                 | 666                                       | 1.116                                  | 811  | 2.042                                     |

Significatività:  $p < .05$

Il range varia da 0 a 6, eccetto per il consumo di sigarette per le donne che varia da 0 a 7.

Fonte: Mensch e Kandel [1988: 178]

Lo tabella evidenzia come esista nei maschi una maggiore propensione al consumo di tutte le sostanze tra coloro che esercitano un basso controllo e devono rispondere a richieste pressanti, anche se le differenze sono trascurabili. Nelle femmine, la correlazione per eccesso di stress riguarda solo l'uso di tabacco.

Ad ogni modo, se il modello di regressione logistica viene ampliato inserendo anche alcune variabili individuali come il titolo di studio o lo stato civile, emerge chiaramente come il peso di questi fattori sia nettamente superiore nel determinare i consumi di alcol e droghe rispetto alle variabili legate al contesto lavorativo.

Questi studi suggeriscono pertanto come la correlazione positiva tra disagio psico-sociale tra i lavoratori e consumo di sostanze, emersa in alcuni studi sociologici citati, debba essere interpretata con cautela alla luce di considerazioni più ampie che coinvolgano variabili individuali e in grado di esplicarsi in modalità differente a seconda della sostanze esaminata.

Lehman et al. [2002] si domandano come mai i consumi siano più alti tra soggetti che svolgono mansioni ad alto rischio. Secondo gli autori il quesito può prevedere due ipotesi:

- le posizioni ad alto rischio si associano a maggiori tensioni, legami organizzativi più deboli, gruppo di lavoro che tollera i consumi;
- i soggetti che occupano mansioni rischiose hanno caratteristiche individuali che li predispongono al consumo di sostanze.

Al fine di verificare quale ipotesi sia più attendibile, gli autori sottopongono un questionario a 1.081 dipendenti pubblici che lavorano nelle aree a sudovest degli Stati Uniti. Di seguito si presentano alcuni risultati dello studio:

- in primo luogo, coloro che svolgono mansioni rischiose sono per lo più giovani maschi con bassi titoli di studio che, com'è noto, tendono a essere più propensi a consumare sostanze illegali e alcol;
- sorprendentemente, gli occupati in mansioni ad alto rischio hanno dichiarato minori livelli di stress percepiti rispetto coloro che sono a basso rischio e quindi, in questo senso, lo stress non si presta, nello studio di Lehman et al. [2002], a spiegare i livelli più alti di fruizione di alcol e droghe.

Coloro che svolgono mansioni pericolose riportano con maggiore frequenza la presenza di colleghi che usano droghe e soprattutto alcol: la tolleranza culturale per la condotta rappresenta il maggior fattore in grado di incoraggiare o, per lo meno, non scoraggiare, il consumo.

In generale, sono più le variabili individuali piuttosto che quelle professionali ad essere collegate al fenomeno, sebbene le condizioni di lavoro (e soprattutto il clima culturale) possono influenzare negativamente una predisposizione individuale. Tuttavia, si sottolinea come spesso i fattori di rischio legati all'ambiente lavorativo siano alla base di una serie di problematiche socio-sanitarie delle quali il consumo di alcol e droghe rappresentano solo una manifestazione.

Spostando l'attenzione dalle caratteristiche che connotano la mansione e il setting aziendale alle variabili strutturali, Garcia [1996] indaga il rapporto tra consumo di sostanze e retribuzione economica, analizzando i dati del *National Longitudinal Survey of the Work Experience* dai quali emerge come la distribuzione di salari premio ha una funzione che scoraggia il consumo di sostanze psicoattive. Ugualmente, la disoccupazione ha una funzione deterrente per quanto concerne la fruizione di alcol e droghe, diversamente da quanto altre ricerche testimoniano.

Di parere opposto sono Kaestner e Grossman [1998] i quali analizzano le motivazioni che spingono un soggetto a consumare sostanze psicoattive nonostante essi siano consapevoli che ciò possa determinare un rischio maggiore di sinistro sul lavoro e, conseguentemente, di perdita di reddito. Supportando la propria tesi con funzioni algebriche, gli autori sostengono che un aumento dei salari può determinare un aumento di consumi di droghe e alcol non soltanto in relazione alla maggiore disponibilità economica, ma anche perché il soggetto tenderà a percepire come meno pericolosa la riduzione di reddito derivante da un possibile infortunio sul lavoro.

Come si evince da questi esempi, le variabili che possono incidere nel rapporto droga e lavoro sono numerose e il tentativo più ambizioso è quello di considerare



l'influenza reciproca fra variabili sia del mondo della vita sia del mondo del lavoro.

Fanno questo tentativo Macdonald e colleghi [1999]. Lo studio ha coinvolto 882 lavoratori dell'Ontario a cui è stato somministrato un questionario postale composto da 28 items riguardanti i possibili fattori di rischio individuati da Ames e James [1992], come appena illustrato. Inoltre, è stato chiesto ai partecipanti di rispondere allo SMAST (*Shorten Michigan Alcoholism Screening Test*) e al DAST (*Drug Abuse Screening Test*), ovvero due test utilizzati negli Usa per rilevare l'uso problematico, rispettivamente, di alcol e droghe.

I risultati sono di grande interesse e sono riassunti nella tabella 4.

Si noti che la regressione logistica è stata realizzata tenendo come variabili di controllo il sesso, l'età e il titolo di studio.

Si evidenzia come, per quanto riguarda l'uso problematico di alcol, alcuni fattori siano statisticamente significativi:

- in relazione alla mancanza di controllo sociale, è più frequente che i consumatori problematici svolgano lavori che richiedano loro viaggi e spostamenti frequenti dal luogo di lavoro;
- disponibilità e uso problematico sono statisticamente correlati;
- in rapporto alle caratteristiche del lavoro, lo svolgimento di un lavoro ripetitivo nei compiti rappresenta un fattore di rischio;
- il fatto di svolgere una mansione pericolosa si associa ad una maggiore probabilità di sviluppare atteggiamenti problematici verso gli alcolici;
- il timore di essere licenziati e l'alienazione non sono variabili associate in modo statisticamente significativo al bere problematico;
- in relazione allo stress, solo una variabile è risultata rilevante, ovvero i cambi turni frequenti;
- la frequentazione dei colleghi rappresenta un fattore di vulnerabilità, tale per cui si deve supporre che l'abitudine a bere alcolici possa essere frutto di un processo di socializzazione e una pratica condivisa.

Per quanto concerne il consumo problematico di droghe, i fattori associati statisticamente significativi sono in numero inferiore rispetto all'alcol, ovvero: la mancanza di controllo sociale e, nello specifico, il fatto di doversi assentare per viaggi di lavoro; fra le caratteristiche della mansione, influenzano il consumo problematico il fatto di svolgere compiti ripetitivi e di non poter mettere in atto le proprie capacità, il rischio di infortunio e malattia associato alla mansione, la frequentazione dei colleghi al di fuori dell'orario di lavoro.

Anche nello studio di Lehman e colleghi [1995] si tenta di analizzare congiuntamente l'effetto di alcuni fattori di rischio sia legati al background personale sia

del contesto lavorativo. Nella ricerca citata sono stati intervistati tramite questionario strutturato e autocompilato 1.325 dipendenti pubblici americani. Dal percorso empirico emerge come, rispetto al consumo di sostanze psicoattive illegali negli ultimi 12 mesi sul luogo di lavoro, rappresentano fattori di maggior rischio il fatto di essere giovani, maschi, non sposati, che non frequentano (o lo fanno raramente) centri religiosi, con precedenti problemi giudiziari, con bassa autostima, con problemi di sostanze psicoattive che hanno riguardato parenti o amici. Rispetto alle caratteristiche del contesto professionale, sono fattori di rischio: lo stress, l'alienazione percepita, l'insoddisfazione, la sfiducia nei vertici aziendali. La mancanza di sorveglianza non influenza al contrario la realizzazione di condotte illecite connesse al consumo di sostanze. Al contrario, sono coloro che svolgono mansioni maggiormente a rischio per quanto concerne l'incolumità individuale o collettiva a fare con maggiore probabilità uso di sostanze sul lavoro: il rapporto è quasi doppio. La conclusione di questo studio è che la prevenzione deve intervenire sia sulla dimensione privata sia sulla dimensione professionale.

Interessante mi pare anche la ricerca di Greenberg et al. [2003] che hanno realizzato due studi – entrambi condotti con interviste in profondità (2.150 casi per il primo studio; 3.700 per il secondo) – volti a analizzare il legame tra condizioni di lavoro, caratteristiche della mansione e sostanze psicoattive. Il primo studio è stato condotto in alcune piccole aziende americane che lavorano legno, mentre la seconda ha coinvolto grandi industrie che producono materiali tecnologici.

I risultati sono stati sintetizzati in alcuni punti:

1. fattori strutturali associati al luogo di lavoro (livello di autonomia, possibilità di utilizzo di abilità individuali, partecipazione al processo decisionale, per esempio) non sono generalmente correlati al consumo e l'abuso di alcol e, quando questa relazione si rintraccia, il legame è debole: infatti, anche coloro che hanno dichiarato svolgere mansioni non alienanti, ma al contrario soddisfacenti e nel cui esercizio godono di autonomia e controllo, hanno contemporaneamente rivelato un consumo di alcol che tende a collocarsi ai medesimi livelli dei colleghi insoddisfatti ed alienati;
2. nonostante gli aspetti strutturali delle condizioni di lavoro non incidano sulle abitudini alcoliche, ci sono alcune categorie a rischio, per esempio le donne manager o coloro che ritengono l'alcol possa fornire un sostegno allo stress, un modo per controllare le pressioni e sentirsi meglio; ancora, coloro che hanno un contratto precario e rischiano il licenziamento;
3. l'azione dei fattori indagati sul benessere individuale va compresa attraverso un approccio che considera l'azione congiunta delle diverse variabili in gioco, ovvero un solo fattore non è in grado di predire il livello di benessere individualmente esperito;

4. se i fattori di rischio non sono in grado di spiegare le abitudini alcoliche dei lavoratori ciò dipende in parte dall'azione dei fattori di protezione;
5. i fattori strutturali sono tuttavia molto importanti nella determinazione del benessere generale.

Walsh e colleghi [1993] elaborano un modello "integrativo" secondo il quale le teorie elaborate per spiegare la relazione sostanze/lavoro devono essere ricondotte a tre macro-aree: teorie culturali, le quali sostengono che alcuni lavoratori consumano sostanze in quanto il fatto è tollerato o incoraggiato dai colleghi; teorie del lavoro (spostano l'enfasi sulle variabili strutturali dell'occupazione, come stress e alienazione); infine, teorie psicologiche (i lavoratori consumano alcol e droghe per problemi individuali e tendono a cercare lavori che permettano loro di fruire delle sostanze).

Come si evince da quanto fin'ora esposto, la comprensione del rapporto tra droga e lavoro passa necessariamente attraverso una lettura eziologica multifattoriale che rifugge dal considerare il mondo della vita ed il mondo professione come due aree separate. Al contrario, la loro permeabilità fa sì che le fattori di rischio che agiscono in un ambito siano facilmente trasportate nell'altro. Il rovescio della medaglia però si rivela di un certo interesse, in quanto se è vero che il luogo di lavoro può divenire, in presenza di tensioni e problemi, minaccia per l'equilibrio psico-fisico del lavoratore con sviluppo di condotte insane come per esempio il consumo di sostanze psicoattive, d'altro canto la promozione di un ambiente professionale positivo può rappresentare un fattore di protezione per la salute del lavoratore.

Tab. 4 – Fattori di rischio legati al contesto professionale in relazione al consumo problematico di alcol e droghe: t-test e regressione logistica (variabili controllo: sesso, età, titolo di studio)

|  | Consumo di<br>alcol proble-<br>matico | Consumo di<br>alcol non<br>problematico | t-test | Regressione<br>logistica | Consumo di<br>droghe pro-<br>blematico | Consumo di<br>droghe non<br>problematico | t-test | Regressione<br>logistica |
|--|---------------------------------------|---|--------|--------------------------|--|--|--------|--------------------------|
| <b>Regolazione normativa</b>                             |                                       |   |        |                          |  |  |        |                          |
| <i>Controllo sociale</i>                                 |                                       |   |        |                          |  |  |        |                          |
| Lavoro senza supervisione per la maggior parte del tempo | 4.35                                  | 4.33                                    | .760   |                          | 4.27                                   | 4.31                                     | .706   |                          |
| Sono strettamente sorvegliato sul lavoro                 | 1.74                                  | 1.66                                    | .213   |                          | 1.77                                   | 1.66                                     | .193   |                          |
| Lavoro spesso lontano da casa                            | 1.16                                  | 1.99                                    | .005   | .008                     | 2.01                                   | 1.80                                     | .049   | 2.17                     |
| Lavoro indipendentemente                                 | 1.97                                  | 1.80                                    | .020   | .019                     | 4.09                                   | 3.97                                     | .301   |                          |
| <i>Disponibilità</i>                                     |                                       |   |        |                          |  |  |        |                          |
| Le droghe sono facilmente accessibili sul lavoro         | 1.88                                  | 1.63                                    | .001   | .008                     | 1.90                                   | 1.71                                     | .139   |                          |
| <b>Qualità e organizzazione del lavoro</b>               |                                       |   |        |                          |  |  |        |                          |
| <i>Lavoro complesso/noioso/ripetitivo</i>                |                                       |   |        |                          |  |  |        |                          |
| Non utilizzo tutti i miei talenti e abilità              | 3.27                                  | 3.09                                    | 0.60   | .111                     | 3.42                                   | 3.13                                     | .034   | .047                     |
| Faccio la stessa cosa più volte                          | 2.64                                  | 2.40                                    | .015   | .147                     | 2.74                                   | 2.49                                     | .096   | .484                     |
| Il mio lavoro è noioso                                   | 2.26                                  | 2.12                                    | 0.77   | .193                     | 2.57                                   | 2.09                                     | .000   | .006                     |
| <i>Condizioni di rischio/pericolo</i>                    |                                       |   |        |                          |  |  |        |                          |
| Il mio lavoro è pericoloso                               | 2.12                                  | 1.85                                    | .002   | .028                     | 2.13                                   | 1.90                                     | .092   | .412                     |
| C'è rumore e sporcizia ove lavoro                        | 2.55                                  | 2.30                                    | .017   | .215                     | 2.84                                   | 2.33                                     | .002   | .035                     |
| Lavoro in condizioni di rischio di infortunio o malattia | 2.36                                  | 1.85                                    | .002   | .028                     | 2.42                                   | 2.13                                     | .057   | .243                     |
| <b>Paura di perdere il lavoro</b>                        |                                       |   |        |                          |  |  |        |                          |
| Ho un lavoro sicuro                                      | 3.15                                  | 3.52                                    | .886   | 3.32                     | 3.52                                   | .108                                     |        |                          |
| Mi sento sicuro per il mio lavoro                        | 3.51                                  | 3.52                                    | .886   | 3.51                     | 3.63                                   | .301                                     |        |                          |
| Sono preoccupato di essere licenziato                    | 2.21                                  | 2.17                                    | .661   | 2.37                     | 2.18                                   | .125                                     |        |                          |
| <b>Alienazione/mancanza di controllo e potere</b>        |                                       |   |        |                          |  |  |        |                          |

|   | <i>Consumo di<br/>alcol proble-<br/>matico</i> | <i>Consumo di<br/>alcol non<br/>problematico</i> | <i>t-test</i> | <i>Regressione<br/>logistica</i> | <i>Consumo di<br/>droghe pro-<br/>blematico</i> | <i>Consumo di<br/>droghe non<br/>problematico</i> | <i>t-test</i> | <i>Regressione<br/>logistica</i> |
|---|--|--|---------------|----------------------------------|---|---|---------------|----------------------------------|
| Controllo la velocità con la quale lavoro                 | 3.84   | 3.84   | .969          | 3.78                             | 3.85  | .508  |               |                                  |
| Ho un orario flessibile                                   | 2.84   | 2.83   | .953          | 2.70                             | 2.82  | .413  |               |                                  |
| <b><i>Stress lavorativo</i></b>                           |  |  |               |                                  |   |   |               |                                  |
| Mi sento stressato sul lavoro                             | 3.20   | 3.18   | .855          | 3.46                             | 3.16  | .015  | .031          |                                  |
| Il mio orario di lavoro è troppo lungo                    | 2.50   | 2.37   | .149          | 2.55                             | 2.38  | .215  |               |                                  |
| Faccio troppi turni                                       | 1.87   | 1.67   | .017          | .067                             | 2.02  | 1.71  | .031          | .065                             |
| Ho un eccessivo carico di lavoro                          | 2.78   | 2.84   | .526          |                                  | 2.79  | 2.80  | .901          |                                  |
| Il mio lavoro mi rende nervoso ed irritabile              | 2.51   | 2.45   | .500          |                                  | 2.65  | 2.44  | .098          | .375                             |
| <b><i>Subcultura relativa al bere</i></b>                 |  |  |               |                                  |   |   |               |                                  |
| <i>Abitudini sociali riferite al bere fra colleghi</i>    |  |  |               |                                  |   |   |               |                                  |
| Gli amici al lavoro mi chiedono spesso di bere            | 2.45   | 2.01   | .000          | .000                             | 2.55  | 2.06  | .000          | .008                             |
| A volte penso che potrei perdere i miei amici se non bevo | 1.41   | 1.27   | .003          | .019                             | 1.30  | 1.32  | .800          |                                  |
| Gli amici sul lavoro mi chiedono a volte di bere con loro | 1.88   | 1.57   | .000          | .001                             | 1.85  | 1.64  | .081          | .072                             |
| <b><i>Coesione sociale/socializzazione frequente</i></b>  |  |  |               |                                  |   |   |               |                                  |
| Non mi sento in sintonia con i miei colleghi              | 1.79   | 1.65   | .068          | .107                             | 1.72  | 1.70  | .833          | .072                             |
| Socializzo spesso con i colleghi durante il tempo libero  | 2.64   | 2.59   | .625          |                                  | 2.68  | 2.59  | .463          |                                  |
| Mi sento vicino ai miei colleghi                          | 3.39   | 3.47   | .191          |                                  | 3.45  | 3.43  | .906          |                                  |

Note: sono stati esclusi dall'analisi coloro che non hanno utilizzato alcol e droghe negli ultimi 12 mesi.

Per ciascun item, l'intervistato poteva esprimere il suo grado di accordo secondo la seguente scala Likert: 1= completamente in disaccordo; 2= disaccordo; 3= non lo so; 4=d'accordo; 5= completamente d'accordo.

Fonte: Macdonald e colleghi [1999: 362-365]



## Cap. 2 – La prevenzione del consumo di droghe e alcol

---

I programmi di prevenzione possono rappresentare un vantaggio economico. Recenti ricerche mostrano che per ogni dollaro investito in prevenzione, si ha un risparmio di 10 dollari in trattamento [NIDA 2003: 28].

Di fronte all'incremento ed alla diffusione di sostanze psicoattive nei diversi contesti di vita, l'interesse delle scienze sociali nei confronti della prevenzione del fenomeno drogastico è andato progressivamente aumentando.

All'inizio degli anni Ottanta abbiamo assistito ad una netta intensificazione delle campagne di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Questi primi interventi – il cui incremento era legato in primo luogo al dilagare dell'eroina e, in rapporto strettamente collegato, dell'Aids – erano di tipo meramente informativo (*Knowledge-based approach*): secondo l'approccio allora dominante, si riteneva che le persone assumessero sostanze in quanto inconsapevoli dei rischi ad esse associate, in accordo con la teoria della dissonanza cognitiva di Festinger [1957], sulla quale avremo modo di tornare. Il fallimento di questi primi interventi e il riconoscimento degli effetti iatrogeni ad essi collegati ha fornito lo stimolo a sviluppare modelli teorici di analisi e conseguenti strategie di intervento che fossero in grado di produrre gli effetti desiderati, ovvero sia di intervenire con funzione deterrente rispetto al consumo di alcol e droghe.

Felner et al. [2000] definiscono la prevenzione come un'attività scientifica "intenzionale", basata cioè su teorie che analizzano i fattori di rischio e i fattori di protezione al fine di favorire l'eliminazione delle condizioni nocive promuovendo la salute e il benessere. Ne discende che qualunque sforzo di prevenzione deve essere basato su una preliminare riflessione e analisi dei fattori in gioco (sia quelli che sono all'origine dei problemi sia quelli che possono aiutare a ridurli o eliminarli); conseguentemente, gli approcci e le tecniche di intervento dovrebbero fondarsi su modelli teorici volti a chiarire attraverso quali processi determinati stru-

menti d'intervento preventivo agiscono sui comportamenti nocivi per la salute [cfr. Cicognani 2006].

Lo scopo di questo capitolo è quello di presentare le teorie generali che sono alla base dei programmi di prevenzione, evidenziando l'evoluzione storica degli studi fino al più recente orientamento dell'*Evidence-based Prevention*, ossia dello studio dell'efficacia dei progetti di prevenzione. L'analisi sarà condotta a livello generale per poi essere applicata – nel prossimo capitolo – ai contesti di lavoro.

## **2.1 – Definire la prevenzione: una questione complessa**

Prima di addentrarci nei modelli teorici alla base delle strategie preventive, è necessario condurre qualche riflessione preliminare sul tema del nostro capitolo attraverso alcuni chiarimenti concettuali e terminologici.

In primo luogo, che cos'è la prevenzione? Essa può essere intesa come «azione volta a ridurre la probabilità del verificarsi di un disturbo agendo sui fattori di rischio» [Gelmi et al. 2006: 6], ovvero un intervento finalizzato a contenere o evitare lo sviluppo di fattori considerati di rischio e a rafforzare fattori ritenuti invece capaci di configurarsi come fattori di protezione.

La tendenza a porre l'accento sulla dimensione della salute anziché su quella della malattia [Cipolla 2002; Saccheri 2000] induce gli studiosi a preferire al termine prevenzione quello di promozione alla salute, dove con tale termine si indica un processo volto «a creare le condizioni per un rafforzamento della salute stessa attraverso lo sviluppo di fattori di protezione quali, per esempio, nuove competenze e risorse» [Gelmi et al. 2006: 6], ovvero che mira alla «costruzione di coscienza soggettiva e collettiva» [Saccheri 2000: 46] relativa al proprio stato di benessere e da cui discende l'impegno ad adottare comportamenti volti alla conservazione ed al recupero dello stato di salute. Sotto il profilo sociologico, possiamo dunque sostenere che prevenzione del disagio e promozione del benessere rappresentano i due lati della stessa medaglia. Infatti entrambi tendono a potenziare i fattori di protezione o a ridurre i fattori di rischio: nel caso della prevenzione si punta principalmente l'azione sui fattori di rischio, nel caso della promozione l'intervento è maggiormente rivolto ai fattori protettivi.

La Carta di Ottawa (redatta dall'OMS nel 1986) fornisce la seguente definizione: «Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. [...] Health is a positive concept emphasizing social



and personal resources, as well as physical capacities<sup>24</sup>». In tal senso, la promozione alla salute si configura quale processo che permette agli individui di aumentare il proprio controllo sui fattori che determinano la salute al fine di promuoverla e sostenerla. Essa si fonda sul riconoscimento del ruolo giocato dai determinanti della salute: in particolare, si rende necessario tener conto dei fattori di rischio che possono essere evitati attraverso l'azione individuale, ovvero di quei fattori che con maggior probabilità possono determinare una condotta negativa per il benessere del soggetto.

Con le parole dell'OMS: «La promozione della salute è vista come un processo di cambiamento che opera attraverso persone, politiche e organizzazioni per intervenire sui meccanismi di fondo all'interno di complessi sistemi sociali che creano e sostengono la salute. Implicito è il riconoscimento che non esiste una relazione lineare di causa ed effetto ma un processo interattivo più complesso con molti percorsi e meccanismi di *feed-back*. Molti determinanti hanno un loro specifico effetto, ma la sinergia tra più determinanti crea una rete di causalità che ha un significativo impatto sulla salute. La promozione della salute mira ad identificare e a lavorare su e attraverso quelle combinazioni di fattori che conducono ad un maggior guadagno in salute in una popolazione nella sua interezza con una minimizzazione del divario esistente tra l'esperienza di salute di diversi gruppi» [OMS, cit. in Stefanini 2000: 3].

Il concetto di promozione è intrinsecamente connesso al tema dell'*educazione alla salute*, da intendersi non quale mero trasferimento di informazioni, bensì quale «processo che tende a modificare le disposizioni bio-psichiche dell'individuo, sulla base di orientamenti condivisi, per il raggiungimento di comportamenti auspicabili [...] insieme di processi finalizzati all'acquisizione di norme, valori, orientamenti, definizioni cognitive, affettive, valutative, modelli culturali» [Stefanini 2000: 42].

L'educazione alla salute si configura allora in senso promozionale quando è in grado di agire direttamente sulle motivazioni e sui comportamenti dei soggetti riguardo il proprio stile di vita e le proprie abitudini, considerando i singoli individui non in un contesto astratto, bensì sistematicamente e culturalmente collocato.

L'Organizzazione Mondiale della Salute, parlando dei determinanti che incidono sul benessere individuale e in particolar modo sullo stile di vita, riconosce con il consumo di alcol e droghe rappresenti un fattore di rischio per la salute e

---

<sup>24</sup> «La promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. [...] la salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pur le capacità fisiche».

pertanto invita a collocare il tema della prevenzione legata al consumo di sostanze psicotrope nelle agende politiche [WHO 2002].

Ora, i profondi mutamenti che investono oggi i trend ed i pattern di consumo di droghe impongono una riflessione preliminare su cosa si intenda per prevenzione in questo ambito. Possiamo, infatti, parlare di prevenzione in relazione al:

- consumo di sostanze: l'obiettivo di questi interventi è quello di evitare qualsiasi assunzione di droga;
- consumo problematico di sostanze: in questo caso, lo scopo è quello di evitare che la fruizione della sostanza generi problemi (es. problemi di natura sanitaria, giudiziaria, incidenti, calo rendimento scolastico o lavorativo, conflittualità con alter, etc.);
- consumo compulsivo di sostanze: l'intervento mira a scongiurare la tossicodipendenza.

La scelta di una definizione piuttosto che un'altra non è cosa di poco conto in termini di valutazione<sup>25</sup>: se scegliamo la prima definizione, per esempio, la valutazione dell'efficacia si tradurrà in indicatori volti a misurare la riduzione della sperimentazione delle sostanze secondo una logica dicotomica uso/non uso; nel secondo caso, la situazione si fa più complessa, in quanto dovremo utilizzare un set di indicatori in grado di verificare la presenza di problemi droga e alcol correlati; nel terzo caso, si dovrà verificare il rapporto tra soggetto e sostanza al fine di verificare in che misura e modo l'individuo è in grado di controllare il desiderio della stessa (fenomeno del *craving*).

La situazione è resa ancora più complessa dal fatto che gli interventi di prevenzione si classificano sulla base di una serie di fattori<sup>26</sup>.

Nel 1957 la *Commission on Chronic Illness* introdusse la seguente tripartizione [Gelmi et al. 2006]:

1. *prevenzione primaria*: l'obiettivo è ridurre l'incidenza, ossia i nuovi casi di malattia (es. riduzione del tabagismo per diminuire i casi di cancro al polmone);
2. *prevenzione secondaria*: agisce sulla prevalenza, ossia ha lo scopo di diminuire il tasso dei casi di una data patologia (es. promuovere il test dell'Hiv per scongiurare i casi di nuova contrazione del virus);

---

<sup>25</sup> Cfr. Lombi [2008].

<sup>26</sup> I modelli a loro volta si articolano in sub-modelli. Per approfondimenti, si veda la sezione Perk (*Prevention and Evaluation Resources Kit*) del sito EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9746EN.html>. Cfr. anche Orlandini et al. [2002]; Leone, Celata [2006].

3. *prevenzione terziaria*: opera sulla gravità, ossia il suo fine è quello di evitare o ridurre i danni derivanti da una malattia o dalla sua cronicizzazione (es. suggerire una sana alimentazione ad un alcolista onde evitare il peggioramento delle sue condizioni).

Questa classificazione per obiettivi tende ad essere sostituita oggi da una classificazione per target, soprattutto nell'ambito delle dipendenze<sup>27</sup>. Nel 1994 l'*Institute of Medicine* introdusse la seguente distinzione:

1. *prevenzione universale*: comprende interventi rivolti all'intera popolazione (es. programmi scolastici contro le droghe); in questo modello, non si applica nessun filtro in quanto tutti i soggetti vengono considerati potenzialmente a rischio e vanno pertanto inclusi fra i destinatari dei programmi [Burkhart 2006]. Potremmo considerare la mission di questo modello di prevenzione quello di scongiurare il consumo fornendo le informazioni e le abilità necessarie a tutta la collettività;

2. *prevenzione selettiva*: è rivolta ai gruppi vulnerabili; in questo caso, il filtro è dato dalla presenza di fattori di rischio (interventi contro le droghe fra gli immigrati, giovani che vivono situazioni problematiche in famiglia, ragazzi con abbandono scolastico precoce o problemi con la giustizia, frequentatori di party, etc.). La mission consiste nel diffondere i fattori di protezione per ridurre la vulnerabilità;

3. *prevenzione indicata*: rivolta a persone riconosciute individualmente ad altissimo rischio. Nel caso del consumo di sostanze, si tratta normalmente di soggetti che hanno già sperimentato droghe, ma che ancora non hanno sviluppato una dipendenza secondo la definizione del DSM-VI [APA 1994]. Partendo dal presupposto che il soggetto ha già avuto contatti con le sostanze psicoattive, la prevenzione indicata si realizza per lo più attraverso interventi volti alla riduzione del danno e riduzione dell'uso.

La situazione si complica se oltre alle variabili "obiettivo" e "target" introduciamo altri fattori di classificazione in uso nel settore di nostro interesse [cfr. Leone, Celata 2006]. Per esempio, secondo il livello di intervento, è possibile distinguere tra una prevenzione a livello individuale (cerca di rimuovere i fattori di rischio individuali) o di contesto (l'obiettivo è ridurre i rischi a livello ecologico). Ancora, l'OMS [2001] distingue gli interventi a seconda del momento in cui sono attuati: si parla di *inoculation* (vaccinazione) se si opera in una fase in cui il soggetto è probabilmente lontano da forme di consumo; gli interventi *early relevancy* (pertinenza anticipata) sono attuati nel periodo prossimo al possibile consumo; infine, il modello *later relevancy* (pertinenza posticipata) si realizza quando il consumo è presumibilmente già in atto.

---

<sup>27</sup> Cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?fuseaction=public.Content&nNodeID=1568>

Nel prossimo paragrafo dettaglieremo gli approcci teorici della prevenzione in materia di alcol e droghe.

## 2.2 – Gli approcci teorici in materia di prevenzione

Gli interventi possono essere suddivisi sulla base dell'approccio teorico di riferimento. Il CSAP [2001] distingue tra approcci *Knowledge-focused* (fondati sulla trasmissione di informazioni); *Behavioral life skills focused* (potenziamento delle abilità sociali); *Affective perception focused* (potenziamento dell'autostima e dell'immagine di sé); *Ricreational focused* (sviluppo delle attività alternative che possono fornire gratificazione e piacere attraverso stimoli diversi da quelli provocati dalle sostanze psicoattive).

L'EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) distingue tra 5 diversi approcci<sup>28</sup>: modelli di promozione della salute, modelli cognitivi, modelli "globali" e sociali di influenza, modelli di influenza sociale, modelli sociologici ed evolutivi. Presentiamo di seguito i vari modelli fatta eccezione per il primo in quanto esso tende a includere gli altri modelli e rinvia ad un quadro teorico più ampio.

### 2.2.1– I modelli cognitivi: il ruolo dell'informazione

I modelli cognitivi analizzano le modalità attraverso le quali conoscenze, influenze, atteggiamenti e credenze influenzano l'agire. *Il leif motiv* di questo modello teorico potrebbe essere sintetizzato come segue: l'agire individuale si realizza in accordo con il sistema di conoscenze e credenze, tale per cui se i soggetti sono a conoscenza delle conseguenze negative di una condotta, tenderanno ad evitarla in modo razionale. Secondo questo modello gli individui fanno una sorta di bilancio tra rischi e vantaggi percepiti per determinare quale azione intraprendere per l'agire che ha ricadute in termini di salute. Pertanto, in accordo con questo approccio, sarebbe sufficiente trasmettere conoscenze sugli esiti nefasti legati al consumo di sostanze psicoattive per scongiurarne la fruizione.

I modelli cognitivi si rifanno a due approcci teorici. Il primo richiama la teoria della dissonanza cognitiva di Festinger [1957], la quale affonda le proprie radici nel seguente assunto: se il soggetto acquisisce informazioni che contrastano con la sua condotta, egli sarà indotto a modificare il suo comportamento per ridurre le

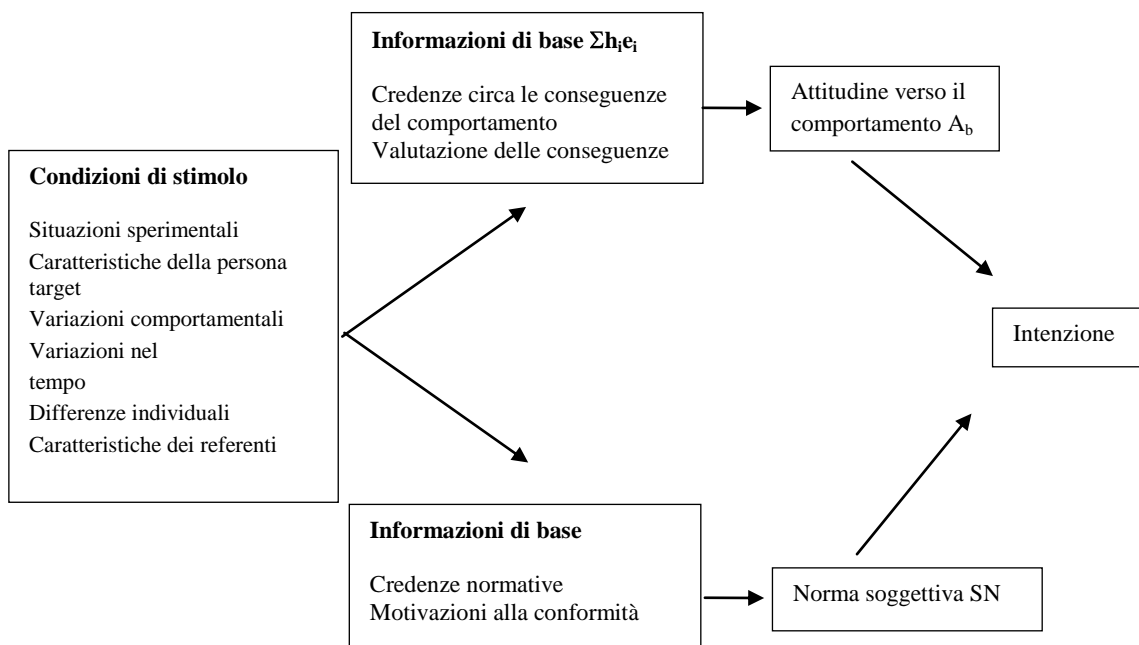
---

<sup>28</sup> Cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9746EN.html>.

incoerenze, ovvero «Ogni incoerenza percepita instaura uno stato interiore di disagio che la gente cerca di ridurre tutte le volte che gli è possibile» [Festinger 1957: 23]. A parere dell'Autore, poiché ogni soggetto può tollerare un numero ridotto di dissonanze legate a conflitti tra emozioni, pensieri e comportamenti, sarà necessario indurre un cambiamento per ridurre lo stato di disagio emotivo. Per sanare le incoerenze il soggetto può adottare tre strategie: modificare il comportamento; giustificare la condotta mutando la cognizione; giustificare la cognizione aggiungendo nuove cognizioni.

Il secondo approccio teorico richiama il modello delle credenze di salute elaborata da Fishbein e Azjen [1975] i quali spostano l'attenzione dalle conoscenze alle intenzioni. Gli autori specificano inoltre che le intenzioni dipendono in parte dall'atteggiamento personale<sup>29</sup> verso la condotta e in parte dalle norme sociali condivise tale per cui l'uso di droghe risulta funzione di due fattori: le credenze in merito ai rischi associati e il grado di approvazione/disapprovazione degli altri significativi, come raffigura la Fig. 1.

Fig. 1 – Il modello delle credenze di salute di Fishbein and Azjen [1975: 334]



<sup>29</sup> Per atteggiamento si può intendere «processo della coscienza individuale che determina l'attività reale o possibile dell'individuo nel mondo sociale» [Thomas e Znaniecki 1968: 26].

Ampliando il modello, le variabili da considerare sono: le intenzioni di usare le sostanze, la percezione del rischio associata, la percezione della tolleranza sociale e le credenze circa la diffusione del consumo fra la popolazione generale, i giovani e il gruppo dei pari.

In Gelmi et al. [2006] l'approccio informativo è suddiviso in due filoni:

- modelli “valore aspettativa”: gli studi che appartengono a questa corrente analizzano il ruolo che le credenze e gli atteggiamenti esercitano sul comportamento;
- modelli persuasivi: ritengono che la modifica di un comportamento implichi necessariamente il passaggio attraverso due stadi, ovvero l'intenzione a intraprendere un cambiamento e la conseguente azione, ovvero la traduzione in agire di un comportamento.

Elia [2004] sostiene che il cambiamento dei comportamenti di salute delle persone avviene fondamentalmente in due tappe: la maturazione di un'intenzione a mutare atteggiamenti e condotte e, successivamente, la trasformazione di tale proposizione in un cambiamento effettivo, costante e mantenuto nel tempo. Gli studi sulla comunicazione del rischio, sostiene l'Autrice, dimostrano che una comunicazione efficace deve tenere conto di due parametri: da una parte la capacità degli interlocutori di elaborare il contenuto dei messaggi e dall'altra la motivazione da questi posseduta a compiere tale sforzo. Sulla stessa linea si pone il National Cancer Institute [2005] individuando 5 step di cambiamento per quanto concerne le condotte che riguardano la salute: 1. precontemplazione: in questa fase, il soggetto non ha intenzione di attuare un mutamento dei propri comportamenti nel medio periodo (in genere, 6 mesi), ma inizia a maturare la consapevolezza circa la necessità di un cambiamento e inizia ad informarsi circa i rischi ed i benefici che ne potrebbero derivare; 2. contemplazione: l'individuo programma un cambiamento nel medio periodo; 3. preparazione: il soggetto intende attuare il mutamento nel breve periodo (di solito, 3 giorni) e si prepara ad agire in quella direzione; 4. azione: il cambiamento è stato attuato; 5. mantenimento: il soggetto mantiene la condotta per almeno 6 mesi.

Secondo il modello della probabilità di elaborazione dell'informazione (*Elaboration Likelihood Method*, ELM) di Petty e Cacioppo [1981], è possibile stimolare il cambiamento negli atteggiamenti e nei comportamenti dei soggetti facendo leva su un'elaborazione strutturata delle informazioni (percorso centrale) o sfruttando solamente l'attrattività e la credibilità della fonte emittente (elaborazione periferica). «Nel momento in cui i soggetti siano contemporaneamente consapevoli e motivati ad operare una valutazione obiettiva del messaggio, l'impatto della comunicazione sarà quindi interamente dipendente dalla qualità e dalla forza

dell'argomentazione utilizzata, mentre nel caso di un'incapacità a valutare razionalmente il valore della comunicazione avranno la precedenza elementi quali il ruolo ed il giudizio sociale condiviso rispetto all'emittente della comunicazione» [Elia 2004: 288].

Tab. 1 – Il modello delle credenze di salute

| <i>Concetto</i>          | <i>Definizione</i>   |
|--------------------------|--|
| Suscettibilità percepita | Credenze sulle possibilità di cambiare una situazione  |
| Gravità percepita        | Credenze sulla pericolosità di una situazione e sue conseguenze                              |
| Benefici percepiti       | Credenze sull'efficacia delle azioni ai fini della riduzione del rischio o della sua gravità |
| Ostacoli percepiti       | Credenze circa i costi materiali e psicologici legati all'azione                             |
| Stimolo all'azione       | Fattori che attivano la prontezza al cambiamento   |
| Auto-efficacia           | Fiducia nelle proprie capacità di azione e cambiamento                                       |

Fonte: trad. e rielab. personale da National Cancer Institute [2005: 14]

Questo modello ha chiaramente un punto debole, in quanto non considera la *gap* tra le intenzioni ed i comportamenti che spesso sono influenzati da fattori sociali, emotivi e psicologici, come sottolinea lo stesso EMCDDA [<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9825EN.html?nNodeID=9825>]. Come esempio, applichiamo il modello all'uso del preservativo per prevenire l'Hiv fra gli adolescenti: nel caso in oggetto, sia il livello percepito di rischio di contrarre l'infezione, sia la vulnerabilità personale, sia l'efficacia delle misure preventive (ovvero l'uso del condom) sono alte, mentre le *chances* di cura basse, fatti che suggeriscono, alla luce del modello cognitivo, un'ampia diffusione del preservativo. In realtà, è noto come l'utilizzo sia basso.

Per comprendere le difficoltà e le resistenze connesse alla messa in atto di una condotta virtuosa per la salute è necessario riflettere sul fatto che «le persone generalmente sono motivate a cambiare comportamento se la prospettiva di un beneficio è visibile, rapida e piacevole, ed è molto raro che i benefici per la salute si ottengano con questi criteri. [...] La motivazione alla base di [un] cambiamento ha un'origine più sociale che medica» [Cipriani et al. 2006: 37], ovvero tende ad essere più alta se si suppone che gli altri significativi riconosceranno la positività del cambiamento di condotta.

### 2.2.2 – I modelli “globali” e sociali di influenza: un bilancio tra fattori di rischio e di protezione

Nei modelli “globali” e sociali di influenza l’attenzione è rivolta alla rimozione dei fattori di rischio e alla diffusione dei fattori di protezione. Come anticipato, i fattori di rischio sono rappresentati da situazioni di maggiore vulnerabilità per il soggetto, mentre al contrario i fattori di protezione sono condizioni che tutelano l’individuo (cfr. Tab. 2).

I fattori di rischio sono cumulativi (maggiore è il loro numero, maggiori sono le probabilità di sviluppare condotte devianti e disadattative) e comprendono caratteristiche biologiche, psicologiche/comportamentali, socio-ambientali. Esempi potrebbero essere: genitori che consumano droga e alcol, problemi psichici o personalità antisociale, tolleranza per l’uso nel gruppo dei pari di appartenenza [CSAP 2001].

Il CSAP [2001] individua 6 domini relativi ai fattori di rischio, ciascuno dei quali si articola in sub-categorie:

- individuale: predisposizioni biologiche e psicologiche, attitudini, valori, conoscenza, abilità, problemi comportamentali;
- gruppo dei pari: norme, attività, legami;
- famiglia: funzioni, organizzazione, legami;
- scuola/lavoro: legami, clima, politiche, produttività;
- comunità: legami, norme, risorse, consapevolezza/mobilitazione;
- società/ambiente: norme, politiche/sanzioni.

Si noti che la presenza dei fattori di rischio non implica necessariamente lo sviluppo di forme problematiche di consumo di sostanze in quanto la presenza di fattori di protezioni funge da contrappeso e, quindi, un importante obiettivo della prevenzione è quello di fare pendere la bilancia dalla parte dei fattori di protezione [cfr. NIDA 2003].

Fra questi, assume particolare rilevanza il concetto di resilienza, la capacità di fronteggiare i problemi della vita, ovvero «il processo di *far fronte, resistere, integrare, costruire* e riuscire a riorganizzare positivamente la propria vita nonostante l’aver vissuto situazioni difficili che facevano pensare ad un esito negativo» [Cyrułnik 2005: 9].



Tab. 2 - Fattori di rischio e fattori di protezione

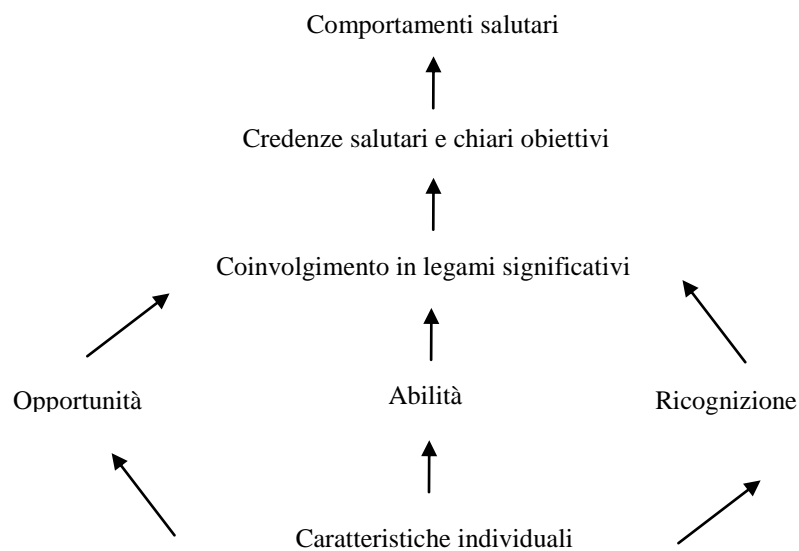
| <b>Fattori di rischio</b>   | <b>Fattori protettivi</b>   |
|---|---|
| <i>Connessi al contesto</i>   |   |
| Disponibilità di sostanza   | Amicizie adulte prosociali  |
| Status socio-economico basso  | Gruppo dei pari prosociale  |
| Povert    | Status socio-economico alto   |
| Amici che fanno uso di sostanze   |   |
| Amici che hanno avuto problemi con la giustizia                         |   |
| <i>Famiglia</i>   |   |
| Genitori che hanno comportamenti devianti e che abusano di sostanze     | Stabilit  della famiglia  |
| Scarso controllo  | Unione familiare  |
| Mancanza di affetto e di cure   | Affetto e cura da parte dei genitori                                  |
| Presenza di conflitti familiari e di una scarsa stabilit  (es. divorzi) | Controllo da parte dei genitori                                       |
| Scarsa stabilit  economica  | Stabilit  economica   |
| <i>Caratteristiche individuali</i>                                      |   |
| Adozione precoce di comportamenti devianti (es. fumo e alcol)           | Inizio di comportamento devianti o di consumo di sostanze posticipato |
| Esperienze sessuali precoci   | Atteggiamento sfavorevole rispetto alle sostanze                      |
| Inizio precoce di uso di sostanze e rapido aumento del consumo          | Credenze religiose  |
| Atteggiamento favorevole rispetto alle sostanze                         | Buona consapevolezza di s   |
| Problemi comportamentali  | Bassa impulsivit    |
| Stress  | Temperamento calmo  |
| Depressione   |   |
| Aggressivit   |   |
| Impulsivit  e iperattivit   |   |
| Ricerca compulsiva di nuove emozioni                                    |   |
| Personalit  antisociale   |   |
| Problemi di salute mentale  |   |
| <i>Scuola /educazione</i>   |   |
| Basse performance scolastiche   | Buona relazione con gli insegnanti                                    |
| Mancanza di impegno e di interesse                                      | Alte aspettative da parte dei genitori                                |
| Scarse aspettative  | Interesse   |
| Assenza e drop out  | Supporto consistente da parte degli insegnanti                        |
| Scarso supporto da parte degli insegnanti                               |   |

Fonte: Canning et al. [1994], trad. in Leone, Ruffa [2006: 81-82]

I *Comprehensive and social influence models* ispirano molti programmi di prevenzione selettiva riconosciuti efficaci. Fra gli autori che hanno dato contributo a questo modello, si ricordano Jessor and Jessor [1977] i quali sostengono come l'uso di droghe sia soltanto una delle manifestazioni possibili di una predisposizione ad un comportamento problematico che potrebbe includere altri comportamenti (come, per esempio, i rapporti sessuali a rischio e la partecipazione ad attività devianti). Detto altrimenti, «esiste una predisposizione costante a passare da una forma di comportamento problematico all'altra e, spesso, alcuni comportamenti problematici vengono associati sistematicamente ad altri (sindromi o costellazioni)» [Orlandini 2006: 509]. I fattori che influenzano tale predisposizione sono tre: la personalità, l'ambiente e il comportamento.

La personalità fa riferimento alla struttura motivazioni-istigazioni (es. valore attribuito ai propri obiettivi, tolleranza verso atti devianti, credenze circa il sistema dei controlli, etc.) [cfr. Orlandini 2004]. L'ambiente è composto da variabili dirette (es. approvazione/disapprovazione da parte della famiglia delle condotte a rischio) e indirette (sostegno/controllo) [ivi]. Infine, il comportamento struttura le condotte socialmente consentite e quelle considerate devianti [ivi].

Fig. 2 – La strategia di sviluppo sociale nel modello di Hawkins e Catalano



Fonte: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9824EN.html>

Le condotte devianti possono essere l'esito di difficoltà legate a incapacità di fronteggiare il fallimento, la noia, l'infelicità, l'isolamento sociale o la bassa autostima. Il comportamento deriva dall'interazione tra fattori ambientali (nel quale sono considerate fondamentali le reti di supporto sociale), sociali, psicologici, attitudinali e comportamentali. Pertanto, lo scopo della prevenzione è quello di sviluppare i fattori di protezione a discapito di quelli di rischio, senza necessariamente intervenire sul piano del consumo di droghe. Detto in altri termini, lo sviluppo dei fattori di protezione (o variabili moderatrici) avranno l'effetto indiretto di scongiurare/moderare le condotte a rischio per la salute.

Anche gli studi di Hawkins e colleghi [1992] possono rientrare a pieno titolo in questo approccio (cfr. Fig. 2). Gli autori insistono in particolare sul concetto di resilienza e il modello che propongono (denominato *Social development model*) cerca di «spiegare e predire l'inizio, lo sviluppo, il mantenimento di comportamenti antisociali come la delinquenza e il consumo di sostanze [assumendo] che le condotte antisociali siano il risultato di fattori multipli, quali quelli biologici, psicologici e sociali, sia intra-individuale che interindividuale, correlati alla famiglia, alla scuola, ai gruppi dei pari, alla comunità» [Orlandini 2004: 45]. A parere degli Autori, i giovani devono avere opportunità significative di sentirsi amati, apprezzati e competenti.

### 2.2.3 – I modelli di influenza sociale: il ruolo delle relazioni

I modelli di influenza sociale operano sulle relazioni e sulle influenze relazionali in senso micro, meso e macro favorendo interventi di *empowerment*, ovvero volti a «sviluppare competenze e risorse per mettere in grado [le persone] di prendere decisioni positive per la propria salute. [...] In questa categoria possono essere fatti rientrare i programmi volti a rafforzare la consapevolezza e la chiarificazione dei valori, ma anche quelli volti a sviluppare competenze e abilità [...]. Il modello del cambiamento sottostante assume che attraverso l'offerta di informazioni, lo sviluppo di abilità sociali e la chiarificazione dei valori, si accrescano l'autostima, il senso di controllo personale e le capacità decisionali, conducendo a effettuare scelte autonome e responsabili nei riguardi della propria salute» [Putton 2006: 40]. In riferimento al fenomeno del consumo di sostanze, le variabili da considerare per l'analisi sono: la percezione locale del problema droga; il livello di approvazione/disapprovazione familiare; le norme genitoriali legate alle sostanze. Inoltre, bisogna considerare la percezione di disponibilità delle droghe ovvero la prossimità, il consumo di sostanze (anche legali) da parte della famiglia e dei gruppi di pari, la percezione di normalità e l'insieme dei valori del soggetto.

All'interno di questo approccio gode di ampio riconoscimento a livello internazionale la teoria dell'apprendimento sociale di Bandura [1977] secondo la quale il comportamento è influenzato più dagli "altri significativi" che dalle conoscenze e intenzioni dei singoli, secondo un processo che il Nostro chiama *modeling*. Tuttavia, Bandura rifiuta l'approccio dei comportamentisti i quali ritengono che la condotta sia funzione delle mere influenze ambientali in quanto tale modello si rivela troppo semplicistico. Piuttosto – sostiene l'Autore – dobbiamo considerare l'agire come l'esito dell'interazione tra ambiente, comportamento e processi psicologici individuali tale per cui il comportamento deriva da processi di apprendimento. I punti generali della teoria di Bandura possono essere sintetizzati come segue: 1. i soggetti apprendono il comportamento attraverso l'osservazione degli altri; 2. l'apprendimento si verifica attraverso il cambio di comportamento; 3. la cognizione gioca un ruolo importante.

Affinché si verifichi un cambio di comportamento, sono necessarie alcune condizioni: l'attenzione (il soggetto deve essere interessato al modello di comportamento e analizzarlo); la memorizzazione (bisogna ricordare quanto osservato); la riproduzione dinamica (abilità di replicare il modello); infine, la motivazione (ossia la volontà da parte dell'individuo di imparare e, soprattutto, di dimostrare quello che ha appreso).

Secondo Bandura [1977; 2000], in accordo con quanto sostengono Jessor e Jessor [1977], il consumo di sostanze psicoattive è un'abitudine acquisita al pari di altri comportamenti a rischio e pertanto tale condotta può essere disappresa allo stesso modo in cui può essere imparata.

Secondo l'Autore, inoltre, è importante stimolare l'autoefficacia, termine con il quale il Nostro fa riferimento all'insieme di «credenze nei confronti delle proprie capacità di aumentare i livelli di motivazione, di attivare le risorse cognitive e di eseguire le azioni necessarie per esercitare un controllo sulle richieste di esecuzione di un compito» [Orlandini et al. 2004: 43].

All'interno dei modelli di influenza sociale assume grande rilievo anche l'approccio normativo [Perkins e Berkowitz 1986; Perkins 2003; Berkowitz 2003]. Questo modello teorizza come l'agire individuale sia influenzato da distorsioni cognitive derivanti dalle influenze sociali. Lo studio di Perkins e Berkowitz [1986] sulle popolazioni studentesche ha dimostrato come i giovani studenti siano portati a ritenere maggiormente diffuso rispetto alla realtà dei fatti il consumo di alcolici da parte di coetanei e questo non solo li rende più permissivi nei confronti di coloro che bevono alcol, ma tendono allo stesso tempo a consumare maggiormente tali bevande alcoliche in quanto la condotta è ritenuta "normale"<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Questo modello ricorda la teoria della normalizzazione discussa nel paragrafo 1.4.3.

Secondo Perkins [2003], questo fenomeno deriva da due processi:

1. in primo luogo, esiste una tendenza tale per cui i soggetti tendono a confrontare la condotta altrui con la propria e, qualora non esistano delle spiegazioni all'agire che possono essere ricondotte al contesto, si ritiene che tale comportamento sia tipico dell'individuo;
2. in secondo luogo, la condotta tendenzialmente insolita assunta da un soggetto sotto effetto di alcol e droghe è facilmente non solo notata, ma anche ricordata.

Le ricerche – ci ricorda Berkowitz [2003] – suggeriscono che l'influenza sociale si realizza soprattutto sulla base di ciò che noi pensiamo gli altri credano (norme percepite) piuttosto che sulle altrui vere credenze e azioni (norme reali). Questo *gap* determina quello che l'autore chiama *misperception*, il cui effetto influenza l'agire individuale. Esistono tre tipi di distorsioni cognitive:

- ignoranza collettiva (*pluralistic ignorance*): rappresenta la forma più comune e si traduce nella falsa convinzione della maggior parte degli individui di comportarsi o pensare in modo diverso rispetto ai propri pari. Per esempio, alcuni soggetti ritengono che il proprio modo di bere è meno pericoloso rispetto alla media delle altre persone;
- falso consenso (*false consensus*): i soggetti ritengono (erroneamente) di essere come gli altri quando in realtà non lo sono. Per esempio, un forte bevitore può credere che anche gli altri soggetti bevano alcolici al suo pari, quando in realtà non è così;
- falsa unicità (*false iniquiness*): questa distorsione si realizza quando un individuo tende a ritenere che il proprio comportamento sia unico, raro e molto meno diffuso di quanto sia in realtà. L'esempio può essere quello di un soggetto astemio che si considera uno dei pochi soggetti a non consumare alcol.

Risulta facilmente intuibile come l'approccio dell'influenza sociale abbia rappresentato un supporto alla strategia della *peer education* di cui si è parlerà nel § 2.3.2.

#### 2.2.4 – I modelli sociologici: dal ciclo della droga agli approcci ecologici

Fra i modelli sociologici, l'EMCDDA comprende diverse teorie di matrice sociologica, spesso eterogenee al loro interno. Per esempio, vi include il modello evolutivo che teorizza l'esistenza di un ciclo delle droghe, ovvero di fasi diverse e susseguenti che riguardano il consumo e le modalità di fruizione delle diverse sostanze.

Kandel [1980] indica anche una possibile sequenza nell'uso delle diverse droghe che passa dagli alcolici (vino – birra – superalcolici) al tabacco, marijuana e

eroina. Pur precisando che tale progressione non avviene necessariamente, l'Autore sottolinea il ruolo delle sostanze legali come "droghe cancello" (ovvero: d'accesso<sup>31</sup>) e, pertanto, invita coloro che operano nel settore della prevenzione a individuare lo step del ciclo<sup>32</sup> nel quale il soggetto si trova al fine di modulare l'intervento.

Ancora, all'interno di questo gruppo di teorie si ricorda il modello ecologico di Hawkins and Weiss [1985] e quello ecologico-ambientale di Kumpfer e Turner [1991], entrambi impegnati su un livello di analisi soprattutto di tipo macro, ovvero attento alla dimensione sociale, ambientale, comunitaria e istituzionale per spiegare la diffusione del fenomeno drogastico. L'approccio preventivo che ne scaturisce suggerisce di rafforzare i legami familiari, scolastici e le relazioni tra pari. Infine, esiste un modello dell'innovazione sociale concentrato sull'analisi delle dinamiche che portano alla diffusione di una nuova droga o di un nuovo pattern d'uso di una sostanza già diffusa. In tal senso, si studiano: il ruolo della leadership, le caratteristiche di vulnerabilità individuali tale per cui alcuni soggetti sono più "sensibili" alle influenze negative, le caratteristiche delle droghe in termini soprattutto di effetti. Le strategie preventive che ne derivano riguardano l'analisi dei diversi soggetti sociali in relazione al processo di innovazione (leader, innovatori, agenti del cambiamento, antagonisti).

A mio parere, questi approcci non sempre sono caratterizzati da elementi comuni e convergenti tali da essere riuniti sotto un'unica categoria e quindi sarebbe necessario ripensare questa classificazione.

---

<sup>31</sup> Questo assunto ci ricorda la *stepping stone hypothesis* (nota altresì come *gateway theory*), che interpreta il passaggio dall'uso di sostanze ritenute meno pericolose ad altre maggiormente dannose come eziologia del consumo di droga. Il dibattito, in particolare modo, ha visto imputata soprattutto la cannabis quale droga di accesso. Cfr. Cipolla [2008], Bertolazzi [2008].

<sup>32</sup> Sul ciclo della droga, cfr. Cipolla [2007b]. Secondo il Nostro, il percorso prende avvio dalla fase dell'*accesso*, ossia della sperimentazione della sostanza; affinché dall'accesso si acceda al consumo, è necessario un *rinforzo*, ossia un complesso di stimoli (psichici, biologici e/o sociali, ma anche la disponibilità della sostanza); infine, la *fruizione* è rappresentata dal consumo che può assumere frequenze e modalità differenti (accidentale, saltuaria, abituale, continua/desiderata e compulsiva). Il proseguo della fruizione comporta conseguenze sia nel futuro prossimo (permanenza, abbandono, accentuazione) sia nel futuro remoto (dipendenza, normalità d'uso o fuoriuscita).

## 2.3 – Dalla teoria alla pratica: le strategie preventive

I paradigmi teorici di riferimento, discussi nel paragrafo precedente, rappresentano il «fondamento della conoscenza relativa ad una data tematica in virtù di spiegazioni che si consegnano a se stesse in attesa di conferma o smentita in base al procedimento empirico. [...] La teoria [...] si propone come prospettiva logica che consente l'orientamento poiché include suggerimenti, linee di condotta, consigli pratici, possibilità attuative, prove circoscritte» [Cipolla 2004: 6].

Tuttavia, la teoria deve necessariamente integrarsi con altre due dimensioni, ossia quella dell'empiria e della spendibilità<sup>33</sup>. L'empiria si configura come «sperimentazione che spesso simula il reale, come investigazione su o di qualche cosa, come processo relazionale che segue il ciclo metodologico dell'informazione scientifica. Essa è vocazione allo scavo continuo, all'indagare, all'investigare nella prospettiva di un disegno strategico in grado di produrre e rappresentare conoscenza, legittimando la teoria» [ibidem: 7]. La spendibilità completa l'identità della sociologia ponendosi come investimento scientifico che si traduce in pratica ed entra nella vita corrente di una determinata società [ivi]. Ciascuna dimensione, pur godendo di autonoma legittimazione, vive in relazione alle altre secondo un approccio di integrazione circolare. Pertanto, dopo aver riferito in merito alle teorie in materia di prevenzione, in questo paragrafo saranno presentate le strategie operative che sono attualmente implementate in materia di prevenzione del consumo di droghe attraverso alcune riflessioni sull'efficacia delle stesse, alla luce delle numerose ricerche condotte in questi ambito, nel raggiungimento degli obiettivi posti a monte della progettazione.

### 2.3.1 – L'approccio informativo

Gli interventi che si rifanno all'approccio informativo possono essere di tipo individuale (sportelli di ascolto, call center, etc.) volti a fornire supporto alle persone singole, oppure interventi rivolti a gruppi (interventi informativi nelle scuole, durante iniziative pubbliche rivolte ad un numero ristretto di persone) e, infine, le campagne mass mediatiche rivolte a grandi pubblici (sport, video, cortometraggi, cartelloni, etc.). Il comune denominatore è dato dal fatto che questi interventi mirano a colmare un deficit informativo. Come anticipato, infatti, questo modello considera la mancanza di informazioni quale motivazione principale volte a spiegare il consumo di sostanze psicoattive.

---

<sup>33</sup> Cfr. «Sociologia (identità della)», in Cipolla [1997: 2958-60].

Sebbene la trasmissione di informazioni che mirano ad accrescere la consapevolezza dei rischi legati all'assunzione di sostanze psicoattive e sulle modalità volte al contenimento dei rischi stessi rappresentano la strategia alla base di ogni intervento condotto nell'ambito della prevenzione, risulta evidente come essa non sia sufficiente [CSAP 2001]. Per prendere atto dei limiti di questo modello teorico, basti pensare come qualsiasi fumatore di tabacco sappia benissimo quali siano i rischi associati alla sua condotta, ma nonostante ciò non riesce a porre freno al consumo.

Per di più, alcuni studi hanno dimostrato che questo tipo di approccio non solo si è rivelato inefficace per la riduzione dell'incidenza della tossicodipendenza, ma addirittura può provocare effetti iatrogeni, ossia aumentare i rischi<sup>34</sup>. Causa del fallimento è da rintracciarsi nel fatto che per modificare il comportamento la mera informazione non è sufficiente, dato che la condotta è funzione di altre variabili<sup>35</sup> quali gli atteggiamenti, le credenze e le intenzioni<sup>36</sup> nonché influenzata dal contesto ambientale. Inoltre, i messaggi informativi, soprattutto se fanno appello alla paura per il verificarsi di situazioni spiacevoli, creano quello che Gelmi et al. [2006: 56] chiamano l'«evitamento difensivo», ossia «una rimozione rispetto al contenuto del messaggio [...] considerato spesso esagerato o inverosimile». In altre parole, i messaggi che utilizzano un tono minaccioso tendono a provocare una reazione di rifiuto.

Weinstein [1980] parla di ottimismo irrealistico per descrivere il fenomeno di distorsione cognitiva basato su un errore di giudizio circa la pericolosità dei rischi. Tale distorsione si esplica nel fatto che le persone tendono a collocarsi in uno stato di basso rischio rispetto ad altri soggetti coinvolti nella medesima situazione, ritenendosi sempre meno minacciati rispetto ad un generico individuo medio. Questa distorsione è necessaria per ridurre l'ansia associata agli eventi e permette ai soggetti di conservare un buon livello di autostima. Riprendendo l'esempio

---

<sup>34</sup> Gli studi condotti sono numerosissimi per cui mi limito a citarne solo alcuni: Ashton [1999]; Werch, Owen [2002]; United States Government Accountability Office [2006]; Tobler [1986]; Tobler e Stratton [1997]; Sussman et al. [2004]; Ashton [1999].

<sup>35</sup> Sulla complessità dell'agire, si veda anche il capitolo Morandi [2000] nell'opera *Principi di Sociologia*, curata da Cipolla [2000], nel quale sono illustrati i diversi approcci sociologici al tema. L'azione si configura quale «razionalità, non sempre tale ed egemone, che si applica nel concreto per rapporto ad una storia pregressa ed ambientata (motivi e causa di); in relazione a scelte valoriali; per riferimento a regole e risorse accessibili in quella situazione; in collegamento con l'agire di altri auto interpretati come etero; in connessione con l'obiettivo che dà conto del perché e dei motivi; [...] [e come tale] risulta avvolta, ma non determinata, da sedimentazioni, regole, valori, condizionamenti di secondo livello» [Cipolla 1997: 247-252, lemma «Azione»].

<sup>36</sup> Cfr. Fishbein e Azjen [1975].



dell'uso del condom citato nel § 2.2.1, richiamiamo le riflessioni di Weinstein, il quale ha condotto interessanti studi sulla percezione del rischio in relazione alla possibilità di contrarre l'Aids: pur essendo questa malattia particolarmente diffusa anche tra eterosessuali, i soggetti tendono a considerarla ancora come malattia legata a particolari gruppi a rischio (omosessuali e tossicodipendenti). Questa convinzione porta a ridurre lo stato d'ansia collegato al timore di contrarre il virus, ma, com'è facile intuire, ciò comporta un falso ottimismo sulle probabilità reali di ammalarsi e non aiuta a mettere in atto comportamenti virtuosi in grado di scongiurare l'evento.

I soggetti tendono così ad attribuire a se stessi caratteristiche di invulnerabilità ed immunità personale. Le aspettative diventano sfuocate, con gravi ripercussioni negative sulle condotte e sulle conseguenze ad esse correlate che tendono ad essere sempre sottostimate. “Non può capitare proprio a me” pare essere un'asserzione, assai diffusa, che riassume questo atteggiamento.

Un altro effetto iatrogeno connesso all'approccio informativo consiste nel cosiddetto effetto boomerang che può essere generato dall'aumento di curiosità verso la sostanza generato dalle maggiori conoscenze sulla droga [Ashton 1999; Fishbein et al. 2002].

Infine, si segnala anche il fenomeno della “devianza indotta” o “provocata”: dato che la società definisce quali sono i comportamenti devianti e antisociali, la trasmissione di informazioni sulle droghe può suggerire canali per ribellarsi alla società stessa essendo il consumo di sostanze psicotrope condannato dal sistema sociale [Polmonari 1993].

### 2.3.2 – *Il modello educativo-promozionale*

Gelmi et al. [2006: 11-12] definiscono i programmi preventivi afferenti al modello educativo-promozionale come complesso di «interventi che mirano a sviluppare capacità personali e risorse appartenenti ai singoli soggetti a cui il programma è rivolto». Le basi teoriche dei programmi educativo-promozionali possono essere individuate in alcuni modelli di prevenzione, così come sintetizzati nel paragrafo precedente, che qui richiamiamo brevemente:

- *social learning theory*: secondo questo approccio, l'agire è influenzato per lo più dagli “altri significativi” piuttosto che dalle nostre conoscenze o intenzioni [Bandura 1977]. Pertanto, l'apprendimento deve avvenire attraverso l'interazione con soggetti (*modelling*) a cui si attribuisce credibilità e stima i quali seguono un agire virtuoso. Inoltre, si attribuisce particolare valore alle

capacità dell'individuo di elaborare modelli cognitivi interni di esperienza utilizzabili come guide per l'azione;

- *normative belief*: la popolazione giovanile tende a sovrastimare i consumatori di sostanze psicoattive e questo porta alla normalizzazione delle condotte. Pertanto, un approccio di promozione alla salute dovrebbe correggere gli stereotipi ed i “falsi miti” connessi alla diffusione di droghe ed alcol [Hansen, Graham 1991; Perkins 2003; Page, Roland 2004; Bertowitz 2003];
- *life skills theory*: il fulcro dell'attenzione si sposta dall'acquisizione di conoscenze all'interiorizzazione di abilità come per esempio la capacità di prendere decisioni e risolvere problemi, l'assertività, la resilienza [Botvin 1994; Botvin, Griffin 2004]. Secondo questo modello – oggi ampiamente diffuso, soprattutto negli Usa e specialmente in ambito scolastico – gli interventi preventivi hanno come obiettivo quello di determinare cambiamenti a livello di condotta, sviluppando adeguate strategie di fronteggiamento (*coping*) e abilità che permettano di resistere alle influenze sociali mettendo in atto comportamenti salutari.

Vediamo di approfondire e dettagliare queste strategie per quanto concerne i contenuti e le modalità operative.

In merito alla teoria dell'apprendimento sociale, Maturo [2002], riprende la teoria del flusso informativo a due fasi di Katz [1957] che afferma come i messaggi *top-down* dei mass media debbano essere collegati alle trame di interazioni personali per poter dispiegare effetti positivi, contrariamente da quanto sostiene il modello ipodermico che si fonda sull'idea di una trasmissione diretta dei messaggi tra mezzo e ricevente. Per la precisione, si può affermare che i mass media possono produrre sì un aumento di conoscenza, ma per poter modificare realmente i comportamenti – che di certo rappresenta l'obiettivo più importante e di difficile realizzazione – i messaggi devono presentare un qualche collegamento con le trame di relazioni interpersonali. In altre parole: «I media *informano*, mentre le persone *influenzano*» [Maturo 2002: 240, corsivo dell'autore, nda]. Di conseguenza, i responsabili della comunicazione socio-sanitaria dovrebbero poter individuare una élite di *opinion leader* che sappiano adottare i suggerimenti forniti per poi stimolare l'estensione di tali comportamenti agli altri membri del gruppo, attraverso un processo imitativo<sup>37</sup>. Questo potrebbe essere utile anche per far fronte ad un paradosso tipico della comunicazione socio-sanitaria, ovvero il fatto che i mes-

---

<sup>37</sup> Maturo [2002] riporta un esempio operativo di quanto affermato che riguarda le campagne di educazione alla salute rivolte agli immigrati: egli afferma che si potrebbero raggiungere migliori risultati se i messaggi fossero indirizzati agli immigrati che, in virtù della loro maggiore permanenza nel paese e per un più alto livello di istruzione, meglio potrebbero recepire quei messaggi e in seguito a ciò i benefici potrebbero essere estesi, attraverso emulazione, agli altri soggetti.

saggi di promozione alla salute sono più facilmente recepiti da soggetti dotati di elevati capitali simbolici e culturali, mentre purtroppo gli stili di vita insalubri trovano maggiore diffusione tra le persone di basso ceto. Da quanto detto, risulta facile intuire come la comunicazione abbia il potere di influenzare soprattutto gli stili di vita dei soggetti a basso rischio. L'autore sottolinea come il rimedio a questo paradosso risieda in primo luogo nella differenziazione dei canali e della forma dei messaggi emessi in relazione al target di popolazione, attraverso un processo di segmentazione.

L'approccio delle *normative belief* fa riferimento al modello normativo descritto nel § 2.2.3, secondo il quale, come anticipato, alcuni soggetti tendono a sovrastimare la diffusione delle condotte a rischio e quindi ad agire in linea con esse in quanto ritenute normali [Bertowitz 2003]. La strategia preventiva che ne deriva (realizzata per lo più in ambito scolastico) cerca di correggere la distorsione cognitiva, ovvero a comunicare l'effettiva diffusione tra i membri della comunità e tra coloro che fanno parte del gruppo dei pari di un certo comportamento [Perkins 2003]. Operativamente<sup>38</sup>, questa strategia di realizza sia attraverso interventi di prevenzione universale (es. campagne mass mediatiche realizzate con spot, posters, depliant, locandine, etc.) sia a livello di prevenzione selettiva (interventi "correttivi" per gruppi a rischio) sia a livello di prevenzione indicata attraverso azioni di supporto e di *counseling* a coloro che hanno già sviluppato condotte problematiche [Bertowitz 2003].

Passiamo ora a considerare il terzo gruppo di interventi che fanno parte dell'approccio educativo-promozionale. Per *life skills* si debbono intendere le abilità che mettono in grado il soggetto di fronteggiare le sfide della vita quotidiana, ovvero "sapere cosa fare e come farlo" e, soprattutto, "essere consapevoli di poterlo fare" [Gelmi et al. 2006]. Secondo questo modello, la fruizione di alcol e droghe dipende da meccanismi maladattivi di *coping*, ovvero sia di adattamento disfunzionale [Marlatt 1996] tale per cui la prevenzione opera nelle direzioni di incremento delle capacità di fronteggiamento.

Questo approccio sottolinea come il possesso di tale abilità costituisca un fattore protettivo rispetto al rischio non solo di consumare sostanze psicoattive, ma rispetto a tutte le condotte che possono avere ricadute negative sulla salute.

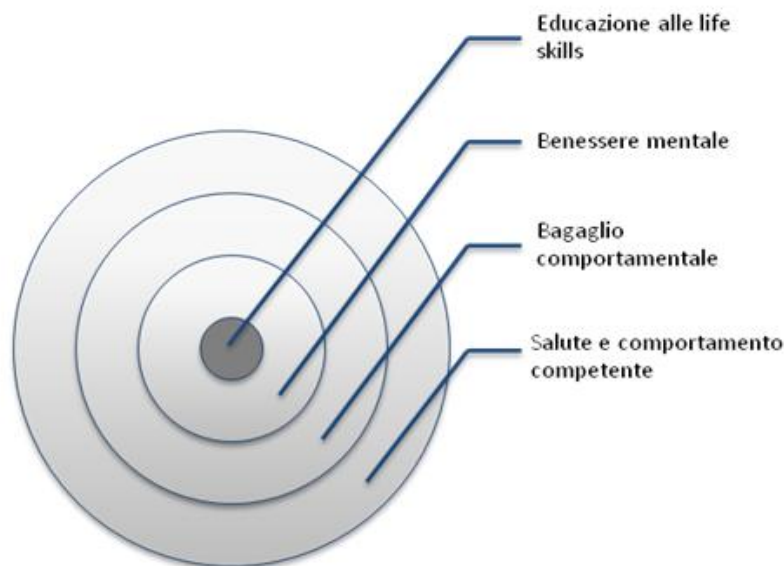
L'OMS pubblica nel 1993 il Documento *Life skills education in schools* che contiene l'elenco delle abilità personali e sociali utili per gestire positivamente i rapporti tra il singolo e la comunità. Si tratta di competenze sociali e relazionali che permettono ai ragazzi di affrontare in modo efficace le varie situazioni; di

---

<sup>38</sup> Per approfondimenti su questa strategia si rimanda ad alcuni siti: [www.socialnorm.org](http://www.socialnorm.org); [www.socialnormslink.com](http://www.socialnormslink.com).

rapportarsi con autostima a se stessi, con fiducia agli altri e alla più ampia comunità (dalla famiglia, alla scuola, al gruppo degli amici e conoscenti, alla società di appartenenza, ecc). La mancanza di tali abilità socio-emotive può causare in particolare nei ragazzi e nei giovani, l'instaurarsi di comportamenti negativi e a rischio in risposta a stress [WHO1993b].

Fig. 3 – Effetti del tempo sull'influenza delle life skills sul comportamento



Fonte: Boda, cit. in Gelmi et al. [2006: 14]

Il “nucleo fondamentale” delle *skills of life* è costituito dalle seguenti abilità e competenze [OMS 1993]<sup>39</sup>:

- *Decision making (capacità di prendere decisioni)*: competenza che aiuta ad affrontare in maniera costruttiva le decisioni nei vari momenti della vita. La capacità di elaborare attivamente il processo decisionale, valutando le differenti opzioni e le conseguenze delle scelte possibili, può avere effetti positivi sul piano della salute, intesa nella sua eccezione più ampia.
- *Problem solving (capacità di risolvere i problemi)*: questa abilità permette di affrontare i problemi della vita in modo costruttivo.
- *Pensiero creativo*: agisce in modo sinergico rispetto alle due competenze sopracitate, mettendo in grado di esplorare le alternative possibili e le conseguenze che derivano dal fare e dal non fare determinate azioni. Aiuta a guardare ol-

<sup>39</sup> Cfr. Fig. 4. Per approfondimenti, cfr. Marmocchi [2004].

tre le esperienze dirette, può aiutare a rispondere in maniera adattiva e flessibile alle situazioni di vita quotidiana.

- *Pensiero critico*: è l'abilità ad analizzare le informazioni e le esperienze in maniera obiettiva. Può contribuire alla promozione della salute, aiutando a riconoscere e valutare i fattori che influenzano gli atteggiamenti e i comportamenti.
- *Comunicazione efficace*: implica il sapersi esprimere, sia sul piano verbale che non verbale, con modalità appropriate rispetto alla cultura e alle situazioni. Questo significa essere capaci di manifestare opinioni e desideri, bisogni e paure e, in caso di necessità, di chiedere consiglio e aiuto.
- *Capacità di relazioni interpersonali*: aiuta a mettersi in relazione e a interagire con gli altri in maniera positiva, riuscire a creare e mantenere relazioni amichevoli che possono avere forte rilievo sul benessere mentale e sociale. Tale capacità può esprimersi sul piano delle relazioni con i membri della propria famiglia, favorendo il mantenimento di un'importante fonte di sostegno sociale; può inoltre voler dire essere capaci, se opportuno, di porre fine alle relazioni in maniera costruttiva.
- *Autoconsapevolezza*: ovverosia riconoscimento di sé, del proprio carattere, delle proprie forze e debolezze, dei propri desideri e delle proprie insofferenze. Sviluppare l'autoconsapevolezza può aiutare a riconoscere quando si è stressati o quando ci si sente sotto pressione. Si tratta di un prerequisito di base per la comunicazione efficace, per instaurare relazioni interpersonali, per sviluppare empatia nei confronti degli altri.
- *Empatia*: è la capacità di immaginare come possa essere la vita per un'altra persona anche in situazioni con le quali non si ha familiarità. Provare empatia può aiutare a capire e accettare i "diversi"; questo può aiutare a migliorare le interazioni sociali per esempio in situazioni di differenze culturali o etniche. Inoltre, la capacità empatica può essere di sensibile aiuto per offrire sostegno alle persone che hanno bisogno di cure e di assistenza o di tolleranza.
- *Gestione delle emozioni*: implica il riconoscimento delle emozioni in noi stessi e negli altri; la consapevolezza di quanto le emozioni influenzino il comportamento e la capacità di rispondere alle medesime in maniera appropriata.
- *Gestione dello stress*: consiste nel riconoscere le fonti di stress nella vita quotidiana, nel comprendere come queste ci influenzino e nell'agire in modo da controllare i diversi livelli di stress.

Fig. 4 – Il modello di sviluppo delle Life skills



Fonte: OMS [1993: 4]

Botvin [1994; con Griffin, 2004] è l'autore di uno dei più noti programmi di prevenzione dell'uso sostanze fondato sulle abilità sociali, il cui nome è *Life Skills Training Drug Abuse Prevention Program* (<http://www.lifeskillstraining.com>), pensato per gli studenti delle scuole elementari e medie inferiori. Il programma, nato specificatamente per la lotta al tabacco, è stato oggetto di numerose valutazioni con esiti alquanto positivi, derivanti soprattutto dal fatto che si fonda su un numero elevato di lezioni (30) che si dipanano su più annualità (2 cicli di sessioni di rinforzo a intervalli biennali).

Il programma suddivide i fattori di rischio esterni (ambiente, pari, mass media) e interni (*sensation seeking*<sup>40</sup>, ansia sociale, bassa autostima).

Scopo del programma è quello di rafforzare tutte le capacità che possono rappresentare fattori di protezione rispetto al rischio di mettere in atto una condotta non virtuosa ovvero consumare sostanze psicoattive. Esempi di fattori di abilità sociali sono: assertività, *problem solving*, *decision making*, percezione delle norme, capacità di rifiutare l'offerta di una sostanza, strategie per il controllo di emozioni negative quali ansia, rabbia e frustrazione.

Per promuovere le Life Skills, le strategie possono essere diverse, come per esempio: *peer education*, *role playing*, *braistoriming*, partecipazione attiva, as-

---

<sup>40</sup> Zuckerman [1971] parla di *sensation seeking*, riferendosi con tale espressione all'attrazione verso esperienze che consentano al soggetto di vivere emozioni forti. L'Autore sviluppa un test che permette di misurare tramite una scala (*sensation seeking scale*) la propensione al rischio di ciascun individuo. Questa scala comprende quaranta item suddivisi in quattro dimensioni che corrispondono a quattro sottoscale: DIS (*Disinhibition*), ovvero la disinibizione, soprattutto quella sociale; TAS (*Thrill and Adventure Seeking*), ovvero la ricerca del brivido e dell'avventura attraverso, per esempio, sport non competitivi all'aperto o attività che richiamano elementi di rischio; ES (*Experience Seeking*), che corrisponde alla ricerca di esperienza attraverso la mente e i sensi e uno stile di vita non convenzionale; BS (*Boredom Susceptibility*), che fa riferimento alla suscettibilità alla noia cioè la non piacevolezza di qualunque ripetizione di esperienza prevedibile e alla compagnia delle stesse persone.

sunzione di responsabilità, *cooperative learning*, discussione tra gruppi [Gelmi et al. 2006].

Qualche riflessione merita la *peer education*, ovvero una strategia basata sul coinvolgimento di soggetti con caratteristiche analoghe a quelle del target destinatario al fine di favorire processi di identificazione con l'operatore e, conseguentemente, l'adozione di un comportamento virtuoso nei confronti della propria salute. Essa ha avuto ampia diffusione negli Usa a partire dagli anni Settanta e in Europa a partire dagli anni Novanta e si basa sull'idea che l'apprendimento imitativo condotto da pari, secondo modalità partecipative, interattive e spontanee, può rappresentare una buona strategia affinché i soggetti adottino un agire virtuoso seguendo l'esempio dei leader. Si tratta di un approccio che favorisce il protagonismo giovanile, «un'educazione ai giovani fatta da giovani» [Shiner 1999: 55], fondata sul presupposto che i destinatari possano adottare il comportamento di un compagno in quanto considerato esempio dotato di credibilità e perché condivide con lui linguaggi e codici. In altre parole, come già ampiamente discusso, il presupposto di questo approccio deriva dall'evidenza che le esperienze vissute con gli altri o attraverso modelli di altri possono determinare cambiamenti di comportamento, mentre gli interventi fondati sulla mera informazione agiscono sulle conoscenze ma non necessariamente influenzano le credenze, gli atteggiamenti e, soprattutto, i comportamenti [Tobler 2001; Sussman et al. 2004].

Un intervento di *peer education* si dovrebbe basare sui seguenti passaggi [Leone, Ruffa 2006]: individuazione dei *peer educator* e loro formazione, realizzazione dell'intervento, valutazione dell'intervento.

Per completezza euristica è necessario fare riferimento – seppure brevemente – ai programmi che coinvolgono un mentore: si tratta di interventi che vedono coinvolto un adulto competente e significativo che aiuta un giovane ad acquisire risorse per sviluppare le proprie capacità e abilità attraverso un rapporto individuale di mutualità [Gelmi et al. 2006]. Questo approccio ha avuto diverse sperimentazioni soprattutto negli Usa, mentre pare meno diffuso in Europa.

### 2.3.3 – *L'approccio di comunità*

Secondo Gelmi et al. [2006: 25] l'approccio di comunità «pone maggiore attenzione alle determinanti ambientali del comportamento [tanto che] è possibile raggiungere gli obiettivi della prevenzione migliorando il contesto interpersonale e organizzativo di appartenenza di un individuo [come per esempio] la famiglia, la scuola o il luogo di lavoro, [...] il quartiere, la città o l'apparato politico e legislativo del proprio paese». Ancora, Leone e Ruffa [2006: 45] definiscono questo ap-

proccio come «un processo che mira a creare una condizione di progresso sociale ed economico attraverso la partecipazione attiva della comunità», all'interno del quale «i problemi vengono letti non tanto come risultato di comportamenti quanto come conseguenza dell'interazione con l'ambiente data dalla comunità» [ivi: 74]. L'approccio di comunità, attraverso una visione sistemica, si pone come obiettivo quello di coinvolgere i destinatari degli interventi nella progettazione degli stessi a partire dall'identificazione dei bisogni fino alla fase di valutazione dei risultati [Putton 2006].

Questa strategia sposta l'attenzione dall'individuo alla comunità, ovvero considera i fattori di rischio non a livello micro bensì a livello meso in quanto l'attenzione è rivolta soprattutto ai sistemi sociali. Si riprende la teoria del campo di Lewin [1967], secondo la quale il comportamento (C) è funzione della persona (P), dell'ambiente (A) e della loro interazione, ovvero  $C = f(P, A)$ .

Gelmi et al. [2003] suddividono l'approccio di comunità in due livelli di intervento:

- *community based*: il coinvolgimento della comunità è basso e consiste prevalentemente nel fatto che i destinatari sono coinvolti come consumatori di servizi. I rappresentanti possono fornire un supporto ai *policy maker* e agli operatori;
- *sviluppo di comunità*: al contrario del modello precedente, la comunità è ampiamente coinvolta in quanto i destinatari dei servizi collaborano alla progettazione, realizzazione e valutazione degli stessi.

Un modello teorico efficace per rappresentare questa prospettiva è quello transazionale-ecologico [Felner et al. 2000; Bronfenbrenner 1986] che vede la salute come il prodotto dell'interdipendenza fra l'individuo e i sottosistemi dell'ecosistema [cfr. Cicognani]. Bronfenbrenner [1986] individua quattro strutture concentriche in grado di determinare l'agire umano<sup>41</sup>:

- livello micro: riguarda i sistemi del mondo della vita più prossimi al soggetto, ovvero quelli con i quali egli ha contatti diretti e quotidiani (es. famiglia, scuola, mondo del lavoro);
- livello meso: comprende il sistema che coinvolge due o più sistemi di micro livello nonché i loro legami (es. casa-scuola; famiglia-padre e famiglia-madre, etc.);
- livello eso: riguarda i sistemi che influenzano i due livelli precedenti, ma con i quali il soggetto non entra in contatto diretto (es. luogo di lavoro dei genitori/partner);
- livello macro: struttura sociale che influenza i livelli micro, meso e eso (es. sistema economico o culturale).

---

<sup>41</sup> Cfr. Gelmi et al. [2006].



La prevenzione di comunità coinvolge uno o più sistemi nei diversi livelli sopra illustrati attraverso alcuni concetti chiave come: intervento di rete, responsabilizzazione, comunità competente e *empowerment* di comunità.

Stefanini e Zanichelli [2002] affermano che gli approcci individuali volti alla promozione della salute sono destinati per lo più al fallimento e ciò è legato al fatto che «la capacità che un soggetto possiede di modificare comportamenti potenzialmente patogeni e mantenersi coerenti con questa scelta é direttamente correlata al suo livello di benessere materiale, di potere nella società e di istruzione, in breve al grado di controllo che ha sul proprio futuro. [...] In altre parole, la “volontà di cambiamento” di un soggetto é largamente predeterminata dal suo ambiente sociale. [...] La salute quindi proviene dalla percezione di avere a disposizione un sufficiente spazio di manovra e un adeguato controllo sul nostro lavoro, e dalla nostra capacità di far fronte ad improvvisi cambiamenti che avvengono nella nostra vita (disoccupazione, separazione da qualcuno o qualcosa, pensionamento, morte, ecc.)» [2002: 51-52].

L'attività di prevenzione a livello di comunità può essere fortemente influenzata dalla strategia normativa, la quale considera come «il sanzionamento o la minaccia di sanzionamento di un determinato comportamento scoraggi l'azione dello stesso da parte degli individui» [Leone, Ruffa 2006: 46], ovvero si fonda sull'idea che la punizione conseguente alla condotta rappresenta un freno consistente per la messa in atto dell'azione deviante. Fanno parte di questa strategia tutti i divieti, come per esempio quello di fumare nei locali pubblici, di bere alcolici sul lavoro o di guidare con un tasso alcolemico superiore a quello fissato per legge.

#### 2.2.4 – *Il marketing preventivo*

Con l'espressione marketing sociale si fa riferimento ad un filone di esperienze in campo di prevenzione fondato sull'«utilizzo di principi e tecniche del marketing per influenzare i destinatari ad accettare, rifiutare, modificare o abbandonare un comportamento in modo volontario, allo scopo di ottenere un beneficio per i singoli, i gruppi o la società nel suo complesso» [Kotler et al. 2002, cit. in Fattori, Artoni 2007: 143]. Si noti che questo approccio, pur traendo spunto da principi e tecniche del marketing commerciale, se ne distanzia soprattutto in relazione al contesto dei valori che lo animano, dato che mentre il marketing tradizionale è orientato a sviluppare benefici per chi vende, il marketing sociale mira a garantire vantaggi per i destinatari del progetto [Fattori, Artoni 2007].

Marino e Serpelloni [2007] ritengono possibile applicare i principi del marketing sociale alla prevenzione del consumo di sostanze psicoattive in quanto il mer-

cato della droga presenta molteplici analogie con il mercato dei prodotti commerciali tradizionali e l'acquisto è, parimenti, volto a soddisfare bisogni indotti dall'interazione tra individuo e ambiente sociale secondo differenze che tengono conto del rapporto tra caratteristiche delle singole sostanze e desideri soggettivi del consumatore [Serpelloni, Candio 2007].

Fattori e Artoni [2007] sostengono che il marketing sociale si collochi in una posizione a mezza via rispetto all'educazione alla salute (efficace quando i destinatari dimostrano una certa propensione ad adottare uno stile di vita virtuoso) e gli interventi normativi (coercitivi e non, da implementare quando i soggetti si rilevano restii ad adottare le condotte che si intende promuovere).

Uno degli aspetti più rilevanti del marketing sociale si colloca nella cosiddetta fase della segmentazione, ovverosia nell'individuazione di gruppi target, "cluster" di cittadini omogenei dal punto di vista dei bisogni e delle caratteristiche intrinseche, tale per cui diviene più probabile non solo raggiungere il gruppo specifico portatore di una problematica relativa alla condotta, ma anche innescare un cambiamento nel comportamento in vista della promozione della salute [Marino 2007].

Alla fase della segmentazione segue la definizione dei *competitors*, ovvero degli attori concorrenti rispetto a coloro che offrono altri interventi di promozione analizzando la struttura delle offerte alternative differenziate sulla base dei fattori che condizionano le scelte dei cittadini in materia di condotte [Serpelloni, Candio 2007].

Il marketing sociale si propone così come paradigma emergente non solo in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive ma, più in generale, nei percorsi di promozione di uno stile di vita salutare in virtù della sua capacità di monitorare i bisogni della popolazione fornendo risposte alternative ai bisogni funzionali dei cittadini.

### 2.3.5 – *La riduzione del danno*

Non è possibile chiudere la rassegna – seppure sintetica – delle strategie preventive senza un riferimento alla riduzione del danno<sup>42</sup>. Essa, infatti, si sovrappone alla prevenzione indicata che, come abbiamo visto nel § 2.1, è rivolta a coloro che sono ad altissimo rischio in quanto hanno già sperimentato le sostanze psicoattive senza tuttavia manifestare nella maggior parte dei casi segnali di uso problematico.

---

<sup>42</sup> Parte di queste riflessioni sono state discusse in Lombi [2009].

Lo scopo della riduzione del danno (*Harm reduction*)<sup>43</sup> si incarna nel «tentativo di migliorare le condizioni sanitarie, sociali ed economiche associate all'uso, cattivo uso e abuso di sostanze psicoattive legali ed illegali senza *necessariamente* imporre la riduzione del loro consumo» [Einstein 2007: 257].

Gli interventi basati sulla riduzione del danno si sviluppano nel corso degli anni Ottanta del secolo scorso in Olanda (paese che per primo ha intrapreso la pratica di distribuire siringhe sterili per scongiurare il contagio dall'Hiv tra eroinomani) e in Gran Bretagna. Gli antecedenti derivano dall'approccio della *Public Health*: secondo questo modello, la questione del consumo di sostanze psicoattive non è un problema individuale, ma collettivo per le ricadute in termini di salute pubblica [Zuffa 2000]. Pertanto, nell'approccio in questione gli interventi si spostano dall'asse cliente-fornitore alla società civile, la quale viene dotata di strumenti e risorse per affrontare i rischi connessi alle droghe, al sesso e alla violenza [Marlatt 1996].

I sostenitori dell'approccio fondato sull'*Harm reduction* fondano la loro posizione argomentando che una società senza droghe è utopica e pertanto risulta più pragmatico intervenire riducendo i rischi di un fenomeno che non si può arginare coinvolgendo tutte le sostanze psicoattive (non solo quelle illegali) dato che l'obiettivo è migliorare le condizioni di salute della popolazione.

In altri termini, i sostenitori di questo modello riconoscono il fallimento delle politiche orientate al proibizionismo e ritengono utopica una società drug-free. La riduzione del danno rappresenta un'alternativa pragmatica ai modelli appena descritti in quanto l'attenzione si sposta dal consumo di droghe alle conseguenze di tale fruizione (i rischi, appunto). L'aspetto morale non è tenuto in considerazione né l'uso è considerato in senso patologico<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> L'UNODCCP [2000] distingue tra riduzione del danno e riduzione dei rischi. Con la prima espressione si riferisce «alle politiche o i programmi che si focalizzano direttamente sulla riduzione del danno derivante dall'uso di alcol e altre droghe, sia sull'individuo sia sulla comunità più ampia». Con la seconda espressione ci si riferisce «alle politiche ed ai programmi che si concentrano sulla riduzione del danno derivante dall'alcol e dalle altre droghe. Le strategie di riduzione dei rischi hanno alcuni vantaggi pratici sui comportamenti a rischio che sono più facilmente oggettivabili e misurabili rispetto ai danni, in modo particolare quei danni che hanno una bassa prevalenza» [2000: 31]. Le due definizioni hanno molti punti di sovrapposizione per cui prevale la tendenza ad usarle come equivalenti.

<sup>44</sup> Storicamente, ci ricorda Marlatt [1996], si sono susseguiti diversi modelli di contrasto del fenomeno droghe. Il primo modello è quello morale (*Moral model*): approccio tipico del proibizionismo (*War on Drugs*), trae origine dal principio che l'uso di droghe illecite è moralmente condannabile in quanto costituisce reato. L'obiettivo è quello di creare una società affrancata dal consumo di droghe attraverso la lotta all'offerta. In questo quadro, anche i consumatori sono considerati alla

L'approccio fondato sulla riduzione del danno – sostiene Marlatt [1996] – considera gli effetti negativi legati al consumo di droga lungo un continuum come fossero disposti su un termometro. Gli interventi, secondo questa logica, mirano pertanto ad “abbassare la temperatura”. «In questo senso, l'astinenza è concepita come il punto finale ideale lungo un continuum ai cui vertici si collocano il rischio massimo e la mancanza di rischi» [Marlatt 1996: 786].

I punti di rottura e le conseguenze di questo approccio possono essere così sintetizzati [Ritter, Cameron 2005]:

- l'attenzione è rivolta anche alle sostanze legali (in primis, alcol e tabacco);
- sono favoriti i programmi a bassa soglia (*low-threshold programs*), ovvero interventi volti a incrementare la partnership e la collaborazione con la società civile; questi programmi cercano di raggiungere gli utenti nei setting informali attraverso interventi *bottom-up*, svolgendo una funzione di aggancio, cioè «di intervento precoce verso la marginalità [rappresentando uno] snodo fra la “piazza” e i servizi di riabilitazione e cura» [Miliani 2006: 7];
- risulta centrale la riduzione dello stigma associato al consumo di sostanze, considerato come una delle possibili condotte ad alto rischio per la salute ed il benessere psico-fisico; in tal senso, il consumatore va concepito in primo luogo come cittadino e non come deviante [cfr. Strafford 2007];
- la fruizione di droghe è intesa quale esito di una risposta inadeguata al tentativo di fronteggiare le situazioni (*maladaptive coping response*) anziché quale condotta immorale o frutto di una malattia [Marlatt 1996].

La riduzione del danno, come detto, non si prefigge come scopo principale l'astinenza, ma semplicemente pone tale obiettivo in posizione secondaria.

L'informazione è intesa quale presupposto per la valutazione dei rischi, fatto che comporta la sensibilizzazione verso uno stile di vita *drug-free*.

La riduzione del danno ha molti punti di sovrapposizione con la prevenzione indicata e «punta sull'aumento delle conoscenze e della consapevolezza dei consumatori in relazione alle sostanze ed ai rischi connessi alla loro assunzione, nonché a creare le condizioni perché si riducano i rischi derivanti dall'assunzione di sostanze o da particolari comportamenti [...] accrescendo le competenze dei soggetti, affinché siano in grado di adottare comportamenti di autotutela, e modificando le condizioni ambientali per creare ambienti più sicuri» [Biffi 2007: 9].

---

stregua degli spacciatori e sono pertanto perseguibili. Il secondo modello (*Disease Model*) si fonda sul paradigma biomedico: la dipendenza è concepita come una malattia biologico-genetica e pertanto il consumatore è un malato. Infine, il modello dell'*Harm reduction* considera l'assunzione delle sostanze psicoattive come una delle possibili condotte a rischio per la salute, tale per cui il consumatore è concepito in primo luogo come cittadino e non come criminale o soggetto malato.

Sebbene la riduzione del danno rappresenti uno dei quattro pilastri dell'Ue in materia di politiche per le droghe, questo approccio trova anche critici severi. La motivazione principale adottata a contrasto di queste politiche si fonda principalmente su questa tesi: suggerire un uso volto al contenimento dei rischi può indurre a ritenere che una fruizione moderata sia esente da conseguenze. Inoltre, si argomenta che le proprietà additive delle droghe non consentono un uso responsabile e autocontrollato, pertanto è preferibile non fornire messaggi volti a ridurre i danni, ma bisogna insistere sull'astinenza.

### **2.3 – La prevenzione è efficace? Il contributo dell'Evidence-based Prevention**

Di fronte ai fallimenti dei primi progetti di prevenzione si è sviluppata la necessità di valutare le strategie preventive al fine di verificarne l'efficacia. Sulla scia dell'Evidence-based Medicine, ovvero dell'applicazione in modo «consapevole, esplicito e critico delle migliori evidenze sperimentali nella presa di decisione in merito al trattamento del singolo paziente» [Iovine 2004: 73], nasce così l'Evidence-based Prevention.

Parlare di approcci basati sull'evidenza (o sulle prove di efficacia) significa riferirsi ad un «processo in cui gli esperti, utilizzando criteri condivisi relativamente alle modalità di analisi di studi e di ricerche, pervengono ad un consenso circa la credibilità e la sostenibilità dei risultati della valutazione degli stessi» [Orlandini et al. 2004: 39].

I programmi afferenti alla *Evidence-Based*, per essere definiti tali, devono:

- essere basati su teorie e modelli definiti;
- utilizzare modalità di raccolta dati e procedure di analisi appropriate;
- possedere un alto livello di relazioni causa/effetto;
- essere capaci di raggiungere la popolazione target di riferimento [Orlandini et al. 2002; 2004].

Si noti come «La valutazione permette di avere informazioni non solo sull'efficacia degli approcci, metodi e tecniche di intervento preventivo, ma anche sulla fondatezza dei presupposti teorici circa la causa dei problemi, e in tal senso è strumento conoscitivo in grado di far procedere la conoscenza» [Cicognani 2006: 42-43].

Le raccomandazioni delle review sistematiche e delle linee guida internazionali hanno raggiunto un ampio consenso nel definire cosa sia efficace e cosa no in materia di prevenzione.

Per esempio, il CSAP [1997; 2001] suggerisce le seguenti indicazioni:

- un programma di prevenzione efficace dovrebbe essere contraddistinto da obiettivi chiari e realistici in termini di fattibilità;
- essere supportato da un modello teorico verificato empiricamente;
- avere una correttezza concettuale;
- coinvolgere organizzatore e *stakeholder*;
- gestire le risorse in modo adeguato rispetto agli obiettivi;
- definire i tempi e l'intensità dell'intervento;
- garantire la qualità di ogni passaggio;
- realizzare la valutazione dell'intero programma.

I principi generali, scientificamente comprovati e definibili come efficaci, della prevenzione delle dipendenze sono stati messi a punto dal NIDA – *National Institute on Drug Abuse* – prima nel 2001 e successivamente revisionati nel 2004 ([www.nida.gov](http://www.nida.gov)). Essi sono:

- principio 1 - i programmi di prevenzione dovrebbero aumentare i fattori protettivi e ridurre i fattori di rischio;
- principio 2 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati a tutte le forme di abuso di droga, tra cui l'uso da parte di alcol dei minorenni, l'uso di droghe illegali e l'uso non appropriato di sostanze ottenute legalmente (inalanti e psicofarmaci);
- principio 3 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere indirizzati al tipo di problema presente nella comunità locale, puntare sui fattori di rischio modificabili e rafforzare i fattori protettivi identificati;
- principio 4 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere adattati per rischi specifici della popolazione destinataria, come età, genere e gruppo etnico, per migliorare l'efficacia del programma;
- principio 5 - i programmi di prevenzione sulla famiglia dovrebbero aumentare le capacità relazionali e di attaccamento e includere abilità genitoriali; vanno sviluppate, discusse e sostenute le opinioni della famiglia sull'abuso di sostanze ed esercitate le capacità educative ed informative sulle droghe;
- principio 6 - i programmi di prevenzione possono essere progettati per intervenire precocemente in età prescolare e vanno indirizzati ai fattori di rischio specifici, come comportamento aggressivo, scarse abilità sociali e difficoltà di apprendimento;

- principio 7 - i programmi di prevenzione per gli studenti della scuola elementare dovrebbero puntare a migliorare l'apprendimento scolastico e socio-emotivo ed essere indirizzati ai fattori di rischio specifici, come comportamento aggressivo, fallimento e abbandono scolastico. L'educazione dovrebbe concentrarsi sulle abilità di autocontrollo, consapevolezza emotiva, comunicazione, abilità sociali di problem-solving e sostegno accademico, specialmente nella lettura;
- principio 8 - i programmi di prevenzione per gli studenti di scuola media e superiore dovrebbero aumentare le competenze accademiche e sociali con le seguenti abilità: abitudini di studio e sostegno scolastico, comunicazione, relazioni tra pari, auto-efficacia e assertività, abilità di resistenza alle droghe, rafforzamento delle opinioni anti-droga e consolidamento delle posizioni personali contro l'abuso di droga;
- principio 9 - i programmi di prevenzione mirati ai momenti di transizione, come il passaggio dalla scuola media a quella superiore, possono produrre effetti vantaggiosi anche in famiglie e ragazzi ad alto rischio. Tali interventi non separano i gruppi a rischio dalla popolazione generale e, quindi, riducono l'etichettamento e promuovono il legame con la scuola e la comunità;
- principio 10 - i programmi di prevenzione di comunità che combinano due o più programmi efficaci, come programmi per le famiglie e in ambito scolastico, possono essere più efficaci di un singolo programma;
- principio 11 - i programmi di prevenzione di comunità che raggiungono i destinatari in setting multipli, ad esempio scuole, club, organizzazioni religiose, media, sono molto efficaci quando sono coerenti tra loro e viene mandato lo stesso messaggio;
- principio 12 - quando le comunità adattano i programmi per corrispondere a loro necessità;
- principio 13 - i programmi di prevenzione dovrebbero essere a lunga scadenza con interventi ripetuti (cioè, programmi con richiami) per rinforzare gli obiettivi di prevenzione originali. La ricerca mostra che i vantaggi dei programmi di prevenzione nelle scuole medie diminuiscono senza programmi nelle scuole superiori;
- principio 14 - i programmi di prevenzione dovrebbero includere la formazione degli insegnanti su buone pratiche di gestione della classe, come la gratificazione dei comportamenti appropriati degli studenti. Tali tecniche aiutano a sostenere il comportamento positivo, il rendimento, la motivazione e il vincolo con la scuola da parte degli studenti;
- principio 15 - i programmi di prevenzione sono molto efficaci quando impiegano tecniche interattive, come gruppi di discussioni tra pari e *role-playing* per

genitori, che permettono il coinvolgimento attivo nell'apprendimento sulle droghe e sulle abilità di rinforzo;

- principio 16 - i programmi di prevenzione basati sulla ricerca possono essere vantaggiosi economicamente. La recente ricerca dimostra che per ogni dollaro investito in prevenzione, si risparmia fino a \$10 in trattamento per alcol o per altro abuso di sostanze.

Vediamo ora qualche suggerimento specifico a seconda della strategia.

Per quanto concerne l'approccio informativo – come è stato più volte sostenuto nel corso di questo capitolo – gli esperti riconoscono come sia insufficiente e talvolta persino dannoso il mero trasferimento di contenuti cognitivi in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive e tale riconoscimento è presente in diverse linee guida internazionali [CSAP 2001; WHO 2002; NIDA 2003].

Tuttavia, seppur non sufficiente, la trasmissione di informazioni rappresenta un passaggio cruciale dei progetti di prevenzione purché si rispettino le seguenti raccomandazioni: le informazioni dovrebbero essere corrette da un punto di vista scientifico, prive di giudizi morali o generalizzazioni improprie, chiare e accessibili [WHO 2002; cfr. Leone, Ruffa 2006]. Al contempo, bisogna evitare i messaggi intimidatori, fondati sull'appello alla paura. Piuttosto, è sempre bene fornire informazioni che possano intervenire positivamente sul *locus of control*, ovvero sul livello di controllo che ciascun individuo crede di poter avere sul proprio destino. Inoltre, gli interventi che si rifanno a questo approccio dovrebbe sfruttare modalità di comunicazione attraenti, seduttive e tarate sul target [Lombi 2009].

Per quanto riguarda l'approccio educativo-promozionale, alcuni suggerimenti possono essere: prevedere sessioni di rinforzo (*booster sessions*), favorire l'utilizzo delle variabili mediatrici (ovvero di quei fattori che facilitano il cambiamento della condotta), inserire gli interventi in un programma più ampio (e condotto per lungo tempo) di educazione e promozione alla salute [WHO 2002; Leone, Ruffa 2006]. La formazione degli insegnanti/formatori deve essere lunga (almeno un anno) [WHO 2002]. È importante prevedere lo sviluppo di abilità come per esempio quella di essere in grado di resistere alle influenze sociali, ovvero sapere rifiutare l'offerta di sostanze. In generale, l'approccio educativo-promozionale deve trasmettere abilità spendibili.

La *normative education* ha efficacia soltanto se i consumi sono bassi, altrimenti potrebbe avere l'effetto esattamente opposto in quanto tende a far supporre normale la fruizione di sostanze e non l'astinenza [WHO 2002]; inoltre, va inserita in un programma educativo-promozionale e non in uno progetto di natura informativa. Infine, Berkowitz [2003] suggerisce di utilizzare questa strategia in sinergia con altre con funzione di rinforzo reciproco. Tuttavia, lo stesso autore



sottolinea come la ricerca sulle evidenze dovrebbe essere sviluppata soprattutto in merito ad alcuni aspetti (analisi dei messaggi, caratteristiche degli attori coinvolti sia in riferimento ai formatori sia ai destinatari).

Per quanto riguarda la *peer-education*, le raccomandazioni internazionali suggeriscono di: riconoscere comunque un ruolo importante agli adulti [CSAP 1998]; garantire che i *peer leader* ricevano una formazione adeguata e sufficientemente lunga [NIDA 2003]; la scelta del peer leader dovrebbe avvenire all'interno del gruppo target [WHO 2002; Leone, Ruffa 2006].

Le review internazionali forniscono importanti raccomandazioni anche per quel che concerne l'approccio di comunità al quale siamo particolarmente interessati dato il tema di questa dissertazione visto che le strategie di comunità sono particolarmente adatte per i contesti lavorativi. Vediamo alcuni di questi suggerimenti: l'azione dovrebbe promuovere un cambiamento sistemico, ovvero della comunità, e non solo degli individui [CSAP 1998]; ci deve essere coinvolgimento e partecipazione di una molteplicità di attori, ovvero mobilitazione comunitaria [ivi]; bisogna utilizzare i network esistenti [WHO 2002]; bisogna valutare la sostenibilità dei programmi [WHO 2002]; i destinatari non debbono assumere un ruolo passivo bensì attivo [cfr. Leone; Ruffa 2006].

Per quanto concerne la riduzione del danno, in linea generale le raccomandazioni internazionali suggeriscono che questa strategia sia adottata in quei setting ove, a causa della diffusione dei consumi di sostanze psicoattive, sarebbe utopico promuovere l'astinenza, come per esempio i contesti *rave* [cfr. Lombi 2009]. È difficile poter fare un bilancio poiché molto dipende dal tipo di intervento (es. stanza del buco, trattamento con eroina, pill testing, interventi a base soglia, etc.) per cui si rimanda ad una review che discute i risultati di tale approccio [cfr. Ritter e Cameron 2005].



### **Cap. 3 - La prevenzione e le politiche di controllo del consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro**

---

O'Donnell e Harris [1994] definiscono la promozione alla salute come la scienza e l'arte di aiutare le persone a cambiare il loro stile di vita in direzione di uno stato ottimale di salute. Come abbiamo visto nel capitolo precedente, la promozione della salute mira ad aumentare la consapevolezza dei rischi connessi ad uno stile di vita insano e suggerisce pertanto una serie di comportamenti virtuosi come, per esempio, una sana alimentazione, l'attività sportiva e la riduzione dello stress. Lo scopo di questo capitolo è quello di analizzare le possibili strategie per realizzare interventi preventivi rispetto al consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro.

La Carta di Ottawa precisa che la promozione della salute non può essere conseguita solo attraverso interventi del settore sanitario, ma deve essere il frutto dell'intervento congiunto e multilaterale di tutti gli organismi interessati, ovvero i governi, le istituzioni sanitarie, sociali ed economiche, le aziende, le imprese, le scuole, le organizzazioni di volontariato, le autorità locali, l'industria e i mezzi di comunicazione [WHO 1986].

Rispetto al tema della presente dissertazione, la Dichiarazione di Lussemburgo (1997) definisce la promozione della salute nei luoghi di lavoro (WHP) quale "sforzo congiunto di imprese, addetti e società per migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori attraverso la combinazione dei seguenti elementi: miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, promozione della partecipazione attiva, incoraggiamento delle capacità personali".

I luoghi di lavoro rappresentano setting d'elezione per la promozione del benessere soprattutto in virtù dei seguenti fattori [Zucconi et al. 1999; Serpelloni et al. 2003]:

- la maggior parte della popolazione adulta dedica al lavoro buona parte del proprio tempo;
- il lavoro non costituisce solo il mezzo attraverso il quale procurarsi il denaro per il sostentamento economico, ma contribuisce a determinare l'identità di una persona, favorisce la partecipazione sociale nonché la realizzazione personale;
- la popolazione attiva è *opinion-leader* nei confronti di quella inattiva;
- gli indici di partecipazione ai programmi di promozione della salute nei luoghi di lavoro sono più consistenti rispetto ad altri settori;

- in Europa esiste una consistente normativa che regola gli ambienti di lavoro e, pertanto, essa potrebbe essere facilmente integrata con indicazioni e prescrizioni in materia di prevenzione;
- nei luoghi di lavoro sono presenti tutte le categorie sociali e, conseguentemente, non si attuano discriminazioni;
- i lavoratori realizzano, attraverso l'azione congiunta, obiettivi difficilmente perseguibili individualmente;
- le aziende potrebbero beneficiare di ricadute positive in termini di produttività e immagine;
- i sindacati potrebbero acquisire maggiore credibilità;
- *last but not least*, l'intera comunità di lavoratori potrebbe raggiungere più alti livelli di benessere.

Secondo De Luca [2005: 4], «non è vero che gli insediamenti produttivi sono da considerarsi estranei e corpi separati rispetto alla realtà territoriale, ma [...] fanno parte integrante della vita, della storia e della cultura del territorio. [...] quello che accade al loro interno non può rimanere chiuso tra i reparti e gli uffici, ma si riflette anche sulla vita intera della comunità locale».

Nonostante gli evidenti benefici derivanti dall'attività di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro, questa consapevolezza matura in ritardo e ancor'oggi deve affrontare resistenze soprattutto in alcuni paesi europei. Negli Stati Uniti, politiche e programmi per la prevenzione della salute nei posti di lavoro si diffondono a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso con un anticipo di circa un ventennio rispetto a quanto è accaduto in Europa. Come fa notare la Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di lavoro [1997], ciò deriva in primo luogo dalle caratteristiche del sistema sanitario statunitense (di tipo assicurativo fondato sulla compartecipazione dei datori di lavoro) tale per cui gli imprenditori sono economicamente incoraggiati ad applicare misure di prevenzione nei contesti professionali cercando di modificare l'atteggiamento dei dipendenti nei confronti della propria salute.

Nel prossimo paragrafo si cercherà di dettagliare le strategie messe in atto sui luoghi di lavoro per la prevenzione del consumo di alcol e droghe.

### **3.1 – Uno sguardo oltre il confine: le esperienze internazionali**

Come anticipato, le prime esperienze di prevenzione nei luoghi di lavoro dirette al consumo di alcol e droghe si realizzano a partire dagli anni Ottanta negli Stati Uniti, mentre in Europa la questione è sollevata solo nella seconda metà del de-

cennio successivo, tanto che durante il primo Simposio europeo sull'argomento (Stoccolma, 1998) è emerso come il ritardo dell'Europa rispetto agli Usa sia di circa 10-15 anni [Dalen et al. 2000]. Partiamo allora proprio dall'analisi del contesto americano.

Come ci ricordano Wickizier et al. [2004] e Magnavita et al. [2008: 23], è previsto dalle linee guida statunitensi che un programma di prevenzione condotto in ambiente di lavoro debba prevedere cinque elementi di base<sup>45</sup>: (1) stesura di una politica scritta e sua comunicazione ai dipendenti; (2) formazione dei supervisori; (3) educazione dei lavoratori; (4) messa in atto di misure assistenziali; (5) test sui lavoratori. I programmi di formazione hanno un particolare rilievo nell'opera di promozione della salute ed esiste anche una tradizione di ricerca dal 1988 il cui scopo è quello di monitorare il fenomeno con attenzione alle classi lavorative coinvolte nonché alle caratteristiche individuali (cfr. cap. 1).

Il primo punto è quello della politica scritta la quale dovrebbe esplicitare: le motivazioni che spingono l'azienda ad intraprendere il programma di prevenzione; le caratteristiche dei programmi di prevenzione attuati; la descrizione chiara dei comportamenti correlati all'uso di sostanze che non sono ammessi in ambito lavorativo (solitamente l'uso, il possesso e la vendita di sostanze illegali); le conseguenze legate alla non adesione al programma da parte del lavoratore.

La formazione dei supervisori prevede l'organizzazione di corsi in grado di trasmettere competenze nell'identificare e documentare l'uso di sostanze, segnalare eventuali cali del rendimento e indirizzare il lavoratore con problemi di dipendenza verso gli opportuni servizi di diagnosi e di assistenza.

Ai corsi per i supervisori si sommano corsi per lavoratori che mirano a trasmettere informazioni sui pericoli connessi all'uso di sostanze e sugli effetti negativi che tale uso comporta sull'individuo, sulla sua famiglia e sui colleghi in termini di salute, sicurezza, capacità di rispondere alle aspettative legate alla vita privata e professionale. Si noti come spesso l'approccio tipico di questi corsi sia quello che chiama in causa la più ampia strategia di promozione alla salute in quanto uno stile di vita sano è considerato incompatibile con l'assunzione di alcol e droghe. Le strategie utilizzate possono essere molto ampie: per esempio, possono suggerire attività alternative, ovvero stimolare lo sviluppo di abilità, hobbies ed interessi

---

<sup>45</sup> Il SAMHSA mette a disposizione un sito dedicato alla prevenzione nel mondo del lavoro (<http://www.workplace.samhsa.gov>). I servizi offerti riguardano, per esempio, informazioni materia di drug testing, programmi di prevenzione per *drug free workplace*, l'applicazione di strategie e modelli validati.

con funzione protettiva rispetto lo sviluppo di condotte drogastiche<sup>46</sup>, oppure possono basarsi sulla cosiddetta *peer education*, ossia una strategia basata sul coinvolgimento di soggetti con caratteristiche analoghe a quelle del target destinatario, al fine di favorire processi di identificazione con l'operatore e, conseguentemente, l'adozione di un comportamento virtuoso nei confronti della propria salute.

Cook [1985] sottolinea come la prevenzione dovrebbe mirare a tre obiettivi: a. aumentare la consapevolezza dei rischi connessi al consumo di alcol e droghe e, al contempo, sottolineare i benefici di un agire virtuoso nei confronti della salute; b. aumentare le motivazioni per adottare uno stile di vita salutare, c. trasmettere abilità, come per esempio la capacità di rifiuto di un'offerta.

L'esperienza statunitense suggerisce due possibili strade per ridurre lo stress lavorativo. La prima consiste nel fornire strumenti e competenze per gestire lo stress attraverso il supporto fornito dagli EAPs (*Employee Assistance Programmes*) le quali incoraggiano nei lavoratori lo sviluppo di *coping skills*, ovvero di abilità di fronteggiamento (per esempio, consigli per gestire il tempo e tecniche di rilassamento). La seconda strada consiste nel suggerire cambiamenti organizzativi, ovvero intervenire sui fattori stressanti (eccessivo carico di lavoro, conflitti fra manager e dipendenti, problematiche del setting fisico, etc.). A parere del Niosch [1999], istituto di ricerca statunitense, questo approccio è più efficace perché agisce sulle cause e non sulle conseguenze. Tuttavia, si riconosce come, da un lato, i datori di lavoro siano restii ad adottare provvedimenti che incidano strutturalmente sulle condizioni di lavoro, dall'altro lo stress non può essere completamente eliminato. Per tale motivo, i due approcci dovrebbero essere integrati agendo in sei step: valutazione e individuazione del problema, programmazione di azioni, messa in atto di interventi, valutazione dei risultati, apprendimento e programmazione di azioni ulteriori (cfr. Fig. 1).

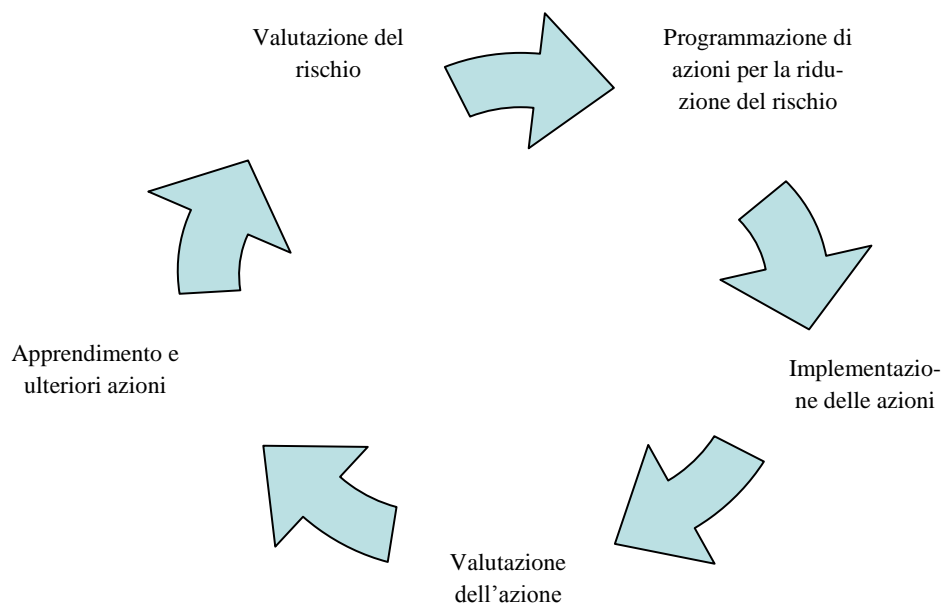
Si noti che i corsi devono informare non solo sui rischi associati al consumo di sostanze, ma devono presentare gli interventi di aiuto, di presa in carico nonché le modalità di accesso ai servizi disponibili nella comunità e descrivere le componenti principali del programma, inclusi gli EAPs. Questi ultimi forniscono al lavo-

---

<sup>46</sup> In merito alla messa in pratica di attività alternative, Lemert [1981] sostiene che una delle possibili strategie per la riduzione dei consumi di alcol deriva dalla realizzazione del cosiddetto modello degli equivalenti funzionali: «i valori soddisfatti attraverso il bere, possano essere soddisfatti anche attraverso altre attività, e richiede una riorganizzazione tecnica della vita comunitaria tale che tempo, denaro e interessi dedicati al bere siano riversati negli sports, nel gioco, nel giardinaggio, nell'ascoltare la radio, nell'andare al cinema, nel viaggiare e diversivi simili» [ibidem: 165]. Gli altri modelli di controllo sono: il modello proibizionista, il modello dell'indottrinamento e il modello della regolamentazione. Per approfondimenti, si rimanda a Lemert [1981].

ratore e ai suoi familiari una vasta gamma di risorse: programmi di prevenzione e rieducazione, counselling, terapie di sostegno, interventi per le crisi e persino aiuti economici. Sebbene intervengano anche in caso di problemi familiari, oppure per gestire lo stress lavorativo, gli EAPs offrono soprattutto un supporto in materia di consumo di sostanze psicotrope e possono fornire un contributo affinché un uso sporadico, spesso realizzato con finalità ricreative o performative, non si trasformi in una dipendenza. Tuttavia il loro focus principale resta la prevenzione terziaria e dunque rivolta ai lavoratori che presentano già un uso problematico [Cook 2003].

Fig. 1 – Il ciclo della gestione del rischio



Fonte: WHO [2004: 13]

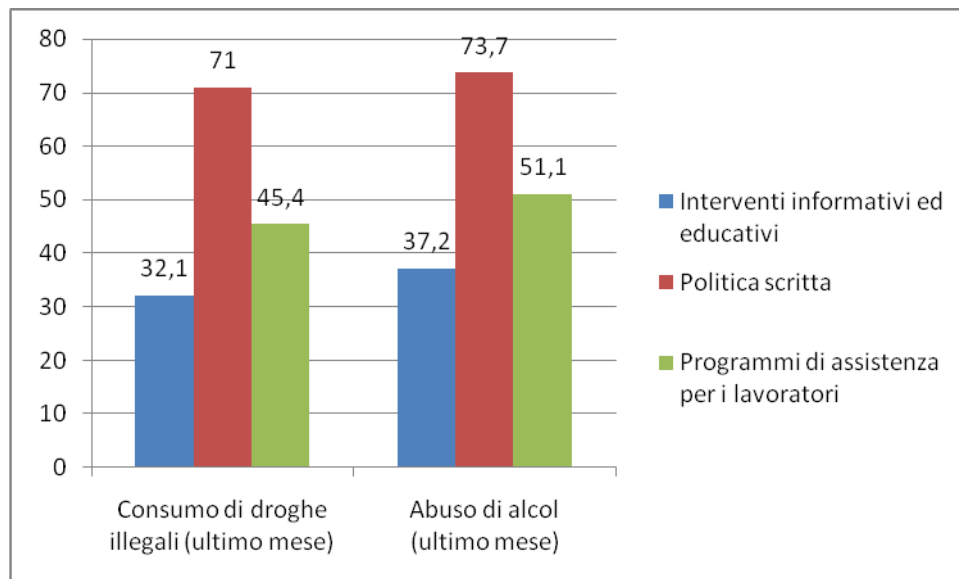
Blum e Roman [1995] hanno sottolineato come l'accesso a tali programmi possa avvenire tramite invio informale oppure formale: nel primo caso, un dipendente, notando in un collega un calo di produttività o altri comportamenti che fanno supporre un possibile uso di sostanze, segnala il sospetto al supervisore il quale a sua volta invita il lavoratore "problematico" a rivolgersi ai servizi di aiuto; nel secondo caso, c'è l'intervento diretto del supervisore che segnala all'EAP il problema affinché compia una valutazione e fornisca una diagnosi. Chiaramente, sottolineano gli autori, la prima modalità è sempre preferibile. Si noti, tuttavia, che è sempre il lavoratore che decide se chiedere una consulenza o sottoporsi a trattamento presso gli EAPs e mai il datore di lavoro.

Rispetto alla diffusione di iniziative di prevenzione sui luoghi di lavoro, secondo Larson et al. [2007], circa 47,7 milioni (pari al 43,8% del totale) di lavoratori americani a tempo pieno e di età compresa tra i 18 ed i 64 anni sono destinatari di un programma di educazione alla salute in materia di alcol e droghe, 87 milioni (78,7%) sono consapevoli di una politica aziendale scritta sul tema e 60,9 milioni (58,4%) possono affermare che il loro datore di lavoro mette a disposizione un programma di assistenza per dipendenti (EAP). Tuttavia, i giovani compresi tra i 18 ed i 25 anni ricevono informazioni con probabilità inferiori rispetto ad altre classi di età, ovvero nel 33,2% dei casi, contro il 39,6% della classe 26-34 anni, il 46,3% della classe 35-49 anni e il 48,9% del gruppo 50-64 anni. Sempre fra i più giovani, c'è meno disponibilità di accesso agli EAPs (26-34 anni: 39,7%; 35-49 anni 56,4%; 50-64 anni: 62,6%). Il report citato segnala inoltre che circa 3 milioni di lavoratori (pari al 32,1%) che hanno usato droghe illecite nel mese precedente l'indagine lavorano per un datore che offre loro programmi informativi sull'uso di sostanze. Per quanto concerne coloro che si sono avvalsi del servizio offerto dagli EAPs, circa 3,9 milioni di lavoratori (45,4%) hanno fatto uso di sostanze illegali nel mese precedente e 6,5 milioni (71%) sono a conoscenza dell'esistenza di una politica aziendale scritta in materia di droghe e alcol. Il rapporto di Larson e colleghi sottolinea come coloro che hanno dichiarato un uso recente di droghe illegali hanno meno probabilità di avere ricevuto un qualche programma di prevenzione nel luogo di lavoro rispetto a coloro che non ne hanno fatto uso, tanto è vero che tra coloro che hanno richiesto aiuto agli EAPs il 45,4% è consumatore e il 59,6% non lo è, fatto che richiederebbe una riflessione politica in materia. Cfr. Graf. 1.

Sebbene, come si è cercato di illustrare, la politica americana in materia sia particolarmente articolata, le ricerche si sono concentrate soprattutto sull'impiego del drug testing per motivi di ordine morale ed economico. Legittimato inizialmente con motivazioni legate alla sicurezza dei lavoratori, ben presto lo strumento è applicato anche a lavoratori che non svolgono mansioni a rischio per la sicurezza (es. i colletti bianchi), fatto che mina le ragioni che sono richiamate dal legislatore per giustificarne l'impiego e che pertanto inducono a ritenere come esso sia uno strumento tipico dell'approccio proibizionista statunitense («Il drug testing è l'arma principale nella guerra alle droghe» [Koch 1998: 1001]). Per citare i dati della ricerca di Hartwell e colleghi [1995], conducono drug testing: il 72,4% delle aziende appartenenti al settore dei trasporti e comunicazioni, il 60,2% delle imprese manifatturiere, il 53,7% delle aziende addette alla vendita, il 69,6% degli enti del settore estrattivo ed edile, il 27,9% delle imprese di servizi, il 22,6% dalle agenzie di tipo finanziario, assicurativo e patrimoniale.



Graf. 1– Interventi di prevenzione sul luogo di lavoro in relazione al consumo di droghe illegali e abuso di alcol (lavoratori full-time, 18-64 anni; consumo ultimo mese).



Fonte: rielaborazione grafica su dati del Samhsa [2007]

Indagando le motivazioni che spingono gli Usa a sottoporre a esami i lavoratori della Pubblica amministrazione, Thompson e colleghi [1991] sostengono che il drug testing negli Usa abbia una valenza simbolica in grado di rafforzare tre concetti chiave per gli americani: la democrazia costituzionale; il senso di comunità e l'integrità della Pubblica amministrazione. Per quanto concerne il primo aspetto, l'obbligo di sottoporre a esami tossicologici i lavoratori testimonierebbe la competenza del Governo e il senso di responsabilità nei confronti della collettività, ovvero il suo impegno nel contrastare il fenomeno drogastico seppur nel rispetto dell'integrità umana. In secondo luogo, rafforzerebbe il senso di comunità in quanto favorisce la piena sensibilizzazione in merito alle condotte che hanno ricadute sulle vite altrui; infine, il WDT (*Workplace drug testing*) porterebbe ad una rivalutazione dell'integrità della pubblica amministrazione (incorruttibile, moralmente impeccabile) che accetta di sottoporsi agli esami.

Le prime esperienze di impiego del drug testing si sono realizzate negli Usa a partire dal 1981 nel settore della marina militare. Il Presidente Reagan, a partire dal 1986, ha stabilito che la costituzione di *drug free workplace* dovesse costituire una priorità nazionale [De Luca 2002]. Il *Drug-Free Workplace Act* del 1988 ha portato all'affermarsi ed al consolidarsi della pratica nelle aziende, sebbene nel privato il ricorso all'accertamento tossicologico è ancora precedente.

Ci sono quattro tipi drug testing negli Usa:

- preassuntivo, ovvero condotto prima che il lavoratore sia assunto;
- di verifica o per fondato sospetto, ovvero sia effettuato a seguito di un incidente sul lavoro;
- effettuato in modo random sui lavoratori;
- di follow up.

Di Stefano [2009] precisa che esistono delle direttive emanate dal Dipartimento americano dei trasporti che stabiliscono come effettuare i controlli random, i quali dovrebbero riguardare il 10% dei lavoratori per l'alcol e il 50% dei dipendenti per droghe.

Vediamo alcuni dati sulla diffusione della pratica. Cook [1995], riferendosi ad un'indagine dell'AMA (*American Medical Association*) condotta nel 1992, afferma come circa l'80% delle fabbriche statunitensi adottasse il drug testing nei luoghi di lavoro. Greenberg et al. [1994], commendando i dati dell'*American Management Association*, ritengono che l'impiego dello strumento coinvolgeva, nel 1994, l'87,29% delle aziende, mentre il dato si collocava al 21,5% nel 1987. Secondo Walsh [1995], sono circa 30 milioni di americani che devono sottoporsi annualmente all'esame per l'individuazione di droghe illecite.

Secondo il Dipartimento di Giustizia degli Usa, nel 1992 furono sottoposti a test 345.000 dipendenti in posizioni sensibili (inclusi capi di Dipartimento, presenti e direttori, ufficiali e tutti coloro che avevano accesso ad informazioni rilevanti in materia di sicurezza) [Dupont, Saylor 2003].

Secondo il SAMHSA [1999], nel 1997 il 39% delle aziende americane ha effettuato WDT durante la visita preassuntiva, 25% in modalità random e 30% per sospetto.

Uno studio più recente, già ampiamente citato, afferma che il 42,9% (pari a 47 milioni di soggetti) dei lavoratori americani full-time è stato sottoposto a drug testing durante la visita preventiva. Il dato si differenzia per classi di età: 39% nel gruppo 18-25 anni, 44,3% nella classe 26-34 anni, 44,7% nella classe 35-49 anni, 40,8% nella classe 50- 64 anni [Larson et al. 2007].

Per quanto riguarda l'uso random del drug testing, questo è stato effettuato sul 29,6% degli intervistati (32 milioni di soggetti). I più giovani hanno dichiarato con minor frequenza di lavorare per datori che effettuano test random (27,3% dei lavoratori tra i 18 ed i 25 anni contro mediamente il 30% di coloro che sono compresi tra i 26 ed i 64 anni).

In genere, sono le grandi industrie a sottoporre a drug testing i dipendenti, ovvero le aziende con oltre 1.000 lavoratori [Dupont, Saylor 2003]. In linea con l'affermazione precedente, Greenberg [1988] sottolinea come siano soprattutto le aziende con più alto fatturato a realizzare drug testing. Per esempio, commentan-

do i dati di una ricerca condotta dall'*American Management Association* nel 1987, emerge come alla fine degli anni Ottanta il 43% delle grandi aziende (fatturato oltre i 500 milioni di dollari) realizzavano gli esami tossicologici sui dipendenti, contro il 16% delle piccole aziende (fatturato inferiore ai 50 milioni di dollari annuali). Anche lo studio di Hartwell e colleghi [1995] sottolinea come siano soprattutto le grandi aziende ad effettuare gli esami: la percentuale di aziende che effettua i drug testing sono il 40,2% fino a 99 dipendenti; 48,2% nel caso di personale compreso tra le 100 e le 249 unità; 61,4% per aziende tra i 250 e 999 lavoratori; 70,9% oltre i 1.000 dipendenti.

In merito agli esiti degli esami, George [2005] afferma come su dodicimila drug testing condotti nel 2002, di cui milleseicento lavoratori, sono risultati positivi alla cannabis l'11,6% del campione, lo 0,4% alle amfetamine, lo 1,5% alle benzodiazepine, lo 1,1% alla cocaina, lo 1,4% al metadone, lo 3% agli oppiacei (solo per citare le sostanze più note e diffuse). In generale, sono i maschi a risultare positivi in percentuale maggiore (19,5% vs 14,6%).

Data la sensibilità della questione, sin dal 2004 sono state emanate delle Linee guida a livello federale che hanno introdotto delle misure volte a scongiurare l'alterazione degli esami per mano del lavoratore. Tali linee guida sono state revisionate dal SAHMSA che ha stabilito alcune norme relative alla modalità di raccolta e analisi, nonché i *cut off* (valori soglia) per lo screening.

In merito alle conseguenze legate agli esami tossicologici, Blum e Roman [1995] sostengono che un datore di lavoro abbia due opzioni in caso di riscontro positivo del test di un dipendente: esternalizzare (licenziarlo, ovvero rinviare il problema rimettendo la soluzione alla responsabilità della società) oppure internalizzare (assorbendo la questione, ovvero indirizzando il lavoratore verso reti di supporto). In altre parole, negli Usa – a differenze del sistema italiano che vieta al datore di lavoro di licenziare i dipendenti positivi agli esami tossicologici – è a discrezione dell'azienda decidere se attuare provvedimenti punitivi (licenziamento) oppure riabilitativi (prevalentemente, counselling attraverso invio agli EAPs).

Nello studio di Knudsen et al. [2004] si evidenzia come attualmente il secondo approccio tenda a prevalere, sebbene ciò dipenda da alcuni fattori chiave: per esempio, l'opzione per la riabilitazione prevale nelle grandi aziende che in genere si avvalgono del supporto degli EAPs, oppure nei casi in cui sindacati esercitano un'influenza significativa. Al contrario, nelle piccole aziende oppure nei luoghi di lavoro dove esiste una cultura delle regole molto ferrea, prevale un approccio punitivo volto proprio al rafforzamento della normativa interna.

L'evoluzione verso una diversa finalità nell'uso del drug testing è sottolineata anche da Magnavita et al. [2008], i quali affermano come, se nel corso degli anni

Ottanta l'obiettivo del test era quello di licenziare i lavoratori tossicodipendenti ("War on Drugs"), attualmente lo scopo è quello di individuare i soggetti con problemi di sostanze psicotrope al fine di indirizzarli ad un percorso di recupero.

Larson et al. [2007] hanno indagato i comportamenti e le attitudini dei lavoratori nei confronti della pratica del drug testing in ambiente professionale. Nello studio condotto dagli autori, il 46% dei lavoratori indica che preferirebbe lavorare per un datore che effettua drug testing prima dell'assunzione ai dipendenti, mentre il 49,1% dichiara la questione ininfluenza; infine, il 4,9% sostiene che preferirebbe non lavorare per un datore che effettua drug testing preventivo. Sul drug testing random, è favorevole il 39,8% degli intervistati, mentre il 51,4% si dichiara neutrale e, infine, l'8,7% contrario.

Com'è intuibile, le percentuali sono diverse per i lavoratori che consumano sostanze, i quali nel 29,1% dichiarano che preferirebbero non lavorare per un datore che effettua test (fra i non consumatori, il 6,9% fornisce la stessa risposta).

Spostando l'attenzione ad altre nazioni del continente americano, si noti come anche il Canada segua una filosofia simile a quella statunitense: la sorveglianza sanitaria ha infatti come obiettivo quello di promuovere la salute fra i lavoratori in senso ampio ovvero non opera soltanto nella logica di una prevenzione del consumo di alcol e droghe; i programmi sono presenti nel 10% delle aziende [MacDonalds et al. 2006]. Lo stesso può dirsi in Brasile ove, sin dai primi anni Novanta, esistono programmi di recupero per i lavoratori con problemi legati alle sostanze psicoattive [Silva e Yonamine, cit. in Magnavita et al. 2008]. Tuttavia, non esistono né linee guida né una legislazione e l'approccio non è punitivo ma piuttosto riabilitativo.

Spostando lo sguardo oltre oceano, l'analisi della politica australiana segnala una svolta nel 1998 a causa del successo elettorale dei conservatori: mentre prima di questo anno, infatti, il paese aveva adottato diversi provvedimenti volti a promuovere la salute nei luoghi di lavoro, il nuovo partito al governo ha varato una serie di normative repressive e punitive per i consumatori [Norman 2001, cit. in Magnavita et al. 2001], tanto che questo paese può essere considerato la nazione con il maggior numero di controlli, soprattutto nel settore estrattivo-minerario [Karch 2008]. Alcuni partiti hanno richiesto di aumentare il *cut off* per la cannabis, senza però raggiungere alcun successo. Anche i sindacati hanno sollevato proteste soprattutto facendo appello al rispetto della privacy. Tuttavia, data l'ampia diffusione di consumi ricreativi di droghe e alcol<sup>47</sup>, l'Australia preferisce adottare una politica fortemente repressiva sui luoghi di lavoro [ivi].

---

<sup>47</sup> Secondo Berry e colleghi [2007] circa l'8% dei lavoratori australiani registra un consumo settimanale di alcol tale da far presupporre un uso problematico.

In Nuova Zelanda, politiche di controllo sui lavoratori sono state introdotte a partire dal 1992 all'interno di un programma più ampio di prevenzione (*Company's Drug & Alcohol-Free Workplace Programme*, DAFWP) che trae origine da quanto sancito nel *The Health & Safety* dell'Employment Act (1992). Secondo questi documenti il datore di lavoro deve operare al fine di rimuovere i rischi potenziali per gli infortuni dei lavoratori e, nell'emendamento alla norma del 2002, si specifica che l'uso di alcol e droghe possono costituire gravi rischi per la sicurezza dei singoli e della collettività. Gli esami per i lavoratori sono di tipo preassuntivo, ma sono possibili anche controlli random soprattutto per i lavoratori a rischio [Nolan et al. 2008]. In Nuova Zelanda il numero di coloro che risultano positivi a seguito di un test per sospetto si colloca attorno al 30%, mentre nei controlli random la percentuale oscilla tra il 10 ed il 13% [ivi]

In Europa, come anticipato, esiste una tradizione meno consolidata rispetto agli Usa in materia di disciplina del rapporto alcol, droga e lavoro [Cfr. Verstraete, Pierce 2001; Magnavita et al. 2008; Noventa 2006; Karch 2006].

Tuttavia, dalla relazione annuale dell'EMCDDA (*European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction*) è possibile estrapolare alcuni dati di nostro interesse. Per esempio, lo studio sulla popolazione attiva (15-64 anni) rivela come, il consumo *last year* riguarda il 7% della popolazione per la cannabis, l'1,2% per la cocaina, lo 0,5% per le amfetamine, il 3% per l'ecstasy, l'1,2% per l'eroina. Si noti come le percentuali aumentano nettamente se si considera la popolazione dei giovani adulti (classe di età 15-34 anni, cannabis: 13%; cocaina: 2,3%; amfetamine: 1,3%; ecstasy: 1,8%) [EMCDDA 2008].

La comparazione dei dati relativi all'indicatore di trattamento<sup>48</sup> dell'EMCDDA rivela come, fra coloro che sono in trattamento nei paesi dell'UE, il 40,8% sia costituito da lavoratori regolari, il 7,5% da studenti, il 10,3% da soggetti inattivi economicamente, ovvero casalinghe, pensionati ed invalidi, il 29,8% da disoccupati e il 6% da altri soggetti. È interessante notare come l'Italia detenga il record europeo di soggetti in trattamento che sono lavoratori regolari (58,9%).

La Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di lavoro [1997] segnala come alla fine del Millennio scorso la diffusione di interventi di promozione all'interno dei contesti professionali presentasse differenze nazionali notevoli tanto da permettere l'individuazione di tre modelli: 1. un primo modello, tipico di parte dell'Europa del Nord, è orientato alla risoluzione di problemi specifici attraverso la partecipazione dei lavoratori; 2. un secondo modello, maggiormente

---

<sup>48</sup> I dati si riferiscono al 2007 e sono stati pubblicati nello *Statistical Bulletin*, anno 2008. Cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/stats09>. L'indicatore di trattamento dell'EMCDDA (TDI) non considera i soggetti in trattamento per alcol come sostanza primaria.

diffuso nell'Europa meridionale, è centrato su un approccio paternalistico che incoraggia la messa a disposizione di servizi sociali e sanitari per i lavoratori attraverso il coinvolgimento di famiglie e comunità; 3. un terzo modello, di matrice anglosassone (Gran Bretagna e Irlanda), trae spunto dal sistema statunitense, ove la salute viene promossa negli ambienti di lavoro secondo un approccio olistico e si avvale di programmi strutturati, sperimentati e validati di promozione alla salute.

Dall'analisi della situazione di ciascun paese emerge tuttavia una certa difformità ed eterogeneità di approcci e politiche. Come vedremo, l'Italia è uno dei pochi paesi (insieme alla Finlandia, la Norvegia e l'Irlanda) ad avere prodotto una normativa ad hoc in materia: nella maggior parte degli altri paesi il drug testing (il più noto e diffuso strumento di intervento in questo campo) non è previsto ma neppure vietato, fatto che rende possibili gli esami tossicologici per lo più previo accordo fra le parti ovvero su iniziativa del datore di lavoro. I test sono effettuati per lo più on-site. Mentre le linee guida statunitensi disciplinano come effettuare i diversi tipi di test (sulle urine, saliva, capelli e sudore), in Europa esistono indicazioni solo sull'analisi delle urine fornite nel 1999 dall'*European Society for Workplace drug testing*. Altri tipi di test sono condotti solo in Finlandia.

Ancora, si noti come manchi un'attenzione alla questione alcol nella maggior parte dei paesi. Tuttavia, si segnala come recentemente la questione abbia assunto sempre più importanza in Gran Bretagna e c'è un interesse in aumento anche in alcuni paesi scandinavi.

Per quanto riguarda il Regno Unito<sup>49</sup>, è possibile individuare una prassi piuttosto consolidata di disciplina in materia di alcol e droga sui luoghi di lavoro che prende avvio sul finire degli anni Ottanta del secolo scorso soprattutto nel settore petrolchimico e dei trasporti [Karch 2008], sebbene il numero dei controlli non sia paragonabile alla situazione americana. L'approccio più comune è quello che considera la questione di grande importanza per ragioni in parte riconducibili alla necessità di aumentare la sicurezza, in parte per tutelare la salute [CIPD 2007].

In materia di alcol, non esiste una normativa nazionale che vieti ai lavoratori di bere, sebbene esistano delle leggi specifiche che lo vietano nel settore dei trasporti oltre un certo limite, superato il quale si può essere costretti a pagare una multa o alla reclusione fino a 6 mesi [Noventa 2006].

Il WDT (*Workplace drug testing*) è piuttosto diffuso soprattutto nel settore dei trasporti e per le mansioni a rischio, sebbene non esista una legislazione che lo imponga, ma neanche una che lo vieti e, pertanto, è a discrezione del datore di lavoro decidere se effettuarlo o meno. Nello studio del CIPD [2007], emerge come

---

<sup>49</sup> Si rimanda al § 5.2 per approfondimenti relativi alla situazione inglese.

il 22% delle aziende britanniche applica il drug testing<sup>50</sup> e il 9% sta pensando di introdurlo. Nella maggior parte dei casi si tratta di sottoporre ad esame tossicologico un dipendente per sospetto d'uso a causa di un calo della produttività o altre forme di comportamento che fanno ipotizzare una fruizione di alcol e droghe. Il test random è meno diffuso (un datore di lavoro su dieci, fra coloro che impongono il test, adotta questa modalità).

In Irlanda, coloro che operano presso le forze armate sono sottoposti ad esami tossicologici in modalità random dal 2002, anche se precedentemente si applicavano test durante la visita preventiva [Karch 2008].

Nel 2005 è stato emanato il *Safety, Health and Welfare at Work Act*, legge che attribuisce maggiori responsabilità ai datori di lavoro in materia di promozione della salute. Nella sezione 13, si specifica che i lavoratori non debbono lavorare sotto l'effetto delle droghe e dell'alcol [NACD 2007]. Tuttavia, l'uso del WDT è sovente utilizzato solo in caso di ragionevole dubbio.

Nel 2007 il NACD (*National Advisory Committee on Drug*) ha diffuso un documento, *Recommendations to Government in relation to Workplace drug testing and the Safety, Health and Welfare at Work Act*, [cfr. [www.nacd.ie/submissions/documents/WDTGovBriefFinal.doc](http://www.nacd.ie/submissions/documents/WDTGovBriefFinal.doc)] nel quale sono loro volta riassunte alcune evidenze in merito al rapporto alcol, droga e lavoro dalle quali sono a volta desunte alcune raccomandazioni per le attività di prevenzione. Secondo il documento citato, gli studi condotti non sono in grado di dimostrare una forte correlazione tra consumo di sostanze psicotrope e infortuni nel paese. Tuttavia, prosegue il rapporto, resta difficile negare il fatto che l'uso di sostanze abbia ricadute negative sulla produttività e sulla sicurezza e pertanto si raccomandano politiche di prevenzione nel luogo di lavoro, ma l'uso del drug testing non dovrebbe essere indiscriminato e dovrebbe al contrario seguire le raccomandazioni internazionali ed essere effettuato nel pieno rispetto della privacy del lavoratore. Al contempo, si sostiene che la promozione alla salute dovrebbe includere anche altre tematiche come per esempio l'alimentazione [NACD 2007].

Una peculiarità di questo paese in materia di test deriva dal fatto che essi sono effettuati soprattutto sui colletti bianchi e sui lavoratori che non svolgono mansioni ad alto rischio di incidente, ma che possono essere a rischio dal punto di vista dello stress psicologico connesso [Doran 2006]. Effettuati generalmente durante la visita preventiva, i drug testing coinvolgono in misura maggiore i dipendenti dei settori militari, dei trasporti pubblici, farmaceutici, informatici, call center [Verstraete, Pierce 2001]. Secondo il NACD [2007], sono 20.000 i lavoratori sottopo-

---

<sup>50</sup> In uno studio dello stesso istituto, nel 2001 la percentuale si collocava al 18%.

sti a drug testing in Irlanda, di cui il 50% durante la visita preventiva, il 30% a seguito di un infortunio per sospetto, il 20% in modalità random.

In Francia non esistono né una legislazione né linee guida, tuttavia il test è applicato nel settore dei trasporti aerei (compagnia di bandiera), ferroviari (dal 2003) e nella più grande azienda automobilistica del paese. Si noti che sono i medici (e non i datori di lavoro) a decidere in merito alla necessità di sottoporre un lavoratore a drug testing per sospetto [ILO 2003].

Un recente studio di Labat e colleghi [2008] ha presentato gli esiti del drug testing condotto su autisti francesi, dai quali emerge come l'8% è risultato positivo alla cannabis (con dati molto più alti per la classe 18-25 anni), il 4% agli oppiacei, il 2% a sostituti dell'eroina, il 5% all'alcol (con percentuale maggiore per i meno giovani). Uno studio di Kintz e colleghi [2005, cit. in Magnavita 2008] ha rilevato come questa categoria di lavoratori sia soggetta al consumo elevato di tranquillanti.

Anomala rispetto al resto d'Europa è la situazione olandese, dove i test tossicologici sono vietati durante la visita preventiva. Possono essere svolti successivamente all'assunzione previo accordo tra il lavoratore e il sindacato [Verstraete, Pierce 2001]. Tuttavia, esiste un solo laboratorio autorizzato ad effettuare gli esami, localizzati a Rotterdam, mentre non ne esiste alcuno a Amsterdam, capitale dei coffee shop, e il fatto pare ben illustrare la posizione assunta dall'Olanda in materia [Karch 2008].

A Cipro non esiste una normativa ma i test non sono applicati [<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>].

In Lettonia, esiste la possibilità di drug testing ma con alcune limitazioni; dal 2000, è disciplinato l'esame nella visita preventiva e dal 2005 quello per ragionevole sospetto [ivi].

In Lituania è consentito che un medico del lavoro ricorra al drug testing per verificare se un dipendente sta lavorando sotto l'effetto di sostanze e può valutarne il grado di intossicazione. In caso di esito positivo, il lavoratore è sospeso per la giornata e non ha diritto alla retribuzione. I controlli si applicano soprattutto a chi guida mezzi [ivi].

In Lussemburgo, non esiste una normativa specifica, ma i test sono condotti soprattutto nel settore privato; esiste una specifica in una norma del 2005 la quale chiarisce come, in caso di esito positivo, il medico informa il datore di lavoro al fine di sospendere la mansione senza tuttavia comunicare la motivazione.

La Finlandia ha una ricca legislazione in materia tanto che può essere considerato il paese europeo in cui si è cercato di disciplinare la materia con maggiore precocità [Lillsunde et al. 2008a; 2008b]. Nel 2001 viene emanato l'*Occupation*



*Health Care Act* il cui scopo è quello di promuovere la salute dei lavoratori e prevenire gli infortuni: in questo documento si stabilisce che i datori di lavoro debbono essere coinvolti nella lotta contro alcol e droga. Nel 2002, viene sancito l'*Occupational Safety and Health Act* nel quale si sottolinea ulteriormente la responsabilità del datore di lavoro per quanto concerne la salute dei suoi dipendenti. Nel 2004 è stato emanato l'*Act on the Protection of privacy in Working Life* volto a promuovere il rispetto del diritto alla riservatezza nella vita lavorativa. A partire dal 2005, si stabilisce che il datore di lavoro può richiedere di sottoporre un dipendente a drug testing coinvolgendo un ente esterno purché operi nel rispetto della privacy del lavoratore. Tuttavia, la discrezionalità del datore è fortemente limitata da altre normative che tutelano l'integrità del lavoratore, per cui egli è invitato a procedere solo in caso di fondato sospetto. Sono consentiti esami preasuntivi, per sospetto di consumo durante l'orario di lavoro oppure per accertare uno stato di tossicodipendenza presunto, ma non sono consentiti test random. Il rispetto della privacy è un elemento su cui la legislazione di questo paese insiste molto. In Finlandia i lavoratori possono avvalersi di un servizio di assistenza per lavoratori, l'*Occupational Health Care Service (OHS)* che rappresenta una parte integrante del sistema sanitario finlandese. Nel 2006, il Ministero degli Affari sociali e della Salute delibera delle linee guida per l'applicazione del drug testing sui luoghi di lavoro che pur presentando molte analogie con le guida linee pubblicate dall'*European Workplace drug testing Society*, si caratterizzano per una cruciale differenza, ovvero il sistema finlandese prevede l'esame condotto tramite prelievo ematochimico e non solo esame delle urine. Le sostanze esaminate sono la cannabis, la cocaina, le amfetamine, gli oppiacei, le benzodiazepine. Secondo uno studio citato da Lillsunde sono positivi l'1,86% dei lavoratori (cannabis: 0,37%; amfetamine; 0,19%; oppiacei: 0,42%; cocaina: 0,04%) [Lillsunde 2008c].

Si noti che in Finlandia è fatto obbligo alle imprese di dotarsi di una politica scritta in materia di alcol, droga e lavoro. Tale politica deve prevedere programmi di promozione per i lavoratori, partendo dal presupposto che il consumo di sostanze psicotrope è un problema di salute al pari di altri problemi e pertanto deve essere trattato nello stesso modo.

In Norvegia è stata emanata una norma nel 2005 (*Act relating to Working Environment, working hours and Employment Protection*) che disciplina l'uso del drug testing, da impiegarsi solo quando strettamente necessario in quanto considerato un atto che può minacciare l'integrità del lavoratore [cfr. <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>].

In Svezia esistono delle linee guida che prevedono test sulle urine, ma non sono specifiche per i luoghi di lavoro. Tuttavia, possono essere condotti se c'è un

rischio di incolumità per se stessi e per i colleghi. Come per la Norvegia, i test non sono vietati ma è necessario un accordo fra le parti in causa. Si segnala comunque come la questione sia di scarso interesse per l'agenda politica rappresentando piuttosto materia che deve essere gestita dal settore economico e dunque dalla sfera privata [ivi]. Infatti, nel 1995 il Governo discusse circa la possibilità di introdurre una normativa nazionale per il drug testing, ma tale proposta non trovò il consenso delle forze politiche al potere in quanto si ritenne preferibile che fosse il sistema economico a gestire la questione [Karch 2008].

Anche in Belgio ci troviamo nella situazione in cui non esiste una legge nazionale che impone il drug testing, il quale è tuttavia utilizzato soprattutto nelle industrie automobilistiche e nei trasporti. Nel 1993 sono state emanate delle linee guida per le visite preventive fra i lavoratori le quali non danno grande importanza all'impiego degli esami tossicologici quanto piuttosto ad un esame clinico del lavoratore. Solo qualora questo esame destasse sospetti, è possibile procedere con il drug testing purché esso sia motivato dal fatto che il lavoratore svolge una mansione a rischio e l'esame sia menzionato nel contratto di lavoro; inoltre, il test deve essere realizzato in un laboratorio specializzato e in caso di esito positivo deve essere consentito al lavoratore una seconda prova da effettuarsi in un laboratorio differente dal primo [ivi].

La Danimarca ha cercato di seguire le indicazioni sancite a livello europeo. Non esistono né linee guida né una legislazione nazionale specifica, ma l'uso del WDT è in aumento. Nel capitolo 11 del *Work Environment Law* (1999) si specifica che i test possono essere effettuati su coloro che svolgono mansioni a rischio. Esistono cinque diversi livelli di intossicazione a cui corrisponde un diverso trattamento [<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>]. Inoltre, si segnala come siano presenti accordi scritti per l'assunzione che riguardano però solo l'alcol, tanto che l'80% delle grandi aziende e il 65% delle piccole applicano una propria politica sull'alcol [Noventa 2006].

In Germania, è difficile reperire dati sul fenomeno che non è disciplinato dalla legge [Verstraete, Pierce 2001], ma il numero dei drug testing pare in crescita [<http://www.ewdts.org/euwdt/germany.html>], soprattutto nella città di Francoforte [Karch 2008]. Non esistono né una normativa nazionale né linee guida: tuttavia, i test sono impiegati nelle visite preassuntive e per ragionevole sospetto, mentre non sono diffusi quelli random [ivi]. Grande preoccupazione desta l'impiego di questo strumento per motivi di privacy.

Anche nella Repubblica Ceca non esiste una normativa specifica. Il datore può richiedere un test sulla saliva o sul respiro per verificare l'assunzione di droghe da parte dei dipendenti; un eventuale rifiuto può essere inteso quale violazione della

disciplina lavorativa e può indurre il titolare al licenziamento del lavoratore [<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>].

In Slovacchia, esiste un cenno al drug testing nella normativa sulla protezione dei dati personali dove si specifica la possibilità per i datori di richiedere esami tossicologici atti a verificare la fruizione di droghe da parte dei dipendenti [ivi].

In Grecia esiste una legge del 1997 che impone l'esame del tasso alcolico ad autisti, guardie giurate e polizia penitenziaria [Noventa 2006]. Nel 1999, è stato emanato il Codice degli impiegati statali che permette esami preassuntivi per i servizi di sicurezza [<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>].

In Svizzera il drug testing è applicato nell'area dei trasporti pubblici, forze militari, scuole private, ma non paiono esistere dati statistici [Noventa 2006].

Nessuna normativa esiste in Austria [<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>].

Per quanto concerne la penisola iberica, in Portogallo il test è applicato per lo più nel settore militare e nelle grandi aziende, ma si tratta di una diffusione comunque non troppo estesa: uno studio di Pinheiro et al., citato da Karch [2008] sostiene che nel 1997 il 14% delle aziende portoghesi con oltre 1000 dipendenti effettuavano il drug testing.

Anche in Spagna il test è obbligatorio nel settore delle forze armate: i casi di positività sono passati dal 17% (dato anno 1986) al 5,8% (1995) [Karch 2008]. Rispetto alla sostanza individuata, nel 4,1% dei casi si tratta di cannabis, nell'1,4% di oppiacei [ivi]. Nelle aziende il test è effettuato informalmente perché si temono ritorsioni legali da parte dei dipendenti [<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16901EN.html>].

### **3.2 – Alcol, droga e lavoro nel contesto italiano**

La Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze In Italia rileva come nel nostro paese i consumi di sostanze psicoattive (e di alcune in particolare) registrino una diffusione preoccupante [Ministero della Solidarietà Sociale 2008a]. I dati sulla popolazione generale (15-64 anni, ovvero la popolazione attiva) testimoniano come una percentuale non trascurabile di soggetti sperimenti o consumi abitualmente sostanze psicotrope, come si evince dalla Tab. 1.

Al di là della distribuzione percentuale dei consumi delle singole sostanze, si noti la diffusione del fenomeno della poliassunzione, ossia del consumo multiplo di sostanze in logica concomitante o sequenziale (cfr. introduzione).

*Tab. 1 – Il consumo di sostanze psicoattive nella popolazione italiana (15-64 anni). Freq. %*

|              | <i>Uso "Lifetime"</i> | <i>Uso "last year"</i> | <i>Uso "Last Month"</i> |
|--------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Cannabis     | 32,00                 | 14,28                  | 6,90                    |
| Stimolanti   | 3,84                  | 0,74                   | 0,24                    |
| Allucinogeni | 3,47                  | 0,65                   | 0,18                    |
| Cocaina      | 6,95                  | 2,06                   | 0,72                    |
| Eroina       | 1,57                  | 0,39                   | 0,15                    |

*Fonte:* Ministero della Solidarietà Sociale [2008a]

Fra il 14,28% della popolazione intervistata che riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo anno, il 98,9% ha bevuto alcolici nello stesso periodo, il 58,9% ha fumato quotidianamente almeno una sigaretta, il 12,7% ha consumato cocaina e il 3,1% eroina. Del totale dei soggetti intervistati, il 2,1% ha riferito l'uso di cocaina negli ultimi dodici mesi, arco temporale durante il quale il 97,6% ha consumato alcol, mentre il 73,8% ha riferito di aver fumato quotidianamente sigarette, l'84,8% ha fatto uso di cannabis e il 14,6% ha consumato eroina. Lo 0,4% dei soggetti con età compresa tra i 15 ed i 64 anni ha ammesso di aver fatto uso almeno una volta negli ultimi dodici mesi di eroina, tra i quali l'87,3% ha riferito di aver bevuto anche alcolici, il 66,7% ha fumato quotidianamente, il 76,8% ha consumato cannabis e circa la metà cocaina [ivi].

Spostando l'analisi dalla popolazione generale alla popolazione giovanile attraverso la lettura dei risultati emersi dalla somministrazione di un questionario a studenti di età compresa tra i 15 ed i 19 anni, si può notare un aumento di tutte le percentuali di fruizione relativamente al consumo nell'ultimo anno ("last year") e nell'ultimo mese ("last month"). Cfr. Tab. 2.

*Tab. 2 – Il consumo di sostanze psicoattive fra studenti (15-19 anni). Freq. %*

|              | <i>Uso "Lifetime"</i> | <i>Uso "last year"</i> | <i>Uso "Last Month"</i> |
|--------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|
| Cannabis     | 31,5                  | 24,2                   | 15,8                    |
| Stimolanti   | 4,7                   | 2,8                    | 1,5                     |
| Allucinogeni | 4,7                   | 2,9                    | 1,3                     |
| Cocaina      | 5,8                   | 3,6                    | 1,8                     |
| Eroina       | 2,1                   | 1,3                    | 0,8                     |

*Fonte:* Ministero della Solidarietà Sociale [2008a]

Di fronte al dilagare dei consumi di sostanze psicotrope, il Ministero della Solidarietà Sociale [2008b] ha stabilito alcuni punti chiave della lotta alla droga all'interno del Piano sulle droghe 2008. Le principali strategie di controllo e con-

trasto del fenomeno prevedono: il coordinamento tra gli attori impegnati nell'intervento; l'implementazione delle conoscenze sul sistema d'azione, per quanto riguarda le risorse umane e materiali; il miglioramento dell'organizzazione e del funzionamento dell'intero sistema degli interventi preventivi, terapeutico-riabilitativi e della riduzione del danno; la sperimentazione di azioni innovative efficaci da trasferire a regime nel sistema; la formazione e l'aggiornamento del personale impegnato; la riduzione dell'offerta attraverso azioni orientate al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e della base conoscitiva degli interventi repressivi diretti a contrastare la produzione e il traffico di droga; il consolidamento della cooperazione internazionale.

Passando al tema centrale della presente dissertazione, si noti come nel nostro Paese l'interesse in materia di prevenzione del consumo di alcol e droghe nei contesti lavorativi è alquanto recente e caratterizzato da incertezze dato che alcune norme sono di recente emanazione e attualmente alcune sono soggette a interpretazioni dubbie.

La sorveglianza sanitaria, ai sensi del D. Lgs. 626/94, «è un insieme di procedure giustificate (cioè basate su evidenza medica e giuridica) finalizzate alla promozione della salute e alla tutela della sicurezza dei lavoratori. Dal punto di vista medico la sorveglianza è giustificata se: (1) vi è esposizione a rischio; (2) esiste un metodo di controllo» [Magnavita et al. 2008: 21].

La recente normativa italiana (D. Lgs. 81/2008) impone che nella valutazione del rischio infortunistico si considerino, tra i possibili determinanti, anche l'eventuale assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti. In particolare, nel DVR (Documento di Valutazione dei Rischi) devono essere identificate le eventuali mansioni a rischio presenti in azienda e devono essere specificate le procedure di verifica di assenza di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope messe in atto [cfr. Caspani et al. 2009]. Tuttavia, come sarà esplicitato a breve, l'impiego di percorsi di prevenzione attraverso strategie informative, cognitive e socio-comportamentali (cfr. cap. 2) trova scarsi esempi di applicazione, mentre quanto previsto in materia di drug testing si è imposto rapidamente nelle aziende senza incontrare eccessivi ostacoli.

L'attività di informazione è tuttavia fondamentale e dovrebbe riguardare:

- i rischi connessi all'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- le disposizioni aziendali in materia (ad es. modalità aziendali degli accertamenti per ragionevole dubbio e dopo incidente e del monitoraggio cautelativo);
- le procedure di verifica predisposte: modalità e frequenza della sorveglianza sanitaria;

- le caratteristiche delle metodiche analitiche effettuate (è importante specificare che le sostanze stupefacenti e psicotrope possono essere rilevate nelle urine anche dopo alcuni giorni dalla loro assunzione);
- le possibili conseguenze di comportamenti in contrasto con la normativa ovvero: ulteriori accertamenti di verifica di secondo livello, l'equivalenza tra rifiutarsi di essere sottoposti agli accertamenti ed essere trovati positivi agli stessi, l'inidoneità alla mansione (temporanea, ma anche definitiva per reiterato riscontro di positività), specificando al contempo che non esiste distinzione tra uso occasionale e dipendenza per l'inidoneità temporanea/definitiva; si noti che il dipendente può essere adibito a mansioni diverse da quelle comprese nell'elenco (ritenute pericolose) e risulta quindi inidoneo alla mansione ma non al lavoro, mantenendo il diritto alla conservazione del posto nell'ipotesi di effettuazione del recupero, ovvero attraverso l'accesso a programmi terapeutici e di riabilitazione per i lavoratori affetti da tossicodipendenza.

La prevenzione primaria rappresenta un'attività importante e dovrebbe comprendere misure ampie, realizzate su più fronti, compresa la disponibilità fisica delle sostanze (*availability*, cfr. § 1.4.3): per questo, deve essere contrastata la possibilità di disporre di bevande alcoliche sul posto di lavoro, come per esempio nelle mense e/o nei bar aziendali. Inoltre, il medico del lavoro dovrebbe svolgere attività di counselling<sup>51</sup> ad ogni lavoratore, durante l'effettuazione delle visite mediche preventive e periodiche.

Prima di passare alla discussione dei sistemi di sorveglianza in materia di alcol e droghe sui luoghi di lavoro, è necessario integrare il quadro italiano con un riferimento ad un'altra novità contenuta nel D. Lgs. 81/2008: la valutazione dei rischi psico-sociali. Secondo l'articolo 28, comma 1, del decreto legislativo n. 81 del 2008, la valutazione dei rischi deve riguardare tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli che possono essere definiti come rischi psico-sociali. Il concetto è stato introdotto nel 2003, con il decreto legislativo n. 195, il quale stabilisce che per lo svolgimento della funzione di Responsabile del servizio prevenzione e protezione è necessario possedere un attestato di frequenza, con verifica dell'apprendimento, a specifici corsi di formazione in materia di prevenzione e protezione dei rischi anche di natura psico-sociale. Questi ultimi

---

<sup>51</sup> «Con il termine “counselling” si identifica un’insieme di abilità, atteggiamenti e tecniche operate da un soggetto, il “counselor”, nei confronti di un altro soggetto, il “cliente” con il fine di aiutare quest’ultimo a risolvere un problema specifico e a prendere una particolare decisione» [Serpelloni et al. 2003: 12]. Gli autori sottolineano come, sebbene questo tipo di attività offra grandi potenzialità, in Italia non siano ancora documentati studi in cui si analizzano esperienze di counselling vero e proprio a cura dei medici competenti.

sono stati precedentemente definiti in termini di interazioni tra contenuto del lavoro, condizioni ambientali e organizzative da un lato, e le esigenze e competenze dei lavoratori dipendenti dall'altro.

Si tratta di una importante specifica, in quanto nella precedente legislazione in materia di salute e sicurezza tali rischi non erano neppure citati, sebbene alcune normative potevano implicitamente comprenderli: si pensi, per esempio, all'articolo 2087 del codice civile, nel quale si sancisce l'obbligo per l'imprenditore di tutelare la personalità morale del lavoro, e all' articolo 4 del decreto legislativo n. 626 del 1994, dal quale discende l'obbligo per il datore di lavoro di valutare tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratore, ivi compresa la salute psichica.

La normativa in materia si ispira all'Accordo Europeo sullo stress sul lavoro dell'8 ottobre 2004<sup>52</sup>, la quale si pone come obiettivo quello di offrire ai datori di lavoro un modello che consenta di individuare, prevenire e gestire i problemi legati allo stress lavoro-correlato ovvero una percezione di malessere e disfunzioni fisiche, psicologiche o sociali derivanti dal fatto che le persone non si sentono in grado di rispondere alle richieste o alle attese nei loro confronti. In altre parole, se l'individuo è incapace di reagire ad una esposizione prolungata a forti pressioni egli avverte grosse difficoltà di reazione (cfr. § 1.4.1).

Considerare il problema dello stress sul lavoro può voler dire una maggiore efficienza e un deciso miglioramento delle condizioni di salute e sicurezza in azienda, con conseguenti benefici economici e sociali per le aziende, i lavoratori e la società nel suo insieme. Ridurre lo stress significa favorire il controllo esercitato dagli individui su eventi e situazioni avverse in ambito organizzativo [Cortese 2009].

Se il problema dello stress da lavoro è identificato, bisogna agire per prevenirlo, eliminarlo o ridurlo. La responsabilità di stabilire le misure adeguate da adottare spetta al datore di lavoro che può agire su vari fattori come per esempio: modalità di presa di decisione, stili di gestione e di controllo; relazioni interpersonali; decisioni in merito alla mobilità e ai trasferimenti dei dipendenti, distribuzione dei compiti; carico, ritmi e orari di lavoro.

Cortese [2009] sostiene come le modalità di espressione del controllo più efficaci siano strettamente collegate a due stili di coping, ovvero sul problema (stra-

---

<sup>52</sup> Tale accordo, è bene precisarlo, non contempla la violenza sul lavoro, la sopraffazione sul lavoro, lo stress post-traumatico. Ne consegue che risultano esclusi il *mobbing* (una situazione di conflitto dovuto a persecuzione), lo *straining* (una forma di stress frutto di discriminazione) e tutte quelle situazioni in cui vi è una volontà soggettiva individuabile di provocare un danno al lavoratore.

tegie per affrontare in maniera diretta le richieste e le difficoltà ambientali) e sulle emozioni (sforzi messi in atto per ridurre/limitare il disturbo emotivo derivante da situazioni ambientali avverse). Cortese distingue in:

- interventi primari: vengono realizzati a livello organizzativo e hanno lo scopo di ridurre il più possibile gli agenti in grado di sollecitare risposte di stress, attraverso azioni quali la riprogettazione delle attività lavorative, la ristrutturazione dei ruoli, l'instaurazione di un clima organizzativo orientato alla cooperazione fra colleghi;
- interventi secondari: sono più specificamente rivolti agli individui, con lo scopo di modificarne le reazioni verso gli stressor occupazionali. Esempi di queste applicazioni sono le tecniche di rilassamento e di *biofeedback* (una tecnica della psicoterapia volta a favorire il controllo dei propri comportamenti), generalmente di costo limitato e piuttosto efficaci soprattutto a breve termine;
- interventi terziari: sono indirizzati alla cura e alla riabilitazione del lavoratore che manifesta effetti derivanti dallo stress. Alcune organizzazioni mettono a disposizione dei dipendenti programmi di assistenza con l'impiego di professionisti specializzati nel trattamento dei sintomi da stress. Questi interventi possono migliorare il benessere psicologico delle persone e ridurre comportamenti disfunzionali (per esempio frequenti assenze lavorative).

Le organizzazioni tendono generalmente a privilegiare interventi di tipo secondario e terziario, nonostante i risultati migliori a lungo termine siano ottenibili attraverso l'attuazione di azioni primarie che, tuttavia, hanno costi elevati.

Un recente Decreto (D.Lgs. 106/09, correttivo del D. Lgs. 81/2008) ha però difatti rimandato questo punto della valutazione dei rischi all'emanazione di linee guida per la valutazione del rischio stress da parte di apposite commissioni; ciò significa che, in assenza di queste linee guida, il datore di lavoro non è tenuto a valutare il rischio stress (almeno fino al 15 agosto 2010, data entro la quale in ogni caso egli dovrà effettuare la valutazione). Quanto appena ricordato testimonia come nel nostro paese i *policy makers* siano particolarmente attivi a disciplinare la materia e il quadro legislativo sia soggetto a mutamenti che fanno presupporre una rapida evoluzione del quadro normativo, sebbene le esperienze di adozione di programmi volti al contenimento delle stress occupazionale o che agiscono, più in generale, sui fattori di rischio psico-sociale, sono scarsamente diffusi a differenza di quando avviene negli USA.

Tuttavia, ci sono alcuni progetti sperimentali e innovativi promossi da alcune cooperative e regioni che, prima di altre, si sono rivelate sensibili in questo campo.



In primo luogo è necessario fare riferimento a Euridice, noto progetto pilota transnazionale<sup>53</sup>, promosso dall'Italia (Cooperativa Marcella) e attivo dal 1988 nell'ambito della prevenzione del consumo di sostanze psicoattive rivolta ai lavoratori. L'idea su cui si sviluppa il progetto è la visione di un luogo di lavoro quale risorsa per la promozione della salute ove, attraverso la cooperazione tra le diverse parti sociali, possono trovare sede programmi volti a diffondere il benessere tra i lavoratori. Con le parole di De Luca, il progetto Euridice «tende a creare dei legami tra quello che accade nel mondo del lavoro e quello che accade nel mondo dei servizi territoriali, [stimolando] l'interesse dei lavoratori ad essere protagonisti attivi nella realizzazione di programmi di intervento» [2005: 4]. In altri termini, il programma del progetto Euridice sviluppa una relazione tra l'ambiente di lavoro, le condizioni di lavoro e i problemi legati ad un possibile uso di sostanze. [...] L'enfasi è posta sull'incremento di consapevolezza dei lavoratori circa i problemi che possono avere i colleghi che abusano di sostanze e come questi problemi possono rapportarsi sul luogo di lavoro» [De Luca 2007: 68]. Nello specifico, il modello mira a:

- aumentare la consapevolezza dei lavoratori circa i rischi connessi all'assunzione di alcol e droghe nei luoghi di lavoro;
- promuovere modalità di aiuto e di educazione alla salute, valutando l'efficacia delle stesse;
- creare un network tra coloro che operano nel settore;
- identificare i fattori di rischio propri di ciascun contesto al fine di implementare programmi specifici di intervento.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, Euridice opera attraverso attività di ricerca (conoscenza del fenomeno e delle sue articolazioni), informazione e formazione (rivolta ai lavoratori), socializzazione dei risultati tramite convegni e pubblicazioni, valutazione dei risultati. Tutte le fasi si concretizzano attraverso il diretto coinvolgimento dei lavoratori all'interno della "fabbrica integrata".

Il progetto insiste sulla lettura del benessere in senso ampio, concepito non solo come assenza di rischi fisici e naturalistici (rumore, clima, macchinari, etc.), ma anche come gestione dei rischi psico-sociali [De Luca 2007].

Esperienze di prevenzione nel mondo del lavoro hanno visto la regione Veneto particolarmente impegnata in un ruolo attivo sul finire dello scorso millennio, grazie al finanziamento regionale del fondo "Lotta alla Droga". Il progetto realizzato nell'ULSS 16 di Padova [1999] si è fondato su una lettura del contesto d'azione come "spazio relazionale dotato di risorse": «La lettura concentrica dei sistemi

---

<sup>53</sup> In Italia il progetto è presente in quattordici aree geografiche e ha coinvolto circa 100 mila lavoratori.

coinvolti ha in sé l'idea di non poter essere assunta dai singoli "attori", richiedendo l'integrazione di competenze e di punti di vista tra di loro diversi [al fine di] sviluppare azioni di cambiamento nel sovrasisistema-mondo del lavoro, co-costruendo interventi sintonici attraverso la compartecipazione e collaborazione delle varie partnership sia a livello di progettazione sia a livello di organizzazione» [1999: 24].

Oltre all'attività di ricerca volta alla conoscenza del fenomeno, l'aspetto a mio avviso più interessante di questo progetto è rappresentato dalla creazione di gruppi intermedi di lavoratori, ovvero soggetti con funzione di intermediazione tra i colleghi e gli altri attori in gioco il cui fine è quello di diffondere attività preventive (approccio *peer-to-peer*, cfr. cap. 2).

La Regione Emilia-Romagna, invece si è dimostrata particolarmente sensibile al rapporto tra Alcol e lavoro con un'importante progetto nell'anno 2005 sviluppato a seguito dei risultati allarmanti di una ricerca condotta su 6.000 lavoratori dell'area modenese<sup>54</sup> [Annovi 2008].

Per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria, nel nostro paese esistono diversi regimi normativi che riguardano il tabacco, l'alcol e le sostanze psicoattive illegali.

In merito al tabacco, la legge 3/2003 pone il divieto di fumo nei locali pubblici e anche nei posti di lavoro. Tuttavia, l'interesse per il fumo di sigaretta non solleva grandi questioni probabilmente a causa del fatto che si tratta di una sostanza legale il cui consumo non si associa ad infortuni, sebbene fra i fumatori la morbilità sia nettamente superiore ai non fumatori. Solo per fare un esempio, il rischio per i fumatori di contrarre un tumore mortale è doppio rispetto ai non fumatori, ma per taluni organi, aumenta vertiginosamente (20 volte maggiori per il tumore ai polmoni) [Buiatti 2007].

Per quanto concerne l'alcol, la legge di riferimento è la n. 125 del 2001 ("Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"), la quale prevede all'art. 15 comma 2 ("Disposizioni per la sicurezza sul lavoro"), che i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possano essere effettuati esclusivamente dal medico competente per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza delle aziende unità sanitarie locali competenti per territorio.

Il Provvedimento del 16 marzo 2006 n. 2540 ("Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul

---

<sup>54</sup> Secondo quanto emerso dallo studio, il 70% del campione consuma bevande alcoliche; il 9,6% presenta un alto indice di rischio; il 24% dichiara di bere alcolici nelle due ore precedenti l'inizio del lavoro con una media di 2 unità alcoliche (nella maggior parte dei casi si tratta della puasa pranzo); il 25% dei quadri aziendali e dirigenti deve affrontare problematiche alcol-correlate [Annovi 2008].

lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche”), ai sensi dell'articolo 15 della legge 125/2001, ha indicato le mansioni a rischio, tra le quali:

- attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento di lavori pericolosi (gas tossici, fuochi d'artificio e direzione tecnica di impianti nucleari);
- mansioni sanitarie in strutture pubbliche e private quale specialista in anestesia e rianimazione, chirurgia, medico ed infermiere di bordo, medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche, infermiere, operatore socio-sanitario, ostetrica caposala e ferrista;
- vigilatrice d'infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice;
- insegnamento in scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado;
- mansioni comportanti l'obbligo del porto d'armi (guardia giurata in particolare);
- conduzione di veicoli stradali (patenti B, C, D ed E);
- personale addetto alla circolazione di treni;
- personale navigante di acque interne e marittimo;
- controllori ed esperti assistenza al volo;
- lavoratori addetti ai comparti dell'edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota oltre i 2 metri d'altezza;
- attività connesse con gli esplosivi.

In caso di esito positivo al controllo, il medico del lavoro dovrà darne comunicazione al datore di lavoro o ad un suo delegato e al Responsabile della Unità Locale, al fine di fare interrompere l'attività a rischio per quel giorno e provvedere affinché venga applicata la sanzione prevista; il risultato dovrà altresì essere inserito nella cartella sanitaria e di rischio ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità. In caso di rifiuto da parte del lavoratore a sottoporsi al test, la procedura da adottarsi è la medesima rispetto a quella adottata in caso di positività.

Il comma 3 dell'articolo 15 estende i benefici previsti per i lavoratori tossicodipendenti dall'articolo 124 del testo unico n. 309/1990 ai lavoratori affetti da patologie alcol-correlate, ovvero garantisce la possibilità di accesso ai programmi terapeutici e di riabilitazione senza la perdita del posto di lavoro.

Nel Decreto 81/2008, “Unico testo normativo in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori” conferma il disposto delle due Intese, e sembra anzi ampliarne l'ambito applicativo laddove stabilisce, all'art. 41, comma 4, che le visite mediche preventive e periodiche che fanno parte della sorveglianza sanitaria “sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”. Si precisa che il tas-

so alcolemico deve essere pari a zero ovvero non è consentita una soglia come per la guida su strada (pari a 0,5 mg/l).

Passando in rassegna le sostanze psicoattive illegali, sono diverse le normative che è necessario chiamare in causa per comprendere il rapporto tra droghe e lavoro in materia giuridica. La prima è la L. 685/1975, art. 100, modificata dall'art. 29 della L. 162/1990 con la quale si stabilisce che “gli appartenenti alle categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi [...] sono sottoposti, a cura di strutture pubbliche nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e a spese del datore di lavoro, ad accertamento di assenza di tossicodipendenza prima dell'assunzione in servizio e, successivamente, ad accertamenti periodici”. In caso di accertamento dello stato di tossicodipendenza il datore di lavoro ha l'obbligo di far cessare il lavoratore dalla mansione che comporta rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.

Successivamente, il Dpr. 309/1990 “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”, tuttora in vigore, ha ripreso interamente all'art. 125 (“Accertamenti di assenza di tossicodipendenza”) l'art. 29 della L. 162/90 citato. Si segnala, tuttavia, come ai provvedimenti sia seguita una lacuna di legge in quanto solo dopo 17 anni dall'emanazione del Testo unico, con il Provvedimento 30 ottobre 2007 – “Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza” – sono state individuate ai sensi del citato art. 125 le “mansioni a rischio”, richiamate anche dall'art. 41 comma 4 del D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008, ovvero:

- attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento di lavori pericolosi (gas tossici, fuochi d'artificio e direzione tecnica di impianti nucleari);
- conduzione di veicoli stradali (patenti C, D ed E);
- personale addetto alla circolazione di treni;
- personale navigante di acque interne e marittimo;
- controllori ed esperti assistenza al volo;
- attività connesse con gli esplosivi.

In accordo con l'art. 8, comma 2, dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza siglata il 30 ottobre 2007, il 18 settembre 2008 è emanato un Provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni e province Autonome di Trento e Bolzano al fine di perfezionare la disciplina in materia. Quest'ultimo provvedimento detta le specifiche procedure per l'accertamento che il medico del lavoro deve recepire in modo prescrittivo. In par-

ticolare, al medico del lavoro spetta l'accertamento di primo livello (screening), mentre ai Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T)<sup>55</sup> quello di secondo livello (ovvero stabilisce la eventuale diagnosi di tossicodipendenza o, in caso di esito negativo, revoca l'inidoneità).

Successivamente, le varie Regioni hanno inoltre provveduto a specifici e talvolta difformi recepimenti del Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni.

La normativa specifica che possono esserci sei tipi di controlli:

- accertamento per pre-affidamento della mansione: la persona viene sottoposta ad accertamento preventivo dell'idoneità alla mansione prima dell'affidamento e dello svolgimento della mansione a rischio. Occorre un risultato negativo prima di un eventuale inizio dell'attività. Si badi bene che la valutazione non può essere considerata un accertamento preassuntivo (fatto che solleva una serie di controversie operative di non facile soluzione e che il legislatore dovrebbe chiarire a breve);
- accertamento periodico: il lavoratore è sottoposto ad accertamento periodico, di norma con frequenza annuale, atto alla verifica dell'idoneità alla mansione a rischio;
- accertamento per ragionevole dubbio: in adeguamento alle direttive comunitarie in materia, il lavoratore viene sottoposto ad accertamento di idoneità alla mansione anche quando sussistano indizi o prove sufficienti di una sua possibile assunzione di sostanze illecite. Oltre al drug testing, il lavoratore è sottoposto a visita medica ordinaria. La segnalazione è fatta dal datore di lavoro o suo sostituto che deve verificare la fondatezza del dubbio;
- accertamento dopo un incidente: il lavoratore deve essere sottoposto ad accertamento di idoneità alla mansione successivamente ad un incidente sul lavoro per escludere l'assunzione di sostanze stupefacenti;
- accertamento di follow up (monitoraggio cautelativo): il lavoratore, prima del suo rientro nella mansione a rischio, dovrà comunque essere controllato ad intervalli regolari dopo la sospensione per esito positivo per assunzione di sostanze psicotrope. Questo al fine di verificare nel tempo il permanere dello stato di non assuntore (osservazione cautelativa);
- accertamento al rientro al lavoro: nella mansione a rischio, dopo un periodo di sospensione dovuto a precedente esito positivo, il lavoratore dovrà essere sottoposto ad accertamento di idoneità alla mansione per garantire il suo stato di non assuntore, prima di riprendere a svolgere la mansione a rischio. Il me-

---

<sup>55</sup> I Ser.T sono unità operative territoriali competenti di un'area geografica che normalmente corrisponde al territorio dell'AUSL (o di un suo Distretto). Al loro interno, operano varie figure quali medici, infermieri, psicologi educatore, assistenti sociali [Serpelloni et al. 2003].

dico competente, a scopo cautelativo, potrà decidere se applicare nei successivi ulteriori 6 mesi un'osservazione con eventuali accertamenti con maggior frequenza rispetto a quelle ordinarie previste.

La novità di grande rilievo riguarda il fatto che mentre il Dpr. 309/90 prevede, all'art. 1, accertamenti volti a verificare l'assenza di tossicodipendenza, il Nuovo testo Unico indica controlli volti a scongiurare anche l'assunzione sporadica di sostanze psicotrope. Infatti – specifica la normativa, proprio all'art. 1 – che “Le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei lavoratori [...] devono essere finalizzate primariamente a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni lavorative a rischio. [...] i principi generali a cui ispirare e su cui strutturare le procedure operative dovranno essere dettati da un indirizzo di cautela conservativa nell'interesse della sicurezza del singolo e della collettività, che prevedano la non idoneità di tali lavoratori allo svolgimento di mansioni a rischio nel caso in cui usino sostanze stupefacenti e/o psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di dipendenza. A questo proposito, si ricorda che esistono sostanze in grado di alterare fortemente le capacità e le prestazioni psicofisiche del soggetto senza necessariamente indurre uno stato di dipendenza (es. LSD, altri allucinogeni ecc.)”. All'art. 3, si precisa: “A tale scopo preventivo, anche per le oggettive difficoltà di rilevazione e di descrizione delle modalità e della frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope da parte del lavoratore, dette procedure, per le finalità di cui sopra, non possono fare distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza al fine di attivare la sospensione cautelativa”.

Tuttavia, la normativa non effettua lo stesso trattamento sulle condotte alcoliche, in quanto – come sostenuto – i test sull'alcol sono in grado di verificare la solo intossicazione acuta, sebbene esistono studi in grado di dimostrare i pericoli associati al cosiddetto *hangover* (ovvero i postumi di un'intossicazione alcolica) [Mangione et al. 1999; Ames et al. 1997].

Come anticipato, esistono due livelli di accertamento (cfr. Fig. 2). Al primo livello, i test sono svolti (con un giorno minimo di preavviso) a seguito della comunicazione da parte del datore di lavoro al medico competente dei lavoratori che svolgono mansioni a rischio.

L'accertamento di primo livello comprende sia una visita medica volta ad identificare segni e sintomi che fanno pensare alla fruizione di sostanze psicotrope, sia i test tossicologici delle urine volti a indagare l'assunzione di cannabis, oppiacei, cocaina, amfetamine-metamfetamine, MDMA, metadone. La legge indica le concentrazione *cut-off* per ciascuna sostanza.

In caso di positività del test, il lavoratore viene dichiarato temporaneamente inidoneo a svolgere quella mansione ed è inviato al Ser.T dell'Ausl di competenza, al quale spetta la valutazione di secondo livello che si traduce in una dichiarazione di assenza/presenza di eventuale tossicodipendenza. In caso di rifiuto da parte del dipendente a sottoporsi al test, egli deve essere comunque dichiarato inidoneo alla mansione a rischio.

Gli accertamenti di secondo livello possono condurre ad una delle seguenti situazioni:

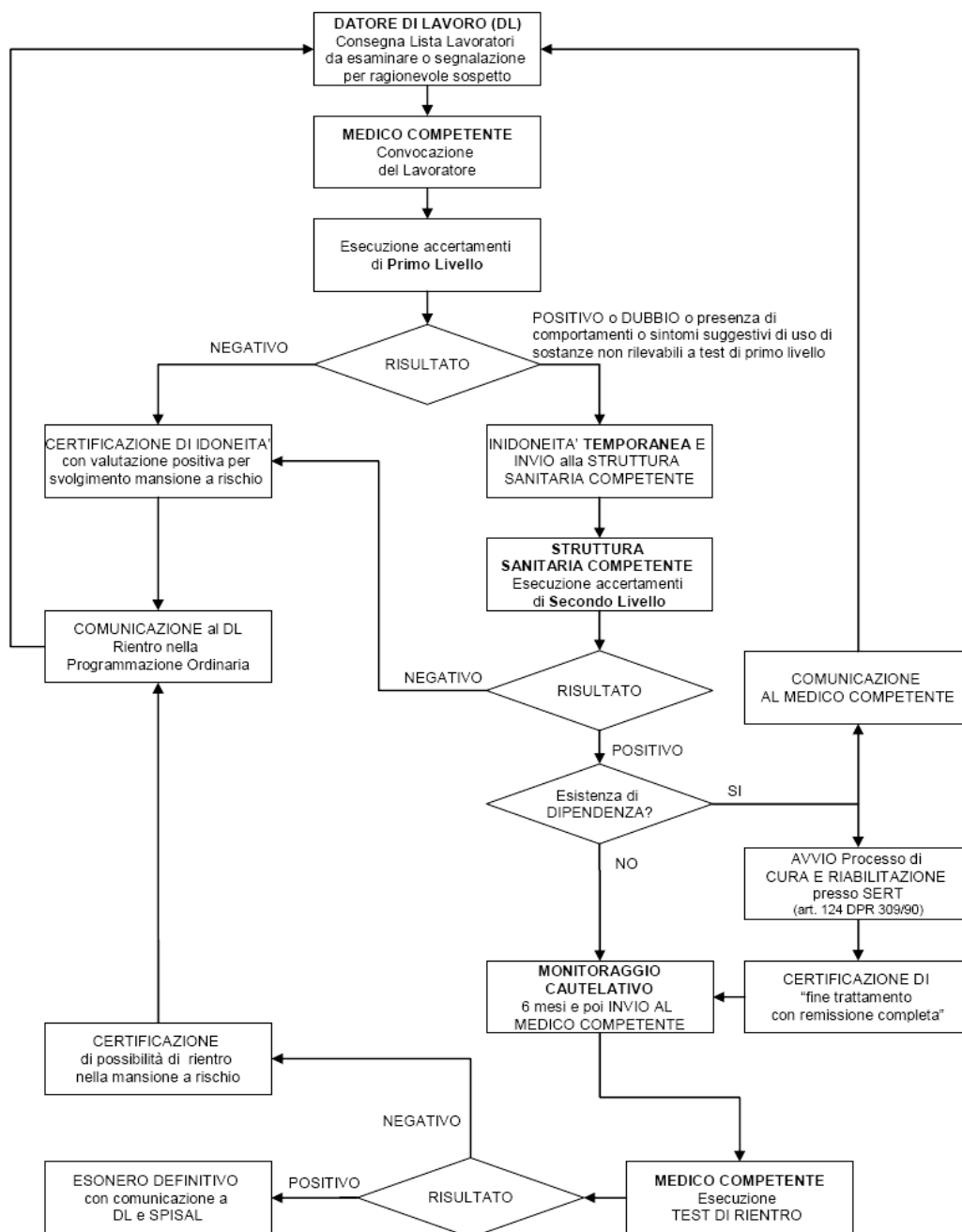
1. assenza di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope, con accertamenti clinici e tossicologici negativi: il medico competente rilascia l'idoneità alla mansione;
2. presenza di tossicodipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope:
  - il medico competente conferma l'inidoneità alla mansione a rischio e viene proposto al lavoratore l'avvio del processo di cura e riabilitazione (con oneri a carico SSN), con diritto alla conservazione del posto di lavoro per i lavoratori con contratto a tempo indeterminato<sup>56</sup>;
  - se al termine di tale processo di cura e riabilitazione individualizzato viene prodotta, da parte del Ser.T, certificazione di fine trattamento con remissione completa, il lavoratore, prima della riammissione alla mansione a rischio, potrà, su decisione del medico competente, essere sottoposto a monitoraggio cautelativo per un periodo di 6 mesi;
  - infine, il test di rientro al lavoro, se negativo, permetterà di esprimere, da parte del medico competente, un giudizio di idoneità alla mansione a rischio;
  - potrà seguire una eventuale osservazione, a scopo cautelativo, per altri 6 mesi dopo il rientro al lavoro nella mansione a rischio, con accertamenti di maggior frequenza.

Si noti che esistono nel nostro paese delle Linee guida per gli accertamenti del consumo di droghe a finalità medico legali [Commissione Qualità del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani 2008]. Non entriamo ulteriormente nei meriti tecnici della normativa, in quanto non risponde ai fini della presente dissertazione. Si rimanda tuttavia alla Fig. 2 per una comprensione dei processi attivati dall'Intesa.

---

<sup>56</sup> Il lettore attento noterà una problematica di questo punto della normativa: che accade al lavoratore assunto con contratto a tempo determinato e di collaborazione? Il problema non è questione di poco conto, tanto più che nell'attuale sistema occupazionale italiano tali forme contrattuali sono quanto mai diffuse soprattutto fra la popolazione giovanile che, come visto, è maggiormente a rischio per il consumo di sostanze psicoattive. Cfr. Franchini [2005].

Fig. 2 - Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori (Intesa conferenza unificata, seduta del 30 ottobre 2007, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131)





### 3.3 – La valutazione dell’efficacia dei programmi di prevenzione nei luoghi di lavoro

Nel capitolo 2 abbiamo visto come l’attività di prevenzione in materia di consumo di alcol e droghe sia sempre più soggetta a pratiche valutative volte ad individuare le evidenze di efficacia (*Evidence-based Prevention*).

Soprattutto per quanto riguarda alcuni setting (scolastico e di comunità, in primis) esistono molte linee guida e review prodotte da organismi e centri di ricerca internazionale, mentre per quanto riguarda gli ambienti di lavoro le esperienze di valutazione in senso proprio sono scarse e, in alcuni paesi, nulle.

In linee generale, le evidenze suggeriscono che i programmi di prevenzione della salute sono efficaci se aumentano il senso di controllo che i soggetti ritengono di avere sul proprio benessere; sviluppano una visione olistica e interdipendente dei comportamenti legati alla salute e realizzano interventi di follow-up [Midford et al. 2005].

Le *good practice* per la costruzione di interventi efficaci di prevenzione nei luoghi di lavoro dovrebbero tenere conto delle seguenti raccomandazioni [Zucconi et al. 1999]:

- la promozione alla salute è un’attività di cambiamento socio-culturale che agisce sui singoli, l’organizzazione e la comunità; come tale, le azioni dovrebbero essere pianificate secondo un approccio congruente con il modello bio-psico-sociale<sup>57</sup>;
- è necessario considerare il sistema culturale nel quale l’organizzazione è inserita, ovvero il complesso di credenze che riguardano la salute e la malattia;
- è fondamentale effettuare una valutazione ex-ante circa le risorse disponibili al fine di verificare la fattibilità del progetto che includa anche la verifica circa la disponibilità dei dirigenti alla messa in atto del progetto;
- è importante far precedere l’intervento con uno studio dei bisogni specifici del setting in cui si interviene;
- infine, il progetto deve essere valutato in modo dettagliato.

---

<sup>57</sup> Il modello bio-psico-sociale abbraccia la definizione di salute elaborato dall’OMS, ovvero la intende quale “stato di completo benessere dal punto di vista fisico, psichico e sociale”. Un ampliamento di tale modello può essere considerato l’approccio correlazionale elaborato da Ardigò [1997] e ampliato da Cipolla [2002], secondo il quale la salute e la malattia possono essere comprese attraverso l’analisi di quattro elementi (natura interna, natura esterna, soggetto e sistema sociale).

La valutazione dell'efficacia dei progetti nei luoghi di lavoro gode di un'attenzione nettamente inferiore rispetto a quanto avvenuto in altri settori e, probabilmente a causa degli alti costi che gravano sulle imprese nonché per le questioni etico-morali connesse, l'attenzione degli studiosi è orientata prevalente a verificare gli effetti del drug testing sui comportamenti dei lavoratori.

Tuttavia, i programmi che utilizzano altre strategie paiono avere buoni risultati soprattutto per quanto riguarda la prevenzione alcolica [Cfr. Cook 2003; Annoni et al. 2005).

Shain et al. [1990], per esempio, hanno fatto uno studio sugli effetti di un corso di 15 ore per la promozione della salute nei luoghi di lavoro. Dalla ricerca emerge come, a seguito della formazione, si riduca la quantità di alcol assunta soprattutto tra i bevitori moderati, mentre minori effetti si registrano tra i forti bevitori. Nel gruppo di controllo non si verificano effetti.

Shehadeh e Shain [1990] hanno condotto un'indagine sugli autotrasportatori dell'Ontario, rilevando che una percentuale di lavoratori compresa tra il 15% ed il 20% presentava problemi di salute non solo legati all'alcol, ma anche di altra natura (come per esempio il sovrappeso), fatto che suggerisce l'utilità di realizzare programmi di prevenzione sanitaria più ampia, i cui contenuti possono riguardare, per esempio, l'alimentazione, l'attività sportiva, la gestione dello stress al fine di fornire un contributo per il benessere individuale del professionista.

Erfurt e colleghi [1992] hanno realizzato uno studio valutativo dell'efficacia di un progetto di prevenzione per la salute della durata di 3 anni, condotto su lavoratori statunitensi per mezzo di tecniche quali il counselling, il supporto, l'educazione alla salute e la possibilità di utilizzare un centro fitness. I risultati sono stati incoraggianti, suggerendo che interventi multisettoriali sono maggiormente incisivi.

Heaney e Goetzel [1997] hanno studiato gli effetti di un programma di prevenzione del rischio cardiovascolare per lavoratori fra i cui contenuti c'erano anche indicazioni per il consumo di alcol. Il progetto, condotto secondo la metodologia dell'apprendimento sociale [Bandura 1977; cfr. cap. 2], ha fornito risultati positivi soprattutto incoraggiando le attività alternative. Dei 2.000 dipendenti individuati come a rischio, il 43% ha ridotto notevolmente i consumi di alcol in seguito al programma.

Secondo Blum e Roman [1995], gli EAPs statunitensi svolgono un'azione efficace di supporto e trattamento per i lavoratori con problemi legati ad alcol e droghe, tanto che anche in termini economici è possibile affermare che il risparmio che producono è maggiore del costo necessario al loro finanziamento. Questo è possibile grazie all'intervento dei supervisori, figure chiave del sistema aziendale

americano. Tuttavia, affinché il loro ruolo sia cruciale e stabile nel tempo, è necessario investire periodicamente in sessioni formative di rinforzo.

Kishuk et al. [1994] hanno studiato gli effetti di un programma per la riduzione dei consumi di alcol fra lavoratori. Un gruppo di 268 operai è stato casualmente assegnato ad una sessione di prevenzione per alcol, ad una sessione per la corretta alimentazione o ad un gruppo di controllo. Il programma per la prevenzione alcol è stato condotto con approccio cognitivo-comportamentale, adatto per bevitori normali, che ha compreso l'acquisizione di abilità di rifiuto e di gestione dello stress. Gli effetti sono stati notevolmente incoraggianti per coloro che hanno seguito la sessione relativa agli alcolici.

Cook e Youngblood [1990] hanno valutato gli effetti di un programma di prevenzione incentrato su abilità come l'autoefficacia che ha utilizzato audiovisivi e altro materiale multimediale. Il progetto è stato valutato positivamente dai partecipanti che l'hanno giudicato interessante e stimolante.

Nello studio condotto da Wickizier et al. [2004], il cui scopo era quello di misurare la riduzione degli infortuni in aziende che avevano applicato un programma per la costituzione di un ambiente di lavoro *drug free*, emergono esiti diversi a seconda del settore professionale considerato: nello specifico, evidenza di efficacia è stata documentata per il settore delle costruzioni, mentre solo risultati parziali sono stati rilevati per le aziende manifatturiere ed i servizi e nessuna efficacia è stata evidenziata per le aziende agricole e per quelle del ramo dei trasporti, sia considerando i tassi di tutti gli infortuni che la quota con prognosi superiore a quattro giorni.

Cook et al. [1996a] hanno assegnato in modalità random 371 operai a due gruppi (di studio e di controllo) per verificare gli effetti di un programma di prevenzione denominato HP/SAP. Le conclusioni testimoniano come i programmi che mirano a intervenire solo sui consumi di sostanze non sono efficaci se non sono inseriti in un progetto più ampio di promozione alla salute.

In un secondo studio, Cook et al. [1996b] analizzato gli effetti di un altro programma per la prevenzione dell'abuso di alcol in una piccola media azienda americana. La ricerca è stata condotta come studio quasi-sperimentale con somministrazione di un pre-test, test iniziale e post test dopo 8 mesi. Gli esiti del progetto a distanza di tempo sono stati in questo caso deludenti, in quanto a fronte ad un cambiamento iniziale nelle condotte, in senso virtuoso, non si è riscontrato un mantenimento della condotta nel tempo.

Un terzo studio [Cook et al. 2003] ha rivelato che i programmi sono più efficaci se agiscono anche su altre variabili, in primis la gestione dello stress.

Gli autori concludono sottolineando come gli studi sull'efficacia dei programmi siano ancora insufficienti, dato che fra quelli esistenti non c'è una piena convergenza dei risultati (soprattutto per le droghe, mentre qualche segnale positivo pare registrarsi sull'alcol in tutti gli studi empirici [cfr. Blum, Roman 2002]). Nonostante ciò si valuta positivamente l'azione di prevenzione primaria e secondaria.

Come anticipato, più ampia letteratura esiste in merito all'efficacia del drug testing, soprattutto nel tentativo di rispondere alle seguenti domande:

- gli esami tossicologici effettuati sui lavoratori sono in grado di incidere sulle condotte drogastiche dei dipendenti?
- I benefici derivanti dall'utilizzo del drug testing sono maggiori rispetto ai costi economici che esso impone?
- Il WDT è una pratica che può ledere la dignità e la privacy del lavoratore?
- Esistono discriminazioni collegate all'impiego del drug testing?

Vediamo quali sono le risposte date ai diversi quesiti, anticipando che in letteratura si trovano studi legati soprattutto alla prima questione.

In merito al primo quesito, Walsh [1995] afferma come negli USA dal 1985 al 1990 (periodo di ampia diffusione del drug testing) la percentuale dei lavoratori positivi alle droghe si sia dimezzata. Dal 1987 (anno di introduzione del test per i dipendenti delle ferrovie) al 1993 gli incidenti fra gli operai ferroviari sono diminuiti del 27%.

Uno studio successivo dell'autore dimostra una progressiva diminuzione dei casi di positività del drug testing che va dal 14% nel 1988 al 4% nel 2007 [Walsh 2008]. I casi di positività più elevati si rintracciano tra coloro che sono sottoposti a test per sospetto (30% di esiti positivi) oppure per i follow-up dopo trattamento (10%). Negli Usa, la sostanza che più facilmente viene rintracciata è l'amfetamina, anche se nel 50% dei casi si tratta di prescrizioni mediche [ivi].

Anche lo studio French et al. [2004] conferma una netta riduzione dei test positivi. Nel contributo si discute tuttavia come i soggetti che consumano droghe intuitivamente tendono a cercare lavoro in aziende che non conducono test, fatto che determina l'esigenza di maggiori riflessioni sull'interpretazione dei risultati.

Gerber e Yacoubian [2002] affermano come le aziende che hanno adottato il test per la rilevazione delle sostanze psicotrope abbiano registrato una riduzione dei fenomeni infortunistici pari al 50%. Nemmeno Lu e Kleiner [2004] hanno dubbi sulla positività del drug testing e anzi ritengono sia una necessità ineludibile per la tutela del bene comune in una società ove si registrano alti consumi.

Al contrario, Cook [2003] e Normand et al. [1994] affermano come, nonostante ci siano stati numerosi studi volti a sondare se l'impiego del drug testing ha reali effetti sulla prevalenza dei lavoratori consumatori, non si può affermare con sicu-

rezza quale sia l'efficacia dello strumento. L'effetto pare maggiore per le visite pre-assuntive piuttosto che per i controlli periodici. Cook [2003] sostiene come sia difficile individuare una correlazione tra drug testing e riduzione degli consumi o infortuni, perché negli stessi anni nei quali si diffonde l'obbligo dell'esame negli Usa si realizzano molti altri interventi di prevenzione (campagne mass mediatiche, corsi in aziende, etc.). Tuttavia, i dati sui numeri dei consumatori aumentano notevolmente quando si indaga la popolazione generale, composta per lo più da popolazione attiva e questo solleva sospetti sul rapporto inverso tra drug testing e consumi.

McGuire e Ruhm [1993] sostengono che si è posta troppa enfasi sull'impiego del drug testing e poco sul trattamento di coloro che hanno problemi con l'uso di sostanze. Il fatto che alcune aziende non facciano test determina una conseguenza negativa, ovvero che i candidati per queste aziende tendenzialmente sono soggetti con minori abilità o di più basso grado sociale maggiormente propensi al consumo di sostanze psicoattive. In questo modo si creano discriminazioni e ricadute negative sulla produttività e la competitività.

Comer [1994] sostiene che esistono sei argomentazioni a sfavore del WDT: 1. ci sono deboli prove circa il fatto che l'impiego degli esami tossicologici aumenti l'efficienza e la produttività aziendale; 2. il drug testing potrebbe non essere in grado di individuare quelle sostanze che determinano danni più ingenti sui luoghi di lavoro; 3. il fatto che le minoranze etniche risultano in misura maggior positive al test (sebbene non presentino problemi in termini di produttività) potrebbe far presupporre che lo strumento possa determinare delle discriminazioni razziali; 4. i test non sono affidabili; 5. l'esame compromette i diritti dei lavoratori; 6. il drug testing non è visto positivamente dai lavoratori e pertanto suscita malcontento.

L'autrice propone allora di sostituire i test di performance<sup>58</sup> all'uso del drug testing, ovvero dei test in grado di misurare la produttività, l'efficienza e l'efficacia lavorativa dei dipendenti senza violare la privacy e l'integrità.

Per De Luca [2002], il drug testing non può essere considerato la soluzione al problema della crescita drammatica dei consumi di sostanze psicoattive: «Se non c'è un problema di consumo di droga sul luogo di lavoro tale da richiedere una risposta così costosa qual è l'impiego del drug testing, o se esiste un significativo problema di droga ma il drug testing non è in grado di risolverlo, allora bisogna considerare come [questo strumento] sia dannoso, invasivo e privo di alcun merito di valore. Non è forse economicamente ingiustificabile e moralmente irresponsabile promuovere un uso indiscriminato della tecnologia del drug testing che è in-

---

<sup>58</sup> Sull'utilizzo dei test di performance sui luoghi di lavoro, considerati come alternativa al drug testing, vedi anche: Flaig [1990]; Frieden [1990]; Maltby [1990].

trusiva, stigmatizzante, molto costosa e a buon ragione anticostituzionale, la cui efficacia non è stata dimostrata?»<sup>59</sup>. L'Autore sostiene che il valore del WDT è solo simbolico, in quanto esso rappresenta un *proxy*, un indice che si sta facendo qualcosa per il problema delle droghe.

Secondo Rothstein [1991] l'impiego del drug testing è un buon esempio di fallimento di una tecnologia per almeno 6 motivi: non è in grado di indagare e comprendere i problemi collegati al consumo di sostanze; non considera la fallacia rispetto a ciò che si propone; non si coordina con altre tecniche per affrontare il problema; è uno strumento che si adotta per ragioni che non si possono spiegare ricorrendo al concetto di appropriatezza; mancano prove di efficacia. Nei suoi studi dimostra che la riduzione dei consumi tra il 1985 ed il 1990 – periodo nel quale fu introdotto ed esteso il WDT – non è ragione sufficiente per provarne l'efficacia, tanto è vero che nello stesso intervallo di tempo si registra una riduzione dei consumi anche in ambito scolastico, dove lo strumento non è adottato.

La discussione sull'efficacia del drug testing è realizzata da Macdonald e colleghi [1995] considerando soprattutto la capacità di questo strumento di determinare una riduzione degli episodi infortunistici. L'obiettivo dello studio è stato quello di individuare le variabili associate agli incidenti sul lavoro. Su 882 lavoratori americani intervistati, l'11,2% ha subito un infortunio sul lavoro nei 12 mesi precedenti l'intervista. Dalla ricerca emerge come l'8,9% di coloro che hanno dichiarato un consumo di sostanze illecite ha avuto in infortunio che spiega il 20,4% degli infortuni totali. Si noti, però, come il 77,8% degli incidenti sia attribuibile a persone che hanno problemi di sonno che riguardano il 56,2% degli intervistati. Ora, soltanto una parte di tali disturbi possono essere imputati al consumo di droghe illecite (si veda la divergenza nelle percentuali). Inoltre, il legame tra infortuni e alcol/droghe è maggiore e significativa per i maschi e per i più giovani, ma non lo è per le donne e i meno giovani. Inoltre, molti infortuni sono correlati a condizioni che coinvolgono le condizioni del setting lavorativo (insicurezza degli ambienti e dei dispositivi, per esempio) più che all'uso di sostanze psicotrope. Quindi – proseguono gli autori – se è vero che il consumo di sostanze da parte dei lavoratori è basso e la correlazione tra infortuni e consumo di alcol e droghe non è alto come alcuni autori vorrebbero sostenere, non è giustificabile l'utilizzo del drug testing nei luoghi di lavoro, considerando che il loro costo è maggiore dei benefici. Per di più, il loro impiego non trova ragione anche in virtù di alcuni confronti: per esempio, sarebbe possibile applicare misure simili a chi ha disturbi del sonno oppure a coloro che hanno conflitti sul lavoro o che trovano la mansione noiosa, solo perché tali situazioni sono maggiormente associate a infortuni sul lavoro?

---

<sup>59</sup> <http://www.doctordeluca.com/Library/PublicHealth/DrugTestWorkPlace2002.pdf>

Macdonald e colleghi [1995] sostengono che il più evidente limite del drug testing è quello di non essere in grado di verificare se il soggetto lavora sotto effetto di droga, in quanto l'attuale strumentazione disponibile permette di rilevare i metaboliti delle sostanze che possono permanere anche diverse settimane (fino a 40 giorni per la cannabis). Dello stesso parere è De Luca [2002], il quale sottolinea come il fatto stesso di individuare molti più soggetti che consumano cannabinoidi rispetto ad altre droghe dipende dal fatto che i metaboliti di hashish e marijuana richiedono più tempo per scomparire dalle urine.

Pidd [2002] sostiene che la positività agli esami a seguito di un infortunio non è un fatto in grado di spiegare l'incidente stesso, in quanto i test non sono in grado di verificare l'alterazione delle capacità psico-fisiche nel momento in cui l'episodio si è verificato dato che la fruizione potrebbe essere avvenuta anche a distanza di tempo.

Spostando l'attenzione al rapporto tra costi e benefici, Zwerling et al. [1992] hanno condotto uno studio su 2.533 dipendenti degli uffici postali a Boston. Gli autori calcolano che se fossero stati applicati gli esami tossicologici alla visita preventiva si avrebbe avuto un risparmio di \$162 per dipendente esaminato, considerando una prevalenza di consumo del 12% fra la popolazione. Gli autori concludono che dovrebbero essere le aziende a valutare se condurre o meno i test, considerando una serie di variabili come per esempio la numerosità dei dipendenti.

Ancora, Maltby [1999] ritiene che i costi legati all'impiego del WDT siano superiori ai benefici: nel 1990 il governo federale ha speso 11,7 milioni di dollari per far sostenere gli esami a 29.000 dipendenti di 38 agenzie federali e sono 150 (lo 0,5%) sono risultati positivi.

Sulle questioni morali connesse all'impiego del drug testing, si è espresso in due occasioni (1996 e 2003), l'International Labour Office (ILO).

Nel 1996, l'ILO ha diffuso un documento (*Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. Code of Practice*<sup>60</sup>) con alcune raccomandazioni in materia di drug testing, come per esempio:

- lo strumento deve essere accompagnato da un documento scritto indicante la politica aziendale in materia, la quale dovrebbe comprendere attività di prevenzione e promozione della salute nonché garantire percorsi di trattamento e riabilitazione per coloro che ne hanno necessità;
- la politica aziendale dovrebbe essere condivisa dai lavoratori e dai loro rappresentanti;
- la privacy dei lavoratori deve essere sempre garantita;

---

<sup>60</sup> <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e970709.pdf>.

- dovrebbero essere adottati test di screening affidabili. I test di conferma dovrebbero adottare tecniche di analisi differenti ed essere effettuati in laboratori accreditati;
- le procedure dovrebbero essere riviste ed aggiornate;
- il Codice definisce i problemi relativi alle dipendenze come problemi della salute, da trattare senza discriminazioni, come ogni altro problema di salute nei luoghi di lavoro; invita perciò a non distinguere tra personale direttivo, quadri, impiegati, operai quando si tratta di proibire o di applicare norme restrittive in materia di tossicodipendenze;
- infine, si raccomanda che i lavoratori impegnati in trattamenti di riabilitazione e reinserimento siano considerati senza discriminazione nelle decisioni sugli avanzamenti di carriera, i trasferimenti, le riduzioni di personale.

Il Codice suggerisce pertanto un approccio preventivo in grado di richiamare una valutazione congiunta tra datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanti sugli effetti dell'uso di droga e alcol nei luoghi di lavoro e sulla loro collaborazione a definire una politica scritta dell'impresa. Inoltre, definisce i problemi di droga e alcol quali problemi di salute e stabilisce che essi siano gestiti senza alcuna discriminazione come qualsiasi altro problema di salute.

In sintesi, esso raccomanda che le politiche sulla droga e alcol nei luoghi di lavoro debbano comprendere aspetti preventivi, di gestione e riduzione dei problemi [cfr. Di Stefano 2009].

Nel 2003, l'ILO ha prodotto un secondo documento – *Ethical issues in workplace drug testing in Europe*<sup>61</sup> – nel quale si discutono le questioni oggetto di dibattito che riguardano l'impiego dei drug testing, sul quale gravitano «questioni tecniche, legali e etiche controverse» [ILO 2003: 9]. Il documento ha lo scopo principale di sollevare una riflessione sulle seguenti tematiche.

- Sicurezza: il WDT dovrebbe essere impiegato solo per i lavoratori a rischio come strumento per la sicurezza o dovrebbe essere esteso a tutti i lavoratori al fine di promuovere la salute? A livello europeo si rilevano molte differenze<sup>62</sup>.
- Argomentazioni morali: c'è una responsabilità sociale che influenza/non scoraggia il consumo di sostanze? Alcuni sostengono che tale responsabilità deve gravare anche sui datori di lavoro.

---

<sup>61</sup> Il documento è disponibile al sito internet <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/wdt.pdf>

<sup>62</sup> Per esempio, in Francia, Norvegia e Olanda sono sottoposti a testing solo coloro che svolgono mansioni tradizionalmente a rischio (ma in Olanda, come detto, i test preassuntivi sono illegali); in Inghilterra, in Irlanda e in Svezia gli esami vengono applicati a lavori anche apparentemente meno rischiosi.



- Deterrenza: l’impiego degli esami tossicologici rappresenta un fattore deterrente rispetto al consumo di sostanze psicotrope? Ci sono buone ragioni di supporto a questa idea [cfr. Verstraete, Pierce 2001], mentre altri sostengono non vi siano evidenze a conferma [Joseph Rowntree Foundation 2004];
- Privacy: quale consenso dovrebbe/potrebbe dare il lavoratore? Alcuni paesi (per esempio, Germania e Svizzera) ritengono che sia impossibile subordinare l’effettuazione del test al consenso del lavoratore. La violazione della privacy costituirebbe comunque una violazione dell’integrità individuale in favore della tutela della sicurezza collettiva.
- Protezione dei dati personali: come si deve gestire la riservatezza del lavoratore? Quale ruolo deve avere in tal senso il medico del lavoro? In molti paesi (Finlandia, Francia, Belgio, Germania, Austria e Italia) il medico del lavoro non è autorizzato a condividere l’esito di un drug testing positivo con il datore di lavoro.
- Valutazione per pre-impiego: c’è rischio che l’impiego nella visita preventiva si traduca in una visita preassuntiva con ricadute sulla scelta stessa di assumere il lavoratore? Si tratta di una questione importante, in quanto l’80% dei test sono effettuati prima dell’affidamento della mansione.
- Discriminazioni: il drug testing può dare origine a trattamenti differenziati e discriminatori? Per esempio, il documento solleva dubbi sul fatto che non distingue tra consumatori occasionali e tossicodipendenti.
- Qualità: un problema noto è l’affidabilità degli esami e il rischio di “falsi positivi”. Per tale motivo, è necessario migliorare sia le modalità di raccolta sia quelle di analisi da affidarsi a laboratori accreditati.

Un importante documento che detta le linee guida in materia di drug testing sul luogo di lavoro è l’*European Laboratory Guidelines for Legally Defensible Workplace drug testing* redatto dall’*European Workplace drug testing Society* (EWDTS), un documento tecnico il cui scopo è quello di assicurare che gli esami tossicologici condotti sui lavoratori rispettino standard di qualità e sicurezza anche da un punto di vista legale [<http://www.ewdts.org/guidelines.html>].

In merito al quesito relativo alle possibili discriminazioni collegate al drug testing, precisiamo che tali discriminazioni possono essere collegate a vari fattori, come per esempio il genere, l’età, l’etnia e soprattutto la categoria professionale.

In questo ambito non sono stati effettuati molti studi mirati, ma si segnala la ricerca di Gee et al. [2005] il cui obiettivo è quello di indagare se l’impiego del WDT può essere maggiore nelle minoranze etniche<sup>63</sup>. Lo studio, condotto tramite intervista rivolta a 276 lavoratori impiegati nel settore delle telecomunicazioni in diverse

---

<sup>63</sup> Cfr. anche Comer [1994].

aziende americane, rivela che, sebbene in letteratura emerga come i consumi delle droghe sono più alte nella popolazione bianca, le minoranze etniche sono maggiormente esposte a drug testing durante la visita preventiva o per consumo sospetto. Nei test effettuati secondo una modalità random, invece, è la popolazione bianca ad essere maggiormente coinvolta. La relazione è simile anche per l'alcol, ma è più debole: a parere degli autori, ciò si spiega considerando il fatto che il controllo delle droghe è una forma di controllo sociale più forte rispetto al controllo d'alcol. In secondo luogo, il desiderio di controllo del consumo di droghe tra le minoranze etniche è maggiore del desiderio di controllare la fruizione di alcol tra la popolazione bianca.

Altri studiosi considerano come alcuni gruppi professionali siano esclusi dal WDT. Koch [1998], per esempio, discute il fatto che politici e giudici non siano mai soggetti ad esami tossicologici.

In merito alle discriminazioni tra sostanze, ulteriori controversie sorgono a causa del fatto che molte aziende conducono drug testing ma non alcol testing. Nello studio di Hartwell e colleghi [1996] emerge che nella seconda metà degli anni Novanta il 48% delle imprese private negli Stati Uniti con almeno 50 dipendenti a tempo pieno realizzavano il controllo delle droghe, mentre solo il 23% verificavano l'alcol. Nelle aziende con oltre 100 dipendenti, i dati si attestavano sul 71% e 42% per droghe e alcol rispettivamente.

Come sottolineano Gee et al. [2005: 756-757], «sebbene molti datori di lavoro sostengono che il drug testing è necessario in quanto l'uso di droghe sul luogo di lavoro compromette la sicurezza del lavoratore e la produttività, molte aziende effettuano i test solo sulle droghe e non sull'alcol. Questo è sorprendente considerando che la fruizione di alcol è uguale o addirittura maggiore rispetto al consumo di droghe nel mondo del lavoro». Ancora: «Sarebbe necessaria una creatività trascendentale per concludere che i programmi volti a verificare il consumo di droghe illegali che escludono l'alcol siano veramente diretti al controllo della produttività ed alla sicurezza dei lavoratori» [Wisotsky, cit. in Gee et al. 2005: 757]. Ancora, Trice e Steel [1995: 487] «l'esclusione dell'alcol testing suggerisce che il drug testing è un'appendice della reazione sociale più punitiva e conservatrice e non un metodo per individuare miglioramenti nella produttività dei lavoratori». La stessa normativa italiana, come abbiamo visto, sanziona un consumo occasionale di droghe ma non di alcol, sebbene non ci siano evidenze circa la maggior pericolosità associata alla prima condotta rispetto alla seconda. Allora, sostengono Gee et al. [2005: 757], «il drug testing è [...] un indicatore di controllo sociale, mentre l'alcol testing può essere un po' forte indicatore di sicurezza del luogo di lavoro».

Ulteriori studi e riflessioni si rendono dunque necessari non solo per verificare l'efficacia del drug testing per la riduzione dei consumi di alcol e droghe, ma anche in materia di risvolti etico-morali connessi al suo uso.



**II PARTE – LA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL  
MONDO DEL LAVORO: UN PERCORSO EMPIRICO**

---



## **Cap. 4 – Il rapporto tra salute e contesto professionale: l'indagine condotta sui lavoratori**

---

Nel corso di questo capitolo sarà presentata una ricerca sul tema “Salute, sostanze psicoattive e mondo del lavoro”<sup>64</sup>. Si tratta di un percorso empirico costruito sulla base di un disegno metodologico integrato quali-quantitativo volto a sondare il rapporto tra stile di vita e condizioni di lavoro attraverso la duplice lettura condotta dai lavoratori e da esperti in materia al fine di sviluppare alcune considerazioni in merito ai programmi di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive nei contesti lavorativi. A seguito di un periodo di fellowship della durata di un trimestre trascorso presso il Center for Public Health (Liverpool John Moore University), si è proceduto a comparare la situazione italiana con quella britannica.

Mentre il punto di vista dei lavoratori italiani è sondato attraverso il ricorso alla tecnica del questionario (1.223 casi), le opinioni degli esperti sono state indagate tramite tecniche qualitative, ovvero focus group (n. 12) condotti con la partecipazione di esperti italiani e interviste semi-strutturate (n.6) somministrate a esperti inglesi (cfr. cap. 5).

Nel primo paragrafo sarà illustrato brevemente<sup>65</sup> il disegno della ricerca. Nel secondo paragrafo, saranno presi in considerazione i risultati della parte quantitativa dello studio (questionari ai lavoratori), su temi quali: relazione tra salute percepita e lavoro, stile di vita dei lavoratori, prossimità alle droghe illegali in ambiente di lavoro, credenze su alcol e droghe, opinione sull'efficacia di interventi e strategie di prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive.

---

<sup>64</sup> Per quanto concerne la somministrazione del questionario e la realizzazione dei focus group, il materiale è stato raccolto nell'ambito della ricerca ministeriale “Le sostanze psicoattive nel mondo del lavoro: strategie di ricerca e politica socio-sanitaria” alla quale ho partecipato come membro di ricerca. Le elaborazioni sono state realizzate dalla sottoscritta a partire dalla matrice dati gentilmente concessa dal Direttore della ricerca, Prof. Costantino Cipolla. L'analisi dei risultati sarà presentata sinteticamente per quanto concerne la parte generale della ricerca, con un utilizzo ridotto di tabelle e grafici, mentre maggiore spazio sarà dedicato alle domande in materia di prevenzione in quanto curate interamente da chi scrive. La ricerca ministeriale include anche 47 interviste a lavoratori che non saranno prese in considerazione nella presente dissertazione in quanto solo parzialmente attinenti alle finalità del presente lavoro.

<sup>65</sup> La nota metodologica, in coda alla presente dissertazione, contiene un'analisi dettagliata delle strategie empiriche e delle metodologie seguite nello studio.

#### **4.1 – Il questionario somministrato ai lavoratori: dati socio-anagrafici e occupazionali**

Il campione<sup>66</sup> al quale si è somministrato il questionario è costituito da 1.223 soggetti, di cui il 52,5% maschi e il 47,5% femmine. Le classi di età sono così rappresentate: il 24,1% appartiene alla classe 18-30 anni, il 48,3% è compreso tra i 31 ed i 45 anni, il 24% ha tra i 46-60 anni e, infine, il 3,6% ha oltre 60 anni<sup>67</sup>.

Per quanto concerne lo stato civile, il 45,6% si dichiara celibe o nubile, il 45,9% è sposato/a, il 7,2% è separato/a o divorziato/a e l'1,3% è vedovo/a. Nella classe di età 18-30 anni, l'84,9% è celibe o nubile. Prevalgono i soggetti senza figli (54,6%; 92,2% nella classe di età 18-30 anni), mentre il 18,8% ha un figlio e il 20,6% due. Circa il 6% dei soggetti dichiara di avere almeno tre figli.

In relazioni alla regione di residenza, il 24% dei soggetti vive in Trentino-Alto Adige, il 20,9% in Emilia-Romagna, il 24,9% in Lazio, l'11,1% nelle Marche e il 16,6% in Campania, mentre il restante 2,5% abita in altre regioni. Il 98% è italiano, il 2% straniero. In base ad una tripartizione delle regioni su base territoriale<sup>68</sup>, il 45,5% è residente al Nord, il 37,3% al Centro e il restante 17,2% al Sud e nelle isole.

Per quanto riguarda il titolo di studio, il 16,5% dei soggetti ha concluso la formazione obbligatoria (scuola media inferiore), mentre il 43% dei soggetti ha conseguito un diploma di scuola media superiore e il 40,5% è in possesso di una laurea o di un titolo post-laurea. Sono le femmine ad essere più scolarizzate, tanto è vero che un soggetto femminile su due ha una laurea o un titolo post-laurea (maschi: 37,3%). Si segnala, tuttavia, come il campione sia altamente scolarizzato.

Passiamo ora ad esaminare la situazione occupazionale. Si dichiara occupato al momento dell'intervista il 98,2% degli intervistati. La condizione contrattuale prevalente è quella di lavoratore con un contratto a tempo indeterminato (62,5%), seguito da lavoratore con contratto a tempo determinato (12,5%), collaboratore coordinato e continuativo (8,4%), libero professionista (6,2%), lavoratore in pro-

---

<sup>66</sup> Per le modalità di campionamento si rimanda alla nota metodologica collocata in coda al presente scritto.

<sup>67</sup> Essendo gli over 60 in percentuale ridotta (3,7%), le risposte sono state aggregate in molti casi con la classe precedente (46-60 anni).

<sup>68</sup> Come illustrato nella nota metodologica, la suddivisione tra zone geografiche ha seguito i seguenti criteri: il Nord include la Valle D'Aosta, il Piemonte, la Lombardia, il Trentino-Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Liguria; il Centro comprende la Toscana, le Marche, il Lazio, la Basilicata, l'Umbria, l'Abruzzo e il Molise; infine, il Sud e le isole riuniscono la Puglia, la Calabria, la Campania, la Sicilia e la Sardegna.



prio (2,1%), prestatore d'opera, stagista o tirocinante (1,2%), lavoratore in azienda familiare (1,1%), socio di cooperativa (0,8%). Si noti che il 2,1% degli intervistati ha ammesso di essere lavoratore non regolare. Inoltre, la condizione di lavoratore atipico riguarda le donne in misura doppia rispetto agli uomini (18,8% vs 9,1%) e i giovani (circa un terzo degli occupati tra i 18 ed i 30 anni rientra in questo tipo di contratto, contro il 12,5% della fascia 31-45 anni e il 2,4% della fascia >46 anni). Significativa presenza di contratti atipici si rileva tra coloro che hanno una laurea o un percorso post laurea (rispettivamente, 23,3% e 22,1%).

Per quanto riguarda la posizione lavorativa, la metà del campione è costituito da impiegati e un quarto da operai (specializzati o comuni). Gli uomini sono operai in 4 casi su 10, le femmine impiegate in 6 casi su 10. La parte restante è composta da dirigenti (5,2%), quadri (13,2%), insegnanti (2,2%) e apprendisti (1,9%).

La parte più consistente del campione (42,8%) lavora tra le 36 e le 40 ore settimanali, ma circa un terzo lavora oltre le 40 ore settimanali. Poco più di un quarto degli intervistati lavora meno di 35 ore. Sono soprattutto le femmine a godere dell'orario ridotto (il 36% delle donne intervistate lavora meno di 36 ore). La presenza di figli e il loro numero influenza le ore di lavoro solo per le lavoratrici madri: per esempio, le donne con due figli non superano le 35 ore di lavoro nel 31% dei casi (padri: 13,3%), in caso di tre o più figli nel 38,1% (padri: 13,7%).

Fra i settori d'attività più rappresentati<sup>69</sup>: Pubblica amministrazione (23,4%), industria (21,5%; in particolare, industria metalmeccanica: 11,8%), sanità e assistenza sociale (11,8%). Nel Graf. 1 i settori occupazionali sono rappresentati attraverso la suddivisione fra i generi. La maggior parte delle aziende in cui gli intervistati lavorano sono Società (37,1%, con dati superiori per i maschi: 46,2%) o afferiscono alla Pubblica amministrazione (34,9%, con dato superiore per le femmine: 46,8%)<sup>70</sup>. Cfr. 2.

I lavoratori intervistati svolgono la propria professione soprattutto in aziende di medio-grandi dimensioni (circa un quinto delle aziende vanta dai 50 ai 249 dipendenti, oltre un terzo supera i 250 lavoratori). Tuttavia, complessivamente, il 36,4%

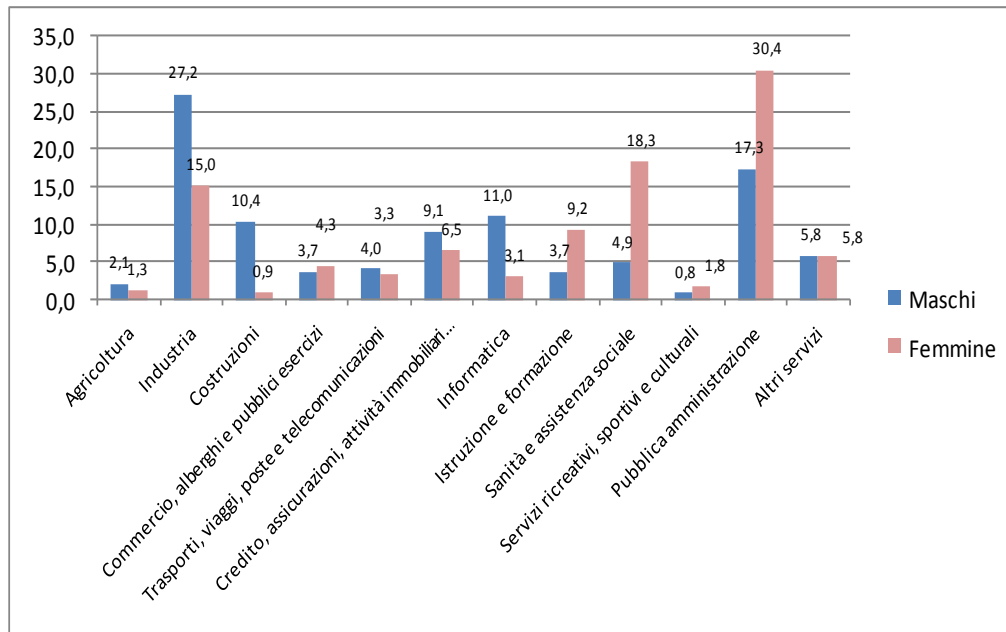
---

<sup>69</sup> Si rimanda all'appendice con le percentuali di frequenza (analisi monovariata) per un'analisi dettagliata di tutti i settori di attività coinvolti.

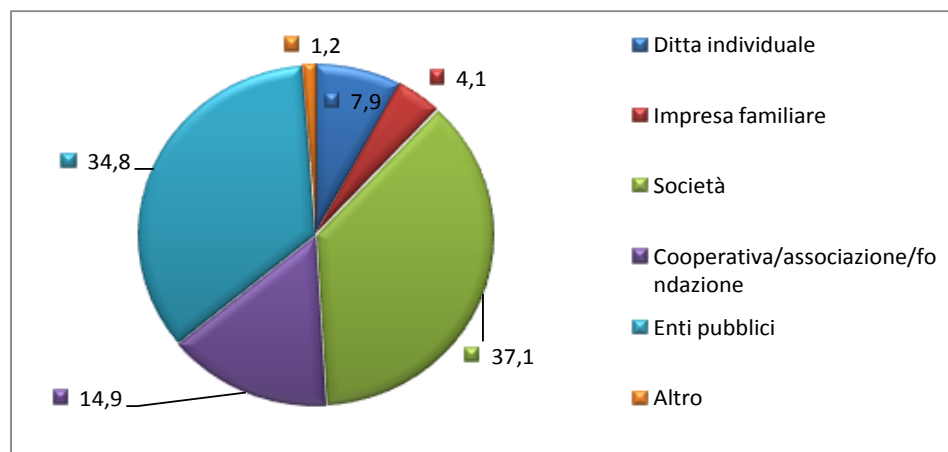
<sup>70</sup> Si noti un'incoerenza a livello di risposte. Alla dom. 38, relativa al settore di appartenenza della propria azienda, sono il 23,5% a dichiarare di lavorare per una Pubblica amministrazione, mentre alla domanda 42, relativa alla tipologia di azienda, il 34,9% ha indicato di lavorare per una PA. L'incoerenza potrebbe essere determinato dal fatto che alla dom. 38 alcuni soggetti hanno dichiarato un altro settore di lavoro che, pur essendo afferente alla Pubblica Amministrazione, poteva essere classificato in modalità più specifica (es. settore istruzione).

lavora in aziende con meno di 50 dipendenti e, infine, il 18,2% sono aziende piccole, con meno di 16 dipendenti.

Graf. 1 – Settore lavorativo di appartenenza in base al genere. Freq. %



Graf. 2 – Tipologia d'azienda di appartenenza. Freq. %

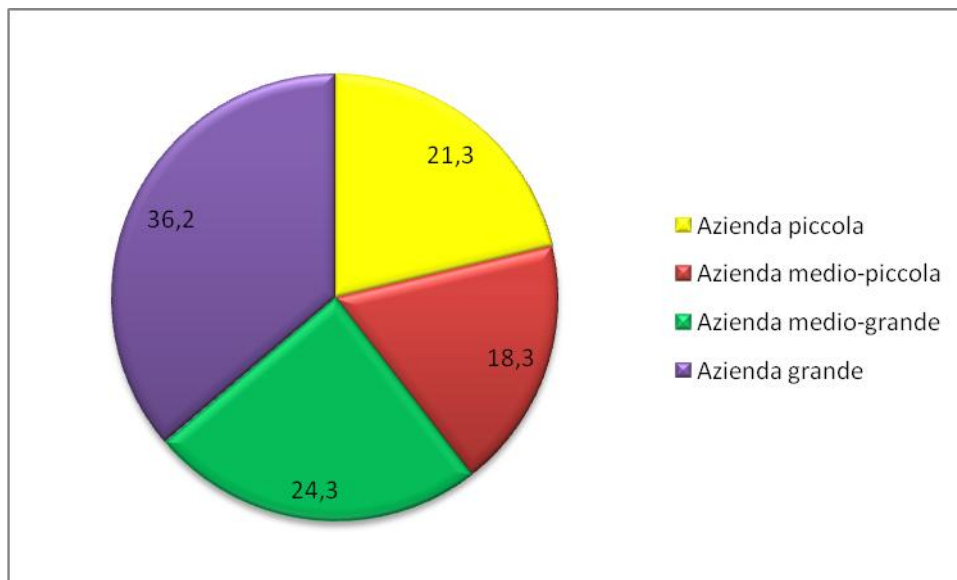


I dati relativi alle dimensioni delle aziende sono stati ricodificati nel modo seguente (cfr. Graf. 3):

- fino a 15 dipendente: azienda piccola;
- da 16 a 49: azienda medio-piccola;

- da 50 a 250: azienda medio-grande;
- oltre 250: azienda grande.

Graf. 3 – Dimensioni dell'azienda. Freq %

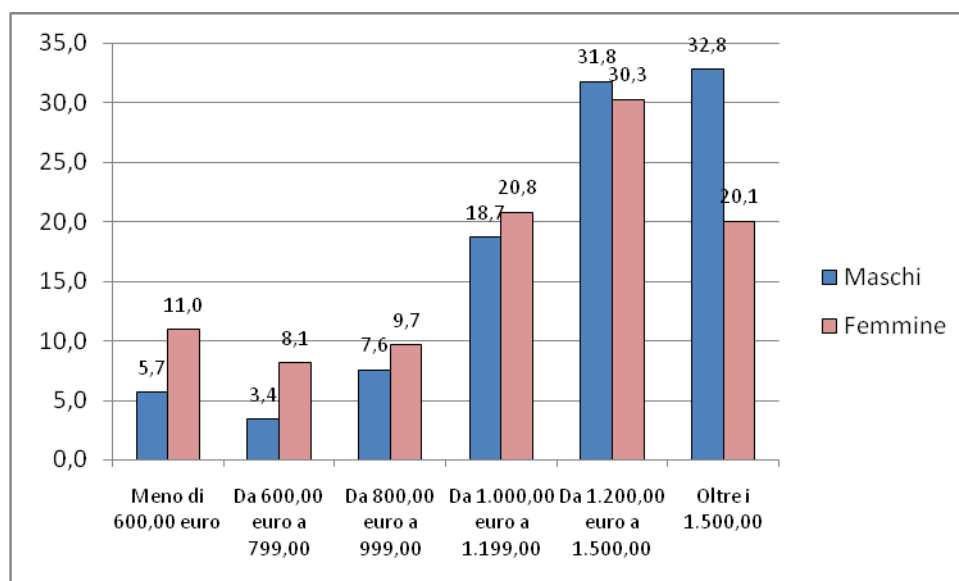


Alla domanda “Da quanto tempo sta svolgendo il suo attuale lavoro?”, il 13,7% ha risposto 1 anno, il 27,7% meno di 5 anni, il 32,9% da 6 a 15 anni, il 14,5% da 16 a 25 anni, l’11,2% oltre 25 anni.

I soggetti lavorano in luoghi non troppo lontano dalla propria residenza, tanto è vero che 4 soggetti su 10 raggiungono la sede di lavoro in un quarto d’ora e 3 su 10 impiegano tra i 16 ed i 30 minuti. Si segnala come siano le donne ad impiegare più tempo per andare al lavoro, in quanto il 35,1% delle femmine ha dichiarato di necessitare di almeno 30 minuti per gli spostamenti, contro il 23,7% dei maschi. Inoltre, c’è una relazione tra età e distanza del luogo di lavoro, tanto è vero che i più giovani impiegano meno tempo per raggiungere la sede lavorativa.

Per quanto riguarda il reddito, la maggior parte dei soggetti (31,1%) guadagna dai 1.200 € ai 1.500 € mensili, il 19,8% tra i 1.000 € ed il 1.199 €. Si noti che, complessivamente, il 20,4% degli intervistati guadagna meno di 1.000 €. Al contrario, il 22,3% supera i 1.500 €, dato che evidenzia una certa disequaglianza nella distribuzione del reddito. Un soggetto su dieci ha preferito non dichiarare il reddito. Le iniquità nella distribuzione fra i generi è notevole: l’11% delle femmine dichiara un reddito inferiore ai 600 € (maschi: 5,7%). Fra i redditi alti, il 20,1% delle femmine dichiara di percepire oltre 1.500 € al mese, contro il 32,8% dei maschi. Cfr. Graf. 4

Graf. 4 – Reddito percepito in base al genere. Freq. %



Essendo lo stipendio collegato all'anzianità di servizio, all'aumentare dell'età aumentano anche i redditi: nella classe di età 18-30 anni, un soggetto su cinque dichiara un reddito inferiore ai 600 €; complessivamente, in questa fascia, un terzo si colloca comunque sotto i 1000 €. Il reddito è, come intuibile, fortemente legato alla mansione svolta. Si noti il netto divario tra gli operai specializzati e quelli comuni: mentre il 25% dei primi supera la soglia dei 1.500 €, solo il 3% dei secondi supera tale cifra. Infine, un soggetto su quattro con un titolo pari o superiore alla laurea percepisce meno di 600 €.

Tab. 1 – Dati socio-anagrafici e condizioni di lavoro per genere. Freq. %

|                     | Maschio      | Femmina      | Totale       |
|---------------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Età</b>          |              |              |              |
| 18-30               | 22,7         | 25,6         | 24,1         |
| 31-45               | 49,2         | 47,2         | 48,3         |
| > 46                | 28,1         | 27,2         | 27,6         |
| <i>Totale</i>       | <i>100,0</i> | <i>100,0</i> | <i>100,0</i> |
| <b>Stato civile</b> |              |              |              |
| Celibe/nubile       | 46,0         | 45,3         | 45,6         |
| Coniugato/a         | 46,8         | 44,7         | 45,9         |
| Separato/divorziato | 5,9          | 8,6          | 7,2          |
| Vedovo/a            | 1,3          | 1,4          | 1,3          |
| <i>Totale</i>       | <i>100,0</i> | <i>100,0</i> | <i>100,0</i> |

|                                   | <i>Maschio</i> | <i>Femmina</i> | <i>Totale</i> |
|-----------------------------------|----------------|----------------|---------------|
| <b>Figli</b>                      |                |                |               |
| No                                | 54,8           | 54,5           | 54,7          |
| Sì, uno                           | 18,3           | 19,4           | 18,8          |
| Sì, due                           | 18,9           | 22,4           | 20,6          |
| Sì, tre o più                     | 8,0            | 3,7            | 5,9           |
| <i>Totale</i>                     | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Regione di residenza</b>       |                |                |               |
| Trentino Alto Adige               | 25,1           | 22,8           | 24,0          |
| Emilia-Romagna                    | 29,1           | 11,9           | 20,9          |
| Marche                            | 11,2           | 11,1           | 11,1          |
| Lazio                             | 17,9           | 32,3           | 24,8          |
| Campania                          | 14,2           | 19,3           | 16,6          |
| Altre regioni                     | 2,5            | 2,6            | 2,5           |
| <i>Totale</i>                     | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Paese di Provenienza</b>       |                |                |               |
| Italia                            | 97,8           | 98,1           | 97,9          |
| Paese dell'unione europea         | 0,8            | 0,7            | 0,8           |
| Altro paese                       | 1,4            | 1,2            | 1,3           |
| <i>Totale</i>                     | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Titolo di studio</b>           |                |                |               |
| Fino alla media inferiore         | 23,0           | 9,0            | 16,5          |
| Diploma scuola media superiore    | 45,7           | 40,3           | 43,0          |
| Laurea                            | 24,3           | 38,9           | 31,2          |
| Post-laurea                       | 7,0            | 11,8           | 9,3           |
| <i>Totale</i>                     | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Reddito</b>                    |                |                |               |
| Meno di 600,00 euro               | 5,7            | 11,0           | 8,2           |
| Da 600,00 euro a 799,00           | 3,4            | 8,1            | 5,6           |
| Da 800,00 euro a 999,00           | 7,6            | 9,7            | 8,5           |
| Da 1.000,00 euro a 1.199,00       | 18,7           | 20,8           | 19,8          |
| Da 1.200,00 euro a 1.500,00       | 31,8           | 30,3           | 31,1          |
| Oltre i 1.500,00                  | 32,8           | 20,1           | 26,8          |
| <i>Totale</i>                     | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Posizione</b>                  |                |                |               |
| Dipendente tempo indeterminato    | 65,5           | 59,0           | 62,5          |
| Dipendente a tempo determinato    | 11,6           | 13,1           | 12,5          |
| Contratti atipici/senza contratto | 9,1            | 18,8           | 13,7          |
| Autonomi                          | 12,1           | 7,3            | 9,8           |
| Altro                             | 1,7            | 1,8            | 1,5           |
| <i>Totale</i>                     | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |

|   | <i>Maschio</i> | <i>Femmina</i> | <i>Totale</i> |
|---|----------------|----------------|---------------|
| <b>Qualifica</b>  |                |                |               |
| Dirigente   | 4,6            | 6,0            | 5,2           |
| Quadro  | 14,1           | 12,3           | 13,2          |
| Impiegato   | 40,8           | 65,2           | 52,1          |
| Insegnante  | 1,4            | 3,2            | 2,2           |
| Operaio specializzato                                       | 22,3           | 4,2            | 13,9          |
| Operaio comune  | 14,4           | 7,7            | 11,4          |
| Apprendista   | 2,4            | 1,4            | 1,9           |
| <i>Totale</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Settore</b>  |                |                |               |
| Agricoltura   | 2,1            | 1,3            | 1,7           |
| Industria   | 27,2           | 15,0           | 21,5          |
| Costruzioni   | 10,4           | 0,9            | 5,9           |
| Commercio, alberghi e pubblici esercizi                     | 3,7            | 4,3            | 4,0           |
| Trasporti, viaggi, poste e telecomunicazioni                | 4,0            | 3,3            | 3,7           |
| Credito, assicurazioni, attività immobiliari e del noleggio | 9,1            | 6,5            | 7,9           |
| Informatica   | 11,0           | 3,1            | 7,3           |
| Istruzione e formazione                                     | 3,7            | 9,2            | 6,3           |
| Sanità e assistenza sociale                                 | 4,9            | 18,3           | 11,2          |
| Servizi ricreativi, sportivi e culturali                    | 0,8            | 1,8            | 1,3           |
| Pubblica amministrazione                                    | 17,3           | 30,4           | 23,5          |
| Altri servizi   | 5,8            | 5,9            | 5,7           |
| <i>Totale</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Da quanto tempo lavora:</b>                              |                |                |               |
| Meno di 5 anni  | 19,8           | 27,5           | 23,4          |
| Da 6 d 15 anni  | 34,3           | 33,0           | 33,7          |
| Da 16 d 25 anni   | 23,1           | 20,7           | 22,0          |
| Oltre 25 anni   | 22,8           | 18,8           | 20,9          |
| <i>Totale</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Da quanto tempo lavora nella stessa azienda</b>          |                |                |               |
| Meno di 1 anno  | 12,6           | 14,9           | 13,7          |
| Meno di 5 anni  | 26,6           | 29,2           | 27,7          |
| Da 6 a 15 anni  | 32,0           | 33,8           | 32,9          |
| Da 16 a 25 anni   | 17,0           | 11,7           | 14,5          |
| Oltre 25 anni   | 11,8           | 10,4           | 11,2          |
| <i>Totale</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Tempo impiegato per andare al lavoro</b>                 |                |                |               |
| Fino a 15 minuti  | 42,5           | 34,5           | 38,7          |
| Da 16 a 30 minuti   | 34,3           | 30,4           | 32,5          |
| Da 31 a 45 minuti   | 13,2           | 20,3           | 16,6          |
| Oltre 46  | 10,0           | 14,8           | 12,7          |
| <i>Totale</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |

|   | <i>Maschio</i> | <i>Femmina</i> | <i>Totale</i> |
|---|----------------|----------------|---------------|
| <b>Tipologia di azienda</b>                   |                |                |               |
| Ditta individuale                             | 10,9           | 4,5            | 7,9           |
| Impresa familiare                             | 4,3            | 3,9            | 4,1           |
| Società                                       | 46,2           | 27,0           | 37,1          |
| Cooperativa/associazione/fondazione           | 13,8           | 16,3           | 14,9          |
| Pubblica amministrazione                      | 24,0           | 46,8           | 34,8          |
| Altro   | 0,8            | 1,5            | 1,2           |
| <i>Totale</i>                                 | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |
| <b>Numero dipendenti azienda</b>              |                |                |               |
| Azienda piccola (max 15 dipendenti)           | 22,3           | 20,3           | 21,3          |
| Azienda medio-piccola (da 16 a 49 dipendenti) | 16,6           | 20,1           | 18,2          |
| Azienda medio-grande (da 50 a 249 dipendenti) | 26,7           | 21,5           | 24,2          |
| Azienda grande (oltre 250 dipendenti)         | 34,4           | 38,1           | 36,2          |
| <i>Totale</i>                                 | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>   | <i>100,0</i>  |

Il 27% degli intervistati ha dichiarato il verificarsi di infortuni sul lavoro nella propria azienda relativamente ai due anni precedenti la somministrazione del questionario. I settori dove sono riferiti maggiori incidenti sono, nell'ordine: industria metalmeccanica (circa il 70% ha dichiarato il verificarsi di incidenti nella propria Azienda nell'ultimo biennio), agricolo (65%) e chimico/petrochimico (64,3%). Le dimensioni dell'Azienda paiono non incidere sul verificarsi degli infortuni.

A parere degli intervistati, le cause più frequenti sono<sup>71</sup>: la disattenzione del lavoratore (riscontrata nel 56,1% dei casi), la fatalità (34,2%), la tensione e lo stress lavorativo (23%). A seguire: negligenza degli addetti (20,3%), eccessivo carico lavorativo (18,5%), scarsa conoscenza delle norme sulla sicurezza (5,5%).

## 4.2 – La relazione tra salute e lavoro

Tra lavoro e salute esiste un rapporto bidirezionale. Detto altrimenti, la salute è influenzata dalle condizioni occupazionali, ma a loro volta queste ultime dipendono anche dal tipo di attività lavorativa svolta e dalle sue caratteristiche.

<sup>71</sup> La domanda chiedeva all'intervistato di individuare massimo tre risposte affermative tra una lista di cause collegate agli infortuni. Il quesito era rivolto solo a coloro che avevano dichiarato il verificarsi di incidenti nei 2 anni precedenti l'intervista sul luogo di lavoro (domanda filtro). Le percentuali sono calcolate come percentuali di risposta.

Agli intervistati è stato chiesto di valutare la propria mansione in relazione allo sforzo fisico ed a quello mentale. Emerge chiaramente come l'impegno di natura psicologico-intellettuale tenda a superare la fatica fisica per tutti i lavoratori, sebbene sia necessario fare alcuni distinguere. Partendo dai dati aggregati, il 31,4% del campione definisce molto o abbastanza faticosa la propria mansione in relazione allo sforzo fisico; con percentuale più che doppia, il 66,8% definisce molto o abbastanza faticosa l'attività dal punto di vista dell'impegno mentale. Si noti che circa un quinto degli intervistati valuta entrambe le tipologie di impegno variabili a seconda del periodo.

Come abbiamo visto nel cap. 1, lo stress mentale può essere definito come uno stato di disagio legato a significativi livelli di ansia e preoccupazione accompagnati da senso di inadeguatezza e timore di non riuscire a svolgere la propria mansione nei tempi e nelle modalità richieste. Le manifestazioni dello stress mentale possono essere di natura emotiva (impotenza, senso di disperazione, ansia, depressione), cognitiva (difficoltà di concentrazione, memorizzazione, apprendimento e incapacità di prendere decisioni), fisiologica (es. mal di testa, problemi all'apparato digerente e disturbi di vario genere), comportamentale (adozione di condotte a rischio, per esempio assunzione di alcol e droghe, comportamenti alimentari non salutari, aggressività e condotte antisociali) [Commissione Europea 1999].

L'appartenenza di genere influenza soprattutto lo sforzo fisico (lavoro faticoso<sup>72</sup>: maschi: 35,3%, femmine: 27,1%), mentre più trascurabili sono le differenze in relazione allo stress mentale (68,5% vs 65,2%), sebbene le femmine tendano a valutare lo stress psicologico variabile a seconda del periodo in misura maggiore dei maschi di quasi 5 punti percentuali. Le differenze in base all'età sono trascurabili.

Al contrario, il titolo di studio influenza in maniera indiretta il senso di fatica fisica percepita (maggiore per chi ha titoli più bassi) e diretta per lo stress mentale (maggiore in chi ha titoli più alti)<sup>73</sup>.

Le differenze più significative sono da rintracciarsi nel tipo di posizione professionale e attività svolta. Gli autonomi dichiarano faticosa la propria mansione sia per lo sforzo fisico (47,9%) sia per quello mentale (77,3%) in misura maggiore

---

<sup>72</sup> Nell'elaborazione, sono state aggregate le risposte "molto" e "abbastanza" faticosa.

<sup>73</sup> Giudicano la propria mansione faticosa da un punto di vista fisico il 50% di chi ha conseguito la sola scuola dell'obbligo contro il 30,9% dei diplomati, il 22,4% dei laureati e il 30,7% di chi ha conseguito titoli post-laurea. In merito allo stress mentale, al contrario, valutano la professione molto faticosa il 23,1% di chi ha la licenza media, il 63,1% di chi ha il diploma, il 72,8% dei laureati e il 78,1% di chi ha titoli post-laurea.



rispetto alle altre categorie. Fra lavoratori a tempo determinato e indeterminato non ci sono grandi differenze interne e le percentuali di risposta si collocano in linea con i dati medi, mentre gli atipici più raramente giudicano faticosa la mansione da un punto di vista fisico (24,7%), mentre spesso percepiscono lo stress mentale (67,5%).

In relazione alla qualifica professionale, sono gli operai a giudicare molto e abbastanza faticosa la propria mansione (operai comuni: 54,2%; operai specializzati: 43,1%), mentre lo stress mentale riguarda soprattutto (ma non esclusivamente) coloro che svolgono professioni di alta responsabilità (dirigenti: 85,7%; quadri: 72,6%).

Per quanto concerne il settore d'impiego, in relazione allo sforzo fisico sono coloro che lavorano nel settore commerciale e alberghiero ad indicare con maggiore frequenza il fatto di svolgere una mansione collegata a fatica fisica (55,3%), seguiti da coloro che lavorano nel settore agricolo (45%), industriale (44%) e edile (40,6%). In relazione alla fatica mentale, le percentuali più alte si rintracciano nel settore informatico (82,1%) credito, assicurazioni, attività immobiliari e del noleggio (81,5%), sanità e assistenza sociale (74,8%).

Un altro quesito del questionario ha indagato l'associazione tra lavoro e alcuni disturbi. Alla domanda "Con quale frequenza Le capita di associare i seguenti effetti al tuo lavoro?", il mal di schiena è la patologia riscontrata con maggior frequenza (il 24,2% risponde di soffrirne spesso), seguita da nervosismo (21,7%), fatica (21,3%), mal di testa (20,2%), cattivo umore (17,2%), ansia (14,1%), dolori muscolari (12,3%), disturbi del sonno (10%). Se però sommiamo coloro che hanno risposto di soffrire spesso o qualche volta di certe patologie, è il nervosismo il problema più riscontrato (77,1%), seguito dal cattivo umore (69,2%).

Le differenze di genere sono trascurabili fatta eccezione per il fatto che le donne lamentano più spesso il mal di testa (femmine: 23,5%; maschi: 17,3%). Tuttavia, è interessante notare che sommando le risposte "spesso" e "a volte", le femmine soffrono di molti più disturbi rispetto ai loro colleghi soprattutto per quanto concerne l'ansia (femmine: 64,2%, maschi 47,1%), il mal di testa (79,2% vs 58,8%) e il nervosismo (80,3% vs 73,9%), ovvero tutti disturbi di natura psicologica. Cfr. Tab. 2.

Con il passare dell'età, diminuisce il numero di coloro che associano mal di testa, disturbi del sonno e nervosismo al lavoro, mentre aumentano altre patologie come mal di schiena e dolori muscolari.

La forma contrattuale con la quale si è assunti incide fortemente su alcuni disturbi e i lavoratori più a rischio sono gli autonomi e i lavoratori precari.

Gli autonomi lamentano spesso mal di schiena (41,2%), fatica (39,5%) e nervosismo (28,6%). I lavoratori atipici lamentano spesso mal di testa a causa del lavoro (30,1%), nervosismo (26,5%) e cattivo umore (19,9%). Per tutti i problemi di salute, coloro che hanno contratti a tempo determinato soffrono di qualche disturbo con maggior frequenza, anche se solo di pochi punti percentuali.

Tab. 2 – *Patologie collegate al lavoro. Risposta computata: “spesso”. Analisi bivariata con variabili socio-anagrafiche e connesse al mondo del lavoro. Freq. %*

|                                       | <i>Mal di schiena</i> | <i>Dolori muscolari</i> | <i>Fatica</i> | <i>Mal di testa</i> | <i>Disturbi del sonno</i> | <i>Ansia</i> | <i>Cattivo umore</i> | <i>Nervosismo</i> |
|---------------------------------------|-----------------------|-------------------------|---------------|---------------------|---------------------------|--------------|----------------------|-------------------|
| <b>Sesso</b>                          |                       |                         |               |                     |                           |              |                      |                   |
| Maschio                               | 22,9                  | 11,4                    | 21,5          | 17,3                | 10,3                      | 12,6         | 17,2                 | 22,2              |
| Femmina                               | 25,7                  | 13,5                    | 21,2          | 23,5                | 9,7                       | 15,9         | 17,3                 | 21,4              |
| <b>Età in classi</b>                  |                       |                         |               |                     |                           |              |                      |                   |
| 18-30                                 | 19,8                  | 8,9                     | 18,1          | 22,2                | 10,6                      | 10,9         | 15,7                 | 23,2              |
| 31-45                                 | 24,3                  | 12,2                    | 23,6          | 21,6                | 10,4                      | 15,8         | 18,8                 | 22,9              |
| >46                                   | 27,9                  | 15,7                    | 20,2          | 16,0                | 8,9                       | 14,2         | 15,7                 | 18,7              |
| <b>Posizione professionale</b>        |                       |                         |               |                     |                           |              |                      |                   |
| Dipendente tempo indeterminato        | 22,7                  | 12,0                    | 19,6          | 17,0                | 9,4                       | 12,3         | 15,9                 | 19,8              |
| Lavoro dipendente a tempo determinato | 27,5                  | 15,4                    | 20,8          | 22,8                | 12,8                      | 14,1         | 18,1                 | 22,8              |
| Contratti atipici/senza contratto     | 16,9                  | 7,2                     | 18,7          | 30,1                | 11,4                      | 16,9         | 19,9                 | 26,5              |
| Autonomi                              | 41,2                  | 20,2                    | 39,5          | 23,5                | 7,6                       | 19,3         | 21,8                 | 28,6              |
| <b>Qualifica</b>                      |                       |                         |               |                     |                           |              |                      |                   |
| Dirigente                             | 20,4                  | 12,2                    | 22,4          | 20,4                | 14,3                      | 24,5         | 14,3                 | 16,3              |
| Quadro                                | 20,2                  | 8,9                     | 20,2          | 20,2                | 7,3                       | 13,7         | 15,3                 | 21,0              |
| Impiegato                             | 20,3                  | 9,4                     | 12,3          | 19,5                | 9,4                       | 12,1         | 15,4                 | 20,3              |
| Insegnante                            | 14,3                  | 14,3                    | 23,8          | 23,8                | 9,5                       | 14,3         | 9,5                  | 19,0              |
| Operaio specializzato                 | 25,4                  | 16,9                    | 26,9          | 13,8                | 12,3                      | 10,8         | 19,2                 | 20,0              |
| Operaio comune                        | 32,7                  | 18,7                    | 32,7          | 13,1                | 15,0                      | 13,1         | 19,6                 | 23,4              |
| Apprendista                           | 16,7                  | 5,6                     | 27,8          | 16,7                | 0,0                       | 5,6          | 0,0                  | 11,1              |
| Campione complessivo                  | 24,2                  | 12,3                    | 21,3          | 20,2                | 10,0                      | 14,1         | 17,2                 | 21,7              |

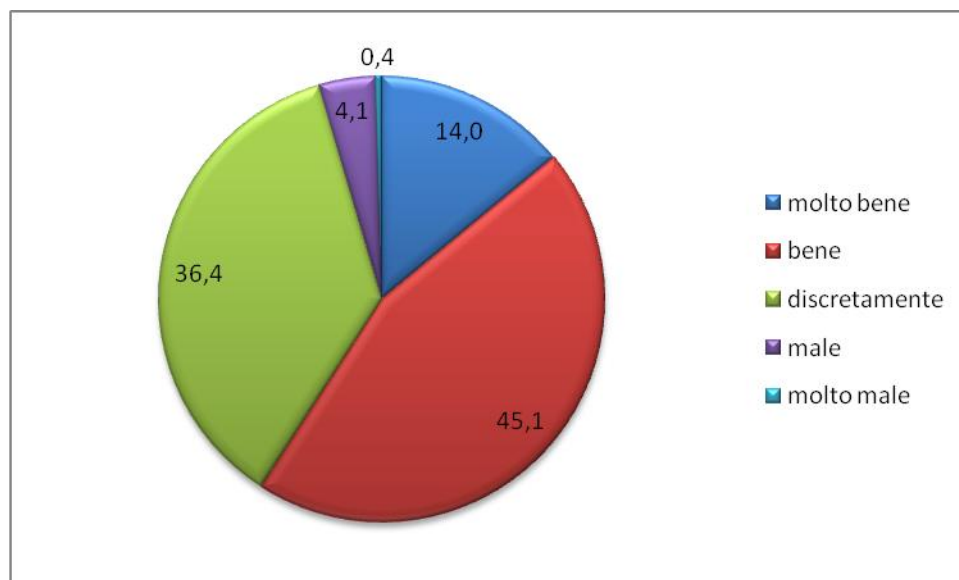
L'età non influenza il modo lineare le condizioni di salute percepita in relazione all'attività professionale.

Per quanto concerne il titolo di studio, invece, si segnala come siano coloro che hanno titoli post-laurea a soffrire maggiormente di una serie di disturbi che riguardano soprattutto la sfera psicologica. In questo gruppo, otto soggetti su dieci

che hanno definitivamente la propria mansione molto o abbastanza faticosa dal punto di vista mentale lamentano spesso disturbi come mal di testa (36%), ansia (27,2%), nervosismo (27,2%), cattivo umore (23,7%).

Nonostante l'individuazione di una serie di malesseri collegati al lavoro, *la salute percepita dagli intervistati si attesta su valori per lo più positivi*, tanto che il 45,1% dei soggetti dice di "stare bene" e addirittura il 14,1% "molto bene" (cfr. Graf. 5). Poco più di un terzo (36,4%) del campione, però, afferma di godere di una salute discreta. Il 4,1% dei soggetti dichiara che la sua salute va male e lo 0,4% molto male. Le differenze di genere su questi aspetti sono trascurabili, mentre, com'era ipotizzabile, il livello di salute percepito diminuisce con l'età: se nella classe 18-30 anni il 75% del campione dichiara di sentirsi bene o molto bene, nella classe 31-45 anni il dato si attesta sul 55,5%, per il gruppo 46-60 anni si rileva un 51% circa, mentre per gli over 60 si registra una lieve crescita di cinque punti percentuali circa.

Graf. 5 – Percezione di salute. Risposte alla domanda "In generale, come va la sua salute?". Freq. %



In relazione al titolo di studio, coloro che percepiscono migliori condizioni di salute complessive sono i laureati ("Mi sento molto/abbastanza bene": 67,7%), seguiti da chi ha conseguito la sola scuola dell'obbligo (57,7%), dai diplomati (55,4%) e da coloro che hanno titoli post-laurea (54,1%). Si noti, a tal proposito, come alcune categorie (es. soggetti con titoli post-laurea e precari) siano più pro-

pense ad indicare disagi e problemi di salute legati al lavoro senza che questo comporti la percezione di godere di uno stato di benessere complessivo peggiore.

La provenienza geografica non incide sulle risposte in maniera significativa.

In relazione alla forma contrattuale, atipici e lavoratori a tempo determinato sono più prudenti nel dichiarare di sentirsi bene. Gli apprendisti godono di buona salute, ma si può ipotizzare che tale stato sia legato più ad un fattore di età che di situazione contrattuale. Tra quadri e dirigenti c'è una differenza di 10 punti percentuali: stanno molto bene o bene il 59,2% dei dirigenti contro il 69,1% dei quadri, fatto che fa presupporre esista un legame indiretto tra livello di responsabilità e salute percepita.

Le relazioni con i colleghi acquistano un valore estremamente di rilievo nel determinare lo stato di benessere percepito dal lavoratore. Alcuni studi dimostrano come tali relazioni possano influenzare la fruizione di sostanze psicoattive [Martin et al. 1996a]. Gli intervistati rivelano un rapporto positivo con i colleghi: tre soggetti su quattro (75,5%) sostengono di avere relazioni buone o ottime, un soggetto su cinque (22,1%) considera i rapporti né buoni né cattivi, mentre solo il 2,4% ritiene di avere relazioni cattive o pessime.

Il genere influenza in modo poco significativo le risposte (rapporti ottimi o buoni: maschi: 73,7%; femmine: 78%) e anche l'analisi per classi di età, stato civile, presenza e numerosità dei figli non rivela scostamenti di rilievo.

Maggiori differenze emergono in relazione al titolo di studio: i rapporti migliori sono riconosciuti dai diplomati e dai laureati (per entrambi: circa 80%), mentre coloro che hanno frequentato la sola scuola dell'obbligo e chi ha conseguito titoli post-laurea individua giudizi positivi nel 66,1% e 67,7% dei casi rispettivamente.

L'85% del campione trascorre tempo con i colleghi fuori dall'orario di lavoro (spesso: 10,1%; qualche volta: 44,4%; raramente: 30,8%), mentre un 15% circa dichiara di non incontrarli nel tempo libero.

Mentre non sussistono differenze di genere degne di rilievo, altre variabili influenzano le risposte: le relazioni sono più frequenti tra soggetti più giovani (classe di età 18-30 anni), tra coloro che sono celibi/nubili e tra operai.

Le uscite con i colleghi variano in maniera diretta rispetto alla qualità dei rapporti, tanto è vero che 8 soggetti su 10 tra coloro che considerano positive le relazioni escono spesso o qualche volta con i colleghi, anche se si segnala come 4 soggetti su 10 tra coloro che considerano negativi i rapporti trascorrono il tempo libero con altri lavoratori della stessa azienda con egual frequenza.

In merito alla soddisfazione lavorativa, in una ricerca diretta da Isfol – condotta in Italia su 2.000 lavoratori, i cui dati sono stati pubblicati in “Second Quality of Work Survey reveals decline in working conditions” [European Foundation for

the Improvement of Living and Working Conditions 2007] – emerge come l'88,8% dei lavoratori intervistati si dichiara “soddisfatto” o “molto soddisfatto” delle proprie condizioni di lavoro. Il report sottolinea come il tasso di soddisfazione sia in diminuzione rispetto ad indagini precedenti e ipotizza che ciò possa derivare dal diffondersi di forme contrattuali atipiche nel nostro paese, fatto che comporta un peggioramento del livello di gradimento dello proprio status occupazionale.

All'interno dello studio che in questa sede si commenta, il tasso di soddisfazione è alto, ma inferiore rispetto allo studio dell'Isfol, tanto è vero che si dichiarano molto e abbastanza soddisfatti il 65,8% degli intervistati, ma si noti che *il 17,6% si dichiara poco o per nulla soddisfatto*. Mentre il genere e il titolo di studio influenzano poco il livello di soddisfazione, si nota come quest'ultima cresca all'aumentare dell'età (anche se solo di qualche punto percentuale).

La regione di residenza influenza in maniera sensibile i livelli di soddisfazione, tanto è vero che gli insoddisfatti sono il 14,8% al Nord, il 17,5% al Centro e il 25,4% al Sud e isole.

In relazione alla posizione professionale, i più soddisfatti sono gli autonomi (molto o abbastanza soddisfatti: 79,7%), seguiti dai dipendenti a tempo indeterminato e a tempo determinato con egual percentuale (62,4%) e coloro che hanno contratti atipici o sono senza contratto (60,6%).

In relazione alla qualifica, i più soddisfatti sono i dirigenti (75,5%), seguiti dai quadri (74,2%), operai specializzati (70,1%), insegnanti (66,7%), apprendisti (66,7%), impiegati (64,1%) e, infine, gli operai comuni (48,1%).

Tra condizioni di salute percepite e soddisfazione sul lavoro esiste una correlazione significativa (cfr. Tab. 3). Infatti, chi dichiara di sentirsi soddisfatto del proprio lavoro nel 66% dei casi ritiene di godere di buona salute, mentre tra gli insoddisfatti il dato si attesta sul 46,5%. L'indice di Spearman<sup>74</sup> è 0,201 (test a due code,  $t 0,01$ ) e la relazione è statisticamente significativa.

Si noti, inoltre, come la soddisfazione aumenti (anche se di pochi punti percentuali) tra coloro che svolgono mansioni ad elevato stress mentale (66,0% vs 61,6%), mentre diminuisce tra coloro che svolgono mansioni faticose dal punto di vista fisico (68,3% vs 63,8%).

---

<sup>74</sup> L'indice di Spearman (o correlazione di rango) si propone di misurare l'associazione tra variabili ordinali, ovvero ordinabili, ma non misurabili. L'associazione è maggiore quanto più il risultato che troviamo all'incrocio di righe e colonne è pari ad 1 [Corposanto 2002].

Tab. 3 – Rapporto salute percepita e soddisfazione in campo professionale. Freq. %

| <i>In generale, come va la sua salute?</i> | <i>Si ritiene soddisfatto/a del proprio lavoro?</i> |                                 |                  |
|--|---|---------------------------------|------------------|
|  | Molto e abbastanza                                  | Né insoddisfatto né soddisfatto | Poco o per nulla |
| Bene o molto bene                          | 66,0  | 46,3                            | 46,5             |
| Discretamente                              | 31,2  | 47,8                            | 43,7             |
| Male o molto male                          | 2,8   | 6,0                             | 9,9              |
| Totale                                     | 100,0   | 100,0                           | 100,0            |

### 4.3 – Lo stile di vita

In questo paragrafo saranno presentati alcuni risultati relativi alle domande inerenti lo stile di vita e la salute, con particolare enfasi su temi quali: l'attività sportiva, il consumo di tabacco, alcol, farmaci e di alcune altre sostanze psicoattive.

Lo stile di vita può essere definito come «l'insieme dei pattern di condotte collegate alla salute derivanti dalle scelte fra le opzioni disponibili alle persone sulla base delle loro opportunità di vita» [Cockerham et al. 1997, cit. in Cockerham 2000: 165].

Per quanto concerne l'attività fisica, il campione si suddivide tra coloro che praticano sport “almeno una volta a settimana” (39,6%) e coloro che svolgono attività fisica “circa volta a trimestre, con minor frequenza o mai” (complessivamente: circa 37,3%). La parte restante è così suddivisa: l'8,8% “meno di una volta a settimana”, il 7,8% “circa due volte al mese”, il 6,5% “meno di una volta al mese”.

Considerando costante l'attività fisica svolta con frequenza almeno settimanale, si sono sondate alcune variabili in grado di influenzare questo aspetto.

Mentre l'analisi per genere rileva uno scarto di quattro punti percentuali a favore dei maschi (41,4% vs 37,4%)<sup>75</sup>, l'età, il titolo di studio, la percezione di sforzo fisico legato al lavoro e il fatto di essere fumatori influenzano maggiormente la costanza nell'attività sportiva.

I giovani (18-30 anni) svolgono sport almeno una volta a settimana nel 46,7% dei casi (classe 31-45 anni: 38,8%; classe >46 anni: 35%).

In merito al titolo di studio, coloro che hanno conseguito la sola scuola dell'obbligo fanno sport abitualmente nel 27,1% dei casi, mentre coloro che hanno il diploma o titoli superiori svolgono attività sportiva almeno una volta a setti-

<sup>75</sup> Si noti come circa il 28% delle femmine non svolga mai attività fisica (maschi: 19,3%).

mana in quattro casi su dieci. Inoltre, coloro che hanno figli o che sono sposati sono meno dediti allo sport. Passando alle variabili legate all'attività professionale, i più sportivi sono gli impiegati (46,1%), seguiti dai dirigenti (42,9%) e dai quadri (41,5%). Gli operai e gli insegnanti si dedicano con minor assiduità allo sport.

Passiamo ora ad esaminare le abitudini connesse al consumo di tabacco<sup>76</sup>.

Una recente indagine condotta da Eurobarometer [2007] su un campione di 28.584 cittadini europei, rivela che il 32% (maschi: 37%; femmine 27%) degli intervistati si dichiara fumatore. Per l'Italia, il dato si attesta sul 31%. In Europa, le categorie professionali più a rischio sono i lavoratori manuali (fumatori: 43%), i liberi professionisti (39%), gli impiegati (33%).

Nella ricerca sui lavoratori italiani che in questa sede si commenta si nota come il 37,2% del campione si dichiara fumatore. L'analisi bivariata rispetto ad alcune variabili socio-anagrafiche rivela che (cfr. Tab. 4):

- i maschi fumano più delle donne (40,2% vs 34,1%);
- i più giovani rappresentano la categoria più a rischio: nella classe di età 18-30 anni, fuma un soggetto su due (47,9%);
- ugualmente, il fatto di non avere figli rappresenta un fattore di rischio: se 4 soggetti su 10 senza prole fumano, tra gli intervistati con figli sono fumatori 3 soggetti su 10;
- in merito al titolo di studio, il maggior numero di consumatori di tabacco si rintraccia tra coloro che hanno conseguito la sola scuola dell'obbligo (45,8%), mentre fra i diplomati il dato si colloca al 38,5% e tra laureati al 31,7%;
- l'area geografica di provenienza non influenza le risposte in modo lineare;
- esiste un rapporto inverso tra reddito e consumo di tabacco (il 45,6% di coloro che percepiscono meno di € 600 al mese fuma, contro il 25,3% di coloro che superano i 1.500 €).

Rispetto ad alcune variabili connesse alla *dimensione lavorativa*, emerge che:

- in relazione alla categoria professionale, gli apprendisti fumano nel 66% dei casi, a seguire gli operai comuni (50,5%), gli operai specializzati (42,3%) e gli impiegati (31,6%). Quadri e dirigenti fumano meno (un caso su quattro);
- in relazione alla fatica psico-fisica collegata alla mansione, si noti come all'aumentare di questa dimensione aumenti anche la percentuale di fumatori, sebbene le percentuali più alte si rintracciano in coloro che devono sopportare periodi di intensità variabile: per lo sforzo fisico, i fumatori sono il 41% di coloro che ritengono la mansione molto faticosa, il 31,3% fra coloro che non la ritengono faticosa e il 46,1% fra coloro che vivono fasi alterne di sforzo fisico;

---

<sup>76</sup> Per approfondimenti, cfr. Buiatti [2007].

per lo stress mentale, le percentuali sono rispettivamente il 37,2%, il 34,2% ed il 40%. I dati fanno supporre pertanto che la variabilità d'intensità nel carico lavorativo possa associarsi ad una maggior propensione ad essere fumatori;

- il numero di ore settimanali di lavoro non influenza in maniera diretta il consumo di tabacco.

In merito alla quantità di sigarette per die, nella già citata ricerca condotta da Eurobarometer [2007] emerge come il numero dei consumatori occasionali si colloca sul 2%, mentre il 98% fuma ogni giorno. Fra questi, il 18% fuma meno di 5 sigarette al giorno, mentre il 37% supera le 20 sigarette. Nella ricerca che qui commento emerge come, sebbene il numero dei fumatori sia maggiore rispetto alla media europea (37% vs 32%), la fruizione si rivela più moderata in termini di quantità di sigarette fumate: il 35,5% consuma tra le 11 e le 20 sigarette al giorno, il 13,7% fuma entro le 5 sigarette, circa il 27% fuma tra le 6 e le 10 sigarette, circa il 13% supera le 20. Si segnala come l'11,3% fuma solo occasionalmente.

*Tab. 4 – Fumatori. Incroci con alcune variabili. Freq. %*

|                                | <i>Fumatore</i> | <i>Non fumatore</i> | <i>Totale</i> |
|--------------------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| <b>Sesso</b>                   |                 |                     |               |
| Maschio                        | 40,2            | 59,8                | 100,0         |
| Femmina                        | 34,1            | 65,9                | 100,0         |
| <b>Età in classi</b>           |                 |                     |               |
| 18-30                          | 47,9            | 52,1                | 100,0         |
| 31-45                          | 35,6            | 64,4                | 100,0         |
| >46                            | 31,0            | 69,0                | 100,0         |
| <b>Titolo di studio</b>        |                 |                     |               |
| Fino alla media inferiore      | 45,8            | 54,2                | 100,0         |
| Diploma scuola media superiore | 38,5            | 61,5                | 100,0         |
| Laurea                         | 31,7            | 68,3                | 100,0         |
| Post-laurea                    | 33,6            | 66,4                | 100,0         |
| <b>Regione di provenienza</b>  |                 |                     |               |
| Nord                           | 37,8            | 62,2                | 100,0         |
| Centro                         | 35,0            | 65,0                | 100,0         |
| Sud e isole                    | 40,7            | 59,3                | 100,0         |
| <b>Reddito</b>                 |                 |                     |               |
| Meno di 600,00 euro            | 45,6            | 54,4                | 100,0         |
| Da 600,00 euro a 799,00        | 41,9            | 58,1                | 100,0         |



|   | <i>Fumatore</i> | <i>Non fumatore</i> | <i>Totale</i> |
|---|-----------------|---------------------|---------------|
| Da 800,00 euro a 999,00                     | 40,0            | 60,0                | 100,0         |
| Da 1.000,00 euro a 1.199,00                 | 41,7            | 58,3                | 100,0         |
| Da 1.200,00 euro a 1.500,00                 | 38,9            | 61,1                | 100,0         |
| Oltre i 1.500,00                            | 25,3            | 74,7                | 100,0         |
| <b>Qualifica</b>                            |                 |                     |               |
| Dirigente                                   | 26,5            | 73,5                | 100,0         |
| Quadro                                      | 26,0            | 74,0                | 100,0         |
| Impiegato                                   | 31,6            | 68,4                | 100,0         |
| Insegnante                                  | 28,6            | 71,4                | 100,0         |
| Operaio specializzato                       | 42,3            | 57,7                | 100,0         |
| Operaio comune                              | 50,5            | 49,5                | 100,0         |
| Apprendista                                 | 66,7            | 33,3                | 100,0         |
| <b>Numero di ore lavorative settimanali</b> |                 |                     |               |
| Meno di 24 ore                              | 40,3            | 59,7                | 100,0         |
| Tra le 25 e le 35 ore                       | 35,9            | 64,1                | 100,0         |
| Tra le 36 e le 40 ore                       | 34,4            | 65,6                | 100,0         |
| Oltre le 40                                 | 40,2            | 59,8                | 100,0         |

L'analisi delle caratteristiche socio-anagrafiche del campione rispetto alla quantità di sigarette fumate evidenzia come i fumatori occasionali siano soprattutto di genere femminile (15,3% vs 8,2%), mentre la più alta percentuale di forti fumatori (oltre le 20 sigarette) si rintraccia nei maschi (16,9% vs 7,7%). In merito all'età, il numero di forti fumatori cresce con l'età (18-30 anni: 9,4%; 31-45 anni: 12%; 46-60 anni: 19,6%) e decresce rispetto al titolo di studio (fino alla scuola dell'obbligo: 23,1%; diplomati: 11,2%; laureati: 10,0%; post-laureati: 7,9%).

Rispetto alle variabili connesse al lavoro, si noti che, fra i fumatori che svolgono funzioni dirigenziali, il 15,4% fuma oltre le 20 sigarette (il 61,6% fuma almeno 11 sigarette). Fra i quadri, le percentuali sono il 6,5% (oltre 20 sigarette/die) e il 32,3% (almeno 11 sigarette). Forti fumatori si rintracciano anche tra gli operai specializzati: il 9,3% fuma oltre 20 sigarette e il 66,7% fuma almeno 11 sigarette.

Passiamo ora ad esaminare i dati relativi alle abitudini inerenti il consumo di alcolici. Secondo l'indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana"<sup>77</sup> [Istat 2007], l'Italia si contraddistingue per un modello di consumo di alcol tradizionalmente moderato, fondato soprattutto sulla pratica di bere vino durante i pasti. Tuttavia, si segnala come negli ultimi anni emergano nuovi trend che destano preoccupazione come per esempio l'incremento dei consumi tra i minorenni, tra le femmine (soprattutto con titoli di studio elevati) e una maggior diffusione del *binge drinking*<sup>78</sup>. Inoltre, soprattutto tra i più giovani, cresce il consumo lontano dai pasti.

La ricerca che si commenta nel presente lavoro conferma questi trend: sul campione complessivo, coloro che consumano alcolici durante o fuori dai pasti sono il 78,6%<sup>79</sup> (maschi: 85,3%; femmine: 71,5%). L'86,7% dei fumatori consuma alcol, mentre tra i non fumatori la percentuale si colloca al 73,8%.

La fruizione (soprattutto se quotidiana) avviene per lo più durante i pasti e coinvolge soprattutto il vino, anche se è possibile rintracciare contaminazioni del modello anglosassone, ossia un pattern di fruizione caratterizzato dal "bere secco", ovvero sia lontano dai pasti, realizzato prevalentemente fuori casa, durante il week-end e con finalità ricreative. Nel dettaglio, il consumo quotidiano di alcolici durante i pasti è dichiarato dal 14,3% degli intervistati, mentre solo il 2,8% dichiara di consumare tutti i giorni alcol lontano dai pasti. Considerando il consumo nell'ultima settimana (almeno una volta), il 43,2% dichiara di bere durante i pasti e il 24,8% anche fuori dai pasti<sup>80</sup>. Si rimanda al Graf. 6 per un'analisi dettagliata delle risposte.

---

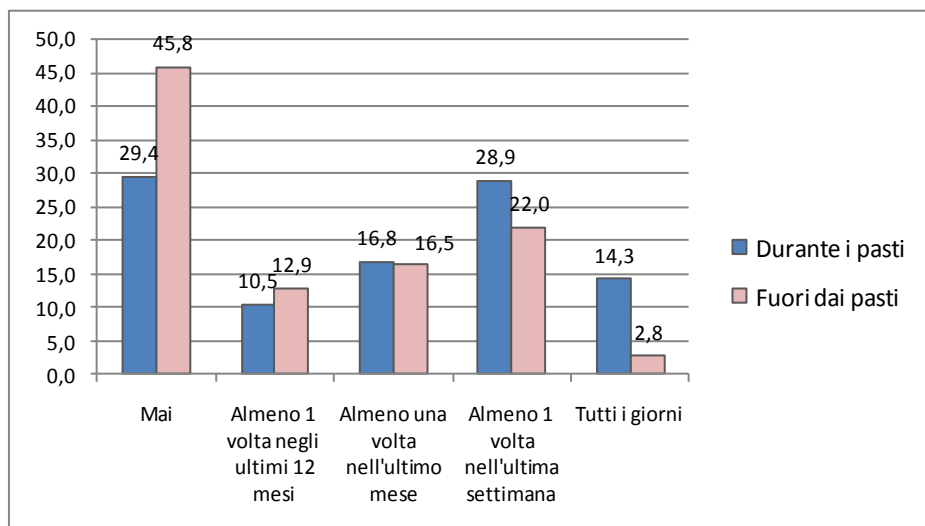
<sup>77</sup> L'indagine è stata condotta tramite interviste rivolte a 19.000 famiglie, per un totale di 49.000 soggetti di almeno 11 anni di età intervistati nel febbraio 2007. Rispetto al consumo di alcolici, le domande del questionario utilizzato nella ricerca che in questa sede si commenta sono tratte dal questionario Istat a scopo comparativo. Pertanto, si procederà con una serie di confronti tra i due studi, sebbene, si ricordi che la ricerca qui presentata ha coinvolto soggetti di almeno 18 anni.

<sup>78</sup> Con questa espressione, si indica il consumo di almeno 6 unità alcoliche in un'unica occasione ai fini di raggiungere uno stato di alterazione alcolica [Istat 2007].

<sup>79</sup> Nella ricerca Istat [2007] coloro che hanno bevuto almeno un'unità alcolica negli ultimi 12 mesi sono il 68,2% del campione. Considerando il gruppo 18-75 anni, il dato si attesta sul 72,9%.

<sup>80</sup> L'indagine Istat [2007] rivela che la percentuale di coloro che bevono almeno una volta a settimana fuori dei pasti è del 7%, con un andamento in crescita costante rispetto al 1998. Nella ricerca qui presentata, dunque, il numero di coloro che bevono lontano dalla tavola è molto più alto.

Graf. 6 – Consumo di alcolici. Freq. %



Vediamo le principali differenze in relazione alle variabili socio-anagrafiche:

- in relazione al genere, il consumo quotidiano di alcol durante i pasti è pratica diffusa in un maschio su cinque e solo fra una donna su dieci. La fruizione quotidiana lontana dai pasti riguarda circa il 5% degli uomini e l'1% delle donne. Il *gap* sulla risposta “almeno 1 volta nell’ultima settimana” è di circa 10 punti percentuali (durante i pasti: maschi: 34,1%, femmine 23,4%; fuori dai pasti: maschi 27,4%, femmine 16,2%). Si noti che oltre la metà del campione femminile non beve mai fuori dai pasti, contro il 38,3% dei maschi;
- importanti differenze si registrano anche in merito all’età. Pur essendo la fruizione durante i pasti più frequentemente diffuso del consumo fuori pasto, *le giovani generazioni sono più propense a bere lontano dalla tavola rispetto alle generazioni meno giovani*; viceversa, in queste ultime prevale ancora un consumo concentrato durante i pasti. Per fornire qualche dato, il consumo quotidiano fuori dai pasti riguarda il 4,3% degli intervistati nella classe di età 18-30 anni, il 2,2% nel gruppo 31-45 anni e il 2,4% negli over 45. Per quanto concerne il consumo durante i pasti, le percentuali sono rispettivamente per le tre classi di età l’8,7%, il 10,9% ed il 24%;
- coloro che hanno conseguito livelli superiori di formazione, bevono meno frequentemente. Per fare qualche esempio, il 20,1% di coloro che hanno conseguito la sola scuola dell’obbligo beve tutti i giorni durante i pasti contro il 13% dei laureati e post-laureati. Sulla pratica di fruizione quotidiana lontana dalla tavola, il dato si colloca sul 7,2% per chi ha la sola licenza di scuola media e sul 1,4% per i laureati. L’analisi a tre variabili rivela però che le donne con mag-

gior titolo di studio bevono alcolici con maggiore frequenza: l'1,3% delle femmine con la sola licenza media beve tutti i giorni ai pasti, contro il 4,7% delle diplomate, il 4,3% delle laureate e il 6,4% delle femmine con titoli post-laurea. Questo trend è confermato anche da altre indagini, come esempio quella condotta dall'Istat [2007], "Indagini sulla vita quotidiana": il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'ultimo anno da parte delle femmine riguarda il 43% di chi ha la sola licenza elementare, il 56,6% di chi ha la licenza di scuola media inferiore, il 66,2% di chi ha un diploma e il 73,7% delle laureate;

- rispetto all'area geografica di provenienza, il consumo quotidiano durante i pasti interessa l'11,6% degli intervistati al Nord, il 21,6% al centro, il 5,4% al Sud e isole; rispetto al consumo lontano dai pasti, le percentuali sono rispettivamente del 3,7%; 1,7%; 2,5%.
- i redditi influenzano i consumi di alcol, ma in maniera non lineare. La fruizione quotidiana ai pasti interessa il 10% degli intervistati con un reddito inferiore ai 1.000 € e il 22% di coloro che percepiscono oltre i 1.500 € mensili. Ugualmente, sopra tale soglia di reddito anche i consumi fuori pasto aumentano.

Considerando alcune variabili connesse al lavoro, segnaliamo alcuni dati di rilievo, rimandando alla Tab. 5 per un'analisi più dettagliata dei vari risultati:

- rispetto alla qualifica, la categoria più a rischio per il consumo quotidiano durante i pasti è quella di dirigente (28,6%), mentre per il consumo quotidiano lontano dai pasti si noti come l'8,3% degli operai specializzati dichiarano un consumo giornaliero;
- coloro che dichiarano di svolgere una mansione associata a sforzo fisico, bevono tutti i giorni durante i pasti nel 19,4% dei casi e lontano dai pasti nel 4,9%; per lo stress mentale, invece, non si segnalano differenze sostanziali sul consumo quotidiano. Tuttavia, se consideriamo l'abitudine del bere in senso ampio (durante o fuori i pasti, indipendentemente dalla frequenza) si scopre che coloro che dichiarano di essere stressati mentalmente bevono nell'80,9% dei casi, contro il 73% di coloro che non percepiscono condizioni di stress psicologico;
- il numero di ore settimanali di lavoro non influenza i consumi in modo diretto;
- un lavoratore autonomo su cinque beve tutti i giorni durante i pasti;
- il 7,7% di coloro che lavorano nel settore edile beve tutti i giorni lontano dai pasti.

Tab. 5 – Consumo di alcolici durante e lontano dai pasti. Incroci con alcune variabili connesse al lavoro. Freq. %

|   | <i>Beve alcolici tutti i<br/>giorni<br/>DURANTE i pasti</i> | <i>Beve alcolici tutti i<br/>giorni<br/>LONTANO dai pasti</i> |
|---|---|---|
| <b>Qualifica</b>  |   |   |
| Dirigente   | 28,6  | 2,3   |
| Quadro  | 23,8  | 0,9   |
| Impiegato   | 10,5  | 2,2   |
| Insegnante  | 25,0  | 0,0   |
| Operaio specializzato                                       | 20,6  | 8,3   |
| Operaio comune  | 12,6  | 4,2   |
| Apprendista   | 5,6   | 5,9   |
| <b>Sforzo fisico</b>  |   |   |
| Faticosa  | 19,4  | 4,9   |
| Non faticosa  | 11,9  | 0,9   |
| In alcuni periodi faticosa, in altri no                     | 11,9  | 4,0   |
| <b>Stress mentale</b>                                       |   |   |
| Faticosa  | 14,0  | 2,3   |
| Non faticosa  | 14,1  | 1,8   |
| In alcuni periodi faticosa, in altri no                     | 15,3  | 5,3   |
| <b>Numero di ore settimanali di lavoro</b>                  |   |   |
| Sotto le 24 ore   | 12,2  | 3,3   |
| Tra le 25 e le 35 ore                                       | 11,5  | 0,0   |
| Tra le 36 e le 40 ore                                       | 15,1  | 1,5   |
| Oltre le 40   | 14,9  | 5,3   |
| <b>Posizione professione</b>                                |   |   |
| Dipendente tempo indeterminato                              | 16,0  | 3,4   |
| Dipendente a tempo determinato                              | 9,0   | 1,4   |
| Contratti atipici/senza contratto                           | 6,1   | 1,9   |
| Autonomi  | 19,8  | 0,9   |
| <b>Settore</b>  |   |   |
| Agricoltura   | 21,1  | 0,0   |
| Costruzioni   | 19,1  | 7,7   |
| Commercio, alberghi e pubblici esercizi                     | 22,2  | 6,5   |
| Trasporti, viaggi, poste e telecomunicazioni                | 9,5   | 4,9   |
| Credito, assicurazioni, attività immobiliari e del noleggio | 16,3  | 1,2   |
| Informatica   | 3,5   | 1,2   |
| Istruzione e formazione                                     | 13,9  |   |
| Sanità e assistenza sociale                                 | 9,2   | 1,7   |

|  | <i>Beve alcolici tutti i<br/>giorni<br/>DURANTE i pasti</i> | <i>Beve alcolici tutti i<br/>giorni<br/>LONTANO dai pasti</i> |
|--|---|---|
| Servizi ricreativi, sportivi e culturali | 0,0   | 6,7   |
| Pubblica amministrazione                 | 20,1  | 1,2   |
| Altri servizi                            | 11,8  | 3,1   |
| Industrie                                | 12,8  | 4,1   |
| <b>Campione complessivo</b>              | 14,3  | 2,8   |

Rispetto alle tipologie di alcolici<sup>81</sup>, il consumo quotidiano riguarda soprattutto il vino (campione complessivo: 14,7%, maschi: 19,7%, femmine 9,3%), seguito con ampio scarto dalla birra (campione; 3,4%; maschi: 5,7%; femmine: 0,9%), dagli aperitivi alcolici (campione: 1,4%; maschi: 2,1%; femmine: 0,7%), dai superalcolici (campione: 0,5%; maschi: 0,9%; femmine: 0,7%) e dagli amari (campione: 0,4%; maschi: 0,7%; femmine: 0,2%).

Come confermano altri studi [Voller 2007; Martoni 2009], l'età influenza notevolmente le preferenze in termini di alcolici: il consumo quotidiano di vino cresce con l'età (18-30 anni: 6,6%; 31-45 anni: 11,2%; 46-60 anni: 24,7%; oltre 60 anni: 48,9%). La classe di età 18-30 anni mostra più elevati consumi di birra (tutti i giorni: 5,2%; almeno una volta nell'ultima settimana: 37,2%), ma anche di aperitivi alcolici (tutti i giorni: 2,8%; almeno una volta nell'ultima settimana: 22,2%) e superalcolici (tutti i giorni o almeno una volta nell'ultima settimana: 10,8%), confermando così il trend rilevato dalle ricerche in materia dalle quali emerge come «in Italia, pur essendo un paese in cui il consumo di bevande alcoliche (e in particolare di vino) hanno fatto parte e facciano tutt'oggi parte di una radicata tradizione culturale e l'assunzione moderata di alcol sia una consuetudine alimentare molto diffusa, si sta assistendo nelle popolazioni giovanili alla diffusione di modelli importati dai paesi del nord Europa che comportano notevoli variazioni nella quantità e nella qualità dei consumi, con un progressivo passaggio da un bere incentrato sul consumo di vino o bevande a bassa gradazione a completamento dei pasti, ad un bere al di fuori dei pasti, talvolta in sostituzione degli stessi, e in occasioni ricreative, con un uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive» [Voller 2007: 114].

Come detto in precedenza, c'è un legame indiretto tra titolo di studio e consumi: chi ha titoli inferiori tende a consumare con maggiore frequenza tutte le tipo-

<sup>81</sup> Sempre in logica comparativa, si riportano i dati dell'indagine Istat [2007] relativi al consumo quotidiano di alcolici: il 39,4% degli uomini beve vino tutti i giorni rispetto al 15,4% delle donne; per la birra le percentuali scendono rispettivamente al 8,3% e all'1,4%. Residuale è il consumo quotidiano degli altri tipi di alcolici (1,5% dei maschi e 0,1% delle femmine).

logie di bevande alcoliche. Per esempio, il 21% di chi ha la sola licenza di scuola media beve vino quotidianamente, contro il 13,9% di chi ha titoli superiori [cfr. Voller 2007; Martoni 2009].

Tuttavia, i dati non sono sufficienti per esprimere una situazione di rischio, in quanto l'effettivo pericolo delle pratiche alcoliche va collegato alla quantità fruita. Pertanto, un quesito successivo del questionario ha indagato in merito agli episodi di ubriacatura. Si scopre così dalle dichiarazioni degli intervistati che il consumo pare seguire criteri di moderazione, in quanto alla domanda "Le è capitato di ubriacarsi?", il 37,6% del campione risponde "Mai", il 40% circa "Una volta nella vita", il 17,3% "Una volta negli ultimi 12 mesi". Gli episodi di ubriacatura recente ("Almeno una volta nell'ultimo mese" e "Almeno una volta nell'ultima settimana") hanno riguardato complessivamente il 6,6% degli intervistati, ma sono necessarie alcune specifiche.

Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, si evidenzia come:

- il *gap* tra i generi è significativo: i casi di ubriacatura recente riguardano l'8,7% circa dei maschi e il 3,3% delle femmine.
- il consumo di alcolici fino al raggiungimento di uno stato di alterazione psico-fisica riguarda in maniera consistente i giovani<sup>82</sup>: gli episodi di ubriachezza nell'ultimo mese e nell'ultima settimana sono riferiti complessivamente dal 14,4% dei soggetti di età compresa tra i 18 e i 30 anni. Nettamente inferiore la percentuale nella classe di età 31-45 (5,1%) e prossima allo zero nella classe 46-60 anni (0,3%);
- rispetto al titolo di studio, se è vero che fra coloro che hanno conseguito la sola scuola dell'obbligo gli episodi di ubriacatura recente paiono maggiormente diffusi rispetto alla media (9,6% vs 6%) e rispetto a coloro che hanno il diploma (5,8%) o la laurea (4,3%), fra coloro che hanno titoli post-laurea il dato cresce nuovamente (7,9%);
- lo stato civile incide in maniera evidente, tanto è vero che mentre coloro che sono celibi/nubili riferiscono episodi di ubriacatura recente nel 10,9%, coloro che sono sposati lo fanno nell'1,4% e i separati/divorziati nel 5,7%; tuttavia, la relazione è spuria, dato che sono soprattutto i più giovani a essere celibi o nubili: l'analisi a tre variabili (classe di età, stato civile e episodi ubriacatura) rivela che il 15,9% di coloro che sono celibi/nubili e appartenenti alla classe di età 18-30 anni si sono ubriacati almeno una volta nell'ultimo mese, contro il 7,7% della classe 31-45 anni e lo 0% negli over 46;

---

<sup>82</sup> Secondo l'Istat [2007], gli episodi di *binge drinking* riguardano il 17,2% dei giovani nella fascia di età 20-24 anni e il 15,5% nella fascia 25-29 anni. Dopo i 25 anni, il fenomeno va diminuendo gradualmente e si accentuano le differenze di genere. Cfr. anche Martoni [2009].

- la prole rappresenta un fattore protettivo, tanto è vero che il 10% di chi non ha figli riferisce episodi di alterazione psico-fisica recente a causa dell'alcol, contro l'1,7% dei genitori, sebbene valgano le considerazioni sviluppate al punto precedente;
- nonostante abbiamo constatato come la frequenza di consumo di alcol sia maggiore tra coloro che percepiscono redditi più alti, sono gli intervistati con redditi più bassi a ubriacarsi più spesso, tanto è vero che coloro che percepiscono un salario inferiore ai 1.000 euro si è ubriacato recentemente nel 10% dei casi. Il dato diminuisce al crescere del reddito (chi supera i 1.500 €: 3,3%).  
Analizzando le relazioni della domanda in questione con alcune variabili connesse al lavoro, emergono i seguenti risultati:
  - in merito alla forma contrattuale, le categorie più a rischio sono quella dei precari o dei lavoratori in nero che riferiscono di essersi ubriacati almeno una volta negli ultimi 30 giorni nel 10,9% casi contro il 4,5% di coloro che hanno un contratto a tempo indeterminato;
  - fra i settori, quelli più a rischio sono, nell'ordine: commercio, alberghi e pubblici esercizi (14,9%), agricoltura (10%), trasporti, viaggi e telecomunicazioni (9,3%), industria (9,2%);
  - non esiste una relazione diretta tra il fenomeno e il numero di ore lavorative settimanali;
  - sono soprattutto coloro che giudicano la propria mansione associata a sforzo fisico a confessare di essersi ubriacati nell'ultimo mese (8,7% vs 3,7%); lo stress mentale incide meno (6,4% vs 4,3%);
  - coloro che attribuiscono il fatto di soffrire spesso di alcune patologie come cattivo umore e nervosismo al lavoro riferiscono episodi di ubriacature recenti con un dato più alto della media (rispettivamente, 9,6% e 8,7%).

La domanda successiva del questionario ha interrogato gli intervistati circa l'abitudine di bere alcolici al lavoro. Il 79,4% ha risposto negativamente, mentre il 14% ha detto di farlo raramente, il 5,9% qualche volta e lo 0,7% spesso. Complessivamente, dunque, il 20,6% ha risposto affermativamente al quesito.

La Tab. 6 sintetizza i risultati rispetto alle variabili socio-anagrafiche, da cui risulta che:

- il divario fra i generi vede la pratica diffusa soprattutto fra i maschi, tanto è vero che l'8,4% degli uomini afferma di bere qualche volta o spesso durante l'orario di lavoro (donne: 4,5%);
- ancora una volta, sono i più giovani ad essere coinvolti nella pratica (18-30 anni: beve a volte o spesso sul luogo di lavoro nell'8,2% dei casi);



- il titolo di studio è un fattore protettivo: coloro che, in percentuale maggiore, consumano alcolici sul luogo di lavoro sono coloro che hanno titoli di studio più bassi (licenza media: 10,9%; laurea o post-laurea: 4%);
- sono soprattutto i divorziati/separati a bere durante lo svolgimento dell'attività professionale con un dato decisamente superiore alla media (12,5%) seguiti dai celibi/nubili (7,9%); il dato si colloca al 4,3% per i coniugati;
- il divario tra chi ha prole e chi no non è in questo caso poco elevato (5,2% vs 7,5%).

*Tab. 6 – Consumo di alcol sul lavoro (risposte “qualche volta” e “spesso”). Incroci con caratteristiche socio-anagrafiche. Freq. %*

| <i>Bevo qualche volta o spesso durante l'orario di lavoro</i> |      |
|---|------|
| <b>Sesso</b>  |      |
| Maschio   | 8,4  |
| Femmina   | 4,5  |
| <b>Età in classi</b>  |      |
| 18-30   | 8,2  |
| 31-45   | 7,0  |
| >46   | 4,5  |
| <b>Titolo di studio</b>                                       |      |
| Fino alla media inferiore                                     | 10,9 |
| Diploma scuola media superiore                                | 7,3  |
| Laurea  | 4,5  |
| Post-laurea   | 3,5  |
| <b>Stato civile</b>   |      |
| Celibe/nubile   | 7,9  |
| Coniugato/a   | 4,3  |
| Separato/divorziato   | 12,5 |
| Vedovo/a  | 6,3  |
| <b>Figli</b>  |      |
| No  | 7,5  |
| Si  | 5,2  |
| <b>Campione complessivo</b>                                   | 6,6  |

Rispetto alle variabili connesse al lavoro (cfr. Tab. 7):

- la forma contrattuale non determina differenze sostanziali;
- sono soprattutto gli operai a bere sul luogo di lavoro con maggiore frequenza (comuni: 10,3%; specializzati: 14,6%);

- un soggetto su cinque tra coloro che lavorano in ambito commerciale, alberghiero o dei pubblici servizi afferma di bere qualche volta o spesso durante l'orario di lavoro; a rischio anche coloro che lavorano presso i servizi ricreativi (13,3%); non trascurabile il dato di chi lavora nelle industrie (10%);
- lo sforzo fisico legato alla mansione si associa ad una maggior probabilità di bere a volte o spesso sul luogo di lavoro (10,7% di coloro che svolgono una mansione faticosa contro il 4,1% di chi svolge un lavoro non faticoso), mentre lo stress mentale non influenza la condotta;
- ancora una volta, chi soffre di problemi legati al lavoro come cattivo umore e nervosismo adotta la condotta a rischio con maggiori probabilità (a volte o spesso, rispettivamente 10% e 7,9% per le due patologie).

*Tab. 7 – Consumo di alcol sul lavoro (risposte “qualche volta” e “spesso”). Incroci con variabili connesse al mondo del lavoro. Freq. %*

|   | <i>Bevo qualche volta o spesso durante l'orario di lavoro</i> |
|---|---|
| <b>Posizione professionale</b>                              |   |
| Dipendente tempo indeterminato                              | 7,4   |
| Dipendente a tempo determinato                              | 5,4   |
| Contratti atipici/senza contratto                           | 5,4   |
| Autonomi  | 5,0   |
| <b>Qualifica</b>  |   |
| Dirigente   | 0,0   |
| Quadro  | 2,4   |
| Impiegato   | 6,6   |
| Insegnante  | 4,8   |
| Operaio specializzato                                       | 14,6  |
| Operaio comune  | 10,3  |
| Apprendista   | 0,0   |
| <b>Settore</b>  |   |
| Agricoltura   | 5,0   |
| Costruzioni   | 10,1  |
| Commercio, alberghi e pubblici esercizi                     | 21,3  |
| Trasporti, viaggi, poste e telecomunicazioni                | 9,3   |
| Credito, assicurazioni, attività immobiliari e del noleggio | 5,4   |
| Informatica   | 5,9   |
| Istruzione e formazione                                     | 4,1   |
| Sanità e assistenza sociale                                 | 2,3   |
| Servizi ricreativi, sportivi e culturali                    | 13,3  |

|   | <i>Bevo qualche volta o spesso durante l'orario di lavoro</i> |
|---|---|
| Pubblica amministrazione  | 4,0   |
| Altri servizi   | 2,9   |
| Industrie   | 10,0  |
| <b>Ore lavorative settimanali</b>                               |   |
| Sotto le 25 ore   | 7,5   |
| Tra le 25 e le 35 ore   | 4,8   |
| Tra le 36 e le 40 ore   | 5,6   |
| Oltre le 40   | 8,3   |
| <b>Sforzo fisico percepito</b>                                  |   |
| Faticosa  | 10,7  |
| Non faticosa  | 4,1   |
| In alcuni periodi faticosa, in altri no                         | 6,0   |
| <b>Stress mentale percepito</b>                                 |   |
| Faticosa  | 6,6   |
| Non faticosa  | 6,2   |
| In alcuni periodi faticosa, in altri no                         | 6,2   |
| <b>Patologie correlate al lavoro (risp. "Ne soffro spesso")</b> |   |
| Ansia   | 5,8   |
| Cattivo umore   | 10,0  |
| Nervosismo  | 7,9   |
| <b>Campione complessivo</b>                                     | <b>6,6</b>  |

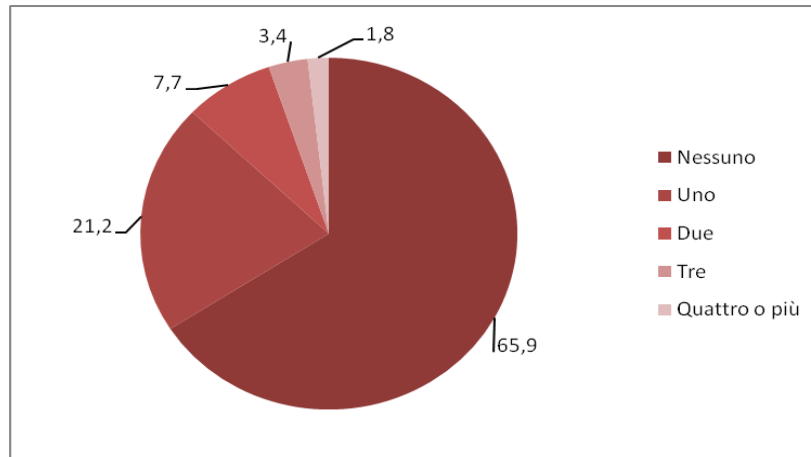
Passiamo ora ad esaminare, seppur brevemente, la relazione con i farmaci.

I due terzi degli intervistati (66% circa) non stanno assumendo farmaci al momento dell'intervista, ma si segnala con un soggetto su cinque (21,2%) ne assume uno, il 7,7% due, il 3,4% tre e circa il 2% addirittura 4 o più. Cfr. Graf. 7.

Il consumo riguarda 3 maschi su 10 e 4 femmine su 10. Le donne sono leggermente più inclini ad assumere un maggior numero di farmaci, anche se il *gap* fra i generi non è marcato. Com'è intuibile, coloro che hanno affermato di non godere di buone condizioni di salute, assumono più farmaci: per esempio, fra coloro che stanno male o molto male, 9 soggetti su 10 ha assunto antidolorifici nell'ultimo anno, 3 su 10 antidepressivi e 4 su 10 sonniferi/ansiolitici.

L'età rappresenta una variabile significativa per quanto concerne l'uso di farmaci, dato che al crescere dell'età aumenta il consumo. Per esempio, nella classe di età 46-60 anni, il 45,2% assume almeno un farmaco (il 20% circa almeno due), mentre tra gli over 60 circa il 70% assume farmaci (nel 50% circa almeno 2 farmaci).

Graf. 7 – In questi giorni quanti tipi di farmaci sta utilizzando? Freq. %

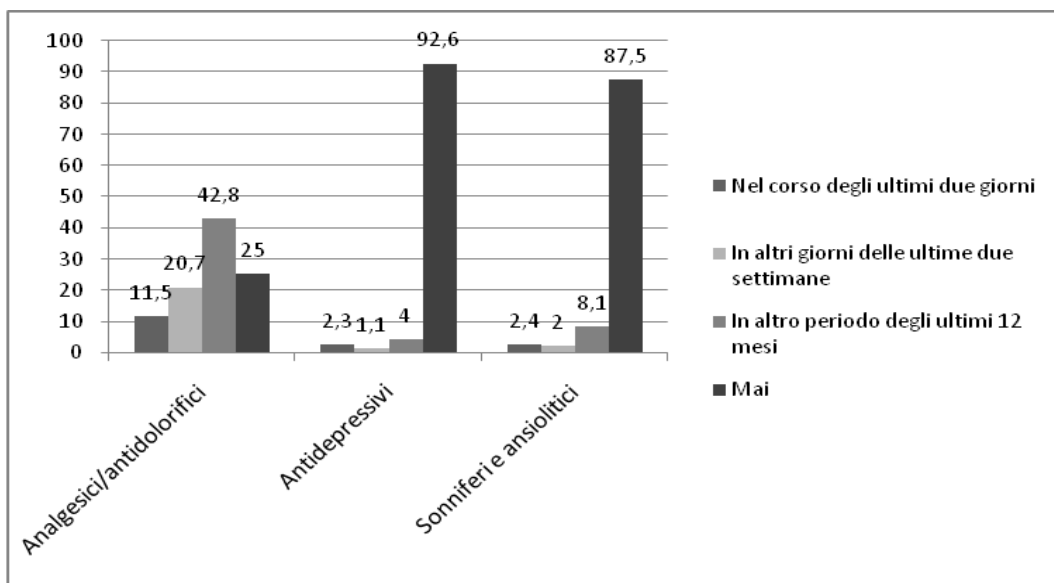


Titolo di studio, reddito, stato civile, numero di figli non influenzano in modo lineare il rapporto con i farmaci.

Rispetto alla posizione professionale, si noti che un dirigente su due assume farmaci, di cui il 4,1% almeno 4 ogni giorno. Fra gli operai, assumono farmaci il 29,2% di quelli specializzati ed il 18,2% di quelli comuni.

Quali sono i farmaci assunti? È stato indagato l'uso di tre classi di farmaci: analgesici/antidolorifici, antidepressivi e sonniferi/ansiolitici.

Graf.8 – Frequenza di consumo di farmaci suddivisa per tipologia. Freq. %



Fra questi, i più utilizzati sono gli analgesici e antidolorifici (l'88,5% ne ha fruito almeno una volta nell'ultimo anno). Nello stesso periodo di tempo, il 7,4% ha utilizzato antidepressivi e il 12,5% sonniferi e antiansiolitici. Il consumo di farmaci si presenta pertanto diffuso anche se non costante. Cfr. Graf. 8.

In relazione al consumo delle tre sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi, le differenze associate alle variabili socio-anagrafiche possono essere così sintetizzate:

- in merito al genere, si conferma un maggior consumo di farmaci fra le donne, in relazione ad antidolorifici (consumo ultimi 12 mesi, almeno una volta: maschi 67,6%, femmine 83,2%), sonniferi/antiansiolitici (9% vs 16%) e antidepressivi (9,6% vs 15,8%).
- in relazione all'età, chi ha superato il 46° compleanno è particolarmente a rischio per l'uso di antidepressivi (il consumo negli ultimi 12 mesi, almeno una volta, riguarda il 12% degli intervistati) e di sonniferi e ansiolitici (18,6%). Gli antidolorifici e analgesici sono consumati soprattutto nella fascia di età 31-45 anni;
- titolo di studio, stato civile, numero dei figli e reddito influenzano in modo non lineare le risposte.

Per quanto riguarda le variabili associate al lavoro, emerge:

- un uso maggiore di sonniferi e ansiolitici fra chi ha un contratto a tempo indeterminato (almeno una volta negli ultimi 12 mesi: 14%; lavoratori a tempo determinato 6,2%; precari e lavoratori irregolari: 9,4%): questo testimonia che il solo fatto di avere situazioni contrattuali precarie non porta ad un uso più diffuso di ansiolitici e sonniferi;
- all'aumentare delle responsabilità lavorative aumenta il consumo di alcuni farmaci: per esempio, fra i dirigenti, il 13,5% e il 19,4% ha consumato rispettivamente antidepressivi e sonniferi/ansiolitici nell'ultimo anno e i quadri nell'8,3% e 18,5%, mentre per gli operai i dati si attestano sul 3,2% e 4,5%;
- i dipendenti della Pubblica amministrazione hanno riferito un consumo di sonniferi e ansiolitici nell'ultimo anno nel 19% dei casi (dipendenti industria: 8,3%).
- il fatto che l'attività lavorativa sia percepita faticosa da un punto di vista fisico comporta una diffusione maggiore delle tre classi di farmaci in maniera non marcata, ma emerge come chi percepisce maggiormente lo stress mentale usi più antidolorifici di chi considera la mansione non caratterizzata da pressioni (78,2% vs 76,6%), sebbene la differenza sia trascurabile;
- il consumo aumenta fra coloro che ammettono di soffrire spesso di disturbi di salute a causa del lavoro. Solo per fare qualche esempio, il 27,8% di chi ha di-

sturbi del sonno e il 26% di chi soffre spesso di ansia assume sonniferi e ansiolitici.

Fra gli intervistati, si segnala inoltre una diffusione di sostanze stimolanti ed integratori, tanto è vero che il 40,3% le ha utilizzate almeno una volta nella vita e il 12,1% almeno una volta nell'ultimo mese. Meno frequente l'uso di sostanze dopanti: solo il 3,4% li ha utilizzati almeno una volta nella vita e l'uso "almeno una volta nell'ultimo mese" è stato dichiarato dall'1,3% degli intervistati.

L'analisi si presenta di un certo interesse in quanto, se si fa riferimento al consumo *last year*, emergono differenze sostanziali rispetto alle tre classi di farmaci sondate in precedenza:

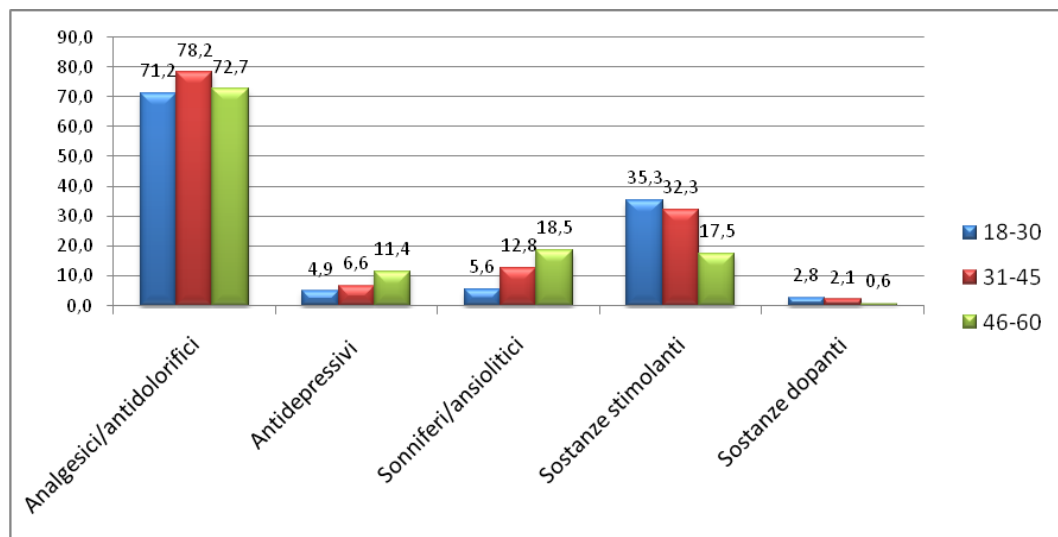
- i maschi consumano in misura maggiore delle donne sostanze stimolanti come integratori e bevande energetiche (30,4% vs 27,3%) e sostanze dopanti (2,6% vs 1,1%), ma sono soprattutto le donne a farne un uso quotidiano (2,6% contro l'1,6% dei maschi);
- mentre per i farmaci sono soprattutto le classi di età intermedie (per antidolorifici) e più "anziane" (per ansiolitici, sonniferi e antidepressivi) a dichiarare un uso *last year* maggiore, per gli integratori e sostanze dopanti sono i giovani ad essere i più forti consumatori, tanto è vero che dichiara l'uso dei primi il 35,3% dei giovani tra i 18 ed i 30 anni e dei secondi il 2,8%; cfr. Graf. 9;
- l'uso è maggiore tra chi non ha figli (stimolanti: 34,2% vs 22,2%; sostanze dopanti: 2,7% vs 1,4%) ed è celibe/nubile rispetto a chi è sposato (stimolanti: 35,3% vs 22,2%; sostanze dopanti: 2,4% vs 0,7%).
- il titolo di studio non influenza in modo lineare il consumo, ma la classe più a rischio è costituita da coloro che hanno titoli post-laurea (stimolanti: 34,8%; sostanze dopanti: 4,5%);

Di grande interesse anche le relazioni con alcune variabili connesse al mondo del lavoro:

- se le classi di alcuni farmaci (soprattutto ansiolitici, sonniferi e antidepressivi) sono utilizzate soprattutto da chi copre ruoli di maggiore responsabilità (dirigenti e quadri), le sostanze stimolanti sono utilizzate ampiamente dagli operai (uso *last year*, operai specializzati: 30,5%; operai comuni: 40,5%; dirigenti: 28,6%; quadri: 26,8%);
- per le sostanze dopanti, la categoria più a rischio è quella degli operai specializzati (uso *last year*: 3,2%);
- fra chi soffre di patologie legate al lavoro, assumono con maggiore probabilità queste sostanze coloro che lamentano cattivo umore (stimolanti, uso *last year*: 32,6%; sostanze dopanti 5%) e nervosismo (stimolanti: 32,6%; sostanze dopanti: 4,3%);

- la percezione di maggiore sforzo fisico e stress mentale non determina un uso maggiore di queste sostanze.

Graf. 9 – Consumo di farmaci, sostanze stimolanti e dopanti negli ultimi 12 mesi. Differenze per classe di età (freq. %)



Fra le variabili significative in grado di influenzare il consumo di sostanze dopanti, è interessante notare come non siano coloro che svolgono sport regolarmente a farne un maggior uso, ma piuttosto coloro che praticano attività fisica da una a due volte al mese (in questo gruppo, il 2,4% ne dichiara un uso quotidiano, contro lo 0,7% del campione complessivo).

#### 4.4 – La prossimità alle droghe illegali

Per sondare il rapporto con le sostanze psicoattive, si è fatto ricorso a quesiti riferiti al concetto di prossimità, ovvero sono state inserite nel questionario domande volte a verificare la vicinanza tra i lavoratori e il mondo delle droghe in ambiente di lavoro. Si noti che la domanda chiedeva di riferire la propria esperienza in merito alle droghe illegali relativa agli ultimi 6 mesi. Si è preferito optare per l'utilizzo di tali quesiti in quanto l'introduzione di domande dirette relative all'esperienza personale dell'intervistato avrebbe potuto determinare *biasis* legati alle difficoltà di confessare condotte non virtuose e perseguibili da un punto di vista penale, tanto più riferite al contesto lavorativo [Altieri, Mori 1998].

Harrison e colleghi [1993] sostengono che le indagini *self-reported* in materia di consumo di sostanze siano soggette ad un ampio margine di errore legate al fatto che difficilmente i soggetti ammettono l'assunzione. In particolare, gli autori, attraverso la comparazione di due indagini longitudinali (National Household Survey on Drug Abuse, NHSDA) realizzate nel 1984 e nel 1988, rilevano come circa un quinto di coloro che avevano ammesso nel primo studio di aver consumato almeno una volta nella vita cocaina e marijuana hanno negato la fruizione nel secondo studio. In particolare, si rileva come sia più difficile ottenere stime dei consumatori occasionali, dato che chi consuma droghe illegali sporadicamente è più restio ad ammetterne l'uso, fatto che porta a ipotizzare come, data la diffusione di trend di fruizione non regolare, le stime del consumo siano spesso sottostimate.

Cook et al. [1997] hanno discusso come le modalità di indagine circa il consumo di sostanze da parte dei lavoratori influenzino le risposte. In uno studio condotto su 1.200 lavoratori in un'azienda siderurgica collocata nella costa occidentale degli Stati Uniti, gli operai sono stati suddivisi in quattro gruppi a seconda della tecnica attraverso la quale si è indagato il consumo di droghe illecite: interviste individuali condotte sul luogo di lavoro, interviste di gruppo nel luogo di lavoro, intervista telefonica, intervista individuale realizzata al di fuori della fabbrica. A sua volta, sono stati condotti esami sulle urine (928 soggetti) e sul capello (307 lavoratori). Dalla ricerca emerge come, nel caso di intervista di gruppo, coloro che ammettono di aver utilizzato droghe sono il 50% in meno rispetto a coloro che sono stati intervistati individualmente, indipendentemente dal luogo di intervista. Ancora, dai drug testing emerge una positività all'uso di circa la metà dei soggetti che hanno dichiarato l'uso nelle interviste individuali. Pertanto – concludono gli autori della ricerca – è preferibile utilizzare più tecniche per avere una stima del fenomeno più prossima alla situazione reale.

Tali riflessioni giustificano la scelta di sondare la prossimità rispetto all'universo drogastico piuttosto che indagare il consumo di sostanze da parte dei lavoratori stessi. Questa la sintesi dei risultati sul campione generale<sup>83</sup>:

- il 44% circa degli intervistati (maschi: 48%; femmine: 39,7%) ammette di conoscere persone sul lavoro che hanno fatto uso di sostanze psicoattive;
- un soggetto su quattro (maschi: 31,6%; femmine: 17,9%) dichiara di aver parlato in un contesto lavorativo con soggetti che ne hanno fatto uso;
- l'11,5% (maschi: 13,8%; femmine: 8,9%) ha ricevuto un'offerta per sperimentare le sostanze;

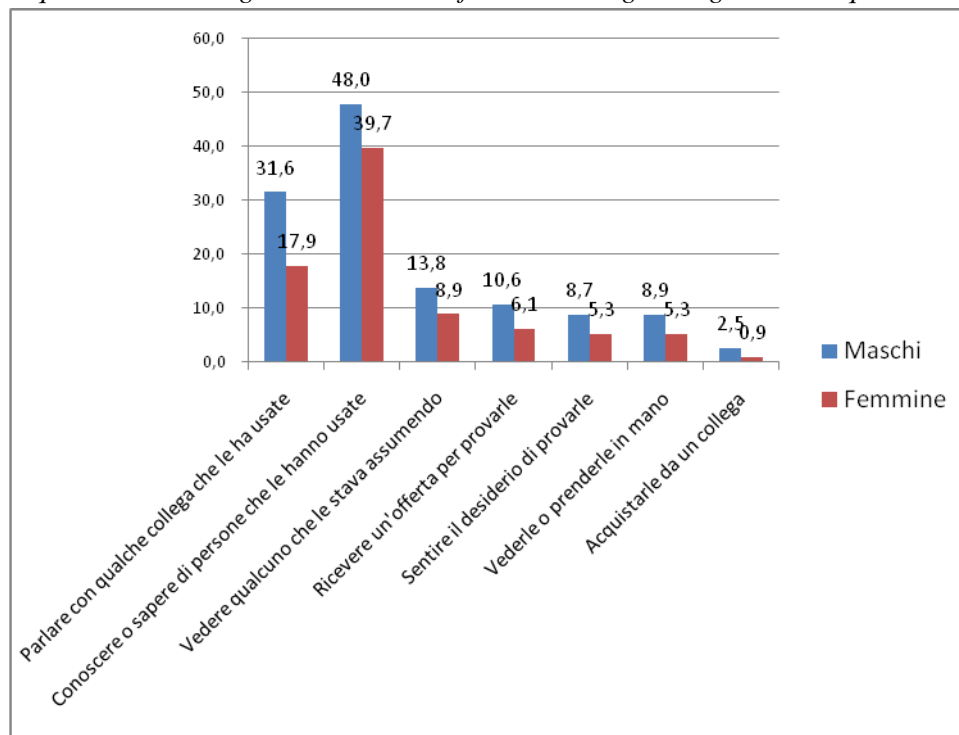
---

<sup>83</sup> Si rammenti che la domanda chiedeva esplicitamente di far riferimento al luogo di lavoro.



- il 7,1% (maschi: 10,6%; femmine: 6,1%) ammette di aver sentito il desiderio di provarle;
- il 7,1% (maschi: 8,7%; femmine: 5,3%) le ha viste o prese in mano;
- infine, l'1,7% (maschi: 2,5%; femmine: 1% circa) le ha acquistate da un collega.

*Graf. 10 – La prossimità alla droga sul luogo di lavoro. Differenze di genere. Risposte affermativo alla domanda “Negli ultimi 6 mesi, le è capitato di trovarsi sul luogo di lavoro in qualcuna delle seguenti situazioni riferite alle droghe illegali?”. Freq. %*



*I soggetti intervistati dimostrano una prossimità non trascurabile all'universo delle sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro e, soprattutto dalle ultime domande, è possibile ipotizzare la sperimentazione in prima persona delle droghe. La vicinanza è maggiore per i maschi rispetto alle femmine (cfr. Graf. 10)*

L'analisi delle risposte suddivise per classe di età rileva come siano soprattutto i più giovani ad avere contatti con le sostanze psicoattive, sebbene il fenomeno riguardi tutte le classi (cfr. Tab. 9). In particolare, si noti come nella classe 18-30 anni, il 13,3% dichiara di aver sentito il desiderio di provare droghe illegali, il 15,2% le ha viste o prese in mano e una percentuale non trascurabile (4,2%) le ha acquistate da un collega.

Anche il titolo di studio influenza la prossimità alle sostanze (aumentando il percorso formativo diminuiscono le possibilità di contatto con le droghe, con una piccola flessione tra coloro che hanno titoli post-laurea). Inoltre, ancora una volta, il fatto di essere sposati o di avere figli rappresentano fattori di protezione rispetto alle condotte drogastiche.

*Tab. 9 - La prossimità al mondo della droga. Differenze per classe di età. Risposte affermative alla domanda "Negli ultimi 6 mesi, le è capitato di trovarsi sul luogo di lavoro in qualcuna delle seguenti situazioni riferite alle droghe illegali?". Freq. %*

| <i>Situazione di prossimità alle droghe illegali nel mondo del lavoro</i> | <i>18-30 anni</i> | <i>31-45 anni</i> | <i>&gt; 46</i> | <i>Campione complessivo</i> |
|---|-------------------|-------------------|----------------|-----------------------------|
| Parlare con qualche collega che le ha usate                               | 36,1              | 24,6              | 15,0           | 25,0                        |
| Conoscere o sapere di persone che le hanno usate                          | 60,1              | 42,0              | 32,6           | 44,0                        |
| Vedere qualcuno che le stava assumendo                                    | 22,1              | 8,9               | 6,3            | 11,5                        |
| Ricevere un'offerta per provarle  | 16,6              | 8,1               | 1,4            | 8,5                         |
| Sentire il desiderio di provarle  | 13,1              | 6,7               | 2,1            | 7,1                         |
| Vederle o prenderle in mano   | 15,2              | 5,7               | 2,5            | 7,1                         |
| Acquistarle da un collega   | 4,2               | 1,2               | 0,4            | 1,7                         |

Per meglio sondare la vicinanza al mondo drogastico, è stato costruito un indice addittivo considerando la variabile a cinque categorie i cui punteggi sono i seguenti: 0 per nessuna risposta affermativa (prossimità nulla), 1 per una risposta affermativa (bassa prossimità), 2 per due risposte affermative (media prossimità), 3 per tre risposte affermative (discreta prossimità) ed infine >3 per più di tre risposte affermative (alta prossimità). Cfr. Graf. 11.

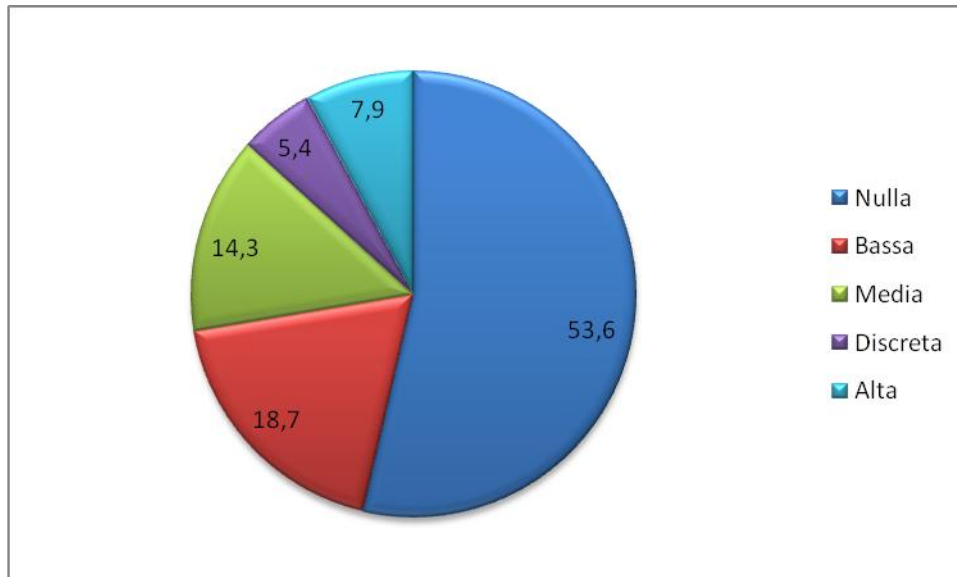
Risulta così che il 53,6% dei rispondenti si trova in una situazione di prossimità nulla, il 18,7% bassa, il 14,3% media il 5,4% discreta ed il 7,9% alta.

L'analisi dell'indice di prossimità in relazione alle variabili socio-anagrafiche permette di identificare alcuni trend:

- rispetto al genere, i maschi vivono una condizione di maggiore prossimità rispetto alle femmine: un lavoratore su dieci si trova in una situazione di alta prossimità (lavoratrice: una su venti);
- come già anticipato, la classe 18-30 anni è molto esposta al rischio, tanto è vero che complessivamente quattro giovani su dieci (43,7%) possono essere collocati in una posizione di prossimità medio alta. Tuttavia, non è trascurabile neanche la prossimità delle altre classi, tanto è vero che nella

classe 31-45 anni possono essere collocati nella fascia rischio medio-alto un soggetto su quattro (26,3%);

Graf. 11– *Indice additivo di prossimità alle sostanze in luogo di lavoro*



- rispetto allo status familiare, sono soprattutto coloro che sono celibi o nubili e soggetti senza figli ad essere prossimi alle sostanze, probabilmente in relazione alla giovane età (alta prossimità: un intervistato su dieci);
- il titolo di studio è un fattore protettivo. Fra coloro che hanno titoli più bassi (la sola licenza media) un soggetto su tre (34,8%) è a rischio medio alto e uno su dieci (11,4%) ad alto rischio;
- i soggetti intervistati nel Sud e isole si trovano in una situazione di maggiore prossimità, ovvero possono essere collocati in una fascia di alta contiguità nel 13,8% dei casi (Nord: 5,9%; Centro: 7,7%).

Rispetto alle variabili connesse all'ambiente di lavoro, si noti come:

- in relazione alla forma contrattuale, la situazione di più alta prossimità riguarda gli atipici (alta: 18,1%) e a seguire gli autonomi (11,8%);
- si noti come il 15,9% degli operai comuni e il 10% di quelli specializzati si collocano in una posizione di alta prossimità;
- rispetto alla tipologia aziendale, un'azienda a conduzione familiare su cinque è ad alta prossimità d'uso;
- nelle piccole aziende c'è maggiore prossimità, sebbene il trend paia invertirsi nelle grandi aziende: nelle piccole aziende (fino a 15 dipendenti) l'alta prossimità riguarda il 13,3% degli intervistati, nelle medio piccole (da 16 a 49 dipen-

denti) il dato si colloca sul 9,4 %, nelle medio-grandi (da 50 a 249 dipendenti) 4,2% e, infine, nelle grandi aziende (oltre 250 lavoratori) 6,2%.

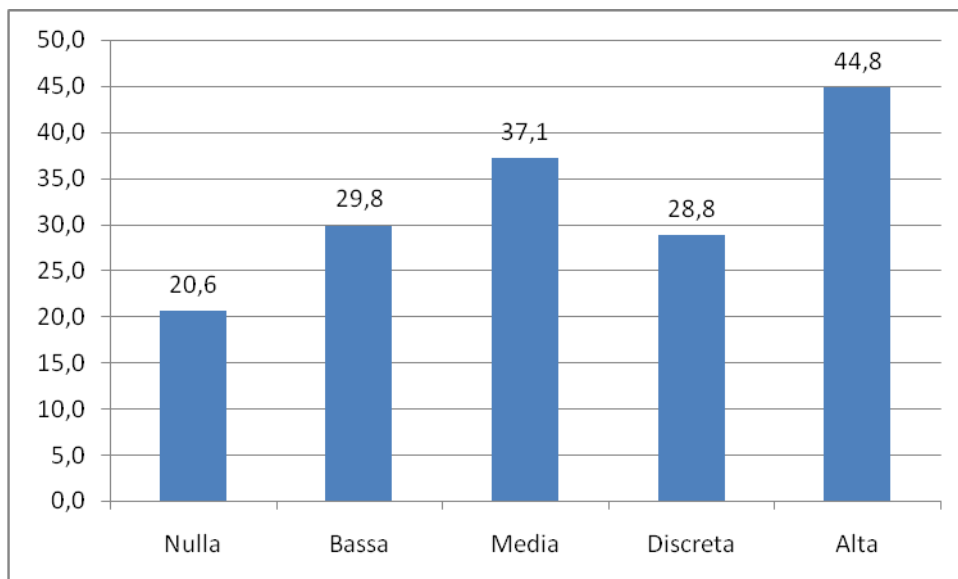
Tab. 10 – Indice di prossimità in relazione ad alcune variabili connesse al lavoro. Freq. %

|   | <i>Prossimità</i> |              |              |                 |             |
|---|-------------------|--------------|--------------|-----------------|-------------|
|   | <b>Nulla</b>      | <b>Bassa</b> | <b>Media</b> | <b>Discreta</b> | <b>Alta</b> |
| <b>Posizione</b>  |                   |              |              |                 |             |
| Lavoratore dipendente a tempo determinato                   | 63,5              | 17,1         | 12,5         | 2,4             | 4,5         |
| Lavoratore dipendente a tempo determinato                   | 50,3              | 19,5         | 12,8         | 6,7             | 10,7        |
| Contratti atipici/senza contratto                           | 28,3              | 21,7         | 18,1         | 13,9            | 18,1        |
| Autonomi  | 33,6              | 23,5         | 21,0         | 10,1            | 11,8        |
| <b>Qualifica</b>  |                   |              |              |                 |             |
| Dirigente   | 69,4              | 14,3         | 8,2          | 6,1             | 2,0         |
| Quadro  | 66,9              | 19,4         | 9,7          | 1,6             | 2,4         |
| Impiegato   | 67,4              | 15,8         | 9,8          | 2,9             | 4,1         |
| Insegnante  | 42,9              | 23,8         | 19,0         | 9,5             | 4,8         |
| Operaio specializzato                                       | 45,4              | 23,8         | 13,8         | 6,9             | 10,0        |
| Operaio comune  | 43,0              | 15,9         | 21,5         | 3,7             | 15,9        |
| Apprendista   | 38,9              | 22,2         | 27,8         | 5,6             | 5,6         |
| <b>Settore</b>  |                   |              |              |                 |             |
| Agricoltura   | 50,0              | 25,0         | 5,0          | 10,0            | 10,0        |
| Costruzioni   | 56,5              | 17,4         | 14,5         | 1,4             | 10,1        |
| Commercio, alberghi e pubblici esercizi                     | 25,5              | 27,7         | 21,3         | 8,5             | 17,0        |
| Trasporti, viaggi, poste e telecomunicazioni                | 60,5              | 14,0         | 11,6         | 4,7             | 9,3         |
| Credito, assicurazioni, attività immobiliari e del noleggio | 79,3              | 10,9         | 9,8          | 0,0             | 0,0         |
| Informatica   | 69,4              | 15,3         | 7,1          | 3,5             | 4,7         |
| Istruzione e formazione                                     | 44,6              | 21,6         | 17,6         | 9,5             | 6,8         |
| Sanità e assistenza sociale                                 | 51,5              | 19,7         | 9,8          | 9,8             | 9,1         |
| Servizi ricreativi, sportivi e culturali                    | 33,3              | 6,7          | 40,0         | 13,3            | 6,7         |
| Pubblica amministrazione                                    | 65,5              | 18,2         | 11,3         | 1,8             | 3,3         |
| Altri servizi   | 37,7              | 26,1         | 17,4         | 5,8             | 13,0        |
| Industrie   | 42,1              | 19,0         | 20,2         | 7,1             | 11,5        |
| <b>Tipologia azienda</b>                                    |                   |              |              |                 |             |
| Ditta individuale   | 28,0              | 31,2         | 21,5         | 10,8            | 8,6         |
| Impresa familiare   | 30,6              | 18,4         | 20,4         | 10,2            | 20,4        |
| Società   | 55,9              | 16,8         | 14,5         | 4,5             | 8,2         |
| Cooperativa/associazione/fondazione                         | 61,6              | 17,5         | 11,9         | 2,8             | 6,2         |
| Pubblica Amministrazione                                    | 57,5              | 18,8         | 12,3         | 5,1             | 6,3         |

|                             | <i>Prossimità</i> |       |       |          |      |
|-----------------------------|-------------------|-------|-------|----------|------|
|                             | Nulla             | Bassa | Media | Discreta | Alta |
| <b>Dimensioni azienda</b>   |                   |       |       |          |      |
| Azienda piccola             | 35,1              | 20,6  | 21,8  | 9,3      | 13,3 |
| Azienda medio-piccola       | 54,9              | 19,2  | 12,7  | 3,8      | 9,4  |
| Azienda medio-grande        | 66,1              | 17,0  | 10,2  | 2,5      | 4,2  |
| Azienda grande              | 55,9              | 19,0  | 13,5  | 5,5      | 6,2  |
| <b>Campione complessivo</b> | 53,6              | 18,7  | 14,3  | 5,4      | 7,9  |

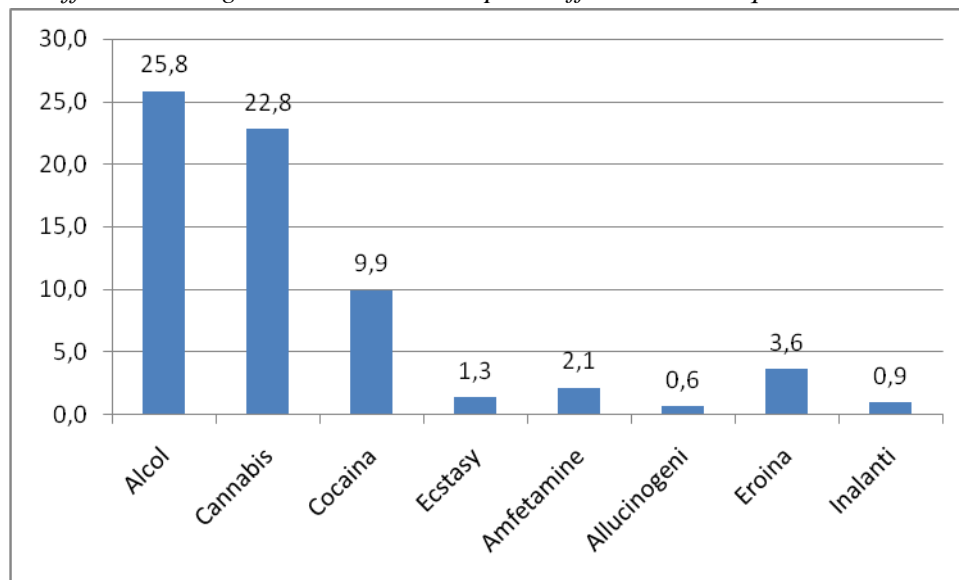
Un'ulteriore elaborazione statistica ha cercato di correlare la prossimità alle sostanze in ambiente di lavoro e il fatto che si siano verificati infortuni nei due anni precedenti la somministrazione del questionario, considerando l'indice di prossimità come variabile indipendente. Si scopre così *le aziende i cui lavoratori hanno riferito una maggior prossimità al mondo delle sostanze illegali sono quelle in cui con maggiore probabilità si è verificato un infortunio*, ovvero nel 44,8% dei casi in cui si riscontra alta prossimità, mentre nelle aziende i cui intervistati hanno dichiarato una prossimità nulla, il tasso di infortuni nei due anni precedenti si colloca al 20,6%. Cfr. Graf. 12.

*Graf. 12 – Freq. % di infortuni nella propria azienda (ultimi 2 anni) in relazione tra indici di prossimità alle droghe negli ambienti di lavoro e infortuni nei due anni precedenti*



Alla domanda “Le è capitato di venire a sapere che qualche suo conoscente lavora sotto l’effetto delle seguenti sostanze?”, un quarto dei soggetti (25,8%) risponde affermativamente in relazione all’alcol, il 22,8% circa per la cannabis, il 9,9% per la cocaina, il 3,6% per l’eroina, il 2,1% per le amfetamine, l’1,3% per l’ecstasy, lo 0,6% per le amfetamine, lo 0,9% circa per gli inalanti (Cfr. Graf. 13).

Graf. 13 – Dom. “Le è capitato di venire a sapere che qualche suo conoscente lavora sotto l’effetto delle seguenti sostanze?”. Risposte affermative. Freq. %



Pertanto, l’alcol rappresenta di certo la sostanza percepita come più presente nei luoghi di lavoro, ma non bisogna trascurare la presenza di altre droghe, cannabis e cocaina in primis.

Anche in questo caso sono soprattutto i maschi e in special modo i più giovani a rivelare la presenza di sostanze nei luoghi di lavoro. L’analisi per classi di età si presenta particolarmente interessante. Per esempio, nel gruppo di intervistati di età compresa tra i 18 ed i 30 anni, un quarto (26,6%) afferma di conoscere persone che consumano alcol sul luogo di lavoro, un terzo (32%) dichiara di conoscere soggetti che utilizzano cannabis<sup>84</sup> (percentuale che scende nettamente nelle fasce di età successive), il 13,1% conosce lavoratori che assumono cocaina sul luogo di lavoro e il 5,9% circa dichiara di conoscere soggetti che lavorano sotto effetto dell’eroina. I dati sono più bassi, ma non trascurabili, per droghe quali l’ecstasy

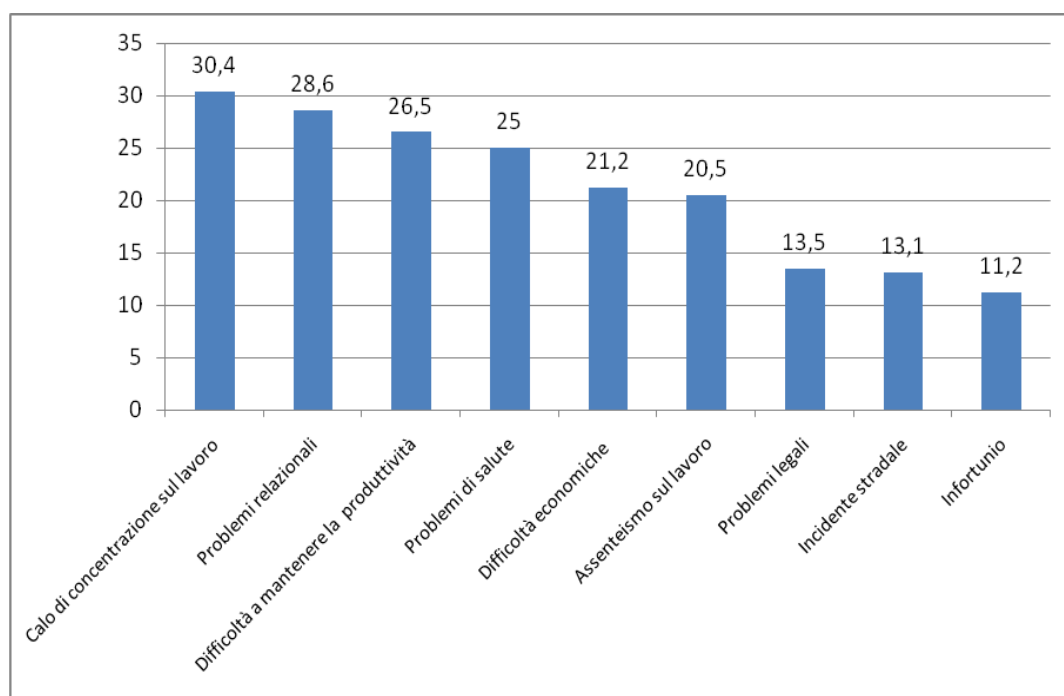
<sup>84</sup> In questa fascia di età, la percentuale di coloro che affermano di conoscere persone che consumano cannabis durante il lavoro è maggiore rispetto la percentuale relativa all’alcol (32% vs 26,6%).

(1,4%), le amfetamine (1,7%), gli allucinogeni (0,7%) e gli inalanti (1%). I dati sono molto più bassi per i lavoratori meno giovani. Per esempio, fra i lavoratori che hanno superato il 45 anno di età, le risposte affermative alla domanda si attestano sul: 12,4% per la cannabis, 6,1% per la cocaina, 2,4% per l'eroina. Per alcol, ecstasy, amfetamine e allucinogeni, invece, le differenze sono trascurabili.

Come per la domanda sulla prossimità delle sostanze, titolo di studio, matrimonio e figli incidono negativamente sulla possibilità di risposte affermative al quesito<sup>85</sup>.

Sommando il numero di risposte affermative indicate per le sostanze incluse nella domanda, si scopre che il 64,9% del campione non ha indicato nessuna sostanza, il 16,9% una sostanza, il 10,1% due sostanze e l'8,1% oltre due droghe. Questi dati suggeriscono la presenza diffusa di sostanze sul posto di lavoro che conferma la compatibilità tra attività lavorativa e fruizione di droghe e alcol così come discusso in letteratura (cfr. § 1.2).

*Graf. 14 – Dom. “Negli ultimi 6 mesi, qualche persona che Lei conosce (collega di lavoro o altri conoscenti) si è trovato in una delle seguenti situazioni a causa dell’assunzione di alcol e/o droghe?”. Risposte affermative. Freq. %*



<sup>85</sup> Non si ritiene opportuno incrociare questa domanda con variabili connesse al mondo del lavoro in quanto il quesito interroga gli intervistati circa la conoscenza di soggetti in generale (e non colleghi) che consumano le droghe indagate.

Tale apparente compatibilità non è però esente da conseguenze problematiche.

A questo proposito, il Graf. 14 riassume le risposte affermative alla domanda “Negli ultimi 6 mesi, qualche persona che Lei conosce (collega di lavoro o altri conoscenti) si è trovato in una delle seguenti situazioni a causa dell’assunzione di alcol e/o droghe?”.

Il problema più comune pare essere il calo di concentrazione sul lavoro (30,4%), seguito dai problemi relazionali (28,6%), difficoltà a mantenere costante la propria produttività (26,5%), problemi di salute (25%), assenteismo sul lavoro (20,5%), problemi legali (13,5%), incidenti stradali (13,1%) e, infine, infortuni (11,2%) legati all’uso di alcol e droga.

Anche per questa domanda, essere maschi, giovani, non sposati, senza figli e con bassi titoli di studio rappresentano fattori di rischio ovvero condizioni a cui si associano maggiori probabilità di conoscere persone che hanno esperito una o più delle situazioni problematiche indagate a causa della fruizione delle sostanze psicotrope.

Per meglio comprendere quanto l’uso di sostanze sia problematico, anche in questo caso, si è costruito un indice additivo denominato “indice di consumo problematico”:

- il soggetto dichiara di non conoscere persone con qualcuno dei problemi individuati: 56,7%;
- da una a tre problemi: 18,4%;
- da quattro a sei problemi: 16,7%;
- da sette a nove problemi: 8,3%.

Come è facile comprendere dai punteggi dell’indice, il consumo di sostanze si presenta associato a numerose conseguenze negative.

Come per la domanda precedente, non si è ritenuto opportuno effettuare analisi bivariate con le variabili connesse al mondo del lavoro in quanto il quesito indaga circa il comportamento di conoscenti e non di colleghi.

#### **4.5 – Le credenze sulle sostanze**

Nei § 1.4 e 2.1, si è sostenuto che le credenze in merito alla pericolosità delle sostanze giocano un ruolo fondamentale nel determinare le condotte relative alla fruizione di sostanze psicoattive, ovvero la convinzione di un basso rischio associato ad una droga rappresenta un fattore di vulnerabilità per il relativo consumo, tale per cui nei progetti di prevenzione si rende necessario intervenire al fine di modificare le credenze favorevoli al consumo. Con le parole di Gossop [1982:

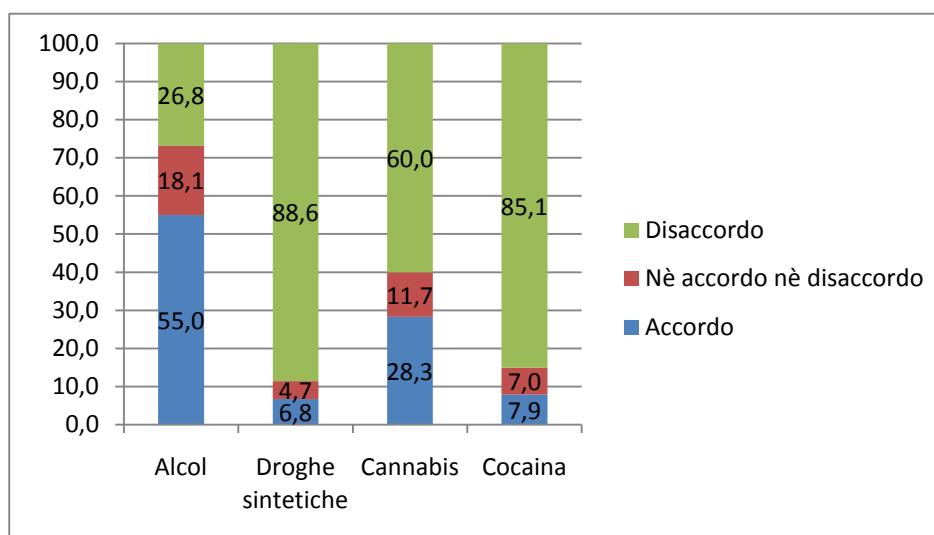


40]: «il modo in cui consideriamo le droghe riflette la realtà sociale attorno a noi, dal momento che il contesto sociale influenza tre aspetti centrali al consumo di droga. Esso influisce su ciò che viene definito o meno droga; influenza il modo in cui una persona si comporta dopo aver assunto la droga; influenza l'esperienza soggettiva sugli effetti della droga».

Nel questionario somministrato ai lavoratori sono stati posti alcuni quesiti relativi alla pericolosità di alcune sostanze: farmaci, alcol, cannabis, sostanze sintetiche e cocaina. Data l'ampia diffusione (peraltro in crescita<sup>86</sup>) di quest'ultima sostanza nel nostro paese sono stati sviluppati alcuni quesiti ulteriori.

Un quesito ha chiesto agli intervistati di dichiarare il proprio grado di accordo con l'affermazione "Un uso occasionale di alcol/cannabis/droghe sintetiche e cocaina è innocuo". Sono state aggregate le risposte "molto e abbastanza d'accordo" da un lato (accordo) e "poco o per nulla d'accordo" (disaccordo) dall'altro. Cfr. Graf. 15.

*Graf. 15 – Grado di accordo all'affermazione "Un uso occasionale di alcol/cannabis/droghe sintetiche e cocaina è innocuo". Freq. %*

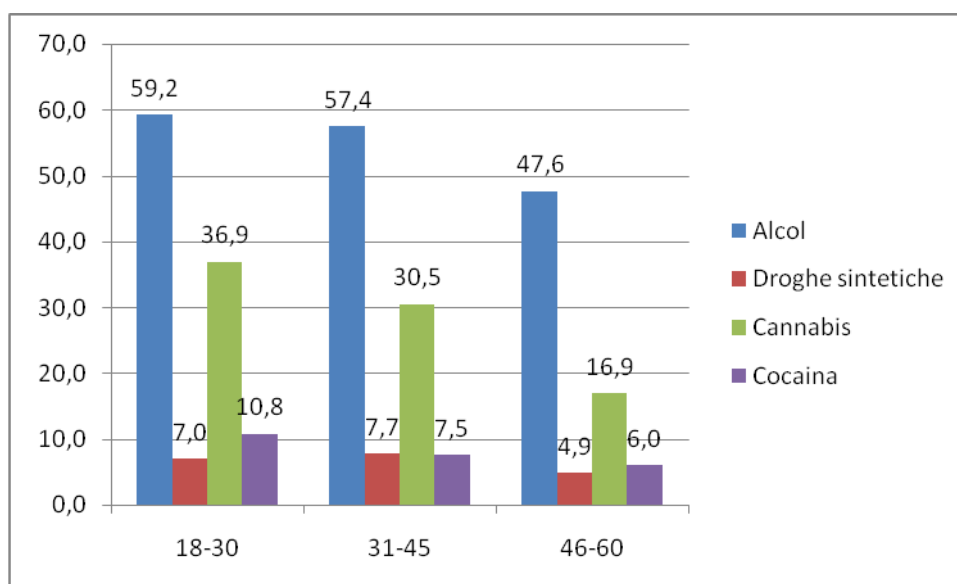


<sup>86</sup> Nel recente *Annual report* dell'EMCDDA [2009] si legge come circa 13 milioni di europei adulti (15-64 anni) hanno provato la cocaina nella loro vita. Di questi, 7,5 milioni sono giovani (15-34 anni), 3 milioni dei quali l'hanno usata nell'ultimo anno. Il consumo di cocaina nell'Unione europea resta concentrato nei paesi occidentali, mentre rimane basso in altre parti d'Europa. Nei paesi a più elevata prevalenza (Danimarca, Spagna, Irlanda, Italia e Regno Unito) recenti indagini indicano che nell'ultimo anno l'uso tra i giovani si è attestato tra il 3,1% e il 5,5%

Dal quesito emerge che:

- esiste una certa tolleranza per quanto riguarda l'alcol, dato che il 55% ritiene che un uso occasionale di alcol sia innocuo. Tuttavia, si noti come il 26,8% sia in disaccordo;
- il campione condanna l'uso di droghe sintetiche (disaccordo: 88,6%) e in misura leggermente inferiore, la cocaina (85,1%). Tuttavia, si segnala come il 6,8% e il 7,9% giudichi il consumo occasionale di droghe sintetiche e cocaina innocuo;
- sulla cannabis, c'è uno schieramento meno netto, dato che il 60% è in disaccordo sull'affermazione che un uso saltuario di cannabinoidi sia innocuo, il 28,3% è d'accordo e l'11,7% non è né d'accordo né in disaccordo.

*Graf. 16 – Soggetti che sono d'accordo con l'affermazione “Un uso occasionale di alcol/cannabis/droghe sintetiche e cocaina è innocuo” per classe di età. Freq. %*



Tuttavia, è possibile individuare una maggiore tolleranza rispetto al consumo occasionale delle droghe rispetto ad alcune variabili socio-anagrafiche:

- mentre le femmine sono più tolleranti rispetto all'uso saltuario di alcol (è innocuo per il 57,7% delle donne contro il 52,6% degli uomini), i maschi lo sono di più per le droghe sintetiche (7,7% vs 5,8%), cannabis (30,8% vs 25,5%) e cocaina (9,2% vs 6,3%), sebbene le differenze non siano consistenti;

- molto più nette le differenze relative alle classi di età (cfr. Graf. 16): nella classe 18-30 anni il 59,2% è tollerante per l'alcol<sup>87</sup>, il 7% per le droghe sintetiche, il 36,9% per la cannabis e il 10,8% per la cocaina;
- all'aumentare dei titoli di studio aumenta la percentuale di tolleranza per l'uso occasionale di alcol e cannabis, ma diminuisce per droghe sintetiche e cocaina;
- chi ha figli è generalmente meno tollerante, eccetto che per l'ecstasy (ma la differenza è marginale);
- chi è celibe/nubile è più tollerante, soprattutto in merito di cannabis e cocaina;
- il reddito non influenza in maniera lineare le risposte.

Rispetto alle variabili connesse al mondo lavoro, si segnalano i dati più rilevanti:

- il 17,9% dei lavoratori del settore edile<sup>88</sup> e il 10,7% di coloro che lavorano nel settore socio-sanitario è d'accordo sul fatto che un uso occasionale di cocaina è innocuo; sempre nel settore edile, il 23,5% ritiene che questa droga migliori le prestazioni e il 4,5% afferma che l'uso di questa sostanza non si associa a dipendenza;
- un soggetto su quattro che lavora nel settore dei trasporti e un soggetto su tre che lavora nel settore industriale ritiene che un uso occasionale di cannabis sia innocuo;
- il 12,7% degli atipici ritiene che la cocaina non sia associata a rischio se fruita sporadicamente;
- i dirigenti, ritengono non dannoso il consumo sporadico di alcol nel 67,3% dei casi, di cannabis nel 35,4%, di cocaina nel 6,1%.

Come incide la prossimità alle sostanze in ambiente di lavoro sulle credenze?

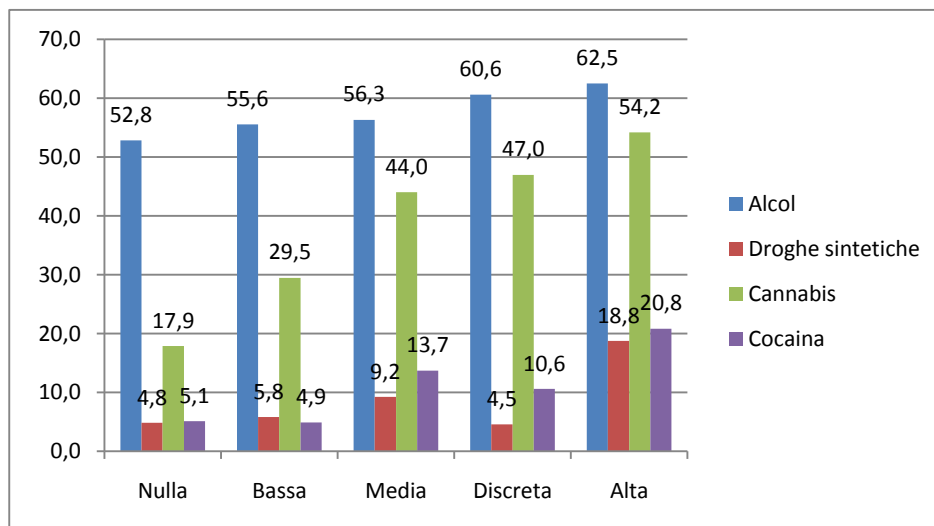
È possibile rispondere alla domanda attraverso l'analisi bivariata tra indice di prossimità e la domanda appena discussa. Si scopre così che coloro che hanno indici di prossimità maggiori rispetto l'universo drogastico sono più tolleranti per tutte le sostanze, sebbene sia necessario fare alcuni distinguo. Per alcol e cannabis la direzione è diretta, ovvero al crescere della prossimità cresce la tolleranza, mentre l'andamento per droghe sintetiche e cocaina è irregolare. Cfr. Graf. 17.

---

<sup>87</sup> Questo risultato converge con quanto sostenuto dallo studio di Delaney e Ames [1995], di cui si è discusso nel paragrafo 2.3.3.

<sup>88</sup> Sul rapporto tra condizioni di lavoro nei cantieri edili e assunzione di sostanze, si rimanda a De Luca, Piovanelli [2002]. Stress, lontananza da casa, isolamento sociale, turni massacranti, mansioni faticose ed usuranti sono fra i principali fattori di rischio per la realizzazione di condotte a rischio in questo settore. Si veda anche l'inchiesta di Paolo Berizzi apparsa il 20 settembre 2006 sul quotidiano «La Repubblica», *Muratori, cottimo e stress. La cocaina invade i cantieri*: secondo i medici del lavoro un lavoratore su 5 assumerebbe cocaina durante i giorni feriali per sopportare meglio la fatica del lavoro.

Graf. 17 – Relazione tra indice di prossimità alle droghe illegali sul luogo di lavoro e tolleranza rispetto all'uso occasionale di alcune sostanze. Freq. %<sup>89</sup>



Come anticipato, sono stati fatti alcuni quesiti ulteriori sulla cocaina. Secondo l'Annual Report del 2008 dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA 2008], in Italia si registrano i più alti consumi di cocaina dopo la Spagna. Nella popolazione 15-64 anni, il consumo *lifetime* di questa droga si attesta sul 29,3% (Paesi Ue: 21,8%), mentre il dato sul consumo nell'ultimo mese riguarda il 5,8% del campione (Paesi Ue: 3,8%). I dati pubblicati nel 2009 [EMCDDA 2009] testimoniano come il trend di incremento non accenni a diminuire.

La cocaina è una sostanza eccitante assunta spesso con finalità performative: «Oggi la vita è iperuso di spazio, di possibilità, di lavoro, di svago. Tutto va accelerato. La droga non è altro che il doping di questa accelerazione senza confini. Essa favorisce ogni cosa: dall'etica sacrificale della performance lavorativa alle prestazioni sessuali» [Cipolla 2007a: 40]. In altri termini, questa droga assume caratteri di funzionalità rispetto ad una società orientata ad una scansione di ritmi sempre più frenetici, competitiva, orientata al successo ed al profitto, rappresentando «un supporto funzionale quasi imposto dall'esterno» [Cipolla 2007c: 191]. Dai dati emerge che:

<sup>89</sup> Le percentuali si riferiscono a coloro che sono d'accordo o molto d'accordo sul fatto che l'uso occasionale delle sostanze indagate sia innocuo.

- il 95,6% concorda (molto o abbastanza) sul fatto che questa droga sia molto pericolosa, il 2,6% non si esprime e l'1,7% non concorda (risposte poco o per nulla);
- il 18,4% degli intervistati concorda sul fatto che la cocaina migliora le prestazioni;
- rispetto alla possibilità di una dipendenza associata alla sostanza, il 93,2% ritiene che ciò sia possibile, il 4,1% non si esprime e il 2,7% crede che ciò non sia verosimile (3,5% maschi; 1,9% femmine; 3,5% dei soggetti ambosessi tra i 18 e i 30 anni). Fra coloro che hanno la sola licenza media, la percentuale di disaccordo sale all'8,1%;
- fra coloro che sono dipendenti nel settore socio-sanitario, il 4,5% degli intervistati non è d'accordo sul fatto che la cocaina sia una droga molto pericolosa e il 19,8% concorda sul fatto che tale droga aumenta le prestazioni;
- tra chi lavora nel settore ricreativo, sportivo e culturale, il 14,3% sostiene che la cocaina non crei dipendenza;
- maggiore è la contiguità al mondo delle droghe illegali nel mondo del lavoro (cfr. indice di prossimità), minore è la percezione del rischio legata a questa sostanza: fra coloro che rientrano nel gruppo ad alta prossimità, ovvero hanno indicato almeno 3 situazioni di continuità sul luogo di lavoro tra quelle indagate dal questionario (cfr. nota metodologica), il 28,1% è molto o abbastanza d'accordo sul fatto che la cocaina migliori le prestazioni (bassa prossimità: 15,7%) e il 4,2% non concorda sul fatto che la sua fruizione sia associata a dipendenza (bassa prossimità: 2,2%). Cfr. Graf. 17.

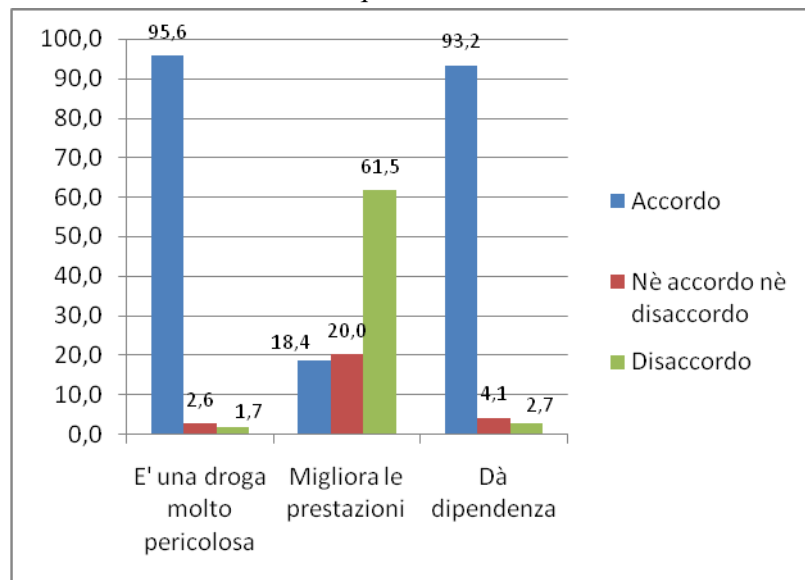
Rispetto alle credenze che riguardano i farmaci, l'86,5% è abbastanza o molto d'accordo sul fatto che un uso occasionale di farmaci sia pericoloso quanto l'uso di droghe, il 7,9% si dichiara in posizione neutrale e il 5,6% contrario.

Rispetto a questo quesito, nell'analisi bivariata si rilevano le seguenti differenze:

- le donne (che abbiamo visto assumere più medicinali) tendono a considerare i farmaci meno pericolosi delle droghe, tanto è vero che il 7% delle intervistate è poco o per nulla d'accordo sul fatto che i medicinali siano pericolosi quanto le droghe (uomini: 4%);
- lo stesso può dirsi per i soggetti meno giovani (al pari del genere femminile, maggiori consumatori di medicine): il grado di disaccordo con l'item è del 7,6% tra gli over 45 (classe 18-30 anni: 4,9%);
- il titolo di studio non pare influenzare in maniera diretta il dato;
- si noti che alcune categorie professionali hanno meno percezione dei rischi connessi ai farmaci: per esempio, il 15% e il 7,5% rispettivamente degli impie-

- gati e degli insegnanti<sup>90</sup> non è d'accordo con l'affermazione (operai comuni: 5,9%);
- il disaccordo per i dipendenti della Pubblica amministrazione si colloca sull'8,8%;
  - chi usa farmaci (o ha esperienza di un uso recente) tende a percepire meno il rischio: per esempio, non sono d'accordo con l'affermazione il 9,3% di chi consuma sonniferi e ansiolitici.

Graf. 18 – Le credenze sulla cocaina. Freq. %



#### 4.6 – La prevenzione nei luoghi di lavoro

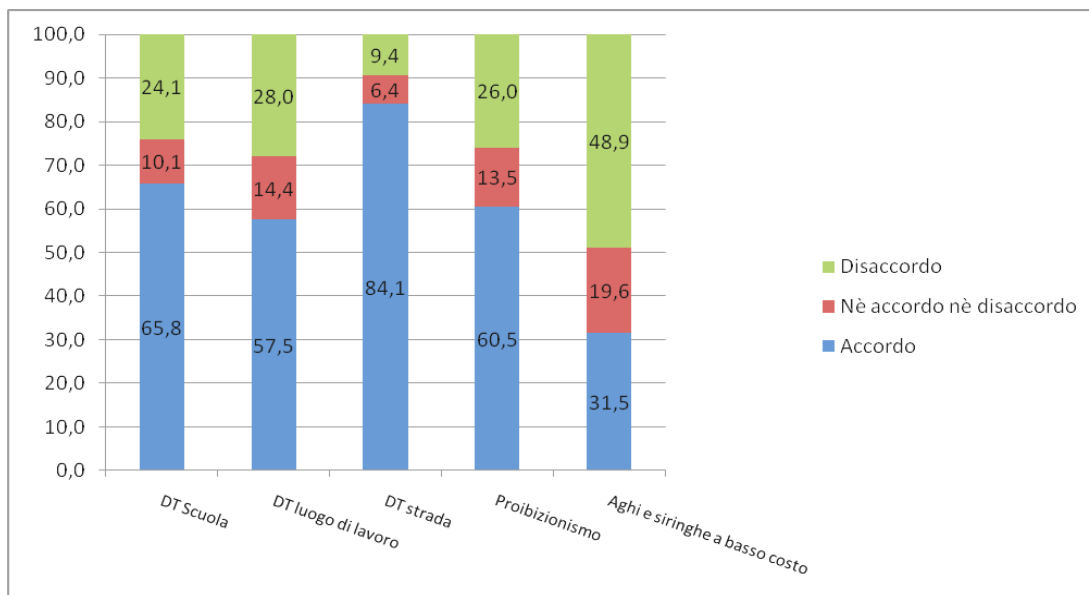
Nel questionario sono state introdotte due batterie di quesiti volti a sondare le opinioni degli intervistati in merito ad alcuni interventi applicabili in materia di droghe. In particolare, i soggetti sono stati interrogati circa il loro punto di vista per quanto riguarda l'uso del drug testing (nella scuola, sul luogo di lavoro, sulle strade), le politiche proibizioniste, una strategia di riduzione del danno<sup>91</sup>.

Il Graf. 19 rappresenta i risultati in comparazione, attraverso l'aggregazione dei poli positivi e negativi (molto e abbastanza d'accordo; poco e per nulla d'accordo).

<sup>90</sup> Si segnala tuttavia che gli insegnanti intervistati siano in numero ridotto dato che la frequenza assoluta è pari a 21 unità.

<sup>91</sup> La domanda chiedeva di esprimere il proprio grado di accordo/disaccordo sulla seguente affermazione: "chi usa droga dovrebbe riuscire a trovare a basso costo aghi e siringhe sterili".

Graf. 19 – Grado di approvazione di alcune misure di intervento. Freq. %



In sintesi emerge che:

- per i drug testing condotti in ambito scolastico: il 65,8% è a favore, il 10,1% è neutrale, il 24,1% è contrario;
- per i test condotti sui luoghi di lavoro: il 57,5% è d'accordo, il 14,4% è neutrale, il 28% è contrario;
- per i controlli relativi al consumo di droghe condotti dalle forze dell'ordine nelle strade: l'84,1% è d'accordo, il 6,4% non è né d'accordo né in disaccordo, il 9,4% è contrario;
- di fronte all'affermazione "l'uso di droghe va sempre proibito", il 60% si schiera a favore, il 13,5% non si schiera, il 26% è contrario;
- rispetto al fatto di distribuire siringhe ed aghi a basso costo (nota strategia di riduzione del danno), il 31,5% è a favore, il 19,6% è contrario, il 48,9% non prende posizione.

Come si evince da quanto appena esposto, in merito ai test antidroga, la maggior parte del campione è a favore, sebbene un quarto sia contrario per i test a scuola (24,1%) e poco più (28%) per i test sul lavoro (per i quali, comunque, si schierano a favore circa 6 soggetti su 10)<sup>92</sup>. Molti più consensi trova

<sup>92</sup> In merito alle opinioni dei lavoratori sull'impiego del drug testing si ricordi lo studio di Larson et al. [2007] citato nel cap. 3.

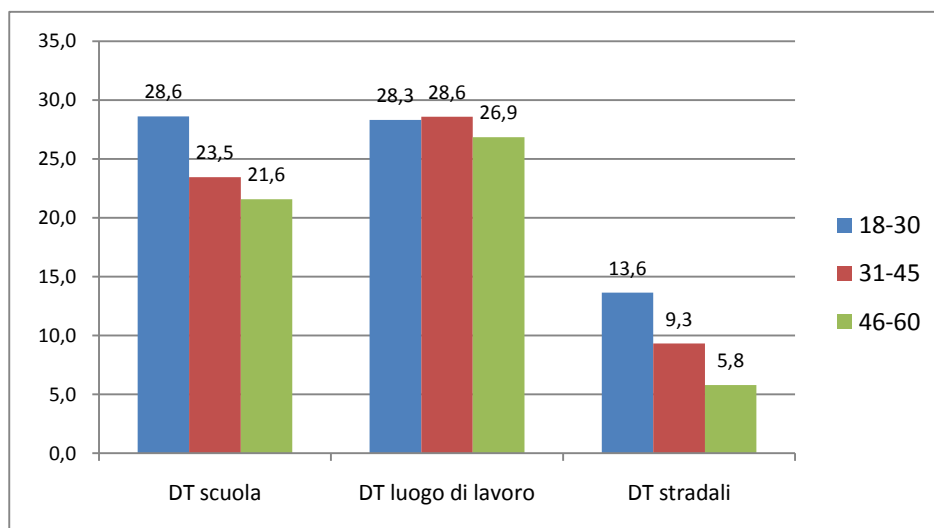
l'affermazione relativa ai droga testing condotti sulle strade dalla polizia (contrari: 9,4%), probabilmente a causa del fatto che fra le notizie di cronaca – emesse dai mass media – spesso compare l'alto numero di incidentalità connessa all'assunzione di alcol e droghe, fatto che stimola allarme e sensibilità sulla guida in condizioni di alterazione psico-fisica quale esito della fruizione di droghe e alcol.

Cerchiamo di capire chi compone le fila dei contrari sugli esami tossicologici, con particolare attenzione soprattutto al drug testing condotto sui luoghi di lavoro:

- in relazione al genere, i maschi sono normalmente più contrari delle femmine rispetto all'impiego del drug testing sia nelle scuole (25% vs 23,3%) sia sui luoghi di lavoro (29% vs 27,2%) sia (soprattutto) nelle strade (11,5% vs 7,2%). Le differenze, tuttavia, non sono consistenti;
- rispetto all'età, l'approvazione per i drug testing condotti nelle scuole e sulle strade (in modo più marcato) cala al decrescere dell'età; le differenze per l'applicazione dei contesti lavorativi sono minime. Si rimanda al Graf. 20 per il dettaglio dei dati;
- in generale, chi non ha figli è più restio ad accettare l'uso del drug testing, ma il divario più grande si colloca in materia di esami condotti in ambito scolastico: il 29,3% di chi non ha figli e il 17,9% di chi ha prole è contrario all'impiego degli esami tossicologici nelle scuole;
- chi ha titoli di studio superiori (laurea e post laurea) è contrario in misura maggiore all'impiego di questo strumento nelle scuole e nei luoghi di lavoro; in quest'ultimo setting, la percentuale dei contrari tra i laureati e soggetti con titoli post-laurea riguarda un soggetto su tre;
- si noti che sono i dirigenti e i quadri ad essere contrari in percentuale maggiore all'impiego del test sul luogo di lavoro (rispettivamente: 36,7% e 33,1%);
- il 43,2% di coloro che lavorano nel settore della formazione sono contrari all'impiego del drug testing in ambito scolastico e il 42,5% per i drug testing effettuati sui luoghi di lavoro;
- all'impiego del drug testing in luogo di lavoro sono contrari il 36,6% degli atipici, il 26,3% degli autonomi, il 42,9% di chi lavora nei servizi ricreativi, il 32,3% degli impiegati nella Pubblica amministrazione e il 23,3% di chi lavora in industria (un dato, quindi, più contenuto dei precedenti);
- le dimensioni aziendali non influenzano in maniera lineare i dissensi.



*Graf. 20 – Soggetti contrari all’impiego di drug testing nelle scuole, nei luoghi di lavoro e durante i controlli stradali ad opera delle forze dell’ordine. Incrocio con classe di età. Freq. %*



La Tab. 11 riassume alcune analisi bivariate relative a coloro che si sono espressi a sfavore dell’impiego del drug testing nei luoghi di lavoro. Le differenze più salienti riguardano il titolo di studio.

*Tab. 11 - Freq. % contrari al drug testing nei luoghi di lavoro. Incrocio con alcune variabili socio-anagrafiche e connesse al lavoro*

|                      | <i>Freq. % contrari al drug testing nei luoghi di lavoro</i> |
|----------------------|--|
| <b>Sesso</b>         |  |
| Maschio              | 29,0   |
| Femmina              | 27,2   |
| <b>Classe di età</b> |  |
| 18-30                | 28,3   |
| 31-45                | 28,6   |
| >46                  | 26,9   |
| <b>Stato civile</b>  |  |
| Celibe/nubile        | 32,3   |
| Coniugato/a          | 23,7   |
| Separato/divorziato  | 26,7   |
| Vedovo/a             | 40,0   |

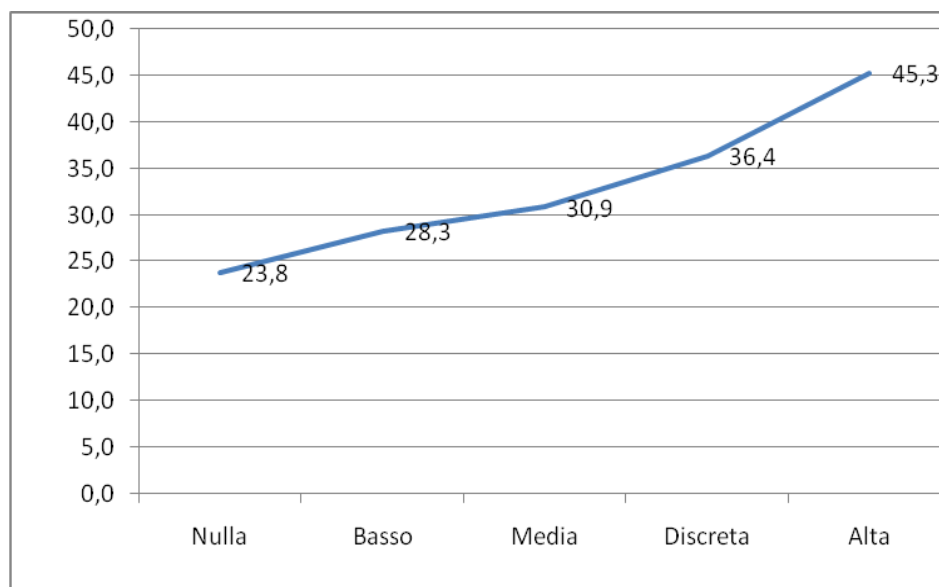
|   | <i>Freq. % contrari al<br/>drug testing nei luoghi di lavoro</i> |
|---|--|
| <b>Figli</b>  |  |
| No  | 31,7   |
| Sì  | 23,7   |
| <b>Titolo di studio</b>                                     |  |
| Fino alla media inferiore                                   | 20,4   |
| Diploma scuola media superiore                              | 24,4   |
| Laurea  | 35,1   |
| Post-laurea   | 34,8   |
| <b>Reddito</b>  |  |
| Meno di 600,00 euro   | 29,2   |
| Da 600,00 euro a 799,00                                     | 36,7   |
| Da 800,00 euro a 999,00                                     | 37,6   |
| Da 1.000,00 euro a 1.199,00                                 | 29,0   |
| Da 1.200,00 euro a 1.500,00                                 | 25,6   |
| Oltre i 1.500,00  | 28,5   |
| <b>Qualifica</b>  |  |
| Dirigente   | 36,7   |
| Quadro  | 33,1   |
| Impiegato   | 25,7   |
| Insegnante  | 30,0   |
| Operaio specializzato                                       | 25,4   |
| Operaio comune  | 26,5   |
| Apprendista   | 17,6   |
| <b>Posizione professionale</b>                              |  |
| Lavoratore dipendente a tempo indeterminato                 | 27,7   |
| Lavoratore dipendente a tempo determinato                   | 23,4   |
| Contratti atipici/senza contratto                           | 36,6   |
| Autonomi  | 26,3   |
| <b>Settore</b>  |  |
| Agricoltura   | 36,8   |
| Costruzioni   | 16,9   |
| Commercio, alberghi e pubblici esercizi                     | 23,4   |
| Trasporti, viaggi, poste e telecomunicazioni                | 25,6   |
| Credito, assicurazioni, attività immobiliari e del noleggio | 19,8   |
| Informatica   | 25,9   |
| Istruzione e formazione                                     | 42,5   |
| Sanità e assistenza sociale                                 | 34,4   |
| Servizi ricreativi, sportivi e culturali                    | 42,9   |
| Pubblica amministrazione                                    | 32,3   |

|                             | <i>Freq. % contrari al<br/>drug testing nei luoghi di lavoro</i> |
|-----------------------------|--|
| Altri servizi               | 27,3   |
| Industrie                   | 23,3   |
| <b>Dimensioni azienda</b>   |  |
| Azienda piccola             | 28,8   |
| Azienda medio-piccola       | 25,7   |
| Azienda medio-grande        | 25,0   |
| Azienda grande              | 30,7   |
| <b>Campione complessivo</b> | <b>28,0</b>  |

L'indicatore di prossimità influenza nettamente l'approccio con il drug testing, nel senso che all'aumentare della contiguità al mondo drogastico aumenta il numero di coloro che è contrario al WDT (*Workplace drug testing*). Cfr. Graf. 21.

Le ultime due affermazioni inserite nel quesito riguardano due posizioni in relazione all'approccio verso le droghe: proibizionismo e riduzione del danno.

*Graf. 21 – Soggetti contrari al drug testing nei luoghi di lavoro in relazione all'indice di prossimità al mondo drogastico. Freq. %*



Sei soggetti su dieci ritengono che l'uso di droghe vada sempre proibito (maschi: 64,4%; femmine 56,8%). L'età rappresenta una variabile discriminante importante tanto è vero che sono d'accordo con questa affermazione il 47,6% dei giovani (18-30 anni) contro il 70% degli over 45 anni. Anche il titolo di studio è influente: posizioni più dure, ovvero di maggiore accordo con la linea del proib-

zionismo, si riscontrano tra coloro che hanno titoli più bassi (molto e abbastanza d'accordo: licenza scuola media: 70%; diploma: 65%; laureati: 53,1%; post-laureati 46%). Il reddito non influenza in maniera lineare le risposte.

Rispetto alle categorie che riguardano il mondo del lavoro, sono d'accordo con questa affermazione il 73,7% dei lavoratori nel settore agricolo, il 70,2% di chi lavora nel settore commerciale, il 66,1% dei lavoratori nel settore industriale, il 46,7% di chi lavora nei servizi ricreativi e il 45,8% di chi lavora nel settore socio-sanitario.

Come per i quesiti relativi al drug testing, l'indice di prossimità influenza in maniera consistente il grado di accordo con l'affermazione in questione. Infatti, alla domanda "Esprimi il tuo grado di accordo sull'affermazione: l'uso di droghe va sempre proibito", risponde che è d'accordo il 70,3% di chi si trova in una situazione di non prossimità, il 65,3% di chi si trova in una situazione di bassa prossimità, il 45,1% media, il 39,4% discreta e il 26% alta.

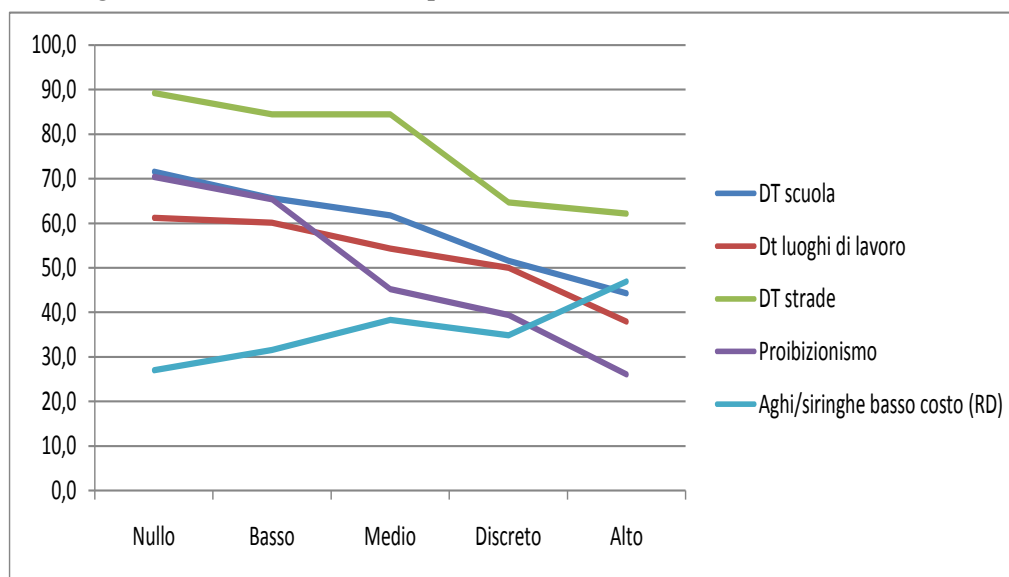
Sulla distribuzione di siringhe a basso costo, pratica tipica degli approcci fondati sulla riduzione del danno, un soggetto su due (48,9%) si dichiara contrario, uno su cinque (19,6%) non esprime né accordo né disaccordo e uno su tre (31,5%) è d'accordo. Maggiori consensi si ritrovano nei maschi rispetto alle femmine (34,3% vs 28,5%) e tra gli over 30, tanto è vero che nella classe di età 18-30 anni sono d'accordo un soggetto su quattro mentre coloro che hanno superato il trentesimo anno di età in rapporto è uno a tre. Il titolo di studio non determina un andamento lineare delle risposte.

Rispetto ai settori lavorativi, i professionisti che si trovano con maggiore frequenza in accordo con l'item sono coloro che lavorano nel settore socio-sanitario (molto o abbastanza d'accordo: 42%), mentre al polo opposto sono collocati i commercianti (21,3%). Chi lavora nel settore industriale è d'accordo nel 33,1% dei casi e chi lavora nella Pubblica amministrazione nel 26,2%.

Anche in questo caso, tuttavia, è la continuità con il mondo delle droghe a discriminare maggiormente le risposte, tanto è vero che rispetto alle cinque situazioni di prossimità individuate (nulla, bassa, media, discreta e alta) le percentuali si collocano rispettivamente al 27%; 31,6%; 38,3%; 34,8%; 46,9%.

Nel Graf. 22 si confrontano le percentuali di soggetti in disaccordo con i cinque item riferiti a interventi e approcci in materia di droga in relazione all'indice di prossimità.

Graf. 22 – Freq. % di disaccordo con i cinque item riferiti a interventi e approcci in materia di droga in relazione all'indice di prossimità.



Chi può agire con più efficacia, in una società come quella attuale, per prevenire il consumo di alcol e droghe?

A questa domanda, gli intervistati indirizzano le loro preferenze<sup>93</sup> a due soggetti in particolare: famiglia e scuola, indicati rispettivamente dal 74,5% e dal 66,4% degli intervistati.

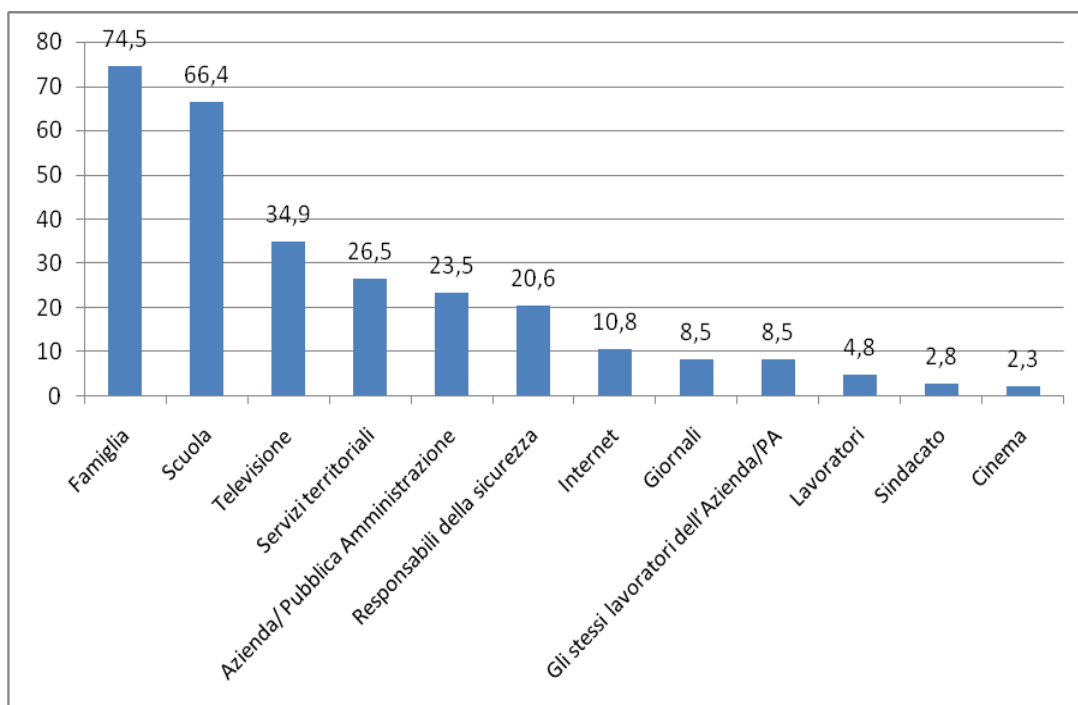
Rinviando al Graf. 23 per l'analisi delle percentuali di risposta per ciascun attore, ci soffermiamo sulle categorie connesse al mondo del lavoro. Fra queste, un soggetto su quattro (23,5%) riconosce il possibile ruolo dell'Azienda: un risultato non trascurabile, ma comunque nettamente inferiore rispetto ai consensi che hanno ottenuto altri attori. Allo stesso modo, un soggetto su cinque (20,6%) ritiene che i Responsabili della Sicurezza (RSPP) potrebbero includere nella loro attività progetti di prevenzione nell'ambito delle sostanze psicoattive, segnale che può essere interpretato come il riconoscimento da parte dei lavoratori dei rischi sul lavoro connessi all'uso di alcol e droghe.

Solo l'8,5% degli intervistati riconosce un ruolo ai lavoratori della stessa azienda (colleghi) in questo ambito e appena un 4,8% ritiene utile il ruolo di lavoratori in generale. Infine, si veda il dato relativo ai Sindacati: solo il 2,8%, lo in-

<sup>93</sup> La domanda prevedeva di indicare massimo tre preferenze. Le percentuali sono calcolate come percentuali di risposta.

clude nelle preferenze. Si presti attenzione alla scarsa fiducia che ottiene Internet (opzione scelta da un soggetto su dieci)<sup>94</sup>.

Graf. 23 – Dom. “Chi può agire con più efficacia, in una società come quella attuale, per prevenire il consumo di alcol e droghe?”. Freq. %



Per l'analisi delle aree che potenzialmente potrebbero essere coinvolte nella progettazione di interventi preventivi si è provveduto ad elaborare i dati aggregando i soggetti che operano nello stesso settore, ovvero:

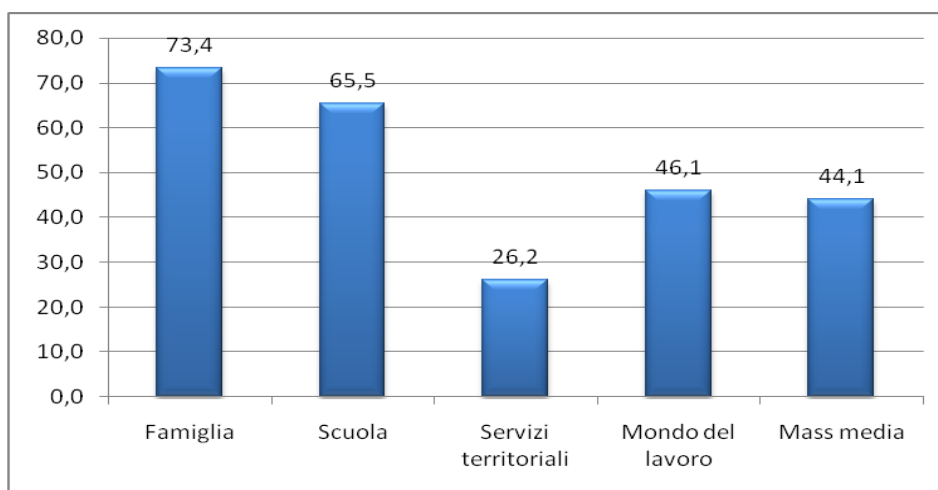
- mondo del lavoro: comprende le risposte “Azienda/Pubblica Amministrazione”, “Responsabili della Sicurezza (RSPP)”, “Sindacato”, “Lavoratori”;
- mass media: includono i giornali, la televisione, internet e cinema.

<sup>94</sup> Cfr. Eurobarometer [2008]. L'indagine rappresenta uno studio che ha coinvolto 12.000 cittadini europei di età compresa tra i 15 ed i 24 anni appartenenti a 27 Stati membri dell'Ue. Secondo quanto emerso, Internet rappresenta il mezzo a cui i giovani intervistati attribuiscono maggiore fiducia nel campo della prevenzione all'uso sostanze, tant'è vero che mediamente i 2/3 degli intervistati hanno individuato nel Web il canale d'accesso principe per colmare lacune conoscitive in materia. Se Internet è in cima alla graduatoria, nello studio seguono: un amico (35%), un medico/un infermiere o altro professionista sanitario (34%), un familiare o parente (27%), un centro specializzato in materia di droghe (25%).

Famiglia, scuola e servizi territoriali sono stati considerati isolatamente.

Nell'analisi successiva si è provveduto a considerare quali sono le aree in cui gli intervistati individuano almeno un attore che potrebbe intervenire efficacemente (cfr. Graf. 24).

*Graf. 24 – I settori nei quali gli intervistati accordano fiducia in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive. Freq. %*

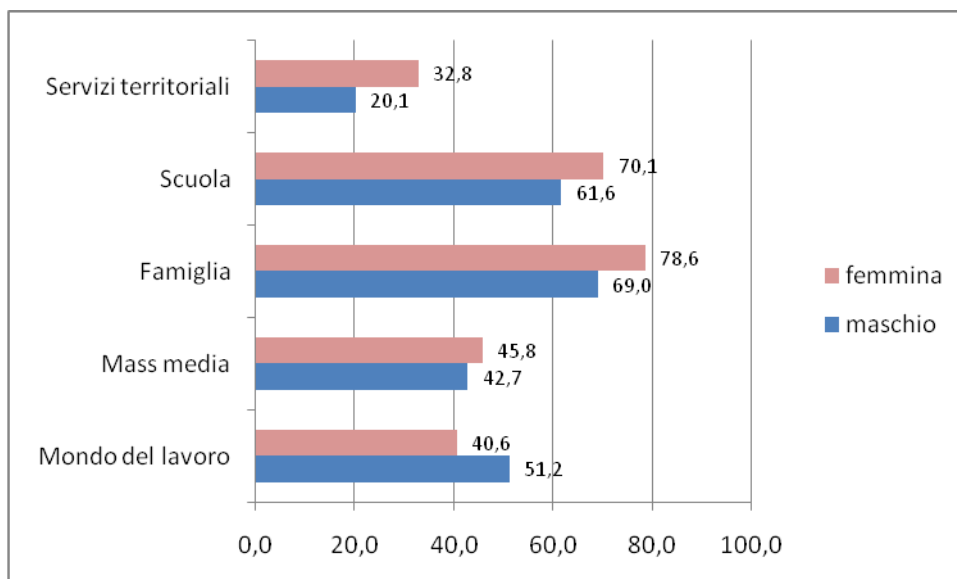


Complessivamente, il 46,1% dei soggetti ha individuato uno o più soggetti del mondo del lavoro che potrebbero agire nel settore della prevenzione del consumo di sostanze psicoattive e, come precedentemente sostenuto, è l'Azienda stessa che viene investita con maggiore frequenza di un ruolo. I mass media, d'altro canto, raggiungono una percentuale di poco inferiore (44,1%) e in questo caso è la televisione ad essere individuata con maggiore probabilità.

Per le differenze di genere, si veda il Graf. 25: la graduatoria è invariata, ma una maggior percentuale di donne attribuisce fiducia a famiglia, scuola e Servizi territoriali rispetto agli uomini, mentre questi ultimi attribuiscono maggior riconoscimento ad attori che fanno parte del mondo del lavoro (in primis ad Azienda e RSPP) e anche se di solo qualche punto percentuale – ai mass media.

Nel dettaglio, mentre le femmine riconoscono nel 78,6% dei casi un ruolo importante ed efficace alla famiglia, la percentuale dei maschi si colloca al 69%. Per la scuola, il dato femminile è al 70,1%, quello maschile al 61,6%. Per i servizi territoriali: 32,8% vs 20,1%. Per i mass media: 42,7% vs 45,8%. Per quanto concerne il mondo del lavoro, un maschio su due (51,2%) individua almeno un soggetto di questo gruppo, mentre per le donne si tratta di due intervistate su cinque (40,6%).

Graf. 25 – Settori nei quali gli intervistati accordano fiducia in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive per genere. Freq. %



Rispetto alle differenze per classe di età, si segnala come la fiducia in attori appartenenti al mondo del lavoro cali al crescere dell'età (classe 18-30 anni: 50,5%; classe 31-45 anni: 47,4%; >46 anni: 40,1%), ma cresce la fiducia nella famiglia (66,2% vs 78,6%), nella scuola (59,7% vs 70,3%) e, in misura più ridotta, nei servizi territoriali (23,5% vs 27,9%). Per i mass media, l'andamento è oscillante.

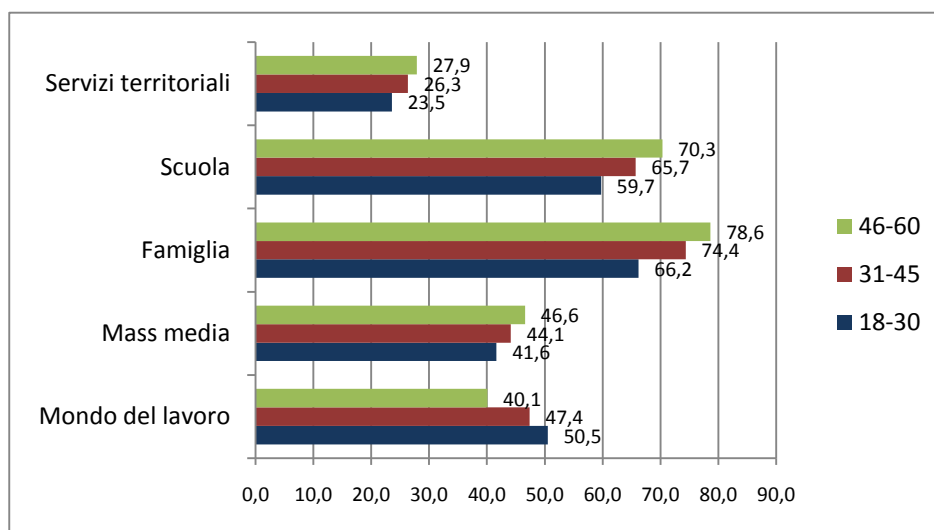
In relazione al titolo di studio, si segnalano differenze relativamente al ruolo riconosciuto agli attori del mondo del lavoro (la fiducia cala al crescere del titolo di studio, passando dal 52,7% fra chi ha la sola licenza media al 38,6% di chi ha titoli post-laurea), alla famiglia (maggiore in chi ha titoli di studio superiori: 60,7% vs 79,8%), alla scuola (50,2% vs 71,9%).

All'aumentare del reddito diminuisce la fiducia negli attori del mondo del lavoro e nei mass media.

Rispetto ad alcune variabili connesse del lavoro, si segnala come la fiducia accordata ad attori afferenti al mondo occupazionale vari in base al settore di impiego: per fare qualche esempio, i dati di maggiore accordo si ritrovano tra impiegati nel settore informatico (58,8%), edile (58%), industriale (53,6%), mentre basse percentuali si riscontrano nella Pubblica amministrazione (41,8%), area socio-sanitaria (40,9%) e dell'istruzione (35,1%).



Graf. 26 – I settori nei quali gli intervistati accordano fiducia in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive per classe di età. Freq. %



Entrando nel merito dei diversi attori del mondo del lavoro considerati singolarmente, sono emerse alcune differenze:

- a ritenere efficace l'intervento dei colleghi sono soprattutto i maschi (10,4% vs 6,1%), i più giovani (classe 18-30 anni: 10,5%; 31-45 anni: 8,6%; >46 anni: 6,2%) e coloro che hanno titoli di studio più bassi;
- stesse considerazioni possono essere fatte anche per la fiducia accordata a lavoratori generici (*peer education*);
- la fiducia nei sindacati rispetto ad altri attori è più alta per chi lavora nel settore industriale (5,6%) e nella Pubblica amministrazione (4,8%), mentre è molto bassa per chi lavora nel settore socio-sanitario (0,8%).
- soprattutto nel settore edile, molti lavoratori hanno indicato l'opzione azienda (31,7%).

In sintesi, possiamo affermare che scuola e famiglia siano i soggetti ai quali viene riconosciuto il ruolo principale di agenti della prevenzione, mentre godono di scarso riconoscimento i soggetti operanti a vario titolo nel mondo del lavoro (sindacati, azienda, RSPP, lavoratori) se considerati singolarmente. Tuttavia, se si considera l'intervento multisetoriale di questi attori, le opportunità che provengono dal contesto professionale aumentano, soprattutto per i soggetti di sesso maschile, i più giovani, con titoli di studio e redditi più bassi.



## **Cap. 5 – Quale prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive nei luoghi di lavoro? Esperti italiani e inglesi a confronto**

---

Nel capitolo precedente abbiamo analizzato il rapporto tra salute, stile di vita e lavoro attraverso la lettura dei dati di un questionario somministrato ai lavoratori all'interno del progetto di ricerca "Le sostanze psicoattive nel mondo del lavoro: strategie di ricerca e politica socio-sanitaria".

In questo capitolo saranno presentati i principali risultati emersi dalla parte qualitativa dello studio empirico. Nella prima parte, si sonderà il materiale raccolto tramite 12 focus group che hanno coinvolto 81 soggetti esperti, a vario titolo, in materia, mentre nella seconda parte sarà presentato un confronto tra la situazione italiana e quella britannica reso possibile dalla somministrazione di 6 interviste a esperti residenti nel Regno Unito<sup>95</sup> durante un periodo di *visiting fellowship* della durata di tre mesi presso la John Moore University di Liverpool.

L'analisi del materiale raccolto tramite i focus group sarà analizzato attorno a tre nuclei tematici:

1. percezione circa la diffusione del consumo di sostanze psicoattive nella società e nei luoghi di lavoro;
2. rapporto tra condizioni di lavoro e fruizione di alcol e droghe;
3. opinioni in merito agli interventi possibili nei luoghi di lavoro.

### **5.1 – Gli esperti italiani intervistati tramite focus group**

#### *5.1.1 – Percezione circa la diffusione del consumo di sostanze psicoattive nella società e nei luoghi di lavoro*

In relazione alla diffusione di sostanze psicoattive all'interno dei luoghi di lavoro, i partecipanti al focus group hanno assunto due orientamenti prevalenti: da un lato, alcuni ritengono che il consumo di sostanze psicoattive sia diffuso, ma riguarda soprattutto le sostanze legali (alcol e psicofarmaci in maniera più rilevan-

---

<sup>95</sup> Si rimanda all'appendice metodologica posta in coda alla presente dissertazione per l'esplicitazione delle motivazioni che hanno spinto al ricorso di questi strumenti metodologici nonché per l'analisi delle modalità di campionamento e la relativa composizione del gruppo di riferimento empirico.

te); dall'altro, alcuni soggetti ritengono consistente la presenza di sostanze illegali (soprattutto cocaina).

Rispetto alla prima posizione, i sostenitori di questa visione ritengono che i mass media ed i politici tengano alto l'allarme sulle sostanze illegali, ma la loro esperienza riguarda appunto le droghe legali. In particolare, alcuni settori lavorativi si contraddistinguono per un consumo elevato di alcol che sfugge al tentativo del legislatore di vietarlo nei luoghi di lavoro<sup>96</sup>. Il problema principale deriva dal fatto che il consumo di bevande alcoliche si collega a tradizioni e abitudini radicate nella nostra cultura: soprattutto il vino è considerato un cibo, un alimento fondamentale nella dieta mediterranea [A9 - Servizio di alcologia, Dirigente; M2 - Direttore del "Servizio Tutela Salute Ambienti di Lavoro" – Medico del lavoro]:

Mi arrivano tuttora contadini che mi dicono "Dottore, ma se non bevo il mio litro di vino come faccio io a lavorare!". C'è questo concetto culturale dell'apporto calorico dovuto al bere [A9 - Servizio di alcologia, Dirigente].

La cultura d'approvazione o comunque di tolleranza per il consumo di alcolici rappresenta una delle cause principali volta a spiegarne l'ampia diffusione; al contrario, secondo alcuni, altre sostanze sono poco diffuse perché culturalmente non accettate. In particolare, si registra un mutamento circa il grado di approvazione del consumo di tabacco, anche se per alcuni soggetti la dipendenza da nicotina rimane molto forte:

Io scinderei il discorso dell'alcol dalle altre sostanze. [...]. Sull'uso agisce molto la sensazione di approvazione o disapprovazione che abbiamo da parte della società; oggi chi fuma è visto male, sia al lavoro che per strada, quindi è chiaro che in quell'abuso gioca un ruolo fondamentale anche questo discorso. L'alcol è visto, soprattutto in alcuni contesti come quello impiegatizio, con una connotazione negativa che viene dall'esterno; diversamente invece in alcuni settori può scattare il meccanismo dell'approvazione e incentivazione dell'uso di sostanze [A6 – INAIL - medico legale della Direzione Provinciale di Trento].

Per l'uso di sostanze: diciamo che la sostanza classica è l'alcol, perché è facilmente reperibile e culturalmente accettata rispetto ad altre sostanze. [...] Diciamo che il tipo di sostanza che vedo più diffusa col mio lavoro, oltre all'alcol, come le cosid-

---

<sup>96</sup> C'è anche chi sostiene che al contrario i consumi di alcol si stiano riducendo: "Ho notato un regresso di assunzione di sostanze. [Alla fine degli anni settanta] la maggior parte dei lavoratori anziani arrivavano al lavoro con il bottiglione di vino e la sera non ce n'era più. Ovviamente questo causava un calo di attenzione, a partire dalle prime ore del pomeriggio" [A2 – RLS Funivie Madonna di Campiglio, membro direttivo CGIL].

dette droghe leggere, che spesso sono più che altro un passatempo, anche se appunto gli spinelli continuano a rimanere socialmente non accettati [B5 - Sindacalista UIL – settore chimici].

Chi di noi ha incominciato a bere perché aveva problemi? Tutti abbiamo cominciato per convivialità, e il fatto che sia una sostanza non solo accettata ma favorita cambia le carte in tavola [A9 - Servizio di alcologia, Dirigente].

Il fumo ormai costituisce un problema minore, moltissimi hanno smesso di fumare negli ultimi anni proprio per le leggi restrittive che ci sono e poi sono ormai le classi sociali meno colte a fumare perché fumare non è più fine, gli strati sociali più alti fanno un po' brutta figura. L'alcol invece è democratico, agli happy hour ci vanno tutti anche se c'è molta differenza nei consumi: i giovani bevono il sabato e la domenica, mentre le persone più avanti con gli anni hanno un'assunzione più cronica ma di quantità inferiore, a pasto tendono a bere un po' di più [D5 - Esperta sui temi della prevenzione nell'ambito dell'uso di alcol e sostanze].

Forse la dipendenza maggiore [...] è dalla nicotina. [...] Perché uno si rilassa quando fuma. Quella della nicotina è la dipendenza più evidente, almeno in ufficio [H6 - Dipendente INAIL].

Esistono casi di abuso di bevande alcoliche in tutti i settori lavorativi, ma è soprattutto nel mondo operaio che, a detta degli intervistati, si registrano il maggior numero di situazione di abuso o di uso diffuso seppur apparentemente non problematico. La maggior concentrazione di assunzione di alcol nelle fabbriche deriva in parte dalla questione a cui si è già accennato relativa all'accettazione culturale della pratica, ma in parte può essere spiegata considerando fattori quali: l'isolamento, la mancanza di controlli, la possibilità di potersi spostare da un luogo all'altro. Tuttavia, l'abuso di alcol viene considerato incompatibile con l'attività lavorativa: mentre alcune sostanze possono essere consumate in maniera celata (es. cocaina), la fruizione eccessiva di alcol non tarda ad essere scoperta da colleghi e datori di lavoro. Tuttavia, anche il consumo moderato genera delle ripercussioni negative: per esempio, alcuni datori di lavoro attribuiscono al consumo di alcolici durante la pausa pranzo il netto calo di produttività rilevabile durante il pomeriggio.

Accanto all'allarme per l'alcol, c'è una forte preoccupazione tra i partecipanti<sup>97</sup> ai focus group circa la crescita nei consumi di psicofarmaci sui quali non si esercita nessun controllo. Tali sostanze sono facilmente reperibili, ma sono collegate ad una serie di effetti collaterali significativi sui quali si discute in maniera ancora insufficiente e coloro che ne fanno uso sono spesso ignari e/o non curanti delle conseguenze legate a tale uso.

Per quanto riguarda le droghe considerate illegali dallo Stato italiano (eroina, cocaina, hashish etc.) non ho esperienza diretta per quanto riguarda i miei colleghi... In generale io vorrei portare l'attenzione su quelle che sono le droghe legalizzate: alcol, fumo e soprattutto i farmaci. Noi abbiamo persone che usano farmaci e nell'ambiente di lavoro creano rischi per i colleghi o comunque un calo di produttività [...]. Per esempio dovuti al fatto che certi farmaci scatenano attacchi di violenza e aggressività [A7 – RSL Poste italiane].

Li dove c'era un abuso di alcol in certe professioni soprattutto manuali, quell'abuso si è esteso ad altre professioni e soprattutto sta lasciando il posto ad abuso di altre sostanze psicotrope. Antidepressivi, ansiolitici che vengono prescritti... Sono cose allucinanti... [A6 – INAIL – medico legale della Direzione Provinciale di Trento].

Mi pare che ci sia un incremento dell'uso di sostanze... Di alcol lo constati spesso, così anche psicofarmaci, tranquillanti per cercare di stabilizzare la tensione che può creare il lavoro. È la domanda di lavoro che è cambiata, è l'ansia di non sapere se potrai rispondere alla nuova domanda, la rapidità con cui questa domanda deve essere soddisfatta. [A5 – Confcommercio, Direttore].

Io ho tutte le colleghe che fanno uso di antidepressivi, cioè tutte. [...] Perché alla fine, poi, l'ambiente ti condiziona. Non si gioca sul lavoro, non si scherza. Non ti puoi rilassare. Cioè devi entrare in un ruolo. Se tu hai un carattere diverso, abbastanza aperto, però quando sei al lavoro devi essere simile a loro: devi parlare delle stesse cose di cui parlano loro, ti devi adeguare e poi perché non puoi essere te stesso. C'è molto conformismo, molto [G1 – medico].

---

<sup>97</sup> In particolare: A1 – Rappresentante della cooperativa di reinserimento lavorativo “La Sfera”; A4 – CGIL - Segretario Credito e Assicurazioni; A5 – Confcommercio, Direttore; A6 – INAIL - medico legale della Direzione Provinciale di Trento; A7 – RSL Poste italiane; B2 - Ser.T, dirigente; D2 – Consulente dell'ambiente e sicurezza sul lavoro; E6 – Coordinatore operatori di strada- Associazione Alchemica; M6 – lavoratore precario; E6 - Coordinatore operatori di strada- Associazione Alchemica.

In particolare, il consumo di ansiolitici, antidepressivi e psicofarmaci in generale, è percepito più frequente tra le lavoratrici<sup>98</sup>, considerate più vulnerabili per motivi legati alla doppia presenza (carico professionale e domestico), crisi post-partum, maggiore fragilità, impossibilità di progettare una maternità a causa della precarietà, maggiori difficoltà a seguito di un divorzio (focus E):

[Il consumo] si è modificato molto però con delle distinzioni. Mentre gli uomini si buttano sull'alcol o sulle sostanze illegali, le donne si buttano sugli psicofarmaci, e rispetto all'età ci sono delle differenze [A4 – CGIL - Segretario Credito e Assicurazioni].

Un secondo gruppo di partecipanti sostiene che negli anni recenti negli ambienti di lavoro sia possibile individuare un'ampia presenza di tutte le sostanze, cocaina in particolare<sup>99</sup>. La diffusione di questa droga è determinata, a parere degli esperti intervistati, dal crollo dei prezzi che ha trasformato la cocaina in una droga facilmente accessibile, proletaria e funzionale alle richieste pressanti di una società fondata sul mito dell'ipercelerità.

La cocaina è percepita come sostanza a metà tra il patologico e il normale, in quanto il suo uso non determina immediatamente uno stato di dipendenza e può essere utilizzata come supporto nelle attività quotidiane, come strumento per migliorare le prestazioni, resistere alla fatica, aumentare la socialità. I consumatori di cocaina, difatti, non si percepiscono come tossicodipendenti, in quanto considerano l'uso funzionale rispetto gli obiettivi di *performance* e controllabile per quanto concerne l'asse frequenza/quantità. L'assunzione di questa droga pare così non solo non pregiudicare l'attività lavorativa, ma anzi può apparentemente (e momentaneamente) migliorarla soprattutto per l'aspetto della produttività incrementata. Inoltre, il suo uso può essere facilmente mascherato al datore di lavoro ed ai colleghi.

Alcuni soggetti la utilizzano solo nel fine settimana attraverso un pattern d'uso che potrebbe essere denominato di "abbuffata" e il cui scopo è di natura prettamente ricreativo. Questo tipo d'uso può protrarsi per molti anni prima di rendere evidente – al soggetto, alle famiglie, al datore di lavoro ed ai colleghi – l'esistenza di un problema che, spesso, emerge come problematica economica: se è vero, infatti, che il costo della cocaina ha subito un ribasso negli ultimi anni, il prezzo ri-

---

<sup>98</sup> Il dato è effettivamente confermato da quanto emerso a seguito della somministrazione dei questionari ai lavoratori. Cfr. cap. 4.

<sup>99</sup> I settori più a rischio sono: l'edilizia, l'industria metalmeccanica, il facchinaggio [D1 - Medico del lavoro dell'Ausl di Ravenna].

mane alto rispetto ad altre sostanze e, per di più, il consumo di associa a tolleranza tale per cui i consumatori sono indotti ad aumentare le dosi per ottenere gli effetti desiderati.

Un partecipante ad un focus organizzato a Bologna ha affermato che la richiesta di continui aumenti può essere un primo segnale che può far sospettare l'uso della droga, dato che l'uso di cocaina diviene una sorta di "imbuto" nel quale confluiscono tutte le risorse economiche del soggetto, il quale è spinto a dovere lavorare sempre di più per guadagnare in misura maggiore, ma per poter lavorare di più ha spesso bisogno dell'energia fisica che la cocaina può garantire. Risulta chiaro come questo meccanismo dia avvio ad una spirale che facilmente porta ad una serie di problemi di natura non solo economica, ma anche sanitaria e professionale. Tuttavia, come detto, spesso la richiesta di aiuto ai servizi arriva solo con grande ritardo e in presenza di un tracollo evidente, quando cioè la qualità della vita è seriamente compromessa.

L'uso della cocaina pare, inoltre, meno stigmatizzato rispetto ad altre sostanze (in primis, l'eroina) in quanto lo si considera frutto delle richieste sempre più pressanti della società odierna, frenetica ed orientata all'efficienza, tale per cui questa droga diviene sostanza funzionale rispetto agli imperativi contemporanei:

Paradossalmente, però, per chi lavora su impalcature e svolge lavori in altezza vige il divieto di assunzione di alcol ma di stupefacenti non se ne parla, mentre ad esempio nei cantieri "mi dicono" che gira molto la coca, perché di solito i lavori vengono appaltati e devono essere fatti in breve tempo. Si lavora con ritmi talmente alti che si fanno di coca, lavorano 12-13 ore, d'estate è anche molto caldo, e la coca costa poco adesso 20-25 euro, che come prezzo è molto accessibile [D2 - Consulente dell'ambiente e sicurezza sul lavoro].

Negli anni '80 manager e amministratori tiravano la coca, l'operaio beveva il vino e in generale l'alcol, adesso lo stesso operaio ti racconta del caffè bianco, ossia del risveglio con tiro di coca. Dagli anni '80 c'è stata una proletarizzazione per cui sia nel mondo operaio tradizionale che in quello di natura precaria c'è di tutto, e dunque si usano tutte le sostanze. Si usano durante le pause di lavoro e si usano prima di cominciare, si usano nella pausa pranzo, si usano alla fine [E3 - Responsabile sportello psicologi privati CTR].

Adesso va molto la coca, che dà una dipendenza molto più dell'eroina, ma proprio una dipendenza psicologica. Non è più la droga dei dirigenti, ma la droga degli operai anche per il prezzo e poi sicuramente gli spinelli che non vengono nemmeno visti come una sostanza, dicono che se li fanno per rilassarsi, prima di andare a



letto, “sto meglio se mi fumo una sigaretta” [D2 - Consulente dell’ambiente e sicurezza sul lavoro].

Secondo taluni, negli ambienti di lavoro non solo è possibile consumare droghe, ma anche acquistarle, in quanto coloro che sono dediti al microspaccio considerano l’azienda come un luogo sicuro dove operare lo smercio della droga in quanto difficilmente soggetto a controllo da parte delle forze dell’ordine. Il fenomeno trova conferma anche nella parte quantitativa del presente studio: dalla somministrazione dei questionari, i cui esiti sono stati discussi nel capitolo precedente, è emerso infatti che l’1,7% dei lavoratori intervistati ha dichiarato di aver acquistato sostanze illegali da un collega di lavoro. Il dato sale al 4,2% fra i giovani compresi tra i 18 ed i 30 anni.

Voglio [...] evidenziare un altro elemento, ossia il recupero delle sostanze. Adesso su questa scia, sta accadendo che il luogo di lavoro stesso sia contesto dove reperirne e luogo ad hoc è proprio il cantiere [E3 - Responsabile sportello psicologi privati CTR].

Quali sono le motivazioni che spingono i lavoratori al consumo? Un esperto ha indicato tre ordini di motivazioni: il miglioramento della performance, il divertimento e il bisogno di evasione.

[La fruizione di sostanze può rappresentare] un utilizzo a scopo prestazionale, un utilizzo a scopo ricreativo, un utilizzo a scopo consolatorio. Per quanto riguarda il primo punto devo dire che l’esperienza sindacale sul territorio bolognese non è rilevante nel senso che rispetto al lavoro dipendente e operaio devo dire che non è mai capitato di riscontrare una persona che utilizza sostanze ad esempio per migliorare la prestazione lavorativa. Di notevole entità invece è l’utilizzo allo scopo ricreativo, ma questo è al di fuori dell’orario di lavoro, ossia nel week end, o alla fine del lavoro e la cosa che ho notato che viene raccontato come un vanto: quando si racconta del week end particolarmente eccitante o con discoteca after hour e prolungamento oppure la classica sbronza viene riportata con questa connotazione [...]. Sull’utilizzo invece a scopo consolatorio, ho scelto questo termine per raccontare tre tipologie di casi che mi sono capitati. Una è legata a lavori stressanti e usuranti o ripetitivi o faticosi. L’esempio è il lavoro in catena, un lavoro particolarmente faticoso che crea o stress o noia e questo determina uso anche durante l’orario di lavoro, magari però legato più ad una sostanza in particolare come l’alcol oppure anche l’uso di droghe leggere come hashish e marijuana. Altra tipologia è chi è lontano da casa, e questo l’abbiamo riscontrato spesso nei grandi cantieri della variante di valico. Quando ci sono persone che vivono dentro i cantieri, al momento del termine turno utilizzano e spesso abusano

in particolare di alcol, un po' perché non hanno niente altro da fare, perché la famiglia è lontana. Il terzo caso (che temiamo anche che incrementerà in futuro) è legato alla perdita del lavoro e alla precarietà del lavoro. Abbiamo notato che i cittadini stranieri, molto presenti nel territorio, si rivolgono soprattutto al consumo di alcol. Si sono verificati anche alcuni recenti casi di consumo di eroina che, invece, sembrava abbastanza messa tra parentesi. Ad ogni modo, esistono situazioni molto diversificate [E4 - Responsabile CGIL comunità di montagna, zona Bologna sud].

La logica performativa è intesa come esito delle trasformazioni del mondo del lavoro, caratterizzato da un' "accelerazione costante, competizione inappagabile, cultura della performance" [E1 - Coordinatrice progetti Cooperativa "La Rupe"]. In taluni contesti, il consumo di sostanze psicoattive rappresenta un'esigenza, una necessità, una forma di supporto funzionale volta all'adempimento delle richieste pressanti imposte dal sistema lavorativo, tanto che l'uso può essere concepito come normalizzato, ovvero ritenuto ampiamente diffuso, tollerato, culturalmente accettato (cfr. § 2.3.3) e questo trova conferma soprattutto per alcune professioni: si pensi alla figura dell'imprenditore o del manager che ricorre alla droga per far fronte alle esigenze di socialità e allo stress psicologico o del lavoratore che svolge un lavoro connesso a sforzo fisico (operaio edile, turnista):

Uno che tutti i giorni deve tornare in ufficio e ha le palpitazioni è logico che è costretto a prendere uno psicofarmaco, perché devi anche lavorare [I6 - Dipendente pubblica].

Io non posso parlare del grande industriale che deve lavorare diciotto ore al giorno, allora quello la cocaina se la deve prendere [G3 - Impiegata pubblica].

Io penso che certi, ad esempio il camionista che fa tutte quelle ore, si prende qualcosa per aiutarsi, o il manager proprio perché è costretto sempre più ad arrivare ad un gradino più alto e quindi è costretto a fare tanti lavori [L3 - Rappresentante Terzo Settore].

Dopo l'alcol e la nicotina, i cannabinoidi sono la sostanza più diffusa sul territorio, e tenete presente che pur essendo illegali il loro uso è socialmente accettato da una buona parte della popolazione, è una cosa normale [B2 - Ser.T, dirigente].

Altri attori individuano come il consumo di sostanze psicoattive risponda soprattutto ad ideali ricreativi, ideali che il mercato illegale delle droghe non solo ha saputo individuare ma anche abilmente sfruttare a proprio vantaggio [Grosso 2008]. Il consumo ricreativo assume spesso la veste di policonsumo ed è volto all'intensificazione del piacere nel tempo libero secondo criteri di uso compatibile

rispetto agli impegni di lavoro e secondo logiche di autogoverno. Si rileva come “ci sono i giovani che esagerano nel fine settimana” [A1 – Rappresentante della cooperativa di reinserimento lavorativo “La Sfera”] e ciò comporta maggiori assenze soprattutto il lunedì mattina [M2 - Direttore del “Servizio Tutela Salute Ambienti di Lavoro” – Medico del lavoro].

Il divertimento è inteso in logica compensativa, premiante, a seguito di una giornata o di una settimana di duro lavoro. Gli eccessi sono, in alcuni ambienti lavorativi (per esempio fra alcuni operai, cfr. focus E) visti come qualcosa di cui vantarsi: correre rischi diviene allora momento gratificante attraverso il quale il soggetto sfida il proprio senso del limite, e non fonte di pericolo [Fundone 2005a].

Il mercato delle sostanze influenza l'uso e i consumatori influenzano il mercato delle sostanze, e questo si riflette anche nel mondo del lavoro. Noi ci troviamo una popolazione che vuole governare se stessa, quindi ci troviamo l'operaio che è stressato e che torna a casa e vuole concedersi il momento di evasione quando vuole lui, cercando di governare se stesso. E le sostanze sono uno dei tanti modi in cui il soggetto può governare se stesso secondo le situazioni: col Viagra governa la sessualità, con gli psicofarmaci governa l'ansia. [...] la scelta delle sostanze dipende anche dalle disponibilità: se hai l'alcol prenderai quello, se nel tuo ambiente di lavoro iniziano a girare altre sostanze prenderai altre sostanze. Il problema non è se utilizzarle o meno, ma come utilizzare le sostanze per governare se stesso, perché oggi il mondo lavorativo ti chiede produttività, prestazioni, efficienza... Perché senza queste, e se crei rogne, non sei competitivo per cui se la richiesta è di lavorare 24 ore al giorno lavorerai 24 ore, e se quindi il lavoratore non ce la farà e verrà a contatto con la “protesi chimica da sballo” userà quella [B2 - Ser.T, dirigente].

Per quanto riguarda il mondo del lavoro la tendenza è verso un uso compatibile. Oggi le sostanze sono molto diffuse, quello che è cambiato è il mercato che ha spostato l'attenzione dal dipendente al consumatore occasionale, in una operazione di marketing, perché quello è il nuovo mercato [B2 - Ser.T, dirigente].

Il modello della fuga (cfr. § 1.4.1) considera il consumo di sostanze psicoattive come tentativo di autocura, di annullamento, obnubilamento o assopimento della coscienza, di medicalizzazione di una forma di disagio che ha origini per taluni nel mondo del lavoro. In questi casi, le sostanze più coinvolte paiono essere l'alcol e la cannabis (hashish o marijuana). In particolare, sono tre le situazioni professionali che pongono il lavoratore in una situazione di rischio rispetto al consumo di sostanze psicoattive:

- mansione stressante, usurante, ripetitiva, faticosa: si pensi, per esempio, al lavoro a catena tipico di alcune fabbriche;
- svolgimento del lavoro in una sede distaccata lontano da casa: la noia, l'isolamento, la lontananza dagli affetti sono fattori di vulnerabilità che possono spingere verso l'uso di una sostanza come palliativo;
- infine, il precariato: l'impossibilità di progettare il futuro, costruire una famiglia, godere di una stabilità economica possono innescare un atteggiamento di fuga supportato dalle droghe e dall'alcol, soprattutto se la condizione di precario si associa a quella di vittima di mobbing.

Con le parole degli intervistati:

Determinate condizioni che sono legate all'impostazione classica della fabbrica portano l'individuo ad alienazione; io conosco aziende, come quelle della gomma plastica, dove ci sono persone che potenzialmente fanno lo stesso movimento produttivo tutta la vita, e questo oltre a creare malattie professionali specifiche, portano anche a problemi ulteriori [B5 - Sindacalista UIL – settore chimici].

Accenno al grosso problema del mobbing di cui vediamo sempre più spesso le conseguenze e del disagio che ne consegue per il lavoratore [parla un po' di questo...]. Sono quelle situazioni di sofferenza psichica provocate da una organizzazione del lavoro, quindi da una richiesta di prestazioni lavorative non consona. Le denunce stanno aumentando in modo vertiginoso, riguardano soprattutto il settore impiegatizio e bancario e sempre più spesso nell'analisi medica di questi casi [...] nella storia lavorativa emergono storie di ricorso a sostanze psicotrope, antidepressivi, fino ad arrivare all'alcol, all'uso di sostanze illegali. In maniera netta questo cambiamento del lavoro sta provocando grossissimi problemi di gestione da parte del lavoratore, che trova nelle sostanze un aiuto... [A6 – INAIL - medico legale della Direzione Provinciale di Trento].

Oltre alle teorie eziologiche connesse al modello prestazionale, ricreativo e della fuga, alcuni partecipanti ai focus ricordano l'approccio culturale: in alcuni ambienti il consumo è realizzato per consuetudine culturale, "perché si è sempre fatto così", "perché tutti lo fanno". Questo è il caso, già ricordato, soprattutto del consumo di alcol in alcuni contesti di lavoro come quello edile.

Infine, non bisogna dimenticare come alcuni sviluppano una condizione di dipendenza verso la sostanza, per cui l'uso risponde al bisogno di placare l'astinenza, è rituale dettato dalle esigenze di un corpo che richiede la droga e, che in sua assenza, non è in grado di adempiere ai compiti della mansione fino a quando neppure la sostanza può garantirglielo a causa della debilitazione psico-fisica

prodotta dalla tossicodipendenza. I casi più diffusi sono legati all'alcol e all'eroina [focus E].

Per quanto riguarda l'aspetto della dipendenza, seppur, ripeto, non tantissimi casi, ci sono capitati (anche se presumo ce ne siano parecchi ma noi non li conosciamo). Sono situazioni che partono da una delle motivazioni prima accennate e poi finiscono intrappolati nella dipendenza vera e propria. Questo significa che l'uso della sostanza serve proprio per lavorare perchè senza non si riesce a fare niente e questo travolge anche il lavoro [E4 - Responsabile CGIL comunità di montagna, zona Bologna sud].

C'è anche chi lamenta la mancanza di controlli, la facilità di evasione rispetto alle norme, le occasioni di isolamento che rendono possibile il consumo:

È più facile l'uso di alcol o sostanze in chi ha più libertà di movimento, chi è in catena ormai ha smesso di fumare, almeno questo è quello che riferiscono. Chi guida, invece, o fa un lavoro un cui va all'esterno, è libero di fermarsi al bar, è più portato a consumare, in questo caso le leggi non hanno ottenuto i risultati che hanno ottenuto proprio nel contesto aziendale. I lavoratori che sono meno controllati, sono meno disciplinati, sfuggono alla regolamentazione e sono più vulnerabili [D2 - Consulente dell'ambiente e sicurezza sul lavoro].

Nel focus E è emerso come l'uso di cocaina assuma un significato diverso a seconda che i fruitori siano manager oppure operai: nel primo caso, la logica prevalente è quella performativa, mentre nel secondo caso prevale la logica della fuga da un lavoro alienante. Non è d'accordo un'esperta, la quale sostiene che:

Il problema dell'utilizzo della sostanza è che ognuna ha delle peculiarità. La cocaina ci mette di fronte anche a persone che usano perché stanno bene e non perché stanno male, perché vogliono stare meglio, e l'uso della sostanza è di tipo premiante [E1 - Coordinatrice progetti Cooperativa "La Rupe"].

Le testimonianze sopra riportate testimoniano come la lettura del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope da parte dei lavoratori ben difficilmente si presti ad analisi monocausali, ma sia piuttosto il frutto di una molteplicità di fattori intervenienti, legati sia alla sfera individuale e privata sia alla sfera lavorativa, così come confermano gli studi empirici condotti in materia (cfr. cap. 1).

### 5.1.2 – Rapporto tra condizioni di lavoro e fruizione di alcol e droghe

Abbiamo già anticipato nel paragrafo precedente circa il fatto che alcuni partecipanti ai focus group abbiano sostenuto come i cambiamenti nel mondo del lavoro possano essere considerati fattori in grado di fornire un contributo eziologico nell'indagine per quanto concerne le motivazioni che spingono alla fruizione di sostanze psicotrope.

In questa direzione, i mutamenti più determinanti sono: l'aumento di richieste sui lavoratori, l'organizzazione del lavoro (es. turni<sup>100</sup>), l'alienazione, l'isolamento e la solitudine, la precarizzazione e la presenza di immigrati portatori di una diversa cultura anche in relazione al consumo di sostanze psicotrope.

Con le parole dei partecipanti ai focus group:

Rispetto all'età ci sono delle differenze, la sofferenza è diversa rispetto a chi è entrato molto tempo fa nel mondo del lavoro e chi vi entra ora: chi come me è entrato in banca pensando di fare l'impiegato e arriva a una situazione in cui non gli è richiesto di fare solo il bravo impiegato... [A4 – CGIL - Segretario Credito e Assicurazioni].

Un elemento legato al consumo di sostanze è la solitudine del lavoratore, dovuta alla natura e alla qualità del rapporto di lavoro; non c'è nessun rapporto tra lavoratore e territorio [F6 – Consulente di Prosit (Società di consulenza nella conduzione delle attività di tutela del rischio)].

Il mondo del lavoro richiede oggi di partecipare attivamente al processo produttivo ed organizzativo [F4 – Imprenditore, vice-presidente Confindustria Forlì-Cesena con delega ai rapporti con l'Università].

Il lavoratore oggi ha maggiori esigenze di raggiungere un buon livello di soddisfazione personale e questo determina forti pressioni [F3 – Segretario generale di FILLEA CGIL Emilia Romagna].

In relazione alle trasformazioni del mercato del lavoro: viste le richieste che stiamo osservando della nostra società, stiamo assistendo a nuove forme di depressione, che non è quella classica a cui eravamo abituati ma è legata all'immagine che io dò

---

<sup>100</sup> “I turni condizionano tutta la tua vita, i rapporti con la famiglia e con i tuoi cari” [B5 - Sindacalista UIL – settore chimici]. Come ci ricorda Franchini, «gli effetti dell'orario di lavoro [...] si riverberano sulla vita quotidiana e sociale dei lavoratori, provocando un diffuso disagio psicologico che ha per conseguenza la continua ridefinizione dei propri tempi personali, della relazioni sentimentali, familiari e amicali» [2005: 22].

all'altro e alle aspettative che ha nei miei confronti; in questo quadro si colloca l'uso di sostanze come le nuove droghe o la cocaina [A3 – Assistente sociale del Ser.T].

Esiste il problema delle difficoltà linguistiche con gli immigrati, i quali non hanno per nulla la cultura della sicurezza. Figuriamoci in queste condizioni se è possibile pensare di modificare il loro stile di vita! [D4 – Medico del lavoro libero professionista].

Esiste un problema enorme di consumo di alcol da parte degli immigrati dell'Europa dell'Est: come possiamo pensare di modificare un comportamento tanto radicato nella loro cultura? [F7 – Direttore Associazione Industriali Forlì-Cesena].

All'interno dei focus group si è spesso sviluppato un ampio dibattito sul ruolo esercitato da fattori riconducibili al mondo del lavoro e sviluppo di condotte tossicomane o comunque di sperimentazione/uso ricreativo delle sostanze psicoattive. Secondo alcuni soggetti è infatti inopportuno ritenere che i problemi sul lavoro siano il fattore chiave per spiegare le motivazioni che spingono un soggetto ad assumere alcol e droghe: al contrario, è necessario adottare un modello eziologico multicausale e multifattoriale, all'interno del quale la situazione lavorativa può avere sì un suo ruolo, ma sempre condizionato da altre variabili. Inoltre, secondo alcuni l'attività professionale può rappresentare un fattore di protezione anziché un fattore di rischio in quanto costituisce uno stimolo alla responsabilizzazione.

Rispetto anche alle origini, facendo anche memoria dei casi che abbiamo riscontrato, ci sembra difficile poter ricollegare direttamente al lavoro, allo stress e alla ripetitività l'uso di sostanze. Può essere una componente, ma non è che sia collegato ad un unico fattore. Verosimilmente più di un fattore si ricollega alla situazione di queste persone e posso dire che non è infrequente la situazione legata a problemi familiari [B1 – Membro dell'Ufficio sindacale e del lavoro della Federazione Trentina Cooperative].

L'alienazione e lo stress possono essere fattori che portano all'uso, ma normalmente i problemi alla base sono multifattoriali: c'è il problema familiare, c'è il lavoro, la struttura di personalità e non ultimo il problema genetico; ci sono persone che possono fumarsi la sigaretta una volta ogni tanto senza che questo scateni poi la dipendenza, e persone no. Cioè, ci sono molti fattori che possono facilitare il passaggio da un uso che al momento è una scelta del soggetto, ad un uso che diventa man mano problematico (cioè che produce via via problemi sociali, legali, ...) fino ad

arrivare alla dipendenza che, come universalmente accettato, è una malattia del cervello, ha una base comunque biologica [B2 – Ser.T, dirigente].

Non esiste un rapporto diretto lavoro e uso di sostanze, esiste però una correlazione tra uso e la disponibilità di sostanze che il soggetto trova sul territorio [B2 - Ser.T, dirigente].

Trovo che caricare questa responsabilità sul mercato del lavoro non mi sembra corretto. Trovo sia più il contesto sociale a portare conseguenze, o anche sì il lavoro e i suoi ritmi ma inserito in un contesto particolare [B4 – Rappresentante Confartigianato SAPI, Società di servizi tecnici del Sistema Artigianato e Piccole Imprese].

Non credo il lavoro sia la causa del consumo, anzi, può essere un deterrente perché è una forma di responsabilizzazione; quindi è una carenza di responsabilizzazione che parte dalle famiglie e viene protratta nelle scuole, viene poi proseguita spesso con l'università (e in questo le famiglie sono complici) e uno arriva a 25 anni che è costantemente in fuga dalle responsabilità. L'uso di sostanze è un epifenomeno, volete chiamarlo disagio questo? [C6 – Segretario regionale Associazione Nazionale Medici Competenti del Lavoro].

Soprattutto in materia di precarizzazione, sono state sviluppate ampie discussioni di confronto tra due diverse posizioni: alcuni ritengono infatti che l'aumento dei contratti atipici possa determinare lo sviluppo di condotte scarsamente virtuose nei confronti della salute a causa della forte instabilità lavorativa che crea un forte disagio psicologico nel lavoratore [C5 – Impiegato azienda privata], mentre altri ritengono che la precarietà professionale non possa incidere sulle condotte in esame. L'impossibilità di poter fare programmi a lungo termine, il timore di perdita del posto di lavoro e conseguentemente di una fonte di sostentamento economico, l'incapacità di uscire dal circuito familiare d'origine raggiungendo una piena indipendenza costituiscono fattori stressanti e demotivanti, generatori di un clima di sfiducia sistemica generalizzata che porta i soggetti ad esasperare la dimensione del presente a fronte di un futuro incerto. Come ci ricorda Bauman [1999], “la paura dell'inadeguatezza”, tipica di chi, nella società postmoderna, svolge “lavori effimeri”, “provvisori”, a scapito di lavori a “posto fisso”, rimanda all'incapacità di definire in modo appropriato ai propri desideri la propria biografia e alla difficoltà di essere sempre in movimento, flessibile e pronto ad assumere modelli di comportamento differenti, ossia «di essere allo stesso tempo argilla plasmabile e abile scultore. [...] gli attrezzi per scolpire sono reperibili nel mondo sociale [...] come pure gli schemi e i modelli già definiti per guidare la modellatura; ma la re-



sponsabilità di intraprendere e portare a termine il lavoro ricade interamente sulle spalle dello scultore» [ibidem: 108].

Si noti come in un intervento [N2 – Responsabile selezione del personale di un'agenzia di collocamento privata] sia sollevata la questione, emersa anche nei questionari, della maggiore vulnerabilità di coloro che pur avendo conseguito titoli di studio elevati (laurea e post-laurea), non riescono ad inserirsi in un percorso professionale adatto alle loro capacità e competenze e questo può avvicinare alla fruizione di sostanze psicotrope secondo un agire consolatorio e orientato all'evasione da una realtà problematica.

Altri esperti preferiscono abbracciare un paradigma interpretativo pluricausale, in quanto “la precarizzazione non è ragione sufficiente per drogarsi, altrimenti dovrebbero drogarsi quasi tutti i giovani” [es. L8 – Assistente sociale Ser.T; N6 - Lavoratore precario-Selezionato per borsa-lavoro].

Tuttavia, esiste anche chi porta testimonianza di episodi in cui il lavoratore ha iniziato a consumare sostanze a causa di problemi insorti in ambiente lavorativo:

Mi è sembrato di cogliere che nella maggior parte delle analisi fatte si partiva da un assunto di una fragilità della persona già antecedente l'uso di sostanze, che veniva accentuata dalla perdita di lavoro o da altri fatti. Sarà sicuramente così, non ho elementi per dire il contrario e mi sembra anche di buon senso dire così. Ma l'esperienza che portavo io era di gente che ha cambiato il proprio modo di comportarsi e il rapporto con le sostanze in virtù di problematiche che sono insorte sul lavoro; persone che non avevano fragilità particolare prima di questi cambiamenti professionali (dallo stress fino alla perdita del lavoro) [C5 – Impiegato azienda privata].

I problemi principali emersi in ambiente di lavoro che possono avere ripercussioni dirette sullo stile di vita sono: la precarietà, lo stress, il mobbing, l'alienazione, la mancanza di riconoscimento del lavoro svolto.

### *5.1.3 – Opinioni in merito agli interventi possibili nei luoghi di lavoro*

È possibile intervenire con programmi di prevenzione all'interno dei luoghi di lavoro? Se sì, attraverso quali modalità?

A questa domanda i partecipanti ai focus group hanno indirizzato la loro attenzione verso alcuni di quelli che ritengono essere aspetti problematici in materia di promozione della salute nei luoghi di lavoro, dividendosi tra coloro che sono ottimisti circa la possibile applicazione di interventi preventivi nei contesti occupazionali e, al contrario, coloro che adottano una posizione più pessimista.

Probabilmente una sensibilità nei luoghi di lavoro potrebbe essere uno di quei territori dove avere delle antenne, elementi che attraverso alcuni indicatori si potrebbe essere in grado di cogliere e inserire interventi in un territorio non ancora altamente problematico come è quello di chi accede ad un servizio di cura o programma più o meno strutturato che devo dire, da quando trattiamo anche i cocainomani per noi l'operatività è decisamente molto cambiata [E1 - Coordinatrice progetti Cooperativa "La Rupe"].

Coloro che si rivelano dubbiosi circa la possibilità di applicare i principi prevenzione del consumo di sostanze psicotrope nei luoghi di lavoro richiamano due motivazioni atte a spiegare la propria posizione: da un lato, il consumo di sostanze psicoattive ha cause non strettamente collegate al contesto di lavoro, pertanto è la società che deve farsi carico del problema; d'altro canto, il mondo occupazionale accoglie adulti i cui stili di vita sono già in parte consolidati e pertanto qualsiasi intervento si rivela tardivo:

Ci può anche essere che il datore di lavoro entra in questo che è un problema sociale e dia degli input nell'attività di formazione, ma non lo vedo come un suo compito. Vedo sicuramente coinvolti il territorio, la scuola. La prevenzione deve essere effettuata più lì, in ambito scolastico anche perché è lì che verosimilmente si colloca il rischio, e anche l'azienda sanitaria che è promotore di buone pratiche [B1 – Membro dell'Ufficio sindacale e del lavoro della Federazione Trentina Cooperative].

Non si possono fornire proposte collegate al mondo industriale dato che il problema è culturale e pertanto è la società che deve risolverlo, non il mondo della produzione [F4 - Imprenditore, vice-presidente Confindustria Forlì-Cesena con delega ai rapporti con l'Università].

La prevenzione fa fatta prima, durante l'infanzia e l'adolescenza, perché è in quella fase che si strutturano le risorse personali e sociali in grado di determinare condotte virtuose ed astinenti. Un soggetto in età lavorativa ha ormai determinato il proprio stile di vita [M1 - Psicologo Dirigente del Ser.T dell'ASL SA2].

Alcuni partecipanti hanno trattato la questione in termini economici, sollevando come l'unico interesse delle aziende ricada sulla questione profitto, fatto che suggerisce ulteriori indagini volte a stimare e valutare i costi che il consumo di sostanze psicoattive comporta per gli imprenditori (soprattutto per le piccole medie imprese), al fine di valutare se sia effettivamente necessario imporre loro costi

aggiuntivi per la diffusione di programmi di prevenzione o per l'implementazione del drug testing [M2 - Direttore del "Servizio Tutela Salute Ambienti di Lavoro" – Medico del lavoro].

Rispetto al contesto legislativo che disciplina la tematica, numerosi partecipanti hanno sollevato critiche severe che in parte coinvolgono il ruolo assunto dal Ser.T, considerato quale struttura inadatta ad affrontare il problema a causa soprattutto del processo stigmatizzante connesso all'accesso. In altri termini, gli esperti ritengono che alcuni soggetti (quadri e dirigenti in primis) tendono a non considerare la possibilità di richiedere sostegno ed aiuto ad una struttura pubblica per timore di una violazione della propria privacy, un indebolimento del proprio status sociale e una sfiducia generalizzata in questo tipo di struttura:

Laddove c'è una dipendenza fisica, l'operaio si rivolge ai servizi, diversamente l'impiegato o il dirigente non fa questo passo verso il servizio pubblico, si rivolge a strutture private. [...]. Difficilmente abbiamo al servizio quadri e dirigenti, soprattutto del settore privato, anche per un'altra questione: il cocainomane non ritiene di essere tossicodipendente, non ha questa percezione e non vede il motivo di recarsi al servizio [A3 - Assistente sociale del Ser.T]<sup>101</sup>.

Il Ser.T non ha tempo di fare niente, nel senso... E non credo nemmeno che sia il luogo dove la gente può venire o aspettarsi informazione, se non per casi specifici, ma "prima" non è proprio realistico pensare al Ser.T. I nostri ragazzini che passano da noi, comunque, ne sanno sulle sostanze, effetti collaterali, sanno tutto e di più [E7 – Responsabile SER.T Bologna (Navile)].

Ugualmente, c'è l'idea che in caso di riscontro di un problema di tossicodipendenza il lavoratore debba essere consegnato ai servizi per garantirsi circa la possibilità di una cura del soggetto in modo tale che egli torni ad essere produttivo. Il problema è per così dire esternalizzato, rinviato alla società, considerata causa del disagio, origine del male, mentre al contrario il luogo di lavoro è concepito quale setting su cui ricadono gli esiti negativi (soprattutto di matrice economica) di tale problematica. Questo ci riporta ad una delle opzioni individuate da Blum e Roman [1995], ovvero a quella dell'esternalizzazione (cfr. § 4.1) attraverso il quale il problema è affidato ad un soggetto esterno (cfr. anche Knudsen et al. [2004]).

---

<sup>101</sup> La stessa posizione è assunta da: A4 – CGIL - Segretario Credito e Assicurazioni; C6 - Segretario regionale Associazione Nazionale Medici Competenti del Lavoro; C4 - Sindacalista di Confindustria; E7 – Responsabile SER.T Bologna (Navile).

Il mondo del lavoro oggi non lo considera un suo problema perché non ne vede ancora i costi. [...] l'impresa ragiona in questi termini: se il costo minore dell'impresa, che deve essere competitiva, è quello di consegnare il malato al servizio che lo rende sano e lo fa tornare come prima, l'azienda farà questo [B2 - Ser.T, dirigente].

Per quanto riguarda la prevenzione, i vostri interventi sono stati molto significativi, perché in realtà la prevenzione è un handicap: demandiamo a qualcun altro il problema (scuola, azienda sanitaria, territorio) pensando che sia qualcosa che non ci interessa mettendo in rilievo uno dei meccanismi normali che è quello della rimozione ("non è un problema mio... Che la facciano gli altri"). Fino a quando non riusciamo a pensare che la prevenzione è un problema culturale del contesto sociale, e quindi una cosa che riguarda tutti, non riusciremo mai a farla come si deve [B2 - Ser.T, dirigente].

Le critiche al sistema legislativo coinvolgono anche l'aspetto delle discriminazioni poste in atto, a parere degli esperti, dal recente testo di legge (D. Lgs. 81/2008). Tale documento si rivela discriminatorio su più livelli, ovvero: su quello delle sostanze e sulle categorie lavorative.

Per quanto concerne le sostanze, i partecipanti al focus si chiedono perché debbono esistere due diversi regimi per l'alcol e le droghe<sup>102</sup>, oppure perché non debba essere analizzata anche la presenza di psicofarmaci.

Esiste un obbligo di sorveglianza sanitaria per le droghe, mentre per l'alcol è facoltativo [C2 – Rappresentante del Dipartimento prevenzione e sicurezza sul lavoro APSS].

L'individuazione di alcuni profili professionali di rischio con obbligo di alcol e droga testing solleva molti dubbi tra gli esperti che derivano soprattutto dall'esclusione agli esami di coloro che svolgono mansioni associate a status sociale elevato:

Il dirigente che prende una decisione sotto l'effetto di cocaina è un pericolo per sé e per gli altri o no? [B2 - Ser.T, dirigente].

E chi dispone un bilancio? [B1 – Membro dell'Ufficio sindacale e del lavoro della Federazione Trentina Cooperative].

---

<sup>102</sup> Cfr. cap. 4.2.

I videoterminalisti fanno la visita ogni 5 anni e in 5 anni molte cose possono cambiare [C6 - Segretario regionale Associazione Nazionale Medici Competenti del Lavoro].

La normativa presenta una serie di punti critici. Per esempio, il fatto che le mansioni a rischio siano solo di livello medio-basso? Perché prevedere esami per i manovali e non per i chirurghi? Perché solo per i dipendenti e non per i titolari? [F3 - Segretario generale di FILLEA CGIL Emilia Romagna].

Altra questione riguarda la mancata distinzione da parte della normativa tra uso e abuso. In altri termini, è sufficiente la positività al drug testing per essere considerati consumatori e quindi inadatti a svolgere la mansione a rischio, anche se il consumo è avvenuto durante il tempo libero e gli effetti di alterazione psico-fisica sono cessati. In questo modo, quella che pare prevalere è *una logica di controllo anziché di promozione della salute*. Il medico del lavoro è un soggetto il cui ruolo è fortemente limitato: egli non deve far altro che applicare la legge, eseguire i controlli, scongiurare l'assunzione di sostanze e, in caso di positività ai test, dichiarare l'inadattabilità alla mansione inviando il lavoratore al Ser.T per gli accertamenti di II livello.

Gli esami non rilevano se il soggetto è in condizioni di alterazione legata all'assunzione di sostanze nel momento dell'esame ma se ha assunto in un periodo variabile (es. cannabis: fino a 30 giorni prima). In questo modo si entra nella vita privata delle persone e non si comprende se lo scopo della legge è aumentare la sicurezza tra lavoratori oppure seguire un ideale etico-morale di proibizione delle sostanze *tout court* [F2 - Medico del lavoro (Salute e lavoro soc.coop)].

Prevale la dimensione del controllo che è poi il modo in cui si traduce operativamente la prevenzione sui contesti del lavoro, ossia fare in modo che vengano seguite le normative sancite per quel contesto [E2 - Medico medicina del lavoro].

Secondo me una delle più grosse difficoltà è quella della comunicazione, del fatto che non mettiamo le persone in condizione di dirci liberamente di essere consumatori e questo perché l'ambiente è criticante e pregiudicante. Insomma quando si parla di drug test, come volete che sia possibile creare percorsi di apertura e collaborazione? Ciò che prevale negli ambienti di lavoro è l'ottica del controllo, ma diversamente dovrebbe esserci serenità e così si potrebbe dire di essere consumatori senza associare per forza l'idea di problematico [E5 - Operatore Cooperativa "La Rupe"].

Fra gli altri attori coinvolti nella prevenzione, si segnala il ruolo del tutto assente dei sindacati, fatto che conferma quanto già emerso attraverso la somministrazione dei questionari ai lavoratori (cfr. § 4.2.6.): questo ente si occupa di infortuni sul lavoro, malattie professionali, invalidità e pensioni, ovverosia di tutto ciò che concerne la previdenza. Pertanto, il ruolo dei sindacati non solo è residuale, ma anche tardivo in quanto si esercita soltanto una volta che una problematica è conclamata, evidente, e l'intervento può essere solo di natura (eventualmente) riparativa.

Per quanto riguarda il ruolo dell'Azienda, alcuni esperti hanno sostenuto che molti datori di lavoro sono a conoscenza dell'uso di sostanze da parte di alcuni dipendenti sebbene non intervengano fino a quando tale condotta non determini un danno di natura economica all'impresa. Per cui, per esempio, alcuni imprenditori sono tolleranti dinnanzi al ritardo o l'assenza il lunedì mattina, probabilmente legati all'abbuffata del fine settimana, purché il lavoratore recuperi le ore perse durante il resto della settimana (focus E).

Rispetto alla possibilità di un intervento realizzato dai colleghi di lavoro, si rileva una certa sfiducia legata soprattutto ai timori di ritorsioni, fuga di notizie o difficoltà a parlare apertamente.

Io penso che nei posti di lavoro grandi come il nostro dove ci lavorano tremila, quattromila persone sarebbe utile avere uno sportello di persone super partes qualificate, professionali, che non hanno niente a che fare con l'amministrazione cui ci si possa rivolgere per tutti i problemi evidenziati. Secondo me il grosso problema è che per esempio esistono comitati per le pari opportunità [...] ma sono sempre composti da persone che fanno parte della struttura. [...] ho molte difficoltà ad avvicinarmi a un servizio di questo genere, perché non mi sento tutelato, [ho paura per possibili] ripercussioni, la segretezza che viene violata [H3 – psicologa].

Concretamente, gli esperti intervenuti ai focus group forniscono alcuni suggerimenti per migliorare l'efficacia delle strategie di prevenzione dei luoghi di lavoro. Tali suggerimenti sottolineano l'importanza della formazione, rivolta in particolare agli immigrati. È interessante notare come, soprattutto da parte degli operatori del settore dipendenze, vi sia la chiara consapevolezza dell'insufficienza di una mera informazione intesa quale trasmissione di notizie sui danni derivanti da droghe e alcol tout court in linea con quanto testimoniano gli studi che si rifanno al filone dell'*Evidence-based Prevention* (cfr. § 2.3). Al contrario, si sottolinea l'importanza di fornire un'informazione che abbia determinate caratteristiche:

- deve essere ampia e tarata sul target:

Dobbiamo sempre considerare chi abbiamo di fronte, cercare i linguaggi giusti, adatti, ponderati. Gli immigrati dovrebbero essere destinatari di progetti ad hoc [B2 - Ser.T, dirigente].

Bisogna formare su queste tematiche i dirigenti, i funzionari che hanno responsabilità in maniera che possano riportare nelle loro strutture, capire situazioni problematiche, formare anche chi deve gestire le risorse umane [F3 - Segretario generale di FILLEA CGIL Emilia Romagna]

- volta a sottolineare, rispetto all'adozione di condotte virtuose, i benefici certi ed immediati sul presente piuttosto che i rischi possibili sul futuro:

Perché andare nelle scuole o nelle fabbriche a dire che le droghe fanno male non serve a nulla, come non è servito a nulla mettere sui pacchetti di sigarette che il fumo fa male, uccide i vostri figli, etc. Non serve a nulla perché più una cosa spaventa più la si rimuove. Altro errore della prevenzione è stato pensare che dobbiamo lanciare un messaggio oggi perché non succeda qualcosa domani: oggi noi non viviamo nel domani, ma nell'oggi, non ci si proietta nel futuro, si devono creare messaggi orientati all'adesso, che mostrino piaceri alternativi e immediati contrapposti alle sostanze [B2 - Ser.T, dirigente].

- che sappia incidere sugli stili cognitivi (credenze, atteggiamenti, opinioni) attraverso strumenti efficaci messi in campo da esperti competenti:

Bisogna lavorare sugli stili cognitivi [...] sul pensiero per categorie, sul relativismo culturale [A3 - Assistente sociale del Ser.T].

L'aiuto può essere dato solo da personale specializzato, l'idea che l'amore e la fratellanza possano salvare il mondo non funziona [B2 - Ser.T, dirigente].

Non è con l'empatia o il voler bene che possiamo pensare di risolvere il problema! [A3 - Assistente sociale del Ser.T].

- in grado di favorire l'assunzione di responsabilità sia collettive sia individuali, nella piena comprensione del significato funzionale e contestuale che la fruizione di alcol e droghe assume:

La responsabilità delle istituzioni è quindi quella di ridurre i fattori predisponenti, precipitanti, senza escludere la responsabilità individuale.

L'informazione dovrebbe trasmettere elementi di valutazione personale volta all'autocontrollo, per fare in modo che i soggetti siano in grado di individuare

quando esagerano, al fine di individuare il limite. Il controllo esterno con metodo coercitivo deve scattare solo dal momento in cui salta da parte del singolo l'autocontrollo. Le parole d'ordine, anche all'interno del mondo del lavoro, sono compatibilità e significato. Compatibilità della sostanza con la mansione lavorativa svolta. Significato che il singolo attribuisce a questa scelta; molto più spesso le sostanze non vengono utilizzate per il loro effetto farmacologico ma per il significato che hanno nel contesto e a livello personale [B2 - Ser.T, dirigente<sup>103</sup>].

- centrata sull'utilizzo di strumenti "in grado di sedurre", attraverso l'azione sui gruppi anziché sui singoli:

Adesso si comincia a parlare dell'ambiente lavorativo per creare una cultura diversa, fare incontri di formazione e informazione. [...] Il soggetto su cui agire è però senz'altro il gruppo, perché nel gruppo si rafforzano, se nel gruppo ti dicono "dai bevi", ti spingono a bere è più facile che uno lo faccia, se invece il gruppo ha recepito che è meglio non bere ti aiutano a non farlo; il gruppo può spingerti a farlo oppure o no. [...] Bisogna vedere chi è il leader e che atteggiamento ha ad esempio nei confronti dell'alcol, se è pro alcol allora è probabile che tutto il gruppo ne faccia uso; se riesci a convincere lui allora è più facile [D2 - Consulente dell'ambiente e sicurezza sul lavoro].

Le droghe sono seducenti (dato che sono sostanze piacevoli, stupefacenti, appunto) e dunque qualsiasi campagna deve aver capacità di seduzione, attirando l'attenzione [F1 - Direttore Ser.T Forlì].

Bisogna rendere attraente il bere analcolico [A5 – Confcommercio, Direttore].

- orientata alla modifica degli stili di vita, proponendo attività alternative allettanti rispetto al consumo di droghe e alcol:

Ritengo che bisogna intervenire sul modo di vivere, sull'idea dello sballo, di trovare e proporre cose alternative, riempire questo vuoto di alternativa allo sballo [E7 – Responsabile SER.T Bologna (Navile)].

La formazione non è però l'unico strumento suggerito. Gli esperti considerano importante:

- rafforzare il ruolo delle strutture le quali devono operare nel rispetto della privacy, della dignità personale, affinché sia favorito un accesso democrati-

---

<sup>103</sup> Della stessa opinione è B4 – Rappresentante Confartigianato SAPI, Società di servizi tecnici del Sistema Artigianato e Piccole Imprese.



co e spontaneo di tutte le categorie professionali senza il timore che ciò determini discriminazioni:

Mancano strutture non stigmatizzanti a cui i consumatori problematici possano accedere con riservatezza [B2 - Ser.T, dirigente].

- migliorare l'ambiente di lavoro attraverso la rimozione o perlomeno la riduzione dei rischi psico-sociali quali stress, alienazione, isolamento, conflittualità fra colleghi. Inoltre, sarebbe importante ricomporre i tempi di vita e di lavoro:

Bisogna creare ambienti di lavoro più sereni. Perché se ci si mette anche l'ambiente di lavoro... È importante la solidarietà fra colleghi così si può trovare anche fra loro un appoggio. E sono importanti gli stimoli lavorativi perché se no ci si appiattisce [G3 – Impiegata pubblica].

Il passo futuro dovrebbe predisporre normative adeguate che tengano conto che un altro dei rischi da valutare, è quello dello stress lavorativo e bisognerebbe introdurre fra le visite mediche lavorative una visita psicologica che rivela il clima psicosociale sul posto di lavoro [I6 –Dipendente pubblica].

- *Last but not least*, la prevenzione dovrebbe operare non soltanto secondo una logica di controllo, ma dovrebbe sempre di più identificarsi come intervento di promozione della salute in senso lato, agendo sulle credenze e gli atteggiamenti, al fine di promuovere uno stile di vita sano, virtuoso al di là delle sedimentazioni culturali che enfatizzano l'uso di alcol e droghe.

Parlando della tutela sui luoghi di lavoro, secondo me il concetto principale non è quello di sicurezza, ma dovrebbe essere quello di salute [E6 – Coordinatore operatori di strada-Associazione Alchemica].

Il Medico del lavoro non dovrebbe essere un garante della sicurezza, ma un promotore di salute [F5 - Direttore sanitario di Medoc srl (centro polifunzionale di servizi per Medicina del Lavoro, Medicina dello Sport, Igiene e Sicurezza sui luoghi di lavoro)].

## 5.2 - La situazione in Gran Bretagna descritta dagli esperti inglesi

### 5.2.1 – Alcol, droghe e lavoro nel Regno Unito

Come anticipato ad inizio del capitolo, il confronto tra la situazione italiana e quella inglese in materia di consumo di sostanze psicotrope da parte dei lavoratori si è sviluppato a seguito di un periodo di *visiting fellowship* trascorso presso la *Center for Public Health* della John Moore University di Liverpool (18 Giugno - 20 Settembre 2009).

La Gran Bretagna rappresenta uno dei paesi europei ove il consumo di sostanze psicoattive registra la massima diffusione, sebbene l'analisi diacronica riveli come il consumo di alcune droghe tenda a stabilizzarsi o, in taluni casi, a registrare una debole flessione.

Partendo dall'analisi delle sostanze legali<sup>104</sup>, il recente rapporto di Robinson e Lander [2009] denuncia come oltre un terzo degli adulti (41% maschi e 34% donne) ecceda rispetto alle indicazioni nazionali<sup>105</sup> in materia di alcol almeno una volta alla settimana. Si noti che sono soprattutto coloro che svolgono professioni manageriali a superare il limite piuttosto che i lavoratori manuali (43% vs 32%). Per quanto riguarda il consumo di tabacco, al contrario, troviamo un maggior numero di fumatori tra operai e soggetti che svolgono professioni manuali rispetto a coloro che occupano posizioni manageriali e professionisti (27% vs 15%).

Tuttavia, il numero dei fumatori è nell'ultimo decennio costantemente in discesa collocandosi nel 2007 al 21% della popolazione. La fascia di età più a rischio per il tabacco è quella compresa tra i 20 e 24 anni (fumatori: 31%), mentre l'alcol registra consumi più alti fra i meno giovani: alla domanda "Hai bevuto in cinque o più occasioni la scorsa settimana?", risponde affermativamente il 6% della popolazione tra i 16 e 24 anni, il 15% nella classe 25-44 anni e, infine, il 21% degli over 45.

Per quanto concerne le sostanze illegali, nel report curato dal Reitox National Focal Point [2008], per la Relazione Annuale dell'EMCDDA, si legge che nella popolazione compresa tra i 16 ed i 59 anni intervistati in Inghilterra e Galles, il 35,8% ha provato una droga illegale almeno una volta nella vita (cfr. Tab. 1). Nel dettaglio,

---

<sup>104</sup> Sul alcol e tabacco si rimanda, per approfondimenti, a due ricerche di comparazione condotte a livello europeo da Eurobarometer [2007a; 2007b].

<sup>105</sup> Le linee guida nazionali inglesi raccomandano un consumo di massimo 3-4 bicchieri di alcol per gli uomini adulti e 2-3 bicchieri per le donne adulte. In termini di distribuzione settimanale, i limiti sono fissati a 21 unità alcoliche per gli uomini e 14 per le donne. Il *binge drinking*, ovvero la pratica di bere con la finalità di raggiungere uno stato di ebbrezza, è stabilito in 8 unità alcoliche per gli uomini e 6 per le donne [Robinson, Lander 2009].

l'uso *lifetime* di cannabis riguarda il 30% della popolazione; anfetamine: 11,7%; ecstasy: 7,5%; cocaina: 7,6%; LSD: 5,2%; oppiacei: 0,8%. Se si analizza il consumo relativo all'ultimo anno, si nota un declino legato all'uso di cannabis (2003: 10,8%, 2008: 7,4%). Rispetto al 1996, si registra una diminuzione dell'uso di cocaina (che resta tuttavia molto alto rispetto alla media europea: 7,6% vs 3,6%), ma un aumento nell'uso di anfetamine. In Scozia, i dati rivelano un consumo leggermente superiore, tant'è che tra la popolazione compresa nella classe 16-59 anni il consumo *lifetime* di droghe illegali si colloca al 36,6%. Al contrario, il dato è più basso nell'Irlanda del Nord (28%).

Dall'analisi dei consumi sulla popolazione giovanile (16-34 anni) emerge come il consumo "almeno una volta nella vita" riguarda il 40,1% dei giovani abitanti dell'Inghilterra e Galles, il 49,6% di coloro che vivono in Scozia e il 30,6% di chi vive nell'Irlanda del Nord.

Tab. 1 – Freq. % di consumatori di sostanze nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese. Dati 2007-2008, Inghilterra e Galles

|                          | Uso lifetime |         |        | Uso ultimo anno |         |        | Uso ultimo mese |         |        |
|--------------------------|--------------|---------|--------|-----------------|---------|--------|-----------------|---------|--------|
|                          | Maschi       | Femmine | Totale | Maschi          | Femmine | Totale | Maschi          | Femmine | Totale |
| Qualsiasi sostanza       | 41,8         | 29,9    | 35,8   | 12,6            | 6,2     | 9,3    | 7,5             | 3,2     | 5,3    |
| Anfetamine               | 14,4         | 9,0     | 11,7   | 1,3             | 0,7     | 1,0    | 0,5             | 0,2     | 0,4    |
| Cannabis                 | 35,9         | 24,4    | 30,0   | 10,1            | 4,8     | 7,4    | 6,0             | 2,4     | 4,2    |
| Cocaina                  | 10,3         | 5,1     | 7,6    | 3,3             | 1,3     | 2,3    | 1,5             | 0,6     | 1,0    |
| Ecstasy                  | 9,7          | 5,3     | 7,5    | 2,1             | 0,8     | 1,5    | 0,8             | 0,3     | 0,5    |
| LSD                      | 7,4          | 3,0     | 5,2    | 0,4             | 0,1     | 0,3    | 0,1             | 0,1     | 0,1    |
| Funghi al-<br>lucinogeni | 9,7          | 4,1     | 6,9    | 0,8             | 0,2     | 0,5    | 0,1             | 0,1     | 0,1    |
| Opiacei                  | 1,2          | 0,5     | 0,8    | 0,3             | 0,1     | 0,2    | 0,2             | 0,1     | 0,1    |
| Totale (f.a.)            | 13.209       | 15.291  | 28.500 | 13.120          | 15.211  | 28.331 | 13.103          | 15.202  | 28.305 |

Fonte: Reitox National Focal Point [2008: 36]

Rispetto ai più giovani, l'analisi condotta sugli studenti (15-16 anni) rivela come il consumo *lifetime* di una droga illegale riguarda il 25,2% degli inglesi e il 26,4% degli scozzesi. La cannabis si conferma quale sostanza illegale più largamente utilizzata dai giovani studenti: il consumo "Almeno una volta nella vita" è dichiarato dal 27% degli intervistati, confermando comunque il trend di declino (il dato nel 2005 si attestava sul 34%).

Tab. 2 – Dati di consumo di sostanze psicoattive nel Regno Unito

|  | Anno    | UK      | EU range |         |
|--|---------|---------|----------|---------|
|  |         |         | Min.     | Max.    |
| Cannabis: uso lifetime tra giovani adulti (15- 34 anni)  | 2007–08 | 40.1 %  | 2.9 %    | 48 %    |
| Cannabis: uso lifetime tra adulti (15- 64 anni)  | 2007–08 | 30 %    | 1.5 %    | 38.6 %  |
| Cannabis: uso ultimo mese tra giovani adulti (15- 34 anni)   | 2007–08 | 13.8 %  | 0.9 %    | 20.9 %  |
| Cannabis: uso ultimo mese tra adulti (15- 64 anni)   | 2007–08 | 7.4 %   | 0.4 %    | 14.6 %  |
| Cocaina: uso lifetime tra giovani adulti (15- 34 anni)   | 2007–08 | 12 %    | 0.1 %    | 12 %    |
| Cocaina: uso lifetime tra adulti (15- 64 anni)   | 2007–08 | 7.6 %   | 0.1 %    | 8.3 %   |
| Cocaina: uso ultimo mese tra giovani adulti (15- 34 anni)  | 2007–08 | 4.5 %   | 0.1 %    | 5.5 %   |
| Cocaina: uso ultimo mese tra adulti (15- 64 anni)  | 2007–08 | 2.3 %   | 0 %      | 3.1 %   |
| Cannabis: uso lifetime tra adolescenti (15- 16 anni)   | 2007    | 29 %    | 4 %      | 45 %    |
| Cocaina: uso lifetime tra adolescenti (15- 16 anni)  | 2007    | 5 %     | 1 %      | 5 %     |
| Uso problematico - tasso su 1.000 abitanti (15- 64 anni)   | 2006–07 | 9.9     | 0        | 9.9     |
| Uso per via parenterale  | 2006–07 | 3.5     | 0.6      | 15.1    |
| Malattie infettive (% infetti) - HIV   | 2007    | 1.1 %;  | 0 %      | 39.7 %  |
| Malattie infettive (casi per milione) – Nuove infezioni di HIV diagnosticate tra i consumatori di droghe per via iniettiva | 2007    | 2.7     | 0        | 85.7    |
| Morti droga-correlate  | 2006    | 2 025   | 7        | 2 025   |
| Violazioni normative sulle droghe  | 2006    | 124 344 | 878      | 278 797 |
| Violazioni della normative in material di droga  | 2006    | 86 528  | 66       | 253 559 |
| Violazioni della normative in material di cannabis   | 2006    | 51.9 %  | 21 %     | 82.8 %  |
| Numero di nuovi pazienti in trattamento  | 2007    | 47 165  | 34       | 47 165  |
| Percentuale di nuovi pazienti in trattamento per eroina come sostanza d'abuso primaria                                     | 2007    | 47.7 %  | 3.5 %    | 95 %    |
| Percentuale di nuovi pazienti in trattamento per cocaina come sostanza d'abuso primaria                                    | 2007    | 17.4 %  | 0 %      | 60.3 %  |
| Percentuale di nuovi pazienti in trattamento per cannabis come sostanza d'abuso primaria                                   | 2007    | 25.1 %  | 1.6 %    | 77.9 %  |
| Numero totale di pazienti in trattamento   | 2007    | 128 208 | 376      | 128 208 |
| Percentuale totale di pazienti in trattamento per eroina come sostanza d'abuso primaria                                    | 2007    | 63.7 %  | 10.5 %   | 97.8 %  |
| Percentuale totale di pazienti in trattamento per cocaina come sostanza d'abuso primaria                                   | 2007    | 12.7 %  | 0.2 %    | 45.1 %  |
| Percentuale totale di pazienti in trattamento per cannabis come sostanza d'abuso primaria                                  | 2007    | 15.6 %  | 0.6 %    | 68.2 %  |
| Numero di pazienti che ricevono un trattamento sostitutivo   | 2007    | 131 468 | 0        | 131 468 |

Fonte: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/uk/data-sheet>

Il consumo problematico riguarda il 9,97% della popolazione. Nel 2007, 128.208 soggetti hanno richiesto un trattamento per l'uso di droghe illegali, di cui 47.165 sono stati primi utenti. La dipendenza da oppiacei rappresenta la motivazione più diffusa per la richiesta di trattamento (47,7%), seguita da cannabis

(25,1%) e cocaina o crack (17,4%). Fra la popolazione in trattamento, il 38% ha meno di 25 anni, il 73% è maschio e il 28% femmina. La somministrazione di metadone o buprenorfina rappresenta la terapia più ampiamente diffusa. Cfr. tabb. 2 e 3.

Data l'alta diffusione di sostanze psicotrope, la prevenzione rappresenta una priorità per l'agenda politica del Regno Unito: i programmi più diffusi sono di tipo universale, ovvero rivolti a tutta la popolazione, sebbene si rintraccino programmi di intervento selettivo rivolti in particolar modo alle famiglie a rischio ed ai gruppi vulnerabili (cfr. cap. 2). Grande rilevanza assumono inoltre le campagne mass mediatiche, le quali invitano non soltanto ad astenersi dal consumo di sostanze psicoattive, ma insistono su un'ampia gamma di problemi o situazioni che possono essere indotte o favorite dal consumo di alcol e droghe, come incidenti stradali, malattie a trasmissione sessuale (Hiv, ma non solo) e gravidanze indesiderate. Tuttavia, è all'interno dell'ambito scolastico che la soglia di attenzione viene mantenuta particolarmente alta, data la giovane età<sup>106</sup> in cui gli studenti inglesi si avvicinano all'universo drogastico. Per tale motivo, interventi di prevenzione fanno parte dei curricula scolastici ed esistono linee guida per i contenuti dei progetti.

L'interesse in materia di prevenzione del consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro è emerso nel corso degli anni '90 in particolare grazie all'attività dell'*Health Education Authority* (l'Ente preposto all'educazione sanitaria) il quale ha avviato nell'ultimo decennio del secolo scorso alcuni importanti progetti fra i quali il noto programma *Health at Work* (Salute sul lavoro) del Servizio sanitario nazionale (NHS). Simili iniziative sono state avviate in Scozia e nel Galles dalla *Health Education Board for Scotland* e dalla *Welsh Health Promotion Authority* [Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di lavoro 1997].

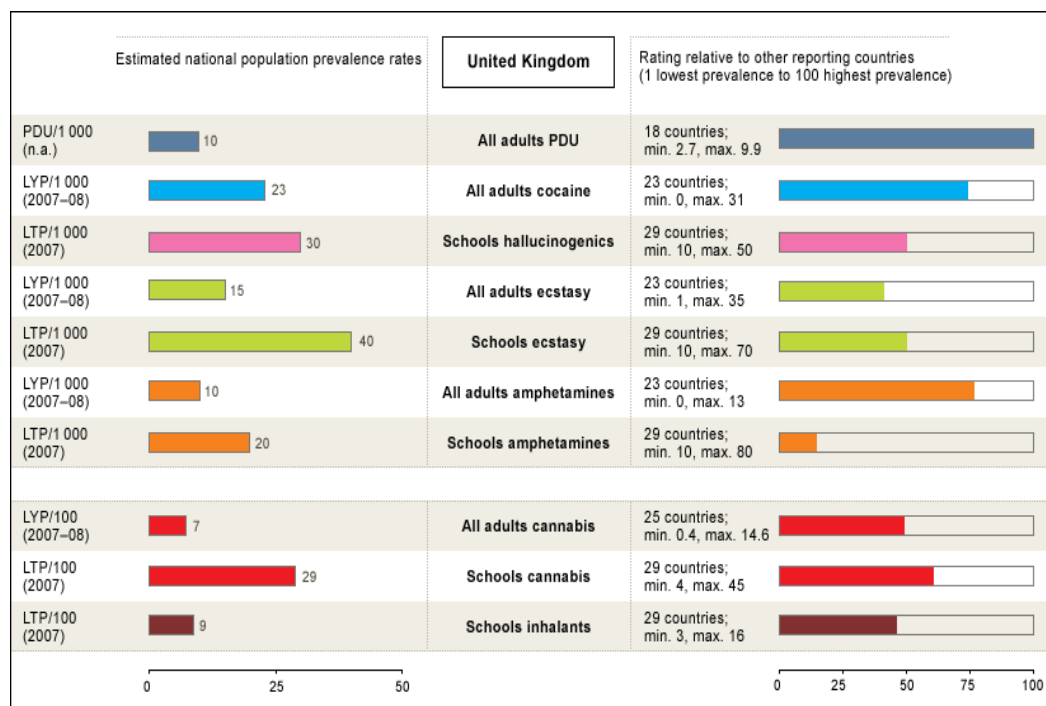
Nel 2001 il NHS diffonde un documento dal titolo *Workplace Health is good practice. Framework for Action in Primary Care*, nel quale si definisce la promozione della salute nei luoghi di lavoro come «la creazione di un ambiente di lavoro che promuova la salute e il benessere» [NSH 2001: 9] attraverso un intervento che coniughi un approccio orientato ad intervenire sia sulle variabili organizzative sia sul cambiamento dello stile di vita individuale. Le fasi – sintetizzate nella Fig. 4 – che compongono un programma di promozione alla salute in azienda dovrebbero contemplare 6 steps (creazione di reti di supporto, raccolta di informazioni ulteriori e specifiche, predisposizione di un piano strategico, implementazione e monito-

---

<sup>106</sup> Nonostante una diminuzione generale dei consumi, il report 2008 dell'Osservatorio europeo delle tossicodipendenze segnala come nella fascia tra 13 e 15 anni si registrino degli incrementi rispetto alle indagini degli scorsi anni [EMCDDA 2008].

raggio del piano, valutazione del piano, revisione e supporto alle strutture) attraverso l'azione di 4 componenti (le risorse umane e manageriali, salute e sicurezza lavorativa, sviluppo sostenibile e supporto all'ufficio personale in materia di salute e benessere).

Fig. 3 – Un confronto tra il Regno Unito e l'Europa. Dati EMCDDA, anno 2008



LYP: indicatore di prevalenza uso ultimo anno

LTP: indicatore uso *lifetime*

PDU: uso problematico

Fonte: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/uk/barometer>

L'interesse iniziale ha coinvolto inizialmente l'industria petrolchimica, il settore energetico e quello dei trasporti, considerati settori a più alto a rischio infortunistico, ma a partire dal nuovo millennio le iniziative si sono estese anche in altri campi professionali. Per quanto riguarda gli aspetti normativi, non esiste in materia una legislazione nazionale ad hoc come in Italia. Tuttavia, è improbabile che un giudice condanni un datore di lavoro che non ha voluto assumere un lavoratore risultato positivo agli esami tossicologici durante la visita preventiva oppure tutelare

un lavoratore in quanto ingiustamente licenziato per il consumo di sostanze illegali [Joseph Rowntree Foundation 2004].

Fig. 4 – Un modello integrato di promozione alla salute nei luoghi di lavoro



Fonte: NSH [2001: 10].

Questo comportamento deriva anche da una norma, il *Misuse of Drugs Act* del 1971, nel quale si stabilisce che un datore il quale permette il consumo di sostanze illegali nel luogo di lavoro può essere perseguito [ivi]. Esistono altre normative che possono essere citate e che sottolineano il ruolo del datore di lavoro quale “garante della salute e della sicurezza”: per esempio, l’*Health and Safety Work Act* del 1974, nel quale si stabilisce che il titolare o responsabile ha il dovere di proteggere la salute, la sicurezza e il benessere dei lavoratori nel luogo di lavoro; il *Management of Health and Safety at Work Regulation* (1999) obbliga il datore di lavoro alla valutazione dei rischi in ambito professionale; infine, il *Transport and Works Act* (1992) stabilisce che costituisce un reato il fatto che certi lavoratori (specialmente se guidano autobus o treni) siano sotto l’effetto di droghe o alcol e spetta al datore vigilare al fine di evitare che tali situazioni pericolose si verifichino [ivi].

Rispetto agli esami alcolemici e tossicologici, si precisa che la legge non li vieta, ma nemmeno li prescrive e pertanto è a discrezione del datore di lavoro

l'applicazione dei Drug e alcol testing, il quale può rivolgersi ai laboratori accreditati dagli *United Kingdom Accreditation Service* (UKAS). Gli esami sono realizzati sulle urine e raccolte in due diversi contenitori: il primo è esaminato da un laboratorio, il secondo è custodito e può essere inviato ad un altro laboratorio in caso di esito positivo e richiesta del lavoratore di accertamento ulteriore di verifica (cfr. <http://www.ewdts.org/euwdt/uk.html>). Sono possibili esami durante la visita preassuntiva, a seguito di incidente o persino in modalità random. Nel caso di esami condotti durante la visita preassuntiva, si segnala che il datore di lavoro può decidere di non assumere un lavoratore che si rifiuti di eseguire il test o che risulti positivo<sup>107</sup>. Si noti come normalmente nel contratto di lavoro sia specificata l'intenzione del datore di lavoro di effettuare esami e le modalità delle stesse. L'impiego di tali testing non deve discriminare alcuni soggetti o gruppi [Joseph Rowntree Foundation 2004]. Due norme, l'*Human Right Act* e *Data Protection Code*, entrambe del 1998, hanno determinato ricadute sull'impiego degli esami sui lavoratori. Per esempio, il primo stabilisce all'art. 8 che "ciascuno ha il diritto al rispetto alla propria vita privata e familiare", sebbene possano essere realizzati interventi che in qualche misura prescindano tale diritto in relazione a questioni inerenti "la sicurezza nazionale, salute pubblica o benessere economico di una nazione, per la prevenzione di disordini o del crimine, per la protezione della o la tutela morale, o per la protezione dei diritti e della libertà altrui". Nella seconda normativa citata, all'art. 3, si stabilisce che l'uso degli esami sui lavoratori è consentito solo nei casi in cui c'è il sospetto che tale fruizione possa pregiudicare la sicurezza. Il rispetto della privacy e dei diritti umani dei lavoratori sono tenuti in grande considerazione nel sistema britannico, in accordo con le Linee Guida diffuse dall'ILO [1996]. Per esempio, i test potrebbero rivelare che un lavoratore assume farmaci per problemi di natura psichica e questa scoperta potrebbe influenzare la decisione di un datore di lavoro di concedere al dipendente una promozione: questo dovrebbe essere evitato, in quanto, come si evince dal *Disability Discrimination Regulation* del 1996, l'assunzione di alcol e droghe non rappresenta una condizione di disabilità [Joseph Rowntree Foundation 2004]. Al contempo, se è vero che alcune droghe indagate sono illegali, non spetta al datore di lavoro effettuare un controllo sulle condotte in materia a meno che tale fruizione non riveli

---

<sup>107</sup> In Italia, come detto, sono vietate le visite preassuntive, sebbene l'introduzione di un recente Decreto correttivo (106/09 pubblicato in G.U. il 05/08/09 ed entrato in vigore il 20 agosto 2009) sollevi alcune controversie di natura interpretativa rispetto alla questione. Pertanto, si suppone che seguiranno indicazioni da parte del legislatore volte a chiarire i dubbi relativi all'applicazione del nuovo Decreto per quanto concerne il rapporto tra visite preventive e consumo di sostanze psicotrope.



delle ricadute negative in termini di sicurezza e produttività aziendale [ivi]. In sintesi, quindi, se la normativa pare difendere soprattutto i datori di lavoro, alcuni interventi di legge cercano d'altro canto di evitare uno sbilanciamento delle prerogative, introducendo elementi di tutela del lavoratore.

In caso di licenziamento a seguito di un esito positivo dei test, il lavoratore può impugnare legalmente la questione. In questo caso, spetta al datore di lavoro dimostrare che il licenziamento è avvenuto a seguito di giusta causa, legata al fatto che la fruizione di alcol e droghe esponeva il dipendente ed i colleghi a pericolo, riduceva la performance lavorativa oppure (in casi più rari e difficile da sostenere) nuoceva alla reputazione dell'azienda [ivi].

Nel report già citato “*Drug testing in the workplace. The report of Independent Inquiry into drug testing at Work*<sup>108</sup> – pubblicato nel 2004 dalla Joseph Rowntree Foundation con l'apporto anche di Drugscope, noto ente di ricerca britannico in materia di droghe – si sollevano importanti interrogativi circa la legittimità dell'impiego indiscriminato del drug testing nei luoghi di lavoro, dato che non sussistono chiare evidenze circa la connessione tra uso di droghe e/o alcol e infortuni, assenteismo, cali di produttività, soprattutto per quello che riguarda il consumo ricreativo nel tempo libero di alcune sostanze (cfr. cap. 1). Il problema nasce in virtù del fatto che gli esami tossicologici non rilevano l'intossicazione al momento del test (fatta eccezione per l'alcol), potendo al contrario rilevare un uso avvenuto giorni o addirittura settimane prima, come nel caso della cannabis. Con le parole degli Autori: «Una distinzione tra la sfera pubblica e quella privata è fondamentale nelle società liberali come il Regno Unito. Per una società che riconosce il valore della tolleranza e dell'autonomia, la mera constatazione che un'azione sia disapprovata o dannosa per l'individuo coinvolto, non può da sola rappresentare una giustificazione convincente per interferire con le scelte personali e la vita privata» [Joseph Rowntree Foundation 2004: 27, traduzione mia, *nda*]. Alle persone – si legge nel documento – non dovrebbe essere chiesto di organizzare la loro vita privata in vista della produttività aziendale, tanto è vero che altre attività (come per esempio il consumo di alcol in occasioni ricreative, il fatto di dormire poco a seguito di una serata di divertimento e persino il fatto di accudire figli piccoli) possono inficiare sulla produttività. Per di più – continua il rapporto – altri fattori potrebbero incidere sulla sicurezza e la performance, come per esempio le cattive condizioni di lavoro, stress, disturbi del sonno e problemi di salute. Per di più, mancano anche prove circa l'effetto deterrente legato all'impiego del drug testing. In sintesi, ci sono molte ragioni etiche a contrasto dell'uso indi-

---

<sup>108</sup> Il report è disponibile al sito <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/694.pdf>.

scriminato del WDT, alcune anche in chiaro conflitto con leggi quali l'*Human Right Act* e *Data Protection Code* già citato. Lo studio, pertanto, raccomanda di tenere conto delle implicazioni economiche, sociali e morali connesse all'uso del drug testing il quale dovrebbe essere impiegato soltanto quando ci siano fondati motivi di sospetto e nell'interesse della sicurezza complessiva degli ambienti di lavoro e dei lavoratori, attraverso procedure volte a minimizzare i rischi di falsa positività e in grado di rilevare l'intossicazione corrente. Al contempo, è necessario operare sull'organizzazione aziendale, sul miglioramento delle condizioni di lavoro, soprattutto in relazione a quelle che possono influenzare la vita privata, in quanto tali fattori sono considerati maggiormente influenti rispetto alle dimensioni della salute, della sicurezza e del benessere complessivo degli individui.

Per comprendere lo stato dell'arte circa il rapporto tra alcol, droga e lavoro in Gran Bretagna, è possibile esaminare qualche dato raccolto da un recente studio del CIPD [2007]. La ricerca è stata condotta attraverso la raccolta di 503 (su 9.993 inviati) questionari a direttori e datori di lavoro inglesi i quali sono stati interrogati nell'aprile del 2007 su questioni quali: le politiche e le procedure aziendali per la gestione del problema alcol e droghe, le modalità di comunicazione in materia, il drug testing, l'assunzione, il trattamento e il recupero dei lavoratori con problemi droga o alcol-correlati.

Questi sono alcuni dei risultati principali emersi nello studio:

- la questione del consumo di sostanze psicoattive fra i lavoratori e delle relative attività da applicarsi sui dipendenti trovati in possesso di alcol e droghe è trattata da procedure disciplinari in sei aziende su dieci; la percentuale aumenta nelle aziende manifatturiere e nei luoghi di lavoro dove esiste un elevato rischio infortunistico (75%);
- il 46% delle aziende dispone di programmi di assistenza per lavoratori che possono fornire un supporto individuale per problemi correlati al consumo di sostanze;
- le politiche in materia sono diffuse per lo più (due casi su tre) tramite il Regolamento per il personale; in un caso su due, si utilizza la rete intranet (con percentuale maggiore nelle aziende pubbliche); solo nel 33% dei casi è previsto un programma di formazione per i dirigenti e nel 22% per i lavoratori. Tuttavia, il report segnala come la minoranza delle aziende che adottano politiche in materia si occupino della comunicazione delle stesse in ambito aziendale;
- la questione alcol, droghe e lavoro rappresenta un problema in parte disciplinare e in parte sanitario (80% dei casi); nel 5% dei casi il problema è solo di natura sanitaria e nel 16% la giustificazione risiede nel tentativo di incrementare la produttività;

- circa il 60% degli intervistati ha affermato che la presenza di un ambiente *alcol-free* rientra nelle specifiche preassuntive;
- il 24% ammette che esistono divieti espliciti di consumo di bevande alcoliche nelle pause; tuttavia, nel 22% dei casi il consumo è possibile a pranzo e in un terzo nei momenti di ricreazione;
- un quarto degli intervistati ha dichiarato che si rivolgerebbe alla polizia nel caso in cui scoprisse un lavoratore in possesso di sostanze illegali;
- il drug testing è applicato nel 22% delle aziende (il dato del rapporto CIPD 2001 si attestava al 18%); il 9% delle aziende pensa di introdurlo. Si noti che nel 65% il test non è applicato e non c'è l'intenzione di introdurlo. I dati aumentano, però nelle aziende ad alto rischio infortunistico: in questo caso, sono applicati esami tossicologici nel 53% dei casi e nel 18% si pensa di introdurlo nel breve futuro;
- nella maggior parte dei casi (20%), la tipologia di drug testing applicata è quella per sospetto, ovvero il datore di lavoro invita il lavoratore a sottoporsi all'esame quando nota una riduzione della performance ovvero ha fondati motivi per sospettare il consumo di alcol e droghe. Il test random è più raro (10%). I dati circa la diffusione del test sono più alti in settori del manifatturiero (40% per sospetto; 30% durante la visita preassuntiva; 20% secondo modalità random) e nei settori a rischio infortunistico (40% a seguito di incidente; 35% preassuntivo; 20% random). La modalità prevalente è l'esame del tasso alcolico nel respiro e l'analisi delle urine per le droghe;
- le tre modalità più diffuse per far fronte al problema di consumo di alcol e droghe sono: l'invio ad servizio di *counselling*, l'applicazione di sanzioni disciplinari e l'intervento del medico del lavoro. Un intervistato su due ha rilevato l'applicazione di queste tre misure contemporaneamente;
- la prevenzione si fonda prevalentemente su tre tipi di intervento: il supporto di servizi assistenziali per i lavoratori, opportunità di lavoro flessibili, la possibilità di accedere a servizi di counselling individuale. Si noti che in un caso su tre le aziende forniscono supporto di counselling in materia di stress in quanto si suppone che esso possa avere un effetto negativo sulle pratiche alcoliche e/o il consumo di droghe. Ugualmente, è ritenuto fondamentale garantire una flessibilità dell'orario di lavoro al fine di conciliare le esigenze di vita e di lavoro. I programmi di assistenza ai lavoratori sono disponibili nel 40% delle aziende dirette dagli intervistati. Solo il 30% delle compagnie, tuttavia, adotta programmi di formazione per i manager orientati allo sviluppo di conoscenze e competenze atte ad individuare precocemente i segnali connessi all'abuso di alcol e droghe;

- un terzo delle aziende predispone programmi per la promozione della salute e del benessere; un quarto prevede programmi per gestire lo stress e per la valutazione dei rischi psico-sociali;
- le tre ragioni principali per introdurre delle politiche in materia di alcol e droghe sui luoghi di lavoro sono: promuovere la sicurezza nei contesti professionali; stimolare l'attenzione verso la salute dei lavoratori e prevenire riduzioni della *performance*;
- negli ultimi due anni, circa la metà dei datori di lavoro ha punito i propri dipendenti per fatti connessi all'assunzione di alcol e circa un quarto per la fruizione di droghe;
- circa un terzo delle aziende ha licenziato un dipendente negli ultimi due anni per motivi collegati all'alcol e circa il 15% per droghe illegali;
- un terzo dei datori di lavoro ha inviato un lavoratore ad uno servizio per il trattamento e la cura di problemi connessi alle bevande alcoliche e il 12% per droga; nel 60% dei casi di invio, il lavoratore ha superato il problema ed è stato reintegrato in azienda.

Le principali conclusioni del report possono essere così riassunte: il 40% delle aziende non prevede politiche in materia di alcol e droghe nei luoghi di lavoro, sebbene, come anticipato, esistano prove del buon esito dei programmi di cura e riabilitazione, tanto è vero che nel 60% dei casi di lavoratori inviati ai servizi per problemi alcol e/o droga correlati si riscontra il recupero del soggetto e la piena reintegrazione dello stesso nello luogo di lavoro. Il rapporto suggerisce inoltre indicazioni volte al miglioramento del sistema di comunicazione della *policy* nonché il rafforzamento dei servizi di assistenza e counselling.

### 5.2.2 – *Gli esperti inglesi a confronto*

In questo paragrafo saranno sintetizzati i quadri principali emersi dalle interviste somministrate a esperti inglesi in materia di prevenzione di alcol e droghe.

Così come per la situazione italiana, i nuclei tematici che hanno costituito la griglia di intervista concernono: la percezione circa la diffusione del consumo di sostanze psicoattive nella società e nei luoghi di lavoro; il rapporto tra condizioni di lavoro e fruizione di alcol e droghe; le opinioni in merito agli interventi possibili nei contesti professionali. Cfr. appendice.

Rispetto alla diffusione di droghe e alcol nel mondo del lavoro, gli intervistati hanno sottolineato come la Gran Bretagna detenga il triste primato in materia di consumo di molte sostanze psicoattive e questo si riflette inevitabilmente nel mondo del lavoro dato che la maggior parte dei consumatori sono parte della po-

popolazione attiva. In particolar modo, tutti gli intervistati hanno segnalato che la vera emergenza è costituita dalla fruizione di alcol sia per la diffusione della pratica di consumo (trasversale alle classi sociali e realizzata spesso attraverso modalità d'abuso condizionata dalla forte accettazione culturale del suo consumo, fatto che ne rappresenta il maggior indice di rischio) sia per le forti ricadute in termini di problematicità sulla sfera professionale.

Rispetto al consumo di tabacco, le statistiche indicano una diminuzione del numero dei fumatori, fenomeno che può spiegarsi – a parere degli intervistati – quale buon esito delle intensive campagne mass mediatiche nonché delle restrizioni circa il fumo di tabacco nei luoghi pubblici in vigore dal 1 giugno 2007.

Oltre all'uso di alcol, ampia diffusione registrano le sostanze come la cannabis, la cocaina e l'ecstasy, consumate attraverso pattern d'uso ricreativi soprattutto dalla popolazione giovanile.

Negli ultimi anni è nettamente aumentata la sensibilità verso l'uso di alcol. Sebbene sia una droga legale, sono noti gli effetti devastanti di questa sostanza. La sua legalità costituisce un fattore di maggiore rischio anche per la facile reperibilità. Limitare i consumi rappresenta una grande sfida proprio per l'alta accettazione culturale di questa droga [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Il numero dei fumatori di sigaretta si sta drasticamente riducendo in Gran Bretagna. I dati relativi all'incidenza e alla prevalenza sono in diminuzione, segnale questo che indica come meno soggetti iniziano a fumare, ma contemporaneamente molti smettono. Questo è un grande successo che può essere ricondotto alle campagne mass mediatiche ampiamente diffuse, ma anche al recente divieto di fumare nei locali. Nell'immaginario collettivo, il fumatore è visto negativamente, non più attraente, ovvero è qualcuno che uccide consapevolmente se stesso e danneggia gli altri. Il fumo rende inattraenti le persone anche da un punto di vista estetico [Int\_E - Ricercatore, esperto in materia].

Soprattutto fra i manager, la sigaretta è vista come simbolo di debolezza: come puoi avere il controllo di un team se non hai il controllo su te stesso? [Int\_D - Sociologo].

Qualche parola è spesa anche in materia di psicofarmaci [Int\_E - Ricercatore, esperto in materia]. La loro diffusione è ampia, coinvolge soprattutto gli adulti tra i 30 e i 40 anni e risulta trasversale alle diverse classi sociali. Rispetto alle differenze di genere, sono le donne a consumare un numero maggiore di antidepressivi

e ansiolitici, sebbene la forbice vada sempre più restringendosi. Si noti come spesso i soggetti con problemi di depressione subiscono un regime di ricovero.

Il consumo di psicofarmaci è diffuso un po' fra tutte le classi sociali, ma la fascia di età più colpita da problemi psicologici è quella mediana, dai 30 ai 40 anni. È un'età delicata, se qualcosa va storto (in famiglia, sul lavoro) il soggetto ha difficoltà a rimettersi in gioco. Sono le donne le più vulnerabili, ma il gap fra i generi è inferiore rispetto al passato [Int\_E - Ricercatore, esperto in materia].

Rispetto alle categorie professionali coinvolte nel consumo di sostanze psicoattive, gli intervistati segnalano: un problema d'alcol trasversale alle classi di età, la diffusione di stimolanti tra coloro che svolgono professioni associate a sforzo fisico o turni notturni, fruizione di sostanze ad uso ricreativo nel periodo di riposo tra coloro che operano attivamente in sedi lontane da casa.

Il vero problema è l'uso di alcol: questa si può essere considerata una priorità che coinvolge tutti i possibili contesti ove si possono realizzare programmi di prevenzione. La popolazione inglese registra alti consumi di bevande alcoliche che riguardano entrambi i sessi, tutte le classi di età e tutti gli strati sociali [Int\_B - Docente di salute pubblica].

I lavoratori occupati nel servizio postale sono monitorati da diversi anni e continuano a registrare alti livelli di consumo di varie sostanze, alcol in particolare. L'uso di amfetamine è diffuso fra tutti i lavoratori che fanno turni notturni. Coloro che lavorano nell'industria petrolchimica e alternano periodi di lavoro fuori casa a rientri sono noti per gli alti consumi di alcol e di cannabis. Ci sono anche alcune segnalazioni di uso di metadone fra coloro che lavorano in mare, fatto che fa presupporre precedenti usi di eroina. Tuttavia, il metadone è un farmaco quindi è possibile utilizzarlo [Int\_C - Docente di sociologia].

Non si può tralasciare però come in talune categorie professionali (in genere, si tratta di chi svolge mansioni faticose) ci sia un uso di stimolanti, ma non così diffuso [Int\_B - Docente di salute pubblica].

L'uso descritto dagli esperti è nettamente scisso a seconda si tratti di uso problematico (connesso soprattutto al consumo di eroina o cocaina crack) o uso ricreativo. Per coloro che esperiscono la prima situazione, è molto difficile trovare un lavoro o conservare quello che si ha in quanto le condizioni di tossicodipendente e lavoratore vengono considerate scisse, inconciliabili. Al contrario, il consumo ricreativo, attuato al di fuori dell'orario di lavoro, è diffuso e compatibile

l'occupazione. A differenza di quanto avviene in Italia, non c'è la volontà (a parere degli intervistati, la necessità) di indagare la dimensione privata (fatta salve alcune eccezioni). Se un soggetto consuma sostanze nel tempo libero, ma tale consumo non pregiudica la prestazione lavorativa, la condotta non interessa il datore di lavoro. In genere, esiste una preoccupazione molto più elevata per l'alcol, sia fuori sia dentro il mondo del lavoro, in quanto ritenuto vero responsabile degli infortuni e di altre problematiche negative per l'azienda.

I soggetti che usano sostanze come eroina, cocaina crack (ovvero sostanze molto additive) hanno grosse difficoltà a entrare nel circuito professionale e, se inseriti, a rimanervi [Int\_B - Docente di salute pubblica].

I consumatori di eroina o soggetti che utilizzano metadone come terapia per l'uso di eroina sono in numero consistente e c'è un problema di inserimento lavorativo di questi soggetti [Int\_E - Ricercatore, esperto in materia].

L'alcol è considerato all'origine di molti infortuni, assenteismo, problemi di performance e conflittualità. Non vengono monitorati al contrario gli effetti dell'uso di altre sostanze sul lavoro [Int\_C - Docente di sociologia].

La prevenzione nei luoghi di lavoro non rappresenta un tema centrale delle politiche inglesi. Come anticipato nel paragrafo precedente, non esiste una normativa nazionale che disciplini la materia e l'organizzazione di interventi preventivi nei contesti professionali è demandata completamente alla volontà del datore di lavoro. Al contrario, si ritiene fondamentale la prevenzione nei contesti scolastici. Spesso soltanto i titolari delle aziende di maggiori dimensioni (e quindi con fatturato maggiore) intervengono attraverso progetti di prevenzione e supporto oppure prevedono il drug e alcol testing. Secondo un intervistato, possono esserci resistenze da parte di alcuni datori nel disciplinare la materia in quanto ciò equivarrebbe a riconoscere pubblicamente l'esistenza di un problema legato al consumo di alcol e droga a discapito dell'immagine aziendale sul mercato del lavoro.

La prevenzione nei luoghi di lavoro non è un topic dell'agenda politica. Droga e lavoro non sono considerati temi così sovrapposti. L'uso di sostanze, soprattutto di quelle ricreative, avviene nel tempo libero e non nel luogo di lavoro [Int\_B - Docente di salute pubblica].

Il tema della prevenzione nei luoghi di lavoro è importante, anche se non una priorità per il paese. Il luogo cruciale della prevenzione resta la scuola. Molto impor-

tanti sono le campagne mass mediatiche [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Non esiste una normativa nazionale che impone una politica aziendale in materia. Dipende da cosa decidono di fare gli imprenditori, i quali sono liberi di stabilire protocolli a riguardo. In Scozia, ci sono segnali di datori che ridimensionano la questione, riducendo per esempio il numero di soggetti sottoposti ad analisi. In altre aziende, paiono esserci segnali di rinnovato interesse [Int\_C - Docente di sociologia].

Non esiste una legge nazionale che disciplina la materia: sono i datori di lavoro che regolamentano la situazione nella propria azienda. I drug testing sono scarsamente diffusi, soprattutto nelle piccole aziende [Int\_B - Docente di salute pubblica].

Nei luoghi di lavoro è molto importante la prevenzione per il consumo d'alcol, sia fuori sia dentro le fabbriche poiché anche l'*hangover* costituisce un rischio in termini di sicurezza [Int\_E - Ricercatore, esperto in materia].

Sono in genere le grandi aziende a realizzare programmi perché dispongono di maggiori risorse e sono economicamente avvantaggiate ad attuare programmi di prevenzione [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Molti datori di lavoro non vogliono stipulare una politica scritta in materia perché ritengono che ciò equivarrebbe ad ammettere che hanno un problema nella loro azienda [Int\_C - Docente di sociologia].

Le analisi mediche atte a verificare il consumo di alcol e droghe sono mediamente diffuse, sebbene possano definirsi consolidati in alcuni settori come quello dei trasporti. Tuttavia, gli esperti riconoscono come si tratti di un argomento che può facilmente sollevare malumori, conflittualità nonché essere soggetto ad alcune questioni che riguardano, da un lato, il rispetto della privacy del lavoratore, dall'altro l'affidabilità dei test e l'efficacia nel prevenire/contrastare il fenomeno del consumo. In particolare, un rischio riconosciuto da tutti gli esperti è quello che concerne l'identificazione del drug testing con una strategia di controllo in grado di sondare le condotte personali private realizzate nel tempo libero. Come sostenuto in Joseph Rowntree Foundation [2004], la società non può richiedere al lavoratore di gestire la propria vita nella logica della produttività aziendale e ci sono molte condotte o situazioni personali che possono ridurre la performance, senza che tuttavia esse siano oggetto di controllo o di limitazioni:



Il drug testing non deve essere uno strumento di controllo, ma di prevenzione. Per esempio, non ha senso imporlo in maniera indiscriminata se non c'è motivo di sospettare che il soggetto usi sostanze. Se il suo comportamento, l'abilità lavorativa e la capacità produttiva non fanno presupporre che ci siano problemi, l'impiego del drug testing non trova giustificazioni [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Coloro che lavorano per lungo periodo fuori casa registrano alti consumi di cannabis durante il periodo di riposo. Essendo un consumo che avviene per lo più nel tempo libero, si ritiene di non includere l'esame sulla cannabis perché molti risulterebbero positivi sebbene il consumo sia avvenuto lontano dal luogo di lavoro [Int\_C - Docente di sociologia].

I lavoratori sono contrari normalmente all'uso del drug testing in quanto lo considerano uno strumento d'invasione della privacy [Int\_C - Docente di sociologia].

Ci sono molte situazioni che possono limitare la performance dei lavoratori: per esempio, alcuni soggetti amano fare sport pericolosi e faticosi nel fine settimana, come scalare montagne, ma nessuno pone un limite a questo tipo di attività solo perché potrebbero ridurre la capacità produttiva [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Sebbene il ricorso a drug e alcol testing non sia diffuso come negli USA, ci sono settori nei quali ormai l'applicazione è diffusa, accettata e gestita senza eccessive lamentele o tensioni da parte dei lavoratori. In particolare, gli intervistati fanno riferimento al settore dei trasporti e sanitario:

In taluni settori, come quello dei trasporti, c'è ampia accettazione circa l'uso di questo strumento perché ormai è pratica consolidata [Int\_B - Docente di salute pubblica].

I controlli sono effettuati in maniera diffusa nel settore sanitario [Int\_C - Docente di sociologia].

Tecnicamente, il datore di lavoro si interessa circa l'uso di sostanze, anche illegali, al di fuori dell'orario di lavoro. Il discorso può cambiare per i lavoratori che svolgono mansioni a rischio – piloti di linea, autisti e macchinisti sono buoni esempi – in questi casi possono essere imposte verifiche in quanto si ritiene che l'uso ricreativo nel tempo libero possa influenzare la sicurezza sul posto di lavoro [Int\_C - Docente di sociologia].

La strategia principalmente diffusa è quella della *responsabilizzazione*: molte aziende hanno una *policy* scritta in cui si dichiara che il lavoratore non può svolgere la propria mansione in condizioni di alterazione psico-fisica legate all'assunzione di sostanze psicoattive e vengono specificate le conseguenze negative previste nel caso in cui tale norma sia violata. Al contempo, il documento include informazioni sui servizi ai quali il dipendente può rivolgersi per avere un sostegno e un aiuto nel caso in cui abbia sviluppato problemi relativi alle sostanze psicotrope. Il lavoratore deve sottoscrivere la *policy* al momento dell'assunzione: se non rispetta il precetto, la sua condotta è intesa quale violazione della disciplina aziendale pertanto può essere soggetto a licenziamento.

La maggior parte dei datori di lavoro, tuttavia, sono orientati a tutelare la conservazione del posto di lavoro subordinata al fatto che il lavoratore intraprenda un percorso di cura e riabilitazione presso le strutture socio-sanitarie preposte.

Si cerca di sensibilizzare i lavoratori sul fatto che l'assunzione di droghe e alcol può essere causa di licenziamento oppure può condurre alla frantumazione delle famiglie. È importante l'autoresponsabilizzazione, l'autocontrollo [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Ai lavoratori si chiede di aderire alla policy aziendale che impone la creazione di *alcol and drug free workplace*. Il divieto di consumo sul luogo di lavoro è stabilito anche nel contratto di lavoro: se un lavoratore non rispetta tale divieto, può andare incontro alle conseguenze previste [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Si informano i lavoratori sui rischi e si presuppone che, se informati, faranno quello che in loro potere per comportarsi nel rispetto delle regole aziendali. Se non lo fanno, si assumono le loro responsabilità [Int\_B - Docente di salute pubblica].

Il medico del lavoro può esercitare un controllo di screening se il datore di lavoro glielo richiede. In talune aziende può essergli richiesto di suggerire un percorso riabilitativo e di trattamento per un lavoratore con problemi, ma si tratta di una prassi poco diffusa. Alcune aziende impongono ad un lavoratore che usa sostanze un programma di riabilitazione come unica possibilità per conservare il posto di lavoro [Int\_C - Docente di sociologia].

Se esiste una politica scritta in materia di alcol e droghe, il lavoratore che consuma sostanze può andare incontro a sanzioni disciplinari. Il datore può decidere se prendere provvedimenti come per esempio spostarlo ad una mansione non pericolosa ma gli è consentito anche licenziarlo. Questo avviene soprattutto dove c'è un problema di immagine aziendale [Int\_C - Docente di sociologia].

A parere degli esperti, le attività di prevenzione dovrebbero agire su due fronti contemporaneamente: la rimozione dei fattori di rischio (stress, alienazione, difficoltà di gestire in maniera armonica gli impegni lavorativi con il carico familiare) e la promozione di fattori di protezione (buone relazioni con i colleghi, mansione gratificante, capacità di  *coping*  rispetto a situazioni di pressione). Fra i fattori di vulnerabilità, una forte minaccia è rappresentata dall'accomodamento culturale (cfr. § 1.4.3) tale per cui il consumo di sostanze è concepito quale pratica normale, non stigmatizzante e non soggetta a controllo sociale tramite meccanismi nemmeno informali.

C'è una certa attenzione ai rischi psico-sociali: lo stress è considerato un fattore che può favorire l'uso di droghe e di alcol particolare. Ma si tratta di rischi per la salute in senso ampio e non solo legati all'uso di sostanze psicoattive [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Bisogna lavorare su due livelli: da una parte ridurre i fattori ambientali che possono favorire l'insorgenza di problemi alcol e droga correlati. D'altro canto, bisogna intervenire a livello normativo, agendo sul livello di accettazione di questi comportamenti. La normalizzazione è un rischio consistente in questo campo [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Gli interventi attuati nei luoghi di lavoro seguono criteri di necessità e presunta efficacia: in altri termini, l'intervento è realizzato solo quando si ritiene che ci sia un problema d'uso da parte dei lavoratori e secondo modalità che tengano conto dell'EbP (cfr. § 2.4), ovvero delle evidenze scientifiche di efficacia in materia.

Gli interventi di prevenzione realizzati attraverso programmi di prevenzione alla salute non sono molto diffusi. Tuttavia, quelli esistenti operano secondo l'integrazione di diverse professionalità che promuovono un concetto di salute in senso olistico attraverso la rimozione dei fattori di rischio che potrebbero contribuire ad innescare condotte scarsamente virtuose.

Si segnala come alcuni esperti abbiano lamentato la mancanza di linee guida a livello nazionale volte a orientare le aziende nel percorso decisionale di programmazione degli interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro, fatto che determina una forte disomogeneità sia a livello territoriale sia fra i diversi settori professionali. I datori di lavoro dovrebbero pertanto avvalersi di indicazioni in merito al vantaggio economico derivante dalla realizzazione di interventi volti alla promozione del benessere e circa le strategie che, con maggior probabilità, possono rivelarsi efficaci.

In Inghilterra c'è ampia diffusione delle *good practise*: la prevenzione è attuata secondo linee guida prodotte in base alle evidenze empiriche di efficacia. L'informazione è ritenuta importante, ma è noto come non sia sufficiente. Si preferisce un'azione sinergica, integrata, che sfrutta più metodologie. Si insiste sull'azione che coinvolge più attori, rivolta ai gruppi [Int\_A - Esperto in materia di prevenzione sui luoghi di lavoro].

Io credo che il governo inglese dovrebbe disciplinare la materia, onde evitare pratiche discriminatorie tra le diverse aziende e per fornire un supporto ai datori di lavoro sui quali grava l'onere di decidere cosa sia giusto fare senza avere strumenti valutativi sufficientemente strutturati [Int\_C - Docente di sociologia].

Quello che potrebbe essere utile in Inghilterra è una forte sensibilizzazione dei datori di lavoro, dato che sono loro a decidere se adottare strategie preventive nei luoghi di lavoro e non lo Stato. Bisogna far capire loro che avranno un ritorno anche economico nel realizzare questi interventi [Int\_B - Docente di salute pubblica].

Come si evince da quanto sopra esposto, Italia e Gran Bretagna affrontano il tema della prevenzione del consumo di sostanze psicoattive nei contesti professionali in maniera sostanzialmente divergente sia sul piano teorico sia sul piano operativo. Si tratta di due visioni differenti del problema che danno origine a interventi difformi e soggetti a evoluzioni ancora in via di definizione. Nelle conclusioni i due modelli saranno comparati nel tentativo di evidenziare gli aspetti positivi e negativi di entrambi al fine di delineare un possibile modello migliorativo secondo una logica di spendibilità.

## **6. Conclusioni. Un modello correlazionale di promozione della salute nei luoghi di lavoro**

---

In questo capitolo saranno discussi, in forma necessariamente schematica e sintetica, i principali risultati emersi dal percorso empirico per quanto concerne sia la parte quantitativa (questionario somministrato ai lavoratori) sia la parte qualitativa (focus group rivolti ad esperti italiani e interviste somministrate a esperti inglesi) con lo scopo di delineare un modello di promozione della salute in grado di intervenire sul consumo di sostanze psicoattive fra i lavoratori.

### **6.1. Salute, stile di vita e lavoro: un quadro di sintesi**

Nel tentativo di sintetizzare il quadro che emerge dai dati raccolti tramite il questionario somministrato ai lavoratori, mi pare necessario articolare la discussione per aree tematiche.

Partendo dalla situazione di salute percepita e dallo stile di vita (cfr. § 4.2), è interessante notare come il campione riveli di soffrire di alcune patologie e disturbi riconducibili alla mansione. In primo luogo, esiste la percezione di uno stress mentale diffuso che coinvolge due soggetti su tre, fatto che si configura come fattore di rischio per la salute e, in particolar modo, per il consumo di sostanze psicoattive come è stato ampiamente argomentato nel § 1.4.1. Ad aggravare il quadro, si noti come il 77,1% e il 69,2% degli intervistati dichiara, rispettivamente, di soffrire di nervosismo e cattivo umore a causa del lavoro.

Nonostante ciò, la maggiore parte dei soggetti afferma di sentirsi bene e molto bene (59,2%) o discretamente (36,4%). Chi è soddisfatto della propria attività occupazionale percepisce un miglior stato di salute. Complessivamente, coloro che sono molto o abbastanza soddisfatti del proprio lavoro costituiscono il 65,8% degli intervistati, ma si noti come il 17,6% si dichiara insoddisfatto.

La soddisfazione è direttamente proporzionale al grado di responsabilità e autonomia, tanto è vero che i più soddisfatti sono gli autonomi, i dirigenti e i quadri, sebbene in queste categorie si rilevi più frequentemente stress mentale nonché alcune patologie collegate al lavoro come per esempio mal di schiena, fatica e nervosismo.

Coloro che hanno contratti atipici sono meno soddisfatti del lavoro, soffrono di stress mentale, mal di testa, nervosismo e cattivo umore in misura maggiore ri-

spetto a chi ha contratti di lavoro a tempo determinato e, soprattutto, indeterminato.

In relazione allo stile di vita (cfr. § 4.3), si evidenzia come siano diffuse condotte spesso poco virtuose. In particolare, coloro che sono giovani (classe di età 18-30 anni<sup>109</sup>), maschi, celibi, senza figli, con titoli di studio bassi hanno maggiori probabilità di mettere in atto condotte scarsamente attente alla propria salute, come per esempio il consumo di tabacco e alcolici (durante e fuori dai pasti e, fatto più preoccupante, anche durante l'orario di lavoro). I soggetti con le stesse caratteristiche dichiarano inoltre una maggiore contiguità al mondo delle droghe nei luoghi di lavoro (cfr. indicatore di prossimità, § 4.4).

Si noti, tuttavia, come alcuni trend si modifichino in senso negativo fra coloro che hanno titoli di studio più elevati: fra i post-laureati, per esempio, si rilevano peggiori condizioni di salute percepite, maggiore stress mentale, maggiore frequenza di alcuni disturbi collegati al lavoro (soffre di mal di testa un soggetto su tre; soffre di ansia, nervosismo e cattivo umore un soggetto su quattro), maggiore prossimità al mondo delle sostanze, un numero superiore di fumatori (anche se con scarso margine) rispetto ai laureati e questi aspetti suggeriscono la necessità di approfondimenti ulteriori.

Anche il reddito influenza lo stile di vita, nel senso che fra coloro che hanno redditi più bassi si rileva un maggior numero di fumatori ed episodi di ubriacatura più frequenti. Le donne, invece, consumano più farmaci (antidolorifici, ansiolitici, sonniferi, antidepressivi) e fanno meno sport, soprattutto se sono sposate e con figli. Il consumo di farmaci aumenta con l'età, mentre la fruizione di integratori e sostanze dopanti è più frequente nelle classi più giovani (18-30 anni). Coloro che fanno uso di farmaci con maggiore frequenza percepiscono un minor rischio associato. Fra le categorie professionali, sono i dipendenti della Pubblica amministrazione a fare un consumo più elevato di ansiolitici e sonniferi (il 19% li ha assunti nell'ultimo anno; dato medio: 12,5%), mentre per gli antidolorifici il dato più alto si ritrova tra coloro che lavorano nel settore socio-sanitario (86,9%; dato medio: 75%); non emergono grandi differenze tra settori lavorativi rispetto al consumo di antidepressivi. In generale, i dirigenti assumono più farmaci (il 50% degli intervistati con questa qualifica assume almeno un farmaco al momento dell'intervista).

Rispetto alle professioni, si rilevano alcune categorie più esposte all'assunzione di alcol. Per esempio, fra coloro che occupano posizioni di responsabilità è molto diffuso il consumo di alcolici quotidiano durante i pasti (dichiarata-

---

<sup>109</sup> Nella classe di età 18-30 anni è fumatore un soggetto su due e si è ubriacato nell'ultima settimana il 14,4% degli intervistati, mentre nel campione complessivo si dichiarano fumatori il 37,2% e confessano ubriacature nell'ultima settimana il 6% degli intervistati.

to dal 28,6% dei dirigenti), mentre fra gli operai è più diffuso rispetto alla media il consumo di alcolici quotidiano fuori dai pasti (8,6%)<sup>110</sup>. In generale, coloro che associano un alto carico di stress mentale alla propria mansione lavorativa bevono con maggior frequenza.

Nonostante la fruizione di alcol sia una pratica diffusa, un numero ridotto di soggetti dichiara di avere riportato episodi di ubriachezza recente, dato che soltanto il 6% del campione dichiara di essersi ubriacato nell'ultimo mese (ma, come anticipato, il dato fra i giovani, soprattutto se maschi, è più alto). Riportano più frequentemente stati di ebbrezza coloro che hanno definito la propria mansione faticosa da un punto di vista fisico e coloro che soffrono di problemi connessi al lavoro quali nervosismo e cattivo umore.

Il consumo durante l'orario di lavoro è una pratica piuttosto diffusa: ammettono di averne fruito un soggetto su cinque, ma il dato è più alto per gli operai comuni (33,6%) e specializzati (23,8%). Addirittura, il 10,3% e il 14,6% delle due tipologie di operai dichiarano di farlo a volte o spesso.

Per coloro che lavorano nel settore alberghiero, commerciale e dei servizi pubblici il consumo di alcol sul posto di lavoro riguarda un soggetto su cinque (risposte affermativa: 36,1%; il 4,2% ammette di farlo spesso).

Rispetto alla prossimità delle sostanze nel luogo di lavoro (cfr. § 4.4), si rileva in tutti gli ambienti di lavoro una forte contiguità, a testimonianza del fatto che mondo del lavoro e mondo della droga non rappresentano universi separati, bensì in parte sovrapposti. Rispetto alle categorie professionali, sono soprattutto gli operai a dichiarare di aver esperito molte situazioni che indicano la presenza di sostanze psicoattive illegali sul luogo di lavoro, ma ancora una volta ritroviamo dati più elevati fra gli autonomi e gli atipici rispetto al campione complessivo. La prossimità è più elevata tra i giovani, soprattutto se maschi: per esempio coloro che appartengono alla classe 18-30 anni, il 4,2% ammette di aver acquistato sostanze psicoattive illegali da un collega (media sul campione complessivo: 1,7%); fra i maschi della stessa classe di età, il dato sale al 6,3%.

Nelle aziende i cui intervistati hanno indicato una maggiore prossimità al mondo delle droghe, più frequentemente c'è stato un infortunio negli ultimi 2 anni e questo aspetto dovrebbe essere meglio analizzato da ulteriori ricerche.

Gli intervistati percepiscono, inoltre, un'alta presenza di alcune sostanze sui luoghi di lavoro, tanto è vero che il 25,8% dichiara di conoscere colleghi che assumono alcol, il 22,8% cannabis e il 9,9% cocaina (solo per citare le droghe più diffuse in azienda).

---

<sup>110</sup> Nel campione complessivo, il consumo quotidiano di alcolici durante i pasti riguarda il 14,3% degli intervistati, mentre il consumo lontano sui pasti è stato dichiarato nel 2,8% dei casi.

Rispetto alle credenze sulle sostanze (cfr. § 4.5), gli intervistati nella maggior parte dei casi tendono a non considerare pericoloso un consumo saltuario di alcol, mentre condannano l'uso occasionale di cocaina e sostanze sintetiche; sulla pericolosità della cannabis, invece, il campione tende a fornire pareri discordanti.

Tuttavia, sono necessari alcuni distinguere relativi sia alle caratteristiche socio-anagrafiche sia a quelle lavorative. In primo luogo, i giovani (classe 18-30 anni) si rivelano più tolleranti su tutte le sostanze, mentre il genere e il titolo di studio introducono delle discriminanti a seconda della droga oggetto di indagine. Per esempio, le donne sono più tolleranti rispetto all'uso occasionale di alcol, ma non per le altre droghe. Ancora, coloro che hanno conseguito titoli più alti condannano in percentuale inferiore l'uso occasionale di alcol e cannabis, ma non di cocaina e droghe sintetiche.

Rispetto alla categoria professionale, si noti come i lavoratori edili risultino più a rischio per l'uso di cocaina, come denunciano i mass media supportandosi con i risultati di alcuni studi italiani: il 17,9% di questi lavoratori concorda sul fatto che un uso saltuario di cocaina sia innocuo, il 23,5% ritiene che l'uso migliora le prestazioni e il 4,5% crede non dia dipendenza.

Infine, qualche considerazione sulla prevenzione. L'uso del drug testing è accettato dalla maggior parte degli intervistati, sebbene il livello vari a seconda del contesto in cui il test è effettuato: per esempio, concordano sull'efficacia di questo strumento se impiegato nelle strade l'84,1% del campione, il 65,8% se effettuano nelle scuole e il 57,5% per i test realizzati sul luogo di lavoro. In questo contesto, il 28% dei lavoratori si definisce contrario. Il grado di accordo aumenta tra le femmine, i meno giovani, i soggetti sposati e/o con prole, nonché fra chi ha titoli di studio più bassi. Sono i dirigenti e i quadri ad essere contrari all'impiego del test sul luogo di lavoro in percentuale maggiore (rispettivamente: 36,7% e 33,1%), mentre gli operai si mostrano più tolleranti (i contrari si collocano al 26%).

Rispetto alle politiche, sei soggetti su dieci ritengono che l'uso di droga vada sempre proibito. Il dato aumenta tra coloro che hanno titoli più bassi e tra i meno giovani, mentre al contrario, fra coloro che sono stati classificati come lavoratori ad altra prossimità, aumenta il numero dei contrari alle misure proibizioniste.

Un soggetto su due non ritiene condivisibile la scelta di attuare la strategia della riduzione del danno che consiste nel distribuire siringhe e aghi a basso costo.

Fra i soggetti che potrebbero agire in modalità efficace in materia di prevenzione nel luogo di lavoro, il campione accorda grande fiducia alla famiglia (74,5%) e alla scuola (66,4%). Con grande divario troviamo l'Azienda (23,5%), i Responsabili della Sicurezza e della Protezione (20,6%), i colleghi (8,5%), altri lavoratori (4,8%) e i sindacati (2,8%). Si noti, tuttavia, come mentre le donne in-



dividano in percentuale maggiore la famiglia, la scuola e i servizi territoriali come attori privilegiati rispetto agli uomini, i quali a loro volta danno maggior fiducia a soggetti che operano nel mondo del lavoro. Lo stesso può dirsi dei giovani e ciò rappresenta un aspetto positivo rispetto alla possibilità di promuovere la salute nei luoghi di lavoro in quanto sono proprio i giovani maschi ad essere esposti a rischio maggiore, come si è ripetutamente sottolineato. Ugualmente, è interessante notare come il 58% dei lavoratori edili – a rischio, come commentato, per l'uso di cocaina secondo le indagini nazionali ed internazionali già citate – ha indicato almeno un attore del mondo del lavoro, fatto che potrebbe far presupporre un interesse di questa categoria professionale ad attività preventive nei contesti professionali. Al contrario, altre categorie sembrano meno propense a riporre fiducia nel mondo del lavoro (per esempio: Pubblica amministrazione: 41,8%; operatori area socio-sanitaria: 40,9%; dipendenti dell'area scolastica: 35,1%).

Volendo sintetizzare ulteriormente con lo scopo di delineare lo scenario che descrive la relazione tra universo drogastico e mondo del lavoro, è possibile a mio avviso individuare quattro nodi problematici:

1. *le condizioni lavorative possono costituire un fattore di rischio per la salute:* sebbene la maggior parte degli intervistati abbia dichiarato di sentirsi bene o molto bene, non è trascurabile la percentuale di coloro che lamentano problemi di salute connessi all'ambiente professionale, in primis stress psicologico, nervosismo e cattivo umore; tali problematiche, come abbiamo visto nel capitolo 1, rappresentano fattori di rischio per il consumo di sostanze psicoattive e, in senso più ampio, per la salute psico-fisica dell'individuo;
2. *si rileva un'alta prossimità rispetto al mondo delle droghe e dell'alcol tra i lavoratori:* alcuni soggetti sono particolarmente a rischio di esposizione sia rispetto certe caratteristiche socio-anagrafiche sia rispetto a variabili connesse al mondo del lavoro. In particolare, per quanto concerne le variabili individuali si rivelano più vulnerabili i maschi, i più giovani, i soggetti non sposati e senza prole. Il titolo di studio è un fattore protettivo, ma la prossimità aumenta tra coloro che hanno titoli post-laurea, fatto che richiederebbe ulteriori indagini. Per quanto concerne le categorie professionali, il rischio aumenta per taluni lavoratori (es. credenze in relazione alla cocaina per lavoratori edili) e la categoria degli autonomi si caratterizza sia per una maggiore prossimità sia per credenze

favorevoli ai consumi<sup>111</sup>. L'azione esercitata dalla prossimità al mondo delle droghe può essere declinata su due livelli: da un lato, la contiguità influenza le credenze sulla pericolosità associata alle sostanze ovvero coloro che si trovano in situazioni di prossimità tendono a considerare meno pericoloso l'uso, fatto che fa presupporre una situazione di accomodamento culturale e normalizzazione del consumo (cfr. § 1.4.3); d'altro canto, prossimità può significare anche maggiore disponibilità, ovverosia può favorire le situazioni di offerta e, conseguentemente, le probabilità di sperimentare le sostanze;

3. *emerge una discreta diffusione di atteggiamenti e credenze favorevoli ad alcune sostanze psicoattive*: sebbene sia necessario fare alcuni distinguere, taluni soggetti rivelano una scarsa percezione di rischio connessa all'uso di sostanze (in primis, alcol), soprattutto se il consumo avviene sporadicamente secondo pattern d'uso attuati in base a criteri di moderazione, uso riflessivo e compatibile rispetto agli impegni lavorativi; ad aggravare il quadro si aggiunga la presenza di credenze favorevoli all'uso (es. convinzione che un uso occasionale non sia pericoloso oppure, nel caso della cocaina, che aumenti le prestazioni e non dia dipendenza) che, come descritto da Fishbein e Azjen [1975], rappresentano fattori di rischio sui quali l'informazione circa la pericolosità delle sostanze non è in grado di incidere;
4. *l'individuazione della sede di lavoro come centro di promozione alla salute raccoglie deboli consensi e, in taluni casi, opposizioni*: gli intervistati hanno rivelato che la prevenzione del consumo di alcol e droghe dovrebbe coinvolgere i primis attori quali la famiglia e la scuola; i singoli attori del mondo del lavoro, come detto, ricevono una bassa percentuale di consensi, sebbene l'aggregazione delle singole risposte afferenti agli attori professionali permetta di riconoscere effettive potenzialità e spazi su cui intervenire. Si noti, tuttavia, come l'utilizzo del drug testing nei luoghi di lavoro raccolga un numero di consensi inferiore rispetto ad altri settori di impiego, trovando opposizioni soprattutto fra i vertici dell'azienda che dovrebbero essere maggiormente sensibilizzati alle conseguenze nefaste in termini di sicurezza e produttività derivanti dal consumo di sostanze psicoattive.

Queste considerazioni saranno riprese nel paragrafo 3 di questo capitolo al fine di proporre un modello della promozione della salute.

---

<sup>111</sup> Si noti che, in base all'art. 4 dell'Intesa Stato-Regioni del 2008 (Provvedimento 30 ottobre 2007), i controlli e le sanzioni riguardano solo il personale che può fare riferimento a un datore di lavoro, "qualunque sia il tipo di rapporto instaurato". Sarebbe quindi escluso chi, pur svolgendo mansioni "che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute proprie e di terzi", opera come lavoratore autonomo.

## 6.2. Un quadro di confronto tra il modello italiano e il modello inglese

Dopo aver analizzato i principali risultati emersi nella parte quantitativa dello studio, in questo paragrafo si cercherà di sintetizzare alcune riflessioni sugli esiti della parte qualitativa. L'esame della letteratura internazionale ed il percorso empirico illustrato nel capitolo 4 permettono di realizzare un confronto tra il sistema italiano e quello inglese in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive in materia di lavoro.

L'analisi rivela come, nei due paesi, pur partendo da un quadro epidemiologico non molto dissimile per quanto concerne la diffusione delle sostanze, in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro sono individuabili chiare e nette differenze.

In Italia l'interesse verso questa tematica è più recente e nettamente in crescita, mentre in Gran Bretagna la questione, dopo alcuni anni di dibattito (comunque moderato), pare suscitare meno attenzione, soprattutto a causa del fatto che sono altre aree (in primis, l'ambito scolastico) a catalizzare l'attenzione di studiosi e politici.

Sebbene la normativa italiana presenti alcune contraddizioni tra le quali la presenza di una doppia regolamentazione – tale per cui esiste una norma che disciplina l'uso di alcol e una che detta legge in materia di droghe illegali – gli esperti italiani hanno dimostrato sensibilità sui rischi connessi alle sostanze legali (alcol e psicofarmaci), fatto di cui anche gli esperti inglesi sono altamente consapevoli. Anzi, Oltremania esiste la percezione che l'alcol possa essere dannoso quanto e, forse addirittura in misura maggiore rispetto le droghe illegali e questo può derivare dal fatto che le bevande alcoliche sono legali ed esiste una forte accettazione culturale per il loro uso che risulta essere tollerato e persino incoraggiato all'interno soprattutto dei gruppi dei pari.

Una prima differenza tra i due sistemi che può essere chiamata in causa concerne l'aspetto normativo: come abbiamo visto, mentre in Italia è stato emanato un Decreto Legislativo (81/2008) volto a disciplinare la materia a seguito del quale altre normative regionali e linee guida sono state prodotte a cascata, nel Regno Unito non esiste una legge ad hoc e pertanto il datore di lavoro ha la discrezionalità di decidere se e come attuare interventi i quali hanno come unico limite quello del rispetto della privacy e della dignità umana del lavoratore. Ciò determina un forte cambiamento anche per quanto riguarda il ruolo del medico del lavoro: in Italia, il medico competente deve applicare quanto stabilito dalla normativa nazionale, mentre in Gran Bretagna egli soddisfa le richieste del datore di lavoro. In ambedue i casi, tuttavia, la sua discrezionalità è ridotta in quanto si tratta comun-

que di un ruolo esecutivo, operativo e correlato pertanto a scarso potere decisionale.

Rispetto al drug testing, ugualmente, in Italia stabilisce la legge, in Gran Bretagna decide il datore di lavoro. Nel primo caso, i test sono svolti soprattutto nella visita preventiva, periodica o (più raramente) a seguito di infortunio; nel secondo caso, prevale nettamente il caso in cui il lavoratore è sottoposto ad esami tossicologici in quanto si sono rilevati dubbi legati alle modalità di svolgimento della mansione tale da far sospettare un uso di alcol o droga. Coerentemente, l'impiego del testing in Italia ha una funzione di tipo preventivo orientato alla sicurezza dei colleghi, mentre in Gran Bretagna esso assume una funzione di analisi di una problematica a cui si cerca di dare una soluzione (es. calo di performance, assenteismo).

Radicali le differenze in caso di positività al test: mentre in Italia il lavoratore viene dichiarato inidoneo a svolgere la mansione a rischio e viene affidato ai servizi, in Gran Bretagna questa è un'opzione possibile quale condizione per poter tornare al lavoro, ma non sono rari i casi in cui il datore di lavoro interviene con un licenziamento. Tale prassi si collega a due diverse visioni del consumatore e del consumo: mentre in Italia si considera il lavoratore che assume sostanze quale soggetto portatore di un problema che richiede un intervento medico, di presa in carico e cura, in Gran Bretagna si distingue nettamente tra l'uso ricreazionale (molto diffuso) e l'uso problematico, sebbene questa distinzione sia più a livello teorico in quanto nella pratica si determinano delle controversie che non hanno ancora una chiara soluzione (soprattutto perché, come detto, non esiste una legge in materia). Quanto appena affermato trova conferma sia nella letteratura scientifica sia nelle interviste ove si è affermato che il datore di lavoro non dovrebbe indagare la condotta che il soggetto adotta nella vita privata a meno che non si dimostri che ciò ha chiare ripercussioni sull'attività lavorativa nel senso della produttività e della sicurezza. In Italia, invece, come abbiamo visto nel § 4.2, i controlli sono finalizzati a verificare l'assunzione anche occasionale di sostanze illegali, indipendentemente dalla presenza o meno di dipendenza (art. 1, D. Lgs. 81/2009) in quanto si suppone che esista una forte correlazione tra consumo anche sporadico di droghe e incidenti sul lavoro. Tuttavia, indipendentemente dalla motivazione e dal pattern di consumo, la fruizione di droghe non è concepita dagli inglesi quale epifenomeno di uno problema di natura medica, bensì come condotta irresponsabile del soggetto tale per cui è possibile il licenziamento in quanto egli – reso edotto tramite la sottoscrizione della *policy*, firmata in sede di assunzione,

circa il divieto di consumo di sostanze sul lavoro – viola un patto, un impegno con l'azienda<sup>112</sup>.

Detto in altri termini, il sistema legislativo italiano che disciplina la materia di consumo di sostanze psicoattive tra i lavoratori testimonia il prevalere di un approccio medico rispetto al fenomeno di fruizione di droghe da parte del soggetto dato che, nel caso in cui un cittadino risulti positivo al drug testing (indipendentemente dalla presenza di una sintomatologia che suggerisca un uso problematico), egli è inviato al Ser.T per una diagnosi di tossicodipendenza ed è invitato a seguire un percorso di recupero terapeutico al fine di poter essere reintegrato nella sua mansione di lavoro.

Il consumatore di sostanze è riconosciuto allora dal sistema sociale come soggetto deviante portatore di un *sick role* [Parsons 1951] che, coerentemente con la teoria parsonsiana, è esentato dall'espletamento del suo ruolo sociale (in quanto destinatario di una dichiarazione di non idoneità temporanea allo svolgimento della mansione lavorativa) e sollecitato a cooperare con il medico per il recupero dello stato di salute, intesa come «capacità di mantenere uno stato di benessere e di auto controllo, come prerequisito indispensabile per l'efficiente svolgimento di una serie di funzioni sia all'interno del sistema sia in relazione al suo ambiente» [Bertolazzi 2004: 56]. In questo modo, la medicina esercita una forma di controllo sociale [Conrad 1992]. Il *sick role* si caratterizza per essere intrinsecamente universalistico (esistono dei criteri oggettivi e socialmente condivisi per l'attribuzione dell'etichetta di malato); funzionalmente specifico (non comporta la perdita di tutti i ruoli sociali, ma solo di quelli che non possono essere garantiti per via della patologia); affettivamente neutrale (il soggetto non deve affezionarsi alla sua malattia né tanto meno al medico che lo cura); in vista della collettività (l'individuo deve collaborare con il personale sanitario in vista della guarigione).

Rispetto alle cause che possono determinare o contribuire al consumo di sostanze psicoattive fra i lavoratori, il percorso empirico rivela che tra mondo del lavoro e mondo della vita esiste un rapporto di mutua influenza, bidirezionale, tale per cui alcune problematiche professionali possono influenzare lo stile di vita e, al contempo, lo stile di vita influenza l'attività lavorativa. Tuttavia, soprattutto alcuni esperti italiani, hanno evidenziato che il lavoro non può essere la sola causa del consumo, ovvero i problemi sul lavoro possono portare al consumo di alcol e droga solo in presenza di altri fattori di rischio. Le condizioni di maggior vulnerabilità evidenziate nei focus group condotti nel nostro paese sono rappresentate dalla precarietà lavorativa (e conseguente impossibilità di progettare il futuro),

---

<sup>112</sup> Queste considerazioni, ovviamente, si applicano alle aziende in cui il datore di lavoro decide di adottare una disciplina in materia di uso di alcol e droghe.

l'isolamento e la lontananza da casa, lo stress e l'alienazione. Mentre queste ultime due situazioni sono emerse anche nelle interviste a esperti inglesi, il tema dell'instabilità lavorativa non pare assumere rilievo in Gran Bretagna.

In merito alla prevenzione, infine, si segnalano importanti distinzioni. In Italia gli esperti hanno rivelato un atteggiamento ambivalente rispetto alla possibilità di adottare programmi nei luoghi di lavoro: coloro che ritengono la causa del problema sia da ricercare soprattutto nella società civile hanno affermato che questi provvedimenti non possono aver successo e ritengono piuttosto necessario intervenire in altri ambiti, soprattutto quello scolastico e familiare. D'altro canto, alcuni esperti hanno sottolineato non solo la fattibilità ma anche la necessità di coinvolgere i contesti occupazionali in quanto alcuni fattori fanno presupporre che esista un link tra droga e lavoro o, comunque, i luoghi di lavoro possono sviluppare fattori protettivi rispetto allo stile di vita.

In tale ottica, gli interventi dovrebbero prevedere un'informazione ampia, tarata sul target, in grado di modificare le credenze e gli atteggiamenti, efficace nel saper trasmettere messaggi di promozione. Tuttavia, l'informazione dovrebbe essere collegata al rafforzamento delle strutture, in primis attraverso un ripensamento del ruolo e delle modalità di erogazione dei servizi delle strutture pubbliche abilitate (Ser.T) ma anche attraverso l'istituzione di altri servizi (es. gli sportelli d'aiuto) e il coinvolgimento dei sindacati. La logica del controllo dovrebbe essere sostituita da una logica volta alla promozione di uno stile di vita sano.

Per gli esperti inglesi, quanto riferito dagli intervistati italiani è una consapevolezza maturata da qualche tempo, anche se bisognerebbe rafforzare gli interventi in quanto presenti a macchia di leopardo. Per gli intervistati d'Oltremania la priorità è rendere omogenea e uniforme la messa in atto di misure e interventi attraverso l'emanazione di normative e linee guida valide per tutto il territorio nazionale in modo che esse possano esercitare una funzione di guida, orientamento e supporto per i datori di lavoro che, altrimenti, sono lasciati in balia delle considerazioni personali realizzate senza adeguati strumenti atti a dipanare dubbi ed incertezze. La disciplina della materia dovrebbe essere il frutto di una riflessione estesa, di un lavoro di ricerca accurato volto ad individuare, da un lato, i reali effetti dell'uso di sostanze (legali e illegali) sul lavoro e, dall'altro, le strategie operative volte a scoraggiarne l'uso.

Su un punto, però, gli esperti convergono: la fruizione di alcol e droghe rappresenta nella società contemporanea un fatto radicalmente differente dal passato e ampiamente diffuso secondo pattern d'uso complessi. Essa è profondamente influenzata dalle credenze e dagli atteggiamenti degli individui ma soprattutto dei gruppi, pertanto qualsiasi programma di prevenzione dovrebbe operare in modo

da modificare la percezione sociale e culturale associata alle sostanze psicotrope attraverso interventi volti a promuovere la salute in senso olistico e non soltanto a scongiurare l'uso di alcol e droghe.

In sintesi, è possibile individuare due modelli (cfr. Fig.1):

- in Italia si può affermare che prevalga il cd. *modello della sicurezza*: di recente trasformazione, questo sistema enfatizza la dimensione del controllo, tanto che si parla di sorveglianza sanitaria. È orientato alla sicurezza concepita quale rimozione dei fattori di rischio. Il consumo di sostanze (anche sporadico) è inteso quale espressione di una patologia che richiede l'intervento sanitario secondo modalità previste dal quadro normativo: una procedura che annulla la discrezionalità sia del datore di lavoro sia del medico competente. Si connota inoltre per contraddizioni interne e trasversali rispetto alle categorie lavorative (i controlli non si applicano alle professioni associate a maggiore prestigio sociale sebbene palesemente associate a rischio, come per esempio i medici) e alle sostanze (atteggiamento repressivo soprattutto verso le droghe illegali);
- in Gran Bretagna, invece, il modello si configura come *responsabilità bilaterale*: secondo questo modello, se è vero che il datore di lavoro può decidere in merito all'attuazione di misure preventive in materia di alcol e droghe nei luoghi di lavoro, egli è ritenuto responsabile della mancata vigilanza. D'altro canto, il lavoratore che non rispetta quanto previsto nella politica scritta può essere soggetto a licenziamento per motivi disciplinari. Questo modello, particolarmente attento al consumo di tutte le sostanze psicoattive (legali e illegali), considera il consumo quale esito di una libera scelta individuale attraverso la quale il lavoratore decide di consumare alcol e droghe così come decide di dedicarsi ad altre condotte a rischio.

Entrambi i modelli differiscono notevolmente dal *modello statunitense* che potremmo definire delle *contraddizioni latenti*: frutto di un'esperienza ventennale che vanta una ricca tradizione di studi in materia (cfr. § 3.1), presuppone che colui che consuma sostanze adotti questa condotta anche e soprattutto a causa delle condizioni di lavoro (stress, alienazione, scarso potere decisionale), pertanto cerca di promuovere i fattori di protezione agendo al contempo sulla rimozione dei fattori di rischio. Questo modello prevede una politica fondata su cinque pilastri (programmi di assistenza ai lavoratori; politica scritta in materia, comunicata e condivisa con i dipendenti; formazione dei supervisori; programmi di educazione dei lavoratori; drug testing sui lavoratori), al cui interno strumenti di promozione (volti a favorire la salute) e di controllo (orientati alla sicurezza) si alternano in maniera solo apparentemente bilanciata, in quanto sono sottoposti a esame tossi-

cologico anche coloro che svolgono mansioni non a rischio per l'incolumità fisica propria e altrui.

*Fig. 1 – Italia e Gran Bretagna a confronto: due modelli di intervento in materia di alcol e droga sui luoghi di lavoro*

|   | <i>Modello della sicurezza (Italia)</i>   | <i>Modello della responsabilità bilaterale (Regno Unito)</i>  |
|---|---|---|
| <i>Crucialità della tematica</i>                                    | In netta crescita   | Dopo anni di interesse crescente, paiono esserci segnali di minor interesse   |
| <i>Orientamento</i>   | Sicurezza   | Risoluzione problemi  |
| <i>Approccio</i>  | Deterrenza-controllo  | Responsabilizzazione bilaterale   |
| <i>Ruolo dello Stato</i>  | Decisore in materia   | Garante dei diritti privacy   |
| <i>Ruolo del medico competente</i>                                  | Esecutore secondo leggi dello Stato   | Esecutore secondo direttive del datore di lavoro  |
| <i>Ruolo del datore di lavoro</i>                                   | Finanziatore passivo  | Decisore in materia   |
| <i>Visione del lavoratore consumatore e/o tossicodipendente</i>     | Soggetto malato   | Soggetto irresponsabile   |
| <i>Obiettivo del DT</i>   | Sicurezza/controllo   | Individuazione del consumo di droghe quale eziologia di problemi sul lavoro; prevenzione infortuni  |
| <i>Tipologia di DT prevalente</i>                                   | Visita preventiva/periodica   | Per sospetto  |
| <i>Sostanze psicoattive interessate all'attività di prevenzione</i> | Intervento sbilanciato sulle sostanze illegali  | Droghe illegali e legali, ma la preoccupazione è rivolta soprattutto al consumo di alcol  |
| <i>Rapporto consumo ricreativo e consumo problematico</i>           | Nessuna distinzione   | Importante distinzione a livello teorico, ma difficile da gestire sul piano operativo.  |
| <i>Principali deficit lamentati dagli esperti</i>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Discriminazioni fra lavoratori</li> <li>– Mancanza di una cultura della promozione</li> <li>– Presenza di una logica di controllo</li> <li>– Presenza di servizi stigmatizzanti</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mancanza di linee guida nazionali</li> <li>– Deficit di prove volte a stimare gli effetti della promozione dell'utilizzo del drug testing</li> <li>– Deficit di "evidenze" sul rapporto uso occasionale/problemi sul lavoro</li> </ul> |



### **6.3. Verso un modello correlazionale di promozione della salute nei luoghi di lavoro**

Nel paragrafo precedente abbiamo messo in luce i punti controversi del sistema italiano e inglese in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive tra i lavoratori: scopo di questo paragrafo è quello di proporre un modello alternativo di intervento che possa, da un lato, superare i limiti degli approcci analizzati in precedenza, dall'altro possa accogliere le linee di indirizzo elaborate dalla letteratura scientifica in materia.

Secondo Wynne [1989, cit. in Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di lavoro 1997], la promozione della salute nei luoghi di lavoro dovrebbe: 1. essere applicata a tutte le categorie professionali; 2. mirare alle cause di cattiva salute; 3. combinare diverse impostazioni; 4. favorire la partecipazione dei lavoratori; 5. configurarsi non come attività medica, ma come processo insito nell'organizzazione del lavoro.

Il WHO [1993b] ha fornito alcune proposte operative in materia:

- individuazione del responsabile della sicurezza, o meglio, di un operatore della salute con funzioni di sensibilizzazione in merito a questioni che concernono la sicurezza ed il benessere dei lavoratori;
- creazione di un gruppo di lavoro su problemi alcol e droga correlati, ovvero un gruppo di lavoratori a supporto del supervisore (o gruppo di sostegno al programma) in grado di «veicolare le “informazioni più sensibili” e che possono in qualche modo rinforzare, all'interno della cultura dei lavoratori, i messaggi di prevenzione» [Noventa 2006: 99];
- potenziamento dell'attività di counselling da parte del medico del lavoro;
- predisposizione di corsi di formazione in materia in tutte le aziende, rivolta a: lavoratori, personale socio-sanitario (es. medico del lavoro), datori di lavoro;
- regolamentazione dell'attività di screening;
- valutazione dei progetti.

Cook et al. [1996a] elaborano un modello di prevenzione nel quale individuano alcuni fattori chiave ovvero: un framework socio-cognitivo sfavorevole ai consumi; l'aumento della consapevolezza dei rischi; la motivazione ad uno stile di vita salutare, le abilità positive verso la salute, la consapevolezza che un agire virtuoso porterà ricompense in termini individuali e sociali (sia nell'ambiente di lavoro sia nelle reti sociali più ampie). Il modello riconosce come le influenze negative presenti sul luogo di lavoro e in particolare la presenza di una subcultura che incoraggia o per lo meno non scoraggia le condotte drogastiche, ha un peso influente sul comportamento [cfr. Ames 1992]. Ad integrazione del modello, si aggiunga il

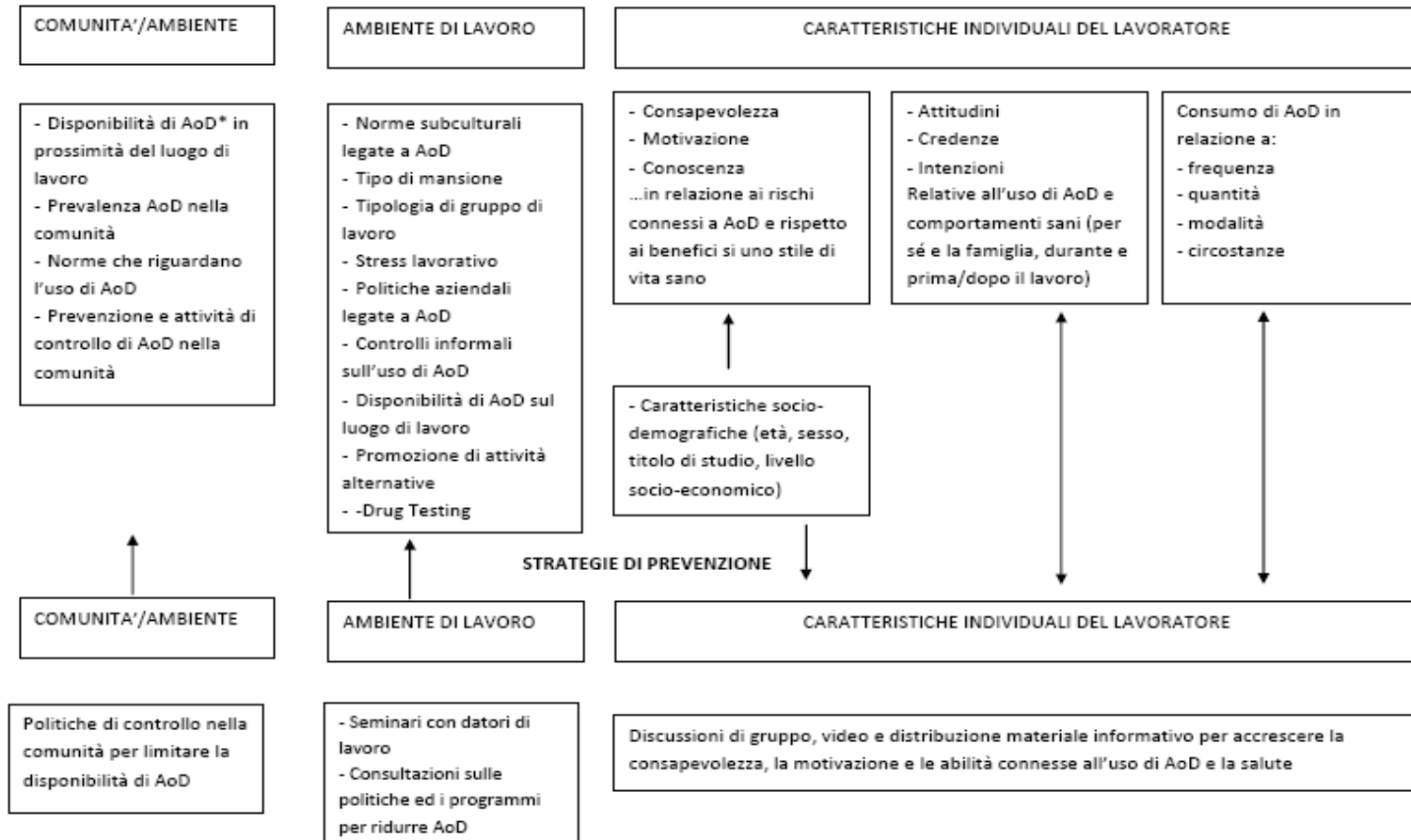
contributo delle campagne di prevenzione e l'effetto di deterrenza del drug testing, strumenti che debbono essere utilizzati attraverso una logica di integrazione rispetto a programmi di prevenzione realizzati all'interno delle aziende stesse.

Ancora, Nolan [2008] elabora un modello di prevenzione per gli ambienti di lavoro "liberi" da alcol e droga (*Drug and alcohol-free model*) fondato su 4 dimensioni ovvero: sviluppo di politiche e di procedure efficaci; programmi di informazione e educazione; drug testing; riabilitazione e presa in carico (cfr. Fig. 2). Ciascuna dimensione non può essere considerata efficace se trova attuazione in modalità isolata, dato che il raggiungimento dei risultati ipotizzati scaturiscono dall'integrazione di ciascun asse di intervento.

Il *modello correlazionale di promozione della salute* nei luoghi di lavoro – che in questo paragrafo conclusivo presento – abbraccia a pieno queste indicazioni. Esso trae ispirazione dall'approccio correlazionale elaborato da Ardigò [1997] e ampliato da Cipolla [1997; 1998; 2000; 2002; 2004; 2005a; 2005b] ovvero da un paradigma epistemologico di natura "tollerante" e "connettivo", contraddistinto da pluralismo, multidimensionalità, co-integrazione [cfr. Bertolazzi 2004] «che cerca di abbattere confini, astrazioni, ontologie, unilateralità monoparadigmatiche e che si propone in un'ottica pluralistica» [Cipolla 1997: 574] avvalendosi «di tanti apporti metodologici, che cerca continuamente di ricomporre, di combinare, di integrare fra di loro, per parti e per prove ed errori, al fine di una verità più piena ed attendibile» [ibidem: 575]. Gli ideali regolativi che connotano questo approccio sono [Cipolla 1997]:

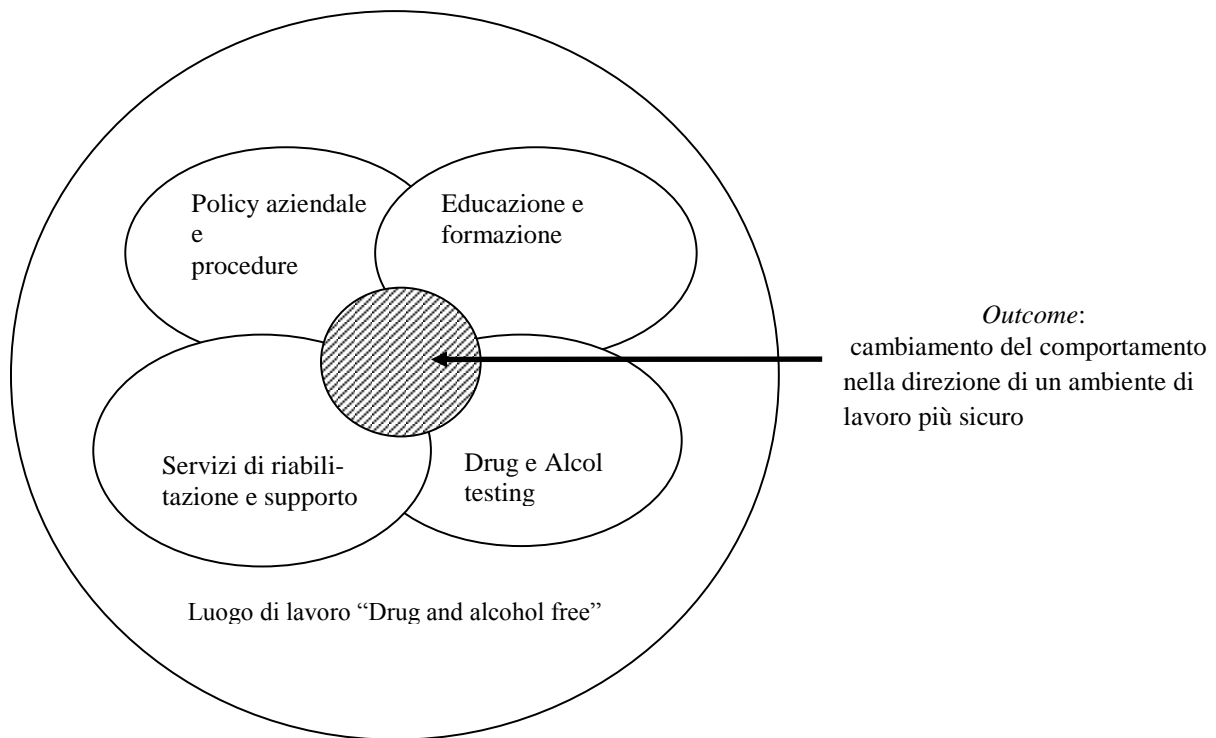
- integrazione: essa si realizza sia a livello orizzontale, quale integrazione tra diverse tecniche sociologiche e procedure d'indagine, sia a livello verticale, quale integrazione tra livello teorico, empirico ed operativo;
- pluralismo: rappresenta la legittimazione a monte della variabilità e precondizione di ogni ipotesi che segue principi di tolleranza;
- empatia: si traduce nella capacità di guardare il mondo con gli occhi dell'altro ponendosi sul versante altrui senza pregiudizi e sospendendo i giudizi;
- adduzione: combinazione in logica integrativa tra deduzione (anteposizione della teoria all'empiria) e induzione (suo esatto contrario);
- multidimensionalità e interdisciplinarietà: significa apertura a discipline differenti secondo una logica di integrazione di differenti livelli analitici e riconoscimento del contributo specifico di ciascuna branca del sapere.

Fig. 2 - Un modello integrato di prevenzione di alcol e droghe (AoD) nei luoghi di lavoro



Fonte: traduz. ed elaborazione personale da Cook [2003: 160]

Fig. 3 – Drug and alcohol-free model



Fonte: trad. e rielaborazione personale da Nolan [2008].

Aperto a più paradigmi, contraddistinto dall'empatia, nella consapevolezza che ogni autonomia va sempre rispettata, ovvero che l'identità dell'altro va compresa e abbracciata e che l'osservazione e la conoscenza del mondo devono abbandonare tutti i pregiudizi per la costruzione di una verità con "v" minuscola [Cipolla 1998], l'approccio correlazionale può essere richiamato quale ispiratore di un modello di promozione alla salute atto a favorire lo sviluppo di benessere fra i lavoratori secondo un approccio contraddistinto dall'*integrazione*, in logica ricompositiva e plurale, di più dimensioni inerenti il tema della presente dissertazione, ovvero tra:

- *livelli di intervento*: i programmi di prevenzione dovrebbero agire su più dimensioni, ovvero coinvolgere il livello micro (sistemi di interazione che implicano la presenza di persone), meso (sistemi di organizzazione che influenzano il comportamento dei membri secondo le regole di appartenenza) e macro (relazioni tra sistemi sociali) [Luhmann e De Giorgi 1993];
- *approcci teorici*: come si è cercato di illustrare (cfr. cap. 1), il consumo di sostanze psicoattive tra i lavoratori può essere compreso a partire da differenti

quadri eziologici (paradigma della fuga, della performance, della normalizzazione o accomodamento culturale) da cui derivano diversi approcci teorici in materia di prevenzione (cfr. cap. 2). Il ricorso al paradigma correlazionale consente di interpretare il fenomeno al di là di spiegazioni monocausali irrealistiche cercando di cogliere il fenomeno nella sua complessità, eterogeneità e difformità;

- *strategie operative*: a seconda della teoria di riferimento, sono state sviluppate differenti strategie di intervento per arginare e controllare il consumo di alcol e droghe tra i lavoratori. Gli studi dell'efficacia dei progetti di prevenzione (*Evidence-based Prevention*, cfr. § 2.3) testimoniano come ciascun intervento possa garantire dei risultati se realizzato in conformità alle linee guida derivanti dagli studi empirici volti a sondare le ricadute in termini di output e outcome degli interventi stessi. L'efficacia delle strategie risulta pertanto condizionata da alcuni fattori chiave, come per esempio: il target di riferimento, il contesto di applicazione, gli obiettivi decisi a monte, le modalità ed i tempi di realizzazione. Tuttavia, l'integrazione di diverse strategie garantisce risultati migliori [CSAP 1997, 2001; NIDA 2001].
- *attori e stakeholders*: conseguentemente a quanto affermato nel punto precedente, la promozione del benessere fra i lavoratori può derivare dall'apporto specifico e congiunto di una molteplicità di soggetti, ciascuno caratterizzato da proprie competenze sia in termini di valutazione sia nel senso delle capacità d'azione, i quali dovrebbero agire secondo un approccio di rete. In particolare, si ritiene che qualsiasi programma di prevenzione debba coinvolgere i lavoratori ed i loro rappresentanti, il datore di lavoro, il medico competente, la società civile e le istituzioni socio-sanitarie presenti nel territorio in quanto le ricadute derivanti dal consumo di sostanze psicoattive e, più in generale, dall'adozione di uno stile di vita incurante delle conseguenze in termini di salute e benessere, coinvolgono, nel medio e lungo termine, una molteplicità di attori.

Definiti gli ideali regolativi dell'approccio, è necessario illustrare operativamente le strategie d'azione e le fasi di realizzazione. Partendo dal primo punto, l'azione di promozione alla salute nei luoghi di lavoro dovrebbe portare all'individuazione dei fattori di rischio e dei fattori di protezione a ciascun livello, ovvero (cfr. Tab. 2):

- *livello micro*: fa riferimento alla dimensione individuale e gli interventi realizzati in questa area agiscono direttamente sul soggetto favorendo la modifica dello stile di vita in direzione di uno stato di salute ottimale inteso come completo benessere bio-psico-fisico. A tal fine, coerentemente con le evidenze in materia di prevenzione (cfr. § 2.3), gli interventi dovrebbero modificare le co-

noscenze, le credenze, gli atteggiamenti, le attitudini, le intenzioni (*Social learning theory*, Bandura 1977) e le norme soggettivamente esperite (*Normative belief Approach*, cfr. Hansen, Graham 1991; Perkins 2003; Page, Roland 2004; Bertowitz 2003) affinché tali elementi siano orientati in senso negativo rispetto al consumo e all'abuso di alcol e droghe. Al contempo, a questo livello l'azione è rivolta alla promozione di fattori protezione quali le abilità personali e sociali (gestione delle emozioni e dello stress, capacità di prendere decisioni, problem solving, pensiero creativo, pensiero critico, comunicazione efficace, capacità di relazioni interpersonali, autoconsapevolezza, empatia), secondo la strategia della *Life skills theory* [Botvin 1994; Botvin, Griffin 2004]. In sintesi, le strategie che, secondo la letteratura in materia si sono rivelate più idonee, sono: la strategia informativa<sup>113</sup>, la strategia educativo-promozionale, il modello dell'apprendimento sociale, l'approccio normativo. Per quanto concerne la gestione dello stress – il quale, alla luce, del modello della fuga (cfr. §1.3.1), rappresenta una variabile influente per l'analisi eziologica delle condotte alcol e droga correlate – sono possibili due strategie di *coping* [Cortese 2009]: una centrata sul problema (strategie per affrontare direttamente le richieste e le difficoltà ambientali) e una centrata sulle emozioni (sforzi messi in atto per ridurre/limitare il disturbo emotivo derivante da situazioni ambientali avverse);

- *livello meso*: concerne la dimensione organizzativa, ovvero il contesto di lavoro. A questo livello, l'azione è focalizzata sull'individuazione dei fattori di rischio come per esempio i rischi psico-sociali (stress, alienazione, mobbing) a livello aziendale, nonché le variabili connesse all'organizzazione del lavoro che possono avere ricadute nefaste sulla salute del lavoratore e favorire l'adozione di uno stile di vita insano (turni e orari troppo faticosi da rispettare e che impediscono la conciliazione tra tempo della vita e tempo del lavoro), le tensioni relazionali (rapporti difficili tra colleghi e tra preposti e subordinati). In sintesi, gli interventi a questo livello mirano alla riprogettazione delle attivi-

---

<sup>113</sup> Si rammenti che la strategia informativa presenta rischi di effetti iatrogeni (cfr. § 2.3). Tuttavia, l'informazione rappresenta la *conditio* di ogni intervento di promozione alla salute, purché essa sia correlata alla messa in pratica di altre strategie. Come emerso nel corso delle interviste agli esperti italiani (cfr. § 5.1.3), l'informazione deve: essere ampia e tarata sul target; sottolineare, rispetto all'adozione di condotte virtuose, i benefici certi ed immediati sul presente piuttosto che i rischi possibili sul futuro; sapere incidere sugli stili cognitivi (credenze, atteggiamenti, opinioni); favorire l'assunzione di responsabilità sia collettive sia individuali, nella piena comprensione del significato funzionale e contestuale che la fruizione di alcol e droghe assume; essere centrata sull'utilizzo di strumenti "in grado di sedurre"; essere orientata alla modifica degli stili di vita, proponendo attività alternative allettanti rispetto al consumo di droghe e alcol.

tà lavorative, alla ristrutturazione dei ruoli e all'instaurazione di un clima organizzativo di natura cooperativa. I fattori chiave per un'organizzazione di questo tipo sono: il riconoscimento da parte dei lavoratori del valore di una buona performance, l'opportunità di carriera, una cultura organizzativa che dà valore ai lavoratori individuali, l'agire manageriale volto a perseguire i valori dell'azienda [Niosch 1999]. L'analisi dei fattori di rischio rappresenta il presupposto per la programmazione di interventi volti alla rimozione degli stessi e alla promozione di fattori di protezione che migliorino le condizioni di lavoro percepite sia in termini di contenuto e modalità di espletamento della mansione sia in termini di clima relazionale. Operativamente, le azioni da intraprendere comprendono: la redazione del documento di valutazione del rischio psico-sociale nel quale è necessario inserire anche le azioni concrete che l'azienda, in concerto con il medico competente, il Responsabile della sicurezza (RSPP) e i lavoratori, intendono intraprendere per il contrasto dei rischi; la stesura della policy aziendale in materia di consumo di alcol e droghe nella quale siano esplicitati i rischi connessi alla fruizione di sostanze psicotrope, le politiche aziendali e i controlli attuati in materia nonché la disponibilità di strutture preposte al supporto di lavoratori con problematiche connesse a alcol e droghe; la predisposizione di servizi di counselling al cui interno sia prevista la partecipazione del medico competente secondo una logica non stigmatizzante e rispettosa della privacy dei lavoratori;

- *livello macro*: a questo livello, l'azione è orientata ad intervenire sulla dimensione strutturale, ovvero sul sistema sociale e l'ambiente esterno all'azienda. Gli interventi che possono essere realizzati riguardano: le politiche di controllo volte a limitare la disponibilità di sostanze (es. lotta al narcotraffico, strategie normative come per esempio norme che vietano la somministrazione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro, etc.), campagne mass mediatiche che informano sui rischi connessi alla fruizione di alcol e droghe e che cercano di modificare il processo di accomodamento culturale connesso al consumo di alcol e droghe. Il comune denominatore di questi interventi si incarna nel tentativo di creare una società e, in particolare, un ambiente di lavoro, *drug free*. Come abbiamo visto nel § 3.4, nuovi scenari si stanno aprendo anche sul fronte del marketing preventivo.

Tab. 2 – Il modello correlazionale di promozione alla salute nei luoghi di lavoro. Interventi a livello micro, meso e macro

| <i>Fattori di rischio</i>  | <i>Fattori di protezione</i>  | <i>Strategie/azioni</i>  |
|--|---|--|
| <i>Livello micro (dimensione individuale)</i>  |   |  |
| Deficit di conoscenze sui rischi connessi all'uso  | Conoscenze sui rischi connessi all'uso di sostanze  | Strategia informativa  |
| Credenze, attitudini e atteggiamenti favorevoli al consumo   | Credenze, attitudini e atteggiamenti sfavorevoli al consumo di alcol e droghe   | Strategia educativo-promozionale ( <i>Social learning theory</i> , Bandura 1977)   |
| Scarse abilità sociali e personali   | Promozione di abilità personali e sociali   | Strategia educativo-promozionale ( <i>Life skills theory</i> , Botvin 1994; Botvin, Griffin 2004)  |
| Percezione di normalità d'uso  | Percezione di anormalità d'uso  | Strategia educativo-promozionale ( <i>Normative belief</i> , Hansen, Graham 1991; Perkins 2003; Page, Roland 2004; Bertowitz 2003)   |
| <i>Livello meso (dimensione organizzativa)</i>   |   |  |
| Rischi psico-sociali (stress, alienazione, mobbing, tensioni relazionali, sovraccarico lavorativo) | Organizzazione del lavoro volta a promuovere la conciliazione dei tempi di lavoro e di vita, il miglioramento delle relazioni e della soddisfazione percepita | Redazione del Documento di valutazione dei rischi psico-sociali e predisposizione, attraverso la concertazione del datore di lavoro, medico competente, RSPP e lavoratori, di azioni volte al contrasto di tali rischi |
| <i>Livello macro (sistema sociale/ambiente)</i>  |   |  |
| Disponibilità/prossimità di sostanze psicoattive   | Politiche di controllo della disponibilità di sostanze psicoattive  | Lotta al narcotraffico, approccio normativo  |
| Accomodamento culturale favorevole al consumo  | Orientamento culturale sfavorevole al consumo   | Campagne mass mediatiche, marketing preventivo, approccio di comunità  |



Tab. 3 – Il modello correlazionale di promozione alla salute nei luoghi di lavoro.

| <i>Modello correlazionale di promozione alla salute nei luoghi di lavoro</i> |   |
|--|---|
| <i>Orientamento</i>  | Promozione della salute e del benessere dei lavoratori in senso olistico  |
| <i>Approccio</i>   | Correlazionale  |
| <i>Ruolo dello Stato</i>   | Garante di promozione   |
| <i>Ruolo del medico competente</i>   | Promotore di salute   |
| <i>Ruolo del datore di lavoro</i>  | Valutatore delle condizioni di lavoro in merito a presenza di rischi psico-sociali e promotore di interventi orientati alla salute del lavoratore |
| <i>Visione del lavoratore consumatore e/o tossicodipendente</i>              | Cittadino-lavoratore  |
| <i>Obiettivo del DT</i>  | Tutela della sicurezza  |
| <i>Tipologia di DT prevalente</i>  | Periodico per i profili a rischio infortunistico; per sospetto per le mansioni non a rischio.   |
| <i>Sostanze psicoattive interessate all'attività di prevenzione</i>          | Legali e illegali   |
| <i>Rapporto consumo ricreativo e consumo problematico</i>                    | Necessità di ulteriori studi volti a stimare le conseguenze dell'uso sporadico sulla sicurezza aziendale  |

In relazione alle tematiche cruciali che si dipanano in materia di intervento per il contrasto del consumo di alcol e droghe nei luoghi di lavoro, è possibile articolare il *modello della promozione della salute* in dieci punti che potrebbero costituire una sorta di linea guida.

### 6.3.1 – Verso una promozione della salute in senso olistico

Il modello correlazionale di promozione alla salute nei luoghi di lavoro dovrebbe considerare il consumo di sostanze psicoattive, legali e illegali<sup>114</sup>, come manifestazione dell'incapacità del lavoratore di adottare uno *stile di vita* orientato alla salute. In tale logica, qualsiasi intervento di promozione dovrebbe insistere

<sup>114</sup> «Il criterio tra stato legale/illegale delle sostanze non sembra più sufficientemente discriminante in termini di dannosità psicofisica» [Bertolazzi 2008: 121].

sull'importanza di seguire condotte virtuose indirizzate al raggiungimento di uno stato di benessere complessivo: in altre parole, si tratta di adottare misure atte a favorire il *passaggio dal modello della sicurezza (centrato sul controllo) al modello della salute (focalizzato sulla promozione)*. Pertanto, è necessario intervenire scoraggiando tutte le azioni che possono comportare un aumento di morbilità e pregiudicare le condizioni di salute percepite (comprese, per esempio, l'alimentazione e l'attività sportiva).

In linea con quanto affermato, l'attività di prevenzione dovrebbe coinvolgere tutte le sostanze psicoattive il cui uso determina il rischio di incrementare la morbilità e la mortalità dei lavoratori, comprese le droghe legali e i farmaci. L'analisi della letteratura, del quadro normativo e del materiale raccolto tramite il percorso empirico ha evidenziato la presenza di un largo numero di lavoratori che utilizzano sostanze come alcol, tabacco e psicofarmaci, le quali, pur essendo legali, hanno effetti deleteri sulla salute complessiva del lavoratore. Per questo motivo, la promozione della salute dovrebbe includere informazioni e strategie volte a scongiurare il consumo al di là del fatto che tali droghe siano consentite dalla normativa in materia. In particolar modo, pare evidente come nel contesto italiano l'esistenza di un doppio regime normativo che disciplina il consumo di alcol, da un lato, e delle droghe illegali, dall'altro, favorisca la diffusione di una minor percezione di rischio in relazione al consumo di alcolici rispetto alle droghe illegali. Ancora, non solleva un grande interesse il consumo di tabacco il quale, pur non determinando un aumento del fenomeno infortunistico, si associa ad un'alta morbilità le cui conseguenze si dipanano inevitabilmente attraverso un peggioramento delle condizioni di salute dei lavoratori e una riduzione di produttività delle aziende connessa alla perdita di giornate lavorative per malattia.

Si precisa inoltre che l'azione di promozione non dovrebbe scoraggiare l'uso di sostanze solo per una questione di sicurezza sul lavoro, ma dovrebbe insistere sull'importanza dell'astinenza o della moderazione per il miglioramento della salute complessiva: un programma di prevenzione alcologica negli ambienti di lavoro, per esempio, dovrebbe promuovere uno stile di comportamento che non solo sia curante dei rischi derivanti dall'assunzione di alcol durante l'orario di lavoro, ma anche al di fuori di esso [Cipriani et al. 2006].

In Italia l'attenzione dei policy makers in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro è nettamente orientata all'analisi dei fattori di rischio, ovvero di quelle variabili che possono minacciare il lavoratore, fatto che determina uno sbilanciamento del sistema il quale risulta maggiormente orientato alla prevenzione piuttosto che alla promozione. Ciò è testimoniato anche dall'obbligo di redazione del cosiddetto DVR (Documento di Valutazione dei Rischi) nel quale debbono essere

indicate le minacce proprie dell'ambiente di lavoro in senso fisico (es. rischio chimico, fisico, acustico, etc.) e nel quale, a seguito dell'emanazione di linee guida ad hoc, dovranno essere inclusi anche i rischi psico-sociali (cfr. § 3.2). Il modello correlazionale di promozione alla salute insiste al contrario sull'analisi congiunta dei fattori di protezione e dei fattori di rischio secondo un approccio globale di intervento (cfr. § 2.2.2).

A seguito di queste considerazioni, si propone di rendere obbligatorio per tutte le aziende la redazione di un documento (il cui nome potrebbe essere "DPS - Documento di Promozione della salute") nel quale non solo si analizzano tutti i fattori di vulnerabilità in grado di incidere negativamente sulla salute come per esempio stress, alienazione, scarso riconoscimento del ruolo svolto, mobbing, conflitti relazionali (cfr. cap. 1), ma anche tutti i fattori di protezione volti a migliorare le condizioni di lavoro e la situazione del singolo lavoratore (es. sviluppo di attività alternative, orario flessibile, momenti di socializzazione tra colleghi, possibilità di lavorare da casa date alcune circostanze).

### *6.3.2 – La policy aziendale in materia di promozione della salute*

La stesura di una policy aziendale in materia di consumo di sostanze psicoattive rappresenta uno dei cinque pilastri delle linee guida statunitensi (cfr. § 3.1): tale documento definisce le procedure di applicazione della normativa nelle aziende, le azioni preventive, promozionali ed educative con riferimento ai rischi connessi all'impiego di sostanze stupefacenti nell'espletamento di mansioni a rischio, le possibili conseguenze connesse, le sanzioni previste in caso di mancato rispetto delle norme nonché fornire indicazioni sui servizi di assistenza e supporto (EAPs).

La sottoscrizione da parte del lavoratore al momento dell'assunzione della Policy rappresenta una prassi piuttosto diffusa anche in Gran Bretagna tanto che il modello che ne scaturisce – come visto – è stato definito di "responsabilità bilaterale": se da un lato il datore di lavoro è responsabile circa la definizione di interventi per scongiurare il consumo di sostanze tra i lavoratori, dall'altro i dipendenti, sottoscrivendo la policy, si assumono un impegno di responsabilità.

In Italia, esiste una tradizione meno consolidata in materia. Sebbene nel D. Lgs. 81/2008 sia previsto l'obbligo di formazione ed informazione dei lavoratori sui rischi da parte del datore di lavoro e del medico competente, solo alcune regioni hanno definito in dettaglio le modalità di comunicazione ai lavoratori (la delibera della Regione Lombardia, per esempio, parla di redazione di un documento aziendale ad hoc da parte del datore di lavoro).

Secondo Magnavita [2009], esso deve corrispondere alle richieste di legge e colmare le lacune; deve essere ragionevole e risolvere i dilemmi; deve essere accettato e condiviso; richiede d'essere chiaro, completo e non equivoco, prevedendo anche le conseguenze per le violazioni. Deve inoltre indicare [ivi]: i destinatari, i comportamenti proibiti, le modalità e i tempi dei possibili controlli, le conseguenze delle violazioni, l'assistenza è disponibile, le condizioni alle quali è previsto il rientro al lavoro, le garanzie in materia di riservatezza, il responsabile dell'applicazione.

Nel nostro paese, la policy aziendale è un documento consigliato, ma non obbligatorio: si rende necessario pertanto promuovere una cultura aziendale favorevole all'impiego di questo strumento che rappresenta una forma di responsabilizzazione bilaterale tra datore di lavoro e lavoratore.

### 6.3.3 – *Compartecipazione degli attori in logica di rete*

Il modello correlazionale di promozione alla salute nei luoghi di lavoro è fondato sul coinvolgimento di una pluralità di attori secondo una logica di flessibilità, responsabilizzazione condivisa fra i diversi soggetti, personalizzazione e co-gestione dell'intervento, al fine di evitare che gli interventi siano visti come obblighi imposti dal legislatore senza che vi sia possibilità di adattare i progetti alla realtà aziendale specifica, tanto più che nessun provvedimento di legge è efficace se non si basa su una accettazione collettiva dei principi su cui esso è fondato. In altri termini, si tratta di operare secondo una logica di rete in quanto essa «riduce la dispersione e la frammentazione degli interventi, ha un effetto moltiplicatore e crea sentimento di appartenenza» [Aa. Vv. 2004: 5].

Nello specifico, possono essere considerati stakeholder:

- *il datore di lavoro*: troppo spesso i titolari ed i responsabili dell'azienda considerano la questione della sicurezza all'interno del luogo di lavoro come un fardello burocratico e costoso in termini di tempo e danaro senza la percezione che vi possono essere ricadute positive. Per questo, è necessario che ogni intervento veda coinvolti i datori di lavoro nella direzione di una sensibilizzazione non solo al tema della sicurezza, ma anche della salute dei lavoratori nella logica di una responsabilità sociale dell'impresa [Serpelloni et al. 2003]. Inoltre, sull'esempio americano (cfr. § 3.1), i responsabili dell'azienda dovrebbero essere destinatari di corsi specifici di formazione all'interno dei quali siano illustrate le conseguenze nefaste legate alle condotte a rischio (tra le quali l'assunzione di sostanze psicoattive, ma non solo) nonché le strategie che possono essere applicate per promuovere la salute nei luoghi di lavoro;

- *i lavoratori*: è noto come la partecipazione dei destinatari degli interventi in sede di programmazione degli stessi favorisce la presa di coscienza della crucialità della tematica e la predisposizione di azioni maggiormente rispondenti ai bisogni percepiti dal target di riferimento. Pertanto, il modello correlazionale di promozione della salute dovrebbe prevedere la possibilità che i lavoratori stessi esprimano le proprie esigenze in termini di miglioramento della condizione professionale e personale proponendo percorsi d'azione coerenti con i propri bisogni in una logica di compatibilità con le richieste del datore di lavoro. Adottare un simile approccio dal basso significa stimolare: «l'adattamento continuo del programma alle mutate situazioni locali e favorisce l'inserimento delle conoscenze nella formazione di base della popolazione» [Aa. Vv. 2004: 5]. Al contempo, «coinvolgere i cittadini nella presa di decisioni accresce [...] la fiducia nelle istituzioni permettendo così che questa prenda il posto della speranza» [Maturò 2007: 146];
- *il medico competente*: soprattutto nei focus group condotti in Italia, gli esperti hanno lamentato con vigore il problema della ridotta discrezionalità del medico del lavoro il cui ruolo troppo spesso si limita ad essere quello di esecutore degli obblighi imposti dalla legge. In altri termini, il medico competente dovrebbe poter disporre di strumenti e soprattutto occasioni per poter intervenire quale promotore della salute (come sarà discusso al punto 3.5);
- *i sindacati*: in quanto organismi che raccolgono i rappresentanti delle categorie produttive, il loro ruolo potrebbe essere fondamentale nell'individuazione di problemi specifici che riguardano talune categorie di lavoratori. Si pensi, per esempio, al problema del consumo di alcol e cocaina all'interno dei cantieri edili.

Compartecipazione significa in primo luogo che i vari attori debbono essere coinvolti nelle diverse fasi dell'azione, ovvero:

- fase di analisi: questo step si propone di mappare la situazione in relazione a fattori di rischio sia collettivi sia individuali analizzando le risorse disponibili al fine di individuare possibili fattori di protezione;
- fase di progettazione: è il momento nel quale, sulla base dei bisogni emersi al primo step, si programmano interventi di promozione alla salute nei luoghi di lavoro;
- fase di implementazione: è la fase di realizzazione degli interventi;
- fase di valutazione: momento spesso trascurato nei progetti di prevenzione, esso rappresenta un momento cruciale durante il quale si individuano i risultati in termini di impatto e outcome. Questo step deve prevedere una valutazione sia dei lavoratori (verifica del gradimento e dell'interesse verso l'intervento) sia

del datore di lavoro (miglioramenti in termini di produttività, clima aziendale, riduzione degli infortuni e dell'assenteismo) sia del medico del lavoro (confronto, durante l'anamnesi, tra situazione iniziale e situazione finale). La valutazione ha come finalità quella di rimodulare gli interventi futuri alla luce dei risultati intermedi e finali (cfr. punto 3.10).

La compartecipazione degli attori in logica di rete ha come finalità non ultima quella di sviluppare capitale sociale, ovvero «una rete di relazioni a carattere fiduciario e cooperativo che un soggetto, individuale o collettivo ha nel suo contesto di vita, nella presupposizione che da tali relazioni il soggetto in questione possa trarre risorse materiali e immateriali utili al suo agire» [Scanagatta, Maccarini 2009: 18; cfr. Donati, Colozzi 2006].

#### 6.3.4 – De-medicalizzazione degli interventi

Secondo Bauman [1999], la medicina moderna affronta difficoltà nel demarcare in maniera chiara e netta la salute e la malattia. Come ci ricorda Maturo [2007], la malattia non può essere definita solo sulla base di un guasto organico (*disease*), ma anche alla luce della percezione soggettiva (*illness*) e sociale (*sickness*)<sup>115</sup>.

Tuttavia, nell'ambito del consumo di sostanze psicoattive ci troviamo di fronte ad una situazione scissa, tale per cui da un lato i consumatori tendono a non percepirsi come soggetti malati (e pertanto, ciò ostacola e posticipa la richiesta di cura), mentre d'altro canto il sistema sociale istituzionale considera il consumo di sostanze psicoattive come malattia: in altre termini, siamo in presenza di una situazione di *sickness* senza *illness*. Volendo essere più precisi sul fronte della *sickness*, rispetto al Modello-P elaborato da Maturo, il consumo di sostanze psicoattive prevede un riconoscimento sociale della malattia (*sick role*), ma a ciò non sempre corrisponde una rappresentazione sociale di malattia (*sickscape*).

Dal punto di vista istituzionale, la medicalizzazione – ovvero il processo attraverso il quale i problemi umani sono inclusi nella giurisdizione delle professioni mediche [Conrad 1992; Maturo, Conrad 2009] – coinvolge anche il consumo di

---

<sup>115</sup> «Con *disease* possiamo intendere la malattia così come viene rappresentata dal modello bio-medico, ovvero come guasto organico “oggettivamente” misurabile. [...] L'*illness* è il senso di sofferenza che, sotto diversi aspetti, può attanagliare un individuo. [...]. La *sickness*, invece, riguarda il modo attraverso cui gli altri interpretano la malattia dell'individuo» [Maturo 2007: 11-112]. A sua volta, l'Autore – attraverso la costruzione del modello-P di malattia – ritiene che all'interno dell'*illness* sia possibile distinguere l'esperienza di dolore (*illness esperita*) e il vissuto di malattia (*semantica dell'illness*), mentre la *sickness* può essere scorporata tra riconoscimento istituzionale di malattia (*sick role*) e immaginario/rappresentazioni sociali di malattia (*sickscape*).

sostanze psicoattive nonostante i pattern d'uso oggi prevalenti suggeriscano come sempre meno frequentemente i soggetti che fruiscono di droghe (e di talune sostanze in particolare) scivolino in uno stato di *addiction* e dunque acquisiscano lo status di portatori di una patologia [cfr. Cipolla 2008; Parker, Aldridge 1998; Parker et al. 2002; Bertolazzi 2008].

Ciononostante, il medico del lavoro non ha la possibilità di fare una diagnosi dei singoli casi e, una volta che il lavoratore è risultato positivo al drug testing, è obbligato ad inviare il soggetto ai Ser.T, ovvero ai Servizi per le tossicodipendenze. A queste strutture – spesso stigmatizzanti e caratterizzate da un approccio fortemente medicalizzato (cfr. punto 6.3.8) – spetta la diagnosi circa lo stato di dipendenza del lavoratore e l'individuazione di un percorso di recupero<sup>116</sup>. Tuttavia, come ci ricorda Maturo, «non sempre si è malati o non si è malati, [ovvero] non sempre la malattia assume valori dicotomici» [2007: 139] e l'esposizione al rischio dovrebbe essere considerata in termini analogici anziché digitali [ivi]. Si noti che l'iter terapeutico prende avvio nel caso di consumo anche occasionale di droghe illegali, mentre è escluso l'intervento dei servizi per un uso occasionale di alcol e di sostanze legali in generale.

I nuovi trend di fruizione inducono a ritenere applicabile un modello di analisi fondato sulla *healthcization* anziché sulla medicalizzazione: mentre quest'ultimo processo si basa sull'applicazione di definizioni e trattamenti medici a problemi un tempo definiti sociali o naturali, l'*healthcization* propone definizioni sociali per l'analisi dei problemi un tempo definiti in termini medici. Conseguentemente, mentre la medicalizzazione suggerisce interventi di natura biomedicale, l'*healthcization* propone vie risolutive fondate sul mutamento dello stile di vita e del comportamento [Conrad 1992].

### 6.3.5 – *Il medico competente come promotore della salute*

Nelle interviste e nei focus group condotti è emerso chiaramente come il ruolo del medico del lavoro lamenti insufficienze e carenze sia nel modello italiano sia nel modello inglese. In particolare, in Italia è possibile affermare che il medico del

---

<sup>116</sup> «La diagnosi è la capacità di trovare delle connessioni tra un insieme di segni e sintomi e di “nominare” tale insieme attraverso un’“etichetta” [...] Senza diagnosi non può esserci cura. [...] Per le istituzioni, o per specifici gruppi sociali, la diagnosi può essere uno strumento di controllo sociale» [Maturo 2007: 93].

lavoro eserciti funzioni di mera esecuzione secondo la normativa vigente<sup>117</sup>, mentre in Gran Bretagna la sua azione è limitata dalle richieste espresse dal datore di lavoro. In entrambi i modelli, il suo intervento è sbilanciato sull'individuazione dei fattori di rischio a danno della promozione dei fattori protettivi.

Il modello correlazionale di promozione alla salute riconosce al contrario un ruolo ampio al medico competente dato che il giudizio e la condotta da seguire non scaturiscono automaticamente dai risultati di un test, ma debbono dipendere da una attenta valutazione di tutti i fattori clinici, umani e sociali. Pertanto, si ritiene che spettino al medico competente le seguenti funzioni:

- *individuazione dei fattori di rischio* sia a livello aziendale (rischi ambientali di ordine fisico, biologico, acustico e rischi psico-sociali) sia a livello individuale (analisi delle condotte dello stile di vita relative a alimentazione, attività fisica, consumo di farmaci, assunzione di sostanze psicoattive), da realizzare in concerto con gli altri attori coinvolti nella programmazione di interventi volti alla promozione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- *sviluppo di fattori di protezione*: l'analisi condotta dal medico del lavoro dovrebbe comprendere, oltre all'anamnesi dei fattori di vulnerabilità, anche l'individuazione di fattori di promozione della salute. Anche in questo caso, è necessario intervenire sia a livello meso (azienda) sia a livello micro (individuo). Costituirebbe una buona prassi il fatto che il medico trasmetta informazioni al lavoratore sulle modalità concrete attraverso le quali egli possa migliorare il proprio stile di vita e, conseguentemente, la propria salute, attraverso un'azione di *counselling*;
- *individuazione di indicatori che fanno sospettare il consumo di sostanze fra i lavoratori*: per esempio, le frequenti assenze del lunedì mattina potrebbero far sospettare un consumo reiterato a scopo ricreativo durante il fine settimana; il calo di produttività nel pomeriggio potrebbe essere indicatore di un consumo di alcol durante la pausa pranzo; ancora, la ricerca di isolamento da parte del lavoratore potrebbe essere la prova del tentativo di eludere i controlli per consumare sostanze in luoghi appartati;

---

<sup>117</sup> Nel suo intervento al V Convegno nazionale sulle droghe, organizzato a Trieste nel marzo 2009, Riboldi [2009] sottolinea come nel D. Lgs. 81/2008 vengano delineate nuove funzioni per il medico competente che sono essenzialmente funzioni di controllo, le quali appaiono in contrasto con il suo ruolo di riferimento nell'ambito del rapporto personale di fiducia con datori di lavoro e lavoratori. Il medico competente, al quale è affidato il delicato compito di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione finalizzato alla tutela della salute del lavoratore, viene inoltre chiamato a intervenire ed eventualmente esprimere giudizi di inidoneità anche per la tutela della incolumità di terzi, materia nuova e ancora giuridicamente non definita.



- *promozione di corsi destinati ai lavoratori per il miglioramento dello stile di vita*: tali corsi dovrebbero adottare strategie di promozione integrate, facenti parte dell’approccio informativo<sup>118</sup> e educativo-promozionale, in grado di agire non soltanto sulle conoscenze, ma anche sulle credenze e sugli atteggiamenti che influenzano le condotte connesse allo stile di vita. Si rivela fondamentale – come più volte sostenuto nel corso della presente dissertazione – intervenire sulle abilità sociali e personali del lavoratore, al fine di trasmettere e incrementare *skills* come per esempio la capacità di prendere decisioni, il problem solving, il pensiero creativo, il pensiero critico, la comunicazione efficace, la capacità di relazioni interpersonali, l’autoconsapevolezza, l’empatia, la gestione delle emozioni e dello stress. I corsi dovrebbero inoltre promuovere attività alternative rispetto alle pratiche orientate al raggiungimento di uno stato di alterazione psico-fisica e dovrebbero prevedere sessioni di rinforzo che diano continuità al progetto;
- *promozione di corsi destinati ai datori di lavoro ed ai supervisori*: gli interventi orientati alla sicurezza ed alla salute dei lavoratori non debbono essere considerati come fardelli burocratici imposti dalla normativa, ma debbono piuttosto rappresentare il frutto di un’esigenza condivisa tra gli attori. Pertanto, è fondamentale la sensibilizzazione di datori di lavoro e supervisori i quali dovrebbero essere informati sia in merito all’importanza della tematica sia in relazione ai possibili interventi da attuare in azienda. Inoltre, questi attori dovrebbero essere formati al fine di individuare precocemente i segnali che possono indurre a sospettare che un lavoratore abusi di sostanze psicoattive;
- *contributo per la stesura della policy aziendale*: data la sua conoscenza sia dei principi che regolano la promozione della salute sia la realtà aziendale, il contributo del medico competente si rivela cruciale per quanto concerne la stesura e la realizzazione della politica aziendale in materia;
- *azione di coordinamento*: il medico del lavoro rappresenta la figura cruciale della comunicazione tra azienda e ambiente esterno. In particolare, egli dovrebbe essere la figura preposta alla comunicazione con i servizi territoriali (Ser.T, ma non solo), medico di medicina generale e altre figure sanitarie.

Si noti che il medico del lavoro dovrebbe attuare interventi di prevenzione non solo universale (ovvero rivolta a tutti i lavoratori) ma anche selettiva, ovvero destinati a lavoratori portatori di condizioni di maggior vulnerabilità anche se temporanea: pensiamo, per esempio, ai lavoratori precari, agli immigrati, a coloro che ricoprono ruoli di responsabilità.

---

<sup>118</sup> Cfr. nota 113.

Al contempo, anche i lavoratori autonomi ed indipendenti rappresentano una categoria sottoposta a fattori di rischio e pertanto dovrebbero essere destinatari di interventi specifici.

#### *6.3.6 – La figura del RPS (Responsabile della Promozione della Salute)*

Come è noto, ciascuna azienda individua un RSPP, ovvero un Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, il cui compito è quello di gestire e coordinare le attività del servizio di prevenzione e protezione (SPP), ovvero l’“insieme delle persone, sistemi e mezzi esterni o interni all’azienda finalizzati all’attività di prevenzione e protezione dai rischi professionali per i lavoratori” (art. 2 lett. L., del D. Lgs. 81/2008).

Sebbene la recente normativa introduca elementi orientati non soltanto alla rimozione dei fattori di rischio, attualmente il contributo del RSPP nella promozione dei fattori di protezione appare limitata. Pertanto, si raccomanda l’individuazione di canali e strumenti affinché il suo ruolo possa estendersi e concretamente esplicitarsi in senso promozionale e non solo preventivo, orientandosi non solo alla sicurezza dei lavoratori, ma più in generale al raggiungimento di uno stato di salute e benessere, sull’esempio di alcune sperimentazioni oggi diffuse in Germania e Francia per quanto concerne la prevenzione dell’alcol e che hanno portato all’istituzione del cosiddetto “operatore di salute” [Noventa 2006]. Il mutamento potrebbe includere anche una modifica nella denominazione di questa figura: da Responsabile del Servizio di Prevenzione a Protezione al Responsabile della Promozione della Salute.

Egli dovrebbe avere un ruolo centrale per quanto concerne l’analisi dei fattori di rischio e di protezione, la programmazione e l’implementazione di interventi, la valutazione dei risultati attraverso un’azione coordinata e interattiva con il medico del lavoro e il datore.

#### *6.3.7 – Ruolo dello Stato come garante di promozione*

La comparazione tra il modello italiano ed il modello inglese ha permesso di evidenziare le notevoli differenze tra i due sistemi per quanto concerne il ruolo dello Stato: come visto, mentre in Italia esista un’ampia e recente normativa che disciplina l’argomento (per altro, come visto, soggetta a mutamenti e integrazioni), in Gran Bretagna non esiste una legge ad hoc, sebbene ci siano norme che tutelano la privacy e la dignità del lavoratore onde evitare indebite invasioni nella

sfera personale. Ciò comporta rischi opposti: nel primo caso è possibile che l'esistenza di una rigida normativa non lasci spazio all'iniziativa delle singole aziende o che al contrario imponga interventi senza che i datori di lavoro siano sensibilizzati al tema della promozione, tale per cui essa rischia di essere percepita come obbligo di legge a cui attenersi onde evitare di incorrere in sanzioni. Nel secondo caso, il rischio è la percezione di uno stato di disorientamento da parte delle aziende che non hanno gli strumenti per comprendere la portata del fenomeno, le sue conseguenze e, soprattutto, per farvi fronte.

Il modello correlazionale di promozione alla salute nei luoghi di lavoro ritiene che, data la crucialità della tematica, lo Stato non possa astenersi dall'intervento in materia e debba operare secondo una logica di sussidiarietà: esso dovrebbe fornire pertanto delle indicazioni prescrittive per quanto riguarda il tema della sicurezza e della salute dei lavoratori, fornendo al contempo linee guida e di indirizzo in cui si chiariscano sia i rischi derivanti da un mancato intervento sia i benefici che potrebbero conseguire da interventi di promozione. Tuttavia, tali linee guida dovrebbero fornire suggerimenti senza vincolare circa le modalità per il raggiungimento degli obiettivi di salute, lasciando alle aziende i margini di discrezionalità necessari per un ampio adattamento delle indicazioni alla concreta realtà lavorativa.

Oltre ad un ruolo di garante della promozione, lo Stato dovrebbe farsi promotore di studi volti a rispondere ad alcuni quesiti non ancora chiari (esigenza sollevata soprattutto dagli esperti inglesi). Come abbiamo visto nel cap. 1, infatti, la letteratura scientifica non ha trovato pieno accordo circa questioni quali: effettiva diffusione di consumo di sostanze psicoattive tra i lavoratori e modalità di fruizione delle stesse, conseguenze (anche in termini economici) del fenomeno sulle aziende e sulla società civile, esiti derivanti dall'imposizione dell'alcol e drug testing in termini di impatto e di outcome, valutazione degli interventi di promozione all'interno dei luoghi di lavoro secondo i criteri dell'Evidence-based Prevention.

### *6.3.8 – Riprogettare i Servizi: dalla cure al care*

In Italia, la recente introduzione della normativa che disciplina il tema del consumo di sostanze psicoattive tra i lavoratori (D. Lgs. 81/2008 e D. Lgs. 106/2009) ha comportato un ampliamento delle funzioni dei Ser.T (Servizi per le Tossicodipendenze) in quanto tali strutture sono responsabili degli accertamenti di secondo livello (cfr. § 3.2) e della diagnosi di tossicodipendenza per lavoratori risultati positivi ai drug testing. I servizi si sono trovati così non solo ad essere coinvolti in una situazione di sovraccarico lavorativo, ma anche di mancanza di competenza derivante dal fatto che presso i Ser.T sono per lo più presi in carico pazienti con

un quadro clinico compromesso dall'abuso di alcol e droghe. In altre parole, si verificano casi in cui i Ser.T debbono affrontare situazioni che coinvolgono soggetti con un consumo di sostanze che può essere definito moderato e ricreativo tale da non richiedere interventi di natura sanitaria.

Pertanto, il modello che si propone considera fondamentale la messa a disposizione di servizi ad hoc con funzione di supporto, counselling, orientamento per i lavoratori, non stigmatizzanti e non connotati da una logica di controllo che si avvalgono di operatori di formazione non solamente sanitaria, sull'esempio degli EAPs (*Employee Assistance Programs*) statunitensi a cui la stessa Gran Bretagna si ispira. Come evidenziato nel cap. 3.1, tali strutture offrono servizi di supporto ai lavoratori che si trovano in difficoltà operando secondo strategie che tengono conto delle concrete problematiche aziendali e forniscono suggerimenti per affrontare i problemi a partire dal miglioramento del contesto di lavoro e di vita. I servizi intervengono su richiesta del lavoratore prima che la sua problematica esploda in una situazione di tossicodipendenza conclamata o in altra forma di disagio. Al contempo, le strategie con le quali operano tendono a privilegiare percorsi de-medicalizzati attraverso i quali il lavoratore apprende a fronteggiare la situazione di crisi senza un intervento prettamente medico: si tratta dunque di abbracciare un paradigma di *care* anziché *cure*, ovvero di assistenza, supporto, aiuto ai lavoratori in difficoltà senza attuare interventi di natura meramente medico-sanitaria. Con le parole di Cipolla [2008: 49]: «I servizi [...] non devono limitarsi al recupero o alla disperazione, ma allargare le proprie funzioni anche all'accesso ed al contenimento o all'anticipazione del danno. Solo così, essi coglieranno il fenomeno droga non solo come risultato o malattia, ma anche come cultura più vasta, come co-dipendenza socio-biologica, come apertura al mondo che produce a suo modo il suo drogato». Al contempo, dobbiamo smettere di pensare ai «servizi per la tossicodipendenza come ambiti estranei al territorio» [Folgheraiter 2001, cit. in Fundone 2005:b 14] e considerare il loro collegamento, a livello macro, con la società civile e, a livello meso, con l'ambiente di lavoro.

In supporto ai servizi, dovrebbero essere promossi anche gruppi di auto-mutuo aiuto, nei quali sono «coinvolte persone che, condividendo il medesimo problema [...] decidono di ricevere/dare aiuto, supporto, incoraggiamento, informazione e strategie di fronteggiamento rispetto a uno stato di disagio psico-fisico che tocca il corso della vita individuale o familiare» [Sturlese 2005: 176]. Tali gruppi producono «relazioni di scambio, rivitalizzano i contesti di vita in cui agiscono; permettono, favorendo gli individui, di apprendere e di insegnare allo stesso tempo, a vivere e a valorizzare la salute residua secondo un ampio gioco di reciprocità [ibidem: 178].

Contemporaneamente, si rende necessario programmare interventi che offrano servizi di counselling breve per situazioni di consumo non ancora sfociate in situazioni di uso problematico e abuso.

### *6.3.9 – Il Drug e alcol testing: da strumenti di controllo a strumenti di supporto in materia di sicurezza*

Il ricorso a strumenti di controllo (drug testing e alcol testing) dovrebbe essere subordinato all'esigenza di tutelare l'incolumità fisica del lavoratore e dei colleghi e non dovrebbe costituire uno strumento di mero controllo. In altri termini, in taluni settori, considerati a rischio in termini di sicurezza, non si può prescindere dal ricorso a strumenti di diagnosi dei consumi, ma questa misura deve rappresentare un possibile strumento facente parte di una strategia di prevenzione globale ad ampio respiro, così come si stabilisce nelle linee guida statunitensi [cfr. Magnavita et al. 2008]. Alcol e drug testing, infatti, agiscono sul sintomo (il consumo di sostanze) e non sulle cause, trascurando come la fruizione di alcol e droghe rappresenta un epifenomeno rispetto ad una situazione nella quale il lavoratore attribuisce al consumo la possibilità di soddisfare i suoi bisogni (evasione da una situazione di stress e alienazione lavorativa, necessità di potenziare le proprie prestazioni, desiderio di incrementare il proprio divertimento, etc.).

Ciascun lavoratore dovrebbe essere informato in sede di assunzione circa la possibilità di essere sottoposto a esame tossicologico con la specifica delle conseguenze in caso di positività o di rifiuto a sottoporsi all'analisi. Si rende pertanto necessario:

- ripensare alle categorie professionali coinvolte, evitando discriminazioni ai lavoratori con minor prestigio sociale<sup>119</sup>;
- migliorare le tecniche di diagnosi per evitare false positività o false negatività, garantendo al contempo che lo strumento sia in grado di verificare se il soggetto lavora sotto effetto di alterazione psico-fisica oppure se l'assunzione riguarda il tempo libero<sup>120</sup>;

---

<sup>119</sup> Come abbiamo visto analizzando la normativa italiana (D. Lgs. 81/08, cfr. § 3.2) e il materiale raccolto durante i focus group italiani (cfr. § 4.6) le mansioni considerate a rischio e quindi sottoposte a drug testing sono caratterizzate da minor prestigio sociale: per esempio, l'esame tossicologico è imposto a operai che guidano mezzi ma non a profili professionali sanitari come medici e infermieri, di certo soggetti a rischio per l'incolumità propria e altrui. Una scelta del legislatore difficile da spiegare ricorrendo a motivazioni legate alla sola sicurezza.

<sup>120</sup> Come più volte sostenuto nel corso della presente dissertazione, un noto problema deriva dal fatto che il drug testing accerta solo l'uso e non uso di sostanze, mentre trascura le inabilità perso-

- garantire una maggior equità di trattamento nel caso in cui la sostanza rilevata sia l'alcol anziché una droga illegale<sup>121</sup>;
- stabilire e rafforzare le prassi che non violino la privacy e la dignità del lavoratore.

Date le controversie sollevate in letteratura circa l'impiego del drug testing quale deterrente per il consumo di alcol e droghe, si rendono necessari ulteriori studi volti a sondare gli effetti dell'utilizzo degli esami sulle condotte connesse al consumo di alcol e droghe. Inoltre, esistono controversie in letteratura per quanto concerne il rapporto tra costi degli esami e ricadute positive per le aziende tali da richiedere la promozione di ulteriori ricerche (cfr. § 3.3).

### 6.3.10 – La valutazione come fase ineludibile del percorso di intervento

Come abbiamo visto nel cap. 3.3, i progetti di prevenzione in materia di consumo di sostanze psicoattive sono oggi sempre più soggetti a verifica al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi. Tuttavia, le review sistematiche afferenti al filone dell'Evidence-based Prevention vedono privilegiati alcuni contesti di studio (in primis, l'ambito scolastico), mentre esiste una certa carenza di analisi empiriche nei contesti di lavoro tale per cui non esistono ad oggi linee guida sistematiche in grado di coadiuvare gli esperti nella definizione dei percorsi d'efficacia.

Pertanto, è necessario incrementare gli studi sulle *best practices* attraverso i quali gli esperti, utilizzando criteri condivisi in relazione alle modalità di ricerca, pervengono ad un consenso di natura negoziale circa la credibilità e la sostenibilità dei risultati della valutazione di progetti realizzati nei contesti professionali, ovvero verificano «la pertinenza delle attività rispetto ai valori e agli obiettivi prefissati e la loro adeguatezza rispetto alla natura e porta del problema in questione» [Altieri e Migliozi 1998: 584]. Si tratta, in altri termini, di utilizzare modalità di

---

nali e professionali che ne derivano, soprattutto nel caso in cui la fruizione sia avvenuta al di fuori dell'orario lavorativo.

<sup>121</sup> Si noti come i controlli sull'alcol permettono di verificare un'intossicazione alcolica acuta, mentre non è possibile rintracciare un'intossicazione cronica [Magnavita et al. 2008]. Altro fatto controverso deriva dal fatto che la normativa italiana prevede che il numero delle mansioni sottoposte ad alcol testing sia nettamente superiore rispetto a quelle previste per l'analisi del consumo di sostanze psicoattive, comprendendo per esempio anche i docenti, il personale sanitario-assistenziale e gli addetti all'edilizia. Tuttavia, il test sull'alcol è a discrezione del medico del lavoro.

raccolta dati e procedure di analisi appropriate al fine di verificare non solo il nesso causale tra interventi e risultati, ma anche la capacità di raggiungimento del target di riferimento attraverso il richiamo a teorie e modelli definiti [Orlandini et al. 2002; 2004].

## Conclusioni

Nel corso della presente dissertazione si è cercato di mettere in luce il rapporto tra alcol, droga e lavoro attraverso una riflessione sui trend odierni di consumo di sostanze psicotrope e un percorso empirico il cui scopo è stato focalizzato sull'individuazione di modelli di intervento in logica comparata.

Secondo Knudsen [2004], esistono tre diversi approcci che disciplinano il consumo di sostanze psicotrope tra i lavoratori, i quali derivano a loro volta dalla diversa concezione di fruitore di sostanze. Il primo approccio considera il consumo come condotta deviante: in tal senso, il consumatore è un soggetto che viola la legge e pertanto l'orientamento del sistema sociale è di natura punitiva, ovvero prevede il licenziamento del lavoratore stesso. Il secondo approccio concepisce il consumo come forma patologica: il lavoratore è pertanto un soggetto malato bisognoso di cure a fini riabilitativi secondo criteri e modalità sottostanti – come è stato argomentato – ad un processo fortemente medicalizzato. Secondo Conrad [1992], sia le sanzioni per le condotte devianti sia la medicalizzazione sono due processi che, attraverso diverse strategie, concorrono al mantenimento dell'ordine sociale.

Il consumo di sostanze psicoattive oggi rappresenta un fenomeno diffuso, multiforme e soggetto a rapida evoluzione secondo pattern d'uso ispirati da criteri di riflessività e orientati al raggiungimento di obiettivi funzionali. Il consumatore è spesso un lavoratore integrato che fruisce di sostanze al pari di altri beni per il miglioramento delle sue condizioni psico-fisiche sia nel tempo libero sia durante l'orario di lavoro e frequentemente non percepisce di aver un problema droga o alcol correlato. Ecco allora farsi strada un terzo approccio: se il consumo è frutto di un processo riflessivo attraverso il quale l'individuo decide quali sostanze possono meglio soddisfare i suoi bisogni funzionali, allora si fa strada l'idea che i consumatori vadano sedotti [Bauman 1999] e l'approccio ideale è orientato a promuovere un consumo contraddistinto da scelte virtuose per il mantenimento e il miglioramento del benessere individuale e collettivo, senza tuttavia trascurare i casi in cui il consumo si traduca in una patologia (*addiction*) tale da richiedere un

percorso di intervento mirato secondo i percorsi individuati dalla scienza medica<sup>122</sup>.

Come illustrato ampiamente nel cap. 1, paragrafi 4 e 5, il consumo di sostanze psicoattive tra i lavoratori non può essere illustrato attraverso un unico paradigma eziologico, ma risulta piuttosto il prodotto di variabili in parte legate al singolo individuo, in parte al contesto ambientale. La presenza di più paradigmi interpretativi (modello della fuga, modello della performance, modello dell'accomodamento culturale) testimonia la complessità del fenomeno e implica la necessità di progettare interventi multilaterali fondati su diverse strategie operative.

Per comprendere gli scenari di intervento possibili all'interno dei luoghi di lavoro, si propone un modello euristico basato sull'interpolazione di due poli dicotomici così come di seguito illustrato: il primo asse distingue, da un lato, le strategie che privilegiano la dimensione del controllo e dall'altro i progetti orientati alla promozione della salute; il secondo asse opera un distinguo sulla base del target destinatario, ovvero a seconda che l'intervento sia orientato al singolo oppure alla collettività (Fig. 4).

Il primo quadrante presenta una modalità di intervento orientato al *controllo* i cui destinatari sono gli *individui* singoli: la strategia prevalente si incarna nell'obbligo imposto lavoratori di essere sottoposti a esami tossicologici (alcol e drug testing), la cui finalità, da un lato, è orientata ad individuare i consumatori di sostanze al fine di escluderli dallo svolgimento della mansione a rischio per motivi di sicurezza e, dall'altro, a scoraggiare i consumi attraverso la funzione deterrente che è possibile ascrivere a tali esami. Tuttavia, com'è stato ampiamente discusso nel § 3.3, esistono ampi dubbi sull'efficacia di questo strumento [cfr. Rothstein 1991; Zwerling et al. 1992; McGuire, Ruhm 1993; Comer 1994; Normand et al. 1994; Macdonald et al. 1995; Maltby 1999; Pidd 2002; De Luca 2002; Cook 2003]. Le principali critiche mosse a questo strumento possono essere così sintetizzate: gli studi empirici testimoniano deboli prove circa la correlazione tra l'impiego degli esami tossicologici e parametri quali l'aumento dell'efficienza, della produttività aziendale e la riduzione di infortuni e assenteismo; il drug testing non è in grado di indagare circa le motivazioni ed i pattern d'uso e, in parti-

---

<sup>122</sup> Non va infatti dimenticato come «la normalizzazione dell'uso "riflessivo" e razionale, come modello dominante e prevalente, non copra totalmente il fenomeno odierno del consumo di sostanze psicoattive, in modo particolare declinato nelle forme del policonsumo. Esso lascia fuori una pratica di consumo che potremmo definire "irriflessa", contingente e governata da condizionamenti strutturali, più spesso finalizzata allo sballo indiscriminato, al superamento del limite, al mantenimento di uno stato alterato di coscienza» [Bertolazzi 2008: 108].



colare, non distingue tra uso nel tempo libero e uso sul luogo di lavoro; esso favorisce discriminazioni tra i lavoratori soprattutto rispetto alla mansione svolta e, spesso, in relazione al prestigio collegato alla mansione stessa (si veda, a proposito, la normativa italiana); il drug testing è uno strumento invasivo rispetto alla privacy; esso non è visto positivamente dai lavoratori e pertanto suscita malcontento; si associa ad alti costi, mentre restano ancora da chiarire e quantificare i benefici economici derivanti dal suo impiego.

Nel secondo quadrante si collocano gli interventi basati su strategie di *controllo* orientati alla *collettività*: fanno parte di questo scenario gli interventi legislativi che da un lato, mirano a scongiurare il consumo di droga attraverso un approccio normativo (come per esempio il divieto di consumare alcol durante l'orario di lavoro), dall'altro impongono adempimenti a carico delle aziende legati in primo luogo alla valutazione e rimozione dei rischi.

Tuttavia, com'è noto, gli approcci fondati meramente sulle sanzioni e la repressione del consumo si sono rivelati inefficaci: «La fiducia nell'efficacia dei divieti è andata perduta. [...] Una politica delle droghe che tragga la propria legittimità solo dai divieti è destinata a fallire. Anche tutti gli eccessivi avvertimenti sui rischi connessi all'assunzione della droga si sono rivelati inefficienti» [Amendt 2003: 139].

Come è stato illustrato nel corso del presente lavoro, gli interventi volti a scongiurare la fruizione di sostanze tra lavoratori rischiano di tradursi in adempimenti formali e burocratici soggetti ad un approccio meramente repressivo e di controllo al cui interno fatica a farsi strada la possibilità concreta di attuare interventi di promozione della salute. In altre parole, nel tempo si sono accresciute le funzioni di controllo e repressione rispetto a quelle di promozione con il rischio concreto di una medicina del lavoro “difensivistica” che, per evitare sanzioni, privilegia l'aspetto documentale-burocratico contraddistinto dall'applicazione di rigide regole applicative.

A questo proposito, la Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di lavoro [1997] denuncia come molto spesso molte attività sanitarie hanno origine per motivi diversi rispetto alla promozione della salute *tout court*. Chiaramente i vantaggi economici collegati alla riduzione della morbilità sono importanti per una società e possono essere richiamati per sensibilizzare i datori di lavoro, ma esistono ragioni di natura etico-morale che dovrebbero precedere l'interesse della struttura economica della società<sup>123</sup>.

---

<sup>123</sup> Serpelloni et al. [2003] sottolineano come siano sempre in aumento le aziende che seguono il modello della Responsabilità sociale d'impresa, ossia in «una norma sociale di comportamento emergente che esprime l'esigenza di valorizzare la dimensione pubblica dell'impresa, non solo

Il terzo quadrante include gli interventi rivolti al *singolo* secondo una logica di *promozione* della salute, i quali si concretizzano essenzialmente in attività di counselling rivolte ai lavoratori secondo un approccio orientato alla modifica dello stile di vita attraverso suggerimenti di ordine pratico ed operativo. Tuttavia, se lo stile di vita è ancorato ad una responsabilità individuale, la sociologia si è interrogata a lungo sulle possibilità di scelta del soggetto [cfr. Cockernham 2000; Giarelli, Venneri 2009].

Weber [1961] collega lo stile di vita al prestigio collegato ad un certo status, ovvero all'insieme dei modelli di comportamento attesi, degli obblighi e delle aspettative che convergono su un individuo che ricopre una determinata posizione sociale. Ciononostante, lo stile di vita adottato non deriva totalmente dalla libera scelta individuale ma può piuttosto essere considerato il «risultato dell'interazione dialettica tra libertà soggettiva (scelte di vita) e possibilità di determinate dalla struttura sociale (*chance* di vita), espressione della più generale dialettica tra azione e struttura sociale» [Giarelli, Venneri 2009: 186].

Ugualmente, il tema delle *chance* è centrale nell'opera di Bourdieu [1990]. L'Autore analizza il rapporto tra stile di vita e *habitus*, ovvero il complesso delle strutture, rappresentazioni, disposizioni durevoli in grado di influenzare le credenze, gli atteggiamenti e, conseguentemente, le azioni. Ora, come sottolineano con efficacia Giarelli e Venneri discutendo il pensiero del Nostro, «le predisposizioni mentali che costituiscono l'*habitus* vengono acquisite attraverso la socializzazione e l'esperienza dal proprio contesto sociale e culturale di vita e sono quindi espressione della struttura sociale. [...] L'*habitus* genera quindi gli schemi percettivi mediante cui la persona valuta le proprie chances di vita, producendo scelte e forme di azioni conseguenti, il più delle volte routinarie, quindi inconsapevoli».

Attraverso un modello euristico più prossimo all'analisi contemporanea, Giddens [2001] sottolinea come nella società post-moderna gli individui abbiano maggiori chances di adottare uno stile di vita piuttosto che un altro («Non abbiamo altra scelta che scegliere» [2001: 76]), sebbene la scelta non sia scevra di influenze sociali dato che essa è funzione del tentativo di costruzione del proprio Sé secondo una strategia che vede il soggetto impegnato nel tentativo di affermare la propria identità personale in relazione al gruppo sociale di riferimento<sup>124</sup>.

Sebbene esistano specificità insite in ciascuna autore, possiamo affermare come lo stile di vita possa essere compreso quale fenomeno a base sociale e non solo

---

rispetto al mercato, ma mettendosi anche in gioco rispetto alla comunità» [ivi: 5], in quanto «una sana organizzazione è quella in cui ci sono bassi tassi di malattia, infortunio e disabilità nella sua forza lavoro e, contemporaneamente, è competitiva sul mercato» [Niosch 1999: 12].

<sup>124</sup> Quanto affermato ci riporta alla teoria interazionista di Becker [1987]. Cfr. § 1.1.

individuale. Da ciò consegue che qualsiasi intervento di counselling che agisce solo sul singolo è destinato al fallimento: «l'approccio standardizzato tradizionale all'educazione alla salute – che considera gli stili di vita come una scelta meramente individuale e fa degli individui il *target* privilegiato dei propri programmi d'intervento volti a cambiare queste pratiche quando ritenute dannose – appare per lo meno inadeguato» [Giarelli, Venneri: 187-188].

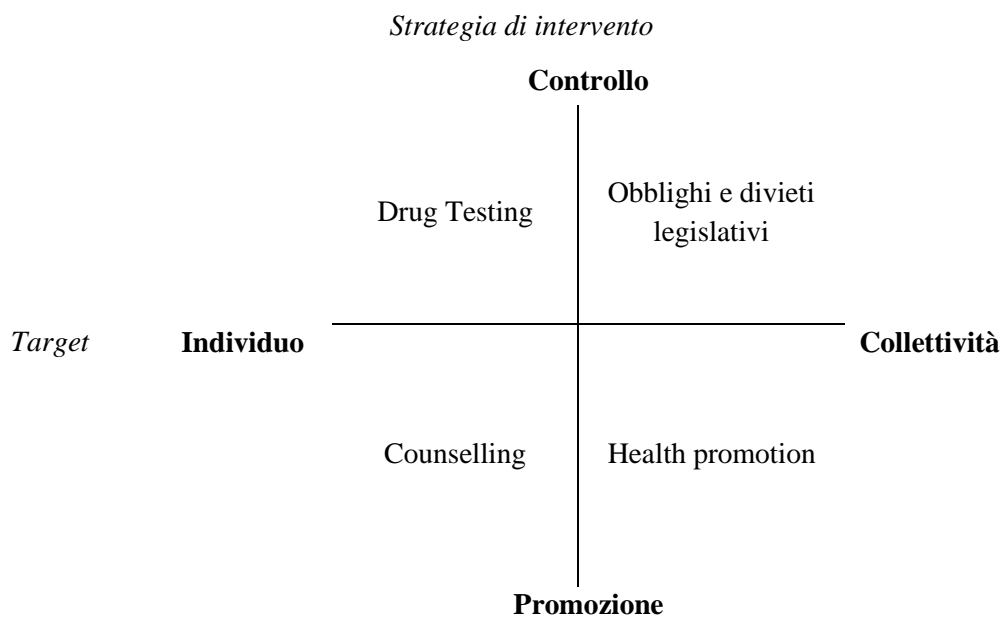
Il quarto ed ultimo quadrante include gli interventi di promozione alla salute destinati alla collettività ed è espressione della Nuova Sanità Pubblica, la cui la chiave di svolta – come ci ricorda Stefanini [2000] – è rappresentata dal Rapporto Lalonde del 1974, *A New Perspective on the Health of Canadians*, prodotto dall'allora Ministro della Sanità canadese, Marc Lalonde. Tale rapporto ha riconosciuto come i miglioramenti relativi ai tassi di mortalità e morbilità riscontrati nel XX secolo siano solo in minima parte imputabili alle scoperte della medicina e all'azione dei sistemi sanitari. Al contrario, il maggiore potenziale di prevenzione della malattia e promozione della salute è insito in fattori quali l'ambiente e lo stile di vita.

Se la salute è largamente influenzata dallo stile di vita e se lo stile di vita, a sua volta, può essere influenzato a partire da un intervento che riconosce il ruolo della struttura sociale, le strategie di intervento che possono essere ascritte a questo quadrante comprendono tutti gli interventi il cui scopo mira a modificare condotte attraverso interventi di promozione alla salute in senso olistico e attraverso strategie integrate rivolte ai gruppi e non ai singoli.

Riprendendo l'analisi condotta da Maturo [2009] su Nordenfelt [1998], la salute può essere così considerata quale il risultato di due tipi di interventi: l'*Health care* (attività di assistenza sanitaria e sociale) e l'*Health Promotion* (attività di promozione della salute). La differenza tra i due sistemi può essere così sintetizzata: «A conduce un'azione di Health care verso B se, e solo se, A agisce con l'intenzione di migliorare o sostenere la salute di B come conseguenza del fatto che A percepisce (o crede che) la salute di B sia insoddisfacente, o che sia sul punto di diventare insoddisfacente, a causa della presenza in B di una malattia (*disease*), ferita o di un altro fattore interno di rischio. [Al contrario] «A conduce un'azione di Health promotion nei confronti di B se, e solo se, A agisce con l'intenzione di migliorare o sostenere la salute di B. Lo stato di salute di B può variare da uno stato di completa salute a uno stato di salute molto basso. In nessun caso, lo stato iniziale di salute di B è il motivo dell'azione di promozione della salute» [Nordenfelt 1998: 7-8, cit. in Maturo 2009: 17]. Detto in alti termini, un'azione di Health care è la risposta a un problema che un soggetto singolo vive, mentre l'azione di promozione della salute precede il possibile insorgere del pro-

blema e si rivolge generalmente ad un target ampio [Maturò 2009], sebbene non ci possa esimere da interventi anche di prevenzione selettiva rivolti a gruppi vulnerabili come per esempio lavoratori precari, autonomi, immigrati, lavoratori che svolgono mansioni alienanti o caratterizzate da alti livelli di responsabilità e stress.

Fig. 4– Strategie di promozione alla salute nei luoghi di lavoro



Alla luce di queste considerazioni, si ritiene che, sebbene ciascun tipo di intervento presente nel modello costruito possa apportare benefici per quanto concerne le condotte alcol e droghe correlate fra i lavoratori, il modello della promozione della salute permetta di raggiungere effetti positivi garantendo al contempo minor possibilità di insuccesso legate agli effetti iatrogeni e alle carenze insite negli interventi che sono stati collocati negli altri tre quadranti.

## **APPENDICE**

---



## Nota metodologica

---

La ricerca ha adottato un approccio metodologico di natura integrata, ovverosia volto a promuovere «il contributo di più tecniche, di più strumenti e di procedure, tutti ugualmente legittimati e funzionali a sostenere l'attività di ricerca [...]». In una logica multidimensionale e pluralistica, l'integrazione metodologica favorisce la compatibilità, la disponibilità, l'apertura verso nuove frontiere e verso eventuali confronti originali» [Cipolla et al. 1998: 26]. In altri termini, l'integrazione metodologica si fonda sullo «scambio reciproco e funzionale di conoscenze, di strumenti tecnici, di apporti informativi finalizzati all'ottenimento di un particolare risultato euristico, spendibile immediatamente sul piano pratico. [...] Integrazione è compimento, chiusura di una circolarità prospettica; è superamento di opzioni unilaterali; è lavorare per logica sintetica come conseguenza di un ampio e frammentato scavo analitico; è interdipendenza stretta e coerente tra le parti; è definizione delle procedure e dei livelli metodologici» [Cipolla 1988: 98].

Nello specifico, sono state utilizzate tecniche di ricerca afferenti all'approccio quantitativo (il questionario) e qualitativo (il focus group e l'intervista).

Il livello quantitativo si caratterizza per il suo disegno di ricerca strutturato e chiuso fondato su tecniche standardizzate di analisi dei dati. Esse trovano impiego quando l'intento è quello di individuare regolarità empiriche tra il possesso di date caratteristiche ed il verificarsi di un evento. Al contrario, l'indagine qualitativa si caratterizza per essere destrutturata, spesso costruita in itinere, e basata sullo studio di casi singoli o gruppi in quanto orientata a cogliere il senso soggettivo che emerge durante la ricerca, a comprendere il punto di vista degli attori. Secondo Agodi, la «dicotomia "qualità/quantità" ripropone la contrapposizione tra due obiettivi della conoscenza sociologica: produrre asserti di regolarità generalizzabili, da una parte, o descrizioni approfondite (*thick*), dall'altra» [1996: 116].

La Tab. 1 sintetizza le differenze tra i due approcci.

Tab. 1 – Confronto tra metodologie quantitative e qualitative

|                            | <i>Metodi quantitativi</i> | <i>Metodi qualitativi</i> |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Disegno di ricerca         | Strutturato                | Destrutturato             |
| Ipotesi elaborate          | Ex-ante                    | In itinere                |
| Primato                    | Oggetto                    | Soggetto                  |
| Relazione soggetto/oggetto | Statica                    | Dinamica                  |
| Oggetto                    | Campioni                   | Singoli casi              |
| Prospettiva                | Outsider                   | Insider                   |
| Rappresentatività          | Statistica                 | Saturazione               |
| Ruolo del ricercatore      | Basso coinvolgimento       | Alto coinvolgimento       |
| Disposizione ricercatore   | Rigore metodologico        | Intuizione                |
| Categorie utilizzate       | Generiche                  | Specifiche                |
| Grado di generalizzabilità | Ripetibilità               | Irrepetibilità            |
| Approccio                  | Giustificazione            | Scoperta                  |
| Obiettivo                  | Spiegazione                | Comprensione              |
| Trattamento dei dati       | Misurazione                | Classificazione           |
| Dinamica di rilevazione    | Standardizzazione          | Flessibilità              |
| Orientamento verso         | Verifica                   | Esplorazione              |
| Natura dei risultati       | Nomotetica                 | Idiografica               |

Fonte: Lombi [2004b]

## 1. Il disegno della ricerca

Come precisato nell'introduzione, la ricerca si è posta come obiettivo quello di indagare il rapporto tra consumo di sostanze psicoattive e lavoro al fine di costruire un modello di promozione della salute nei contesti professionali.

L'ipotesi di fondo rimanda all'idea che i luoghi di lavoro possano rappresentare setting privilegiati per i progetti di prevenzione in quanto alcuni studi dimostrano la forte prossimità delle sostanze nei luoghi di lavoro, sottolineando al contempo l'esistenza di fattori di vulnerabilità connessi alla mansione rispetto alle condotte relative allo stile di vita.

Il ciclo metodologico della ricerca sociale è il «percorso che una nozione scientifica deve necessariamente compiere per diventare un “dato legittimato” al contesto della scienza e non, semplicemente, un dato di realtà» [Cremonini 1998: 63]. Esso si articola in quattro fasi: la co-istituzione delle informazioni elementari, il trattamento e l'elaborazione, l'interpretazione dei dati, la diffusione e la spendibilità dei risultati raggiunti [Cipolla 1998].



Per quanto concerne la prima fase, la ricerca ha preso avvio con l'analisi della letteratura nazionale ed internazionale relativa al tema della dissertazione condotta presso l'*European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) di Lisbona per un periodo di studio della durata di tre mesi (Dicembre 2007-Febbraio 2008).

In una seconda fase, sono stati elaborati gli strumenti di ricerca e decise le tecniche di campionamento che di seguito presento brevemente.

### *1.1 – Il questionario*

Il questionario è un'intervista strutturata basata su domande formalizzate e standardizzate che «normalmente [...] scontano la precedenza di determinate ipotesi» [Cipolla 1997: 2331].

Come già anticipato commentando i dati (cfr. cap. 4), il questionario utilizzato è stato progettato per una ricerca ministeriale diretta dal Prof. Costantino Cipolla, mio tutor di dottorato, dal titolo “Le sostanze psicoattive nel mondo del lavoro: strategie di ricerca e politica socio-sanitaria” alla quale ho partecipato come membro di ricerca. Le elaborazioni sono state realizzate dalla sottoscritta a partire dalla matrice dati gentilmente concessa dal Direttore della ricerca. Avendo curato solo una parte del lavoro, nel corso del cap. 4 ho presentato sinteticamente la parte generale della ricerca, con un utilizzo ridotto di tabelle e grafici, mentre maggiore spazio ho dedicato alle domande in materia di prevenzione in quanto curate interamente da chi scrive.

Il questionario, composto da 44 domande a risposta chiusa, di cui alcune a risposta multipla, è stato somministrato a 1.223 lavoratori nel periodo tra luglio e settembre 2008, attraverso il coinvolgimento di cinque università che hanno operato in équipe per la realizzazione dello studio (Università di Bologna come capofila, coadiuvata dall'Università di Trento, Macerata, Roma e Salerno).

Ad ogni unità è stata affidato un settore professionale diverso a cui somministrare il questionario, ovvero: operai per la sede di Bologna, impiegati privati per la sede di Trento, dipendenti pubblici per la sede di Roma, lavoratori autonomi e indipendenti per Macerata, precari per Salerno. Tuttavia, alcuni intervistati hanno dichiarato in sede di compilazione un settore di appartenenza diverso da quello dichiarato in sede di selezione, pertanto nel commento delle risposte si è sempre fatto ricorso a quanto asserito dagli intervistati.

Per quanto concerne le modalità di campionamento, tutte le sedi di ricerca hanno scelto di non effettuare un campionamento rappresentativo della popolazione di lavoratori, ma di studiare un collettivo di professionisti nei diversi settori. Si

è preferito quindi un campione non probabilistico, a scelta ragionata che rappresentasse proporzionalmente le quote stabilite dall'equipe di ricerca.

Nel dettaglio:

- sede di Bologna: sono stati raccolti 261 questionari. Nella scelta del metodo di campionamento, si è ritenuto proficuo utilizzare più tecniche: tramite campionamento a valanga, sono state identificate 48 persone (18,4% del campione) di riferimento collegate a reti informali composte da operai, alle quali è stato chiesto di compilare il questionario; tramite azienda: sono stati individuati 213 soggetti occupati come operai nei settori agroalimentare, tessile, edile e metalmeccanico. L'età doveva essere compresa tra i 18 ed i 50 anni. Rispettati i criteri relativi a settore ed età, la scelta delle aziende e dei lavoratori è stata casuale. Una volta selezionate le aziende, un incaricato ha distribuito i questionari che sono stati consegnati in buste da restituirsi chiuse e anonime. Alcuni dipendenti hanno chiesto di poter compilare il questionario in modalità autonoma al proprio domicilio. Si tratta, in ogni caso, di auto compilazione. La rilevazione è avvenuta con la collaborazione dell'Azienda (datore di lavoro, RSPP, sindacati) durante l'orario di lavoro o in concomitanza di corsi di formazione ed ha coinvolto non oltre il 10% dei dipendenti per ciascuna azienda.
- Sede di Macerata: i questionari (n. 161) sono stati somministrati a titolari di un'attività, di un'impresa o di un pubblico esercizio, vale a dire commercianti, artigiani, imprenditori o lavoratori impiegati nell'azienda familiare, soci di cooperative, liberi professionisti. Data la difficoltà nel reperire lavoratori indipendenti (che il più delle volte non afferiscono a strutture precise o ad associazioni di categoria) e comunque volendo intenzionalmente evitare l'intermediazione di enti/organismi sovra-individuali, si è proceduto ad un campionamento a "valanga" (n. 141). 20 soggetti, invece, sono stati contattati attraverso il Ser.T di Macerata, tra gli ex-utenti che hanno terminato il proprio percorso di riabilitazione e che sono attualmente lavoratori indipendenti.
- Sede di Trento: sono stati raccolti 299 questionari. Il campionamento effettuato non è rappresentativo. Nella scelta del metodo di campionamento, si sono utilizzate diverse strategie: tramite campionamento a valanga, si sono identificate 10 persone di riferimento tramite reti informali, loro stesse dipendenti come impiegati di aziende private, alle quali è stato chiesto di compilare il questionario e di farlo compilare a colleghi o persone di loro conoscenza che lavoravano nella stessa posizione professionale; tramite i servizi, sono stati coinvolti i Ser.T di Trento, Rovereto e Riva del Garda e la sezione NOA del Commissariato del Governo; tramite le aziende, invece, è stato richiesto alla camera di commercio l'elenco delle aziende operanti sul territorio, a partire dal quale si è

operata la selezione delle aziende da coinvolgere nell'indagine secondo il settore di appartenenza. Per permettere una visione a tutto tondo del fenomeno, anche rispetto a quanto effettuato dalle altre sedi, sono state selezionate da questo elenco solo ed esclusivamente aziende del settore terziario. Nel complesso sono state selezionate e raggiunte 14 aziende.

- Sede di Roma: i questionari rilevati sono stati in totale 309. Il campionamento effettuato non è rappresentativo della popolazione che lavora nella Pubblica amministrazione. Si è preferito quindi un campione “a scelta ragionata” in funzione della dimensione degli enti presenti nel territorio conteggiati nelle categorie utilizzate dal conto annuale dello stato. In funzione della numerosità dei dipendenti degli enti della P.A. i questionari sono stati somministrati prevalentemente nei Ministeri, nel settore istruzione e sanità. Gli intervistatori hanno individuato gli enti e contattato una serie di persone informandole sugli scopi della ricerca e chiedendo la loro disponibilità a compilare il questionario. Alcuni intervistati hanno poi introdotto l'intervistatore “sul campo” facendo da tramite e indicando, all'interno dell'ente in cui lavora, altre persone interessate all'indagine. Gli intervistatori hanno scelto due modalità di somministrazione: una prevedeva di lasciare i questionari presso l'ente individuato ad un responsabile, per un tempo limitato che non è andato oltre le due settimane e poi di ritirare tutti i questionari; nella seconda modalità, invece, i questionari sono stati portati nell'ente, lasciati alle persone che erano state individuate per la compilazione e ritirati nella stessa giornata.
- Sede di Salerno: dopo un'attenta riflessione si è giunti alla conclusione di definire la categoria “precari” in senso molto ampio: nel campione rientrano tutti i lavoratori che possono essere considerati “atipici” (co.co.co, co.co.pro, part-time, tempo determinato, interinali, ecc.), inclusi i lavoratori-studenti che però svolgano in via prioritaria l'attività di lavoro. In altre parole, dalla categoria sono stati esclusi solo i disoccupati di lunga durata e coloro i quali non sono “attivi”, cioè quelli che non cercano occupazione. Il campione si è caratterizzato per essere un campione a valanga che ha cercato di essere “fedele” quanto più possibile alla realtà territoriale per fasce d'età, sesso e settore lavorativo. Solo poco meno di un quarto dei questionari (49 su 203) è stato somministrato tramite il contatto con la struttura/azienda datrice di lavoro.

Prima di giungere ad una versione definitiva del questionario, sono stati somministrati 25 pre-test curati dalla sede di Bologna.

Le aree indagate dal questionario sono: condizioni di lavoro (stress fisico e mentale, infortuni sul lavoro, relazioni con colleghi e superiori, soddisfazione per il proprio lavoro), salute e stile di vita (condizioni di salute percepita, malesseri

collegati alla professione, esercizio di attività sportiva, consumo di sigarette, alcol, farmaci), uso e diffusione di alcol e droghe illegali sul posto di lavoro (prossimità, esperienze di conoscenti con uso problematico), opinioni sull'uso di sostanze e sui rischi associati (con un approfondimento specifico sulla cocaina), politiche e programmi di prevenzione (parte curata dalla sottoscritta), dati socio-anagrafici e occupazionali. Il questionario con le percentuali di frequenza è collocato in coda alla presente dissertazione.

In relazione all'analisi dei dati statistici, sono state effettuate le analisi monovariate e bivariate per mezzo del software statistico SPSS. Procedendo con ordine, l'analisi monovariata «si occupa [...] della distribuzione dei dati di un vettore fra le modalità della corrispondente variabile (detto altrimenti: della distribuzione di una variabile), e delle caratteristiche di questa distribuzione» [Marradi 1993: 19], ovvero in questo tipo di analisi si considera «una variabile alla volta, prescindendo dalle sue relazioni con la matrice [al fine di ottenere] una *distribuzione di frequenza*, cioè una tabella che riporta i valori in ordine numerico crescente, e accanto a ciascuna di essa l'etichetta verbale attribuita alla corrispondente modalità» [ibidem: 23]. Dopo questo primo ineludibile passaggio, è necessario mettere in essere una serie di operazioni: controlli di plausibilità, la verifica di un equilibrio di una distribuzione, prima ricognizione del significato sociologico veicolato dalle informazioni [Cremonini 1998a]. Il controllo di plausibilità consiste nel ripulire la matrice dai cosiddetti “valori selvaggi” (*wild codes*), ossia errori di registrazione. Attraverso la verifica dell'equilibrio si provvede a sondare la corretta individuazione delle modalità della variabile secondo principi di affinità semantica tra categorie e equilibrio della distribuzione<sup>125</sup> [ivi]. A questo proposito è bene sottolinea-

---

<sup>125</sup> Nello specifico, sono state effettuate le seguenti ricodifiche:

- dom. 27: per l'analisi delle aree che potenzialmente potrebbero essere coinvolte nella progettazione di interventi preventivi si è provveduto ad elaborare i dati aggregando i soggetti che operano nello stesso settore, ovvero: mondo del lavoro (comprende le risposte “Azienda/Pubblica Amministrazione”, “Responsabili della Sicurezza (RSPP)”, “Sindacato”, “Lavoratori”); mass media (includono i giornali, la televisione, internet e cinema); famiglia, scuola e servizi territoriali sono stati considerati isolatamente;
- dom. 32: il Nord include la Valle D'Aosta, il Piemonte, la Lombardia, il Trentino-Alto Adige, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, l'Emilia-Romagna, la Liguria; il Centro comprende la Toscana, le Marche, il Lazio, la Basilicata, l'Umbria, l'Abruzzo e il Molise; infine, il Sud e le isole riuniscono la Puglia, la Calabria, la Campania, la Sicilia e la Sardegna;
- dom. 36 (posizione lavorativa): sono state aggregate alla voce “contratti atipici/senza contratto” le risposte: co.co.co, prestatori d'opera, stagisti, tirocinanti e lavoratori in nero; la voce “autonomi” aggrega imprenditori, liberi professionisti, lavoratori autonomi;
- dom. 38 (dimensioni azienda): fino a 15 dipendenti: azienda piccola; da 16 a 49: azienda me-

re come nelle variabili categoriali non ordinate si valutano squilibrate le distribuzioni che presentano valori con frequenze troppo alte o troppo basse, mentre per le variabili cardinali o trattate come tali si giudicano squilibrate le distribuzioni in cui i valori e le rispettive frequenze non sono posizionate in modo approssimativamente simmetrico ai due lati della media [Marradi 1993: 30]. Infine, la prima ricognizione del significato sociologico consiste nel comprendere le prime tendenze di risposta [Cremonini 1998a].

Una tecnica di analisi si dice bivariata se «si occupa della distribuzione di due variabili congiuntamente considerate (distribuzione doppia o congiunta)» [Marradi 1997: 12]. Lo scopo è quello di sondare l'associazione tra due variabili; detto altrimenti si indaga sulla loro relazione attraverso al costruzione delle tavole di contingenza. Per misurare la forza della relazione, è possibile utilizzare i coefficienti bidirezionali, come per esempio il chi-quadro, il phi, il C di Pearson, il V di Cramer, etc.<sup>126</sup>.

La fase successiva di analisi si è posta come obiettivo la costruzione di indici composti, ovvero «misure di sintesi costruite attraverso la ponderazione di un gruppo di variabili; in altre parole un indice di questo tipo raccoglie in un solo dato informazioni che derivano da proprietà diverse» [Cremonini 1998b: 381].

Con le parole di Corbetta e colleghi, si definisce indice una «variabile costruita combinando altre variabili preesistenti, che riassume le informazioni veicolate da queste ultime» [Corbetta et al. 2001: 89].

Scopo della costruzione di indici è quello di creare dei profili in merito ad alcune caratteristiche. Nello specifico, ho costruito un indice addittivo denominato “indice di prossimità alle sostanze psicoattive sul mondo del lavoro” sulla base della domanda 22 (“Negli ultimi 6 mesi, le è capitato di trovarsi sul luogo di lavoro in qualcuna delle seguenti situazioni riferite alle droghe illegali?”). La prossimità è stata così definita: nulla per zero risposte affermative, bassa in caso di una risposta affermativa, media per due risposte affermative, discreta per tre risposte affermative, alta per oltre tre risposte affermative. Cfr. Tab. 3.

Un secondo indice è stato costruito sulla base della dom. 24 ed è stato denominato “indice di consumo problematico”. La costruzione ha seguito i seguenti criteri ed ha riportato le seguenti frequenze percentuali:

- il soggetto dichiara di non conoscere persone con alcuno dei problemi individuati: 56,7%;
- da una a tre problemi: 18,4%;
- da quattro a sei problemi: 16,7%;

---

dio-piccola; da 50 a 250: azienda medio-grande; oltre 250: azienda grande.

<sup>126</sup> Per approfondimenti si rimanda a Marradi [1997]; Corposanto [2002]; Corbetta *et al.* [2001].

– da sette a nove problemi: 8,3%.

Tab. 3 – *Indice di prossimità costruito sulla base delle risposte affermative agli item della domanda 22*

| <i>Prossimità alle sostanze<br/>(Punteggi grezzi)</i> | <i>Numero di risposte<br/>affermative agli item</i> | <i>Percentuale</i> |
|---|---|--------------------|
| 0 = Nulla   | 656   | 53,6               |
| 1 = Bassa   | 229   | 18,7               |
| 2 = Media   | 175   | 14,3               |
| 3 = Discreta  | 66  | 5,4                |
| >3 = Alta   | 97  | 7,9                |

### *1.2 – I focus group*

Per *focus group* si intende «una tecnica di rilevazione per la ricerca sociale, basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, alla presenza di uno o più moderatori, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità» [Corrao 2000: 25]. Questa tecnica nasce attorno agli anni Quaranta per il contributo di autori quali Merton e Lazarsfield e trova un terreno fertile in cui sperimentarsi ed arricchirsi nell'ambito del marketing e della pubblicità, dove la rilevazione delle opinioni, degli atteggiamenti e degli orientamenti rappresenta campo d'indagine privilegiato.

Le sue prime sperimentazioni in campo socio-sanitario risalgono, però, soltanto agli inizi degli anni Ottanta, quando i processi di riforma dei sistemi sanitari richiedono il confronto fra operatori ed esperti del settore per definire le problematiche e le linee di indirizzo delle politiche e dei programmi.

Attraverso i *focus group* è possibile esplorare la «dimensione relazionale del processo di formazione delle opinioni» [Parmiggiani 2003: 139], indagare sulle motivazioni dell'agire, far emergere intenti ed eventuali conflitti. Il suo uso può essere preliminare a ricerche di natura quantitativa (ricerca di sfondo), ma può rappresentare anche uno strumento d'indagine dotato di autonomia. Inoltre, può essere utilizzato in sede finale, per poter meglio approfondire i risultati di una *survey* [ibidem: 142].

Durante il focus il moderatore (o facilitatore) rivolge delle domande ai partecipanti i quali sono invitati a discutere e confrontarsi su un dato argomento. Il difficile compito del facilitatore consiste nel coinvolgere tutti i membri del gruppo (i quesiti non sono mai rivolti ai singoli soggetti e questo rappresenta la grande dif-

ferenza rispetto all'intervista), sottolineando come le posizioni non siano valutate giuste o sbagliate, bensì interessanti; egli deve inoltre gestire i leader naturali e gli eventuali conflitti, evitando che si creino digressioni rispetto all'argomento centrale.

Il numero dei partecipanti varia da un minimo di 6 a un massimo dei 12<sup>127</sup> [Corrao 2000: 51]. Elemento da non trascurare in fase di campionamento concerne l'omogeneità del gruppo: i partecipanti devono condividere l'interesse per il tema del *focus*, devono conoscerne gli elementi ed è preferibile esista una certa omogeneità anche rispetto alle variabili socio-culturali, senza eccessi per non cadere nel rischio di un'eccessiva concordanza su tutte le tematiche tali per cui viene meno la possibilità di confronto e l'instaurarsi del «contraddittorio positivo» [ibidem: 143-146].

Il numero degli argomenti trattati deve essere almeno tre e la strutturazione delle domande può essere più o meno elevata a seconda dei risultati che si vogliono ottenere<sup>128</sup>. Ogni colloquio ha una durata che varia dai 60 ai 90 minuti.

È bene sottolineare come, per quanto concerne la trattazione dei dati, il *focus* non permetta di fare generalizzazioni in quanto profondamente legato al contesto d'indagine, ma il suo vantaggio consiste proprio nella possibilità di far emergere elementi imprevisi e poter sondare in modo approfondito la questione. In sintesi, i vantaggi del focus group sono [Bezzi 2003]:

- possibilità di confronto e incontro tra *stakeholder* portatori di istanze di interessi e posizioni diverse;
- impulso alla creazione di un clima amichevole per la valutazione;
- formazione degli attori coinvolti, per la possibilità di riflessione comune durante l'incontro.

Per quanto concerne i focus group, i cui esiti sono stati commentati nella presente dissertazione, essi sono stati realizzati tra il 1 luglio e il 30 ottobre 2008 attraverso il supporto organizzativo delle sedi universitarie che hanno dato un contributo allo studio citato nel paragrafo precedente. La durata di ciascun focus group è compreso tra i 90 e i 100 minuti.

Per quanto riguarda l'individuazione dei partecipanti, si è optato per un campionamento non probabilistico a scelta ragionata attraverso l'individuazione di esperti appartenenti alle diverse categorie professionali sia del settore pubblico sia privato. La Tab. 4 sintetizza i ruoli di ciascun esperto.

---

<sup>127</sup> Un numero troppo alto impedirebbe la partecipazione effettiva a qualche membro; un numero inferiore renderebbe poco efficace l'interazione ed il confronto.

<sup>128</sup> I focus meno strutturati hanno funzione esplorativa, quelli più strutturati sono utilizzati soprattutto per chiarire aspetti della ricerca imprevisi o non chiari [Corrao 2000].

*Tab. 4 – Partecipanti ai Focus Group*

| <i>Sede</i> | <i>Focus Group</i> | <i>Partecipante</i>  |
|-------------|--------------------|--|
| Trento      | A                  | A1 – Rappresentante della cooperativa di reinserimento lavorativo “La Sfera”<br>A2 – RLS Funivie Madonna di Campiglio, membro direttivo CGIL<br>A3 – Assistente sociale del Ser.T<br>A4 – CGIL - Segretario Credito e Assicurazioni<br>A5 – Confcommercio, Direttore<br>A6 – INAIL - medico legale della Direzione Provinciale di Trento<br>A7 – RSL Poste italiane<br>A8 – Commissariato governo, assistente sociale per i colloqui NOA<br>A9 – Servizio di alcolologia, Dirigente  |
|             | B                  | B1 – Membro dell’Ufficio sindacale e del lavoro della Federazione Trentina Cooperative<br>B2 – Ser.T, dirigente<br>B3 – Socio della Cooperativa di reinserimento lavorativo “Le Coste”<br>B4 – Rappresentante Confartigianato SAPI, Società di servizi tecnici del Sistema Artigianato e Piccole Imprese<br>B5 – Sindacalista UIL – settore chimici  |
|             | C                  | C1 – Rappresentante dell’Agenzia del Lavoro di Trento<br>C2 – Rappresentante del Dipartimento prevenzione e sicurezza sul lavoro APSS<br>C3 – Coordinatrice Polo sociale centro storico, Bondone e Sardegna dei servizi sociali del comune<br>C4 – Sindacalista di Confindustria<br>C5 –Lavoratore<br>C6 – Segretario regionale Associazione Nazionale Medici Competenti del Lavoro  |
| Bologna     | D                  | D1 – Medico del lavoro dell’Ausl di Ravenna<br>D2 – Consulente dell’ambiente e sicurezza sul lavoro<br>D3 – Medico del lavoro libero professionista<br>D4 – Medico del lavoro libero professionista<br>D5 – Esperta sui temi della prevenzione nell’ambito dell’uso di alcol e sostanze  |
|             | E                  | E1 – Coordinatrice progetti Cooperativa “La Rupe”<br>E2 – Medico medicina del lavoro<br>E3 – Responsabile sportello psicologi privati CTR<br>E4 – Responsabile CGIL comunità di montagna, zona Bologna sud<br>E5 – Operatore Cooperativa “La Rupe”<br>E6 – Coordinatore operatori di strada-Associazione Alchemica<br>E7 – Responsabile SER.T Bologna (Navile)   |
|             | F                  | F1 – - Direttore Ser.T Forlì<br>F2 – Medico del lavoro (Salute e lavoro soc.coop)<br>F3 – Segretario generale di FILLEA CGIL Emilia Romagna<br>F4 – Imprenditore, vice-presidente Confindustria Forlì-Cesena con delega ai rapporti con l’Università<br>F5 – Direttore sanitario di Medoc srl (centro polifunzionale di servizi per Medicina del Lavoro, Medicina dello Sport, Igiene e Sicurezza sui luoghi di lavoro)<br>F6 – Consulente di Prosit (Società di consulenza nella conduzione delle attività di tutela del rischio)<br>F7 – Direttore Associazione Industriali Forlì-Cesena<br>F8 – RSPP – Gruppo Villa Maria |



| <i>Sede</i> | <i>Focus Group</i> | <i>Partecipante</i>   |
|-------------|--------------------|---|
| Roma        | G                  | G1 – Medico del lavoro<br>G2 – Ricercatrice di un ente pubblico<br>G3 – Impiegata pubblica<br>G4 – Insegnante<br>G5 – Medico<br>G6 – Ricercatore<br>G7 – Ricercatore  |
|             | H                  | H1 – Dipendente ente pubblico<br>H2 – Dipendente ente pubblico<br>H3 – Psicologa<br>H4 – Ricercatore<br>H5 – Ricercatore<br>H6 – Dipendente INAIL   |
|             | I                  | I1 – Dipendente INPS<br>I2 – Dirigente ministeriale<br>I3 – Assegnista di ricerca all'università<br>I4 – Dipendente Ministero dell'Interno<br>I5 – Dipendente Ministero della Salute<br>I6 – Dipendente pubblica  |
| Salerno     | L                  | L1 – Lavoratrice precaria - Operatrice Centro per la famiglia<br>L2 – Lavoratrice precaria - Architetto<br>L3 – Rappresentante Terzo Settore<br>L4 – Rappresentante Terzo Settore<br>L5 – Responsabile per le Borse Lavoro del Piano di Zona S1 - Sociologa<br>L6 – Lavoratrice precaria - Sociologa Piani di Zona<br>L7 – Lavoratore precario - Informatico<br>L8 – Assistente sociale Ser.T.        |
|             | M                  | M1 – Psicologo Dirigente del Ser.T. dell'ASL SA2<br>M2 – Direttore del “Servizio Tutela Salute Ambienti di Lavoro” – Medico del lavoro<br>M3 – Rappresentante della Direzione del Distretto Sanitario “E” (Salerno città) – Medico igienista<br>M4 – Medico del Ser.T. – Tossicologo<br>M5 – Assistente sociale responsabile area socio-sanitaria del Distretto Sanitario<br>M6 – Lavoratore precario |
|             | N                  | N1 – Psicologo Ser.T Asl SA1<br>N2 – Responsabile selezione del personale di un'agenzia di collocamento privata<br>N3 – Responsabile per le borse lavoro nel Piano di zona SA1<br>N4 – Rappresentante di un'organizzazione del terzo settore che si occupa di dipendenze<br>N5 – Lavoratore precario<br>N6 – Lavoratore precario-Selezionato per borsa-lavoro   |

Per quanto concerne la tipologia di focus group, tenendo conto della classificazione di Corrao [2000], si possono definire le seguenti caratteristiche:

- rispetto alla composizione dei gruppi, si è cercato di organizzare focus i cui membri fossero compresi tra le 6 e le 12 unità. Tuttavia, in due casi (focus B e

- D), due partecipanti sono stati impossibilitati a presenziare e pertanto il numero complessivo di esperti presenti si è collocato sulle 5 unità. I partecipanti sono risultati estranei sia tra loro sia rispetto al moderatore. I focus group sono tutti a un solo stadio;
- rispetto al grado di strutturazione, si tratta di focus semi-strutturati, ovvero fondati su domande aperte decise prima dell'inizio del focus stesso che tuttavia sono state adattate in base alla discussione; in appendice, è riportata la griglia utilizzata;
  - il ruolo del moderatore può essere definito come limitato, ovvero teso ad «agevolare l'andamento della discussione o contrastare deviazioni dal tema, e per equilibrare gli interventi» [Corrao 2000: 46]. Per ciascun focus, il moderatore si è avvalso del supporto di un assistente che ha preso appunti e curato la registrazione tramite registratore vocale.

Rispetto alle tecniche utilizzate per l'analisi, si precisa che si è provveduto alla trascrizione integrale dei focus group procedendo con l'analisi delle descrizioni narrative (analisi del discorso). La lettura del materiale è poi avvenuta attraverso una griglia di lettura suddivisa per tematiche a scopo comparativo.

### 1.3 – Le interviste

Il presente studio empirico si è avvalso anche dell'intervista, ovvero una tecnica che «pone almeno due soggetti (intervistato e intervistatore) in una relazione sociale definita da specifiche regole e dotata di una durata» [Furlotti 1998: 169]. Nello specifico, questa tecnica è stata utilizzata per intervistare 6 esperti inglesi tra giugno e settembre 2009, durante un periodo di *visiting fellowship* presso la John Moore University di Liverpool (*Center for Public Health*). Gli esperti contattati sono stati 11, ma solo 6 (cfr. Tab. 5) hanno fornito la disponibilità nel periodo di mia permanenza in Inghilterra.

Si è optato per un'intervista semistrutturata ovvero si è ritenuto opportuno fare ricorso ad una griglia in cui sono state precedentemente precodificate le domande, cercando di trattare gli argomenti che hanno dovuto affrontare gli esperti italiani coinvolti nel focus group. Dato il diverso quadro normativo che disciplina la materia nel Regno Unito, sono state inserite alcune domande ad hoc (cfr. la griglia di intervista in appendice).

Ciò che contraddistingue questa metodologia rispetto al focus group riguarda il suo essere una tecnica di indagine individuale anziché di gruppo: nell'intervista il ricercatore pone alcune domande ad un soggetto il quale è invitato ad esprimersi sulla questione d'interesse. Come risulta facile intuire, questo garantisce alcuni van-

taggi, ma comporta anche svantaggi. Per quanto riguarda il primo aspetto, si individua la possibilità di ottenere informazioni approfondite senza incorrere negli effetti negativi delle metodologie di gruppo (pensiamo, per esempio, alle autocensura delle risposte per timore di essere giudicati negativamente dagli altri partecipanti). Il principale svantaggio, al contrario, riguarda la possibilità di avere un campione esiguo dati i lunghi tempi e gli alti costi che caratterizzano i colloqui in profondità. Tuttavia, si è optato per la scelta dell'intervista anziché del focus group soprattutto in virtù del fatto che la permanenza in Inghilterra si è protratta per soli tre mesi.

*Tab. 5 – Interviste a esperti inglesi*

| <i>Codice</i> | <i>Ruolo</i>  |
|---------------|---|
| Int_A         | Esperto in materia di prevenzione nei luoghi di lavoro (Manchester)   |
| Int_B         | Docente di salute pubblica, direttore di un centro di ricerca sui consumi di sostanze psicoattive (John Moore University - Liverpool) |
| Int_C         | Professore associato di sociologia (Scottish Addiction Studies, Departement of Applied Social Science - University of Stirling)       |
| Int_D         | Sociologo, esperto in materia di prevenzione di alcol e droghe (Liverpool)  |
| Int_E         | Ricercatore presso centro di prevenzione in materia di alcol e droghe (Liverpool)   |
| Int_F         | Docente di sociologia del lavoro (John Moore University - Liverpool)  |

Se è vero che le interviste svolgono un'importante funzione esplorativa e di definizione delle ipotesi, il loro contributo nel corso del percorso empirico qui illustrato è stato teso a realizzare un confronto tra politiche e interventi in materia di prevenzione del consumo di sostanze psicoattive sui luoghi di lavoro tra Italia e Regno Unito.

Per quanto concerne le tecniche di campionamento, si è proceduto alla costruzione di un gruppo di riferimento empirico di natura logico-significativa, ovvero si sono individuati alcuni esperti senza alcuna aspirazione all'individuazione di un campione rappresentativo dell'intero universo, ma piuttosto di un gruppo differenziato al suo interno e significativo per la conoscenza della tematica [cfr. Cipolla 1998]. I nominativi delle persone da contattare sono stati individuati sulla base dei suggerimenti forniti dallo staff del *Center for Public Health*.

## 2. Limiti dello studio e prospettive future di approfondimento

Il percorso empirico illustrato nella presente nota metodologica non è esente da limiti che, per correttezza verso la comunità scientifica, è necessario illustrare brevemente.

I principali nodi critici sono emersi relativamente alle procedure di campionamento relativamente a due delle tre tecniche di ricerca utilizzate. Nel dettaglio:

- in relazione alla somministrazione del questionario, si è optato per la costruzione di un campione non rappresentativo in quanto costruito con tecniche non probabilistiche. La scelta è derivata dalla necessità di sondare alcune categorie professionali piuttosto che altre, fatto che ha spinto a preferire una tecnica di campionamento a scelta ragionata, ove la selezione dei profili professionali è stata fondata sull'individuazione di alcuni gruppi di rischio in accordo con quanto sottolineato dalla letteratura scientifica (es. lavoratori edili, liberi professionisti, professionisti del settore sanitario). Ancora, si segnala come l'individuazione di alcune categorie professionali nella fase che ha preceduto la somministrazione e la suddivisione di tali categorie tra le diverse sedi non abbia poi avuto un riscontro nelle risposte degli intervistati: in altri termini, la suddivisione delle categorie tra le diverse sedi ha dato origine a parziali sovrapposizioni, tale per cui nell'analisi si è privilegiato un approccio che tenesse conto delle risposte direttamente fornite dagli intervistati sul questionario e non le dichiarazioni iniziali dell'intervistato stesso o della persona che ha preso contatti con il lavoratore seguendo le indicazioni dei ricercatori coinvolti nello studio;
- in relazione alle interviste realizzate in Gran Bretagna, si segnala un numero ridotto di esperti intervistati a causa della defezione di alcune persone contattate e dall'impossibilità di prorogare la permanenza a Liverpool. Data la ristrettezza del gruppo di riferimento empirico, i risultati non sono generalizzabili, sebbene sia necessario sottolineare come sia emersa una certa convergenza nelle risposte degli intervistati tale da far presupporre una condivisione di opinioni e un allineamento nelle analisi relative al tema oggetto di studio.

Un ulteriore limite riguarda la sede di somministrazione dei questionari ai lavoratori: data la delicatezza della tematica, è possibile supporre che alcune risposte siano viziate da *biasis* legati al timore da parte dei rispondenti di confessare situazioni e condotte compromettenti che potrebbero venire a conoscenza del datore di lavoro. Sebbene si siano adottate tutte le strategie possibili per assicurare l'intervistato circa l'anonimato delle risposte (cfr. § 1.1 della nota metodologica), per qualcuno potrebbe essere stato difficile dichiarare un consumo di alcolici percepito come eccessivo o affermare di aver visto colleghi consumare o vendere sostan-

ze psicotrope sui luoghi di lavoro. Il dubbio deriva dal fatto che, confrontando le risposte di coloro che hanno compilato il questionario in azienda o con il coinvolgimento delle stessa rispetto alle risposte dei lavoratori intervistati senza intermediazione emerge come, alle domande sui temi più “scottanti”, i primi siano più prudenti nell’ammettere la presenza di droghe sul luogo di lavoro o altre situazioni “compromettenti” che potrebbero inquinare l’immagine del bravo cittadino [Cipolla 1998] o, in questo caso, del lavoratore ligio al dovere<sup>129</sup>. D’altro canto, dubbi sulla possibilità di sondare i consumi di sostanze psicoattive attraverso indagini *self-reported* sono stati sollevati spesso da studiosi in materia [cfr., per esempio, Harrison et al. 1993].

Si segnala inoltre come il questionario non abbia affrontato il tema dei consumi personali di sostanze psicoattive che di certo avrebbe condotto a risultati di grande interesse. Tuttavia, come sottolineato nel § 1.1. della nota metodologica, ciò deriva da una riflessione sull’opportunità di fare domande delicate e così dirette ai lavoratori, preferendo così domande eterodirette volte a sondare la prossimità dei lavoratori all’universo drogastico.

Rispetto alle prospettive future d’indagine sul tema del rapporto tra alcol, droghe e lavoro, si segnalano alcune tematiche che dovrebbero essere meglio approfondite e monitorate:

- è necessario predisporre strumenti e tecniche di indagine volti a stimare la reale diffusione dei consumi di sostanze psicotrope non soltanto da un punto di vista quantitativo (quanti soggetti consumano droghe e alcol? Quanti soggetti lavorano sotto effetto delle sostanze), ma anche qualitativo (quali sono i pattern di consumo? Quali le cause e le finalità?);
- tenendo conto anche dei risultati del punto precedente, si rileverebbe di grande interesse approfondire il tema delle conseguenze legate ai consumi tenendo conto delle modalità di consumo (per esempio, quali sono i rischi in termini di sicurezza e salute di un consumo saltuario rispetto ad un consumo cronico?);
- *last but not least*, gli studi sulla valutazione dell’efficacia dei programmi di prevenzione e delle politiche di controllo in relazione al consumo di droghe e alcol da parte dei lavoratori sono ancora molto poco diffusi. Ciò inficia la possibilità da parte dei policy maker di intervenire in materia operando nella direzione di una maggior efficacia ed efficienza delle politiche d’azione.

---

<sup>129</sup> Considerando l’indice di prossimità, si nota come essa possa essere definita alta e discreta per il 6,1% di coloro che sono stati intervistati tramite il coinvolgimento dell’azienda, mentre il dato sale al 25,9% tra coloro che sono stati contattati tramite un campionamento a palla di neve.

In conclusione, sebbene il presente studio abbia apportato interessanti risultati in materia di consumo di sostanze psicotrope da parte dei lavoratori, esso non deve intendersi come lavoro conclusivo e definitivo, quanto piuttosto quale strumento volto ad indicare orientamenti per la ricerca futura.

## Il questionario con le percentuali di frequenza

### Dom. 1. Può indicare quante ore lavora mediamente durante la settimana?

|                       | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|-----------------------|---------------------------|------------------------------|
| Meno di 12 ore        | 50                        | 4,1                          |
| Tra le 12 e le 24 ore | 110                       | 9,0                          |
| Tra le 25 e le 35 ore | 167                       | 13,7                         |
| Tra le 36 e le 40 ore | 522                       | 42,8                         |
| Oltre le 40           | 372                       | 30,5                         |
| Totale                | 1221                      | 100,0                        |

Missing: 2 (0,2%)

### Dom. 2-3. Come valuta la sua attività lavorativa, in relazione a...

|                       |            | <i>Molto<br/>faticosa</i> | <i>Abbastanza<br/>faticosa</i> | <i>Poco faticosa</i> | <i>Per nulla<br/>faticosa</i> | <i>In alcuni<br/>periodi<br/>molto, in<br/>altri poco</i> | <i>Totale</i> |
|-----------------------|------------|---------------------------|--------------------------------|----------------------|-------------------------------|---|---------------|
| <i>Sforzo fisico</i>  | Freq. Ass. | 102                       | 282                            | 390                  | 215                           | 233   | 1222          |
|                       | %          | 8,3%                      | 23,1%                          | 31,9%                | 17,6%                         | 19,1%   | 100,0%        |
| <i>Stress mentale</i> | Freq. Ass. | 304                       | 510                            | 162                  | 32                            | 211   | 1219          |
|                       | %          | 24,9%                     | 41,8%                          | 13,3%                | 2,6%                          | 17,3%   | 100,0%        |

Missing: 1 (0,1%); 4 (0,3%)

**Dom. 4. Con quale frequenza le capita di associare i seguenti effetti al suo lavoro?**

|                    |            | <i>Spesso</i> | <i>Qualche volta</i> | <i>Mai</i> | <i>Totale</i> |
|--------------------|------------|---------------|----------------------|------------|---------------|
| Mal di schiena     | Freq. Ass. | 296           | 527                  | 400        | 1223          |
|                    | %          | 24,2%         | 43,1%                | 32,7%      | 100,0%        |
| Dolori muscolari   | Freq. Ass. | 151           | 456                  | 616        | 1223          |
|                    | %          | 12,3%         | 37,3%                | 50,4%      | 100,0%        |
| Fatica             | Freq. Ass. | 261           | 549                  | 413        | 1223          |
|                    | %          | 21,3%         | 44,9%                | 33,8%      | 100,0%        |
| Mal di testa       | Freq. Ass. | 247           | 555                  | 421        | 1223          |
|                    | %          | 20,2%         | 45,4%                | 34,4%      | 100,0%        |
| Disturbi del sonno | Freq. Ass. | 122           | 364                  | 737        | 1223          |
|                    | %          | 10,0%         | 29,8%                | 60,3%      | 100,0%        |
| Ansia              | Freq. Ass. | 173           | 502                  | 548        | 1223          |
|                    | %          | 14,1%         | 41,0%                | 44,8%      | 100,0%        |
| Cattivo umore      | Freq. Ass. | 210           | 635                  | 378        | 1223          |
|                    | %          | 17,2%         | 51,9%                | 30,9%      | 100,0%        |
| Nervosismo         | Freq. Ass. | 266           | 674                  | 283        | 1223          |
|                    | %          | 21,7%         | 55,1%                | 23,1%      | 100,0%        |

Nota: coloro che non hanno indicato una frequenza (“spesso”, “qualche volta”) sono stati inclusi nella risposta “mai”.

**Dom. 5. Negli ultimi 2 anni, si sono verificati incidenti, anche di lieve entità, nel suo ambiente lavorativo?**

|        | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|--------|---------------------------|------------------------------|
| Sì     | 330                       | 27,0                         |
| No     | 891                       | 73,0                         |
| Totale | 1221                      | 100,0                        |

Missing: 2 (0,2%)



**Dom. 6. Se ha risposto Sì alla domanda precedente, quali sono state le principali cause degli incidenti nel suo ambiente lavorativo?**

|                                   |            | <i>Sì</i> | <i>No</i> | <i>Totale</i> |
|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|---------------|
| Negligenza degli addetti          | Freq. Ass. | 67        | 263       | 330           |
|                                   | %          | 20,3%     | 79,7%     | 100,0%        |
| Disattenzione                     | Freq. Ass. | 185       | 145       | 330           |
|                                   | %          | 56,1%     | 43,9%     | 100,0%        |
| Mancanza di esperienza            | Freq. Ass. | 55        | 275       | 330           |
|                                   | %          | 16,7%     | 83,3%     | 100,0%        |
| Stress lavorativo, tensione       | Freq. Ass. | 76        | 254       | 330           |
|                                   | %          | 23,0%     | 77,0%     | 100,0%        |
| Scarsa conoscenza norme sicurezza | Freq. Ass. | 51        | 279       | 330           |
|                                   | %          | 15,5%     | 84,5%     | 100,0%        |
| Eccessivo carico lavorativo       | Freq. Ass. | 61        | 269       | 330           |
|                                   | %          | 18,5%     | 81,5%     | 100,0%        |
| Fatalità                          | Freq. Ass. | 113       | 217       | 330           |
|                                   | %          | 34,2%     | 65,8%     | 100,0%        |

Missing: 2 (0,2%). Non tenuti a rispondere 891 (73%)

**Dom. 7. Come valuta il rapporto con i Suoi colleghi? (sedi Tn, Mc, Bo, Sa)**

|                     | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|---------------------|---------------------------|------------------------------|
| Pessimo             | 9                         | 1,0                          |
| Cattivo             | 12                        | 1,3                          |
| Nè buono né cattivo | 194                       | 21,2                         |
| Buono               | 513                       | 56,1                         |
| Ottimo              | 148                       | 16,2                         |
| Non ho colleghi     | 38                        | 4,2                          |
| Totale              | 914                       | 100,0                        |

Nota: la domanda non è stata rivolta ai lavoratori intervistati a Roma (freq. ass.: 309).

**Dom. 8. Le capita di trascorrere del tempo con i colleghi fuori dall'orario di lavoro?**

|               | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|---------------|---------------------------|------------------------------|
| Spesso        | 122                       | 10,1                         |
| Qualche volta | 539                       | 44,4                         |
| Raramente     | 374                       | 30,8                         |
| Mai           | 178                       | 14,7                         |
| Totale        | 1213                      | 100,0                        |

Missing: 10 (0,8%)

**Dom. 9. Quanto si ritiene soddisfatto/a del proprio lavoro?**

|                                  | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|----------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Molto                            | 163                       | 13,4                         |
| Abbastanza                       | 637                       | 52,4                         |
| Nè soddisfatto, nè insoddisfatto | 202                       | 16,6                         |
| Poco soddisfatto                 | 160                       | 13,2                         |
| Per nulla soddisfatto            | 54                        | 4,4                          |
| Totale                           | 1216                      | 100,0                        |

Missing: 0,7 (0,6%)

**Dom. 10. In generale come va la Sua salute?**

|               | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|---------------|---------------------------|------------------------------|
| Molto bene    | 171                       | 14,0                         |
| Bene          | 549                       | 45,1                         |
| Discretamente | 443                       | 36,4                         |
| Male          | 50                        | 4,1                          |
| Molto male    | 5                         | ,4                           |
| Totale        | 1218                      | 100,0                        |

Missing: 5 (0,4%)

**Dom. 11. Con quale frequenza svolge attività fisica/sportiva?**

|                               | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Almeno una volta a settimana  | 482                       | 39,6                         |
| Meno di una volta a settimana | 107                       | 8,8                          |
| Circa due volte al mese       | 95                        | 7,8                          |
| Meno di una volta al mese     | 79                        | 6,5                          |
| Circa una volta a trimestre   | 30                        | 2,5                          |
| Con minore frequenza          | 139                       | 11,4                         |
| Mai                           | 285                       | 23,4                         |
| Totale                        | 1217                      | 100,0                        |

Missing: 6 (0,5%)

**Dom. 12. Fuma sigarette?**

|        | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|--------|---------------------------|------------------------------|
| Sì     | 454                       | 37,2                         |
| No     | 765                       | 62,8                         |
| Totale | 1219                      | 100,0                        |

Missing: 4 (0,3%)

**Dom. 13. Se sì, quante sigarette al giorno in media?**

|                 | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|-----------------|---------------------------|------------------------------|
| Occasionalmente | 51                        | 11,3                         |
| Meno di 5       | 62                        | 13,7                         |
| Da 6 a 10       | 120                       | 26,6                         |
| Da 11 a 20      | 160                       | 35,5                         |
| Oltre 20        | 58                        | 12,9                         |
| Totale          | 451                       | 100,0                        |

Missing: 7 (0,6%). Non tenuti a rispondere: 765 (62,3%)

**Dom. 14. Beve alcolici?**

|                  |            | <i>Mai</i> | <i>Almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi</i> | <i>Almeno una volta nell'ultimo mese</i> | <i>Almeno 1 volta nell'ultima settimana</i> | <i>Tutti i giorni</i> | <i>Totale</i> |
|------------------|------------|------------|--|--|---|-----------------------|---------------|
| Durante i pasti? | Freq. Ass. | 353        | 126  | 202                                      | 347   | 171                   | 1199          |
|                  | %          | 29,4%      | 10,5%                                      | 16,8%                                    | 28,9%                                       | 14,3%                 | 100,0%        |
| Fuori dai pasti? | Freq. Ass. | 507        | 143  | 183                                      | 243   | 31                    | 1107          |
|                  | %          | 45,8%      | 12,9%                                      | 16,5%                                    | 22,0%                                       | 2,8%                  | 100,0%        |

Missing: 24 (1,9%) e 116 (9,4%)

**Dom. 15. Con quale frequenza beve i seguenti tipi di alcolici?**

|                    |            | <i>Mai</i> | <i>Almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi</i> | <i>Almeno una volta nell'ultimo mese</i> | <i>Almeno 1 volta nell'ultima settimana</i> | <i>Tutti i giorni</i> | <i>Totale</i> |
|--------------------|------------|------------|--|--|---|-----------------------|---------------|
| Vino               | Freq. Ass. | 297        | 138  | 231                                      | 360   | 177                   | 1203          |
|                    | %          | 24,7%      | 11,5%                                      | 19,2%                                    | 29,9%                                       | 14,7%                 | 100,0%        |
| Birra              | Freq. Ass. | 317        | 178  | 276                                      | 354   | 40                    | 1165          |
|                    | %          | 27,2%      | 15,3%                                      | 23,7%                                    | 30,4%                                       | 3,4%                  | 100,0%        |
| Aperitivi alcolici | Freq. Ass. | 522        | 201  | 232                                      | 152   | 16                    | 1123          |
|                    | %          | 46,5%      | 17,9%                                      | 20,7%                                    | 13,5%                                       | 1,4%                  | 100,0%        |
| Amari              | Freq. Ass. | 663        | 206  | 168                                      | 79  | 5                     | 1121          |
|                    | %          | 59,1%      | 18,4%                                      | 15,0%                                    | 7,0%  | ,4%                   | 100,0%        |
| Superalcolici      | Freq. Ass. | 669        | 203  | 170                                      | 73  | 6                     | 1121          |
|                    | %          | 59,7%      | 18,1%                                      | 15,2%                                    | 6,5%  | ,5%                   | 100,0%        |

Missing: 20 (1,6%), 58 (4,7%), 100 (8,1%), 102 (8,3%), 102 (8,3%)

**Dom. 16. Le è capitato di ubriacarsi?**

|                                      | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza percentuale</i> |
|--------------------------------------|---------------------------|------------------------------|
| Mai                                  | 456                       | 37,6                         |
| Una volta nella vita                 | 474                       | 39,0                         |
| Almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi  | 210                       | 17,3                         |
| Almeno una volta nell'ultimo mese    | 54                        | 4,4                          |
| Almeno 1 volta nell'ultima settimana | 20                        | 1,6                          |
| Totale                               | 1214                      | 100,0                        |

Missing: 9 (0,7%), 2 (0,1%), 3 (0,2%)

**Dom. 17. Le è capitato di bere alcolici durante l'orario di lavoro?**

|               | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|---------------|---------------------------|---------------------------|
| Mai           | 969                       | 79,4                      |
| Raramente     | 171                       | 14,0                      |
| Qualche volta | 72                        | 5,9                       |
| Spesso        | 9                         | ,7                        |
| Totale        | 1221                      | 100,0                     |

Missing: 2 (0,2%)

**Dom. 18. In questi giorni quanti tipi di farmaci sta utilizzando?**

|               | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|---------------|---------------------------|---------------------------|
| Nessuno       | 804                       | 65,9                      |
| Uno           | 259                       | 21,2                      |
| Due           | 94                        | 7,7                       |
| Tre           | 41                        | 3,4                       |
| Quattro o più | 22                        | 1,8                       |
| Totale        | 1220                      | 100,0                     |

Missing: 3 (0,2%)

**Dom. 19. Riferendosi ai farmaci che utilizza o che ha utilizzato in passato, indichi per cortesia la frequenza d'uso delle seguenti tipologie:**

|                           |            | <i>Nel corso degli ultimi due giorni</i> | <i>In altri giorni delle ultime due settimane</i> | <i>In altro periodo degli ultimi 12 mesi</i> | <i>Mai</i> | <i>Totale</i> |
|---------------------------|------------|--|---|--|------------|---------------|
| Analgesici/antidolorifici | Freq. Ass. | 132                                      | 237   | 490  | 286        | 1145          |
|                           | %          | 11,5%                                    | 20,7%   | 42,8%  | 25,0%      | 100,0%        |
| Antidepressivi            | Freq. Ass. | 24                                       | 11  | 42   | 965        | 1042          |
|                           | %          | 2,3%                                     | 1,1%  | 4,0%   | 92,6%      | 100,0%        |
| Sonniferi e ansiolitici   | Freq. Ass. | 25                                       | 21  | 84   | 910        | 1040          |
|                           | %          | 2,4%                                     | 2,0%  | 8,1%   | 87,5%      | 100,0%        |

Missing: 78 (6,3%), 181 (14,7%), 183 (14,9%)

**Dom. 20. Ha mai assunto una delle seguenti sostanze per migliorare le sue prestazioni fisiche?**

|                        |            | <i>Mai</i> | <i>1 volta nella vita</i> | <i>Almeno 1 volta negli ultimi 12 mesi</i> | <i>Almeno 1 volta nell'ultimo mese</i> | <i>Almeno 1 volta nell'ultima settimana</i> | <i>Tutti i giorni</i> | <i>Totale</i> |
|------------------------|------------|------------|---------------------------|--|--|---|-----------------------|---------------|
| Integratori/stimolanti | Freq. Ass. | 722        | 137                       | 204  | 72                                     | 50  | 25                    | 1210          |
|                        | %          | 59,7%      | 11,3%                     | 16,9%                                      | 6,0%                                   | 4,1%  | 2,1%                  | 100,0%        |
| Dopanti                | Freq. Ass. | 1130       | 18                        | 8  | 3                                      | 3   | 8                     | 1170          |
|                        | %          | 96,6%      | 1,5%                      | ,7%  | ,3%                                    | ,3%   | ,7%                   | 100,0%        |

Missing: 13 (1%), 53 (4,3%)

**Dom. 21. Nel caso in cui, nel corso degli ultimi tre mesi, abbia utilizzato almeno uno dei servizi seguenti, la preghiamo di indicarci il suo grado di soddisfazione resi da tali strutture e figure sanitarie.**

|                                    |            | <i>Molto<br/>soddisfatto</i> | <i>Abbastanza<br/>soddisfatto</i> | <i>Abbastanza<br/>insoddisfatto</i> | <i>Del tutto<br/>insoddisfatto</i> | <i>Non mi<br/>sono rivolto/non<br/>risponde</i> | <i>Totale</i> |
|------------------------------------|------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|---------------|
| Medico di base                     | Freq. Ass. | 257                          | 523                               | 100                                 | 42                                 | 301   | 1223          |
|                                    | %          | 21,0%                        | 42,8%                             | 8,2%                                | 3,4%                               | 24,6%   | 100,0%        |
| Medico specialista ambulatoriale   | Freq. Ass. | 124                          | 327                               | 81                                  | 19                                 | 672   | 1223          |
|                                    | %          | 10,1%                        | 26,7%                             | 6,6%                                | 1,6%                               | 54,9%   | 100,0%        |
| Pronto soccorso                    | Freq. Ass. | 59                           | 175                               | 95                                  | 52                                 | 842   | 1223          |
|                                    | %          | 4,8%                         | 14,3%                             | 7,8%                                | 4,3%                               | 68,8%   | 100,0%        |
| Ospedale                           | Freq. Ass. | 68                           | 200                               | 71                                  | 37                                 | 847   | 1223          |
|                                    | %          | 5,6%                         | 16,4%                             | 5,8%                                | 3,0%                               | 69,3%   | 100,0%        |
| Consultorio familiare              | Freq. Ass. | 24                           | 37                                | 17                                  | 8                                  | 1137  | 1223          |
|                                    | %          | 2,0%                         | 3,0%                              | 1,4%                                | ,7%                                | 93,0%   | 100,0%        |
| Consultorio giovani/centri ascolto | Freq. Ass. | 13                           | 11                                | 9                                   | 6                                  | 1184  | 1223          |
|                                    | %          | 1,1%                         | ,9%                               | ,7%                                 | ,5%                                | 96,8%   | 100,0%        |
| Servizio sociale                   | Freq. Ass. | 16                           | 23                                | 16                                  | 10                                 | 1158  | 1223          |
|                                    | %          | 1,3%                         | 1,9%                              | 1,3%                                | ,8%                                | 94,7%   | 100,0%        |
| Csm                                | Freq. Ass. | 7                            | 10                                | 5                                   | 10                                 | 1191  | 1223          |
|                                    | %          | ,6%                          | ,8%                               | ,4%                                 | ,8%                                | 97,4%   | 100,0%        |
| Servizio di alcologia              | Freq. Ass. | 10                           | 4                                 | 3                                   | 6                                  | 1200  | 1223          |

|       |               | <i>Molto<br/>soddisfatto</i> | <i>Abbastanza<br/>soddisfatto</i> | <i>Abbastanza<br/>insoddisfatto</i> | <i>Del tutto<br/>insoddisfatto</i> | <i>Non mi<br/>sono rivol-<br/>to/non<br/>risponde</i> | <i>Totale</i> |
|-------|---------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|---|---------------|
|       | %             | ,8%                          | ,3%                               | ,2%                                 | ,5%                                | 98,1%   | 100,0%        |
| Ser.T | Freq.<br>Ass. | 22                           | 23                                | 4                                   | 7                                  | 1167  | 1223          |
|       | %             | 1,8%                         | 1,9%                              | ,3%                                 | ,6%                                | 95,4%   | 100,0%        |

Nota: la categoria “non mi sono mai rivolto” è stata assemblata a “non risponde”.

**Dom. 22. Negli ultimi 6 mesi, le è capitato di trovarsi sul luogo di lavoro in qualcuna delle seguenti situazioni riferite alle droghe illegali?**

|  |            | <i>Si</i> | <i>No</i> | <i>Totale</i> |
|--|------------|-----------|-----------|---------------|
| Parlare con qualche collega che le ha usate      | Freq. Ass. | 303       | 907       | 1210          |
|  | %          | 25,0%     | 75,0%     | 100,0%        |
| Conoscere o sapere di persone che le hanno usate | Freq. Ass. | 534       | 679       | 1213          |
|  | %          | 44,0%     | 56,0%     | 100,0%        |
| Vedere qualcuno che le stava assumendo           | Freq. Ass. | 138       | 1066      | 1204          |
|  | %          | 11,5%     | 88,5%     | 100,0%        |
| Ricevere un'offerta per provarle                 | Freq. Ass. | 102       | 1100      | 1202          |
|  | %          | 8,5%      | 91,5%     | 100,0%        |
| Sentire il desiderio di provarle                 | Freq. Ass. | 85        | 1115      | 1200          |
|  | %          | 7,1%      | 92,9%     | 100,0%        |
| Vederle o prenderle in mano                      | Freq. Ass. | 86        | 1117      | 1203          |
|  | %          | 7,1%      | 92,9%     | 100,0%        |
| Acquistarle da un collega                        | Freq. Ass. | 21        | 1181      | 1202          |
|  | %          | 1,7%      | 98,3%     | 100,0%        |

Missing: 13 (1%), 10 (0,8%), 19 (8%), 21 (1,7%), 23 (1,8%), 20 (1,6%), 21 (1,8%)



**Dom. 23. Le è capitato di venire a sapere che qualche Suo conoscente lavora sotto l'effetto delle seguenti sostanze?**

|                               |            | <i>Si</i> | <i>No</i> | <i>Non saprei</i> | <i>Totale</i> |
|-------------------------------|------------|-----------|-----------|-------------------|---------------|
| Alcol                         | Freq. Ass. | 313       | 693       | 207               | 1213          |
|                               | %          | 25,8%     | 57,1%     | 17,1%             | 100,0%        |
| Cannabis (hashish, marijuana) | Freq. Ass. | 274       | 718       | 212               | 1204          |
|                               | %          | 22,8%     | 59,6%     | 17,6%             | 100,0%        |
| Cocaina                       | Freq. Ass. | 119       | 843       | 239               | 1201          |
|                               | %          | 9,9%      | 70,2%     | 19,9%             | 100,0%        |
| Ecstasy                       | Freq. Ass. | 16        | 945       | 237               | 1198          |
|                               | %          | 1,3%      | 78,9%     | 19,8%             | 100,0%        |
| Amfetamine                    | Freq. Ass. | 25        | 927       | 248               | 1200          |
|                               | %          | 2,1%      | 77,3%     | 20,7%             | 100,0%        |
| Allucinogeni                  | Freq. Ass. | 7         | 957       | 234               | 1198          |
|                               | %          | ,6%       | 79,9%     | 19,5%             | 100,0%        |
| Eroina                        | Freq. Ass. | 43        | 927       | 230               | 1200          |
|                               | %          | 3,6%      | 77,3%     | 19,2%             | 100,0%        |
| Inalanti                      | Freq. Ass. | 11        | 940       | 245               | 1196          |
|                               | %          | ,9%       | 78,6%     | 20,5%             | 100,0%        |

Missing: 10 (0,8%), 19 (1,6%), 22 (1,8%), 25 (2%), 23 (1,9%), 25 (2%), 23 (1,9%), 27 (2,2%)

**Dom. 24. Negli ultimi 6 mesi, qualche persona che Lei conosce (collega di lavoro o altri conoscenti) si è trovato in una delle seguenti situazioni a causa dell'assunzione di alcol e/o droghe?**

|  |            | Spesso | A volte | Mai   | Totale |
|--|------------|--------|---------|-------|--------|
| Assenteismo sul lavoro   | Freq. Ass. | 59     | 186     | 950   | 1195   |
|  | %          | 4,9%   | 15,6%   | 79,5% | 100,0% |
| Infortunio sul lavoro  | Freq. Ass. | 20     | 113     | 1052  | 1185   |
|  | %          | 1,7%   | 9,5%    | 88,8% | 100,0% |
| Difficoltà a mantenere costante la produttività  | Freq. Ass. | 66     | 249     | 872   | 1187   |
|  | %          | 5,6%   | 21,0%   | 73,5% | 100,0% |
| Calo di concentrazione sul lavoro  | Freq. Ass. | 76     | 286     | 829   | 1191   |
|  | %          | 6,4%   | 24,0%   | 69,6% | 100,0% |
| Incidente stradale   | Freq. Ass. | 24     | 131     | 1029  | 1184   |
|  | %          | 2,0%   | 11,1%   | 86,9% | 100,0% |
| Problemi di salute   | Freq. Ass. | 61     | 237     | 894   | 1192   |
|  | %          | 5,1%   | 19,9%   | 75,0% | 100,0% |
| Problemi relazionali   | Freq. Ass. | 74     | 268     | 853   | 1195   |
|  | %          | 6,2%   | 22,4%   | 71,4% | 100,0% |
| Difficoltà economiche  | Freq. Ass. | 74     | 178     | 937   | 1189   |
|  | %          | 6,2%   | 15,0%   | 78,8% | 100,0% |
| Problemi legali  | Freq. Ass. | 27     | 134     | 1028  | 1189   |
|  | %          | 2,3%   | 11,3%   | 86,5% | 100,0% |
| Missing: 28 (2,3%), 38 (3,1%), 36 (2,9%), 32 (2,6%), 39 (3,9%), 31 (2,5%), 28 (2,3%), 34 (2,8%), 34 (2,8%) |            |        |         |       |        |

**Dom. 25. Quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni riguardanti l'uso di droghe?**

|  |            | <i>Molto<br/>d'accordo</i> | <i>Abbastanza<br/>d'accordo</i> | <i>Nè<br/>d'accordo<br/>nè in di-<br/>saccordo</i> | <i>Poco<br/>d'accordo</i> | <i>Per nulla<br/>d'accordo</i> | <i>Totale</i> |
|--|------------|----------------------------|---------------------------------|--|---------------------------|--------------------------------|---------------|
| Test anti-droga<br>a scuola  | Freq. Ass. | 490                        | 304                             | 122  | 135                       | 156                            | 1207          |
|  | %          | 40,6%                      | 25,2%                           | 10,1%  | 11,2%                     | 12,9%                          | 100,0%        |
| Test anti-droga<br>nei luoghi di<br>lavoro                         | Freq. Ass. | 399                        | 290                             | 173  | 143                       | 193                            | 1198          |
|  | %          | 33,3%                      | 24,2%                           | 14,4%  | 11,9%                     | 16,1%                          | 100,0%        |
| Test anti-droga<br>nelle strade                                    | Freq. Ass. | 699                        | 307                             | 77   | 59                        | 54                             | 1196          |
|  | %          | 58,4%                      | 25,7%                           | 6,4%   | 4,9%                      | 4,5%                           | 100,0%        |
| Un abuso di<br>farmaci è peri-<br>coloso quanto<br>l'uso di droghe | Freq. Ass. | 637                        | 405                             | 95   | 50                        | 17                             | 1204          |
|  | %          | 52,9%                      | 33,6%                           | 7,9%   | 4,2%                      | 1,4%                           | 100,0%        |
| Un uso occa-<br>sionale di alcol<br>è innocuo                      | Freq. Ass. | 254                        | 408                             | 218  | 198                       | 125                            | 1203          |
|  | %          | 21,1%                      | 33,9%                           | 18,1%  | 16,5%                     | 10,4%                          | 100,0%        |
| Un uso occa-<br>sionale di dro-<br>ghe sintetiche<br>è innocuo     | Freq. Ass. | 46                         | 35                              | 56   | 207                       | 856                            | 1200          |
|  | %          | 3,8%                       | 2,9%                            | 4,7%   | 17,3%                     | 71,3%                          | 100,0%        |
| Un uso occa-<br>sionale di can-<br>nabis è inno-<br>cuo            | Freq. Ass. | 140                        | 201                             | 141  | 266                       | 457                            | 1205          |
|  | %          | 11,6%                      | 16,7%                           | 11,7%  | 22,1%                     | 37,9%                          | 100,0%        |
| L'uso di dro-  | Freq. Ass. | 525                        | 205                             | 163  | 170                       | 143                            | 1206          |

|   |            | <i>Molto<br/>d'accordo</i> | <i>Abbastanza<br/>d'accordo</i> | <i>Nè<br/>d'accordo<br/>nè in di-<br/>saccordo</i> | <i>Poco<br/>d'accordo</i> | <i>Per nulla<br/>d'accordo</i> | <i>Totale</i> |
|---|------------|----------------------------|---------------------------------|--|---------------------------|--------------------------------|---------------|
| ghe va sempre<br>proibito                                   | %          | 43,5%                      | 17,0%                           | 13,5%  | 14,1%                     | 11,9%                          | 100,0%        |
| Bisognerebbe<br>trovare a basso<br>costo aghi e<br>siringhe | Freq. Ass. | 228                        | 151                             | 236  | 123                       | 465                            | 1203          |
|   | %          | 19,0%                      | 12,6%                           | 19,6%  | 10,2%                     | 38,7%                          | 100,0%        |

Missing: 16 (1,4%), 25 (2%), 27 (2,2%), 19 (1,6%), 20 (1,6%), 23 (1,9%), 18 (1,5%), 17 (1,4%), 20 (1,6%)

**Dom. 26. Negli ultimi tempi si discute sempre più circa la diffusione di cocaina. Quanto è d'accordo con le seguenti affermazioni riguardanti questa sostanza?**

|  |               | <i>Molto<br/>d'accordo</i> | <i>Abbastanza<br/>d'accordo</i> | <i>Nè<br/>d'accord<br/>o nè in<br/>disac-<br/>cordo</i> | <i>Poco<br/>d'accordo</i> | <i>Per nulla<br/>d'accordo</i> | <i>Tota-<br/>le</i> |
|--|---------------|----------------------------|---------------------------------|---|---------------------------|--------------------------------|---------------------|
| La cocaina è una<br>droga molto peri-<br>colosa  | Freq.<br>Ass. | 950                        | 209                             | 32  | 16                        | 5                              | 1212                |
|  | %             | 78,4%                      | 17,2%                           | 2,6%  | 1,3%                      | ,4%                            | 100,0<br>%          |
| L'uso di cocaina<br>migliora le pre-<br>stazioni | Freq.<br>Ass. | 80                         | 142                             | 241   | 183                       | 558                            | 1204                |
|  | %             | 6,6%                       | 11,8%                           | 20,0%   | 15,2%                     | 46,3%                          | 100,0<br>%          |
| Un uso occasio-<br>nale di cocaina è<br>innocuo  | Freq.<br>Ass. | 36                         | 59                              | 85  | 225                       | 801                            | 1206                |
|  | %             | 3,0%                       | 4,9%                            | 7,0%  | 18,7%                     | 66,4%                          | 100,0<br>%          |
| La cocaina dà<br>dipendenza                      | Freq.<br>Ass. | 979                        | 148                             | 49  | 16                        | 17                             | 1209                |
|  | %             | 81,0%                      | 12,2%                           | 4,1%  | 1,3%                      | 1,4%                           | 100,0<br>%          |

Missing: 11 (0,9%), 19 (1,6%), 17 (1,4%), 14 (1,1%)

**Dom. 27. Chi ritiene possa agire con più efficacia, in una società come quella attuale, per prevenire il consumo di alcol e droghe?**

|                                   |            | <i>Si</i> | <i>No</i> | <i>Totale</i> |
|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|---------------|
| Azienda/ Pubblica Amministrazione | Freq. Ass. | 284       | 922       | 1206          |
|                                   | %          | 23,5%     | 76,5%     | 100,0%        |
| Responsabili della sicurezza      | Freq. Ass. | 248       | 958       | 1206          |
|                                   | %          | 20,6%     | 79,4%     | 100,0%        |
| Sindacato                         | Freq. Ass. | 34        | 1172      | 1206          |
|                                   | %          | 2,8%      | 97,2%     | 100,0%        |
| Lavoratori                        | Freq. Ass. | 58        | 1148      | 1206          |
|                                   | %          | 4,8%      | 95,2%     | 100,0%        |
| Servizi territoriali              | Freq. Ass. | 320       | 886       | 1206          |
|                                   | %          | 26,5%     | 73,5%     | 100,0%        |
| Famiglia                          | Freq. Ass. | 898       | 308       | 1206          |
|                                   | %          | 74,5%     | 25,5%     | 100,0%        |
| Scuola                            | Freq. Ass. | 801       | 405       | 1206          |
|                                   | %          | 66,4%     | 33,6%     | 100,0%        |
| Giornali                          | Freq. Ass. | 103       | 1103      | 1206          |
|                                   | %          | 8,5%      | 91,5%     | 100,0%        |
| Televisione                       | Freq. Ass. | 421       | 785       | 1206          |
|                                   | %          | 34,9%     | 65,1%     | 100,0%        |
| Internet                          | Freq. Ass. | 130       | 1076      | 1206          |
|                                   | %          | 10,8%     | 89,2%     | 100,0%        |
| Cinema                            | Freq. Ass. | 28        | 1178      | 1206          |
|                                   | %          | 2,3%      | 97,7%     | 100,0%        |
| Lavoratori dell'Azienda           | Freq. Ass. | 102       | 1104      | 1206          |
|                                   | %          | 8,5%      | 91,5%     | 100,0%        |

Missing: 17 (1,4%)

## DATI SOCIO-DEMOGRAFICI

### Dom. 28. Sesso

|         | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|---------|---------------------------|---------------------------|
| Maschio | 641                       | 52,5                      |
| Femmina | 579                       | 47,5                      |
| Totale  | 1220                      | 100,0                     |

Missing: 3 (0,2%)

### Dom. 29. Età

|          | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|----------|---------------------------|---------------------------|
| 18-30    | 293                       | 24,0                      |
| 31-45    | 589                       | 48,3                      |
| 46-60    | 292                       | 24,0                      |
| Oltre 60 | 45                        | 3,7                       |
| Totale   | 1219                      | 100,0                     |

Missing: 4 (0,3%)

### Dom. 30. Stato Civile

|                     | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| C elibe/nubile      | 556                       | 45,6                      |
| Coniugato/a         | 559                       | 45,9                      |
| Separato/divorziato | 88                        | 7,2                       |
| Vedovo/a            | 16                        | 1,3                       |
| Totale              | 1219                      | 100,0                     |

Missing: 4 (0,3%)

**Dom. 31. Figli**

|               | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|---------------|---------------------------|---------------------------|
| No            | 665                       | 54,6                      |
| Sì, uno       | 229                       | 18,8                      |
| Sì, due       | 251                       | 20,6                      |
| Sì, tre o più | 72                        | 5,9                       |
| Totale        | 1217                      | 100,0                     |

Missing: 6 (0,5%)

**Dom. 32. Regione in cui abita**

|                     | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|---------------------|---------------------------|---------------------------|
| Piemonte            | 3                         | ,2                        |
| Lombardia           | 2                         | ,2                        |
| Trentino Alto Adige | 293                       | 24,0                      |
| Veneto              | 3                         | ,2                        |
| Emilia-Romagna      | 256                       | 20,9                      |
| Marche              | 136                       | 11,1                      |
| Umbria              | 2                         | ,2                        |
| Lazio               | 304                       | 24,9                      |
| Abruzzo             | 14                        | 1,1                       |
| Campania            | 203                       | 16,6                      |
| Puglia              | 4                         | ,3                        |
| Basilicata          | 2                         | ,2                        |
| Sardegna            | 1                         | ,1                        |
| Totale              | 1223                      | 100,0                     |

Missing: 0

**Dom. 33. Paese di Provenienza:**

|                           | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Italia                    | 1197                      | 98,0                      |
| Paese dell'Unione Europea | 9                         | ,7                        |
| Altro Paese               | 16                        | 1,3                       |
| Totale                    | 1222                      | 100,0                     |

Missing: 1 (0,1%)

**Dom. 34. Titolo di studio:**

|                                | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Nessuno                        | 11                        | ,9                        |
| Licenza elementare             | 13                        | 1,1                       |
| Licenza media inferiore        | 177                       | 14,5                      |
| Diploma scuola media superiore | 524                       | 43,0                      |
| Laurea                         | 379                       | 31,1                      |
| Post-laurea                    | 114                       | 9,4                       |
| Totale                         | 1218                      | 100,0                     |

Missing: 5 (0,4%)

**Dom. 35. Qual è la sua condizione professionale al momento?**

|                               | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|-------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Occupato                      | 1201                      | 98,2                      |
| In cerca di prima occupazione | 2                         | ,2                        |
| Disoccupato                   | 13                        | 1,1                       |
| Ritirato dal lavoro           | 5                         | ,4                        |
| Studente                      | 2                         | ,2                        |
| Totale                        | 1223                      | 100,0                     |

Missing: 2 (0,2%)



**Dom. 36. (SE OCCUPATO) Lei svolge la sua attività in posizione di...**

|  | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Lavoro dipendente a tempo indeterminato  | 746                       | 62,5                      |
| Lavoro dipendente a tempo determinato    | 149                       | 12,3                      |
| Collaborazione coordinata e continuativa | 100                       | 8,4                       |
| Prest. d'opera occasionale/stage/tiroc   | 41                        | 3,4                       |
| Imprenditore                             | 14                        | 1,2                       |
| Libero professionista                    | 71                        | 6,0                       |
| Lavoratore in proprio                    | 25                        | 2,1                       |
| Coadiuvante nell'azienda di un familiare | 13                        | 1,1                       |
| Socio di cooperativa                     | 9                         | ,8                        |
| lavoratore in NERO                       | 25                        | 2,1                       |
| Totale                                   | 1193                      | 100,0                     |

Missing: 9 (0,7%); non tenuti a rispondere: 21 (1,7%)

**Dom. 37. (SE LAVORATORE DIPENDENTE) Lei svolge la sua attività come...**

|                       | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| Dirigente             | 49                        | 5,2                       |
| Quadro                | 124                       | 13,2                      |
| Impiegato             | 488                       | 52,1                      |
| Insegnante            | 21                        | 2,2                       |
| Operaio specializzato | 130                       | 13,9                      |
| Operaio comune        | 107                       | 11,4                      |
| Apprendista           | 18                        | 1,9                       |
| Total                 | 937                       | 100,0                     |

Missing: 43 (3,5%). Non tenuti a rispondere: 243 (19,9%)

**Dom. 38. In quale settore d'attività professionale lavora al momento?**

|   | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|---|---------------------------|---------------------------|
| Agricoltura   | 20                        | 1,7                       |
| Industria alimentare e del tabacco                          | 65                        | 5,5                       |
| Industria tessile e dell'abbigliamento                      | 15                        | 1,3                       |
| Industria del legno, carta ed editoria                      | 7                         | ,6                        |
| Costruzioni   | 69                        | 5,9                       |
| Industria chimica e petrolchimica                           | 14                        | 1,2                       |
| Industria metalmeccanica                                    | 138                       | 11,8                      |
| Altre industrie   | 13                        | 1,1                       |
| Commercio, alberghi e pubblici esercizi                     | 47                        | 4,0                       |
| Trasporti, viaggi, poste e telecomunicazioni                | 43                        | 3,7                       |
| Credito, assicurazioni, attività immobiliari e del noleggio | 92                        | 7,9                       |
| Informatica   | 85                        | 7,3                       |
| Istruzione e formazione                                     | 74                        | 6,3                       |
| Sanità e assistenza sociale                                 | 132                       | 11,3                      |
| Servizi ricreativi, sportivi e culturali                    | 15                        | 1,3                       |
| Pubblica amministrazione                                    | 275                       | 23,5                      |
| Altri servizi   | 69                        | 5,9                       |
| Totale  | 1173                      | 100,0                     |

Missing: 26 (2,1%). Non tenuti a rispondere: 24 (2%)

**Dom. 39. Da quanti anni lavora?**

|                 | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| Meno di 5 anni  | 276                       | 23,4                      |
| Da 6 a 15 anni  | 398                       | 33,8                      |
| Da 16 a 25 anni | 258                       | 21,9                      |
| Oltre 25 anni   | 246                       | 20,9                      |
| Totale          | 1178                      | 100,0                     |

Missing: 45 (3,7%)

**Dom. 40. Da quanto tempo sta svolgendo il Suo attuale lavoro?**

|                 | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|-----------------|---------------------------|---------------------------|
| Meno di 1 anno  | 163                       | 13,7                      |
| Meno di 5 anni  | 331                       | 27,7                      |
| Da 6 a 15 anni  | 393                       | 32,9                      |
| Da 16 a 25 anni | 172                       | 14,5                      |
| Oltre 25 anni   | 134                       | 11,2                      |
| Totale          | 1193                      | 100,0                     |

Missing: 30 (2,5%)

**Dom. 41. Quanto tempo impiega per andare dalla Sua residenza al luogo di lavoro?**

|                   | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| Fino a 15 minuti  | 459                       | 38,7                      |
| Da 16 a 30 minuti | 385                       | 32,5                      |
| Da 31 a 45 minuti | 197                       | 16,6                      |
| Da 46 a 60 minuti | 80                        | 6,7                       |
| Oltre 60 minuti   | 65                        | 5,5                       |
| Totale            | 1186                      | 100,0                     |

Missing: 37 (3%)

**Dom. 42. Per quale tipologia d'azienda lavora?**

|                                     | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Ditta individuale                   | 93                        | 7,9                       |
| Impresa familiare                   | 49                        | 4,1                       |
| Società                             | 440                       | 37,1                      |
| Cooperativa/associazione/fondazione | 177                       | 14,9                      |
| Pubblica Amministrazione            | 414                       | 34,8                      |
| Altro                               | 14                        | 1,2                       |
| Totale                              | 1187                      | 100,0                     |

Missing: 36 (2,9%)

**Dom. 43. Quali sono le dimensioni dell'azienda per cui lavora?**

|              | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|--------------|---------------------------|---------------------------|
| Fino a 10    | 165                       | 14,2                      |
| Da 11 a 15   | 46                        | 3,9                       |
| Da 16 a 19   | 32                        | 2,7                       |
| Da 20 a 49   | 181                       | 15,5                      |
| Tra 50 e 250 | 283                       | 24,3                      |
| 250 o più    | 422                       | 36,2                      |
| Non so       | 27                        | 3,1                       |
| Totale       | 1168                      | 100,0                     |

Missing: 55 (4,5%). Non tenuti a rispondere: 2 (0,2%)

**Dom. 44. Qual è la sua fascia di reddito mensile?**

|                             | <i>Frequenza assoluta</i> | <i>Frequenza assoluta</i> |
|-----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| Meno di 600,00 euro         | 91                        | 7,4                       |
| Da 600,00 euro a 799,00     | 63                        | 5,2                       |
| Da 800,00 euro a 999,00     | 95                        | 7,8                       |
| Da 1.000,00 euro a 1.199,00 | 219                       | 17,9                      |
| Da 1.200,00 euro a 1.500,00 | 347                       | 28,4                      |
| Oltre i 1.500,00            | 298                       | 24,4                      |
| Non dichiara                | 110                       | 9,0                       |
| Total                       | 1223                      | 100,0                     |

Missing: 0



## **La griglia del focus group**

(per esperti italiani)

---

### **1. AVVIO**

Spiegazione del compito che si svolgerà insieme.

Presentazione del tema della discussione.

Presentazione di ciascun partecipante (incluso il moderatore).

### **2. TRASFORMAZIONE DEL MONDO DEL LAVORO**

La società contemporanea è caratterizzata dalla trasformazione del lavoro che presenta un certo grado di insicurezza ed incertezza, aspetto che diviene sempre più elemento della biografia delle persone. È sempre più difficile trovare un'occupazione, ma anche mantenerla: il lavoro è sempre più precario e flessibile. Queste condizioni portano a forme di "malessere" che si manifestano sia nel sociale sia nei luoghi di lavoro, qual è in merito la vostra idea? Quali sono le principali forme di disagio che si manifestano negli ambienti di lavoro? Cosa pensate di questo aspetto?

### **3. CONSUMO DI SOSTANZE PSICOATTIVE**

Quali sono le sostanze più ampiamente consumate oggi e quali i pattern di consumo? Ritenete esista un fenomeno di uso di sostanze stupefacenti e di alcol nei luoghi di lavoro? Esiste una relazione tra le trasformazioni del lavoro e questo uso? Le modalità ed i ritmi di lavoro (routinizzazione, turnazione, produttività, ecc.) concorrono all'uso? L'autorealizzazione lavorativa (soddisfazione, remunerazione, ecc.) incide sull'uso? Quali sono secondo voi le differenze nell'uso di alcol e droghe in base ad alcune caratteristiche dei soggetti come il sesso, l'età e la mansione? Questo uso influenza le prestazioni lavorative e se sì in che modo? Esiste un link tra infortuni e uso di sostanze psicotrope? Conoscete casi o avete esperienza diretta di uso/abuso di droghe e alcol nei vostri ambienti di lavoro? Qual è la vostra opinione in merito?

### **4. PREVENZIONE E SERVIZI**

Potete illustrare la normativa italiana che disciplina il rapporto tra alcol e droghe? Quali sono i punti critici? È possibile prevenire forme di "malessere" dei lavoratori che inducono all'uso di alcol e droghe? Sono messe in atto azioni mirate

all'informazione ed educazione rispetto ai rischi che corre chi ne fa uso? Gli addetti alla sicurezza sono sufficientemente formati rispetto a queste problematiche? Qual è il ruolo del sindacato rispetto al fenomeno del consumo di sostanza e nello specifico di cocaina? L'azienda offre una struttura o un servizio di sostegno ai lavoratori? Quali sono e che servizi offrono? Ritenete utili l'attivazione di servizi che possano sostenere i lavoratori che vivano momenti di difficoltà? Ritenete adeguati gli interventi dei servizi territoriali?

## 5. CHIUSURA

Ringraziamenti

Eventuali commenti da parte dei partecipanti

Saluti



## La griglia di intervista

(per esperti inglesi)

---

- 1) Firstly, could you describe briefly the drug use in England underlining targets involved and patterns of use?
- 2) I'd like to discuss three of the four pillars of Drug Strategy in Eu. Can you tell me anything about the English approach in: drug prevention, harm reduction, treatment? (Briefly answer is required)
- 3) Is the issue of drug use by workers an important topic of the English politics agenda?
- 4) In your opinion, which are the professions more involved in drug and alcohol use at work?
- 5) What do you think about the relationship between drug use at work and:
  - Stress and alienation?
  - Normative regulation and subcultures?
- 6) Could you discuss any consequences of drug use in workplace (for ex.: industrial accident, absenteeism, loss of performance)?
- 7) Could you tell me about the law which disciplines alcohol and tobacco in workplace? What about drugs?
- 8) Which are the tasks of work physicians in relationship to drug use by workers?
- 9) Are there different legal sanctions between:
  - Drug use in workplace or in spare time?
  - Licit and illicit drug use in workplace?
- 10) Can you tell me anything about the use of drug testing in workplace in UK? If the testing is positive, what happens?
- 11) Which is the attitude of workers towards the use of drug testing in workplace?
- 12) Are employers sensitive to the problem of drug use at work?
- 13) Are there specific drug prevention programs for workers?
- 14) Are there cases of policy for a drug free workplace in any companies of UK?
- 15) Is the peer approach applied into companies?
- 16) Do you know any application of harm reduction strategy in workplace?
- 17) What do you suggest to improve the policy and the programs of prevention in this field?



## Bibliografia

---

- Aa. Vv. (2004), *Alcol e lavoro: aspetti legislativi, strategie di prevenzione e modelli di intervento*, Atti del convegno di Maranello, 12 marzo 2004.
- Aa. Vv. (2004), *Le componenti di un modello di prevenzione delle dipendenze da sostanze per le piccole e medie imprese*, "Percorsi di integrazione", a. XII, suppl. n. 2: 5-6.
- Agodi M.C. (1996), *Qualità e quantità: un falso dilemma e tanti equivoci*, in Cipolla C. e De Lillo A. (a cura di), *Il sociologo e le sirene. La sfida dei metodi qualitativi*, FrancoAngeli, Milano: 106-135.
- Alleyne B.C., Smart P., Copes R. (1991), *Alcohol and other drug use in occupational fatalities*, "Journal of Occupational Medicine", 33: 496-500.
- Altieri L. e Migliozi D. (1998), *Una ricerca di qualità. La spendibilità della ricerca-valutazione nei programmi sociali*, in Cipolla C. (a cura di) (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Altieri L., Mori L. (1998), *La complessità del chiedere. Il questionario come strumento emblematico e problematico della ricerca sociologica*, in Cipolla C. (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Amendt G. (2003), *No drugs, no future. Le droghe nell'era dell'ansia sociale*, Feltrinelli, Milano.
- Ames G., Janes C. (1992), *A cultural approach to conceptualizing alcohol and the workplace*, "Alcohol Health & Research World", 16(2): 112-121.
- Ames G.M., Delaney W. (1992), *Minimization of workplace alcohol problems: The supervisor's role*, "Alcoholism: Clinical and Experimental Research", 16:180-190.
- Ames G.M., Grube J.W. (1999), *Alcohol availability and workplace drinking: Mixed method analyses*, "Journal of Studies on Alcohol", 60: 383-393.
- Ames G.M., Grube J.W., Moore R.S. (1997), *Relationship of drinking and hangovers to workplace problems: An empirical study*, "Journal of Studies on Alcohol", 58: 37-47.
- Ames G.M., Grube J.W., Moore R.S. (2000), *Social control and workplace drinking norms: A comparison of two organisational culture*, "Journal of Studies on Alcohol", 61: 203-219.

- Annovi C. (2008), *La prevenzione dei problemi alcolcorrelati negli ambienti di lavoro*, "Il Sestante", n. 29, maggio: 30-32.
- Annovi C., Biolcati R., Di Rico R. (a cura di) (2006), *Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro*, FrancoAngeli, Milano.
- APA (American Psychiatric Association) (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington.
- Ardigò A. (1997), *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, FrancoAngeli, Milano.
- Arnao G. (1993), *Cocaina e crack*, Feltrinelli, Milano.
- Ashton M. (1999), *The danger of warnings*, "Drug and alcohol findings", 1, 22: 25.
- Azienda ULSS 16 Padova, *Prevenzione delle dipendenza nel mondo del lavoro*, disponibile al sito internet <http://www.veneto.dronet.org/avanzate/veneto/sospsico/upload/book17.pdf> (Ultimo accesso: 22.07.2009)
- Bandura A. (1997), *Self-efficacy: The exercise of control*, W.H. Freeman, York [trad. it.: (2000), *Autoefficacia: teoria e applicazioni*, Erikson, Trento].
- Baraldi C., Coletti M. (2001), *Linee guida per la prevenzione delle tossicodipendenze*, FrancoAngeli, Milano.
- Barrientos-Gutierrez T. et al. (2007), *Drinking social norms and drinking behaviour: a multilevel analysis of 137 workgroups in 16 worksites*, "Occup. Environ. Med.", 64: 602-608.
- Bauman Z. (1999), *La società dell'incertezza*, il Mulino, Bologna.
- Bauman Z. (2002), *Modernità liquida*, Laterza, Roma-Bari.
- Beck U. (2000), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma [Ed. orig. (1986), *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, Suhrkamp, Frankfurt A.M].
- Becker H. (1987), *Outsiders. Studi di sociologia della devianza*, Edizioni Gruppo Abele, Torino [ed. orig.: (1963), *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*, The Free Press, Glencoe].
- Bennett J.B., Lehmann W.E.K (1997), *Employees views of organizational wellness and the EAP: Influence on substance use, drinking climates, and policy attitude*, "Employee Assistance Quarterly", 13, 1: 55-71.
- Bennett J.B., Lehman W.E.K. (1999), *The relationship between problem co-workers and quality work practices: a case study of exposure to sexual ha-*

- rassment, substance abuse, violence and job stress*, "Work and stress", 13 (4): 299-311.
- Bennett J., Lehman W.E.K. (eds.) (2003), *Beyond drug testing: Innovative Approaches to Dealing with Employee Substance Abuse*, DC: APA.. Washington: 97-133.
- Bennett J.B., Patterson C.R., Wiitala W.L., Woo A. (2006), *Social Risks for At-Risk Drinking in Young Workers: Application of Work-Life Border Theory*, "Journal of Drug Issues", 36, 3: 485-514.
- Berkowitz A.D. (2003), *Applications of Social Norms Theory to Other Health and Social Justice Issues*, in Perkins H.W.(Ed), *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse: A Handbook for Educators, Counselors, Clinicians*, San Francisco, Jossey-Bass.
- Berry J.G., Pidd K., Roche A.M., Harrison J.E. (2007), *Prevalence and patterns of alcohol use in the Australian workforce: findings from the 2001 National Drug Strategy Household Survey*, "Addiction", 102: 1399-410.
- Bertolazzi A. (2004), *Paradigmi sociologici della salute*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. I. Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Bertolazzi A. (2008), *Sociologia della droga. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano.
- Bezzi C. (2003), *Il disegno della ricerca valutativa*, FrancoAngeli, Milano.
- Biffi L. (a cura di) (2007), *La prevenzione nei contesti del divertimento notturno*, Dipartimento Dipendenze Bergamo.
- Blum T.C., Roman P.M. (1995), *Cost-Effectiveness and Preventive Implications of Employee Assistance Programs*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Publication, Rockville, MD.
- Blum T.C., Roman P.M., Martin J.K. (1993), *Alcohol consumption and work performance*, "Journal of Studies on Alcohol", 54: 61-70.
- Borus M.E. (1984), *Youth and the Labor Market. Analyses of the National Longitudinal Survey*, W.E. Upjohn Institute for Employment Research, Kalamazoo.
- Botvin G.J. (1994), *Principles of Prevention*, in Coombs R.H., Ziedonis D.M., *Handbook on Drug Abuse Prevention*, Allyn & Bacon, Needham Heights, MA.
- Botvin G.J., Griffin K.W. (2004), *Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions*, "The Journal of Primary Prevention", 25: 211-232.
- Bourdieu P. (1990), *The logic of practise*, Stanford University Press, Stanford.

- Bray R.M., Fairbank J.A., Marsden M.E. (1999), *Stress and Substance Use Among Military Women and men*, "The American Journal of Drug and Alcohol Abuse", 25 (2): 239- 256.
- Bronfenbrenner U. (1986), *Ecologia dello sviluppo umano*, il Mulino, Bologna.
- Bross M.H., Pace S.K., Cronin I.H. (1992), *Chemical dependence: Analysis of work absenteeism and associated medical illnesses*, "Journal of Occupational Medicine", 34: 16-9.
- Buiatti E. (2007), *L'abitudine al fumo in Italia*, "Salute e Società", a. VI, Suppl. al n. 1: 82-97.
- Burkhart G. (2006), *Le strategie dell'Unione Europea per prevenire le dipendenze*, Atti del convegno "Tutto quello che avreste voluto sapere sulla prevenzione, ma...", 30 Novembre 2006, Milano, disponibile sul sito <http://www.famiglia.regione.lombardia.it> (Ultimo accesso: 23/08/2009).
- Canning U., Milward L. Raj T. e Warm D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, disponibile al sito Internet [http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/drug\\_use\\_prevention.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/drug_use_prevention.pdf) (Ultimo accesso: 25/09/2009).
- Capecelatro F. (2004a), *Alcol male minore? Solo nell'immaginario collettivo*, "2087. Formazione e informazione per la sicurezza sul lavoro", a. VI, n. 4: 5-7.
- Capecelatro F. (2004b), *Stupefacenti e management. Quando il danno non riguarda solo la persona ma anche le dinamiche dei rapporti aziendali*, "2087. Formazione e informazione per la sicurezza sul lavoro", a. VI, n. 4: 9-11.
- Caspani P., D'Orsi F., Narda R., Valenti E. (2009), *Alcol e sostanze stupefacenti e psicotrope*, Atti del convegno "Prevenzione e contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro", Roma, 5 giugno.
- Chong J., Ingram M., McClelland D.J., Lopez D.C.W., De Zapien J.G. (2000), *Smoking Behavior in a Smoking Workplace*, "Journal of Substance Abuse", 11 (3): 231-240.
- Cicognani E. (2006), *La prevenzione delle condotte a rischio in adolescenza*, in Martoni M., Putton A. (a cura di), *Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio*, FrancoAngeli, Milano: 32-43.
- CIPD (2007), *Managing drug and alcohol at work*, disponibile al sito internet <http://www.cipd.co.uk/NR/rdonlyres/0731B5C2-3AAA-4A40-B80D-25521BDBA23A/0/mandrgalcmisusesr.PDF> (Ultimo accesso 27/7/2009).

- Cipolla C. (1987), *Gli indicatori socio-sanitari*, in Donati P. (a cura di), *Manuale di sociologia sanitaria*, La Nuova Italia Scientifica, Roma: 183-200.
- Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (2002), *Introduzione*, in Cipolla C. (a cura di), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, FrancoAngeli, Milano: 11-78.
- Cipolla C. (2007a), *Introduzione*, "Salute e Società", a. VI, suppl. al n. 1: 11-48.
- Cipolla C. (2007b), *Il consumo di sostanze psicoattive in Europa e il loro significato per il soggetto fruitore*, "Salute e Società", a. VI, suppl. al n.2.
- Cipolla C. (2007c), *Come studiare una società di "drogati" e per quali sostanze psicoattive*, "Salute e Società", a. VI, n.2: 188-207.
- Cipolla C. (2009), *Introduzione*, in Cipolla C., Mori L. (a cura di), *Le culture e i luoghi delle droghe*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2000), *Principi di sociologia*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2004a), *Manuale di sociologia della salute. I. Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2004b), *Manuale di sociologia della salute. II. Ricerca*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2005), *Manuale di sociologia della salute. III. Spendibilità*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di) (2008), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C., Gemini L., Russo G. (1998), *Un filo sottile e tenace: verso una rete creativa e mutevole*, in Cipolla C. (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano: 13-28.
- Cipolla C., Graziano P., Ugolini P. (a cura di) (2006), *Della salute dei giovani. Una ricerca nella provincia di Forlì-Cesena*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C., Martoni M. (a cura di) (2009), *Droghe nella notte. Una ricerca empirica sulla costa romagnola*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C., Mori L. (a cura di) (2009), *Le culture e i luoghi delle droghe*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipriani E., Campara R., Patussi V., Mezzani L. (2006), *La prevenzione*, in Annovi C., Biolcati R., Di Rico R. (a cura di), *Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro*, FrancoAngeli, Milano.

- Cloward R.A., Ohlin L.E. (1968), *Teoria delle bande delinquenti in America*, Laterza, Bari.
- Cockernham W.C. (2000), *The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles*, in Bird C.E., Conrad P., Fremont A.M. (eds.), *Handbook of medical Sociology*, Prentice-Hall Inc., New Jersey.
- Coggans N. (2006), *Drug education and prevention: Has progress been made?*, "Drugs: education, prevention and policy", October, 13(5): 417-422.
- Cohen A.K. (1963), *Ragazzi delinquenti*, Feltrinelli, Milano.
- Cohen P. (1999), *Shifting the Main Purposes of Drug Control: from Suppression to Regulation of Use. Reduction of Risks as the New Focus for Drug Policy*, "The International Journal of Drug Policy", 10: 223-234.
- Comer D.R. (1994), *A Case Against Workplace drug testing*, "Organization Science", 5, 5: 259-266.
- Commissione Europea (1999), *Guida sullo stress legato all'attività lavorativa - "sale della vita o veleno mortale?"*, Lussemburgo.
- Commissione Qualità del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani (2008), *Linee guida per i laboratori di analisi delle droghe d'abuso con finalità medico-legali*, disponibile al sito internet <http://www.bollettinodipendenze.it/Download-document/311-Linee-guida-laboratori-di-analisi-droghe-d-abuso-con-finalita-medicolegali.html+Linee+guida+per+i+laboratori+di+analisi+delle+droghe+d'abuso+con+finalità+medico+legali.&hl=it> (Ultimo accesso: 12/09/2009)
- Conrad P. (1992), *Medicalization and Social Control*, "Annual Review of Sociology", 18: 209-232.
- Cook R., Back A., Trudeau J. (1996a), *Substance abuse prevention in the workplace: Recent findings and an expanded conceptual model*, "Journal of Primary Prevention", 16(3): 319-339.
- Cook R.F. (1985), *The alternative approach revisited: A Bio-psychological model and guidelines for application*, "International Journal of Addictions", 20(a): 1399-1419.
- Cook R.F. (2006), *Drug Abuse Prevention in the Workplace*, in Sloboda Z., Bukoski W.J.(eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, Science and Practice*, Springer, New York.
- Cook R.F., Back A.S., Trudeau J. (1996b), *Preventing alcohol use problems among blue-collar workers: A field test of the Working People program*, "Substance Use Misuse", 31(3): 255-275.
- Cook R.F., Back A.S., Trudeau J., McPherson T. (2003), *Integrating substance abuse prevention into health promotion programs in the workplace: a social*



- cognitive intervention targeting the mainstream user*, in Bennett J., Lehman W. (eds.), *Beyond drug testing: Innovative Approaches to Dealing with Employee Substance Abuse*, DC: APA. Washington: 97-133.
- Cook R.F., Berstein A.D., Andrews C.M. (1997), *Assessing Drug Use in the Workplace: A comparison of Self-Report, Urinalysis, and Hair Analysis*, in Harrison L., Hughes A., *The Validity of Self-Reported Drug Use. Improving the Accuracy of Survey Estimates*, NIDA Research Monograph 167, Rockville, MD.
- Corbetta P., Gasperoni G., Pisati M. (2001), *Statistica per la ricerca sociale*, il Mulino, Bologna.
- Corposanto C. (2002), *Il ciclo statistico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Corrao S. (2000), *Il focus group*, FrancoAngeli, Milano.
- Cortese C. (2009), *I rischi psico-sociali*, Facoltà di psicologia, Università degli Studi di Torino corso di Psicologia del lavoro e delle organizzazioni, a.a. 2008-2009, lezioni in power-point disponibili al sito [http://www.regione.sicilia.it/ric/Presidenza/Personale/area626/ALLEGATI\\_SITO/Mobbing/Rischi%20Psicosociali\\_Claudio%20Cortese\\_psicologia\\_UNITO\\_maggio%202009.pdf](http://www.regione.sicilia.it/ric/Presidenza/Personale/area626/ALLEGATI_SITO/Mobbing/Rischi%20Psicosociali_Claudio%20Cortese_psicologia_UNITO_maggio%202009.pdf) (Ultimo accesso: 23/06/2009).
- Cremonini F. (1998a), *Il trattamento statistico dei dati*, in Cipolla C. (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Cremonini F. (1998b), *La lettura dei "dati" statistici*, in Cipolla C. (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Crouch D.J., Webb D.O., Peterson L.V., Bullet P.F., Rollins D.E. (1989), *A critical evaluation of the Utah Power and Light company's substance abuse management program: Absenteeism, accidents and costs*, in Gust S.W. and Walsh J.M. (eds.) (1995), *Drugs in the workplace: Research and evaluation data*, NIDA Research Monograph no. 91, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- Crow S. M., Hartman S. J. (1992), *Drugs in the workplace: Overstating the problems and the cures*, "Journal of Drug Issues", 22, 4: 923-37.
- CSAP – Center for Substance Abuse Prevention (1997), *Guidelines and benchmarks for prevention programming*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, disponibile al sito internet <http://vfv.dmhas.state.ct.us/sig/pdf/GuidelinesBenchmarks.pdf> (Ultimo accesso: 01/10/2009).

- CSAP – Center for Substance Abuse Prevention (2001), *Science-Based Practices in Substance Abuse Prevention: A Guide*, December 7, disponibile al sito internet <http://www.whitehousedrugpolicy.gov/prevent/pdf/science.pdf> (Ultimo accesso: 26/11/2009).
- Cyrulnik B. (2005), *Prefazione*, in E. Malaguti, *Educarsi alla resilienza*, Erickson, Trento: 9-14.
- Dalén P. et al. (2000), *Workplace drug testing (WDT) likely to increase in Europe. Report from the First European Symposium on WDT including selected abstracts*, “Eur J Clin Pharmacol”, 56: 103-120.
- De Angeli M. (2005), *Dipendenze e lavoro: una revisione critica della letteratura scientifica*, presentazione in Power point disponibile al sito internet <http://www.venetosociale.it/doc/Revisioneletteratura.ppt> (Ultimo accesso: 01/09/2009).
- De Luca (2005), *Prendere nelle proprie mani le redini della promozione della salute e del benessere psicofisico*, “Percorsi di integrazione”, a. XIII, n.1: 4-8.
- De Luca A. (2002), *A Critical Assessment of the Impact of drug testing Programs on the American Workplace*, Submitted as a Term Paper for the Human Resources Management in Health Care Institutions course, Executive Masters of Public Health program, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York City, disponibile al sito internet: <http://www.doctordeluca.com/Library/PublicHealth/DrugTestWorkPlace2002.pdf> (Ultimo accesso: 26/08/2009).
- De Luca G. (2007), *Un approccio integrato alla prevenzione della dipendenza da sostanze nel mondo del lavoro, Il modello Euridice*, in Potì M. (a cura di), *Dentro le dipendenze nel mondo del lavoro*, Atti del Convegno di Borgoricco (PD), 1 Dicembre.
- Delaney W.P., Ames G.M. (1995), *Work team attitudes, drinking norms, and workplace drinking*, “The Journal of Drug Issues”, 25, 2: 275-290.
- Di Stefano A. (2009), *Procedure per accertamento uso di stupefacenti assenza di tossicodipendenza per le mansioni a rischio*, Atti del convegno “Prevenzione e contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro”, Roma, 5 giugno.
- Donati P. (2002), *Introduzione alla sociologia relazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Donati P., Colozzi I. (2006), *Terzo settore e valorizzazione del capitale sociale in Italia: luoghi e attori*, FrancoAngeli, Milano.
- Donati P. (2009), *Teoria relazionale della società: i concetti di base*, FrancoAngeli, Milano.

- Doran K. (2006), *Drug and Alcohol Testing under the Safety, Health and Welfare at Work Act 2005*, "Irish Employment Law Journal", Vol. 3, No. 2.
- Dupont R.L., Saylor K.E. (2003), *Drug testing in prevention Research*, in Sloboda Z., Bukoski W.J.(eds.), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and Practice*, Springer, New York.
- Durkheim E. (1996), *Le regole del metodo sociologico*, Editori Riuniti, Roma.
- Durkheim E. (1987), *Il suicidio*, BUR, Milano.
- Einstein S. (2007), *Harm and Risk Reduction: History, Theories, Issues, and Implication*, "Substance Use & Misuse", 42: 257-265.
- Elia E. (2004), *Comunicare la salute*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. I. Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Emcdda (1998), *Guidelines for the evaluation of drug prevention*, Belgium, disponibile al sito internet <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1738>.
- Emcdda (2008), *Relazione annuale 2008: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Bruxelles, disponibile al sito <http://ar2008.emcdda.europa.eu/it> (Ultimo accesso: 12/09/2009).
- Emcdda (2009), *Relazione annuale 2009: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Bruxelles, disponibile al sito <http://ar2009.emcdda.europa.eu/it> (Ultimo accesso: 13/11/2009).
- Erfurt J.C., Foote A., Heirich M.A. (1992), *Integrating employee assistance and wellness: Current and future core technologies of a megabrusjh program*, "Journal Of Employee Assistance Research", 1, 1: 1-31.
- Eurobarometer (2007a), *Attitudes of Europeans towards Tobacco*, Gallup Europe, disponibile al sito Internet [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_239\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_239_en.pdf) (Ultimo accesso: 14/01/2009).
- Eurobarometer (2007b), *Attitudes of Europeans towards Alcohol*, Gallup Europe, disponibile al sito Internet [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_272b\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf) (Ultimo accesso: 14/01/2009).
- Eurobarometer (2008). *Young people and drugs*, Gallup Europe, disponibile al sito Internet [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl\\_233\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl_233_en.pdf) (Ultimo accesso: 01/10/2008).
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006), *European Working Conditions Surveys (EWCS)*, disponibile al sito internet <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm> (Ultimo accesso: 12.09.2009).

- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007), *Second Quality of Work Survey reveals decline in working conditions*, Dublin, disponibile al sito internet <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveyreports/IT0710019D/IT0710019D.htm> (Ultimo accesso: 14/02/2009).
- Fagioli F. (2009), *Disagio sul lavoro e consumo di sostanze psicoattive*, tesi di laurea a.a. 2008/09, corso di Laurea Specialistica in Sociologia della salute e degli stili di vita, Facoltà di Scienze Politiche "R.Ruffilli", Università degli Studi di Bologna.
- Fattori G., Artoni P. (2007), *Marketing sociale per la promozione della prevenzione e la promozione della salute*, in Marino V., Serpelloni G. (a cura di), *Marketing preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe*, Tipografia Galli e C. srl, Varese: 143-155.
- Felner R.D., Felner T.Y., Silverman M.M. (2000), *Prevention in mental health and social intervention*, in Rappaport J. & Seidman E. (Eds.), *Handbook of Community Psychology*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Festinger L. (1957), *A theory of cognitive dissonance*, Stanford University [trad. it.: (2001), *Teoria della dissonanza cognitiva*, FrancoAngeli, Milano].
- Fishbein M., Ajzen I. (1975), *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*, Reading, MA, Addison-Wesley.
- Fishbein et al. (2002), *Avoiding the boomerang: testing the relative effectiveness of antidrug public service announcements before a national campaign*, "American Journal of Public Health", 92, 2: 238-245.
- Flaig J.M. (1990), *Preserving employee rights during the war on drugs*, "Pacific Law Journal", 21: 995-1033.
- Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di lavoro (1997), *Promozione della salute sui luoghi di lavoro. Sintesi del programma*, disponibile al sito internet <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/24/it/1/ef9724it.pdf> (Ultimo accesso: 22/07/2009)
- Franchini L. (2005), *Il disagio psicosociale nei luoghi di lavoro*, "Percorsi di integrazione", a. XIII, n.1: 16-24.
- Francis P., Hanley N., Wray D. (2003), *Literature Review on Behalf of the Independent Inquiry on drug testing at Work*, disponibile al sito internet <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/185935212x.pdf> (Ultimo accesso 27/8/2009).

- French M.T., Roebuck M.C., Kèbreau A.P. (2004), *To test or not to test: do workplace drug testing programs discourage employee drug use?*, "Soc. Sci. Res.", 33: 45-63.
- French M.T., Zarkin G.A., Dunlap L.J. (1998), *Illicit Drug Use, Absenteeism, And Earnings At Six U.S. Worksites*, "Contemporary Economic Policy", Western Economic Association International, vol. 16(3): 334-346.
- French M.T., Zarkin G.A., Hartwell T.D., Bray J.W. (anno), *Prevalence and consequences of smoking, alcohol use, and illicit drug use at five worksites*, "Public health reports", 110: 593-599.
- Frieden J. (1990), *Corporate America's response to substance abuse*, "Business & Health", 8 (7): 32-42.
- Frone M.R. (1999), *Work Stress and Alcohol Use*, "Alcohol research and health", Vol. 23(4): 284-291.
- Frone M.R. (2006a), *Prevalence and distribution of alcohol use and impairment in the workplace: a U.S. national survey*, "Journal Studies on Alcohol", n. 67(1): 147-156.
- Frone M.R. (2006b), *Prevalence and distribution of illicit drug use in the workforce and in the workplace: findings and implications from a U.S. national survey*, "Journal Appl. Psychol", n. 91(4): 856-69.
- Fundone P. (2005a), *I lavoratori come nuovo gruppo vulnerabile alle dipendenze*, "Percorsi d'Integrazione", a. VIII, n.35: 10-15.
- Fundone P. (2005b), *Tossicodipendenza e mondo del lavoro*, "Percorsi di integrazione", a. XIII, n.1: 10-15.
- Furlotti R. (1998), *L'intervista come relazione significativa*, in Cipolla C. (1998), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano: 164-212.
- Gallino L. (1983), "Subcultura", in *Dizionario di Sociologia*, UTET, Torino: 703-705.
- Garcia F.E. (1996), *The determinants of substance abuse in the workplace*, "The Social Science Journal", 33 (1): 55-68.
- Gee G.C., Curbow B., Ensminger M.E., Griffin J., Laflamme D.J., McDonnell K., LeGrande D., Agnew J. (2005), *Are You Positive? The Relationship of Minority Composition to Workplace Drug and Alcohol Testing*, "Journal of Drug Issues", Fall: 755-778.
- Gelmi G., Lavatelli M., De Cosimo L. (2006), *Gli approcci alla prevenzione e i riferimenti teorici*, in Leone L., Celata C., *Per una prevenzione efficace. Evi-*

*denze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano.

- George S. (2005), *A snapshot of workplace drug testing in the UK*, "Occup Med", 55: 69-71.
- Gerber J.K., Yacoubian G.S. Jr (2002), *An assessment of drug testing within the construction industry*, "J Drug Educ", 32: 53-68.
- Giacomoni R. (2003), *Le interviste*, in Cinotti R. e Cipolla C. (a cura di), *La qualità condivisa. Metodi e strumenti*, FrancoAngeli, Milano: 91-101.
- Giddens A. (1994a), *Le conseguenze della modernità*, il Mulino, Bologna [Ed. orig.: (1990), *The Consequences of Modernity*, Polity Press, Cambridge].
- Giddens A. (1994b), *Sociologia*, il Mulino, Bologna.
- Giddens A. (2001), *Identità e società moderna*, Ipermedium, Napoli.
- Gleason P.M., Veum J.R., Pergamit M.R. (1991), *Drug and alcohol use at work: a survey of young workers*, "Monthly Labor Review", August: 3-7.
- Goffman E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Goffman E. (2003), *Espressione e identità. Giochi, ruoli, teatralità*, il Mulino, Bologna.
- Goffman E. (2007a), *Stigma: l'identità negata*, Ombre Corte, Verona.
- Goffman E. (2007b), *Il rituale dell'interazione*, il Mulino, Bologna.
- Gossop M. (2000), *Living with Drugs*, Ashgate, Aldershot.
- Greeberg E. (1988), *Workplace drug testing: Results from a new Ama survey*, "Personnel", vol. 65.
- Greenberg E.R., Canzoneri C., Straker T. (1994). *1994 AMA survey on workplace drug testing and drug abuse policies*, American Management Association, New York.
- Greenberg E.S., Grunberg L. (1995), *Work Alienation and Problem Alcohol Behavior*, "Journal of Health and Social Behavior", 36: 83-102.
- Greenberg E.S., Grunberg L., Moore S. (2003), *The Changing Workplace, Alcohol Problems and Weel-Being: Findings From Our Research and Reflections on their Meaning*, Institute of Behavioural Science, Working Paper.
- Greenberg E.S., Grunberg L., Moore S., Anderson-Connolly R. (1999), *Work Stress and Self-Reported Alcohol Use: The Moderating Role of Escapist Reasons for Drinking*, "Journal of Occupational Health Psychology", 1: 29-36.

- Grosso L. (2007), *L'eroina tra dipendenza tradizionale e nuovi consumi*, "Salute e Società", a. 6, Supp. 1 n. 1: 1-38.
- Hansen W.B., Graham J.W. (1991), *Preventing alcohol, marijuana, and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms*, "Preventive Medicine", 20: 414-430.
- Hartweel T., Steele P.D., French M.T, Rodman N.F. (1996), *Prevalence of drug testing in the workplace*, "Monthly Labor Review", November: 35-42.
- Hawkins J. D., Catalano R. F., Miller J. Y. (1992), *Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescent and early adulthood: Implications for substance abuse prevention*, "Psychological Bulletin", 112: 64-105.
- Hawkins J.D., Weis, J. G. (1985), *The social development model: An integrated approach to delinquency prevention*, "Journal of Primary Prevention", 6(2): 73-97.
- Health and Safety Executive (2004), *The Scale and Impact of Illicit Drug Use by Workers*, disponibile al sito internet <http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/rr193.htm> (Ultimo accesso: 02/09/2009).
- Health Officers Council of British Columbia (2005), *A public health Approach to Drug Control in Canada*, Discussion paper, October.
- Heaney C., Goetzel R. (1997), *A review of health-related outcomes of multi-component worksite health promotion programs*, "American Journal of Health promotion", 11, 4: 290-307.
- Hoffmann J., Larison C. (1999), *Drug use, workplace accidents and employee turnover*, "Journal of Drug Issues", 29, 2: 341-364.
- Horwitz A. (2008), *Transforming Normality into Pathology: The DSM and the Outcomes of Stressful Social Arrangements*, "Journal of Health and Social Behavior", 48: 211-222.
- ILO (International Labour office) (1996), *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace. Code of Practice*, disponibile al sito internet <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e970709.pdf> (Ultimo accesso: 17.07.2009)
- ILO (International Labour office) (2003), *Ethical issues in workplace drug testing in Europe*, disponibile al sito internet <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/wdt.pdf> (Ultimo accesso: 17.07.2009)
- Iovine R. (2004), *Evidence-Based Medicine*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. I. Teoria*, FrancoAngeli, Milano: 73-104.

- Istat (2007), *Aspetti della vita quotidiana*, disponibile al sito internet <http://siqua.istat.it/stampa.do?id=0058000> (Ultimo accesso: 18/07/2009).
- Jessor R., Jessor S.L. (1977), *Problem Behaviour and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*, Academic Press.
- Johnson V., White H. (1995), *The relationship between work-specific and generalized stress and alcohol and marijuana use among recent entrants to the labor force*, "Journal of Drug Issues", 25(2): 237-251.
- Joseph Rowntree Foundation (2004), *Drug testing in the workplace. The report of Independent Inquiry into drug testing at Work*, disponibile al sito internet <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/694.pdf> (Ultimo accesso 01/09/2009).
- Kaestner R., Grossman M. (1998), *The effect of drug use on workplace accidents*, "Labour economics", 5: 267-294.
- Kandel D.B. (1980), *Drug and drinking behavior among youth*, "Annual Revue of Sociology", 6: 235-285.
- Karch S.B. (2008), *Workplace drug testing*, Taylor & Francis Group, Danvers.
- Katz E. (1957), *The Two-step Flow of Communication: An Up-To-Date Report on an Hypothesis*, "Public Opinion Quarterly", n. 34: 158-170.
- Kishchuk N., Peters C., Towers A.M., Sylvestre M., Bourgault C., Richard L. (1994), *Formative and effectiveness evaluation of a worksite program promoting healthy alcohol consumption*, "American journal of health promotion", 8(5): 353-62.
- Knudsen H.K., Roman P.M, Johnsor J.A. (2004), *The Management of Workplace Deviance: Organisational Responses to Employee Drug Use*, "Journal of Drug Issues", winter: 121-144.
- Koch K. (1998), *Drug testing: Does it deter drug abuse?*, "CQ Researcher", 8, 43: 1001-1024.
- Kotler P., Zaltman G. (1971), *Social marketing: an approach to planned social change*, "Journal of marketing", 35: 3-12.
- Kumpfer K.L., Turner C.W. (1990-1991), *The Social Ecology Model of Adolescent Substance Abuse: Implications for Prevention*, "The International Journal of the Addictions", 25(4a): 435-463.
- Labat L., Fontaine B., Delzenne C. et al. (2008), *Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord- Pas-de-Calais region (France)*, "Forensic Sci Int", 174: 90-94.
- Larson S. L., Eyerman J., Foster M. S., Gfroerer J. C. (2007), *Worker Substance Use and Workplace Policies and Programs*, Rockville, MD: Substance Abuse



and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, disponibile al sito internet <http://www.oas.samhsa.gov/work2k7/work.pdf> (Ultimo accesso: 14/07/2009).

Ledovi G. (2001), *Dall'igiene e sicurezza al benessere nel lavoro*, "Politiche pubbliche di lotta alla droga in Europa - Workshop Internazionale": 95-100.

Lehman W. E. K., Farabee D. J., Holcom M. L. and Simpson D. D. (1995), *Prediction of substance use in the workplace: Unique contributions of personal background and work environment variables*, "Journal of Drug Issues", 25 (2): 253-274.

Lehman W.E.K., Bennett J.B. (2002), *Job Risk and Employee Substance Use: The Influence of Personal Background and Work Environment Factors*, "The American Journal of Drug and Alcohol Abuse", 28 (2): 263 -266.

Lehman W.E.K., Simpson D.D. (1992), *Employee substance use and on-the-job behaviors*, "Journal of Applied Psychology, 77: 309-21.

Lemert E.M. (1981), *Devianza, problemi sociali e forme di controllo*, Giuffrè, Milano.

Lennox R.D., Steele P.D., Zarkin G.A., Bray J.K. (1998), *The differential effect of alcohol consumption and dependence on adverse alcohol-related consequences: implication for the workplace*, "Drug and Alcohol Dependence", 50: 211-220.

Leone L. (2002), *Il caso della prevenzione nel settore delle dipendenze*, Ceveas, Roma, disponibile al sito [http://www.ceveas.it/imparare/lezioni\\_e\\_slide/index.htm](http://www.ceveas.it/imparare/lezioni_e_slide/index.htm) (Ultimo accesso: 21/08/2009).

Leone L. (2006), *Evidenze di efficacia nei programmi di prevenzione delle dipendenze: review sistematiche e sintesi theory-driven*, disponibile sul sito internet <http://www.valutazioneitaliana.it/documenti/catania/leone.pdf> (Ultimo accesso: 11/08/2009).

Leone L. Ruffa M. (2006), *Prevenzione delle dipendenze, riduzione del danno ed evidenze di efficacia: sintesi delle principali indicazioni offerte da review sistematiche e linee guida*, in Leone L., Celata C. (a cura di), *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano.

Leone L., Celata C. (a cura di) (2006), *Per una prevenzione efficace. Evidenze di efficacia, strategie di intervento e reti locali nell'area delle dipendenze*, FrancoAngeli, Milano.

Lewin K. (1967), *Field theory in social science*, Tavistock publications, London.

- Lewis R.J., Cooper S.P. (1989), *Alcohol, other drugs, and fatal work related injuries*, "Journal of Occupational Medicine", 31: 23-8.
- Lillsunde P. (2008c), *Finnish policies on workplace drug testing*, Atti del convegno "Prevenzione e contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro", Roma, 5 giugno.
- Lillsunde P. et al. (2008), *Finnish guidelines for workplace drug testing*, "Forensic. Sci. Int.", 174: 99-102.
- Lillsunde P. et al. (2008b), *Role of occupational health services in workplace drug testing*, "Forensic Sci Int", 174: 103-106.
- Lombi (2004), *Gli informatori socio-sanitari*, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute. II. Ricerca*, FrancoAngeli, Milano: 305-332.
- Lombi L. (2008a), *La valutazione della prevenzione: alcune considerazioni critiche sull'uso di meta-analisi nel campo della droga*, in Lanzetti C., Lombi L., Marzulli M. (a cura di), *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
- Lombi L. (2008b), *Cannabis users', loro vissuto soggettivo tra verità ed autoinganno*, in Cipolla C. (a cura di), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali*, FrancoAngeli, Milano.
- Lombi L. (2009), *Scena dance e consumo di sostanze psicoattive: la prevenzione e la riduzione del danno come strategia di contrasto alla disabilità*, in Cipolla C., Mori L. (a cura di), *Le culture e i luoghi delle droghe*, FrancoAngeli, Milano.
- Lu Y., Kleiner B.H. (2004), *Drug testing in the Workplace*, "Management Research News", 27, 4/5: 46-53.
- Luhmann N., De Giorgi R. (1993), *Teoria della società*, De Donato, Bari.
- Lupton D. (2003), *Il rischio. Percezioni, simboli, culture*, il Mulino, Bologna [Ed. orig. (1999), *Risk*, Taylor&Francis Books Ltd.-Routledge, London].
- Macciocu L. (2006), *I fattori di rischio psicosociale*, documento disponibile al sito internet <http://www.csspd.it> (Ultimo accesso: 14/01/2009).
- Macdonald S. (1995), *The role of drugs in workplace injuries: is drug testing appropriate?*, "Journal of Drug Issues", 25, 4.
- Macdonald S. et al. (2006), *Prevalence and factors related to Canadian workplace health programs*, "Can J Public Health", 97: 121-125
- Macdonald S., Wells S. (1994), *The impact and effectiveness of drug-testing programs in the workplace*, in Macdonald S., Roman P. (eds), *Drug-testing in the workplace*, Plenum Press, New York.

- Macdonald S., Wells S., Wild T.C. (1999), *Occupational Risk Factors Associated with Alcohol and Drug Problems*, "The American Journal of Drug and Alcohol Abuse", 25 (2): 351-369.
- Magnavita N. et al. (2008), *Lavoratori con problemi di alcol e dipendenze. Documento di consenso del gruppo La.R.A. (Lavoratori Rischiosi per gli Altri)*, "Med. Lav.", 99, Suppl. 2: 3-58.
- Magnavita N., Santoro P.E. (2009), *La politica aziendale contro le dipendenze*, Atti del convegno "Prevenzione e contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro", Roma, 5 giugno.
- Maltby L.L. (1990), *Put performance to the test*, "Personnel", 67 (7): 30-31.
- Mangione T.W., Howland J., Amick B., Cote J., Lee M., Bell N., Levine S. (1999), *Employee Drinking Practices and Work Performance*, "Journal of Studies on Alcohol", 2: 261-262.
- Marchand A., Demers A. and Durand P. (2005), *Do occupation and work conditions really matter? A longitudinal analysis of psychological distress experiences among Canadian workers*, "Sociology of Health & Illness", 27 (5): 602-627.
- Marino V. (2007), *Il marketing nei servizi*, in Marino V., Serpelloni G. (a cura di), *Marketing preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe*, Tipografia Galli e C. srl, Varese: 157-166.
- Marino V., Serpelloni G. (a cura di) (2007), *Marketing preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe*, Tipografia Galli e C. srl, Varese.
- Mariotti O. (2004), *Droghe e lavoro*, "Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia", 26, 3: 1-21.
- Marlatt G. A. (1996), *Harm Reduction: Come As You Are*, "Addictive Behaviors", Vol. 21, n. 6: 779-788.
- Marmocchi P., Dall'Aglio C. e Zannini M. (2004), *Educare le life skills. Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'organizzazione Mondiale della Sanità*, Erickson, Trento.
- Marradi A. (1993), *L'analisi monovariata*, FrancoAngeli, Milano.
- Marradi A. (1997), *Linee guida per l'analisi bivariata dei dati nelle scienze sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Martin J.K. et al. (1996b), *Job stress, drinking networks, and social support at work: a comprehensive model of employees' problem drinking behaviors*, "The Sociological Quarterly", 37(4): 579-599.

- Martin J.K., Roman P.M. (1996a), *Job satisfaction, job reward characteristics and employees' problem drinking*, "Work and Occupations", 23: 4-17.
- Martoni M. (2009), *L'incantesimo dell'alcol*, in Cipolla C., Martoni M. (a cura di) (2009), *Droghe nella notte. Una ricerca empirica sulla costa romagnola*, FrancoAngeli, Milano: 55-71.
- Martoni M., Putton A. (a cura di) (2006), *Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio*, FrancoAngeli, Milano.
- Maturo A. (2002), *La produzione comunicativa sanitaria e le sue conseguenze sociali: il sociologo come mediatore di senso*, in Cipolla C. (a cura di), *La spendibilità del sapere sociologico*, FrancoAngeli, Milano.
- Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia. Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano.
- Maturo A. (2008), *L'habituazione come categoria della "dipendenza" da cannabis*, in Cipolla C. (a cura di), in Cipolla C. (a cura di), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali*, FrancoAngeli, Milano.
- Maturo A. (2009), *The Shifting Borders of Medicalization: Perspectives and Dilemmas of Human Enhancement*, "Salute e Società", VIII, 2: 13-30.
- Maturo A., Conrad P. (eds.) (2009), *The Medicalization of Life*, "Salute e Società", 8, 2.
- McFarlin S.K., Fals-Stewart W., Major D.A., Justice E. (2001), *Alcohol use and workplace aggression: An examination of perpetration and victimization*, "Journal of Substance Abuse", 13: 303-321.
- McGuire T. G., Ruhm C.J. (1993), *Workplace Drug Abuse Policy*, "Journal of Health Economics", 12: 19-38.
- Mensch B.S., Kandel D.B. (1988), *Do Job Conditions Influence the Use of Drugs?*, "Journal of Health and Social Behavior", 29: 169-184.
- Merton R.K. (1959), *Teoria e struttura sociale*, il Mulino, Bologna [ed. orig.: (1949), *Social Theory and Social Structure*, The Free Press, Glencoe].
- Merzagora Betsos I. (1997), *Cocaina: la sostanza, i consumatori, gli effetti*, FrancoAngeli, Milano.
- Midford R., Welander F., Allsop S. (2005), *Preventing Alcohol and Other Drug Problems in the Workplace*, in Stockwell T., Gruenewald P.J., Toumbourou J.W., Loxley W. (eds.), *Preventing Harmful Substance Use. The Evidence base for Policy*, John Wiley Sons Ltd, Chichester.
- Miliani F. (2006), *La Riduzione del Danno e I Servizi a Bassa soglia nelle Tossicodipendenze*, disponibile al sito internet

<http://www.psicolab.net/index.asp?pid=idart&cat=7&scat=118&arid=1168>  
(Ultimo accesso: 27.12.2008).

- Miller A.B. (1991), *Working Dazed: Why Drugs Pervade the Workplace and What Can be Done about it*, Plenum Press, New York.
- Ministero della Solidarietà Sociale (2008a), *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2008*, Roma.
- Ministero della Solidarietà Sociale (2008b), *Piano italiano di azione sulle droghe 2008*, Roma; pubblicato in Gazzetta Ufficiale N. 39 del 15 Febbraio 2008.
- Morandi E. (2000), *L'azione sociale, ovvero l'uomo e la sua società*, in Cipolla C. *Principi di Sociologia*, FrancoAngeli, Milano: 219-266.
- Mori L. (2007), *Estasi della mediazione. Il consumo di MDMA e la trasformazione dei suoi setting di assunzione*, "Salute e Società", a. VI, Suppl. al n. 1: 175-205.
- Mori L. (2008), *Due eziologie sociologiche del consumo di cannabis. Teoria interazionista della devianza e tesi della normalizzazione*, in Cipolla C. (a cura di), *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali*, FrancoAngeli, Milano: 355-384.
- Mori L. (2009), *Dopo l'ultima matrioska. Sottoculture giovanili, consumo di sostanze psicoattive, pratiche sociali*, in Cipolla C., Mori L. (a cura di) (2009), *Le culture e i luoghi delle droghe*, FrancoAngeli, Milano: 19-50.
- NACD (National Advisory Committee on Drug) (2007), *Recommendations to Government in relation to workplace drug testing and the Safety, Health and Welfare at Work Act*, disponibile al sito internet <http://www.nacd.ie/submissions/documents/WDTGovBriefFinal.doc> (Ultimo accesso: 22.07.2009)
- National Cancer Institute (2005), *Theory at a Glance. A Guide For Health Promotion Practice*, U.S. Department of Health and Human Resources, disponibile al sito internet <http://www.nci.nih.gov/PDF/481f5d53-63df-41bc-bfaf-5aa48ee1da4d/TAAG3.pdf> (Ultimo accesso: 13/07/2009).
- Newcomb M.D. (1988), *Drug use in the workplace: Risk factors for disruptive substance use among young adults*, Auburn House, Dover Md.
- Nicholson T., Duncam D., White J.B. (2002), *Is recreational drug use normal?*, "Journal of Substance Use", 7: 116-123.
- NIDA (1990), *Drugs in the workplace: research and evaluation data*, vol. II, Monograph Series.
- NIDA (National Institute for Drug addiction) (2003), *Preventing Drug Abuse among Children and Adolescents A research-based guide for parents, educa-*

- tors and community leaders, disponibile al sito internet <http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/redbook.pdf> (Ultimo accesso: 04/02/2009).
- Niosh (1999), *Stress... At work*, U.S. Department of Health and Human Services, Columbia, USA.
- Nolan S. (2008), *Drug-free workplace programmes: New Zealand perspective*, "Forensic Sci Int", 174: 125-132.
- Nordenfelt L. (1998), *On medicine and health enhancement – Towards a conceptual framework*, "Medicine, Health Care and Philosophy", 1: 5-12.
- Normand J., Lempert R.O., O'Brien C.P. (1994), *Under the influence? Drugs and the American work force*, National Academy Press, Washington D.C.
- Noventa A. (2006), *Il contesto di riferimento*, in Annovi C., Biolcati R., Di Rico R. (a cura di), *Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro*, FrancoAngeli, Milano.
- NSH – Health Development Agency (2001), *Workplace Health is good practice. Framework for Action in Primary Care*, disponibile al sito internet [www.nice.org.uk/nicemedia/documents/wphealth\\_goodpractice.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/wphealth_goodpractice.pdf) (Ultimo accesso 01/09/2009).
- Nucleo operativo di alcologia di Sesto S.Giovanni (ASL Provincia di Milano 3 – Monza) (2006), *Ricerca-intervento sulle problematiche algologiche nei luoghi di lavoro*, Report finale, Dicembre.
- O'Donnell M.P., Harris J.S. (1994), *Health promotion in the workplace*, Albany, NY.
- Oldham G.R., Gordon B.I. (1999), *Job Complexity and Employee Substance Use: The Moderating Effects of Cognitive Ability*, "Journal of Health and Social Behavior", 40: 290-306.
- Orlandini D. (2006), *La prevenzione delle dipendenze e le nuove modalità di consumo*, in Serpelloni G., Macchia T., Gerra G., COCAINA. Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Tipografia La Grafica, Vago di Lavagno (VR), disponibile al sito internet [http://www.dronet.org/biblioteca/bib\\_zip/manualeCocaina.zip](http://www.dronet.org/biblioteca/bib_zip/manualeCocaina.zip) (Ultimo accesso: 09/11/2009)
- Orlandini D., Nardelli R., Bottignolo E. (a cura di) (2002), *Programmi e modelli di prevenzione primaria delle dipendenze: i diversi aspetti della valutazione*, pubblicazione dell'Az. ULSS n.1, Grafiche Venete srl, Quarto D'Altino (VE).
- Orlandini D., Nardelli R., Bottignolo E. (a cura di) (2004), *Prevenzione delle dipendenze in ambito scolastico. Dagli aspetti teorici agli aspetti tecnico-*

*operativi*, pubblicazione dell'Az. ULSS n.1, Grafiche Venete srl, Quarto D'Altino (VE).

- Page R.M., Roland M. (2004), *Misperceptions of the Prevalence of Marijuana Use Among College Students: Athletes and Non-Athletes*, "Journal of Child & Adolescent Substance Abuse", 14, 1: 61-75.
- Park R.E., Burgess E.W., McKenzie R.D. (1967), *La città*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Parker H. (2005), *Normalization as a barometer: Recreational drug use and the consumption of leisure by younger Britons*, "Addiction, Research and Theory", 13, 3: 205-215.
- Parker H., Aldridge J. (1998), *Illegal Leisure. The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*, Routledge, London.
- Parker H., Williams L., Aldridge J. (2002), *The Normalization of "Sensible" Recreational Drug Use*, "Sociology", Vol. 36, No. 4, pp. 941-964.
- Parmiggiani P. (2003), *La tecnica del focus group*, in Cinotti R. e Cipolla C. (a cura di) (2003), *La qualità condivisa. Metodi e strumenti*, FrancoAngeli, Milano: 139-148.
- Parsons T. (1942), *Age and Sex in the Social Structure of the United States*, "American Sociological Review", 7(5): 604-616.
- Parsons T. (1951), *The Social System*, Free Press, Glencoe, Ill. [trad. it.: *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano, 1965).
- Patanè P.A. et al. (2002), *Il problema delle "idoneità difficili" e il ruolo del medico competente. Il medico competente e le droghe: la comunicazione difficile in azienda*, Notiziario ANMA: 3.
- Pavarin M.R. (2008), *Sostanze legali e illegali: motivi e significati del consumo*, FrancoAngeli, Milano.
- Perkins H.W. (ed.) (2003), *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse: A Handbook for Educators, Counselors, and Clinicians*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Perkins H.W., Berkowitz A.D. (1986), *Perceiving the Community Norms of Alcohol Use Among Students: Some Research Implications for Campus Alcohol Education Programming*, "International Journal of the Addictions", 21: 961-976.
- Petty R.E. e Cacioppo J.T. (1981), *Attitudes and Persuasion – Classic and Contemporary Approaches*, W. C. Brown Co. Publishers, Iowa.

- Pidd K. (2002), *Drugs and Alcohol "Abuse" and Testing of Workers for the Presence of Drugs and Alcohol*, National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA), Flinders University, disponibile al sito internet <http://www.nceta.flinders.edu.au/pdf/pidd-drugtesting-workplace.pdf> (Ultimo accesso 22/07/2009).
- Piovanelli S. (2004), *Il modello formativo dei lavoratori nel progetto Euridice, sulla base dell'esperienza del Mugello*, "Percorsi di integrazione", a. XXI, n. I: 47-55.
- Polmonari A. (1993), *Psicologia dell'adolescenza*, il Mulino, Bologna.
- Putton A. (2006), *Giovani e empowerment*, in Martoni M., Putton A. (a cura di), *Uso di sostanze psicoattive e cultura del rischio*, FrancoAngeli, Milano: 44-59.
- Reitox national Focal Point (2008), *United Kingdom. New Developments, trends and In-depth Information on Selected Issues*, disponibile al sito internet [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_86785\\_EN\\_NR\\_2008\\_UK.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_86785_EN_NR_2008_UK.pdf) (Ultimo accesso: 08/09/2009).
- Reuter P. (1987), *Testing and Deterrence*, "Journal of Policy Analysis and Management", 7 (3): 554-557.
- Riboldi L. (2009), *Drug test dei lavoratori*, atti del V Convegno nazionale sulle droghe, 13 marzo, Trieste, disponibili al sito internet <http://conferenza.dronet.org/com/filedownloadlink/allegatoQ.php?key=1513> (ultimo accesso: 03/12/2009).
- Rice C., Longabaugh R., Stout R.L. (1997), *Comparison sample validation of "Your Workplace": An instrument to measure perceived alcohol support and consequences from the work environment*, "Addictive Behaviors: An International Journal", 22: 711-722.
- Rice H.M., Sonnenstuhl W.J. (1990), *On the construction of drinking norms in work organizations*, "Journal of Studies on Alcohol", 51: 201-220.
- Richman J.A., Rospenda K.M., Flaherty J.A., Freels S. (2001), *Workplace harassment, active coping, and alcohol-related outcomes*, "Journal of Substance Abuse", 13: 347-366.
- Ritter A., Cameron J. (2005), *A systematic review of harm reduction*, Drug Policy Modelling Project Monograph Series, n.6.
- Robinson S., Lader D. (2009), *Smoking and drinking among adults, 2007*, Office, for ANtional Statistics, General Household Survey, UK.
- Roman P.M., Blum T.C. (2002), *The Workplace and Alcohol Problem Prevention*, National Institute on Alcohol Abuse and alcoholism, disponibile al sito internet



- <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-1/49-57.htm> (Ultimo Accesso: 23/07/2009)
- Rose G. (2002), *Le strategie della medicina preventiva*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Rothstein M.A. (1991). *Workplace drug testing: a case study in the misapplication of technology*, "Harvard Journal of Law & Technology", 5, 65.
- Saccheri (a cura di) (2003), *Prima che... Promozione della salute e responsabilità istituzionali*, "Salute e Società", a. II, n. 3, FrancoAngeli, Milano.
- Saccheri T. (2000), *L'equivoco terapeutico. Promozione della salute e negoziazione sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Saccone M. (2009), Audizione "Sicurezza Stradale" - 20 Gennaio 2009, Relazione del Ministro, disponibile al sito internet [http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/bando\\_sicurezza\\_stradale/audizione\\_sacconi.pdf](http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/bando_sicurezza_stradale/audizione_sacconi.pdf) (Ultimo Accesso: 29/07/2009)
- SAMHSA (2007), *Worker Substance Use, by Industry Category*, "The NSDUH Report", August 23, disponibile al sito internet <http://www.oas.samhsa.gov/2k7/industry/worker.pdf> (Ultimo accesso: 14/07/2009).
- Scanagatta S., Maccarini A.M. (2009), *L'educazione come capitale sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Seeman M., Anderson C.S. (1983), *Alienation and alcohol: the role of work, mastery, and community in drinking behavior*, "American Sociological Review", 48: 60-77.
- Senesi A. (2008), *Psicofarmaci e droga contro lo stress da lavoro*, "Corriere della Sera", 17 luglio: 57.
- Serpelloni G. (a cura di) (2003), *Linee di indirizzo per i medici competenti: approccio preventivo alle dipendenze nei luoghi di lavoro*, disponibile sul sito [www.dronet.org](http://www.dronet.org) (Ultimo accesso: 25/07/2009).
- Serpelloni G., Candio D. (2007), *Marketing e prevenzione dell'uso di droghe*, in Marino V., Serpelloni G. (a cura di), *Marketing preventivo. Appunti per una nuova prevenzione del consumo di droghe*, Tipografia Galli e C. srl, Varese: 185-227.
- Serpelloni G., Cipriani E., Gomma M., Peroni E. (a cura di) (2003), *Linee di indirizzo per i medici competenti: approccio preventivo alle dipendenze nei luoghi di lavoro*, disponibile sul sito internet <http://www.dronet.org> (Ultimo accesso: 26/07/2009).

- Shain M., Suurvali H., Boutilier M. (1986), *Healthier workers: health promotion and employee assistance programs*, Lexington Books, D.C. Health.
- Shehadeh V., Shain M. (1990), *Influences on wellness in the workplace: A multivariate approach*, Addiction Foundation Research, Toronto.
- Shiner M. (1999), *Defining peer education*, "Journal of Adolescent", 22.
- Simonetti P. (2005), *Diamo al lavoro nuove definizioni*, "Percorsi di Integrazione", a.XIII, n.2.
- Sloboda Z., Bukoski W.J.(eds.) (2006), *Handbook of drug abuse prevention. Theory, science and Practise*, Springer, New York.
- Smith J.P. (1993), *Alcohol and drugs in the workplace: Attitudes, policies and programmes in the European Community*, Report prepared for ILO in collaboration with the Health and Safety Directorate, Commission of the European Communities, Geneva.
- 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: 158-165.
- Stefanini A. (2000), *Politica dei servizi e politica per la salute*, "Prospettive sociali e sanitarie", XXX, 3: 1-6.
- Stefanini A. e Zanichelli A. (2002), *Società e politica: là dove nasce e muore la salute. I Piani per la Salute in Emilia-Romagna: una cornice concettuale*, "Salute e Società", a. I, n. 2, FrancoAngeli, Milano: 46-70.
- Stockwell T., Gruenewald P.J., Toumbourou J.W., Loxley W. (eds.) (2005), *Preventing Harmful Substance Use. The Evidence base for Policy*, John Wiley Sons Ltd, Chichester.
- Stockwell T., McLeod R., Stevens M., Phillips M., Webb M., Jelinek G. (2002), *Alcohol Consumption, Setting, Gender and Activity as Predictors of Injury: A Population-Based Case-Control Study*, "Journal of Studies on Alcohol", Vol. 63, n. 3: 372-379.
- Strafford N. (2007), *Using words: The harm reduction conception of drug use and drug users*, "International Journal of Drug Policy", 18, 88-91.
- Sturlese V. (2005), *I gruppi di auto-mutuo aiuto*, in Cipolla C. (2005), *Manuale di Sociologia della Salute. III. Spendibilità*, FrancoAngeli, Milano.
- Substance Abuse and Mental health Services Administration (1997), *An Analysis of worker drug use and workplace policies and programs*, Department of Health and human Services, Rockville, MD, USA.

- Substance Abuse and Mental health Services Administration (1999), *Worker drug use and workplace policies and programs: Result from the 1994 and 1997 NSHDA*, Department of Health and human Services, Rockville, MD, USA.
- Sullivan J., Bissell L., Leffler D. (1990), *Drug use and disciplinary actions among 300 nurses*, "International Journal of the Addictions", 25: 375-91.
- Sumnall H., McGrath Y., McVeigh J., Burrell K, Wilkinson L., Bellis M. (2006), *Drug Use Prevention Among Young People: A Review of Reviews. Evidence into Practice Briefing*, NHS (National Health System and Clinical Excellence), disponibile al sito internet [http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug\\_use\\_prev\\_update\\_v9.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf) (Ultimo accesso: 04/09/2009).
- Sussman S., Earleywine M., Wills T., Cody C., Biglan T., Dent C.W., Newcomb M.D. (2004), *The Motivation, Skills and Decision-Making Model of "Drug Abuse " Prevention*, "Substance Use & Misuse", 39(10-12): 1971-2016.
- Thomas W.I., Znaniecki F. (1968), *Il contadino polacco in Europa e in America*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Thompson F.J., Ricucci N.M., Ban C. (1991), *Drug testing in the Federal Workplace: An instrumental and Symbolic Assessment*, "Public Administration Review", 51, 6: 515-525.
- Tobler N.S. (1986), *Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcome results of program participant compared to a control or comparison group*, "The Journal of Drug issues", 16(4): 537-567.
- Tobler N.S., Stratton H.H. (1997), *Effectiveness of School-Based Drug Prevention Programs: A Meta-Analysis of the Research*, "The Journal of Primary Prevention", 18(1): 71-128.
- Trice H.M., Sonnenstuhl W.J. (1988), *Drinking behavior and risk factors related to the work place: Implications for research and Prevention*, "Journal of Applied Behavioral Science", 24: 327-46.
- Trice H.M., Sonnenstuhl W.J. (1990), *On the construction of drinking norms in work organizations*, "Journal of Studies on Alcohol", 51: 201-220.
- Ugolini P., Scozzoli E., Bertolazzi A. (2006), *Alcool tra nuovi stili del bere e fattori di rischio*, in Cipolla C., Graziano P., Ugolini P. (a cura di) (2006). *Della salute dei giovani. Una ricerca nella provincia di Forlì-Cesena*, FrancoAngeli, Milano.
- Unione Europea (1997), *Prevenire l'assenteismo sul luogo di lavoro*, Fondazione Europea per il miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, Lussemburgo.

- United States Government Accountability Office (2006), *Contractor's National Evaluation Did Not Find That the Youth Anti-Drug Media Campaign Was Effective in Reducing Youth Drug Use*, disponibile al sito Internet [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_23762\\_EN\\_Uneffective%20ONDCP.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23762_EN_Uneffective%20ONDCP.pdf) (Ultimo accesso: 11/07/2009).
- United States Government Accountability Office (2006), *Contractor's National Evaluation Did Not Find That the Youth Anti-Drug Media Campaign Was Effective in Reducing Youth Drug Use*, disponibile al sito Internet [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_23762\\_EN\\_Uneffective%20ONDCP.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23762_EN_Uneffective%20ONDCP.pdf) (Ultimo accesso: 23/08/2009).
- UNODCCP (2000), *Demand Reduction. A Glossary of Terms*, United Nations Publications, New York.
- Verstraete A., Pierce A. (2001), *Workplace drug testing in Europe*, "Forensic Science international", 12: 2-6.
- Vittadini G., Lanfranco A. (2008), *Alcolismo e tossicodipendenza in ambiente lavorativo*, "Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia", 30, 1: 39-43.
- Voller F. (2007), *Il consumo di alcol in Italia*, "Salute e Società", a. VI, Suppl. al n. 1: 98-127.
- Walsh D.C., Hingson R.W., Merrigan D.M., Cupples L.A., Levenson S.M., Coffman G.A. (1991), *Associations between alcohol and cocaine use in a sample of problem-drinking employees*, "Journal of Studies on Alcohol", 52: 17-25.
- Walsh D.C., Rudd R.E., Biener L., Mangione T. (2008), *Researching and preventing alcohol problems at work: toward an integrative model*, "Journal American journal of health promotion", 7, 4: 289-295.
- Walsh J.M. (1995), *Is the workplace drug testing effective? Let's see the data!*, Guest editorial in "MRO Update", October.
- Walsh J.M. (2008), *New technology and new initiatives U.S. workplace testing*, "Forensic Sci Int", 174: 120-124.
- Weber M. (1961), *Economia e società*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Weinstein N.D. (1980), *Unrealistic optimism about future life events*, "Journal of Personality and Social Psychology", 39, 5: 806-820.
- Werch C.E., Owen D.M. (2002), *Iatrogenic effects of alcohol prevention programs*, "Journal of Studies on Alcohol", 7, 4: 471-482.

- WHO (1986), Ottawa Charter, disponibile al sito internet <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html> (Ultimo accesso: 29/08/2009).
- WHO (1993a), *Health promotion in the workplace: alcohol and drug abuse*, Technical Report Series n. 833, Geneva.
- WHO (1993b), *Life skills for children and Adolescent in schools. Introduction and guidelines to facilitate the development and the implementation of life skills programmes*, disponibile al sito internet [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_PSF\\_93.7A\\_Rev.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf) (Ultimo accesso 10/07/2009).
- WHO (2002), *Prevention of Psychoactive substance use. A Selected Review of What Works in the Area of Prevention*, Geneva.
- WHO (2004), *Work organization & Stress. Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*, Geneva.
- Wickizier T.M. et al. (2004), *Do Drug-Free Workplace programs prevent occupational injuries? Evidence from Washington State*, "Health Services Research", 39: 1.
- Zinberg N. (1984), *Drug, Set and Setting*, Yale University Press, New Haven.
- Zucconi A., Perticaroli S., Chierichetti F. (1999), *La promozione della salute nei luoghi di lavoro*, Istituto centrato sulla persona, Roma.
- Zuckerman M. (1971), *Dimension of sensation seeking*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 39: 308-321.
- Zuffa G. (2000), *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*, Sollerio Editore, Palermo.
- Zuffo G.C. (2004), *Veneto. La prevenzione dei rischi legati all'uso di sostanze psicoattive*, "2087. Formazione e informazione per la sicurezza sul lavoro", a. VI, n. 4: 7-8.
- Zwerling C., Ryan J., Orav E. J. (1992), *Costs and benefits of preemployment drug screening*, "Journal of American Medical Association", 267, 1: 91-93.

## Sitografia

---

<http://www.nacd.ie/submissions/documents/WDTGovBriefFinal.doc>

<http://workplace.samhsa.gov/DrugFreeWP/DefNPurpose.html>

<http://workplace.samhsa.gov/WPWorkit/ts1.html>

[http://www.ceveas.it/imparare/lezioni\\_e\\_slide/index.htm](http://www.ceveas.it/imparare/lezioni_e_slide/index.htm)

<http://www.csspd.it>

<http://www.dronet.org>

[http://www.dronet.org/biblioteca/bib\\_zip/manualeCocaina.zip](http://www.dronet.org/biblioteca/bib_zip/manualeCocaina.zip)

<http://www.drugabuse.gov/infofacts/workplace.html>

<http://www.drugabuse.gov/pdf/prevention/redbook>

<http://www.drugfreeworkplace.com/employees/americandrugproblem.htm>

<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1738>

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_23762\\_EN\\_Uneffective%20ONDCP.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_23762_EN_Uneffective%20ONDCP.pdf)

[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_86785\\_EN\\_NR\\_2008\\_UK.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_86785_EN_NR_2008_UK.pdf)

<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index9825EN.html?nNodeID=9825>

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/Freq.Ass.ry-overviews/uk/barometer>

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/Freq.Ass.ry-overviews/uk/data-sheet>

<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveyreports/IT0710019D/IT0710019D.htm>

<http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm>

<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/1997/24/it/1/ef9724it.pdf>

<http://www.ewdts.org/>

<http://www.ewdts.org/euwdt/germany.html>

<http://www.ewdts.org/euwdt/uk.html>

<http://www.ewdts.org/guidelines.html>

<http://www.famiglia.regione.lombardia.it>

<http://www.hse.gov.uk/research/rrhtm/rr193.htm>

<http://www.ilo.org>

<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/download/e970709.pdf>

<http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/694.pdf>

<http://www.lifeskillstraining.com>

<http://www.nacd.ie/submissions/documents/WDTGovBriefFinal.doc>

<http://www.nceta.flinders.edu.au/pdf/pidd-drugtesting-workplace.pdf>

[http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug\\_use\\_prev\\_update\\_v9.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/docs/drug_use_prev_update_v9.pdf)

[http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/drug\\_use\\_prevention.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/drug_use_prevention.pdf)

[http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/wphealth\\_goodpractice.pdf](http://www.nice.org.uk/nicemedia/documents/wphealth_goodpractice.pdf)

<http://www.nida.gov>

<http://www.oas.samhsa.gov/2k7/industry/worker.pdf>

<http://www.oas.samhsa.gov/occupation.htm>

<http://www.oas.samhsa.gov/work2k7/work.pdf>

<http://www.psicolab.net/index.asp?pid=idart&cat=7&scat=118&arid=1168>

[http://www.regione.sicilia.it/ric/Presidenza/Personale/area626/ALLEGATI\\_SITO/Mobbing/Rischi%20Psicosociali\\_Claudio%20Cortese\\_psicologia\\_UNITO\\_maggio%202009.pdf](http://www.regione.sicilia.it/ric/Presidenza/Personale/area626/ALLEGATI_SITO/Mobbing/Rischi%20Psicosociali_Claudio%20Cortese_psicologia_UNITO_maggio%202009.pdf)

<http://www.valutazioneitaliana.it/documenti/catania/leone.pdf>

<http://www.venetosociale.it/doc/Revisioneletteratura.ppt>

<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/prevent/pdf/science.pdf>

<http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html>