

Dalla riabilitazione delle dipendenze alla reintegrazione al lavoro: risultati di un progetto di reinserimento sociale e lavorativo per giovani con dipendenza da sostanze

ELENA FIABANE^{*,**}, ELEONORA FERRARIS^{*}, PAOLA RANALLETTI^{***}, DEBORA CONTI^{*}, INES GIORGI^{****}, MARCELLA OTTONELLO^{**}, *****^{*****}, PIERGIORGIO ARGENTERO^{*}

* Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia

** Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Istituto Scientifico di Nervi

*** U.O. di Riabilitazione delle Dipendenze di Rivolta d'Adda, A.S.S.T. "Ospedale Maggiore", Crema

**** Servizio di Psicologia, Fondazione Salvatore Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Istituto Scientifico di Pavia

***** PhD School in "Advanced Sciences and Technologies in Rehabilitation Medicine and Sports", Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

KEY WORDS

Return to work; addictions; rehabilitation; mental health; job satisfaction

PAROLE CHIAVE

Reinserimento lavorativo; dipendenze patologiche; riabilitazione; salute psicologica; soddisfazione lavorativa

SUMMARY

«From the addiction rehabilitation program to the return to work: results of an employment and social intervention among young adults with substance dependence». **Introduction:** Substance dependence problems are considered to be a relevant issue for a large proportion of the working population and represent a huge health and occupational cost. However, few studies have examined the return to work after addiction problems. **Aims:** This exploratory follow-up study aims to evaluate the return to work, in terms of employment outcomes, perceived work environment and physical and mental health of patients who have completed an addiction rehabilitation program and an employment and social intervention. **Methods:** The sample includes 51 participants with a baseline diagnosis of substance abuse disorder who have completed a rehabilitation and a social-occupational intervention. Patients were assessed by means of self-report questionnaires referring to perceptions of the work environment, individual characteristics and mental and physical health. **Results:** The results show that the majority of the sample (88.2%) is employed at follow-up and refers positive perceptions about the psychosocial work environment, the mental and physical health and the stabilization of the change. The factors that significantly influence job satisfaction are work ability ($p=0.02$), work engagement ($p=0.04$) and absence of desire ($p=0.05$). **Conclusions:** The present study shows that many patients some years after the rehabilitation program have kept their job with positive levels of individual and organizational well-being. Work is not perceived as a source of stress but it represents a protective factor for health, personal identity and social integration.

Pervenuto il 19.4.2016 - Revisione pervenuta il 27.6.2016 - Accettato il 8.7.2016

Corrispondenza: Elena Fiabane, Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Piazza Botta 11, 27100 Pavia, Italy - Tel. +39 0382.986452 - E-mail: elenamaria.fiabane@unipv.it

RIASSUNTO

Introduzione: *I disturbi da dipendenza di sostanze costituiscono un problema rilevante per una percentuale non trascurabile della popolazione in età lavorativa che comporta ingenti costi sanitari e occupazionali. Tuttavia, solo pochi studi hanno approfondito in modo specifico il percorso di reinserimento lavorativo a seguito di tali problematiche.*

Obiettivi: *Il presente studio esplorativo di follow-up si propone di valutare il reinserimento lavorativo, in termini di esiti occupazionali, percezioni relative all'ambiente di lavoro e alla salute psicofisica, di pazienti che hanno terminato un percorso di riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo per problemi di dipendenza patologica.* **Metodi:** *Il campione include 51 pazienti con una diagnosi al baseline di disturbo da uso di sostanza che hanno terminato un percorso di riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo. I soggetti sono stati valutati tramite una batteria di questionari self-report relativi alle percezioni dell'ambiente di lavoro, alle caratteristiche individuali e allo stato di salute psicofisico.* **Risultati:** *La maggior parte del campione (88.2%) lavora al follow-up e presenta percezioni positive rispetto all'ambiente di lavoro psicosociale, alla salute psicofisica e alla stabilizzazione del cambiamento. I fattori che significativamente influenzano la soddisfazione lavorativa sono la capacità lavorativa ($p=0.02$), il work engagement ($p=0.04$) e l'assenza di desiderio della sostanza ($p=0.05$).* **Conclusioni:** *Il presente studio mostra come la maggior parte del campione a distanza di anni dal percorso di riabilitazione ha mantenuto l'occupazione con livelli positivi di benessere individuale e organizzativo. Il lavoro non viene percepito come una fonte di stress ma rappresenta un fattore protettivo per la salute, l'identità personale e l'integrazione sociale.*

INTRODUZIONE

Le dipendenze rappresentano una patologia cronica e recidivante in continua crescita che richiede un ingente carico sanitario nei Paesi industrializzati (32, 49). Sebbene le dipendenze principali siano quelle relative alle sostanze psicoattive, nel corso degli ultimi vent'anni si è diffusa anche un'altra tipologia di dipendenze, di tipo comportamentale (le "new addiction"), nelle quali ciò di cui si abusa non è la sostanza, ma un comportamento o un'attività, tra cui il più noto è il gioco d'azzardo patologico o "gambling" (21). Nel Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V (DSM-V; 4), i "disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze" includono l'uso di: alcol, cannabis, allucinogeni, inalanti, oppioidi, sedativi, ipnotici, ansiolitici, stimolanti (per esempio, anfetamine e cocaina), tabacco e altre sostanze (incluso il gambling).

Secondo la relazione europea Uso di alcol e droghe sul luogo di lavoro (22), l'eccessivo consumo di alcol e l'assunzione di droga rappresentano un problema per una percentuale considerevole della popolazione lavorativa: è stato stimato che la cifra di lavoratori a rischio, o soggetta a problemi di alcol-dipendenza, è compresa tra il 5% e il 20%. L'Istituto Nazionale di Statistica (32) ha evidenziato che in Italia nell'anno

2013 sono circa 7.144.000 le persone che riferiscono di aver avuto almeno un comportamento a rischio correlato all'abuso di alcol. Per quanto riguarda la dipendenza da gioco o "gambling", essa risulta ad oggi la dipendenza legale senza uso di sostanze più diffusa, che riguarda circa il 2% della popolazione; in particolare, l'Italia rappresenta oltre il 15% del mercato europeo del gioco e oltre il 4.4% del mercato mondiale (30).

Un ulteriore fenomeno in allarmante crescita, soprattutto nella popolazione giovanile, è il polia-buso, ossia l'uso contemporaneo di diverse droghe, alcol e psicofarmaci, oppure l'uso di più sostanze in occasioni diverse (20). Ad esempio, il Dipartimento delle Politiche Antidroga (20) stima che il 75% dei consumatori abituali di cocaina abusa anche di alcol. Inoltre, si riscontra una forte associazione tra l'abuso di sostanze e il gioco d'azzardo patologico: si stima che il gambling sia presente da 8 a 10 volte in più negli alcol dipendenti, piuttosto che nella popolazione generale, e che i tossicodipendenti abbiano una probabilità da 3 a 6 volte maggiore di ricorrere al gioco problematico (58, 60).

Il polia-buso è molto pericoloso perché amplia in maniera imprevedibile gli effetti negativi di ciascuna sostanza e i rischi conseguenti. Inoltre, è stato dimostrato che persone con dipendenza sia da so-

stanze che da gioco potrebbero essere meno ricettivi ai trattamenti (23). Risulta quindi importante approfondire questa tendenza e comprendere quali differenze siano presenti tra i polidipendenti e coloro che presentano una sola dipendenza al fine di orientare i trattamenti (23, 26, 37).

Le conseguenze negative delle dipendenze, oltre a coinvolgere l'individuo e la sua famiglia, ricadono anche sulla comunità con costi sociali rilevanti. I costi possono essere intesi come quelli supportati dai cittadini e dalla collettività sia direttamente, quindi tramite la spesa pubblica relativa a percorsi di riabilitazione, costi sanitari, attività delle forze dell'ordine, carceri, giustizia penale, sia indirettamente, legati cioè alla perdita di produttività, alla disoccupazione, alla bassa performance sul lavoro, all'assenteismo, alla malattia o alla morte prematura. In Italia, ad esempio, i costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti, sono stati stimati pari a 15.81 miliardi di euro, corrispondenti all'1% del prodotto interno lordo (PIL) (20).

Per quanto riguarda nello specifico il mondo del lavoro, le dipendenze hanno effetti sia a livello individuale che a livello organizzativo, in termini di problemi psicofisici, ospedalizzazioni, ridotta performance e capacità lavorativa, disturbi cognitivi, comportamenti inusuali o instabili con colleghi o clienti, ritiro della patente, danni alla reputazione, assenteismo, aumento degli infortuni e degli incidenti fino all'allontanamento (parziale o totale) dal mercato del lavoro (17, 43, 42, 51, 52). Per esempio, è stato stimato che dopo sette anni di abuso-dipendenza l'alcolista perda circa il 15% delle sue capacità lavorative, dopo undici anni il 50% e dopo quattordici anni il 75% (51). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (50) ha stimato che una percentuale compresa tra il 10 e il 30% degli infortuni sul lavoro sono alcol correlati.

Inoltre, ormai numerose ricerche hanno mostrato che la dipendenza da alcol è associata negativamente al mantenimento dell'occupazione in entrambi i sessi, aumenta cioè il rischio di precarietà e disoccupazione, con scarse possibilità di reinserimento (26, 42, 51, 65). I dati dello studio dell'Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (48), effettuato su pazienti che nel 2011 si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza,

ha mostrato che circa la metà degli stessi era disoccupata (47%) e che circa uno su dieci non aveva una fissa dimora. Inoltre, la letteratura ha ampiamente dimostrato come la durata dell'assenza dal mondo del lavoro sia un fattore associato negativamente al reinserimento lavorativo (16, 29, 36, 56).

Precedenti studi hanno suggerito la presenza di importanti barriere e facilitatori al reinserimento lavorativo di persone con una dipendenza o con una storia di abuso che necessitano di essere attentamente valutate e monitorate (9). Tra le principali barriere al mantenimento dell'occupazione o al rientro al lavoro si evidenziano l'età avanzata, il basso livello di istruzione, i problemi di salute psicologica o fisica, i problemi di natura giudiziaria, l'isolamento sociale, la bassa autostima o autoefficacia, e la paura della stigmatizzazione sociale (9, 55, 61). Viceversa, il reinserimento professionale sembra essere facilitato da fattori come la giovane età, l'astinenza, la motivazione, la presenza di una buona rete sociale e di uno stato mentale positivo e la partecipazione a trattamenti riabilitativi (34, 61).

Risulta quindi necessario attivare percorsi di cura che si prolunghino nel tempo e che siano orientati al mantenimento dello stato di compenso, al reinserimento socio-relazionale e alla reintegrazione lavorativa (14, 40). Gli interventi mirati al reinserimento professionale supportano e responsabilizzano le persone nella fase di ricerca attiva del lavoro e favoriscono il mantenimento dello stesso, anche grazie al sostegno nella gestione delle relazioni sociali e delle attività di vita quotidiana. Il successo di tali misure dipende spesso dall'efficacia della collaborazione che si riesce a instaurare tra i diversi servizi presenti sul territorio, che possono includere anche stage in azienda, l'erogazione di borse lavoro di tipo socio-assistenziale e di pre-inserimento lavorativo, tirocini formativi e di inserimento (65).

Un positivo rientro al lavoro comporta, infatti, benefici in termini di qualità della vita e benessere psicologico dell'individuo (24, 59). Gli studi in questo settore sono ancora limitati e sono necessari ulteriori studi per esplorare il processo di reinserimento sociale e professionale a seguito di un percorso di riabilitazione delle dipendenze al fine di orientare i percorsi di cura e ridurre il periodo di assenza dal lavoro (14, 28, 39, 40, 44). Inoltre, la maggior

parte degli studi sul reinserimento lavorativo sono basati su singoli parametri per valutare la positiva riuscita del ritorno al lavoro, tra cui i principali sono la condizione professionale in un preciso momento temporale (occupato/disoccupato) e la durata del periodo di assenza dal lavoro (63, 66). Molti studiosi hanno suggerito l'importanza di utilizzare un approccio multi-dimensionale per approfondire il processo di reinserimento professionale, in quanto una persona potrebbe non lavorare per motivi non correlati allo stato di salute, ma riferibili ad esempio alla situazione generale del mercato del lavoro, oppure potrebbe essere ritornato al lavoro ma essere insoddisfatto o percepire elevati livelli di stress a causa delle difficoltà di reinserimento o di stigma sociale percepito (9, 25). Ne deriva l'importanza di valutare anche le percezioni della persona relative al proprio ambiente di lavoro, in termini ad esempio di soddisfazione lavorativa o supporto sociale, al fine di favorire un reinserimento lavorativo sostenibile e una positiva qualità di vita (18, 25). Precedenti ricerche hanno infatti evidenziato che l'esposizione a fattori di rischio psicosociale sul lavoro è associata ad un maggiore consumo di alcol e a difficoltà di reinserimento professionale (3, 9, 31).

Il presente studio esplorativo di follow-up si propone di valutare il reinserimento lavorativo, in termini di esiti occupazionali, percezioni relative all'ambiente di lavoro e alla salute psicofisica, di pazienti (con problemi di dipendenza o di polidipendenza) che hanno terminato il percorso residenziale di riabilitazione delle dipendenze e il progetto di reinserimento socio-lavorativo all'interno di unità abitative per giovani adulti. In secondo luogo, lo studio indaga quali fattori di tipo socio-demografico, clinico, psicologico e organizzativo sono associati ad un positivo e soddisfacente reinserimento lavorativo.

METODI

La ricerca ha previsto una valutazione di follow-up della totalità dei pazienti (N=124) che hanno effettuato l'iter riabilitativo presso l'Unità Operativa di Riabilitazione Alcolologica dell'ospedale "Santa Marta" di Rivolta D'Adda tra il 2000 e il 2014 e un periodo di permanenza nelle unità abitative per

giovani con diagnosi di alcolismo, co-dipendenza o ludopatia. Tutti i pazienti avevano una diagnosi di disturbo da uso di sostanze secondo i criteri stabiliti dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V* (DSM-V; 4). Il ricovero ospedaliero ha una durata media di 31.58 (DS= 14.41) giorni e vi possono accedere utenti con problemi correlati all'abuso di alcol, sostanze stupefacenti, farmaci, ludopatia e nuove dipendenze. Il progetto "unità abitative per giovani poliabusatori" che segue la riabilitazione ospedaliera breve è un programma di reinserimento post ricovero, finalizzato al raggiungimento di un grado ottimale di benessere relazionale, di autonomia abitativa e lavorativa. Il progetto è caratterizzato da importanti aspetti qualificanti, quali la presenza di un'équipe multiprofessionale, un lavoro di rete con servizi territoriali e strutture che si occupano delle dipendenze, la presa in carico terapeutica delle famiglie, ambulatori specialistici e gruppi psicoterapici per giovani poliabusatori. Gli ospiti vengono supportati dagli educatori nella ricerca del lavoro, utilizzando le agenzie pubbliche e private che il territorio mette a disposizione, in quanto il progetto prevede che la quotidianità sia quella di ogni adulto normalmente inserito nel proprio contesto socio-relazionale.

Rispetto alla totalità dei pazienti (N= 124) che hanno svolto l'intero percorso riabilitativo (ricovero ospedaliero e soggiorno nelle unità abitative) è stato possibile contattarne il 48.4% (N=60); il restante gruppo (51.6%) non è stato contattabile a causa di irreperibilità, condizioni di instabilità fisica e psicologica o residenza in comunità al momento della valutazione di follow-up.

I soggetti sono stati valutati al follow-up mediante una batteria di questionari self-report, scelti sulla base della loro rilevanza scientifica nello specifico contesto di riferimento, somministrati in modalità "face to face" oppure via telematica, qualora la persona fosse impossibilitata a recarsi di persona presso l'ospedale.

Misure

Sono stati somministrati questionari self-report validati per esplorare le seguenti aree tematiche: a) la percezione dell'ambiente di lavoro; b) alcune ca-

ratteristiche individuali; c) lo stato di salute psicofisica.

Per indagare la percezione e gli atteggiamenti nei confronti dell'ambiente di lavoro sono stati valutati i seguenti costrutti:

- *Work engagement*. L'impegno per il proprio lavoro è stato misurato attraverso il questionario *Utrecht Work Engagement Scale* (UWES-9; 52, 8). Lo strumento è composto da 9 item, suddivisi in tre sottoscale: vigore (3 item, esempio di item: "Nel mio lavoro, mi sento forte e vigoroso"; $\alpha=0.68$), dedizione (3 item, esempio di item: "Sono entusiasta del mio lavoro"; $\alpha=0.83$) e assorbimento (3 item, esempio di item "Sono assorbito dal mio lavoro"; $\alpha=0.72$). Gli item sono valutati su una scala di risposta Likert a 7 punti di frequenza da 0 (mai) a 6 (sempre).
- *Carico di lavoro*. E' stata utilizzata la scala relativa al carico di lavoro tratta dall'*Areas of Worklife Scale* (AWS; 36, 11), composta da 6 item (esempio di item. "Lavoro intensamente per lunghi periodi di tempo"; $\alpha=0.77$) che richiedono di definire il grado di accordo con l'affermazione da 1 (molto in disaccordo) a 5 (molto d'accordo).
- *Supporto sociale*. Il livello di supporto sociale percepito nel contesto lavorativo è stato misurato tramite la scala del supporto sociale contenuta tratta dal *Job Content Questionnaire* (JCQ; 34, 7). Essa è costituita da 8 items, di cui quattro valutano il supporto percepito dai superiori (esempio di item: "Il mio capo presta attenzione a quanto dico"; $\alpha=0.87$) e gli altri quattro il supporto percepito dai colleghi (esempio di item: "Le persone con cui lavoro mi sono amiche"; $\alpha=0.82$). La somma delle due sottoscale (supporto percepito dai colleghi e dai supervisor), rappresenta il Supporto Sociale totale ($\alpha=0.85$). Le risposte si articolano su una scala likert da 1 a 4, dove 1="decisamente no" e 4="decisamente si".
- *Capacità lavorativa*. Tale aspetto è stato valutato mediante il *Work Ability Index* (WAI; 58, 15) che è uno strumento noto nella ricerca clinica per valutare la capacità di lavoro. Il questionario è composto da 7 dimensioni che valutano i seguenti aspetti: capacità lavorativa attuale confrontata con il miglior periodo di vita; capacità di lavoro in rapporto alle richieste del compito;

numero di diagnosi attuali poste dal medico; stima soggettiva del livello di riduzione della capacità di lavoro dovuta a malattie; giorni di assenza per malattia nei dodici mesi precedenti; prognosi soggettiva della capacità di lavoro nei successivi due anni; risorse personali (esempio di item: "Lei pensa che, in riferimento alle Sue attuali condizioni di salute, sarà in grado di svolgere il Suo attuale, lavoro nei prossimi due anni?"). Il punteggio finale relativo all'indice WAI varia da un minimo di 7 ad un massimo di 49, sulla base del quale vengono identificate quattro classi di capacità lavorativa: scadente (7-27 punti); mediocre (38-36 punti); buona (37-43 punti); eccellente (44-49 punti).

- *Soddisfazione lavorativa*. E' stato valutato il livello di soddisfazione lavorativa mediante un singolo item ("Quanto sei soddisfatto del tuo lavoro?") ideato da Aiken (2). L'item chiede di esprimere il grado di soddisfazione provato sul lavoro su una scala di risposta che va da 1="molto insoddisfatto" a 4="molto soddisfatto".

Per la valutazione di alcune caratteristiche individuali d'interesse sono stati indagati i seguenti costrutti:

- *Core Self-Evaluation*. Il costrutto fa riferimento ad un'autovalutazione di efficacia personale e indica un tratto di ordine superiore definito dai quattro tratti più specifici di autostima, self-efficacy, locus of control e stabilità emotiva. Per tale valutazione è stato usato il *Core Self-Evaluation scale* (CSES; 32, 19). E' costituito da 12 item (esempio di item: "Determino quello che accadrà nella mia vita"; $\alpha=0.87$) per i quali è previsto di assegnare una risposta da 1 a 5 in base al grado di accordo e disaccordo, da 1="fortemente in disaccordo" a 5="fortemente d'accordo".
- *Cambiamento*. E' stata somministrata la scala del cambiamento tratta dal *Cognitive Behavioral Assessment - Outcome Evaluation* (CBA-OE; 10) già usata anche in contesto di riabilitazione delle dipendenze (26). La scala è composta da 11 item (esempio di item: "Ho cercato di affrontare le difficoltà anziché evitarle"; $\alpha=0.69$), ai quali è previsto affermare il grado di accordo in base a un punteggio che va da 1="per nulla" a 5="moltissimo".

- *Fattori correlati all'astinenza.* Il questionario *Motivation for Change and Alcohol treatment* (MAC2-A; 55) è stato ideato per valutare la motivazione al cambiamento di persone con problemi alcol-correlati. Nel presente studio sono stati usati solo i quattro analoghi visivi, con modalità di risposta da 0 a 100 (0=per nulla; 100= estremamente) che valutano: l'autoefficacia personale percepita, il livello di percepito di stabilizzazione dell'astinenza, la tentazione al consumo della sostanza, l'importanza del mantenimento della condizione di astinenza assoluta (esempio di item: "Quanto sente stabile e sicura la sua astinenza?"). Punteggi elevati indicano la percezione di elevati livelli del fattore in esame.

Per la valutazione dello stato di salute psico-fisica è stato somministrato il seguente questionario:

- *Stato di salute percepito.* E' stato utilizzato il questionario *Health Survey* (SF-12; 63, 5) che permette di elaborare i due indici sintetici, riferiti allo stato di salute fisica (esempio di item: "Nelle ultime quattro settimane, ha dovuto limitare alcuni tipi di lavoro o di altre attività, a causa della sua salute fisica?") e allo stato di salute mentale (esempio di item: "Per quanto tempo nelle ultime quattro settimane si è sentito pieno di energia?"). Numerosi studi empirici hanno mostrato che gli indici sintetici del questionario SF-12 correlano con i corrispondenti indici del questionario SF-36 e presentano elevati livelli di affidabilità (63, 5). Livelli molto bassi di salute fisica indicano limitazioni nella cura di sé e nell'attività fisica, sociale e personale, con eventuale dolore fisico e frequente stanchezza; punteggi bassi nella salute mentale suggeriscono la presenza di disagio psicologico, evidente disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi.

Infine, è stata utilizzata un'intervista semistrutturata per indagare la posizione lavorativa al follow-up (ad esempio, posizione lavorativa, professione svolta, tempo della eventuale disoccupazione).

Analisi statistiche

Innanzitutto, sono state effettuate le analisi descrittive delle variabili socio-anagrafiche, cliniche, psicologiche e lavorative del campione totale. Al fine

di esplorare le relazioni tra le variabili, è stata utilizzata la correlazione bivariata di Pearson; successivamente, è stata utilizzato un modello di regressione multipla per esplorare i predittori della soddisfazione lavorativa.

Per le analisi statistiche è stato utilizzato il software SPSS 19.0 per Windows e valori di $p < 0.05$ sono stati considerati statisticamente significativi.

RISULTATI

Rispetto ai 60 pazienti contattati, il 91.3% (N=51) ha acconsentito a partecipare alla ricerca. I partecipanti hanno un'età media di 35 anni (DS=6.59), sono in maggioranza di sesso maschile (84.3%), con un livello di istruzione medio-basso (il 54.9% ha frequentato solo le scuole elementari o le medie) e di stato civile libero (90.2%). Il 56.9% del campione ha affermato di aver avuto problemi di polidipendenza, con particolare riferimento a dipendenza da alcol e droga (51.0% dei polidipendenti) e di aver soggiornato nelle unità abitative mediamente per 3.31 mesi (DS=1.60). Le caratteristiche socio-demografiche e cliniche sono riassunte in tabella 1.

Per quanto riguarda la situazione lavorativa al baseline (pre-ricovero), la maggioranza del campione afferma di essere occupato (68.6%), più frequentemente come blue-collar (37.3%), riferendo tuttavia una generale discontinuità lavorativa (in particolare, frequenti periodi di assenza dal lavoro o di inoccupazione) (58.8%).

La valutazione di follow-up, eseguita mediamente 4.75 anni (DS=3.40 anni; Mediana=4.00; Moda=1.00; Min=1 Max=11) dopo l'uscita dalle unità abitative, evidenzia che la percentuale di lavoratori è notevolmente incrementata (88.2%) e l'85.7% riferisce di lavorare con continuità da oltre 2 anni; la professione più diffusa rimane quella del blue-collar (41.2%) anche al follow-up.

Per quanto riguarda i settori occupazionali, la maggioranza del campione (62.7%) ha mantenuto dopo la riabilitazione lo stesso settore in cui era impiegato al baseline; il settore terziario risulta essere il principale settore d'impiego nel post-riabilitazione (43.1%), a differenza del pre-ricovero in cui il settore secondario era il più diffuso (33.3%). La figura 1

Tabella 1 - Informazioni socio-demografiche e cliniche del campione totale**Table 1** - Socio-demographic and clinical characteristics of the total sample

Variabile	N	%
Sesso		
Maschile	43	84.3
Femminile	8	15.7
Stato civile		
Celibe/divorziato	46	90.2
Sposato/convivente	5	9.8
Livello d'istruzione		
Licenza elementare/media	28	54.9
Diploma/laurea	23	45.1
Tipologia di dipendenza		
Una dipendenza	22	43.1
Polidipendenza	29	56.9
Variabile	M	DS
Età	35.29	6.49
N° ricoveri in ospedale	2.05	1.56
N° giorni di ricovero	31.58	14.41
N° soggiorni nelle unità abitative	1.09	0.30
N° mesi nelle unità abitative	3.31	1.60

illustra in dettaglio i settori occupazionali d'impiego del campione nel pre e nel post riabilitazione.

La maggioranza dei disoccupati (50.0%) riferisce di non riuscire a trovare un impiego mediamente da un periodo compreso tra i 7 e i 12 mesi (50%). Il confronto della situazione occupazionale al baseline e al follow-up è sintetizzato in tabella 2.

La tabella 3 presenta un'analisi descrittiva dei risultati ottenuti dai questionari somministrati relativamente alle percezioni dell'ambiente di lavoro, alle variabili individuali e allo stato di salute psico-fisico percepito, in riferimento al campione totale e al campione suddiviso per tipologia di dipendenza.

Le percezioni relative all'ambiente di lavoro sono complessivamente positive, come evidenziato da livelli mediamente al di sopra della media di scala per quanto riguarda sia i livelli di soddisfazione lavorativa ($M=3.15$; $DS=0.90$), che quelli di engagement totale ($M=4.66$; $DS=1.13$), con particolare riferimento alla dimensione della dedizione ($M=4.71$; $DS=1.36$). Il gruppo con una sola dipendenza al baseline presenta livelli significativamente maggiori di dedizione per il proprio lavoro ($F=4.60$; $p<0.04$).

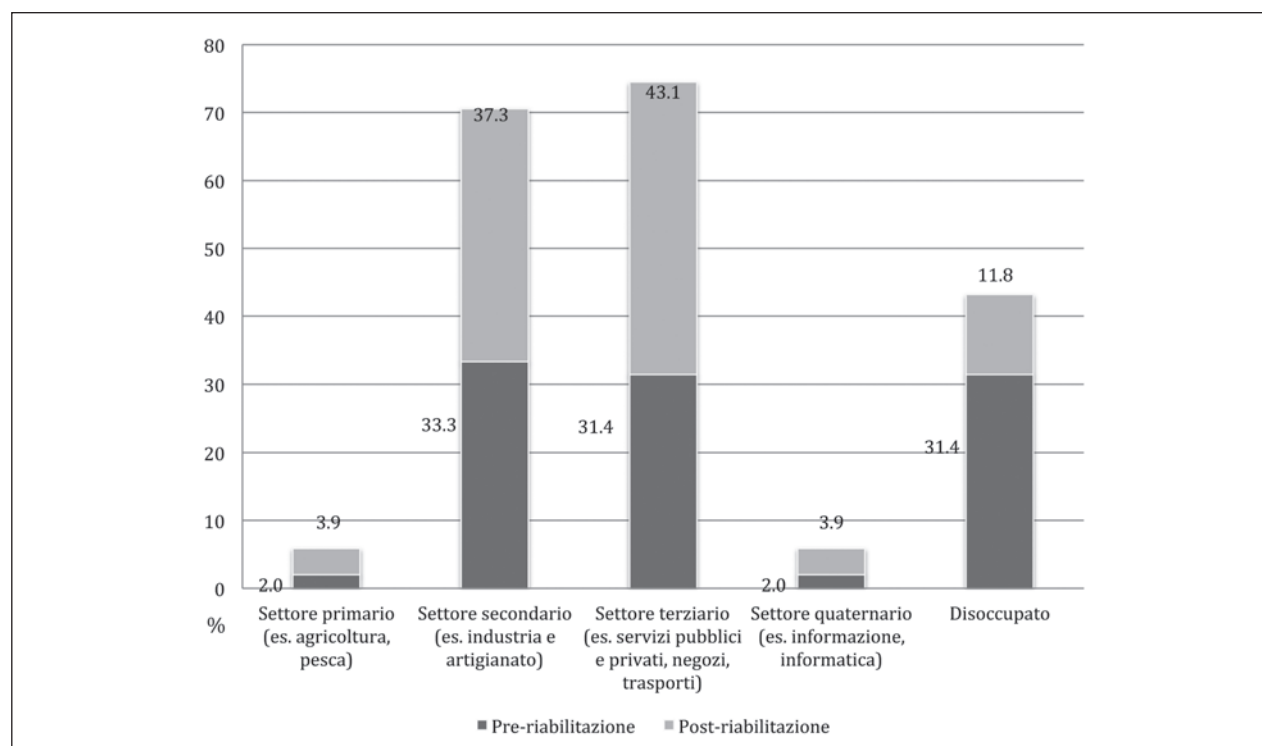
**Figura 1** - Settore lavorativo di impiego prima e dopo la riabilitazione**Figure 1** - Occupational sector before and after the rehabilitation

Tabella 2 - Informazioni occupazionali: confronto tra baseline (pre-riabilitazione) e follow-up (post-riabilitazione)**Table 2** - Occupational characteristics: a comparison between baseline (before rehabilitation) and follow-up (post-rehabilitation)

Variabile	Baseline		Follow-Up	
	N	%	N	%
Lavoro				
Si	35	68.6	45	88.2
No	16	31.4	6	11.8
Professione				
Blue collar	19	37.3	21	41.2
White collar	8	15.7	11	21.6
Lavoratore autonomo	8	15.7	13	25.5
Disoccupato	16	31.4	6	11.7
Discontinuità lavorativa (es. frequente assenteismo, disoccupazione, cambi di lavoro)				
Si	30	58.8	5	9.8
No	21	41.2	46	90.2

Tabella 3 - Percezioni dell'ambiente di lavoro, caratteristiche individuali e salute psicofisica del campione alla valutazione di follow-up**Table 3** - Perceived work environment, individual characteristics and psycho-physical health of the total sample at follow-up

Variabile	Dipendenza M (DS)	Poli-dipendenza M (DS)	Totale M (DS)	F	<i>p</i>
<i>Percezioni dell'ambiente di lavoro</i>					
Soddisfazione Lavorativa	3.10 (1.10)	3.19 (0.75)	3.15 (0.90)	0.10	0.75
Capacità Lavorativa	42.42 (5.11)	41.76 (4.51)	42.04 (4.73)	0.86	0.36
Engagement					
Vigore	4.80 (1.14)	4.28 (1.13)	4.51 (1.13)	0.24	0.63
Dedizione	5.00 (1.36)	4.50 (1.36)	4.71 (1.36)	4.60	0.04*
Assorbimento	5.11 (1.11)	4.45 (1.12)	4.74 (1.15)	0.03	0.86
Totale	4.97 (1.10)	4.41 (1.11)	4.66 (1.13)	1.08	0.30
Carico di lavoro	2.48 (0.79)	2.49 (0.80)	2.48 (0.79)	0.01	0.98
Supporto Sociale					
Supporto dei superiori	12.57 (2.56)	11.61 (2.97)	12.03 (2.79)	0.00	0.95
Supporto dei colleghi	11.87 (3.11)	12.09 (1.97)	12.00 (2.47)	0.16	0.69
Totale	23.60 (6.38)	22.04 (5.42)	22.69 (5.80)	0.57	0.45
<i>Caratteristiche individuali</i>					
Autovalutazione positiva di sé	42.64 (7.33)	44.31 (8.34)	43.58 (7.85)	0.91	0.34
Cambiamento	28.23 (6.67)	28.00 (6.64)	28.10 (6.56)	0.01	0.91
Autoefficacia	71.41 (27.94)	76.18 (32.06)	74.10 (30.04)	0.24	0.63
Stabilizzazione dell'astinenza	70.94 (26.84)	75.00 (32.82)	73.23 (30.05)	0.17	0.68
Importanza dell'astinenza	83.17 (27.89)	91.09 (21.68)	87.64 (24.55)	0.99	0.32
Desiderio/tentazione all'uso di sostanze	18.23 (19.41)	31.27 (26.67)	25.58 (24.38)	2.88	0.10
<i>Salute psico-fisica</i>					
Qualità di vita					
Salute mentale	43.03 (11.17)	49.04 (10.61)	46.42 (11.13)	2.93	0.09
Salute fisica	53.37 (4.49)	51.54 (7.22)	52.34 (6.18)	0.84	0.37

p < 0.05

Per quanto riguarda le potenziali fonti di stress, il carico di lavoro presenta un valore medio ($M=2.49$; $DS=0.79$) che non evidenzia criticità. Anche il livello di supporto sociale complessivo ($M=22.69$; $DS=5.80$) presenta punteggi mediamente nella norma, sia per quanto riguarda il supporto dei superiori ($M=12.03$; $DS=2.79$) che quello percepito dai colleghi ($M=12.02$; $DS=2.47$).

La capacità lavorativa evidenzia un punteggio medio nel campione totale di 42.04 ($DS=4.73$) che, secondo la classificazione proposta dagli autori, indica una capacità lavorativa di livello buono; la maggioranza del campione, infatti, risulta possedere una capacità lavorativa buona (45.5%) o eccellente (43.2%), come descritto nella figura 2.

Per quanto riguarda le caratteristiche psicologiche individuali, emerge un'autovalutazione positiva di sé ($M=43.58$; $DS=7.85$), con punteggi mediamente superiori rispetto al campione normativo di riferimento. I risultati ottenuti dai quattro analoghi visivi evidenziano una elevata motivazione al cambiamento, caratterizzata da livelli positivi di autoefficacia ($M=74.10$; $DS=30.04$), stabilizzazione del cambiamento ($M=73.23$; $DS=30.05$), importanza attribuita al cambiamento e all'astinenza ($M=87.64$; $DS=24.55$) e bassi livelli di desiderio/tentazione all'uso della sostanza ($M=25.58$; $DS=24.38$).

La percezione soggettiva di salute mentale ($M=46.42$; $DS=1.13$) e fisica ($M=52.34$; $DS=6.18$) è risultata in media superiore al campione normativo di riferimento, suggerendo l'assenza di rilevanti limitazioni dal punto di vista psico-fisico. Nessuna

differenza significativa è emersa nelle caratteristiche individuali e nello stato di salute psico-fisico in relazione al confronto per tipologia di dipendenza ($p>0.05$).

Al fine di indagare le relazioni tra la soddisfazione lavorativa e le variabili socio-demografiche, cliniche, psicologiche e lavorative è stata utilizzata la correlazione di Pearson, i cui risultati sono rappresentati in tabella 4. I risultati evidenziano che la soddisfazione lavorativa correla positivamente con i mesi di permanenza nelle unità abitative ($r=0.44$; $p=0.002$), l'engagement ($r=0.59$; $p<0.001$), la capacità lavorativa ($r=0.67$; $p<0.001$), l'autovalutazione di positiva di sé ($r=0.55$; $p=0.001$) e negativamente con la tentazione all'uso di sostanze ($r=-0.37$; $p=0.02$).

Al fine di esplorare i predittori della soddisfazione lavorativa è stato utilizzato un modello di regressione lineare multipla nel quale sono state inserite le variabili che correlavano significativamente con la soddisfazione lavorativa (tabella 5). I risultati hanno evidenziato che i fattori che significativamente influenzano il livello di soddisfazione lavorativa sono la capacità lavorativa ($\beta=0.39$; $p=0.02$), l'engagement ($\beta=0.28$; $p=0.04$) e l'assenza di desiderio della sostanza ($\beta=-0.23$; $p=0.05$), con una varianza totale spiegata dal modello pari a $R^2=0.69$ (adjusted $R^2=0.61$).

DISCUSSIONE

Il presente studio si poneva l'obiettivo di esplorare il reinserimento lavorativo di pazienti che hanno terminato il percorso di riabilitazione delle dipendenze e il progetto di reinserimento socio-lavorativo nelle unità abitative per giovani adulti, con particolare riferimento a quali fattori di tipo socio-demografico, clinico, psicologico e organizzativo sono associati ad un positivo e soddisfacente reinserimento lavorativo.

Gli studi che hanno esplorato il reinserimento lavorativo di persone con problemi di dipendenza sono ad oggi ancora limitati (9, 14, 39, 40, 44, 65) e mancano in letteratura informazioni circa il percorso professionale dei pazienti al termine dell'iter riabilitativo. Un positivo rientro al lavoro rappresenta un outcome rilevante degli iter riabilitativi, in quanto comporta benefici in termini di qualità della vita e salute psicologica dell'individuo, e permette di

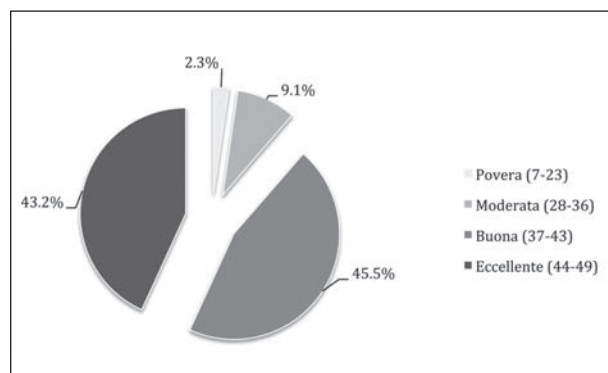


Figura 2 - Capacità lavorativa nel campione totale

Figure 2 - Work ability for the total sample

Tabella 4 - Correlazione bivariata tra la soddisfazione lavorativa e le variabili socio-demografiche, cliniche e psicologiche (r di Pearson)
Table 4 - *Bivariate correlation among job satisfaction and socio-demographic, clinical and psychological variables*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 - Soddisfazione	1																			
2 - Sesso	-0.21	1																		
3 - Stato civile	0.02	-0.14	1																	
4 - Livello di Istruzione	0.20	-0.17	-0.17	1																
5 - Tempo di follow-up (anni)	-0.07	-0.35*	0.39**	-0.16	1															
6 - Età	0.05	0.06	0.15	0.10	0.26	1														
7 - Soggiorno unità abitative (mesi)	0.44**	-0.07	0.08	0.09	0.02	0.24	1													
8 - Reinserimento lavorativo (mesi)	0.12	-0.10	0.26	-0.23	-0.03	0.04	0.23	1												
9 - Capacità lavorativa	0.67***	-0.36*	-0.03	0.22	-0.22	0.00	0.29	0.25	1											
10 - Engagement	0.59***	-0.04	0.05	0.12	0.03	0.18	0.27	0.18	0.42**	1										
11 - Carico di lavoro	0.02	0.06	0.03	0.24	0.04	0.24	-0.02	0.09	0.10	0.29	1									
12 - Supporto sociale	0.12	0.20	-0.10	0.10	-0.17	-0.01	0.26	0.06	0.07	0.09	-0.25	1								
13 - Cambiamento	0.50**	-0.18	0.07	-0.11	0.07	0.05	0.22	0.07	0.42**	0.40**	-0.08	0.05	1							
14 - Autovalutazione positiva di sé	0.55***	-0.10	-0.18	-0.09	-0.20	-0.13	0.31	-0.19	0.66***	0.23	-0.30	0.20	0.66***	1						
15 - Autoefficacia	0.11	0.10	0.14	-0.18	-0.02	0.20	0.06	0.19	0.28	0.32*	-0.01	0.13	0.36*	0.46**	1					
16 - Stabilizzazione dell'astinenza	0.22	-0.04	0.19	-0.18	0.07	0.18	0.11	0.15	0.38*	0.31	-0.02	0.11	0.44**	0.50***	0.95***	1				
17 - Importanza dell'astinenza	0.01	0.15	0.14	-0.30	0.10	0.17	0.01	0.15	0.12	0.32*	0.00	0.11	0.31	0.24	0.77***	0.73***	1			
18 - Desiderio/tentazione all'uso di sostanze	-0.37*	0.15	-0.18	-0.45**	-0.24	-0.13	-0.05	0.33	-0.21	-0.11	-0.11	-0.04	-0.02	-0.06	-0.06	-0.18	0.26	1		
19 - Salute mentale	0.34*	-0.14	-0.21	-0.18	-0.15	0.01	0.17	-0.08	0.51**	0.01	-0.24	0.00	0.59***	0.67***	0.26	0.28	0.16	0.11	1	
20 - Salute fisica	0.07	-0.18	0.04	0.32*	0.12	-0.22	0.01	-0.10	0.10	0.16	-0.17	0.23	0.04	-0.01	0.11	0.20	0.14	-0.4	-0.18	1

*=p<0.05; **=p<0.01; ***=p<0.001

Tabella 5 - I predittori della soddisfazione lavorativa a seguito di un percorso di riabilitazione delle dipendenze e ritorno al lavoro

Table 5 - Predictors of job satisfaction after rehabilitation of dependence and return to work

	B ^a	Beta (SE) ^b	p
Soggiorno unità abitative (mesi)	0.11	0.20 (0.06)	0.09
Capacità Lavorativa	0.08	0.39 (0.03)	0.02
Engagement	0.20	0.28 (0.09)	0.04
Cambiamento	0.01	0.10 (0.02)	0.51
Autovalutazione positiva di sé	0.01	0.08 (0.02)	0.71
Desiderio/Tentazione all'uso di sostanze	-0.01	-0.23 (0.00)	0.05
Salute Mentale	-0.00	-0.02 (0.01)	0.88

R²= 0.69; adjusted R²=0.61

^aCoefficienti non standardizzati

^bCoefficienti standardizzati (β , standard error)

ridurre i costi per la società, derivanti dalla eventuale inattività lavorativa (23, 56).

I risultati di follow-up della presente ricerca mostrano che la maggior parte del campione ha mantenuto un lavoro a distanza di anni dalla riabilitazione. Inoltre, complessivamente, si evidenziano percezioni positive rispetto all'ambiente di lavoro psicosociale (buoni livelli di work engagement, di supporto sociale dei capi e colleghi, di gestione del carico di lavoro e di soddisfazione lavorativa), alla salute psicofisica e alla stabilizzazione del cambiamento, indipendentemente dalla tipologia di dipendenza presente al baseline e dal tempo trascorso tra il termine della riabilitazione e la valutazione di follow-up.

Tuttavia, occorre evidenziare che una parte dei soggetti che hanno partecipato al percorso riabilitativo non è stata contattabile per la ricerca a causa di irreperibilità, rilevanti problemi di salute o soggiorno in comunità al momento della valutazione di follow-up. E' possibile quindi ipotizzare che questo abbia in parte influenzato i risultati ottenuti nel presente studio; i problemi di natura psicologica e fisica e l'incapacità a mantenere l'astinenza sono stati infatti identificati in letteratura come le principali barriere al reinserimento lavorativo (9, 28).

In particolare, precedenti ricerche (13, 46, 51) hanno evidenziato che il problema del consumo di alcol ridurrebbe la probabilità di ritrovare una occupazione e aumenterebbe il rischio di precarietà e di disoccupazione; a questo proposito, una meta-analisi ha evidenziato che tra i consumatori di grandi quan-

tità di alcol ci sia una mancanza di partecipazione alla forza lavoro (42). Tuttavia, la stessa disoccupazione è associata ad un incremento del consumo di alcol contribuendo ad alimentare un pericoloso circolo vizioso. Ad esempio, Mossakowski (45) dimostra che il rischio di dipendenza da sostanze aumenta in corrispondenza della quantità di tempo trascorso in condizione di disoccupazione e di difficoltà finanziarie, soprattutto nella fascia d'età tra i 27 e i 35 anni.

I dati hanno evidenziato anche un'associazione tra il tempo di permanenza nelle unità abitative e la soddisfazione lavorativa al follow-up, che può fare ipotizzare l'importanza del percorso riabilitativo post-disintossicazione nel raggiungimento di una condizione di benessere relazionale, autonomia abitativa e lavorativa e presa di consapevolezza delle proprie responsabilità. Secondo Sutton et al. (59), il successo di un percorso riabilitativo e di avviamento al lavoro dipende innanzitutto dalla capacità di aiutare le persone a riacquisire una comunicazione sociale e personale, le abilità di pianificazione di vita e una maggiore fiducia in se stessi, prima di dirigerli attivamente alla ricerca di un lavoro. Secondo lo studio di Bauld et al. (9) lo stato mentale della persona, in termini di sentimenti positivi, motivazione e volontà al cambiamento sono essenziali per la buona riuscita del ricovero e del reinserimento lavorativo. Questo risultato è confermato dal presente studio che mostra che il campione percepisce elevati livelli di motivazione al cambiamento, autoefficacia e valutazione positiva di sé.

Il tema del reinserimento lavorativo dopo malattia è prevalentemente valutato negli studi in letteratura in termini di rientro al lavoro in un dato momento temporale, e scarsa attenzione viene invece posta alle percezioni della persona relative alla propria capacità lavorativa e al riadattamento all'ambiente di lavoro, che sono invece fondamentali per favorire la sostenibilità a lungo termine dell'attività lavorativa (18, 25).

I risultati mostrano che la soddisfazione lavorativa al follow-up è influenzata in modo significativo dalla capacità lavorativa e dal work engagement e, in misura minore, anche dal desiderio della sostanza. La capacità lavorativa secondo la definizione di Tuomi et al. (62) valuta il livello di compatibilità tra richieste lavorative e stato di salute psicofisica, e rappresenta quindi un indicatore del grado di adattamento tra la persona e il proprio ambiente di lavoro. Un buon equilibrio e grado di adattamento al lavoro indica un positivo reinserimento lavorativo caratterizzato da soddisfazione lavorativa; viceversa, bassi livelli di work ability aumentano il rischio di assenze e di ritiro dal lavoro (47, 69). Il work engagement è stato definito da Schaufeli et al. (53) come una condizione psicologica positiva, caratterizzata da vigore, dedizione e assorbimento al lavoro. Tale costrutto è stato particolarmente studiato in relazione alla motivazione al lavoro, a indicatori di benessere individuale e organizzativo: gli studi hanno evidenziato che lavoratori con elevati livelli di engagement sperimentano atteggiamenti ed emozioni positive quali, in particolare, soddisfazione lavorativa ed elevata performance al lavoro (6, 64).

Il craving, o desiderio della sostanza, si può manifestare anche durante il periodo dell'astinenza ed è considerato uno dei fattori di rischio principali per la ricaduta (1, 68). Il craving è caratterizzato dalla presenza di pensieri ossessivi relativi alla sostanza che possono interferire con le attività di vita quotidiana e possono condurre al comportamento compulsivo volto al consumo della sostanza al fine di neutralizzare tali pensieri (12). Ne deriva che il desiderio di sostanza possa influenzare negativamente il reinserimento lavorativo e la soddisfazione, in quanto interferisce con la capacità di provare uno stato emotivo e cognitivo piacevole derivante dalla valutazione del proprio lavoro (41).

Infine, occorre discutere alcuni limiti del presente studio. Innanzitutto, si tratta di una ricerca esplorativa e il campione in esame è ridotto; come già evidenziato, una parte dei pazienti che hanno partecipato all'iter riabilitativo non sono risultati contattabili e questo può rappresentare un bias per i risultati dello studio che non possono essere considerati rappresentativi della popolazione in esame. In secondo luogo, i partecipanti alla ricerca hanno effettuato la riabilitazione (baseline) lungo un arco temporale di oltre dieci anni, mentre l'indagine di follow-up è stata condotta trasversalmente nel 2015, con un periodo di follow-up quindi non omogeneo tra i soggetti. La variabile relativa al tempo di follow-up è stata comunque considerata come variabile di controllo nelle analisi, senza alcun effetto significativo per gli outcome di interesse. Infine, la valutazione di follow-up è avvenuta per alcuni partecipanti in modalità face to face e per altri via telematica e tale differente metodologia potrebbe aver creato un potenziale bias nei risultati ottenuti.

CONCLUSIONI

I disturbi da dipendenza di sostanze costituiscono un problema rilevante per un'ampia percentuale della popolazione lavorativa con ingenti costi sanitari e occupazionali. Ne deriva l'importanza di offrire ai pazienti un iter riabilitativo multidisciplinare finalizzato al miglioramento delle condizioni di salute psico-fisiche e al reinserimento lavorativo. L'iter riabilitativo è un percorso lungo che richiede, al termine della disintossicazione in regime di ricovero ospedaliero, una corretta informazione e l'attuazione di interventi di rete finalizzati alla stabilizzazione della sobrietà e al reinserimento sociale e lavorativo. Il presente studio mostra come una larga parte del campione a distanza di anni dal percorso di riabilitazione ha mantenuto il lavoro con livelli positivi di benessere individuale e organizzativo. Sembra infatti che il lavoro non venga percepito come una fonte di stress, ma viceversa rappresenti un fattore protettivo per la salute ed un elemento in grado di contribuire significativamente alla formazione dell'identità personale e all'integrazione sociale, come evidenziato in precedenti studi (44). Il presente studio conferma

l'importanza e i potenziali benefici derivanti dall'inserimento di un training vocazionale all'interno del trattamento riabilitativo standard (14). Questa tipologia di interventi deve andare quindi oltre il passaggio di conoscenze e del know-how, ma deve essere orientata a "ri-attivare" le risorse individuali, rendendo le persone propositive e protagoniste del proprio percorso psicologico e professionale. Futuri studi clinici randomizzati controllati (RTC) dovranno confrontare l'efficacia di differenti percorsi di reinserimento lavorativo al fine di orientare i percorsi di riabilitazione delle dipendenze e approfondire quali sono gli strumenti più efficaci per ridurre il periodo di assenza da lavoro e favorire un reinserimento lavorativo sostenibile nel tempo.

NON È STATO DICHIARATO ALCUN POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSE IN RELAZIONE ALLE MATERIE TRATTATE NELL'ARTICOLO.

BIBLIOGRAFIA

1. Addolorato G, Leggio L, Abenavoli L, et al: Neurobiochemical and clinical aspects of craving in alcohol addiction: a review. *Addict Behav* 2005; *30* (suppl 6): 1209-1224
2. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al: Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama* 2002; *288* (suppl 16): 1987-1993
3. Ansoleaga E, Montaña R, Vézina M: Psychosocial risk at work and hazardous alcohol consumption among Chile's working adults. *Can J Public Health* 2013; *104* (suppl 7): e502-508
4. APA, American Psychological Association: Elenco Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (5° ed). Washington (DC): American Psychological Association, 2013
5. Apolone G: Questionario sullo stato di salute SF-12. Milano (IT): Guerini e Associati, 2001
6. Bakker AB: An evidence-based model of work engagement. *Curr Dir Psychol Sci* 2011; *20* (suppl 4): 265-269
7. Baldasseroni A, Camerino D, Cenni P, et al: La valutazione dei fattori psicosociali. Proposta della versione italiana del Job Content Questionnaire di RA Karasek. Fogli d'informazione ISPESL 2001; 3
8. Balducci C, Fraccaroli F, Schaufeli WB: Psychometric properties of the Italian version of the Utrecht Work Engagement Scale (UWES-9). *Eur J Psychol Assess* 2010; *26*:143-149
9. Bauld L, Templeton L, Silver K, et al: Pathways back to work for problem alcohol users. *Policy Stud J* 2013; *34* (suppl 3): 360-376
10. Bertolotti G, Michielin P, Vidotto G, et al: Metric qualities of the cognitive behavioral assessment for outcome evaluation to estimate psychological treatment effects. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; *11*: 2449-2460
11. Borgogni L, Galati D, Petitta L, Schweitzer CF: Il questionario Checkup organizzativo. Manuale dell'adattamento italiano. Firenze (IT): O.S. Organizzazioni Speciali, 2005
12. Caselli G, Gemelli A, Querci S, et al: The effect of rumination on craving across the continuum of drinking behaviour. *Addict Behav* 2013; *38* (suppl 12): 2879-2883
13. Claussen B: Alcohol disorders and re-employment in a 5-years follow-up of long-term unemployed. *Addiction* 1999; *94* (suppl 1), 133-138
14. Comerford AW: Work dysfunction and addiction: Common roots. *J Subst Abuse Treat* 1999; *16* (suppl 3): 247-253
15. Costa G: Lavoro a turni e notturno. Organizzazione degli orari e di lavoro e riflessi sulla salute. Firenze (IT): SEE Editrice, 2003
16. De Gaudemaris R: Clinical issues: Return to work and public safety. *Occup Med* 2000; *15* (suppl 1): 223-230
17. de Graaf R, Tuithof M, Van Dorsselaer S, Ten Have M: Comparing the effects on work performance of mental and physical disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; *47* (suppl 11): 1873-1883
18. Dekkers-Sánchez PM, Wind H, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW: What promotes sustained return to work of employees on long-term sick leave? Perspectives of vocational rehabilitation professionals. *Scand J Work Environ Health* 2011; *37* (suppl 6): 481-493
19. Di Fabio A, Busoni L: Proprietà psicometriche della versione italiana della Core Self-Evaluation Scale (CSES) con studenti di scuola secondaria. *Counseling Giornale Italiano di Ricerca e Applicazioni* 2009; *2*: 73-83
20. Dipartimento Politiche Antidroga. (2014). Relazione annuale al Parlamento sull'uso delle sostanze stupefacenti e sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. disponibile online all'indirizzo: <http://www.politicheantidroga.gov.it/media/646882/relazione%20annuale%20al%20parlamento%202014.pdf>. (ultimo accesso 03-04-2016)
21. Donadeo C: Gioco d'azzardo e ludopatia, dal divertimento alla dipendenza. Milano (IT): Hanz & Alice Zevi Editions, 2014
22. EUROFOUND, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (2012). Use of alcohol and drugs at the workplace. disponibile online all'indirizzo: <http://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/comparative-information/use-of-alcohol-and-drugs-at-the-workplace>. (ultimo accesso 03-04-2016)
23. Ferentzy P, Wayne Skinner WJ, Matheson FI: Illicit

- drug use and problem gambling. *ISRN Addiction*, 2013
24. Fiabane E, Calsamiglia G, Candura SM, et al: Ritorno al lavoro dopo un evento cardiaco acuto: valutazione della percezione di stress e della soddisfazione lavorativa. *Risorsa Uomo* 2012; *17* (suppl 1): 29-40
 25. Fiabane E, Giorgi I, Candura SM, Argentero P: Psychological and work stress assessment following angioplasty or heart surgery: results of 1 year follow-up study. *Stress Health* 2015; *31*: 393-402
 26. French MT, Roebuck MC, Alexandre PK: Illicit drug use, employment, and labor force participation. *Southern Econ J* 2001; *68* (suppl 2): 349-368
 27. Giorgi I, Ottonello M, Vittadini G, Bertolotti G: Psychological changes in alcohol-dependent patients during a residential rehabilitation program. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015; *11*: 2989-2996
 28. Giorgi I, Conti D, Ranalletti P, Fiabane E: Riabilitazione delle dipendenze e reintegrazione al lavoro. In Argentero P, Fiabane E (eds): *Integrazione e occupabilità nei contesti professionali*. Milano (MI): Raffaello Cortina Editore, 2016: 181-230
 29. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Mæland JG: Predictors of disability pension in long-term sickness absence. *European J Public Health* 2004; *14* (suppl 4): 398-405
 30. Global Gambling. (2013). *Global gambling report 9th edition*. disponibile online all'indirizzo: <http://www.gbgc.com/about/gambling-statistics-data/>. (ultimo accesso il 03-04-2016)
 31. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J: The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occup Environ Med* 2004; *61* (suppl 3): 219-224
 32. ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica. (2014). *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*. disponibile online all'indirizzo: http://www.istat.it/it/files/2015/04/statistica_report_alcol_2014.pdf?title=Uso+e+abuso+di+alcol++162Fap+2F2015+-+Testo+integrabile.pdf. (ultimo accesso il 03-04-2016)
 33. Judge TA, Erez A, Bono JE, Thoresen CJ: The core self-evaluations scale: Development of a measure. *Pers Psychol* 2003; *56* (suppl 2): 303-331
 34. Kanfer R, Wanberg CR, Kantrowitz TM: Job search and employment: a personality-motivational analysis and meta-analytic review. *J Appl Psychol* 2001; *86* (suppl 5): 837-855
 35. Karasek RA, Brisson Q, Kawakami N, et al: The Job Content Questionnaire (JCQ). An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *J Occup Health Psychol* 1998; *3* (suppl 4): 322-355
 36. Kivimäki M, Forma P, Wikström J, et al: Sickness absence as a risk marker of future disability pension: the 10-town study. *J Epidemiol Community Health* 2004; *58* (suppl 8): 710-711
 37. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P: Impact of comorbid psychiatric disorders on the outcome of substance abusers: a six year prospective follow-up in two Norwegian counties. *BMC psychiatry* 2006; *6* (suppl 1): 1-11
 38. Leiter MP, Maslach C: Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In Perrewé P, Ganster DC (eds): *Research in occupational stress and well being*, Vol. 3. Oxford (UK): Elsevier, 2004: 91-134
 39. Leukefeld C, McDonald HS, Staton M, Mateyoke-Scriver A: Employment, employment-related problems, and drug use at drug court entry. *Subst Use Misuse* 2004; *39* (suppl 13-14): 2559-2579
 40. Leukefeld C, Webster JM, Staton-Tindall M, Duvall J: Employment and work among drug court clients: 12-month outcomes. *Subst Use Misuse* 2007; *42* (suppl 7): 1109-1126
 41. Locke EA: The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette MD (ed): *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago (IL): Rand McNally, 1976: 1297-1349
 42. Lye J, Hirschberg J: Alcohol consumption and human capital: a retrospective study of the literature. *J Econ Surv* 2010; *24* (suppl 2): 309-338
 43. Magnavita N, De Lorenzo G, Gallo M, et al: Alcol e lavoro. Documento di consenso del gruppo LaRA. *Med Lav* 2014; *105* (suppl 1): 3-68
 44. Magura S: The role of work in substance dependency treatment: A preliminary overview. *Subst Use Misuse* 2003; *38* (suppl 11-13): 1865-1876
 45. Mossakowski K: Is the duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? *Soc Sci Med* 2008; *67* (suppl 6): 947-955
 46. Mullahy J, Sindelar J: Employment, unemployment, and problem drinking. *J Health Econ* 1996; *15* (suppl 4): 409-434
 47. Notenbomer A, Groothoff JW, van Rhenen W, Roelen CAM: Associations of work ability with frequent and long-term sickness absence. *Occup Med* 2015; *65* (suppl 5): 373-379
 48. OEDT, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. (2013). *Relazione europea sulla droga 2013: tendenze e sviluppi*. disponibile online all'indirizzo: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_213154_IT_TDAT13001ITN1. (ultimo accesso il 03-04-2016).
 49. OEDT, Osservatorio Europeo delle Droghe e Delle Tossico Dipendenze. (2015). *Relazione europea sulla droga 2015: tendenze e sviluppi*. disponibile online all'indirizzo: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_IT_TDAT15001ITN.pdf (ultimo accesso il 03-04-2016)

50. OMS, Organizzazione Mondiale della sanità. (2012). Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches. disponibile online all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf. (ultimo accesso il 03-04-2016)
51. Riboldi L, Bordini L: Abuso acuto e cronico di alcol e lavoro. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; 30 (suppl 3): 56-66
52. Roche AM, Pidd K, Berry JG, Harrison JE: Workers' drinking patterns: the impact on absenteeism in the Australian work-place. *Addiction* 2008; 103 (suppl 5): 738-48
53. Schaufeli WB, Salanova M, Gonzalez-Roma V, Bakker AB: The measurement of engagement and burnout: a confirmative analytic approach. *J Happiness Stud* 2002; 3 (suppl 1): 71-92
54. Schaufeli WB, Bakker AB: Utrecht work engagement scale: Preliminary manual. Utrecht (NL): Occupational Health Psychology Unit, Utrecht University, 2003
55. Skärlund M, Åhs A, Westerling R: Health-related and social factors predicting non-reemployment amongst newly unemployed. *BMC Public Health* 2012; 12 (suppl 1): 893
56. Skinner JS, Farrer M, Albers CJ, et al: Patient-related outcomes five years after coronary artery bypass graft surgery. *QJ Med* 1999; 92 (suppl 2): 87-96
57. Spiller V, Zavan V, Guelfi GP: Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire. *Alcohol Alcohol* 2006; 41 (suppl 6): 616-623
58. Spunt B, Dupont I, Lesieur H, et al: Pathological gambling and substance misuse: a review of the literature. *Subst Use Misuse* 1998; 33 (suppl 13): 2535-2560
59. Stay-at-Work and Return-to-Work Process Improvement Committee: Preventing needless work disability by helping people stay employed. *J Occup Environ Med* 2006; 48 (suppl 9): 972-987
60. Steinberg MA, Kosten TA, Rounsaville BJ: Cocaine abuse and pathological gambling. *Am J Addictions* 1992; 1: 121-132
61. Sutton L, Cebulla A, Heaver C, Smith N: Drug and alcohol use as barriers to employment: a review of the literature. Loughborough (UK): Loughborough University, 2004
62. Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, et al: Work Ability Index. (2nd Edition). Helsinki (FI): Finnish Institute of Occupational Health, 1998
63. Van Velzen JM, Van Bennekom CAM, Edelaar MJA, et al: How many people return to work after acquired brain injury? A systematic review. *Brain Inj* 2009; 23 (suppl 6): 473-488
64. Villotti P, Balducci C, Zaniboni S, et al: An analysis of work engagement among workers with mental disorders recently integrated to work. *J Career Assessment* 2014; 22 (suppl 1): 18-27
65. Vittadini G, Bandirali M: Alcol e lavoro: mantenimento della sobrietà e reinserimento lavorativo. *Med Lav* 2007; 98 (suppl 6): 521-526
66. Vogel AP, Barker SJ, Young AE, et al: What is return to work? An investigation into the quantification of return to work. *Int Arch Occup Environ Health* 2011; 84 (suppl 6): 675-682
67. Ware JE, Kosinski M, Keller SD: A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34 (suppl 3): 220-233
68. Witteman J, Post H, Tarvainen M, et al: Cue reactivity and its relation to craving and relapse in alcohol dependence: a combined laboratory and field study. *Psychopharmacology* 2015; 232 (suppl 20): 3685-3696
69. Wynne-Jones G, Buck R, Varnava A, et al: Impacts on work absence and performance: what really matters? *Occup Med* 2009; 59 (suppl 8): 556-562