

7. Cannabis e mondo del lavoro: lavoratori con mansioni a rischio

Mollica Roberto¹, Serpelloni Giovanni² e gruppo di lavoro Progetto DTLR³

¹ Osservatorio Nazionale sulle Dipendenze, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

² Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri

³ Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Bruno Genetti, Lorenza Cretarola, Nadia Balestra, Lorenzo Tomasini, Iulia Alexandra Carpignano - Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri
Giuseppe Abbritti, Massimo Accorsi, Danilo Bontadi, Giuseppe Briatico Vangosa, Gianluca Ceccarelli, Marco Ferrario, Maurizio Gomma, Elio Munafò, Gennaro Palma, Piero Patané, Luciano Riboldi - Gruppo Collaborativo Progetto DTLR

Introduzione

La cannabis è la sostanza psicotropa e stupefacente illecita più largamente diffusa tra i consumatori di droghe nei paesi industrializzati; infatti all'interno della popolazione generale sia statunitense che europea è possibile osservare che questo stupefacente ha prevalenze di uso nettamente maggiori rispetto alle altre sostanze (Tabella 1).

Tabella 1 - Dati sul consumo di cannabis in Europa (2004-2008) e negli Stati Uniti (2007) (popolazione 15-34 anni).

	Nella vita	Ultimi 12 mesi	Ultimi 30 giorni
Stima del numero di consumatori in Europa	74 milioni	22.5 milioni	12 milioni
Media europea	31,1 %	12,5 %	8,3 %
Media statunitense	49,0%	21,0%	

La cannabis è anche ritenuta la sostanza illecita di iniziazione al consumo di altre sostanze, anche se comunque il numero di assuntori di cannabis che virano verso altre sostanze è la minoranza dei consumatori complessivi di cannabis stessa; è per altro vero che in caso di assunzione di due o più sostanze nelle situazioni di policonsumo la cannabis è presente pressoché nella totalità di casi.

Il principale principio attivo contenuto nella cannabis, il THC (delta-9-tetraidrocannabinolo), è responsabile degli effetti psicoattivi in quanto interagisce con specifici recettori, denominati CB1, presenti diffusamente in varie aree e

Cenni neurobiologici



circuiti cerebrali. Nel corso degli ultimi anni gli studi di neuroscienze hanno contribuito ad arricchire le conoscenze sui meccanismi di azione delle sostanze di abuso e sugli effetti che queste comportano a livello cerebrale.

In termini generali il consumo di cannabis ha un esordio precoce: infatti la mediana dell'età di inizio nella popolazione consumatrice italiana è intorno ai 18 anni, mentre il completamento della maturazione cerebrale avviene intorno ai 21 anni; ne consegue che, su un cervello ancora non completamente maturo, la cannabis produce delle alterazioni morfologiche e funzionali che, sebbene reversibili, potranno condurre, nel soggetto consumatore in età adolescenziale, a disturbi cognitivo-comportamentali anche permanenti direttamente correlati alla quantità di sostanza consumata e alla durata del consumo stesso.

Queste alterazioni sono meno evidenti nel soggetto adulto dove la maturazione cerebrale è già completata, ma ciò non esclude comunque la presenza degli effetti farmacologici acuti e sub-acuti derivati dall'assunzione di THC.

Consumo di THC e mondo del lavoro

L'inquadramento della diffusione del consumo di cannabis nei paesi industrializzati introduce all'impatto che questa tipologia di consumo può avere sulla popolazione attiva e produttiva in età lavorativa. Si aprono due scenari conseguenti al consumo: il primo è costituito dalla popolazione attivamente inserita nel lavoro che ha consumato in giovane età e che successivamente ha smesso l'uso anche da parecchio tempo (quitters), mentre il secondo fa riferimento a soggetti consumatori attivi da tempo, o che hanno iniziato il consumo in età post-adolescenziale, anch'essi attivamente inseriti nel mondo lavorativo. Esiste quindi una quota di lavoratori dedicata al consumo di sostanze e in particolare cannabis, e una quota che, avendo abusato in passato della sostanza, potrebbe ancora risentire delle alterazioni indotte dal consumo. Va detto che, per quanto una buona parte della popolazione ha consumato o consuma THC, la maggior parte degli adulti non dichiara la presenza di consumi recenti o attuali di sostanze stupefacenti illegali.

Risk management,
sostanze e mansioni
a rischio

L'assunzione di sostanze psicotrope nel corso dello svolgimento di attività lavorative a rischio aumenta la probabilità di accadimento di eventi sfavorevoli e inattesi (incidenti): secondo i concetti che sostengono la teoria della gestione del rischio, questi sono eventi evitabili se dipendono dalla contestuale assunzione di stupefacenti.

Considerando gli effetti stupefacenti del THC, è ipotizzabile, ad esempio, che un carrellista o un conducente di un mezzo qualsiasi non sia in grado di rispondere prontamente a determinate manovre a causa di un rallentamento dei tempi di risposta allo stimolo. In particolare, la dispercezione temporo-spaziale è associata ad un rallentamento dei riflessi ed entrambe le situazioni dipendono dagli effetti acuti del THC sui circuiti cerebrali deputati a queste funzioni; il tutto può essere ulteriormente compromesso da alterazioni a carico della working memory, funzione cerebrale che sovrintende allo svolgimento di compiti routinari quali, ad esempio, la guida di un veicolo o l'utilizzo di macchinari in genere.

Queste condizioni determinano una parte degli infortuni sul lavoro: le stime riferiscono che almeno il 10% di tutti gli infortuni e il 40% di quelli mortali

dipendano dal consumo di sostanze psicotrope (alcol compreso). Le stime celano anche una serie di aspetti economici correlati: infatti, in quanto eventi evitabili, l'astensione dal consumo ridurrebbe sia i costi dei danni diretti delle persone consumatrici e di terzi coinvolti, eventuali danni patrimoniali alle strutture e attrezzature, e, ultimo ma non meno importante, quei danni di immagine aziendale che possono avere pesanti e persistenti ripercussioni finanziarie. Studi specifici hanno dimostrato che l'investimento in sistemi di risk management sono convenienti avendo un rapporto costo-beneficio favorevole verso il beneficio, e pertanto anche il testing per le sostanze stupefacenti avrebbe questo tipo di vantaggio.

Per sostenere in modo compiuto l'applicazione della L.131/2003 e dei successivi provvedimenti (Intesa della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 e accordo della Conferenza Stato-Regioni del 18 settembre 2008), è stato avviato un progetto specifico a valenza nazionale commissionato dal Dipartimento Politiche Antidroga: il progetto, denominato DTRL (Drug Test sui Lavoratori a Rischio) è stato affidato a RFI (Rete Ferroviaria Italiana) – Gruppo Ferrovie dello Stato - e ha previsto il coinvolgimento della Associazione Nazionale Medici d'Azienda (A.N.M.A.), della Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (S.I.M.L.I.I.) e LAMM s.r.l. L'obiettivo prioritario del progetto è quello di istituire una rete di monitoraggio nazionale in grado di generare un flusso stabile centralizzato sull'andamento degli accertamenti dei lavoratori con mansioni a rischio.

Il progetto, avviato nel 2010, ha raccolto una serie di dati aggregati secondo schede concordate con il gruppo di lavoro. In fase di prima applicazione non è stato possibile avere una copertura completa del territorio nazionale, in particolare per quei lavoratori dediti al trasporto di persone (mezzi privati) o materiali (piccole aziende di autotrasporto) che esercitano la professione anche per conto proprio. Nonostante ciò, il progetto DTRL ha raccolto schede per complessivamente 54.138 soggetti con mansioni a rischio sottoposti ad accertamento presso aziende pubbliche e private (Tabella 2), cui vanno aggiunti 42.417 controlli su soggetti delle Forze Armate (Esercito, Marina Militare, Aeronautica Militare, Corpo dei Carabinieri).

Il progetto DTRL e la rete nazionale di monitoraggio: dati complessivi 2009

Tabella 2 - Numerosità della popolazione indagata con il progetto DTRL (dati complessivi 2009).

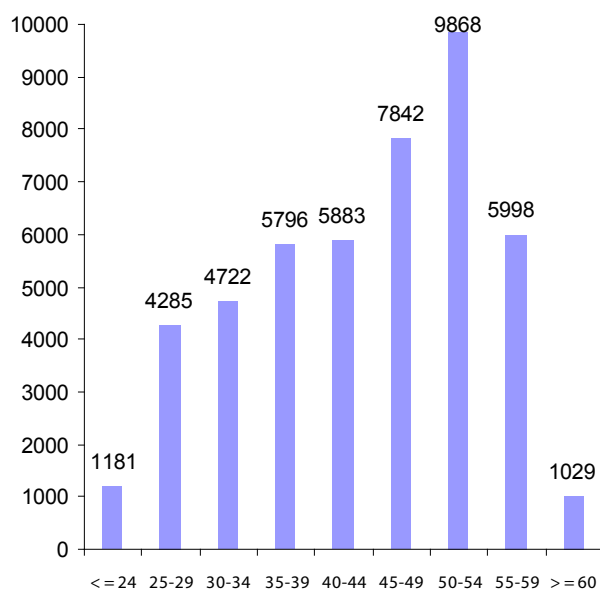
Denominazione fonte dati	Soggetti
Rete Ferroviaria Italiana – Gruppo Ferrovie dello Stato – Direzione Sanità	26.044
Associazione Nazionale Medici d'Azienda	16.498
Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale	8.656
Laboratorio Analisi Mediche Mestre s.r.l.	2.940
Totale soggetti sottoposti a test di I° livello	54.138

Il 94% dei soggetti indagati con test di primo livello era di genere maschile, e quasi tutti appartenevano al settore dei trasporti; l'analisi per area geografica evidenzia una netta prevalenza dei test eseguiti nell'Italia settentrionale con quasi il 70% dei casi, a seguire il 16,5% nel centro e prossimo al 14% per il Sud ed Isole.

Il 53% dei soggetti aveva un'età superiore ai 45 anni (Figura 1).

Soggetti con mansioni a rischio sottoposti a test

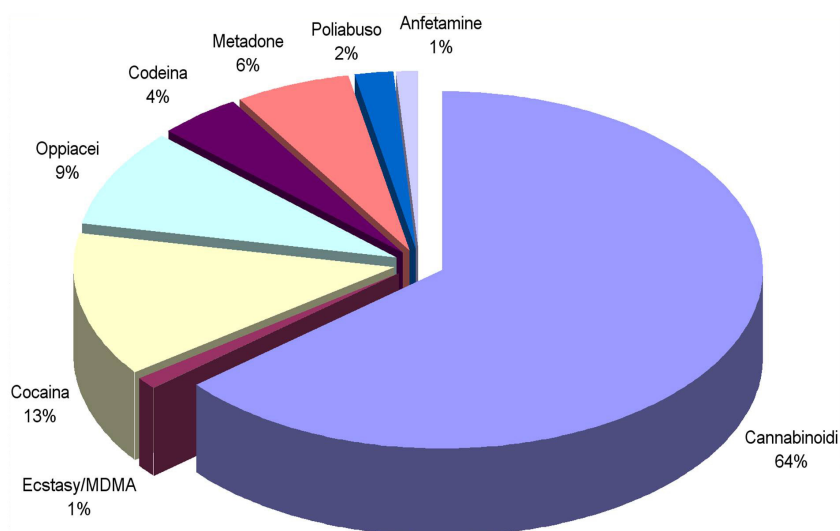
Figura 1 - Distribuzione per classi di età dei soggetti sottoposti a test di I livello.



1,2% dei soggetti
positivi al test di
primo livello

Sono state riscontrate positività nel 1,2% dei testati, e nel 64% dei casi positivi la sostanza riscontrata era THC, mentre cocaina ed eroina hanno mostrato valori rispettivamente del 13% e 9%. Nel 2% dei casi è stata riscontrata la presenza di più sostanze a significare un policonsumo (Figura 2).

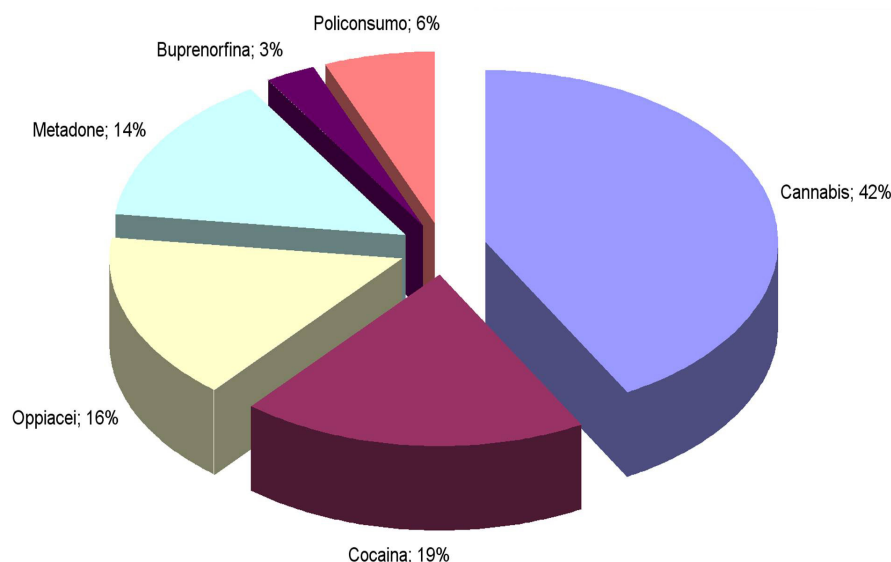
Figura 2 - Distribuzione delle positività riscontrate per sostanza di abuso al test di I livello.



I dati su test di secondo livello per l'anno 2009 messi a disposizione dalla RFI, dai Dipartimenti delle Dipendenze della ASL di Bergamo, Milano2, Varese, dalla ULSS 20 di Verona e dal Ser.T di Monza riguardano 368 soggetti; quasi tre quarti appartenevano alla fascia di età compresa tra i 25 ed i 44 anni. Al 19% circa del campione (69 soggetti) è stata riscontrata una diagnosi di tossicodipendenza, in prevalenza per cannabis ed a seguire cocaina, oppiacei e metadone (Figura 3).

Al 19% dei positivi al test di II livello è stata posta diagnosi di dipendenza

Figura 3 - Distribuzione delle positività riscontrate per sostanza di abuso al test di II livello.



L'attività di progetto ha prodotto dei dati parziali riferiti al primo semestre 2010 per complessivamente 28.221 soggetti sottoposti a screening di primo livello; ad una analisi preliminare dei dati si rilevano 69 soggetti, pari allo 0,24%, trovati positivi per sostanze stupefacenti. La prevalenza riscontrata è particolarmente bassa verosimilmente a causa della parzialità del campione, che risulta incompleto rispetto a quello dell'anno precedente, ma tra i positivi si conferma che la cannabis rappresenta la sostanza più frequentemente rinvenuta nei campioni analizzati (54%).

Dati parziali 2010
(primo semestre)

Nei soggetti sottoposti a indagini di II livello è stata riscontrata una condizione di abuso senza dipendenza nel 23% dei casi mentre la diagnosi di dipendenza è stata posta per lo 0,9% dei soggetti.

L'ANMA ha recentemente pubblicato un approfondimento sui 16.498 casi da loro forniti nel 2009 da cui si conferma una prevalenza di positività al test di secondo livello pari al 1,3%: anche in questo caso le sostanze più frequentemente riscontrate sono cannabis (68,3%) e cocaina (17,7%). Il documento riporta che il 23,4% dei soggetti risultati positivi al test di primo livello sono poi risultati negativi all'accertamento di secondo livello, segnalando quindi che i casi di falsa positività possono assumere una frequenza rilevante.

La falsa positività

La Direzione Generale della Sanità Militare (DIFESAN) del Ministero della Difesa sovrintende numerose attività, tra cui la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati statistici attinenti all'area delle tossicodipendenze e delle principali patologie mediche ad esse correlate. Per quanto riguarda l'Esercito Italiano, la Marina Militare e l'Aeronautica Militare sono disponibili i dati

I dati delle Forze Armate



relativi al numero di test eseguiti (un soggetto viene sottoposto in media a 4-7 test all'anno) (Tabella 3), mentre per il Corpo dei Carabinieri le informazioni riguardano il numero di soggetti sottoposti ad esame (Tabella 4).

Tabella 3 - Numerosità dei test eseguiti dall'Esercito Italiano, dalla Marina Militare e dall'Aeronautica Militare.

	Esercito Italiano	Marina Militare	Aeronautica Militare	Totale
Test eseguiti	42.417	43.958	70.258	156.633
Test positivi	446	7	27	480
% Positivi	1,05	0,02	0,04	0,31

Tabella 4 - Numerosità dei soggetti sottoposto ad esame per il Corpo dei Carabinieri.

Corpo dei Carabinieri	
Soggetti esaminati	638
Soggetti positivi	6
% positivi	0,94

Esercito Italiano con
l'1% di test positivi

I controlli a campione mediante drug test sull'urina sono stati effettuati al personale in servizio fuori area sul 3% della forza effettiva e su quello in servizio in Patria sul 5% della forza effettiva; inoltre, viene sottoposto a test anche il personale aspirante all'arruolamento volontario. Nel 2009 all'interno dell'Esercito Italiano sono stati eseguiti complessivamente 42.417 test di cui 446 casi sono risultati positivi (1%). Dal 2006, anno in cui erano stati ottenuti 625 test positivi, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2008 (la positività è stata osservata solo in 54 casi pari allo 0,1%); nel 2009 si registra, quindi, un nuovo aumento.

Marina Militare,
aumentano i test

Prerequisito indispensabile per la definizione dell'idoneità all'appartenenza alla Marina Militare è la negatività al drug test sulle sostanze stupefacenti di più comune uso (oppiacei, cannabinoidi, cocaina e amfetamine), che viene effettuato obbligatoriamente in tutti i concorsi. Nel 2009 sono stati effettuati 43.958 test e sono risultati positivi solo 7 esami (0,02%).

Aeronautica Militare,
il trend dei positivi
è in diminuzione

Per quanto riguarda l'Aeronautica Militare, vengono eseguiti controlli periodici dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti sul personale del servizio automobilistico e durante le selezioni mediche per gli arruolamenti, in cui si rileva la maggior parte dei casi di positività. Esami occasionali vengono, inoltre, eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di segnalazione ai servizi sanitari di Reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'abuso di sostanze stupefacenti. I controlli vengono effettuati anche in ambito di selezione consuale di Forza Armata. Nel 2009 sono stati eseguiti 70.258 test e solo lo 0,04% è risultato positivo. La percentuale di esami positivi, quindi, continua a diminuire (0,1% nel 2007 e 0,06% nel 2008).

In relazione all'attività di prevenzione delle tossicodipendenze nelle Forze Armate ai sensi dell'art.1 comma 9 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze di cui al DPR 309/90, nel 2009 sono stati sottoposti a drug test 638 carabinieri e di questi 6 soggetti sono risultati positivi (0,9%).

Nel Corpo dei
Carabinieri positivi lo
0,9% dei testati

Conclusioni

Il riscontro preliminare dei dati, sia dei lavoratori che delle Forze Armate, evidenzia come la positività alla presenza di sostanze sia nettamente inferiore a quanto riscontrato nella popolazione generale.

Questo è un risultato confortante nella misura in cui i soggetti controllati sono sottoposti a test secondo procedure predefinite. Risulta pertanto necessario individuare in tale ambito, quale obiettivo generale, la standardizzazione sul territorio nazionale delle procedure di valutazione di secondo livello nei Ser.T., dal quale ne discendono i seguenti obiettivi specifici:

- Chiarire l'impossibilità, di svolgere mansioni a rischio per pazienti con terapie a base di sostitutivi (metadone e buprenorfina) e, contemporaneamente, studiare percorsi alternativi e di protezione per il mantenimento/trasferimento della persona tossicodipendente in terapia in attività lavorativa con mansioni non a rischio.
- Realizzare linee di indirizzo e/o circolari esplicative tecniche per le Regioni e P.A., in particolare per i Dipartimenti delle Dipendenze.
- Definire schede standard per la trasmissione dati tossicologici e clinici ai medici competenti. È necessario documentare e trasmettere ai medici competenti tutti i dati anamnestici, comprese le precedenti ed attuali terapie specifiche per la tossicodipendenza, documentare inoltre l'uso occasionale o periodico, oltre l'eventuale stato di dipendenza.
- Individuare nel medico competente il solo responsabile della certificazione di idoneità alla mansione, sulla base dei dati anamnestici, clinici e tossicologici forniti dalle strutture di II livello e dai laboratori accreditati.

Obiettivi specifici

Terapie con sostitutivi e
mansioni a rischio

Linee di indirizzo

Standardizzazione del
materiale documentale

Vi sono molti problemi ancora aperti sia per quanto riguarda l'aspetto più puramente tecnico-analitico che quello normativo:

- I test di conferma che formulano una diagnosi sicura di tossicodipendenza, richiedono una dotazione strumentale complessa e una competenza sia tossicologica che medico legale per l'interpretazione dei risultati; in particolare si evidenzia la questione dei falsi positivi e, in particolare, quella dei falsi negativi.
- La garanzia della idoneità del campione, passibile di adulterazione, (sono stati rilevati numerosi campioni per i quali il dosaggio della creatinina ne ha indicato la possibile diluizione, con conseguente abbassamento della rilevabilità rispetto alla soglia decisionale stabilita dai cut-off), conferma l'esigenza che all'atto della raccolta del campione urinario siano costantemente verificati uno o più parametri chimico fisici utili a garantirne l'idoneità (pH, temperatura, creatinina, peso specifico, nitriti, ecc.).
- I test positivi allo screening non confermati mediante cromatografia-spettrometria di massa potrebbero portare all'individuazione di classi "critiche" di sostanze che suggeriscono l'opportunità di una revisione dei cut-off oppure l'individuazione di analiti metabolici più specifici.
- Le categorie di lavoratori da esaminare per alcol e droghe andrebbero allineate ed integrate; ciò comporterebbe un aumento delle categorie e della popolazione da testare e conseguentemente un aumento dei costi

Gestione dei falsi
positivi e negativi

Adulterazione
del campione

Revisione delle
metodologie
di laboratorio

Strategie di
testing



Patente di guida e
mansioni a rischio

ed una diminuzione della fattibilità organizzativa. Una possibile soluzione potrebbe essere l'introduzione dei test randomizzati che manterrebbero l'effetto deterrente (da considerarsi come il vero effetto preventivo) ma abbasserebbero i costi e le problematiche organizzative.

- I casi di lavoratori con patente risultati positivi ai test di I e II livello non sono soggetti a segnalazione a Prefettura o Commissione medico legale conservando quindi la patente e la possibilità di svolgere la mansione a rischio, sarebbe da valutare l'introduzione obbligatoria di segnalazione da parte del medico competente ed il ritiro immediato e revisione della patente.
- Il lavoratore con patente B con mansioni di autista di mezzi leggeri o furgoni attualmente non è soggetto ad accertamento, anche qui è auspicabile introdurre l'obbligo come per le altre categorie a rischio.
- Nella fase di pre assunzione lavorativa non è previsto alcun test di accertamento, ciò, in alcuni casi, come ad esempio nelle aziende di trasporto con soli autisti, andrebbe rivisto introducendo gli accertamenti pre assuntivi e la non assunzione in caso di riscontrata positività.
- Nelle aziende di piccole dimensioni il riscontro di positività di un lavoratore comporta seri problemi e talvolta l'impossibilità di ricollocare in altra mansione il lavoratore, questo problema, ancora aperto, per l'azienda rischia di essere insostenibile sia a livello organizzativo e finanziario.

Monitoraggio
dell'applicazione del
protocollo di intesa

Il Dipartimento Politiche Antidroga sta anche procedendo alla revisione dell'Intesa di concerto con il gruppo tecnico scientifico del progetto DTLR, con l'orientamento di garantire che:

- l'applicazione del protocollo sia sottoposta a monitoraggio e verifica di efficacia, efficienza e sostenibilità finanziaria;
- la ridefinizione delle classi di lavoratori da sottoporre ad accertamenti con riallineamento con quelle previste in materia di alcol;
- l'individuazione di strutture competenti di secondo livello, introducendo oltre ai Dipartimenti delle Dipendenze anche altre strutture che già fanno tali compiti per controllori di volo e ferrovie.

Adozione di sistemi
di risk management
nelle aziende

Un ulteriore e importante contributo rivolto alla gestione delle problematiche derivanti dal consumo di sostanze in ambito lavorativo e in particolare per le mansioni a rischio è l'adozione nelle aziende di politiche di risk management. Infatti, l'adozione di sistemi di monitoraggio della probabilità che un evento inatteso possa accadere (anche in circostanze di apparente massima sicurezza) è utile e necessario per essere a conoscenza che il potenziale evento potrebbe comportare dei danni: a tal proposito sembra che l'assunzione di sostanze psicotrope in ambito lavorativo possa essere una delle cause più frequenti di infortunistica. La consapevolezza del rischio cui si espone il soggetto assunto e dei potenziali danni che potrebbe procurare a stesso e agli altri è una utile e potente strategia di sensibilizzazione e di prevenzione.

Bibliografia

- Samhsa, National survey on drug use and health, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, 2007 (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Annual report 2009: the state of the drugs problem in Europe, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2009.
- NIDA teaching packets (<http://drugabuse.gov/pubs/Teaching/default.html>).
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga, Relazione Annuale al Parlamento 2010 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia: dati relativi all'anno 2009.
- Bontadi D, Briatico Vangosa G., Gilioli G., Patanè P., Tossicodipendenza e lavoro: da una ricerca dell'ANMA una prima stima dei dati. *Il Sole 24 Ore, Ambiente e Sicurezza*, pp. 19-24, n. 14, 2010 (www.ambientesicurezza.ilsole24ore.com).
- ISO/DIS 31000 . Risk management: principles and guidelines on implementation, International Organization for Standardization, 2009.

