

A. Grassi¹, F. Alberti², S. Berivi³,
C. Mereu⁴, A. Palummiert⁵,
S. Scevola⁶, A. Spissu⁷

Assessment WDT (Workplace Drug Testing): preliminary study on a sample of workers with jobs at risk of third parties enrolled to the ASL RM D of Rome to "second level" testing (DGR 332/09)

Gli accertamenti WDT (Workplace Drug Testing): studio preliminare su un campione di lavoratori con mansioni a rischio di terzi afferenti alla ASL RM D di Roma per gli accertamenti di 2° Livello (DGR 332/09)

Riassunto

La conferenza permanente per i rapporti fra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito con un provvedimento del 18 settembre 2008 l'accordo in materia di procedure per gli accertamenti sanitari di presenza/assenza di tossicodipendenza (Workplace Drug Testing - WDT), previsto dal comma 2 dell'art. 8 dell'intesa siglata il 30 ottobre 2007 da parte della medesima conferenza. Il provvedimento prevede che dopo i controlli di 1° livello, effettuati dai Medici Competenti all'interno delle Aziende che hanno personale con mansioni a rischio di terzi, seguano i controlli di 2° livello che devono essere effettuati dai Servizi per le Tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie Locali. Il Servizio per le Dipendenze della ASL RM D ha attivato un centro dedicato che si occupa di effettuare tali controlli secondo la normativa vigente. Nei primi 18 mesi di attività sono stati segnalati dalle Aziende 90 lavoratori, 76 sono stati convocati e di questi 58 hanno completato l'iter diagnostico. Il 95,8% dei lavoratori convocati è costituito da maschi e l'età media è 36,2 anni (range 22-58); il 53,4% era stato segnalato nel 1° livello per positività al THC e il 39,7% alla cocaina.

Questo articolo suggerisce che, accanto ai dati epidemiologici, si debbano affiancare studi clinici sui lavoratori con mansioni a rischio di terzi, sconosciuti ai Servizi Territoriali.

Parole chiave: Workplace Drug Testing; Abuso di droghe; Analisi delle urine e del capello; Accertamenti di 2° Livello; Tossicodipendenza; Prevenzione secondaria.

Introduzione

La conferenza permanente per i rapporti fra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano ha sancito con un provvedimento del 18 settembre 2008 l'accordo in materia di procedure per gli accertamenti sanitari di presenza/assenza di tossicodipendenza, previsto dal comma 2 dell'art. 8 dell'intesa siglata il 30 ottobre 2007 da parte della medesima conferenza [1]. Il provvedimento prevede che ai controlli di 1° livello, effettuati dai Medici Competenti all'interno delle Aziende che hanno personale con mansioni a rischio di terzi, seguano i controlli di 2° livello che devono essere effettuati dai Servizi per le Tossicodipendenze delle Aziende Sanitarie Locali. Tali controlli, compiuti sui lavoratori risultati positivi al 1° livello, devono accertare la presenza/assenza di tossicodipendenza e produrre la correlata certificazione. Conseguentemente, la ASL RM D ha recepito la nuova normativa regionale (DGR 332/09) e ne

Summary

The Permanent Conference for Relations between State, Regions and Autonomous Provinces of Trento and Bolzano, sanctioned by a decision of 18 September 2008 an agreement on procedures for health assessments of presence/absence of drug (Workplace Drug Testing - WDT) provided for in paragraph 2 of art. 8 of the agreement signed October 30, 2007 from the same conference. The measure provides that after test for First Level, carried out by occupational physicians in companies that have staff with duties to third parties at risk, follow the Second Level controls to be carried out by Addiction Services of the Hospitals premises. The Service Dependencies for the ASL RM D has enabled a dedicated centre that deals with carrying out these checks according to regulation. In the first 18 months of activity have been reported by the companies 90 employees, 76 were invited and 58 of these have completed the diagnostic process. The 95,8% of the summoned workers are constituted by males and the middle age is 36,2 years (range 22-58); the 53,4% had been signalled in the First level for positiveness to the THC and 39,7% to the cocaine.

This article suggests that in addition to epidemiological data, it should complement clinical studies on workers with jobs at risk of third parties unknown to Public Drug Addiction Rehabilitation Center.

Key words: Workplace Drug Testing; Drugs of abuse; Urine/hair analysis; "Second level" testing; Drug addiction; Secondary prevention.

ha deliberato l'applicazione ad inizio del 2010, individuando nella U.O.C.I. Servizio per le Dipendenze la propria struttura deputata ad effettuare tali accertamenti.

In ottemperanza alla delibera aziendale, il Servizio per le Dipendenze ha dunque aperto un ambulatorio *ad hoc* dedicato agli accertamenti, quale struttura intermedia tra il Servizio per le Dipendenze e l'attività di prevenzione di comportamenti a rischio, che non coincide infatti con i locali del Ser.T., poiché si configura fondamentalmente come presidio per accertamenti e diagnosi riguardanti cittadini presuntivamente non affetti da tossicodipendenza. Uno spazio protetto anche per tutelare il lavoratore coinvolto in conformità della legge che prevede "la necessità di effettuare gli accertamenti in modo tale da garantire la privacy, il rispetto e la dignità della persona sottoposta ad accertamento che non deve in alcun modo rappresentare uno strumento persecutorio, lesivo della libertà individuale o teso ad allontanare arbitrariamente la persona dalla sua attività lavorativa" [2].

¹ Direttore U.O.C.I. Servizio per le Dipendenze ASL RMD, medico psichiatra, psicoterapeuta, psicologo analista LIRPA e IAAP, Professore a contratto Università Urbaniana, docente Scuola Medica Ospedaliera

² Dirigente Medico U.O.C.I. Servizio per le Dipendenze ASL RMD, Medico Tossicologo

³ Psicologa, Specialista a convenzione U.O.C.I. Servizio per le Dipendenze ASL RMD, Psicoterapeuta, psicologo analista LIRPA e IAAP, docente Scuola Medica Ospedaliera

⁴ Medico Psichiatra, Specialista a convenzione U.O.C.I. Servizio per le Dipendenze ASL RMD

⁵ Psicologo dell'educazione; Specializzando in Psicoterapia familiare; Ricercatore, Università Pontificia Salesiana - Roma; Contrattista, Dip. Epidemiologia e Ricerca Pre-clinica, INMI "L. Spallanzani" - Roma.

⁶ Psicologo clinico, volontaria U.O.C.I. Servizio per le Dipendenze ASL RMD

⁷ Medico Legale, Specialista a convenzione U.O.C.I. Medicina Legale, specialista Medicina dello Sport, diploma Medicina Sociale

L'ambulatorio assicura, inoltre, il reperimento di tutto ciò che è previsto dalla legge e necessario per la tutela del lavoratore e degli operatori coinvolti¹ in tali procedure: stanze adeguate e attrezzate per i colloqui, ambulatorio medico per il prelievo della matrice cheratinica, contenitori per catena di custodia per la matrice cheratinica e per la ricerca dei metaboliti urinari, moduli per la garanzia della catena di custodia, cartella clinica, test psicometrici, registri di protocollo in entrata e in uscita. Le analisi della matrice cheratinica sono effettuate in convenzione con il Laboratorio Analisi dell'Ospedale "Pertini" di Roma con metodica cromatografata in fase gassosa o in fase liquida accoppiata a spettrometria di massa (GC/MS o LC/MS). Tutta l'intera procedura segue il protocollo della catena di custodia [3].

Protocollo per gli accertamenti

Uno degli aspetti più rilevanti della nuova normativa che regola gli accertamenti per i lavoratori con mansioni a rischio di terzi, riguarda l'estensione del concetto di tossicodipendenza anche all'uso ricreativo delle sostanze psicotrope. Infatti, la diagnosi prevista dal legislatore contempla sia la presenza della tossicodipendenza, sia la sua assenza con riscontrato uso nel caso in cui pur mancando i requisiti veri e propri della tossicodipendenza, secondo il DSM IV-TR e l'ICD-10, sia comunque comprovato l'uso abituale e/o sporadico di sostanze psicotrope. In tal senso, la legge prevede che per chi svolge attività lavorative in cui possono essere coinvolti terzi non può essere tollerata alcuna presenza di tali sostanze, anche se consumate fuori dall'orario e dall'ambiente di lavoro. In questa prospettiva è evidente che una diagnosi accurata assume particolare importanza anche perché, come i dati acquisiti finora confermano, le sostanze che vengono riscontrate più frequentemente con i WDT (*Workplace Drug Testing*), sono il THC e la cocaina che non sempre generano tolleranza e sindrome di astinenza, che possono manifestarsi solo in casi di massicce e quotidiane assunzioni e quindi ad un livello più patologico, e che quindi possono condurre più difficilmente ad una diagnosi di tossicodipendenza e più facilmente a quella di assenza di tossicodipendenza con riscontrato uso.

Il protocollo operativo applicato, condiviso nei suoi principi metodologici e clinici con i Medici Competenti delle aziende invianti², prevede un colloquio psicologico, un colloquio psichiatrico, la somministrazione del MMPI-2, l'analisi della matrice cheratinica e l'analisi dei metaboliti urinari. Tale protocollo risponde quindi alla necessità di una diagnosi multidisciplinare approfondita che contenga non soltanto e non semplicemente indispensabili indagini di laboratorio, che documentino la presenza di sostanze nei campioni biologici, ma anche una valutazione psicologica e psichiatrica. I presupposti teorici di tale scelta riguardano ovviamente la dimostrata e associata compresenza delle problematiche di dipendenza con molte problematiche psichiatriche, sia sull'Asse 1 che sull'Asse 2 del DSM IV-TR [4-11]. Oltre a ciò i due colloqui, psicologico e psichiatrico, effettuati da 2 operatori diversi, rappresentano per il lavoratore una maggior garanzia di obiettività e oggettività va-

lutativa. Il MMPI-2 è stato scelto per l'indubbia validità legale, affermata e riconosciuta in ambito forense internazionale, e per l'indiscusso valore clinico diagnostico che può vantare anche grandi campioni normativi statistici di verifica accumulati negli anni. A fronte dei risultati di laboratorio e delle valutazioni cliniche degli operatori che effettuano i colloqui, in una riunione di Equipe congiunta con il Direttore del Servizio è decisa la diagnosi e stilata la correlata certificazione.

Il campione: descrizione e risultati

L'Azienda USL RM D comprende un ambito territoriale di 517 Km² ed è composta dai Municipi XIII, XV e XVI e dal Comune di Fiumicino. Gli abitanti sono 592752 con una densità abitativa media di 1146,52 abitanti per Km² (dato al 31.12.2010). Le Aziende all'interno di questo ampio territorio che si sono rivolte al nostro Servizio sono 18, alcune delle quali di ambito locale o comunale altre invece presenti su tutto il territorio nazionale.

Le attività di accertamento sono iniziate ufficialmente a settembre 2010. Il periodo osservato in questo lavoro va da tale data fino a dicembre 2011, comprendendo dunque un intervallo di tempo di 18 mesi. Nel periodo considerato sono state fatte al nostro Servizio 90 segnalazioni dalle Aziende. Di queste 13 (14,4%) non hanno avuto seguito per motivi vari (dimissioni del lavoratore, contratti a termine scaduti, ecc.), per cui abbiamo effettuato 77 (85,6%) nostre convocazioni formali. 1 (1,1%) soggetto ci è stato inviato dal Medico Competente senza gli accertamenti di 1° Livello, quindi senza la segnalazione della sostanza, ma per legittimo sospetto. Il soggetto non si è mai presentato al nostro Servizio, per cui è stato eliminato dal campione. Dei 76 soggetti del campione esaminato, formalmente convocati dal nostro Servizio, sono pertanto effettivamente afferiti 65 lavoratori (85,5%), mentre 11 (14,5%) non si sono mai presentati agli appuntamenti (*Tabella I*). Su questi 65 lavoratori sottoposti agli accertamenti, 58 (89,2%) hanno portato a termine tutto l'iter diagnostico, mentre 7 (10,8%) hanno effettuato un *drop out* (*Tabella II*). La *compliance* ai WDT da parte dei lavoratori è in realtà abbastanza alta se consideriamo che ha completato l'iter il 91% dei presentati, mentre scende a 76,3% se valutata rispetto ai

Tabella I – Numero soggetti convocati.

| | N (%) |
|----------------|-----------|
| Presentati | 65 (85,5) |
| Non presentati | 11 (14,5) |
| Convocati | 76 (100) |

Tabella II – Numero soggetti presentati.

| | N (%) |
|-------------|-----------|
| Certificati | 58 (89,2) |
| Drop out | 7 (10,8) |
| Presentati | 65 (100) |

¹ Il nostro Servizio si avvale della preziosa collaborazione dei seguenti CPSI, M. D'Alvia, A. Della Carità, D. Del Prete, R. Orlandi e della CPSEI D. Genovesi.

² Il nostro Servizio convoca riunioni periodiche collegiali con tutti i Medici Competenti delle Aziende coinvolte territorialmente che si sono rivolte al nostro Servizio. Tali riunioni hanno l'obiettivo di condividere i principi metodologici e le procedure operative al fine di operare in sinergia, di affrontare eventuali criticità decidendo strategie comuni, di scambiare esperienze e soluzioni fra le diverse realtà aziendali e, in ultimo, di favorire uno spirito unitario indispensabile per operare in un ambito così delicato e difficile.

Tabella III – Sostanze riscontrate al 1° Livello per Sesso ed Età.

| Sostanza | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|------------------------|-----------|-------------------|---------|-------------------|-----------|-------------------|
| | N (%) | Età media (Range) | N (%) | Età media (Range) | N (%) | Età media (Range) |
| Cannabinoidi | 39 (53,4) | 35,33 (22-52) | - | - | 39 (51,3) | 35,33 (22-52) |
| Cocaina | 29 (39,7) | 37,11 (22-58) | 3 (100) | 35,33 (28-47) | 32 (42,2) | 36,64 (22-58) |
| Cannabinoidi e cocaina | 3 (4,2) | 38,33 (31-47) | - | - | 3 (3,9) | 38,33 (31-47) |
| Oppiacei | 2 (2,7) | 37,50 (28-47) | - | - | 2 (2,6) | 37,50 (28-47) |
| Totale | 73 (96,1) | 37,07 (22-58) | 3 (3,9) | 35,33 (28-47) | 76 (100) | 36,20 (22-58) |

convocati. In quest'ultimo caso, però, è difficile stabilire se la causa della mancata presentazione dipenda dalla volontà del lavoratore o da disfunzioni gestionali dell'azienda.

Il 95,8% del campione in esame è di sesso maschile e di età compresa tra i 22 e i 58 anni (media 36,7 anni); le donne sono solo 3 (4,6%) di età compresa fra i 28 e i 47 anni (media 35,33 anni). Per ciò che riguarda le sostanze riscontrate al 1° Livello, il 53,4% è segnalato per positività al THC e il 39,7% per la cocaina. Solamente 2 invii sono stati fatti per oppiacei, pari al 2,7% del campione, e 3 soggetti sono stati inviati per cannabinoidi e cocaina (4,2%). Le 3 lavoratrici donne del campione erano tutte positive nel 1° livello alla cocaina, ossia le donne rappresentano il 9,4% dei positivi alla cocaina. Per ciò che riguarda la correlazione fra l'età e il tipo di sostanza ritroviamo una media inferiore per l'uso di cannabinoidi (35,33) e un'età maggiore per le altre sostanze (Tabella III).

I risultati degli accertamenti di 2° Livello effettuati dal nostro Servizio sono i seguenti. In totale 27 soggetti su 76 sono stati confermati ossia il 35,5% in totale.

Dei 39 soggetti positivi ai cannabinoidi solo il 17,9% è stato comprovato al 2° Livello, mentre al 5% è stato riscontrato

l'uso di cocaina e al 3% quello di oppiacei. Dei 32 positivi alla cocaina è stato convalidato il 40,6%; al 100% sono stati confermati i risultati del 1° Livello nel caso degli oppiacei. Dei 3 positivi ai cannabinoidi e alla cocaina 1 lavoratore è risultato positivo solo ai cannabinoidi, 1 solo alla cocaina, ossia in totale 2 positivi al 2° Livello (66,7%) (Tabella IV). In realtà, i positivi ai cannabinoidi aumentano se si considera che 3 soggetti risultati negativi al 2° Livello in una prima convocazione sono stati rinviati al nostro Servizio nello stesso anno come recidive, e quindi trovati positivi ad un ulteriore controllo di 2° livello, per un totale di 10 soggetti pari al 25,6%.

Per ciò che concerne la certificazione, come abbiamo anticipato, 58 soggetti presentati hanno completato l'iter e sono stati diagnosticati (Tabella V). A 32 (55,2%) è stata assegnata la diagnosi di Assenza di Tossicodipendenza, mentre 22 lavoratori (37,9%) hanno avuto quella di Assenza di tossicodipendenza con riscontrato uso. Le diagnosi di Tossicodipendenza sono state complessivamente 4 (6,9%), di cui 2 soggetti erano già stati diagnosticati presso altri Ser.T. per Dipendenza da oppiacei e mentre 2 sono stati diagnosticati dal nostro Servizio per la prima volta, entrambi per dipendenza da cocaina.

Tabella IV – Sostanze riscontrate al 1° Livello per sostanze riscontrate al 2° Livello.

| Sostanza riscontrata 1° livello | Sostanza riscontrata 2° livello | | | | Altri esiti | | Totale |
|---------------------------------|---------------------------------|------------|------------|------------------|----------------|-----------|-------------|
| | Cannabinoidi | Cocaina | Oppiacei | Nessuna sostanza | Non presentati | Drop out | |
| Cannabinoidi | 7 - 17,9% | 2 - 5,1% | 1 - 2,6% | 20 - 51,3% | 6 - 15,4% | 3 - 7,7% | 39 - 100,0% |
| Cocaina | - | 13 - 40,6% | - | 11 - 34,4% | 5 - 15,6% | 3 - 9,4% | 32 - 100,0% |
| Cannabinoidi e cocaina | 1 - 33,3% | 1 - 33,3% | - | - | - | 1 - 33,3% | 3 - 100,0% |
| Oppiacei | - | - | 2 - 100,0% | - | - | - | 2 - 100,0% |
| Totale | 8 - 10,5% | 16 - 21,1% | 3 - 3,9% | 31 - 40,8% | 11 - 14,5% | 7 - 9,2 | 76 - 100,0% |

Tabella V – Sostanze riscontrate al 1° Livello per certificazioni 2° Livello.

| Sostanza riscontrata 1° livello | Certificazione 2° livello | | | Totale |
|---------------------------------|------------------------------|--|-------------------|-------------|
| | Assenza di tossicodipendenza | Assenza di tossicodipendenza con riscontrato uso | Tossicodipendenza | |
| Cannabinoidi | 22 - 70,9% | 8 - 25,8% | 1* - 3,3% | 31 - 100,0% |
| Cocaina | 10 - 43,5% | 12 - 52,2% | 1 - 4,3% | 23 - 100,0% |
| Cannabinoidi e cocaina | - | 2 - 100,0% | - | 2 - 100,0% |
| Oppiacei | - | - | 2 - 100,0% | 2 - 100,0% |
| Totale | 32 - 55,2% | 22 - 37,9% | 4 - 6,9% | 58 - 100,0% |

* Il soggetto, trovato positivo al 1° Livello ai cannabinoidi, è stato trovato alla matrice cheratinica negativo per tale sostanza, ma positivo agli oppiacei e metadone.

Sette soggetti sono stati segnalati nuovamente al nostro Servizio come recidive, 3 hanno avuto la certificazione di THC, 1 di cocaina, 1 di tossicodipendenza da cocaina, 1 non ha ancora completato la certificazione e 1 è in attesa di certificazione (*Tabella VI*).

Un'ultima annotazione riguarda gli 8 soggetti che si sono presentati al prelievo della matrice cheratinica completamente rasati e che, quindi, non lo hanno reso possibile. Solo 2 di loro hanno effettuato in alternativa alla matrice cheratinica un periodo di osservazione al nostro Servizio con verifica bisettimanale dei metaboliti urinari, risultando negativi, mentre gli altri 6 sono casi di *drop out*. Per ciò che concerne l'interpretazione di tali *drop out* non sarebbe improprio pensare ad un più che ragionevole sospetto di positività che potrà essere verificata con eventuali altri episodi di recidiva che si potranno presentare.

Discussione

Come risulta evidente anche ad una prima lettura, i dati del nostro campione confermano le trends nazionali ed internazionali sia per ciò che riguarda la prevalenza maschile su quella femminile³ [4-5;12-14], sia la maggior percentuale di positività ai cannabinoidi e alla cocaina rispetto alle altre sostanze [4-5;12-13;15-16].

Il dato rilevante è che soltanto il 18% dei positivi al THC sono stati confermati all'esame della matrice cheratinica effettuata al 2° Livello, rispetto ai positivi alla cocaina confermati al 41% o agli oppiacei positivi al 100%. Questo dato può essere interpretabile in più modi. Da un lato si può pensare alla presenza di false positività al 1° Livello [17]. Dall'altro sorge al contrario il sospetto che l'analisi della matrice cheratinica per la ricerca di cannabinoidi possa essere meno sicura rispetto a quella della cocaina o di altre sostanze e possa dare falsi negativi, anche considerando le tante variabili in gioco nell'analisi della matrice cheratinica [18-20], oppure che molti soggetti possano mantenere l'uso di tale sostanza entro tempi sporadici, ma costanti, da non essere riscontrabili nell'analisi. Questo dubbio è secondo noi rafforzato dalla presenza dei 3 soggetti recidivi la cui positività, lo ripetiamo, è stata confermata ad un ulteriore accertamento. Stesso discorso può essere fatto per i lavoratori risultati negativi al 2° Livello per la cocaina, anche se in questo caso per ciò che riguarda le recidive solo un lavoratore si era

dimostrato negativo al primo accertamento alla matrice cheratinica, mentre gli altri tre avevano già confermato la positività alla prima indagine clinica. In definitiva, è lecito supporre che la percentuale di persone trovate positive al 1° Livello e non confermate al 2°, più che dimostrare la fallacia dei WDT, delinei il profilo di consumatori occasionali, un consumo sociale e "ludico", ossia limitato e controllato nel tempo, in grado di "amministrare" l'uso di sostanze compatibilmente con la vita lavorativa e di relazione. Tale tipologia risponde proprio al nuovo profilo di consumo emergente [21]. Non è superfluo dire che tale ipotesi è stata suffragata anche dai colloqui clinici, nei quali la maggior parte dei lavoratori ha ammesso la presenza delle sostanze trovate al 1° Livello, negandone però l'uso problematico.

Già nel 1° Simposio Europeo sul WDT svolto a Stoccolma nel 1998, era stato sottolineato che il ritardo con cui l'Europa recepisce l'esperienza americana riguardo la prevenzione nei luoghi di lavoro del consumo di alcool e sostanza psicotrope si attestava sui 10/15 anni [22]. Tale ritardo, possiamo ribadire oggi, si è allungato di un altro decennio se consideriamo che in Italia la nuova normativa del 2007, riguardante gli accertamenti sui lavoratori con mansioni a rischio di terzi, è stata applicata in modo allargato solo a partire dal 2009/2010. Sebbene siamo in ritardo, il tempo intercorso ci consente tuttavia di fare tesoro dell'esperienza e dei risultati americani, per quanto possano essere controversi, così come ci aiuta a riflettere man mano sui risultati da noi ottenuti e, a partire dagli studi già intrapresi e che seguiranno, a mettere in campo metodologie sempre più efficacemente mirate alla prevenzione e alla cura, piuttosto che rischiare la possibilità che tali accertamenti possano essere piegati al servizio di un atteggiamento di controllo e di sanzione da parte delle Aziende. Uso che peraltro è escluso e garantito proprio dalla nostra normativa vigente⁴.

Come abbiamo anticipato, negli Stati Uniti il dibattito sull'opportunità e sull'efficacia dei WDT è stato ed è estremamente complesso e, in alcuni casi, molto contraddittorio. Alcune ricerche mostrano che dal 1985/90 al 2007 la percentuale di lavoratori risultati positivi ai WDT si è più che dimezzata passando dal 14% al 4% [23] indicando tali risultati come effetto di un'efficace prevenzione determinata proprio dagli accertamenti. Altre ricerche indicano anche che dal 1987 al 1993 gli incidenti fra gli operai ferroviari statunitensi sono diminuiti del 27% [24] e che nelle aziende dove si è applicato il WDT si è registrata una diminuzione dei fenomeni infortunistici del 50% [23], realizzando dunque l'obiettivo primario dei legislatori. Tali evidenze però sono da altri autori fortemente contestate. Per ciò che riguarda la diminuzione dei positivi si obietta che essa non sia una vera e propria diminuzione, ma forse il risultato di una migrazione dei lavoratori, dediti all'uso di sostanze, ad aziende che non effettuano i test [25-26], oppure che sia dovuta ad una maggior scaltrezza nell'evitare i controlli in periodi critici, considerata anche l'esistenza di numerosi siti Web che insegnano come evitare il test [27]. Dall'altra parte, anche l'evidenza del calo degli infortuni può essere relativizzata [28-30] e letta come risultato dell'intervento di altre variabili e non come effetto diretto dei controlli sulle sostanze. Oltre a ciò, anche altri ricercatori appartenenti ad altre realtà, al di fuori di quella

Tabella VI – 7 casi di recidiva: Sostanza 1° livello a confronto per certificazioni.

| | | Cannabinoidi | Cocaina |
|-------------------|-------------------|--------------|---------|
| 1° Certificazione | Assenza | 3 | |
| | Uso | | 4 |
| 2° Certificazione | Uso | 3 | 1 |
| | Tossicodipendenza | | 1 |
| | Drop-out | | 1 |
| | In corso | | 1 |

³ È importante considerare che i lavoratori con mansioni a rischio di terzi convogliati nel nostro Servizio sono a maggior rappresentanza maschile.

⁴ Vale la pena di sottolineare che l'Italia non solo è una delle poche nazioni europee che ha provveduto a legiferare specificatamente in tale ambito, mentre in altre realtà i controlli si fanno in modo altamente discrezionale, ma la legge varata ha cercato di tutelare il lavoratore sia escludendo i controlli pre assunzione, previsti in altre nazioni e negli SU, sia dando mandato ai Ser.T. di effettuare gli accertamenti, in un'ottica sanitaria preventiva e di cura e non solamente di controllo.

americana, hanno problematizzato i risultati del WDT [28] e hanno scoperto persino l'esistenza di una vera e propria "Detox industry" [31].

In Italia i dati a disposizione sono ancora molto limitati, poiché l'applicazione dell'Accordo Stato – Regioni è, come abbiamo visto, molto recente. La Relazione Annuale del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, presentata al Parlamento nel 2011, mostra come il dato emerso dal progetto DTRL (Drug Test sui Lavoratori a Rischio), commissionato dallo stesso Dipartimento Politiche Antidroga e affidato a RFI (Rete Ferroviaria Italiana), a ANMA (Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti) e alla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, registri che sui circa 16498 dei lavoratori sottoposti al test è stato trovato positivo al 1° livello l'1,22% [13]. Sulla stessa linea, un altro dato proveniente dal nord Italia che riporta che la positività riscontrata su una popolazione di lavoratori pari a 43.535 unità è stata anche qui solamente dell'1,9% [17]. Sia nel primo che nel secondo caso la sostanza risultata più presente è il THC, rispettivamente al 64% e al 65%, a seguire la cocaina, 13% e 20% e gli oppiacei 9% e al 6%. Quindi, anche se i dati sono evidentemente solo iniziali, si tratta comunque di partenza di una percentuale mediamente più bassa del risultato americano più recente, ossia 1,44% a fronte del 4% dei valori americani, che conferma anche la maggior diffusione della dipendenza da sostanze negli Stati Uniti rispetto al nostro paese⁵. Pure in questo caso è nello stesso tempo difficile poter dimostrare se i dati più bassi siano effetto di una minore incidenza di persone che usano sostanze nei luoghi di lavoro italiani oppure il risultato di controlli più limitati e più "lassi" o di lavoratori più abili ad evitare le positività.

In ogni modo, questo dato sicuramente confortante si aggiunge però agli altri dati generali che emergono, osservando ancora la Relazione Annuale al Parlamento Italiano sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze succitata, e che segnalano che la quota di persone che, rientrando nella popolazione che va dai 15 ai 64 anni, in Italia hanno usato THC almeno una volta negli ultimi 12 mesi, risulta essere del 5,2% della popolazione totale e che diventa del 3% per chi l'ha consumata almeno una volta nell'ultimo mese. Numeri non certo confortanti anche perché probabilmente sottostimati rispetto al dato reale.

Nessuno può negare che la realtà di 22,5 milioni di cittadini europei e 2,9 milioni di italiani della popolazione che va dai 15 ai 64 anni [33;14] che dichiarano di aver fatto uso di cannabinoidi nell'ultimo anno (dati 2010) sia comunque una realtà piuttosto grave, sicuramente da non sottovalutare. Inoltre la certezza ormai diffusa, fra coloro che si occupano di tali problematiche e nell'opinione pubblica, che le sostanze psicotrope danneggino sicuramente chi le usa [35-39] e che possano contribuire a mettere a repentaglio la vita di terze persone è una verità che difficilmente può essere efficacemente contestata, al di là delle posizioni ideologiche che possono far propendere a

favore o meno delle politiche di liberalizzazione⁶. Non a caso in questi ultimi tempi si parla di introdurre l'omicidio stradale che è proprio riferito agli incidenti dovuti allo stato di alterazione da alcool o da sostanze psicotrope del conducente.

Ciò premesso, il fatto che ci sembra importante considerare è che i dati appena ricordati e le ricerche attuali mettano in evidenza alcuni aspetti che devono farci riflettere. Il primo è che le persone che usano sostanze, anche se non tossicodipendenti, hanno mediamente più attitudine ad esporsi ai comportamenti rischiosi rispetto a chi non le usa [14]. Il secondo è che la percezione della pericolosità degli effetti della sostanza su di sé e su terzi è molto minore sempre fra gli assuntori anche se solo abituali [14]. Il terzo riguarda l'alta percentuale di poliassunzione, anche in concomitanza con una sostanza legale, fumo o alcool, che sta ad indicare la possibilità che chi sia assuntore abituale di THC possa rivolgersi ad altre sostanze, aggravando così il quadro clinico e, conseguentemente, aumentando la possibilità di incidenti e/o di infortuni [36].

Al di là pertanto del valore che vogliamo attribuire ai WDT, dal nostro punto di vista, ossia quello di una struttura pubblica sanitaria che si occupa di persone che hanno problemi conclamati con le sostanze, gli accertamenti di 2° Livello rappresentano un'occasione unica per venire a contatto con persone che presentano comunque uso abituale o sporadico di sostanze, ma il più delle volte in modo assolutamente egosintonico e non minimamente problematizzato. In altri termini, se la tipologia dell'utente che si rivolge ai Ser.T. è quella di una persona che chiede aiuto ed è in qualche misura consapevole di avere un problema, anche solo perché sta male o perché non riesce a fermarsi, con i controlli di 2° livello si contattano persone che hanno pure problemi a vari livelli con le sostanze, ma che non arriverebbero mai a chiedere aiuto spontaneamente. La tipologia del consumatore che emerge di fatto anche dai nostri dati è quella di persone che usano abitualmente sostanze, anche se a volte solo sporadicamente, e che vivono una vita apparentemente "normale", mostrando allo stesso tempo una grande difficoltà e poca motivazione ad uscire da tale logica e lasciare definitivamente le sostanze, benché lontani da un vero e proprio comportamento tossicomano. Ancora più evidente, anche se i numeri sono ancora ridotti, se si considera, come già sottolineato, che la tipologia di assuntori che emerge da tali controlli è quella che riguarda prevalentemente gli assuntori di cannabinoidi e di cocaina. Se i primi, è noto, non arrivano quasi mai ai servizi, i secondi rappresentano proprio la tipologia più frequente oggi di assuntori del week end e del tempo libero. Dato ancora più inquietante se si considera che la possibilità che tali soggetti possano anche appartenere francamente alla categoria degli abusanti ci obbliga per di più a considerare l'ipotesi che l'uso possa prima o poi aumentare ed estendersi anche nelle giornate di effettivo lavoro. A ciò aggiungerei anche la considerazione che i Servizi territoriali sono sempre di più alle prese con le dipendenze cronicizzate o con le doppie diagnosi e sempre meno, sia per le carenze di organico che di vere

⁵Nel Word Drug Report presentato a Washington il 24 giugno 2009, in occasione della giornata mondiale contro la droga e i traffici illeciti, è riportato che l'uso di cannabinoidi nella popolazione adulta si attestava al 19% in Europa e al 31% negli Stati Uniti nel 2007 [32].

⁶È innegabile che, vuoi per i modelli interpretativi teorici che hanno caratterizzato l'approccio alle tossicodipendenze in campo scientifico e culturale, oramai obsoleti, vuoi per le implicazioni politiche che ne hanno accompagnato da sempre il dibattito, "[...] sembra che in gran parte dell'opinione pubblica (ma cosa assai più grave, anche in ambienti scientifici) serpeggi ancora oggi una percezione dell'addiction alimentata più da suggestioni ideologiche che da un approccio empirico al problema" [34]. D'altro canto, è anche vero che in molte realtà sanitarie territoriali e in ambiente universitario di ricerca il problema della tossicodipendenza, prima negletto e relegato solo agli addetti ai lavori, oggi sia invece affrontato sempre di più con studi e ricerche empiriche che possano convalidare scientificamente le tante teorie possibili e possano trovare soluzioni alle altrettante impervie difficoltà ad applicare approcci clinici efficaci e non solo quelli di stampo assistenzialista, necessari ma non sufficienti.

e proprie strategie di prevenzioni efficaci, in grado di affrontare le nuove dipendenze e, soprattutto, di offrire oltre alle terapie sostitutive anche la cura per tutte le altre forme di dipendenza.

Per concludere, i dati rilevati all'interno del nostro Servizio, sebbene ancora provvisori e da verificare in *follow up* successivi, possono indubbiamente avvalorare l'ipotesi che i WDT del 1° Livello segnalino sia gli assuntori e i tossicodipendenti che le persone a rischio che non si rivolgono ai servizi e che potrebbero mettere a repentaglio la propria incolumità e quella di altre persone. Il fatto che siano i Servizi per le Dipendenze ad effettuare gli accertamenti di 2° Livello, e quindi nell'ottica di un approccio squisitamente sanitario, consente a tali lavoratori non solo di poter valutare la gravità della propria situazione insieme con gli operatori, ma anche di avere uno spazio per riflettere e cogliere la ricaduta negativa di tali comportamenti sulla propria vita, anche lavorativa, nonché di conoscere i rischi dell'uso di sostanze psicotrope. L'esperienza accumulata in questo periodo di osservazione, seppur breve, ci ha permesso di vedere che nei casi più semplici già solo la sospensione, l'invio al Ser.T. e i colloqui possono funzionare da deterrente. Nei casi più complessi e nelle persone più compromesse invece gli accertamenti di 2° Livello possono essere l'occasione per l'inizio di un percorso di cura e risoluzione dell'assunzione di sostanze.

Partendo da questa convinzione il nostro Servizio infatti ha operato ed opera proprio valorizzando alcuni parametri fondamentali. Il primo è condurre i colloqui sia per intenti diagnostici che al fine di elaborare con i lavoratori comportamenti conseguenti ad una informazione più adeguata e approfondita. Secondo, nei casi più evidentemente problematici, preparare la strada ad interventi di aiuto e cura con invii mirati. Terzo, seguire sempre i lavoratori nel loro percorso anche aziendale, assieme ai medici competenti, per tutelare il più possibile i loro diritti e il loro veloce reintegro. Quarto, iniziare lavori di ricerca clinica psicologica e psichiatrica, in termini anche statistici⁷, per comprendere meglio la tipologia di utenza, individuarne, se ci sono, le caratteristiche diagnostiche e contribuire, in senso più allargato, ad instaurare politiche preventive che possano rendere tali controlli sempre meno necessari in un futuro speriamo non troppo lontano.

Conclusioni

La U.O.C.I. Servizio per le Dipendenze della ASL RMD ha effettuato in 18 mesi 65 accertamenti su lavoratori con mansioni a rischio di terzi trovati positivi al 1° Livello dai Medici Competenti. La percentuale di positività confermata al 2° Livello risulta rilevante in quanto al 35,5% come valore medio che sale al 40,6% per la cocaina. I valori che riguardano il THC sono più bassi, ma con il sospetto che il dato sia riferito alla difficoltà legate all'accertamento piuttosto che alla fallacia dei controlli di 1° Livello. Si è anche confermato che le sostanze più usate sono i cannabinoidi e la cocaina e che la popolazione di lavoratori coinvolti è prevalentemente maschile. Seguendo l'esperienza di questi primi mesi del nostro Servizio di accertamenti di 2° Livello ci siamo quindi convinti che ai dati epidemiologici, che sembrano dunque in qualche modo accreditare e affermare i WDT come interventi di prevenzione e di controllo come pre-

visto dal Piano d'Azione Europeo, si debbano affiancare studi clinici su questa popolazione di riferimento, sconosciuta ai Servizi Territoriali. A ciò si aggiunge il lavoro di diagnosi precoce effettuato dai servizi territoriali preposti a questi accertamenti che possano aiutare ad evitare aggravamenti o cronicizzazioni di uso e abuso, difficilmente modificabili se stabilizzati.

Bibliografia

1. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Provvedimento 18 settembre 2008 - Accordo, ai sensi dell'articolo 8, comma 2 dell'Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza, perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 (Rep. Atti n. 99/ CU), sul documento recante «Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi». (Rep. Atti n. 178/ CSR). Gazzetta Ufficiale N. 236 del 8 Ottobre 2008.
2. DGR 332/09, Recepimento dell'intesa n.99/CU del 30 settembre 2007 sancita in Conferenza Unificata e dell'Accordo Stato-Regioni rep. Atti n. 178 del 18/09/2008 e approvazione delle procedure adottate dalla Regione Lazio 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", Bollettino Ufficiale 21, 8/5/2009, n. 332.
3. Marchei E, Pellegrini M, Rotolo CM, Pichini S, Pacifici R (2009): La catena di custodia e sua applicazione negli accertamenti tossicologici dei lavoratori con mansioni a rischio. *LigandAssay*. 14(4): 32-24.
4. Crespi V, Borsani A, Veronesi G, Andreotta U, Castano C, Ferrario MM (2010): Aggiornamenti in tema di abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope. *G Ital Med Lav Erg*. 32(4) Suppl: 196-8.
5. Arcangeli G, Ciampi G, Mucci N, Cupelli V (2010): La gestione dei risultati dei test per il controllo dell'assunzione di sostanze stupefacenti. *G Ital Med Lav Erg*. 32(4) Suppl: 206-9.
6. Manna V, Caroppo E, Neri S: Comorbidità psichiatrica delle dipendenze da sostanze: il ruolo della disedonia. In: Janiri L, Caroppo E, Pinto M, Pozzi G (eds) (2006): *Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente*, Milano, Franco Angeli, pp. 165-85.
7. Sciarretta A, Pompili E: Disturbo borderline di personalità e disturbo da uso di sostanze. In: Janiri L, Caroppo E, Pinto M, Pozzi G (eds) (2006): *Impulsività e compulsività: psicopatologia emergente*, Milano, Franco Angeli.
8. De Persis S, De Filippis S, Sciortino S, Dario C, Sciarretta A (2009): Disturbi psichiatrici gravi e Disturbi da Uso di Sostanze: problemi attuali. *Dipendenze Patologiche*. 4(1): 7-10.
9. Cheung JT, Mann RE, Ialomiteanu A, Stoduto G, Chan V, Ala-Leppilampi K, et al. (2010): Anxiety and mood disorders and cannabis use. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*. 36(2): 118-22.
10. Zanarini MC, Frankenbur FR, Weingeroff JL, Reich DB, Fizmaurice GM, Weiss RD (2011) The course of substance use disorder in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subject: a 10-year follow-up study. *Addiction*. 106(2): 342-8.
11. Maremmani AG, Dell'Osso L, Pacini M, Popovic D, Rovai L, Torrens M, et al. (2011) Dual diagnosis and chronology of illness in treatment-seeking Italian patients depend on Heroin. *J Addict Dis*. 30(2): 123-35.
12. Rosso GL, Feola M, Rubinetto MP, Petti N, Rubinetto L (2011) Guida professionale e consumo di sostanze stupefacenti, risultati relativi alla sorveglianza sanitaria nella regione Piemonte. *G Ital Med Lav Erg*. 33(3) Suppl: 203-6.
13. Bontadi D, Briatico Vangosa G, Ditaranto D, Gilioli G, Patanè P (2010) Tossicodipendenza e lavoro: da una ricerca dell'ANMA una prima stima dei dati. *Ambiente e sicurezza. Il sole 24 ore*. 14: 19-24. http://www.anma.it/public/fckeditor/file/droghe_ambiente_e_sicurezza%20luglio_2010.pdf
14. Dipartimento Politiche Antidroga (2011) *Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, 28 giugno 2011*. <http://www.dronet.org/monografia.php?monografie=76> (28 marzo 2012).

⁷ È in preparazione una nostra pubblicazione sulla comparazione fra alcune scale del MMPI-2 e i risultati dei test di 2° Livello nella popolazione di riferimento riportata in questo lavoro.

15. George S (2005): A snapshot of workplace drug testing in the UK. *Occup Med* (Lond). 55(1): 69-71.
16. Macdonald S, Wayne H, Roman P, Stockwell T, Coghlan M (2010): Testing for cannabis in the workplace: a review of the evidence. *Addiction*. 105(3): 408-16.
17. Kazanga I, Tameni S, Piccinotti A, Floris I, Zanchetti G, Poletti A (2012): Prevalence of drug abuse among workers: Strengths and pitfalls of the recent Italian Workplace Drug Testing (WDT) legislation. *Forensic Sci Int.* 215(1-3): 46-50.
18. Pichini S, Zuccaro P, Pellegrini M, Lopez A, Pacifici R (2000): L'analisi di farmaci e sostanze d'abuso nella matrice cheratinica. *Ann. Ist. Super. Sanità*. 36(1): 17-27.
19. Gambelunghe C, Rossi R, Ferranti C, Rossi R, Bacci M (2005): Hair analysis by GC/MS/MS to verify abuse of drugs. *J Appl. Toxicol.* 25(3): 205-11.
20. Agius R, Kintz P, European Workplace Drug Testing Society (2010): Guidelines for European workplace drug and alcohol testing in hair. *Drug Test Anal.* 2(8): 367-376.
21. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga (2010) *Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013*, 29 ottobre 2010. http://www1.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/20/0282_Piano_di_azione_nazionale_antidrogad.pdf (28 marzo 2012).
22. Dalen P, Beck O, Bergman U, Björklöv P, Finer D, Garle M, et al. (2000): Workplace drug testing (WDT) likely to increase in Europe. Report from the First European Symposium on WDT including selected abstract. *Eur J Clin Pharmacol.* 56(1): 103-20.
23. Walsh JM (2008): New technology and new initiatives in U.S. workplace testing. *Forensic Sci Int.* 174(2-3): 120-4.
24. Walsh JM (1995): Is the workplace drug testing effective? Let's see the data!. (Guest editorial) MRO Update. American College of Occupational and Environmental Medicine, Oct.
25. Gerber JK, Yacoubian GS (2002): An Assessment of drug testing within the construction industry. *J Drug Educ.* 32(1): 53-68.
26. French MT, Roebuck MC, Kèbreau AP (2004): To test or not to test; do workplace drug testing programs discourage employee drug use?. *Soc Sci Res.* 33(1): 45-63.
27. White T (2003): Drug Testing at Work: Issue and Perspectives. *Subst Use Misuse.* 38(11-13): 1891-902.
28. Rothstein MA (1991): Workplace drug testing: a case study in the misapplication of technology. *Harvard Journal of Law & Technology.* 5(1): 65-93.
29. Macdonald S (1995): The role of drugs in workplace injuries: is drug testing appropriate?. *Journal of Drug Issue.* 25(4): 703-22.
30. Cook RF, Back AS, Trudeau J, McPherson T: Integrating substance abuse prevention into health promotion programs in the workplace: a social cognitive intervention targeting the main stream user. In: Bennet J, Lehman W (eds) (2003): *Beyond drug testing: Innovative Approaches to Dealing with Employee Substance Abuse*, Washington, APA, pp. 97-134.
31. Tunnel KD (2004): *Pissing on Demand: workplace Drug Testing and the Rise of the Detox Industry*. New York, New York University Press.
32. ONU, United Office on Drug and Crime (UNODC) (2009): *World Drug Report*. Vienna.
33. EMCDDA (2011): *Annual report on the state of the drugs problem in Europe*. Lisbona.
34. Caretti V, Craparo G, Schimenti A: Fattori evolutivo-relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza da eroina. In: Caretti V, La Barbera D (eds) (2010): *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, Milano, Cortina, pp. 99-134.
35. Serpelloni G, Bricolo F, Gomma M (eds) (2010): *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze*. Dipartimento Politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma. <http://www.droganews.it/pubdownload.php?id=981> (28 marzo 2012).
36. Serpelloni G, Diana M, Gomma M, Rimondo C (eds) (2011): *Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento*. Dipartimento Politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma. <http://cannabis.dronet.org/manuale.html> (28 marzo 2012).
37. Bussi M, Trimarchi M, Serpelloni G, Rimondo C (eds) (2011): *Uso di cocaina e lesioni distruttive facciali: linee di indirizzo per gli specialisti otorinolaringoiatri*. Dipartimento Politiche antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma. <http://iport.dronet.org/com/filedownloadlink/allegatoA.php?key=602&lingua=1> (28 marzo 2012).
38. Thomson AD, Guerrini I, Bell D, Drummond C, Duka T, Field M, et al. (2012): Alcohol-Related Brain Damage: Report from a Medical Council on Alcohol Symposium, June 2010. *Alcohol Alcohol.* 47(2): 84-91.
39. Poklis JL, Amira D, Wise LE, Wiebelhaus JM, Haggerty BJ, Poklis A (2012) Detection and disposition of JWH-018 and JWH-073 in mice after exposure to "Magic Gold" smoke. *Forensic Sci Int.* doi:10.1016/j.forsciint.2012.02.003.

