

*Curriculum Autoformazione Ser.T.*

*CERTIFICARE  
NEI  
SERVIZI PUBBLICI  
PER LE  
TOSSICODIPENDENZE*

*CHI , COSA, PER CHI , QUANDO E PERCHÉ*

*PRIMA PARTE:  
PRINCIPI GENERALI  
E  
CERTIFICAZIONI IN AMBITO EXTRAPENITENZIARIO*

*di*

*Mariagrazia Fasoli \**

*Brescia, aprile 2010  
(prima versione Montichiari, 1998)*

*\*Specialista in Farmacologia Clinica  
Primario Medicina Farmacotossicodipendenze*

## **Il contenuto di questo opuscolo è aggiornato all'aprile 2010**

*La riproduzione è consentita per uso personale ai visitatori del sito e ai singoli Ser.T. o S.M.I. che intendano servirsene per i loro pazienti.*

*La riproduzione per altri usi deve essere autorizzata per iscritto dall'autrice.*

### **RINGRAZIAMENTI**

#### ***L' AUTRICE RINGRAZIA PER LA COLLABORAZIONE***

- ***GLI OPERATORI DEL SER.T. DI RIMINI***
- ***I COLLEGHI ISCRITTI ALLA SCUOLA SUPERIORE DI MEDICINA DELLE TOSSICODIPENDENZE PRESSO L'ISTITUTO DI SCIENZE DEL COMPORTAMENTO "G. DE LISIO" DI PISA PER I COMMENTI E I SUGGERIMENTI***
- ***IL DOTT. FULVIO FANTOZZI, MEDICO LEGALE***
- ***LA DOTT. DANIELA ROSSI ROMANO, PSICOLOGA E CRIMINOLOGA***

## CHE COS'È UNA CERTIFICAZIONE

Una certificazione è una “*testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può produrre affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla legge ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo e della società, aventi rilevanza giuridica e/o amministrativa...*” (Barni M. in “Doveri: responsabilità del medico dalla bioetica al diritto”, pag. 320, Giuffrè Ed., Milano 1999).

## COSA PUÒ ESSERE CERTIFICATO

Il primo requisito di una certificazione è la veridicità. Ciò che viene scritto, cioè, deve corrispondere a fatti direttamente constatati dal professionista. Ciò significa che qualsiasi certificato deve sempre essere preceduto dalla valutazione di dati oggettivi della cui effettiva esistenza il professionista risponde anche sul piano penale. Diagnosi e prognosi, essendo elaborazioni tecnico-concettuali dei fatti, non rappresentano, se non indirettamente, l'oggetto della certificazione. Il medico infatti non ha l'obbligo di essere infallibile ma ha l'obbligo di non mentire. Anche quando un certificato contiene una diagnosi o una prognosi, perciò, è necessario fare riferimento a fatti documentabili su cui ci si è basati per emetterle. Per le diagnosi basate totalmente o prevalentemente sull'anamnesi (come, per esempio, le cefalee e gli stati ansiosi) è opportuno, quando possibile, riferirsi a criteri diagnostici internazionalmente noti. Non si dovrebbe perciò certificare che “il tal paziente è affetto da depressione” ma, per esempio, che “in base ai dati anamnestici, risponde ai criteri DSM-IV per disturbo depressivo maggiore”. La presenza di tali criteri (riferiti desideri di morte, riferiti disturbi del sonno, ecc.) dovrà essere documentata in cartella clinica o in una relazione clinica della visita effettuata, distinguendo nettamente quanto si è rilevato (per esempio il calo ponderale), quanto è stato riferito e le conclusioni che se ne sono tratte. La materia ha rilevanza penale. L'articolo 481 del Codice Penale (d'ora in poi CP) dispone infatti che “*Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da L. 100.000 a un milione*” (le pene pecuniarie sono state aggiornate). Per tale reato si procede d'ufficio (art. 493 bis CP). Se il certificato è redatto da un pubblico ufficiale in atti pubblici si applica l'art. 479 che prevede la reclusione fino a 10 anni. Si considerano pubblici ufficiali “*gli impiegati dello stato o di altro ente pubblico che esercitano, permanentemente o temporaneamente, una pubblica funzione legislativa, amministrativa o giudiziaria*” (art 357 CP). La recente giurisprudenza (vedi, ad esempio, sentenza n. 35836 del 1-10-2007, della Corte di Cassazione, sez. VI) tende ad allargare il concetto di pubblico ufficiale anche ai medici che, pur non essendo dipendenti pubblici, svolgano la propria attività per mezzo di poteri pubblicistici di certificazione come, per esempio, i medici convenzionati. In questa sentenza la Corte ha ritenuto che anche le impegnative per esecuzione di accertamenti a carico del sistema pubblico o le prescrizioni di esami siano espressione del potere certificatorio perché abilitano il cittadino a far valere un interesse giuridicamente tutelabile. Anche i medici che operano al SERT in qualità di convenzionati e i medici dei Servizi Multidisciplinari Integrati (d'ora in poi SMI) sarebbero quindi pubblici ufficiali, perché abilitati a emettere atti pubblici. Ricordiamo che l'atto pubblico “*è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato*” (art. 2699 Codice Civile, d'ora in poi CC). Oltre ad attestare il vero, la certificazione deve rispondere anche a precisi requisiti formali. Il certificato deve essere scritto chiaramente e con mezzo indelebile, deve contenere nome, cognome e qualifica di chi certifica, nome e cognome della persona a cui si riferisce, data di rilascio e firma di chi lo ha redatto. Non deve contenere cancellazioni o correzioni. La mancanza di requisiti formali potrebbe esporre all'accusa di falso materiale (art. 485 C.P.) o, se il certificato è stato alterato o “corretto” da un pubblico dipendente

Certificare nei Servizi Tossicodipendenze, Montichiari 1998, Brescia 03/01/2013 M. Fasoli 3

con funzioni di pubblico ufficiale, del reato previsto dall'articolo 477 C.P. che prevede la reclusione fino a tre anni.

## CHI PUÒ (E DEVE) RILASCIARE UNA CERTIFICAZIONE

Da quanto sopra esposto, risulta chiaramente che solo il singolo professionista (e non, per esempio, "il servizio" o "l'équipe") è titolato a rilasciare certificazioni. Una certificazione, infatti, comporta la responsabilità professionale e penale del redattore che, a differenza della responsabilità civile, è sempre personale (articoli 27 e 28 della Costituzione). E' compito del responsabile della struttura controllare che le attività di certificazione avvengano secondo la legge e la deontologia professionale ed intervenire (anche avocando a sé il caso, se ha il ruolo professionale per farlo) se rileva comportamenti non corretti. La maggioranza delle certificazioni rilasciate dal sistema sanitario nazionale competono al medico. Esistono tuttavia certificati, come quello di svantaggio sociale o, per i detenuti tossicomani, di idoneità del programma terapeutico che potrebbero, in certi casi, essere rilasciati anche da altri professionisti dato che i fatti che devono essere attestati non sono sempre necessariamente di carattere medico. A questo proposito l'articolo 359 del CP definisce "*esercenti un servizio di pubblica necessità*", e quindi sottopone al disposto dell'articolo 481, anche coloro che svolgono professioni "*il cui esercizio sia per legge vietato senza una speciale abilitazione dello Stato, quando dell'opera di essi il pubblico sia per legge obbligato a valersi*". Dato quindi il carattere multidisciplinare che il Testo Unico 309/90 attribuisce ai Ser.T. anche psicologi e assistenti sociali e, teoricamente, infermieri professionali, devono attenersi alle regole sopra citate. Il rifiuto da parte di pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio di compiere "*un atto del proprio ufficio che per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica o di ordine pubblico o di igiene e sanità deve essere compiuto senza ritardo è punito con la reclusione da sei mesi a due anni*" (art.328 CP). Al di fuori di questi casi, l'atto d'ufficio deve essere compiuto entro 30 giorni dalla ricezione di una richiesta scritta pena "*la reclusione fino a un anno o la multa fino a L. 2 milioni* (aggiornata)" (art 328 CP). Indipendentemente dalle certificazioni previste espressamente dalla legge, inoltre, in base all'articolo 24 del Codice di Deontologia Medica (d'ora in poi CDM) "*il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati: egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti*". Tale obbligo vale anche per i medici pubblici dipendenti. Nel nostro paese, infatti, l'iscrizione all'Ordine è obbligatoria sia per esercitare la professione sia per partecipare ai pubblici concorsi ed è quindi obbligatorio rispettare le regole deontologiche per tutti i medici. Tale obbligo è ribadito dall'articolo 68 del CDM e confermato dalla giurisprudenza, che utilizza, sempre più spesso, le regole deontologiche come parametro per valutare in giudizio i comportamenti dei medici.

## CHI PUÒ CHIEDERE UNA CERTIFICAZIONE

Titolato a chiedere una certificazione è unicamente il diretto interessato o il suo rappresentante legale (genitore esercente la patria potestà di un minore, tutore, avvocato difensore). Solo nei casi, tassativamente stabiliti dalla legge (art. 32 della Costituzione), concernenti trattamenti sanitari obbligatori (diagnostici o terapeutici) la certificazione dell'avvenuto trattamento potrebbe essere richiesta dall'autorità che lo ha legittimamente disposto.

## CERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA

La certificazione di assenza di tossicodipendenza in atto è ipotizzata dall'articolo 125 del T.U. 309/90, che prevede l'individuazione per decreto ministeriale delle categorie di lavoratori per cui tale accertamento sia obbligatorio. Gli specifici problemi conseguenti a questa normativa sono trattati più oltre. Le certificazioni richieste per altri scopi (per esempio procedimenti di affidamento minori o adozione, separazione tra coniugi, richiesta di patente o porto d'armi, idoneità ad attività sportiva, ecc.) non differiscono da qualunque altro tipo di certificazione e si configurano perciò, come si è detto, come una *“attestazione scritta di indole tecnica riguardante fatti di rilevanza giuridica, direttamente constatati dal medico nell'esercizio della sua attività”*, oggettivamente documentabili e verificabili anche in caso di contenzioso. A tale proposito diverso è il problema che si pone al medico nel caso che la richiesta provenga da persona con pregressa diagnosi di dipendenza da sostanze o da persona per cui tale diagnosi non sia mai stata posta.

### Persone con pregressa diagnosi di tossicodipendenza

Nel caso di persona già tossicodipendente la attuale legislazione italiana fa più volte riferimento al *“superamento dello stato di tossicodipendenza”* come obiettivo degli interventi socio-sanitari. Non sempre, però, definisce il termine temporale entro cui, a fini medico-legali, l'astensione da sostanze dovrebbe essere riscontrata e, di conseguenza, certificata. Il medico dovrebbe quindi autonomamente decidere quanto la scienza medica non è stata finora in grado di stabilire su base scientifica: quando una persona tossicodipendente da una certa sostanza non deve più essere considerata tale. Un riferimento usuale a cui si ricorre è quello definito dal Manuale Diagnostico Statistico (DSM), edito dalla American Psychiatric Association. Tale sistema, per la verità, è ampiamente criticato proprio per la sua arbitrarietà, ma ha per lo meno il pregio di essere utilizzato nella maggioranza delle pubblicazioni scientifiche e di essere sottoposto alla revisione dei suoi estensori e alla critica della comunità scientifica. Il DSM nella versione attualmente corrente (2009) prevede per la diagnosi di dipendenza da sostanze la presenza, per un tempo convenzionalmente definito di almeno 12 mesi consecutivi, di almeno tre di sette criteri due dei quali (tolleranza e sindrome d'astinenza) applicabili agli oppiacei ma molto meno, o per nulla, a tutte le altre droghe, e quattro fortemente dipendenti da valutazioni soggettive del medico e del paziente e influenzabili da fattori culturali. Li riassumiamo di seguito:

- tolleranza, con bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato e/o con effetti notevolmente diminuiti con l'uso continuativo della stessa quantità di sostanza;
- astinenza con caratteristici e specifici sintomi, per attenuare o evitare i quali spesso viene assunta nuovamente la sostanza;
- assunzione per tempi più lunghi ed in quantità maggiori di quanto previsto dal soggetto;
- desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- una gran quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;
- interruzione o riduzione d'importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza;
- uso continuo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema;
- persistente o ricorrente danno, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza.

Come si vede questi criteri non comprendono, non a caso, alcun riferimento all'esito di eventuali esami tossicologici né alla quantità di sostanza assunta. In effetti la differenza tra un paziente in terapia analgesica con oppiacei e un morfinomane non risiede certamente nella quantità di farmaco assunta ma unicamente nella presenza o assenza della perdita di controllo. In accordo con parte della letteratura specialistica, questo sistema diagnostico considera la dipendenza da sostanze una

condizione patologica cronica e non definisce quindi criteri utilizzabili per un “certificato di guarigione“. Viene invece definito un criterio di “*remissione protratta completa*“. Questa definizione viene usata quando nessuno dei criteri per dipendenza o abuso è risultato soddisfatto in un qualunque momento per un periodo di almeno 12 mesi. Questo indicatore non si applica se il soggetto è in terapia agonista (metadone, buprenorfina) o in un ambiente controllato (comunità, carcere). In questi casi, infatti, l’astinenza non viene considerata il risultato della remissione stabile della patologia, ma è ritenuta il risultato di fattori contingenti che devono essere descritti, appunto, con le specificazioni “*in terapia agonista*“ o “*in ambiente controllato*“. A rigore, dovrebbe invece essere considerato in remissione chi è astinente in corso di altre terapie come i gruppi di autoaiuto, i farmaci antagonisti o le varie psicoterapie. Ciò tuttavia non coincide con i criteri definiti dal DM 186/90 per la certificazione a fini medico-legali di “*uso abituale*” di sostanze stupefacenti che sono:

- riscontro documentale di esami tossicologici positivi per sostanze d’abuso;
- segni di assunzione abituale della sostanza d’abuso, sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto;
- riscontro documentale di interventi terapeutici specificamente dovuti a dipendenza, sovradosaggio o astinenza da sostanze illegali.
- 

Tutto ciò considerato la certificazione del “*superamento dello stato di tossicodipendenza*”, tenuto conto degli aspetti clinici e dei vincoli legislativi, potrebbe considerare i seguenti aspetti:

- negatività dell’anamnesi e dell’esame obiettivo;
- assenza di fatti, registrati in cartella clinica o in altro modo rilevati, indicanti il permanere dei criteri DSM per la dipendenza;
- documentazione di avvenuta sorveglianza catamnestica presso un Servizio Tossicodipendenze con esecuzione periodica degli esami tossicologici per le sostanze d’abuso;

oppure

- adozione di un programma analogo al momento della richiesta di certificazione (che, ovviamente, verrà rilasciata solo dopo 12 mesi);

oppure

- risultato negativo di test tossicologici sul capello in grado di rivelare l’assunzione di sostanze d’abuso in periodi, dipendenti dalla lunghezza del campione prelevato, antecedenti il momento della richiesta.

Nella certificazione si dovrebbe fare riferimento ai criteri utilizzati. Qualora non fossero disponibili riscontri per un periodo di 12 mesi la certificazione dovrà limitarsi ad attestare quanto supportato dalla documentazione clinica, riferito al periodo effettivamente controllato. Se il paziente è astinente ma ancora inserito in programmi di recupero ambulatoriali o territoriali questo fatto dovrebbe essere citato. Osserviamo infine che, benché la certificazione sia esclusivamente di competenza medica, per la rilevazione dei criteri DSM il medico potrebbe utilmente avvalersi, se lo ritiene necessario, anche di valutazioni da parte di altri professionisti come gli assistenti sociali o gli psicologi.

### Persone senza pregressa diagnosi di tossicodipendenza

In questo caso non c’è, a nostro giudizio, necessità di documentare l’avvenuta remissione, dato che non è mai stata posta una diagnosi. E’ pertanto sufficiente effettuare una accurata anamnesi ed un esame obiettivo ed acquisire il risultato negativo di un esame tossicologico del capello per le principali sostanze d’abuso che consenta di avvalorare le dichiarazioni dell’interessato e di escludere l’assunzione recente (per esempio nei precedenti 30 giorni).

## CERTIFICAZIONE DI ABUSO, USO ABITUALE, DEDIZIONE, CRONICA INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE STUPEFACENTI E DI “STATO” DI TOSSICODIPENDENZA

L’*“accertamento”* dell’*“abuso di sostanze stupefacenti”* a fini medico legali e tossicologico forensi è attualmente previsto dall’art. 78 del TU 309/90, come emendato dalla legge 49/2006, e dovrebbe avvenire secondo criteri definiti *“con decreto del Ministero della Salute, emanato previo parere dell’Istituto Superiore di Sanità”*. Il Ministero della Salute è stato nel frattempo soppresso e, in ogni caso, nessun decreto è stato emanato ai sensi di questo articolo. Nel 1990 era invece stato emanato dall’allora Ministro della Sanità il decreto 186/90 per l’accertamento dell’ *“uso abituale”* di sostanze stupefacenti. Tale decreto aveva lo scopo di distinguere i detentori illegali di sostanze vietate per uso personale, che incorrono in sanzioni amministrative, da coloro che le detengono per altri motivi e che incorrono, invece, in sanzioni penali. Di fatto, questo decreto è rimasto l’unico riferimento normativo per gli accertamenti a fini medico legali riguardanti l’uso, l’abuso e la dipendenza da sostanze illegali, se si eccettua la recente normativa emanata ai sensi dell’art. 125 del T.U. 309/90 per le certificazioni necessarie per l’idoneità a determinate mansioni lavorative che illustriamo più oltre. A parte quest’ultimo caso, il T.U. nell’attuale versione, più volte emendata, ipotizza altri due tipi di certificazione. All’art 89, comma 2, e all’art. 94 prevede il rilascio di certificazione attestante lo *“stato di tossicodipendenza o di alcoldipendenza”* ai fini, rispettivamente, della disposizione degli arresti domiciliari alternativi alla custodia cautelare in carcere e dell’affidamento in prova dopo la condanna per persone che intendano effettuare un programma terapeutico per dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcol. All’art. 91, comma 2, prevede la *“certificazione”* del, si suppone pregresso, *“stato di tossicodipendente”* di cui all’art.90, rilasciata dai Servizi Pubblici per le Tossicodipendenze o dai Servizi Multidisciplinari Integrati (i cosiddetti SMI o “SERT privati”) per la sospensione della pena detentiva per chi si è già sottoposto *“positivamente”* ad un programma terapeutico se il reato era *“in relazione”* allo stato di tossicodipendente. In tutti i casi la certificazione deve contenere il riferimento alle procedure con le quali è stato accertato *“l’uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope”* o alcoliche. Come si vede, il T.U. utilizza in maniera apparentemente intercambiabile i termini di *“abuso”*, *“uso abituale”* e *“tossicodipendenza – alcoldipendenza”* creando notevoli problemi interpretativi. Tali problemi sono ulteriormente aggravati dal fatto che sono tuttora in vigore gli articoli 92, 93, 94 e 95 del Codice Penale che dispongono, per i casi di reati commessi sotto l’effetto di alcol o di stupefacenti, quanto segue:

- art.92: *“l’ubriachezza non derivata da caso fortuito o forza maggiore non esclude né diminuisce l’imputabilità. Se l’ubriachezza era preordinata al fine di commettere il reato o di prepararsi una scusa la pena è aumentata”*
- art. 93: *“le disposizioni dei due articoli precedenti si applicano anche quando il fatto è stato commesso sotto l’azione di sostanze stupefacenti”*
- art.94: *“Quando il reato è commesso in stato di ubriachezza, e questa è abituale, la pena è aumentata. Agli effetti della legge penale è considerato ubriaco abituale. chi è dedito all’uso di bevande alcoliche e in stato frequente di ubriachezza. L’aggravamento di pena (...) si applica anche quando il reato è commesso sotto l’azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all’uso di tali sostanze”*
- art.95 *“per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcol ovvero da sostanze stupefacenti si applicano le disposizioni degli artt 88 e 89” (non imputabilità o imputabilità diminuita).*

Riassumendo il legislatore ipotizza la certificazione a fini medico legali di almeno nove condizioni con i seguenti fini:

## Certificare nei Servizi Tossicodipendenze, prima parte

- *abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope* (art.78 DPR 309/90) per applicare ai detentori le sanzioni amministrative di cui agli artt 75 e 75 bis invece delle misure penali;
- *uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope* (DM 186/90) al fine originario di distinguere i consumatori dagli altri detentori;
- *stato di tossicodipendenza o alcoldipendenza* ai fini di ottenere gli arresti domiciliari invece della detenzione cautelare in carcere quando imputati (art 89, comma 2 TU 309/90) con definizione delle procedure con cui è stato accertato “*l’uso abituale*” delle sostanze;
- *stato di tossicodipendenza o alcoldipendenza* ai fini di ottenere l’affidamento in prova dopo la condanna con definizione delle procedure con cui è stato accertato “*l’uso abituale*” delle sostanze (art 94);
- *stato di tossicodipendente* ai fini di ottenere la sospensione della pena per reati in relazione allo stato di tossicodipendente dopo aver concluso positivamente un programma terapeutico;
- *ubriachezza e comportamento sotto l’azione di stupefacenti* preordinati a commettere un reato o a prepararsi una scusa, ai fini di aumentare la pena (art 92 e 93 CP);
- *ubriachezza abituale cioè dedizione all’uso di bevande alcoliche e stato di frequente ubriachezza* ai fini di aumentare la pena (art 94 CP);
- *dedizione all’uso di sostanze stupefacenti* ai fini di aumentare la pena (art 94 CP);
- *cronica intossicazione da alcol o sostanze stupefacenti* (art 95 CP) al fine di diminuire o escludere l’imputabilità.

Osserviamo che il legislatore del 1930, data a cui risale il Codice Penale, aveva ben chiara la differenza tra ubriacatura/assunzione voluttuaria di stupefacenti (per cui prevede un aumento della pena in relazione alla volontarietà e alla reiterazione del comportamento) e la intossicazione cronica da alcol e stupefacenti che considera una vera e propria malattia mentale consistente nella patologica impossibilità di controllare il proprio comportamento. Quest’ultima condizione viene definita causa di non imputabilità o di diminuita imputabilità. Tale chiarezza non pare assistere il legislatore degli anni più recenti che non solo utilizza, a volte anche all’interno dello stesso articolo, termini diversi, già di per sé ambigui, in maniera intercambiabile e per obiettivi diversi ma sembra anche perdere di vista la contemporanea vigenza del Codice Penale e la sostanziale differenza tra sostanze legali e illegali dal punto di vista medico legale. Per esempio il riferimento senza distinzioni, negli artt. 89 e 94 del TU 309/90, alle procedure con cui è stato accertato l’uso abituale di stupefacenti e bevande alcoliche lascia alquanto perplessi se si considera che l’uso abituale di stupefacenti è per lo meno indice di devianza rispetto alle vigenti leggi e, in ogni caso, ha fondamentali ripercussioni sulla posizione del detentore di tali sostanze sul piano penale, mentre l’uso abituale di alcolici è parte del costume nazionale ed è previsto, per esempio, in tutte le cene ufficiali e nelle mense militari oltre che nelle cerimonie religiose cattoliche. Da tutto ciò si comprende la difficoltà di utilizzare solo le procedure del DM 186/90, unico documento ufficiale finora emanato, per certificazioni con obiettivi tanto diversi. Come si è visto i criteri previsti da tale decreto (riscontro documentale di esami tossicologici positivi per sostanze d’abuso, segni di assunzione abituale della sostanza d’abuso, sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto, riscontro documentale di interventi terapeutici specificamente dovuti a dipendenza, sovradosaggio o astinenza da sostanze illegali) non coincidono con i criteri utilizzabili per la diagnosi clinica che sembra indispensabile presupposto per certificare l’idoneità del programma terapeutico più volte citato nella legge e sono anche difficilmente applicabili a sostanze diverse dall’eroina. Il decreto non definisce, inoltre, i limiti temporali entro cui considerare in atto la dipendenza. L’obbligo di rilasciare sia certificazioni di tossicodipendenza in atto sia certificazioni di non tossicodipendenza comporterebbe, però, la necessità di adottare criteri temporali omogenei, e non arbitrari, per valutare l’attualità della documentazione esibita. Sarebbe infatti paradossale, e forse di rilevanza penale per il medico certificatore, che lo stesso paziente, con la stessa documentazione, nello stesso periodo, ottenesse una certificazione di tossicodipendenza per usufruire di misure alternative alla detenzione e una certificazione di non tossicodipendenza per riottenere la patente o l’affidamento del figlio minore. In mancanza di altri riferimenti, quindi, il medico potrebbe riferirsi ai criteri

temporali del già citato sistema DSM-IV che considera in remissione stabile la dipendenza da sostanze dopo un anno di assenza dei criteri per la dipendenza o della International Classification of Diseases (ICD), edito dalla Organizzazione Mondiale della Sanità, che, specularmente, indica i 12 mesi consecutivi come limite temporale in cui devono essere documentati i criteri per porre la diagnosi. Dato il contesto legale sopra descritto, quindi, ai fini medico-legali, potrà, per esempio, essere rilasciata una certificazione di uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope (ma non di tossicodipendenza, se non sussistono i criteri clinici) qualora vi siano riscontri documentali che dimostrino la presenza di uno dei criteri di cui al DM 186/90 nel corso dell'ultimo anno. Per i pazienti in carcere la documentazione potrà riferirsi all'anno precedente alla restrizione mentre per i pazienti astinenti, ma con terapie in atto, dovrà essere certificato sia lo stato di tossicodipendenza sia la durata dell'astinenza da droghe illegali con la specificazione della terapia in corso.

## GLI ACCERTAMENTI DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA PER LAVORATORI DESTINATI A MANSIONI CHE COMPORTANO RISCHI PER LA SICUREZZA

Come si è detto gli *“accertamenti di assenza di tossicodipendenza destinati a categorie di lavoratori destinati a mansioni che comportano rischi per la sicurezza”* sono previsti dall'art. 125 del T.U. 309/90 che ne dispone l'individuazione per decreto ministeriale. La successiva riforma costituzionale ha riportato tale competenza alla Conferenza Stato-Regioni. Tale organismo ha emanato il relativo Atto d'Intesa solo il 30 ottobre 2007. La pubblicazione è avvenuta sulla Gazzetta Ufficiale del 15-11-2007 e quindi il provvedimento è in vigore dal 14-1-2008. L'Intesa prevedeva, entro il 14-4-2008, l'emanazione di un ulteriore Accordo Stato-Regioni che stabilisse le procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l'assenza di tossicodipendenza. L'Accordo (Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante “Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori con mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi”. Repertorio Atti n.: 178/CSR del 18/09/2008 ) è stato effettivamente licenziato solo nel settembre 2008, così ponendo fine alla proliferazione di documenti regionali e locali, spesso in contraddizione tra loro, che tentavano di supplire all'assenza del necessario provvedimento. L'Atto di Intesa, in estrema sintesi, e limitatamente a ciò che riguarda il SERT e le categorie di lavoratori ad esso riferite, stabilisce quanto segue.

- Vengono elencate in un allegato le mansioni che comportano rischi per l'incolumità propria e di terzi *“anche in riferimento ad un'assunzione solo sporadica di sostanze stupefacenti”* (art 1, comma 1)
- La *“struttura sanitaria competente”* per gli accertamenti è *“il Servizio per le tossicodipendenze dell'ASL nel cui territorio ha sede l'azienda nella quale è occupato il lavoratore interessato”* (art 2, comma 1)
- *“Gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione sporadica di sostanze stupefacenti”* comprendono una visita medica e esami di laboratorio, da effettuare *“nei casi espressamente previsti”* .
- Tali accertamenti sono effettuati *“nel rispetto della dignità e della libertà della persona”* ma, quando effettuati presso il SERT, adottando *“le misure necessarie per accertare la sicura appartenenza dei campioni biologici”* e attivando una catena di custodia (art 8, commi 1 e 3)
- Il datore di lavoro è tenuto a richiedere al Medico Competente gli accertamenti prima di adibire il lavoratore alla mansione a rischio (art. 4, comma 1)
- Il Medico Competente comunica al lavoratore data e luogo della visita almeno un giorno prima (art. 4 comma 5)

## Certificare nei Servizi Tossicodipendenze, prima parte

- Il Medico Competente verifica *“l’assenza di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”* sottoponendo il lavoratore *“all’atto dell’assunzione”* a specifici test di screening (art. 4, comma 2)
- Il lavoratore risultato positivo viene dichiarato temporaneamente inidoneo e inviato dal Medico Competente *“al servizio per le tossicodipendenze (SERT) dell’ASL nel cui territorio ha sede l’attività produttiva o in cui risiede il lavoratore”* (art.4 comma 3)
- Se gli *“ulteriori accertamenti effettuati dal SERT”* evidenziano *“uno stato di tossicodipendenza”* il lavoratore *“dovrà sottoporsi ad percorso di recupero che renda possibile un successivo inserimento nell’attività lavorativa a rischio anche nei confronti di terzi”* (art.4, comma 4)
- Anche dopo l’assunzione i lavoratori interessati sono sottoposti a visita da parte del Medico Competente *“di norma con periodicità annuale”*. (art. 5 comma 1)
- Il Medico Competente se ne ravvisa la necessità *“per verificare un eventuale stato di tossicodipendenza”* invia il lavoratore al SERT *“della ASL competente per territorio”* (art. 5, comma 2) che effettua gli accertamenti *“in tutti casi in cui il Medico Competente lo ritenga motivatamente necessario”* (art. 5, comma 3)
- Se il lavoratore non si sottopone all’accertamento il SERT ne dispone un altro entro 10 giorni e, in caso non si presenti, il datore di lavoro deve sospenderlo dalla mansione senza obbligo di licenziamento automatico (art 5, commi 5, 6 e 7)
- Eseguito l’accertamento il SERT ne dà immediata comunicazione al Medico Competente che lo comunicherà al lavoratore e al datore di lavoro (art.8, comma 4)
- Il lavoratore di cui il SERT abbia *“accertata la tossicodipendenza”* ha diritto a chiedere la *“ripetizione dell’accertamento”* entro 10 giorni dalla comunicazione dell’esito e le indagini su campioni biologici devono essere ripetute *“sul medesimo campione oggetto dell’accertamento”* (art.8, commi 5 e 6)
- Per il lavoratore risultato positivo ai test di screening per cui, però, il SERT abbia *“esclusa una condizione di tossicodipendenza o venga attestato il positivo recupero”* il Medico Competente può (ma non “deve”) modificare il giudizio di temporanea inidoneità provvedendo *“in maniera individualizzata rispetto ai rischi di assunzione sporadica ad effettuare controlli ripetuti per escludere l’assunzione di droghe da parte del lavoratore”* (art 9, comma 1)
- Il lavoratore risultato positivo ai test di screening per cui il SERT abbia accertato la tossicodipendenza deve essere sospeso dalla mansione anche se può essere adibito a mansioni diverse (art. 9 commi 2 e 3)

L’Intesa contiene, a nostro giudizio, alcuni aspetti problematici che l’Accordo non chiarisce completamente. Esponiamo pertanto i punti che riteniamo necessitino di una riflessione per facilitare l’adozione consapevole delle linee di comportamento che ciascuno medico certificatore riterrà più rispondenti all’intero quadro normativo.

### Definizione della struttura sanitaria competente

#### **Cosa dice l’Intesa**

Come si è detto l’Intesa attribuisce in via esclusiva al Ser.T. dell’ASL nel cui territorio ha sede l’azienda (art. 2, comma 1) il compito di effettuare, su richiesta del medico competente, gli accertamenti medico-legali necessari per *“evidenziare uno stato di tossicodipendenza”* (art.4, commi 2, 3, 4 e art 5, commi 1 e 3). Nel successivo art. 4, comma 3, tuttavia, ci si riferisce al *“territorio in cui ha sede l’attività produttiva”* ma anche, in alternativa; *“in cui risiede il lavoratore”*. Dato che il lavoratore può anche risiedere in area diversa da quella in cui è situata l’azienda pare di capire che i Ser.T. competenti potrebbero anche essere due e non è chiaro chi dovrebbe effettuare la scelta di quello a cui rivolgersi. Dato che la giurisprudenza conferma in

genere il principio della libera scelta del cittadino-paziente riteniamo che sia il lavoratore a dover scegliere ma ciò non è esplicitamente affermato. Qualora il lavoratore venga ritenuto affetto da “*uno stato di tossicodipendenza*” dal Ser.T. competente “*dovrà sottoporsi ad un percorso di recupero*”, non meglio precisato (art.4, comma 4), “*che renda possibile un successivo inserimento nell’attività lavorativa a rischio anche nei confronti di terzi*”. Osserviamo che l’accertamento presso il Ser.T., previsto dal documento su richiesta del medico competente, si configura come un accertamento medico-legale di controparte rispetto al lavoratore o, al massimo come un accertamento d’ufficio, se si vuole considerare indipendente il medico competente in quanto applica la volontà del legislatore e non quella del datore di lavoro. Il servizio tossicodipendenze dell’ASL in cui ha sede l’azienda o in cui risiede il lavoratore potrebbe facilmente essere l’unico servizio tossicodipendenze accessibile all’interessato a scopo terapeutico, sia prima che dopo l’accertamento medico-legale. L’articolo 4, comma 4, inoltre, nel riferirsi a un “*obbligo di sottoporsi ad un percorso di recupero*”, sembra sottintendere che tale percorso avvenga nello stesso servizio che ha effettuato gli accertamenti a scopo medico-legale. Tutto ciò non pare compatibile con l’art. 62 del vigente CDM che recita testualmente: “*il medico curante non può svolgere funzioni medico legali di ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragione di assistenza o di cura*”. Ci risulta che, per evitare questo rischio, i colleghi delle Cattedre di Medicina Legale di alcune Università non accettino nemmeno di eseguire test tossicologici privati a persone residenti perché potrebbero essere chiamati a fare gli stessi accertamenti per ragioni d’ufficio. Questa normativa pare invece mettere potenzialmente i medici del SERT proprio nella condizione scongiurata dal citato articolo del CDM. Quanto al lavoratore, la formulazione dell’ art. 4 comma 4 dell’Intesa sembra ipotizzare un obbligo a sottoporsi a terapia in un’unica struttura non da lui scelta ma prestabilita dalla legge, in contrasto con il principio della libera scelta del medico e del luogo di cura, ribadito dalla giurisprudenza, dalla legge 309/90 e dall’art. 27 CDM. Per le persone che si fossero precedentemente rivolte spontaneamente al Ser.T. (anche in anonimato, come il TU 309/90, art. 120, consente) emergerebbe anche un altro problema. Il medico del Ser.T., infatti, pur non avendo registrato le generalità del soggetto in cartella clinica, non potrebbe certo fingere di non conoscerlo e di non conoscerne la diagnosi e dovrebbe utilizzare i dati forniti dal paziente per la terapia a scopi del tutto diversi da quelli per cui l’interessato li aveva conferiti. In pratica chi si fosse in passato rivolto a quel SERT per libera scelta vedrebbe vanificata la garanzia di assoluta riservatezza garantita dall’art. 120 del TU 309/90 (che rimanda all’art.103 del Codice di Procedura Penale concernenti le garanzie riservate all’avvocato difensore).

### **Cosa dice l’Accordo**

L’Accordo Stato Regioni non offre alcuna diversa risposta a questo problema. Al contrario nell’indicare (pag. 8) gli accertamenti clinici che il medico competente deve effettuare “*nell’ambito della visita medica*” dispone che vengano valutati “*antecedenti inerenti pregressi trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza presso strutture pubbliche o private anche attraverso l’acquisizione di informazioni sanitarie previo consenso dell’interessato*”. E’ evidente che un eventuale rifiuto dell’interessato in tali circostanze non sarebbe certo privo di conseguenze sulla posizione lavorativa. Peraltro, molte regioni hanno realizzato o stanno realizzando sistemi informatizzati che, in pratica, consentono di rilevare gli accessi ai SERT a qualsiasi medico o funzionario che utilizzi la tessera sanitaria del cittadino. Non vediamo perciò altra soluzione a questa vanificazione del segreto professionale se non la diffusione capillare delle informazioni sul diritto (peraltro sistematicamente osteggiato da molte regioni e da molte ASL) di “*chiunque faccia uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope*”(art 120, TU 309/90) a rivolgersi a qualsiasi SERT sul territorio nazionale, anche senza essere identificato, per ottenere le necessarie terapie. Forse ciò consentirebbe almeno ad alcune persone tossicodipendenti che queste norme potrebbero allontanare dai SERT di curarsi lontano dal proprio territorio senza timore di penalizzazioni. Data la prevalenza di elementi soggettivi, riferibili solo dall’interessato, nella distinzione tra tossicodipendenza e consumo, infatti, a parità di esito degli esami tossicologici,

risulta ormai “svantaggiato”, almeno dal suo punto di vista, chi si ritrova con una cartella clinica o una terapia in corso presso il SERT più vicino rispetto a chi, nelle stesse condizioni, se ne è tenuto accuratamente alla larga.

### Accertamenti di “assunzione sporadica” “stato di tossicodipendenza” e “esclusione di tossicodipendenza”

#### **Cosa dice l’Intesa**

Come si è visto, l’Intesa richiede al medico del SERT a cui viene inviato il lavoratore con positività di un test di screening per una sostanza illegale di:

- evidenziare un eventuale stato di tossicodipendenza (e ciò dovrebbe comportare la prova che la persona non è in grado di controllarsi).
- escludere una condizione di tossicodipendenza (e ciò dovrebbe comportare la prova che la persona, benché assuntrice di sostanze illegali, è in grado di controllarsi).
- attestare un positivo recupero (e ciò, dato il contesto legislativo che mira alla tutela del lavoratore ma anche di terzi, dovrebbe comportare la prova che la persona ha ripreso il controllo).

Qualora il SERT escluda la condizione di tossicodipendenza o attesti il positivo recupero il Medico Competente effettuerà i controlli tossicologici volti controllare i rischi di

- assunzione sporadica.

Il legislatore, quindi, sembra distinguere il consumo sporadico di droghe dalla tossicodipendenza e sembra anche ritenere che quest’ultima sia una condizione reversibile. Non sembra invece distinguere la tossicodipendenza dall’uso abituale senza perdita di controllo. Al lavoratore con “*accertata tossicodipendenza*” viene infatti riconosciuto il diritto ripetere l’accertamento entro 10 giorni “*sul medesimo campione oggetto dell’accertamento*” con ciò apparentemente escludendo la possibilità del SERT di eseguire accertamenti seriali effettuati dopo aver pattuito con il lavoratore una periodo, anche breve, di astensione per verificarne le capacità di controllo e disporre così di almeno un elemento che aiuti ad escludere la tossicodipendenza in senso clinico. Supponendo che si tratti di un campione di capelli di cui è contestata la positività possiamo quindi immaginare che il legislatore abbia inteso considerare come tossicodipendente il consumatore abituale da contrapporre al già citato consumatore sporadico. Dato il contesto, però, si deduce che il medico del SERT, per consentire al Medico Competente di stabilire l’idoneità psico-fisica alla mansione, dovrebbe certificare l’assenza o la presenza di ciò che, come si è visto, corrisponde nel Codice Penale alla “*cronica intossicazione*” da droghe e in medicina alla “*dipendenza da sostanze*” o tossicomania. Mentre i comportamenti volontari di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, anche se ripetuti e anche se tali da alterare lo stato psico-fisico, non configurano una patologia più di quanto avvenga per una qualsiasi altra violazione delle norme di prudenza (per esempio l’abituale mancato utilizzo del casco alla guida di motoveicoli) e possono quindi essere modificati dal soggetto qualora gli venga richiesto, il comportamento indotto da una tossicomania è, per definizione, al di fuori del controllo dell’interessato ed è caratterizzato da remissioni e recidive non prevedibili all’attuale stato dell’arte. Se il legislatore richiede al medico del SERT di rilevare direttamente “*fatti*” che “*escludano*” la presenza di questo quadro clinico dovrebbero essere previste procedure che consentano di escludere la presenza della perdita di controllo e non della mera assunzione di sostanze. E’ infatti possibile (ed è anzi usuale) che una persona sia e si ritenga tossicodipendente ma appunto per questo, non assuma assolutamente nulla per lunghi periodi (è il caso dei partecipanti ai gruppi Narcotici Anonimi). La durata illimitata di questi gruppi dimostra la coscienza dei partecipanti di essere continuamente esposti alla perdita di controllo. Ed è, ragionevolmente, la

perdita di controllo che rende più o meno idonea una persona a svolgere determinate mansioni lavorative, non il fatto di presentare esami tossicologici negativi o positivi. Se, infatti, un consumatore della domenica, pur avendo esami tossicologici tricolocici positivi, è perfettamente in grado di astenersi dalla sostanza il lunedì, un tossicomane astinente da tempo può sempre presentare una ricaduta sulla cui probabilità, a tutt'oggi, nessuno può avanzare alcuna previsione.

### **Cosa dice l'Accordo**

L'Accordo premette (pag. 3, punto 1) che oggetto delle procedure sono *“gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei lavoratori”* e ciò al fine di *“tutelare l'incolumità del lavoratore e di terze persone”* dichiarando *“la non idoneità di tali lavoratori allo svolgimento di mansioni a rischio nel caso in cui usino sostanze stupefacenti e/o psicotrope, indipendentemente dalla presenza o meno di dipendenza”*. Dette procedure *“non possono fare distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza al fine di attivare la sospensione cautelativa”* (pag. 3, punto 3). Pertanto la distinzione tra tossicodipendenza e altre modalità di consumo è rilevante solo per individuare *“condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici”* (pag 3, punto 4) in modo da indirizzare la persona ai programmi *“di cui all'art 124 del DPR 309/90”*. Tale articolo prevede che i lavoratori tossicodipendenti assunti a tempo indeterminato che intendano seguire programmi terapeutici *“hanno diritto alla conservazione del posto di lavoro per il tempo in cui la sospensione delle prestazioni lavorative e' dovuta all'esecuzione del trattamento riabilitativo e, comunque, per un periodo non superiore a tre anni”* (comma 1) usufruendo di una aspettativa senza assegni (comma 2). Pare quindi di capire che nessun lavoratore per cui si sia confermata la positività di un test tossicologico urinario eseguito a cura del medico competente possa essere considerato idoneo alla mansione, anche se, per esempio dichiarasse, al ritorno dalle ferie, di aver fatto uso di sostanze unicamente durante le vacanze. L'invio al SERT avviene solo perché, nel caso si accerti la tossicodipendenza la persona 1) se assunta a tempo indeterminato ha diritto ad una aspettativa senza assegni fino a 3 anni per sottoporsi ad opportune terapie (pag. 7, punto 3) e 2) potrà essere riammessa alla mansione solo dopo sei mesi di *“monitoraggio cautelativo”* da parte del medico competente che inizierà solo dopo una certificazione di *“remissione completa secondo i criteri dell'OMS”* (pag. 7, punto 4) rilasciata dal SERT. Al contrario, nel caso il SERT certifichi *“l'assenza di tossicodipendenza”* il lavoratore verrà subito rinviato al medico competente per iniziare il monitoraggio. L'Accordo indica le metodologie che il SERT dovrebbe utilizzare per giungere a tali certificazioni distinguendo gli *“accertamenti clinici mediante visita medica”* (pag. 10) e gli *“accertamenti tossicologico-analitici”* (pag. 11). La visita medica dovrebbe espletarsi mediante *“un esame medico-legale, clinico-documentale, clinico-anamnestico, psicocomportamentale e clinico-obiettivo”*. Il fine di tutto ciò dovrebbe essere *“stabilire se vi sia o vi sia stato uso di sostanze”*, definire *“la tipologia di sostanze utilizzate, le modalità di assunzione e la frequenza (per quanto possibile ricostruite sulla base delle dichiarazioni del soggetto)”* Il testo non specifica cosa intenda per *“esame medico-legale”* (che, a rigore, significherebbe un esame effettuato da uno specialista in medicina legale) ma specifica il significato di altri *“esami”* previsti. In particolare si deduce che per *“esame clinico-documentale”* si intende la valutazione della documentazione clinica riguardante interventi diagnostici, terapeutici o anche riabilitativi determinati da intossicazione o sindrome da astinenza da sostanze d'abuso o da tossicomania. Per *“esame clinico-anamnestico”* si intende la rilevazione dell'anamnesi tossicologica. L'esame *“psicocomportamentale”* non viene meglio definito se non con la precisazione che *“può essere integrato con l'applicazione dei criteri DSM-IV finalizzati alla diagnosi multiassiale di disturbo da uso di sostanze psicoattive mediante una somministrazione di una serie di domande standardizzate volte a verificare la presenza ed il soddisfacimento di ciascun criterio diagnostico”*. Rileviamo a questo proposito che il sistema DSM non è quello adottato dall'OMS (che è, invece, la International Classification of Diseases o ICD, giunto alla sua decima edizione), a cui si fa riferimento a pag.7 del documento. Peraltro, l'ICD 10, come le precedenti edizioni, non indica criteri di *“remissione”*

anche perché non parte dal presupposto base del sistema DSM che è quello di considerare la dipendenza da sostanze una condizione necessariamente cronica. Come si vedrà il contesto legislativo in cui si richiede questa certificazione, in ogni caso, sembra più compatibile con la impostazione dell'OMS che con quella dell'Associazione Psichiatrica Americana editrice del DSM. Riteniamo pertanto che il medico dovrebbe attenersi ai criteri ICD che di seguito citiamo (traducendo letteralmente dal testo in inglese).

*“Una definita diagnosi di dipendenza dovrebbe generalmente essere posta se 3 o più dei seguenti criteri sono stati presenti contemporaneamente durante il precedente anno:*

- a) forte desiderio o senso di compulsione per la sostanza;*
- b) difficoltà a controllare il comportamento di assunzione in termini di inizio, termine o livello di uso;*
- c) uno stato di astinenza fisiologica quando l'uso della sostanza è cessato o è stato ridotto come evidenziato da una caratteristica sindrome d'astinenza o dall'uso della stessa sostanza o di sostanze strettamente correlate con l'intenzione di alleviare o evitare i sintomi astinenziali;*
- d) evidenza di tolleranza tale che si richiedano dosi aumentate per ottenere gli effetti originariamente prodotti da dosi più basse;*
- e) progressiva trascuratezza di piaceri o interessi alternativi a causa dell'uso della sostanza psicoattiva, crescente quantità di tempo necessaria per ottenere, assumere, o riprendersi dagli effetti della sostanza*
- f) persistenza nell'uso a dispetto di chiara evidenza di conseguenze apertamente pericolose come danni al fegato per bere eccessivo, state depressivi conseguenti a periodi di uso pesante o compromissione del funzionamento cognitivo correlato alla droga; ci si deve sforzare di determinare se il consumatore è realmente, o ci si può aspettare che sia, cosciente della natura e dell'estensione del rischio”.*

### Attestazione del “positivo recupero”

Si sono già evidenziati i problemi inerenti a questo genere di certificazioni quando richieste, per esempio, in ambito penale. Nel contesto dell'Atto di Intesa, che ha il dichiarato obiettivo di tutelare la sicurezza dell'interessato e di terzi, tale certificazione diventa ancora più problematica. Tutti i principali studi comparativi su pazienti in terapia per dipendenza da sostanze finora condotti, benché non facilmente omologabili rispetto a numerose variabili, correlate al tipo di sostanze usate, al paziente, al terapeuta e all'ambiente sociale, indicano tassi di recidiva o di passaggio ad altre droghe sempre superiori al 40% per tutti i programmi per cui sono stati effettuati studi di follow-up. Pertanto, a differenza di quanto avviene per altre patologie, l'attestazione di “*positivo recupero*” non può coincidere con la certificazione del definitivo superamento del problema né si può affermare che il rischio di assumere la sostanza ritorni ai livelli della popolazione che non è mai stata tossicodipendente. Sebbene la valutazione finale dell'idoneità sia compito del Medico Competente, riteniamo che il medico del SERT dovrebbe tener conto di questo aspetto nel rilasciare la sua certificazione, anche se il legislatore sembra averlo ignorato. Un caso particolare riguarda i pazienti in terapia sostitutiva (per esempio con metadone) per tossicodipendenza da oppiacei. Dal punto di vista farmacologico una terapia cronica con oppiacei potrebbe anche essere compatibile, se ben condotta e ben monitorata, con qualunque mansione. Tuttavia un conto è che sia stata prescritta a scopo analgesico un conto è che sia stata prescritta per una tossicomania. I dati di letteratura, infatti, indicano sempre più frequentemente la politossicomania come il quadro clinico più diffuso e ciò in possibile connessione con l'unitarietà del problema psiconeurobiologico sottostante. Benché il valore di questi dati non sia da tutti condiviso, il prevalere in ambito lavorativo del principio di precauzione dovrebbe essere tenuto ben presente dal medico certificatore. Peraltro la normativa prevede il reintegro nella mansione solo dopo la conclusione del programma e dopo il monitoraggio cautelativo effettuato dal medico competente. Sembra quindi che, a differenza di quanto avvale in

altri ambiti (per esempio idoneità alla guida) la terapia con metadone o altri stupefacenti non sia mai compatibile con l'esercizio delle mansioni che la legge considera rischiose.

### Redazione dei certificati

Tutto ciò premesso riteniamo che nella redazione dei certificati sarebbe opportuno attenersi ai seguenti accorgimenti.

1. Prima di procedere a qualsiasi intervento il medico dovrebbe accertarsi che il lavoratore abbia ben capito gli obiettivi e le conseguenze di quanto gli viene proposto .
2. La documentazione clinica consultabile e utilizzabile dovrebbe essere quella eventualmente inviata dal Medico Competente, quella esibita dal soggetto o quella già disponibile presso il servizio.
3. Indagini presso altre strutture sanitarie dovrebbero essere autorizzate dall'interessato.
4. In accordo al principio di non eccedenza, pertinenza e indispensabilità imposto, pena il divieto di utilizzo, dall'art 22 del D.Lgs.196/2003 l'anamnesi non dovrebbe contenere informazioni che non siano strettamente necessarie alla diagnosi differenziale (presenza o meno di tossicodipendenza definita secondo i criteri ICD 10) .
5. Se un soggetto ha presentato in passato i criteri per la diagnosi di tossicodipendenza ma documenta che da almeno un anno non presenta i criteri ICD 10 per tale diagnosi il medico dovrebbe certificare che "non presenta i criteri ICD 10 per la diagnosi di tossicodipendenza". Non riteniamo giustificato ricorrere ai criteri DSM sia perché il citato accordo sulle linee guida li prevede solo come possibile integrazione sia perché la logica di tale classificazione, come si è detto, non sembra compatibile con quella che ispira il provvedimento.
6. Se un soggetto presenta i criteri ICD 10 per la diagnosi di tossicodipendenza il medico dovrebbe citarli nella certificazione e registrare nella cartella clinica del lavoratore come sono stati rilevati o documentati .
7. Nella certificazione dovrebbe essere citato l'esito dell'esame obiettivo al solo fine di verificare l'eventuale presenza di dati utili per la verifica dei criteri c) e f) del sistema ICD 10 e non per altri segni eventualmente rilevabili (per esempio linfadenopatie, micosi, ipertensione , segni di gravidanza in atto).
8. Nella certificazione dovrebbero essere citati preliminarmente gli esiti degli esami tossicologici e le eventuali controdeduzioni dell'interessato, e poi la presenza o meno dei criteri diagnostici. Nessun sistema infatti utilizza l'esito di tali esami come criterio diagnostico e pertanto i due ordini di dati vanno citati separatamente.
9. Gli esami tossicologici dovranno essere effettuati attivando una catena di custodia e dovranno sempre essere preceduti da una accurata anamnesi farmacologica, tossicologica, erboristica e alimentare.
10. Gli esami tossicologici non dovranno riguardare solo la sostanza rilevata dal Medico Competente ma qualsiasi sostanza d'abuso il medico del SERT ritenga necessario rilevare.
11. Solo se il soggetto presenta i criteri per la diagnosi di tossicodipendenza il medico dovrebbe proporre al soggetto una valutazione multidisciplinare per l'eventuale definizione del programma terapeutico e ciò dovrebbe essere indicato nella certificazione.
12. Nella certificazione di "*positivo recupero*" dovrebbe essere sempre citato sia il riferimento al sistema ICD 10 sia l'esito degli esami tossicologici. Dovrebbe inoltre essere indicato il programma effettuato e i criteri utilizzati per verificarne il positivo risultato.

## CERTIFICARE DIPENDENZE NON FARMACOLOGICHE

Si verifica sempre più spesso che i SERT attivino programmi per dipendenze non farmacologiche come il gioco d'azzardo patologico (GAP), la dipendenza da internet, la dipendenza emotiva, lo

Certificare nei Servizi Tossicodipendenze, Montichiari 1998, Brescia 03/01/2013 M. Fasoli 15

“shopping” patologico ed è pertanto possibile che ricevano richieste di certificare la presenza o la remissione di tali problemi che, in maggioranza, non sono nemmeno inseriti come patologie nei principali sistemi diagnostici. Si osserva che, in questi casi, per la rilevazione dei sintomi l’osservazione diretta e l’esame obiettivo non sono mai utilizzabili. E’ invece possibile documentare i criteri “diagnostici” utilizzati se, per esempio, il paziente che richiede tale certificazione ha una cartella clinica in cui sono stati registrati anamnesi, decorso e terapia effettuata. Anche un paziente con diagnosi, per esempio, di “dipendenza da gioco d’azzardo” può quindi chiedere una certificazione che dovrà però necessariamente avere carattere descrittivo, distinguere nettamente i fatti documentati dai riferiti e indicare il criterio diagnostico, se esiste, a cui si fa riferimento. Tali certificazioni, tuttavia, non potranno far riferimento al D.M. 186/90 per ottenere benefici in ambito penale in quanto tale provvedimento è strettamente legato al controllo delle sostanze illegali e non ha nulla a che fare con altre problematiche.

## RISVOLTI MEDICO-LEGALI DELLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DELLE ANALISI TOSSICOLOGICHE

Gli esami tossicologici a fini medico-legali dovrebbero essere effettuati con procedure che garantiscano la provenienza del campione e che consentano, in caso di contenzioso, la effettuazione di un secondo esame in altro laboratorio o con altra metodica. Per questi motivi il prelievo dovrebbe avvenire o con controllo diretto della produzione del campione o accertandosi che il paziente non abbia la possibilità di adulterare o sostituire il campione, ricorrendo, per esempio, alla ispezione preventiva degli abiti e dei locali dove si svolge il prelievo. L’eventuale utilizzo di telecamere dovrebbe avvenire nel rispetto della legge sulla riservatezza e quindi con immediata distruzione della registrazione una volta effettuato il necessario controllo. Il prelievo dovrebbe essere diviso in almeno due diversi contenitori uno destinato al laboratorio e l’altro conservato in loco per essere esaminato in caso di contestazioni. Entrambi i contenitori dovrebbero essere sigillati e firmati dal soggetto e dall’infermiere. Si dovrà inoltre organizzare una catena di custodia in modo che ogni manomissione risulti documentata. Data la possibilità di interazioni biochimiche, anche non note in letteratura, che inducano falsi positivi o falsi negativi, il prelievo dovrebbe sempre essere preceduto da una accurata anamnesi farmacologica, tossicologica e alimentare, copia della quale dovrebbe essere inviata al laboratorio. Il paziente dovrebbe inoltre rilasciare un consenso informato, possibilmente scritto, che dimostri la consapevolezza del significato e dell’uso che verrà fatto dell’esame o della serie di esami. Il laboratorio dovrebbe essere al corrente del motivo dell’esame in modo da poter individuare il cut-off più appropriato. Il test di controllo dovrebbe essere effettuato in gascromatografia o con altra tecnica di analogo valore. La prescrizione e l’interpretazione di un esame tossicologico è, in ogni caso, un atto medico. L’esito di per sé, infatti, non è mai dimostrazione di un certo comportamento o di una diagnosi ma deve essere integrato con i dati anamnestici e clinici. Queste procedure sono sempre necessarie quando un paziente chiede una certificazione medica per presentarla ad altra amministrazione al fine ottenere un qualche vantaggio extra-sanitario (licenza di caccia, riottenimento della patente di guida, sospensione della pena, affidamento dei figli, ecc.). L’effettuazione delle analisi trascende quindi il rapporto medico-paziente e la dimostrazione dell’assunzione o della non assunzione di sostanze si configura come un onere (anche se non sempre economico) a carico dell’interessato per ottenere determinati provvedimenti a cui altrimenti non avrebbe diritto. Diverso è il caso degli esami tossicologici chiesti a scopi clinici. In questo caso l’obiettivo degli esami è solo quello di fornire al medico o ad altri terapeuti un riscontro obiettivo per prendere determinate decisioni cliniche. In un corretto rapporto medico-paziente la persona tossicomane ha diritto, come chiunque, ad essere considerata credibile sino a prova contraria. Controlli a vista o perquisizioni non dovrebbero quindi essere richiesti se non per fondati motivi. In ogni caso le procedure sanitarie devono rispettare la dignità della persona il che certamente non avviene imponendo procedure imbarazzanti (specialmente per

certe culture, si pensi ai pazienti stranieri di religione islamica) che sottendono, oltre a tutto, la ipotetica malafede del soggetto.

## ASPETTI MEDICO\_LEGALI DELL'APERTURA DELLA CARTELLA CLINICA PRESSO IL SER.T.

Da quanto più sopra esposto si evince che l'incauta apertura di cartella clinica presso un Ser.T. sulla base delle sole dichiarazioni dell'interessato potrebbe falsamente preconstituire un criterio per la certificazione di cui al D.M. 186/90. La legge 309/90, d'altro canto, riconosce a chiunque il diritto di rivolgersi al Servizio Pubblico per le Tossicodipendenze e qualunque cittadino ha diritto, salvo prova contraria, a non essere considerato aprioristicamente un mentitore. Tenuto conto di tutto ciò i medici e gli altri operatori del servizio dovrebbero attenersi, salvo esplicita motivazione del proprio diverso operato, ai seguenti criteri per la gestione degli aspetti medico-legali dell'apertura della cartella clinica e delle attività certificatorie ad essa connesse.

### Pazienti in carico in passato o che esibiscano prove documentali di trattamenti o esami tossicologici effettuati altrove

Il paziente dovrebbe essere invitato ad eseguire un prelievo urinario per esami tossicologici. Dovrebbe inoltre essere informato della possibilità di eseguire l'esame del capello e dei risvolti medico-legali di tali determinazioni. In caso di negatività di tali accertamenti e di mancanza di altri dati oggettivi indicanti la recidiva la cartella potrà ugualmente essere riaperta per effettuazione di controlli o altri interventi ma la diagnosi di tossicodipendenza dovrebbe comparire solo in anamnesi mentre il problema attuale dovrebbe essere definito come "riferita recidiva senza riscontri clinici attuali".

### Pazienti mai conosciuti, privi di documentazione che risponda ai criteri D.M. 186/90, che riferiscano di aver già cessato l'uso di sostanze e richiedano, ciò non ostante, presa in carico per tossicodipendenza

La cartella non dovrebbe essere aperta se non dopo eventuale esame del capello, con esito positivo. In ogni caso al paziente deve essere proposto controllo seriale delle urine per tutte le sostanze d'abuso con campione raccolto con procedura medico-legale. Si procederà in ogni caso a una valutazione complessiva per fornire un orientamento consono ai problemi emersi (per esempio, nel caso di minori accompagnati dai genitori, invio a servizio per l'età evolutiva).

### Pazienti che riferiscano abuso di sostanze non verificabile con gli esami tossicologici effettuabili presso il laboratorio

La cartella dovrebbe essere aperta solo se il paziente riferisce abuso o dipendenza in atto. Il medico che effettua la visita dovrebbe porre la massima cura nel rilevare i dati anamnestici relativi ai sintomi indotti dalle sostanze assunte, al modello d'uso, ai segni clinici rilevabili, compresi quelli indicatori dello stato psichico. Qualora il paziente rifiuti la visita medica dovrà essere informato del fatto che non sarà possibile rilasciare certificazioni mediche, tanto meno medico-legali, per mancanza di elementi. Il problema dovrebbe essere segnalato in cartella con la seguente definizione "rifiuto visita medica con riferita tossicodipendenza (o abuso) da XXXX senza possibilità riscontro tossicologico e clinico".

## Pazienti in anonimato

Nessun problema di certificazione si pone evidentemente per i pazienti che chiedono di aprire la cartella in anonimato ai sensi dell'articolo 120 del D.P.R. 309/90, posto che vengano informati per iscritto dell'impossibilità di certificare alcunché. E' tuttavia evidente che del paziente in anonimato la sola cosa che non va posta in cartella sono i dati di identificazione anagrafica (peraltro clinicamente irrilevanti) mentre la persona è ben nota ai terapeuti nonchè individuabile attraverso la sigla calligrafica che l'interessato dovrebbe apporre in calce alla stessa richiesta di anonimato o sulla scheda della terapia. Pertanto, qualora dopo un certo periodo il paziente decidesse di rinunciare all'anonimato fornendoci i suoi dati anagrafici, tutto quanto è contenuto nella sua cartella potrà essere utilizzato per qualunque tipo di certificazione, con gli stessi criteri sopra illustrati.

## PROFILI PSICOLOGICI

Anche ad uno psicologo può essere richiesta una certificazione che molto spesso coincide con la definizione di un profilo psicologico, richiesto dall'interessato, per esempio, per riottenere la patente di guida. Ai sensi dell'art.12 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani ., lo psicologo si *“astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta comunque l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso”*. La tutela psicologica del proprio paziente è l'obiettivo professionale di fondo dello psicologo e nella comunicazione dei risultati delle proprie valutazioni egli deve tener conto del contesto, del grado di validità e attendibilità delle informazioni, dei dati e delle fonti su cui basa le conclusioni raggiunte, esprimendo valutazioni basate sulla conoscenza professionale diretta ovvero su una documentazione adeguata e attendibile (art. 7 Codice Deontologico degli Psicologi Italiani). In particolare lo psicologo non usa impropriamente gli strumenti di diagnosi e di valutazione di cui dispone (art. 25 CD Psicol.). Nel caso di interventi commissionati da terzi, informa i soggetti circa la natura del suo intervento professionale, e non utilizza se non nei limiti del mandato ricevuto, le notizie apprese che possano recare ad essi pregiudizio. Nella comunicazione dei risultati dei propri interventi diagnostici e valutativi, lo psicologo è tenuto a regolare tale comunicazione anche in relazione alla tutela psicologica dei soggetti. Quindi, la valutazione psicologica, richiesta, per esempio, per l'ingresso in comunità terapeutica, dovrebbe essere effettuata indicando chiaramente la metodologia utilizzata (per esempio il tipo di test usato o la tecnica di colloquio) e, se necessario, i limiti di affidabilità della medesima. Si ricorda che tale valutazione è parte integrante della cartella clinica e pertanto può essere utilizzata anche da professionisti non laureati in psicologia che abbiano titolo a richiederne copia al paziente o ai suoi eredi (per esempio medici delle assicurazioni, avvocati della controparte in caso di vertenze giudiziarie, Tribunale dei Minori, ecc.). In tali circostanze sia una valutazione psicologica lacunosa o reticente sia una valutazione inutilmente sovrabbondante di ipotesi non sufficientemente supportate da riscontri clinici potrebbe danneggiare gravemente il paziente. La terminologia utilizzata pertanto deve aderire rigorosamente a quanto effettivamente verificato o ritenuto probabile e non deve prestarsi ad equivoci (per intenderci, non deve essere possibile per nessuno confondere una situazione edipica con un'intenzione incestuosa o patricida o “i tratti narcisistici” con la vanità). Per nessun motivo dovrebbero essere utilizzati termini o categorie che si prestino a interpretazioni moralistiche, arbitrarie o a deduzioni prive di supporto documentale, né nei confronti del paziente né, tanto meno, nei confronti di terze persone.

## CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA GUIDA

Questa certificazione non è di competenza del Ser.T. perché si verificherebbe un chiaro conflitto di interesse per il medico che svolgesse nei confronti dello stesso paziente sia il ruolo di medico di fiducia sia il ruolo di perito della Commissione Patenti. Avviene tuttavia che la Commissione richieda al cittadino, in relazione alle patologie presentate, di esibire una valutazione specialistica rilasciata da una struttura pubblica. Tra queste valutazioni possono essere comprese anche quelle dei SERT o dei servizi di alcologia. In questi casi il medico che effettua la valutazione presso il SERT non potrà, naturalmente, essere un membro della commissione patenti. La certificazione verrà rilasciata all'interessato che potrà esibirla alla Commissione. La valutazione dovrà comprendere, come sempre la rilevazione dell'anamnesi, la valutazione dell'eventuale documentazione esibita dall'interessato o già in possesso del SERT, l'esame obiettivo e gli opportuni esami tossicologici. A questo proposito è stato sostenuto che il medico dovrebbe limitarsi a verificare la persistente assunzione della sostanza per cui il cittadino è stato inviato alla Commissione Patenti. Per esempio un soggetto fermato per guida in stato di ubriachezza non dovrebbe essere sottoposto a controlli tossicologici per cocaina e, se una dipendenza da altre sostanze emergesse dall'anamnesi o dalla documentazione disponibile, non dovrebbe essere citata nella certificazione. Tale posizione non è, a nostro giudizio, sostenibile. La valutazione del medico del SERT si configura infatti come una qualsiasi altra valutazione specialistica e quindi deve prendere in considerazione l'intera problematica delle dipendenze da sostanze. Anche se il nostro ordinamento non contempla più una specialità in Medicina delle Dipendenze, infatti, il servizio "SERT" è compreso tra quelli indicati nel D. Min Sanità 30-1-1998 per la valutazione dei titoli per l'accesso al secondo livello dirigenziale del Sistema Sanitario Nazionale con ciò indicando la volontà del legislatore di riconoscere nell'attività medica dei SERT un autonomo ambito specialistico. Un altro problema ricorrente è il caso del paziente in trattamento di mantenimento con metadone, e astinente da altre sostanze, che chieda una valutazione al Ser.T. per esibirla alla Commissione. Premettiamo che il medico non ha alcun obbligo di certificare una idoneità se ritiene, fondatamente, di non disporre di elementi sufficienti, perché, per esempio, non è in grado di escludere l'abuso di alcolici. Il problema nasce perché è effettivamente possibile che un paziente in terapia con metadone abbia necessità di guidare e sia in grado di farlo con sicurezza anche se la scheda tecnica del farmaco sconsiglia la guida. A questo proposito rimandiamo alle stesse considerazioni esposte per l'idoneità a mansioni lavorative pericolose.

## CERTIFICAZIONI DI SVANTAGGIO SOCIALE

Ai sensi dell'art. 4 della legge 381 del 8 novembre 1991 "Disciplina delle cooperative sociali" si considerano *"persone svantaggiate gli invalidi fisici, psichici e sensoriali, gli ex degenti di istituti psichiatrici, i soggetti in trattamento psichiatrico, i tossicodipendenti, gli alcoolisti, i minori in età lavorativa in situazioni di difficoltà familiare, i condannati ammessi alle misure alternative alla detenzione previste dagli art. 47, 47 bis, 47 ter e 48 della legge n.354 del 1975 come modificati dalla legge 10 ottobre 1986 n.663"*. Al di fuori di queste categorie non è possibile rilasciare alcuna certificazione finalizzata all'inserimento in cooperativa sociale. Per esempio, il paziente afferente al Ser.T. per dipendenza da gioco d'azzardo patologico non può usufruire di tale certificazione. Tale attestazione infatti documenta la patologia sottostante, non il mero svantaggio socio-economico ed è di norma rilasciata dal medico. Ricordiamo infine che le persone inserite al lavoro perché socialmente svantaggiate hanno gli stessi diritti degli altri lavoratori, compreso quello alla privacy. E' pertanto illegittima la pretesa di certe cooperative di avere informazioni sulla persistenza dell'uso di droghe o alcol o sulle terapie in corso, a volte addirittura utilizzate per sospendere l'interessato dal lavoro. Solo il medico competente, e nessun altro, ha il dovere e il diritto di acquisire le informazioni sanitarie necessarie per escludere il lavoratore dalle mansioni per cui la

legge, e non la cooperativa, prevede l'obbligo di sottoporsi a controlli tossicologici. Peraltro, lo svantaggio sociale è riconosciuto alle persone "tossicodipendenti" e non a quelle che lo erano anni prima e quindi la pretesa di assumere "tossicodipendenti" che non usino droghe appare molto simile a quella di assumere ciechi che ci vedano bene.

## CERTIFICAZIONI RICHIESTE DA CITTADINI INVIATI DALLA PREFETTURA

La legge 45/2006 ha modificato l'art. 75 del T.U. 309/90 concernente le "condotte integranti illeciti amministrativi". Nella precedente versione si disponeva che il consumatore di sostanze vietate fosse sottoposto a sanzioni amministrative ma che tali sanzioni potessero essere immediatamente sospese se l'interessato avesse accettato di rivolgersi ad un SERT per la definizione di un programma terapeutico. Sull'andamento di tale programma il direttore sanitario doveva inviare una relazione periodica secondo uno schema predefinito per decreto ministeriale. La legge attuale ha del tutto abolito questa procedura prevedendo invece che: "*Chiunque illecitamente importa, esporta, acquista, riceve a qualsiasi titolo o comunque detiene sostanze stupefacenti o psicotrope fuori dalle ipotesi di cui all'articolo 73, comma 1-bis, o medicinali contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope elencate nella tabella II, sezioni B e C, fuori delle condizioni di cui all'articolo 72, comma 2, e' sottoposto, per un periodo non inferiore a un mese e non superiore a un anno, a una o più delle seguenti sanzioni amministrative: a) sospensione della patente di guida o divieto di conseguirla; b) sospensione della licenza di porto d'armi o divieto di conseguirla; c) sospensione del passaporto e di ogni altro documento equipollente o divieto di conseguirli; d) sospensione del permesso di soggiorno per motivi di turismo o divieto di conseguirlo se cittadino extracomunitario.*" (art. 75, comma 1). Una volta irrogate le sanzioni, che sono immediatamente operative, "*l'interessato, inoltre, ricorrendone i presupposti, e' invitato a seguire il programma terapeutico e socio-riabilitativo di cui all'articolo 122 o altro programma educativo e informativo personalizzato in relazione alle proprie specifiche esigenze, predisposto dal servizio pubblico per le tossicodipendenze competente per territorio analogamente a quanto disposto al comma 13 o da una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116.*" Non c'è quindi più alcuna base giuridica per eventuali richieste al SERT da parte della Prefettura di certificazioni o relazioni. La revoca (e non la sospensione) delle sanzioni su documentazione dell'avvenuta positiva conclusione di un programma terapeutico o socio-riabilitativo svolgimento è prevista solo dal comma 11 che recita: "*Se risulta che l'interessato si sia sottoposto, con esito positivo, al programma di cui al comma 2, il prefetto adotta il provvedimento di revoca delle sanzioni, dandone comunicazione al questore e al giudice di pace competente.*" Riteniamo che l'espressione "esito positivo" debba riferirsi, appunto, all'esito cioè al risultato del programma dopo il suo completamento e non certo alla mera accettazione da parte dell'interessato di una terapia di cui nessuno può predire a priori l'efficacia. Qualora quindi un cittadino sottoposto a sanzioni chieda una certificazione allo scopo di ottenerne la revoca, tale certificazione andrà rilasciata nei termini richiesti solo nel caso che il programma sia concluso e con i criteri previsti per certificare la remissione. Ci risulta che alcune prefetture, per motivi ignoti, adottino la prassi, non prevista dalla legge, di convocare le persone segnalate e, anziché irrogare immediatamente le sanzioni (come previsto dal comma 1) o, "*nel caso di particolare tenuità della violazione*", "*definire il procedimento con il formale invito a non fare più uso delle sostanze*" (come previsto dal comma 14) facciano pressioni affinché l'interessato si rivolga al SERT per un programma terapeutico promettendogli di convocarlo dopo alcuni mesi e di applicargli il comma 14 su presentazione di una certificazione del SERT. Ciò, naturalmente si traduce nella artificiosa induzione di un interesse per il "programma" da parte di semplici consumatori, non necessitanti di alcuna terapia o riabilitazione, a dichiararsi tossicodipendenti per evitare le sanzioni. Non compete al medico del SERT sindacare tale comportamento di un'altra istituzione dello Stato. E' però dovere del medico attenersi in ogni circostanza al proprio Codice Deontologico. A questo proposito l'art. 13 dell'attuale codice dispone che: "*La prescrizione di un*

Certificare nei Servizi Tossicodipendenze, Montichiari 1998, Brescia 03/01/2013 M. Fasoli 20

*accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico*” Non è quindi pensabile attuare terapie per persone che non presentino i requisiti per una diagnosi di tossicodipendenza. In particolare, un lungo e costoso controllo tossicologico delle urine effettuato unicamente per accontentare il consumatore indotto a richiederlo per accontentare la prefettura non ha certamente alcun valore terapeutico. Pertanto, nel caso di pressioni in questo senso, suggeriamo ai medici dei SER.T. di non colludere con tali richieste e di spiegare per iscritto le proprie ragioni all’interessato e a chiunque altro lo richieda informando contemporaneamente l’Ordine dei Medici come previsto dall’art. 68 CD che recita : *“Il medico che presta la propria opera a rapporto d’impiego o di convenzione, nell’ambito di strutture sanitarie pubbliche o private, è soggetto alla potestà disciplinare dell’Ordine (omissis) Il medico qualora si verifichi contrasto tra le norme deontologiche e quelle proprie dell’ente, pubblico o privato, per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l’intervento dell’Ordine, onde siano salvaguardati i diritti propri e dei cittadini.”* Qualora si ritenga di accedere alla richiesta dei cittadini di effettuare un qualche “programma“ si dovrà pertanto proporre solo un programma informativo rilasciando poi un attestato di frequenza a cura del responsabile della struttura.

## UN VADEMECUM

Tutto ciò considerato, possiamo concludere che la certificazione a fini medico-legali di tossicodipendenza, abuso, uso, uso abituale, dedizione, intossicazione cronica dovrebbero essere rilasciate con estrema attenzione al motivo per cui vengono richieste e, possibilmente, utilizzando la terminologia dell’articolo di legge o del decreto a cui sono riferite. Benché sia opportuno citare sempre il riferimento alla presenza o assenza di uso abituale secondo ciascun criterio previsto dal citato DM 186/90, sembra anche indispensabile, quando necessario, il riferimento ai criteri clinici più adatti allo scopo della certificazione. Riportiamo testualmente, a questo proposito, per gentile concessione dell’autore, il “*Vademecum*” elaborato dal collega Fulvio Fantozzi, medico delle dipendenze e medico legale

### “UN VADEMECUM”

**A) Il certificato di alcol-tossicodipendenza deve essere costruito avendo bene in mente che la sua matrice è medica. La componente sociale e psicologica della diagnosi, secondo il modello multiassiale che regola peraltro la diagnostica clinica nei SER.T., è peraltro fondamentale. Qui però può risultare determinante una terza componente, quella esistenziale-antropologica. Dunque DIMENSIONE e SIGNIFICATO del certificato di TD esulano completamente dalla visione riduttiva per quanto comoda che ha ispirato finora molti operatori dei SERT (l’inquadramento nominalistico basato sulla diagnosi a punti, tipo “elenco del telefono”, sopra discusso). E’ ovvio che una diagnosi del genere è impegnativa, richiede conoscenze precise ed indipendenza di giudizio e comporta un certo grado di “esposizione” dell’operatore.**

**B) Gli elementi di giudizio da raccogliere e da elaborare ai fini certificatori sono:**

- **anamnestici, diretti ed indiretti**
- **documentari**
- **clinici–obiettivi (esame somatico e psichico mirato sulla tossicologia comportamentale)**
- **di laboratorio**
- **-catamnestici (condotta del soggetto in carcere così come riferita e registrata nel diario clinico dagli operatori penitenziari).**

**C) E’ sempre il caso di ricordare che la formulazione del giudizio diagnostico così come la descrizione di altri dati utili debbono essere registrati impiegando un linguaggio tecnico**

scevro da giudizi di valore e da commenti indebiti. Sono segnatamente da cassare annotazioni anche minimamente umoristiche o “colorite”, pena successive “dolorose” contestazioni da parte dell’interessato o di altre parti in causa, con possibili conseguenze negative, anche disciplinari, a carico del certificante.

**D) Quanto sopra esposto al punto C) non può giustificare l’atteggiamento preconstituito dello “scrivere il meno possibile”. Ad es. in materia di aggiornamento periodico del Magistrato circa l’andamento del programma di cura alternativo alla detenzione, qualora si sia riscontrata una “violazione” nei termini di una isolata positività al THC in un soggetto che gode di permessi di uscita settimanali, il riportare meramente detto rilievo senza corredarlo di un preciso ed esauriente commento tecnico inerente a se e a quanto detta “violazione”incide negativamente nel processo di cura del soggetto, appare una omissione inaccettabile. Qui lo “scrivere il meno possibile” diviene omissione probabilmente igienica sul piano della responsabilità, certamente disdicevole su quello del rapporto con l’utente.**

**E) La firma deve essere apposta dal medico e dal Responsabile del SER.T., se il Responsabile non è medico.**

**F) Il certificato deve rispondere a quanto l’utente, il suo Avvocato o una pubblica Autorità hanno espressamente richiesto.**

**G) L’interessato, qualora non abbia materialmente ricevuto un certificato di TD che lo riguarda, deve comunque essere sempre stato avvisato prima o comunque il più presto possibile del rilascio di detto certificato.**

**H) Se non sussistono elementi di giudizio validi a supportare la diagnosi di TD il certificato di TD non deve evidentemente essere predisposto e rilasciato dal SER.T., a prescindere da quanto opinato o suggerito da altri professionisti o presunti tali, da figure più o meno significative e più o meno in buona fede appartenenti al contesto familiare dell’interessato e a prescindere ancora da quanto contenuto in qualsivoglia documento di natura dottrina o normativa della più varia ispirazione o cogenza, attualmente disponibile così come di futura pubblicazione.**

**I) In caso di certificazione di non – TD e qualora dal contrasto tra la propria scienza e coscienza e le opinioni e le aspettative altrui scaturisca una controversia apprezzabile, è bene considerare come proprio referente - tutelare, al di là delle gerarchie del Servizio Sanitario Regionale che debbono ovviamente essere investite del problema in prima battuta, l’Ordine dei Medici (o di altra categoria professionale) di appartenenza.”**

## **BIBLIOGRAFIA CITATA**

1. Barni M., “Doveri: responsabilità del medico dalla bioetica al diritto”, Giuffrè Ed., Milano, 1999.
2. Regio Decreto n. 1398 del 19 ottobre 1930: “Approvazione del testo definitivo del Codice Penale”.
3. Sentenza n. 35836 del 1-10-2007, della Corte di Cassazione, sez. VI
4. Codice Civile
5. Deliberazione Assemblea Costituente 22 dicembre 1947: “Costituzione della Repubblica Italiana
6. Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990: “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossico-dipendenza”.

7. Codice di Deontologia Medica, edizione 1998
8. Decreto Ministeriale n. 186 del 12 luglio 1990: “Regolamento concernente la determinazione delle procedure diagnostiche e medico-legali per accertare l’uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope, delle modifiche per quantificare l’assunzione abituale nelle 24 ore dei limiti quantitativi massimi di principio attivo per le dosi medie giornaliere”.
9. Conferenza Unificata Stato Regioni, Seduta del 30 ottobre 2007 “Intesa , ai sensi dell’articolo 8 , comma 6, delle legge 5 giugno 2003 n. 131 in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza”
10. Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante “Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di uso di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori con mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l’incolumità e la salute di terzi”. Repertorio Atti n.: 178/CSR del 18/09/2008
11. Codice di Procedura Penale
12. D.Lgs.196/2003
13. Codice Deontologico degli Psicologi Italiani.
14. D.Min Sanità 30-1-1998
15. Legge 381 del 8 novembre 1991 “Disciplina delle cooperative sociali”.

## SITI INTERNET

La Costituzione sul sito del Quirinale <http://www.quirinale.it/costituzione/costituzione.htm>

Conferenza Stato Regioni <http://www.statoregioni.it/>

La Federazione Nazionale Ordini dei Medici <http://portale.fnomceo.it/Jcmsfnomceo/Jhome.jsp>

L’Ordine Nazionale degli Psicologi <http://www.psy.it/>

Scienze Medico-legali <http://www.scienzemedicolegali.it/>

Altalex <http://www.altalex.com/>

Il sito dell’autrice [www.sdrogabrescia.it](http://www.sdrogabrescia.it)

## INDICE

CHE COS’È UNA CERTIFICAZIONE	3
COSA PUÒ ESSERE CERTIFICATO	3
CHI PUÒ (E DEVE) RILASCIARE UNA CERTIFICAZIONE	4
CHI PUÒ CHIEDERE UNA CERTIFICAZIONE	4
CERTIFICAZIONE DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA	5
Certificare nei Servizi Tossicodipendenze, Montichiari 1998, Brescia 03/01/2013 M. Fasoli	23

CERTIFICAZIONE DI “ABUSO”, ”USO ABITUALE”, “DEDIZIONE”, “CRONICA INTOSSICAZIONE” DI SOSTANZE STUPEFACENTI E CERTIFICAZIONE DI “STATO” DI TOSSICODIPENDENZA	7
GLI ACCERTAMENTI DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA PER LE CATEGORIE DI LAVORATORI DESTINATI A MANSIONI CHE COMPORTANO RISCHI PER LA SICUREZZA	9
CERTIFICAZIONI DI DIPENDENZE NON FARMACOLOGICHE	15
RISVOLTI MEDICO-LEGALI DELLE MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DELLE ANALISI TOSSICOLOGICHE	16
ASPETTI MEDICO_LEGALI DELL’APERTURA DELLA CARTELLA CLINICA PRESSO IL SER.T.	17
PROFILI PSICOLOGICI	18
CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ ALLA GUIDA	19
CERTIFICAZIONI DI SVANTAGGIO SOCIALE RILASCIATE DAL SERVIZIO PER LE DIPENDENZE	19
CERTIFICAZIONI RICHIESTE DA CITTADINI INVIATI DALLA PREFETTURA	20
UN VADEMECUM	21
BIBLIOGRAFIA CITATA	22
SITI INTERNET	23
INDICE	23