

F. Spigno, N. Debarbieri, F. Traversa

Lavoro e dipendenza da sostanze psicoattive: idoneità alla mansione e prospettive di prevenzione alla luce delle recenti innovazioni normative

Università di Genova, Dipartimento di Medicina Legale e del Lavoro, Sezione di Medicina del Lavoro

RIASSUNTO. Gli autori prendono in esame un fenomeno particolarmente diffuso nella nostra società, l'abuso e la dipendenza da sostanze psicoattive, considerando ricadute ed interferenze che tali fenomeni hanno sul mondo del lavoro. In particolare esaminano le problematiche che il medico del lavoro competente si trova a fronteggiare nella formulazione del giudizio di idoneità alla mansione specifica, che in tali situazioni rientra a buon diritto nell'ambito comunemente chiamato delle "idoneità difficili"; passano quindi in rassegna la complessa normativa riguardante la disciplina di stupefacenti, alcol e problemi correlati e sottolineano che, nonostante il gran numero di disposizioni legislative, spesso non è ben chiaro ciò che al medico è concesso e ciò che è vietato nella gestione di questi casi. Nonostante le oggettive difficoltà di interpretazione delle norme introdotte anche in tempi recentissimi, propongono infine un percorso diagnostico e riabilitativo che, coinvolgendo le principali figure deputate alla prevenzione negli ambienti di lavoro e sul territorio, consenta percorsi operativi praticamente perseguibili nel rispetto della dignità e della libertà di autodeterminazione del lavoratore.

Parole chiave: sostanze psicoattive, abuso, dipendenza, idoneità.

ABSTRACT. The Authors consider a present widespread social problem i.e. the abuse and/or addiction to alcohol and drugs (psychoactive substances) with regard to the interferences and consequences it can have on one's working environment. In particular they look into the hardest problem an occupational physician has to face when required to pass judgement on a worker's specific duty fitness, which rightfully falls within the so-called "knotty qualifications". In addition the authors go over the rather complicated Italian laws regulating drugs, alcohol and their relevant problems, underlining how, despite the great number of regulations in force, it's still unclear what an occupational physician is allowed or not allowed to do in such cases. Although even the latest provisions fail to give a clue for correctly running such phenomena, the Authors suggest a diagnostic and rehabilitation/reinstating programme that, by involving the main operators in charge of prevention both at work and inside health territorial services, can set reasonable aims and feasible operating plans granting all due respect for the workers' dignity and self determination.

Key words: psychoactive substances, abuse, addiction, fitness to work.

Introduzione

La dipendenza da sostanze psicoattive è considerata una malattia a decorso cronico e recidivante, derivante dall'assunzione prolungata di tali sostanze. Essa è caratterizzata da un impulso difficilmente controllabile a ripetere tale assunzione, sostenuto da un desiderio irresistibile (craving) da cui derivano comportamenti finalizzati o non finalizzati miranti a soddisfare l'impulso (drug-seeking behaviour) (14).

L'espressione del giudizio di idoneità al lavoro in presenza di "dipendenze" rappresenta un compito doppiamente "difficile" per il medico incaricato della sorveglianza sanitaria aziendale, sia per i rischi eventualmente collegati al tipo di mansione che per le particolari condizioni psico-fisiche in cui si trovano in genere i soggetti dediti all'assunzione e/o all'abuso di sostanze psicoattive (6, 24, 25).

Dal momento che alcune norme fanno riferimento a particolari situazioni di assunzione è opportuno distinguere l'uso episodico, o isolato ed occasionale, dall'abuso e dalla dipendenza. Secondo il DSM IV per abuso deve intendersi una modalità patologica di assunzione che comporta una menomazione o disagio clinicamente significativo entro i 12 mesi e che causi almeno una delle seguenti condizioni: incapacità nel ruolo, uso ricorrente in situazioni rischiose, problemi legali ed uso nonostante i problemi (3); per dipendenza vera e propria deve invece intendersi una modalità di assunzione contrassegnata da parametri più gravi rispetto all'abuso, sia sul piano temporale che sindromico, consistenti in una menomazione o disagio clinicamente significativo della durata di 12 o più mesi e che mostri almeno tre delle condizioni seguenti: tolleranza, astinenza, uso in quantità maggiori e più a lungo del desiderato, desiderio e tentativi vani di smettere, grande quantità di tempo in ricerca di droga e per riprendersi dagli effetti, riduzione o sospensione di importanti attività, uso continuativo. Non va inoltre dimenticato che la dipendenza fisica e la tolleranza, che rientrano tra i criteri diagnostici del DSM IV, non sono fenomeni esclusivi della tossicodipendenza; anche l'uso corretto di farmaci per il dolore, per l'ansia o per l'ipertensione può infatti indurre tolleranza e dipendenza fisica, entrambe espressioni della messa in atto da parte dell'organismo di mecca-

nismi di compenso volti a contrastare gli effetti della sostanza assunta ripetutamente.

Classificazione delle sostanze psicoattive

In base agli articoli 13 e 14 del DPR 309/90 le sostanze psicoattive erano state classificate in sei tabelle (13), successivamente ridotte a due con il D.L. 30/12/2005 n. 272 (9), convertito in L. 49/2006, che oltre alla modifica degli artt. 13 e 14 apporta un inasprimento delle pene previste dal T.U. e una unificazione del trattamento sanzionatorio tra droghe pesanti e leggere.

Nell'allegato al decreto, in Tabella I sono comprese le sostanze, indipendentemente dalla distinzione tra stupefacenti e sostanze psicotrope, con potere tossicomaniogeno ed oggetto di abuso. In Tabella II sono invece inserite le sostanze che hanno attività farmacologica e pertanto sono usate in terapia (farmaci). La Tabella II è suddivisa in cinque sezioni indicate con le lettere A, B, C, D ed E, dove sono distribuiti i farmaci in relazione al decrescere del loro potenziale di abuso.

Il DSM IV classifica invece le sostanze psicoattive in 5 gruppi ed 11 categorie e tale distinzione in 11 classi deriva dalla necessità di definire in modo sintetico le sostanze; in realtà per ogni classe di sostanze esistono diversi prodotti e ognuno di questi può essere preparato in modo diverso (3). Qui l'alcol è classificato tra le droghe domestiche insieme a nicotina e caffeina.

Particolare interesse, ai fini dell'espressione dell'idoneità al lavoro e soprattutto per mansioni ad elevato rischio di infortuni riveste l'assunzione dei cosiddetti psicofarmaci, classificabili anche come segue:

- a) antipsicotici o neurolettici;
- b) ansiolitici e sedativi (benzodiazepine e barbiturici);
- c) antidepressivi;
- d) farmaci antimanica o stabilizzanti dell'umore (sali di litio, alcuni anticonvulsivanti).

Tali farmaci possono causare fenomeni di abitudine, tossicomania e dipendenza vera e propria (14): i fenomeni di abitudine sono descritti soprattutto per gli anticomiziali, i sedativi e gli ansiolitici, mentre più di rado sono descritte tossicomanie con sindromi da barbiturismo cronico. A prescindere dalle modalità di assunzione impropria, consistenti in genere nell'associazione con altri farmaci e droghe con finalità di potenziamento degli effetti delle droghe stesse, il pericolo di abuso vi è anche in situazioni c.d. di assunzione corretta e cioè quando tali farmaci vengono prescritti da specialisti (29); in tali casi oltre agli effetti del farmaco si deve tenere conto della patologia di base del soggetto ovvero del motivo per cui gli psico-farmaci sono stati prescritti.

Discorso a parte rispetto alle sostanze illegali merita l'alcol (la sostanza psicoattiva più largamente usata in occidente), sia per la sua specificità sul piano tossicologico, sia per l'esistenza di una normativa a sé stante (19). Sul piano tossicologico è importante sottolineare che per l'alcol vi è la possibilità di evidenziare risposte definite in relazione alla dose, stabilendo così un rapporto tra quantità di alcol assunta e aumento di incidenza di infortuni.

Sostanze psicoattive e lavoro

Droghe

In Italia, in assenza di inchieste sistematiche, la stima circa l'uso, l'abuso e la dipendenza da sostanze nonché l'eventuale impatto sulla sicurezza nei luoghi di lavoro viene fatta su dati forniti da diverse agenzie statali e private attive nel settore o su dati provenienti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (23). Ne riportiamo alcuni:

- secondo una indagine svolta nel 2000 su un campione di 158 utenti dei SERT di Venezia e Mestre, il 62% dei soggetti che svolge attività lavorativa è operaio generico, il 21% è operaio specializzato, il 9% è commerciante e l'8% è impiegato (24);
- tra il settembre 1998 ed il marzo 2001 il dipartimento di Epidemiologia della Asl di Reggio Emilia ha condotto l'indagine "Vedette" su 12.000 pazienti in cura presso 200 SERT di 13 regioni: si trattava di pazienti in cura con terapie sostitutive ed è risultato che di questi il 32% era occupato stabilmente, il 32% occasionalmente e solo il 35% risultava disoccupato (Corriere del Lavoro, 2003) (1);
- la presenza del fenomeno droga nel mondo del lavoro è avvalorato dalle risposte fornite al questionario somministrato nel corso di una fase del programma di prevenzione della tossicodipendenza "Euridice": tra i vari dati pubblicati dal Corriere del Lavoro nel 2003 risulta che il 7,3% dei lavoratori intervistati afferma che nel suo ambiente di lavoro esiste il consumo di droghe sintetiche (1);
- da studi effettuati negli Stati Uniti emerge che il 70% circa dei consumatori ha una occupazione lavorativa stabile e che il 6,9% di tutta la popolazione lavorativa riferisce un consumo di droghe (22).

Le ripercussioni sull'attività lavorativa legate all'assunzione di droghe dipendono dalla sostanza, dalle diverse vie di somministrazione e dal tipo di preparazione, dalle modalità di consumo.

Uno dei problemi principali riguarda le sostanze usate a "scopo ricreativo" (28); l'uso edonico, infatti, può spesso passare inosservato in quanto:

- 1) l'assunzione avviene al di fuori delle giornate lavorative (week-end);
- 2) l'uso è episodico;
- 3) in molti casi vi è l'assenza di veri e propri fenomeni di tolleranza e di astinenza e quindi di effettiva dipendenza fisica.

Gli studi presenti in letteratura hanno posto l'attenzione principalmente su tre parametri qualitativi del lavoro che sono performance lavorativa, rischi di infortunio ed assenteismo; i dati sembrano concordare sulla riduzione di performance e sull'aumento del rischio di infortuni e di assenteismo per quanto riguarda gli assuntori continuativi, mentre per quanto riguarda gli assuntori occasionali le conclusioni degli studi non evidenziano una correlazione positiva (22).

Alcol

L'Organizzazione Internazionale per il Lavoro (ILO) afferma che il 10-12% di tutti i lavoratori con età mag-

giore di 16 anni ha problemi alcol correlati. Una ricerca della Associazione Dirigenti Risorse Umane afferma che il 45% dei manager presenta un abuso occasionale o continuativo di alcol. Ogni anno, sono denunciati all'INAIL circa 940.000 infortuni sul lavoro con durata di inabilità superiore alle tre giornate: secondo alcuni studi gli infortuni attribuibili all'abuso alcolico sarebbero nell'ordine del 10% - 20%; altri studi, basati sui livelli di alcolemia misurata in Pronto Soccorso dopo infortunio, evidenziano che circa il 4% degli infortunati presenta significativi livelli di alcolemia. Gli infortuni in itinere rappresentano una quota rilevante (circa l'11% dei 940.000 eventi/anno che mediamente sono occorsi negli ultimi anni in Italia) (8).

A prescindere dalle differenze percentuali dei vari studi, il dato certo è che l'assunzione di bevande alcoliche determina una diminuzione dell'efficienza nelle prestazioni lavorative e una riduzione della percezione dei rischi. L'assunzione di alcol è in grado di causare in prima istanza degli effetti, graduati sulla quantità di alcol consumato, sul S.N.C.; sul piano pratico ciò si traduce in una diminuzione delle capacità di autocontrollo ed in un aumento di infortuni. Tali nozioni sono ben note per quanto attiene la guida di automezzi tanto che il nuovo codice della strada (art. 186 e successive modifiche) ha stabilito un limite legale di alcolemia durante la guida che non deve superare 0,5 g/l. Già per livelli di 0,2 g/l (maschio) si ha una iniziale tendenza a comportamenti più rischiosi ed i riflessi sono disturbati leggermente, ma aumenta la tendenza ad agire in modo imprudente in virtù di una riduzione della percezione del rischio; se viene raggiunto il limite legale di 0,5 g/l il campo visivo si riduce prevalentemente a causa della riduzione della visione laterale (più difficile perciò controllare le manovre di lavoro soprattutto se si utilizzano automezzi o veicoli) e contemporaneamente si verifica la riduzione del 30-40% della capacità di percezione degli stimoli sonori, luminosi e uditivi e della conseguente capacità di reazione. Per valori di 0,6 g/l i movimenti e gli ostacoli vengono percepiti con notevole ritardo e la facoltà visiva laterale è fortemente compromessa. Si possono compiere errori anche di grave entità durante attività lavorativa, che aumentano ulteriormente per valori di alcolemia di 0,7 - 0,8 g/l (8).

Aspetti normativi

Droghe

Lo scopo primario della sorveglianza sanitaria, come inteso dal D.Lgs. 626/94, è la tutela della salute del lavoratore; non è invece presente nel sopra citato decreto un riferimento preciso al comportamento che il medico del lavoro deve tenere nelle situazioni che comportino rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute di terzi.

D'altra parte il nostro ordinamento giuridico contiene norme che in taluni casi vietano o pongono limiti all'effettuazione di accertamenti sanitari, in altri li impongono. Per quanto riguarda le limitazioni e/o i divieti basta citare gli artt. 13 e 32 della Costituzione o gli art. 5 e 8 della legge 300/1970 (18); altri divieti, ma in ordine allo stato

di sieropositività, sono contenuti nella **legge n. 135 del 05/06/1990** agli **artt. 5 e 6** (20), anche se con sentenza n. 218 (G.U. 8 giugno 1994 N. 24 - Serie speciale) (30), la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 5 terzo e quinto comma nella parte in cui non prevede accertamenti sanitari dell'assenza di sieropositività all'infezione da HIV come condizione per l'espletamento di attività che comportino rischi per la salute di terzi.

Il titolo XI del Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti (D.P.R. 309/90), se da un lato (art. 120) ribadisce il diritto all'anonimato e alla volontarietà della terapia, all'**articolo 125 comma 1** prevede invece, per " *gli appartenenti alle categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi, individuate con decreto del Ministero del Lavoro* ", accertamenti di assenza di tossicodipendenza da effettuarsi a cura di strutture pubbliche nell'ambito del servizio sanitario nazionale e a spese del datore del lavoro, " *prima dell'assunzione in servizio e, successivamente, ad accertamenti periodici* "; al **comma 2** è indicato anche che il decreto ministeriale di cui al comma primo deve determinare la periodicità degli accertamenti e le relative modalità". All'**art. 124**, 1° comma è previsto, per i lavoratori assunti a tempo indeterminato di cui venga accertato lo stato di tossicodipendenza e che intendano accedere ai programmi di riabilitazione, il diritto alla conservazione del posto di lavoro per l'esecuzione del trattamento riabilitativo per un periodo non superiore a tre anni. La mancata emanazione del decreto Ministeriale cui si fa riferimento nel comma 1 dell'articolo 125 determina una prima criticità, non consentendo di fatto l'individuazione delle categorie di lavoratori cui va applicata; si pongono così dubbi interpretativi che possono essere causa di contenziosi e/o di mancati adempimenti con conseguenze, in quest'ultimo caso, a carico del datore di lavoro. Un ulteriore aspetto problematico è quello che discende dal riferimento legislativo alla assenza di tossicodipendenza e non all'abuso, condizioni che come abbiamo visto in precedenza si differenziano sia sul piano temporale che sindromico (criteri DSM IV) e la cui diagnosi differenziale, indispensabile per non andare oltre la norma (articolo 125 DPR 309/90), richiederebbe accertamenti più articolati e per i quali la necessità del consenso da parte del lavoratore è indispensabile; è opportuno ricordare che sul piano epidemiologico non risulta dimostrata con certezza una aumentata incidenza di infortuni per gli assuntori occasionali al di fuori degli orari di lavoro (22).

Da quanto sopra riassunto non sembrano esservi dubbi sul fatto che è lasciata al lavoratore, nel momento in cui decide di recuperarsi, la libera scelta di comunicare o non comunicare al datore di lavoro il suo stato di tossicodipendenza e che comunque ogni provvedimento si prenda esso non può prescindere dal consenso del lavoratore stesso, fatto salvo quanto disposto dal **comma 4 dell'art. 124** in base al quale pare facciano eccezione alcune categorie di lavoratori per le quali lo Stato ha formulato leggi, tanto in relazione all'idoneità alla assunzione che in previsione di

sanzioni una volta che l'assunzione sia avvenuta, qualora si verificano problemi legati alla tossicodipendenza o all'alcol. Riportiamo a scopo esemplificativo:

- **DPR 2 settembre 1997, n. 332** (11), che all'annesso B allegato 2 previsto dall'art. 6 comma 1 per il profilo di ammissione alla ferma volontaria triennale prevede tra i requisiti psico-fisici: a) profilo/idoneità psico-fisico previsto (...); e b) esito negativo dei tests sierologici per l'accertamento della tossicodipendenza.
- **Decreto 16 settembre 2003** (12), che all'art. 4 affronta la dipendenza ed indica le strategie da seguire in caso di primo accertamento di idoneità, in particolare contempla accertamenti clinici finalizzati alla ricerca di sostanze e dei loro metaboliti (drug-test) su più matrici biologiche da eseguirsi con le metodiche correnti, l'accettazione degli interessati a subire drug-test randomici o qualsiasi altra verifica ritenuta necessaria dal competente organo sanitario. Viene anche contemplato l'alcolismo e/o l'abuso di bevande alcoliche. Il giudizio medico legale relativo all'idoneità sarà adottato sempre a seguito di valutazioni psichiatriche.

Alcol

Analogo problema applicativo rispetto alla normativa che disciplina gli accertamenti per la valutazione delle tossicodipendenze si è presentato anche per la legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati del 30/03/2001 n. 125 (19) che al *comma 1 dell'art. 15* prevede, per le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi da individuare con decreto, il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e al *comma 2* individua le figure deputate ai controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro: medico competente ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 626/1994 e successive modificazioni, ovvero medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza. *Il comma 3 dell'articolo 15* estende i benefici previsti dall'articolo 124 del testo unico n. 309/1990 ai lavoratori affetti da patologie alcol-correlate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione.

Una sostanziale differenza nella normativa inerente alcolici e problemi alcol correlati rispetto a quella delle tossicodipendenze riguarda il riferimento al medico competente, che manca nella legge 309/90. A parte la considerazione temporale della anteriorità della legge 309 rispetto alla normazione del medico competente, nella legge 309/90 gli accertamenti da eseguire prima della assunzione in servizio e successivamente ad accertamenti periodici sono demandati a strutture pubbliche nell'ambito del servizio sanitario nazionale.

La mancata emanazione del decreto applicativo previsto dall'articolo 15 ne ha comportato per anni, all'atto pratico, l'inapplicabilità ai fini preventivi negli ambienti di lavoro. La Società Italiana di Alcolologia (SIA) ha a lungo dibattuto il problema della regolamentazione del consumo di alcol nei posti di lavoro (4, 5) e l'Associazione Nazionale dei Medici del Lavoro Pubblici (ANMeLP) in associazione con la SIA ha proposto a più riprese una lista di attività

lavorative a rischio aggiuntivo per le quali vietare l'assunzione e somministrazione di bevande alcoliche, di cui l'ultima è quella del 2004, basata su un criterio di esaustività con possibilità di gestione dell'eccezione da parte del datore di lavoro (26).

Secondo alcune interpretazioni estensive della normativa vigente, la giustificazione alla esecuzione di determinati accertamenti, indipendentemente dalla emanazione del decreto attuativo, potrebbe e dovrebbe comunque trovare una giustificazione dal combinato disposto degli articoli 3, 4 e 16 del DLgs 626/94 (10), che prevedono una valutazione dei rischi per la salute e la sicurezza, la elaborazione di un documento comprendente di solito anche una valutazione del rischio infortunistico e, per il medico competente, lo svolgimento della sorveglianza sanitaria mirata al rischio nei casi in cui quest'ultima sia prevista con conseguente obbligo di tenere conto del rischio infortunistico generale se inserito nel documento ex art. 4. In conclusione, secondo tale interpretazione sarebbero giustificati sia l'inserimento nel documento ex art. 4 del rischio aggiuntivo da alcol in quei comparti lavorativi per i quali è palese l'esistenza di rischio infortunistico elevato che l'esecuzione di accertamenti sanitari volti ad indagare l'abuso alcolico.

Il dibattito è andato avanti e con nota 10092/16/431/22 del 25/10/2005 il Ministero del Lavoro ha trasmesso alle regioni uno schema di decreto che individua le attività lavorative per le quali sono vietate l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche. Dopo avere recepito le proposte di modifica e di integrazione dell'allegato 1 del provvedimento in esame avanzate dalle regioni ed acquisito il parere della Consulta nazionale alcol, la **Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato e le regioni** e le province autonome di Trento e Bolzano ha emanato un provvedimento di intesa in materia di individuazione delle attività che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001 n. 125. Tale provvedimento è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 30/03/2006 e le attività lavorative a rischio sono indicate nell'allegato 1 al provvedimento di intesa (v. Allegato). Dalla lettura di tale elenco emerge, forse più ancora dell'intento di proteggere il lavoratore dall'aumentato rischio di infortuni, quello di perseguire la tutela di terzi e l'interesse della collettività.

Medico Competente e diagnosi di tossicodipendenza

Nel momento dell'effettuazione degli accertamenti preventivi e periodici ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità alla specifica mansione, una situazione di abuso da sostanze stupefacenti può facilmente sfuggire. Nel rispetto dell'art. 125 del DPR 309/90, che pur in assenza del Decreto Ministeriale di attuazione rimane la norma legislativa di riferimento, gli accertamenti debbono essere mirati alla constatazione di "assenza di tossicodipendenza".

A tal scopo e tenendo conto di tutte le considerazioni e limitazioni espresse nella parte dedicata agli aspetti normativi si possono utilizzare:

1) Indicatori clinici:

- *anamnesi*: consente di avere informazioni sulla condizione familiare e socio-economica, sul grado di istruzione, sul comportamento lavorativo e sull'eventuale comorbidità psichiatrica, tutti elementi importanti per delineare la personalità del soggetto;
- *esame obiettivo*: consente di individuare alterazioni espressive di intossicazione e/o di astinenza a carico dei diversi organi ed apparati (SNC, cardiovascolare, digerente, apparato respiratorio etc.); tali manifestazioni cliniche variano in base al tipo sostanza ed alle modalità di preparazione e di assunzione della stessa. Nella valutazione clinica riveste notevole importanza l'analisi dello stato psichico in quanto è stato riscontrato che il 53% dei tossicodipendenti presenta comorbidità psichiatrica; sul piano prognostico la presenza di un quadro di comorbidità psichiatrica associato alla dipendenza da sostanze deprime di solito in senso negativo. Qualora dall'esame clinico emerga tale sospetto il medico competente potrà avvalersi dell'ausilio di consulenze specialistiche, in primis psichiatrica.

2) Indicatori di laboratorio:

- *esami di routine*: emocromo, profilo biochimico completo, marcatori virali.
- *esami tossicologici* da eseguire su liquidi biologici (sangue, urina, saliva e sudore) e tramite l'analisi del capello (diffusione passiva dal sangue alle cellule del follicolo pilifero) in laboratori legalmente riconosciuti (v. Tabella I). Costituiscono l'elemento di prova che però la legislazione subordina al consenso da parte del lavoratore. Negli ultimi anni il numero ed il tipo di sostanze da ricercare ed identificare si è enormemente allargato. I metodi per le analisi si avvalgono di tecniche immunochimiche, i cui risultati positivi vengono poi confermati con tecniche gascromatografiche.

Particolare attenzione ed esperienza sono richiesti per una corretta interpretazione degli esami tossicologici; infatti in taluni casi, basti citare il fenomeno del doping, risulta impossibile distinguere metaboliti quali ad esempio amfetamina e metamfetamina, provenienti sia da sostanze illegali che da sostanze con analoga formula di struttura ma di uso farmacologico comune (22).

Medico Competente e diagnosi di abuso alcolico

È noto che, per stimare l'entità dell'introduzione di alcol, si può ricorrere ad un semplice criterio: una birra (330 ml di bevanda con gradazione intorno a 5°), un bicchiere di vino (125 ml a 12°), un aperitivo (80 ml a 18°) od un superalcolico (40 ml a 38°) contengono approssimativamente la stessa quantità di alcol, pari a circa 12 grammi.

Per il medico del lavoro competente è particolarmente utile distinguere e diagnosticare l'intossicazione alcolica acuta e l'abuso cronico. I criteri diagnostici ed i conseguenti provvedimenti che possono essere assunti sono i seguenti.

a) Intossicazione alcolica acuta. È la situazione più esplicitamente prevista dal comma 2 dell'articolo 15 della L. 125/2001, che definisce la possibilità, esclusivamente da parte del medico competente ovvero dei medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio, di una diagnosi attraverso test alcolimetrici in caso di attività lavorative ad elevato rischio infortunistico.

Diffusamente noti sono i segni clinici dell'ebbrezza alcolica, ma l'elemento di prova è fornito dalla determinazione dell'alcolemia. Uno dei test alcolimetrici più semplici e di facile esecuzione è il "saliva alcool test": kit usa e getta, pratico e di facile conservazione, utilizzato anche da alcuni nuclei operativi di alcolegia per il controllo dei pazienti seguiti ambulatorialmente (7).

Va tenuto comunque presente che, data la rapida metabolizzazione dell'etanolo (emivita 1 g/kg/h dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche), i valori di alcolemia e alcoluria come marker di assunzione di alcol rendono indicati tali esami solo per la verifica e l'analisi dello stato in corso.

b) Abuso alcolico cronico. La diagnosi è più complessa e si avvale di diversi indicatori.

1) Indicatori clinici:

- *anamnesi*: l'anamnesi familiare fornisce elementi su eventuali precedenti di etilismo e sull'ambiente in cui si è sviluppata la personalità del paziente. Per l'anamnesi individuale mirata a identificare la presenza di sintomi alcol correlati possono venire impiegati

Tabella I. Esami tossicologici utili alla diagnosi di tossicodipendenza

CAMPIONE BIOLOGICO	DROGHE - ARCO TEMPORALE DI POSITIVITÀ
urina (ricerca della sostanza o dei suoi metaboliti)	Cannabinoidi: sino a 40 gg Ecstasy (MDMA): sino a 2-3 gg Cocaina (benzoilecgoina): sino a 2-5 gg per singola assunzione, 10-12 gg per abuso cronico Eroina (morfina): sino a 2-4 gg
analisi del capello	possibile datazione dell'assunzione in base alla topografia dell'accumulo di sostanza: Amfetamina Metamfetamina MDMA
saliva e sudore (concentrazioni inferiori rispetto alle urine)	Cocaina per via intranasale e inalazione di fumo raggiungono livelli plasmatici inferiori rispetto all'assunzione per via e.v. (uguale concentrazione rispetto all'introduzione e.v. dopo 4 ore)

questionari predefiniti quali il CAGE (C cut down - A annoyed - G guilty - E eye opener) e l'A.U.D.I.T. (Alcohol Use Disorders Identification Test);

- *esame obiettivo*: consente di individuare segni e sintomi neurologici, psichici, gastroenterologici espressivi di epatopatia e/o astinenziali in vario stadio (15).

2) Indicatori di laboratorio:

Non esiste un singolo parametro ematico ideale dotato di alta specificità e sensibilità, per cui vanno impiegati più esami in associazione tra loro (16, 17, 21, 27, 31). I più utilizzati, che in caso di abuso alcolico cronico vanno incontro ad aumento, sono riportati in Tabella II. Di recente l'impiego combinato di dati anamnestico - clinici unito al dosaggio di CDT, GGT e MCV è stato proposto non solo come protocollo diagnostico di abuso alcolico cronico per l'espressione di idoneità ad attività con elevato rischio infortunistico, ma anche come strumento per valutare la disassuefazione alcolica (7).

Discussione e conclusioni

La rassegna della normativa riguardante i fenomeni di tossicodipendenza ed alcolismo nel settore del lavoro in vigore nel nostro Paese ci porta a formulare conclusioni di carattere generale: mentre sono evidenti i divieti, non altrettanto chiari sono gli adempimenti consentiti nei confronti dei lavoratori.

Per quanto riguarda le tossicodipendenze, oltre alla mancata emanazione dei decreti che individuano i lavoratori per i quali sono ammessi accertamenti sanitari preventivi e periodici specifici, non vi sono indicazioni precise sul tipo di accertamenti da eseguire qualora venissero specificate le suddette categorie professionali.

Tuttavia le complesse e numerose disposizioni contenute non solo nel Codice Civile ma anche nelle leggi speciali

emanate a tutela della sicurezza del lavoro hanno come obiettivo principale l'integrità psico-fisica del lavoratore. Poiché le situazioni di abuso/dipendenza da sostanze psicotrope si associano ad una maggiore probabilità di eventi infortunistici, appare utile una specifica valutazione in tal senso mediante l'inserimento nel documento ex art. 4 del D.Lgs. 626/94 di tutte quelle attività generalmente considerate ad alto rischio. Proprio dal documento di valutazione dei rischi aziendali il medico competente può trovare "giustificazione" nella stesura di un protocollo sanitario che preveda l'inserimento di accertamenti ad hoc, eventualmente comprendenti esami tossicologici o quanto meno indagini cliniche indirette. Tuttavia appare indispensabile il consenso del lavoratore all'esecuzione di tali approfondimenti diagnostici, tenendo conto che nella pratica quotidiana possono configurarsi sostanzialmente due diverse situazioni.

- Caso non "ufficialmente" dichiarato: ciò si può verificare nella fase definibile "della latenza", in cui l'assunzione delle sostanze non compromette ancora il normale espletamento delle mansioni lavorative e pertanto il problema può non palesarsi in ambito aziendale. Anche nella successiva fase detta "della conflittualità", in cui il fenomeno è supposto indirettamente sulla base di anomalie comportamentali o direttamente dall'emergere di procedimenti penali o amministrativi (detenzione/spaccio di stupefacenti, ritiro della patente), può essere estremamente difficile la gestione del caso per il medico competente quando il lavoratore non ne consenta l'ufficializzazione (24). In questa evenienza il medico non potrà far altro che adottare strategie di convincimento, anche mediante la formulazione di giudizi di inidoneità parziale (ad esempio esclusione da mansioni ad alto rischio infortunistico, quali la guida di automezzi o il lavoro in quota) o temporanea, in attesa che il lavoratore acceda al SERT. In caso di dipendenza il ricorso a strutture quali il SERT o, in caso di alcolismo cronico, ai centri di alcologia e conseguentemente la frequenta-

Tabella II. *Esami tossicologici utili alla diagnosi di abuso alcolico cronico*

GGT	Più sensibile che specifico; emivita dopo astensione compresa tra 14 e 26 giorni.
MCV	Aumento comune anche ad altre patologie; emivita di circa 3 mesi dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.
GGT + MCV	L'incremento combinato di tali parametri garantisce una maggiore specificità e sensibilità nell'identificazione del consumo eccessivo di bevande alcoliche.
Transaminasi	Sono più indicate per constatare un danno epatico piuttosto che un consumo di bevande alcoliche: un maggiore incremento delle AST rispetto alle ALT fa propendere per un danno epatico alcol-correlato. Emivita mediamente di 2-3 settimane dopo completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.
Acido urico, trigliceridi, urea	Aumento secondario a danni metabolici.
CDT (Transferrina desialata o decarboidrata)	Incremento dopo almeno 7 giorni di assunzione di etanolo in quantità comprese tra 50-80 g/die. Emivita di 14 giorni dopo completa astensione dall'uso di bevande alcoliche. Normalizzazione della CDT significa valori inferiori o uguali a 2,6% della transferrina totale.
5-HTLO (5-idrossitriptolo urinario)	Il rapporto fra il 5-HTLO e la creatinina o l'acido 5 idrossiindolacetico (5-HIAA) urinario è stato recentemente proposto come marcatore specifico dose-dipendente di assunzione di etanolo. Emivita da 5 a 20 ore dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.
Dolicolo urinario	Un aumento di tale parametro è stato osservato sia in soggetti alcolisti che in neonati di madri alcol-dipendenti.
Addotti dell'acetaldeide	Sia l'alcol che l'acetaldeide possono formare addotti chimici stabili con una varietà di substrati biologici il cui dosaggio nei liquidi biologici attualmente risulta di scarsa utilità pratica.

zione di programmi di recupero è tra l'altro indispensabile per fruire dei benefici di cui all'art. 124 del DPR 309/90. Qualora invece si verificano stati di intossicazione acuta correlabili ad assunzione di sostanze stupefacenti è opinione comune tra i medici del lavoro/competenti che l'opzione di prima scelta sia, tanto dal punto di vista terapeutico che medico - legale, l'invio alle strutture pubbliche di Pronto Soccorso. In caso negativo (mancata accettazione da parte del lavoratore di sottoporsi ai trattamenti di recupero) e permanendo una condizione clinica incompatibile con un giudizio di idoneità ad altre attività aziendali a minor rischio, il medico potrà formulare un giudizio di non idoneità assoluta alla mansione oppure suggerire al datore di lavoro di ricorrere ad un ente di diritto pubblico secondo quanto consentito dall'art. 5 dello Statuto dei Lavoratori.

- Caso noto e per il quale il lavoratore intende affrontare in maniera organica il problema: in questa evenienza è opportuno il coinvolgimento dei soggetti preposti per legge alla prevenzione nei luoghi di lavoro, in particolare del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, dei Servizi Territoriali per le tossicodipendenze (SERT) e dei centri di alcologia. Ad oggi la collaborazione tra i medici competenti ed i servizi territoriali è abitualmente assai scarsa, mentre le notizie cliniche provenienti dai centri territoriali (se trattasi di soggetti poli-assuntori, in trattamento sostitutivo oppure drug-free o in trattamento avversivo) possono rivelarsi invece di grande utilità nell'espressione di un giudizio di idoneità e conseguentemente di un reinserimento lavorativo che è una delle tappe fondamentali per un recupero sociale del soggetto affetto da dipendenze (22). L'utilità di un coinvolgimento dei lavoratori, delle strutture pubbliche e delle comunità del territorio è nozione da tempo acquisita e portata avanti dal Sindacato sin dai primi anni Ottanta con finalità che possono essere così sintetizzate: sensibilizzazione delle figure (colleghi di lavoro, quadri sindacali ed imprenditori) che sono potenzialmente ed in modo più diretto interessate e/o coinvolte nella prevenzione, cura dei soggetti nello spirito del DPR 309/1990, tenendo conto anche di quanto inserito in contratti di categoria o in alcuni accordi aziendali, ed infine reinserimento del lavoratore all'interno dell'impresa, possibilmente in attività lavorative con bassi livelli di rischio (6). Il coinvolgimento delle figure sopra indicate e la integrazione delle rispettive competenze consentirebbe, a nostro modo di vedere, il rispetto dello spirito essenzialmente preventivo della Medicina del Lavoro determinando un sensibile incremento nel controllo del rischio infortunistico.
- Il recente provvedimento d'intesa (Allegato) sembra consentire, per quanto concerne l'assunzione e l'abuso di alcol, una maggiore potestà rispetto al recente passato nell'esecuzione di alcuni esami tossicologici ed in particolare dei controlli alcolimetrici di cui al comma 2 articolo 15 della legge n. 125/2001. Anche se l'articolo 15 della legge 30/03/2001 n. 125 parla solo di controlli alcolimetrici nei posti di lavoro e non indica altri tipi di indagini, la pubblicazione sulla G.U. del 30/03/2006 del

provvedimento di intesa potrebbe rappresentare una giustificazione all'impiego anche di indagini di laboratorio che, pur non indicate specificamente nel dettato legislativo, la letteratura scientifica ha dimostrato idonee all'individuazione di situazioni di abuso alcolico cronico. Ciò ovviamente non ai fini di selezione ma nell'ottica di un recupero e di un monitoraggio dei programmi di disassuefazione alcolica e previa acquisizione di consenso informato da parte del lavoratore.

Bibliografia

- 1) Alcolismi e Comunità. Uso di sostanze psicoattive nel mondo del lavoro. <http://www.alcolismi.it>.
- 2) Alcolismi e Comunità - Ulss 19: è allarme droga e alcol. <http://www.alcolismi.it>.
- 3) American Psychiatric Association. DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano, Masson, 1996.
- 4) Bacciconi M, Patussi V. Disposizioni per la sicurezza sul lavoro nella legge quadro in materia di alcol. Tra restrizioni impositive e agevolazioni propositive, alla luce del Piano Europeo sull'alcol 2000 - 2005. *Alcologia XVIII*, 3 suppl., XIV, 1: 209-214, 2002.
- 5) Bacciconi M, Patussi V, Pisi P. Regolamentazione - Parliamo di regole, misure di sicurezza e datore di lavoro, responsabilità del lavoratore e consumo di alcol: doveri sullo stesso piano per la legge dello Stato. *Ambiente Risorse Salute*, 2000; 74: 48 - 50.
- 6) Briatico Vangosa e coll. Tossicodipendenza e giudizio di idoneità alla mansione specifica. *Folia Med* 1998; 69 (I): 93-106.
- 7) Cassina T, Verga A e Germagnoli L. Patologie difficili e lavoro: l'alcool. L'esperienza del medico competente. *Sicurezzaonline - info - crono* archivio 23/09/2003.
- 8) Progetto Alcol e Lavoro. Convegno con il patrocinio del Ministero della Salute del 25-26 febbraio 2005. <http://www.alcolismi.it>.
- 9) D.L. (testo coordinato) 30 dicembre 2005, n. 272. Misure contro la droga. Norme in materia di recidiva, olimpiadi invernali e polizia. G.U. 27 febbraio 2006.
- 10) D.Lgs. 19 settembre 1994, n. 626. Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 654CEE, 89/655 CEE, 90/269 CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE e successive modifiche.
- 11) D.P.R. 2 settembre 1997 n. 332. Regolamento recante norme per l'immissione dei volontari delle forze armate nelle carriere iniziali della difesa, delle forze di polizia, dei vigili del fuoco e del corpo militare della Croce Rossa Italiana. GU n. 231 del 3 ottobre 1997.
- 12) Decreto 16 settembre 2003. Elenco delle imperfezioni ed infermità che sono causa di non idoneità ai servizi di navigazione aerea e criteri da adottare per l'accertamento e la valutazione ai fini dell'idoneità. GU n. 242 del 17 ottobre 2003.
- 13) DPR 9 ottobre 1990 n. 309. Testo Unico delle Leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenze. *Gazzetta Ufficiale* 31 ottobre 1990, n. 255, suppl. ord.
- 14) Giberti F, Rossi R. *Manuale di Psichiatria*, V edizione. Padova, Piccin Editore, 2004.
- 15) Guida utile all'identificazione e alla diagnosi dei problemi alcol-relati. Progetto Prisma 2005 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali).
- 16) Helander A., Beck O., Borg S. Determination of urinary 5 - hydroxytryptophol by high performance liquid chromatography with electrochemical detection. *J. Chromatogr.* 1992; 579: 340 - 345.
- 17) Hudolin V. *Manuale di alcologia*. Trento, Edizioni Centro Studi Erikson, 1991.
- 18) Legge 20 maggio 1970, n. 300 (Statuto dei Lavoratori): Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento. G.U. del 20 maggio 1970, n. 300.
- 19) Legge n. 125 del 30 marzo 2001. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. G.U. n. 90 del 18 aprile 2001.
- 20) Legge ordinaria n. 135 del 05 giugno 1990. Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'aids. G.U. n. 132 del 5 giugno 1990.

- 21) Macchia T. Abuso alcolico: prospettive diagnostiche di alcuni marker di recente introduzione. In: Avico U, Macchia T, Dell'Utri A, Mancinelli R, ed. Droga e tossicodipendenze: aspetti normativi, sociali, sanitari, diagnostici ed epidemiologici. Brescia: Clas International, 1992, 345-357.
 - 22) Mariotti O. Droghe e lavoro. G Ital Med Lav Erg 2004; 26: 3, 1-21.
 - 23) Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze. Relazione annuale 2003, Lisbona, 2004.
 - 24) Patanè PA *et al.* Il problema delle "idoneità difficili" e il ruolo del medico competente. Il medico competente e le droghe: la comunicazione difficile in azienda. Notiziario ANMA, 2002: 3.
 - 25) Patussi V *et al.* Infortuni sul lavoro: occhio alle bevande che si consumano. Ambiente e Sicurezza sul lavoro 5/2005: 48-56.
 - 26) Proposta ANMeLP - SIA: Attività Lavorative che comportano un elevato rischio per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. Ambiente & Sicurezza sul Lavoro, 2004; 3: 99 - 101.
 - 27) Rosman AS, Lieber CS. Diagnostic utility of laboratory test in alcoholic liver disease. Clin Chem 1994; 40, 8: 1645 - 1646.
 - 28) Safe Style. Ecstasy. http://www.safestyle.it/idrugs_ecstasy.htm.
 - 29) Safe Style. Psicofarmaci. http://www.safestyle.it/idrugs_psicof.htm.
 - 30) Sentenza della Corte Costituzionale 23 maggio - 2 giugno 1994, n. 218 G.U. 8 giugno 1994, n. 24 - Serie Speciale.
 - 31) Sillanaukee P *et al.* CDT by anion exchange chromatography followed by RIA as a marker of heavy drinking among men. Alcohol Clin Exp Res 1993; 177: 230 - 233.
- 2) dirigenti e preposti al controllo dei processi produttivi e alla sorveglianza dei sistemi di sicurezza negli impianti a rischio di incidenti rilevanti (art. 1 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 334);
 - 3) sovrintendenza ai lavori previsti dagli articoli 236 e 237 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547;
 - 4) mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio-sanitario; ostetrica caposala e ferrista;
 - 5) vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice, addetto ai nidi materni e ai reparti per neonati e immaturi; mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private;
 - 6) attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado;
 - 7) mansioni comportanti l'obbligo della dotazione del porto d'armi, ivi comprese le attività di guardia particolare e giurata;
 - 8) mansioni inerenti le seguenti attività di trasporto:
 - a) addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E, e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;
 - b) personale addetto direttamente alla circolazione dei treni e alla sicurezza dell'esercizio ferroviario;
 - c) personale ferroviario navigante sulle navi del gestore dell'infrastruttura ferroviaria con esclusione del personale di carriera e di mensa;
 - d) personale navigante delle acque interne;
 - e) personale addetto alla circolazione e alla sicurezza delle ferrovie in concessione e in gestione governativa, metropolitane, tranvie e impianti assimilati, filovie, autolinee e impianti funicolari aerei e terrestri;
 - f) conducenti, conduttori, manovratori e addetti agli scambi di altri veicoli con binario, rotaie o di apparecchi di sollevamento, esclusi i manovratori di carri ponte con pulsantiera a terra e di monorotaie;
 - g) personale marittimo delle sezioni di coperta e macchina, nonché il personale marittimo e tecnico delle piattaforme in mare, dei pontoni galleggianti, adibito ad attività offshore e delle navi posatubi;
 - h) responsabili dei fari;
 - i) piloti d'aeromobile;
 - l) controllori di volo ed esperti di assistenza al volo;
 - m) personale certificato dal registro aeronautico italiano;
 - n) collaudatori di mezzi di navigazione marittima, terrestre ed aerea;
 - o) addetti ai pannelli di controllo del movimento nel settore dei trasporti;
 - p) addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci;
 - 9) addetto e responsabile della produzione, confezionamento, detenzione, trasporto e vendita di esplosivi;
 - 10) lavoratori addetti ai comparti della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza;
 - 11) capiforno e conduttori addetti ai forni di fusione;
 - 12) tecnici di manutenzione degli impianti nucleari;
 - 13) operatori e addetti a sostanze potenzialmente esplosive e infiammabili, settore idrocarburi;
 - 14) tutte le mansioni che si svolgono in cave e miniere.

ALLEGATO

Gazzetta Ufficiale N. 75 del 30 Marzo 2006

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 16 marzo 2006

Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Allegato I

ATTIVITÀ LAVORATIVE CHE COMPORTANO UN ELEVATO RISCHIO DI INFORTUNI SUL LAVORO OVVERO PER LA SICUREZZA, L'INCOLUMITÀ O LA SALUTE DEI TERZI.

- 1) attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento dei seguenti lavori pericolosi:
 - a) impiego di gas tossici (art. 8 del regio decreto 9 gennaio 1927, e successive modificazioni);
 - b) conduzione di generatori di vapore (decreto ministeriale 1° marzo 1974);
 - c) attività di fochino (art. 27 del decreto del Presidente della Repubblica 9 marzo 1956, n. 302);
 - d) fabbricazione e uso di fuochi artificiali (art. 101 del regio decreto 6 maggio 1940, n. 635);
 - e) vendita di fitosanitari, (art. 23 del decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290);
 - f) direzione tecnica e conduzione di impianti nucleari (decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1970, n. 1450, e successive modifiche);
 - g) manutenzione degli ascensori (decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1999, n. 162);