

**INTEGRAZIONI LEGISLATIVE E PROCEDURALI IN MATERIA DI ABUSO
DI SOSTANZE STUPEFACENTI E ALCOL IN AMBITO LAVORATIVO**

V. Crespi¹, A. Borsani², G. Veronesi², U. Andreotta¹, C. Castano³, M.M. Ferrario^{1,2}

Aggiornamenti in tema di abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope

¹ UO Medicina del Lavoro e Preventiva, Ospedale di Circolo-Fondazione Macchi, Varese

² Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi dell'Insubria

³ Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi dell'Insubria, Varese

RIASSUNTO. Presentiamo i dati di un laboratorio di tossicologia a due anni dal protocollo di intesa Stato-Regioni del 2008. I campioni di urina per lo screening di primo livello sono stati raccolti presso il laboratorio o in azienda; informazioni demografiche, lavorative e sull'utilizzo di sostanze stupefacenti sono state contestualmente collezionate tramite questionario auto-somministrato. Procedure e sostanze ricercate sono quelle stabilite dalla normativa.

In due anni, n=2745 lavoratori (età 40.5±9.5, 98% uomini, 43% addetti a macchine di movimentazione merci) sono stati screenati, per un totale di 3002 campioni. Dei campioni con creatinina >=20 mg/dl (n=2878), 46 sono risultati positivi (1.6%), senza variazioni temporali significative. Cannabinoidi e cocaina le due sostanze più diffuse. La positività è risultata associata con la giovane età e la presenza di un altro campione positivo nella stessa azienda. I risultati delle analisi di secondo livello (urine e capelli) su 146 soggetti inviati dal SERT Varese sono presentate nel testo.

ABSTRACT. DRUG USE AMONG WORKERS: AN UPDATE. We present data coming from two years of surveillance of drug use among workers, as provided for by the recent law. Urine samples have been collected either by our lab or by the firm; procedures and investigated substances followed the law. Self-reported information on job duties and history of drug use have also been collected.

Between September 2008 and April 2010, n=2745 workers (age 40.5±9.5, 98% men, 43% handling workers) were screened, for a total number of 3002 urine samples. Among the samples with creatinine >=20 mg/dl (n=2878), 46 were positive (1.6%); no temporal trends were detected. Cannabis e cocaine were the two most spread substances. Positivity was associated with young age and presence of another positive sample in the same firm. Furthermore, we present the results of the analysis (urine and hair samples) on 146 suspected drug abuser selected by the SERT Varese in the same time period.

Key words: workplace, drugs, surveillance.

Introduzione

A due anni dall'entrata in vigore delle "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, applicative del provvedimento dell'ottobre 2007", nell'interesse della sicurezza del singolo e della collettività, e, ad un anno da una prima valutazione dei risultati, viene riportata l'esperienza del Laboratorio di Tossicologia dell'UO Medicina del Lavoro e Preventiva dell'Azienda Ospedaliera di Varese. Il laboratorio, accreditato dalla Regione Lombardia all'esecuzione delle analisi per la ricerca delle sostanze d'abuso sia su matrice urinaria che cheratinica, esegue indagini sia di primo che di secondo livello, queste ultime richieste dai Servizi Tossicodipendenza della nostra provincia. Per la peculiarità della nostra struttura quindi, in questo studio verranno anche esaminati e interpretati i risultati delle analisi effettuate sui lavoratori risultati positivi alle indagini di primo livello e segnalati dal Medico Competente ai Servizi Tossicodipendenza per una valutazione dello stato o meno di dipendenza del lavoratore dalla/e sostanze stupefacenti a cui era risultato positivo alle prime indagini.

Materiali e metodi

I campioni di urina sono stati raccolti o presso il laboratorio o in azienda e sottoposti alle analisi di primo livello secondo le procedure previste dal provvedimento dell'ottobre 2007.

I test di screening sono stati eseguiti con metodo immunoenzimatico EMIT II Plus in analizzatore automatico, mentre per le analisi di conferma, dei test risultati positivi, è stata utilizzata la metodica gascromatografica accoppiata alla spettrometria di massa (GC/MS). Ai lavoratori al momento dell'accettazione e identificazione tramite documento di riconoscimento, sono state chieste informazioni demografiche (sesso, data e luogo di nascita, residenza), relative all'attività lavorativa (attività dell'azienda, mansione svolta), e relative all'utilizzo pregresso di stupefacenti e farmaci. La classificazione della mansione segue la

nomenclatura prevista dalla normativa, mentre l'attività economica dell'azienda è codificata secondo l'ATECO 2007. Conformemente alle procedure nazionali e regionali, la raccolta del campione è avvenuta alla presenza di un operatore, e a garanzia del lavoratore sono state attuate: catena di custodia per eventuale revisione d'analisi, suddivisione del campione alla presenza del lavoratore in tre aliquote, compilazione verbale di prelievo con consegna della copia al lavoratore. Sono stati ricercati Oppiacei, Cocaina, Cannabinoidi, Amfetamine, Ecstasy, Metadone e Buprenorfina. Le analisi di secondo livello, eseguite sui lavoratori inviati dal Medico Competente dell'Azienda ai Servizi Tossicodipendenza della A.S.L., e da questi al nostro Laboratorio per valutare se la positività riscontrata nel primo livello derivasse da utilizzo occasionale o ripetuto di stupefacenti, sono state fatte sia su matrice urinaria che chertanica.

L'analisi dei capelli prevede una prima fase di estrazione e successivo dosaggio immunoenzimatico, seguita da analisi di conferma in GC/MS per i test risultati positivi.

L'associazione tra positività allo screening ed alcune variabili di interesse è stata stimata tramite regressione logistica univariata e multivariata; si riportano gli odds ratio ed i relativi intervalli di confidenza al 95% (IC95%). L'analisi è stata effettuata utilizzando il software SAS versione 9.1.3 (SAS Inc, Cary, North Carolina, US).

Risultati

Tra il 01/09/2008 ed il 30/04/2010, i soggetti sottoposti ad almeno uno *screening* presso il nostro laboratorio sono stati 2745, per un totale di 3002 campioni di urina analizzati. In tabella I è presentata la distribuzione dei soggetti, per positività al primo campione e risultati di screening

successivi. Complessivamente 244 soggetti (8.9%) hanno avuto più di un controllo, per un massimo di 6; tra i 40 soggetti positivi al primo campione, la percentuale sale al 10%. N=98 soggetti non hanno fornito alcun campione con creatinina superiore a 20 mg/dl, e sono stati esclusi. I campioni di urina con livello di creatinina non accettabile sono stati nel complesso 124 (4.1%).

Le caratteristiche del campione al momento del primo *screening* sono: età media 40.5±9.5 (range: 14-74), 98% maschi, 91% residenti in Lombardia (68% in Provincia di Varese), 43% addetti a movimentazione merci e carichi e 36% autisti di veicoli stradali (patente C-D-E). Il 4.6% ha dichiarato un utilizzo di sostanze stupefacenti nell'anno precedente all'analisi. Visto l'esiguo numero di donne e l'assenza di positività, l'analisi è stata ristretta ai soli soggetti di sesso maschile.

Le positività riscontrate sono state 46 (1.6% dei campioni con creatinina >20 mg/dl), di cui 3 per più di una sostanza, senza variazioni temporali significative tra il primo ed il secondo anno di attività (p-value: 0.4). Le tre sostanze più diffuse sono state: cannabinoidi (50% delle positività), cocaina (24%) e la classe degli oppiacei (13%). La concordanza tra consumo *self-reported* nell'ultimo mese (accertato al momento dello screening) ed il risultato del test è risultata molto bassa (tabella II). Tra coloro che hanno ammesso il consumo, solo uno su tre risulta positivo al test (32.6%); la percentuale scende al 18% se consideriamo i campioni raccolti presso l'azienda. Viceversa tra i soggetti che dichiarano di non aver consumato droghe nell'ultimo mese, l'1.2% risulta positivo al test.

Tra i fattori che risultano associati alla probabilità che il test sia positivo vi sono (tabella III): l'età (OR: 0.94, IC95% 0.91-0.97), la presenza di un altro campione positivo nella stessa azienda (OR: 2.8, IC95% 1.6-5.0) e la prevalenza di campioni con creatinina <20 mg/dl nella

Tabella I. Soggetti screenati, per positività al primo screening e risultati di screening successivi al primo (n=2745)

Screening successivo al primo	Primo screening					
	Creatinina <20 mg/dl		Positivo		Negativo	
	N	%	N	%	N	%
Non eseguito	94	81.0	36	90.0	2371	91.6
Positivo o Creatinina <20 mg/dl	6	5.2	2	5.0	4	0.2
Negativo	16	13.8	2	5.0	214	8.3
Totale Soggetti	116	100.0	40	100.0	2589	100.0

Tabella II. Concordanza tra consumo di droga self-reported accertato al momento della raccolta del campione e risultato del test di screening. Uomini, 15-64 anni

Consumo ultimo Mese*	Test di Screening				Totale
	Positivo		Negativo		
	N	%	N	%	
Si	14	32.6	29	67.4	43
No	32	1.2	2750	98.8	2782
Totale	46	-	2779	-	2825

*: self-reported al momento del prelievo

#: percentuale di riga

Tabella III. Analisi dei fattori potenzialmente associati con la probabilità che il test di screening risulti positivo. Uomini, 15-64 anni (N=2744)

	Analisi Univariata		Analisi Multivariata*	
	OR	IC 95%	OR	IC 95%
Età	0.94	0.91-0.97	0.94	0.91-0.97
Presenza di un altro test positivo nella stessa azienda				
No	Ref	–	Ref	–
Si	2.8	1.55-5.07	2.7	1.4-5.1
% Campioni con creatinina <20 mg/dl				
<=5%	Ref	–	Ref	–
>5%	2.3	1.2-4.2	1.6	0.8-3.0
Luogo del prelievo				
Azienda	Ref	–	–	–
Laboratorio	1.2	0.6-2.2	–	–

OR = Odds Ratio; IC 95% = Intervallo di confidenza al 95%; ref = reference

N = 81 record con azienda non specificata sono stati esclusi (1 positività)

*: comprende solo i fattori risultati associati con l'outcome di interesse nel modello univariato (età, test positivo, % campioni creatinina <20 mg/dl)

stessa azienda del lavoratore (OR: 2.2, IC95% 1.2-4.1 per prevalenza >5% vs <=5%). Il luogo di raccolta del campione, presso l'azienda o il nostro laboratorio, non è risultato statisticamente significativo (p-value: 0.6). L'analisi multivariata ha sostanzialmente confermato i risultati, riducendo l'effetto della prevalenza di campioni con bassa creatinina.

Dei 146 soggetti, inviati per le analisi di secondo livello dai Servizi Tossicodipendenza su richiesta del Medico Competente, 34 (23.3%) sono risultati positivi sia alle urine che ai capelli e quindi considerati consumatori abituali. Di questi, 24 (70.5%) sono risultati positivi ai cannabinoidi. Tra i positivi ai cannabinoidi, nei capelli è stata riscontrata in 5 soggetti anche la presenza di cocaina e del suo metabolita benzoilecgonina.

Infine, dei N=40 (27.3%) soggetti con urine negative e capelli positivi o viceversa considerati come consumatori "occasionalmente", 24 (60%) erano positivi per cocaina ed il suo metabolita; tutte le positività sono state riscontrate nei capelli. I 15 soggetti risultati positivi ai cannabinoidi invece sono equamente suddivisi tra urine (8) e capelli (7).

Discussione

In linea con quanto riscontrato nell'analisi dei dati dell'anno precedente si sono confermate le basse percentuali di positività (1.6%) con prevalenza del consumo di cannabinoidi (50%), seguito dal consumo di cocaina (24%). La

prevalenza di positività ai cannabinoidi può essere giustificata dal fatto che i metaboliti dei cannabinoidi permangono a lungo in circolo per la loro affinità con le cellule lipofile da cui vengono rilasciati lentamente.

Significativa è l'alta percentuale di positività alla cocaina riscontrata nelle analisi di secondo livello eseguite sulla matrice cheratinica. Il dato potrebbe indicare un fenomeno sotterraneo che sfugge alle indagini di primo livello, e la diffusione dell'utilizzo della cocaina potrebbe essere sottostimata. Pertanto sarà necessario valutare se sia opportuno affiancare la matrice cheratinica in alternativa alle urine, e rivedere le procedure per trovare i punti deboli della catena.

Bibliografia

- 1) 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 applicative del provvedimento n. 99/cu 30 ottobre 2007.
- 2) Indicazioni operative in ordine all'applicazione delle procedure di accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi particolari per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. Giunta Regionale Lombardia - 22/01/09.
- 3) Crespi V, Borsani A, Veronesi G, Andreotta U, Ferrario MM. Accertamenti di assenza d'uso di sostanze stupefacenti in mansioni a rischio per terzi: risultati di un laboratorio autorizzato in Regione Lombardia. G Ital Med Lav Erg 2009; 31 (suppl 2): 245-247.

Richiesta estratti: Dott.ssa Valeria Crespi - UO Medicina del Lavoro e Preventiva, Ospedale di Circolo - Fondazione Macchi, Viale Borri 57, 21100 Varese, Italy - E-mail valeria.crespi@ospedale.varese.it

L. Bordini, L. Riboldi

Aggiornamenti in tema di abuso di alcol

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Dipartimento di Medicina Preventiva, Clinica del Lavoro "L. Devoto", Milano (MI)

RIASSUNTO. Il consumo problematico di alcol è elemento di grande interesse nell'ambito degli interventi preventivi rivolti a garantire lo svolgimento di qualsiasi lavoro in condizioni di sicurezza.

Per contrastare l'abuso acuto di sostanze alcoliche nei luoghi di lavoro la vigente normativa prevede i controlli alcolimetrici ed il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro. Ancora incompleta e di difficile applicazione invece appare la normativa (D.Lgs. 81/08) che introduce l'obbligo della sorveglianza sanitaria per i problemi di alcoldipendenza. Dal punto di vista clinico-diagnostico gli strumenti a disposizione del medico competente per l'identificazione delle situazioni di alcoldipendenza sono ben definiti anche grazie ad indicatori di laboratorio di recente introduzione caratterizzati da alta sensibilità e specificità (CDT) ed all'utilizzo di questionari. Nonostante ciò siamo in attesa di provvedimenti normativi che rivedano le condizioni e le modalità per l'effettuazione degli accertamenti nei luoghi di lavoro in modo da poter affrontare il problema dell'alcoldipendenza in modo più agile e con maggiori risvolti preventivi.

ABSTRACT. *UPGRADE ON ALCOHOL ABUSE. Problematic use of alcohol configures an element of interest in the context of preventive interventions aimed to ensuring the performance of any work in safety conditions. To contrast the acute alcohol abuse in the workplace the existing legislation provides alcoholimeters controls and prohibition of recruitment and administration of alcohol. Recent legislation (D.Lgs. 81/08) establishes health surveillance for alcohol dependence and appears still incomplete and difficult to apply. Clinical diagnostic tools available to the physician for alcohol dependence identification are well-defined and recently improved thanks to new laboratory markers with high sensitivity and specificity (CDT) and self-administered questionnaires. In this context we are awaiting for legislative action to specify conditions and procedures for inspections in the workplace in order to face the problem of alcohol dependence without excessive bureaucracy and with more attention to preventive aspects.*

Key words: alcohol, abuse, workplace.

Il consumo problematico di sostanze alcoliche si configura oggi come elemento di grande interesse nell'ambito degli interventi preventivi rivolti non più solo alla collettività ma anche, e soprattutto, alle popolazioni lavorative.

Secondo le "Linee guida per una sana alimentazione" dell'Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (INRAN), in accordo con le raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità, un "consumo moderato" può essere indicato entro il limite di 2-3 unità alcoliche (U.A.) al giorno per l'uomo e di 1-2 U.A. per la donna (da consumarsi durante i pasti). Nel 2009 le persone di 11 anni e più con almeno un comportamento a rischio (consumo giornaliero non moderato o binge drinking) sono stati in Italia 8 milioni e 454 mila (15,8%), di cui 6 milioni e 434 mila maschi (25%) e 2 milioni 20 mila femmine (7,3%). Il binge drinking riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne (1).

Anche la Relazione annuale del 2010 al Parlamento sull'uso delle sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia mette in luce come nel 2009 si registri rispetto al 2007, a fronte di una diminuzione del consumo di sostanze stupefacenti, un aumento del consumo di bevande alcoliche soprattutto con modalità rischiose (2).

Senza entrare nel merito delle motivazioni presentate dalla Relazione per interpretare questo fenomeno, occorre prendere atto di questa situazione anche in relazione alle possibili ricadute operative che può avere sulla tematica di nostro interesse. Sembrerebbe cioè confermata l'urgente necessità di mettere in atto interventi volti a prevenire tali comportamenti in lavoratori addetti a mansioni rischiose per sé e per terzi.

Come è noto la legislazione attualmente vigente al riguardo presenta aspetti in parte contraddittori o comunque che necessitano di ulteriori chiarimenti riguardo alle modalità secondo cui applicarli: la L. 125/01 e l'intesa Stato Regioni del 2006 prevedono esclusivamente il divieto di somministrazione ed assunzione di bevande alcoliche negli ambienti e durante gli orari di lavoro, indicando le modalità secondo cui effettuare i controlli del rispetto di tale prescrizione, in presenza di attività rischiose previste dalla ben nota lista (3-4).

Per contrastare l'abuso acuto di sostanze alcoliche nei luoghi di lavoro sono previsti da un lato il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro, condizione che di fatto consente di eli-

minare alla fonte il problema dell'abuso, dall'altro i controlli alcolimetrici su sangue o su aria espirata che, sebbene metodiche gravate da non trascurabili difficoltà operative, rappresentano strumenti in grado di monitorare il divieto in tutte le situazioni.

In questo contesto si ritiene comunque indispensabile un intervento informativo e formativo preliminare effettuato dal medico competente che illustri i rischi e le conseguenze del bere rischioso, le possibili ripercussioni "lavorative" (inidoneità alla mansione) e le possibilità offerte dalle strutture del territorio (per es. Servizi territoriali di Alcologia) per affrontare e risolvere il problema del soggetto.

Per tutte le situazioni in cui sembra più difficile verificare in altro modo l'applicazione del divieto (ad es. attività di trasporto, lavoratori fuori sede o "itineranti", lavoratori dei cantieri) il controllo alcolimetrico rimane l'unico accertamento possibile. In questo caso si potranno prevedere controlli a inizio turno o controlli eseguiti direttamente sul posto di lavoro, laddove individuabile (vedi per es. attività in cantieri mobili), ad opera del medico competente o, in alternativa (per es. in caso di realtà logisticamente distanti dalla sede "amministrativa"), dei "medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali" (3).

Nei casi in cui non fosse possibile definire una sede di lavoro (vedi per es. attività di trasporto specie se su lunghe percorrenze) i controlli potranno verosimilmente ricadere esclusivamente nell'ambito delle competenze attribuite alle Forze di Polizia addette al controllo della sicurezza stradale come previsto dall'art. 186, Comma 3, del Codice della Strada (5).

Limitatamente al caso dei lavoratori per i quali non sia identificabile una sede di lavoro (per es. settore trasporti) o abitualmente impegnati in attività distanti dalla sede (per es. cantieri), in occasione degli eventi informativi e formativi potrà essere opportuno prevedere da parte del medico competente l'esecuzione di test alcolimetrici "collettivi" con l'obiettivo di rafforzare il messaggio diretto a prevenire le condotte d'abuso acuto.

Allo stato attuale, invece, l'unico riferimento legislativo che prevede l'intervento del medico competente nella gestione dei problemi di alcol dipendenza nei luoghi di lavoro è rappresentato dall'art. 41, comma 4, del D.Lgs. 81/08, articolo che però si limita ad indicare come le visite mediche effettuate nell'ambito della sorveglianza sanitaria siano "altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza" (6).

Dal punto di vista clinico-diagnostico gli strumenti a disposizione del medico competente per la identificazione delle situazioni di alcoldipendenza sono ben definiti. Accanto, infatti, alle informazioni anamnestiche sul bere del soggetto ed alle evidenze oggettivabili in occasione della visita medica si dispone di consolidati strumenti nell'ambito della diagnostica di laboratorio: oltre agli indicatori più tradizionali quali AST, ALT, gammaGT e MCV vi sono, infatti, marker di più recente introduzione caratterizzati da più alta sensibilità e specificità come la transferina desialata (CDT) ed altri ancora in fase di sperimenta-

zione e/o validazione (ad esempio etilglucuronide ed etilsofato urinari). Per questi ultimi, tuttavia, non è ancora ipotizzabile un utilizzo routinario nell'ambito dell'attività di sorveglianza sanitaria. Gli indicatori sopraccitati utilizzati in associazione (e non in alternativa o singolarmente) consentono di raggiungere valori di sensibilità e di specificità tali da consentire di individuare in modo adeguato situazioni di possibile alcoldipendenza. Tali indicatori, stante i mediamente lunghi tempi di normalizzazione in caso di abolizione del consumo di alcolici, potranno essere normalmente utilizzati in occasione degli accertamenti previsti dall'art.41 del D.Lgs. 81/08. Non appare, invece, ad oggi giustificabile l'utilizzo di routine di indicatori quali colesterolo, trigliceridi, uricemia, azotemia, per la loro scarsa sensibilità e specificità.

Ad integrazione degli accertamenti ematochimici il medico competente potrà anche utilizzare specifici questionari, ampiamente diffusi nella pratica alcolologica, quali AUDIT (o la versione breve AUDIT-C), MAST, MALT, CAGE, questionari che rappresentano validi strumenti integrativi nell'iter clinico diagnostico. L'utilizzo di tali questionari non potrà in ogni caso sostituire, ma dovrà anzi integrare, una attenta raccolta dell'anamnesi fisiologica finalizzata ad individuare le caratteristiche del bere per tipologia (vino, birra, superalcolici), quantità (numero di unità alcoliche per assunzione), frequenza (consumo quotidiano o, in alternativa, in altro intervallo temporale ritenuto rilevante dal medico competente in relazione alla tipologia di turnazione) e modalità (bere "sociale", isolato).

Appare quindi evidente come gli accertamenti sanitari a disposizione del medico competente siano attualmente sufficientemente adeguati per individuare condotte di alcoldipendenza e si articolino attraverso la visita medica, la raccolta dell'anamnesi mirata al consumo di alcolici, l'eventuale individuazione di segni e/o sintomi tipici, l'utilizzo di accertamenti integrativi caratterizzati da più alti valori di sensibilità e specificità specie se utilizzati in associazione, il ricorso a questionari.

Nonostante quindi dal punto di vista clinico siano ampiamente consolidate le basi per la formulazione di una diagnosi di alcol dipendenza siamo in attesa di provvedimenti normativi che rivedano le condizioni e le modalità per l'effettuazione di tali accertamenti all'interno della specifica realtà dei luoghi di lavoro. In attesa di questa integrazione normativa, più d'una Amministrazione Regionale ha ritenuto necessario deliberare autonome linee esplicative e di indirizzo applicativo, che tra loro confrontate rivelano differenze anche non irrilevanti. Contemporaneamente sono state espresse alcune linee interpretative e proposte, sia dal punto di vista tecnico-professionale che dal punto di vista giuridico, tese ad orientare la prevista revisione della normativa oggi vigente, anch'esse con significative differenze tra di loro.

Tra le prese di posizione istituzionali ricordiamo particolarmente, in quanto frutto di molti anni di attenzione e lavoro e sostanzialmente rappresentative nel loro insieme del panorama generale, quelle di Regione Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Trento, Regione Veneto, Regione Emilia Romagna; tra le espressioni tecnico-pro-

fessionali e giuridiche quelle recentemente formulate al convegno "Alcol e lavoro. Analisi della situazione attuale e proposte per una normativa migliore" tenutosi a Firenze il 14 Giugno 2010 (7-11).

Sono numerosi i punti di discussione; quello più rilevante riguarda come interpretare l'indicazione ad effettuare la sorveglianza sanitaria (SS) degli addetti e quindi come eventualmente organizzarla,

Scopo del presente contributo non è l'analisi dettagliata delle differenti posizioni ma l'indicazione di alcuni criteri metodologici ritenuti rilevanti nella prospettiva di prevedere linee di intervento efficaci e realistiche e di alcune proposte operative al riguardo.

- 1) Il problema del consumo a rischio o dannoso di alcol (e tanto più dell'alcol dipendenza) è un problema importante e generale di prevenzione, per le documentate rilevanti ricadute sulla salute, e quindi di promozione di stili di vita salutari.
- 2) La correlazione tra consumo di sostanze psicotrope e aumentato rischio infortunistico è argomento ancora oggetto di valutazione in quanto anche le casistiche internazionali più recenti mostrano dati discordanti. Analoga considerazione deve essere fatta circa la reale efficacia dei programmi di screening attuati nei luoghi di lavoro dove non sempre il potere deterrente dettato da una rigida normativa appare rilevante (12).
- 3) Datori di lavoro (DL) e lavoratori (L) devono garantire, come prevede la legge, condizioni di lavoro sicuro per i lavoratori e per le terze persone nei casi in cui si effettuino attività particolarmente rischiose come individuate dalla legislazione stessa.
- 4) Per tale garanzia appaiono adeguate e sufficienti le due misure già indicate dal legislatore: A) il divieto di somministrare o assumere bevande alcoliche negli ambienti e nelle attività di lavoro in associazione alla possibilità di controllare, in ogni momento e situazione, il rispetto di tale normativa con l'esecuzione di test alcolimetrici volti a documentare l'assenza di condizioni di elevato tasso alcolico nei lavoratori addetti; B) la ricerca e l'esclusione da tali mansioni di lavoratori in condizioni di alcol dipendenza.
- 5) Ai fini della tutela della sicurezza dei lavoratori e dei terzi è necessario che DL, L e Medico Competente (MC) effettuino una valutazione circa la presenza di attività a rischio (tabellate o anche non tabellate), formalizzino tale valutazione nel Documento di valutazione dei rischi (DVR), nello stesso definiscano e dichiarino come viene attuato il rispetto del divieto di somministrazione ed assunzione di alcol ed organizzata l'attività di controllo da parte del MC, predispongano le condizioni per la realizzazione di tale attività di controllo che deve essere effettivamente applicata in modo randomizzato, documentandone i risultati in una percentuale predefinita dei lavoratori coinvolti in tali attività rischiose.
- 6) La verifica dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza è invece atto clinico di esclusiva pertinenza del MC, possibilmente coadiuvato da medici specialisti dei Servizi delle Dipendenze delle ASL. Questa funzione può essere svolta quindi dal MC nell'ambito di

una attività di SS, evidentemente programmata e protocollata ed ovviamente solo per i L già dipendenti, che non si discosta però da quanto normalmente effettuato dai MC. Non sono necessarie procedure rigide e predefinite (analogamente a quanto definito nel caso del controllo dell'assunzione di sostanze stupefacenti), anche in considerazione della verosimile bassissima prevalenza del fenomeno nelle popolazioni lavorative. Un'eccessiva enfasi data al problema strutturandone la modalità d'affronto in protocolli complessi, predefiniti e vincolati per legge rischia cioè di indurre complicazioni organizzative e generare costi, oltre che problematiche d'ordine etico, non giustificabili in termini di efficacia e di responsabilità sociale.

- 7) Appare senz'altro utile il suggerimento di un protocollo clinico di affronto del problema che prevede momenti successivi di approfondimento fondati su evidenze scientifiche e professionali, che deve rimanere però solo suggerimento tecnico e non procedura vincolante.
- 8) Azioni di prevenzione dell'alcol dipendenza come pure del bere rischioso o dannoso, connessi a specifici programmi di promozione secondo le indicazioni dell'European Alcohol Action Plan, per la diffusione di stili di vita più salutari sono certamente auspicabili e condivisibili. In quest'ottica le popolazioni lavorative ben si prestano all'attuazione di programmi di promozione della salute, peraltro previsti dalla legislazione specifica in materia (DL 81/08), che possono quindi determinare positive ricadute anche dal punto di vista sociale generale: tali programmi che se adottati saranno parte integrante del Piano di Sorveglianza Sanitaria e del Piano di informazione e Formazione Aziendale e condivisi con DL e L, non potranno però essere imposti ai Datori di lavoro (DL) ed ai lavoratori (L), per ovvie ragioni d'ordine etico, organizzativo ed economico. È auspicabile che questi interventi possano essere considerati da INAIL tra le attività di prevenzione che permettano una riduzione del premio. Agli organi di vigilanza spetta l'onere di valutare caso per caso il rispetto dei criteri di riservatezza, di rispetto della libertà individuale, della fattibilità e gli effetti sulla prevenzione della salute e degli infortuni.
- 9) Altro problema è l'identificazione di situazioni di consumo a rischio o dannoso ai fini previsti dalla legge 125 e dal DL 81: queste condizioni non costituiscono di per sé situazioni di incompatibilità con l'effettuazione di determinate attività rischiose per sé o per terzi e quindi non appare giustificato che vengano ricercate per legge, come misura di tutela. Non bisogna forzatamente cercare di introdurre attraverso la via della prevenzione e tutela della sicurezza dei lavoratori e dei terzi azioni che, pur giustificabili, devono essere previste per altre vie.
- 10) Al medico competente spetta programmare modalità congrue e condivise (da DL e L) di SS con la finalità di garantire la valutazione dell'assenza di situazioni di alcol dipendenza (richiesto dal dettato legislativo) e di caratterizzare la popolazione lavorativa affidata alla

sua sorveglianza dal punto di vista di un fattore di suscettibilità individuale in grado di condizionare il giudizio di idoneità alla mansione specifica, al pari però di altre situazioni caratteristiche del soggetto quali ad esempio l'essere portatore di particolari patologie che ne modificano le performance complessive.

Bibliografia

- 1) ISTAT 2009. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20100422_00/testointegrale20100422.pdf.
- 2) Dipartimento per le Politiche Antidroga – Relazione Annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia – dati relativi all'anno 2009 – elaborazioni del 2010. <http://www.politicheantidroga.it/media/333133/relazione%202010.pdf>
- 3) Legge 30 marzo 2001, n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati” (G.U. 18 aprile 2001, n. 90).
- 4) Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. provvedimento 16 marzo 2006. Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Gazzetta Ufficiale n. 75 del 30 Marzo 2006.
- 5) Nuovo Codice della Strada. Decreto Legislativo 30 aprile 1992 n. 285 (G.U. 18 maggio 1992, n. 114) e successive modifiche.
- 6) D.Lgs. 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. Gazzetta Ufficiale n. 101 del 30-4-2008 - Supplemento Ordinario n. 108.
- 7) Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Linee guida per la prevenzione dei problemi di sicurezza sul lavoro legati all'assunzione di alcolici. Deliberazione della Giunta Regionale del 7 maggio 2009, n. 1020.
- 8) Provincia Autonoma di Trento. Direzione Igiene e Sanità Pubblica. U.O. Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro. Nucleo Operativo Medicina del Lavoro. Comunicazione n. APSS. 0062517 del 28/5/2009.
- 9) Regione Veneto. Accertamenti inerenti il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell'articolo 15 della Legge 30 marzo 2001, n.125 e dell'Intesa Stato Regioni del 16 marzo 2006. Parere del 5 luglio 2010.
- 10) Regione Emilia Romagna - Orientamenti regionali per Medici Competenti In tema di prevenzione, diagnosi e cura dell'alcol dipendenza. Novembre 2009. http://www.saluter.it/wcm/dipendenze/sezioni/cura/alcol/sottoprogetti_alcol_lavoro/OrientamentiMC_SPS_AL_DP_3_.pdf
- 11) Atti del Convegno “Alcol e Lavoro: analisi della situazione attuale e proposte per una normativa migliore”. Villa Montalto, Firenze 14 giugno 2010.
- 12) Ramchand R, Pomeroy A, Arkes J. The Effects of Substance Use on Workplace Injuries. Center For Health And Safety In The Workplace. Published 2009 by the RAND Corporation. http://www.rand.org/pubs/occasional_papers/2009/RAND_OP247.pdf

Richiesta estratti: Lorenzo Bordini, Clinica del Lavoro “L. Devoto”, U.O. Medicina del Lavoro I, Via S. Barnaba 8, 20122 Milano, Italy - Tel. +39 0255032592-93, Fax +39 0250320133.

V. Patussi, A. Muran

Alcol e lavoro: ruolo del medico competente nel sistema aziendale di gestione della prevenzione

Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 "Triestina", Struttura Complessa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Dipartimento di Prevenzione, Trieste

RIASSUNTO. L'organizzazione della sicurezza negli ambienti di lavoro e la sempre maggior attenzione a comportamenti e stili di vita che possono comportare un aumento dei rischi lavorativi rappresentano gli elementi più innovativi delle recenti modifiche normative sulla sicurezza sul lavoro introdotte nel nostro paese. In questa organizzazione il ruolo del medico competente appare sempre più importante e la sua azione di valutazione, che parte dalla conoscenza dei luoghi di lavoro e delle condizioni di salute ed abitudini di vita dei lavoratori, è insostituibile. In questa logica la sua attività non può ridursi alla sorveglianza sanitaria, ma deve rappresentare un elemento essenziale nella valutazione dei rischi, nella predisposizione di luoghi di lavoro e modalità di lavoro sicuri, nella informazione e formazione dei lavoratori, nel sistema di controllo della sicurezza aziendale. Nel presente lavoro si analizza, con riferimento alla normativa vigente, i compiti e le funzioni del medico competente nell'affrontare la problematica del rischio lavorativo legato all'assunzione di alcolici.

Parole chiave: alcol, SGSL, medico competente.

ABSTRACT. ALCOHOL AND WORK: THE ROLE OF THE COMPANY PHYSICIAN IN THE OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY MANAGEMENT SYSTEMS. *The organization of safety in the working places and the increasing attention to behaviours and life styles of workers that may lead to increasing occupational risks are the pick innovative aspects of the recent changes in our country's legislation about occupational safety. In this organization, the role of the company physician is becoming more and more important and his work of evaluation beginning with the knowledge both of the working places and of the workers's lifestyles, is irreplaceable. His role in organizing the managing standards of occupational safety and health cannot be limited to health supervision but must be an essential element in risk assessment in the prevision of workplaces and of safe working conditions, in workers training and information, in organizing the control system of each business. The present paper examines – referring to the current regulation – the duties and functions of a company physician when facing the problems concerning the working risks tied to alcohol assumption.*

Key words: alcohol, OHSMS, company physician.

Introduzione

I Decreti legislativi 81/08 e 106/09 hanno meglio delineato i compiti delle figure aziendali della prevenzione, introducendo la necessità di formalizzare un vero e proprio sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro, e attribuendo espressamente al Medico Competente il compito di promuovere la salute e valutare le abitudini di vita del lavoratore che possono comportare incidenti sul lavoro. Rispetto alla normativa previgente, che già richiedeva di tener conto delle condizioni di salute del lavoratore ai fini dell'idoneità alla mansione, indipendentemente dall'esposizione al rischio, viene ora esplicitato l'obbligo di verificare, anche con esami mirati, l'assenza di "condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti", "nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento".

Parallelamente, la Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (L. 125/01), all'art. 15, anche se non integrata con i contenuti del D.lgs. 81/08, prevede per il medico competente il compito di verificare, tramite l'alcolemia, il rispetto del divieto dell'assunzione di alcolici tra i lavoratori addetti a lavorazioni ad elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero comportanti rischio per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi (elencate nell'Intesa Stato-Regioni del 16.3.2006).

Di seguito andremo quindi ad esaminare questo nuovo ruolo del medico competente, cercando di definire percorsi di azione che garantiscano la correttezza, anche formale, delle sue azioni, nel rispetto dei diritti dei lavoratori.

Materiali e Metodi

Con riferimento al tema "alcol e lavoro" vengono analizzati i contenuti della normativa vigente in relazione agli obblighi delle diverse figure aziendali della prevenzione. Circa i compiti del medico competente non si giunge a proporre specifici atti formali, per i quali, per ragioni di spazio, si rimanda alle fonti bibliografiche citate, ma si traccia un quadro complessivo della sua attività, al fine di delineare una procedura che risponda ai dettami normativi e massimizzi l'efficacia della prevenzione aziendale in riferimento al rischio.

Risultati

La problematica relativa al rischio "alcol e lavoro" è ben nota, sia per quanto riguarda la tossicità d'organo derivante dalle interazioni con sostanze presenti in ambiente di lavoro che per il rischio infortunistico (1-3), ma mentre la sorveglianza sanitaria ha radici ben consolidate nel valutare il primo aspetto, appare uno strumento limitato nell'ottica della prevenzione degli infortuni sul lavoro.

Nella logica della sequenza di azioni inderogabili (4) nelle quali si declina la prevenzione aziendale secondo il D.lgs. 81/08, in riferimento al rischio di accadimento di infortuni sul lavoro correlabili all'assunzione di alcolici, il medico competente può portare il suo contributo alla valutazione dei rischi (art. 29, c. 1 D.lgs. 81/08) attraverso l'analisi congiunta delle lavorazioni svolte nell'azienda, delle sostanze impiegate nel ciclo lavorativo, dei risultati della sorveglianza sanitaria e della "storia" degli infortuni sul lavoro avvenuti in azienda (per tipologia, caratteristiche, ripetitività, ecc.). Ricordiamo in tal senso il contenuto dell'art. 29, c. 3, del D.lgs. 81/08: "La valutazione e il documento debbono essere rielaborati ... a seguito di infortuni significativi o quando i risultati della sorveglianza sanitaria ne evidenzino la necessità".

L'individuazione delle mansioni comportanti rischio partirà, ovviamente, dall'elenco riportato nell'Intesa Stato-Regioni del 16.3.2006, mentre la sorveglianza sanitaria fornirà informazioni essenziali alla conoscenza delle caratteristiche del gruppo omogeneo di lavoratori. Il medico competente, indispensabile alla individuazione delle "lavorazioni a rischio", dovrà allo stesso tempo collaborare ad individuare quelle "non a rischio", in cui sia possibile, come previsto per legge, collocare i lavoratori con problemi. Dovrà inoltre stabilire i criteri (4) sulla base dei quali i preposti, i dirigenti, o gli stessi compagni di lavoro devono segnalare la specifica situazione di un lavoratore in condizioni di rischio, al fine di evitare discrezionalità e abusi.

Per dare certezza di comportamento a tutti i soggetti aziendali, inoltre, il protocollo di sorveglianza sanitaria e i criteri sui quali attivare gli accertamenti alcolimetrici ex L. 125/01 dovranno essere conosciuti e condivisi, siano questi ultimi effettuati a scopo preventivo su gruppi di lavoratori o, in caso di sospetta assunzione di alcolici, sul singolo lavoratore (4). Sarà predisposto un modello di documento che informi i lavoratori sul risultato e significato degli accertamenti effettuati e sulle eventuali conseguenze degli stessi.

Il medico competente, regista di questa "rete" di comunicazione per la prevenzione aziendale, è infine il soggetto che attiva i percorsi diagnostici di II livello e di presa in carico terapeutica dei lavoratori con problemi.

Ricordiamo anche l'opportunità di predisporre specifici atti dispositivi relativi all'obbligo di non assumere alcolici, rafforzativi del vincolo di legge in una logica anche di rispetto di principi contrattuali.

In questo contesto il disposto ex art. 25 del D.lgs. 81/08 "...Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute..." si trasforma da una definizione "astratta" ad una indicazione concreta di comportamento, viste le potenziali connessioni tra un intervento di promozione alla salute mirato alla pre-

venzione del consumo abituale di alcolici e le sue implicazioni sul lavoro (si pensi al lavoro in quota, ecc.). Nell'organizzazione di tali programmi (art. 2, c. 1, lett. p D.lgs. 81/08) vige l'obbligo di coinvolgimento delle parti sociali.

Come detto, dall'attività del medico competente ex art. 15 della L. 125/01 può derivare l'informazione che comporta un successivo allontanamento del lavoratore dalla mansione a rischio, per "motivi sanitari inerenti la sua persona", ma in questo contesto quale sia l'azione corretta appare meno chiaro di come si configurerebbe nel caso tale informazione derivasse dalla sorveglianza sanitaria ex D.lgs. 81/08, di cui meglio parleremo tra poco. Se infatti la "sorveglianza sanitaria" ha lo scopo anche di verificare l'"assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope...", e comporta automaticamente un giudizio di idoneità o non idoneità del lavoratore, non è acquisito che eventuali alcolemie ex art. 15 della L. 125/01, effettuate "a sorpresa" su di un singolo lavoratore per il quale vi sia il sospetto che abbia assunto alcolici, possano portare ad un vero e proprio giudizio di idoneità o non idoneità, anche se tale interpretazione, sostenuta da fonti autorevoli (5), appare condivisibile. La precisa descrizione delle tipologie di sorveglianza sanitaria (preassuntiva, preventiva, periodica, ecc.) non sembra lasciare spazio alla previsione di un accertamento mirato in una situazione contingente di rischio. Più semplice potrebbe eventualmente essere la previsione di controlli su gruppi di lavoratori, indicandoli espressamente come "visite mediche periodiche" nel protocollo della sorveglianza sanitaria redatto dal medico competente e portato a conoscenza dei lavoratori e dei loro rappresentanti. Una precisazione/proposta in tal senso dovrebbe essere espressa dal gruppo di lavoro del Coordinamento tecnico interregionale della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Più che di stabilire se si possa o meno porre un giudizio di inidoneità, peraltro, si tratta di decidere se il lavoratore può o meno svolgere la lavorazione a rischio. Se, in caso di evidente situazione di rischio, il medico competente o, non dimentichiamoceli, i medici del lavoro degli SPSAL (art. 15 L. 125/01), effettuano un'alcolemia (sui criteri di effettuazione della stessa si rimanda alle prossime indicazioni del Coordinamento tecnico interregionale), che risulti positiva, il lavoratore va allontanato dal rischio, questo è fuori discussione. Ciò nel rispetto dell'art. 15, c. 1, lett. m) e dell'art. 18, c. 1, lett. c) del D.lgs. 81/08, ma anche dell'art. 54 ("stato di necessità") e 40 ("rapporto di causalità") del Codice Penale. Il medico competente dovrà in questo caso avvertire il datore di lavoro o il dirigente, soggetti che, ex art. 18 del D.lgs. 81/08, possono allontanare il lavoratore dal lavoro a rischio, fornendo indicazione precisa sulla collocabilità del lavoratore in una specifica mansione non a rischio, oltre che prevedere eventualmente un termine per il rientro nella mansione a rischio, possibilmente previa sua ulteriore valutazione, anche a valle di uno specifico intervento terapeutico.

Il lavoratore, d'altro canto, non può rifiutare l'accertamento – ai sensi dell'art. 20, c. 2, lett. i del decreto citato – nel caso lo facesse, per principio di precauzione, dovrebbe comunque essere allontanato dalla mansione (non si esamina in questo contesto l'aspetto sanzionatorio).

Analizziamo ora quanto previsto per la sorveglianza sanitaria ex art. 41 del D.lgs. 81/08.

Le visite mediche comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente e, nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite saranno altresì finalizzate a verificare l'assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti. Dubbi sul fatto che l'"ordinamento" comprenda quanto disposto dalla L. 125/01 non ce ne sono, così come sul fatto che l'alcol sia sostanza psicotropa, peraltro classificata come tale dall'OMS (ICD-10, F10), ciò indipendentemente dalla non inclusione dell'"alcol etilico" – per motivo diverso –, nelle tabelle ministeriali delle sostanze stupefacenti e psicotrope (tabella I, ex D.P.R. 309/90 e succ.).

La sorveglianza sanitaria, pertanto, potrebbe mirare alla verifica sia di condizioni di alcoldipendenza che di assunzione, ferme restando le considerazioni già fatte sulla possibilità di effettuare accertamenti mirati in casi spot, fatto che ne riduce non poco l'efficacia preventiva.

In attesa delle indicazioni relative alle "condizioni" e "modalità per l'accertamento della ... alcol dipendenza" di cui all'art. 4-bis del D.lgs. 106/09, appare consigliabile un approccio che preveda un'anamnesi alcologica integrata con AUDIT-C che, nel caso risulti positiva andrebbe integrata con l'AUDIT completo (2, 6). Va effettuato sempre l'indispensabile esame obiettivo, associato a marker di routine, quali ALT/AST (meno sensibili e meno specifici), GGT (più sensibili e meno specifici), MCV/GGT + MCV (meno sensibili e più specifici).

Attualmente non è disponibile un singolo esame di laboratorio dotato di specificità e sensibilità assolute. Pertanto è meglio associare più marker biologici per ottenere indicazioni più accurate, ferma restando la necessità di adeguare nel tempo le scelte operative ad eventuali nuove evidenze scientifiche (2, 7, 8).

L'art. 42, infine, prevede che il soggetto che allontana il lavoratore dal rischio sulla base della "sorveglianza sanitaria" sia "il datore di lavoro", il quale "...attua le misure indicate dal medico competente e, qualora le stesse prevedano un'inedoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori, garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza".

Ma, se da una parte il medico può effettuare sia gli accertamenti alcolemici, ex L. 125/01, che la sorveglianza sanitaria, ex D.lgs. 81/08, per giungere alla conoscenza dei lavoratori con problemi alcol-correlati e impostare un intervento preventivo/terapeutico, dall'altra vi sono situazioni in cui questa importantissima figura non è prevista (esempio eclatante nel caso di molte lavorazioni "in quota"), oppure il rischio in esame non viene previsto dalla normativa vigente (es. coloro che utilizzano per lavoro mezzi per cui è prevista soltanto la patente A). In questi casi esiste solo la possibilità di far effettuare, su richiesta del datore di lavoro, una valutazione ex art. 5 dello "Statuto dei Lavoratori" (L. 300/70) alle commissioni che, di regola, sono operative presso le Aziende Sanitarie Locali. Al fine di impostare efficaci percorsi diagnostico-terapeutici, che garantiscano al

massimo possibile la permanenza delle persone con problemi alcol-correlati nel mondo del lavoro (9) appare quindi necessario definire adeguati protocolli di collaborazione tra medici competenti, medici SPSAL, medici delle Strutture di Alcologia e medici che operano in tali Commissioni.

Su altri aspetti essenziali, quale quello relativo al livello di alcolemia dal quale far scattare l'allontanamento del lavoratore si rimanda alle linee di indirizzo recentemente pubblicate da alcune Regioni (Friuli Venezia Giulia, Veneto, ecc.), ma, soprattutto al riferimento del nuovo Codice della Strada, dando indicazione di livello zero.

Discussione

Il ruolo del medico competente è andato modificandosi negli ultimi anni, e questa figura è divenuta sempre di più un elemento essenziale all'organizzazione della prevenzione aziendale. Questo ha comportato forse una maggiore vulnerabilità, un dover mettersi in discussione ogni giorno con tutti i referenti aziendali, ma d'altro canto rappresenta un eccezionale momento di crescita. Nel presente lavoro, a fronte di un problema chiarissimo, che sarebbe lineare affrontare da un punto di vista medico, abbiamo discusso le criticità legate al suo ruolo, che da "medico" deve trasformarsi in operatore della prevenzione aziendale, possedendo egli soltanto elementi essenziali al fine di raggiungere il risultato di garantire la salute dei lavoratori.

Bibliografia

- 1) Riboldi L, Bordini L. Abuso acuto e cronico di alcol e lavoro. G Ital Med Lav Erg 2008; 30: 3, Suppl. 56-66.
- 2) Bartoli G, Scafato E, Patussi V, Russo R. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati. Gli strumenti per l'identificazione precoce e l'intervento breve nei confronti del bere a rischio. Alcologia 2002; 14 (2-3): 109-117.
- 3) Bordini L, Patrini L, Ricci MG, Verga A, Riboldi L. Alcohol intake, complex ability and responsibility towards others: experience on a cohort of personnel employed to public transport services. Med Lav 2007; 98: 501-12.
- 4) Patussi V, Muran A, Ticali S, Ciarfeo Purich R, Patussi V, Venturini C. Proposta di un protocollo di comportamento per gli interventi preventivi in tema di alcol e lavoro. Il ruolo del medico competente e delle Strutture delle Aziende Sanitarie territoriali. Alcologia 2009; 4: 60-73.
- 5) Deidda B. Quadro normativo attuale. Il punto di vista del giurista: obblighi dei diversi soggetti e aspetti contrattualistici. Report del Convegno alcol e lavoro 14 giugno 2010 Firenze. Da: www.asf.toscana.it/images/download/prevenzione/dp_deidda_14_giugno_2010.pdf
- 6) Bush K, Kivlahan DR, McDonel MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Arch Intern Med 1998; 16: 1789-95.
- 7) Riboldi L, Fustinoni S. Verifica dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza: validità della Transferrina decarbossilata (CDT) e possibili nuovi metodi di indagine, G Ital Med Lav Erg 2009; 31: 3, Suppl, 147-151.
- 8) 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; 29: 2, 158-165.
- 9) Ticali S, Patussi V, Ticali A, Ciarfeo Purich R, Bovenzi M. Alcol e lavoro: follow-up di soggetti con problemi alcol-correlati nella provincia di Trieste. Alcologia 2009; 4:19-27.

G. Arcangeli¹, G. Ciampi², N. Mucci¹, V. Cupelli¹

La gestione dei risultati dei test per il controllo dell'assunzione di sostanze stupefacenti

¹ Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione di Medicina del Lavoro, Firenze

² Istituto San Lorenzo S.r.l., Firenze

RIASSUNTO. Nell'arco di tempo novembre 2008-luglio 2010 sono stati effettuati complessivamente 8300 accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o assunzione di sostanze stupefacenti/psicotrope. Centouno soggetti (1,2%) sono risultati positivi al test di screening; per 55 (54,5% dei positivi) si è avuta la conferma con l'accertamento di secondo livello (0,7% dei test totali). Di questi, il 60% è risultato positivo a cannabinoidi, il 18,1% a oppiacei, il 12,7% a cocaina, il 9,0% a metadone, il 3,6% ad ecstasy e nessuno ad amfetamine. Una buona concordanza tra test di screening e di conferma è stata verificata per cannabinoidi, metadone e cocaina. L'analisi del campione di soggetti positivi evidenzia come sia pressoché totalmente costituito da maschi, italiani, di media età, forti fumatori e generalmente in soprappeso corporeo, in apparente stato di buona salute (assenza di patologie riferite, esami ematologici nella norma, assenza di riconoscimento di invalidità e controindicazioni e/o limitazioni all'attività lavorativa).

Parole chiave: test antidroga, cannabinoidi, sorveglianza sanitaria.

ABSTRACT. *THE CONTROL OF DRUGS CONSUMPTION IN OCCUPATIONAL CONTEXTS: MANAGEMENT OF THE TEST RESULTS. From November 2008 to July 2010 we made 8300 drug tests to verify the absence of drug addiction or drugs/psychotropic substances consumption. We found 101 positive subjects (1.2%) at the first screening test; for fifty-five of them (54.5% of positives) we obtain a confirmation at second level test (0.7% of total tests). Sixty percent of these were positive for cannabinoids, 18.1% for opiates, 12.7% for cocaine, 9.0% for methadone, 3.6% for ecstasy and nobody for amphetamines. We noticed a good correlation between screening and confirmation tests for cannabinoids, methadone and cocaine. The analysis of the population of positive subjects shows that it's almost entirely composed by males, Italians, middle aged, heavy smokers and generally overweight, in apparent good health (average blood tests, any reported illnesses, any disability or any contraindications/limitations in employment).*

Key-words: drug testing, cannabinoids, health surveillance.

Introduzione

L'interesse per il possibile rischio, per sé e per gli altri, di svolgere attività – sia nella vita quotidiana che durante l'attività lavorativa – sotto l'effetto di sostanze psicotrope data, ovviamente, da tempo. Negli anni più recenti si è notata, in particolare, una crescente attenzione nella Letteratura internazionale per le situazioni di guida, sia del privato cittadino che dell'autista professionale (1-4). Drummer *et al* hanno riportato, su oltre 13000 test effettuati su autisti dalla polizia stradale dello stato australiano di Victoria, una positività nel 2,4% dei soggetti, perlopiù ad amfetamine (2,1%) e, in una minor percentuale dei casi a cannabinoidi (0,7%) (1). Labat *et al* hanno riportato una percentuale di positività molto elevata negli autisti di automezzi pesanti nella Regione francese Nord-Pas-de-Calais: oltre il 15% dei soggetti testati sono risultati positivi, di cui più del 60% a cannabinodi (4).

Dal novembre 2007 – in seguito all'intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali – è divenuto obbligatorio, per il datore di lavoro, l'accertamento di assenza di tossicodipendenza sui lavoratori appartenenti a specifiche categorie considerate a rischio. La disposizione è stata poi perfezionata con l'emanazione del Provvedimento 178, dell'8 settembre 2008, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, in cui sono state specificate le procedure da seguire, non solo in caso di tossicodipendenza, ma anche di semplice assunzione di sostanze stupefacenti/psicotrope. Ulteriori specificazioni sono contenute nel D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

Per parte sua, la Regione Toscana – così come altre Regioni – ha, inoltre, fornito linee di indirizzo per le procedure relative ad accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (Deliberazione 868/2008).

Nei primi due anni di applicazione della normativa sono stati prodotti alcuni lavori su ampie popolazioni di soggetti, perlopiù autisti di mezzi per cui è richiesto il possesso di patente C o superiori e macchinisti ferroviari (5,6). Da questi studi è emersa una percentuale di positività globale compresa tra lo 0,7% e l'1,9%; degna di nota è la prevalenza di positività per i cannabinoidi, compresa tra il 60,6 e il 72,5% dei soggetti positivi.

Scopo dello studio è una valutazione globale della situazione a quasi tre anni dall'entrata in vigore della nor-

mativa ed un'analisi dell'effettuazione dei test *sul campo*, considerando le percentuali di positività ed analizzando i dati individuali dei soggetti positivi.

Materiali e metodi

Accertamenti analitici di screening (primo livello). Le indagini di screening sono state effettuate presso i laboratori dell'Istituto San Lorenzo S.r.l. di Firenze, tramite specifica convenzione con il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Firenze. In base alle linee di indirizzo proposte dalla Regione Toscana, sono state ricercate nelle urine – mediante autoanalizzatore *DxC 600 Beckman Coulter* – le seguenti sostanze: amfetamine (AMPH), oppiacei (OP), metadone (METD), metabolita della cocaina (COCM), cannabinoidi (THC5), ecstasy (MDMA).

Accertamenti analitici di conferma (secondo livello). Sono stati svolti presso il *Laboratorio Antidoping (LAD)* della Regione Toscana (inserito nell'Unità Funzionale Tossicologica Occupazionale ed Ambientale del Laboratorio di Sanità pubblica dell'Area Vasta Toscana Centro), secondo la metodica riportata da Petrioli *et al* (6).

Casistica e Risultati

Sono stati effettuati complessivamente 8.300 test di screening, nel periodo compreso tra novembre 2008 e luglio 2010. Sono risultati positivi al primo test 101 soggetti (1,2%); per 55 (54,5% dei positivi) si è avuta la conferma con l'accertamento di secondo livello (0,7% dei test totali).

Le percentuali di positività, dettagliate per le varie sostanze saggiate, sono riportate in tabella I.

Il 60% dei soggetti positivi al test di conferma lo è stato a cannabinoidi, il 18,1% a oppiacei, il 12,7% a co-

caina, il 9,0% a metadone, il 3,6% ad ecstasy e nessuno ad amfetamine; due lavoratori sono risultati contemporaneamente positivi a cannabinoidi ed oppiacei.

Sono stati analizzati i dati presenti nelle cartelle sanitarie e di rischio dei positivi, valutando in particolare: variabili individuali (età, sesso, BMI, nazionalità, status-socioculturale), stili di vita (abitudine al fumo, consumo di alcol), stato di salute (patologie e/o disturbi riferiti, alterazione di parametri negli esami ematochimici effettuati in occasione di sorveglianza sanitaria) e l'attività lavorativa (tipologia, mansione, anzianità lavorativa specifica, assenze dal lavoro per infortuni).

Descrizione dei campioni di positivi

Dei 55 soggetti risultati positivi al test di conferma, 53 di sesso maschile e 2 di sesso femminile (entrambe positive a cannabinoidi); 53 di nazionalità italiana e 2 extracomunitari (uno positivo a oppiacei e l'altro a cannabinoidi). I lavoratori svolgevano le seguenti mansioni: autisti (19), mulettisti (22), autisti/mulettisti (6), operatori di macchine di movimentazione terra (8). In tabella II sono riportati i valori di alcuni parametri individuali analizzati.

Solo 3 soggetti presentavano lievi alterazioni nei valori ematici di routine (alterazione dei parametri di funzionalità epatica in due di essi, lieve incremento della glicemia nell'altro); in 7 emergevano dai dati anamnestici lievi pregresse patologie e altrettanti effettuavano terapie croniche. In 10 (18,2%) risultavano infortuni sul lavoro o significativi traumi occorsi per incidenti stradali. Per nessuno vi era stato un riconoscimento di invalidità e tutti avevano una idoneità alla mansione specifica senza limitazioni o controindicazioni.

Tutti infine, dichiaravano di non essere mai stati sottoposti a trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza presso strutture pubbliche o private, di non aver mai subito

Tabella I. Percentuali di positività alle sostanze saggiate

	Positivi allo screening	Conferma +	Conferma -
MDMA	20	2 (10,0%)	18 (90,0%)
OP	28	10 (35,7%)	18 (64,3%)
THC5	39	33 (84,6%)	6 (15,4%)
AMPH	4	-	4 (100%)
MET	5	5 (100%)	-
COCM	7	7 (100%)	-

Tabella II. Parametri individuali analizzati nei soggetti positivi

Parametro individuale	Caratteristiche
Età media	39,3 anni (range 28-49)
Anzianità lavorativa specifica	10,9 anni (range 1-25)
Fumo	41 (74,5%) soggetti fumatori, media di 21 sig/die (range 12-40)
Alcol	7 (12,7%) soggetti ne dichiarano un consumo limitato
BMI medio	25,7 kg/m ² ; 32 (58,2%) soggetti sovrappeso, nessun obeso

interventi di pronto soccorso o di ricovero per il trattamento di patologie correlate all'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, né di essere mai stati sottoposti in precedenza ad accertamenti medico-legali per uso di tali sostanze.

Considerazioni conclusive

Su 8300 accertamenti sanitari effettuati per verifica di assenza di tossicodipendenza o assunzione di sostanze stupefacenti/psicotrope, eseguiti nell'intervallo novembre 2008 - luglio 2010, sono risultati positivi 55 lavoratori (0,7% dei test totali). Ciò è in linea con quanto da altri Autori ad oggi osservato in Italia nel primo anno di applicazione delle normative vigenti, in cui è riportata – come già ricordato – una percentuale di positività globale compresa tra lo 0,7% e l'1,9% (4, 6).

Nel nostro campione, il 60% dei lavoratori positivi lo è risultato a cannabinoidi; questo dato è in accordo con quanto descritto da altri Autori, che hanno riportato percentuali comprese tra il 60,6 e il 72,5% dei soggetti positivi (4, 6).

Considerando i test di screening, solo nel 54,5% dei casi si è avuta una positività al test di conferma. In particolare appare interessante notare l'assoluta concordanza tra test di screening e test di conferma per MET e COCM, la buona concordanza per cannabinoidi (conferma nel 84,6% dei casi), insoddisfacente per gli oppiacei (conferma nel 35,7% dei casi), molto bassa per MDMA (conferma solo nel 10% dei casi) e addirittura assente per AMPH (nessuno dei 4 casi positivi al test di screening è stato confermato).

Riguardo alle caratteristiche del campione di soggetti positivi, sono degne di nota alcune considerazioni. Innanzitutto, i soggetti sono quasi esclusivamente di sesso maschile e di nazionalità italiana. Questi aspetti non stupiscono, in quanto nelle mansioni prevalenti nel nostro campione (autisti con patente C, mulettisti, operatori di macchine di movimentazione terra) – per cui sono richiesti gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope – prevalgono, di gran lunga, i soggetti di sesso maschile; si tratta inoltre di mansioni che prevedono idoneità particolari (patente o *patentino*) ed esperienza, generalmente non in possesso di lavoratori extracomunitari.

L'età media dei lavoratori positivi del nostro campione (39,3 anni) è più elevata di quanto si osserva nella popolazione generale italiana, in particolare per quanto concerne i cannabinoidi dove il consumo appare massimo sino ai 25 anni per poi decrescere leggermente nella decade successiva e, in modo deciso, dopo i 35 anni (7).

La percentuale di fumatori è decisamente elevata (75%) con un consumo quotidiano medio ancor più impressionante (>20 sig/die); risulterebbe, al contrario, modesta l'assunzione di alcolici, con solo il 12,7% dei soggetti che ammettono un consumo, molto limitato, di vino. Il dato potrebbe essere falsato e sottostimato in considerazione delle mansioni svolte dai lavoratori, la totalità delle

quali prevede – con particolare sottolineatura per gli autisti di professione – il divieto di essere svolte in stato di ebbrezza. Tuttavia, dai dati nazionali nella popolazione tra i 15 e i 65 anni, emerge che un consumo quotidiano di bevande alcoliche è stimato nel 10,4% dei soggetti (7), percentuale non discorde dai nostri dati.

Il BMI risulta piuttosto elevato nel campione dei positivi con oltre il 50% dei soggetti in soprappeso corporeo. Molto bassa la percentuale di coloro che hanno riportato patologie o terapie in corso: il 18% ha riferito infortuni sul lavoro o da traumi della strada, ma nessuno ha dichiarato invalidità riconosciute o controindicazioni e/o limitazioni dai precedenti accertamenti sanitari per idoneità lavorativa; nessuno, infine, ricordava di aver svolto precedenti controlli mirati alla verifica di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Nel nostro campione, lo 0,4% dei soggetti è risultato positivo a cannabinoidi. Dai dati nazionali (7) risulta che l'uso di cannabis è particolarmente frequente fino ai 25 anni, in cui il 28,2% della popolazione maschile ne ammette l'assunzione nell'arco dell'anno, contro il 14,6% della popolazione generale non divisa per sesso e fasce d'età. Tra i consumatori, il 32,3% dei maschi (circa il 3% del totale) ne riferisce un consumo >20 volte l'anno. Ci saremmo, dunque, potuti attendere una maggiore percentuale di positivi nel nostro campione. La differenza può essere giustificata dal fatto che l'accertamento di assenza di tossicodipendenza o assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope viene svolto una volta l'anno e dunque è abbastanza improbabile che colga il consumatore non abituale. Il nostro campione di positivi è, inoltre, costituito da una popolazione appartenente ad una fascia di età (media 39,3 anni) in cui, dai dati nazionali (7) risulta una netta diminuzione del consumo di cannabis: solo l'8,2% della popolazione maschile della fascia di età 35-44 anni ne ammette, infatti, un consumo, almeno occasionale, nell'ultimo anno.

Pare dunque emergere, tra i soggetti positivi, la figura di un lavoratore di età media, di abitudini di vita e voluttuarie scarsamente controllate (forte fumatore, soprappeso corporeo).

Un'ultima annotazione riguarda il *destino* dei soggetti che risultano positivi. Mentre gli addetti a mansioni di autista od operatore di macchine di movimentazione terra intraprendono il percorso di controlli previsto dalla normativa (in quanto impiegati per tale specifica mansione), i mulettisti vengono spesso spostati a mansioni diverse – che non richiedono l'uso del muletto – all'interno dell'area magazzino, evitando così l'obbligatorietà del controllo di assenza di tossicodipendenza o assunzione di sostanze stupefacenti/psicotrope.

Bibliografia

- 1) Drummer OH, Gerostamoulos D, Chu M, Swann P, Boorman M, Cairns I. Drugs in oral fluid in randomly selected drivers. *Forensic Sci Int* 2007; 170: 105-110.
- 2) Moeller MR, Kraemer T. Drugs of abuse monitoring in blood for control of driving under the influence of drugs. *Ther Drug Monit* 2002; 24: 210-221.

- 3) Reece AS. Experience of road and other trauma by the opiate dependent patient: a survey report. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2008; 3: 10.
- 4) Labat T, Fontaine B, Delzenne C, Doublet A, Marek MC, Tellier D, Tonneau M, Lhermitte M, Frimat P. Prevalence of psychoactive substances in truck drivers in the Nord-Pas-de-Calais region (France). *Forensic Sci Int* 2008; 174: 90-94.
- 5) Bordini L, Verga A, Ricci MR, Ribaldi L. L'esperienza di una grande azienda nel controllo per la tossicodipendenza prima e dopo l'entrata in vigore della normativa: cosa è cambiato? *G Ital Med Lav Ergon* 2009; 31: Suppl I 138-142.
- 6) Petrioli G, Bavazzano P, Baronti R. L'esperienza toscana: i risultati degli accertamenti laboratoristici effettuati e le conseguenze nei giudizi di idoneità. *G Ital Med Lav Ergon* 2009; 31: Suppl I 143-146.
- 7) Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs (IPSAD). C.N.R.- I.F.C. Sezione di Epidemiologia e Ricerche sui Servizi Sanitari, 2007. <<http://www.epid.ifc.cnr.it/>>

Richiesta estratti: *Giulio Arcangeli - Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Sanità Pubblica, Sezione di Medicina del Lavoro, Largo Piero Palagi 1/23, 50139 Firenze, Italy - E-mail: arcangelig@aou-careggi.toscana.it*

