

Tabella IV.2.2: Confronto dei consumi in dosi/giorno/1000 abitanti a Como anni 2008 e 2009 con applicazione del test t-student (* confronti significativi)

Sostanze	Confronti	Significatività del test (p)
Cocaina	2008 vs 2009 (aggregato)	<0,0001*
THC (Cannabis)	2009 giu. vs 2009 noIV.	0,1886
	2008 vs noIV. 2009	0,1310
Eroina	2008 vs 2009 (aggregato)	0,024*
Metamfetamina	2008 vs 2009 (aggregato)	0,4441

Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

IV.2.5. Conclusioni

I consumi di ecstasy, pur già molto bassi nel 2008 si sono ulteriormente ridotti nel 2009 (pari a zero sia in giugno che in novembre 2009).

Questa riduzione è avvenuta a fronte di una popolazione stabile (la popolazione di Como infatti non è cambiata in maniera sensibile nel corso dell'anno) e il numero di persone afferente al depuratore non è sostanzialmente mutato (la popolazione equivalente servita, calcolata mediante i livelli di BOD5 non è cambiata in maniera apprezzabile).

Esiste comunque una seconda possibilità per spiegare queste diminuzioni che è legata al mercato. La messa in commercio di sostanze stupefacenti meno pure potrebbe almeno in parte rendere ragione del calo osservato. Il metodo utilizzato misura infatti i quantitativi di "sostanza pura" consumata e l'utilizzo di percentuali di taglio maggiori potrebbe causare un calo della sostanza pura consumata senza cambiare il numero di utilizzatori o la frequenza di utilizzo. In effetti, dati dagli UK mostrano che la purezza media della cocaina sequestrata al dettaglio è scesa dal 32% al 23% tra il 2007 e il 2009, mentre quella sequestrata alle frontiere è passata dal 67% al 56% nello stesso periodo di tempo [7]. In mancanza di dati Italiani specifici si deve ipotizzare che la diminuzione della purezza delle sostanze possa avere avuto un ruolo, ma si sottolinea comunque che il quadro non sembra evidenziare una riduzione di una particolare sostanza bensì una riduzione generalizzata, e che la modifica osservata è avvenuta in maniera rapida, mentre una diminuzione della purezza delle sostanze avrebbe invece comportato riduzioni più progressive.

Questa riduzione generalizzata, se effettivamente legata alla riduzione del numero dei consumatori, potrebbe essere spiegata in almeno due modi: da una parte l'intensa attività di prevenzione condotta a Como nel corso degli ultimi anni, dall'altra potrebbe essere spiegata dalla cosiddetta "crisi economica", che alla sua massima intensità, a cavallo del 2008 e del 2009 potrebbe aver impedito a molte persone l'acquisto di sostanze stupefacenti costose come cocaina ed eroina.

Dati preliminari di consumo a Milano, ottenuti con lo stesso metodo, sembrerebbero confermare quest'ultima ipotesi, suggerendo che il trend descritto a Como è un fenomeno comune. Anche a Milano le analisi stanno infatti evidenziando una riduzione dei consumi di cocaina e eroina avvenuta tra il 2008 e il 2009, avvalorando quindi l'intervento di possibili fattori generalizzabili a livello dell'intera popolazione. A questo riguardo sono però necessari ulteriori studi, sia per definire le ragioni dei fenomeni osservati sia la loro possibile generalizzazione alla popolazione Italiana. Sarebbe ad esempio utile poter incrociare i dati derivati da questo studio con le evidenze derivate da studi epidemiologici sulla stessa popolazione. In ogni caso, sia che si sia verificata una diminuzione del numero di utilizzatori occasionali o della frequenza di consumo, sia che si sia verificata una diminuzione volontaria o involontaria delle dosi utilizzate, i dati sarebbero comunque a favore di un trend di diminuzione dei consumi di cocaina e eroina

nella popolazione generale.

Testo a cura di:

Ettore Zuccato¹, Raffaella Olandese², Roberto Antinozzi², Sara Castiglioni¹,

¹Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, Via La Masa 19, 20156 Milano

²ASL di Como, Via Pessina 6, 22100 Como

IV.2.6 Bibliografia

1. Zuccato E, Calamari D, Castiglioni S, Chiabrandi C, Bagnati R, Fanelli R. Cocaine in surface water: a new evidence-based tool to monitor community drug abuse. *Environmental Health: A Global Access Science Source* 2005, 4:14
2. Baselt RC. 2004. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 3rd ed. Biomedical Publications, California, USA
3. Zuccato E, Chiabrandi C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug use. In: Assessing illicit drugs in wastewater; potential and limitation of a new monitoring approach. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon 2008: 21-34
4. Zuccato E, Chiabrandi C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environ Health Perspect*, 2008, 116: 1027-1032
5. Castiglioni S, Zuccato E, Crisci E, Chiabrandi C, Fanelli R, Bagnati R. Identification and measurement of illicit drugs and their metabolites in urban wastewaters by liquid chromatography tandem mass spectrometry (HPLC-MS-MS). *Anal Chem* 2006, 78: 8421-8429
6. Castiglioni S, Zuccato E, Chiabrandi C, Fanelli R, Bagnati R. Mass spectrometry analysis of illicit drugs in wastewater and surface water. *Mass Spectrom Rev* 2008, 27: 378-394
7. United Nations Office of Drugs and Crime (UNODC). The World Drug Report 2009. Vienna. Available at <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html>
8. Zuccato E, Calamari D, Castiglioni S, Chiabrandi C, Bagnati R, Fanelli R. Cocaine in surface water: a new evidence-based tool to monitor community drug abuse. *Environmental Health: A Global Access Science Source* 2005, 4:14
9. Zuccato E, Chiabrandi C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug use. In: Assessing illicit drugs in wastewater; potential and limitation of a new monitoring approach. *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, Lisbon 2008: 21-34
10. Zuccato E, Chiabrandi C, Castiglioni S, Bagnati R, Fanelli R. Estimating community drug abuse by wastewater analysis. *Environ Health Perspect*, 2008, 116: 1027-1032
11. Castiglioni S, Zuccato E, Chiabrandi C, Fanelli R, Bagnati R. Mass spectrometry analysis of illicit drugs in wastewater and surface water. *Mass Spectrom Rev* 2008, 27: 378-394
12. Castiglioni S, Zuccato E, Crisci E, Chiabrandi C, Fanelli R, Bagnati R. Identification and measurement of illicit drugs and their metabolites in urban wastewaters by liquid chromatography tandem mass spectrometry (HPLC-MS-MS). *Anal Chem* 2006, 78: 8421-8429

CAPITOLO IV.3.

DRUG TEST NEI LAVORATORI CON MANSIONI A RISCHIO

- IV.3.1 Introduzione
- IV.3.2 Punti critici
- IV.3.3 Risultati preliminari
- IV.3.4 Dati delle Forze Armate
- IV.3.5 Conclusioni

IV.3. DRUG TEST NEI LAVORATORI CON MANSIONI A RISCHIO

IV.3.1. Introduzione

Dopo onerosi lavori e 18 anni di attesa la Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 30 ottobre 2007, ha siglato l'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza nelle "mansioni a rischio" ovvero quelle "che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute proprie e di terzi, anche in riferimento ad un'assunzione solo sporadica di sostanze stupefacenti", specificatamente "quelle inerenti l'attività di trasporto" e quelle individuate nell'allegato I della citata Intesa.

Premesse generali

Ai sensi dell'art. 8 (Modalità dell'accertamento dell'assenza di tossicodipendenza) comma 2 è stato prodotto l'iter procedurale per la condizione degli accertamenti che si compone di due macrofasi in relazione alla necessità di istituire un primo livello di accertamenti da parte del medico competente ed un secondo livello di approfondimento diagnostico - accertativo a carico delle strutture sanitarie competenti di cui all'art. 2 e all'art. 6 dell'Intesa C.U. 30 ottobre 2007.

L'accordo Stato/Regioni del 18 settembre 2008, recepito in tutta Italia entro la prevista data del 31 dicembre 2009, di fatto non è ancora operativo in tutte le realtà regionali.

Una disamina preliminare da parte del Dipartimento Politiche Antidroga delle casistiche pervenute e le ulteriori iniziative intraprese hanno fatto emergere l'esigenza di monitorare costantemente e quanto più approfonditamente possibile il fenomeno in questione, a tal fine il Dipartimento ha promosso un progetto denominato DTLR avente come obiettivo la creazione di un sistema di monitoraggio per la valutazione dei Drug test eseguiti sul territorio Nazionale nei lavoratori con mansioni a rischio, finalizzato anche alla creazione di un flusso permanente di dati a supporto del tavolo tecnico interistituzionale presso lo stesso Dipartimento.

Primario prevenire gli incidenti

Principi di base, tra gli altri, è che non solo lo stato di dipendenza ma anche l'uso occasionale di stupefacenti deve essere considerato incompatibile con la mansione a rischio e che ai fini preventivi uso, abuso e dipendenza sono da considerarsi comportamenti a rischio e condizioni incompatibili con lo svolgimento di mansioni a rischio o con la guida di automezzi.

Allo scopo di definire ed attivare procedure e misure di sicurezza rivolte a tutelare l'incolumità del lavoratore stesso e di terze persone le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei lavoratori, devono essere finalizzate primariamente a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni lavorative a rischio.

I principi generali su cui strutturare le procedure operative devono essere dettati da un indirizzo di cautela conservativa nell'interesse della sicurezza del singolo e della collettività, che prevedano la non idoneità di tali lavoratori allo svolgimento di mansioni a rischio nel caso di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di dipendenza.

Esistono, infatti, sostanze in grado di alterare fortemente le capacità e le prestazioni psicofisiche del soggetto senza necessariamente indurre uno stato di dipendenza (es. LSD, altri allucinogeni ecc.).

Le citate procedure devono essere finalizzate ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza, ma anche l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope (sia essa occasionale, periodica o costante), al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio.

A scopo preventivo, anche per le oggettive difficoltà di rilevazione e di descrizione delle modalità e della frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope da parte del lavoratore, dette procedure, non fanno distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza al fine di attivare la sospensione cautelativa e ciò potrebbe essere fonte di possibili conflitti tra lavoratore e datore.

Al fine di indirizzare la persona verso specifici programmi di cura e riabilitazione di cui all'art.124 del DPR 309/90 e successive modifiche, dovrà essere attivata la certificazione delle condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici per la tossicodipendenza. A tal fine risulta fondamentale l'idoneità del campione, che allo stato attuale non è possibile garantire. Allo stesso modo dovranno essere presi in considerazione i comportamenti a rischio in assenza di tossicodipendenza (assunzione occasionale o periodica) al fine di promuovere supporti specialistici.

IV.3.2. Punti critici

Nel corso della V Conferenza Nazionale sulla Drogena e nei successivi incontri sono emersi alcune problematiche sia di natura normativa che tecnica, di seguito sintetizzate:

- 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 specialmente dei falsi negativi.
- La garanzia della idoneità del campione, possibile 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 più specifici .

risolvere il problema dei falsi positivi e negativi

Il campione rischia di essere adulterato

Possibile revisione dei cut-off

95% circa del campione di genere maschile

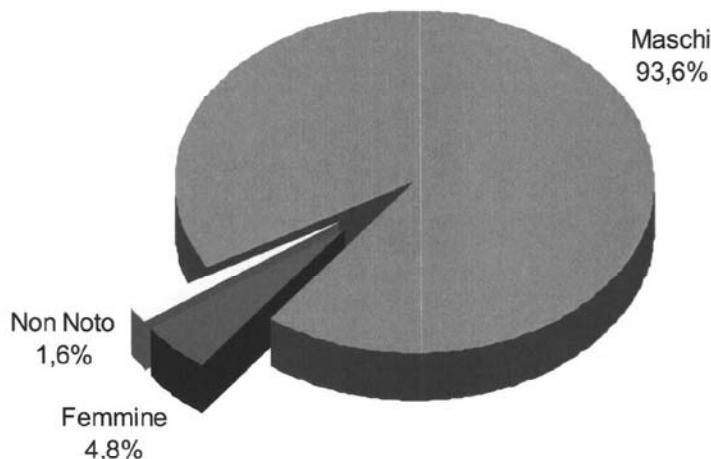
IV.3.3 Risultati preliminari

I dati a disposizione del Dipartimento Politiche Antidroga, forniti dalla Rete Ferroviaria Italiana (RFI) – Gruppo Ferrovie dello Stato - , da Associazione Nazionale Medici d'Azienda (A.N.M.A.), Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (S.I.M.L.I.I.) e LAMM s.r.l. si riferiscono a 54.138 soggetti sottoposti a test di I° livello nel 2009, di cui circa il 5% di genere femminile.

Tabella IV.3.1: Denominazione e numero dei soggetti fonte di dati

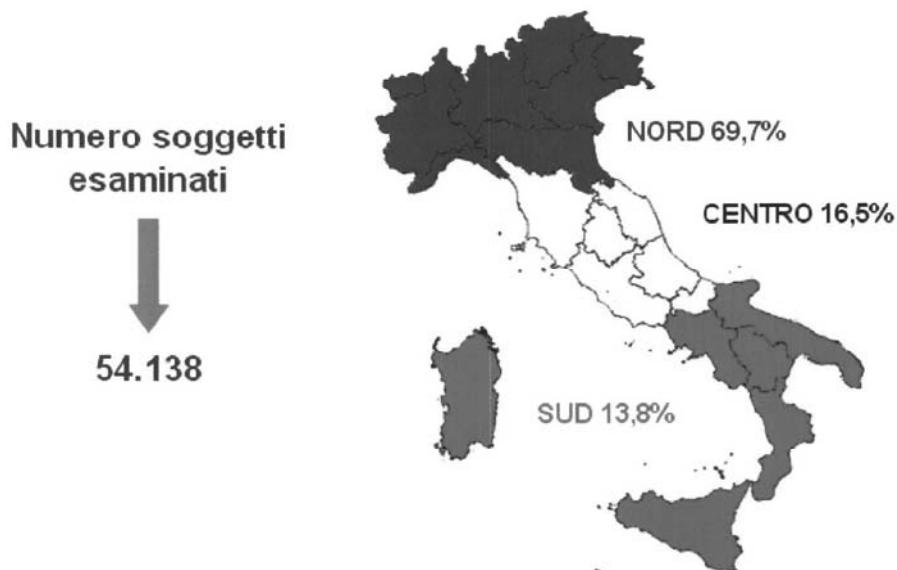
Denominazione fonte dati	Soggetti
Rete Ferroviaria Italiana – Gruppo Ferrovie dello Stato – Direzione Sanità	26.044
Associazione Nazionale Medici d'Azienda	16.498
Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale	8.656
Laboratorio Analisi Mediche Mestre s.r.l.	2.940
Totale soggetti sottoposti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

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Figura IV.3.1: Drug test di I livello – analisi per genere

Fonte: *Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LAMM*

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.

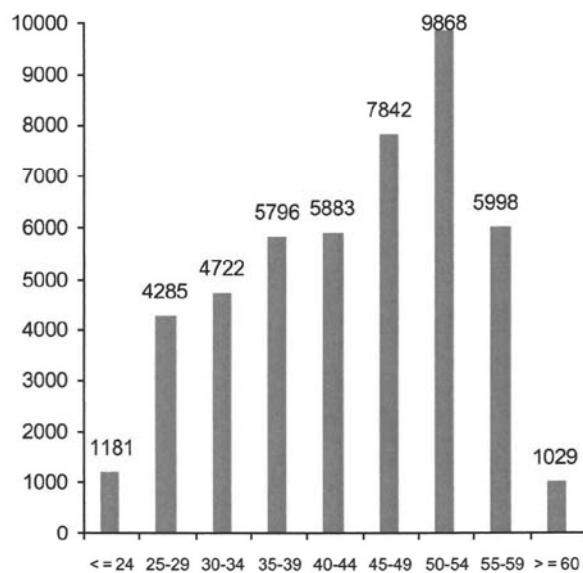
Figura IV.3.2: Drug test di I livello – analisi per macro area geografica

Fonte: *Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LAMM*

Per quanto concerne il settore di impiego dei lavoratori si segnala che sono quasi completamente afferenti al settore dei trasporti.

L'analisi per fascia d'età denota una popolazione lavorativa abbastanza anziana, il campione esaminato (pari a poco più dell'86% dei soggetti esaminati) rivela che il 53% circa dei soggetti ha un'età superiore ai 45 anni.

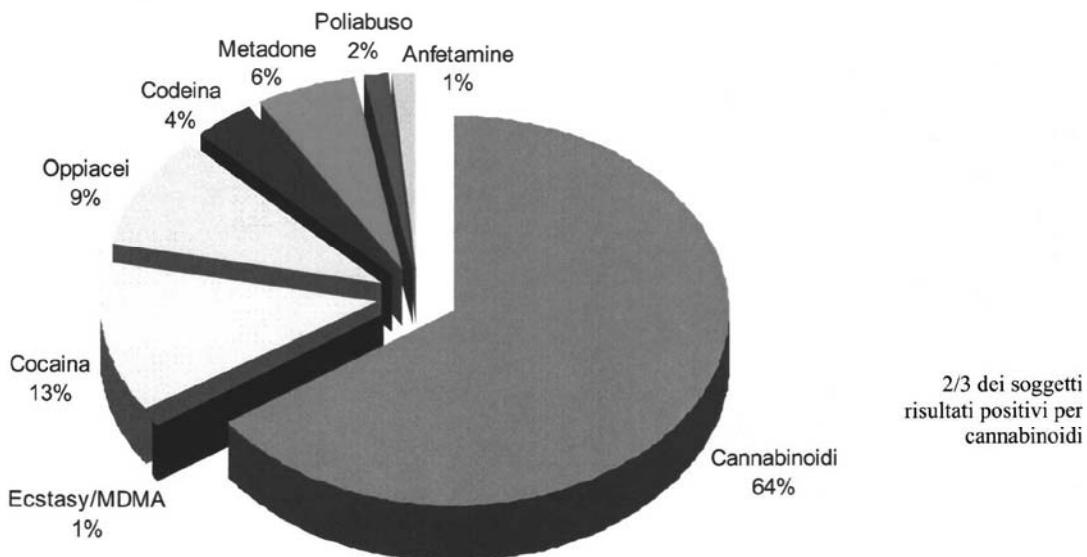
Il 53% del campione ha più di 45 anni

Figura IV.3.3: Drug test di I livello – analisi per fascia d'età

Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LAMM

I risultati emersi dai test di conferma (esame che viene effettuato per confermare il risultato ottenuto con il test di screening) hanno evidenziato la positività del test per l'1,2% dei soggetti testati; di questi quasi i due terzi per cannabinoidi, circa il 12% cocaina ed il 9% per oppiacei (Figura IV.3.4).

1,2% di positivi ai test di conferma

Figura IV.3.4: Drug test di I livello – analisi per sostanza d'abuso

Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LAMM

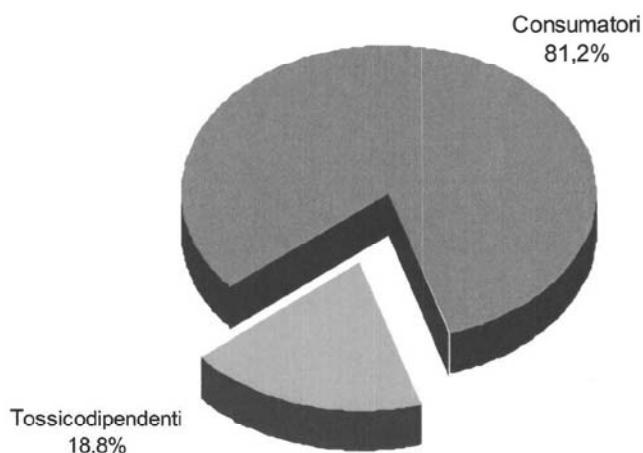
Il lavoratore risultato positivo agli accertamenti di I livello effettuati dal medico competente, viene inviato dallo stesso presso la struttura sanitaria competente (generalmente un Ser.T) per le procedure diagnostico-accertative di II livello che qualora accertino lo stato di tossicodipendenza garantiscono la possibilità di accedere ad un percorso di cura e/o riabilitazione con la conservazione del posto

di lavoro.

I dati 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 (di cui una sola donna), di cui quasi tre quarti nella fascia di età compresa tra i 25 ed i 44 anni.

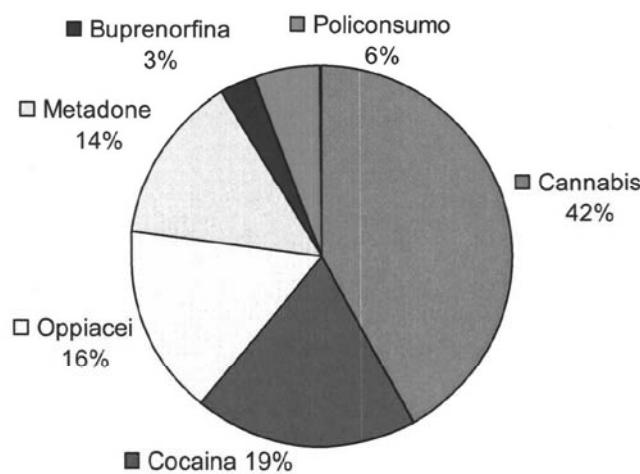
Al 19% circa del campione (69 soggetti) è stata riscontrata una diagnosi di tossicodipendenza (Figura IV.3.5), in prevalenza per cannabis ed a seguire cocaina, oppiacei e metadone (Figura IV.3.6).

Figura IV.3.5: Drug test di II livello – analisi per diagnosi



Fonte: *Elaborazioni su dati RFI et al.*

Figura IV.3.6: Drug test di II livello – analisi per sostanza di abuso



Fonte: *Elaborazioni su dati RFI et al.*

IV.3.4 Dati delle Forze Armate

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.

Nella Tabella IV.3.2 sono contenute le informazioni relative al numero di addetti in forza effettivo delle quattro Forze Armate italiane (Esercito Italiano, Marina Militare, Aeronautica Militare e Corpo dei Carabinieri) comunicate

all’Osservatorio Epidemiologico dallo Stato Maggiore della Difesa dal 2006 al 2009.

Tabella IV.3.2: Numero effettivo delle Forze Armate. Anni 2006 - 2009

ANNO	E.I.	M.M.	A.M.	C.C.	Totale
2006	113.525	35.497	45.317	112.225	306.564
2007	106.221	33.877	44.051	112.082	296.231
2008	103.385	32.766	43.306	111.426	290.883
2009	105.212	33.004	43.225	110.993	292.434

Fonte: *Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa*

Per quanto riguarda l’Esercito Italiano, la Marina Militare e l’Aeronautica Militare sono disponibili i dati relativi al numero di test¹ eseguiti (Tabella IV.3.3), mentre per il Corpo dei Carabinieri le informazioni riguardano il numero di soggetti sottoposti ad esame (Tabella IV.3.4).

Tabella IV.3.3: Drug test eseguiti sulle Forze Armate. Anni 2006 - 2009

	2006	2007	2008	2009
Esercito Italiano				
Test eseguiti	47.993	39.523	48.306	42.417
Test positivi	625	340	54	446
% Positivi	1,3	0,86	0,11	1,05
Marina Militare				
Test eseguiti	50.525	43.747	41.476	43.958
Test positivi	26	19	15	7
% Positivi	0,05	0,04	0,04	0,02
Aeronautica Militare				
Test eseguiti	63.378	43.617	64.108	70.258
Test positivi	57	42	41	27
% Positivi	0,09	0,1	0,06	0,04
Totale (E.I., M.M., A.M.)				
Test eseguiti	161.896	126.887	153.890	156.633
Test positivi	708	401	110	480
% Positivi	0,44	0,32	0,07	0,31

Fonte: *Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa*

Esercito Italiano
con l’1% di test
positivi

Tabella IV.3.4: Soggetti esaminati Corpo dei Carabinieri . Anni 2006 - 2009

	2006	2007	2008	2009
Corpo dei Carabinieri				
Soggetti esaminati	1.670	249	1.632	638
Soggetti positivi	5	6	14	6
% positivi	0,3	2,41	0,86	0,94

Fonte: *Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa*

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 (-12,2% rispetto al 2008) di cui 446 casi sono risultati positivi (1%). Dal 2006, anno in cui erano stati ottenuti 625 test positivi, si è assistito ad un

¹ Un soggetto viene sottoposto, in media, dai 4 ai 7 test

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.

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 (+6% rispetto al 2008) e sono risultati positivi solo 7 esami (0,02%).

Marina
Militare,
aumentano i test

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 concorsuale di Forza Armata.

Aeronautica
Militare, il trend dei
positivi è in
diminuzione

Nel 2009 sono stati eseguiti 70.258 test (+9,6% rispetto al 2008) 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%).

Da sottolineare che nessuno dei casi risultati positivi al drug test è risultato positivo anche a test per HCV, HBV e HIV.

IV.3.5 Conclusioni

Il riscontro preliminare dei dati, sia dei lavoratori che delle forze armate, evidenzia quanto i fatti di cronaca relativi ad incidenti possano essere strettamente collegati con la conseguente assoluta necessità di porre in essere azioni di prevenzione efficaci.

Oltre quanto già accennato nel paragrafo IV.3.2 in merito alle problematiche da affrontare, di indubbio interesse e validità sono le indicazioni emerse dalla V Conferenza Nazionale sulle Droghe; da individuare in tale ambito, quale obiettivo generale la standardizzazione sul territorio nazionale delle procedure di valutazione di secondo livello nei Ser.T.”² , dal quale ne discendono i seguenti obiettivi specifici:

- Chiarire l'impossibilità, di svolgere mansioni a rischio per pazienti con terapie al metadone 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.

Vi sono molti problemi ancora aperti ai quali si propone possibile soluzione:

- Le categorie di lavoratori da esaminare per Alcol e droghe andrebbero allineate

² http://www.conferenzadroga.it/media/79093/atti-conferenza%209_28.pdf

ed integrate, ciò comporterebbe un aumento delle categorie e della popolazione da testare e conseguentemente un aumento dei costi ed una diminuzione della fattibilità organizzativa, possibile soluzione l'introduzione dei test randomizzati che manterebbero 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, cioè, 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.

Per il futuro il Dipartimento Politiche Antidroga (che sta anche procedendo anche alla revisione dell'Intesa) e l'apposito gruppo tecnico scientifico del progetto DTLR si impegnerà affinché :

- L'applicazione del protocollo sia sottoposta a monitoraggio e verifica di efficacia, efficienza e sostenibilità finanziaria;

- Vengano ridefinite le classi di lavoratori da sottoporre ad accertamenti con riallineamento con quelle previste in materia di alcol;

- siano ridefinite le strutture competenti di secondo livello, introducendo oltre ai Ser.T. anche altre strutture che già fanno tali compiti per controllori di volo e ferrovie.

Testo a cura di:

Lorenzo Tomasini¹, Lorenza Cretarola¹, Iulia Alexandra Carpignano¹, Nadia Balestra¹, Bruno Genetti¹, Roberto Mollica¹, Elisabetta Simeoni¹, Giovanni Serpelloni¹ e gruppo Progetto DTLR².

¹Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

² Giuseppe Abbritti, Massimo Accorsi, Danilo Bontadi, Giuseppe Briatico Vangosa, Gianluca Ceccarelli, Marco Ferrario, Maurizio Gomma, Elio Munafò, Gennaro Palma, Piero Patané, Luciano Riboldi.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO IV.4.

IL PROGETTO “DRUGS ON STREET” PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI CAUSATI DA GUIDA SOTTO EFFETTO DI ALCOL E DROGHE

IV.4.1. Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la
Prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati – Protocollo
D.O.S.

IV.4.2. Il protocollo “Drugs on Street

IV.4.3. Metodologia

IV.4.4. Risultati

IV.4.5. Conclusioni

IV.4.6. Bibliografia

IV.4. IL PROGETTO “DRUGS ON STREET” PER LA PREVENZIONE DEGLI INCIDENTI STRADALI CAUSATI DA GUIDA SOTTO EFFETTO DI ALCOL E DROGHE

IV.4.1. Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la Prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati – Protocollo D.O.S.

Il protocollo Drugs on Street (D.O.S.) è un'iniziativa promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con l'intento di favorire la diffusione e l'attivazione a livello nazionale di attività di controllo volte alla prevenzione degli incidenti stradali causati dalla guida sotto effetto di alcol e droghe.

Presentazione

Questo fenomeno è spesso causa di gravi conseguenze in termini di numero di morti e di feriti che riportano anche infermità permanenti, concentrati nel fine settimana e che, spesso, coinvolgono giovani vittime.

Il Codice della Strada regolamenta la guida in stato psicofisico alterato con due articoli specifici, l'articolo 186 “Guida sotto l'influenza dell'alcool” e l'articolo 187 “Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti”. Tuttavia, considerata la diffusione dei comportamenti a rischio per la sicurezza stradale nel nostro paese, compresa la guida sotto effetto di alcol e droghe, sono state intraprese numerose iniziative dal punto di vista normativo volte a rafforzarla (da ultimo il DDL AC n.44B in corso di approvazione alla Camera), oltre ad una intensificazione delle azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

Il progetto quadro
NNIDAC

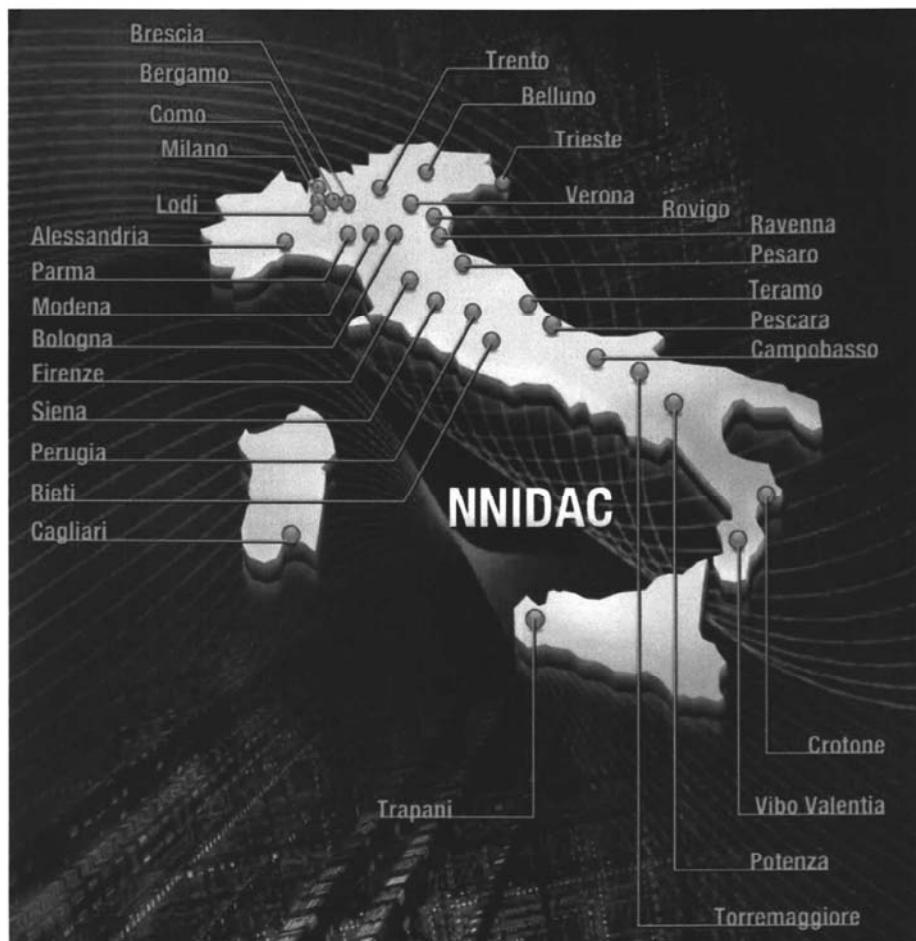
Nel corso del 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga, infatti, ha esteso l'iniziativa alle Prefetture, agli Assessorati Regionali, alle Province Autonome e ai Comuni italiani, attraverso l'invio di materiale informativo relativo a questa iniziativa, al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale.

Nel 2010, attraverso la condivisione del progetto quadro NNIDAC – Network nazionale incidenti droga e alcol correlati – il protocollo D.O.S. è stato adottato a livello nazionale. Il progetto si avvale della collaborazione del Ministero dei Trasporti, del Ministero della Salute, delle Regioni e delle Province Autonome aderenti, dell'Anci e del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani. Attualmente 29 comuni italiani, con il coordinamento delle Prefetture, hanno aderito all'iniziativa mettendo in essere progetti territoriali adattati alle esigenze locali specifiche.

Finalità

L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. consente da una parte di rafforzare il numero di controlli su strada, in particolar modo per la determinazione della guida sotto effetto di droghe, e dall'altra permette un monitoraggio del fenomeno della guida sotto effetto di sostanze stupefacenti e psicotrope sul territorio.

Il protocollo consente di individuare i conducenti che pur non avendo assunto alcol, risultano comunque in stato di alterazione psico-fisica correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti e che, con i normali controlli con etilometro, non sarebbero individuati per mancanza di strumenti adeguati, continuando a rimanere alla guida dei propri veicoli e rappresentando un rischio per sé stessi e per gli altri sulla strada.

Figura IV.4.1:: Comuni che hanno aderito al Progetto Quadro NNIDAC -Protocollo D.O.S.

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

IV.4.2. Il protocollo “Drugs on Street”

Il protocollo D.O.S. si basa sulla fattiva esperienza condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell’Azienda Ulss 20 di Verona, che prosegue ormai da 3 anni. Il gruppo di lavoro permanente, istituito con il coordinamento della Prefettura di Verona, si compone di un’Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica, composta di medici ed infermieri, e da un gruppo interforze composto di agenti e ufficiali di polizia giudiziaria (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale).

I controlli sono svolti grazie alla collaborazione sinergica tra Forze dell’Ordine impegnate nell’attività di controllo su strada, e l’equipe di medici e infermieri che mettono a disposizione la propria professionalità per eseguire gli esami clinici e tossicologici necessari per l’accertamento dei reati di guida in stato psicofisico alterato da sostanze stupefacenti. Il progetto è stato testato in una prima fase sperimentale, e sulla base dei risultati positivi raggiunti, che hanno dimostrato l’efficacia degli interventi in termini di individuazione dei conducenti alla guida in stato alterato, la fattibilità organizzativa e il grado di accettabilità sia da parte degli operatori che dei conducenti, è stato adottato a livello nazionale.

L’adozione a livello nazionale è finalizzata non solo ad incrementare il numero di controlli sul territorio, ma anche a creare un effetto deterrente sul territorio soggetto all’intervento, mediante campagne di comunicazione e interventi

Il protocollo
D.O.S.

informativi ed educativi nelle scuole e nei luoghi di intrattenimento. Ciò rappresenta un valore aggiunto poiché, se da un lato gli interventi e le attività di prevenzione nell’ambito della sicurezza stradale in Italia sono molteplici e si differenziano per tipologia e target destinatario, dall’altra la mancanza di un coordinamento generale spesso ne limita l’efficacia al territorio di pertinenza.

IV.4.3. Metodologia

Le modalità operative del Protocollo “Drugs on Street” si caratterizzano per una duplice locazione delle strutture adibite agli accertamenti, in funzione del periodo stagionale: su strada durante l'estate, oppure presso una struttura sanitaria attrezzata nel periodo invernale.

Metodologia

I controlli outdoor, letteralmente “all’aria aperta”, sono eseguiti in prossimità dei posti di blocco delle Forze dell’Ordine e prevedono l’allestimento di un’area sanitaria attrezzata con tende da campo. I controlli indoor, letteralmente “al chiuso”, vengono invece svolti presso la struttura del Dipartimento delle Dipendenze di Verona che per l’occasione rimane aperta in orario notturno e offre un ambiente confortevole durante le rigide temperature invernali.

L’attività di controllo si svolge in orario notturno, dalle ore 24.00 alle ore 6.00. Il target destinatario è rappresentato dall’intera popolazione dei conducenti, fermati con criterio casuale nell’ambito dell’attività di controllo stradale.

Accertamenti

L’Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica ha adottato un protocollo operativo che definisce la tipologia e le modalità di esecuzione degli esami clinici e tossicologici a cui sono sottoposti tutti i conducenti, indipendentemente dall’esito del test per l’alcolemia.

Il protocollo operativo prevede l’iniziale raccolta del consenso del conducente a sottoporsi agli accertamenti e una ricostruzione anamnestica dell’assunzione di sostanze psicoattive (alcol, droghe, farmaci) nelle ultime 12 ore. Si eseguono, quindi, un test di screening preliminare su urina e un esame dello stato psicomotorio specificatamente mirato alla valutazione dello stato di vigilanza, coordinamento, reattività e orientamento, anche con l’ausilio di un misuratore dei Tempi di Risposta Nervosa (TRN) a stimoli di tipo visivo ed uditorio (esami non invasivi).

In caso di esito positivo dei test preliminari, e solo dopo aver ottenuto il consenso diretto dell’interessato, viene proposto il prelievo di sangue (non obbligatorio e volontario) che, assieme agli altri campioni biologici raccolti, viene inviato in laboratorio per l’analisi di verifica e conferma con metodi gas cromatografici. La diagnosi di positività, quindi, viene formulata sulla base di più elementi concordanti (dichiarazione di assunzione, visita medica, test di screening, esami strumentali, esami di laboratorio). Gli accertamenti si concludono con l’emissione finale di un referto diagnostico per le competenti Autorità.

Di seguito vengono presentati i dati relativi all’attività di controllo condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze Azienda Ulss 20 di Verona. I risultati descritti si riferiscono ad un campione di conducenti sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici, fermati con criterio casuale tra la popolazione dei conducenti sul territorio veronese, in fascia oraria notturna (24.00 - 6.00) compresa tra venerdì e sabato.

IV.4.4. Risultati

Durante l’attività di controllo, svolta tra agosto 2007 e maggio 2010 nel comune e nella provincia di Verona, sono stati sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici oltre 1.100 conducenti, per la maggior parte maschi (88,2%), con un’età media di 30 anni. Tra i conducenti fermati, la fascia d’età maggiormente rappresentata corrisponde ai 21-30 anni (vedi Tabella IV.4.1).