



# **LINEE DI INDIRIZZO PER I MEDICI COMPETENTI:**

**approccio preventivo alle  
dipendenze nei luoghi di  
lavoro**

Pubblicazione a cura di:

**Giovanni Serpelloni**

Direttore Osservatorio Regionale sulle Dipendenze  
c/o Dipartimento delle Dipendenze - ULSS 20 Verona

**Emilio Cipriani**

Medico del lavoro - Dipartimento di Prevenzione - SPISAL  
Az. ULSS 22 Bussoleto (VR)  
Coordinatore del Piano di Promozione della salute nei luoghi di lavoro della Regione del Veneto  
DGR 3723 del 5 dic. 2003

**Maurizio Gomma**

Medico internista - Dipartimento delle Dipendenze - Ser.T. n.1  
Az. ULSS 20 Verona

**Elena Peroni**

Medico Competente Specialista in Medicina del Lavoro  
Verona

Si ringraziano:

**Luciano Marchiori**

(Responsabile scientifico del Piano di Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di lavoro della Regione del Veneto)

**Antonia Ballottin, Lidia Bellina, Rosana Bizzotto, Paolo Brunetto, Romana Campara, Egle Ceschi, Roberta Frighetto, Cristian Garbin, Giovanna Geroin, Pietro Madera, Daniela Marcolina, Giancarlo Masiero, Elena Petterlini, Marco Renso, Teresa Sollazzo, Filippo Stefani, Sonia Todesco**, che hanno collaborato alla definizione dei contenuti o approvato il progetto editoriale.

Il presente fascicolo fa parte di una collana composta da 12 pubblicazioni e risponde agli obiettivi di salute previsti da:

- Piano di Promozione della salute nei luoghi di lavoro della Regione del Veneto;
- Progetto "Prevenzione delle dipendenze negli ambienti di lavoro con particolare riguardo all'alcoldipendenza" del Piano triennale area dipendenze dell'Az. ULSS 22;
- "UP&GO": Programma Regionale di Comunicazione per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'uso di sostanze nocive per la salute

*L'intero fascicolo è scaricabile in formato elettronico dall'home page del portale [www.dronet.org](http://www.dronet.org)*

Pubblicazione "no profit"  
Tutti i diritti riservati  
Vietata la vendita

## Premessa

Facendo proprio l'obiettivo di una politica sanitaria efficace contro le dipendenze nei luoghi di lavoro e grazie alle esperienze maturate in seno al Piano Regionale di Promozione della Salute 2002-2004 degli S.P.I.S.A.L. e al Progetto UP&GO della Regione Veneto, è possibile avanzare la proposta di linee di indirizzo per i medici competenti che di seguito viene illustrata.

La considerazione di partenza è che il setting e l'organizzazione del lavoro permettono di pianificare interventi efficaci sfruttando sensibilità, competenze e convergenze di interessi particolarmente forti e in rapida ascesa.

Secondo i dati dei Servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) l'80% dei loro utenti sono occupati in attività lavorative di vario genere.

Le stime dell'OMS sul fenomeno infortunistico legato al consumo di bevande alcoliche attribuiscono una correlazione variabile dal 10 al 30% degli infortuni come conseguenza di un livello di efficienza non adeguato e di una ridotta percezione dei rischi. Sono ben noti gli effetti dell'alcol sulla società: ogni anno sono attribuiti, direttamente o indirettamente, al consumo di alcol il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori, il 63% delle cirrosi epatiche, il 41% degli omicidi ed il 45% di tutti gli incidenti, il 9% delle invalidità e delle malattie croniche (World Health Report, OMS - 2002). In tutta Europa l'alcol rappresenta attualmente la prima causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni. L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che i costi annuali sanitari e sociali sostenuti a causa dei problemi alcolcorrelati sono pari al 2,5% del Prodotto interno lordo.

Nel Veneto lo studio "Conoscere per cambiare", effettuato nel 2001 dalla F.I.M.M.G. e condotto da 2.269 medici di famiglia convenzionati (63,6%) coinvolgendo nella rilevazione circa 62.000 assistiti, evidenzia alcuni importanti aspetti culturali e atteggiamenti personali rispetto al consumo di bevande alcoliche e al fumo di tabacco. L'elaborazione dei

59.304 questionari autocompilati (circa il 2% degli assistiti come previsto dal protocollo di studio) permette di definire in dettaglio i risultati.

Il 52.3% degli intervistati è composto da persone con un lavoro stabile (il 38.4% sono lavoratori dipendenti e il 13.9% sono lavoratori autonomi), la quota rimanente è rappresentata da pensionati, casalinghe, studenti.

Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche è stato usato il test C.A.G.E. (vedi allegato) con risultati predittivi che forniscono una chiara indicazione alla programmazione di interventi preventivi della patologia alcol correlata (P.A.C.) per circa il 18% della popolazione. Abbiamo infatti un 11,9% di risposte positive ad almeno una delle 4 domande. Questo risultato indica che si tratta di persone a rischio per le modalità di bere. Il 6,3% di persone con due risposte positive indica invece le persone con modalità pericolose di bere. Un altro 3,5% di persone ha risposto positivamente a 3 o 4 domande, il che indica un livello crescente di dipendenza da alcol e quindi la necessità di interventi specialistici.

## Le scelte della Regione del Veneto

La Giunta regionale del Veneto ha approvato con DGR n. 3723 del 5/12/03 il "Piano di Promozione della Salute negli Ambienti di Lavoro 2002-2004" con lo scopo di promuovere all'interno degli ambienti di lavoro una cultura orientata all'assunzione di stili di vita e comportamenti sicuri e responsabili, utilizzando strategie di cooperazione con istituzioni pubbliche, associazioni e organizzazioni e di coordinamento su base regionale.

Tra gli obiettivi del Piano rientra:

- *aumentare le possibilità di scelta dei cittadini lavoratori verso stili di vita e politiche a favore della salute con proposte alle aziende produttive del territorio regionale inerenti il consumo di bevande alcoliche ed il fumo di tabacco.*

La Regione Veneto ha investito nella formazione di alcuni operatori sanitari

degli SPISAL che sono ora in grado, attraverso una progettualità congiunta, di proporre alle aziende interventi di Promozione della Salute in linea con le indicazioni contenute nel Piano triennale 2002-2004. Sono 34 gli “animatori della promozione della salute” negli SPISAL e rappresentano in Italia la prima realtà istituzionale strutturata di questo genere.

I medici competenti, come soggetti della prevenzione nelle aziende, possono contare su operatori delle U.L.S.S. che, lavorando negli SPISAL, conoscono il mondo del lavoro, le sue esigenze e sono in grado di progettare interventi condivisi dalle Parti Sociali.

L’oggetto di intervento, gli obiettivi specifici da raggiungere, le azioni da mettere in atto per il fine stabilito sono definiti in base alle esigenze delle singole realtà produttive, assieme a datore di lavoro, rappresentante dei lavoratori, responsabile del S.P.P., tenendo conto delle risorse che si intendono investire.

Concretamente gli SPISAL sono a disposizione delle aziende e dei medici competenti per:

- ❑ collaborare alla valutazione iniziale del problema che si intende affrontare;
- ❑ collaborare alla stesura di un progetto che, partendo dall’analisi del problema, definisca l’obiettivo generale e gli obiettivi specifici, i tempi e i modi per raggiungerli, le risorse e i vincoli presenti, i tempi e le modalità di realizzazione delle azioni definite, gli indicatori di processo e di risultato per la valutazione finale;
- ❑ contribuire alla realizzazione degli interventi previsti, mettendo a disposizione personale e risorse, cercando collaborazioni, quando necessario, di altri servizi dell’U.L.S.S.;
- ❑ collaborare alla valutazione di esito;
- ❑ diffondere i risultati dell’iniziativa all’esterno, presso strutture pubbliche e private, associazioni di categoria e organizzazioni sindacali.

L’intervento di prevenzione che proponiamo alle imprese contro le dipendenze e contro le P.A.C. in particolare, è quello della promozione della salute, con azioni da parte del medico competente di counseling breve, che può dare risultati sorprendentemente efficaci, particolarmente nei confronti di coloro che rispondono positivamente ad una o due domande del C.A.G.E.

### **L’approccio preventivo alle dipendenze nei luoghi di lavoro**

Tra “medico di fabbrica” e “medico competente” è in atto un forte cambiamento di professionalità legato solo in parte all’introduzione di nuove norme. Sostanziale è la necessità da parte del professionista di adattare la propria attività ad un ambiente di lavoro che risente e rispecchia l’evoluzione in atto nella società.

Il problema della tossicodipendenza è conosciuto nella società, il problema della presenza di lavoratori che vivono la tossicodipendenza nei luoghi di lavoro viene rappresentato adesso.

Il medico competente sicuramente sperimenta in prima linea questo problema, essendo a lui che datore di lavoro e lavoratori possono rivolgersi per segnalare il problema e chiedere di cercare una soluzione. È sempre lui che in ambulatorio può rilevare i problemi di dipendenza da sostanze psicoattive o da alcol.

Ci si chiede pertanto cosa possa fare il medico competente in queste situazioni, cioè come egli possa agire concretamente. Egli deve essere attore nel processo di cambiamento culturale che si vuole operare nell’organizzazione di cui fa parte.

In molte aziende vige un “approccio di tipo paternalistico” improntato alla tolleranza nei confronti del lavoratore alcolista, che viene spostato a mansioni meno o non pericolose. Questo atteggiamento deriva da una cultura più generalmente tollerante in tutta la società. Il lavoratore tuttavia perde progressivamente la sua professionalità e

con essa la sua posizione sociale, aggravando il suo stato di salute, in un circolo vizioso tra perdita di autostima e bere pericoloso. E' noto che la tolleranza è tra i fattori che facilitano l'alcolismo nella società e nelle organizzazioni in genere, quindi non solo peggiora lo stato dei soggetti alcolodipendenti ma permette anche l'instaurarsi di nuovi casi. In altre parole, l'azienda con questo tipo di approccio non aiuta il lavoratore alcolodipendente ma consente anzi un contesto che può facilitare in altre persone il comparire di comportamenti a rischio. Questo approccio in ultima analisi espone il datore di lavoro a responsabilità, in caso di incidente o di infortunio.

In altre aziende invece, proprio per voler evitare le considerazioni sopra esposte, prevale un "approccio di tipo medico legale" in cui il medico competente è chiamato ad esprimere un giudizio di idoneità, in relazione alla segnalazione di comportamenti a rischio o pericolosi per le modalità del bere di qualche lavoratore.

Di fatto, al medico viene data una delega senza gli strumenti medico legali non essendo ancora disponibile il decreto previsto dall'articolo 15 della legge n. 125 del 30 marzo 2001 che consentirà la misura dell'alcolemia nelle attività lavorative comportanti un elevato rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, per le quali è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche. Lo scopo dell'approccio medico legale è quello di giungere al licenziamento. Lo strumento di questo tipo di approccio in ultima analisi è il ricorso alle Commissioni delle ULSS costituite ai sensi dell'articolo 5 dello Statuto dei lavoratori - L.300/70. La commissione tuttavia ha la possibilità di sospendere il giudizio se il lavoratore acconsente a seguire un percorso terapeutico e riabilitativo come previsto dall'articolo 124 del D.P.R. 309 del 9/10/90.

Considerato che i casi di alcolismo conclamato sono solo l'epifenomeno di una realtà, che lo studio della FIMMG riportato più sopra, ha bene mostrato e cioè che esiste una quota molto maggiore di

persone con comportamenti pericolosi o a rischio per le modalità del bere e in considerazione poi di quanto più avanti esposto relativamente alla vulnerabilità, è evidente che l'azienda non può sentirsi al sicuro nemmeno con un approccio di questo tipo.

La logica che si propone è quella della Promozione della Salute, partendo dalla nuova prospettiva che sposta l'attenzione dalla cura degli individui malati alla tutela, prevenzione e miglioramento della salute degli individui sani mentre vivono, lavorano, trascorrono il tempo libero in diversi ambienti e organizzazioni.

Si propone perciò un "**approccio preventivo**" per combattere il fenomeno della dipendenza nei luoghi di lavoro. Si tratta di una scelta che l'azienda fa consapevolmente e volontariamente per ottenere risultati duraturi, misurabili, qualora ritenga di dover affrontare questo problema perché presente tra i propri dipendenti. La dipendenza può essere combattuta con un progetto mirato a questo specifico obiettivo o nell'ambito di un piano più ampio di Promozione della Salute, comunque sempre di tipo "sartoriale" cioè confezionato su misura in base all'analisi delle problematiche che interessano l'azienda.

## La promozione della salute

Con il termine Promozione della Salute si intende il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sui fattori determinanti della salute e, di conseguenza, di migliorare la propria salute. I determinanti che condizionano la salute di un individuo o di una popolazione sono riconducibili a 4 categorie:

1. età, sesso, costituzione genetica: si tratta di determinanti imm modificabili, nel senso che poco si può agire su di loro, anche se tuttavia possiamo provare a modificare alcune delle loro conseguenze prevedibili;
2. assistenza sanitaria: recenti valutazioni portano a stimare

intorno al 15% il contributo dell'assistenza sanitaria al miglioramento delle aspettative di vita delle popolazioni occidentali nell'ultimo secolo;

3. comportamenti personali e stili di vita: sono in grado di spiegare una quota molto alta delle malattie. Per esempio, il 60% della mortalità per malattie cardiovascolari sarebbe evitabile riducendo la concentrazione di fattori di rischio come il fumo di tabacco, la dieta ricca di grassi e povera di fibre, la sedentarietà, ecc...;
4. fattori socioeconomici: il rapporto tra salute e fattori socioeconomici (per esempio, scolarità, reddito, classe sociale) è stato ampiamente dimostrato. La condizione socioeconomica costituisce un importante determinante dello stato di salute e a sua volta lo stato di salute costituisce un importante determinante dello sviluppo socioeconomico. In generale i poveri, le persone meno istruite e quelle di bassa classe sociale si ammalano di più e prima.

Le nuove conoscenze acquisite hanno quindi mutato la tradizionale visione della malattia come conseguenza di una singola reazione di causa-effetto: la malattia deriva da un processo cui concorrono fattori biologici, psicologici e sociali. In questa nuova visione l'individuo (e il contesto socio-ambientale) svolge un ruolo attivo sia nella promozione della salute e del benessere che nella malattia.

*Scopo della promozione della salute è quello di attivare un processo di sviluppo e mantenimento di cambiamenti a livello personale, organizzativo e politico-istituzionale, finalizzato alla salute.*

**La Promozione della Salute nei luoghi di lavoro (Workplace Health Promotion W.H.P.)** è “ la combinazione degli sforzi congiunti realizzati dai datori di lavoro, lavoratori e società per

migliorare la salute e il benessere della persone nei luoghi di lavoro”.

Gli interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro si strutturano su tre livelli.

1. Cognitivo. Lo scopo principale è quello di creare conoscenza e consapevolezza su un dato tema. Tuttavia i programmi che si limitano solo all'aspetto informativo hanno un basso impatto nel cambiamento dei comportamenti.
2. Stili di vita. Lo scopo è quello di favorire la modifica o l'abbandono di comportamenti dannosi e l'adozione di nuove abitudini favorevoli alla salute.
3. Ambiente di lavoro. A questo livello le azioni di promozione della salute sono focalizzate a contrastare le cause ambientali che possono compromettere la salute e il benessere dei lavoratori, intendendo per cause non solo quelle legate all'ambiente fisico in senso stretto, ma anche quelle proprie dell'organizzazione del lavoro, dei ruoli lavorativi, della organizzazione e della cultura aziendale.

Il luogo di lavoro costituisce un setting particolarmente favorevole ad interventi di promozione della salute per vari motivi. La maggior parte della popolazione adulta impiega la gran parte del suo tempo al lavoro. Il lavoro non costituisce solo un modo per procurarsi i mezzi economici necessari, ma contribuisce in modo determinante nel dare identità alla persona, nel responsabilizzarla rispetto a sé e agli altri, nel renderla autonoma, permettendo la realizzazione personale e la partecipazione sociale. Molti posti di lavoro inoltre sono occupati da una popolazione stabile e questo favorisce la realizzazione di veri e propri programmi di intervento, aumentando la loro efficacia. L'acquisizione di conoscenze ed i cambiamenti negli stili di vita dei

lavoratori si ripercuotono favorevolmente nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese.

Le ricerche sull'applicazione di programmi di promozione della salute in azienda mostrano che esiste una relazione diretta tra la "buona salute" dei dipendenti e la "buona salute" dell'azienda, in termini di produttività e di competitività di mercato.

Nessuno mette in dubbio la necessità di investire risorse per la manutenzione di strutture, impianti e attrezzature. E' anche importante porre attenzione alla valorizzazione e alla cura del capitale umano. Molte aziende, prima negli Stati Uniti e in Canada, poi anche in Europa, hanno capito l'importanza del problema e hanno modificato il loro modo di pensare la salute dei propri dipendenti, con conseguenze positive contemporaneamente sulla salute dei lavoratori, sulla produttività, sul profitto e sull'immagine dell'azienda.

Tra i fattori prettamente legati alla risorsa "uomo" che possono migliorare la realtà aziendale vi sono:

- ❑ motivazione e soddisfazione sul lavoro;
- ❑ miglioramento della qualità del lavoro e riduzione degli errori;
- ❑ processi produttivi più rapidi;
- ❑ fidelizzazione del personale;
- ❑ riduzione di incidenti o infortuni sul lavoro;
- ❑ puntualità al lavoro;
- ❑ riduzione delle lamentele;
- ❑ riduzione delle assenze per malattia breve e dell'assenteismo;
- ❑ comunicazione aziendale migliore.

La Promozione della Salute nei luoghi di lavoro si configura quindi come una strategia imprenditoriale moderna. Prevenire gli infortuni e le malattie connesse al lavoro, rafforzare la salute e migliorare il benessere dei lavoratori

significa lavorare per il successo di una impresa, che dipende in buona misura dalla motivazione e dalla salute dei suoi collaboratori.

La Promozione della Salute include tutte le azioni condivise da datori di lavoro, da lavoratori e dalla società in genere per favorire il benessere nell'azienda, creando un ambiente favorevole alla collaborazione tra le parti in vista di un obiettivo comune.

Le misure intraprese sono orientate a migliorare l'organizzazione del lavoro e le condizioni di lavoro, a favorire la partecipazione e la responsabilizzazione di ogni dipendente, a rafforzare le competenze personali, con una ricaduta di immagine positiva presso i dipendenti, la comunità locale e la collettività nel suo insieme.

### **La responsabilità' sociale d'impresa (corporate social responsibility C.S.R.)**

Le aziende che investono nella promozione della salute si avvicinano alla cosiddetta Responsabilità Sociale d'Impresa di cui si parla sempre più. La C.S.R. è una norma sociale di comportamento emergente che esprime l'esigenza di valorizzare la dimensione pubblica dell'impresa, non solo rispetto al mercato, ma mettendosi anche in gioco rispetto alla comunità. Le imprese socialmente responsabili sono quelle che più efficacemente riescono ad utilizzare a proprio vantaggio il meccanismo della "persuasione" nei confronti di tutti coloro che con esse intrattengono rapporti e questo determina una crescita economica durevole perché tiene conto degli effetti sociali ed ambientali.

Il ritorno della CSR può essere immediatamente quantificabile in termini di:

- ❑ riduzione delle assenze dal lavoro per malattie o infortunio e diminuzione dei relativi costi;
- ❑ clienti e collaboratori più soddisfatti;
- ❑ maggiore produttività;

- ❑ miglioramento della qualità;
- ❑ immagine aziendale positiva.

## **Inquadramento delle dipendenze nel mondo del lavoro**

### **Definizione di dipendenza**

Condizione in cui un individuo è coinvolto in una qualsiasi forma di comportamento ripetitivo basato sul bisogno psicologico e/o fisico di una persona, un oggetto, una sostanza o una situazione. E' quindi una modalità relazionale in cui il soggetto si rivolge continuamente agli altri per essere aiutato, guidato, sostenuto. In psichiatria, oltre che di dipendenza da sostanze (alcol, droga, farmaci) si intende anche da oggetti o da idee quando la relazione del soggetto con il mondo è fortemente connotata da determinati oggetti o idee che sono poi il nucleo da cui si sviluppano impianti ossessivi o monomaniacali.

Non è quindi indispensabile la presenza di una sostanza d'abuso per definire un quadro di "dipendenza" che è invece caratterizzata soprattutto dalla perdita del controllo dei comportamenti e da gravi conseguenze sulla vita sociale dell'individuo conseguente alla "compulsione", cioè all'impulso irrefrenabile a compiere un atto la cui mancata realizzazione sarebbe vissuta dal soggetto con angoscia o con forte sentimento di frustrazione.

Si distingue la dipendenza **fisica**, che si instaura quando l'organismo ha bisogno della sostanza esogena per mantenere il proprio "equilibrio" e l'improvvisa mancanza di tale sostanza scatena una reazione i cui sintomi sono compresi nella sindrome da astinenza, e quella **psichica**, che non consente al soggetto di svolgere la propria attività quotidiana senza l'assunzione della sostanza. Si tratta di un forte e incontrollabile bisogno psichico ed emotivo di continuare ad assumere una sostanza (uso compulsivo) per alleviare la tensione che altrimenti insorge.

Concettualmente diversa è la "tolleranza farmacologica" che consiste nella necessità di aumentare

progressivamente la dose da somministrare per continuare ad ottenere gli effetti farmacologici desiderati.

E' un fenomeno non esclusivo delle sostanze d'abuso e non presente per tutte le droghe: per molti farmaci si verificano fenomeni di tolleranza (per esempio, gli anticolinergici e i nitroderivati) e sostanze come la cocaina e le amfetamine non determinano fenomeni di tolleranza.

Analogamente, la sola presenza di dipendenza fisica non basta per inquadrare una condizione clinica come "dipendenza patologica": infatti è normalmente indotta da alcuni farmaci (per esempio, antiipertensivi, glucocorticoidi, ecc.) e può mancare o essere poco importante alla sospensione di sostanze sicuramente classificabili come "droghe".

Principale determinante dei fenomeni di dipendenza è il "craving" che consiste nel desiderio dell'effetto conosciuto di una sostanza psicoattiva che compare in genere dopo il suo uso cronico. Questo desiderio, facilmente rilevabile dallo specialista con un colloquio, può divenire irresistibile e può aumentare in presenza di stimoli interni ed esterni, e con la percezione della disponibilità della sostanza. Esso è caratterizzato da un comportamento di ricerca compulsiva finalizzato all'ottenimento della sostanza, con il fine di procurarsi ulteriore gratificazione (craving positivo) e/o rispondere ad uno stato astinenziale (craving negativo), e da pensieri che si concentrano sulla sostanza.

Lo stesso craving sembra essere il principale responsabile delle "recidive" che caratterizzano la storia del soggetto con dipendenza da sostanze.

### Schema riassuntivo delle principali sostanze d'abuso (illegali)

Eroina	Polvere finissima o granulare di colore bianco, bruno o rossastro, solubile in acqua.	Si assume per via nasale, fumata, IM o EV.	Subito dopo l'assunzione produce una potente euforia che svanisce dopo pochi minuti per lasciare il posto ad uno stato di rilassamento e di benessere con scomparsa di ansie e dolori.
Cocaina	Polvere bianca o biancastra, fine, raramente umida.	Si assume per via nasale, EV o fumata (crack).	Provoca una breve ed intensa sensazione di piacere seguita da un periodo caratterizzato dalla rimozione dei dubbi e dall'aumento della stima e della fiducia in se stessi con sensazione di essere più creativi, competenti, produttivi e forti.
Cannabis	Infiorescenze e foglie seccate (Marijuana), o resina e fiori pressati (Hashish) o liquido oleoso (Olio di hashish).	Viene fumata da sola o con tabacco in sigarette o apposite "pipe", può essere assunta per via orale.	Provoca dapprima secchezza alla gola, sete e midriasi con alterazione di vista, udito, odorato, tatto e gusto (più acuti). Segue una fase di eccitazione sensitiva e motoria i cui aspetti variano soggettivamente
Amfetamina	Compresse o capsule di varia forma e colore.	Viene assunta per via orale.	Provoca aumento dell'attenzione e maggiore resistenza alla fatica, netta esaltazione dell'umore, aumento dell'iniziativa personale, marcata euforia. Le amfetamine liberano l'aggressività fino al punto che l'assuntore può arrivare a stadi di delirio, di allucinazione, di panico, con tendenza al suicidio e all'omicidio. Presente inoltre, un marcato effetto anoressizzante.
Allucinogeni *	Naturali (derivati da vegetali) e di sintesi (sotto forma di polveri, fogli gelatinosi, "francobolli").	Assunti per via orale.	Hanno una enorme potenza sulla psiche umana, rendendo possibile la percezione di allucinanti fantasmagorie. Provocano una deviazione delirante del giudizio con distorsione della realtà. Inducono allucinazioni o illusioni, stati confusionali o di depersonalizzazione.
Ecstasy *	Compresse di varia forma e colore.	Viene assunta per via orale.	Provoca effetti di eccitamento e di natura psichedelica, maggior capacità di comunicare con gli altri, aumento del desiderio sessuale, potenziamento delle sensazioni e delle percezioni. Provoca anche esperienze depersonalizzanti, lievi disturbi delle percezioni sensitive nonché, a volte, stati di psicosi con allucinazioni della durata di diverse ore e insonnia pronunciata.

**\* particolarità degli effetti di allucinogeni ed ecstasy**

*Effetti immediati:*

alterazione del pensiero, dell'umore, della percezione sensitiva. "Espansione" della mente con esperienze trascendentali quasi religiose. Esperienze "fuori dal corpo", modificazione della percezione corporea, senso di distacco. Facilità di comunicazione e socializzazione.

*Effetti a breve termine:*

percezione distorta del tempo, dello spazio, del movimento. Amplificazione della sensibilità ai suoni e al tatto. Ansia, disorientamento, vertigine, depressione e paranoia, associato a senso di forza e di invulnerabilità. Diminuzione della capacità di guidare o manovrare macchinari.

*Effetti a lungo termine:*

sviluppo rapido di tolleranza e, per alcune sostanze, di forte dipendenza psicologica. Episodi di "flashback" (che consistono nel riprovare in maniera realistica le sensazioni sperimentate in una assunzione precedente, anche a distanza di giorni o mesi) con conseguente disorientamento e angoscia.

**Definizione di abuso**

Uso non terapeutico, cioè autosomministrazione di una sostanza secondo modalità che si discostano dalle norme mediche e sociali condivise. Si tratta di una modalità patologica d'uso della sostanza, dimostrata da ricorrenti e significative conseguenze avverse correlate all'uso ripetuto della stessa. Vi possono essere: reiterata incapacità di adempiere ai principali obblighi legati al ruolo, uso ripetuto in situazioni nelle quali è fisicamente rischioso, molteplici problemi legali e ricorrenti problemi sociali e interpersonali.

E' definibile "sostanza d'abuso" qualsiasi sostanza che, introdotta in un organismo vivente, può modificarne le capacità percettive, emotive, cognitive o

motorie. Deve essere in grado di produrre nel soggetto consumatore effetti psicoattivi graditi e/o funzionali alla soddisfazione dei propri bisogni psichici in genere tramite la stimolazione del sistema mesolimbico del cervello (circuito di reward). Inoltre, deve attrarre ripetutamente nel tempo il soggetto stimolando in lui un desiderio di riprovare/mantenere la sensazione con azione di ricerca attiva (craving). La classificazione delle sostanze basata su criteri farmacologico/clinici è la seguente:

- oppioidi (morfina, eroina, metadone, buprenorfina, codeina, pentazocina, ecc.);
- psicostimolanti (cocaina, amfetamine, ecstasy, alcaloidi del khat, caffeina, nicotina, ecc.);
- deprimenti del SNC (barbiturici, benzodiazepine, ecc.);
- alcol etilico;
- cannabinoidi (marijuana, hashish, 9THC, ecc.);
- allucinogeni (mescalina, LSD, psilocibina);
- arilcicloesamine (fenciclidina, ketamina, ecc.);
- inalanti (solventi, etere, ecc.);
- designer drug (molecole di sintesi, analoghe di sostanze già note, che in genere scompaiono non appena vietate).

**Conseguenza dell'uso di sostanze rispetto alle attività lavorative**

Il soggetto consumatore di sostanze può, in conseguenza di quanto riportato precedentemente, essere inquadrato come "dipendente da sostanze" o semplicemente "abusatore di sostanze". Per quanto riguarda le performance e le conseguenze negative del consumo di sostanze in campo lavorativo e sociale le conseguenze più importanti del consumo di sostanze sono le seguenti:

- consumo "acuto" della sostanza in situazioni fisicamente rischiose (per es. guidando un'automobile o facendo

- funzionare macchinari in uno stato di menomazione per l'uso della sostanza);
- consumo “cronico” della sostanza e conseguente incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (per esempio, ripetute assenze o scarse prestazioni lavorative correlate al consumo delle sostanze: assenze dal lavoro correlate alle sostanze; trascuratezza nell'igiene dei luoghi di lavoro e nell'impiego di impianti ed attrezzature fino ad una interruzione o riduzione delle proprie attività sociali, lavorative e ricreative;
  - prosecuzione del consumo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza (per es., discussioni con i superiori e con i colleghi di lavoro) e nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, causato o esacerbato dalla sostanza (per es. il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool);
  - utilizzo di una grande quantità di tempo per attività necessarie a procurarsi la sostanza (per esempio, assenteismo), ad assumerla (per esempio, assenze dal posto del lavoro, fumare "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti, in genere in contrasto con il desiderio persistente, o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare il consumo della sostanza.

Soprattutto il consumo “acuto” ma anche il consumo “cronico” caratterizzato da perdita della capacità di autocontrollo e le eventuali conseguenze psicologiche e sociali delle altre possibili conseguenze dell'uso di sostanze sopra riportate, possono far inquadrare un soggetto consumatore di sostanze come target degli interventi di prevenzione messi in atto

dall'azienda con l'aiuto del medico competente che potrà avvalersi della rete territoriale specialistica del Dipartimento delle Dipendenze.

### **Soggetti a rischio di dipendenza: vulnerabilità**

I figli di genitori tossicodipendenti o alcolisti rischiano maggiormente di sviluppare una dipendenza rispetto ai figli di genitori che non hanno alle spalle una storia di dipendenza. L'aumento del rischio probabilmente è dovuto in parte all'ambiente (modelli genitoriali, negligenze, abusi in giovane età), ma anche a fattori genetici. I fattori genetici nella vulnerabilità sono stati dimostrati da studi condotti su gemelli. Molti studi su gemelli hanno trovato che vi è un maggior tasso di concordanza per l'alcolismo tra i gemelli monozigoti rispetto ai gemelli eterozigoti. Gli studi condotti hanno dimostrato che vi è un tasso di correlazione di alcolismo più alto tra i figli di padri alcolisti che furono adottati subito dopo la nascita rispetto ai figli di padri non alcolisti sempre adottati subito dopo la nascita.

Esistono quindi persone che, per proprie caratteristiche neurobiologiche e/o psichiche, qualora si trovino a sperimentare sostanze d'abuso, sono più a rischio di altri di sviluppare dipendenza. Ciò definisce il concetto di “vulnerabilità” che consiste quindi in una condizione dell'individuo in conseguenza della quale esiste un rischio maggiore, rispetto alla popolazione di riferimento, di esprimere un comportamento d'assunzione reiterato (con sviluppo di dipendenza) in caso di contatto con noxe potenzialmente additive (come sono le sostanze d'abuso).

L'instaurarsi di una condizione di vulnerabilità in genere dipende da fattori biologici e genetici, fattori psicocomportamentali e fattori socioambientali. E' stato possibile ipotizzare una serie di “fattori di rischio” e, conseguentemente, possono essere fatte alcune considerazioni:

la vulnerabilità all'offerta di sostanze ricreative o di abuso varia, in uno stesso

soggetto, con l'età. Un rischio maggiore di sviluppare abuso di sostanze sembra associarsi alla fase dell'adolescenza: infatti durante questo periodo le influenze dell'ambiente si trovano ad interagire con particolari discontinuità neurobiologiche e psicosociali tipiche di questa fase dello sviluppo, ed è tramite queste che l'ambiente predisporrebbe o proteggerebbe l'individuo dell'abuso e/o dalla dipendenza da droghe.

- L'età del primo approccio con sostanze può influenzare notevolmente il successivo uso di droga, così come l'insorgenza dei problemi ad esso collegati, c'è infatti una correlazione positiva tra l'età del primo approccio e la probabilità di passare ad un uso ricreazionale all'abuso e alla dipendenza.
- Un tratto temperamentale particolare, la cui rilevanza è stata evidenziata sia dagli studi epidemiologici che da quelli sperimentali consiste nella "ricerca di sensazioni" o "ricerca di novità" (in questo caso si parla di soggetti "novelty seeking"). L'uso di sostanze ricreative sarebbe maggiormente frequente negli individui che presentano valori elevati di *novelty seeking*. Gli stessi individui, caratterizzati da una elevata *novelty-sensation-seeking*, sono spesso coinvolti in attività ad elevato rischio e potenzialmente stressanti che vengono generalmente evitate dalle altre persone.
- L'esperienza connessa con il rischio e la novità, come pure l'uso di sostanze psicostimolanti, può avere un valore incentivante maggiore per gli adolescenti che non per i soggetti più maturi.
- L'esposizione a numerosi fattori di rischio sembra facilitare il consumo di sostanze infatti il numero di questi fattori sarebbe positivamente correlato con l'uso di sostanze nel tempo.

Il termine vulnerabilità non è sinonimo di predeterminazione, non deve cioè essere inteso come una condizione la

cui esistenza fa sì che l'individuo sia predeterminato e predestinato a diventare sicuramente tossicodipendente. Infatti essendo la vulnerabilità una condizione multifattoriale, essa risente dell'influenza di più fattori che possono però, in varie combinazioni, prevalere l'uno sull'altro dando anche una situazione risultante di tipo protettivo. Inoltre, altri elementi indispensabili per lo sviluppo della dipendenza che, per fortuna non sempre coesistono con l'individuo vulnerabile sono: sostanza stupefacente e un contesto socio-ambientale e culturale non ostile o addirittura incentivante l'uso. L'assenza di questi fattori, anche in presenza di vulnerabilità individuale a forte componente biologica, comporta l'impossibilità d'instaurare una tossicodipendenza.

#### **Distinzione tra consumatori e dipendenti**

Nell'ambiente di lavoro la condizione di consumo di sostanze psicotrope rappresenta una situazione di rischio conseguente alle alterazioni specifiche provocate dalla sostanza assunta (sia per quanto riguarda le conseguenze "acute" che per quelle "croniche"). Dato per scontato che le condizioni di sicurezza siano garantite nell'ambiente di lavoro, è importante che il medico competente ponga la diagnosi differenziale tra soggetto "consumatore di sostanze" e "dipendente da sostanze", alla luce delle considerazioni finora fatte.

Sulla base di tale inquadramento del soggetto è possibile graduare il tipo di intervento che consisterà inizialmente nella attuazione dei piani di promozione della salute in cui il medico competente potrà anche essere parte attiva con attività di counseling breve per i soggetti "consumatori" e dovrà inoltre proseguire con un tentativo di invio ai centri specialistici per i soggetti "dipendenti".

Nei programmi aziendali di promozione della salute inoltre è possibile prevedere l'intervento di specialisti in ambito terapeutico - riabilitativo fino alla definizione di un progetto con

l'individuazione di un case manager che interviene all'interno dell'azienda.

### **Gestione della percezione del problema**

Probabilmente l'attività più importate che può essere svolta dal medico, all'interno dei programmi aziendali di promozione della salute, consiste nell'aiutare il soggetto consumatore di sostanze a percepire il suo comportamento come problematico. Infatti per ottenere una modifica comportamentale stabile da parte del soggetto consumatore è necessario che questi abbia preso consapevolezza del problema e che quindi abbia maturato una sufficiente motivazione al cambiamento.

A tale scopo peraltro risulta necessario che il lavoro di counseling breve effettuato dal medico competente non resti isolato ma rientri all'interno di un programma aziendale, che coinvolga tutti i lavoratori in prima persona, finalizzato a sviluppare la "cultura" della promozione della salute nei luoghi di lavoro.

### **Le strutture specialistiche**

Le strutture specialistiche sono i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.), gli eventuali servizi specifici di alcologia nonché le comunità terapeutiche (C.T.), sia pubbliche che private, e le altre organizzazioni del privato sociale accreditato. Tali strutture fanno parte del Dipartimento delle Dipendenze presente in ogni U.L.S.S. della Regione Veneto che ha il compito di programmare e coordinare le attività specifiche.

I Ser.T. sono unità operative territoriali cui è attribuita la competenza su di un'area geografica che corrisponde in genere al territorio di uno o talvolta più distretti di base dell'U.L.S.S.. All'interno di ogni Ser.T. opera una o più équipe multidisciplinari composta da: medici (psichiatri e internisti), psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri ed eventuali altre figure professionali.

L'équipe prende in carico il soggetto tossicodipendente effettuando le attività necessarie, sia di tipo sanitario che socio-assistenziale, e si coordina con le altre strutture specialistiche eventualmente coinvolte nel programma assistenziale del soggetto in carico. I programmi gestiti dai Ser.T. sono per la maggior parte di tipo "ambulatoriale" ma è possibile il ricorso a trattamenti in regime ospedaliero (ricovero o DH) che per la maggior parte sono organizzati in collaborazione con le strutture ospedaliere.

I servizi specifici di alcologia sono attivati all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze di alcune U.L.S.S. e sono organizzati analogamente ai Ser.T. con un'équipe multidisciplinare. Nei Dipartimenti dove non è attivato un servizio specifico di alcologia questa attività è svolta dai Ser.T..

Le comunità terapeutiche effettuano interventi terapeutici in regime residenziale o semiresidenziale. Hanno organizzazione e personale variabile facendo capo per la maggior parte ad organizzazioni del privato sociale accreditato (esistono peraltro alcune CT a gestione diretta da parte del Ser.T.). La Regione Veneto ha comunque stabilito gli standard di riferimento (relativamente alle strutture e agli operatori necessari) sulla base dei quali le C.T. sono classificabili in tre categorie con specializzazione crescente.

### **Modalità di invio**

In caso di individuazione di un soggetto con probabile o accertata dipendenza da sostanze va tentato l'invio ad una struttura specialistica del territorio. Tale invio dovrà tener conto delle realtà esistenti localmente ed è quindi necessario che il medico competente eventualmente coinvolto nella gestione del caso conosca la realtà locale al fine di inviare correttamente e rapidamente il soggetto alla struttura più idonea. Ogni Dipartimento delle Dipendenze dovrebbe quindi comunicare direttamente ai medici competenti o agli SPISAL delle U.L.S.S. i recapiti telefonici

da contattare per un eventuale consulenza o per un invio.

### **Percorsi terapeutici/ riabilitativi possibili**

I servizi specialistici non effettuano di norma interventi di “emergenza” e sono in genere organizzati in modo da affrontare in maniera sequenziale il problema della dipendenza.

Il nuovo soggetto che si presenta al servizio viene indirizzato inizialmente alla struttura di accoglienza che riceve la domanda e valuta il bisogno espresso. Viene successivamente attivato un iter di valutazione diagnostica multidisciplinare per il corretto inquadramento clinico del cliente cui segue la proposta di un intervento assistenziale o terapeutico personalizzato.

L'intervento potrà essere di tipo: farmacologico, psicologico, di assistenza sociale, di supporto generico, ecc. e potrà essere svolto in regime ambulatoriale o presso apposite strutture (comunità terapeutiche) in regime residenziale o semiresidenziale.

Al momento della stesura del programma terapeutico verranno definiti gli obiettivi e i momenti di valutazione da effettuare multidisciplinariamente in ambito di riunione d'equipe.

### **Il Counselling**

Con il termine “counseling” si identifica un'insieme di abilità, atteggiamenti e tecniche operate da un soggetto, “il counselor”, nei confronti di un altro soggetto, “il cliente”, con il fine di aiutare quest'ultimo a risolvere un problema specifico o a prendere una particolare decisione. Il counseling non è una terapia, ha come finalità il cambiamento e la soluzione di un particolare problema della persona e si realizza in una situazione di relazione che viene ad instaurarsi tra i due attori, il counselor ed il cliente.

Alla base del counseling vi è una relazione di aiuto all'interno della quale il cliente che ne sente il bisogno può trovare

un momento di ascolto da parte di un'altra persona con la possibilità di comprendere meglio il proprio problema e operare la giusta scelta per se stesso. L'interazione che si instaura tra le due persone è al centro dell'intero processo in cui il primo dei due assume il ruolo di facilitatore del cambiamento ma non di autore del cambiamento.

Counseling non è traducibile con il termine “consulenza” perché non è un'attività professionale centrata sul fornire consigli o pareri. Non si offrono soluzioni a problemi (problem solving), e non si danno consigli per non limitare l'autonomia della persona e per rispettarne le capacità, anche potenziali, di autodeterminazione.

I campi di applicazione del counseling sono molteplici, proprio perché la natura del counseling è quella di essere un mezzo per affrontare meglio le situazioni contingenti sfruttando appieno tutte le potenzialità, esso si può estendere a qualsiasi contesto.

Se usato dal medico di medicina generale il counseling viene definito come “l'intervento volontario e consapevole del medico nei processi decisionali del suo paziente”, in vista di un obiettivo condiviso di miglioramento dello stato di salute. E' una prestazione professionale atta a guidare un individuo verso una migliore comprensione dei suoi problemi.

Esperienze di counseling alcolico e per la disassuefazione dal tabagismo sono molto frequenti nella letteratura italiana a cura soprattutto dei medici di famiglia. L'intervento breve (3-5 minuti) effettuato da un medico si è dimostrato efficace nel ridurre del 25% i bevitori “a rischio” e viene quindi accettato come strumento valido per la prevenzione del danno da alcol.

In letteratura non si trovano ancora esperienze di counseling da parte di medici competenti. Il metodo offre la possibilità di risultati importanti anche in questo campo attraverso una comunicazione consapevole tra medico e lavoratore che permetta di mettere in chiaro il problema e di identificare le possibili strategie per risolverlo.

## Il ruolo del medico competente

E' opportuno che il medico competente presti la sua opera di promozione della salute non solo nell'ambito della sorveglianza sanitaria ma anche in specifici programmi aziendali di prevenzione.

La proposta della Regione del Veneto prevede infatti che gli SPISAL a livello provinciale e in collaborazione con le parti sociali, promuovano presso le imprese l'attivazione di progetti di promozione della salute.

La progettazione di questi interventi, secondo una analisi specifica della situazione aziendale, è a cura del datore di lavoro che affiderà l'incarico ad un Gruppo Aziendale di Promozione della salute (G.A.P.) che può tuttavia contare sull'aiuto degli SPISAL che metteranno a disposizione, tra gli altri, gli "animatori della promozione della salute" appositamente formati.

Il medico competente entra a pieno titolo nel G.A.P. e può intervenire già nella fase progettuale conoscendo lo stato di salute della popolazione aziendale con riferimento al problema specifico.

Per la prevenzione delle patologie alcolcorrelate un approccio incisivo si rende possibile solamente se si pianifica un intervento che includa tutta la popolazione aziendale e non solamente le cosiddette "fasce a rischio". Vanno previste modalità differenti di azione: la sensibilizzazione dei dirigenti e dei lavoratori con incontri a piccoli gruppi o in assemblea con esperti, azioni di counseling breve da parte del medico competente, attivazione di interventi di "case management" in azienda, invio allo specialista con il coinvolgimento del medico di base nel caso di soggetti con accertata dipendenza da alcol.

In Italia, il mondo del lavoro è ancora poco permeabile alla promozione della salute. In Veneto, in Piemonte e in Umbria le istituzioni stanno iniziando a costruire modelli di intervento in cui il medico competente ha un ruolo fondamentale che si sviluppa sia in interventi diretti sui lavoratori, sia in una azione propositiva

verso gli imprenditori, sia nella collaborazione con le istituzioni stesse.

## Allegato

### C.A.G.E.

**C** cut down: Negli ultimi tre mesi ha pensato di dover bere di meno?

**A** annoyed: Negli ultimi tre mesi si è mai irritato o infastidito perché qualcuno le ha detto di smettere di bere o di bere di meno?

**G** guilty: Negli ultimi tre mesi si è mai sentito in colpa perché riteneva di bere troppo?

**E** eye opener: Negli ultimi tre mesi si è mai svegliato qualche volta al mattino con la voglia di bere?

## BIBLIOGRAFIA

Associazione Ambiente e Lavoro, Dossier Ambiente "Responsabilità sociale e certificazione sociale delle imprese", supplemento di Rivista dell'Associazione Ambiente e Lavoro, n. 66/2004

Beda A., Bodo R., *La responsabilità sociale d'impresa*, Ed. Il Sole 24 ore, 2004

Brunetto P., Cipriani E., Madera P., Minelli F., Petterlini E., *Alcol e Lavoro - Informazioni dalla ricerca*, 2004

Cadei L., *Prospettive di animazione in un orizzonte educativo*, Animazione sociale, n. 2, Gruppo Abele Periodici, Febbraio 2001

Coato F., A.A., *Prevenzione degli infortuni da incidenti stradali nel Veneto*, Rivista SNOP, n. 62 monografico, marzo 2004

De Pieri Paolo, *La Promozione della salute nel Veneto, percorso formativo per lo sviluppo di organizzazioni che promuovono la salute*, Edizione Rete regionale veneta, 1995

Ente Fiere di Verona, *Promozione della salute nella Regione Veneto - Abstract Book*, 10 maggio 2002

Garzi Sauro, *Promozione della salute ed azioni innovative nei luoghi di lavoro*, Franco Angeli, 1993

ICOH, *Codice Etico Professionale per gli operatori di medicina del lavoro*, International Commission on Occupational Health, Giugno 2002

ILO, *Linee Guida Tecniche ed Etiche per la Sorveglianza Sanitaria dei Lavoratori*, International Labour Organization, 1998

Lentisco F., Franco L. (revisione ed integrazione dei testi a cura di), *Atti della Conferenza Nazionale sulla Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro*, Italia, Siracusa 5-6-7 aprile 2001, ed. ISPESL

Miglionico A., *Manuale di comunicazione e counselling per medici, psicologi e professionisti d'aiuto*, Centro scientifico editore, 2000

Miller W.R., Rollnick S., *Il colloquio motivazionale*, Erickson, 2004

Moro G., Bellina L., *L'idoneità difficile, alcol, droga, disagio mentale e lavoro*, Regione del Veneto, 2001

Noventa A., *Alcol e lavoro*, Centro studi sull'alcolismo e le problematiche alcolcorrelati, Bergamo, 1995

Quadrino S., *Insegnare il counselling: un compito impossibile* - "La parola e la cura" comunicazione e counselling in ambito sanitario 2/2004

Regione del Veneto, *Piano di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro 2002 - 2004*, DGR n. 3723 del 5 dic. 2003

Regione del Veneto, Progetto regionale "Conoscere per cambiare, il cittadino veneto e i problemi alcol e fumo correlati", 2003

Rollnick Stephen, Mason Pip, Butler Chris, *Cambiare stili di vita non salutari*, Erickson, 2003

Soleo L. (coordinatore), Romano C., Abbritti G., Bartolucci G.B., Basso A., Bergamaschi A., Bertazzi P.A., Bianco P., Bovenzi M., Coggiola M., Cortesi I., Cristaudo A., Gelormini A., Giachino G.M., Gigante M.R., Iacovone M.T., Imbriani M., Magrini A., Mosconi G., Murgia N., Mutti A., Negro C., Pira E., Ribaldi L., Saia B., Apostoli P., *Linee guida per la sorveglianza sanitaria*, Vol. 11, Collana Linee Guida per la formazione continua e l'accreditamento del medico del lavoro, Tipografia Pime Editrice S.r.l., 2004