

Donata Favretto

La nuova normativa in materia di accertamenti per la tossicodipendenza in ambito sanitario

Dipartimento Scienze Cardiologiche, Toraciche e Vascolari, Università d Padova

Gravi incongruenze sono state rilevate da più voci nello "Schema di intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento" per la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati all'assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti, l'accertamento di alcol dipendenza e di tossicodipendenza e il coordinamento delle azioni di vigilanza, sia da un punto di vista tossicologico forense sia per quanto riguarda l'efficacia attesa del nuovo sistema di screening proposto al fine di prevenire l'uso di sostanze stupefacenti nei luoghi di lavoro.

Le radicali trasformazioni proposte nel documento in questione, qualora attuate, sconvolgerebbero il sistema odierno, sicuramente migliorabile ma ben strutturato e diffuso su tutto il territorio nazionale dopo anni di lavoro, e provocherebbero di fatto una diminuzione della sorveglianza e del potere deterrente che questa comporta, oltre ad introdurre elementi di incertezza e imprecisione diagnostica, come di seguito spieghiamo nel dettaglio. Inevitabilmente un aumento del rischio di incidentalità correlata a droga e alcol.

Nello specifico, nonostante l'attuale normativa presenti ampi margini di miglioramento, codesta bozza contiene come già detto alcune proposte di dubbia validità scientifica, la cui applicazione porterà ad inficiare la verifica di "assenza di dipendenza o di assunzione di alcolici e di sostanze psicotrope e stupefacenti ai fini dell'idoneità alla mansione specifica" e provocherà infiniti contenziosi giudiziari per inadeguatezza delle fonti di prova dell'assunzione di alcolici e sostanze psicotrope e stupefacenti.

Le proposte contenute nella bozza e ritenute fonti di maggior criticità sono commentate

1. I controlli su urine effettuati dal medico competente nel primo livello di accertamento sono sostituiti dai controlli su saliva (tranne nei casi in cui l'organizzazione aziendale non consenta l'effettuazione dei test di screening su saliva e solo con adeguata giustificazione nel protocollo sanitario).

Così facendo, si confonde e si sostituisce il concetto di idoneità alla mansione lavorativa con quello di idoneità allo svolgimento della prestazione lavorativa al momento del controllo. Entrambe le condizioni meritano una veri-

fica oggettiva, ma necessariamente impiegando metodi e logiche interpretative differenti. Il primo concetto comporta infatti un giudizio di previsione generale di incidentalità o non incidentalità del lavoratore (equiparabile a quello di idoneità al conseguimento e revisione della patente di guida), il secondo richiede una diagnosi puntuale di inidoneità/disabilità alla prestazione lavorativa al momento del controllo (equiparabile alla diagnosi di disabilità per intossicazione al momento della guida nei controlli su strada dei conducenti). Nel primo caso (idoneità generale) si devono impiegare strumenti diagnostici in grado di verificare una finestra cronologica relativamente ampia, quali l'analisi delle urine o meglio ancora delle formazioni pilifere per escludere che il lavoratore faccia uso di sostanze psicotrope e stupefacenti. Nel secondo caso (disabilità attuale alla prestazione lavorativa) la diagnosi richiede la verifica in quel momento dello stato di intossicazione del soggetto, e pertanto si deve utilizzare l'analisi del sangue o in subordine della saliva.

Nella bozza di intesa, si propone ai medici competenti il pressoché esclusivo strumento dell'analisi della saliva sia per il giudizio generale di idoneità alla mansione lavorativa (scorrettamente), che per la valutazione dello stato attuale del lavoratore (correttamente), affidando al test su saliva prestazioni diagnostiche che lo stesso, scientificamente, non può fornire.

Riteniamo pertanto che le analisi su urina e matrici pilifere siano tuttora necessarie alla diagnosi di idoneità alla mansione nel primo livello e che debbano essere affiancate dai test su saliva solo per la diagnosi di idoneità allo svolgimento della prestazione lavorativa al momento del controllo.

2. Per la positività ai test di screening sulla saliva non sono previsti test chimico-tossicologici di conferma.

Nella bozza di intesa si evidenziano correttamente i limiti di specificità delle tecniche immunometriche utilizzate per i test di screening su saliva, ma inspiegabilmente non è previsto alcun test specifico di conferma sul campione di saliva presuntivamente positivo, diversamente da quanto avviene attualmente per i test su urina. le tecniche immunometriche, indipendentemente dal campione biologico per cui vengono utilizzate (urina, saliva, sangue, etc.) soffrono di importanti limitazioni come la "falsa positività" prodotta da sostanze interfe-

renti presenti nel campione. paradossalmente, il medico competente a seguito di un primo test “positivo” dovrebbe effettuare, ai sensi del nuovo protocollo, più frequenti test di screening su saliva ovviamente aggravando l’insufficienza probatoria del primo test e prestando il fianco a cause giudiziarie basate proprio sulla scarsa specificità dei test utilizzati.

Riteniamo pertanto che le analisi su saliva debbano sempre prevedere test chimico-tossicologici specifici di conferma delle presunte positività risultanti dai test di screening, e che sia necessario predisporre al momento del test una raccolta di saliva sufficiente per l’analisi di screening, per l’analisi di conferma, e per eventuali controanalisi, a beneficio dei diritti del lavoratore e del datore di lavoro.

3. Sono proposti valori soglia (cut-off) per i metodi immunometrici di screening su saliva.

L’applicazione di cut-off di concentrazione ai metodi immunometrici di screening per stupefacenti, dichiaratamente non adatti a determinazioni quantitative, rappresenta un grave errore in quanto potranno essere utilizzate per l’analisi della saliva kit analitici di diversa produzione, con specificità e cross reattività diverse a seconda degli antisieri impiegati, e ciò porterebbe ad ottenere risultati diversi (positivo piuttosto che negativo) per lo stesso campione biologico, qualora analizzato con test commerciali diversi. solo i metodi di conferma di tipo chimico-tossicologico (p. es. basati sulla cromatografia accoppiata alla spettrometria di massa) possono fornire dati quantitativamente accurati cui si possa, volendo, applicare un cut-off come avviene attualmente per le urine.

Riteniamo pertanto del tutto scorretto l’utilizzo di cut-off quantitativi per metodi immunometrici di screening in assenza di test di conferma.

4. Non è indicata la sostanza stupefacente buprenorfina nel pannello di sostanze per lo screening; il pannello di sostanze stupefacenti è limitato; alcune indicazioni sono scorrette.

Risulta del tutto irrazionale escludere dai test su saliva (e su urina) la buprenorfina, sostanza che è invece prevista nei test su matrice pilifera. Il pannello di sostanze che si devono ricercare nelle varie matrici è comunque ridotto, include solo le sostanze stupefacenti più classiche, e non considera il sempre più rilevante fenomeno di consumo delle cosiddette nuove sostanze psicoattive (NPS) come cannabinoidi e catinoni sintetici. Risulta inoltre improprio presentare la classe “Oppiacei” con un cut-off suo proprio, ed elencare poi gli “oppiacei” morfina, codeina, 6-MAM, idrocodone e idomorfone, ognuno con un loro cut-off. Non è chiaro inoltre perché siano applicati cut-off diversi alle diverse amfetamine. Non sono previsti controlli per le benzodiazepine, zopiclone e zolpidem nonostante la recentissima letteratura europea (vds. progetto europeo DRUID) abbia evidenziato la stretta correlazione fra incidentalità ed esposizione a tali sostanze. Vero è che i test immunometrici a disposizione attualmente per la saliva sono limitati a poche classi di sostanze, e parrebbe quindi che il pannello di sostanze identificato nello schema di in-

tesa sia stato in qualche modo “dettato” dalle caratteristiche dei test rapidi commercialmente disponibili, con una logica più economica che scientifica.

Riteniamo pertanto che il pannello di sostanze da ricercare nei campioni biologici con tecniche di screening e conferma debba essere criticamente rivisto alla luce delle più recenti conoscenze scientifiche ed epidemiologiche.

5. Si ammettono al lavoro (mansione pericolosa di cui all’allegato A) lavoratori con alcolemie (concentrazione di alcol nel sangue) minori o pari a 0,3 g/L.

L’ipotesi di ammettere al lavoro (trattandosi di mansione pericolosa, ricordiamolo) chi abbia concentrazioni alcolemiche diverse da zero ma minori o pari a 0,3 g/L è in aperto contrasto con l’evidenza scientifica, producendosi infatti effetti disabilitanti anche a concentrazioni inferiori a 0,3 g/L, e con la normativa del nuovo codice della strada che impone alcolemia “zero” a chi esercita professionalmente l’attività di trasporto di persone o di cose, ex articolo 186-bis, comma 1, lettere b), c) e d).

Riteniamo pertanto che i lavoratori da ammettere al lavoro, in caso di mansioni di cui all’allegato A, debbano avere alcolemia “zero.”

6. Si propone per la determinazione dell’alcolemia l’uso della matrice di elezione “aria espirata”, prelevata e utilizzata “in test di screening in commercio”.

Non è affatto chiaro come sia possibile prelevare l’aria espirata e utilizzarla in “test di screening in commercio”; qualora venisse utilizzato l’etilometro, come si evince in altri passi della bozza di intesa, si rammenta che la concentrazione dell’alcol nell’aria espirata (tasso alcolimetrico, determinabile con l’etilometro), correla *statisticamente* con l’alcolemia (concentrazione di alcol nel sangue) tramite applicazione di un fattore di conversione. Non per tutti i casi e tutti i soggetti la correlazione aria espirata/sangue è esatta, nemmeno se si usassero gli etilometri omologati dal Ministero dei Trasporti, aprendo anche in questo caso la via a contenziosi giudiziari.

Riteniamo pertanto che l’alcolemia (concentrazione di alcol etilico nel sangue) debba essere determinata sulla matrice propria, ovvero sangue, e non desunta dalla correlazione con aria espirata.

7. Si propongono come ausili diagnostici in caso di sospetto clinico di possibile abuso di alcolici la determinazione di parametri quali MCV, dosaggio gamma GT e transaminasi.

I parametri citati sono indicatori chimico-clinici ed ematologici di danno d’organo alcol-correlato, ormai obsoleti, poco sensibili e poco specifici: essi sono in grado di evidenziare solo le condizioni di abuso alcolico cronico grave (che abbiano già determinato danno d’organo) e sono alterati in una varietà di altre patologie o condizioni parafisiologiche (quali epatopatie non alcol correlate, uso di anticoncezionali, fumo di tabacco). Anche in questo caso l’avvio di contenziosi giudiziari è del tutto prevedibile.

Riteniamo pertanto che debbano essere utilizzati nella diagnosi di abuso alcolico marcatori più specifici quali la

transferrina carboidrato deficiente (CDT) nel siero, il fosfatidiletanolo nel sangue, l'etilglucuronide (EtG) in urina e formazioni pilifere.

8. *Non è fatta alcuna menzione a linee guida europee in tema di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro.*

Non emerge dal testo in esame alcuno sforzo utile ad una armonizzazione con le normative vigenti nei diversi Paesi europei. Tale armonizzazione parrebbe utile, fra l'altro, a stimolare una sana competizione fra i produttori di kit diagnostici stimolati con auspicabile miglioramento delle prestazioni e riduzione dei costi.

Riteniamo pertanto utile una revisione del protocollo accertativo che tenga conto sia della realtà europea che delle peculiarità del singolo Paese.

9. *Non è fatta alcuna menzione ad accertamenti tossicologici e alcolologici in tutti i casi di infortuni lavorativi.*

Come ultima considerazione, si rileva che non esiste attualmente una norma che preveda accertamenti tossicologici ed alcolologici agli infortuni lavorativi, mentre il vigente Codice della Strada li prevede in tutti i casi di conducenti coinvolti in incidenti stradali, particolarmente se ricoverati in ambiente ospedaliero, non esiste una norma simmetrica che si applichi agli infortuni lavorativi. Ne risulta una assurda insufficienza diagnostica nell'infortunio lavorativo, con dirette conseguenze sulle scelte terapeutiche. Se fosse inserito l'obbligo di accertamenti, si otterrebbe fra l'altro un verosimile effetto di deterrenza con di-

minuzione dell'incidentalità droga e alcol correlata, in analogia con quanto si è osservato nell'ambito dei sinistri della strada.

Concludendo la nostra disanima, sottolineiamo come la bozza di intesa è incoerente con gli scopi che si prefigge (doverosa verifica di "assenza di dipendenza o di assunzione di alcolici e di sostanze psicotrope e stupefacenti ai fini dell'idoneità alla mansione specifica"), confliggendo con la letteratura scientifica internazionale e manifestando incoerenze con altre norme dello stato quali il vigente Codice della Strada.

Tali criticità porteranno ad un pressoché totale annullamento del valore di deterrenza delle procedure accertative, che è uno degli scopi primari di questa norma, aprendo la strada ad innumerevoli contestazioni sul piano giudiziario dei provvedimenti adottati.

Bibliografia

- Gjerde H, Langel K, Favretto D, Verstraete AG. Detection of illicit drugs in oral fluid from drivers as biomarker for drugs in blood. *Forensic Sci Int* 2015; 256: 42-5.
- Vogliardi S, Tucci M, Stocchero G, Ferrara SD, Favretto D. Sample preparation methods for determination of drugs of abuse in hair samples: A review. *Anal Chim Acta* 2015; 857: 1-27.
- Snenghi R, Forza G, Favretto D, Sartore D, Rodinis S, Terranova C, Nalesso A, Montisci M, Ferrara SD. Underlying substance abuse problems in drunk drivers. *Traffic Inj Prev* 2015; 16(5): 435-9.