

La “normalizzazione” dei lavoratori in trattamento presso i servizi tossicodipendenze

(La ricerca è stata pubblicata nel fascicolo dal titolo *La differenza nascosta*, a cura di Giuseppe Bortone, Cgil & Forum Droghe, 2006)

Introduzione

Nell'ultimo decennio, con l'affermarsi delle politiche di riduzione del danno, è cambiata la filosofia dell'intervento dei servizi per le tossicodipendenze. L'astinenza non è più considerata il prerequisito per entrare in trattamento e, a sua volta, il completamento del trattamento non è considerato la premessa indispensabile per il reinserimento sociale e lavorativo. L'obiettivo principale della cura diventa la “stabilizzazione” sociale del consumatore problematico, di cui l'inserimento lavorativo è strumento fondamentale. L'utilizzo sempre più largo del farmaco sostitutivo a mantenimento (metadone e più recentemente buprenorfina) è funzionale all'obiettivo della stabilizzazione. I dati relativi all'utenza in trattamento presso i Sert, come emergono dalla recente ricerca Vedette su scala nazionale, ad esempio, confermano che la maggioranza dell'utenza svolge un'attività lavorativa. L'ipotesi che la stabilizzazione sociale influisca positivamente sul contenimento dei consumi, oltre che sull'insieme della struttura di vita della persona, è confermata da diverse ricerche sulla remissione spontanea, o risoluzione naturale. La possibilità di mantenere un “capitale sociale” valido (di cui il lavoro rappresenta parte fondamentale) influisce positivamente sia sulle capacità di *coping* del consumatore nel conciliare i consumi con la “struttura di vita”, sia sull'autostima e l'aspettativa di poter raggiungere l'astinenza quando si decida in tal senso (Cohen, 1999; Scarscelli, 2003). D'altro lato, la ricorrenza di “eventi favorevoli” durante il percorso di remissione, quali un riconoscimento sul lavoro o una migliore posizione lavorativa, risulta correlata positivamente agli esiti del percorso, sia in vista dell'obbiettivo dell'astinenza, che in quello del consumo controllato (Tucker, Pukish King, 1999). Tuttavia, la stabilizzazione del consumatore non rappresenta ancora la sua “normalizzazione”. Il primo termine focalizza prevalentemente gli aspetti oggettivi, concernenti il fattore biologico (il trattamento con farmaco sostitutivo mira infatti in primo luogo a proteggere la persona dalla sindrome di astinenza), come quello sociale (allude ad una struttura di vita più stabile, appunto).

Il concetto di “normalizzazione” nasce originariamente nell'ambito delle problematiche di apprendimento come sinonimo di “integrazione”, in opposizione alla pratica della separazione dei soggetti che hanno difficoltà di scolarizzazione. L'obiettivo della normalizzazione è quello di “rendere possibili, stabilire, e/o mantenere ruoli sociali validi” (Orford, 1992). Per Orford, il concetto ha particolare interesse in psicologia di comunità perché può essere applicato a molti gruppi “svalorizzati”. Rispetto alla stabilizzazione, la normalizzazione illumina un aspetto più propriamente psicologico, ossia la *valorizzazione* degli aspetti *normali* nella vita dei soggetti in difficoltà. Ciò implica un riconoscimento di abilità del consumatore più o meno problematico da parte della comunità, che influisce sinergicamente

sull'incremento dell'autostima e della self efficacy degli stessi soggetti. La normalizzazione contrasta perciò ogni forma di etichettamento del consumatore, nonché di patologizzazione dei consumi (Meringolo, Zuffa, 2001).

Esiste inoltre una ampia letteratura che contrasta con l'ipotesi di "cronicità" e "irrecuperabilità" della dipendenza, almeno nelle ricerche condotte sull'insieme della popolazione (Cohen e Sas, 1994; Decorte, 2001; Shewan e Dalgarno, 2005). Inoltre, le credenze e le aspettative positive dei consumatori circa la loro capacità di controllare il consumo o di giungere all'astinenza si dimostrano importanti predittori di successo (Orford e Keddie, 1986; Miller e Rollnick, 2002).

Nell'ambito dei modelli di interpretazione del consumo di droga, il concetto di normalizzazione trova il suo ambito nel paradigma di riduzione del danno (che in ambito psicologico si ispira alla prospettiva dell'apprendimento sociale): il modello di riduzione del danno si differenzia sia dal modello morale, che da quello *disease* (Marlatt, 1997). Rispetto ai trattamenti con sostanze sostitutive (eroina, buprenorfina, e, in alcuni paesi europei, eroina), occorre precisare che questi possono assumere significati differenti in ambito sociale e psicologico: possono essere rappresentati come rimedio ad una malattia su base biologica "cronica e recidivante", in linea con il modello *disease*; oppure come strumento a valenza in primo luogo sociale, di riduzione del danno rappresentato dallo status illegale delle droghe. In questo senso, i trattamenti con oppiacei a lungo termine segnalano una maggiore tolleranza della comunità nei confronti del consumo di droghe illegali: il quale non è più visto come un deficit della comunità da eliminare, ma come un aspetto della comunità stessa che richiede innanzitutto un mutamento di rappresentazione sociale (Merlo, 1997).

Obiettivi della ricerca

La ricerca è stata promossa da Forum droghe, con la collaborazione e la sponsorizzazione della Cgil nazionale, dipartimento Welfare, al fine di indagare i mutamenti avvenuti sin dagli anni '90 nell'orientamento dei servizi e nella soggettività degli utenti. L'obiettivo è di verificare se all'evoluzione del modello trattamentale, di cui si è detto, con l'inserimento (o il mantenimento) al lavoro dei consumatori problematici, corrisponda una effettiva normalizzazione degli stessi, verificando la loro percezione di sé nel doppio ruolo di lavoratori/utenti, e l'accettazione percepita da parte del "microsistema" ambiente di lavoro.

Si ipotizza altresì che una eventuale integrazione percepita nell'ambiente lavorativo rinforzi l'efficacia del trattamento, influenzando sulla percezione di sé del consumatore come soggetto abile e incrementando la self efficacy.

Si vuole inoltre verificare se il sindacato possa avere un ruolo di promozione nel processo di normalizzazione dei consumatori.

Metodo della ricerca

Si è scelto di utilizzare la ricerca qualitativa, volendo focalizzare le problematiche, squisitamente soggettive, di percezione di sé e del contesto da parte dei consumatori,

e volendo saggiare la costruzione sociale della presenza dei lavoratori/utenti nei luoghi di lavoro.

Partecipanti

La ricerca ha interessato 3 comuni (Faenza, Mestre, Borgo S.Lorenzo). Sono stati contattati 10 utenti dei servizi tossicodipendenze in ciascuna località. I comuni hanno differenti caratteristiche: da Mestre, che fa parte di un grande bacino industriale, a Faenza, piccolo centro a vocazione artigianale e terziaria, a Borgo S.Lorenzo, paese della provincia di Firenze situato in una zona di svariate attività produttive (Mugello). Gli utenti sono stati selezionati con criterio “a palla di neve”. Nelle stesse località, si è contattato il responsabile della Camera del lavoro per le problematiche sociali che ha contattato esponenti sindacali a vari livelli.

Strumenti

Si sono effettuate interviste semistrutturate agli utenti dei servizi, per un totale di 30 interviste. Si sono effettuati 3 focus group, ciascuno per ogni centro abitato, con la partecipazione di sindacalisti e lavoratori con diversa conoscenza ed esperienza della problematica.

L'analisi dei dati è stata condotta scegliendo il metodo della *grounded theory*, con una progressiva identificazione delle *categorie di significato*. Queste sono state raggruppate in macroaree, ciascuna delle quali composta da una serie di categorie, subcategorie e delle loro *dimensioni*, di cui è stata fatta una mappa concettuale riepilogativa attraverso schemi o “alberi” (Willig, 2001).

Analisi dei dati: le interviste agli utenti

Sono state individuate 3 macroaree, corrispondenti alle dimensioni di esperienza di vita indagate: **La dipendenza, Il rapporto col Sert, Sul lavoro** più un'area relativa agli **aspetti problematici** che intersecano tutte le dimensioni di vita.

La dipendenza

In questa macroarea si sono individuate quattro categorie: ***durata del consumo problematico, consumo attuale dichiarato, percezione di sé, credenze sulla definizione degli altri rispetto a sé***

Durata del consumo problematico di eroina

Il consumo problematico è perlopiù identificato con quello di eroina. Come si vedrà, questo sarà poi il consumo che li porterà a chiedere aiuto al Sert. Ben 25 utenti su 30 riportano un consumo di eroina di oltre 10 anni.

Si registra una qualche incertezza circa il significato di consumo problematico. Alcuni consumatori distinguono fra un consumo più saltuario e un consumo più intensivo, che identificano con la dipendenza:

nei primi anni che consumavo non ci sono stati particolari problemi..(Mestre 9)

quando ancora..vivevo al paese ogni tanto mi facevo e mi piaceva usare droghe, ma soprattutto nei fine settimana (Mestre 9)

Tuttavia, traspare anche una percezione di continuità del percorso di consumo, nonostante i lunghi periodi di astinenza che spesso attraversano i consumatori, come se la percezione della continuità (dal consumo alla dipendenza) fosse “costruita” a posteriori, sulla base del modello interpretativo della dipendenza come “malattia”, che implica una escalation dei consumi con numerosi episodi di “ricadute”. Peraltro, il modello “malattia” è quello largamente prevalente nei servizi, il che confermerebbe l’influenza delle credenze degli operatori sulle credenze e le aspettative degli utenti, di cui si è detto nell’introduzione.

ho cominciato a usare eroina a 21 anni, poi ho sospeso a 30, ho ricominciato nel '98 [a 38 anni], adesso ho 44 anni, diciamo che dalla prima volta sono passati 23 anni circa (Mestre 3)

Consumi attuali dichiarati

Pochi dichiarano di consumare ancora droghe, come si vede, anche se sappiamo che questo comportamento è abbastanza comune fra gli utenti dei servizi. Si può interpretare come una forma di reticenza, rispetto al fatto che i servizi in genere richiedono l’astinenza da sostanze illegali. Ma si può anche pensare ad una focalizzazione sull’eroina, percepita come la sostanza “incontrollabile”, mentre altre droghe, e segnatamente la canapa, sono avvertite come un “non problema”:
no, sono sempre stato corretto [col Sert], mi hanno trovato solo hashish (Mestre 9)

Credenze circa la definizione degli altri rispetto a sé

Le credenze degli utenti circa la definizione degli altri rispetto a sé sono per la gran parte riferite alla tossicodipendenza, solo 3 suppongono di essere definiti in base frequentazione del servizio. Ben la metà degli intervistati dichiara di non avere idea. Ma il vero significato delle definizioni si ricava dal contesto, in particolare dalla discrepanza percepita fra l’autodefinizione e la supposta definizione degli altri rispetto a sé, come si vedrà. Per questa ragione, verranno esposte insieme alla “percezione di sé”.

Percezione di sé

Gli intervistati si dividono quasi egualmente fra coloro che si definiscono come “utente del servizio” e coloro che si definiscono come “ex tossicodipendente”. In ambedue i casi, l’identità ruota intorno alla problematica della dipendenza, riconfermando gli aspetti soggettivi del processo di etichettamento sociale. Solo in un caso ci si definisce “come persona”. Va però tenuto conto che le interviste sono state fatte presso i servizi, il che può avere indotto risposte relative allo status di paziente/utente/tossicodipendente/ex tossicodipendente.

Inoltre, in alcuni casi si scelgono le due definizioni insieme e si segnala un travaglio rispetto all’identità:

Mah! Sono un ex tossicodipendente che si sta curando al Sert..(Mestre 2)

Sembrerebbe tuttavia che la percezione di sé come “utente” segnali comunque un distacco dalla storia di dipendenza, nel senso che la volontà di curarsi è percepita come un impegno “morale” positivo. Nell’ambito del paradigma *disease*, che sottolinea la passività/irresponsabilità del malato/dipendente è evidentemente un paradosso, che però si spiega in relazione al modello morale di interpretazione del consumo, che esercita ancora una qualche influenza.

Tale accezione di nuovo status è più evidente se raffrontata alla definizione (supposta) degli altri rispetto a sé:

Io credo che sceglierei paziente Sert. I miei colleghi certamente direbbero tossicodipendente, o, nel migliore dei casi, ex tossicodipendente (Faenza 10)

ex consumatore di droghe e paziente Sert... [per i miei colleghi] ex tossico (Mestre 3)

Più in generale, si può dire che la vera accezione della autodefinizione si ricavi dal confronto con la definizione (supposta) degli altri, avvertita quasi sempre come molto stigmatizzante. In questo senso, anche “ex tossicodipendente” può assumere una accezione positiva.

Mah! Sono un ex tossicodipendente che si sta curando al Sert..i miei colleghi non so..credo [che mi definirebbero] drogato (Mestre 2)

Ex tossicodipendente. Forse i miei colleghi direbbero solo tossicodipendente; la gente non crede mai che si possa diventare ex. Se sei tossico lo resti. Forse si cerca sempre il lato debole di una persona per sentirsi più forte o meglio di altri (Faenza 2)

Quest’ultima citazione coglie acutamente il processo di stigmatizzazione relativo alla dipendenza; ma anche, più in generale, la funzione percepita dello stigma nell’interazione sociale.

Lo stigma induce un reale travaglio circa la definizione di sé, come bene testimonia questa citazione:

E’ una bella domanda!!! Ma è difficile rispondere..perché ti dico una cosa. La prima: di droghe non ne voglio sapere, non mi interessa! Secondo: per il momento ti devo dire che sono un paziente Sert, perché devo affrontare la situazione! La terza, una volta finito basta! Non voglio essere né tossicodipendente, né ex, né altro..(Mestre 6)

In alcuni casi il travaglio si traduce in una ribellione all’etichettamento:

Tossicodipendente...anche mia madre è una tossicodipendente, chi fuma sigarette è un tossicodipendente, chi beve è un tossicodipendente etc..(Firenze 2)

Il rapporto col Sert

In questa macroarea, si sono individuate le seguenti categorie: ***definizione del programma, aspettative rispetto al trattamento, durata del rapporto col servizio tipologia di programma, percezione farmaco sostitutivo, conseguenze urine positive, la privacy, gli orari del servizio.***

Definizione del programma e tipologia del programma

La gran parte degli utenti segue un programma di mantenimento metadonico, perlopiù con affidamento del farmaco sostitutivo. Attraverso i percorsi terapeutici degli utenti, si vede che la maggior parte ha anche soggiorni in comunità alle spalle. Se in precedenza erano più comuni i tentativi di disintossicazione (metadone a scalare) e la comunità, i programmi attuali vedono, come già accennato, la netta prevalenza del metadone o buprenorfina a mantenimento. Analizzando la dimensione “metodo” della categoria “definizione del programma”, si coglie il cambiamento del modello operativo del Sert in questi anni, non solo rispetto alla tipologia di programmi, ma anche nella relazione con l’utenza: 21 utenti dichiarano di avere avuto una qualche parte attiva nella definizione del programma. Ciò è una spia significativa dell’abbassamento della “soglia” del Sert, che si conquista una maggiore fiducia da parte degli utenti. In particolare, è avvertita positivamente la presenza di uno spazio per la “contrattazione” del farmaco e dell’affido:

io venivo e dicevo che stavo molto male e la dottoressa mi voleva aumentare il dosaggio di metadone...mi sono fidata quasi subito della mia dottoressa e quindi ora mi affido sempre a lei (Faenza 4)

A volte, gli intervistati sottolineano positivamente questa evoluzione del modello operativo:

giù a Salerno non c’era un Sert molto preparato per farti terapie... e poi non ti davano l’affido, dovevi andare là tutte le mattine (Mestre 6)

Lo abbiamo concordato insieme [il programma] perché da quando i Sert danno il metadone, il farmaco di conseguenza ti viene proposto più facilmente anche dai medici (Mestre 5)

Ciononostante, al Sert si ricorre generalmente come “ultima spiaggia”:

quando non ce la fai più, vai al Sert (Firenze 4)

praticamente vai quando non ce la fai più, uno sta male e va a prendere il metadone (Firenze 6)
mi sono rivolto al Sert perché stavo male, molto male. L’eroina mi dava astinenza e non ero più in grado di farvi fronte economicamente..(Mestre 4)

Sulla visione del Sert come “ultima spiaggia” pesa indubbiamente lo stigma del servizio per tossicodipendenti, ma anche la percepita dipendenza da una istituzione con un mandato sentito come ambiguo, come si vedrà analizzando altre categorie.

Aspettative rispetto al trattamento

Attraverso la dimensione “strumenti” della categoria “aspettative”, si riconferma l’evoluzione dei servizi, cui abbiamo accennato. Il trattamento presso i Sert con farmaci sostitutivi prevale rispetto alla comunità, cui sempre più spesso ci si rivolge solo quando si è perso, o è fortemente compromesso, il proprio “capitale sociale”. Rispetto alla dimensione “obbiettivi”, il mantenimento del lavoro risulta come la finalità principale che spinge i consumatori a vincere le resistenze e a recarsi al servizio. Il lavoro è visto come elemento importante della vita “normale” e il trattamento con metadone è visto in funzione dell’attività lavorativa. Gli intervistati sembrano percepire bene la circolarità del processo: se il farmaco serve a mantenere

il lavoro, a sua volta il lavoro è un *life engagement* che aiuta a tenere sotto controllo il consumo:

avevo appena perso il lavoro, tutte le volte che perdo il lavoro la mia situazione peggiora, io ho bisogno di essere impegnato, di lavorare (Faenza 7)

Ancora più importante, il lavoro offre l'opportunità per *sentirsi* "normali", e traspaiono sentimenti di orgoglio decisamente significativi, come se gli intervistati volessero sfidare stereotipi consolidati:

in vent'anni di lavoro non ho mai perso un giorno di lavoro, capito? (Firenze 3)

ho sempre lavorato, a volte ci sono stati periodi in cui ero disoccupato, però mi sono sempre arrangiato da me, non ho mai rubato, non ho mai fatto nulla di queste cose come dicono, sì, ci sono quelli di strada, parecchio succedeva prima quando non c'era il metadone e la gente si bucava tutti i giorni e cercavano i soldi per farsi e allora poi la testa non ti ragiona più..(Firenze 6)

Percezione del farmaco sostitutivo

In questa categoria è stata individuata una dimensione positiva (farmaco come "sicurezza", "salvezza", "permette una vita normale") e negativa ("schiavitù", "catena", "droga di stato"), la prima preponderante rispetto alla seconda. In realtà, nella percezione degli intervistati, perlopiù i due aspetti convivono. Le parole sotto riportate riassumono bene l'ambivalenza fra il riconoscimento dell'utilità del farmaco, specie rispetto al lavoro, e il peso della dipendenza dal farmaco stesso:

Ha dei lati positivi e dei lati negativi..l'aspetto positivo è che non stai male fisicamente, che non hai problemi nelle relazioni con gli altri..negativo, beh. quando fai i conti con te stesso mi viene da guardare un po' indietro e penso che sto prendendo questo metadone che è una palla al piede, ma io comunque un lavoro tre anni di seguito non sono mai riuscito a tenerlo (Mestre 9)

Se la dimensione positiva è facilmente decifrabile, specie in relazione al mantenimento del lavoro, quella negativa si colora di diverse sfumature: traspare sia l'aspetto della "dipendenza dall'istituzione"(devi sempre venire al Sert), sia la difficoltà ad accettarsi come "malato" bisognoso del farmaco (*è come se tu avessi una malattia*). E' ancora presente, ma residuale, la presa di distanza dal metadone quale "droga di stato":

c'è voluto diverso tempo per accettarlo perché comunque l'ho sempre vista come una sorta di, io la chiamo "droga di stato", poi piano piano mi sono convinto che era un farmaco che mi poteva permettere di avere una vita abbastanza regolare, con l'idea di levarselo appena mi sentissi più sicuro (Firenze 1)

da una parte fisicamente ti senti bene, faccio una vita regolare, dall'altra è come se tu avessi una malattia, sempre qua..(Mestre 7)

lo vivo pesantemente perché ti fa sentire sempre un tossico. Devi sempre venire al Sert, vedi sempre le stesse facce, rimani un tossico (Faenza 10).

mah...si può vivere anche bene...ma comunque non ti senti uguale agli altri, prendi qualcosa che gli altri non prendono (Mestre 8)

Di nuovo, l'etichetta di malato risulta gravosa, anche perché gli utenti sono spesso consapevoli che si tratta di una malattia particolare:

non è come essere diabetici e farsi l'insulina ogni giorno, ti ricorda che sei un tossicodipendente (Mestre 3)

Traspare da queste parole una qualche consapevolezza delle contraddizioni del paradigma *disease*, che in parte convive col paradigma morale, complice il perdurante regime di proibizione. In realtà, molti dei vincoli del trattamento per la dipendenza non derivano dalla “malattia”, ma dalla funzione di controllo che l'istituzione è costretta a svolgere, accanto alla funzione sanitaria. Un esempio è il test delle urine per rilevare l'eventuale consumo di sostanze illegali, che rinforza l'immagine (e lo stereotipo) del “tossicodipendente inaffidabile” (a differenza del diabetico). Da qui la particolare gravosità percepita della dipendenza dall'istituzione. La funzione di controllo, accanto a quella terapeutica, dei servizi emerge chiaramente nella categoria successiva, “conseguenze urine positive”.

Conseguenze urine positive

Come si è visto in precedenza, la gran parte degli intervistati usufruisce del cosiddetto “affido” del farmaco, ed è su questo che il ripetersi del consumo, svelato dal test delle urine, ha ripercussioni in ben 10 casi, obbligando di nuovo la persona a venire quotidianamente al Sert per la somministrazione del metadone. È utile soffermarsi su questa pratica e sul suo utilizzo: l'affido non è il regime generalizzato di offerta del farmaco, ma riveste per lo più un carattere “premiante”, quando l'utente abbia dimostrato la sua “affidabilità” nell'astenersi dalle sostanze illegali. Solo in una logica di premio/punizione si può spiegare la sospensione dell'affido in caso di urine positive. In 5 casi, si registra come conseguenza “l'ammonizione”: degno di nota è il linguaggio, preso a prestito dal sistema penale. Ma si registra anche l'aumento del dosaggio del farmaco, provvedimento in linea col modello *disease* (3 casi). L'aspetto punitivo emerge chiaramente dalle parole degli intervistati:

prima ti davano tre avvertimenti, dopo ti mandavano via..(Firenze 7)

Ho avuto le urine positive. In quel caso ho avuto dei richiami verbali, poi mi hanno sospeso l'autoaffido; per fortuna lavoro qui vicino, quindi venivo durante la pausa pranzo, però mi toccava saltare il pranzo per venire a prendere il metadone (Mestre 3)

In alcuni casi, l'affido non viene dato all'utente (considerato evidentemente inaffidabile) ma ai familiari, con pesanti conseguenze sull'organizzazione della vita quotidiana:

l'hanno dato a mia madre, una volta alla settimana..anche per mia madre è un problema, lei lavora e deve prendere ferie per venire qua (Mestre 7)

se ti trovano le urine positive, ti revocano l'autoaffido e un familiare deve presentarsi al Sert per ritirare il metadone...mi è capitato per un periodo, e in quel caso l'affido del metadone era stato dato a mia sorella (Mestre 10)

È da notare che molti intervistati sembrano condividere la “punizione” rispetto alla “colpa” del consumo illegale, mentre si aspettano il premio per il “buon comportamento”:

molto dipende anche da me..perché se io vengo a fare le urine e sono positive, il Sert non mi potrebbe mantenere l'affido, perché risulterei inaffidabile, ma se io mi comporto bene e se sono negative..perché il Sert non mi dovrebbe aiutare?..deve essere la persona stessa che rispetta le regole, per essere così aiutata..(Mestre 6)

Ho avuto a volte urine positive. Di solito mi è stato aumentato il dosaggio. Certamente mi è stato tolto l'affido, ma questo è normale, non potevo pretendere di avere gli stessi vantaggi di una persona pulita (Faenza 3)

Più raramente si avverte una presa di distanza dalla logica del servizio:

sono ripercussioni un po' strane, cioè nel senso loro pensano che non basti mai il dosaggio farmacologico che tu fai..pensano che il subutex che faccio non sia sufficiente, ti propongono di aumentarlo, di fare cure parallele a quella. Cose che ho sempre rifiutato (Firenze 9)

Il Sert e la privacy

La garanzia della privacy è di grande importanza, sia per lo stigma che ancora pesa sull'utenza, sia per il rilievo che ha acquisito in generale questa questione negli ultimi anni. E' perciò uno strumento per la normalizzazione, e al tempo stesso, un indice del livello raggiunto in questo campo. Circa la metà degli intervistati lamenta la violazione della privacy, anche se essi la addebitano sempre alla logistica del Sert o alle persone che si incontrano, mai agli operatori:

ho sempre trovato disponibilità [degli operatori]..di solito vado in un'ora in cui non c'è nessuno (Firenze 1)..

per quanto riguarda la privacy, diciamo di sì, che è abbastanza garantita..anche se il posto è conosciuto da tutti come Sert (Mestre 3)

ho visto che a tanta gente non gliene importa niente della privacy, stanno ore e ore davanti [al Sert]..e c'è una discreta cerchia di persone che magari svicola come facevo io o entra da dietro (Firenze 7)

Gli orari del Sert vengono incontro agli utenti?

Gli orari di apertura del servizio sono sempre stati oggetto di discussione: la normativa richiederebbe un'apertura addirittura di 24 ore su 24, ma non è mai stata attuata per svariate ragioni. Gli orari flessibili sono importanti per gli utenti che lavorano, specie nei casi in cui il metadone venga somministrato quotidianamente. Gli intervistati si dichiarano soddisfatti in larga parte (18 affermazioni positive su 30). Dalle parole di molti utenti si percepisce che la disponibilità degli operatori e l'elasticità degli orari sono considerati un elemento importante nella relazione e un indice dell'abbassamento della "soglia":

certo, [gli operatori] sono sempre disponibili, anche fuori orario, per qualsiasi problema io abbia (Firenze 2)

Va però tenuto presente che la gran parte degli intervistati ha l'affido del farmaco, come si è visto, e spesso l'affido è sentito come una necessità proprio in relazione ai vincoli di orario:

No, direi proprio di no, per fortuna ho l'affido (Mestre 3)

bene, siccome ho l'affido, vengo il pomeriggio a prendermelo alle 5, quando smetto..e ce l'ho per tutta la settimana..poi vengo al sabato a fare le urine (Mestre 6)

Sul lavoro

In questa macroarea si sono individuate le seguenti categorie: ***conoscenza della tossicodipendenza, comportamento dei colleghi, credenze sulla percezione dei colleghi rispetto a sé, frequentazione dei colleghi, presenza del sindacato, percezione del ruolo del sindacato, aspetti problematici***

Conoscenza della tossicodipendenza

La conoscenza di questa problematica è saggiata in relazione a tre dimensioni: il principale, i colleghi, i delegati sindacali

Il datore di lavoro non conosce il problema nella maggioranza dei casi (19 su 30). In 10 casi il principale è invece a conoscenza del fatto, ma dobbiamo tenere presente che alcuni intervistati hanno un inserimento lavorativo protetto, in cooperative sociali, in cui sono entrati proprio in virtù della loro problematica. Nell'insieme quindi, prevale un sentimento di diffidenza e paura rispetto all'ipotesi della conoscenza di questo problema:

Al lavoro non sanno nulla, solo che mi faccio qualche canna. Non so come reagirebbero ma non voglio neanche provare (Faenza 1)

No, sarebbe una cosa impossibile (che il datore di lavoro lo sapesse), non voglio dire che non possa capire, ma non si può correre un rischio del genere, e a maggior ragione i colleghi (Firenze 2)

Queste ultime parole bene esprimono la sostanziale equivalenza fra datore di lavoro e colleghi nella percezione del pericolo della conoscenza. Infatti, anche rispetto ai colleghi, la maggior parte di loro non è a conoscenza. Al più, solo alcuni lo sanno, di cui si ritiene di potersi fidare di più.

E' lo stigma, più che le conseguenze concrete della conoscenza della dipendenza, ciò che gli intervistati segnalano come il pericolo maggiore, come evidenziano chiaramente le parole di una intervista che lavora in ambito sociosanitario:

E' automatico che quando uno sa certe cose di te, inizi a vederti con occhi diversi. Non lo fa con cattiveria, ma certamente ci penserebbero due volte ad affidarmi dei farmaci o degli oggetti preziosi, loro o dei nostri pazienti (Faenza 10)

Quanto alla conoscenza da parte dei delegati sindacali, questa sembra esclusa, per ragioni che saranno analizzate successivamente (assenza del sindacato, percezione di un diverso ruolo del sindacato)

Comportamento dei colleghi

La cautela nel far conoscere il proprio problema è confermata dal comportamento dei colleghi. Nella maggior parte dei casi (19 su 30) si registrano comportamenti di non accettazione, che vanno dall'intolleranza manifesta (13 su 30) all'intolleranza latente (4 su 30) o comunque a comportamenti ambigui.

Ma si registrano anche comportamenti di accettazione, in un discreto numero di casi (11 su 30). In questi casi, viene spesso rimarcata, come fatto inusuale, proprio la “normalità” della relazione”:

ho trovato un datore di lavoro giovane, dell'età mia, che non era completamente all'oscuro della tossicodipendenza e quindi ho un rapporto reale con lui, lui sa il mio passato..questo non gli ha impedito di valutarmi come persona capace nel lavoro, come persona affidabile, come persona che ha le chiavi della falegnameria..questa la reputo una fortuna (Firenze 10)
mi sono sentito comunque sostenuto e nemmeno, come dire, che era una cosa che temevo di più, quella di dire “va be' poverino, aiutiamolo tanto siamo una cooperativa sociale”. In realtà mi sono sempre sentito trattato come una persona normale da quasi tutti (Firenze 1)

Di nuovo, traspare l'orgoglio della “normalità”: laddove non si senta stigmatizzato, il lavoratore pensa che il merito sia anche suo, poiché riesce a lavorare “alla pari degli altri”:

[i miei colleghi] lo sapranno, le voci girano, però io sul lavoro non mi sono mai comportato male, né tanto meno sono andato a barcollare, io sono sempre andato normalissimo, ho preso il metadone e basta, io fo il mio lavoro, fo quello che c'è da fare e basta (Firenze 6)
se sono persone intelligenti, lo vedono come mi comporto al lavoro (Mestre 8)

Frequenzazione dei colleghi

La maggioranza degli intervistati (17 su 30) non frequenta i colleghi fuori dal posto di lavoro, e anche fra i 12 che dichiarano di frequentarli, ci si limita a volte a qualche cena. In alcuni casi, ciò è una naturale conseguenza del meccanismo di auto emarginazione o, per dirla coi teorici dell'etichettamento, di “disaffiliazione”, per timore che i colleghi scoprano il problema in questione:

una volta una collega mi ha invitato a partecipare ad un torneo di calcetto..stavo per dirgli di sì..poi però ho rinunciato perché mi sono immaginato che avremmo dovuto condividere le docce e magari avrebbero visto le cicatrici sulle braccia..e così..su questo sono ancora un po' in difficoltà (Mestre 9)

Nell'insieme però, il fatto che non si cementino relazioni nel dopo lavoro appare influenzato da una tendenza più generale, che andrebbe approfondita: il declino del lavoro come produzione di socialità.

Presenza del sindacato, percezione del ruolo del sindacato

Gli intervistati rilevano la non presenza del sindacato in piccole aziende (11 su 30). Ma anche laddove il sindacato è presente, da alcune interviste appare chiaro il condizionamento negativo dei datori di lavoro:

al capo non piace che noi si vada alle assemblee o cose del genere.(Mestre 2)

Anche nei casi in cui il sindacato è presente (17 su 30), il rapporto non verte sulla problematica della dipendenza, se non in casi assai ristretti:

rispetto alla tossicodipendenza non so come si comporterebbero (Faenza 10)
Sì, sono iscritto al sindacato, ma non ho mai avuto molti rapporti con loro (Faenza 9)

Non è facile decifrare le ragioni di ciò, probabilmente complesse: da un lato la necessità avvertita di mantenere il riserbo, per evitare che la notizia trapeli nell'ambiente di lavoro; dall'altro, ci si aspetta che il sindacato svolga un ruolo di "tutela generale". Ancora una volta, si avverte, sottostante, l'aspirazione alla "normalità", ad essere "uguali" agli altri lavoratori:

Loro non sanno...ma [se lo sapessero] non può cambiare con loro, perché è il loro lavoro, e devono farlo per forza..io pago e quindi mi devono difendere per forza (Mestre 6)

di tossicodipendenza non ho mai parlato, si parla di altre cose, di lavoro, di contratti..non ci sono mai entrato in questi discorsi, né di droga né di alcol e nemmeno voglio farlo perché tanto loro che ti fanno? E' un problema tuo, non è che possono stare dietro a me, perché poi ognuno ha il suoi problemi, hanno altre cose e poi secondo me non è neppure l'ambiente adatto per queste cose (Firenze 6)

Il giudizio positivo circa il ruolo del sindacato nell'affrontare anche la problematica della dipendenza si registra nei casi di cooperative sociali:

non solo nel mio caso ma anche in altri casi..c'è sempre stata disponibilità all'ascolto, a risolvere le situazioni (Firenze 1)

Aspetti problematici

Posti dinanzi ad una domanda diretta circa i problemi rispetto al lavoro, la metà degli intervistati dichiara di non avere particolari problemi. Può sembrare strano, guardando a ciò che è emerso in precedenza, circa l'avvertita necessità di tenere nascosta una parte così ingombrante della propria vita, e circa i vincoli che il trattamento al Sert comporta. Si può spiegare però se si pensa al ruolo che gli intervistati attribuiscono all'essere in grado di mantenere comunque una attività lavorativa. Ciò rappresenta una conquista rilevante:

Sono in terapia da tanti anni ormai e credo di non avere più problemi, dato che il più grosso, la perdita di controllo, l'abbiamo eliminata (Faenza 1)

No, ora rispetto a prima, diciamo sto passando un buon periodo.Rispetto a prima. (Firenze 9)

Devo dire di non avere grossi problemi, perché i miei superiori sanno che sto seguendo un programma al Sert, quindi, quando ho bisogno, in situazioni straordinarie, di andarci durante l'orario di lavoro, mi autorizzano ad uscire (Mestre 1)

Si riconferma inoltre il ruolo importante dell'affido del farmaco per poter mantenere il lavoro, ma anche l'ambivalenza, che abbiamo già incontrato, rispetto al farmaco sostitutivo e legame di dipendenza dal Sert:

Avrei sicuramente dei problemi se non avessi l'affido. Non riuscirei a venire qui [al sert] tutti i giorni (Faenza 8)

Non c'è comprensione, quindi se non avessi l'affido sarebbe un grosso problema..se dovessi venire tutti i giorni penso che perderei il lavoro (Mestre 4)

Problemi sul posto di lavoro no, è che una schiavitù questa cosa, è un problema, cioè ti permette di fare una vita normale fino ad un certo punto (Firenze 4)

Fra le problematiche denunciate, compare, ancora una volta, lo stigma, con le sue conseguenze:

La credibilità. Le persone pensano che se uno fa uso di sostanze stupefacenti non è affidabile. Non è vero..hanno visto che ero una persona che garantiva la continuità però queste voci che fanno girare su di me fanno avere un po' di diffidenza nei miei confronti (Mestre 3)

Quello che mi scoccia di più è non poter parlare con i miei colleghi liberamente. Sono sicura che mi sentirei meglio e riuscirei a farmi amicizie anche al di fuori del solito giro. Potrebbe essere un buon inizio per staccarsi dal mondo delle sostanze e sentirsi un po' meno tossica (Faenza 10)

Analisi dei dati: i focus group con rappresentanti sindacali

L'analisi dei focus group è stata condotta separatamente, poiché le aree e le categorie emergenti differivano in maniera rilevante.

Mestre

Al focus group hanno partecipato 6 delegati sindacali, perlopiù di grandi aziende (azienda di smaltimento rifiuti, azienda trasporti pubblici, azienda ospedaliera, Fincantieri). Si tratta di aziende oltre i mille dipendenti, a parte una cooperativa sociale di assistenza, che comunque occupa più di quattrocento persone. I partecipanti del focus di Mestre sono siglati con la lettera A e numeri progressivi.

Sono state rilevate le seguenti categorie: ***consumi presenti in azienda, clima in azienda, inserimento del lavoratore in trattamento in azienda, aspetti problematici, proposte.***

Consumi presenti in azienda

Quattro sono le dimensioni del consumo che emergono: alcol, droghe leggere, tabacco, videopoker. Non compaiono le droghe illegali "pesanti" (eroina, cocaina) perché i partecipanti si riferiscono ai consumi manifesti. Si insiste molto sul fatto che i lavoratori tendono a nascondere gli altri consumi:

anche se c'è una dipendenza più nascosta, più mascherata, difficilmente si sa se i colleghi fanno uso di sostanze (A3).

Un elemento che sembra emergere è la non chiara percezione della distinzione fra persona tossicodipendente (non in trattamento) e persona in trattamento, e in particolare fra alcune sostanze psicoattive e i farmaci sostitutivi agonisti: in altri termini, il metadone è identificato come una sostanza stupefacente *tout court* e si può supporre che anche l'effetto di "stabilizzazione" del metadone sia sconosciuto: *ci sono persone che si riconoscono dai tratti tipici di chi fa uso di certe sostanze. Parlo della sudorazione, la bottiglietta d'acqua la mattina in tasca, quei segnali specifici di chi fa uso di sostanze stupefacenti (A5)*

Ci sono stati casi di persone tossicodipendenti che già erano tossicodipendenti prima di essere assunti...erano seguiti dal Sert (A1)

Percezione del clima in azienda

Rispetto a questa categoria, si prendono in esame le dimensioni della *disponibilità* e della *non disponibilità*, che compaiono in modo quasi equivalente (la prima in 4 casi, la seconda in 3).

La *non disponibilità* verso la problematica dei lavoratori/utenti dei servizi sembra legata anche ad un clima più generale:

Entri in un ambiente di lavoro dove non ci sono tempi per i rapporti umani (A1)

Noi siamo una fabbrica che ha subito un riciclo al 70%, quindi sono tutti giovani e tutti competitivi.

Aspirano ad un lavoro che li realizzi, e chi non ci riesce soffre di depressione (A5)

La *disponibilità* viene declinata sia come assenza di disuguaglianze che come solidarietà. Sulle ambiguità che circondano l'idea di solidarietà si vedrà in seguito:

Non ci sono discriminazioni all'interno del mio ambiente di lavoro, né da parte dell'azienda né da parte dei colleghi (A1)

Se è una persona con un carattere che si fa aiutare, forse riesce ad avere dai colleghi una mano, una comprensione, sempre con il rispetto della privacy (A2)

Inserimento del lavoratore in trattamento in azienda

L'inserimento è visto in relazione alla *tutela della persona* oppure alla *tutela dell'organizzazione* produttiva, ma la prima dimensione è maggiormente sottolineata (4 partecipanti su 6 nel primo caso, 2 partecipanti su 6 nel secondo).

Quando compare la *tutela dell'organizzazione* produttiva, è chiaro il riferimento al presunto deficit di abilità della persona in trattamento, semplicemente equiparata al "tossicodipendente" (senza che mai vengano citate le proprietà "abilitanti" dei trattamenti, come si è già accennato):

c'è una corresponsabilità fra gli organi sociali che ci sono all'interno dell'azienda, lì ci sono gru, ci sono pezzi che volano, persone che vanno in quota..per questo che quando c'è un problema, pur rispettando la privacy, tutte quelle cose che sono importanti per tutelare la persona debole, è chiaro che si fa quel che si può senza la paura di voler danneggiare qualcuno (A5).

se si sa, viene aiutato e messo in una situazione lavorativa dove non possa creare danno a sé o ad altri (A2).

Ma anche la dimensione della *tutela della persona* appare perlopiù focalizzata sugli aspetti di debolezza, che vengono ribaditi, più che su quelli delle abilità da valorizzare. Perciò, sul piano operativo, i criteri di inserimento lavorativo che si ispirano alle due dimensioni opposte, appaiono però sostanzialmente convergenti: si ritiene che alle persone in trattamento presso i Sert si addicano collocazioni di minore impegno e responsabilità:

Si è sempre cercato di favorire queste persone mettendole a occupare posti non di grande responsabilità ma dove potessero trovare, diciamo, tra virgolette la soddisfazione del lavoro e un po' di tranquillità (A1)

Aspetti problematici

Gli aspetti problematici, segnalati dai delegati, si organizzano intorno alle dimensioni del *prendersi cura*, della *manca di conoscenza*, dell'*etichettamento*.

La prima dimensione, ossia le modalità insufficienti o disfunzionali del *prendersi cura*, è la più citata dai delegati (la citano 4 partecipanti su 6). Si sottolinea in particolare l'insufficienza del trattamento farmacologico, con accenti che sembrano sconfinare nella diffidenza verso il farmaco: alla base, si avverte un senso comune

che privilegia un'interpretazione della tossicodipendenza come patologia che affonda le radici in un deficit psicologico antecedente al consumo:

è inutile che la persona prenda il farmaco e poi si ritrovi sola (A1)

Secondo me non si ha bisogno solo del farmaco, ma anche dello psicologo e di un aiuto per tirare fuori le motivazioni che aiutino la persona a curarsi (A6)

Mancanza di conoscenza

I partecipanti sottolineano l'estraneità dell'azienda e anche del sindacato a queste problematiche (lo dicono 3 partecipanti su 6). Ciò è imputato al processo di etichettamento, come vedremo dopo, che porta il lavoratore/utente a nascondere il problema, ma anche ad una generica "non volontà" del soggetto di farsi "aiutare":

Problematiche particolari come queste non sono conosciute all'interno della mia azienda (A6)

Il problema è che chi non vuol farsi aiutare, il problema non te lo fa capire...le persone che non vogliono farsi aiutare sono un muro (A4)

Etichettamento

Seppure in maniera meno pressante dei lavoratori/utenti Sert, tuttavia anche i delegati hanno presente i meccanismi di etichettamento delle persone in trattamento o che vorrebbero entrare in trattamento.

Se in ambiente lavorativo tu vai in maniera esplicita a rivolgerti a questo tipo di servizio [Sert] poi hai il timore che questa cosa venga resa pubblica...di venire etichettato (A3)

mai un lavoratore andrà...neppure al Sert perché ti sembra di essere subito identificato come tossicodipendente...sputtanato (A1)

Proposte

In questa categoria, emergono come dimensioni *il ruolo del sindacato, l'attivazione di una rete di supporto sociale, il ricorso al sistema formale di cura, i tentativi fatti*. Il ruolo del *sindacato* è visto sia rispetto ad una più generale attenzione alle persone nella loro individualità, aldilà del loro essere lavoratori (come *cura della persona*), sia rispetto ad un intervento più tecnico, di facilitazione all'accesso ai servizi (*rete coi servizi*):

Il posto di lavoro..diventa un luogo dove la parola d'ordine è il lavoro e basta..non è un posto dove ci può essere anche accoglienza di problematiche che alcuni lavoratori possono presentare..lì deve esserci l'intervento del sindacato (A1)

Il ruolo che possiamo avere potrebbe essere di interconnessione tra il caso specifico, avvalendosi del medico competente..bisogna creare una rete anonima all'interno del posto di lavoro che permetta di veicolare la persona verso una struttura specialistica (A6)

Ma si propongono anche interventi di rete di *supporto sociale*, e nuovi interventi che integrino il *sistema formale di cura*:

Emerge la necessità di avere lo psicologo aziendale, che però non può o non deve essere all'interno del posto di lavoro perché mai un lavoratore andrà sul confessionale del "Grande Fratello" (A1).

Rispetto ai *tentativi fatti*, emerge una collaborazione col Cnca per un questionario sulla percezione della tossicodipendenza in azienda, e l'utilizzo della norma specifica

che permette ai lavoratori di avere permessi speciali per assistere familiari tossicodipendenti. Anche l'introduzione del medico aziendale è vista come una occasione per intervenire più efficacemente sulla problematica in oggetto. Nell'insieme, emerge dai delegati una sottolineatura della dimensione della "solidarietà" verso i lavoratori/utenti/tossicodipendenti. Tuttavia, come si è già accennato, la solidarietà è intesa non tanto come "legame sociale" per favorire il processo di integrazione e normalizzazione di questi soggetti, quanto piuttosto come "aiuto alla persona debole e incapacitata". Questa enfasi sul deficit rischia di trascinare con sé tentazioni coercitive, quali l'allusione a test antidroga:

L'ufficio sicurezza della Fincantieri dice che la privacy non consente di far fare a tutti gli esami del sangue (A5)

Ancora si nota una mancanza di riferimento ad un possibile ruolo del sindacato nel combattere lo stigma. Il ruolo del sindacato è cioè visto nella dimensione dell'approccio individuale alla persona, più che di lavoro sul contesto.

Faenza

Al focus group hanno partecipato 4 esponenti sindacali, provenienti da aziende di medie e piccole dimensioni. I partecipanti sono siglati con la lettera B e numeri progressivi. Sono state rilevate le seguenti categorie: ***percezione dell'uso di sostanze fra i lavoratori, percezione degli atteggiamenti e credenze sul consumo nei luoghi di lavoro, percezione della tossicodipendenza, conoscenze relative ai trattamenti nel Sert, definizione utente Sert, percezione della persona in trattamento sul luogo di lavoro, percezione dei lavoratori in trattamento da parte dei colleghi, gestione del problema nei luoghi di lavoro, aspetti problematici, proposte.***

Circa ***la percezione dell'uso di sostanze***, i delegati citano diverse sostanze, dagli psicofarmaci, alla marijuana, alla cocaina, all'alcol. La cocaina è citata più volte, con riferimento puntuale all'effetto prestativo e ai suoi riflessi sul lavoro.

negli ambienti della cucina io non conoscevo nessuno che non facesse uso di qualcosa tipo amfetamine, cocaina..anche perché dovevi sostenere i ritmi (B3)

negli ambienti della moda, sfilate..anche lì la cocaina va a fiumi..sono tanti gli ambienti in cui usa tanto (B2).

La ***percezione degli atteggiamenti e credenze sui consumi***, offre un quadro delle sostanze più o meno tollerate a seconda delle credenze circa la pericolosità di ognuna e la loro capacità di interferire col lavoro. Per questa ragione alcol e canapa sono le più tollerate, e l'eroina è meno tollerata. La cocaina è riconosciuta come sostanza di più elevato status, in virtù degli effetti di prestazione di cui si è detto:

le droghe leggere io penso siano più tollerate da tutti in quanto non danno poi dei riscontri sul lavoro (B3)

alcune persone che facevano uso di cocaina erano viste molto bene..perché avevano un atteggiamento molto prestante (B3)

l'alcol è comunque visto in una maniera migliore rispetto a qualsiasi altra cosa (B1)

l'eroina ha una ricaduta sul fisico molto più pesante e conseguentemente anche sul lavoro (B3)

La **percezione della tossicodipendenza** è descritta dai delegati in maniera univoca, secondo un approccio moralistico:

sul mondo del lavoro si vede il diverso e si dice ‘te la sei cercata’ (B1)

quando si parla di un tossicodipendente non si va a vedere il suo background..si dice sempre che è una cosa che poteva evitare per cui il fatto di ostracizzare comunque una persona

tossicodipendente viene vista come una cosa che comunque lui è andato a cercarsi (B3)

Le **conoscenze relative al trattamento Sert** sono focalizzate sulla somministrazione dei farmaci, il metadone e il farmaco antagonista all’alcol. E’ citato solo l’utilizzo del metadone a scalare, non di quello a mantenimento. Dell’*attività del Sert*, si coglie soprattutto l’aspetto pubblico e di finalità riabilitativa, attraverso il sostegno farmacologico, ma anche psicologico. Si coglie anche la differenza col trattamento in comunità terapeutica:

penso che abbia un altro impatto.. più realistico, sperando poi di reinserirli nella società civile, nel mondo del lavoro (B1)

Definizione del lavoratore in trattamento farmacologico

Attraverso la definizione si evidenzia l’atteggiamento dei delegati rispetto ai lavoratori in trattamento farmacologico, se cioè essi riescano a cogliere o meno le potenzialità di stabilizzazione e “abilitazione” dello stesso. Le due definizioni che emergono, *paziente* e *tossicodipendente*, in realtà si equivalgono nell’accezione data dai partecipanti: la persona è “paziente”, nel senso che è tuttora “malata” e “tossicodipendente” in quanto assume il metadone. Ciò lascia presumere una concezione della remissione dalla dipendenza legata unicamente al raggiungimento dell’astinenza:

paziente del Sert..non pretendiamo troppo di fare distinzioni accurate fra metadone, eroina etc..il metadone viene associato all’eroina, quindi non viene considerato un farmaco (B1)

io penso che chi è sotto metadone viene associato ad un tossicodipendente (B4)

Perciò a volte le due definizioni (utente del servizio e dipendente) convivono:

diversi anni fa nella mia azienda una che secondo me era seguita dal Sert fu assunta ed era sieropositiva e tossicodipendente (B4)

Questa sovrapposizione conduce ad una incertezza nelle credenze sulle capacità lavorative di queste persone. A volte si sottolineano gli aspetti di abilità, altre volte quelli di anomalia (presunta) del comportamento (nel secondo caso sembra aleggiare la fantasia della “persona in preda alla sostanza”):

penso che una persona seguita dal Sert non venga a lavorare in quelle condizioni [“fatti”], prima di inserirlo nel lavoro penso che abbia fatto un percorso per uscirne un po’, quindi si tratta solo di una persona normalissima che avrà bisogno di un sostegno magari psicologico (B2)

è difficile rapportarsi con una persona che non ha i tuoi stessi comportamenti..la paura del diverso non è solo perché lui ti può danneggiare in qualche modo, ma è anche perché tu poi non sai proprio come gestirla la cosa (B3)

Percezione della persona in trattamento sul luogo di lavoro

La dimensione della *stigmatizzazione* è sottolineata con insistenza, perlopiù sotto forma di pregiudizi diffusi sulle capacità di questi lavoratori:

ho visto persone che facevano il loro lavoro ma si scontravano con questo atteggiamento restio dei colleghi e poi lo vedi subito 'ah! Sei un tossicodipendente, non hai voglia di fare un cazzo! (B2) se una persona normale deve dimostrare dieci, uno con un passato così deve dimostrare di più e forse non è mai abbastanza (B2) per problemi di tossicodipendenza è meglio non saperlo [nel luogo di lavoro]..gli si dimezzano le possibilità di inserimento, lo bolleranno subito e per sempre" (B1)

Alla percezione dell'ostilità nei confronti di questi lavoratori, i delegati contrappongono la *necessità dell'intervento*, perlopiù individuato sotto forma di protezione dei singoli:

una persona che anche all'interno dell'azienda bisogna comunque accompagnarlo e capire le necessità che lui può avere anche perché può star male durante gli orari di lavoro(B4) quello che riesci ad ottenere anche per quella persona, un minimo di agevolazioni..farla stare in un posto più tranquillo..piccole agevolazioni perché il lavoro lo fanno (B4)

Percezione dei lavoratori in trattamento da parte dei colleghi

I delegati tendono a rimarcare che le difficoltà e lo stigma sono perfino più marcati da parte dei colleghi che dei datori di lavoro:

penso che la lotta, io come il resto della Rsu e delle persone un poco più sensibili, non la dobbiamo fare con l'azienda..no sono i colleghi il problema difficile (B1)

Circa l'atteggiamento dei colleghi, si distingue fra quello dei *giovani*(dove compaiono le dimensioni della *chiusura* e dell'*indifferenza*) e, per contrapposizione, quello degli *anziani*, di cui si segnala la *maggiore apertura* ma anche *maggiori pregiudizi*:

riscontro una grande chiusura mentale nei confronti della diversità da parte delle persone giovani (B1).

da noi le ragazze giovani hanno questa indifferenza..prendono anche un po' in giro (B4) l'atteggiamento dei giovani è più di menefreghismo..quello un po' più anziano invece ha molti più pregiudizi e forse è più cattivo, si permettono di dire qualcosa di più (B2)

Gestione del problema nei luoghi di lavoro

Coerentemente all'enfasi sulla chiusura dell'ambiente di lavoro nei confronti dei lavoratori/utenti Sert, il suggerimento che più ricorre per la gestione del problema è "meglio non dirlo":

se è furbo non lo dice di prendere il metadone(B1)

non so quale potrebbe essere il modo per evitare questo [che si sappia] ma certamente c'è un bollino che ti rimane addosso (B2)

se potessero essere inseriti normalmente avrebbero le stesse probabilità degli altri lavoratori, così invece no (B1)

Ma compare anche la consapevolezza che il “non saperlo” impedisce qualsiasi forma di intervento. La collocazione più appropriata è considerata quella nelle piccole aziende, per ragioni d’ordine più generale dovute al clima più umano; e si coglie acutamente come il rapporto diretto con le persone sia il miglior antidoto al fantasma dello stereotipo:

negli ambienti piccoli si cerca di più di inserire la persona, si instaura di più un’amicizia, un legame più intimo...se poi col tempo si viene a sapere, ormai ha comunque instaurato un rapporto, vedi la persona, non il suo problema e basta (B4)

Aspetti problematici

Come già emergeva dall’analisi della categoria sulla definizione del lavoratore/utente, emerge come problema più ricorrente la *percezione negativa della diversità*:

poi è chiaro che una persona sieropositiva nella mentalità di tutti ha l’alone viola, quella è una cosa che è rimasta (B3)

[una persona che esce dagli schemi] viene prima guardata con sospetto...poi se non sgarra per niente...se comunque riesce a fare il suo lavoro e avere un atteggiamento normale, allora ha qualche possibilità, viene però tenuta sotto osservazione dai colleghi (B1)

Il sentimento di disagio rispetto alla diversità è collegato e per così dire addebitato alla *manca di formazione* specifica:

forse manca per avere un approccio migliore verso questi problemi un’informazione...non tutti possono avere una conoscenza delle cose (B2).

Ma si sottolineano anche le *difficoltà relazionali*, attribuite alle caratteristiche del posto di lavoro, percepito come luogo di “non relazione”. Si evidenziano anche le barriere generazionali:

nel mondo del lavoro è molto difficile comunicare...i ritmi sono sempre più stretti e la tensione aumenta (B1)

anni fa quando arrivava una ragazza giovane si instaurava con quelle più anziane un rapporto di amicizia quasi, ci si confrontava molto. Ora si chiudono, fanno le loro amicizie in piccoli gruppi, quindi è difficile parlare e raccontarsi quello che succede (B4)

Si riconoscono inoltre i *limiti del sindacato*:

anche le Rsu spesso non si vedono come gruppo di aiuto per queste persone (B4)

Le proposte

Le proposte sono focalizzate unicamente su due aspetti, che risultano equivalenti (con 5 citazioni su 4 partecipanti): da un lato, una richiesta di *formazione e informazione*, che sembra presentarsi come preliminare per elaborare proposte ulteriori e strategie più complesse, dall’altro il suggerimento operativo si concentra su una *diversa organizzazione del lavoro* per tutelare le particolari esigenze delle persone in trattamento:

già il fatto di formare le persone che fanno parte della Rsu, magari proprio una giornata di informazione e di formazione da parte degli operatori Sert (B4)

da noi si cerca sempre di adeguare gli orari di lavoro alle esigenze del lavoratore...si può passare da un turno all'altro (B2)

se poi uno ha la necessità di lavorare meno ore può richiedere un part time. Noi come Rsu spingiamo sempre per il part time se c'è la necessità (B4)

Rispetto ai tentativi fatti, compaiono le esperienze del *delegato sociale* e delle *liste protette (speciali)*. Sul delegato sociale i pareri sono diversi:

ultimamente è stato avviato un corso specifico per la figura del delegato sociale nelle aziende.

Questo è molto importante: sarà la figura specifica che dovrà raccogliere anche problematiche di questo tipo (B4)

il delegato sociale..di solito è il delegato della Rsu più anziano al quali di solito ci si rivolge per questi problemi e gli altri se ne fregano (B4).

Circa le liste protette, prevale una percezione negativa relativa alla loro inadeguatezza per questo genere di lavoratori; perfino si adombrano rischi di perpetuazione dello stigma:

riguardo alle liste devo dire che se da un lato va bene, perché si dà la possibilità a tutti, dall'altro si viene comunque a sapere chi è in quelle liste..questo crea difficoltà (B2)

se potessero essere inseriti normalmente avrebbero le stesse possibilità degli altri lavoratori, così invece no (B1)

Firenze

Al focus group hanno partecipato 5 esponenti sindacali, perlopiù inseriti a livello di dirigenza e/o di apparato della struttura sindacale regionale. I partecipanti sono indicati colla lettera C e numeri progressivi.

Sono state rilevate le seguenti categorie: *esperienze di vicinanza alle sostanze dei partecipanti al focus, percezione stili di consumo, percezione tossicodipendente che lavora, percezione del trattamento e del farmaco sostitutivo, situazione in azienda, proposte.*

Esperienze di vicinanza alle sostanze

Anche se alcuni citano esperienze in azienda (2), nell'insieme i racconti si rifanno perlopiù a descrizioni di ambienti della droga, collegate a ricordi giovanili, spesso con toni di allarme.

Mi ricordo al cinema Universale, c'era un fumo pazzesco (C4)

Uno si preoccupa perché negli istituti girano le piccole cose. Si sa che c'è. Devo dire che sono sempre intervenute in maniera tempestiva le forze dell'ordine (C5)

Quanta droga giri nelle caserme, e' una cosa sconvolgente (C3)

Percezione stili di consumo

La percezione degli stili di consumo, intesi come trend delle differenti sostanze, e' piuttosto precisa: l'*eroina* e' vista come sostanza in calo (3), mentre la *cocaina* in ascesa. E' invece meno chiara e più ambivalente l'idea di stile di consumo come

modello di consumo e la percezione di modelli di consumo molto differenziati (modelli piu' o meno intensivi e in setting piu' o meno appropriati).

Ricorre la ben conosciuta metafora del *tunnel della droga*, coniata negli anni '80. La metafora sembra riferirsi non solo all'uso problematico e dipendente, ma anche a qualsiasi consumo, specie se prolungato nel tempo:

L'entrata nel consumo è in una fascia adolescenziale fino alla trentina..in verita' sono poche quelli che continuano, che non escono piudal tunnel della droga (C2)

Tuttavia, e' presente anche la percezione di un uso non problematico, specie in rapporto agli stili di vita giovanili:

Un altro rapporto con la droga è stato al liceo, c'erano le occupazioni, diciamo contenuto, c'era una consapevolezza non ho visto nessuna di queste persone degenerare (C3)

Percezione tossicodipendente che lavora

Da osservare che dai partecipanti al focus non emerge la percezione della differenza fra la persona affetta da uso problematico (non in trattamento) e la persona in trattamento. Ambedue sono percepiti come "tossicodipendenti". Non avendo esperienze dirette di colleghi in trattamento, i partecipanti riportano le loro credenze e riflettono le rappresentazioni sociali dominanti. E' dunque presente la rappresentazione della persona "posseduta" dalla sostanza:

Secondo me a livello intellettuale non sono governabili perché la droga annulla secondo me qualsiasi attività' cerebrale (C4)

Ancora, l'immagine della droga come sostanza incontrollabile porta a ritenere che i consumatori non siano in grado di percepire la problematicità del loro stato e che dunque "neghino il problema":

Da quello che ho visto però il tossicodipendente tende a non considerarsi tossicodipendente; adesso cado in un luogo comune, ma uno pensa di poter smettere quando gli pare (C5)

Tuttavia, l'attenzione non è tanto rivolta a individuare e discutere le abilità/inabilità delle persone che usano droghe, o sono in trattamento per uso problematico. Questo aspetto infatti non può essere rilevante poiché prevale la rappresentazione dell'uso di droga come comportamento deviante: in questo caso, il comportamento in sé diventa inaccettabile e moralmente deprecabile, indipendentemente dai riflessi sul lavoro. Non a caso ricorre il termine "drogato" afferente al lessico del modello morale. Perciò il fatto che alcuni tipi di consumatori non abbiano conseguenze negative a livello sociale e lavorativo e' (paradossalmente) segnalato con disappunto, quale segno di "ingiustizia sociale":

A Gianni Agnelli nessuno gli ha mai dato del drogato (C4)

C'è chi è un cocainomane e controlla benissimo l'uso che ne fa della droga per tutta la vita e non verrà mai additato come un drogato, eppure lo è no? (C4)

Né c'è da stupirsi che un comportamento ritenuto deviante (il consumo di cocaina) sia associato nella fantasia ad altri comportamenti devianti:

Dai un'immagine vincente poi torni a casa e ti fai di cocaina magari sei un violento..non sei la persona che porti all'esterno, magari picchi la moglie (C4)

Percezione del trattamento e del farmaco sostitutivo

Questa categoria è analizzata attraverso le dimensioni: *il Sert come ultima spiaggia, il farmaco come facilitatore del reinserimento, il farmaco come altra dipendenza.*

Come già accennato, non è presente alcun accenno alla valenza terapeutica e abilitativa dei trattamenti. Il Sert è percepito come “ultima spiaggia” per chi non ha altre risorse, come servizio stigmatizzante. Da notare ancora l’immagine fortemente invalidata della persona tossicodipendente, che sembra ripercuotersi sul servizio, in termini di possibilità di intervento giudicate limitate:

Se sono dei drogati che vanno al Sert per un aiuto sono a dei livelli tali che l’unico modo per poterli gestire è il farmaco (C4)

Per uno che chiede aiuto, o meglio, si fa aiutare, ce ne sono molti altri che si fanno raccattare col cucchiaino, in fondo al cammino, al processo degenerativo (C5)

Degli strumenti terapeutici del Sert, i rappresentanti sindacali sembrano conoscere solo il farmaco sostitutivo, che è percepito in maniera ambivalente. Da un lato, come poco fa accennato, è visto come puro strumento di contenimento di una situazione irreparabile; dall’altro sembra che ne siano percepite le proprietà di stabilizzazione e di abilitazione al lavoro, con una certa sorpresa:

Non sapevo che con questi trattamenti farmacologici si può andare avanti tutta la vita (C2)

Tuttavia, la lunghezza dei trattamenti con metadone a mantenimento non è immune da riserve, che possono sfociare in condanna aperta:

Avevo sempre pensato che si potesse ritornare..invece è molto difficile la casistica di questo a scalare, generalmente poi c’è una dose (C2)

Per cui sono farmacodipendenti, cioè un’altra droga praticamente. Se tu non riesci a liberartene..(C4)

Situazione in azienda

La categoria della ***situazione in azienda*** è analizzata attraverso le dimensioni *dell’atteggiamento dell’azienda, dell’atteggiamento verso il lavoratore in trattamento, il comportamento dei colleghi, il comportamento del lavoratore in trattamento.*

La percezione dei sindacalisti è di indisponibilità da parte dell’azienda, fino al caso estremo dell’espulsione nel caso dei corpi di polizia.

La polizia ha un suo metodo particolare..tende a ripulirsi all’interno senza seguire la persona che ha avuto disagio (C3)

Peraltro, le reazioni dell’ambiente di lavoro non si differenziano per negatività da quelle dei datori di lavoro. La prima reazione è di incredulità, seguita da condanna e emarginazione. Ritroviamo lo stereotipo riguardo i pericoli del contatto sociale con chi assume droghe ed è (o meglio si suppone essere) sieropositivo:

Fuori dalle ipocrisie io credo che la prima reazione è sempre di condanna che in genere tutti noi abbiamo (C4)

Sì di emarginazione, anche perché può essere sieropositivo e lo tiene nascosto (C4)

Se rimane la riprovazione per il comportamento, l'emarginazione tuttavia è vista come superabile a patto che il lavoratore sia una persona che si conosce: in tal caso è possibile vedere la persona oltre lo stigma:

Se è nuovo viene visto in un'altra maniera, se è tanto che fa il suo lavoro viene più aiutato non c'è più la condanna, non c'è più l'isolamento (C1)

Come conseguenza dell'ambiente di lavoro ostile, il lavoratore tende a nascondere il comportamento e le eventuali problematiche connesse:

Parlando delle persone che ho conosciuto, tendono tutte quante a non avere un lavoro stabile e tendono naturalmente a nascondersi, anche perché sanno perfettamente che può nascere un pregiudizio (C5)

Di fronte a chi si nasconde, i sentimenti sottostanti sono di nuovo ambivalenti. Da un lato c'è comprensione verso chi si ritiene "debole" (non a caso, il problema del lavoratore "vittima" della droga viene accostato a quello del lavoratore vittima del mobbing); e si esprime preoccupazione per il fatto che la problematica emerga solo quando diviene insormontabile. Dall'altro, rispunta la riprovazione per chi è percepito come soggetto "forte" e come tale in grado di evitare la condanna sociale:

Come per il mobbing, troppo tardi, proprio quando la persona ha delle difficoltà quasi insormontabili, allora c'è l'apertura e questo è malissimo..perché gli errori ci sono, bisogna aiutare a farli emergere (C2)

Il manager non ti va al Sert e mi chiedo: perché? Perché sa di uscire allo scoperto e sveli tutte le sue mancanze (C4)

Proposte

Dai partecipanti al focus di Firenze, emergono numerosi spunti, nelle dimensioni della *informazione e formazione, sensibilizzazione sociale, ricorso al sistema formale di cura, modifiche legislative, lavoro di rete.*

Alcune di queste dimensioni, come la formazione/informazione il ricorso al sistema formale di cura, sono più comuni, e già sono emerse negli altri focus group:

Nelle scuole viene sottovalutata la figura dello psicologo e invece è essenziale avere una figura come lo psicologo ..lo studente si avvicina allo specialista perché ha un problema perché alle volte la famiglia non è in grado di dare risposte (C4)

Anche nei luoghi di lavoro, anche nel sindacato, ci sarebbe bisogno di una figura come lo psicologo (C4)

Originale è invece la dimensione della sensibilizzazione sociale, intesa come lavoro rivolto alla comunità:

Deve essere un problema da affrontare da parte di tutti, cioè deve essere una comunità che non si isola, che affronta con coraggio i propri problemi (C2)

Tuttavia, non si concepisce tanto un'azione volta a mutare la rappresentazione sociale del consumo e della dipendenza, quanto a cercare di eliminare il "deficit"

rappresentato dal consumo di droghe. Si riaffaccia l'idea del consumo come sintomo di disagio sociale, che porta a interrogarsi sulle cause:

Una campagna che parta dal basso tutti insieme e che sia una campagna né di breve durata, né tanto meno a spot, deve essere di contenuto educativo..che vada un po' oltre il discorso moda e che riguardi un discorso di cultura. Perché continua questo tipo di consumo? Ho l'impressione che i dati cambino poco negli anni (C2)

Peraltro, il dilemma circa la direzione del lavoro di comunità rimanda alla definizione sociale del consumo di droghe illegali, che si presenta appunto come dilemma irrisolto: si tratta di un comportamento legato a uno stile di vita che si sceglie, oppure si tratta di una "patologia"? E' un bivio teorico ben conosciuto, rispetto ai modelli di interpretazione del consumo, che qui è espresso con singolare efficacia:

Una persona normale che in determinati momenti ha voglia di fare una cosa e quindi lo fa..molte di queste situazioni sono così: la gente che fa uso di qualche sostanza lavora tranquillamente, anche se non lo sappiamo, da tutte le parti, non escludo neppure che ci possano essere tra noi. Ora però quando si tratta di aiutare un soggetto bisogna individuarlo e classificarlo e la domanda è: si evidenzia una patologia? (C3)

Come e' prevedibile, rientra piu' facilmente nella tradizione sindacale la tutela (anche tramite modifiche legislative) del lavoratore come persona debole, affetta da patologia o handicap, che non un lavoro rivolto alla comunità per contrastare la stigmatizzazione di un comportamento ritenuto deviante:

La realizzazione di norme di carattere specifico presupporrebbe qualcosa in cui si evidenzia: mi dispiace, ma tu sei un soggetto che non fa una scelta, ma ha una patologia, e in che misura, perche' ad esempio invalido civile e' colui che ha il 33%..io lo riterrei riduttivo ma ci vuole tutta un'innovazione normativa che parta dall'individuazione del danno che una persona ha (C3)

Coerentemente, le proposte di tutela sono le più concrete:

Io contratterei: prima di tutto la salute del lavoratore! Cioe' il lavoro viene in secondo piano, cioe' se tu hai bisogno di avere un lavoro flessibile, io te lo concedo! (C4)

Ciò non significa però che i sindacalisti non avvertano puntualmente che esiste un problema di innovazione culturale all'interno del sindacato:

Bisogna fare un po' di autocritica, sindacalmente intendo, che il sindacato anche se oggi si sta rinnovando rispetto a queste tematiche, però è ancora molto indietro nelle fabbriche, nelle aziende si parla ancora del sindacalista in maniera tradizionale (C2)

Possiamo dire che c'è bisogno di conoscersi di più, che il sindacato conosca di più il problema, dei lavoratori che hanno questo problema, che comunque sono dei lavoratori (C1)

Fra i tentativi di innovazione, si ripresenta l'introduzione della figura del delegato sociale, cui si attribuisce una certa importanza:

Noi abbiamo fatto per due anni e mezzo un tentativo unitario a livello nazionale: progetto delegato sociale, proprio per dotare qualche centinaio di delegati di alcune conoscenze rispetto ad alcune problematiche di un campo vario dei nuovi disagi: uso e abuso di sostanze, disagio lavorativo. (C2)

Conclusioni

Le persone pensano che se uno fa uso di sostanze stupefacenti non è affidabile..non è vero..

Non mi sono mai comportato male né tanto meno sono andato a barcollare, io sono sempre andato normalissimo, ho preso il metadone e basta, io fo il mio lavoro, fo quello che c'è da fare e basta

Rispetto al processo di normalizzazione, che la ricerca intendeva sondare, emerge come primo dato rilevante la differenza di percezione fra i lavoratori/utenti e il contesto lavorativo. I primi mostrano di essere coscienti delle proprie abilità, che giudicano non differenti da quelle dei “normali”: in particolare emerge la consapevolezza delle proprie capacità lavorative, che si colora a volte perfino di toni rivendicativi, nei confronti di un contesto che le nega. Al contrario, sia i colleghi che i datori di lavoro risultano perlopiù fortemente influenzati dagli stereotipi legati ai modelli morali e *disease* di interpretazione del consumo. In particolare, il secondo è quello dominante, com'era da aspettarsi (la persona “posseduta” dalla sostanza). Il problema principale è perciò lo stigma, che opera secondo il meccanismo classico: quale “differenza indesiderata”, esso si tramuta in “identità negativa”, che riassume e esaurisce tutti gli aspetti di vita della persona (Goffman, 1963). Perciò, paradossalmente, i lavoratori/utenti Sert devono nascondersi, per essere se stessi: sulla inevitabilità di tenere nascosta, non solo la dipendenza, ma anche la frequentazione del Sert, le valutazioni dei lavoratori e dei sindacalisti concordano. Secondo un processo ben conosciuto, l'etichettamento della persona come “drogato” ha riflessi negativi sulla percezione della propria identità: non a caso, proprio sulla definizione di sé gli intervistati manifestano un perdurante travaglio, e comunque essa ruota ancora intorno al “problema” droga piu' che alle proprie singolari caratteristiche.

La differenza di credenze fra i lavoratori/utenti e l'ambiente di lavoro discende anche dalle differenti aspettative circa i trattamenti: se i primi dimostrano di apprezzare le proprietà di stabilizzazione dei farmaci, per il contesto lavorativo non esiste perlopiù una vera distinzione fra tossicodipendente/utente in trattamento/ex tossicodipendente. Non si tratta solo di una scarsa conoscenza del problema specifico dei trattamenti per le dipendenze: lo stigma, in quanto tratto fondamentale e indelebile attribuito alla persona, sembra esaurire in sé le conoscenze e si frappone a eventuali occasioni di approfondimenti. Come esprime con grande lucidità un intervistato, riportando la propria opinione circa il punto di vista dei colleghi: *Se sei tossico, lo sei per tutta la vita.*

Su quest'ultimo aspetto, le credenze dei sindacalisti non sembrano differenziarsi molto da quelle del contesto lavorativo: chi è seguito da un Sert è comunque un “tossicodipendente”. Perciò, non emerge una chiara consapevolezza delle proprietà curative dei programmi dei Sert, anche se raramente compare la ripulsa verso il

metadone. E' questa un'area problema, rispetto all'atteggiamento dei sindacalisti, che, come vedremo, ha riflessi sulle proposte operative che vengono avanzate. Tuttavia, emergono anche dei punti forza: in primo luogo, i sindacalisti sono perlopiù d'accordo nell'avviare un lavoro specifico di formazione e informazione negli ambienti di lavoro, e si segnala positivamente l'esperienza già avviata del delegato sociale (anche se alcuni avvertono rischi di settorialità). In secondo luogo, compare la proposta di un raccordo coi servizi, che segnala la volontà di ampliare il raggio d'azione, proiettandosi dal luogo di lavoro alla comunità territoriale. In terzo luogo, compaiono spunti interessanti di valutazione circa il clima generale che si respira nei luoghi di lavoro, poco favorevole alle relazioni interpersonali, e dunque quanto mai propizio al perpetuarsi dei pregiudizi nei confronti dei lavoratori/utenti.

Se da un lato i sindacalisti denunciano i ritardi del sindacato sul tema, dall'altro prefigurano interventi complessi rivolti sia all'individuo (il lavoratore utente), sia al contesto lavorativo e alla comunità territoriale. Ma poiché, come si è detto, anche i rappresentanti sindacali sembrano condividere la rappresentazione del consumatore e/o utente quale soggetto sostanzialmente inabilitato dalla droga, l'azione rivolta agli individui si prefigura come protezione e tutela della debolezza (invece che come promozione delle abilità, a contrastare gli stereotipi correnti): ad esempio, si propongono spostamenti dei lavoratori/utenti in mansioni meno impegnative, in part time etc. Coerentemente, anche a livello collettivo, non si pensa tanto ad un lavoro per mutare la rappresentazione sociale del consumo di droga (da deficit a differenza/differenze presenti nella comunità): la sensibilizzazione del contesto cui molti partecipanti ai focus group si riferiscono è intesa come ricerca delle "cause" del deficit (il consumo), per meglio eliminarlo dalla comunità stessa.

Peraltro, proprio sulla "tutela della debolezza" si registra una mancanza di accordo psicosociale, fra i rappresentanti sindacali e i lavoratori intervistati. Ovviamente, influisce la attuale mancanza di rapporto fra questi lavoratori e il sindacato, denunciata sia nelle interviste che nei focus group (solo nell'esperienza delle cooperative sociali, il sindacato è presente, con un giudizio positivo dei lavoratori). Ma, più alla radice, sono proprio le rappresentazioni sociali che divergono: i lavoratori si aspettano di essere tutelati non in quanto soggetti deboli, ma come lavoratori "alla pari".

E' questo il nodo principale che la ricerca illumina, e che andrebbe approfondito. Esso è particolarmente stimolante perché, al di là della problematica specifica che qui affrontiamo, ripropone un tema più generale (sollevato in primis dall'emergere della soggettività femminile negli ultimi decenni) e quanto mai attuale: la tensione fra uguaglianza/ differenza, e i limiti di una rappresentazione simbolica della differenza in chiave di "debolezza da tutelare".

Un'altra direzione di approfondimento, che la presente ricerca indica, riguarda i trattamenti dei Sert, in particolare quelli farmacologici. I Sert dimostrano di aver guadagnato la fiducia degli utenti (o almeno una maggiore fiducia rispetto al passato): in particolare, l'apertura dei servizi ai trattamenti con farmaci sostitutivi a mantenimento è accolta in genere positivamente. Tuttavia, gli utenti colgono puntualmente sia i vantaggi dei trattamenti farmacologici a lungo termine, di cui si è

detto, sia gli svantaggi, in termini di dipendenza dall'istituzione (piu' che dal farmaco stesso). Una dipendenza che risulta particolarmente gravosa non solo perche' si tratta ovviamente di istituzioni anch'esse "stigmatizzate" (sulla scia dei loro utenti); ma anche perche' i servizi sembrano assolvere ad una residua funzione di controllo, accanto a quella terapeutica (si veda ad esempio il meccanismo dell'affido del farmaco come "premio" per l'astinenza dalle droghe illegali, cui fa riscontro come "punizione" la sospensione dello stesso in caso di episodio/episodi di consumo).

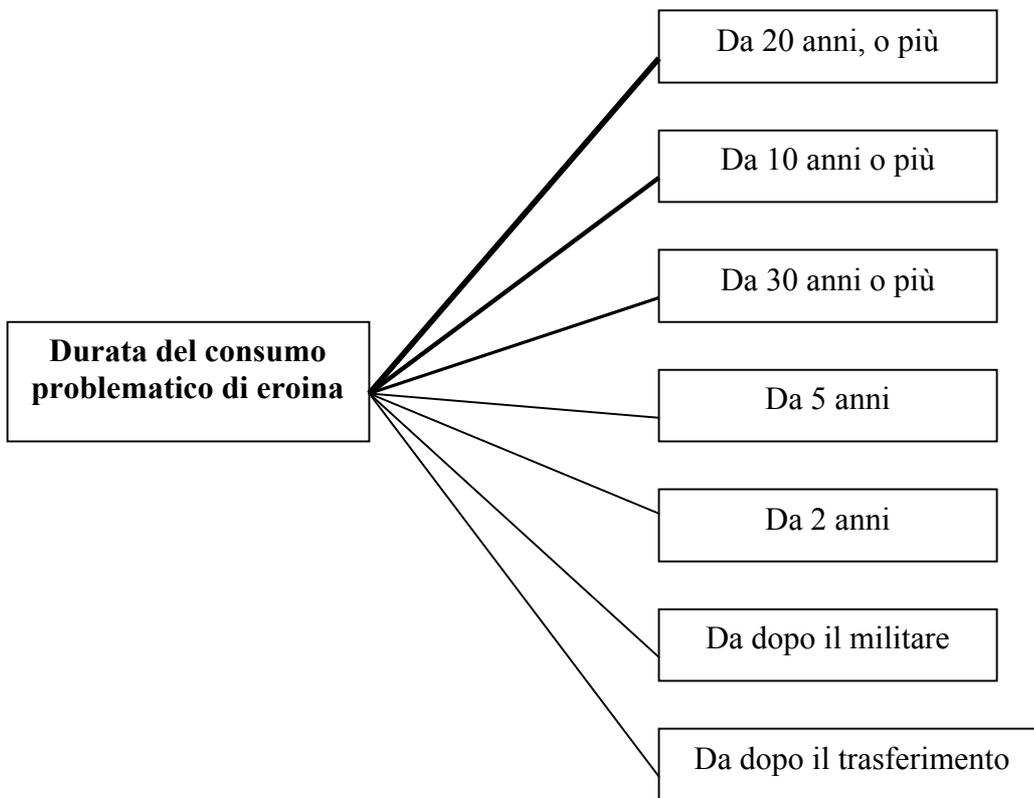
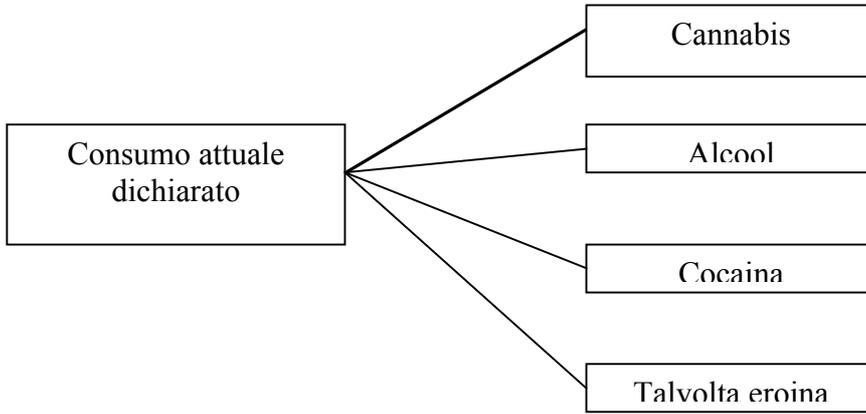
Bibliografia

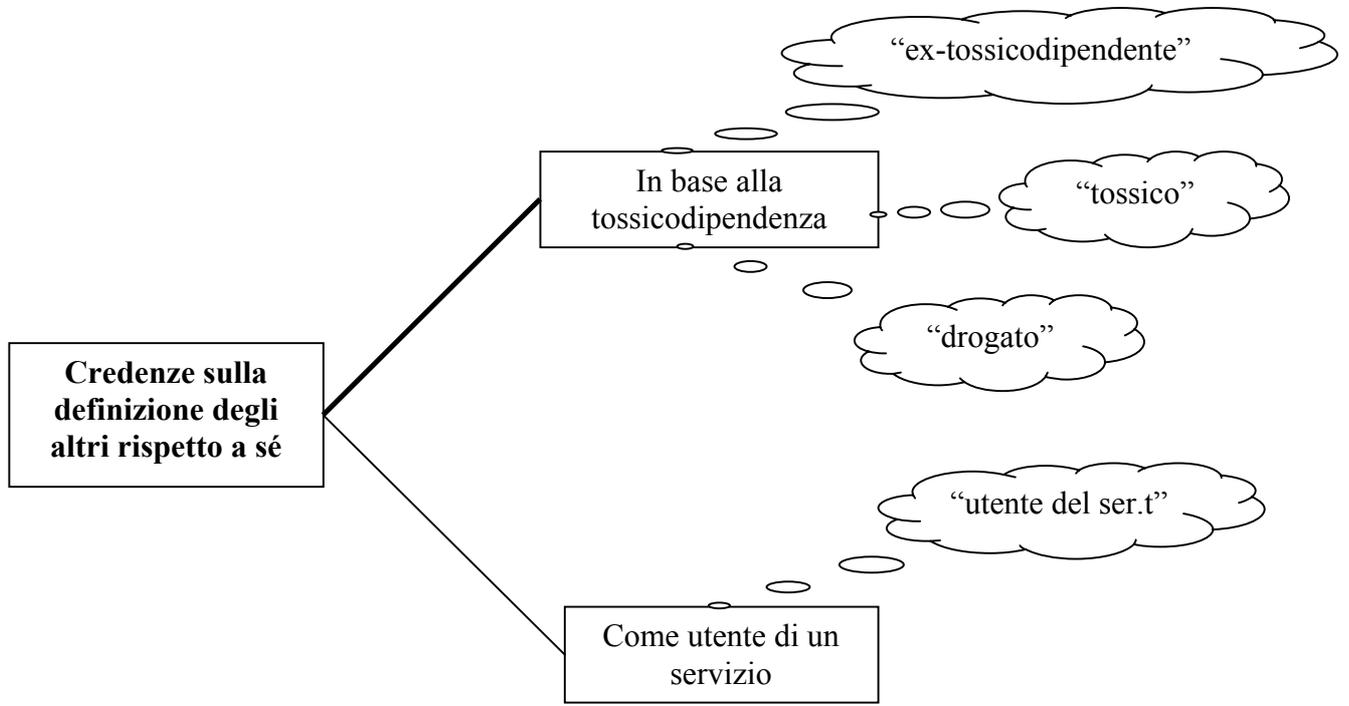
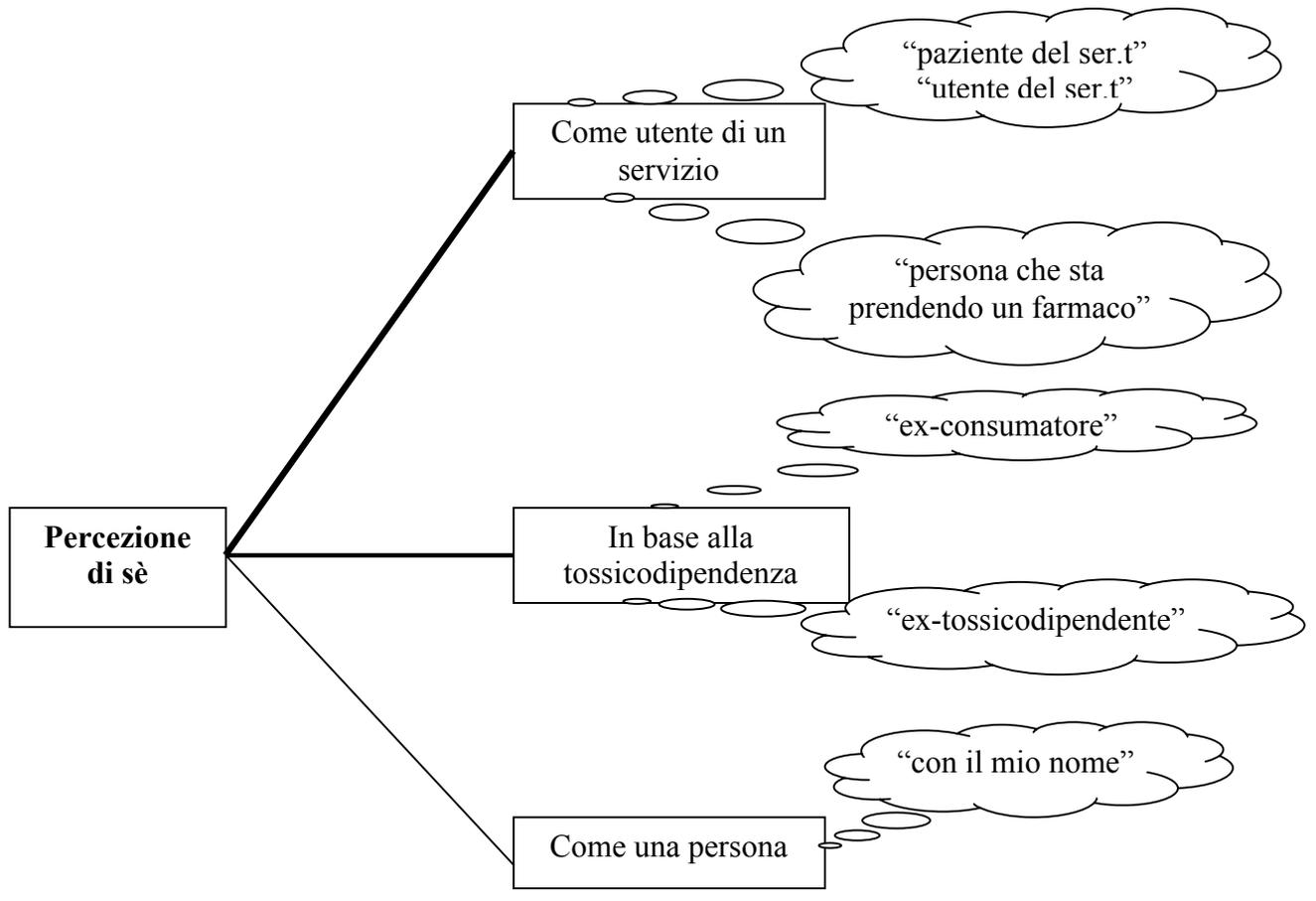
- Cohen P. (1999), "Shifting the Main Purposes of Drug control: from Suppression to Regulation of use". Reduction of risks as the New Focus for Drug Policy", *The International Journal of Drug Policy*, 10, pp.223 sgg.
- Decorte T. (2001), "Drug users' perceptions of 'controlled' and 'uncontrolled use'", *International Journal of Drug Policy*, 12, pp.297 sgg.
- Goffman E. (1963), *Stigma*, Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey
- Marlatt G.A. (1996), "Harm Reduction: Come as You Are", in *Addictive Behaviors*, 21, 6, pp.779 seg.
- Marlatt G.A. (ed) (1998), *Harm Reduction*, The Guilford Press, New York
- Merlo R. (1996), "Marginalità, devianza, tossicodipendenza", in B.Zani, A.Palmonari (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna
- Meringolo P., Zuffa G.(2001), *Droghe e riduzione del danno. Un approccio di psicologia di comunità*, Edizioni Unicopli, Milano
- Miller W.R., Rollnick S. (2002), *Motivational Interviewing*, The Guilford Press, New York (second edition)
- Orford J., Keddie A. (1986), "Abstinence or Controlled drinking in clinical practice: a test of the dependence and persuasion hypothesis", *British Journal of Addiction*, 81, pp.495 sgg.
- Orford J. (1992), *Community Psychology. Theory and Practice*, Wiley, Chichester
- Scarscelli D. (2003), *Riuscire a smettere*, Ega, Torino
- Shewan D., Dalgarno P.(2005), "Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow: Evidence for controlled heroin use?", *British Journal of Health Psychology*, 10, pp.1 sgg.
- Tucker J.A., Pukish King M.(1999), "Resolving Alcohol and Drug Problems: Influences on Addictive Behavior Change and Help Seeking Processes", in Tucker J.A., Donovan D.M., Marlatt A.G.(eds), *Changing Addictive Behavior*, The Guilford Press, New York
- Zinberg N.(1984), *Drug, set and Setting*, Yale University, New Haven

Allegati

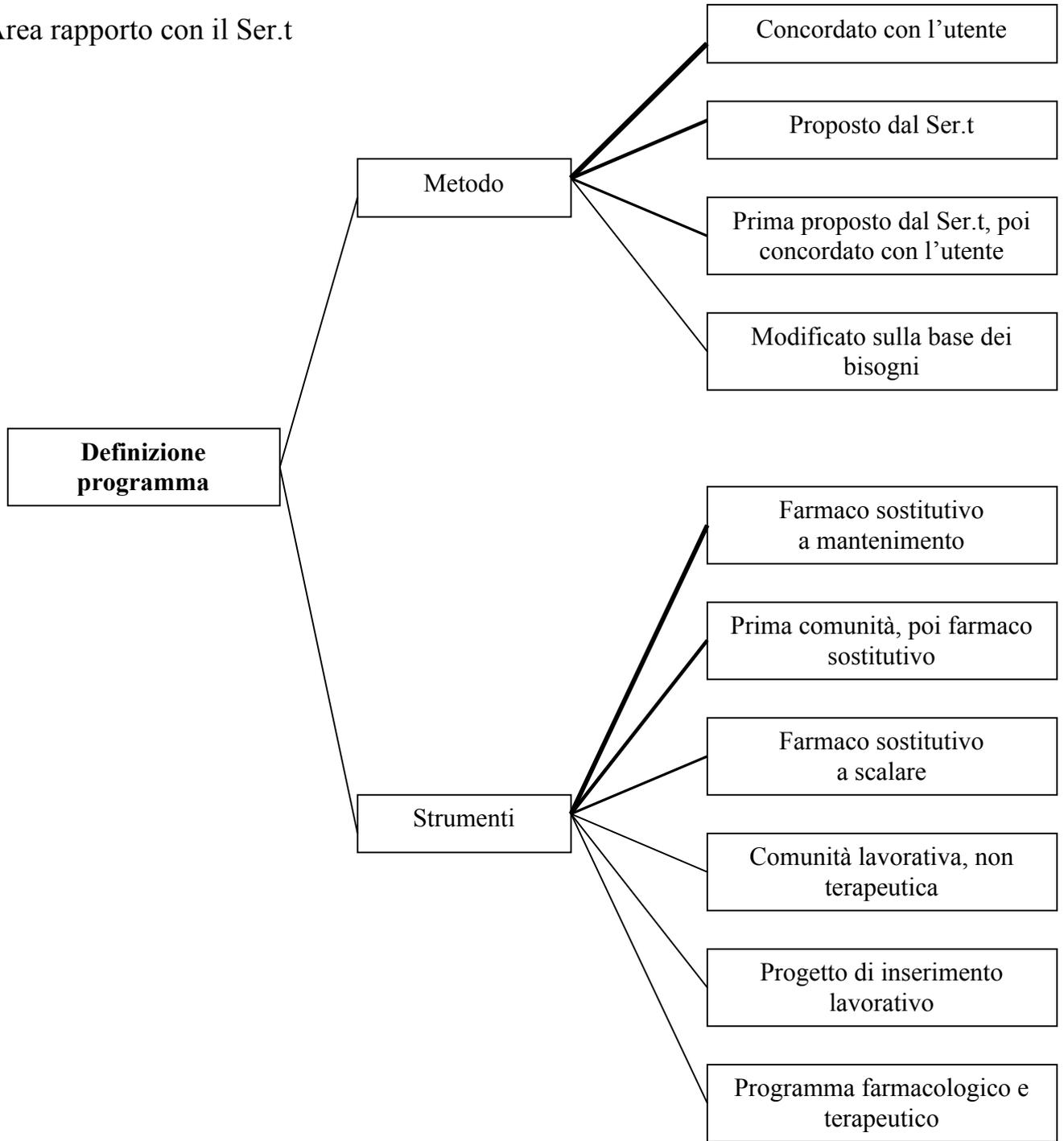
Gli “alberi” concettuali

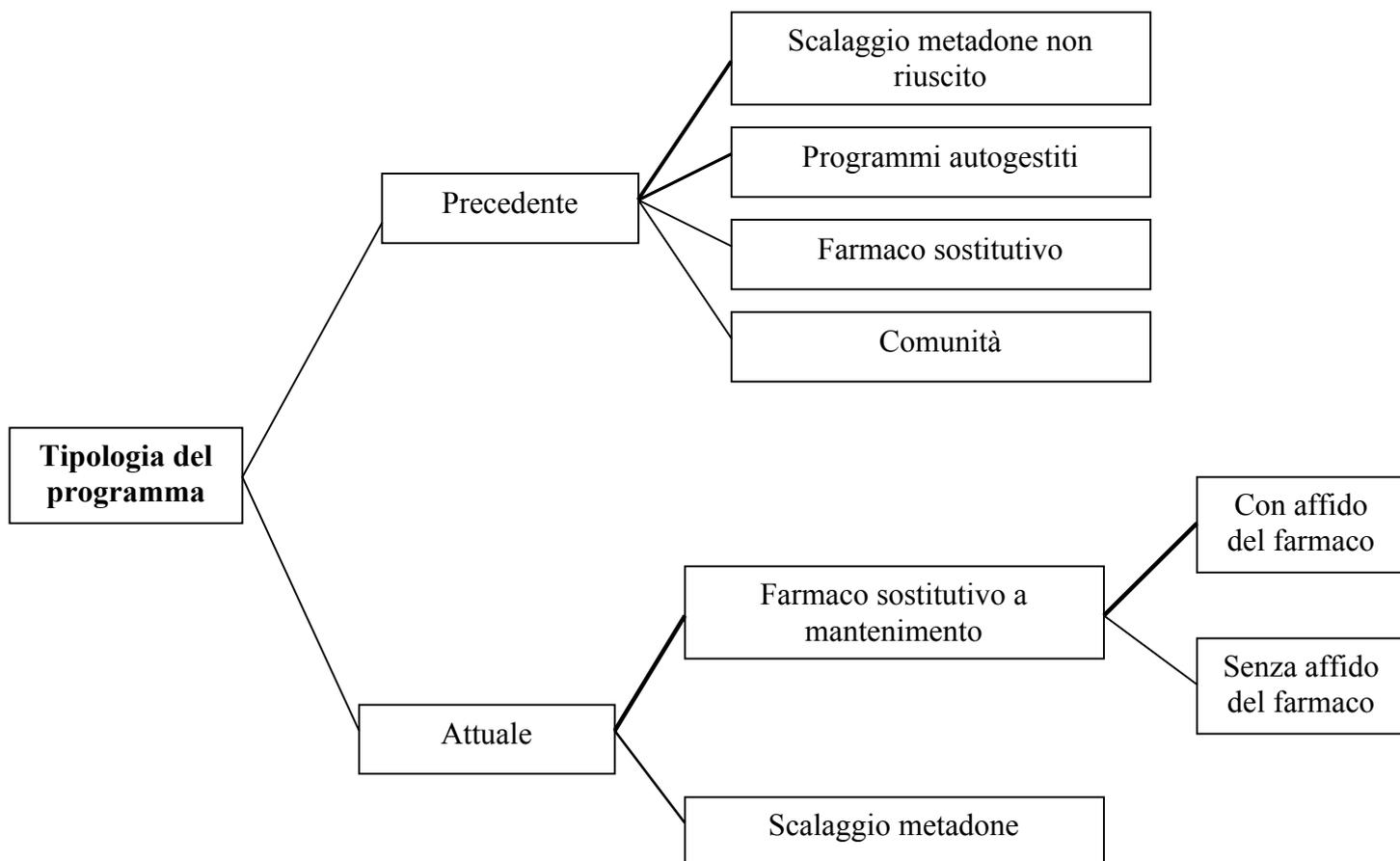
Area dipendenza

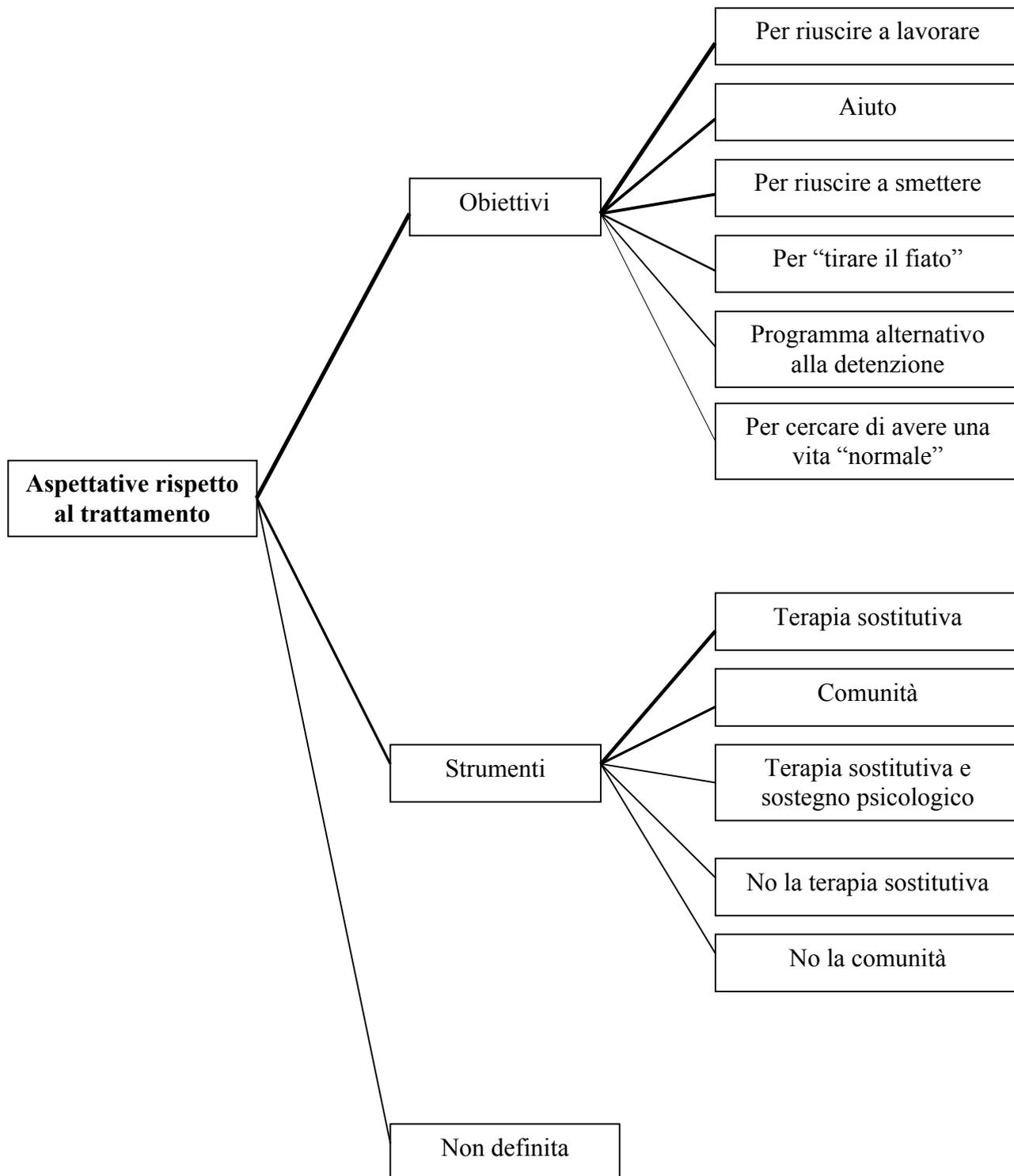


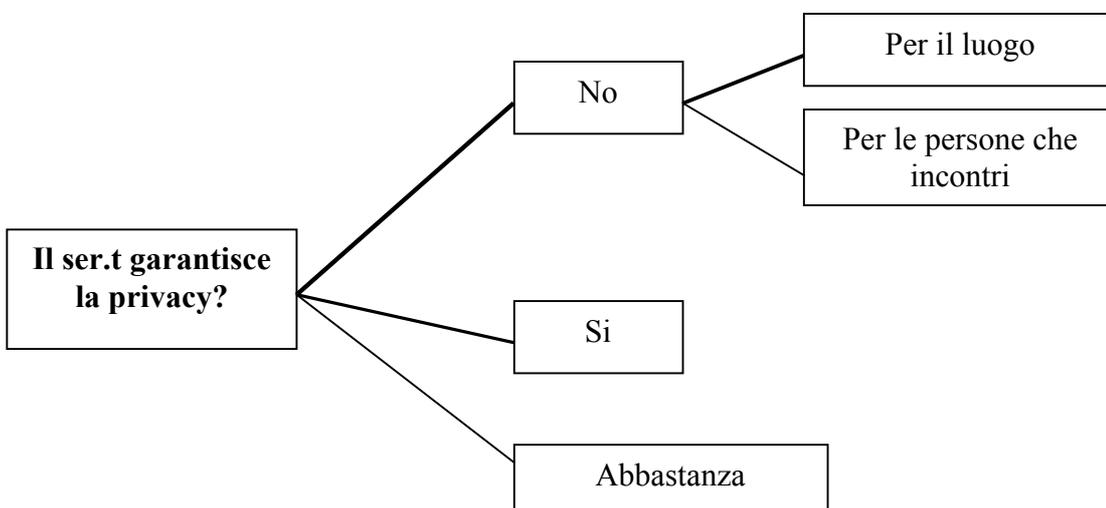
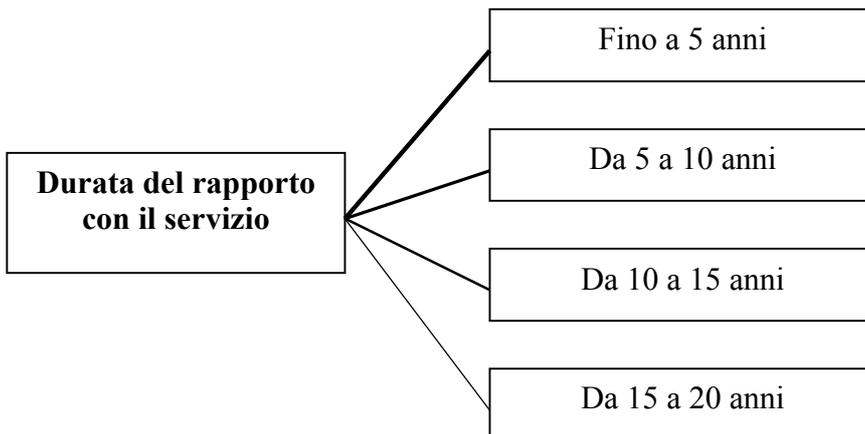
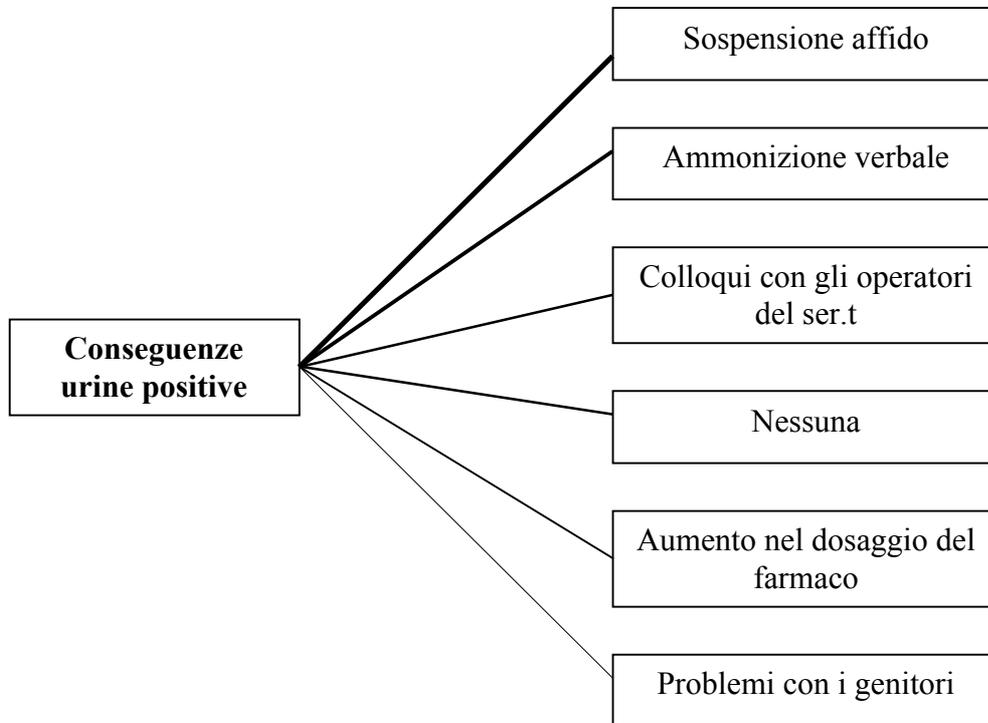


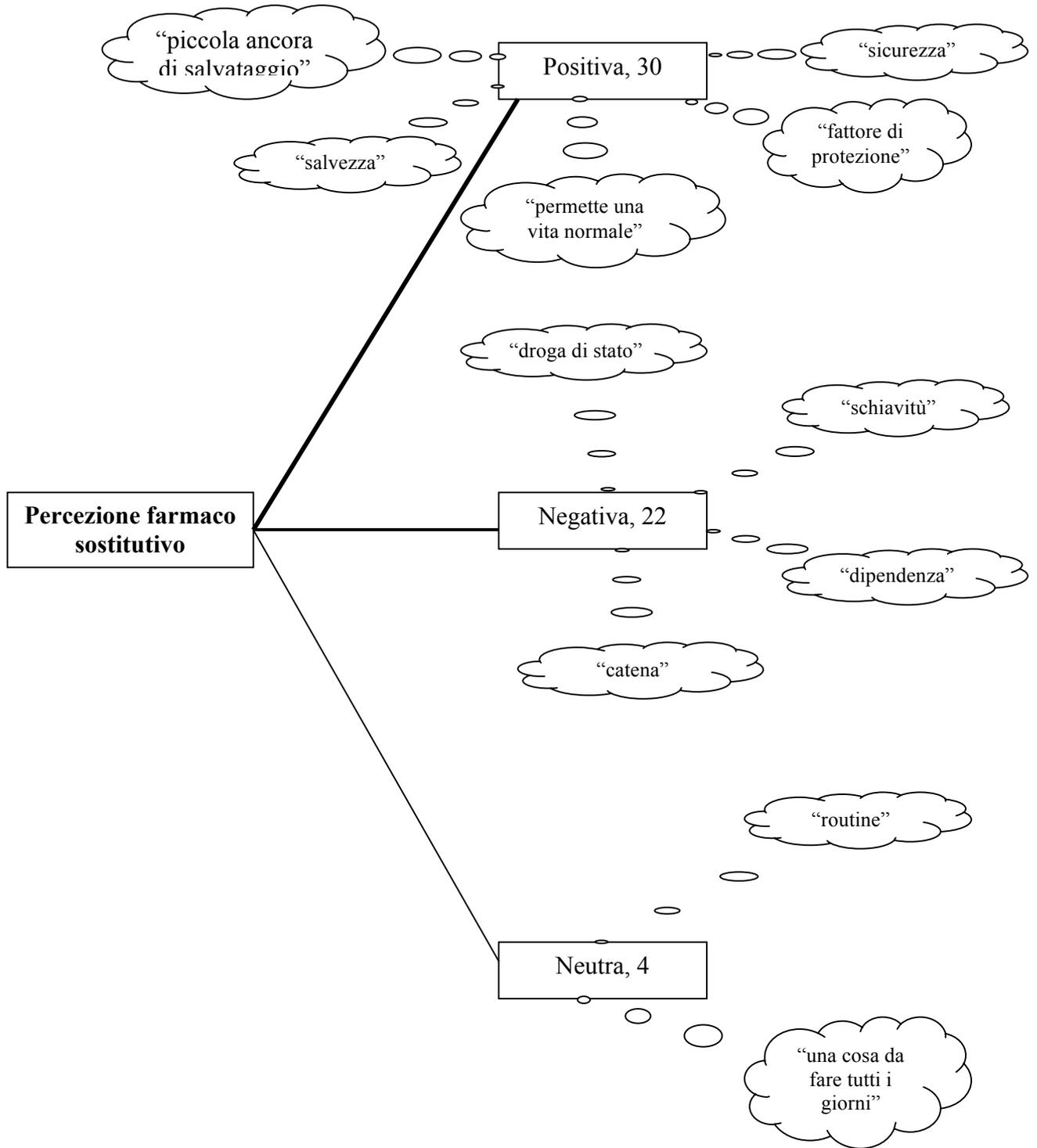
Area rapporto con il Ser.t





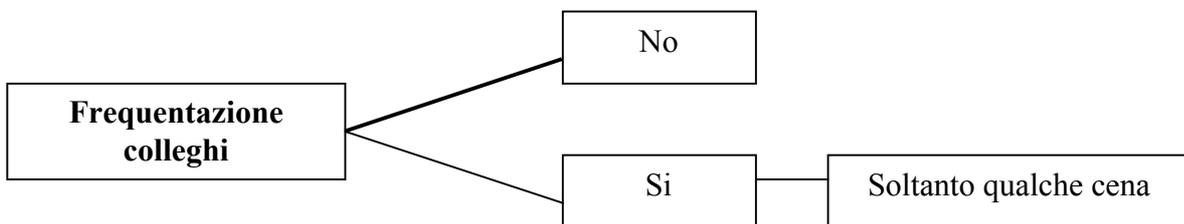
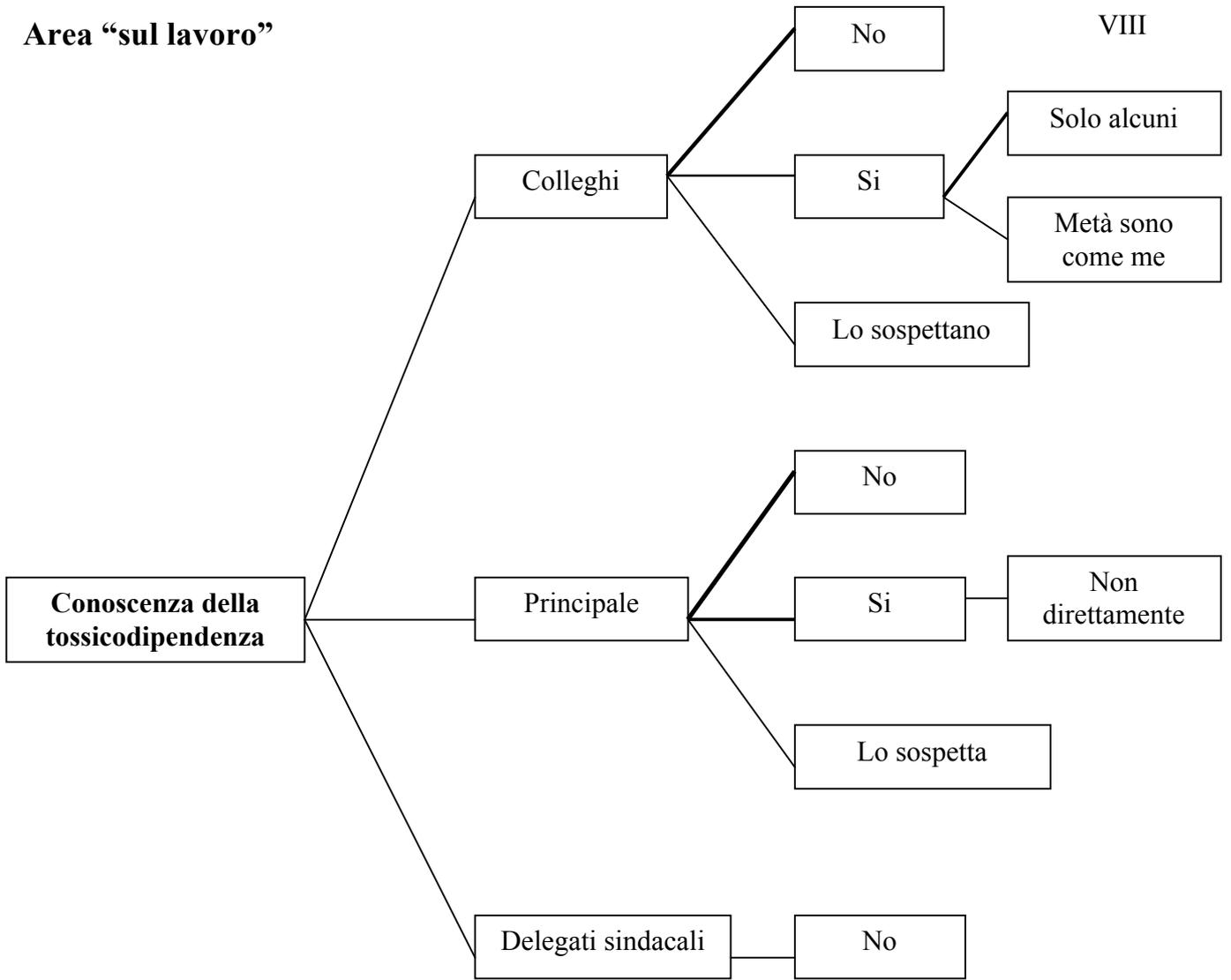


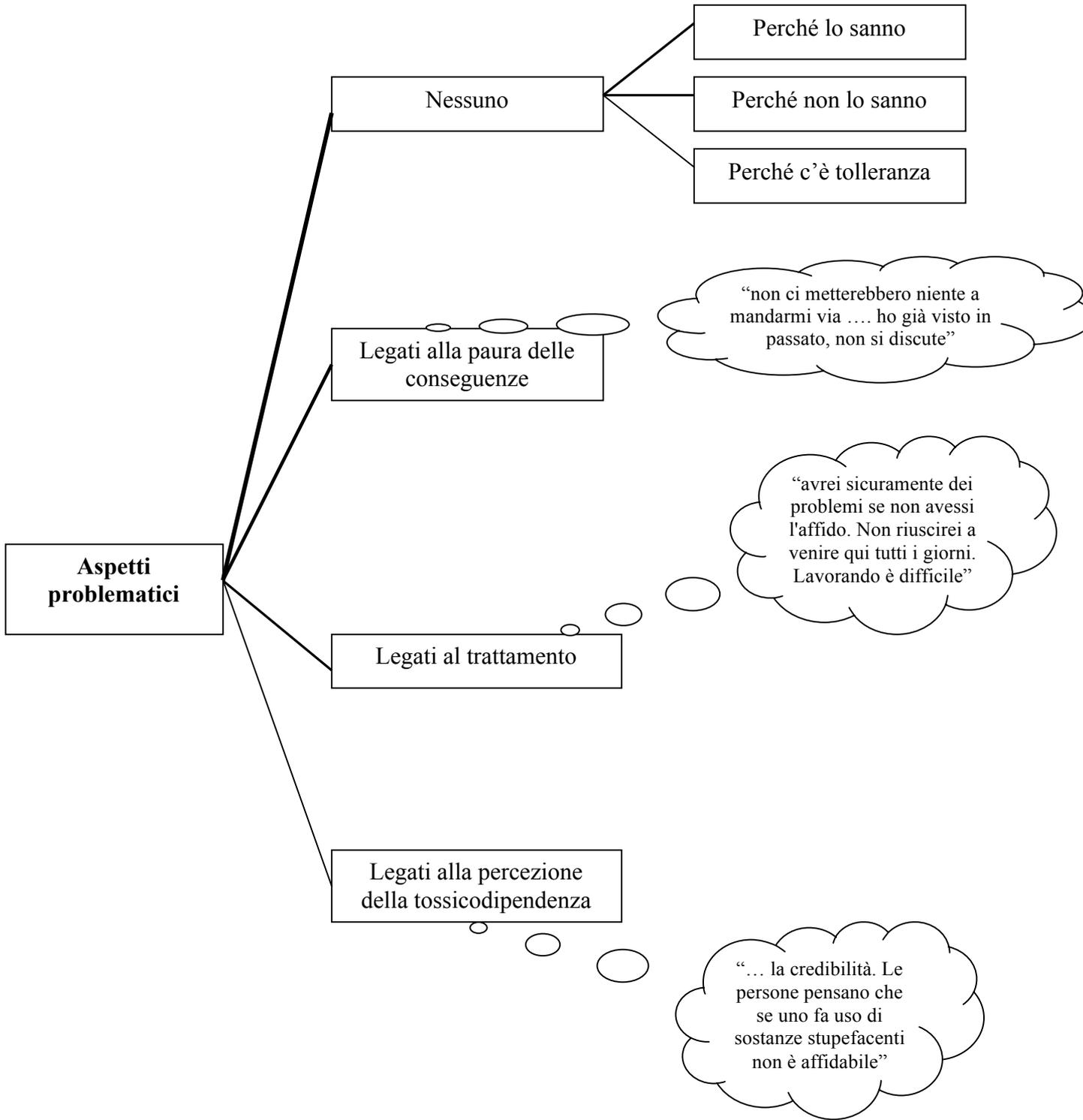


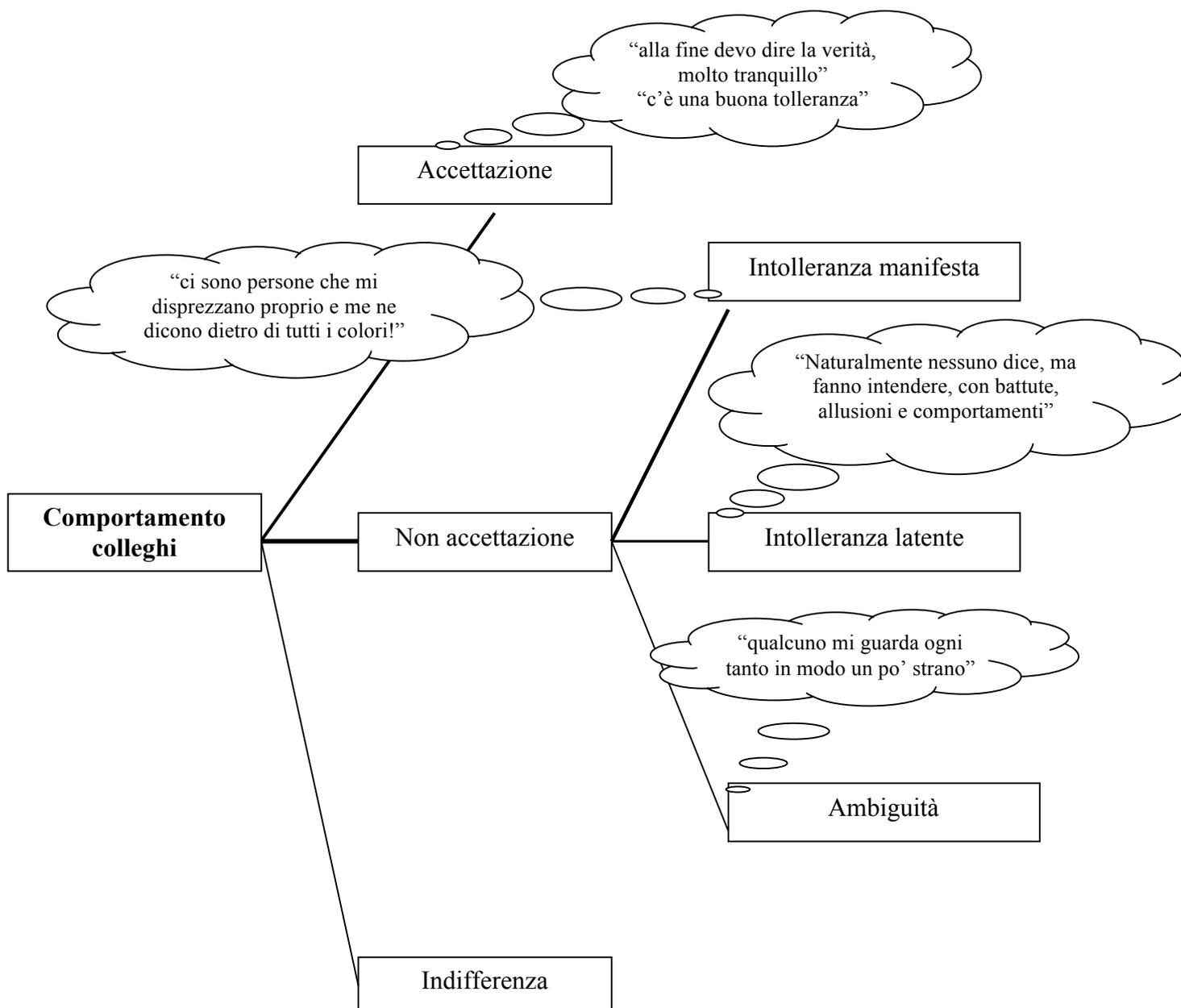
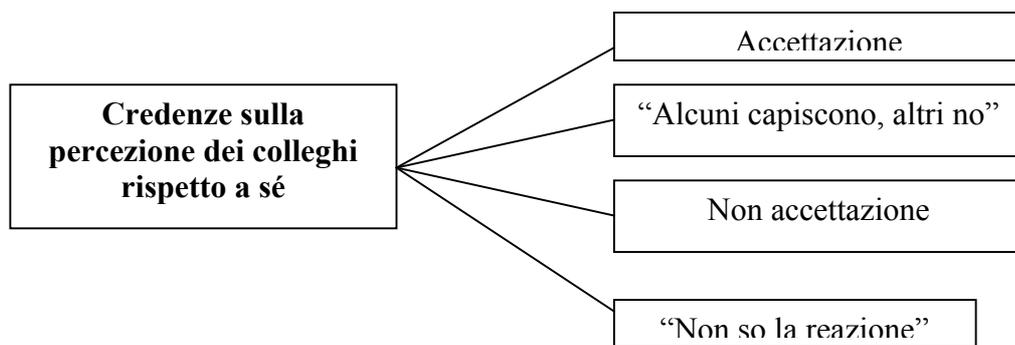


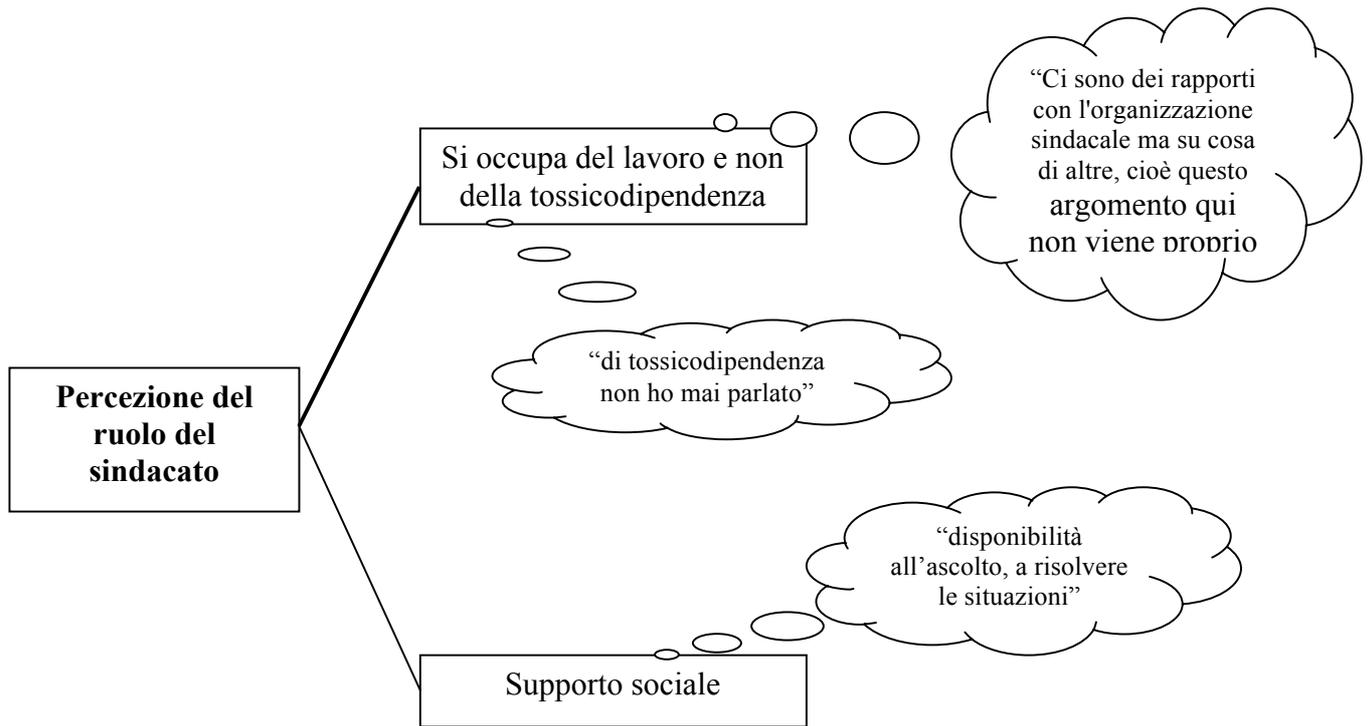
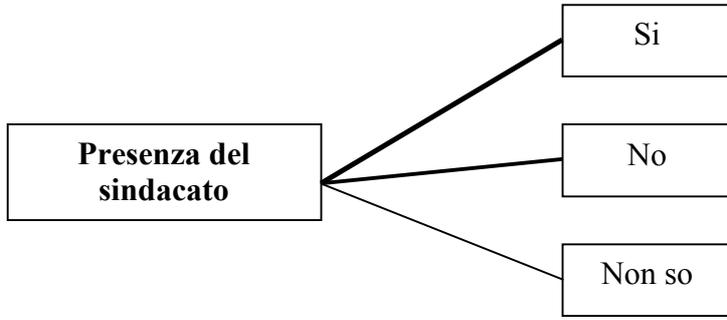
Area “sul lavoro”

VIII









FOCUS GROUP MESTRE

XII

**Percezione clima
in azienda**

Disponibilità, 4

Non disponibilità, 3

“non ci sono discriminazioni
all'interno del mio ambiente di
lavoro, né da parte dell'azienda
né da parte dei colleghi”

“il posto di lavoro diventa un luogo dove
la parola
d'ordine è lavoro e basta. Non è un posto
dove ci può essere anche accoglienza di
problematiche”

Alcool

Droghe leggere

Tabacco

Videopoker

**Consumi presenti
in azienda**

XII

**Inserimento del
lavoratore in
trattamento in azienda**

Tutela della persona, 4

“posti dove potessero trovare diciamo la soddisfazione del lavoro e un po' di tranquillità”

Tutela dell'organizzazione, 2

“se si sa viene messo in una situazione in cui non possa creare danni. Questo vale per qualsiasi droga anche per l'alcool”

**Aspetti
problematici**

Legati al prendersi
cura, 4

“è inutile che la persona prenda il farmaco e poi si ritrovi sola. La solitudine, l'essere abbandonati il non essere valorizzati... se si affrontano anche questi aspetti secondo me è meglio”

Mancanza di
conoscenza, 3

“non abbiamo strumenti perché ci mancano le conoscenze sul problema”

Etichettamento, 2

“se in ambiente lavorativo tu vai in maniera esplicita a rivolgerti a questo tipo di Servizio (Ser.T) poi hai il timore che questa cosa venga resa pubblica... di venire etichettato”

Proposte

Sindacato, 9

Cura verso la persona, 5

Rete con altri servizi, 4

Attivazione di una rete di supporto sociale, 5

“ci dovrebbe essere una rete attorno e lavorare tutti assieme per il benessere di questa persona”

il ruolo che possiamo avere potrebbe essere un ruolo di interconnessione tra il caso specifico, avvalendosi del medico competente, e creare l'aggancio tra il Servizio Specialistico e l'azienda dove ci sono le persone che hanno bisogno d'aiuto

“l'azienda non è un posto dove ci può essere anche accoglienza di problematiche che alcuni lavoratori possono presentare e lì deve esserci l'intervento del sindacato”

Ricorso al sistema formale di cura, 5

“oggi emerge la necessità di avere lo psicologo aziendale, che però non può e non deve essere all'interno del posto di lavoro perché mai un lavoratore andrà sul "confessionale del grande fratello" e neppure al Ser.T perché ti sembra di essere subito identificato come tossicodipendente”

Collaborazione con CNCA, 2

Tentativi fatti, 4

“essere riusciti ad avere il medico aziendale”, 1

Permessi per i familiari di tossicodipendenti

Pastiglia per gli alcolisti, 2

Conoscenze relative ai trattamenti nel ser.t

Scalaggio metadone

Percezione dell'uso di sostanze tra i lavoratori

Psicofarmaci, 2

Alcool

Cocaina

Marijuana

Definizione dell'intervento dei ser.t

Percorso riabilitativo, 2

Sostegno, 2

Servizio pubblico, 2

Sostegno psicologico e trattamento farmacologico

Sostegno anche per le famiglie

Ambulatoriale

Di reinserimento

Definizione del lavoratore/utente in trattamento

Paziente

Tossicodipendente

Gestione del problema nei luoghi di lavoro

Meglio non dirlo, 4

“dopo averlo detto è andata via”

“sarebbe uno scandalo!”

Alcune collocazioni non sono consigliabili

In passato c'era un atteggiamento più comprensivo

Percezione dei lavoratori in trattamento da parte dei colleghi

Giovani

Chiusura, 3

“alcune la deridono proprio ... la prendono in giro”

Indifferenza, 2

Anziani

Maggiore apertura

Più pregiudizi

Percezione tra i lavoratori delle credenze e degli atteggiamenti sul consumo

Alcool più tollerato

Droghe leggere più tollerate

“I consumatori di cocaina sono molto prestanti”

Eroina più invalidante

Nel vostro luogo di lavoro come viene percepita una persona in trattamento?

Stigmatizzazione, 10

“se una persona normale deve dimostrare 10, uno con un passato così deve dimostrare di più e forse non è mai abbastanza”

Necessità di intervento, 3

“è una che anche all'interno dell'azienda bisogna comunque accompagnarlo e capire le necessità che lui può avere anche perché può stare male durante gli orari di lavoro, può avere delle crisi, è chiaro che noi che gli stiamo intorno dovremmo aiutarlo”

Percezione della tossicodipendenza

“E' più accettata la malattia mentale”

“Potevano fare scelte diverse”

“Se la sono cercata!”

**Aspetti
problematici**

Percezione negativa
della diversità, 6

“la paura del diverso non è solo perché lui ti può danneggiare in qualche modo , ma è anche perché tu poi non sai proprio come gestirla la cosa”

Mancanza di
formazione, 5

“forse manca per avere un approccio migliore verso questi problemi è un'informazione”

Difficoltà relazionali, 4

“non c'è comprensione”

Limiti riconosciuti al
sindacato, 3

“forse sono un po' pessimista ma secondo me ora il Sindacato non riesce a fare molto”

“noi abbiamo tanti turni e la scelta ci sarebbe, si può passare da un turno all'altro”

Diversa organizzazione dell'orario, 5

“già il fatto di formare le persone che fanno parte dell'RSU, magari proprio una giornata di informazione e di formazione da parte degli operatori del Sert.”

Formazione e informazione, 5

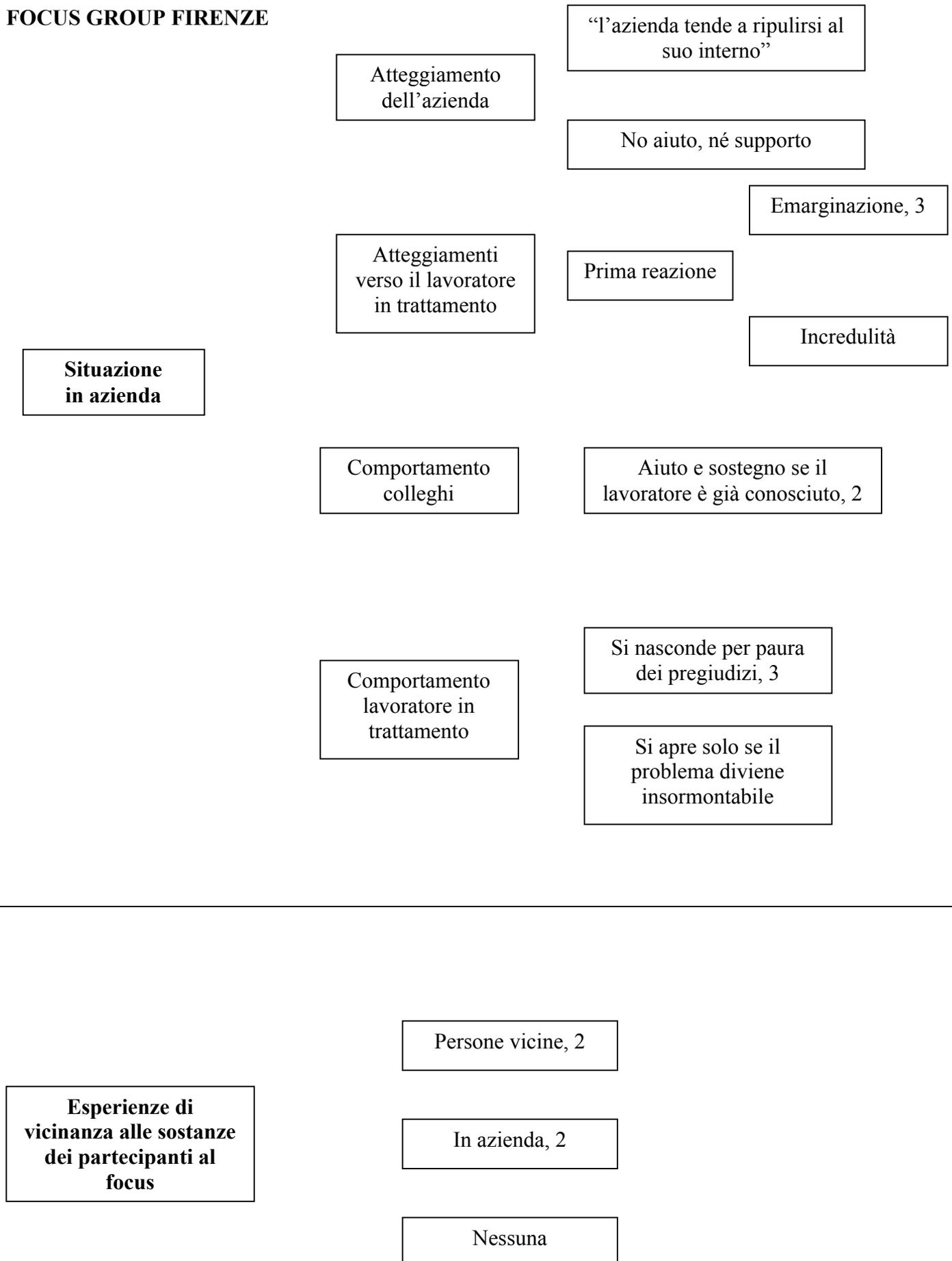
Proposte

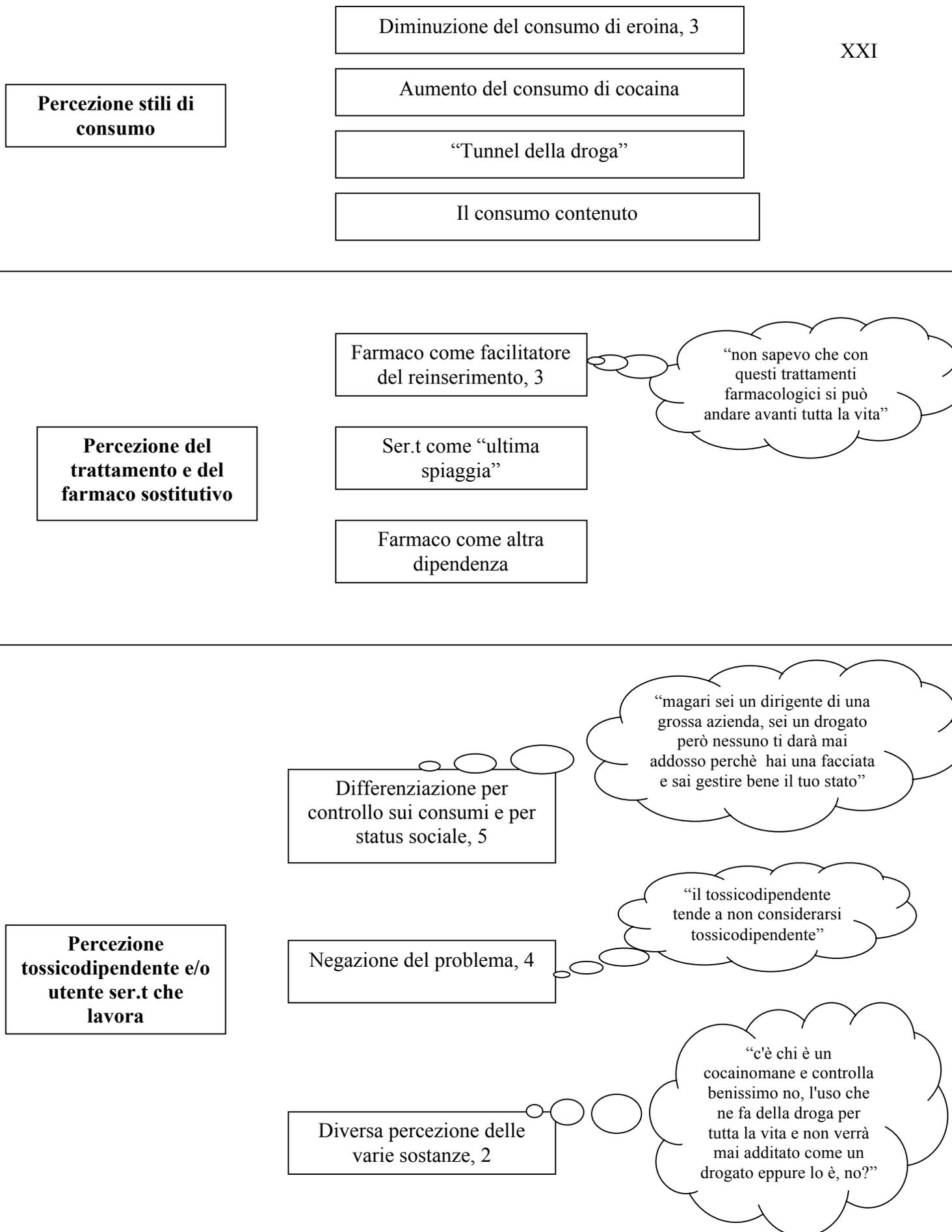
Corso per la formazione del delegato sociale

Tentativi fatti, 3

Inserimento nelle liste speciali

FOCUS GROUP FIRENZE





Proposte

Informazione e formazione, 5

“conoscenza, informazione, sensibilizzazione rispetto a tutti gli altri lavoratori e anche alle aziende, peraltro noi abbiamo parlato ad alcune direzioni d'aziende, che si sono mostrate rispetto a questo terreno sensibilissime”

Sensibilizzazione sociale, 3

“deve essere un problema da affrontare da parte di tutti, cioè deve essere una comunità che non isola, che affronta con coraggio i propri problemi”

Ricorso al sistema formale di cura, 2

“anche nei luoghi di lavoro, anche nel sindacato, ci sarebbe bisogno di una figura come lo psicologo”

Modifiche legislative

“rapporto con le istituzioni per far crescere insieme a loro una cultura adeguata della comunità a questo tipo di problemi, per far emergere questi problemi nella esattezza della loro portata”

Lavoro di rete

Presenza in carico del problema “orari”, 6

Sindacato

Aspetti di “cultura sindacale”, 3

“il sindacato anche se oggi si sta rinnovando rispetto a queste tematiche, però è ancora molto indietro nelle fabbriche, nelle aziende si parla ancora del sindacalista in maniera tradizionale”

Tentativi fatti

Informazione – formazione, 3

Progetto del “delegato sociale”