

La prevenzione ed il controllo dell'assunzione di sostanze psicotrope o stupefacenti nei luoghi di lavoro: una nuova ed importante opportunità per i medici del lavoro

L. RIBOLDI, S. PORRU*, G. FELTRIN**, R. LATOCCA***, M. BONZINI****, L. BORDINI, M.M. FERRARIO*****

Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, Milano

* Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Brescia

** Medicina del Lavoro, A.O. di Desio e Vimercate

*** Medicina del Lavoro, A.O. San Gerardo, Monza

**** Medicina del Lavoro e Preventiva, Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi dell'Insubria, Varese

KEY WORDS

Substance abuse; workplace; occupational physician

SUMMARY

«Prevention and control of substance abuse in the workplace: a new and significant opportunity for the occupational physician». Objectives: Substance abuse is nowadays a recurrent theme in the daily practice of occupational physicians (OP), mainly owing to recent legislation prescribing mandatory assessments for workers performing job tasks involving danger to third parties. While some degree of bureaucracy is inevitable and legislation seems to be inclined towards deterrence, it is recommended to take advantage of the opportunities offered for practical interventions which, in accordance with science and ethics, the OP can carry out in the workplace. Risk assessment, health surveillance, fitness for work, health promotion and cooperation in management issues are the areas of intervention required for the OP to fully accomplish his role in the practice of modern occupational health. **Conclusions:** We propose specific activities for the OP, so as to highlight roles and obligations, based on available scientific evidence and established codes of ethics. Lastly, we wish to emphasize the overall role of the OP in taking on responsibilities shared jointly with all the parties and in the approach to the substance abuse problem in all workplaces with the ultimate goal of acting for the benefit of workers, enterprises and society in general.

RIASSUNTO

Il tema dell'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope assume oggi una rilevanza particolare per l'operato del Medico del lavoro/competente (MC), in ragione soprattutto delle disposizioni contenute sia nel D.Lgs 81/08 sia in specifici provvedimenti e procedure che disciplinano gli accertamenti sanitari da effettuare in lavoratori che svolgono

Pervenuto il 3.3.2009 - Accettato il 10.6.2009

Corrispondenza: Dr. Luciano Riboldi, Clinica del Lavoro "Luigi Devoto", Via San Barnaba 8, 20122 Milano - Tel. 02 55032651

Fax 02 50320131 - E-mail: luciano.riboldi@unimi.it

Gli autori Feltrin G., Ferrario MM, Latocca R., Porru S., Riboldi L. hanno contribuito in egual misura alla redazione del presente articolo.

mansioni che comportano rischio verso terzi. Pur non disconoscendo un certo impegno di carattere burocratico-amministrativo nonché un orientamento delle procedure verso ruoli di deterrenza che non sono propri del MC, vogliamo cogliere le opportunità per esercitare sempre più compiutamente la funzione di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e di terze persone. Il MC ha infatti largo spazio per interventi operativi che, in scienza e coscienza, possono essere condotti negli ambiti a lui congeniali di valutazione del rischio, sorveglianza sanitaria, giudizio di idoneità, informazione/formazione, promozione della salute e negli aspetti gestionali, al fine di giocare quel ruolo di consulenza globale per datore di lavoro e lavoratori che gli è proprio e che gli è richiesto dalla moderna Medicina del Lavoro. Il nostro contributo vuole offrire delle linee operative per il MC in tali ambiti, nella prospettiva della valorizzazione della professionalità e delle competenze che gli sono proprie, in considerazione degli elementi tecnico-scientifici a disposizione nonché dei codici etici che la nostra disciplina si è dati. Infine, si è voluto sottolineare il ruolo complessivo del MC nell'assunzione di responsabilità condivise e nell'affrontare temi – quali quello della tossicodipendenza – di alto rilievo etico e sociale, a vantaggio delle persone che lavorano, delle imprese e della società tutta.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni i fenomeni di abuso e dipendenza indotti da sostanze psicotrope hanno assunto una dimensione di crescente complessità e di costante e rapida evoluzione, sia per la continua immissione in commercio di nuovi composti, sia per la molteplicità delle modalità di assunzione e di utilizzazione.

Tali fenomeni, che interessano tutti gli strati sociali e pressoché ogni fascia d'età, assumono ancor più rilevanza per la disciplina Medicina del Lavoro ed i professionisti che in tale ambito operano (12, 25, 26). Infatti, a prescindere dallo status "illegale" della sostanza psicotropa e del suo consumo, le conseguenze di tali fenomeni sono rilevanti per l'individuo, l'impresa e la società in generale in ragione dei danni sanitari all'individuo, per le ricadute che tali condotte possono determinare sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, per gli aspetti assicurativi e medico-legali, per le conseguenze economico-sociali, per la percezione e la comunicazione del rischio.

Ad una rapida e continua evoluzione nel panorama delle sostanze d'abuso immesse sul mercato non è fino ad oggi corrisposto un altrettanto rapido mutamento dei piani di prevenzione e di intervento previsti nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali. Tuttavia, negli ultimi tempi, si è avuta una accelerazione normativa che impone ai medici competenti una attenta riflessione.

È a tutti noto il provvedimento del 2008 (6) che ha definito le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze psicotrope o stupefacenti (SPS) in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, che erano state precedentemente identificate con il provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007. Lo stesso provvedimento del 2008 ha specificato che sono oggetto della norma non solo i tossicodipendenti, ma anche coloro che fanno un uso solo occasionale di SPS, a sottolineare l'intento deterrente del provvedimento.

È altresì noto che tale intesa prevede che il medico competente (MC) "... *provvede a verificare l'assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti sottoponendo i lavoratori, all'atto dell'assunzione e successivamente con periodicità di norma annuale, a specifici test di screening in grado di evidenziarne l'assunzione, con l'obbligo di esprimere il giudizio di idoneità o temporanea inidoneità alla mansione*".

Anche il recente DL 81/2008, all'art. 41 (Sorveglianza sanitaria), sancisce che "*Le visite mediche... comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche... finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti*". La violazione di tale disposizione è punita con arresto o ammenda.

In realtà il MC si è sempre occupato del problema dell'assunzione di sostanze stupefacenti da par-

te dei lavoratori, non però in quanto rischio derivante dall'attività lavorativa (anche se esistono condizioni di lavoro in grado di favorire questa abitudine), bensì come attitudine personale del lavoratore in grado di alterarne le condizioni di salute e benessere, e quindi di modificare anche il rapporto con il proprio lavoro ed i rischi che da esso ne possono derivare. Anche se il valutare (per prevenire e curare) un eventuale stato di tossicodipendenza o di saltuaria assunzione di stupefacenti non aveva mai avuto formale attenzione e tanto meno era mai stato previsto come obbligo giuridicamente definito per il MC, quest'ultimo l'aveva sempre considerato come parte essenziale della sorveglianza sanitaria.

Oggi però l'accertamento di tossicodipendenza o di un uso anche solo saltuario di SPS è divenuto per il MC anche un obbligo giuridicamente normato, e non solo in funzione della tutela della salute del lavoratore, ma anche a tutela della sicurezza e incolumità di terze persone alle quali il lavoratore potrebbe arrecare danno sotto l'effetto ed a causa della assunzione di tali sostanze nell'esercizio delle sue mansioni. Ampio ed articolato è stato il dibattito circa l'opportunità dell'aver introdotto tale norma e sulle modalità con cui viene attribuita al MC questa responsabilità. Non è questo il contesto in cui riprendere la discussione, che peraltro appare tutt'altro che conclusa.

Vorremmo piuttosto discutere se e come cambia di conseguenza il significato ed il metodo della sorveglianza sanitaria e quindi il ruolo e la funzione del MC riguardo a questa specifica problematica, allo scopo di formulare ipotesi e proposte operative, nel rispetto e nella ricerca della valorizzazione della professionalità e delle competenze proprie del MC, in considerazione degli elementi tecnico-scientifici a disposizione nonché dei codici etici che la nostra disciplina si è dati.

DIMENSIONE DEL PROBLEMA

Recenti stime elaborate nel 2006 dall'UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) indicano nel 6,2% della popolazione italiana, compresa nella fascia di età 15-64 anni, la quota di

soggetti che almeno una volta all'anno ha assunto sostanze stupefacenti e nel 4,7% quella di coloro che ne fanno uso almeno una volta al mese. Tali percentuali appaiono più elevate se si considera la quota di coloro che, assuntori annuali, sono anche assuntori mensili (76%) nonché quella di coloro che assuntori mensili sono anche assuntori quotidiani (19%).

Interessanti sono i dati emersi da un'indagine condotta nella città di Milano (18) riguardo all'uso riferito di sostanze stupefacenti nella fascia dell'età lavorativa (tabella 1).

Studi condotti negli Stati Uniti indicano anch'essi percentuali di uso di droghe variabili a seconda che si consideri l'uso corrente (intorno al 10%) o pregresso (intorno al 15%); circa il 75% degli utilizzatori di droghe nella fascia di età tra i 18 ed i 50 anni è occupato a tempo pieno in una attività lavorativa (7, 14, 43). Un'indagine italiana (2), condotta tra il 1998 e il 2001 su 12000 pazienti in 200 SERT di 13 diverse regioni, ha evidenziato che il 32% degli utenti è occupato stabilmente, il 32% occasionalmente, il 35% disoccupato.

Un altro elemento che il MC dovrebbe considerare preliminarmente è che esistono condizioni di lavoro che possono favorire il consumo di SPS, occasionale o meno. Tra queste si possono segnalare le attività che comportano elevata pressione sociale e responsabilità lavorativa (ad es. manager, dirigenti); attività con mancanza di supervisione (ad es. li-

Tabella 1 - Prevalenze, standardizzate per età, del consumo di sostanze stupefacenti a Milano, nel 2007, nella fascia di età 15-64 anni, entrambi i sessi (18)

Table 1 - Age standardized prevalence of drug abuse in Milan, in 2007, in 15-64 year-old males and females

Sostanza	Prevalenza complessiva ¹	Prevalenza annuale ²	Prevalenza mensile ³
Cannabis	44,7	16	10,5
Cocaina	14,8	5	2,6
Popper	12,3	3,2	1
Ecstasy	7,5	1,7	0,9
Allucinogeni	6,4	1,3	0,5
Amfetamine	5,6	1,3	0,7
Oppiacei	2,8	0,8	0,6

¹ almeno una volta nella vita; ² almeno una volta nell'ultimo anno; ³ almeno una volta nell'ultimo mese

beri professionisti, avvocati, giornalisti, medici); i lavoratori della sanità; gli autotrasportatori; il settore delle costruzioni; le condizioni lavorative sfavorevoli (clima, fatica, lavoro in aree remote o isolate); la presenza di fattori di rischio psicosociale, in particolare turni notturni, orari prolungati, monotonia, ripetitività, sovra o deresponsabilizzazione, bassa retribuzione, lavoro precario, pendolarismo, conflittualità, scarsa comunicazione.

Inoltre, ai fini di un corretto inquadramento del fenomeno, è necessario discutere quali conseguenze comporta, nell'ambito lavorativo, il consumo di SPS.

Esiste un'evidenza scientifica, limitata, proveniente soprattutto dagli Stati Uniti, di:

- incremento di rischio di infortuni-incidenti-quasi infortuni o errori alcol/droga-correlati;
- assenteismo;
- incremento di utilizzo di servizi sanitari;
- riduzione della produttività e delle performance ed incremento del turnover;
- deterioramento delle relazioni interpersonali e del clima aziendale;
- incremento di problemi disciplinari e legali-assicurativi;
- tendenza all'esclusione dal mondo del lavoro per licenziamento, difficoltà nel training e reclutamento, limitate possibilità di reinserimento.

Certamente quello di maggior rilievo è il rischio infortunistico, in quanto può avere, in alcuni casi, anche ricadute verso terzi. In letteratura sono riportate stime tra loro differenti, a volte probabilmente in eccesso, secondo le quali le sostanze d'abuso (considerando sia alcol che droghe) sarebbero responsabili del 47% degli infortuni lavorativi, con un rischio relativo che può arrivare anche fino a 3,5 a seconda delle diverse categorie e mansioni. Va però considerata l'estrema difficoltà nel poter riconoscere un nesso di causa diretto tra abuso ed infortunio; le conclusioni cui giungono i vari autori sono tra loro non sempre coerenti e non è univoco il riscontro che l'aumento del numero di infortuni sia direttamente correlato all'uso di SPS. Questi dati vanno quindi sempre considerati criticamente (4, 43).

In Italia non ci risultano disponibili dati commentabili, in quanto è a tutt'oggi sporadica, se non

eccezionale, l'esecuzione di test specifici per la valutazione dell'avvenuto abuso negli infortunati. Uno studio condotto su una coorte di tossicodipendenti nella città di Bologna (34) ha evidenziato tassi di mortalità per traumatismi e avvelenamenti (SMR per maschi e femmine rispettivamente di 11,7 e 10,2) ed incidenti stradali (4,37 e 5,02) nettamente superiori rispetto alla popolazione generale. Non sono poi disponibili dati su malattie lavoro-correlate o dati Inail.

Uso dei test di screening nei luoghi di lavoro: esperienze internazionali

È importante, per il MC, conoscere i risultati ottenuti con l'uso estensivo dei test di screening per SPS condotti in altri Paesi.

Negli Stati Uniti i programmi di test antidroga nei luoghi di lavoro sono stati introdotti da circa 20 anni; attualmente circa il 46% della forza lavoro è sottoposta a controlli mirati. Ad oggi studi condotti su larga scala (14, 17, 24, 36) non sembrano mostrare potere deterrente nel limitare il consumo di sostanze psicotrope, anche in relazione alla stima degli elevati costi collegati (6 milioni di dollari/anno) sostenuti dal sistema produttivo (13) ed al trend in crescita dei consumi comunque osservato nel corso degli anni (5).

Uno studio condotto negli Stati Uniti per valutare la probabilità di identificare i consumatori abituali o occasionali di droghe mediante l'esecuzione randomizzata di test tossicologici tra i lavoratori ha messo in luce come questo sistema è in grado di identificare nel corso di un anno solo il 40% dei soggetti che fanno uso quotidiano di sostanze, l'8% di quanti ne fanno uso mensile e l'1% di chi le assume occasionalmente (10). Secondo i dati provenienti da uno dei principali laboratori tossicologici statunitensi, che dal 1988 fornisce ogni anno l'andamento dei risultati dei test, la frequenza delle positività nei campioni analizzati (circa 7 milioni di test/anno) si è ridotta in modo progressivo dal 14% registrato nel 1988 al 4% osservato nel 2008 nonostante, come detto, il consumo di droghe sia aumentato (40).

In Nuova Zelanda l'introduzione dei test antidroga nei luoghi di lavoro risale ai primi anni '90 e

prevede attualmente circa 25.000 test all'anno, che vengono eseguiti in differenti circostanze: assunzione, trasferimento interno, infortunio/incidente, ragionevole sospetto, random, post riabilitazione/follow-up). Tali test hanno evidenziato una positività nell'8% dei soggetti in assunzione (pari all'80% dei test effettuati), nel 30% dei casi di infortunio (2% dei test effettuati) e nel 10-13% dei casi di test effettuati in modo casuale (13% del totale). Occorre tuttavia segnalare che in questo Paese, accanto a sostanze tradizionali (oppiacei, amfetamine, cannabinoidi), ve ne sono altre come la benzilpiperazina e la trifluoro-metil-fenil-piperazina che non sono considerate illegali ed hanno alti volumi di vendita (circa 8 milioni di dosi/anno su una popolazione di 4 milioni di abitanti) (32).

In Europa non disponiamo di dati ampi e confrontabili come quelli elaborati negli Stati Uniti, sia per la relativamente recente introduzione dei controlli nei luoghi lavoro nella maggior parte dei paesi membri, sia per le diverse modalità organizzative adottate, che possono variare da provvedimenti legislativi (Italia), ad iniziative aziendali codificate e approvate dalle organizzazioni sindacali (Svezia), a test in fase di assunzione (Grecia, Svizzera, Irlanda), a test *on site* senza obbligatorietà del test di conferma, della catena di custodia e/o dei test per verifica di eventuale adulterazione del campione (Belgio, Olanda, Spagna, Portogallo, Francia, Lussemburgo). Limitati invece sono i dati per Danimarca, Germania e Austria (42).

In Finlandia esperienze condotte su personale civile e militare hanno evidenziato, su oltre 2000 test (per cannabinoidi, oppiacei, amfetaminici, cocaina) eseguiti su urine (di cui il 5% random), un solo test positivo riconducibile ad abuso di sostanze psicoattive e 7 positività da codeina e morfina riferibili a prescrizioni mediche (29).

In Inghilterra oltre 30.000 test effettuati dal 2001 al 2005 su matrice pilifera, per individuare un eventuale consumo nei 3-6 mesi precedenti, hanno evidenziato positività nel 4% per cannabinoidi, 2% per cocaina, 0,5% per MDMA e 0,1% per benzodiazepine (diazepam). Solo il 5% dei campioni positivi, tuttavia, proveniva da campioni raccolti nei luoghi di lavoro, che complessivamente costituivano il 20% dei campioni analizzati (39).

In Francia l'esperienza condotta su 1000 conducenti di autocarri nel periodo 2003-2004 attraverso test urinari (con conferma in gas-cromatografia dei casi positivi) ha evidenziato una positività a cannabinoidi nell'8,5% dei campioni testati, nel 4,1% per oppiacei, nello 0,3% per amfetaminici, nell'1,8% per buprenorfina, nello 0,5% per metadone e nello 0,4% per benzodiazepine (22).

Valutazione di efficacia dei programmi di prevenzione

Esistono prove di efficacia dei programmi di prevenzione della dipendenza da SPS negli ambienti di lavoro nella riduzione dei tassi di infortunio?

Pur non avendo effettuato una ricerca sistematica, gli studi disponibili non sembrano essere numerosi e quelli valutati sembrano soffrire di alcune limitazioni metodologiche. Tuttavia ci pare interessante, e complessivamente incoraggiante, un recente studio condotto negli Stati Uniti (43), e riportato nelle revisioni Cochrane (41), con l'obiettivo di valutare l'efficacia del *Drug-Free-Workplace Program* (vedi paragrafo su informazione per descrizione elementi fondamentali) nella riduzione del tasso di infortuni. I risultati sono riportati per diverse categorie di aziende e confrontano i differenti andamenti temporali dei tassi (precedenti, contemporanei e successivi alla realizzazione del programma) osservati nei gruppi di aziende aderenti (261 aziende con 14.500 lavoratori esposti) e non aderenti (20.500 aziende).

Pur con alcune limitazioni metodologiche, riconosciute e in parte discusse dagli Autori, sono state documentate evidenze di efficacia per il settore costruzioni, manifatturiero e dei servizi, mentre nessuna efficacia è stata evidenziata per le aziende agricole e per i trasporti.

Un rapporto costi/benefici parzialmente favorevole è stato dimostrato in programmi articolati di prevenzione nel settore dei trasporti che includevano anche test di screening (28).

Oggi si cerca quindi di attuare strategie più articolate, indirizzate ad ottenere non soltanto un effetto di deterrenza, ma anche con un fine prevalentemente preventivo; un esempio è l'istituzione di "employee assistance programs" (EAPs) all'interno

delle politiche aziendali (30). Per valutare l'efficacia di tali esperienze manca ancora, tuttavia, un sufficiente periodo di osservazione e un'adeguata numerosità di soggetti sottoposti a studio.

In conclusione i dati sopra riportati sembrano indicare complessivamente che:

- il consumo di sostanze stupefacenti appare in crescita costante in tutto il mondo;
- il MC ha una non trascurabile probabilità di trovarsi di fronte a lavoratori che assumono SPS, correntemente od occasionalmente, anche multiple;
- i risultati delle ricerche basate su consumi autoriportati possono stimare non correttamente la reale prevalenza;
- non tutte le sostanze disponibili sono oggetto degli screening indicati dal Provvedimento;
- i test di screening nei luoghi di lavoro non hanno sicuro effetto deterrente;
- il consumo di SPS è collegato a diverse problematiche nei luoghi di lavoro, sanitarie e non sanitarie, che coinvolgono direttamente e significativamente il MC ai fini della tutela della salute e della sicurezza del lavoratore e di terze persone;
- molte delle persone seguite dai SERT sono lavoratori in attività, quindi è auspicabile una interazione sinergica con i MC;
- gli studi di efficacia, pur complessi da effettuare, sono necessari per valutare i risultati reali delle iniziative intraprese ed orientare quindi le azioni future.

A nostro parere esiste quindi un largo spazio per un intervento che, in scienza e coscienza, il MC può realizzare a tutto campo negli ambiti a lui congeniali (valutazione del rischio, sorveglianza sanitaria, giudizio di idoneità, informazione/formazione, aspetti gestionali) al fine di interpretare quel ruolo di consulenza globale per datore di lavoro e lavoratori che gli è proprio e che gli è richiesto dalla moderna Medicina del Lavoro.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Il coinvolgimento del Medico del Lavoro nei processi di analisi e valutazione dei rischi (9) è spesso problematico e non scevro di difficoltà, per diversi motivi.

In realtà il criterio metodologico è ben presente nella prassi del medico del lavoro, spesso coinvolto in problematiche solo in parte lavorative, così come lo stesso medico del lavoro - in quanto medico competente - è "inserito nel contesto aziendale" e opera in quella definita "triangolazione" tra lavoratore (suo interlocutore privilegiato) e datore di lavoro (per cui è valido consulente), sapendo fare ricorso ai tre ambiti professionali del suo operato:

– *occupational medicine*: con le dovute *competenze* cliniche, tossicologiche, ergonomiche e una azione forte per quanto riguarda l'espressione della specifica idoneità al lavoro di ciascun operatore, e la sua informazione e formazione;

– *environmental medicine*: con le dovute *conoscenze* delle problematiche ambientali esterne all'unità produttiva, ma connesse con il suo impatto sull'ambiente circostante, con una azione fortemente sinergica con le politiche ambientali non più abdichabili dell'impresa;

– *community health*: con il dovuto *riconoscimento* delle patologie anche solo parzialmente "lavoro-correlate", o degli effetti indesiderati a eziologia non lavorativa, con una azione forte per quanto riguarda l'attenzione (deontologicamente dovuta) all'uomo, globalmente inteso nella sua interezza psicofisica, etica, sociale.

Ciò premesso, come valutare il *rischio tossicodipendenza* nel contesto lavorativo? Si tenga presente che:

– non si tratta di valutare un rischio lavorativo specifico, bensì un fenomeno comportamentale-individuale, determinato oltretutto da variabili in larga misura "socio-culturali" extralavorative;

– si introduce, con le indicazioni normative oggi vigenti, un orientamento pragmatico volto alla tutela non del solo lavoratore "esposto", ma di altri soggetti "terzi", molto spesso anche di non diretto coinvolgimento nei processi lavorativi (si pensi ad esempio, oltre ai colleghi di lavoro, ai soggetti "utenti" di un servizio, o ai soggetti "clienti");

– si evoca per il MC aziendale un ruolo anche di "incaricato di pubblico servizio" (viene da pensare in modo non molto dissimile da ciò che recitava il "vecchio" Testo Unico del 1931, ove l'Ufficiale Sanitario "vigilava" sugli opifici...), vincolato a rispondere non solamente al lavoratore - suo privile-

giato interlocutore – e non solamente al datore di lavoro di cui è valido consulente;

– si ribadisce, ampliandone i confini, la necessità di una rete relazionale per il MC, che non si esaurisce nel contesto lavorativo (con gli altri “attori” del sistema: datore di lavoro, rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, responsabile del servizio di prevenzione e protezione), ma che si estende oltre i confini aziendali (per esempio con i medici del SERT, con il medico curante, con i servizi sociali, con gli organi di vigilanza, ecc.).

Questo ruolo apparentemente “esteso” del medico del lavoro non è una novità: in “scienza e coscienza” ogni MC – proprio perché “medico” – si è sempre occupato del lavoratore in quanto essere umano globalmente inteso, espressione di problematiche a eziologia multifattoriale (non solo lavorativa: si pensi per esempio ad aspetti quali le cardiopatie e il lavoro, la disabilità e il lavoro). Peraltro questo ruolo viene ampiamente condiviso e valorizzato dagli stessi organismi istituzionali: a solo titolo esemplificativo si cita (21) il documento dell'ISPE-SL a proposito delle problematiche “stress-correlate”, in cui si sottolinea l'importanza di non sottovalutare quelle compromissioni dello stato di salute imputabili a fattori lavorativi, ma ricadenti nel contesto familiare, così come quelle insorgenti nei contesti extralavorativi, ma ricadenti come effetti avversi nell'ambito lavorativo.

Il processo di valutazione del rischio “tossicodipendenza e lavoro” presuppone per il MC la capacità di avvalersi di alcuni criteri utili allo scopo. Nel DL 81/08, all'art. 28, è poi formalmente previsto di valutare tutti i rischi per la salute e la sicurezza e di specificare i criteri adottati per la valutazione.

Un elemento importante, in via preliminare, è l'analisi del contesto sociale. Infatti, l'insediamento produttivo – per il quale il MC è responsabile della sorveglianza sanitaria dei lavoratori – è inserito in un contesto sociale noto e si identifica per una “specificità” delle risorse umane (ad esempio, si pensi a una società di trasporti collocata nella estrema periferia di una metropoli nota per alta conflittualità e con impiego di manodopera interinale e avventizia, a differenza di uffici direzionali di una società multinazionale inserita nel centro produttivo di una città); è importante che il MC acquisisca

le conoscenze “locali” del fenomeno relativo alla tossicodipendenza e sappia comprendere quanto questo fenomeno “pesa” nell'esercizio della sua attività. I rapporti attivabili per esempio con il SERT locale possono essere di estrema utilità.

È poi necessario che sia considerato il rischio infortuni, che sarà valutato dal MC, in collaborazione con il RSPP, in modo sistematico ed approfondito, poiché da un lato è rarissimo che le aziende non abbiano infortuni nel corso di un periodo ragionevole di tempo e, dall'altro, l'analisi degli infortuni fa rilevare dinamiche e fattori che possono essere molto utili per identificare fattori umani alla base e tra questi, il tema tossicodipendenze. Contestualmente deve essere inserito il rischio per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, che può essere conseguente non solo a tossicodipendenze, ma a molte altre patologie ad esempio di carattere neuropsichiatrico, cardiovascolare, otologico, infettivologico e/o trattamenti terapeutici.

Analogamente, devono essere inseriti i fattori psicosociali, che possono essi stessi favorire consumo di sostanze psicotrope. A tale proposito può essere utile fare riferimento, nel documento, all'appartenenza di uno o più lavoratori alle categorie identificate sia in base all'Accordo Stato Regioni, sia in scienza e coscienza, includendo ad esempio il settore della sanità, della security, delle costruzioni, metallurgia, nonché alle mansioni “predisponenti”, che, come sopra riportato, possono essere associate a maggior rischio di consumo di SPS.

Ulteriori criteri sono la valutazione di parametri come l'assenteismo, i dati di carattere disciplinare, assicurativo ed il feed back di eventuali incontri con il SERT, nonché dati elaborati di sorveglianza sanitaria (ad es. i risultati nel tempo delle analisi di screening, laddove effettuate) e giudizi d'idoneità.

Inoltre va considerato il tema del lavoratore tossicodipendente e la sua suscettibilità individuale riguardo a rischi chimici, fisici, biologici, psicosociali.

Molto utile prevedere a priori le mansioni alternative espletabili dai soggetti temporaneamente esclusi dalla mansione originale e fino a risoluzione del problema; percorsi simili sono adottati ad esempio in caso di gravidanza Tali aspetti sono stati sviluppati nel capitolo sulla gestione (8).

Infine, come richiamato nel successivo capitolo dedicato alla gestione, è necessario che si preveda una sezione specifica del DVR dove viene riportata la politica aziendale specifica.

ASPETTI GESTIONALI

Nell'ambiente di lavoro la gestione del tema tossicodipendenza (TD) assume particolare rilievo per diversi motivi: sia perché varie responsabilità gestionali possono essere distribuite tra varie funzioni e ruoli aziendali, incluso il MC; sia perché tali figure debbono necessariamente interagire; sia perché nell'applicazione della normativa sulla TD è necessaria grande chiarezza per individuare chi fa che cosa, quando e con quali modalità operative; sia perché è doveroso informare, con la maggiore chiarezza e condivisione possibile, dirigenti, preposti, lavoratori e MC su politiche e procedure aziendali, prima di renderle operative e verificarne sul campo l'attuazione ed efficacia.

Pertanto appare necessario garantire specifica attenzione alla TD nell'ambito delle procedure aziendali, prevedendo di introdurre un documento ad essa dedicato. Il documento deve, a nostro parere, essere redatto sotto la responsabilità del datore di lavoro (DDL) ed essere incluso a pieno titolo nel documento di valutazione dei rischi e nei sistemi di qualità o gestionali di cui deve, a norma del D.Lgs 81/08, dotarsi ogni azienda.

Tale documento dovrebbe in premessa illustrare brevemente gli aspetti normativi, vale a dire l'Intesa, l'Accordo Stato-Regioni e l'art. 41, del DL 81/08 relativamente alla TD, come pure l'art. 30 dello stesso decreto, per i modelli di organizzazione e di gestione, e l'art. 2 per richiamare la responsabilità sociale delle imprese; deve anche prevedere eventuali specifiche disposizioni regionali (è noto infatti che varie Regioni hanno emanato specifiche indicazioni operative sull'argomento, che in qualche caso modificano – interpretandoli – i sopraccitati provvedimenti e accordi). Un richiamo agli articoli del DL 81/08 che esortano all'effettuazione delle attività secondo il Codice etico dell'ICOH, i principi della Medicina del Lavoro e gli indirizzi scientifici più avanzati è un utile complemento.

Sezioni rilevanti del documento possono essere:

- Identificazione formale delle *persone che collaboreranno*, con il DDL, alla redazione ed aggiornamento della lista dei lavoratori che verrà inviata al MC; tali figure potrebbero essere il Responsabile della produzione, il Responsabile del personale o delle risorse umane, oppure il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP). Per l'identificazione dei lavoratori sarà opportuno un confronto preliminare sui criteri tra DDL, MC, RSPP e Responsabili dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS); ad esempio, si dovrà considerare non solo l'appartenenza nominale a categorie previste dalla lista, ma anche un criterio temporale (ad es. coloro che svolgono solo occasionalmente e per ragioni estemporanee lavori identificati come "a rischio" verso terzi e come parte veramente accessoria della mansione) secondo cui rivedere le assegnazioni della mansione per eliminare eventuali ridondanze; obiettivo della discussione preliminare è possibilmente concordare, con buon senso e tenendo conto della flessibilità aziendale, le mansioni e l'identificazione dei lavoratori da inserire nella lista, attraverso l'assunzione di responsabilità condivise; un esempio tipico è relativo ai carrellisti, mansione estremamente diffusa, ma anche svolta talora solo per pochi minuti ed in condizioni non di rischio.

- Identificazione formale delle persone che, con il MC, dovranno tenere i *rapporti con gli enti esterni*, tra cui i laboratori, i SERT, le strutture di secondo livello del proprio ambito territoriale. E' assai opportuno che il MC sappia quali sono i SERT territorialmente competenti (e in genere le ASL competenti sanno indicarne i riferimenti utili) per prendere contatti formali preliminari con tali strutture sia per iniziare un percorso prima che si presenti il caso eventuale in azienda sia per la successiva gestione dei singoli casi specifici; è bene che ciascun MC si relazioni a questi servizi e crei un rapporto con figure professionali orientate, condividendo le informazioni anche con RLS, dirigenti e preposti individuati in azienda per gestire la problematica.

- *Modalità di accesso all'accertamento periodico*: l'accordo Stato-Regioni del settembre 2008 dispone di garantire la non prevedibilità della data dell'accertamento e che l'individuazione del lavoratore sia casuale; tuttavia, ciò deve essere compatibile con le

esigenze lavorative e di programmazione aziendale. Quest'ultima affermazione è potenzialmente suscettibile di varie strumentalizzazioni ma, da un punto di vista operativo, si suggerisce, laddove ci siano numeri significativi, ad es. oltre 5-10 lavoratori da sottoporre ad accertamento, di usare il metodo dei numeri casuali (31); al di sotto, la casualità è poco verosimile. Va sottolineato tuttavia che, in ogni caso, è necessaria una programmazione aziendale specifica che, evidentemente, non può essere casuale. Oppure, si potrebbero identificare *a priori* alcune giornate specifiche in cui ciascuno dei lavoratori in lista può essere chiamato senza impegnare la produzione, assicurando una sostituzione del lavoratore impegnato nell'accertamento. Oppure, si estrae un numero con la data dell'accertamento e lo si associa ad un nominativo anch'esso estratto a sorte, alla presenza di un testimone. In ogni caso il DDL, o suo delegato, deve formalmente scegliere un metodo e inserirlo in procedura. Inoltre si dovrà avere cura di programmare gli accertamenti in modo da garantire tempestività di eventuali interventi, attraverso la presenza delle persone chiave (ad es., il MC non deve essere assente o non rintracciabile nel periodo degli accertamenti).

– Al fine di non allontanare sistematicamente dal luogo di lavoro un *lavoratore "dubbio o positivo"* ai controlli di primo livello, potrà essere opportuna l'identificazione *a priori* di mansioni non incluse nella lista prevista dall'Intesa e che, a giudizio del MC, non comportino comunque rischi verso terzi qualora affidate alla persona risultata positiva; ad esse potrà esser assegnato il lavoratore "dubbio" o positivo. Se tali mansioni non dovessero essere disponibili in azienda si dovrà valutare, caso per caso, sia il rapporto costo/beneficio sia il "vantaggio" etico-sociale di tenere il lavoratore temporaneamente in azienda con mansioni non in "produzione" (ad esempio compiti organizzativi, di controllo, di servizio generico), al fine di evitare allontanamenti che potrebbero "sovrastimare" il problema TD e/o effettivamente discriminare ed etichettare il lavoratore anziché tendere a recuperarlo. A tale proposito, quando vi è necessità di sospendere/allontanare il lavoratore, sarà necessario scegliere lo strumento più adatto alla singola situazione aziendale che garantisca comunque la conservazione del posto di lavoro.

– Per quanto concerne la *privacy*, il rispetto e la dignità della persona sottoposta ad accertamento è opportuno che la procedura richiami con chiarezza tutte le persone che hanno titolo ad attuare e/o gestire una qualsiasi parte della procedura ad un'estrema attenzione alla riservatezza e ad usare la maggiore sensibilità possibile, in particolar modo nelle piccole aziende; va quindi coinvolto il minor numero possibile di persone ed il materiale cartaceo ed informatico relativo a tali procedure deve essere gestito sotto la diretta responsabilità di DDL e/o suo delegato e del MC.

– *Modulistica*: la procedura dovrà riportare i vari moduli e documenti, predisposti anticipatamente, per:

- eventuale stipula di convenzione formale tra azienda e laboratorio che effettuerà la raccolta/prelievo del campione biologico;
- comunicazione attraverso la quale il MC informa il DDL circa data e modalità degli accertamenti (cronogramma);
- convocazione del lavoratore, a cura del DDL (data, ora, luogo effettuazione accertamenti), con preavviso di non più di 24 h;
- comunicazione del lavoratore che attesta giustificazione/validi motivi per non presentarsi agli accertamenti;
- comunicazione, dal DDL al lavoratore, della disposizione di nuova data per accertamenti a seguito di rinuncia del lavoratore;
- verbale di prelievo, controfirmato da MC e lavoratore, da allegare alla cartella e da inviare, assieme al campione, al laboratorio; il verbale deve includere i rispettivi dati anagrafici, recapiti, data ed ora prelievo, quantità urine raccolte, farmaci assunti nell'ultima settimana, in particolare quelli interferenti con l'analisi, eventuali dichiarazioni ed informazioni aggiuntive ritenute di rilievo;
- procedure per la catena di custodia (chi fa che cosa, come, dove);
- comunicazione, al lavoratore e DDL, di idoneità o inidoneità temporanea alla mansione, a seguito degli accertamenti di I livello, oppure, in caso di rifiuto, di impossibilità ad esprimere il giudizio di idoneità;
- comunicazione del DDL al lavoratore, e, per conoscenza, al MC, della sospensione temporanea

dall'attività lavorativa o di cambio di mansione in caso di positività al test di I livello;

- invio del lavoratore al SERT – struttura sanitaria competente, a cura del MC, nel caso di positività degli accertamenti di I livello (lettera indirizzata anche a lavoratore e DDL), prevedendo il caso in cui, essendo il SERT di riferimento non disponibile per un sovraccarico di richieste, si debba acquisire il consenso informato per l'invio ad altra struttura;

- acquisizione, da parte del MC, di consenso informato generale per acquisizione dati, colloqui e scambi di documentazione sanitaria con qualsiasi medico curante.

Il MC avrà inoltre cura di identificare formalmente il personale sanitario che, sotto la sua responsabilità, procederà alla raccolta ed eventuale custodia e trasporto del campione. Analogamente, nel caso in cui il MC si serva di una struttura esterna, dovranno essere formalmente individuate le persone che gestiranno raccolta, custodia, trasporto, analisi del campione.

La produzione di tale documentazione potrebbe apparire come un ulteriore aggravio burocratico-amministrativo, ma si ritiene che sia necessaria per DDL, MC e lavoratori al fine di evitare eventuali incomprensioni, strumentalizzazioni, contestazioni inutili e controproducenti e rendere comunque le procedure più funzionali.

- Accertamenti per *ragionevole dubbio*; in questo caso il documento aziendale può affrontare ed identificare *a priori* quegli elementi (che nelle procedure sono definiti indizi o prove) che potrebbero far insorgere il ragionevole dubbio (ad es. alcuni indicatori psico-sociali lavorativi ed extralavorativi, alterazione rapporti interpersonali, segnalazioni informali di colleghi o preposti relativamente a particolari comportamenti, problemi legali, finanziari, assenteismo, particolari dinamiche di infortuni occorsi in certe attività e modalità di lavoro); a tale scopo il MC illustrerà, nelle attività informative e nel percorso di condivisione del documento, quali indicatori psico-sociali e comportamentali è opportuno conoscere e quali, con buon senso, segnalare, magari prima informalmente poi formalmente, a giudizio sia del DDL che del MC (che riceverà la nota), al fine di innescare l'accertamento.

È poi opportuno che sia identificato formalmente chi è il delegato del DDL a segnalare il ragionevole dubbio al MC il quale, prima di procedere all'accertamento, lascerà largo spazio al suo giudizio umano e tecnico-professionale (attraverso colloqui specifici anche con il lavoratore) al fine di decidere se attivare o meno ulteriori approfondimenti, anche attraverso enti pubblici (ex art 5 L.300/70;

- accertamenti *post infortunio (dopo un incidente)*; anche in questo caso l'Accordo non identifica – opportunamente – tipologie specifiche di infortuni/incidenti, lasciando spazio all'interpretazione. Si ritiene che possa essere utile condurre *a priori* un'analisi congiunta tra DDL, RSPP, MC e RLS di tutti gli infortuni fino ad allora occorsi in azienda (ad es. infortuni alla guida di mezzi o in itinere, gli infortuni ripetuti, quelli occorsi in orari notturni o straordinari, con modalità e dinamiche complesse, quelli particolarmente gravi, in postazioni di interesse “collettivo”, i quasi infortuni rilevanti, tenendo sempre conto – attraverso il contributo specifico del MC – del fattore umano) e, successivamente, identificare aree lavorative, procedure ed eventualmente persone da tenere in evidenza. In tal modo, all'occorrere dell'infortunio, si avranno già indicazioni da seguire con minore discrezionalità a posteriori, evitando così possibili strumentalizzazioni. Infine, è consigliabile valutare gli infortuni indipendentemente dall'appartenenza del lavoratore alla lista prevista dall'Accordo.

È opportuno che la procedura per la TD includa la previsione anche di azioni preventive quali, ad esempio, un programma – anche contenuto – di *promozione della salute* per un ambiente di lavoro “drug free” (vedi capitolo su informazione e formazione). Ciascuna azienda può impostare il programma che meglio si adatta alle proprie caratteristiche e svilupparlo di concerto tra DDL, MC, RLS, RSPP. Nelle situazioni in cui il fenomeno della TD è assente o limitato a singoli sporadici casi, la gestione di questi casi isolati è patrimonio della buona prassi di ogni MC, che ben sa come gestire il problema. Laddove, per contro, il fenomeno ha una certa rilevanza è molto opportuno coinvolgere l'azienda stessa sul tema, proponendo obiettivi mirati e orientati allo scopo: messa a punto di protocolli informativi, di norme premiali e/o di sanzioni interne, di cam-

pagne promozionali, di gruppi di lavoro, ecc. Esempi di politiche e procedure sono riportate nel documento redatto dall'ILO (19).

Il documento aziendale potrà essere integrato da un breve opuscolo, di carattere sanitario, da consegnare a tutti i lavoratori che, oltre alla breve descrizione della procedura applicata, tratti dei principali aspetti preventivi, clinici e riabilitativi dell'abuso di sostanze.

Tutto ciò sarà incluso nel piano di informazione - formazione di lavoratori, preposti e dirigenti e dovrà essere formalmente ratificato dalla riunione annuale periodica e inserito nel documento di valutazione dei rischi, con indicazione degli strumenti e dei momenti di controllo e di "feedback".

È necessario che la procedura, e quindi il documento, per la gestione della TD nell'ambiente di lavoro sia il frutto della maggior condivisione possibile tra DDL, Dirigenti, Preposti, MC, RSPP ed RLS. Pertanto, prima di ufficializzarla, sarà proposta a tutti per eventuali commenti ed integrazioni ed eventualmente discussa in una riunione specifica.

Un programma formale ed esplicito, che coinvolge tutti gli attori della prevenzione in azienda, con obiettivi articolati e motivati, che utilizza strumenti semplici ed applicabili quotidianamente, con valutazione di efficacia monitorabile attraverso vari indicatori qualitativi e quantitativi, ha tutte le caratteristiche per potersi configurare come buona pratica e per poter quindi essere inserito nei sistemi di gestione cui le aziende oggi debbono tendere.

INFORMAZIONE E FORMAZIONE

Le istituzioni internazionali (WHO) (37) hanno già da tempo attivato uffici a supporto degli stati membri per lo sviluppo di attività preventive, anche all'interno degli ambienti di lavoro, attraverso iniziative informative e formative tese a favorire comportamenti salutari, inclusi quelli volti alla riduzione dell'uso di droghe.

Anche a livello europeo è attivo un osservatorio delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA) (11) che monitora annualmente nei paesi dell'UE, nelle fasce di età fra i 15-64 anni, le prevalenze di consumo delle principali droghe (cannabis,

amfetamine, LSD, ecstasy, oppiacei, cocaina), indicando gli interventi effettuati (prevenzione, trattamento, riduzione del danno, reinserimento sociale, interventi specifici). Nell'ambito delle attività preventive l'informazione/formazione ha avuto in questi anni come ambiti privilegiati i gruppi vulnerabili e l'ambito scolastico, solo marginalmente i luoghi di lavoro. Nei paesi UE, fra i tipi di intervento più diffusi nella prevenzione universale nelle scuole sono da segnalare: eventi destinati ai genitori, formazione sulle capacità personali e sociali al di fuori dei programmi standard, giornate informative ed informazione mirata sulle droghe.

A livello europeo la necessità di effettuare nell'ambito delle attività preventive iniziative di sensibilizzazione ed informazione nelle aziende produttive è connessa all'introduzione in ambito legislativo nazionale di norme che disciplinano l'utilizzo dei test per il rilevamento delle droghe sul luogo di lavoro (Irlanda, Finlandia, Norvegia), specificando che tale pratica è permessa per lo più in situazioni in cui l'assunzione di stupefacenti può produrre uno scenario di notevole pericolo e rischio. Norme di recente adozione sono finalizzate a limitare il fenomeno dell'assunzione di droghe in diversi settori del trasporto: per il settore ferroviario e marittimo in Irlanda, la guida di navi in Lettonia e l'aviazione in Finlandia (11).

L'*International Labour Organization* (ILO) all'interno dei programmi di *SafeWork* evidenzia come qualificante il Programma di Prevenzione sull'abuso di droghe (20), identificando il luogo di lavoro come un eccellente canale per lo sviluppo di ampie reti per l'azione preventiva. Tale intervento, a forte impatto informativo/formativo, è teso ad affrontare e correggere le ricadute negative dell'uso di droghe sui lavoratori (deterioramento della salute, infortuni, provvedimenti disciplinari, problemi familiari, perdita del lavoro, marginalizzazione sociale) e sui datori di lavoro (problemi di sicurezza aziendale, aumento di costi, bassa produttività, perdita di competitività).

Ma lo sviluppo di programmi di prevenzione più ampio nel campo dell'uso di droghe si è avuto negli Stati Uniti, con centri/agenzie qualificati che propongono soluzioni e danno assistenza a quei datori di lavoro che vogliono un ambiente di lavoro

“*drug free*”. Negli USA tali programmi di intervento (38) sono incentivati dai singoli Stati attraverso finanziamenti (a partire da 25.000 dollari per singola azienda) finalizzati al raggiungimento di obiettivi di miglioramento degli *outcomes* di salute. Vi sono inoltre benefici indiretti sul datore lavoro legati alla riduzione dei costi dei premi assicurativi e degli indennizzi/risarcimenti ai lavoratori. Per alcuni settori (trasporti) tali programmi sono obbligatori. I programmi aziendali *drug-free* prevedono una politica scritta ed esplicita contro le droghe, programmi di assistenza dei lavoratori, formazione dei supervisori, educazione dei lavoratori, provvedimenti per identificare gli utilizzatori di droghe, inclusi test di laboratorio. Le principali tipologie di interventi qualificati a valenza formativo-informativa sono:

1) interventi di formazione orientati al *team* dei supervisori interni che prevedono lo sviluppo di competenze:

- nell’identificare e riconoscere i sintomi correlabili all’uso di sostanze psicotrope (comportamenti manifesti, segni visibili, conseguenze personali e sociali);

- nell’indirizzare il lavoratore con problemi di dipendenza verso i servizi di diagnosi ed assistenza;

2) corsi rivolti ai lavoratori, anche attraverso *focus-group*, che si propongono il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- informazione sui pericoli connessi all’uso di SPS e sulle ricadute negative per l’individuo e la famiglia;

- informazione sugli effetti che l’uso di droghe ha sulla salute, sulla sicurezza e sulla produttività;

- presentazione degli interventi di aiuto, di presa in carico e delle modalità di accesso ai servizi disponibili;

- descrizione delle componenti principali del programma, in particolare dei Programmi di Assistenza al Lavoratore (EAP). I programmi di assistenza EAP forniscono ai lavoratori interessati ed ai loro familiari una vasta gamma di opportunità e risorse (programmi di prevenzione/rieducazione, *counseling*, terapie di sostegno, supporto economico, ecc.).

Per quanto riguarda le esperienze a livello nazionale nel campo specifico, si fa presente una interes-

sante iniziativa promossa in Regione Veneto con la pubblicazione di una Guida per la realizzazione di un ambiente di lavoro *drug-free*. Il kit è composto da un cd interattivo con ampia documentazione sul problema delle dipendenze, una guida informatica per la realizzazione di un ambiente di lavoro *drug-free*, i risultati di una ricerca condotta su 70 aziende della provincia di Treviso e, in appendice, schede informative per i lavoratori.

Anche in alcuni documenti regionali di indirizzo, applicativi del Provvedimento 30 ottobre 2007 e dell’Accordo Stato-Regioni del 18 settembre 2008, si rimarca la necessità di attivare azioni promozionali, di sensibilizzazione ed educative.

Il MC deve tenere conto che l’ambiente di lavoro è il luogo ideale per promuovere, al di là del dettato di legge, specifiche attività di informazione e formazione volte a favorire la prevenzione dell’uso di sostanze illecite, la promozione di interventi per il recupero dei soggetti, la valorizzazione complessiva delle risorse umane. Il MC dovrebbe in sostanza contribuire a passare dall’approccio paternalistico-medico legale ed assistenzialistico ad un approccio preventivo, di promozione della salute, con specificità aziendale ed a largo spettro. Non è a tale proposito da trascurare il richiamo del D.Lgs 81/08 alla responsabilità sociale delle imprese, che dovrebbero quindi operativamente puntare su programmi di prevenzione e promozione della salute che rispettino alcuni principi fondamentali:

- i datori di lavoro debbono essere formati e supportati adeguatamente sul problema specifico, anche valorizzando il ruolo promozionale di “assistenza” da parte dei servizi territoriali competenti (SERT, SPRESAL) ed il ruolo del MC;

- venga effettuata la formazione dei supervisori interni (RSPP, RLS, dirigenti/preposti) in materia di promozione della salute con l’opportunità di accedere a corsi di sensibilizzazione sull’uso problematico di sostanze;

- puntino sul coinvolgimento e la sensibilizzazione di tutti i dipendenti, in particolare quelli di età giovane;

- siano focalizzati sui corretti e salutari stili di vita (fumo, alcol, alimentazione, attività fisica, abusi) e sulle condizioni lavorative ed extralavorative che li condizionano;

- esplicitino i comportamenti che in azienda non sono consentiti e implicano l'adozione di eventuali provvedimenti disciplinari, le aree di intervento che includono assistenza del MC, il *counselling*, l'accesso a trattamento e riabilitazione

- includano percorsi di orientamento sui programmi di assistenza per lavoratori in difficoltà che vengono forniti dai servizi socio-sanitari, dal terzo settore e da gruppi di auto-aiuto;

- per i lavoratori più coinvolti direttamente – autisti, mulettisti, ecc. – il percorso formativo sia atto a trasmettere le corrette nozioni circa i rischi potenziali nella loro specifica mansione, derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti, ivi comprese le conseguenze anche penali da ciò derivanti; mirando anche al senso di responsabilità collettiva, per una “mansione” lavorativa necessariamente in relazione a “terzi”.

Tali programmi devono adottare strumenti divulgativi semplici (schede, audiovisivi), con materiale didattico essenziale e di poche pagine e riunioni di breve durata (1-2 ore max) che consentano però discussione delle procedure e della loro applicazione concreta in azienda.

La docenza è a cura di MC e RSPP che potranno avvalersi, eventualmente e sulla base di specifiche esigenze e dimensioni aziendali del fenomeno, della co-docenza di altri specialisti (SERT, ASL, Neuropsicologo, etc.).

È utile includere una verifica di efficacia del programma con eventuale uso di indicatori, quali indicatori di apprendimento, valutazione infortuni, assenteismo, indicatori psicosociali, di performance, produttività, di clima aziendale, etc.

Infine il MC utilizzerà, come solito sempre, la Sorveglianza sanitaria per il counselling. È importante che il MC non si sottragga a questa richiesta al fine di collaborare, al pari di altri processi informativi utili e nell'ambito della *Community Health*, a un processo orientato a un complessivo più alto livello di benessere della persona.

SORVEGLIANZA SANITARIA

La sorveglianza sanitaria (SS) costituisce il cuore dell'attività del MC. È il punto di sintesi di un'a-

zione articolata che sviluppandosi attraverso la valutazione del rischio, l'informazione, la formazione, l'impostazione ed il coordinamento di un sistema aziendale per la gestione complessiva del problema, tutti passaggi in cui il MC interviene con specifica ed insostituibile funzione, tende ad uno scopo preciso: la tutela della sicurezza e della salute della persona che lavora in relazione agli specifici compiti che le sono affidati.

In questa attività il MC esprime in modo compiuto la propria competenza e professionalità. Nel rapporto diretto con il lavoratore realizza infatti la sintesi migliore nell'applicazione dell'unico metodo che gli è proprio, il metodo clinico, che rimane il più adeguato per un suo intervento efficace anche in termini di valutazione del rischio, informazione, formazione e cura degli aspetti gestionali. Scopo dell'attività del MC è che quella specifica, singola persona, possa lavorare (essendo il lavoro esso stesso un fattore di salute come ben sa chi non ha lavoro) senza che lo specifico lavoro che svolge possa provocare danno alla sua sicurezza e salute. In questa prospettiva non può non realizzarsi anche tra lavoratore e MC quella “alleanza di prevenzione e di cura” che è fondamento di ogni rapporto professionale medico, pena il venir meno della sua possibile efficacia.

Appare evidente come non si possa assimilare in modo semplicistico la SS effettuata per questo specifico aspetto alla modalità con cui essa viene normalmente attuata in relazione ai rischi lavorativi tradizionalmente considerati. Il motivo è chiaro e lo abbiamo già enunciato: non siamo in questo caso di fronte ad un rischio lavorativo ed ai suoi possibili effetti sulla salute di chi vi è esposto, ma ad una attitudine volontaria e personale del lavoratore. Per valutarla ed affrontarla, in termini di prevenzione e cura, occorre quindi mettere in campo modalità e strumenti differenti da quelli tradizionali, soprattutto in considerazione del fatto che si vorrebbe e si deve in questo modo tutelare anche le terze persone.

Quel che è certo ed appare ovvio è che non è assolutamente accettabile, perché insufficiente ed inefficace rispetto allo scopo e riduttivo della professionalità e delle funzioni dei MC, l'effettuazione di una SS che si esaurisca nella mera esecuzione di test e nella registrazione “notarile” dei loro risultati,

demandando ad altre competenze la “gestione” del “caso”. Lo scopo presumibile del legislatore di voler indurre un effetto di dissuasione più che avviare un’azione complessa ed articolata che pretenda risolvere il problema, seppure comprensibile, non appare soddisfacente per i MC. Per tale finalità non era necessario coinvolgerli in prima persona riducendo la loro funzione ad intervento puramente medico legale; sarebbe stato sufficiente a questo scopo immaginare un efficace sistema di controllo affidato al datore di lavoro collegato ai Servizi Pubblici. Appare invece più coerente, efficace ed adeguata l’ipotesi di un intervento a tutto campo che coinvolga in modo compiuto e condiviso le responsabilità dei veri protagonisti di questa azione (datori di lavoro, lavoratori e servizio pubblico di controllo), per la quale il MC può e deve svolgere la sua reale funzione che è quella di consulente esperto terzo, e quindi garante per tutti di un rapporto fiduciario senza del quale appare assai arduo il raggiungimento dei risultati attesi, vale a dire la riduzione nell’uso degli stupefacenti. Solo in questo modo si può pensare di avviare azioni di possibile efficacia, di lunga durata e di tutela per tutti: datori di lavoro, lavoratori, terze persone e MC.

Allora dovendosi muovere nel rispetto del dettato legislativo, che appare francamente di corto respiro, può valere la pena di immaginare un’azione che non sia appiattita esclusivamente sull’esecuzione di test periodici ma tenti di impostare una vera azione di SS secondo un criterio clinico e quindi preventivo.

Naturalmente il problema che interessa il MC non è tanto il riscontro di una condizione di abuso acuto con le sue manifestazioni tipiche (circostanza di improbabile osservazione in ambiente di lavoro) quanto l’identificazione delle persone che presentano un rischio di potersi trovare a lavorare in condizioni di performance psicofisica alterata, o comunque non ottimale, in conseguenza dell’abuso di sostanze psicoattive. Di particolare importanza sarà anche mettere in evidenza possibili condizioni di “ipersuscettibilità”, vale a dire situazioni personali per le quali – anche in condizioni di rischio lavorativo assente o contenuto – il soggetto interessato può manifestare specifiche criticità. Nella sua valutazione il MC, pur essendo chiamato a formulare

solo un giudizio di sospetto di assunzione di SPS (rimandando invece la formulazione di una diagnosi definitiva circa l’esistenza di una condizione di assunzione occasionale o regolare o di tossicodipendenza ai colleghi specialisti dei SERT), dovrà tener conto delle conoscenze cliniche fondamentali specifiche della materia

Come può strutturarsi allora il programma di SS per la specifica problematica, tenendo ben presente che la funzione del MC non è di investigare e controllare per evidenziare eventuali comportamenti illegali, ma di stabilire un rapporto fiduciario con il lavoratore finalizzato alla prevenzione ed alla promozione della sua salute e, in questo caso come conseguenza, anche di terze persone?

La normativa prevede che l’accertamento comprenda “la visita medica orientata all’identificazione di segni e sintomi suggestivi di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope” e che, contestualmente a tale visita, dovrà essere effettuato un test tossicologico-analitico di primo livello. Lo stesso provvedimento definisce quale deve essere la metodologia dell’accertamento da parte del MC, prevedendo che nell’ambito della visita medica il MC deve valutare:

- eventuali antecedenti inerenti a pregressi trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza presso strutture pubbliche o private anche attraverso l’acquisizione di informazioni sanitarie previo consenso dell’interessato;

- eventuali notizie relative ad infortuni lavorativi e precedenti incidenti avvenuti sia in occasione del lavoro, sia al di fuori dell’ambito lavorativo, ritiri di patente, ecc.;

- assunzione di farmaci psicoattivi che possono essere prescritti o non prescritti;

- eventuale sussistenza di segni e/o sintomi di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope anche suggestivi di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Una prima condizione necessaria, come detto anche nel capitolo sulla gestione, è che sia definito un documento aziendale che traccia le modalità con cui viene affrontata la problematica della prevenzione dell’uso di SPS nell’azienda, in cui siano descritte dettagliatamente anche le modalità con cui viene effettuata la SS.

La seconda condizione è che la SS finalizzata allo specifico problema della prevenzione dell'uso di SPS deve essere realizzata con modalità e tempi differenti ed indipendenti da quelli con cui viene garantita la SS per gli altri rischi eventualmente presenti e controllati, anche se è ragionevole cercare di far convergere quest'ultima sulla prima per evitare un eccesso di medicalizzazione. Elemento essenziale per esempio è la non prevedibilità da parte del lavoratore degli accertamenti (visita medica ed esecuzione dei test) pur effettuati secondo programmi definiti dal MC in accordo con il datore di lavoro e modalità a tutti note attraverso il documento a cui sopra si accennava. Anche il giudizio di idoneità alla mansione deve essere espresso per la specifica finalità, indipendentemente dal giudizio di idoneità alla mansione specifica formulato in relazione agli altri rischi valutati.

In linea di principio, la SS deve comprendere ed articolarsi secondo tre direttive: valutazione di notizie fornite dall'azienda, visita medica, esecuzione di test tossicologico di primo livello.

1) Raccolta e valutazione di notizie fornite dall'azienda

E' opportuno che l'azienda fornisca, in concomitanza all'effettuazione del controllo, un rapporto che contenga informazioni ad esempio su infortuni lavorativi, incidenti, assenze dal lavoro, segnalazioni, anomalie di comportamento, richiami o provvedimenti disciplinari relativi a ciascun lavoratore.

Tali informazioni possono rivelarsi utili per cogliere i segnali di possibili comportamenti a rischio e consentire interventi tempestivi nel tentativo di prevenire situazioni di più difficile soluzione. Certamente vanno acquisite, come richiede anche la normativa specifica, "in modo tale da garantire la privacy, il rispetto e la dignità della persona... e non devono in alcun modo rappresentare strumenti persecutori lesivi della libertà individuale o tesi ad allontanare arbitrariamente la persona dalla sua attività lavorativa". Questa attenzione dovrebbe però far parte naturalmente della professionalità del MC ed essere fondamento del rapporto fiduciale tra medico e lavoratore, garantito, come sopra evidenziato, dalla posizione di terzietà che deve essere assicurata al MC.

Queste informazioni potranno quindi essere approfondite durante il colloquio che il medico ha con il lavoratore nel corso della visita medica.

2) Visita medica

Comprende il colloquio anamnestico e la valutazione clinica.

Sono molteplici i fattori che influenzano l'accurata identificazione, valutazione e diagnosi dei disturbi da uso di sostanze nei lavoratori che giungono all'osservazione del medico competente: ambiente clinico, stile con cui viene condotta la raccolta anamnestica, atteggiamento del medico, caratteristiche del paziente, presenza di altri disturbi clinici di rilievo e stadio di uso o abuso della sostanza (15).

Preliminare è la raccolta di consenso informato generale (che deve essere già predisposto e conosciuto) che autorizzi il MC a raccogliere e valutare tutte le notizie da lui ritenute utili allo scopo, anche attraverso l'acquisizione di informazioni, dati e documentazione sanitaria da strutture o specialisti esterni (medico curante, specialisti ambulatoriali, ospedali, SERT, ecc.).

Per quanto concerne il contesto in cui viene raccolta l'anamnesi del soggetto è fondamentale un'ambientazione che garantisca riservatezza al paziente e consenta di usufruire di tempi adeguati sia per porre le domande che per valutare le risposte. Appare poi cruciale che la condizione in cui viene raccolta l'anamnesi consenta di assicurare il lavoratore circa la natura confidenziale delle informazioni raccolte. In quest'ottica risulta fondamentale che il MC informi adeguatamente il lavoratore su caratteristiche e modalità di trattamento dei dati sensibili in quanto tale strategia può costituire un elemento determinante nella volontà del lavoratore a fornire un racconto significativo della sua storia.

Anche atteggiamento e modalità con cui il MC conduce l'intervista sono elemento cruciale nelle fasi iniziali dell'iter diagnostico. I lavoratori affetti da disturbi da uso di sostanze spesso attuano specifiche strategie difensive quali negazione, minimizzazione, razionalizzazione, proiezione ed esteriorizzazione. In considerazione di ciò il tempo che viene dedicato alla raccolta anamnestica, ad esempio in-

terrogando il paziente anche su aspetti della propria vita che potrebbero essere considerati meno "minacciosi" (per es. sul tempo libero, sulla propria famiglia o sulle proprie relazioni), appare elemento determinante per ottenere informazioni attendibili. Questo favorisce un rapporto più confidenziale tra medico e lavoratore che può essere ulteriormente valorizzato attraverso la proposizione di domande in maniera semplice e diretta, mantenendo un atteggiamento che non esprima o sottintenda l'espressione di un giudizio morale su quanto riferito, per stabilire quel clima fiduciale che è condizione necessaria per un corretto rapporto professionale.

Il colloquio anamnestico è finalizzato innanzitutto a raccogliere notizie utili a mettere in luce la possibile esistenza di situazioni in grado di costituire condizioni di maggior rischio di assunzione di sostanze psicotrope, che andranno valutate integrandole con le conoscenze relative ai rischi che la stessa mansione può presentare in questo senso e che il MC già possiede quali, ad esempio, grado di responsabilità e supervisione, organizzazione del lavoro, orari di lavoro e turni, monotonia, ripetitività, fatica fisica, inquinanti chimici e fisici.

Occorre cioè cercare di cogliere, con un'anamnesi mirata, il contesto familiare e socio economico della persona, la concezione ed il comportamento che ha rispetto al proprio lavoro ed il livello di gratificazione che ne deriva, il grado di integrazione con i propri superiori e colleghi di lavoro, le aspettative che ha per il proprio futuro lavorativo, la consapevolezza dei rischi che il proprio lavoro può comportare per la propria sicurezza e salute e per quella di terze persone. In secondo luogo è necessario cercare di mettere in luce l'eventuale esistenza di condizioni personali di maggior suscettibilità o sinergismo con i possibili effetti dell'assunzione di SPS, che andranno valutati in relazione anche al grado di performance richiesto dalla specifica mansione. Si dovranno ad esempio ricercare eventuali condizioni di malattia, sia organica sia psichica, preesistenti; valutare abitudini voluttuarie quali tabagismo, assunzione di alcol, caffè e farmaci, effettuazione di attività fisica sportiva, eventuali modelli comportamentali. Tra gli strumenti operativi utili si può citare il questionario ASI, composto da 142 *items*, molto utilizzato nei centri di valutazione e di

assistenza delle tossicodipendenze (27), che pone attenzione su 7 aree funzionali, generalmente compromesse nei soggetti tossicodipendenti, con una valutazione di gravità da 1 a 10, esplorata per frequenza e durata:

- 1=uso di droghe
- 2=abuso di alcool
- 3=patologie individuali
- 4=livelli e capacità relazionali
- 5=problemi con la giustizia
- 6=contesto familiare
- 7=problematiche psicologiche individuali.

Dovrà poi essere valutata l'esistenza di disturbi direttamente correlabili all'assunzione di sostanze psicotrope quali cobormidità psichiche o organiche, disturbi alimentari, disturbi nelle performance cognitive e nelle reazioni sensitivo-motorie, alterazioni del ritmo sonno-veglia, disturbi del tono dell'umore, difficoltà nelle relazioni sociali.

Infine si dovrà chiedere di dichiarare l'eventuale uso di SPS, cercando di definirne, nel caso, le modalità: quali sostanze; nel passato o attualmente; occasionale, saltuario o continuo; comparsa del fenomeno della tolleranza, astinenza, craving; esperienza di conseguenze negative fisiche, psichiche, socio familiari; tentativi di interruzione.

Esistono specifiche e brevi scale messe a punto per identificare e valutare le problematiche legate all'assunzione di sostanze psicotrope (cannabis, cocaina, amfetamine, benzodiazepine) e proposte per un uso diffuso nella popolazione (1, 3, 16, 23, 33). Ne sono state anche valutate le proprietà psicometriche, concludendo che il loro utilizzo può essere efficace in termini di facilità di applicazione e contenimento dei costi rispetto a strumenti di indagine più complessi; si ritiene però necessario un ulteriore approfondimento per valutarne l'efficacia in popolazioni diverse da quelle in cui sono state testate e rispetto a problematiche differenti dalla condizione di dipendenza (35).

Appare infine importante riservare del tempo, alla fine della raccolta anamnestica, per riassumere al lavoratore ciò che il medico ha raccolto dalla storia del lavoratore stesso, per consentire a quest'ultimo di comprendere la valutazione d'insieme che il medico propone della situazione raccolta attraverso la sua intervista.

L'esame obiettivo è finalizzato a ricercare innanzitutto la presenza di eventuali segni indicativi di uso abituale di sostanze attraverso specifiche vie di assunzione (nasale, endovenosa). In secondo luogo va valutata l'esistenza di alterazioni indicative di intossicazione e/o astinenza a carico dei diversi organi ed apparati (SNC, cardiovascolare, digerente, apparato respiratorio etc.), che sono naturalmente variabili in rapporto al tipo sostanza utilizzata ed alle modalità di assunzione.

Probabilmente più immediatamente utile risulta valutare l'esistenza di semplici alterazioni a carico dello stato generale (dimagramento, in genere), occhi (arrossati, lucidi), bocca (movimenti alterati, sorriso ebete), eloquio (assente, alterato), indicative di verosimile assunzione di sostanze psicotrope non occasionale.

Nella valutazione clinica riveste notevole importanza l'analisi dello stato psichico in quanto è stato riscontrato che circa il 50% dei tossicodipendenti presenta comorbidità psichiatrica: schizofrenia (amfetamine, allucinogeni, cocaina), depressione (oppioidi), disturbi d'ansia, personalità antisociale.

Può essere utile inoltre associare l'esecuzione di esami di laboratorio, mirati in relazione al tipo di sostanza utilizzata ed alla modalità di assunzione (emocromo con formula, test epatici o renali, marcatori virali), per evidenziare effetti direttamente correlati all'abuso o condizioni di maggior suscettibilità.

È infine auspicabile che il MC, in presenza di indicazioni specifiche, si avvalga di consulenze specialistiche (neuropsicologica, psichiatrica, infettivologica, internistica), anche in aggiunta alla consulenza obbligatoriamente prevista dei Servizi per le Tossicodipendenze, al fine di garantire nel tempo una gestione efficace e competente della problematica.

3) Esecuzione di test tossicologico di primo livello

È l'accertamento su cui si sta concentrando, purtroppo in modo prevalente, l'attenzione degli operatori coinvolti. Certamente le precise indicazioni formulate per la sua esecuzione richiedono molta attenzione ed hanno, forse proprio per questo, suscitato preoccupazione. Senza nulla togliere all'importanza di tale indicatore, vogliamo però ribadire

che il MC deve vedere in esso solo uno degli strumenti necessari per la SS mirata alla prevenzione della assunzione di SPS. Quindi, se è plausibile ritenere questo strumento un possibile deterrente all'uso di droghe, sia frequente sia occasionale, non è altrettanto giustificato attribuire ad esso un significato esclusivo o prevalente ai fini della prevenzione.

Sono ben definite le modalità con cui effettuare il test e valutarne i risultati, nonché le decisioni conseguenti da adottare. Deve essere però ben chiaro al MC che le sostanze da testare indicate dalla normativa sono solo alcune delle molte possibili, ancorché quelle d'uso più frequente. La possibilità di mettere in evidenza con test urinari la pregressa assunzione di una sostanza stupefacente inoltre è condizionata da limiti temporali e fenomeni di interferenza, come mostrato nella tabella 2, che riporta a titolo orientativo (e non certo esaustivo) alcune informazioni al riguardo.

Questa osservazione è di estrema rilevanza per considerare in modo adeguato la possibile presenza di risultati falsi positivi o, al contrario, falsi negativi, che andranno quindi interpretati alla luce dei risultati dei test di conferma ma anche degli elementi clinico-anamnestici. Se si tiene conto di come la tipologia dell'offerta di sostanze stupefacenti muta continuamente ed in tempi relativamente brevi, proprio per cercare di evitare meccanismi di controllo quali i test urinari, appare chiaro come il dato clinico-anamnestico costituisca uno strumento non solo prezioso ma essenziale per un'azione di prevenzione che voglia avere un qualche grado di efficacia.

In questo contesto vanno inquadrare anche le diverse tipologie di test previste dalla normativa (test di screening pre-affidamento alla mansione a rischio e periodico, test per ragionevole dubbio, dopo incidente, di follow up per monitoraggio cautelativo, al rientro al lavoro nella mansione a rischio dopo sospensione per inidoneità) che devono conservare il loro valore di importante elemento integrativo, ma non esauriente, per la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione a rischio al quale il MC deve arrivare solo dopo aver considerato tutti gli elementi in suo possesso.

Tutte le informazioni raccolte (dati forniti dall'azienda, informazioni derivate dalla visita medica, risultati dei test) dovranno essere riportate nella

Tabella 2 - Interferenze possibili e limiti temporali nella determinazione di sostanze stupefacenti nelle urine

Table 2 - Possible interferences and time limits in urine drug testing

Sostanza	Possibili interferenze con metodica immunochimica	Limite temporale, dall'ultima assunzione, per la dosabilità urinaria
Eroina Oppiacei	Codeina Diidrocodeina Rifampicina Ofloxacina Prodotti da forno con semi di papavero Pirilamina Amitriptilina Meperidina Clorochina	2-4 giorni
Metadone	Clorpromazina Acetaminofene Efedrina	14 giorni
Buprenorfina		2-5 giorni
Cocaina	Ampicillina Amoxicillina	2-5 giorni assunzione singola; 10-12 giorni assunzione cronica
Amfetamina Metamfetamina Ecstasy	Clorpromazina Fenfluoramina Prometazina Fenilpropanolamina Efedrina Pseudoefedrina Fluspirilene Clorochina	2-4 giorni
Cannabinoidi	Ampicillina Amitriptilina Eritromicina Ibuprofene Naprossene Melanina	1-5 giorni assunzione singola; 40 giorni assunzione cronica
Allucinogeni	Clonazepam Metoprololo	3-5 giorni

documentazione sanitaria personale (cartella sanitaria e di rischio) in una sezione specifica.

In questo modo sarà possibile per il MC formulare giudizi di idoneità veramente specifici, vale a dire rapportati realmente sia alle condizioni della persona sia alle caratteristiche della mansione a rischio, che consentano quindi di evitare discrimina-

zioni e nello stesso tempo problematiche gestionali. Va poi sottolineato che tale giudizio sarà formulato in modo disgiunto rispetto al giudizio di idoneità previsto per gli altri rischi.

Dato per scontato che le condizioni di sicurezza siano garantite nell'ambiente di lavoro, è poi importante che il MC, alla luce delle considerazioni

finora fatte e con la collaborazione eventuale dei SERT, sia in grado di differenziare il soggetto consumatore saltuario o occasionale di sostanze dal consumatore abituale o dipendente. Solo così sarà possibile graduare il tipo di intervento preventivo o riabilitativo che costituisce l'obiettivo successivo del MC. In questo caso il MC potrà essere parte attiva con attività di counselling, soprattutto per i soggetti consumatori occasionali, prevedendo eventualmente anche differenti periodicità dei controlli sulla base di decisioni prese in scienza e coscienza su base personale. L'accordo del settembre 2008 prevede accertamenti di norma con frequenza annuale. Tale periodicità può sembrare eccessiva se si considerano le caratteristiche di molti ambienti di lavoro e dei compiti lavorativi (ad esempio carrellisti) che in essi vengono svolti, oppure il numero di soggetti potenzialmente interessati al provvedimento. A nostro parere sulla base di tutti gli elementi sopra riportati (valutazione del rischio, informazione/formazione, SS, politica e procedure aziendali) e comunque dopo il primo accertamento il MC, in scienza e coscienza, può serenamente proporre periodicità anche bi- o triennali o comunque differenti, avendo dimostrato di aver messo in campo tutti i possibili provvedimenti di valutazione, monitoraggio e promozione della salute e della sicurezza, correlati al tema tossicodipendenza.

Si otterrebbero così anche un contenimento della medicalizzazione, una limitazione dei costi, una semplificazione delle problematiche organizzative senza perdere l'efficacia della SS, tenuto anche conto che sono sempre possibili, non solo in scienza e coscienza ma anche previsti dalla normativa, accertamenti di carattere straordinario in qualsiasi momento.

Viene così ricondotto il problema al suo contesto più proprio, che è quello della prevenzione e della promozione della salute, e sarebbe a nostro parere superato il rischio per il MC di rivalse in sede civile e penale.

CONCLUSIONI

La normativa di recente approvazione certamente implica per il MC un maggior impegno ed un

aumento di responsabilità, ma offre comunque anche un'interessante opportunità per poter esercitare sempre più compiutamente la propria funzione. È necessario però che il MC non si faccia condizionare dall'aspetto burocratico-amministrativo, riducendo solo ad esso la propria azione. Deve invece sviluppare il proprio ruolo tecnico-scientifico, di consulenza globale per l'azienda e di stimolo per la promozione della salute, nonché la capacità di assumersi responsabilità e affrontare temi di alto rilievo etico e sociale, che sono comunque propri della sua professionalità, a vantaggio delle persone che lavorano, delle imprese e della società tutta.

È infine auspicabile, anzi necessario, che anche in Italia si conducano studi sistematici che consentano di acquisire dati di carattere tecnico-scientifico utili per valutare su larga scala l'efficacia dei provvedimenti legislativi e delle attività sanitarie conseguenti.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. ADAMSON SJ, SELLMAN JD: A prototype screening instrument for cannabis use disorder: the Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) in an alcohol-dependent clinical sample. *Drug Alcohol Rev* 2003, 22: 309-315
2. ALCOLISMI E COMUNITÀ: Uso di sostanze psicoattive nel mondo del lavoro. <http://www.alcolismi.it>
3. BECK F, LEGLEYE S: Measuring cannabis-related problems and dependence at the population level. In European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (eds): *A cannabis reader: global issues and local experiences*. Lisbon: EMCDDA, 2008: Monograph series 8, Volume 2: 31-57
4. BERNSTEIN M, MAHONEY J: Management perspectives on alcoholism. The employer's stake in alcoholism treatment. *Occup Med* 1989; 4: 223-232
5. CARPENTER CS: Workplace drug testing and worker drug use. *Health Serv Res* 2007; 42: 795-810
6. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Provvedimento 18 settembre 2008 - Accordo, ai sensi dell'articolo 8, comma 2 dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza, perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007

- (Rep. Atti n. 99/CU), sul documento recante «Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi». (Rep. Atti n. 178/CSR). GU n. 236 del 8.10.2008
7. COOK R, SCHEGLER W: Prevention of substance abuse in the workplace: review of research on the delivery of Services. *J Primary Prevent* 2002; 23: 115-133
 8. Decreto Legislativo 26 Marzo 2001, n.151: "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'art. 15 della legge 8 Marzo 2000, n. 53." GU n. 96 SO del 26 Aprile 2001
 9. Decreto Legislativo 9 Aprile 2008, n.81: "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 Agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro". Suppl. GU n. 101 del 30 Aprile 2008
 10. DUPONT RL, GRIFFIN DW, SISKIN BR, et al: The probability of identifying frequent and infrequent users of illicit drugs. *J Addict Dis* 1995; 14: 1-17
 11. EUROPEAN MONITORING CENTRE FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA): 2008 Annual report: the state of drugs problem in Europe <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>
 12. FERRARIO MM: Aspetti valutativi e gestionali del lavoratore con dipendenza da sostanze stupefacenti, *G Ital Med Lav Erg* 2008; 30: 3 (suppl 1): 67-72
 13. FOSTER WH, VAUGHAN RD: Absenteeism and business costs: does substance abuse matter? *J Subst Abuse Treat* 2005; 28: 27-33
 14. FRENCH M, ROEBUCK M, KÉBREAU ALEXANDRE P: To test or not to test: do workplace drug testing programs discourage employee drug use? *Soc Sci Res* 2004; 33: 45-63
 15. GALANTER M, KLEBER DH: *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Milano; Masson, 2006
 16. GOSSOP M, DARKE S, GRIFFITHS P, et al: The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. *Addiction* 1995; 90: 607-614
 17. HOFFMANN J, LARISON C: Worker drug use and workplace drug-testing programs: results from the 1994 National Household Survey on drug abuse. *Contemp Drug Probl* 1999; 26: 331-354
 18. Indagine di popolazione sul consumo di sostanze psicotrope nella Città di Milano. Survey 2007. Dipartimento delle Dipendenze ASL Città di Milano. A cura di Mollica R. Milano, giugno 2008
 19. International Labour Organization (ILO): *Alcohol and drug problems at work: The shift to prevention*. Geneva: ILO, 2003
 20. International Labour Organization (ILO) - Programme on Safety and Health at Work and the Environment (SafeWork) <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/drug/index.htm>
 21. ISPEL Dipartimento di Medicina del Lavoro – Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro: *Stress e Mobbing: guida per il medico* – Area Pubblicazioni, 2007
 22. LABAT L, FONTAINE B, DELZENNE C, et al: Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord-Pas-de-Calais region (France). *Forensic Sci Int* 2008; 174: 90-94
 23. LEGLEYE S, KARILA L, BECK F, REYNAUD M: Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use* 2007; 12: 233-242
 24. LEVINE MR, RENNIE WP: Pre-employment urine drug testing of hospital employees: future questions and review of current literature *Occup Environ Med* 2004; 61: 318-324
 25. MAGNAVITA N, BERGAMASCHI A, CHIAROTTI M, et coll: Lavoratori con problemi di alcol e dipendenze. Documento di Consenso del gruppo La.R.A. (Lavoratori Rischiosi per gli Altri). *Med Lav* 2008; 99 (suppl 2): 3-58
 26. MARIOTTI O: Droghe e lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2004; 26: 1-21
 27. MCLELLAN T, CACCIOLA JC, ALTERMAN AI, et al: The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *Am J Addict* 2006; 15: 113-24
 28. MILLER TR, ZALOSHNIJA E, SPICER RS: Effectiveness and benefits-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accid Anal Prev* 2007; 39: 565-573
 29. MERIRINNE E, MYKKÄNEN S, LILLSUNDE P, et al: Workplace drug testing in a military organization: results and experiences from the testing program in the Finnish Defence Forces. *Forensic Sci Int* 2007; 170: 171-174
 30. MERRICK ES, VOLPE-VARTANIAN J, HORGAN CM, MCCANN B: Alcohol & drug abuse: Revisiting employee assistance programs and substance use problems in the workplace: key issues and a research agenda. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 1262-4
 31. NIOSH *Guide to evaluating the effectiveness of strategies for preventing work injuries*. DHHS-NIOSH Publication n. 2001-119 April 2001 www.cdc.gov/niosh
 32. NOLAN S: Drug-free workplace programmes: New Zealand perspective. *Forensic Sci Int* 2008; 174: 125-132
 33. OKULICZ-KOZARYN K: Ocena psychometrycznych właściwości testu "Problemowe używanie marihuany"

- (PUM) dla dorastajacych. [Psychometric properties of the Problematic Marijuana Use (PUM) test for Adolescents]. *Postepy Psychiatrii i Neurologii* 2007, 16: 105-111
34. PAVARIN RM: La mortalità dei tossicodipendenti nella città di Bologna e i suoi determinanti. Risultati di uno studio longitudinale. *Epidemiol Prev* 2008; 32: 99-107
35. PIONTEK D, KRAUS L, KLEMPOVA D: Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008; 3: 25
36. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) *Worker Drug Use and Workplace Policies and Programs: Results from the 1994 and 1997 NHSDA*. 1999, Office of Applied Studies Analytic Series Paper A-11
37. United Nation Office on Drugs and Crime, Vienna International Centre <http://www.unodc.org>
38. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) - Federal Drug-Free Workplace Programs http://workplace.samhsa.gov/FedPgms/Fed_DFWP.aspx
39. TSANACLIS L, WICKS JFC: Patterns in drug use in the United Kingdom as revealed through analysis of hair in a large population sample. *Forensic Sci Int* 2007; 170: 121-128
40. WALSH JM: New technology and new initiatives in U.S. workplace testing. *Forensic Sci Int* 2008; 174: 120-124
41. VAN DER MOLEN H, LETHOLA MM, LAPPALAINEN J, et al: Interventions for preventing injuries in the construction industry. *Cochrane Data Base of systematic reviews*, 2007; 4 Art. N. CD 006251, DOI: 10.1002/14651858. CD 006251. pub 2
42. VERSTRAETE AG, PIERCE A: Workplace drug testing in Europe. *Forensic Sci Int* 2001; 121: 2-6
43. WICKIZER TM, KOPJAR B, FRANKLIN G, JOESCH J: Do drug-free workplace programs prevent occupational injuries? Evidence from Washington State. *Health Services Research* 2004; 39: 91-110