

medico competente



JOURNAL

in questo numero

- Un aggiornamento sul fenomeno della tossicodipendenza alla luce della Relazione 2024 presentata al Parlamento
- Circolare esplicativa sull'uso delle piattaforme di lavoro elevabili
- Patente a crediti in edilizia
- L'accomodamento ragionevole: cos'è e chi riguarda
- Scelte e criticità del Medico Competente alla luce delle novità normative

I vaccini

sono una componente chiave dell'assistenza sanitaria primaria e sono fondamentali per la prevenzione e il controllo delle epidemie di malattie infettive.

Referenze

https://www.who.int/health-topics/vaccines-and-immunization#tab=tab_1



VIATRIS



SOMMARIO

3/2024

4 **Editoriale**

- Franco Massironi

5 **In primo piano**

- Un aggiornamento sul fenomeno della tossicodipendenza alla luce della Relazione 2024 presentata al Parlamento

19 **Dalle Istituzioni**

- Circolare esplicativa sull'uso delle piattaforme di lavoro elevabili
- Patente a crediti in edilizia

22 **Contributi**

- L'accomodamento ragionevole: cos'è e chi riguarda

28 **ANMA comunica**

- Scelte e criticità del Medico Competente alla luce delle novità normative

33 **Piano Formativo**

Nel panorama lavorativo moderno, il ruolo del Medico Competente è in continua evoluzione. Non siamo più semplici esecutori di sorveglianza sanitaria; oggi siamo chiamati a ricoprire un ruolo strategico nella prevenzione, gestione e promozione della salute nei luoghi di lavoro. Le normative, le nuove tecnologie e la crescente complessità del mondo del lavoro, hanno trasformato il nostro operato, rendendolo ancora più cruciale.

Il nostro past president Giuseppe Briatico Vangosa, pone in evidenza la recente Relazione sulle tossicodipendenze 2024 “Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (Anno 2023)” a cura del Dipartimento per le Politiche anti droghe, che ha messo in evidenza un aumento preoccupante del consumo di sostanze stupefacenti, con impatti diretti sulla salute e sicurezza dei lavoratori. In particolare, è emerso un incremento dell’uso di droghe sintetiche e cocaina, oltre alla presenza di nuove sostanze psicoattive, che rappresentano una minaccia concreta per la sicurezza sul lavoro. L’identificazione precoce di lavoratori a rischio non è solo ottemperanza a una normativa, ma un impegno etico per garantire la sicurezza dei nostri lavoratori e ridurre il rischio di incidenti sul lavoro.

Un altro aspetto rilevante è la recente introduzione della “patente a crediti” per i lavoratori dell’edilizia, che pone ulteriori sfide e opportunità. Questa nuova regolamentazione, sebbene legata al nostro ruolo, apre la strada verso una maggiore integrazione tra la valutazione della sicurezza e la salute nei cantieri. Il Medico Competente può affiancare i Responsabili dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) territoriali nelle visite in cantiere, contribuendo a migliorare la cultura della prevenzione e dell’educazione alla salute.

Visto l’interesse suscitato, nella prima sessione del 37° Congresso Nazionale ANMA che si è svolto a Bologna dal 23 al 24 maggio 2024 dalla tematica dell’accomodamento ragionevole, consapevoli che questa materia ha avuto sviluppi importanti in questi anni, abbiamo riportato l’intervento del Dott. F. D’Orsi.

Non meno importante è il tema della sicurezza in azienda, dove l’integrazione tra tecnologia e formazione può fare la differenza. Le piattaforme di lavoro elevate, ad esempio, sono uno degli ambiti in cui la formazione continua e la vigilanza rimangono essenziali per prevenire incidenti. Come Medici Competenti, il nostro compito è vigilare affinché queste misure siano sempre rispettate e che i lavoratori siano formati adeguatamente. Ma possiamo andare oltre, promuovendo programmi di sensibilizzazione e aggiornamento continuo, che rafforzino la consapevolezza dei rischi e delle corrette pratiche.

In conclusione, il ruolo del Medico Competente è più che mai centrale e strategico. Dobbiamo continuare ad aggiornarci e formare reti di collaborazione multidisciplinare per affrontare le sfide di un mondo del lavoro in rapida evoluzione. Solo così potremo garantire una tutela efficace della salute dei lavoratori e contribuire a creare ambienti di lavoro sicuri, inclusivi e stimolanti, in cui ogni individuo possa esprimere le proprie potenzialità.

Franco Massironi

Medico Competente,

Responsabile del Comitato di Redazione

2024

Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia

Key words: tossicodipendenza; consumo di droghe legali e illegali; effetti sulla salute; offerta del mercato; domanda e offerta di trattamento.



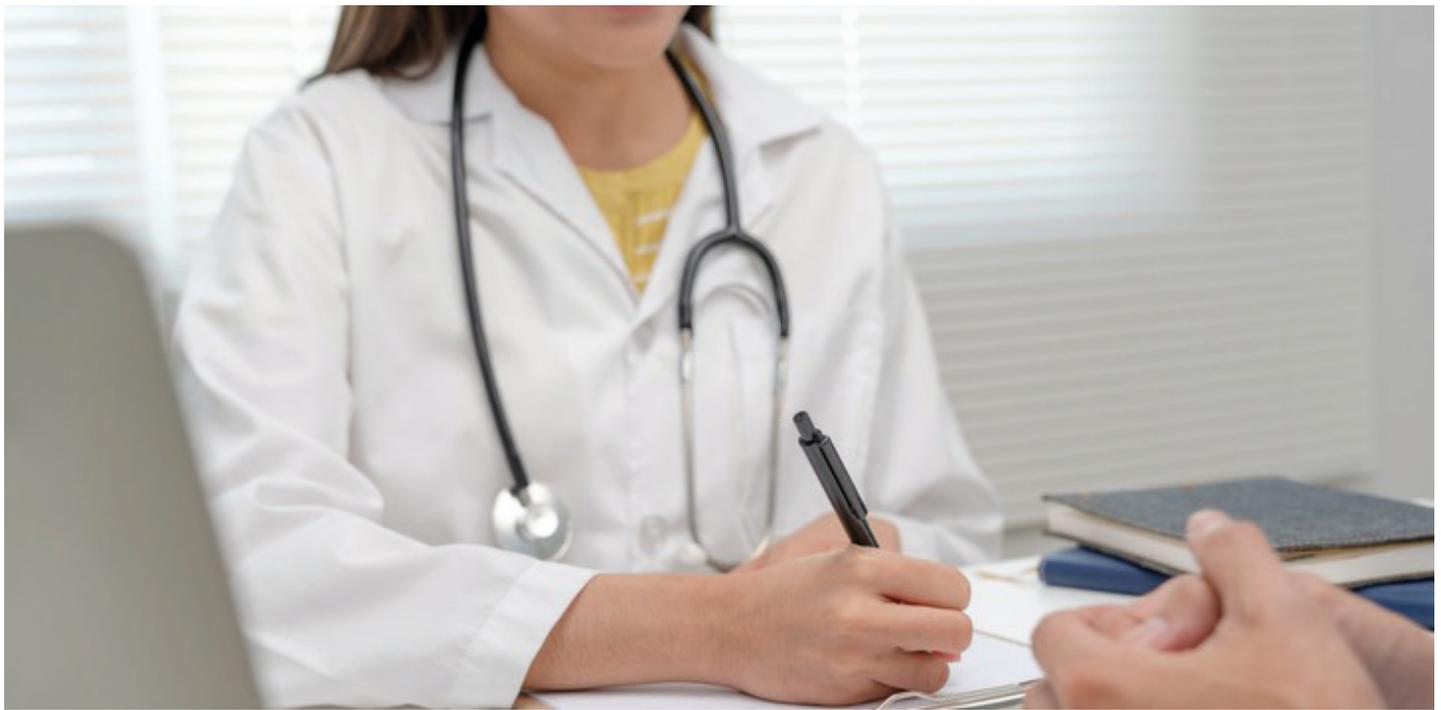
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento di Politiche Sanitarie

Un aggiornamento sul fenomeno della tossicodipendenza alla luce della Relazione 2024 presentata al Parlamento

Giuseppe Briatico Vangosa, Medico Competente ANMA Lombardia, past President ANMA

Premessa

Nei numeri 2 e 3 del 2019 di questo Journal (Marzo 2019/Anno 24, N. 2/2019 – Settembre 2019/Anno 24/ N.3/2019) avevamo analizzato il fenomeno della dipendenza da sostanze alcoliche e da sostanze stupefacenti e psicotrope alla luce delle rispettive Relazioni presentate al Parlamento.



Nell'occasione avevamo commentato che le Relazioni, di interesse per ogni figura sanitaria, rivestono particolare rilievo per noi Medici Competenti. Esse sono strumento per approfondire gli aspetti che hanno una ricaduta sulla nostra professione quali: i modelli di consumo; le classi di età per genere; il riconoscimento dei consumatori a rischio; la dipendenza; la morbilità e la mortalità correlate; gli effetti sulla sicurezza stradale e sul lavoro con i riflessi sulla sicurezza dei terzi; la pianificazione degli interventi di educazione sanitaria, di contrasto, di informazione e formazione programmati nei rispettivi Piani Nazionali e Regionali.

A distanza di 5 anni dopo l'uscita della Relazione 2024 è utile riprendere l'argomento per evidenziare l'andamento del fenomeno che presenta rispetto al 2019 alcuni aspetti innovativi e rilevanti per la professione del Medico Competente e merita un aggiornamento.

Gli ambiti di particolare interesse sono:

- **“La frontiera invisibile”**, ovvero il nuovo scenario di offerta di Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) che rappresenta una delle prime condizioni che motiva il nostro aggiornamento;
- gli incrementi nella purezza di alcune sostanze tra le più diffuse sul mercato, quali ad esempio l'aumento del contenuto medio di THC (tetraidrocannabinolo) nei prodotti derivati dalla cannabis o l'aumen-

to della percentuale media di principio attivo nei prodotti a base di resina (hashish) che, dal 2016 al 2023, quadruplica quasi il suo valore passando da 7,4% a 29%, a cui si aggiunge l'incremento di sostanze sequestrate a elevato contenuto di THC (>50%);

- il significativo aumento del quantitativo di principio attivo di cocaina base (crack) che dal 2017 al 2023 sale di 30 punti percentuali (dal 57% all'87%);
- le **“Allerte”** di grado più elevato per il rischio concreto di gravi danni per la salute delle persone dovuti alla diffusione del fentanil illecito (un oppioide sintetico con una potenza oltre 80 volte superiore a quella della morfina) e della xilazina (un potente sedativo solitamente impiegato in veterinaria) usata nel mercato illegale come adulterante;
- l'aumento delle percentuali di studenti tra i 15 e i 19 anni che riferiscono di aver usato almeno una volta nel corso dell'anno cocaina (dall'1,8% al 2,2%);
- l'impatto sui servizi assistenziali, con un progressivo aumento della quota dei ricoveri direttamente correlati al consumo di cocaina nell'ultimo decennio, che passando dal 12% al 25%, diventa la sostanza stupefacente maggiormente riportata nelle diagnosi principali dei ricoveri droga-correlati. Coerentemente l'aumento dei decessi attribuibili

a intossicazione acuta da cocaina/crack che, nell'ultimo anno, hanno superato il 32% dei decessi direttamente droga-correlati con sostanza specificata.

La Relazione conferma, dunque, la rilevanza del consumo di sostanze stupefacenti per il nostro Paese, che - è bene sottolinearlo - vale anche per le sostanze alcoliche, continuando però a non fornire, purtroppo, elementi sufficienti per stimare la portata del fenomeno della dipendenza sugli accadimenti infortunistici.

Non risultano neppure considerazioni sul risultato della nostra attività.

Eppure, il Medico Competente continua a produrre una massa di dati che vanno dispersi. Pensiamo solo agli oltre tre milioni di Lavoratori visitati per il “rischio infortunistico prima detto per i terzi” e sottoposti ai controlli di legge. Ci stupisce che i Ministeri competenti non sentano l'esigenza di incanalare ed orientare la platea dei Medici Competenti ad una fattiva collaborazione che superi il compito meramente istituzionale.

Ciononostante, i dati pubblicati sono un'utile guida per svolgere in modo informato e consapevole il nostro ruolo come richiesto dal comma 4 dell'articolo 41 del D.Lgs. 81/08 (“Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), e-bis) e e-ter) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol di-

pendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”) e gli applicativi relativi ai diversi Schemi d’Intesa.

Ci uniamo a quanto espresso nella lettera integrata recentemente inviata al Sottosegretario Mantovano dai Presidenti di FeDerSerD, SIDT, CNCA, INERTCEAR e FICT dove si sottolinea che “[...] sarebbe molto utile riferire le evidenze sanitarie e sociosanitarie riscontrate nei diversi gruppi di consumatori, per mettere a disposizione della vasta platea degli addetti ai lavori informazioni aggiornate ed esaustive sui molti aspetti sanitari e sociali di rilievo. Fare il punto sulla diffusione e le modalità del consumo di sostanze tradizionali e di nuova sintesi, sia legali che illecite, sulle dipendenze comportamentali, sui principali fattori di rischio e di protezione, sulle conseguenze sulla salute delle diverse forme di consumo problematico e di dipendenza. Questa scelta potrebbe essere utile a spiegare la penetrazione del fenomeno nella popolazione, le principali motivazioni che sono alla base delle diverse forme di consumo, le somiglianze e le differenze tra i comportamenti di consumo nelle diverse generazioni e nelle diverse fasce di popolazione, la capacità del sistema dei servizi di assicurare interventi appropriati ai diversi livelli necessari. È ormai tempo di affrontare in un’ottica integrata il problema delle diverse forme

di dipendenza, superando l’attuale visione frammentaria e parziale”.

Su questo fronte dal 2019 ad oggi nulla è cambiato.

La “Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia (Anno 2023) a cura del Dipartimento per le Politiche Antidroga

È doveroso aprire questo articolo con la prefazione del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Alfredo Mantovano:

“La Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze in Italia si presenta quest’anno in una veste grafica completamente rinnovata, che la rende più facilmente consultabile, senza farle perdere nulla in termini di scientificità e di completezza di approccio. Il frequente utilizzo, che essa fa, dell’infografica permette un racconto - al tempo stesso preciso e fruibile - della complessa e articolata rete di informazioni e di dati, riferiti all’anno 2023, generata dalle Amministrazioni centrali e periferiche dello Stato, dagli Enti pubblici competenti in materia e dalle organizzazioni del Privato Sociale.

Queste ultime, grazie al coordinamen-

to del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, hanno riacquisito centralità e contribuiscono ad affrontare le complesse e multiformi sfide di tutte le dipendenze. L’analisi integrata degli indicatori, diretti e indiretti, permette di identificare i terreni di più incisivo intervento - già in atto - da parte delle istituzioni:

- a. l’incremento del contrasto al narcotraffico, con una più forte cooperazione internazionale, fatta di accordi bilaterali e di scambi fattivi tra forze di polizia e autorità giudiziarie degli Stati maggiormente colpiti, a cominciare da quelli latinoamericani;
- b. il richiamo a un’azione comune realmente efficace nelle più qualificate sedi internazionali, in primis l’Ufficio delle Nazioni Unite a Vienna;
- c. l’aumento dei sequestri in strada, finalizzato a colpire ogni anello della catena di offerta di droga;
- d. il rilancio dell’attività di prevenzione, essenziale a fronte dell’aumento fra gli adolescenti del consumo di sostanze illegali e della maggiore diffusione di nuove dipendenze e comportamenti a rischio legati all’uso di Internet, al gaming e al gioco d’azzardo;
- e. il potenziamento di una corretta informazione, dagli spot tv e social mirati alla promozione e al sostegno agli interventi nelle scuole;



- f. la chiarezza nel linguaggio, per superare gli anni devastanti delle ambiguità e degli ammiccamenti, e per riaffermare su basi scientifiche che nessuna droga è mai 'leggera';
- g. l'attenzione alle strutture del Privato Sociale, frontiera fondamentale per un recupero non solo sanitario;
- h. l'allarme di fronte all'introduzione nel mercato di nuove e pericolose sostanze sintetiche come il fentanyl, in ordine al quale è stato predisposto un piano coordinato di intervento, già operativo e con primi significativi risultati;
- i. la denuncia del fallimento di politiche rinunciatarie, riassumibili nella formula della riduzione del danno, se è vero che i decessi attribuibili all'uso del metadone in un decennio si sono triplicati.
- Questa Relazione fornisce elementi di fatto sicuri per proseguire il lavoro nelle direzioni sintetizzate, se possibile con intensità ancora maggiore".

La Relazione si sviluppa in cinque capitoli che forniscono un quadro d'insieme sullo stato delle tossicodipendenze e precisamente:

- I. L'offerta e il mercato di sostanze stupefacenti
- II. La diffusione e la tendenza dei consumi
- III. Offerta e domanda di trattamento
- IV. I danni correlati al consumo di sostanze stupefacenti
- V. L'attività di prevenzione

Ne riprenderemo alcuni aspetti che riteniamo di maggior interesse per la nostra attività professionale, invitando a consultare l'intero testo di agile lettura grazie ad una ricca infografica. Come indicato in sitografia le Relazioni sono consultabili sul sito del Ministero della Salute e su quello del Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei ministri).

Nella Relazione del 2024, come si legge nella sintesi introduttiva, emergono

nuovi scenari, nuove tendenze e sfide emergenti rispetto a quanto descritto e commentato nel 2019.

Nel 2023 lo scenario della diffusione e del consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope evidenzia un'evoluzione nella configurazione del mercato, in un contesto contrassegnato complessivamente da trend in aumento, sia in rapporto ai consumi dai 15 ai 64 anni di età, sia ai reati in violazione del DPR n.309/1990 e sia in rapporto alla domanda di trattamento sanitario, tornati a crescere dopo la flessione registrata durante il periodo della pandemia da COVID-19.

1. L'offerta e il mercato di sostanze stupefacenti

Spicca in primis, come si diceva in premessa, l'incremento nella purezza di alcune sostanze tra le più diffuse sul mercato.

Prodotti derivati dalla cannabis

Tutti gli indicatori esaminati descrivono i prodotti della cannabis come le sostanze stupefacenti più utilizzate in Italia, dato in linea con i medesimi indicatori riferiti a domanda e offerta a livello europeo e mondiale. Dopo un'apparente contrazione osservata nel biennio trascorso il mercato torna ai valori del periodo pre-pandemico.

Le analisi di laboratorio eseguite sui sequestri hanno evidenziato un aumento del contenuto medio di THC dei prodotti derivati dalla cannabis. A preoccupare, in particolare, è l'aumento della percentuale media di principio attivo nei prodotti a base di resina (hashish) che, dal 2016 al 2023, passa dal 7,4% a 29%. Si tratta di manufatti di nuova generazione che si presentano in forma di polvere di colore beige chiaro o gel pastoso di colore ambrato o marrone detti in gergo Shatter o Butan Hash Oil, ovvero di liquido vaporizzabile in sigarette elettroniche. Nel caso dell'hashish, inoltre, si registra la comparsa di prodotti a basso tenore di THC (<1%), ma adulterati con un cannabinoide sintetico (esaidrocannabinolo).

Cocaina

La cocaina continua ad essere una delle



sostanze più presenti nel mercato delle droghe in Italia, con un flusso di sostanza proveniente in prevalenza via mare dai Paesi di produzione sudamericani.

Il mercato ha perfezionato, per così dire, la “qualità” della sostanza. Infatti, si registra un significativo aumento del quantitativo di principio attivo nei campioni analizzati di cocaina base (crack) che dal 2017 al 2023 sale di 30 punti percentuali (dal 57% all’87%).

Nel 2023 è salito anche il numero di persone che hanno chiesto di essere prese in cura presso i SerD per cocaina/crack. Si è infatti registrato un aumento che, in un solo anno, passa dal 51% al 55%. Lo stesso vale per coloro che hanno intrapreso un percorso per uso primario di cocaina/crack presso le strutture riabilitative del Privato Sociale.

Il fenomeno “fentanyl” e “xilazina”

Il 2023 è stato caratterizzato da 25 Allerte diramate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) ai centri collaborativi preposti al fine di avviare un’azione coordinata e attivare le opportune procedure di risposta.

Le Allerte di grado più elevato, concernenti un rischio concreto di gravi danni per la salute delle persone, sono state due e hanno riguardato la diffusione del fentanil illecito (un oppioide sintetico con una potenza oltre 80 volte superiore a quella della morfina) e della xilazina (un potente sedativo, solitamente impiegato in veterinaria) usata nel mercato illegale come adulterante.

Il controverso quadro di eroina e altri oppiacei

Il 2023 presenta un dato in diminuzione relativamente a molti indicatori analizzati, sia per quanto riguarda il mercato, sia in relazione alle conseguenze socio-sanitarie. Il quadro che emerge in relazione agli oppiacei evidenzia quindi una fase di flessione rispetto alla sua diffusione, pur restando la categoria di sostanze con il maggior impatto sanitario.

Si confermano in calo anche le segnalazioni per detenzione per uso personale (art. 75 D.P.R. 309/1990) che dal 2010 registrano una tendenza in costante e progressiva riduzione e nel 2023 si attestano al 4,1% rispetto al totale delle segnalazioni. In discesa anche le denunce



eroina-correlate per traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 D.P.R. 309/1990) e, in maniera più marcata, anche quelle per associazione finalizzata al traffico illecito (art. 74 D.P.R. 309/1990). Tendenzialmente stabile il livello di diffusione fra i giovanissimi che si attesta su una quota di poco superiore all’1% per quanto riguarda il consumo nell’anno.

Seppur in costante diminuzione, gli oppiacei continuano a esercitare un forte impatto sul sistema sanitario, essendo all’origine di oltre la metà dei percorsi di cura fra gli utenti dei SerD (60%) e avendo un impatto anch’esso minore, ma consistente, sulle strutture del Privato Sociale. L’eroina rimane la sostanza più frequentemente implicata nelle cause di morte. Aumenta, inoltre, la quota relativa all’utenza in trattamento per uso di cocaina/crack presso le strutture riabilitative del Privato Sociale e presso i SerD.

Le Nuove Sostanze Psicoattive

“La frontiera invisibile”, ovvero il nuovo

scenario di offerta di Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) rappresenta una delle prime condizioni che ci spinge a riprendere dopo 5 anni l’argomento delle tossicodipendenze.

Nella Relazione 2024, che raccoglie i dati del 2023, si legge che NSP rappresentano una delle sfide più dinamiche e critiche nel campo delle dipendenze, con una crescente variabilità che rende difficile il loro rilevamento e controllo”. Questi composti sintetici sono difficili da rilevare essendo rapidamente manipolabili e non sono immediatamente elencati nelle liste delle sostanze vietate dalla legge e dagli accordi internazionali.

Si tratta di un insieme molto ampio e dinamico, in continua evoluzione, che comprende sostanze molto pericolose o potenzialmente letali. Queste caratteristiche rendono il monitoraggio di questo fenomeno tanto centrale quanto complesso.

Da anni il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP) rende possibile un aggiornamento costante di questa ti-

pologia di sostanze. Lo SNAP nel corso dell'ultimo anno ha identificato 70 nuove sostanze psicoattive circolanti sul territorio nazionale, appartenenti principalmente alle classi dei catinoni (20%), delle arilcicloesilammine (16%), dei cannabinoidi sintetici (13%) e delle benzodiazepine (11%).

Le NSP più consumate dai ragazzi nel corso dell'ultimo anno sono cannabinoidi sintetici (4,6%), ketamina (1,3%), oppioidi sintetici (1,3%), catinoni (0,8%) e Salvia Divinorum (0,5%). Nel 2023, le prevalenze mantengono il trend in crescita osservato dopo la pandemia. Pur rimanendo, ad eccezione dei cannabinoidi sintetici, un segmento di mercato di dimensioni piuttosto contenute in base agli indicatori se ne teme una continua crescita nel corso dei prossimi anni, con un impatto difficilmente calcolabile sul piano della salute pubblica.

Nel corso del 2023 sono state inserite all'interno delle Tabelle ministeriali 48 nuove sostanze stupefacenti (vedi fig. 1). Il consumo di NSP, in crescita da dopo la pandemia, interessa prevalentemente i giovani, più esposti a questo particolare mercato. Nel 2023 160mila studenti tra i 15 e i 19 anni riferiscono di aver consumato almeno una NSP nel corso

dell'anno, pari al 6,4% della popolazione studentesca.

2. La diffusione e la tendenza dei consumi

Consumo di sostanze psicoattive illegali/legali. Nuove dipendenze e comportamenti a rischio

Il capitolo approfondisce quasi esclusivamente le caratteristiche del consumo che avviene nel mondo giovanile ed è un tema assolutamente centrale e comunque interessante per comprendere l'entità e l'evoluzione del fenomeno nelle classi di età che si stanno affacciando al lavoro.

Di particolare interesse la finestra sul consumo di sostanze psicoattive legali e sulle nuove dipendenze e comportamenti a rischio.

Il consumo di sostanze psicoattive illegali è senza dubbio fiorente, come conferma la penetrazione sul territorio caratterizzata, fra l'altro, dall'aumento nell'ultimo decennio delle segnalazioni per possesso di cocaina/crack a uso personale (art. 75 D.P.R. 309/1990) che, ad esempio, nel 2023 rappresentano il 19% del totale e coinvolgono princi-

palmente consumatori over-30. Le denunce per reati legati a cocaina/crack, aumentate dell'8,6% rispetto al 2022 raggiungendo la percentuale più alta mai registrata (46%) per reati di produzione, traffico e detenzione (art. 73 D.P.R. 309/1990), ne sono un'ulteriore conferma.

Di conseguenza cresce l'impatto sui servizi assistenziali che registra un progressivo aumento della quota dei ricoveri e in particolare quelli direttamente correlati al consumo di cocaina che diventa la sostanza stupefacente maggiormente riportata nelle diagnosi principali dei ricoveri droga-correlati. Coerentemente aumentano anche i decessi attribuibili a intossicazione acuta da cocaina/crack che, nell'ultimo anno, hanno superato il 32% del totale dei decessi direttamente droga-correlati con sostanza specificata.

Nel 2023 quasi 960mila giovani tra 15 e 19 anni, pari al 39% della popolazione studentesca, riferiscono di aver consumato una sostanza psicoattiva illegale almeno una volta nella vita e oltre 680mila studenti (28%) nel corso dell'ultimo anno. Questo tipo di consumo registra una prevalenza maggiore nei ragazzi (30%) rispetto alle ragazze (25%). In un simile contesto, si conferma la tendenza in crescita del consumo

Fig. 1

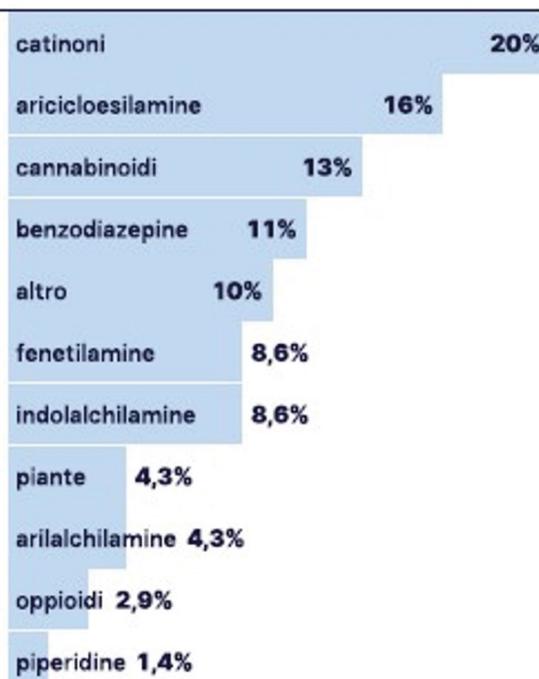
Nuove sostanze circolanti in Italia

70

nuove sostanze identificate dallo SNAP

48

sostanze inserite nelle Tabelle Ministeriali



di sostanze psicoattive tra i giovani, ad eccezione della cannabis che ha visto una flessione nella prevalenza dei consumi rispetto al 2022.

Prevale l'uso di cocaina (dall'1,8% al 2,2% di studenti tra i 15 e i 19 anni) negli studenti che hanno utilizzato la sostanza prima dei 14 anni.

Nel corso del 2023 quasi 160mila (6,4%) hanno assunto le Nuove Sostanze Psicoattive (NSP) quali cannabinoidi sintetici (6,9%), ketamina (2%) e oppioidi sintetici (1,7%). Dopo la pandemia, il consumo di queste sostanze risulta in crescita: in particolare, nel 2023 si osservano i valori più elevati mai registrati in rapporto all'uso di ketamina.

Circa 100mila studenti (4,1%) hanno assunto allucinogeni nella loro vita, quasi 49mila (2%) ne hanno fatto uso nel corso dell'ultimo anno. A partire dal 2021 il consumo di allucinogeni ha registrato un significativo incremento per arrivare a superare, nel 2023, i valori pre-pandemici. L'uso di stimolanti (amfetamine, ecstasy, GHB, MD e MDMA) passa da circa 3 tonnellate e mezzo nel 2018 a quasi 20 tonnellate nel 2023.

Un cenno al costo sul mercato delle sostanze stupefacenti.

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) fornisce le stime annuali dei prezzi di mercato delle sostanze stupefacenti sulla base dei dati provenienti da 11 città campione differenziando i costi delle stesse sulla base del canale di vendita: quello del traffico e quello dello spaccio.

Si osserva che a fronte di una maggiore diffusione sul territorio nazionale, il prezzo a livello del narcotraffico e quello al mercato dello spaccio risultano sostanzialmente stabile come si legge nella tabella (fig. 2) (Fonte Ministero dell'Interno).

Secondo le stime Istat, la spesa sostenuta per il consumo di sostanze stupefacenti sul territorio nazionale nel 2022 è stata di 16,4 miliardi di euro di cui il 40% è legato al consumo dei derivati della cannabis e il 32% a quello di cocaina. Rispetto al 2021 la spesa per sostanze stupefacenti è ulteriormente risalita, avvicinandosi ai livelli pre-pandemia COVID-19.

La Relazione apre una interessante finestra sul consumo di sostanze psicoattive legali, come tabacco, alcol e psicofarmaci assunti senza prescrizione medica.

Tabacco: per quanto riguarda il consumo di tabacco oltre 1 milione e 200mila giovani, pari al 50% della popolazione studentesca, riferiscono di aver fumato una sigaretta almeno una volta nella vita e 950mila (39%) nel corso del 2023. Entrambi questi consumi evidenziano percentuali superiori tra le studentesse. Nel complesso, il consumo di sigarette tradizionali è tornato a crescere dopo la diminuzione che ha caratterizzato il 2022. Prevale il consumo di sigarette senza combustione. Molto meno diffuse le altre tipologie di consumo alternativo di nicotina, come pipa ad acqua e tabacco da sniffo. Completano il quadro le sigarette elettroniche: 1 milione 200mila ragazzi (48%) le hanno utilizzate una volta nella vita e oltre 900mila (37%) nel corso del 2023. Entrambi questi consumi mostrano una prevalenza superiore tra le ragazze. In conclusione, considerando l'uso combinato di dispositivi per il consumo di nicotina, si evince che nell'ultimo anno il 59% degli studenti ha utilizzato almeno un prodotto a base di nicotina.

Passando ad analizzare il consumo di alcolici, i dati mostrano un uso ampia-

mente diffuso tra i ragazzi. Infatti, oltre 1 milione e 800mila ha utilizzato sostanze alcoliche nel corso dell'ultimo anno con prevalenze di poco superiori tra le ragazze. Osservando il fenomeno più nello specifico, emerge che circa 1 milione di studenti (41%) ha riferito un consumo eccessivo di alcol (ubriacatura) una volta nella vita, 750mila nel corso dell'anno (30%) e quasi in 43mila lo hanno fatto almeno 10 volte negli ultimi 30 giorni (1,7%). A eccezione del comportamento frequente, si rilevano sempre percentuali maggiori tra le ragazze. Più del 30% riferisce una prima ubriacatura prima dei 15 anni, il 64% tra i 15 e i 17 anni. Se nel 2023 si osserva una leggera diminuzione rispetto alle ubriacature nell'anno e nel mese, le ubriacature frequenti registrano i valori più alti mai registrati. Quasi 710mila studenti (29%), inoltre, hanno riferito di aver consumato negli ultimi trenta giorni cinque o più bevande alcoliche in un intervallo ristretto di tempo (binge drinking), con prevalenze che crescono all'aumentare dell'età e di poco superiori tra i ragazzi rispetto alle ragazze. Dopo il calo osservato nel 2020, questo tipo di consumo è risalito nel 2021 ma si attesta intorno valori inferiori a quelli osservati prima della pandemia.

Osservando, infine, il consumo di psi-

Fig. 2

Prezzo medio

Traffico (€/kg)			Spaccio (€/gr)	
↓	2.461 (-835€)	Marijuana	(+0,29€)	10,19 (=)
↓	2.962 (-53€)	Hashish	(+0,39€)	11,76 (=)
↓	37.445 (-897€)	Cocaina	(-0,01€)	83,55 (=)
↑	20.481 (+422€)	Eroina brown	(+0,29€)	41,19 (=)
↑	29.475 (+283€)	Eroina bianca	(+0,17€)	53,78 (=)
↑	7.794 (+566€)	Ecstasy	(+0,72€)	19,85 (=)
↓	7.810 (-650€)	Amfetamine	(-5,78€)	27,78 ↓
↑	10.052 (+692€)	LSD	(-0,88€)	23,29 (=)

Fonte: Ministero dell'Interno.

cofarmaci senza prescrizione medica (spm), circa 440mila studenti (18%) hanno segnalato l'utilizzo di almeno una tipologia di psicofarmaci spm nel corso della vita, oltre 280mila (11%) sono gli utilizzatori nel corso dell'ultimo anno e per 58mila studenti si è trattato di un consumo frequente di almeno 10 volte negli ultimi 30 giorni (2,3%). Anche il consumo di queste sostanze, dopo il calo del 2020, risulta in crescita tra gli studenti. Nel 2023 gli psicofarmaci maggiormente assunti dai giovani sono quelli per dormire e/o rilassarsi (8,3%), seguono quelli per l'attenzione e/o l'iperattività (3,5%), per dimagrire (2,6%) e per l'umore (2,5%). Il consumo di psicofarmaci spm, complessivamente, registra prevalenze doppie tra le ragazze. Le quote femminili diventano almeno triple rispetto a quelle dei coetanei nel consumo di prodotti per dormire e ancor più per quelli per le diete.

Rispetto alla percezione del rischio nel consumo di sostanze illegali, quella legata al consumo di sostanze psicoattive legali registra complessivamente valori inferiori. Il comportamento considerato maggiormente a rischio è "fumare 10 o più sigarette al giorno", associato a un rischio elevato dal 58% dei giovani, seguono l'utilizzo occasionale di psicofarmaci spm (51%), fare binge drinking ogni fine settimana (50%), bere 1-2 bicchieri di alcolici quasi ogni giorno (44%) e ubriacarsi una volta alla settimana (36%). La consapevolezza riguardo al rischio per la salute si abbassa sensibilmente in rapporto a consumi sporadici come fumare sigarette occasionalmente (17%) o bere 1-2 bicchieri di alcolici diverse volte la settimana (14%). Anche in questo caso, la percezione del rischio diminuisce in maniera considerevole tra gli utilizzatori, come già osservato in relazione al consumo delle sostanze illegali.

Nuove dipendenze e comportamenti a rischio

Il capitolo è di sicuro interesse anche se considera la sola popolazione giovanile. Si esaminano le "dipendenze assieme alle conseguenti abitudini e comportamenti a rischio" legate all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali, all'uso dei videogame e al gioco d'azzardo, ma anche al fenomeno del ritiro socia-

le ("Hikikomori" the extreme avoidance of social contact, especially by adolescent males). Partendo dall'uso di Internet, oltre 330mila studenti (14%) nel 2023 evidenziano una fruizione del web potenzialmente a rischio, trascurando gli amici, perdendo ore di sonno pur di rimanere connessi e riferendo cattivo umore in caso di privazione. La percentuale di studenti "a rischio" risulta stabile rispetto al biennio precedente. La medesima crescita si è registrata in rapporto al fenomeno delle challenge, sfide ingaggiate in Internet dai giovani, prevalentemente di sesso maschile, per essere accettati in un gruppo o in una community. Nel 2023, il 3,8% degli studenti ha ricevuto un invito e l'1,3% ha effettivamente partecipato a una challenge.

Anche per quanto riguarda il cyberbullismo, il trend risulta complessivamente in aumento rispetto al periodo pre-pandemia. Nel 2023 oltre 1 milione e 100mila giovani, equivalente al 45% della popolazione studentesca, riferisce di essere stato vittima di cyberbullismo, cioè di aver subito comportamenti violenti online come offese, insulti o minacce, condivisione di foto personali, etc. Sono soprattutto le ragazze a essere state vittime di cyberbullismo, mentre gli autori delle azioni violente – in totale quasi 730mila studenti (30%) – sono in prevalenza maschi.

Quanto al fenomeno del ghosting, cioè all'interruzione improvvisa e senza spiegazioni di tutti i contatti con una persona, 650mila studenti (26%) riferiscono di avere "ghostato" qualcuno nel corso del 2023 e quasi 610mila studenti (25%) riferiscono di esserne state vittime. Entrambi questi valori risultano in leggera crescita rispetto all'anno precedente.

Passando al mondo dei videogiochi, quando oltrepassa il limite di un normale passatempo il gaming può sfociare in un comportamento a rischio, influenzando negativamente sul funzionamento psicologico del ragazzo o della ragazza e producendo un impatto negativo sulle relazioni sociali e/o sul rendimento scolastico. Quasi 400mila studenti (16%) hanno evidenziato un profilo di gioco "a rischio" nel 2023, con percentuali più che triple tra i ragazzi.

Il gioco d'azzardo risulta in forte cre-

scita. Quasi 1 milione 500 mila ragazzi, pari al 59% degli studenti, afferma di aver giocato d'azzardo nella propria vita e 1 milione 300 mila ragazzi (53%) nel corso dell'ultimo anno. Tra i giochi maggiormente praticati ci sono il Gratta&Vinci (74%), le scommesse calcistiche (35%), altri giochi quali poker, roulette e dadi (28%) e le slot machines/videolottery (24%). Rispetto alle coetanee, i ragazzi giocano in percentuale maggiore a quasi tutti i giochi analizzati. In ascesa anche il gioco online. Il profilo di gioco "a rischio" e di gioco "problematico" (4,8%) sono in crescita. In stretto rapporto con i diversi comportamenti a rischio sopra elencati, si impone all'attenzione anche il fenomeno del ritiro sociale volontario o dei cosiddetti Hikikomori: nel 2023, 49 mila studenti (2%) riportano di essersi volontariamente isolati per un periodo di tempo superiore ai 6 mesi, senza andare a scuola, frequentare amici e conoscenti. Tra le motivazioni del ritiro maggiormente portate dai ragazzi Hikikomori ci sono problemi psicologici (48%), non avere voglia di vedere nessuno (41%), problemi relazionali con gli amici o il partner (34%), problemi familiari (24%) e con gli insegnanti (14%).

3. Offerta e domanda di trattamento

Riteniamo che il Medico Competente debba avere la visione del sistema dei servizi per le dipendenze. Di seguito si riportano solo alcuni cenni relativi alla richiesta di cura e di assistenza invitando ad un approfondimento direttamente sul testo della Relazione.

Sistema dei Servizi per le Dipendenze

In Italia, l'assistenza alle persone affette da dipendenza patologica è garantita su tutto il territorio nazionale in quanto rientra tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) previsti dal Servizio Sanitario Nazionale ed è assicurata da un sistema integrato di servizi che comprende le Aziende Sanitarie Locali con i Servizi Ambulatoriali per le Dipendenze (SerD), le strutture private autorizzate e accreditate, gli Enti Locali, le organizzazioni del Terzo Settore e di volontariato.

I SerD offrono assistenza sia a persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive sia a persone con comorbidità psichiatrica e con comportamenti additivi (come gioco d'azzardo, uso compulsivo di internet, gaming, shopping compulsivo, sex-addiction, comportamenti alimentari).

Questi servizi si articolano principalmente in quattro livelli di assistenza: servizi di primo livello; servizi ambulatoriali; servizi semi-residenziali e residenziali; servizi specialistici. La loro missione è fornire interventi assistenziali specialistici di primo soccorso, socio-educativi e consulenza, nonché programmi mirati all'analisi del problema, all'avvio di percorsi di disintossicazione e di accompagnamento verso percorsi di assistenza più strutturati.

Complessivamente i servizi di primo livello nel 2023 sono 207, articolati in: 127 unità mobili (per il 60% gestite dalle organizzazioni del Privato Sociale); 53 servizi drop-in (per il 77% gestiti dalle organizzazioni del Privato Sociale); 27 servizi di pronta accoglienza (per l'85% gestiti dalle organizzazioni del Privato Sociale).

A livello nazionale, l'offerta di questi servizi è inferiore a 1 servizio ogni 100.000 residenti di 15-64 anni ed è presente principalmente nelle regioni centro-settentrionali.

Secondo i dati raccolti dal Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND) nel 2023 sono attivi sul territorio nazionale 570 SerD dedicati alla cura delle persone con disturbo da uso di sostanze illegali, articolati in 614 sedi.

Complessivamente il numero di servizi ambulatoriali per le dipendenze sul territorio nazionale (escluse le équipe specialistiche presenti nelle carceri) è di 1.092 unità (comprehensive dei servizi dedicati all'alcolologia e al gioco d'azzardo), corrispondenti a 2,9 servizi ambulatoriali ogni 100.000 residenti di età 15-64 anni. Si tratta prevalentemente di SerD distribuiti su tutto il territorio, a cui si aggiungono 13 Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI) concentrati nella regione Lombardia.

La copertura dei servizi di assistenza specifici per l'alcolologia e il gioco d'azzardo è meno capillare.

I servizi ambulatoriali attuano programmi terapeutico-riabilitativi e far-

macologici per i consumatori e di sostegno per i familiari, offrendo consulenza e assistenza specialistica medico-sanitaria e psicologica. Sono pubblici (SerD) oppure privati (SMI) e, in alcuni ambiti territoriali, sono strutturalmente definiti anche all'interno degli istituti penitenziari.

Per quanto riguarda la tipologia di interventi erogati tutti i servizi ambulatoriali presenti in tutte le Regioni garantiscono servizi di case management e counselling psicosociale e, quando necessario, di inserimento dei pazienti presso le comunità terapeutiche. Oltre il 50% dei servizi ambulatoriali territoriali eroga attività per lo screening dei disturbi psichiatrici, per il trattamento degli utenti in doppia diagnosi e per il trattamento farmacologico sostitutivo. L'organico complessivo dei SerD risulta di 6.082 operatori (nel 2021 risultavano 6.213), come rilevato dal "Conto Annuale del Personale della Pubblica Amministrazione", della Ragioneria Generale dello Stato.

Richiesta di cura

Consultando la Tavola 3.2 - Gli accessi al Pronto Soccorso droga-correlati nel 2023 e i Ricoveri ospedalieri droga-correlati nel 2022 - si evidenzia che nel 2023 gli accessi in Pronto Soccorso (PS) per patologie direttamente droga-correlate sono stati in totale 8.596

(+5% rispetto agli 8.152 accessi del 2022), pari allo 0,05% degli accessi avvenuti complessivamente a livello nazionale nel corso dell'anno. Gli accessi hanno riguardato nella maggior parte uomini (67%) e persone di età compresa tra i 25 e i 44 anni (41%) e tra i 45 e i 64 anni (24%) e quasi il 10% minorenni. L'impatto degli accessi al PS per patologie droga-correlate sulla popolazione residente a livello nazionale corrisponde mediamente a 15 accessi ogni 100.000 residenti, che varia a livello interregionale: da 5 accessi nelle regioni Puglia, Calabria e nella Provincia Autonoma di Trento fino a 25 nelle regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Marche e nella Provincia Autonoma di Bolzano. Considerando la diagnosi principale, si osserva che la metà degli accessi droga-correlati in PS riguarda casi di psicosi indotta da droghe, il 44% da abuso di droghe senza dipendenza e il 6% da dipendenza da droghe (vedi fig. 3).

Nel caso degli accessi femminili la diagnosi di psicosi indotta da droghe sale al 63% e la diagnosi di dipendenza da droghe scende al 4%; nel caso degli accessi maschili la diagnosi di abuso di droghe senza dipendenza sale al 49% e la diagnosi di psicosi indotta da droghe scende al 43%. Per quanto riguarda i minorenni, il 45% degli accessi è riferito a psicosi indotta da droghe e il 51%

Fig. 3



ad abuso di droghe senza dipendenza. Sul totale degli accessi al PS per patologie droga-correlate, il 12% è esitato in un ricovero ospedaliero (1.028), di cui circa un terzo nel reparto di psichiatria, il 18% in terapia intensiva e il 15% nel reparto di medicina generale; per quasi il 4% e il 2% degli accessi droga-correlati in PS l'esito è stato il ricovero nel reparto rispettivamente di pediatria e di neuropsichiatria infantile.

Nel corso del 2022 (ultima annualità disponibile), i ricoveri ospedalieri con diagnosi principale droga-correlata sono stati 6.555, corrispondenti a 8,6 ogni 10.000 ricoveri avvenuti in Italia nell'anno. Il 70% dei ricoveri direttamente droga-correlati ha coinvolto pazienti di genere maschile e il 10% persone di nazionalità straniera, quote che nel corso degli anni mostrano un andamento crescente. Analizzando la distribuzione dei ricoveri ospedalieri nelle macro-aree geografiche, più di

2/3 delle ospedalizzazioni con diagnosi principale droga-correlata si è verificato presso le strutture delle regioni settentrionali (il 41% in quelle delle regioni nord-orientali e il 28% in quelle nord-occidentali), il 16% nelle regioni centrali e il 14% nelle regioni meridionali-insulari.

In riferimento all'età media dei ricoverati per patologie direttamente droga-correlate si registra un progressivo abbassamento dai 41 anni nel 2012 ai 39 anni del 2022. L'età media maschile dei ricoverati è 37 anni, mentre quella femminile è 41. La fascia d'età maggiormente ospedalizzata è quella dai 25 ai 54 anni (70%). Se si passa ad esaminare i ricoveri in rapporto alla sostanza stupefacente riportata nella diagnosi principale i ricoveri direttamente attribuiti al consumo di cocaina sono stati il 25%, quelli riferiti al consumo di oppiacei il 17%, quelli al consumo di cannabinoidi il 6% e quelli correlati al consu-

mo di sostanze stimolanti o allucogene l'1,2%. La percentuale rimanente (51%) ha riguardato i casi con diagnosi principale riferita al consumo di sostanze miste o non specificate. Un quadro diverso emerge se si considerano tutte le sostanze stupefacenti riportate nelle schede di dimissione ospedaliera: rispetto all'analisi della diagnosi principale, la percentuale dei ricoveri con una diagnosi correlata al consumo di cocaina raggiunge il 35%, soprattutto nei ricoveri maschili. Aumentano i ricoveri che riportano patologie correlate all'utilizzo di cannabinoidi (27%), mentre diminuisce la percentuale dei ricoveri con diagnosi correlate al consumo di oppiacei (19%) (vedi fig. 4).

Assistenza nei Servizi ambulatoriale e nelle strutture terapeutiche nel 2023 - dà la dimensione dell'attività prestata (vedi fig. 5).

Nel 2023, i SerD hanno assistito in to-

Fig. 4

Sostanza di primo uso	Sostanza primaria in trattamento										Totale	
	Eroina		Cocaina		Cannabinoidi		Crack		Altro			
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
Eroina	47.686	62,0	1.034	3,1	175	1,1	115	3,5	518	10,2	49.528	37,1
Cocaina	2.652	3,5	19.380	58,7	462	3,0	253	7,7	197	3,9	22.944	17,2
Cannabinoidi	22.386	29,1	10.069	30,5	13.935	91,3	648	19,6	984	19,4	48.022	36,0
Crack	161	0,2	101	0,3	25	0,2	2.139	64,8	16	0,3	2.442	1,8
Alcool	1.709	2,2	1.682	5,1	387	2,5	103	3,1	261	5,2	4.142	3,1
Tabacco	415	0,5	310	0,9	94	0,6	15	0,5	28	0,6	862	0,6
Altro	1.857	2,4	456	1,4	185	1,2	26	0,8	3.056	60,4	5.580	4,2
Totale	76.866	100,0	33.032	100,0	15.263	100,0	3.299	100,0	5.060	100,0	133.520	100,0

Fonte: Ministero della salute - ex DGISS - Flusso informativo SIND.

Fig. 5



tale 132.200 persone tossicodipendenti, in gran parte (87%) già in carico ai servizi negli anni precedenti e di genere maschile (85%). Il tasso di assistiti a livello nazionale è di circa 224 persone in trattamento ogni 100.000 abitanti, con un range di valori che oscilla tra 270 persone in trattamento ogni 100.000 residenti nelle regioni centrali e 147 persone delle regioni insulari. Il 65% dell'utenza si concentra nella fascia 30-54 anni, il 20% ha più di 54 anni, il 15% ha meno di 30 anni. Nel corso degli anni si registra complessivamente un progressivo invecchiamento degli utenti in trattamento presso i SerD: la quota degli assistiti con un'età superiore a 39 anni, che nel 1999 era l'11%, sale a 40% nel 2009 e arriva al 63% nel 2023, parallelamente cala la quota degli utenti più giovani.

Si osserva il progressivo invecchiamento dell'utenza: tra i nuovi utenti l'età media dal 1999 al 2023 sale da 28 a 34 anni, mentre tra gli utenti già in carico sale da 31 a 44.

In base alla sostanza primaria di trattamento, nel 2023 il 58% dell'utenza risulta in carico per eroina, il 24% per cocaina, a cui si aggiunge il 2% per crack, e il 12% per cannabinoidi. Se si considerano, invece, tutte le sostanze (primaria o secondarie), il quadro muta: cocaina e cannabinoidi aumentano rispettivamente a 43% e 30%, mentre non si modifica la quota dei soggetti in trattamento per eroina, che si mantiene al 60%. Focalizzando l'analisi sull'utenza maschile, tra i nuovi utenti il 46% è in trattamento per uso primario di cocaina/crack, il 21% per uso primario di oppiacei, il 30% per uso primario di cannabinoidi. Per quanto riguarda l'utenza femminile, il 27% delle nuove utenti è in trattamento per uso primario di oppiacei, il 37% di cocaina/crack, il 29% di cannabinoidi.

Nel complesso, comunque, si registra una costante diminuzione dell'utenza in trattamento per uso primario di oppiacei (dall'87% nel 1999 al 60% nel 2023), a fronte di un aumento dell'utenza in carico per uso primario di cocaina/crack (da 4% a 26%) e per uso primario di cannabinoidi (da 8% a 12%). Per quanto riguarda il policonsumo di sostanze, analizzando le persone in trattamento sulla base del-

la sostanza primaria, si osserva che, tra i consumatori di cannabinoidi, il 57% ne fa un uso esclusivo, il 15% assume anche un'altra sostanza e il 28% almeno altre due sostanze. Tra gli utenti in trattamento per uso primario di cocaina, invece, il 46% non ha assunto altre sostanze, il 18% associa un'altra sostanza e il 37% almeno altre due sostanze. Infine, sono il 38% gli utenti in trattamento per uso primario di oppiacei a non aver assunto altre sostanze, il 17% ne ha consumato anche un'altra e il 44% almeno altre due. Le sostanze maggiormente utilizzate in associazione ad altre sono cocaina, cannabinoidi e alcol. Il 36% degli utenti in trattamento ha assunto sostanze per via iniettiva almeno una volta nella vita (per il 20% l'informazione non risulta disponibile), valore che raggiunge il 52% tra gli utenti in carico per dipendenza da oppiacei.

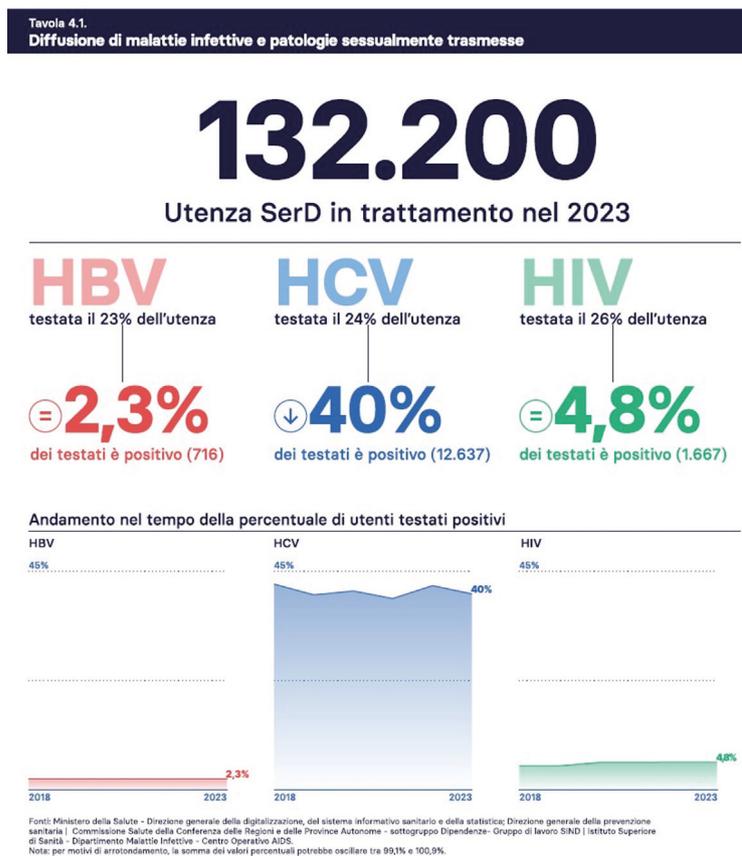
IV. I danni correlati al consumo di sostanze stupefacenti.

La fig. 6 - Diffusione di malattie infet-

tive e patologie sessualmente trasmesse -, a cui si rimanda, illustra una situazione sostanzialmente stabile, come indica, fra l'altro, l'andamento nel tempo della percentuale di utenti testati positivi a HBV, HCV, HIV.

Senza entrare nel dettaglio è utile ricordare che a livello regionale la proporzione di utenti positivi per HIV sul totale dei trattati risulta compresa in un range di valori inferiori o uguali a 0,5 rilevati nelle regioni centrali, meridionali e insulari, fatta eccezione per Umbria e Sicilia, e superiori o uguali a 2 nelle regioni settentrionali. L'estrema variabilità nella proporzione di utenti testati risente però della mancata rilevazione di questo tipo di informazione per criticità nella fase di registrazione sui sistemi informatici. Per quanto riguarda HBV e HCV si registra un calo nel 2023 degli utenti sottoposti al test rispetto all'anno precedente (da 26% a 24%). Se si concentra l'analisi sugli assistiti che hanno usato sostanze stupefacenti per via iniettiva, i cosiddetti Injecting Drug Users (IDU), la quota di utenti testati aumenta e raggiunge il

Fig. 6



28% circa sia per il test HBV sia per il test HCV.

La *fig. 7* - Decessi per cause droga-correlate - mostra un quadro che rimane preoccupante anche se in calo rispetto agli anni precedenti. Infatti nel corso del 2023 sono stati rilevati 227 decessi per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti

(rilevati su base indiziaria da parte delle Forze di Polizia), valore inferiore a quello dell'anno precedente (298).

Dal 1973, sono stati complessivamente registrati 26.976 decessi: se fino agli anni Novanta il numero dei decessi droga-correlati era molto elevato, a partire dall'anno 2000 si osserva una progressiva e costante diminuzione. L'84%

dei decessi ha riguardato uomini di cui il 10% di nazionalità straniera. La maggior parte dei decessi (58%) ha riguardato persone di 25-49 anni e il 36% di 50 anni o più; il 6,1% dei decessi ha riguardato giovani con meno di 25 anni. Nell'ultimo decennio l'età media dei deceduti è progressivamente aumentata, passando da 38 a 43 anni. Per quanto riguarda la tipologia di sostanza, nel 2023 il 46% dei decessi è stato attribuito all'intossicazione acuta letale da oppiacei, principalmente eroina, il 28% da sostanze non specificate e il 23% da cocaina (quota che negli anni ha evidenziato un notevole incremento).

Gli oppiacei restano i principali responsabili dei decessi per intossicazione, seppure il dato analizzato sulla percentuale dei decessi di cui è nota la sostanza evidenzia nell'ultimo decennio un decremento dall'82 al 63%. Cresce invece la percentuale dei decessi attribuibili a metadone che passano in 10 anni dal 6,6% (n.13) al 18% (n.30) sul totale dei decessi con sostanza specificata, facendo registrare il valore percentuale massimo.

Fig. 7

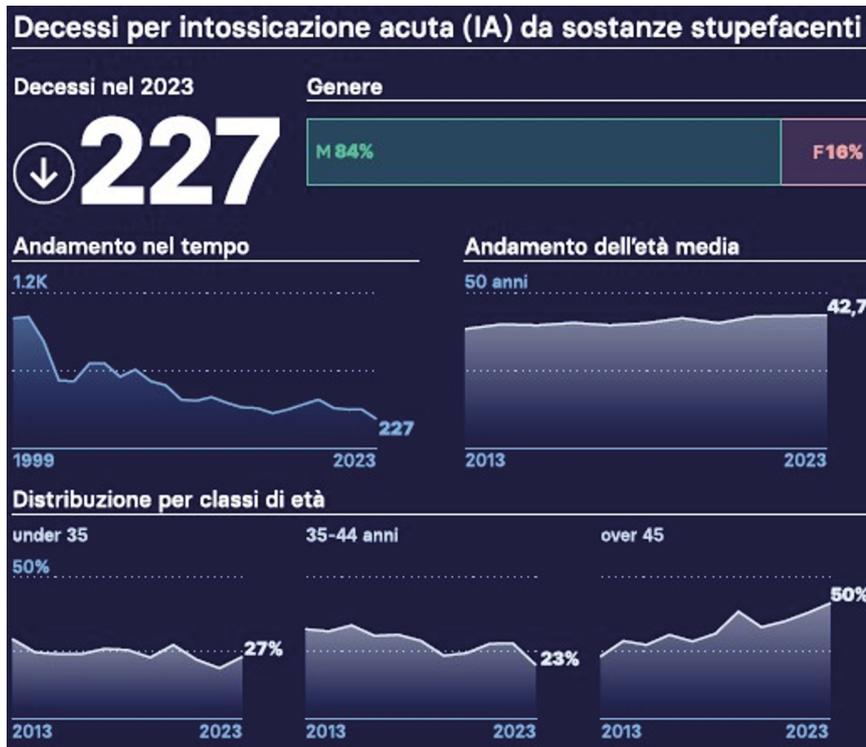
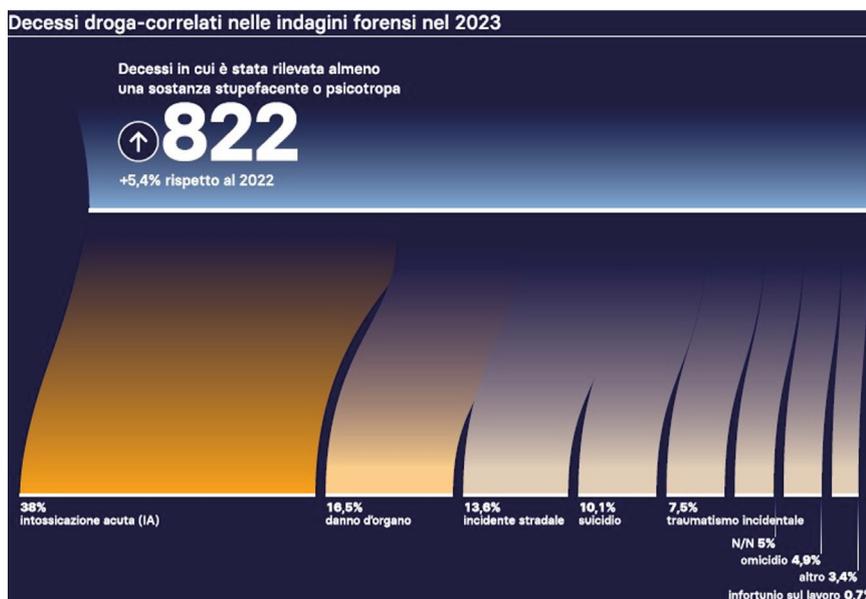


Fig. 8



V. L'attività di prevenzione

Violazioni e incidenti stradali

La *fig. 9* - Violazioni e reati correlati a sostanze psicoattive - illustra l'andamento delle violazioni e degli incidenti stradali sul totale degli incidenti, nonché le segnalazioni per detenzione ad uso personale di sostanze stupefacenti.

Nel corso del 2022 sono stati accertati 217.527 incidenti stradali con lesioni a persone, in aumento del 10% rispetto all'anno precedente. Nel corso degli anni, gli incidenti stradali legati a uno stato psicofisico alterato registrano un aumento: gli incidenti per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti passano da 0,1 ogni 100 incidenti stradali nel 2001 a 1,5 nel 2022, mentre quelli legati alla guida in stato di ebbrezza alcolica passano da 1,2 a 4,6. La maggioranza delle sanzioni è stata elevata nelle ore notturne (tra le 22 e le 6 del mattino). Risulta che il 3,3% degli incidenti è droga-correlato e il 9,1% è alcol-correlato, con percentuali in lieve calo rispetto all'anno precedente.

Conclusione e prospettive.

Lo scenario che emerge dalla Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia è complesso e sconcertante.

L'educazione sanitaria, la spinta alla consapevolezza sono tra i volani per costruire una prevenzione efficace.

La normativa attuale chiama il Medico Competente a svolgere un ruolo sostanzialmente di controllo, repressivo e di deterrenza per i lavoratori adibiti alle mansioni identificate a rischio. È un impegno che abbiamo assunto "ob torto collo", non ci siamo negati consapevoli che la nostra azione trascinava con sé il germe dell'educazione sanitaria orientata alla consapevolezza e alla prevenzione.

L'esperienza maturata dal 2008 ad oggi ci insegna che il frutto del nostro lavoro rimane limitato fino a quando la norma di tutela rimane invariata. Cresce però la preoccupazione che l'impianto normativo sul controllo dell'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope possa essere inefficace a fronte di un mercato sempre più differenziato, come leggiamo nella Relazione oggetto di questo articolo.

Riteniamo urgente la revisione della normativa specifica, ma ancor più urgente attuare azioni educative all'interno delle comunità di lavoro indipendentemente dalla presenza del rischio normato.

Il Medico Competente grazie alla sua attività diffusa e capillare può essere una figura strategica per all'attuazione di un piano d'azione di prevenzione. Ma nulla è cambiato dal 2019 ad oggi.



Fig.9

Violazioni e incidenti stradali per guida in stato alterato nel 2022

Incidenti stradali per guida in stato alterato sul totale degli incidenti con 1 o 2 veicoli coinvolti

↓ **4,6%** 6.935

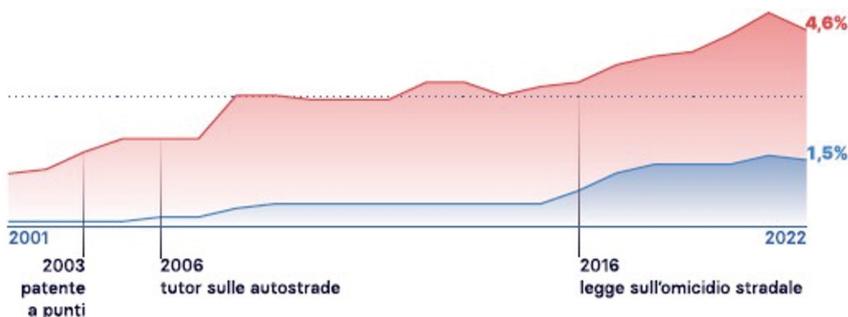
↓ **1,5%** 2.253

Art. 186 del C.d.S
guida sotto l'effetto di alcol

Art. 187 del C.d.S
guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti

Andamento nel tempo

6%



Sitografia essenziale

Relazione al Parlamento: https://www.politicheantidroga.gov.it/media/mlsigkh0/relazione-al-parlamento_2024.pdf;

Lettera congiunta relativa alla Relazione al Parlamento 2024 FeDerSerD, SITD, CNCA, FICT ed INTERCEAR: <https://federserd.it/index.cfm>

OLTRE 400 CENTRI MEDICI IN TUTTA ITALIA



CERBA HEALTHCARE PARTNER DI ECCELLENZA, AL SERVIZIO DELLA SALUTE!

Prevenzione, sicurezza e salute in azienda? C'è Cerba

La medicina del lavoro firmata Cerba HealthCare mette a sistema le pratiche moderne per offrire il meglio su tutto il territorio nazionale.

"Abbastanza grandi per seguirti in tutto, abbastanza piccoli per sapere chi sei". È questo l'approccio che Cerba HealthCare applica anche alla medicina del lavoro, ambito in cui è partner di oltre 34mila aziende in tutta Italia mettendo a disposizione più di 450 tra medici e operatori sanitari. Tantissimi i servizi offerti da Cerba: **sorveglianza sanitaria** (con esami e visite anche direttamente in azienda, grazie alle unità mobili di Cerba), **soluzioni per la sicurezza e la prevenzione dei rischi, igiene industriale, consulenze specifiche, valutazione del rischio stress lavoro correlato, fino ai sistemi di gestione basati sulle norme ISO, consulenza HACCP, la valutazione legionella e analisi ambientali.** Cerba inoltre supporta le aziende nella **formazione obbligatoria dei dipendenti**, nonché nella **progettazione di pacchetti welfare** per ogni esigenza di salute e prevenzione.

L'alto tasso di digitalizzazione dei servizi facilita ancora di più aziende e utenti e fa di Cerba un punto di riferimento per la qualità e l'innovazione nella medicina del lavoro.



Inquadra il QR code,
e scopri i nostri
servizi!

www.cerbahealthcare.it

Circolare esplicativa sull'uso delle piattaforme di lavoro elevabili

Il 12 settembre 2024 il Ministero del Lavoro ha emesso una Circolare esplicativa che riporta le norme e procedure per migliorare la sicurezza nell'impiego delle piattaforme di lavoro elevabili (PLE).

La comunicazione ministeriale elenca i documenti necessari da conservare e presentare, compreso il registro di controllo, strumento teso a dimostrare il rispetto degli obblighi di controllo e manutenzione previsti dall'articolo 71, commi 4 e 8, del Decreto Legislativo 81/2008.

Vengono poi indicate le zone e i componenti delle PLE più suscettibili a danni strutturali:

- zone di articolazione e rotazione
- bracci articolati e telescopici
- zone con rinforzi locali, come il fazzoletto di rinforzo
- torrette porta ralla
- stabilizzatori
- cilindri per il sollevamento o l'estensione dei bracci

La circolare termina con specifiche raccomandazioni preventive rivolte alle diverse figure coinvolte:

- fabbricanti – assicurare il rispetto dei standard di sicurezza nel rispetto delle norme armonizzate applicabili;
- utilizzatori – attenersi scrupolosamente a linee guida fornite dal fabbricante riguardanti i limiti d'utilizzo previsti, ai controlli e alla manutenzione;
- soggetti pubblici (ASL, ARPA, INAIL, etc.) e soggetti pubblici e privati abilitati – eseguire verifiche periodiche e porre scrupolosa attenzione;
- Organi di Vigilanza - monitorare l'adempimento delle verifiche e della documentazione richiesta.



[CLICCA QUI - Circolare esplicativa](#)

Patente a crediti in edilizia

Con la pubblicazione del Decreto Ministeriale attuativo e della Circolare dell'INL, la patente a crediti in edilizia è diventata operativa.

Le novità sono molte e rilevanti, per le imprese e i lavoratori autonomi, ma anche per i committenti.

Dall'**1 ottobre 2024** per lavorare in cantiere occorrerà avere almeno presentato la domanda.

La domanda può essere presentata inviando una PEC all'Ispettorato con l'*autocertificazione dei requisiti* ([link a fondo pagina](#)); dall'1 ottobre partirà anche il portale.

Si rinvia ad una *Guida dello Studio Caselle&Scudier* ([link a fondo pagina](#)) che analizza i primi adempimenti e le scadenze più urgenti, considerata la portata della novità e la rapidità con cui sono state emanate le ultime disposizioni (tra il 20 e 23 settembre) confidiamo che queste note possano essere utili.

Certamente, per il MC la patente è di interesse indiretto ma nelle pieghe del Decreto si legge che: tra *i crediti ulteriori per attività, investimenti o formazione in tema di salute e sicurezza sul lavoro* previsti nel Decreto attuativo ([link a fondo pagina](#)), la voce n. 13 è: "Almeno due visite in cantiere dal medico competente affiancato dal RLST o RLS territorialmente competente" e assegna 2 crediti. Resta una voce tutta da decifrare circa significato, funzione e interesse a questa novità. Quindi, marginalmente, un qualche motivo di coinvolgimento c'è, oltre al fatto di conoscere uno strumento che è del tutto nuovo e particolarmente impattante.



[CLICCA QUI - Autocertificazione dei requisiti](#)

[CLICCA QUI - Guida dello Studio Caselle&Scudier](#)

[CLICCA QUI - Decreto attuativo](#)



Associazione Nazionale
MEDICI D'AZIENDA E COMPETENTI

IL MANUALE DEL MEDICO COMPETENTE



La sorveglianza
Sanitaria

**RICHIEDI
LA TUA COPIA
ADESSO**



www.anma.it

Relazione Presentata al XXXVII CONGRESSO NAZIONALE ANMA 23-25 maggio 2024

Giudizio di idoneità e accomodamento ragionevole: distinti ma coerenti. La parte che ci spetta: proposta di procedura ANMA-CIIP per il Medico Competente.

L'accomodamento ragionevole: cos'è e chi riguarda

Come indicato dalla Convenzione ONU del 13 dicembre 2006 sui diritti delle persone con disabilità e dalla Direttiva 2000/78/CE, l'accomodamento ragionevole rappresenta l'insieme dei provvedimenti appropriati in funzione delle esigenze concrete, messi in atto per consentire al lavoratore disabile di svolgere un'attività lavorativa su base di uguaglianza con gli altri, senza limiti o discriminazioni imposti da barriere comportamentali o ambientali.

Le sentenze della Corte di giustizia europea del 11 aprile 2013 (C 335/11) e del 4 luglio 2013 (C 312/11) hanno chiarito che il concetto di disabilità è molto ampio e non riguarda solo le condizioni riconosciute dalle specifiche normative di settore (cosiddette categorie protette), ma tutti i casi in cui una persona non può svolgere appieno la propria attività lavorativa per problemi di salute fisica o mentale.

Rientrano quindi in tale ambito:

- i lavoratori con invalidità (INPS o INAIL) o disabilità riconosciuta in base alla normativa specifica, che siano assunti o meno come categoria protetta;
- i soggetti cosiddetti fragili o comunque affetti da patologie croniche;
- i lavoratori parzialmente o totalmente inidonei alla mansione specifica (così come certificato dal medico competente);
- i lavoratori parzialmente o totalmente inidonei alla qualifica (così come certificato dalle commissioni o dai collegi medico-legali ex art. 5 della L. 300/1970).
- non ha solo l'obiettivo di mantenere posto di lavoro e retribuzione, ma di valorizzare talento e competenze in una logica di inclusione, che impedisca ogni forma di discriminazione.

In tutti questi casi l'accomodamento ragionevole rappresenta semplicemente l'adattamento del lavoro al lavoratore con patologie e/o disabilità.

Rispetto all'approccio tradizionale della medicina del lavoro, l'accomodamento ragionevole:

- non è solo la riduzione dei rischi lavorativi (adottando ulteriori misure di prevenzione per limitare i livelli di esposizione, o escludendo le attività a maggior rischio) ma -riguarda anche gli aspetti organizzativi, il contenuto e le modalità del lavoro;
- non mira semplicemente ad assicurare al lavoratore un'attività meno nociva, o meno gravosa, ma a consentirgli di continuare a svolgere, senza pregiudizio per la salute, il lavoro per cui è stato assunto e formato (nella propria mansione o in un'altra mansione compatibile);

Questo approccio comporta importanti cambiamenti culturali:

- per i soggetti aziendali che gestiscono la produzione (risorse umane, management, preposti) i quali devono adattare l'organizzazione del lavoro alle esigenze individuali connesse alle condizioni di salute del lavoratore
- per il RSPP che, nella valutazione dei rischi e nella definizione delle misure preventive e protettive, deve tenere conto anche dei lavoratori con disabilità o patologie che limitano l'idoneità lavorativa;
- per il medico competente che non può più limitarsi ad indicare limitazioni e prescrizioni che tutelino adeguatamente il lavoratore, ma deve contribuire ad individuare una utile collocazione del lavoratore nel ciclo produttivo che sia compatibile con le esigenze di salute;
- per il lavoratore disabile o inidoneo (parzialmente o totalmente) che deve collaborare attivamente per rimodulare la propria mansione anche



quando questo comporti un allungamento dei tempi o un cambiamento delle procedure, evitando invece di sottovalutare i propri problemi di salute, o al contrario di cercare sgravi o benefici estranei alla soluzione dei problemi;

- per tutti gli altri lavoratori su cui possono ricadere conseguenze dell'adattamento dell'organizzazione del lavoro alle esigenze del lavoratore disabile o inidoneo (si pensi ad esempio alla ripartizione dei turni o dei carichi di lavoro) e che devono per questo essere coinvolti nei processi di inclusione, evitando ogni forma di stigma.

La tematica è molto ampia e travalica i confini delle politiche aziendali di salute e sicurezza entrando a far parte delle politiche riguardanti diversità ed inclusione (ISO 30415) e l'istituzione della figura del disability manager. Proprio la norma ISO 30415 indica tra le condizioni di diversità l'età, il genere e le disabilità per le quali le politiche di inclusione prevedono azioni di aggiustamento alle esigenze individuali, quali adattamento degli ambienti, degli ora-

ri, delle attrezzature, ecc. Come in tutti i modelli di sistemi di gestione, anche questo richiede il coinvolgimento di tutte le funzioni aziendali, la condivisione degli obiettivi, la definizione di regole e procedure.

Giudizio di idoneità e accomodamento ragionevole: due momenti distinti ma coerenti

Il giudizio di idoneità espresso dal medico competente valuta le condizioni di salute del lavoratore in funzione dei rischi lavorativi specifici e delle richieste prestazionali del compito lavorativo; ma non fornisce indicazioni sulla destinazione lavorativa. Questa viene stabilita in un secondo tempo da altre figure aziendali.

Anche il dettato normativo distingue nettamente sia i momenti, sia i soggetti obbligati. L'art. 41 del D.Lgs 81/08 definisce contenuti e procedure del giudizio di idoneità, che viene redatto dal

medico competente, mentre l'art. 42 stabilisce l'obbligo per il datore di lavoro di rispettare le misure indicate dal medico competente (ivi compresa la destinazione ad altra mansione). L'art. 18, comma 1, lettera c prevede, a carico del datore di lavoro e del dirigente, l'obbligo generale di affidare i compiti al lavoratore tenendo conto delle sue capacità e condizioni.

Le due fasi però sono strettamente correlate, documenti ed azioni devono essere coerenti. Un buon giudizio di idoneità stabilisce limitazioni e prescrizioni concretamente attuabili in relazione alla mansione, all'ambiente e all'organizzazione del lavoro; mentre un buon accomodamento deve consentire al lavoratore di svolgere il più possibile la propria mansione, rispettando le misure di tutela stabilite dal medico competente.

Il giudizio di idoneità deve quindi considerare non solo i compiti della mansione, i rischi effettivi e l'organizzazione del lavoro, ma anche le soluzioni che potranno essere concretamente adotta-



La **valutazione dei rischi** deve in primo luogo individuare i singoli compiti lavorativi che compongono la mansione. Questo può anche non essere fatto per ciascuna mansione o gruppo omogeneo, ma deve essere necessariamente attuato in tutti i casi in cui si deve rivalutare la mansione ai fini dell'accomodamento ragionevole. Per ogni compito lavorativo vanno individuati e valutati i rischi. Questo significa considerare sia gli aspetti qualitativi (ad es. il distretto muscolo scheletrico coinvolto), sia il livello di rischio. In questo modo diventa possibile escludere il lavoratore solo da alcuni compiti considerati non compatibili, rimodulando in questo modo la mansione (attuazione delle limitazioni del giudizio). In alternativa può essere possibile intervenire con soluzioni tecniche che riducano il rischio (es. introduzione di ausili) fino a rendere il compito compatibile con le condizioni del lavoratore (attuazione delle prescrizioni). A tal fine sarà necessario valutare anche il livello del rischio del compito lavorativo dopo l'adozione delle soluzioni tecniche. Questo rappresenta indubbiamente uno degli aspetti in cui si esplica la collaborazione del medico competente alla valutazione dei rischi (art. 25, comma 1, lettera a).

La **sorveglianza sanitaria** deve essere mirata alle patologie che possono essere causate dai rischi lavorativi, ma anche alle patologie di origine extralavorativa che possono aggravarsi con il lavoro o compromettere la capacità del lavoratore di eseguire il compito lavorativo. L'approccio diagnostico deve consentire al medico di valutare la gra-

te nella specifica situazione. Nelle condizioni di più frequente riscontro (si pensi ad esempio alle limitazioni della movimentazione manuale dei carichi) si possono standardizzare i giudizi ed adottare soluzioni predeterminate (es. introduzione di ausili, rimodulazione dei compiti).

I presupposti di questo approccio sono:

- l'individuazione dei singoli compiti che compongono la mansione e la valutazione dei rischi dei singoli compiti;
- il protocollo di sorveglianza sanitaria che comprenda accertamenti diagnostici in grado di definire la gravità della patologia, il grado di inabilità, la capacità residua, anche attraverso consulenze specialistiche;
- la rimodulazione della mansione

attraverso la definizione di compiti compatibili, compiti da modificare e compiti da escludere;

- la flessibilità dell'organizzazione del lavoro e delle misure di conciliazione vita-lavoro rispettando criteri di trasparenza ed equità;
- la verifica e il monitoraggio delle soluzioni adottate;
- l'obiettivo prioritario del reinserimento lavorativo (ad esempio adottare limitazioni più restrittive nei casi di rientro al lavoro, nelle situazioni di acuzie e nelle forme patologiche più lievi ed iniziali per favorire il completo recupero).

Le figure coinvolte sono diverse e devono interagire in maniera sinergica e collaborativa in relazione alle azioni indicate (vedi fig. 1).

Fig. 1

	VALUTAZIONE DEI RISCHI	DIAGNOSI E VALUTAZIONE LIMITAZIONI E CAPACITA' RESIDUE DEL LAVORATORE	DEFINIZIONE DI UNA MANSIONE PERSONALIZZATA COMPATIBILE	MONITORAGGIO E VERIFICA
MEDICO COMPETENTE				
RSPP E ASPP				
RISORSE UMANE				
PREPOSTO E DIRIGENTE				

vità del quadro patologico, al fine di inquadrare, quando possibile, il grado di compromissione funzionale e la capacità lavorativa residua e di conseguenza l'idoneità del lavoratore alla mansione rimodulata. Questo deve essere fatto anche quando è il lavoratore a presentare la propria documentazione sanitaria, se del caso prendendo contatti con gli specialisti che lo hanno in cura. In questa fase possono risultare necessarie consulenze di altri specialisti o di altre professionalità a cui va chiesto, con un quesito specifico, la compatibilità della condizione patologica con le prestazioni richieste dai compiti lavorativi.

L'accomodamento ragionevole si fonda in primo luogo sulla rimodulazione della mansione (ovvero la definizione di un piano di lavoro personalizzato) escludendo i compiti ritenuti incompatibili e mantenendo quelli compatibili e quelli modificati grazie all'adozione di soluzioni tecniche o organizzative. In relazione alla natura dei problemi sanitari del lavoratore potrà risultare opportuna l'introduzione di misure di conciliazione vita-lavoro (modifiche dell'orario, dei turni, di sede, smart working, ecc.). Per diverse situazioni (es. malati oncologici) la possibilità per i lavoratori di usufruire di tali agevolazioni per motivi di salute è regolamentata da norme specifiche (L. 104/92; D.Lgs. 81/2015, Contratti Collettivi Nazionali) che a volte prevedono la valutazione da parte di organi sanitari pubblici (e non del medico competente). In ogni caso questi provvedimenti possono avere ripercussioni significative sugli altri lavoratori, in particolare su coloro che richiedono le medesime misure per motivazioni non sanitarie (personali, familiari, ecc.). Per questo motivo non è opportuno che misure di questo tipo vengano prescritte col giudizio di idoneità; ma devono far parte di una policy aziendale che stabilisca criteri applicativi sulla base di un dialogo sociale con le rappresentanze dei lavoratori e in un'ottica di equità che consideri complessivamente gli equilibri aziendali.

La soluzione attuata deve essere monitorata e sottoposta a verifica da parte delle figure aziendali che sovrintendono il lavoratore (dirigente, preposto) e

da parte del medico competente. Non bisogna dimenticare che si tratta sempre di soluzioni empiriche, che le condizioni di salute possono variare molto nel tempo e che un elemento importante è costituito dalla motivazione del lavoratore.

Proposta di una possibile procedura operativa

La proposta qui formulata non riguarda solo il medico competente, ma l'azienda nel suo complesso. La raccomandazione è infatti quella di un approccio integrato al problema da parte delle diverse figure coinvolte nella gestione di salute e sicurezza. Ogni passaggio quindi è pensato in una logica di sistema, in modo da essere funzionale al percorso procedurale complessivo. La procedura presuppone ovviamente che l'azienda sia in regola con gli obblighi di salute sicurezza ed abbia adottato le misure di prevenzione per i rischi specifici, per cui i casi trattati riguardano essenzialmente lavoratori con patologie, disabilità o altre condizioni che richiedono misure di tutela aggiuntive. Quando risulti invece una carenza generale di misure protettive, occorre rivedere la valutazione dei rischi e pianificare l'adozione per tutti i lavoratori delle misure opportune (art. 29, comma 3, D.Lgs. 81/08).

La procedura può essere adottata anche in riferimento alle istanze di accomodamento ragionevole presentate ai sensi dell'art. 5 bis, comma 3, della L. 104/92 (modifica introdotta dal recente D.Lgs. 62 del 3/5/2024).

1. Il giudizio di idoneità formulato dal medico competente è generalmente il primo momento.

Il giudizio viene formulato a seguito di:

- Visita preventiva, periodica, di cambio mansione, di rientro da un'assenza per motivi di salute superiore a 60 giorni
- Visita a richiesta del lavoratore. Come è noto, la richiesta può essere presentata da qualsiasi lavoratore, anche non soggetto a sorveglianza sanitaria. E' opportuno che in tutti i casi in cui il lavoratore voglia sottoporre al datore di lavoro una propria

documentazione sanitaria (es. riconoscimento di invalidità) ai fini di una modifica dell'attività lavorativa, presenti richiesta di visita al medico competente.

- Visita del lavoratore disabile assunto con collocamento mirato. La valutazione della capacità lavorativa e dell'idoneità lavorativa dei lavoratori disabili è competenza del Comitato Tecnico provinciale, che si avvale a tal fine della Commissione invalidi dell'Azienda Sanitaria Locale (L. 68/99 e modifiche introdotte dal D.Lgs. 151/2015). Il medico competente opera "a valle" di questo processo, supportando il datore di lavoro nell'individuazione di una collocazione lavorativa compatibile e tenendo conto della condizione di disabilità nella formulazione del giudizio di idoneità.

Qualsiasi giudizio che non sia di idoneità piena (idoneità con limitazioni o prescrizioni, non idoneità alla mansione temporanea o permanente) dà avvio al processo. Nel caso di giudizi di idoneità parziale con limitazioni e/o prescrizioni, il medico competente indica con chiarezza e con la massima precisione possibile quali rischi sono da evitare, quali livelli di esposizione da non superare, e, se del caso, quali specifici compiti sono da escludere, fornendo tutte le ulteriori indicazioni ritenute utili per la rimodulazione della mansione. Per valutare il grado di disabilità e il tipo di limitazioni occorre riferirsi sempre, quando possibile, a criteri e linee guida disponibili (es. ISO 11228-1-2021). Nelle aziende dove operano più medici competenti è importante adottare comportamenti omogenei e un ruolo fondamentale in tal senso deve essere esercitato dal medico competente coordinatore, attraverso la formulazione di linee di indirizzo condivise.

2. Il tavolo tecnico. L'attuazione dei giudizi di idoneità con limitazioni o prescrizioni che non siano di facile ed immediata applicazione (es. pause dei videoterminalisti) viene affidata ad un tavolo tecnico composto da:

- Medico competente e medico competente coordinatore
- Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
- Responsabile Risorse Umane

- Dirigente e preposto dell'area operativa dove opera il lavoratore.

Il tavolo tecnico valuta i singoli compiti della mansione del lavoratore per quanto riguarda la compatibilità con le limitazioni/prescrizioni del giudizio di idoneità, al fine di definire un piano di lavoro personalizzato in cui sono indicati:

- i compiti che il lavoratore può continuare a svolgere
- i compiti da modificare perché il lavoratore può svolgerli solo con determinati accorgimenti (es. introduzione di ausili)
- i compiti che il lavoratore NON può svolgere.

Il piano di lavoro personalizzato deve essere formulato in modo da contemplare al meglio le esigenze di tutela della salute del lavoratore con una collocazione proficua nel ciclo produttivo. Per l'individuazione delle soluzioni possono risultare necessarie consulenze di specifiche professionalità (es. psicologo del lavoro, ergonomo). Se del caso la valutazione dei rischi deve essere aggiornata in relazione alle modifiche dei compiti e/o all'introduzione di ausili. Il coinvolgimento del lavoratore, attraverso la responsabilizzazione e il dialogo, riveste importanza fondamentale.

3. La scheda di destinazione lavorativa. Le indicazioni del tavolo tecnico sono formalizzate in una scheda di destinazione lavorativa che viene consegnata al lavoratore, al preposto e al medico competente. L'attuazione delle indicazioni è, in linea generale, affidata al preposto; ma, in relazione ai vari adempimenti, possono essere coinvolti dirigenti, RSPP e altre funzioni, secondo l'organizzazione aziendale, in particolare per quanto riguarda l'eventuale acquisizione di attrezzature o ausili.

Nel caso di problemi di comune riscontro (es. patologie muscoloscheletriche e rischio movimentazione carichi) per i quali è possibile individuare soluzioni applicabili a tutti i casi tra lavoratori addetti alla stessa mansione, è possibile formulare delle indicazioni standard evitando di definire al tavolo tecnico ogni singolo caso. Questo può essere fatto direttamente dal medico competente nel giudizio di idoneità. A tal fine possono risultare utili i software per la

sorveglianza sanitaria che consentono di definire formulazioni standard dei giudizi di idoneità.

4. Monitoraggio e verifica. La soluzione adottata va attentamente monitorata dal preposto sotto vari aspetti:

- che le misure adottate siano realmente e facilmente rispettate;
- che il lavoratore venga utilmente inserito nel ciclo produttivo, sia per quanto riguarda i carichi di lavoro espletati, sia per quanto riguarda l'assenteismo;
- che i provvedimenti individuali non siano causa di criticità per l'organizzazione del lavoro e per le relazioni interpersonali tra i lavoratori.

La verifica degli aspetti relativi alla salute spetta al medico competente. In relazione alle modifiche del profilo di rischio della mansione, può essere eventualmente necessario un nuovo giudizio di idoneità, secondo le disposizioni del D.Lgs. 81/08. In ogni caso la periodicità delle visite successive dovrà avere preferibilmente scadenze più ravvicinate. È raccomandato ascoltare il feedback del lavoratore adottando, per quanto possibile, un approccio olistico, in modo da valutare non solo la patologia, ma anche le ricadute sulle relazioni interpersonali, sulla soddisfazione sul lavoro, sulla conciliazione vita-lavoro. È inevitabile (o meglio auspicabile) che le soluzioni adottate vengono modificate in base al monitoraggio e alle verifiche e migliorate col tempo, soprattutto per quanto riguarda l'efficacia e la concreta applicabilità.

Adottando ripetutamente quest'approccio, è possibile arrivare non solo a standardizzare le soluzioni per i casi più comuni, ma anche ad introdurre stabilmente cambiamenti organizzativi utili a gestire problematiche di carattere più generale, come l'invecchiamento dei lavoratori. In tal modo, in questi casi, a fronte dei cambiamenti introdotti, si potrebbe arrivare anche a giudizi non più limitativi, ma di idoneità piena.

In sintesi, in relazione alle diverse situazioni, gli esiti della procedura operativa sono di tre tipi:

- Soluzioni individuali relative a casi specifici
- Soluzioni standardizzate relative a casi di comune e frequente riscontro

- Soluzioni collettive relative a problematiche di carattere generale

Il ricorso all'organo di vigilanza

Il ricorso avverso il giudizio del medico competente presentato dal lavoratore all'organo di vigilanza costituisce uno strumento di garanzia molto importante in un ambito sanitario di per sé complesso perché costretto a contemplare le esigenze di tutela della salute con quelle della produzione e dell'organizzazione del lavoro.

In esito al ricorso, l'organo di vigilanza può (se lo ritiene necessario) modificare o revocare il giudizio. Il datore di lavoro dovrà quindi attuare le indicazioni del nuovo giudizio così modificato, ricorrendo anche in questo caso al tavolo tecnico al fine di individuare una destinazione lavorativa compatibile.

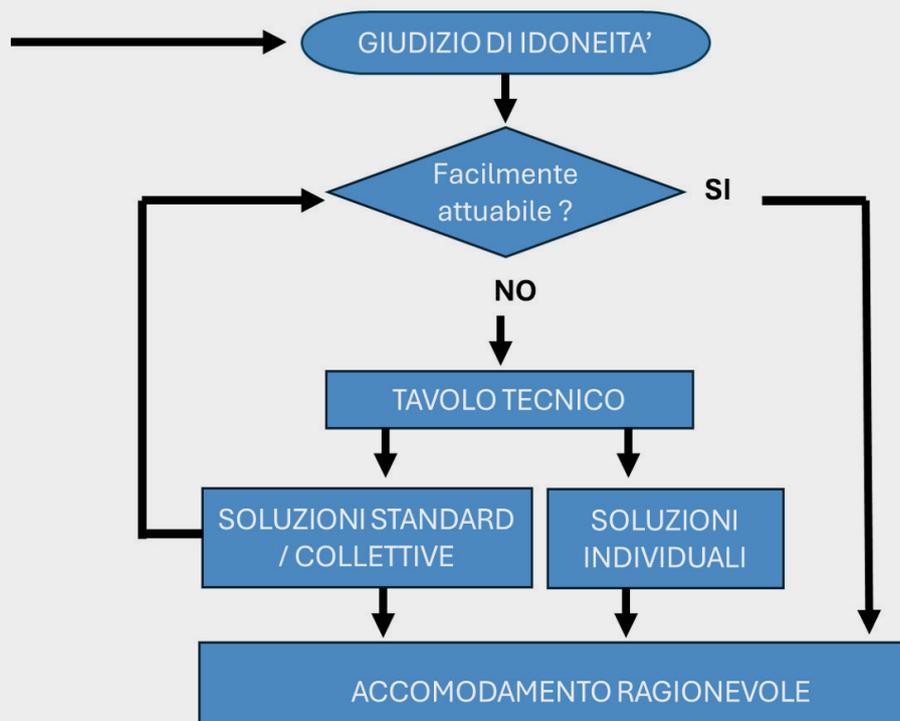
Appare tuttavia opportuno che la procedura operativa e i criteri che vengono seguiti per individuare la destinazione lavorativa siano oggetto di confronto con gli organi di vigilanza, al fine di evitare che eventuali ricorsi avverso il giudizio del medico portino a soluzioni eterogenee o inapplicabili ai casi concreti.

Il ruolo del RLS

Fermo restando la possibilità del RLS di farsi portavoce di istanze dei lavoratori, è importante avere con gli RLS un confronto sull'approccio metodologico e sui criteri con cui vengono definite le soluzioni di accomodamento ragionevole, soprattutto per quelle più frequenti e standardizzabili.

Il RLS può dare un contributo molto importante per promuovere i cambiamenti culturali che questo approccio comporta, in particolare per quanto riguarda gli aspetti che riguardano i lavoratori:

- i lavoratori devono essere certi che la soluzione adottata tuteli efficacemente la loro salute, che la loro esperienza venga ascoltata e possa eventualmente portare ad un ulteriore miglioramento;
- i lavoratori devono condividere il valore positivo di una soluzione che rispetti per quanto possibile la loro



competenza e professionalità, piuttosto che vedere la disabilità come un'opportunità per conseguire una situazione genericamente di minor aggravio;

- i colleghi di lavoro devono condividere i valori di solidarietà ed inclusione, a fronte delle situazioni in cui l'accomodamento di un lavoratore comporta un maggior onere per gli altri (es. turni, notti, carichi...). Per assicurare questo è necessario che procedure e criteri siano noti e trasparenti, i provvedimenti appaiono giustificati, la ripartizione degli oneri sia equa, contribuendo a diffondere la percezione che con tali strumenti l'azienda riesce a dare una mano ai lavoratori in difficoltà.

- la definizione di una policy aziendale per la concessione dei provvedimenti di conciliazione vita-lavoro (es. part time, trasferimenti, smart working) che contemperino le esigenze dovute a disabilità con quelle familiari e personali.

Soluzioni per le piccole e medie imprese

Per quanto l'attuazione di misure di tutela nelle PMI possa in genere risultare più difficile, per la minore disponibilità di risorse, questo approccio si può considerare applicabile con relativa facilità anche nelle imprese di minore dimensione. Nelle PMI infatti i soggetti coinvolti nel processo si parlano e si

confrontano con maggiore semplicità e concretezza. I lavoratori sono più motivati a mantenere il proprio ruolo e la propria professionalità. Le risorse economiche necessarie per l'eventuale acquisto di attrezzature, ausili o per l'adeguamento dei posti di lavoro, possono essere almeno in parte ottenute grazie alle varie forme di finanziamento messe a disposizione dall'INAIL, per l'acquisto di attrezzature che migliorino le misure di tutela della salute e della sicurezza, o per l'accomodamento ragionevole dei soggetti con disabilità dovuta a infortunio o malattia professionale, ovvero dal Fondo regionale per l'occupazione dei disabili ex L. 68/99 come rimborso parziale delle spese necessarie all'adozione di accomodamenti ragionevoli.

Pubblichiamo l'intervento che il Presidente Anma dott. Patané ha svolto al Congresso Siml di San Vincenzo il 27 settembre 2024, nell'ambito della sessione organizzata dalla Commissione dei Medici Competenti Siml - La Sorveglianza Sanitaria oltre la Valutazione del Rischio: l'esempio del sovraccarico bio-meccanico – che prendeva spunto dalla recente sentenza della Corte di Cassazione del 22 dicembre del 2023.

L'intervento del dott. Patané si è mantenuto sulle linee generali di alcune criticità della Sorveglianza Sanitaria e dello sforzo fin qui fatto dalle Società Scientifiche presso i Tavoli Tecnici come anche delle prospettive che richiedono ulteriori interventi e riflessioni.

Scelte e criticità del Medico Competente alla luce delle novità normative

Tra norme e sentenze il nostro lavoro si complica o si 'apre'? Entrambe direi. E in questo senso ci stanno tutte le scelte e le criticità del Medico Competente. *Peraltro possiamo affermare che il futuro del MC è per certi versi sempre stato un "presente" in quanto nel binomio Medicina – Lavoro le crescenti domande di salute del contesto economico nel quale operiamo sono state intercettate proprio dalla **capacità della disciplina di non chiudersi in un approccio legalistico e di autoreferenzialità, anticipando spesso le successive indicazioni normative.***

⁽¹⁾ La recente sentenza da cui prende spunto questa sessione riporta l'orologio, ma anche il contesto generale e culturale del medico competente, a epoche precedenti e lontane.

- Come Anma da tempo ci siamo posti alcuni obiettivi da perseguire già nell'attuale quadro normativo;
- Far conoscere *le potenzialità* della figura del medico competente, non più e non solo come puro certifica-

tore di idoneità lavorativa, ma *come partner a tutto campo* per la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro;

- Indirizzare il sistema impresa verso un corretto coinvolgimento del Medico Competente, commisurando il grado di partecipazione come *indicatore di qualità* del servizio offerto;
- Offrire al «mercato» una figura professionale *al di là delle definizioni di legge*, considerando che molte delle sue normali attività sfuggono a precise codifiche ma si basano su prassi applicative create da esperienza, buon senso, capacità relazionali, un approccio empatico e deontologico con il contesto lavorativo.⁽¹⁾

L'attuale quadro normativo è cambiato recentemente per poche ma significative norme, che mettono il medico competente ed in generale il sistema della Prevenzione Aziendale, di fronte a nuove situazioni che, a mio avviso, sono ancora in fase di 'meditazione'.

La prima fra queste, più gravida di conseguenze e più faticosa nella gestione, è sicuramente la valutazione dei rischi non normati, che si affianca alle difficoltà storiche che il Medico Competente incontra nel processo di valutazione dei rischi. Individuazione, valutazione e ranking del rischio sono a carico di tutto il sistema di prevenzione aziendale (è evidente però, che il ruolo del MC in questo processo e per questo tipo di rischi, è ancora più importante) ma l'iniziativa poi di aprire la eventuale sorveglianza sanitaria, è tutta del Medico Competente. Apro una parentesi che rileva un paradosso: nel caso dei rischi non normati la Legge non esprime nessuna indicazione o orientamento, lasciando al Medico Competente ampia autonomia in un campo inesplorato che non padroneggia; mentre nel caso dei rischi normati, dove gli studi e la prassi sono consolidati in Linee Guida, gli spazi di autonomia sembrano restringersi.



Parlavo di un processo ancora in fase di meditazione in quanto i punti fondamentali sono ancora in fase di studio e potremmo ricondurli a queste domande: quali sono questi rischi? Come si valutano in modo appropriato? Quando è utile aprire la sorveglianza sanitaria ed in che modalità? Quale valore assume il giudizio di idoneità in queste situazioni di rischio non normative e quindi non facilmente delineabili: è lo strumento adeguato?). (...la "collaborazione" del Medico Competente, in par-

ticolare alla valutazione dei rischi presenti in azienda, non è a nostro avviso un argomento sufficientemente chiarito nei suoi aspetti pratici, procedurali, tecnico-giuridici, ma anche formativi, a giudicare anche dal fatto che esso rappresenta una delle maggiori criticità indicate dal sistema impresa tra gli adempimenti legati al D.Lgs. 81/08...)⁽¹⁾

Riteniamo che un approfondimento in tal senso vada fatto anche per evitare di porre il MC come una specie di preveggenza di ogni sorta di evenienza sa-

nitaria dei lavoratori, inteso come gruppo omogeneo e come singolo. Lo sforzo che, come Società Scientifiche, stiamo facendo va in questo senso e sto pensando al Documento di Siml 'Documento di orientamento professionale per il medico competente: la collaborazione alla valutazione dei rischi' presentato a maggio di quest'anno, e alla pubblicazione del *Manuale del Medico Competente* recentemente editato da Anma e reso disponibile nel proprio sito, con l'impegno di un aggiornamento regolare.



Non è un caso che in entrambe le pubblicazioni il tema della collaborazione alla valutazione di rischio assuma uno spazio ed un rilievo importante, a testimonianza di una riflessione continua su questo aspetto non ancora del tutto risolto.

Infine, una nota positiva; *ci sembra che seppur lentamente, l'intento del legislatore sulla figura del Medico Competente, e che riteniamo di condividere, sia quello di favorire la sua integrazione nel "sistema aziendale per la prevenzione" e di uscire dall'area della prevenzione secondaria e terziaria, in cui sostanzialmente lo confina la sorveglianza sanitaria, per entrare da protagonista nel campo della prevenzione primaria⁽¹⁾*. Abbiamo un bel compito innanzi a noi.

Altre incombenze che ci sono piovute hanno un carattere procedurale, per quanto l'intento sia di migliorare la valutazione del lavoratore in fase di assunzione. Parlo della cartella in fase di visita preventiva o pre-assuntiva che introducono una serie di problematiche gestionali non indifferenti e che riservano alla nostra figura professionale un

aggravio che altri specialisti non hanno in sorte. Colleghi specialisti che, con il consenso del paziente, possono accedere al FSE; possibilità neanche lontanamente ventilata per il Medico Competente che ha invece, ironia della legge, l'obbligo di consultare la precedente documentazione sanitaria del lavoratore. Non si tratta di pietire una opportunità. Si tratta di promuovere pienamente il nostro ruolo nel corso delle attività di prevenzione di una parte rilevante di popolazione; il passaggio da Medico Competente inserito nel contesto aziendale a Medico Competente 'inserito nel contesto della prevenzione'. Il contesto attuale, con il progressivo invecchiamento della popolazione lavorativa, evidenzia nell'aging una delle criticità più frequenti. L'accesso alla situazione clinica del lavoratore permetterebbe di aderire anche a quei principi di total worker health che iniziano ad essere proposti concretamente, seppur in forma sperimentale.

Questo aspetto di medico inserito nel contesto della prevenzione mi aiuta a introdurre altri aspetti.

La presa visione della situazione vac-

cinale, prima citata, assieme all'inserimento delle vaccinazioni obbligatorie eseguite dal Medico Competente, è oggi preclusa. In Veneto in una collaborazione Anma/Regione Veneto speriamo di arrivare presto ad una svolta. La raccolta dei dati sanitari in una prospettiva epidemiologica e di orientamento. Parlo dell'all. 3B e dei suoi possibili cambiamenti. Siamo forse in vista di un tavolo tecnico congiunto, Ministro del Lavoro, Ministero della Salute, Società Scientifiche. Non sarà un compito facile, innanzitutto per le Società Scientifiche, per differenze di vedute anche all'interno delle stesse. Questo strumento a mio avviso può collegarsi in maniera virtuosa con l'individuazione di indici di efficienza ed efficacia dell'attività medico competente. C'è necessità di avere uno strumento che evidenzi e valorizzi il nostro impegno. Per questo non abbiamo mai assecondato le spinte, tra l'altro più che velleitarie, di abrogazione dell'Allegato, puntando ad un miglioramento.

Tralascio tutti i punti, che abbiamo già presentato al Tavolo Tecnico e rimando



a quelle proposte formulate in una direzione più aderente al ruolo che il Medico Competente ha assunto negli ultimi anni e clamorosamente espresso nel periodo pandemico (... pensiamo solo alle scadenze visite!) e a quelle che spero presenteremo, come il tema dei controlli su alcol e droghe su cui avremmo molto da dire dopo anni di esperienza sul campo.

Non voglio però nascondere una criticità che tutti noi sappiamo e viviamo, ma che tendiamo a sottacere forse perché è una matassa troppo intricata. Sto parlando dei criteri, delle procedure e delle valutazioni per la denuncia di Malattia Professionale. Il quadro normativo non è recente, anzi; è vecchissimo nel suo impianto e nelle sue linee definitorie, risultando disallineato ad una realtà storica, sociale e lavorativa, profondamente cambiata. Io non so

da dove si può iniziare a parlarne e con chi, senza suscitare alzate di scudi. Ma credo che almeno da noi una leale presa d'atto vada fatta esplicitamente, pena il contrappasso di essere classificati come quelli che non denunciano.

La stessa formulazione del giudizio di idoneità – espressione di una sintesi di conoscenze tra profilo clinico ed espositivo – si rende progressivamente più articolata laddove si passi da un nesso causale limitato ai tradizionali e specifici agenti di rischio, evocativi di ben determinati comparti lavorativi, a:

- una riduzione della **distanza** figurativa tra ambiente di lavoro - ambiente di vita - ambiente domestico (*mobile workers, trasfertisti, smart workers*),
- una prevalenza di esposizioni simultanee (**poliesposizioni**) e/o a microinquinanti ubiquitari,
- un superamento del legame lavorato-

re - singolo ambiente di lavoro (flessibilità mercato, lavoro temporaneo, outsourcing, ecc.),

- l'emergere dei rischi psicosociali legati all'interfaccia casa-lavoro.⁽¹⁾

Articolazione e complessità di cui non c'è traccia nelle procedure di inquadramento delle malattie professionali.

Da sempre la nostra missione è armonizzare il “processo produttivo del Medico Competente”. Ciò comporta uno scambio aperto e continuo tra colleghi e un importante sforzo sulle Istituzioni che può avere successo solo proponendo soluzioni fattibili. E' l'impegno che abbiamo preso tra di noi Società Scientifiche e con i tavoli tecnici. Non voli pindarici ma percorrere il percorribile. Il Manuale vuole essere proprio una palestra permanente.

Nota

1) U. Candura Intervento al Congresso ANMA di Perugia giugno 2022.

MEDICO COMPETENTE JOURNAL N. 3/2024

PERIODICO TRIMESTRALE DELL' A.N.M.A.

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti

Sede legale: Via Melchiorre Gioia n. 82, 20125 - Milano (MI)

Sede operativa: P.zza Alessandro Manzoni n. 2 20014 - Nerviano (MI)

Tel.+39 0331 1521840 - Fax +39 0331 1521841

 e-mail: segreteria@anma.it  web: www.anma.it

 facebook.com/anmamedici

 twitter.com/anmamedici

 instagram.com/anma_medici

 [youtube.com anma - medici del lavoro e competenti](https://youtube.com/anma-medici-del-lavoro-e-competenti)

Autorizzazione Tribunale di Milano n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE: Eugenio Andreatta

RESPONSABILE DEL COMITATO DI REDAZIONE: Franco Massironi

COMITATO DI REDAZIONE: Work in progress

MARKETING E COMUNICAZIONE: Serena Trincanato



ANMA è un marchio registrato

Federata FISM Federazione Italiana Società medico Scientifiche

Socio fondatore della Consulta Interassociativa Italiana per la Prevenzione - CIIP

Associazione Certificata UNI EN ISO 9001:2015

certificato Certiquality n.7344

ANMA è Provider ECM Standard iscritto all'Albo Nazionale AGENAS con il numero identificativo 670

PRESIDENTE: Pietro Antonio Patanè

VICE PRESIDENTE: Alessandra Vivaldi

SEGRETARIO NAZIONALE: Rino Donghi

CONSIGLIERI: Gilberto Marcello Boschirolì, Giovanna Contin, Rino Donghi, Elisabetta Gallo, Franco Massironi, Carmine Mastrippolito, Lorenzo Palamà, Monica Palmisano, Pietro Antonio Patanè, Paolo Sanchioli, Alessandra Vivaldi

COLLEGIO DEI PROBIVIRI: Giuseppe Briatico Vangosa, Massimo Sabbatucci, Francesco Viglienghi

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI: Eugenio Maria Capodicasa, Giuseppe Iannuzzi, Luigi Striuli

SEZIONI TERRITORIALI REGIONALI:

Work in progress



Rimani in contatto con ANMA

Seguici sui nostri canali social e scopri ogni giorno nuovi contenuti



LINKEDIN



INSTAGRAM



YOUTUBE



TWITTER



FACEBOOK

Quota associativa 2024 Medico Competente: Socio Ordinario € 120,00, Socio Sostenitore € 170,00. Per gli Specializzandi in Medicina del Lavoro non è prevista alcuna quota e pertanto possono associarsi gratuitamente. Per tutti i Soci è richiesta, all'atto dell'iscrizione o del rinnovo tramite il portale www.anma.it, anche la registrazione o la conferma dei propri dati.

Il pagamento dell'iscrizione o del rinnovo può essere effettuato tramite:

• carta di credito (seguendo le istruzioni nel portale www.anma.it)

• bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio - Sede di Milano

Codice IBAN: IT55 056 9601 6000 0001 4539 X22

Iscriviti alla newsletter per ricevere informazioni e notizie aggiornate!

www.anma.it



PIANO FORMATIVO ANMA 2024

Avvalendosi di eccellenti formatori e pianificando un approccio modulare che consente un apprendimento progressivo e completo, ANMA garantisce una formazione aggiornata per consolidare le competenze in Medicina del Lavoro.

Le attività formative sono rivolte ai Medici Competenti che possono iscriversi tramite apposita scheda presente nella sezione regionale di riferimento e prevedono agevolazioni per i Soci ANMA 2024.

Consulta il calendario di tutti gli appuntamenti e iscriviti adesso!

[CLICCA QUI - Sezioni regionali](#)

[CLICCA QUI - Campagna associativa 2024](#)

[CLICCA QUI - Calendario appuntamenti](#)



www.anma.it