

M. Tosi

## La diagnosi di II livello ed i percorsi riabilitativi: il ruolo dei Servizi per le Tossicodipendenze

Regione Lombardia, DG Famiglia e solidarietà sociale, UO Accreditamento e Qualità, Via Pola 9/11, 20124 Milano

**Parole chiave:** assenza di tossicodipendenza, mansioni a rischio, SerT.

Il recente Accordo Stato Regioni del 18 settembre 2008 prevede la definizione delle "Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di uso di sostanze stupefacenti e psicotrope nei lavoratori con mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi".

Le indicazioni procedurali descrivono, i compiti del medico competente, i compiti del SerT, le indicazioni per la visita medica, i test di 1° livello, gli esami di conferma e i valori soglia, la raccolta del campione, la catena di custodia, le procedure di 2° livello (SerT), la certificazione e le tariffe.

Le procedure accertative che seguono la fase di screening – quest'ultima ad opera del medico competente – vengono svolte dal Servizio per le Tossicodipendenze nel caso in cui il risultato delle analisi abbia dato conferma positiva.

Gli accertamenti di II livello devono individuare la presenza o assenza di tossicodipendenza, nonché le modalità e la frequenza di assunzione delle sostanze. I risultati degli accertamenti clinici e di laboratorio consentono al SerT di stilare una certificazione di idoneità / non idoneità alla ripresa delle mansioni a rischio da parte del lavoratore.

Nell'Accordo si precisa anche che i SerT, oltre ad accertare la presenza / assenza di tossicodipendenza, debbano rilevare le modalità e la frequenza di assunzione delle sostanze. Nel caso venga diagnosticata una situazione di tossicodipendenza, deve essere garantita sia la possibilità di un trattamento, che la conservazione del posto di lavoro per la durata del trattamento, come previsto dall'art. 124 del DPR 309/90.

Gli accertamenti devono essere effettuati attraverso 1) visita medica e 2) esami tossicologico-analitici.

Nel primo caso vengono previste quattro fasi: *l'esame clinico documentale, l'esame clinico anamnestico, l'esame psico comportamentale e l'esame clinico obbiettivo*. In ogni caso, l'iter diagnostico ha una valenza medico legale. L'indagine delle diverse aree ha come finalità quella di stabilire se l'uso di sostanze sia attuale o pregresso, quale sia la sostanza/e utilizzata/e, quali siano le modalità di assunzione, la frequenza e ogni altro elemento che consenta di delineare il percorso di uso/ abuso / dipendenza.

Per quanto concerne gli accertamenti tossicologici analitici è previsto l'utilizzo della matrice urinaria e cheratinica. Le tabelle allegate all'Accordo elencano sia le classi di sostanze oggetto di indagine, sia le concentrazioni soglia, ovviamente differenziate nei valori, a seconda che si

tratti del test iniziale o di quello di conferma. Le sostanze da esaminare e valutare sono le seguenti: *oppiacei, cocaina, cannabinoidi, metadone, anfetamina ed analoghi, buprenorfina*. Viene anche raccomandata una attenzione particolare a quelle sostanze (ad es.: allucinogeni) in cui è difficile se non impossibile la determinazione con i test di I livello, ma il cui uso può alterare profondamente le condizioni psicofisiche del soggetto. Allo stesso modo deve essere valutato l'uso di alcolici, sia come sostanza primaria, sia in utilizzo contemporaneo con altre sostanze. L'alcol non è stato ricompreso nel documento illustrato, perché già oggetto di un analogo provvedimento (Intesa del 16 marzo 2006). In modo analogo, è importante valutare l'uso di benzodiazepine e in particolare se queste vengano utilizzate su prescrizione medica o meno e quanto possano incidere sulle funzioni neuro cognitive dei singoli soggetti.

Il Servizio per le tossicodipendenze è stato definito nell'Intesa del 30 ottobre 2007 e, poi, nel successivo Accordo "servizio competente", ovviamente non a caso. Al proprio interno, infatti, opera una équipe di figure professionali diversificate, assolutamente in grado di potere fare una diagnosi precisa sui soggetti in esame. La valutazione del paziente è su base multidimensionale. La complessità della patologia da dipendenza rende necessaria l'indagine di una serie di aree problematiche. Non è, infatti, sufficiente avere un riscontro della sola area medico sanitaria, ovvero della condizione fisica della persona, ma è indispensabile osservare la storia tossicologica del paziente, approfondire l'area del lavoro e del sostentamento, disporre di un quadro preciso della situazione legale, interrogarsi sul funzionamento della rete sociale e familiare del soggetto e – non ultimo – indagare l'area psichica. In proposito, si ricorda che il fenomeno "doppia diagnosi", ovvero la presenza di comorbilità psichiatrica, sia un fenomeno in costante aumento ed estremamente diffuso nella popolazione che si rivolge ai SerT. Va in merito ricordato che il presente Accordo consiglia l'utilizzo del DSM IV ad integrazione del più complesso esame psico comportamentale. Esistono diversi strumenti di valutazione multidimensionale in uso nella pratica quotidiana dei servizi, la cui importanza è fondamentale per poter osservare l'andamento del trattamento in generale, piuttosto che osservare le aree maggiormente critiche e più difficilmente modificabili nel tempo.

Rispetto ad alcune, moderate, critiche sulle capacità medico legali dei SerT, si ricorda come questi servizi debbano quotidianamente confrontarsi con questo aspetto, ad esempio, in relazione alle innumerevoli richieste di misure alternative alla detenzione. Oppure, ricordiamo ancora tutto il lavoro svolto sulle segnalazioni da parte della Prefettura, ex artt 75 e 121 del DPR 309/90.

Il servizio specialistico per le dipendenze integra le proprie capacità con quelle dei colleghi specialisti di altre branche e si avvale di enti accreditati per tutto il percorso riabilitativo (comunità terapeutica) in cui spesso esita l'iter di cura dei pazienti. Il rapporto con i laboratori di analisi – in particolare quelli autorizzati e certificati con valenza medico legale – è già da tempo attivo e privo di problemi. Nella fattispecie di nostro interesse, poi, il rapporto più stretto e diretto è quello con i Medici Competenti, verso i

quali si sta strutturando sia un'area di collaborazione, sia la disponibilità ad una consulenza su questa materia specialistica. In molte ASL ed in quasi tutte le regioni sono stati già organizzati gruppi di lavoro misti, piuttosto che interessanti iniziative locali, proprio allo scopo di scambiare informazioni ed uniformare le procedure di intervento, anche attraverso modulistica e protocolli concordati.

Il presente atto pone, ovviamente, anche delle criticità, considerata la delicatezza della materia e, come già detto, la complessità del fenomeno. Criticità non solo a carico del SerT, ma anche degli altri attori coinvolti in questi adempimenti.

Tra le criticità, ad esempio, possiamo citare la necessità della certezza dei requisiti dei laboratori di analisi – elemento, peraltro, garantito dai laboratori di Medicina Legale e Tossicologia Forense, così come dai laboratori autorizzati e certificati dalle singole Regioni. Questo elemento diviene indispensabile come salvaguardia del lavoratore, del medico competente e del medico del SerT, a cui spetta la compilazione del certificato di "fine percorso". Tale criticità è facilmente risolvibile con l'utilizzo, per l'appunto, di laboratori certificati. Sempre in riferimento ai laboratori, andrà sperimentato l'impatto come carico di lavoro, in termini di organizzazione del percorso.

Il fattore "carico di lavoro" interessa in particolare i SerT, a cui non possono essere sottratte risorse a scapito dell'utenza in trattamento. Lo studio di soluzioni regionali /locali potrà sciogliere questo nodo (attività in libera professione? Acquisizione di personale aggiuntivo? sono possibili proposte).

Passando dal versante organizzativo a quello dei contenuti, un problema si pone con quei pazienti in trattamento sostitutivo stabilizzato, in cui l'"impairment" cognitivo è assolutamente ridotto, sicuramente inferiore ad un uso "libero" di sostanze non controllate (es.: benzodiazepine, alcol) A norma, e in accordo con la legislazione europea, questi utenti non possono svolgere mansioni a rischio. È corretto? Si possono individuare soluzioni di cautela (certificazione del SerT)?

Un altro punto di difficile, anzi di impossibile soluzione, è la disparità che si crea tra sostanze, considerato il diverso tempo di permanenza dei metaboliti nell'organismo. È pressoché certo che un consumatore di THC venga individuato, non è detto che questo avvenga con chi usa cocaina. Ma mentre questa disparità è ineliminabile (e si può condividere l'affermazione che un lavoratore a rischio non debba – mai – utilizzare sostanze), le differenze normative e "comportamentali" andrebbero armonizzate e rese consequenziali (ci si riferisce ai protocolli delle Commissioni Patenti, piuttosto che alla diversità di trattamento normativo in ambito alcolico, piuttosto che l'abuso di farmaci non abbastanza regolamentato).

In conclusione, bisogna prevedere che l'attuazione del provvedimento di nostro interesse abbia un aspetto di sperimentabilità, proprio per poter evidenziare aree critiche e trovare ragionevoli soluzioni. Immaginando, comunque, che una adeguata applicazione di quanto previsto possa realmente incidere sulla sicurezza dei lavoratori addetti a particolari mansioni, ma anche sulla sicurezza dei terzi, fattore di grande rilievo e di interesse generale.