

P. Paraluppi<sup>1</sup>, G. Fassina<sup>2</sup>, G. Ferrari<sup>2</sup>, L. Tronconi<sup>2</sup>

## Sostanze voluttuarie e idoneità alla guida in ambito lavorativo

<sup>1</sup> ASL di Pavia

<sup>2</sup> Dipartimento di Medicina Legale, Scienze Forensi e Farmaco-Tossicologia "Antonio Fornari", Sezione di Scienze Forensi, Bioetica e Diritto Sanitario, Pavia

**RIASSUNTO.** Le Conferenze Stato-Regioni del 30 Ottobre 2007 e del 18 Settembre 2008 hanno esteso alle funzioni del medico competente l'obbligatorietà di effettuare accertamenti tossicologici per sostanze psicotrope e stupefacenti a carico di alcune specifiche categorie di lavoratori, prevalentemente occupate nel settore dei trasporti, per le quali un eventuale accertamento di positività determinerebbe obblighi di segnalazione in capo al sanitario. La normativa attualmente in vigore in materia, viene qui analizzata ponendo particolare attenzione alle criticità emergenti tra le pieghe del complesso e articolato quadro legislativo di riferimento.

**Parole chiave:** sorveglianza sanitaria, accertamenti tossicologici, idoneità alla mansione a rischio.

**ABSTRACT.** *According to/After the conferences taken place on 30th October and on 18th December 2008, the company doctor functions have been enlarged: at present they include the duty of effectuating toxicological tests in order to find psychotropic and drug substances in some specific working classes, mainly in workers employed in public transports. Company doctors have the duty to report any possible positive matching in these workers' tests. From there, regulations in force are analyzed focusing to critical situations described in the complex and well articulated frame of reference.*

**Key words:** *medical surveillance, toxicological analysis, fitness to work.*

### 1. Idoneità alla guida: il quadro normativo generale

Il Decreto Legislativo n. 285 del 30 aprile 1992 (meglio conosciuto come "Nuovo Codice della Strada", il quale ha subito, nel corso degli anni, significative modificazioni ed integrazioni) rappresenta la principale fonte normativa di riferimento per ciò che riguarda gli accertamenti sanitari preposti all'attestazione della idoneità alla guida. Segnatamente, l'articolo 119 di tale decreto legislativo dispone in ordine ai requisiti fisici e psichici ritenuti idoneativi ai fini del conseguimento della patente di guida e identifica, nel suo secondo comma, le figure sanitarie preposte allo svolgimento dei relativi accertamenti. A tal proposito, indica le figure mediche chiamate a rivestire particolari uffici, e tra questi i medici responsabili del servizio di base del distretto sanitario, i medici delle Ferrovie dello Stato, i medici militari in servizio effettivo, i medici della Polizia e dei Vigili del Fuoco, nonché gli ispettori medici del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Sempre nella stessa disposizione, il suo comma 4 descrive invece i casi in cui l'accertamento dei requisiti fisici e psichici debba essere effettuato da commissioni mediche locali istituite presso ogni capoluogo di provincia. In tal contesto, ed ai fini di questa trattazione, rilevano talune specifiche condizioni meglio delineate alla lettera d), le quali hanno a riguardo i soggetti per i quali gli esiti forniti a seguito di accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio pongano nel medico fondati dubbi circa l'idoneità e, pertanto, la sicurezza della guida.

A queste norme ordinarie sono successivamente seguite le necessarie disposizioni regolamentari di dettaglio - a tipica caratterizzazione attuativa - in particolare per quanto riguarda l'accertamento dell'idoneità alla guida. Ci si riferisce al DPR n. 495 del 16 dicembre 1992, regolamento attuativo del D. Lgs. 285/1992, chiamato tra l'altro a disciplinare le singole menomazioni da valutare nel contesto degli accertamenti sanitari previsti dal Codice della Strada. Con i tipici risvolti di norma speciale, opera oggi nel nostro ordinamento anche l'art. 41 del D. Lgs. n° 81/2008 in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, il quale delinea a sua volta uno specifico ambito nel quale il medico competente è titolato a verificare a carico del lavoratore condizioni di alcol dipendenza e/o di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, così da poter

dare oggi un inquadramento normativo di grado primario a quanto indicato nei Provvedimenti Stato-Regioni del 30 ottobre 2007 e del 18 settembre 2008, i quali hanno esteso alle funzioni del medico competente l'obbligatorietà di dare corso ad accertamenti tossicologici per sostanze stupefacenti e psicotrope da effettuarsi a carico di talune categorie di lavoratori per lo più, ma non solo, appartenenti al settore del trasporto.

## 2. L'idoneità alla guida in ambito lavorativo: competenze, funzioni e finalità di tutela

Ai fini di un compiuto inquadramento dei potenziali condizionamenti che esercitano gli stati di dipendenza sull'attestazione dell'idoneità alla guida di soggetti per i quali la conduzione di veicoli afferisce al paniere delle mansioni cui devono essere contrattualmente adibiti (*rectius*, è loro mansione specifica), risulta utile procedere ad una preliminare quanto schematica lettura delle recenti norme generali introdotte dal D.Lgs. n° 81/2008 in tema di rapporti tra l'organizzazione dell'impresa e la sorveglianza sanitaria. In questo quadro d'insieme va poi inserito il comma 4 dell'art. 41, essendo norma innovativa per la sua specifica rilevanza in ambito sanitario giuslavoristico e, nel contempo, per essere disposizione che necessita di una interpretazione sistematica, con particolare riguardo alla previgente e sostanzialmente complementare disciplina in tema di idoneità alla guida contenuta nel Codice della Strada, nelle sue norme di attuazione, nonché nelle disposizioni in tema di assunzione di alcool e stupefacenti.

Tra i principi generali contenuti nel nuovo Decreto Legislativo n° 81/2008 è utile richiamare quanto sancito all'art. 15, c. 1 lett. m) in tema di misure di tutela ed obblighi, sottolineando in particolare che l'allontanamento del lavoratore esposto a rischi per motivi sanitari inerenti la sua persona costituisce un obbligo generale - essendo appunto inserito nel capo terzo, rubricato "Gestione della prevenzione nei luoghi di lavoro" - ed assolve alla funzione di strumento di tutela. Per inciso, è da notare come la terminologia utilizzata dal legislatore per la qualificazione soggettiva del destinatario della tutela è quella di *persona*, volendo così rimarcare la non necessaria correlazione tra lo stato di salute da cui origina il profilo causale del rischio e le mansioni cui è adibito.

Entrando nel merito delle attribuzioni conferite ai principali attori chiamati a dare concreta attuazione alle disposizioni in tema di prevenzione e protezione dei lavoratori, sono da citare quelle specifiche norme rivolte a trattare con sufficiente sistematicità i rapporti tra condizioni di salute e rischio, quindi dedicate a regolare gli obblighi del datore di lavoro e del dirigente (art. 18, c. 1 lett. c), del preposto (art. 19, c. 1 lett. a e f), del lavoratore (art. 20, c. 2 lett. i) e del medico competente (art. 25, c. 1 lett. b).

Muovendo dagli obblighi che incombono su vertici aziendali, la disposizione di cui all'art. 18, c. 1 lett. c) assume una veste a forte matrice organizzativo-gestionale, imponendo al datore di lavoro ed al dirigente di affidare ai lavoratori compiti coerenti con le loro capacità e condizioni, in rapporto alla loro salute e sicurezza. È del tutto

ovvio che la portata concreta di questa norma va posta in relazione al grado di prossimità dei soggetti obbligati rispetto al lavoratore. È infatti norma di prevenzione generale laddove la complessità dell'organizzazione aziendale interpone dei diaframmi gerarchici tra i vertici ed il lavoratore, e l'affidamento dei compiti a quest'ultimo è la risultante organizzativa della valutazione dei rischi e della sorveglianza sanitaria, quindi in un quadro noto e stabilizzato del contesto lavorativo; diversamente, è norma strumentale al contenimento contingente del rischio cui si trova esposto il lavoratore nel caso in cui la contiguità nell'ambiente lavorativo pone in diretta relazione i vertici aziendali (verosimilmente l'imprenditore) ed il lavoratore.

L'art. 19 c. 1 lett. a) e f) si rivolge ai preposti con diverso tenore, proprio in funzione del fatto che queste figure aziendali intrattengono rapporti con i lavoratori attraverso relazioni caratterizzate da costante e materiale prossimità. Per questa ragione, assume una particolare rilevanza quanto sancito in termini generali alla lettera a), ovvero il richiamo alle funzioni di vigilanza, oltre al dovere di sovrintendere circa l'osservanza da parte dei singoli lavoratori degli obblighi di legge cui devono sottendere. Questo esplicito richiamo "*agli obblighi di legge*" torna particolarmente utile per il prosieguo di questa trattazione in quanto la previsione normativa data all'assunzione di bevande alcoliche trova oggi - per l'ambito della sicurezza sul lavoro - uno specifico richiamo attraverso la formulazione dell'art. 15, comma 1 della Legge n° 125/2001 in tema di alcol e problemi alcol correlati; disposizione quest'ultima che ne vieta sia l'assunzione - in questo caso dando rilevanza all'autonomo desiderio del lavoratore di appagare un proprio desiderio, al di fuori di una qual si voglia correlazione con l'organizzazione dell'azienda - che la somministrazione - quindi, a mero titolo di esempio, con una potenziale correlazione con l'organizzazione aziendale, in particolar modo laddove sostanze alcoliche risultino disponibili presso i locali destinati alla ristorazione dei dipendenti - da parte dei lavoratori appartenenti a talune categorie enucleate attraverso il Provvedimento Stato-Regioni del 16 marzo 2006. Non altrettanto è rintracciabile sul fronte delle sostanze stupefacenti e psicotrope, per l'ovvia ragione che queste ultime non godono del dinamismo tipico del lecito mercato, e pertanto il divieto all'assunzione assume nell'ordinamento i caratteri di generale ed indistinto obbligo giuridico, rendendone implicita la proibizione. Sempre in tema di attribuzioni del preposto è da segnalare infine quanto sancito alla lett. f), ovvero il dovere di segnalare ai propri superiori ogni condizione di pericolo affinché questi ultimi possano esercitare i necessari poteri interdittivi nei confronti dei lavoratori esposti al rischio, senza con ciò escludere la possibilità che ad esercitarli in concreto - soprattutto qualora sia evidente la contingenza del rischio - sia lo stesso preposto attraverso un suo diretto intervento (legittimato, seppur con velata formula deduttiva, dal dovere di dare corso sia alle misure generali di tutela di cui all'art. 15 del D.Lgs. n° 81/2008 che alle disposizioni aziendali richiamate all'art. 19 comma 1 lett. a).

Diverso è invece il quadro normativo prospettato per il lavoratore, il cui ruolo attivo nel perseguimento degli

obiettivi di prevenzione e protezione in ambito lavorativo è stato sancito all'art. 20 del citato Decreto legislativo, prospettando sia obblighi di carattere generale quali il prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella degli altri soggetti presenti sul luogo di lavoro (comma 1), che doveri più puntuali come il dovere di adoperarsi direttamente in caso di urgenza per eliminare o ridurre le situazioni di grave ed incombente pericolo (comma 2, lett. e) e di sottoporsi ai controlli sanitari previsti dal decreto o comunque disposti dal medico competente (comma 2, lett. i).

Dalla schematica ricostruzione del riparto delle competenze e dei profili funzionali delineati per le tipiche figure della linea gerarchica (datore di lavoro, dirigente, preposto e lavoratore) emerge una conferma del ruolo attivo che il legislatore ha voluto attribuire ad ognuna di queste componenti umane nel perseguimento degli obiettivi di prevenzione e protezione sui luoghi di lavoro, con le concorrenti finalità di tutelare lo stesso lavoratore, i lavoratori più in generale ed i terzi che interagiscono con questi.

Pur tuttavia, per quanto riguarda lo stato di salute in cui versa il lavoratore, ed ancor più la relazione di questa sua condizione soggettiva con la genesi e la rilevanza che viene ad assumere il rischio cui si vede esposto, l'art. 25, comma 1 lett. b) del D.Lgs. n° 81/2008 conferma il ruolo di primo piano del medico competente, tanto da ribadire l'obbligo di programmare ed effettuare la sorveglianza sanitaria in funzione dei rischi specifici, nonché di svolgerla secondo i principi scientifici di medicina del lavoro e le disposizioni etiche contenute nel recente codice etico dell'ICOH. La più significativa novità si rintraccia però all'art. 41 comma 4 in tema di sorveglianza sanitaria, in quanto tale funzione viene ora finalizzata anche alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Il cenno dato dal legislatore al tema dell'assunzione di sostanze voluttuarie da parte dei lavoratori merita un preliminare approfondimento circa il rapporto tra la formula letterale della disposizione, la sua interpretazione logico-sistematica e la desumibile modalità con cui darvi concreta applicazione. In primo luogo l'attribuzione al medico competente di funzioni inerenti l'assunzione di sostanze stupefacenti da parte dei lavoratori assume i caratteri tipici dell'attività sanitaria programmata, anche se, in considerazione di quanto dettato dal Provvedimento 18 settembre 2008, risulta possibile eseguire accertamenti sanitari in relazione a situazioni contingenti che vedano interessato il lavoratore, quali ad esempio quelli per "ragionevole dubbio" o "dopo incidente". Infatti, la norma dispone lo svolgimento degli accertamenti specifici per gli stati di dipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti normalmente in coincidenza con le visite programmate, mentre per quanto attiene l'assunzione di alcol ci si ritrova in presenza della sola possibilità di eseguire controlli alcolimetrici, i quali nulla hanno a che vedere con le visite di cui alla sorveglianza sanitaria. In secondo luogo, il campo di applicazione è stato circoscritto ai soli "casi" tipizzati in ulteriori apposite norme di settore, rendendo in tal modo l'art. 41, comma 4 del D.Lgs n° 81/2008 una mera dispo-

sizione bianca, con funzioni di rinvio recettizio per quanto riguarda sia "i casi" in cui applicarla, che per le modalità (leggasi le *...condizioni...*) con cui verificare lo stato psicofisico in cui versa il lavoratore rispetto all'assunzione di alcol e stupefacenti. Il tema della verifica cui è chiamato il medico competente merita infine una breve riflessione, stante in particolare la differente portata regolatoria della norma rispetto alla tipologia della sostanza assunta dal lavoratore. Infatti, mentre per l'alcol il medico è chiamato a verificare "*...l'assenza di condizioni di alcol dipendenza...*", per le sostanze psicotrope e stupefacenti la verifica è volta all'accertamento della semplice(!) "*...assunzione ...*", potendosi così intendere anche quella conseguente a condotte caratterizzate dalla mera occasionalità. Non è di poco conto sottolineare la sostanziale differenza tra la verifica di uno stato di dipendenza rispetto alla generica assunzione, essendo condizioni determinate da condotte personali alquanto variabili, che conducono ad usi episodici - siano essi isolati, e comunque del tutto occasionali - ovvero ad abusi, sino alla vera e propria dipendenza. Tanto che il sistema di codificazione DSM IV<sup>o</sup> enuncia proprio i criteri con cui pervenire alla classificazione degli stati di abuso e di dipendenza, con particolare riguardo ai profili inerenti la capacità nel ruolo e l'esposizione a situazioni di rischio (3), il cui accertamento necessita quantomeno di indagini di laboratorio mirate e valutazioni inerenti la sfera relazionale non certo esauribili secondo i tradizionali modelli di sorveglianza sanitaria di matrice occupazionale. Inoltre, il vigente ordinamento offre in tema di sostanze psicoattive un quadro normativo differenziato in due grandi categorie: da un lato, quella riferita all'assunzione di alcool e, dall'altro, quella delle droghe - a valere nella loro più ampia accezione - così da richiedere alcune puntualizzazioni in rapporto alla disciplina sanitaria dedicata alla tutela dei lavoratori ed alla sicurezza nei luoghi di lavoro.

---

### **3. L'assunzione di sostanze psicoattive e l'idoneità alla guida: le criticità del quadro normativo in ambito sanitario giuslavoristico (5)**

L'assunzione di sostanze psicoattive assume una specifica ed autonoma rilevanza quando viene posta in relazione alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Pur tutta via, il quadro offerto dal legislatore ha sedimentato nel tempo un groviglio di norme alquanto scorrelate, imprecise, con tratti di intrinseca contraddittorietà, tanto da affievolirne la precettività e, di conseguenza, le concrete potenzialità di tutela.

In primo luogo, va registrato come l'art. 41, comma 4 del D.Lgs. n° 81/2008 operi - nell'attribuzione al medico competente di funzioni di verifica in tema di sostanze psicoattive - un rinvio ad altre fonti dell'ordinamento, reso necessario dal fatto che la citata disposizione è palesemente priva di qual si voglia portata regolatoria di dettaglio, sia in ordine all'ambito di applicazione soggettivo, che per le modalità (poteri, garanzie, limiti, ecc.) con cui dare corso alla "*...verifica...*" sulle condizioni del lavoratore. Per inciso, è da dire che la materia è comunque da inquadrare secondo i principi di cui agli artt. 13 e 32 della

Costituzione, nonché degli artt. 5 ed 8 della L. n° 300/70, meglio nota come Statuto dei lavoratori; norme che nella loro sistematicità delineano i confini entro i quali è lecito esercitare accertamenti sanitari sui lavoratori.

Dato per acquisito che ogni valutazione sullo stato di salute dei lavoratori avvenga in forza di una specifica norma legislativa di copertura, l'indagine in tema di dipendenza da sostanze voluttuarie si deve necessariamente spostare su quest'ultima, partendo dalla considerazione che l'assunzione di alcol è stata autonomamente regolata rispetto all'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Il problema dell'alcolismo ha, infatti, trovato nella legge n° 125/2001 la sua disciplina quadro e, per quanto riguarda la sicurezza sul lavoro, nell'art. 15 la norma dedicata a regolare il divieto di assunzione e somministrazione in presenza di attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per finalità di sicurezza, incolumità o tutela della salute dei terzi (4). Entrando nel merito, mentre il comma 1 dell'art. 15 prescrive il divieto di assunzione di bevande alcoliche e superalcoliche - obbligo ricadente in capo al lavoratore - e di somministrazione - veto posto al datore di lavoro - il comma 2 ascrive al medico competente la possibilità di effettuare controlli alcolimetrici tesi a perseguire le finalità della disposizione le quali, essendo deduttivamente riconducibili al generico contenimento dei rischi cui sono esposti i lavoratori appartenenti a categorie opportunamente tipizzate con il Provvedimento n° 2540/2006 dalla Conferenza Stato-Regioni ed i terzi, le stesse finalità vengono altresì presidiate dai medici del lavoro delle Asl chiamati ad esercitare le tipiche funzioni di vigilanza. Una preliminare considerazione sulla formula letterale impiegata dal legislatore nella stesura dell'art. 15 porta a rilevare una certa indeterminatezza circa le modalità con cui svolgere gli accertamenti (si parla di controlli alcolimetrici) (5, 4) da parte del medico competente, quindi anche al di fuori del calendario con cui viene programmata l'ordinaria attività di sorveglianza sanitaria, e senza vincoli circa la qualificazione diagnostica riferibile allo stato soggettivo del grado di abuso. Venendo ora all'interpretazione sistematico-evolutiva dell'art. 15 della l. n° 125/2001 con l'art. 41 comma 4 del D.Lgs. n° 81/2008 il quadro complessivo pare significativamente mutato in ragione del fatto che quest'ultima disposizione circoscrive temporalmente l'attività accertativa al momento dell'effettuazione delle visite disposte dal piano di sorveglianza sanitaria, finalizzandole alla verifica di un eventuale stato di dipendenza. Ciò produce l'effetto di perseguire nel tempo una sistematica e strutturata attività di monitoraggio e, pertanto, di prevenzione dei rischi in relazione agli stati di dipendenza da alcol, ma poiché secondo il combinato disposto di cui all'art. 15 della L. 125/2001 ed al Provvedimento 16 marzo 2006 le "condizioni" con cui effettuare

gli accertamenti risultano essere i soli controlli alcolimetrici e non quelli invece tipici della sorveglianza sanitaria, ecco che non risulta al momento possibile verificare l'assenza di alcol dipendenza, ma è possibile invece verificare in acuto la sola assunzione o meno di sostanze alcoliche e superalcoliche durante il lavoro.

Il tema della tossicodipendenza in ambito lavorativo ha trovato una sua configurazione normativa originaria con il DPR n° 309/90 che, con l'art. 125, introduceva "... l'accertamento di assenza di tossicodipendenza ..." in ambito lavorativo, dettagliandone successivamente la concreta modalità di conduzione della sorveglianza sanitaria sul lavoro, sia le procedure diagnostiche e medico legali con cui accertare l'assenza di tossicodipendenza e l'assunzione di sostanze stupefacenti (Prov. 30 ottobre 2007 e Prov. 18 settembre 2008). In questo caso l'art. 41 comma 4 del D.Lgs. n° 81/2008 risulta essere invece pienamente applicabile in considerazione del fatto che per "i casi" di cui all'allegato I del Provvedimento 30 ottobre 2007 sussistono "le condizioni" di verifica di assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, poiché le stesse sono ricondotte dal provvedimento medesimo nella sorveglianza sanitaria obbligatoria dei lavoratori, seppure con le modalità speciali introdotte dal Provvedimento 18 settembre 2008.

A fronte di questo quadro normativo che, per un certo verso, appare indebolito proprio sul fronte del contenimento dei rischi connessi all'assunzione di sostanze psicoattive, soprattutto per quanto concerne l'alcol, l'insussistenza di un esplicito rinvio formale alla disposizione codicistica stradale contenuta nell'art. 119 del D. Lgs. 285/1992 non consente al medico competente, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento di riscontro positivo nel lavoratore per assunzione di alcol e/o di sostanze stupefacenti, di azionare l'avvio di una specifica procedura accertativa circa l'idoneità alla guida, resa possibile in via mediata dai soli operatori sanitari chiamati a svolgere istituzionalmente tali accertamenti.

---

## Bibliografia

- 1) Spigno F, Debarbieri N., Traversa F. Lavoro e dipendenza da sostanze psicoattive: idoneità alla mansione e prospettive di prevenzione alla luce delle recenti innovazioni normative. G Ital Med Lav Erg 2007, pag. 158 e ss., www.gimle.fsm.it.
- 2) Mariotti O. Droghe e lavoro. G Ital Med Lav Erg 2004, pag. 1 e ss.
- 3) Ferrara SD e Altri. Sostanze psicoattive e disabilità alla guida. Studio epidemiologico sui conducenti di veicoli nella Regione veneto. Riv It Med Leg 1997, 2: 389 e ss.
- 4) Giorgetti R e Altri. Alcol etilico nell'aria espirata. Comparazione BrAC/BAC in una popolazione di conducenti. Riv It Med Leg 2002, pag. 1479 e ss.
- 5) Del Nevo M, Del Nevo A, Simonini S. I peculiari profili di responsabilità del medico competente. Riv It Med Leg 2008, 3: 729-764.