

M.M. Ferrario

Aspetti valutativi e gestionali del lavoratore con dipendenza da sostanze stupefacenti

Professore Associato di Medicina del Lavoro, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli studi dell'Insubria, Varese

RIASSUNTO. *A distanza di 18 anni, con il Provvedimento del 18 settembre 2008 pubblicato sulla GU n. 236 del 08/10/2008 trova definitiva applicazione il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope prevede tra l'altro l'“accertamento di assenza di tossicodipendenza prima dell'assunzione in servizio e, successivamente, ad accertamenti periodici”, per alcune “categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi”. L'elenco delle categorie di lavoratori era stato pubblicato con l'Intesa della Conferenza Unificata del 30.10.2007 (pubblicato in GU n. 266 del 15 novembre 2007), che estende la norma non solo i tossicodipendenti, ma anche ai consumatori occasionali di sostanze stupefacenti o psicotrope; ed attribuisce al Medico Competente (MC) aziendale il “compito di provvede a verificare l'assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti sottoponendo i lavoratori,... 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”.* Esistono numerose criticità nell'applicazione delle norme. Innanzitutto non è scontato avere attribuito l'onere degli accertamenti al MC, collegandoli al giudizio di idoneità. È questa una peculiarità italiana e di pochi altri Paesi europei. Non è consolidato nella nostra legislazione che il MC si assuma una “responsabilità verso terzi”, sebbene a livello internazionale l'ICOH lo preveda. Si tratta di un ampliamento del campo di competenza dell'attività del MC, non più solo indirizzato alla peculiare tutela della salute del dipendente. Questo scenario, già introdotto in parte per la normativa di controllo dell'abuso di sostanze alcoliche in ambito lavorativo, apre ora aspetti innovativi della disciplina, che potrebbero trovare applicazione in futuro anche in altri ambiti (rischio biologico, etc.). C'è necessità quindi di una riflessione che definisca gli ambiti di tale estensione e soprattutto se l'essenza del giudizio sia di idoneità, come la legislazione indica, oppure di inabilità temporanea o totale, che in tal caso invoca altre responsabilità e competenze. Su questa valutazione giuridica sarebbe auspicabile un intervento delle società scientifiche. Inoltre nonostante i dettagli legislativi delle norme procedurali, si aprono difficoltà operative per la realizzazione della raccolta ed analisi dei campioni, di integrazione con la sorveglianza sanitaria del DL 81, di collaborazione con i SERT, gli organismi di secondo livello che la normativa invoca per la definizione diagnostica e per intraprendere programmi di riabilitazione, di affronto e gestione dei soggetti che fanno uso saltuario di sostanze psicotrope e stupefacenti, del riconoscimento delle professionalità e delle responsabilità assunte dal MC, delle modalità operative di screening, di quali controlli le ASL e gli altri organi di controllo possono esercitare in materia e quindi di quali standard operativi gli stessi organismi richiedono, degli accertamenti che possono

essere richiesti in caso di incidenti e infortuni, la tutela della privacy del lavoratore.

È indispensabile prevedere sperimentazioni diversificate e controllate per la sorveglianza della attuazione ed indicare alcune norme comportamentali utili per il medico del lavoro.

ABSTRACT. *In Italy a recent legislation introduce detailed procedures to detect drug abusers, which had to be carried out in work settings. The purpose of the legislative document is to reduce the risk of work-related accidents which may affect both the working and the general population. In fact for the time being the procedure is foreseen for only a few work categories with a higher level of responsibility for third parties. This action is based on the adoption of the indications of the EU Drugs Action Plan (2005-2008), and it is mainly oriented to prevention through an early detection of occasional drug abusers to hopefully reduce the number of habitual drug consumers. Firm proprietors and manager are responsible of the overall procedure and the occupational physicians are responsible of the application of many parts of it. The paper discuss many aspects related to the application, including: physician responsibility against the law, how to carry out efficient and accurate drug testing, collaboration with other public agencies devoted to rehabilitation of drug-abuse patients, methodological aspects that can allow the procedure to be effective.*

Key words: *drug-abuse, work setting, screening, legislation.*

Introduzione

Con il Provvedimento del 18 settembre 2008 pubblicato sulla GU n. 236 del 08/10/2008 col titolo “*Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nei 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 (G.U. n. 266 del 15 novembre 2007)*”, successivo all'Intesa della Conferenza Unificata del 30.10.2007 (pubblicato in GU n. 266 del 15 novembre 2007), il Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope (D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309) che prevede l'“*accertamento di assenza di tossicodipendenza prima dell'assunzione in servizio e, successivamente, ad accertamenti periodici*”, per alcune “*categorie di lavoratori destinati a mansioni che*

comportano rischi per la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi” diventa dopo 18 anni dalla promulgazione finalmente attuabile. È peculiare che il legislatore abbia ritenuto utile questa ulteriore specifica fin definendo i dettagli della procedura degli accertamenti, ma è presumibile che le difficoltà di attuazione del Decreto Legislativo 125/01 possa aver giocato un ruolo di rilievo.

Con l’Intesa della Conferenza Unificata del 30.10.2007 (GU n. 266 del 15 novembre 2007) venne pubblicato l’elenco delle categorie di lavoratori per i quali è presumibile una rilevante responsabilità verso terzi. Si tratta di un elenco definito, più ristretto rispetto a quello promulgato per l’attuazione del Decreto Legislativo 125/01, che considera i ferrovieri ed autisti di mezzi pubblici, i controllori ed assistenti al volo, personale aeronautico certificato, autisti con patenti C, D ed E, mulettisti, addetti all’industria degli esplosivi, collaudatori di mezzi di trasporto, addetti al controllo dei movimenti nei trasporti.

L’Intesa ha introdotto anche due importanti ulteriori specifiche: 1. vengono considerati oggetto delle norme non solo i tossicodipendenti, ma anche coloro che fanno anche un uso solo occasionale di sostanze stupefacenti o psicotrope, a sottolineare l’aspetto preventivo e deterrente del provvedimento; e 2. viene affidato al Medico Competente (MC) aziendale il “compito di 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”.

L’inclusione dei consumatori occasionali è presumibilmente da considerarsi una attuazione del *EU Drugs Action Plan (2005-2008)*, che prevede due linee strategiche di intervento per la lotta alla droga in Europa: la riduzione della domanda e la riduzione della disponibilità. La prima è conseguibile con il raggiungimento di diversi obiettivi, tra cui “il miglioramento dell’accesso e della efficacia di programmi di prevenzione per gruppi target della popolazione”. In tale ambito sono previste specifiche azioni a diverso livello: per gli studenti che abbandonano la scuola, per le famiglie a rischio, per gli screening connessi al rilascio delle patenti di guida, e programmi di prevenzione da attuarsi negli ambienti di lavoro, stabilendo tra gli indicatori di risultato anche la valutazione della copertura di detti programmi entro il 2008.

Queste procedure non potevano non tener conto del D.L. n° 81 del 09/04/2008 (meglio noto come Testo Unico delle leggi sulla sicurezza), che all’art. 41 (Sorveglianza sanitaria) comma 4, 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 stupefa-

centi”. La violazione di tale disposizione da parte del medico competente è punita con arresto o ammenda.

Con il presente contributo si desidera richiamare alcune evidenze che meglio permettano di comprendere la solidità del dettato legislativo; contrassegnare responsabilità e ruolo del medico del lavoro, connotando alcuni aspetti operativi di rilevanza; effettuare alcune precisazioni sui test di *screening* e sulle procedure attuative; e non ultimo sottolineare l’importanza di avviare metodi di verifica sia della fattibilità che della efficacia degli interventi.

Quali evidenze di efficacia?

È di rilievo affrontare almeno questi aspetti, da non ritenersi scontati nonostante il dettato legislativo: 1. quale è la diffusione dell’uso di sostanze stupefacenti nel nostro Paese nella fascia di età lavorativa? 2. è dimostrata una maggiore propensione tra coloro che abusano di droghe ad incorrere in incidenti ed infortuni, e quindi a mettere a rischio terze persone? 3. esistono evidenze che stabiliscano che programmi di prevenzione siano efficaci nel contenimento di quello che possiamo considerare l’*outcome* primario dell’intervento, ovvero del fenomeno infortunistico?

Ai fini del primo quesito sono interessanti i risultati di una recente indagine effettuata nella Città di Milano, con un *survey* che ha reclutato campioni di differente estrazione per modalità di campionamento (1). L’indagine è parte di uno studio nazionale. Come riportato in tabella I, si evince che circa la metà della popolazione ha fatto uso nella vita di cannabis, ma la percentuale diventa del 16% e del 10% se si considera l’ultimo anno e l’ultimo mese. Circa il 15% ha dichiarato di aver usato cocaina almeno una volta nella vita, ma solo 2,6% lo ha fatto nell’ultimo mese. Terza droga in ordine di uso il Popper, quindi a distanza l’ecstasy, allucinogeni, anfetamina e oppiacei. I fini dei programmi di screening in azienda, questa indagine indica che non tutte le sostanze più in uso sono parte degli esami di screening indicati dal Provvedimento; seppur la metodologia di rilevazione sia differente, le prevalenze mensili indicate (disponibili per gruppi di età e sesso), possono essere utili indicatori della efficacia dello *screening*, come stima dei casi positivi attesi; infine il rapporto indica anche l’assunzione concomitante di sostanze, che dovrà anch’esso essere tenuto in considerazione.

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

Sostanza	Prevalenza Complessiva [^] : almeno una volta nella vita	Prevalenza Annuale [^] : almeno una volta nell’ultimo anno	Prevalenza Mensile [^] : almeno una volta nell’ultimo mese
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

Lo stesso rapporto mette in evidenza, come per altro ben noto, che il consumo di sostanze psicotrope evidenzia prevalenze di utilizzo differenti tra fasce di età e sesso. Come conseguenza uno *screening* delle sostanze d'abuso non mirato determinerà sicuramente un incremento non giustificato dei costi.

Il secondo quesito, relativo alle evidenze di una maggiore incidenza di incidenti ed infortuni per i tossicodipendenti, e consumatori occasionali. È in base a questa evidenza infatti che è sostenibile la valutazione ai fini della tutela di terzi. Purtroppo le evidenze non sono consistenti. Come riportato da TM Wickizier *et al.* (2), ci sono riscontri differenti da parte di vari autori, pertanto non univoco il riscontro che l'aumento del numero di infortuni sia direttamente correlato all'uso di sostanze psicotrope. Secondo alcune stime le sostanze di abuso, in questo caso sia alcol che droghe, sarebbero responsabili del 47% degli infortuni lavorativi (3).

In Italia non esistono dati in proposito, in quanto è finora sporadico se non eccezionale l'esecuzione di test specifici sugli infortunati. Una stima dell'entità del problema proviene da studi di mortalità ed incidenza di patologie di coorti di tossicodipendenti, come quello condotto e recentemente pubblicato nella città di Bologna (4). Si evince che i tossicodipendenti hanno tassi di mortalità per traumi ed avvelenamenti e incidenti stradali nettamente superiori alla popolazione generale, per entrambe i sessi: SMR (*standardized mortality ratio*) di traumi ed avvelenamenti 11,7 e 10,2 in uomini e donne; e di incidenti stradali 4,37 e 5,02, sempre nei due sessi.

Infine il terzo quesito relativo alla efficacia dei programmi di prevenzione della dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope negli ambienti di lavoro nella riduzione dei tassi di infortunio. Facciamo riferimento in particolare ad uno studio condotto nello Stato di Washington, dal 1994-2000 (2), per valutare l'efficacia del *Drug-Free-Workplace Program* come riduzione del tasso di infortuni tra un gruppo di aziende aderenti e non. Questo programma molto diffuso negli USA, prevede come componenti principali: una politica aziendale esplicita contro le droghe, programmi di assistenza ai lavoratori, formazione ed aggiornamento dei supervisori, educazione e sensibilizzazione dei lavoratori e provvedimenti per identificare gli utilizzatori di droghe illecite (inclusi test di laboratorio). I risultati sono riportati per differenti categorie di aziende, confrontando gli andamenti temporali precedenti, contemporanei e successivi alla realizzazione del programma, tra gruppi di aziende aderenti e non al programma stesso.

Si evince che per la maggior parte delle categorie, le aziende aderenti al programma segnalano tassi di infortuni di partenza nettamente superiori rispetto al gruppo delle aziende di controllo. Questo suggerisce che l'adesione al programma è stata valutata con attenzione solo dalle aziende che maggiormente avvertivano il problema, e quindi non in forma estensiva ed indiscriminata, come avverrà nel nostro Paese in base alla attuale legge.

Evidenze di efficacia sono state documentate per la categoria delle costruzioni; per le aziende manifatturiere ed i servizi il divario iniziale tra i gruppi a confronto di riduce solo in parte. Nessuna efficacia è stata evidenziata per le

aziende agricole e per quelle del ramo dei trasporti, sia considerando i tassi di tutti gli infortuni che la quota degli stessi con prognosi superiore a quattro giorni.

Responsabilità del Medico del Lavoro

Responsabilità comunque per il medico competente (MC) è l'espressione formale della temporanea non idoneità. Si tratta di un ampliamento del campo di competenza dell'attività del MC, non più solo indirizzata alla peculiare tutela della salute del dipendente, ma di una estensione alla salvaguardia della sicurezza di terzi. Questo scenario, già introdotto in parte per la normativa di controllo dell'abuso di sostanze alcoliche in ambito lavorativo, apre ora aspetti innovativi della disciplina, che potrebbero trovare applicazione in futuro anche in altri ambiti (rischio biologico, etc.). Non è affatto scontato avere attribuito l'onere degli accertamenti al MC, collegandoli al giudizio di idoneità. È questa una peculiarità italiana e di pochi altri Paesi europei. Non è affatto consolidato nella nostra legislazione che il MC si assuma una "responsabilità verso terzi", sebbene lo statuto dell'*International Commission of Occupational Health* lo preveda esplicitamente. Bisogna definire gli ambiti di tale estensione e soprattutto se l'essenza del giudizio sia di idoneità, come la legislazione indica, oppure di inabilità temporanea o totale, che in tal caso invoca altre responsabilità e competenze.

È invece evidente il vantaggio a livello di sanità pubblica che comporta la decisione di aver affidato al MC il coordinando delle azioni ritenute necessarie ed attuate in collaborazione con soggetti istituzionali pubblici o privati allo scopo accreditati e certificati, in quanto gli vengono riconosciute competenze sia cliniche che di medicina preventiva, l'inserimento organico negli ambienti di lavoro ed un rapporto fiduciario consolidato sia con il datore di lavoro che con i lavoratori.

Considerevoli sono però le possibilità realizzative, stante le difficoltà operative di screening, incluse la raccolta e l'analisi dei campioni, di integrazione con la sorveglianza sanitaria del DL 81, di collaborazione con i SERT, gli organismi di secondo livello che la normativa invoca per la definizione diagnostica e per intraprendere programmi di riabilitazione, di gestione non solo dei soggetti tossicodipendenti ma anche di coloro che fanno uso saltuario di sostanze psicotrope e stupefacenti, di tutela la tutela della *privacy* del lavoratore. Con la presenta trattazione si affronteranno alcuni di questi aspetti.

Si ricorda che INAIL può stabilire che l'infortunio sia attribuibile ad inottemperanze del datore di lavoro, al comportamento del lavoratore, a caso fortuito, ma anche "ad un terzo estraneo al rapporto di lavoro" ed in quest'ultimo caso esercitare l'azione di surroga "l'assicurazione che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili..." (Art. 1916 Codice Civile). Pertanto per gli infortuni con accertamenti positivi dell'infortunato per sostanze tossicodipendenti, si dovrà stabilire se il MC abbia eseguito gli accertamenti ed abbia esercitato il giudizio di

idoneità specifico. In caso di inadempienze accertate l'azione di rivalsa sarebbe quindi giustificata. È indilazionabile una valutazione giuridica esaustiva, che identifichi le responsabilità del MC in sede penale e civile.

Test di screening

La normativa attribuisce al MC l'onere di eseguire i test di screening della prima fase su tutti i lavoratori indicati dal DL, includendo la raccolta di campioni. È detto anche che i test possono essere eseguiti in laboratori autorizzati, ma non è così esplicita la norma nell'indicare che anche la raccolta e conservazione dei campioni sia demandabile a detti lavoratori. Questa possibilità deve essere più chiaramente esplicitata. È quindi da prevedersi l'estensione controllata delle autorizzazioni dei laboratori in grado di effettuare le determinazioni di primo livello, lasciando quelle di conferma a laboratori di tossicologia clinica e forense.

Relativamente alla affidabilità dei test di valutazione, sembra logico aver fatto riferimento ai test che evidenzino il più possibile il consumo abituale, non solo estemporaneo, e quindi a quelli su matrice cheratinica, ma che invece vengono considerati solo per il secondo livello, stante costi considerevoli. Si deve tener presente che altri materiali inevitabilmente riducono l'affidabilità, incrementando il rischio di non corretta attribuzione di diagnosi e delle conseguenti azioni da parte del MC.

I test su saliva, effettuabili *on-site* con modesta invasività nella raccolta del materiale biologico e ridotta possibilità di adulterazione del campione, sono però considerati, come i test sul sangue, indicatori di consumo recente, entro le 2-4 ore dall'assunzione per la maggior parte delle sostanze, e pertanto sono spesso erroneamente negativi relativamente al consumo abituale. Per questa ragione i test su saliva *on-site* sono scomparsi nell'ultima edizione del Provvedimento applicativo, tenendo anche conto delle interrogazioni di SIMLII.

I test *on-site* su urina rivelano indici di accuratezza variabili per le diverse sostanze (5, 6), comunque indicativi di buona accuratezza. Per la maggior parte di esse la sensibilità è superiore alla specificità, sebbene con ampie variazioni. I falsi positivi potrebbero rappresentare un serio problema gestionale da parte del medico del lavoro che se effettuati in proprio non è spartirebbe con altri la responsabilità con i lavoratori interessati. I falsi negativi in quanto appunto trattandosi di soggetti potenzialmente tossicodipendenti non riconosciuti non riducono le responsabilità del medico competente in caso di lesioni a terzi. Inoltre per le urine sono da tener presente le difficoltà relative alle modalità di raccolta, la catena di custodia e lo stoccaggio dei campioni. Si ricordi che i valori di sensibilità si riferiscono alla solo fase analitica, presupponendo campioni raccolti con ottimi standard in fase pre-analitica. Come è ben noto, per la maggior parte dei soggetti tossico-dipendenti le alterazioni dei campioni sono una realtà molto diffusa. Il rischio quindi è di fare ampi screening, ad alti costi, e non riuscire a identificare i soggetti a rischio. È indispensabile che i campioni siano testati per cretinuria, al fine di ac-

certarsi se si tratta di urine e se eventualmente si tratti di urine diluite (eccessivo apporto idrico). Rimane comunque la possibile sostituzione del campione di urine con quello di altri soggetti. In questo caso una particolare cura deve essere posta nella raccolta del campione, spesso di non facile realizzazione da parte solo del medico del lavoro.

Infine è da verificare che i test *on-site* permettano di valutare i valori dei *cut-off* dei test di screening riportati in Tabella 1 all'Allegato A del Provvedimento, che ora fanno riferimento alle soglie, anche per anfetamina e metanfetamine, indicate da *European Laboratory Guidelines for Legally Defensible Workplace Drug Testing, Version 1.0, 2002*.

La responsabilità quindi attribuita al MC per la raccolta del campione, salvaguardia della catena di custodia, salvaguardia del diritto di privacy (per differenti aspetti), predisposizione e conservazione dei campioni di urine, è da ritenersi eccessiva ed immotivata. È prassi consolidata anche per le Commissioni Patenti, l'invio del dipendente sia per la raccolta del campione che per la determinazione a Laboratori autorizzati.

Collaborazione tra MC e SERT

La norma e le procedure applicative affidano la responsabilità dello *screening* al MC e la conferma di secondo livello ai SERT, le strutture territoriali deputate alla cura e riabilitazione dei tossicodipendenti. È da notare che affermando il Provvedimento nella premessa il "*principio cautelativo*" di esprimere un giudizio di "*non idoneità per qualsiasi tipo di assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di una condizione di dipendenza*" sposta di fatto la responsabilità del giudizio più a carico del MC che non dell'esperto del SERT.

Si tratta di una modifica condivisibile, in quanto per i medici del SERT sarebbe meno visibile la loro responsabilità in relazione al possibile dell'allontanamento dal lavoro abituale di loro assistiti, con inevitabili ripercussioni sul rapporto fiduciale dei pazienti.

D'altra parte non si capisce per quale motivo, stante l'asserito obiettivo preventivo, non si faccia minimamente menzione di un coinvolgimento di strutture pubbliche (SERT appunto) ma anche private, per azioni di *counseling* e riabilitative per i consumatori occasionali, per i quali il MC dovrà trovarsi inevitabilmente isolato nel portare le conseguenze del giudizio di inidoneità, seppur temporaneo.

Connessione degli accertamenti con la Sorveglianza Sanitaria

Sebbene auspicabile la connessione tra accertamenti per assunzione di droghe ed alcol e quelli relativi alla sorveglianza sanitaria, indicati al già citato Art. 41, comma 4, del DL 81/08 non è di immediata applicazione. Infatti da un punto di vista operativo, la contemporaneità degli accertamenti periodici, intesa come realizzazione nello stesso momento e utilizzando le stesse procedure, non sembra molto praticabile. Infatti sebbene entrambe i dettati legislativi indichino una periodicità "di norma annuale", è molto difficile poter realisticamente prevedere la "non pre-

vedibilità dell'accertamento", indispensabile prerogativa per gli accertamenti di tossicodipendenza.

È quindi auspicabile che gli accertamenti per abuso di alcol e sostanze stupefacenti avvenga contestualmente al programma di sorveglianza sanitaria, nel senso che il Piano Sanitario Aziendale lo contempra chiaramente, ma che si eviti la esecuzione di accertamenti e quindi delle visite in contemporanea, pena il vanificarsi degli obiettivi di efficacia e di tutela della *privacy*. L'indipendenza temporale degli accertamenti e delle visite per i rischi lavorativi e per i comportamenti a rischio, permette anche di prevedere due distinti certificati in base ai due specifici dettati legislativi.

Esistono poi nel dettato legislativo in oggetto aspetti che contrastano con la legislazione precedente in vigore. È il caso degli "accertamenti per ragione di sospetto" e degli "accertamenti dopo incidente/infortunio", che anche per le precisazioni espresse dal DL 81/08, non possono essere richieste dal Datore di Lavoro direttamente al MC. All'uopo potrebbero essere utilizzate le strutture pubbliche territoriali od ospedaliere di Medicina del Lavoro, facendo riferimento a L 300/70 Art 5 comma 3: "Il DL ha facoltà di controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico".

Infine, ci si potrebbe chiedere se sia lecito indagare abitudini voluttuarie per legge, anche in assenza di chiara evidenza scientifica che quest'ultime possano influire negativamente sulla performance lavorativa. Il Garante per la *Privacy* (15 dicembre 2005) ha indicato: "la legge può imporre accertamenti sanitari ad un soggetto in ragione di rilevanti necessità di terzi o della collettività, ma sul presupposto del rispetto delle persone che vi vengono sottoposte...". Ma il rispetto potrebbe venire violato a diversi livelli della procedura: diffusione dell'elenco dei soggetti da controllare, modalità di esecuzione dei test, invio agli accertamenti di seconda fase, diffusione del giudizio di idoneità, etc...

Operativamente quindi, in ottemperanza al dettato legislativo che impone al datore di lavoro a fornire la lista dei soggetti che appartengono alle categorie da sottoporre a *screening* per le sostanze stupefacenti, qualora non se ne possa occupare di persona (come è prevedibile che avvenga in parecchie organizzazioni aziendali), per ottemperare alla tutela della *privacy* del lavoratore ed anche alla auspicata "non prevedibilità dell'accertamento", il datore di lavoro deve indicare con delega scritta (come previsto dal DL 81/08 per altre funzioni), chi ha l'incarico di redigere e comunicare detta lista al medico competente.

senza preavviso. Per tale attività il datore di lavoro può avvalersi (anzi è opportuno che si avvalga) per ovvi motivi di competenza, efficienza ed efficacia, della collaborazione del medico competente, che è quindi autorizzato a svolgere indagini mirate (comprese le determinazioni su materiali biologici) secondo protocolli definiti ed in stretta collaborazione con le strutture sanitarie competenti.

Il medico competente opera in qualità di consulente del datore di lavoro ai fini dell'osservanza di una specifica normativa che non attiene la protezione dei lavoratori ma la tutela dei terzi. Per tale attività viene predisposto un opportuno documento che, rifacendosi alle prescrizioni di legge, riporta chiaramente scopi e modalità degli accertamenti e viene sottoscritto dal lavoratore all'atto dell'assunzione. La corretta applicazione della procedura viene garantita dal medico competente che può avvalersi della collaborazione di strutture ed istituzioni pubbliche o private, accreditate e certificate, idonee allo scopo (Servizi di Medicina del Lavoro Ospedalieri e delle ASL; Istituti universitari di Medicina del Lavoro; Laboratori di Tossicologia, di Medicina Legale o di Tossicologia Forense).

Sarebbe al riguardo auspicabile la possibilità di ammettere la possibilità di attuare divefferenti modelli applicativi, adeguati alle specifiche condizioni di settore produttivo ed aziendali, al fine di poterne documentare l'efficienza e l'efficacia. A questo scopo deve essere previsto sia a livello ministeriale che regionali la costituzione di gruppi di lavoro, "con il compito di monitorare e valutare l'applicazione, l'efficienza e l'efficacia della procedura (con prima elaborazione e comunicazione dei dati ad un anno dalla emanazione della stessa) allo scopo di promuovere un miglioramento continuo della normativa". Questo livello valutativo deve essere previsto *in primis* nell'ambito delle singole realtà aziendali, con la partecipazione sia della dirigenza aziendale che dei rappresentanti dei lavoratori.

Certamente si tratta di un maggiore impegno ed aggravio di responsabilità, ma anche di nuove opportunità professionali per il medico del lavoro, che dovrà affrontare nuovi aspetti etici, tecnico-scientifici, umanistico-sociali e migliorare il suo ruolo di consulenza globale in ambito lavorativo, includendo la promozione della salute della popolazione, secondo una specificità propria. Si tratta di permettere al MC di poter operare in piena responsabilità e pieno riconoscimento delle professionalità che sono necessarie per non rendere irrealizzabile o evanescente l'importante compito assegnatogli dal dettato legislativo.

Osservazioni conclusive

In conclusione si può per ora solo ribadire quanto espresso dal documento conclusivo che il Gruppo di Lavoro di SIMLII ha preparato (www.simlii.net), che testualmente indica "si ritiene che possa essere forse più coerente, ragionevole ed efficace attribuire all'Intesa esclusivamente la funzione di regolamentare il problema della tutela dei terzi, assegnandone la responsabilità (ed i costi) al datore di lavoro, che la assolve effettuando controlli all'assunzione e controlli sia programmati che a campione

Ringraziamenti

Ringrazio sentitamente il Dr. Luciano Riboldi della Clinica del Lavoro, Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano che ha condiviso con me la responsabilità del Gruppo di Lavoro SIMLII e che ha contribuito alla predisposizione di ripetuti commenti ed osservazioni alle differenti versioni dei testi del Provvedimento che sono stati resi disponibili dalla Commissione ministeriale incaricata. Ringrazio anche il Professor Stefano Porru, della Cattedra di Medicina del Lavoro dell'Università degli studi di Brescia, il Dr. Guido Feltrin della UOO di Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliera i Desio-Vimercate, il Dr. Stefano Taborelli della UOO di Medicina del Lavoro e Preventiva dell'Azienda

Ospedaliera Ospedale di Circolo - Fondazione Macchi di Varese, ed il Dr. Raffaele Latocca della UO di Medicina del Lavoro dell'Ospedale San Gerardo di Monza che hanno collaborato alla predisposizione della comunicazione per il Convegno AIMLII di Varese del 18 ottobre 2008 su "Tossicodipendenze e Lavoro", per gli spunti attentamente considerati nel presente contributo. Si rammenta che le diapositive delle presentazioni al Convegno di Varese sono disponibili su web (www.dmlp-va.it).

Bibliografia

- 1) Indagine di popolazione sul consumo di sostanze psicotrope nella Città di Milano. Survey 2007. Dipartimento delle Dipendenze ASL Città di Milano. A cura di R. Mollica. Milano, giugno 2008.
- 2) TM Wickizier, B Kopjar, G Franklin, J Joesch. Do Drug-Free Workplace programs prevent occupational injuries? Evidence from Washington State. *Health Services Research* 2004; 39: 91-110.
- 3) Bernstein M, Mahoney J. Management perspectives on alcoholism. The employer's stake in alcoholism treatment. *Occup Med* 1989; 4: 223-32.
- 4) 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.
- 5) Peace MR *et al.* Performance evaluation of four on-site drug-testing devices for detection of drugs of abuse in urine. *J Analytical Toxicology* 2000; 24: 589-94.
- 6) Kedehjian LJ. Performance of five non-instrumented urine drug-testing devices with challenging near-cutoff specimens. *J Analytical Toxicology* 2001; 25: 670-9.

Richiesta estratti: *Professor Marco M. Ferrario - Medicina del Lavoro e Preventiva, Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese, Viale Borri 59, 21100 Varese, Italy*