



Volume 105

Supplemento 1-2014

Rivista fondata nel 1901
da Luigi Devoto

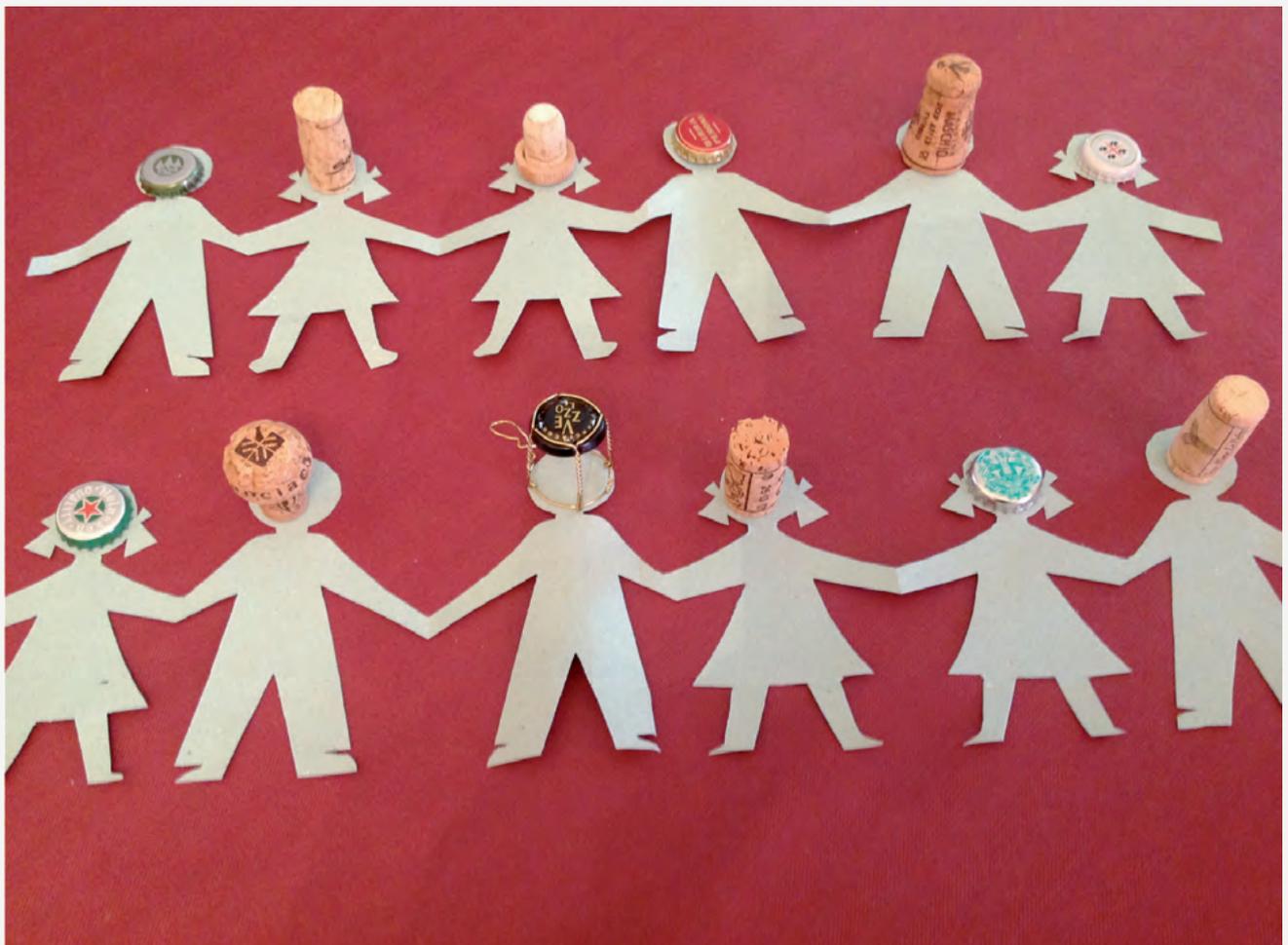
Issn 0025 - 7818

La Medicina del Lavoro

RIVISTA BIMESTRALE DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE
ITALIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH AND INDUSTRIAL HYGIENE

Alcol e Lavoro

Documento di consenso del gruppo La.R.A.



Alcohol and work
Consensus Document of the La.R.A. group

Mattioli 1885 CASA EDITRICE

La **Medicina del Lavoro**

RIVISTA BIMESTRALE DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE
ITALIAN JOURNAL OF OCCUPATIONAL HEALTH AND INDUSTRIAL HYGIENE

Già diretta da **Luigi Devoto** (1901-1935)
Luigi Preti (1936-1941)
Enrico C. Vigliani (1942-1991)

DIRETTORE Vito Foà

REDATTORI Lorenzo Alessio, Pier Alberto Bertazzi,
Antonio Colombi, Silvia Fustinoni
Angela Cecilia Pesatori, Carlo Zocchetti

CONSIGLIO DI REDAZIONE Pietro Apostoli, Massimo Bovenzi, Pierluigi Cocco,
Giovanni Costa, Antonio Mutti, Pietro Sartorelli,
Leonardo Soleo, Francesco S. Violante

REVISIONE LINGUISTICA Kathleen White

SEGRETERIA DI REDAZIONE Lilly Visintin

INTERNET <http://www.lamedicinadellavoro.it>

E-MAIL redazione@lamedicinadellavoro.it

REDAZIONE La Medicina del Lavoro
Clinica del Lavoro «L. Devoto»
Via San Barnaba, 8 - 20122 Milano (Italy)
Tel. 02/50320125 - Fax 02/50320126

CASA EDITRICE Mattioli 1885 srl - Casa Editrice
Strada di Lodesana 649/sx, Loc. Vaio - 43036 Fidenza (PR)
Tel. 0524/530383 - Fax 0524/82537
e-mail: edit@mattioli1885.com
www.mattioli1885.com (CCP N. II.286.432)

Pubblicazione bimestrale
Direttore Responsabile Prof. Vito Foà
Autorizzazione del Presidente
del Tribunale di Milano 10/5/1948 - Reg. al N. 47

La Medicina del Lavoro è recensita su:

*Index Medicus/MEDLINE; Embase/Excerpta Medica; Abstracts on Hygiene; Industrial Hygiene Digest;
Sécurité et Santé au Travail Bit-CIS; Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC);
Science Citation Index Expanded (SciSearch®); Journal Citation Report/Science Edition; ISI Web of Science*
Inoltre è inserita nel ISI Web of Knowledge con un impact factor di 0,482 (2013)

Alcol e Lavoro

Documento di consenso del gruppo La.R.A.

N. MAGNAVITA¹, G. DE LORENZO², M. GALLO³, S. GARBARINO⁴, A. GOGGIAMANI⁵, L. JANIRI⁶, A. MESSINEO⁷, G. MIGGIANO⁸, S. PICHINI⁹, A. PORPORA¹⁰, A. POSCIA¹¹, A. SACCO¹², A.G. SPAGNOLO¹³, L. VOGEL¹⁴, F. CIPRANI¹⁵, B. DEIDDA¹⁶, L. FENUDI¹⁷, A. MAGRINI¹⁸, L. MORINI¹⁹, U. MOSCATO²⁰, A.R. PROIETTI²¹, D. RANALLETTA²², P.E. SANTORO²³, P.M. SOAVE²⁴, C. STANZANI²⁵, L.C. BOTTARO²⁶, W. RICCIARDI²⁷

¹Professore Aggregato in Medicina del lavoro, Dipartimento di Sanità Pubblica, UCSC Roma; ²Ten. Col. medico, Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri, Direzione di Sanità, Capo 3a Sezione "Medicina preventiva e programmazione sanitaria", Roma; ³Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale, Cassino; ⁴Dipartimento di Neuroscienze (DINOEMI) Università di Genova, Genova; ⁵Responsabile del Settore Medicina Legale Assicurativo previdenziale, INAIL, Roma; ⁶Professore Associato, Istituto di Psichiatria, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ⁷Docente a contratto Università Tor Vergata e Sapienza S. Andrea, Roma, già Direttore Dipartimento di Prevenzione ASL RMH, Roma; ⁸Direttore Centro Nutrizione Umana, Università Cattolica e della UOC di Dietetica del Policlinico 'A.Gemelli' di Roma; ⁹PhD, Drug Abuse and Doping Unit, Department of Therapeutic Research and Medicines Evaluation, Istituto Superiore di Sanità, Roma; ¹⁰Docente di Diritto del Lavoro, facoltà di Scienze Politiche, Università degli Studi di Teramo; ¹¹Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ¹²U.O.C. Risk Management, Sicurezza e Qualità, ASL Roma D, Roma; ¹³Professore Ordinario, Direttore dell'Istituto di Bioetica, Roma; ¹⁴European Trade Union Institute (ETUI), Brussels (BEL); ¹⁵Direttore della I Divisione del Servizio Affari Generali della Direzione Centrale di Sanità del Dipartimento della Polizia di Stato, Roma; ¹⁶Procuratore Generale della Repubblica a riposo, Firenze; ¹⁷Dirigente Medicina Legale, Asl RMA, Roma; ¹⁸Direttore della Cattedra di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Roma Tor Vergata, Roma; ¹⁹Laboratorio di Tossicologia Forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia; ²⁰Professore Aggregato, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma; ²¹Responsabile salute e sicurezza FEDERLAZIO, Roma; ²²Direttore UOC Disabilità, Medicina Legale, Riabilitazione ASL RMA, Roma; ²³Medico del lavoro competente, Roma; ²⁴Centro Antiveneni, Policlinico A. Gemelli, Roma; ²⁵Presidente Sindnova, Istituto per lo studio dell'Innovazione, delle Trasformazioni Produttive e del Lavoro, docente all'Università di Urbino; ²⁶Direttore Sanitario f.f. ASL3 "genovese" e Direttore Dipartimento Interaziendale di Patologia Clinica ASD3 "genovese", Ospedale Evangelico Internazionale; ²⁷Professore Ordinario, Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Commissario Straordinario Istituto Superiore di Sanità

KEY WORDS

Alcohol; work; law; policy; screening; health promotion; fitting for job

PAROLE CHIAVE

Alcol; lavoro; legge; politica; screening; promozione della salute; idoneità

SUMMARY

«Alcohol and work. Consensus Document of the La.R.A. (Workers representing a risk for others) group». Aim: Current Italian legislation obliges employers to prevent workers who are occupationally at risk or who perform jobs that may be hazardous for the safety or health of third parties from consuming alcohol. The LaRA Group undertook to assess whether the law fully safeguards the health and safety of both workers and third parties, without impinging upon the civil rights of workers. **Method:** A written document expressing agreement was produced following discussions between doctors, lawyers, bioethicists and social partners. **Results:** There are gaps and inconsistencies in current

Corrispondenza: Nicola Magnavita: nicolamagnavita@gmail.com, nmagnavita@rm.unicatt.it

Questa ricerca e la sua pubblicazione sono state finanziate dall'Università Cattolica del Sacro Cuore nell'ambito dei suoi programmi di promozione e diffusione della ricerca scientifica.

laws; the differences in local and regional provisions prevent authorities from applying a single strategy at national level. There should be a change in existing rules under which the employer's obligation to enforce the ban on consumption alcohol in the workplace is enacted solely by the "competent" physician whose institutional role is to safeguard and promote health. Some occupational categories that are subject to a ban on alcohol consumption do not currently undergo health surveillance. For example, if road transport drivers are not exposed to a specific occupational risk foreseen under another law, they can be placed under health surveillance only in those regions where the local laws contemplate this type of control. In other cases, the practice of assessing the risk to third parties and providing for compulsory health surveillance in the Risk Assessment Document, is considered by some jurists to be a "consuetudo praeter legem" and therefore acceptable in a field not yet covered by a specific law, but to be "contra legem" or unlawful by other jurists. Moreover, the competent physician who uses a breathalyser or tests for alcohol addiction faces an ethical dilemma, since by communicating the results to an employer or authorities responsible for the issuing of licenses, he may be violating his professional oath of secrecy. Furthermore, the emphasis placed on testing has induced companies and inspectors to overlook educational and rehabilitation aspects. It is essential to involve general practitioners, educators and specialist services in addressing the problems of alcohol abuse so as to inform/train, recover and rehabilitate. The few studies available indicate that the rules are poorly enforced and that non-compliance may go unobserved. **Conclusions:** The Group urges all employers to assess the risk for third parties caused by alcohol abuse and to devise a policy on alcohol. Controlling alcohol-related risks in the workplace calls for a better definition of the roles of Vigilance Bodies and Company Physicians together with a shift from a reactive to a proactive attitude of all the parties involved.

RIASSUNTO

Scopo: La normativa vigente nel nostro Paese affida ai datori di lavoro il compito di contrastare l'uso di alcol nei lavoratori che svolgono mansioni a rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi. Il gruppo LaRA (Lavoratori rischiosi per gli altri) si è posto il compito di valutare se quanto disposto garantisca compiutamente la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e dei terzi, senza pregiudizio per i diritti civili dei lavoratori. **Metodo:** È stato prodotto un documento di consenso nel confronto tra medici, giuristi, bioeticisti e parti sociali. **Risultati:** La normativa vigente presenta lacune e incongruenze; le difformità nelle disposizioni delle autorità locali e regionali non consentono di applicare una strategia unitaria sul territorio nazionale. Diversamente dalla norma esistente, l'obbligo del datore di lavoro di vigilare sull'osservanza del divieto di assunzione di alcolici sul luogo di lavoro non dovrebbe essere espletato solo per il tramite del medico competente, il cui ruolo istituzionalmente è finalizzato alla tutela e alla promozione della salute. Alcune categorie professionali per le quali è previsto il contrasto dell'uso di alcol non sono attualmente sottoposte a sorveglianza sanitaria. Ad esempio gli addetti alla guida di veicoli stradali, se non risultano incidentalmente esposti a qualche altro rischio professionale previsto dalla legge, possono essere sottoposti a sorveglianza sanitaria solo nelle regioni in cui leggi regionali lo prevedono; negli altri casi, la pratica di valutare il rischio per terzi e prevedere nel Documento di Valutazione dei Rischi l'obbligatorietà della sorveglianza sanitaria, è considerata da alcuni giuristi "consuetudo praeter legem", quindi accettabile in un ambito non ancora disciplinato dalla legge, da altri "contra legem", illegittima. Tra l'altro il medico competente nell'eseguire i controlli alcolimetrici e gli accertamenti per alcol-dipendenza deve affrontare un dilemma etico, dal momento che la comunicazione dei risultati al datore di lavoro o agli organismi preposti al rilascio di licenze potrebbe non rispettare l'obbligo del segreto professionale. L'enfasi posta solo sui controlli ha inoltre indotto aziende e organi di vigilanza a trascurare in generale gli aspetti educativi e quelli riabilitativi. Il coinvolgimento dei medici di medicina generale, degli educatori e dei servizi specialistici è indispensabile per affrontare le problematiche dell'abuso alcolico in una prospettiva di informazione/formazione, recupero e riabilitazione. I pochi studi disponibili indicano che le norme sono ancora poco applicate e l'inosservanza non sempre è oggetto di controlli. **Conclusioni:** Il gruppo auspica che tutti i datori di lavoro provvedano a valutare il rischio per terzi proveniente da comportamenti di uso di sostanze alcoliche e si dotino di una strategia condivisa (policy) sull'alcol. Il controllo di tale rischio negli ambienti di lavoro richiede una più chiara definizione dei ruoli degli Organi di Controllo e Vigilanza e del Medico Competente e il passaggio da un atteggiamento reattivo ad uno proattivo di tutte le parti in causa.

PREMESSA

In tutte le attività lavorative è presente un rischio professionale. I fattori di rischio lavorativo non sono solo agenti chimici, fisici e biologici, ma anche errori umani, procedure non corrette, comportamenti inadeguati. I lavoratori stessi possono risultare pericolosi per gli altri. Ciò accade quando essi presentano condizioni come: uso e abuso di alcol, farmaci o droghe; malattie neuro-psichiatriche (demenze, disturbi comportamentali, ecc.), malattie infettive contagiose. A differenza dei fattori di rischio tradizionali (chimico, fisico, biologico), che possono talora essere eliminati o comunque contenuti, quello della pericolosità intrinseca legata alle particolari condizioni di un lavoratore è un rischio in gran parte ineliminabile. Si tratta quindi di un problema che deve essere gestito e controllato con strategie spesso tutte da individuare che vanno oltre i classici e consolidati schemi della prevenzione primaria, secondaria e terziaria (94, 95, 98, 101-103, 109, 110, 115).

Il rischio per i terzi può essere maggiore in settori come la sanità (23, 96-100, 106, 113, 114), i trasporti, le forze armate e di polizia, gli impianti industriali ove si manipolino prodotti pericolosi. Ma, più in generale, in tutti gli ambienti di lavoro si possono registrare situazioni critiche per la presenza di lavoratori con gravi problemi comportamentali.

Il gruppo di studio La.R.A. (Lavoratori Rischiosi per gli Altri) si è costituito nel 2000 con il fine di identificare le modalità attraverso cui sia possibile garantire al tempo stesso la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori e quella dei terzi (colleghi, clienti, utenti, pazienti, cittadini), senza pregiudizio per i diritti civili dei lavoratori.

Il gruppo è indipendente da società scientifiche, enti o organizzazioni. La struttura del gruppo di studio è articolata in funzione dello specifico tema affrontato in modo da comprendere medici di diverse specialità (medici del lavoro, igienisti, medici legali, psichiatri, neurofisiologi, tossicologi ecc.), giuristi, bioeticisti, rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro.

Nell'inverno del 2008, anticipando taluni dei contenuti del D.Lgs. 81/2008, il gruppo La.R.A.

ha prodotto un Documento di Consenso sui lavoratori con problemi di alcol e di dipendenze (93), che è stato pubblicato come supplemento su *La Medicina del Lavoro*, ed è servito da guida nel dibattito tra appartenenti a diverse società scientifiche, legislatori, sindacalisti, operatori della prevenzione (105, 112, 158).

A diversi anni di distanza, sorge l'esigenza - anche alla luce delle disposizioni normative per la tutela dei terzi individuate dal Decreto 81/2008 e s.m.i. - di riassumere lo stato dell'arte e fornire indicazioni concordate a quanti intendono affrontare il tema dell'uso/abuso di alcol da parte di lavoratori impegnati in attività critiche per la sicurezza di terzi, secondo modalità rispettose non solo della salute e sicurezza dei lavoratori e dei terzi, ma anche delle esigenze produttive e sociali e dei diritti dei lavoratori coinvolti.

In particolare ci si chiede se la scelta fatta dal Legislatore di delegare alle Aziende il controllo dell'uso di alcol sul posto di lavoro abbia dato i suoi frutti, e se la legislazione delegata degli Enti territoriali abbia consentito una omogenea applicazione delle procedure nel territorio nazionale.

La difficoltà insita nell'affrontare il problema è elevata in ragione del radicamento che l'uso dell'alcol ha nella nostra cultura e nella nostra economia. L'antico nome dell'Italia, Enotria, fa esplicito cenno al vino, ed il vino è una delle specie eucaristiche. L'Italia ha prodotto nel 2013 circa 45 milioni di ettolitri di vino, è quindi il primo produttore mondiale (144). Secondo Mediobanca, le maggiori aziende italiane del settore hanno avuto nel 2012 un fatturato di circa 5 miliardi e mezzo di euro, con un margine dell'8.7% ed un ritorno netto del 5.1% (145). La birra ha, nel mondo, una produzione di quasi due miliardi di ettolitri l'anno (17). Il mercato dei superalcolici, escludendo vino, birra e alcolici a bassa gradazione, vale in Italia circa 1.2 miliardi (77). Sono tutti argomenti che ci inducono a riflettere sulla delicatezza delle scelte che riguardano la politica degli alcolici.

Qualunque sia infatti la politica scelta, essa deve tenere conto del conflitto tra interessi legittimi, quali il diritto alla salute, il diritto alla sicurezza e il diritto al lavoro. Gli interessi dei lavoratori meritano di essere tutelati, così come quelli dei prodotto-

ri, dei consumatori, e dei membri della comunità. Saranno in definitiva i cittadini, cioè la collettività nel suo insieme, a vivere costi e vantaggi della politica su alcol e lavoro.

DEFINIZIONI

Nella letteratura scientifica si è fatta tradizionalmente una distinzione tra abuso di alcol e dipendenza. Veniva definito “abuso” l’uso voluttuario e non terapeutico di sostanze psicoattive determinate menomazione o disagio clinicamente significativi. Per la diagnosi di “dipendenza” secondo il DSM-IV-R era invece necessaria la presenza di tolleranza (il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l’intossicazione o l’effetto desiderato, oppure un effetto notevolmente diminuito con l’uso continuativo della stessa quantità di sostanza), sindrome di astinenza, assunzione in quantità maggiori o per periodi più prolungati, desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l’uso della sostanza, grande quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla, o a riprendersi dai suoi effetti, interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell’uso di sostanza, uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (121).

Questa distinzione non è più attuale, alla luce della pubblicazione, avvenuta nel maggio 2013, della versione 5 del Diagnostic Statistic Manual (DSM-5) della American Psychiatric Association (APA). Nel recente DSM-5, la categoria che ora viene chiamata “Disturbi da dipendenza e correlati all’uso di sostanze” comprende le precedenti categorie di abuso e dipendenza da sostanze del vecchio DSM-IV-TR. I criteri per la diagnosi, quasi identici ai precedenti, sono stati uniti in un unico elenco di 11 sintomi, riassunti nella tabella 1, il cui numero consente di graduare il disturbo da lieve a grave. Mentre nella versione precedente era richiesto un solo sintomo per la diagnosi di abuso, nel DSM-5 è richiesta la presenza, per un periodo di 12 mesi, di almeno due sintomi. Con un solo sintomo,

Tabella 1 - Sintomi da valutare ai fini della diagnosi di “disturbo da uso di alcol” secondo il DSM-V

Table 1 - Symptoms to assess in order to make a diagnosis of “alcohol consumption disorder” according to Law DSM V

-
1. Alcol assunto in maggiore quantità o più a lungo di quanto voluto
 2. Tentativi di smettere o di controllare il bere senza successo
 3. Eccessivo tempo dedicato all’alcol
 4. *Craving* o bisogno imperioso di consumare alcol
 5. Problemi alcol-correlati nell’adempimento ai doveri lavorativi, scolastici o familiari
 6. Continuare a bere nonostante problemi sociali o interpersonali causati o peggiorati dall’alcol
 7. Interferenza del bere con importanti attività della propria vita
 8. Bere in situazioni fisicamente pericolose
 9. Continuare a bere nonostante problemi somatici o psichici causati o peggiorati dall’alcol
 10. Tolleranza
 11. Astinenza
-

quindi, non c’è patologia. La presenza di 2 o 3 sintomi indica un disturbo lieve, di 4 o 5 un disturbo moderato, 6 o più un disturbo severo. Alla lista dei sintomi è stato aggiunto il *craving* (insopprimibile desiderio di utilizzare la sostanza), mentre è stato eliminato il criterio riguardante i problemi legali ricorrenti, a causa della sua difficile applicazione a livello internazionale.

La nuova classificazione non è stata accolta senza polemiche. È facile notare che, secondo i nuovi criteri, uno studente delle superiori che beva abbondantemente durante il week-end e perda l’anno è da classificare come alcolista lieve, una diagnosi stigmatizzante che potrebbe seguirlo negli anni. Se, dal punto di vista clinico, è possibile sostenere che la diagnosi vada applicata solo ai casi di bocciatura causata dall’abuso di alcol, è evidente che la definizione apra la strada a possibili, e gravi, errori diagnostici e statistici.

L’alcolismo è sempre stato definito come una sindrome patologica determinata dall’assunzione

acuta o cronica di grandi quantità di alcol. Generalmente si ha una “intossicazione acuta da alcol” quando il tasso alcolico ematico si aggira intorno a valori di 0,5 g di alcol/litro di sangue (circa 10 mmoli/l). Si parla invece di “etilismo cronico” quando si registra il mantenimento di tassi ematici di alcol etilico compresi tra 0,2 e 0,8 g/l.

Lo statunitense National Council on Alcohol and Drug Dependence (136) definiva l'alcolismo nel modo seguente:

“L'Alcolismo è una malattia primaria, cronica, influenzata nello sviluppo e nelle manifestazioni da fattori genetici, psicologici ed ambientali. La malattia è spesso progressiva e fatale. È caratterizzata dalla compromissione del controllo sul bere, da preoccupazioni circa la droga alcol, dall'uso di alcol nonostante le conseguenze avverse, e dall'alterazione del modo di ragionare, in particolare dalla negazione.”

L'impatto del consumo di alcol in termini di malattia e incidenti è principalmente connesso alla quantità totale di alcol assunto e alla modalità di ingestione. Riguardo a quest'ultimo aspetto, tenendo in considerazione che una bevuta di grande quantità (*heavy drinking occasion*) si definisce come il consumo di 60 o più grammi di alcol (puro) op-

pure più di 5 “drinks” o Unità Alcoliche in un'unica occasione, si riconoscono diverse modalità di assunzione che vanno dal bere occasionale al consumo di grandi quantità giornaliera. Il consumo di un bicchiere di vino ai pasti è generalmente ritenuto nel nostro Paese “usuale”, parte integrante dell'alimentazione e della vita sociale, e conseguentemente non nocivo. Un'attenzione diversa deve essere però rivolta ai nuovi modelli di consumo, caratterizzati dall'assunzione di nuovi prodotti superalcolici o dall'assunzione di alcolici lontano dai pasti.

La tabella 2 riporta una classificazione dei diversi tipi di consumo.

A proposito delle definizioni riportate in tabella, precisiamo che il “*binge drinking*” è una particolare modalità di consumo di alcolici che consiste nel bere principalmente in gruppo fino ad ubriacarsi. Tale abitudine si è sviluppata inizialmente nei Paesi del Nord Europa, ma è attualmente molto diffusa fra i giovani, nel nostro come in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea. Rappresenta una problematica sociale e sanitaria emergente, dal momento che l'utilizzo massiccio dell'alcol, aumentando l'euforia e la disinibizione, soprattutto tra i giovanissimi, espone a seri pericoli la salute e la sicurezza. L'intossica-

Tabella 2 - Definizioni relative al consumo di alcol

Table 2 - Definition of alcohol consumption

Consumo di alcol	il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) almeno una volta nell'anno
Consumo giornaliero di alcol	il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) tutti i giorni
Consumo occasionale di alcol	il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) occasionalmente (meno di una volta al giorno)
Consumo fuori pasto di alcol	il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) almeno una volta nell'anno al di fuori del pasto
Unità alcoliche	l'unità alcolica corrisponde alla quantità di alcol contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in un bicchierino di superalcolico (40 ml)
Consumo giornaliero di alcol a rischio per la salute	il consumo che eccede: 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1-2 unità alcoliche per la donna; 1 unità per gli anziani di 65 anni e più; qualsiasi quantità giornaliera per i minori di 11-17 anni
<i>Binge drinking</i>	il consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione
Quantità consumate di alcol a rischio almeno medio per la salute	- il consumo di >20 g/die di alcol puro nelle donne e >40 g/die negli uomini; - il consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione (<i>binge drinking</i>); - il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i minori di 11-15 anni.

zione acuta è talora così grave da determinare lo stato di coma etilico. La sfera relazionale e interpersonale, lavorativa, familiare, affettiva dei "bingers" è spesso compromessa, e i giovani possono andare incontro a gravissimi rischi per la sicurezza, derivanti da incidenti stradali o comportamenti aggressivi.

Il comportamento di consumo di alcol a rischio per la salute comprende sia il "binge drinking" dei giovani sia un consumo che ecceda i limiti ragionevolmente fissati in funzione dell'età e del genere (tabella 2). A livello internazionale è indicato come rischioso il consumo di oltre 40-60 g di alcol puro nell'uomo adulto, 20-40 nella donna (6). Si deve tenere presente però che non esistono evidenze scientifiche su un livello di consumo che possa essere considerato del tutto privo di rischio (181).

CENNI DI TOSSICOLOGIA CLINICA

L'alcol è un agente depressore del sistema nervoso centrale, un solvente chimico, un anestetico locale e un irritante.

È anche un'importante fonte di energia. Bere un bicchiere al giorno fa ingrassare di 10 libbre (4,5 kg) all'anno (68, 203, 215).

L'alcol, appena ingerito, viene rapidamente assorbito dal tratto digerente e si distribuisce nei liquidi corporei (125). Il picco dell'alcolemia si raggiunge a stomaco vuoto dopo 60-90 minuti dall'ingestione. Il vomito è una forma di automatica difesa del corpo che impedisce un maggiore assorbimento. Una piccola parte dell'alcol, circa il 10%, viene eliminata nelle urine, nel sudore e nell'aria espirata: il rapporto tra la concentrazione di etanolo nel sangue e quella nell'aria alveolare è relativamente costante, e su questo presupposto si basano i test con l'etilometro.

Il metabolismo dell'alcol comincia già nello stomaco a opera dell'enzima alcol deidrogenasi (ADH) gastrica, ma per lo più avviene nel fegato per opera di una serie di reazioni di ossidazione. L'etanolo viene prima trasformato in acetaldeide, che viene poi convertita in acido acetico dall'acetaldeide deidrogenasi, NAD⁺ dipendente. La disponibilità di NAD⁺ è un fattore limitante, per cui il tasso di conversione dell'etanolo è costante (circa

10 mL di alcol all'ora per un uomo adulto). Quando la quantità di etanolo assunta supera le capacità cataboliche delle deidrogenasi, interviene l'enzima CYP2E1 appartenente al complesso del citocromo P450. Questa seconda via metabolica è lenta, per cui è possibile che chi ha ingerito durante la notte grandi quantità di alcolici, presentandosi al lavoro al mattino abbia ancora livelli misurabili di alcol nel sangue e quindi nell'aria alveolare. Il metabolita intermedio, l'acetaldeide, è un composto reattivo e tossico che contribuisce al danno da etanolo.

Gli effetti dell'alcol sull'organismo sono correlati ai livelli di alcolemia (tabella 3).

A livelli di 0.2-0.3 g/L non si ha ancora nessuna perdita di coordinazione, ma solo una lieve euforia ed un piacevole rilassamento. Generalmente, sono proprio questi effetti quelli che ricerchiamo negli usi sociali dell'alcol.

Tra 0.4 e 0.6 g/L si ha ancora una sensazione di benessere, ma compare ridotta inibizione, sensazione di calore, modica compromissione del ragionamento e della memoria, intensificazione delle emozioni, ridotta prudenza.

A livelli superiori, tra 0.7 e 0.9 g/L si ha modesta compromissione dell'equilibrio, del linguaggio, della visione, dei tempi di reazione e dell'udito, euforia, ridotto giudizio e auto-controllo, ridotta autocritica e impressione di stare meglio di quello che si è realmente. Tra 1.0 e 1.25 g/L compare significativa compromissione della coordinazione motoria e perdita del giudizio corretto, linguaggio impastato, compromissione dell'equilibrio, della visione e dei tempi di reazione. A 1.3-1.5 g/L c'è una grossolana compromissione motoria e perdita di controllo, visione confusa, possibilità di cadute, minore euforia, ansietà, compromissione del giudizio e della percezione. Tra 1.6 e 1.9 g/L di solito predomina la disforia e c'è nausea. Quindi, a 2.0 g/L circa, compare confusione e disorientamento, è necessario un aiuto per stare in piedi, il soggetto può non sentire dolore, è compromesso il riflesso di deglutizione, può verificarsi un "blackout" dello stato di coscienza. Livelli ancora maggiori di alcolemia, 2.5 g/L, possono determinare compromissione severa delle funzioni mentali, fisiche e sensoriali, con rischio di aspirazione o traumi da cadute. Oltre 3.0 g/L compare stupore o incoscienza, con difficoltà a

Tabella 3 - Sintomi che compaiono in corrispondenza dei diversi livelli di alcoemia*Table 3 - Symptoms occurring for different levels of blood alcohol*

Livello	Sintomi
0.2-0.3 g/L	Lieve euforia, rilassamento
0.4-0.6 g/L	Ridotta inibizione, sensazione di calore, modica compromissione del ragionamento e della memoria, intensificazione delle emozioni, ridotta prudenza
0.7-0.9 g/L	Modesta compromissione dell'equilibrio, del linguaggio, della visione, dei tempi di reazione e dell'udito, euforia, ridotto giudizio e auto-controllo, ridotta autocritica
1.0-1.25 g/L	Significativa compromissione della coordinazione motoria e perdita del giudizio corretto, linguaggio impastato, compromissione dell'equilibrio, della visione e dei tempi di reazione
1.3-1.5 g/L	Grave compromissione motoria e perdita di controllo, visione confusa, cadute, minore euforia, ansietà, compromissione del giudizio e della percezione
1.6-1.9 g/L	Disforia, nausea
2.0 g/L	Confusione e disorientamento, insensibilità dolorifica, compromissione del riflesso di deglutizione, blackout
2.5 g/L	Compromissione severa delle funzioni mentali, fisiche e sensoriali, con rischio di aspirazione o traumi da cadute
>3.0 g/L	Stupore, incoscienza, difficoltà a svegliarsi
3.5 g/L	Anestesia
> 4.0 g/L	Morte per arresto respiratorio

svegliarsi. Il coma è possibile a 3.5 g/L, che corrisponde al livello di anestesia. Oltre 4.0 g/L è possibile la morte per arresto respiratorio.

Accanto a questa impressionante sequenza di effetti tossici, dobbiamo annoverare anche gli effetti positivi dell'assunzione moderata di alcolici. Lo statunitense Department of Health and Social Services (197) ed il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (138) definiscono "bere moderatamente" l'assunzione di non più di 1 bicchiere (12 g di alcol) al giorno per le donne e non più di 2 per gli uomini. Il cosiddetto "paradosso francese" è la dimostrazione della riduzione del rischio di mortalità per tutte le cause, per malattia coronarica, diabete mellito, insufficienza cardiaca congestizia e ictus nei bevitori moderati, uno o due bicchieri al giorno nei maschi (146). È segnalata anche una riduzione della frequenza di osteoporosi nelle donne post-menopausa che sono moderate bevitrice (122). Esiste un consenso sul fatto che, anche a fronte di questi effetti benefici, non vi sono motivazioni sa-

nitarie per suggerire l'uso di alcol a chi è astemio. L'assunzione di alcolici da parte di pazienti con malattie neoplastiche, cardiovascolari o familiarità per patologie associate all'alcol dovrebbe essere discussa con il medico curante; la medicina deve promuovere una sana cultura del bere (153).

EPIDEMIOLOGIA

Il consumo di alcol

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ritiene l'uso dannoso di alcol come un problema globale tale da compromettere sia la salute individuale che lo sviluppo sociale. Esso causa 3,3 milioni di morti l'anno (207). Nei giovani tra 15 e 29 anni sono associati all'alcol 320 mila decessi, il 9% delle morti in questo gruppo di età (207). Altri gravi problemi sono legati all'uso di alcol in gravidanza (186). Nel mondo, il consumo di alcol è la

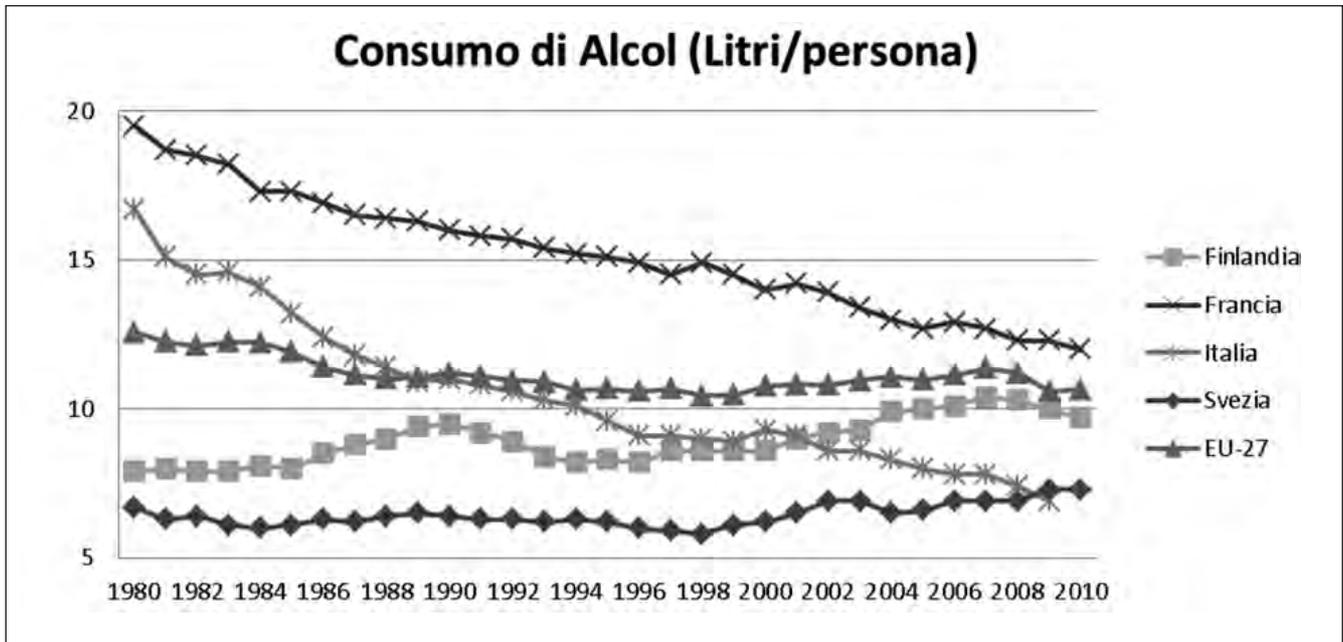


Figura 1 - Consumo di alcol pro-capite in litri. (Dati OECD 2012) (143)

Figure 1 - Alcohol consumption per capita (OECD 2012 data) (143)

terza più grave causa di morte e disabilità, dopo malnutrizione e ipernutrizione, la seconda causa in Europa e addirittura la principale causa di morte evitabile nell'area del Pacifico Occidentale e Americhe (208). L'alcol è un fattore causale in 60 tipi di malattie ed infortuni e una concausa in altre 200. Quasi il 5,9% delle morti sono da attribuire all'alcol, una quantità maggiore di quella causata da HIV/AIDS, violenza o tubercolosi. Se si sommano gli effetti su infortuni, violenza e malattie cardiovascolari, l'alcol è la prima causa di morte nei maschi tra 15 e 59 anni. Globalmente, il 7,6% dei decessi nei maschi è da attribuire all'alcol, contro il 4,0% nelle femmine (207).

Il consumo di alcol rappresenta, quindi, un importante problema di salute pubblica, responsabile del 5,1 % degli anni di vita persi a causa di disabilità (Disability-Adjusted Life Years, DALYs) (207). L'Unione Europea è la regione con il consumo alcolico più alto al mondo, con 11 litri di alcol puro per adulto consumati ogni anno (36).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la dichiarazione HEALTH21, ha fissato nel 1999 l'obiettivo di ridurre entro il 2015 il consumo pro-capite per ogni adulto al di sotto dei 6 litri annui di alcol puro (209). A pochi mesi dalla scadenza, tale

obiettivo sembra non raggiungibile (figura 1). Dal 1999 i consumi pro-capite infatti sono aumentati fino al 2005-2007 in Estonia, Lituania, Regno Unito e Danimarca e continuano ad essere in aumento in Irlanda, Svezia e Finlandia; peraltro, dopo aver registrato un iniziale calo, sono aumentati anche in Lettonia, Polonia e a Malta. Una riduzione si è registrata in Olanda e Italia, ma entrambi i paesi sono ancora al di sopra dell'obiettivo (181, 210). Il consumo pro capite di alcol puro nella popolazione adulta di età superiore a 15 anni è stimato in Italia pari a 6,10 litri all'anno nel 2010 (36).

Il problema dell'alcol in Italia

Le stime sul numero di soggetti a rischio per l'alcol nel nostro paese variano in funzione delle definizioni adottate. I dati sul consumo pro-capite di alcol indicano una costante decrescita (ridotta negli ultimi anni), ma con livelli di consumo ancora leggermente superiori rispetto agli obiettivi desiderati (207, 209).

Negli ultimi 10 anni sta diminuendo il numero di italiani sopra i 14 anni che abbia consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (nel 2012 erano il 66,6% contro il 70,2% del 2002) e dei consumatori

giornalieri di bevande alcoliche (-24,6% complessivo, -32,6% tra le donne), mentre aumenta la percentuale di quanti dichiarano di bere alcolici fuori dai pasti (dal 23,1% del 2002 al 26,9% del 2012) e di chi ne consuma occasionalmente (dal 35,8% nel 2002 al 42,2% nel 2012). Tra questi ultimi l'incremento è più evidente tra la popolazione adulta di 45-64 anni e tra gli over 65. Oltre le significative differenze di genere (otto uomini contro cinque donne ogni dieci consumano alcol), emergono disomogeneità tra macro-aree (maggiore nel Centro-nord, soprattutto nel Nord-est) e scolarità (tra le persone oltre i 25 anni cresce il consumo all'aumentare del titolo di studio, soprattutto per le donne).

Per quanto riguarda i diversi tipi di consumo, i consumatori di birra nel 2011 sono il 46,2% della popolazione; gli uomini risultano circa il doppio delle consumatrici di birra (61,8% vs 31,5%) e il loro numero, dopo una diminuzione negli anni 2003-2008, è di nuovo in aumento, con valori tornati a quelli del 2003. Gli aperitivi alcolici sono stati consumati nel 2011 dal 29,8% della popolazione di età superiore a 11 anni (M: 42,3%; F: 20,2%). Anche in questo caso, dopo una diminuzione negli anni 2006 - 2008, oggi c'è di nuovo un aumento. Una delle caratteristiche tradizioni italiane è l'assunzione di amari a fine pasto. Queste bevande risultano essere consumate nel 2011 dal 27,7% della popolazione di età superiore a 11 anni; anche in questo caso la riduzione dei consumi, in riduzione fino al 2008, è nuovamente in aumento (181).

Tutte le valutazioni fissano in oltre 7 milioni i consumatori a rischio. Una stima dell'ISS valuta che nel 2011 il 23,9% degli uomini e il 6,9% delle donne, per un totale di oltre 8.100.000 individui (maschi 6.200.000 e femmine 1.900.000), sarebbe a rischio. Pur tralasciando i criteri del DSM-5, sulla base dei quali si otterrebbe un numero molto più ampio, al numero si devono aggiungere i giovani. Le persone al di sotto dell'età legale (16 anni) con consumo a rischio sarebbero il 14% dei maschi e il 9,7% delle femmine, cioè oltre 206.000 ragazzi e 132.000 ragazze (181).

Tra i maschi, le percentuali più elevate di consumatori a rischio si registrano negli ultra 65enni, per un totale di oltre 2 milioni di persone che necessiterebbero di un intervento di promozione della sa-

lute (36). Un'alta prevalenza dei comportamenti a rischio si osserva anche tra i giovani di 18-24 anni e gli adolescenti 11-17enni, e nei soggetti con altri comportamenti a rischio, come l'abitudine al fumo o la frequenza abituale di discoteche e luoghi in cui si balla (76).

L'impatto sulla mortalità è notevole: si stimano oltre 17.000 decessi l'anno, soprattutto per neoplasie maligne e incidenti stradali. Il dettaglio per genere e classi di età della mortalità da alcol in tutte le Regioni italiane è aggiornato dall'Osservatorio nazionale alcol (Ona) dell'Iss-Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) (147). Questi dati consentono di osservare che, per la già citata diffusione dei nuovi modelli del bere associati all'intossicazione (*binge drinking*), l'alcol è il principale fattore di mortalità prematura tra i giovani fino ai 24 anni di età.

È in crescita in Italia anche il tasso di alcolodipendenti che fanno ricorso ai servizi alcolologici. Attualmente essi sono oltre 69.000, ma rappresentano una quota minima rispetto alle stime Ona dei consumatori dannosi che sarebbero circa un milione. Queste persone sono in parte assimilabili, secondo il DSM-5, ad alcolodipendenti e necessiterebbero quindi di trattamento (36). È importante ricordare che, nella maggior parte dei casi, le persone alcolodipendenti lavorano attivamente. L'abuso di alcol è di conseguenza un problema rilevante per il lavoro.

A questo proposito, era fino a pochi anni fa molto difficile avere stime attendibili. I pochi dati erano ricavati da specifici lavori condotti *ad hoc*. Dal 2010 il sistema di sorveglianza "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ha introdotto un modulo opzionale dedicato alla Sicurezza sul lavoro. Questo modulo, disponibile online all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/SicurezzaLavoro.asp>, è stato adottato da 17 Regioni e Province Autonome (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, P.A. Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sardegna) ed è stato somministrato a coloro che, all'interno di una vasta indagine campionaria, avevano dichiarato di lavorare (63% del campione). Da un'analisi preliminare, condotta dal gruppo tecnico PASSI e non ancora

pubblicata, è emerso che la prevalenza del consumo di alcol a rischio tra i lavoratori è del 17%, con frequenza significativamente maggiore tra gli uomini, giovani, in buone condizioni economiche e con alto livello di istruzione. Il lavoro non continuativo rappresenta un fattore di rischio per il consumo a rischio e per il *binge drinking*. I settori di impiego maggiormente coinvolti sono l'edilizia e il metalmeccanico, mentre le mansioni più a rischio sono rappresentate da artigiani, libero-professionisti e dirigenti. E' da notare come tra le mansioni a maggior rischio ci siano anche i conducenti (5° posto) ed i medici (7° posto).

CONSEGUENZE SOCIALI DELL'ALCOL

Non ci dilungheremo nel descrivere i numerosi effetti dell'alcol sulla salute. Malattie come cirrosi e cancro, ulcere e gastriti, neuropatie e malattie metaboliche sono direttamente correlate con l'uso di alcol. L'alcol aumenta il rischio di ipertensione e di danni cerebrali, induce problemi sessuali e disturbi dell'umore: depressione, ansietà, irritabilità. Inoltre è direttamente correlato alla violenza: un terzo degli omicidi e un terzo dei suicidi sono associati con l'abuso di alcol. Infine, è causata dall'intossicazione alcolica un terzo dei casi di morte per soffocamento da liquidi (*drowning*).

Gli effetti dell'alcol, secondo il World Health Report, 2002 (211) sono riassunti nella tabella 4.

Tabella 4 - Responsabilità dell'alcol in alcuni problemi sanitari, secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale di Sanità

Tabella 4 - Part played by alcohol (%) in various health problems, according to WHO estimates

Problema sanitario	Responsabilità dell'alcol (in percentuale)
Malattie, tutti i tipi	10%
Tumori, tutti i tipi	10%
Cirrosi epatiche	63%
Omicidi	41%
Incidenti, tutti i tipi	45%
Malattie croniche invalidanti	9%

Le relazioni sociali negli alcolisti possono essere distruttive. Tensione, frustrazione e aggressioni sono frequenti e questi problemi comportamentali possono limitare le prospettive di carriera o mettere in pericolo il lavoro. Altre caratteristiche tipiche dell'alcolista, come la ridotta concentrazione e capacità decisionale, le reazioni rallentate e le abilità ridotte, la mancanza di motivazione e giudizio, il basso morale determinano una minore qualità del lavoro.

Le conseguenze negative a livello fisico, psicologico e socio-comportamentale dell'alcolismo non si ripercuotono soltanto sul bevitore, ma anche sulle persone che lo circondano (per motivi affettivi, professionali, etc.), attraverso episodi di violenza (includendo la violenza al partner e l'abuso su minori), incidenti stradali e l'assenteismo lavorativo. Uno studio australiano del 2010 ha stimato che circa 10.5 milioni di persone sono state almeno parzialmente danneggiate da qualcuno che aveva bevuto ed in circa 500.000 situazioni il soggetto coinvolto era un collega di lavoro (88).

Per questo è chiaro come l'impatto socioeconomico dovuto al consumo di alcol in termini di costi diretti ed indiretti, volendo così comprendere i costi sanitari, il carico economico e psicologico dei familiari, la perdita di produttività, i costi sociali legati alla criminalità ed alla violenza, sia particolarmente gravoso. Si ritiene che l'alcol determini una perdita tra l'1.3% ed il 3.3% del prodotto interno lordo nei paesi più sviluppati economicamente (166, 207), costi che dovrebbero essere stimati in misura molto maggiore se si tenesse conto anche dei danni per terzi (88).

La figura 2, con dati tratti dal Global Health Observatory (GISAH) dell'OMS, sintetizza i costi sociali legati al consumo di alcol in varie Nazioni (212).

Il problema della relazione tra alcol, sonnolenza e guida merita una trattazione più dettagliata. L'eccessiva sonnolenza è uno dei principali fattori di rischio di incidenti e infortuni ed è causa e/o concorsa di circa il 22% degli incidenti stradali con una mortalità maggiore rispetto ad altre cause (11.4% vs 5.6%) (49, 150, 33, 47, 213). Come è noto i fattori causa d'eccessiva sonnolenza possono essere molteplici e spesso si combinano o interagiscono poten-

ziandosi. Un esempio paradigmatico è l'interazione fra eccessiva sonnolenza e assunzione di alcol, condizione particolarmente insidiosa e misconosciuta: uno studio ha dimostrato che uno su tre degli autisti professionali coinvolti in incidenti stradali da eccessiva sonnolenza aveva consumato alcolici, pur con un tasso alcolemico entro i limiti di legge (205). Studi condotti in condizioni di guida simulata su un campione di autisti hanno dimostrato che sia la sonnolenza che l'alcol causano un significativo deterioramento delle capacità di guida: la loro interazione potenzia significativamente il deterioramento delle capacità psicomotorie anche per assunzioni modeste ed apparentemente sicure di alcol (69, 71). Gli autisti non sono consapevoli di quanto l'alcol incrementi il loro grado di sonnolenza, come documentato da studi elettroencefalografici (70).

Anche esperimenti su animali di laboratorio hanno dato un importante contributo nel comprendere come l'alcol interagisca con il sonno: l'esposizione all'alcol (anche in quantità ridotte < 0.5 g/l) modifi-

ca significativamente i ritmi circadiani del metabolismo lipidico ed epatico in generale (39). L'esposizione all'alcol, soprattutto in giovane età, causa la compromissione dell'orologio endogeno del ritmo circadiano sonno-veglia (37). Confrontando gli effetti dell'alcol e della veglia prolungata sui tempi di reazione è stato dimostrato che 17 ore di veglia continua equivalgono a una concentrazione ematica di alcol (*blood alcohol concentration*; BAC) di 0.05% e 24 ore di veglia ad una BAC di 0.10% (35).

Quando gli effetti negativi dell'alcol sul livello di vigilanza sono accoppiati a sonnolenza eccessiva si registra non un semplice effetto di sommazione, ma un effetto moltiplicativo, capace di aumentare notevolmente il rischio d'incidentalità. A parità dei livelli di alcolemia, l'aumento di frequenza degli errori dipende dalle oscillazioni circadiane della sonnolenza e dalla privazione di sonno. Livelli di alcolemia "tollerabili" (inferiori a 50 mg/ml) in un autista al massimo livello di vigilanza (ad esempio dalle ore 10 alle ore 12) comportano un elevato rischio

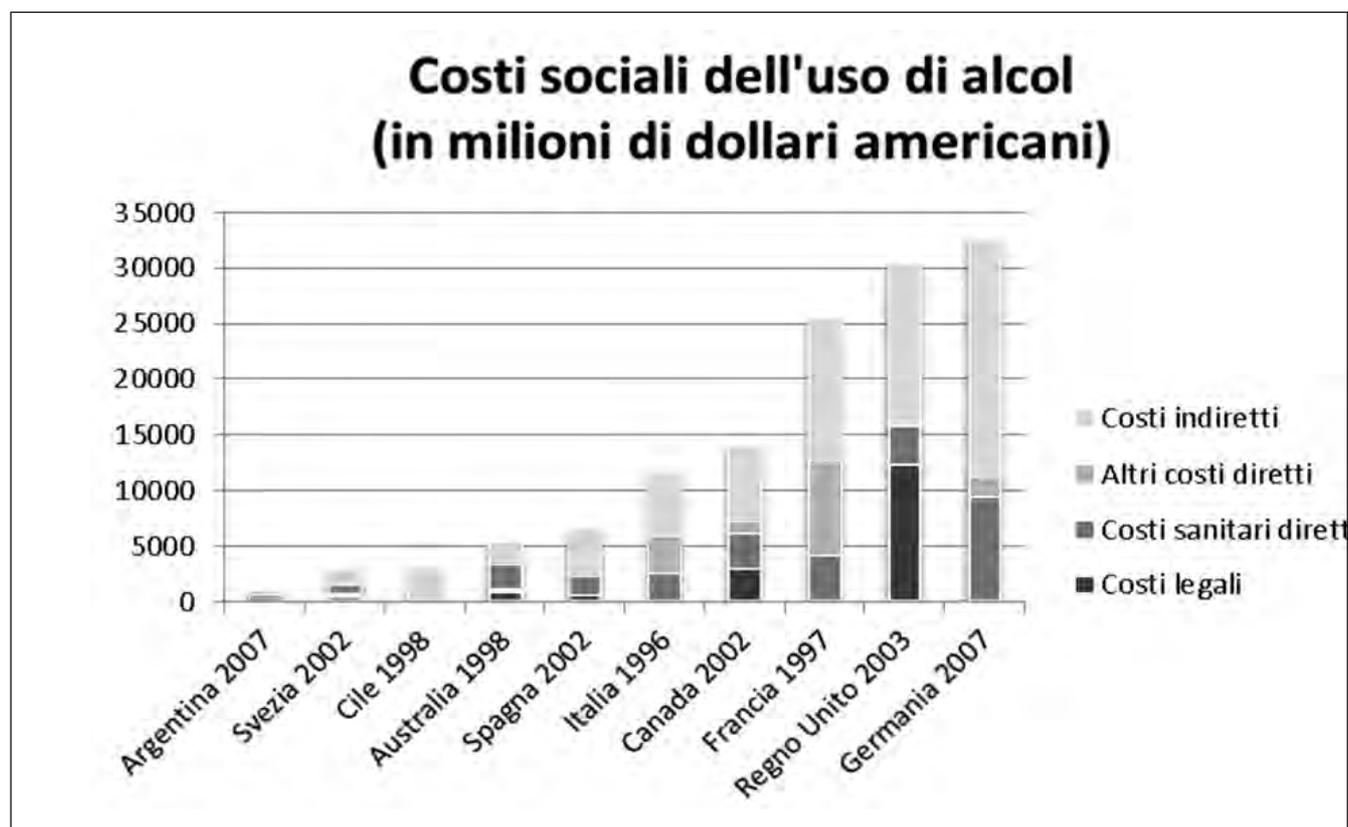


Figura 2 - Costi sociali dell'alcol
Figure 2 - Social costs of alcohol

di incidentalità in momenti di forte propensione circadiana al sonno (vale a dire fra le 14 e le 16, o tra le 23 e le 6) o dopo periodi eccessivamente prolungati di veglia (48, 61, 173, 200, 202). In altre parole, un livello di alcolemia non pericoloso in momenti di vigilanza normale (ovvero valori non sanzionabili secondo l'attuale legislazione italiana), potrebbe diventare causa di performance pericolosamente diminuita in situazioni in cui la vigilanza sia particolarmente bassa per propensione circadiana (nelle ore notturne) o per effetto cumulato di privazione di sonno (figura 3) (46, 201). Ovviamente la situazione precipita quando all'eccessiva sonnolenza si associa un livello alcolemico al di sopra dei limiti di legge.

Vengono riportate differenze di genere: bassi livelli di BAC (al di sotto dei livelli sanzionabili per legge) sembrano condizionare maggiormente la performance alla guida nel sesso femminile rispetto al maschile. Le donne sembrerebbero però maggiormente consapevoli delle loro temporanee ridotte performance e del maggior rischio alla guida. Questo spiegherebbe, dunque, il minor numero di incidenti alla guida correlati alla sonnolenza e all'alcol del sesso femminile rispetto al maschile (11).

L'alcol indebolisce anche l'efficienza cognitiva, interferendo con la velocità di percezione e la fluidità dei processi mentali. Il processo di apprendimento è rallentato e meno efficace, la facilità nel formare associazioni, sia di parole sia di numeri, tende a essere impedita e sono ridotte le capacità di focalizzare e mantenere l'attenzione e la concentrazione. Infine, l'alcol indebolisce le capacità di giudizio e di discriminazione e in generale di elaborazione e processazione delle informazioni.

In Italia, il sistema di raccolta dati per stimare gli incidenti provocati dall'alcol o dalle sostanze d'abuso è ancora fermo a vecchi schemi. Esistono solo stime e non dati certi. Fino al 2009 i dati indicavano percentuali bassissime, circa il 2% degli incidenti (76), e quindi venivano considerati inattendibili. Dal 2009 la stima sui numeri è stata abbandonata, in attesa di trovare metodologie più affidabili. Per colmare questo enorme "buco nero", l'Istat ha deciso di istituire un gruppo di lavoro dedicato a rivedere completamente il sistema di approvvigionamento dei dati, del cui lavoro si sta ancora atten-

dendo il frutto. Riuscire a ricavare il dato reale e attendibile dell'incidentalità da alcol e sonnolenza è fondamentale allo scopo di realizzare efficaci contromisure preventive.

La percentuale di incidenti mortali attribuiti all'alcol nei vari paesi è generalmente molto alta (tabella 4). Negli USA la National Highway Traffic Safety Administration stima che solo il 7% degli incidenti stradali sono causati da un individuo che ha fatto uso eccessivo di alcol, ma essi rappresentano quasi il 39% di quelli fatali (figura 3); su tale base, oltre un terzo del costo annuale degli incidenti stradali negli USA (stimato in 9.2 miliardi l'anno) è dovuto ad incidenti causati dall'alcol (216).

Costi dell'alcol negli ambienti di lavoro

Stante la situazione generale del fenomeno, è facile comprendere come il consumo di alcol non possa non impattare profondamente nel mondo del lavoro. La maggior parte delle persone che fanno abuso di alcol o di altre sostanze hanno anche un impiego e non è possibile per loro tenere i problemi fuori dal luogo di lavoro. L'Organizzazione Internazionale per il Lavoro (ILO) stima in circa il 10-12% la proporzione di tutti i lavoratori con età superiore a 16 anni con problemi alcol correlati (9), ma le stime possono variare molto tra i diversi studi e Nazioni: ad es. negli Stati Uniti si stima che circa il 7% dei lavoratori sia un forte bevitore (171).

I tassi di consumo di alcol variano molto tra le varie attività lavorative (139), dipendendo prevalentemente da:

- l'ambiente di lavoro e le subculture in esso prevalenti (91, 185, 187). Gli ambienti a prevalente occupazione maschile risultano generalmente più favorevoli all'uso di bevande alcoliche, spesso ritenute utili per favorire l'unione e la solidarietà del gruppo (66, 116, 197, 196). Al contrario la prevalente occupazione femminile tende a ridurre il consumo ed i problemi legati all'alcol in entrambi i sessi (85). La prevalenza di forti bevitori dipende dal tipo di lavoro (è maggiore nei lavori manuali), dallo svolgimento di turni notturni (soprattutto nei lavoratori più giovani), dall'isolamento e basso sostegno sociale, e aumenta con le classi di età (131). Un

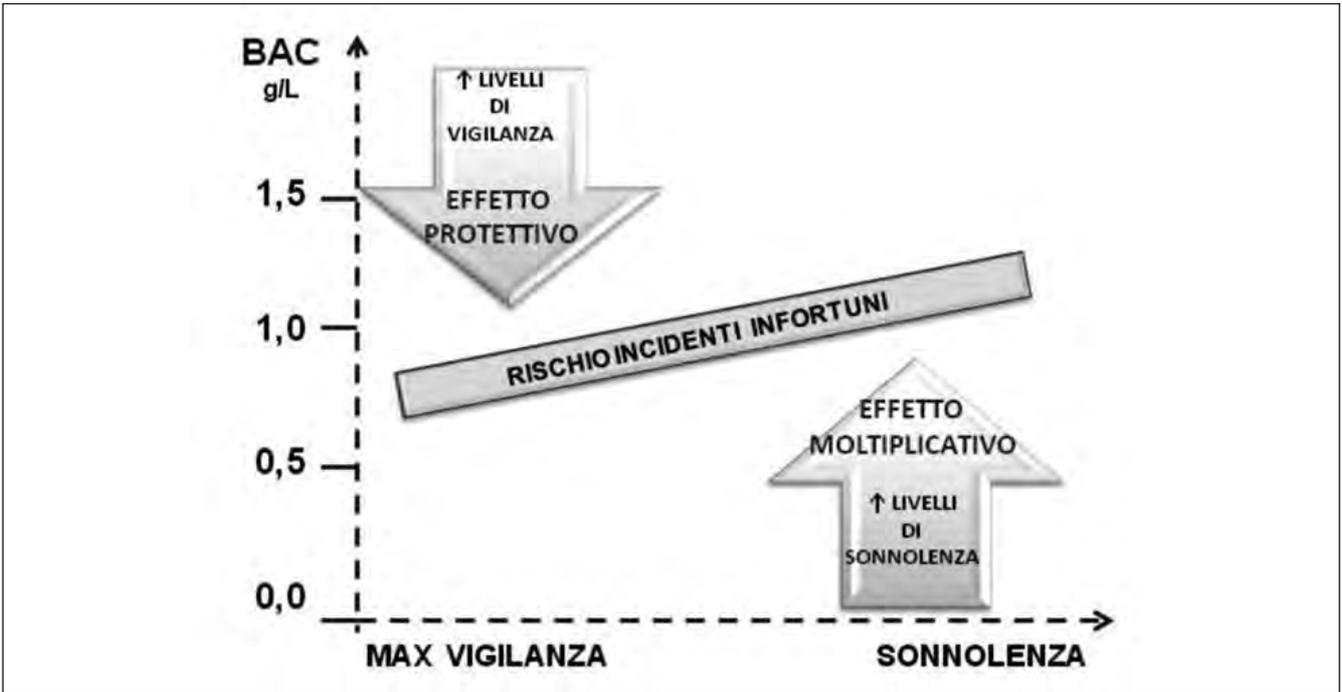


Figura 3 - Interazione alcol-sonnolenza nel determinismo degli incidenti/infurtuni: le condizioni di massima vigilanza hanno un effetto protettivo per il rischio di incidenti correlati ad alcol, mentre la sonnolenza ha un effetto moltiplicativo nell'incremento del rischio di incidenti.

Figure 3 - Interaction of alcohol/sleepiness in causing accidents: a state of maximum vigilance has a protective effect against risk of accidents due to alcohol, whereas sleepiness has a multiplying effect on increase of accidents

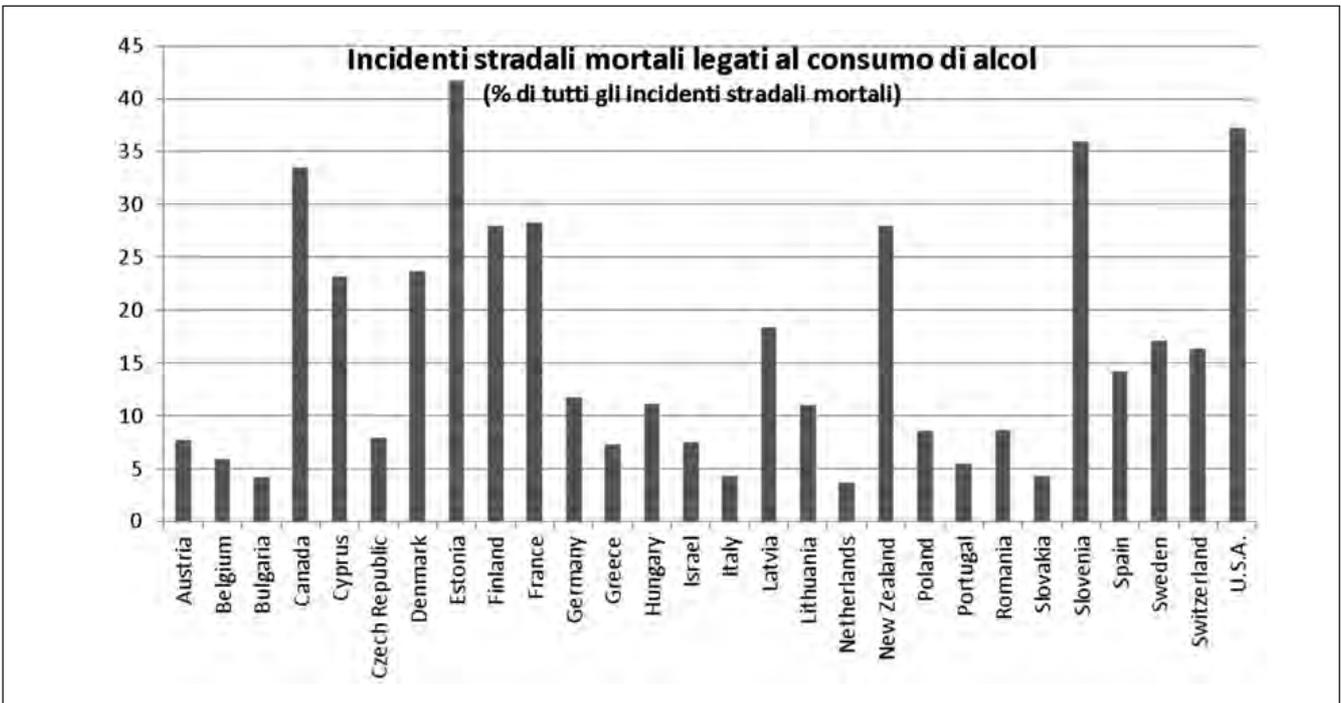


Figura 4 - Percentuale degli incidenti stradali mortali legati al consumo di alcol (dati 2008).

Figure 4 - Percentage of fatal road accidents associated with alcohol consumption (2008 data)

ambiente favorevole all'uso di alcol finisce per esercitare un effetto negativo anche su chi inizialmente non è consumatore (44);

- il grado di alienazione e lo stress correlato al lavoro: si ritiene che lavori noiosi, stressanti o in isolamento tendano a facilitare l'uso di alcol (5, 62), così come i lavori con poca autonomia decisionale (52), scarsa complessità e mancanza di controllo sulla produzione (83, 148), discrepanza tra gli sforzi compiuti e le ricompense ricevute (58), o presenza di comportamenti deprecabili (molestie sessuali, aggressioni verbali e fisiche o comportamenti irrispettosi) (170). La percezione di un basso livello di giustizia organizzativa nel luogo di lavoro favorisce il bere eccessivo (84). La relazione tra stress lavoro-correlato e alcol tuttavia è molto complessa. Una recente indagine su oltre 140 mila lavoratori europei ha dimostrato che non c'è relazione lineare tra stress e alcol: i livelli di stress più elevato si hanno nei non bevitori e nei forti bevitori, mentre i bevitori intermedi hanno un minore livello di stress (59);
- l'attrattività (27), la disponibilità e la facilità nel reperire bevande alcoliche nel luogo di lavoro sono significativi predittori di problemi legati all'alcol (2, 3, 5, 65, 118). Questo aspetto è di particolare importanza in alcune categorie professionali, come i marinai, i militari e le forze di custodia, che inopinatamente godono del malinteso beneficio di una riduzione dei prezzi degli alcolici (130).
- l'assenza o la mancata applicazione di policy proattive di contrasto dell'uso di alcol sui luoghi di lavoro (5, 43, 174). Un recente studio belga ha riportato che ancora oggi oltre l'84% delle aziende non ha programmi di informazione e formazione, né una chiara policy sull'abuso di sostanze (193). Lo stile manageriale, più o meno permissivo, ha una diretta influenza sul consumo (4, 14). La consapevolezza dei lavoratori è fondamentale (13). Di particolare rilievo sui comportamenti dei lavoratori sono le attività educative condotte dai medici di medicina generale (7).

Il problema dell'alcol è maggiore in alcuni settori produttivi. Tra questi in particolare il commercio

al dettaglio di alcolici e la ristorazione (141), l'edilizia (10) e le attività svolte in isolamento, tra le quali rientrano i trasporti e molti compiti militari e di vigilanza (193). Nessun tipo di lavoro può dirsi estraneo al fenomeno, come dimostrano gli studi su impiegati di banca brasiliani, che presentano tassi di abuso intorno al 25% e di problemi clinici correlati all'alcol superiori al 13% (90).

In Italia una indagine ha osservato che oltre il 60% dei lavoratori del settore edile fa uso di alcolici e, tra quelli che riferiscono un consumo elevato, un terzo presenta alterazioni di gamma-GT e transferrina desialata CTD (180). In un'altra indagine l'abuso di alcol riguarda mediamente il 21.3% dei lavoratori, con prevalenza più alta tra i lavoratori europei non italiani, i soggetti separati e quelli di basso livello scolastico (32).

Si ritiene che il servizio sanitario possa essere un settore ad alto rischio per la presenza di condizioni favorevoli all'abuso di alcol (alti livelli di responsabilità, competizione, burnout, turnazioni, stress lavoro-relato). Si stima che negli USA tra il 10% e il 15% del personale infermieristico nel corso della carriera possa andare incontro a fenomeni di abuso alcolico (184). In Italia uno studio condotto in un ospedale del Nord Italia evidenzia il 3.7% di "bevitori a rischio", con prevalenza significativamente maggiore tra i maschi ed i fumatori (29). Una sintesi degli studi pubblicati fa ritenere che la percentuale di lavoratori della sanità con problemi connessi all'abuso di alcol sia compresa tra l'1% ed il 14% (168).

Diversi studi indicano che l'abuso di alcol ha ripercussioni negative sugli ambienti di lavoro e sulle performance dei lavoratori. L'assenteismo è triplicato negli alcolisti. Anche il presentismo, cioè la ridotta produttività dovuta al fatto di essere presenti al lavoro in condizioni di ridotta efficienza fisica, è rilevante. Mangione et al. hanno associato il consumo di alcol al lavoro, la presenza di problemi con l'alcol e la frequenza delle sbornie nei precedenti 30 giorni con l'assenteismo, l'arrivo in ritardo o l'abbandono in anticipo del lavoro, con la riduzione nelle qualità e quantità del lavoro svolto e con la frequenza dei litigi con i colleghi (117). Più recentemente, Roche et al. hanno evidenziato in un ampio campione di lavoratori australiani (oltre 13 mila

sopra i 14 anni) che l'assenteismo dovuto al consumo di alcol è maggiore di quanto precedentemente documentato perché non è da considerare limitato ad un ristretto numero di forti e cronici bevitori, ma è esteso anche ad un più ampio numero di lavoratori che abusano di alcol occasionalmente. Lo studi infatti dimostra che oltre il 40% della forza lavoro consuma alcol a livelli di rischio medio-alto almeno occasionalmente: l'assenteismo è 22 volte più probabile per i lavoratori ad alto rischio rispetto a quelli a basso rischio, specialmente tra i più giovani e tra i maschi (172). Da uno studio svedese è emerso che l'aumento di un litro nel consumo di alcol è associato a un parallelo incremento del 13% delle assenze da lavoro per malattia negli uomini, ma non nelle donne (140, 142).

Dati raccolti a livello locale in Finlandia e Svezia hanno mostrato che il consumo di alcol e i problemi alcol correlati sono di solito associati al numero di giorni di assenza da lavoro per malattia sia negli uomini che nelle donne (198, 199, 79, 87, 179). Ames et al. hanno trovato una relazione diretta tra la frequenza dell'essere "sbronzo" e la sensazione di malattia/stanchezza nel luogo di lavoro o la presenza di problemi nelle attività lavorative o con i colleghi (3). Il post-sbornia si associa ad una riduzione delle capacità, come dimostrano studi sui piloti di volo (40, 135, 214). Secondo il National Institute on Drug Abuse (139), l'abuso (di alcol e, più in generale, di sostanze illecite) nei luoghi di lavoro comporta un aumento:

- di 5 volte di richieste di risarcimento,
- del 30% del turnover degli impiegati,
- di 10 volte dell'assenteismo (40 contro 4 giorni),
- di 36 volte dei furti tra i dipendenti,
- del 300 - 400% dell'utilizzo dei benefit sanitari,
- della violenza (testimoniata dal fatto che il 66% dei soggetti arrestati in episodi di violenza risulti positivo ai test).

Numerosi studi indicano che l'alcol aumenta il presenteismo, cioè la riduzione di performances lavorative dovuta al fatto che il lavoratore non è in condizioni ottimali (31, 50, 183). Uno studio australiano su un campione di 78000 lavoratori ha trovato che i disturbi da consumo di droghe e alcol

avevano incrementato il rischio di presenteismo di circa nove volte, aumentando in parallelo i livelli di stress dei lavoratori (67).

I lavoratori con problemi correlati ad alcol o dipendenze hanno un rischio significativamente aumentato di infortuni sul lavoro (188) e tale rischio è legato tanto all'assunzione di alcol e psicofarmaci nelle ore precedenti l'inizio del lavoro, quanto nel corso dello stesso. (191). Dati raccolti dal National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism americano (139) mostrano che il 10-16% degli infortuni sul lavoro e il 40% degli infortuni sul lavoro mortali sono correlati all'abuso di alcol. Secondo una stima del Health & Safety Executive britannico, il 25% degli infortuni sul lavoro in UK sono legati all'alcol e alle droghe. Secondo alcuni dati derivanti dall'Alberta, una provincia del Canada, l'11% dei lavoratori (circa 184.000) ha riferito di ricorrere all'uso di alcol mentre era al lavoro ed il 4% di aver bevuto entro 4 ore prima dell'inizio dell'attività lavorativa (1, 192). Nella regione australiana di Victoria, più del 22% dei morti a seguito di infortunio sul lavoro era positivo allo screening tossicologico (124). Analogamente, Rygol et al. hanno imputato all'alcol la causa del decesso nel 3-15% di incidenti mortali avvenuti nel luogo di lavoro (177). Negli Stati Uniti gli edili che fanno abuso di alcolici presentano un tasso più che raddoppiato di ricoveri per infortunio (92). In Italia sarebbero collegati all'abuso di alcol almeno il 10% di tutti gli infortuni sul lavoro (189) con un aumento del rischio di incidenti che va dal 10 fino 30% (169). Il Ministero della Salute, considerando tra il 4 ed il 20% gli infortuni lavorativi correlati all'alcol, ha imputato all'alcol un valore compreso tra i 37.000 ed i 188.000 dei circa 940.000 infortuni sul lavoro con durata di inabilità superiore alle tre giornate denunciati all'INAIL (127).

Diversi studi hanno stimato i costi associati a questo fenomeno: secondo il National Institute on Drug Abuse (NIDA) l'abuso (di alcol e sostanze illecite) costa mediamente circa 10.000 dollari all'anno per impiegato, principalmente per le ragioni sopra indicate (57). In particolare le richieste di risarcimento determinano un impatto pari a 1574 dollari pro capite, ai quali si devono sommare gli oltre 5.000 dollari per la perdita di tempo a queste associata (206). Guardando il fenomeno globalmente, si

stima in circa 6.4 miliardi di sterline la perdita per l'economia inglese dovuta all'abuso di alcol nei luoghi di lavoro (194); negli Stati Uniti è stato stimato che tra il 1998 ed il 2000 l'alcol ha determinato una spesa per infortuni pari a 28.6 miliardi di dollari l'anno, 13.2 miliardi dei quali in ambito lavorativo. Tutti i comportamenti da abuso determinerebbero negli Stati Uniti una perdita di produttività annua stimabile in 81 miliardi di dollari, l'86% della quale sarebbe dovuta all'alcol (171).

Questi dati rendono ragione del perché, in tutti i paesi industrializzati, si siano adottate politiche per il contrasto dell'abuso di alcol, e perché i luoghi di lavoro siano il teatro privilegiato dei programmi di prevenzione, con un ruolo fondamentale giocato dal Medico del Lavoro (41, 149, 175, 178, 204). La riduzione del consumo di alcolici sul lavoro potrebbe, da sola, determinare un risparmio in vite umane e in infortuni sul lavoro superiore a quello che si è ottenuto negli ultimi dieci anni per tutti gli interventi di prevenzione condotti nei luoghi di lavoro.

LE NORMATIVE

Strategie internazionali

Una ricognizione delle politiche internazionali sul tema dell'alcol oltre che servire come necessaria premessa ad un'analisi della normativa nazionale, può rappresentare un riferimento per comprendere l'orientamento del legislatore italiano.

OMS

Il Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA) 1992-1999 (151), elaborato a cura dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, costituisce il primo riferimento per lo sviluppo e la realizzazione negli Stati membri dell'Unione Europea di politiche e programmi che determinino una riduzione significativa del consumo di alcol e dei suoi danni per la salute. Tale Piano è stato successivamente aggiornato dal PAEA 2000-2005 (152).

Nella Conferenza Europea sulla Salute, la Società e l'Alcol, tenutasi a Parigi dal 12 al 14 dicembre 1995, è stata sottoscritta la Carta Europea sul-

l'Alcol (24) con la quale si invitano tutti gli Stati membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, i seguenti *principi etici ed obiettivi*:

- tutti hanno diritto ad una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche;
- tutti hanno diritto a ricevere fin dalla prima infanzia un'informazione ed un'educazione valida ed imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche ha sulla salute, la famiglia e la società;
- tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità delle bevande alcoliche;
- tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie, hanno diritto a trattamenti e cure accessibili;
- tutti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro hanno diritto ad essere salvaguardati da pressioni al bere e sostenuti nel loro comportamento di non consumo.

Tra gli *obiettivi* del PAEA per un'azione sull'alcol, di particolare interesse è quello di promuovere ambienti pubblici e privati di lavoro protetti da incidenti, violenza e altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche.

L'ultimo Piano d'Azione Europeo sull'alcol (PAEA) per gli anni 2012-2020 (*European Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 - World Health Organization 2012*) elaborato dal Comitato Regionale per l'Europa (EUR/RC61/13 Sessantunesima sessione +EUR/RC61/Conf.Doc/6 Baku, Azerbaigian, 12-15 settembre 2011), il terzo in ordine temporale, è stato emanato in quanto la Regione Europea dell'OMS continua a registrare i più alti livelli di consumo di alcol e di danni alcol-correlati. In particolare, quest'ultimo Piano, oltre alle enunciazioni di principio, propone

tra i punti di azione l'intervento nella comunità e nei luoghi di lavoro, sollecitando gli Stati membri a cercare progressivamente di aumentare il numero di luoghi di lavoro ed amministrazioni che implementano politiche e programmi sul tema "alcol e lavoro". Secondo l'ultimo PAEA l'uso dannoso di alcol e il consumo episodico di notevoli quantità di alcol aumentano il rischio di assenteismo, riduzione delle prestazioni di lavoro (presenteismo), incidenti, elevato turnover, comportamenti inappropriati, furti e altri comportamenti soggetti a provvedimenti disciplinari ed alterate relazioni con i colleghi di lavoro. Peraltro, fattori strutturali nei luoghi di lavoro, tra cui alto stress e bassa soddisfazione, possono aumentare il rischio di disturbi legati all'uso di alcol e di alcoldipendenza.

Tra le strategie il PAEA individua, come interventi di rinforzo in grado di ridurre i danni causati dall'alcol, le politiche che promuovono l'abolizione del consumo dell'alcol nei luoghi di lavoro e l'adozione di stili manageriali che riducano lo stress da lavoro aumentando i meccanismi premianti.

Unione Europea

L'Unione Europea ha promulgato fino ad ora documenti di elevato profilo strategico, comunque non vincolanti. Tra questi occorre in particolare segnalare la Comunicazione del Consiglio del 24.10.2006 (COM (2006) 625) che definisce una strategia per aiutare gli Stati membri a ridurre i danni alcol correlati (30). Il documento riconosce la necessità di un'azione congiunta degli Stati membri, osservando che il consumo nocivo e pericoloso di alcol incide sensibilmente sulla salute pubblica e genera costi nel campo dell'assistenza sanitaria, delle assicurazioni per malattia, della sicurezza nei luoghi di lavoro e determina altresì un incremento delle misure di repressione sia per il mancato rispetto della legge che più in generale per la gestione dell'ordine pubblico.

Poiché il consumo problematico di alcol è tra l'altro responsabile del 7,4% dei problemi di salute e della mortalità prematura nell'Unione Europea, con ricadute negative sull'occupazione e sulla produttività, l'intento del documento è di incoraggiare le iniziative nei posti di lavoro responsabilizzando

le parti interessate (associazioni professionali, sindacati). Tra le problematiche prioritarie, la Commissione ha individuato la prevenzione dei danni alcol-correlati negli adulti e la limitazione delle ripercussioni negative sul lavoro. Tale obiettivo si raggiunge, secondo il documento, contrastando l'assunzione di alcol sul posto di lavoro ed incoraggiando l'adozione di provvedimenti specifici nell'ambito del lavoro.

La Commissione ritiene prioritarie le azioni finalizzate all'informazione e alla sensibilizzazione sul tema dei danni derivanti dal consumo di alcol sul posto di lavoro. In tale contesto il documento ritiene necessario perseguire lo scambio di buone pratiche auspicando la partecipazione delle organizzazioni competenti nel campo della salute sul posto di lavoro, quali l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, data la pertinenza di talune sue iniziative quali le *Healthy Workplace Initiatives*.

ILO

L'ILO ha emanato nel 1996 un proprio Codice di condotta sulla gestione delle problematiche legate all'alcolismo ed alla tossicomania sul luogo di lavoro "*Management of alcohol and drug related issues in the workplace. An ILO code of practice*" (73).

Tale documento dà molto risalto all'approccio preventivo:

- definendo i problemi correlati all'alcol ed alla droga come problemi di salute e stabilendo la necessità di trattarli come ogni altro problema di salute sul luogo di lavoro, senza discriminazione;
- chiedendo una valutazione congiunta da parte dei datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanti degli effetti di alcol e droghe sul luogo di lavoro e la loro cooperazione per lo sviluppo di una politica specifica dell'impresa;
- raccomandando che le politiche contro l'uso di alcol e droga sul posto di lavoro coprano tutti gli aspetti della prevenzione, riduzione e trattamento dei problemi droga e alcol correlati e che i relativi programmi di informazione ed educazione, ove possibile, siano inseriti all'interno di più ampi e generali programmi di svi-

luppo delle risorse umane, delle condizioni di lavoro o della salute e sicurezza sul posto di lavoro.

Secondo il documento dell'ILO le azioni di prevenzione debbono essere intraprese attraverso:

- l'elaborazione di una politica di gestione delle problematiche alcol/droga lavoro correlate;
- l'individuazione di misure volte a ridurre le problematiche attraverso buone pratiche in materia di impiego;
- l'adozione di restrizioni/divieti applicabili alle problematiche alcol/droga lavoro correlate;
- la realizzazione di programmi di informazione, educazione e formazione;
- la messa in opera di programmi di assistenza, trattamento e reinserimento;
- la previsione di interventi e misure disciplinari.

Il documento auspica che i datori di lavoro, per perseguire le linee di azione di prevenzione sopra delineate, procedano congiuntamente con i lavoratori ed i loro rappresentanti a:

- valutare gli effetti del consumo di alcol e droghe sul luogo di lavoro;
- elaborare un testo relativo alla politica di impresa che preveda l'identificazione delle situazioni sensibili ai problemi di alcol e droghe allo scopo di attuare le relative misure preventive e correttive;
- stabilire un programma di informazione, educazione e formazione sull'alcol e le droghe;
- predisporre un sistema che garantisca il carattere confidenziale di tutte le informazioni in materia di problematiche alcol/droga al fine di eliminare eventuali discriminazioni

Normativa nazionale

Prima di affrontare la legislazione specifica nazionale in materia di alcol e problemi alcol correlati, da ricondurre essenzialmente alla L. del 30.03.2001 n. 125 (89), è utile accennare al *Piano Nazionale alcol e salute* elaborato dal Ministero della Salute nel febbraio 2007 (128).

Tale documento riporta tra l'altro la *policy* generale per le strutture sanitarie. Tra gli obiettivi che si prefigge il Piano risultano di particolare interesse:

- il sostegno a favore delle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcol correlato;
- la riduzione del rischio di problemi alcol correlati nei luoghi di lavoro nonché della gravità dei danni alcol correlati quali gli incidenti;
- l'adeguamento dei servizi secondo le previsioni della L. 125/2001 e il miglioramento della qualità e specificità dei trattamenti nei servizi specialistici per la dipendenza da alcol.

Per quanto attiene all'*area strategica "ambienti e luoghi di lavoro"*, il Piano si attende una riduzione dei danni prodotti dall'alcol nei luoghi di lavoro, in particolare quelli derivanti da un rischio per la salute e la sicurezza dei terzi, attraverso la collaborazione con il mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le Amministrazioni regionali e nell'ambito di quanto previsto dalle normative sulla sicurezza nonché dalla Legge 125/2001. Nel documento tale concertazione è ritenuta necessaria per promuovere nei luoghi di lavoro una politica sull'alcol fondata sull'educazione, la promozione della salute, la tempestiva identificazione o auto-identificazione dei soggetti a rischio e la possibilità di intraprendere, nel pieno rispetto della privacy, trattamenti integrati resi disponibili presso le strutture sanitarie e sociosanitarie.

La L. 125/2001, legge "quadro" (89), prevede un insieme di adempimenti finalizzati alla prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcolodipendenti di competenza sia delle Amministrazioni centrali, in particolare Salute e Solidarietà sociale, che delle Amministrazioni regionali. Tale normativa introduce anche una regolamentazione in settori non direttamente sanitari, quali la pubblicità, la vendita, il lavoro. Per quanto più specificatamente attiene alle disposizioni per la sicurezza sul lavoro, l'art. 15 della Legge prevede che:

- nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi, individuate con decreto – da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore – è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche (comma 1);
- i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal

medico competente ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali (comma 2);

- ai lavoratori affetti da patologie alcol-correlate che intendono accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione, si applichi l'articolo 124 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza approvato con D.P.R. 9 ottobre 1990 n. 309, che sancisce per gli assunti a tempo indeterminato la conservazione del posto di lavoro fino ad un periodo non superiore a 3 anni (comma 3);
- chiunque contravvenga alle disposizioni sia punito con una sanzione amministrativa (comma 4).

Il Decreto preannunciato al 1° comma dell'art. 15 della L. 125/2001 è poi stato emanato dalla Conferenza permanente Stato-Regioni con Provvedimento del 16 marzo 2006 (repertorio atti n. 2540) (51) con il quale sono state individuate le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche. Tale provvedimento, tuttavia, al comma 2 riconosce una potestà applicativa peculiare ai compiti istituzionali ed alle esigenze connesse all'espletamento delle correlate mansioni del personale appartenente alle forze armate, forze di polizia, altri corpi armati e vigili del fuoco, per i quali continuano ad applicarsi le disposizioni previste dai rispettivi ordinamenti in materia di idoneità fisica, psichica e attitudinale al servizio. Nella tabella 5 sono elencate le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, così come individuate dalla Conferenza permanente Stato-Regioni.

Dall'esame della tabella si può notare che l'individuazione delle mansioni appare improntata a due principali orientamenti: la tutela della sicurezza e la "ragionevole necessità". Inoltre, le stesse mansioni sono state inserite sostanzialmente basandosi su 3 criteri:

- lavorazioni ad alto rischio infortunistico;
- lavorazioni con preponderanza di fattori causali di tipo soggettivo;
- lavorazioni inserite per motivi di "esaustività" e di "prudenza".

I problemi alcol correlati sono stati successivamente affrontati dal D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81. In tale Decreto il tema è affrontato in più punti, non senza qualche disomogeneità. Sotto il profilo dei divieti si può osservare come la questione si ponga per:

- i cantieri temporanei o mobili di cui al Titolo IV, dove all'articolo 111 "*obblighi del datore di lavoro nell'uso di attrezzature per lavori in quota*" prevede che il datore di lavoro fornisca disposizioni affinché sia vietato assumere o somministrare bevande alcoliche e superalcoliche ai lavoratori addetti ai cantieri temporanei e mobili e ai lavori in quota;
- i requisiti dei luoghi di lavoro di cui all'Allegato IV ove si:
 - stabilisce il divieto di somministrare vino, birra e altre bevande alcoliche nell'interno dell'azienda;
 - consente la somministrazione di modiche quantità di vino e di birra nei locali di refettorio durante l'orario dei pasti (peraltro in parziale contrasto con quanto al comma 1 art. 15 della L. 125/2001 che prevede appunto il divieto di assunzione/somministrazione di bevande alcoliche nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi).

Per quanto, invece, attiene al sistema dei controlli sanitari sull'assunzione di bevande alcoliche, l'art. 41 "*sorveglianza sanitaria*" prevede al comma 4 che le visite mediche preventive, periodiche, al cambio mansione, preassuntive ed alla ripresa del lavoro dopo assenze per motivi di salute superiori ai 60 giorni siano altresì finalizzate alla verifica delle condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti secondo condizioni e modalità di accertamento che si sarebbero dovute definire, entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-Regioni adottato previa consultazione delle parti sociali.

Tabella 5 - Conferenza permanente Stato-Regioni. Provvedimento che individua le attività con elevato rischio
Table 5 - State-Regions Standing Committee. Provisions defining work activities/tasks with high risk

Attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi.

- 1) attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento dei seguenti lavori pericolosi:
 - a) impiego di gas tossici (*art. 8 del regio decreto 9 gennaio 1927, e successive modificazioni*);
 - b) conduzione di generatori di vapore (*decreto ministeriale 1° marzo 1974*);
 - c) attività di fochino (*art. 27 del decreto del Presidente della Repubblica 9 marzo 1956, n. 302*);
 - d) fabbricazione e uso di fuochi artificiali (*art. 101 del regio decreto 6 maggio 1940, n. 635*);
 - e) vendita di fitosanitari, (*art. 23 del decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290*);
 - f) direzione tecnica e conduzione di impianti nucleari (*decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1970, n. 1450, e successive modifiche*);
 - g) manutenzione degli ascensori (*decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1999, n. 162*);
- 2) dirigenti e preposti al controllo dei processi produttivi e alla sorveglianza dei sistemi di sicurezza negli impianti a rischio di incidenti rilevanti (*art. 1 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 334*);
- 3) sovrintendenza ai lavori previsti dagli articoli 236 e 237 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547;
- 4) mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio-sanitario; ostetrica caposala e ferrista;
- 5) vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice, addetto ai nidi materni e ai reparti per neonati e immaturi; mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private;
- 6) attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado;
- 7) mansioni comportanti l'obbligo della dotazione del porto d'armi, ivi comprese le attività di guardia particolare e giurata;
- 8) mansioni inerenti le seguenti attività di trasporto:
 - a) addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E, e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;
 - b) personale addetto direttamente alla circolazione dei treni e alla sicurezza dell'esercizio ferroviario;
 - c) personale ferroviario navigante sulle navi del gestore dell'infrastruttura ferroviaria con esclusione del personale di carriera e di mensa;
 - d) personale navigante delle acque interne;
 - e) personale addetto alla circolazione e alla sicurezza delle ferrovie in concessione e in gestione governativa, metropolitana, tranvie e impianti assimilati, filovie, autolinee e impianti funicolari aerei e terrestri;
 - f) conducenti, conduttori, manovratori e addetti agli scambi di altri veicoli con binario, rotaie o di apparecchi di sollevamento, esclusi i manovratori di carri ponte con pulsantiera a terra e di monorotaie;
 - g) personale marittimo delle sezioni di coperta e macchina, nonché il personale marittimo e tecnico delle piattaforme in mare, dei pontoni galleggianti, adibito ad attività off-shore e delle navi posatubi;
 - h) responsabili dei fari;
 - i) piloti d'aeromobile;
 - l) controllori di volo ed esperti di assistenza al volo;
 - m) personale certificato dal registro aeronautico italiano;
 - n) collaudatori di mezzi di navigazione marittima, terrestre ed aerea;
 - o) addetti ai pannelli di controllo del movimento nel settore dei trasporti;
 - p) addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci;
- 9) addetto e responsabile della produzione, confezionamento, detenzione, trasporto e vendita di esplosivi;
- 10) lavoratori addetti ai comparti della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza;
- 11) capiforno e conduttori addetti ai forni di fusione;
- 12) tecnici di manutenzione degli impianti nucleari;
- 13) operatori e addetti a sostanze potenzialmente esplosive e infiammabili, settore idrocarburi;
- 14) tutte le mansioni che si svolgono in cave e miniere.

Prima di arrivare alle misure previste in materia dal Nuovo Codice della Strada, giova ricordare che il D.Lgs. 38/2000, con il quale il legislatore interviene in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, stabilisce all'art. 12 "*infortunio in itinere*" che restano esclusi dalla tutela prevista per tali fattispecie gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni.

Il Nuovo Codice della Strada è stato emanato con il D.Lgs. 285/92 che all'art. 186, stabilisce in particolare:

- il divieto di guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche (comma 1);
- l'effettuazione sui conducenti di autoveicoli a cura degli organi di Polizia Stradale di accertamenti qualitativi non invasivi o prove, anche attraverso apparecchi portatili (comma 3);
- l'effettuazione, sempre a cura degli organi di Polizia Stradale, di accertamenti sul tasso alcolemico quando gli accertamenti qualitativi hanno dato esito positivo, in ogni caso d'incidente ovvero quando si abbia altrimenti motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psicofisica derivante dall'influenza dell'alcol (comma 4);
- l'effettuazione di accertamenti sul tasso alcolemico a cura delle strutture sanitarie su richiesta degli organi di Polizia Stradale per i conducenti coinvolti in incidenti stradali e sottoposti alle cure mediche (comma 5).

Viene inoltre fissato il tasso alcolemico superiore a 0.5 grammi per litro (g/l) come indicatore dello *stato di ebbrezza* (comma 6). Sanzioni progressivamente più gravi sono previste per chi supera i livelli di 0.8 e 1.5 g/l. Dal luglio 2010, per i minori di 21 anni e per coloro che hanno conseguito la patente da meno di tre anni, il limite è stato ridotto a zero.

All'art. 219 del Codice della Strada si stabilisce inoltre che la revoca della patente di guida, costituisce giusta causa di licenziamento ai sensi dell'articolo 2119 del codice civile.

Con il DPR 495/92 è stato quindi emanato il *Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada* (164), che all'art. 379 *Guida sotto*

l'influenza dell'alcol stabilisce le modalità di effettuazione dell'accertamento dello stato di ebbrezza:

- l'accertamento dello stato di ebbrezza, si effettua mediante l'analisi dell'aria alveolare espirata: qualora, in base al valore della concentrazione di alcol nell'aria alveolare espirata, la concentrazione alcolemica corrisponda o superi 0.5 g/l, il soggetto viene ritenuto in stato di ebbrezza. La concentrazione alcolemica deve risultare da almeno 2 determinazioni concordanti effettuate ad un intervallo di tempo di 5 minuti;
- l'apparecchio mediante il quale viene effettuata la misura della concentrazione alcolica nell'aria espirata è l'etilometro che, mediante apposita stampante, deve fornire la corrispondente prova documentale;
- gli etilometri devono rispondere ai requisiti stabiliti con disciplinare tecnico approvato con decreto del ministro dei Trasporti e della Navigazione di concerto con il Ministro della Sanità.

La Direttiva Ministero dell'Interno n. 300/A/1/42175/109/42 del 29/12/2005 (126) precisa ancor meglio la tipologia dei controlli da effettuare:

- gli organi di polizia stradale possono sottoporre tutti i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove anche attraverso apparecchi portatili. Si tratta di prove o accertamenti che possono essere svolti nel luogo in cui il conducente viene fermato per il controllo, a condizione che ciò garantisca il rispetto della riservatezza personale e dell'integrità fisica. Ne consegue che gli accertamenti e le prove non possono consistere in esami clinici o di laboratorio sul sangue prelevato al conducente, sia pure in presenza di personale medico opportunamente attrezzato con laboratori mobili. Il conducente è obbligato a sottoporsi all'accertamento preliminare. Nel caso di rifiuti saranno applicate nei suoi confronti le sanzioni previste dal co. 2 dell'art. 186 CdS, che sono le stesse previste per il reato di guida in stato di ebbrezza. E' ammesso utilizzo di test comportamentali o apparecchi portatili in grado di rilevare la presenza di alcol per i quali non è richiesta omologazione ai sensi dell'art. 379 CDS.

L'esito positivo di tali accertamenti non costituisce prova del reato di guida in stato di ebbrezza alcolica, ma rende legittimo il successivo accertamento tecnico più accurato mediante etilometro (strumentazione omologata) in grado di certificare a fini legali il valore del tasso alcolemico;

- in caso di incidente stradale in cui il conducente sia rimasto ferito e sia ricorso a cure mediche l'accertamento del tasso alcolico da parte di strutture sanitarie su richiesta degli organi di Polizia Stradale concerne l'effettuazione di indagini mediche finalizzate a certificare lo stato di ebbrezza alcolica anche con metodologie cliniche in uso presso la struttura sanitaria, basandosi se necessario sull'esame dei liquidi biologici e, previo consenso dell'interessato, del sangue ai fini della determinazione del tasso alcolico.

La legge 120 del luglio 2010, che ha modificato molti articoli del Codice della strada ed introdotto il nuovo articolo 186 bis, che prevede che alcune categorie di conducenti debbano guidare con valore alcolemico di 0.0 g/l. Questi conducenti particolari sono:

- autisti professionali (taxi, NCC e trasporto cose), conduttori di mezzi pesanti: bus, autocarri, autoarticolati, ... ;
- soggetti con età inferiore a 21 anni;
- soggetti che hanno conseguito la patente B negli ultimi tre anni.

L'individuazione di tali categorie tiene conto del meccanismo di interazione alcol-sonnolenza.

Entro il 2014 è attesa un'ulteriore radicale rivisitazione del Codice della Strada (nuovo "Codice 2.0"), più snello e chiaro, che dovrebbe portare diverse novità anche per un inasprimento delle sanzioni per chi guida sotto l'effetto di alcol e droghe (68^a Conferenza del Traffico e della Circolazione. Roma Ottobre 2013). Inoltre, l'esplorazione degli effetti dell'interazione alcol-sonnolenza potrebbe essere proficuamente inserita nelle linee operative di attuazione del Piano Nazionale di Sicurezza Stradale del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti e piani di Interventi per la Promozione della Salute e della Sicurezza sul lavoro ai sensi del D.Lgs 81/08 e successive modifiche.

Normativa locale

Le disomogeneità segnalate nella normativa nazionale hanno prodotto a livello locale disposizioni applicative spesso tra loro contrastanti. Tentiamo di darne un quadro il più possibile completo, anche se forzatamente sintetico, nella tabella 6.

L'OBBLIGO DI VIGILANZA DEL DATORE DI LAVORO, LE VIOLAZIONI DEL LAVORATORE E LE SANZIONI DISCIPLINARI

La disciplina contenuta nella legge 30 marzo 2001, n. 125, prevede all'art. 15 un articolato regime che da un lato, come già è stato posto in evidenza, pone i divieti di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e dall'altro stabilisce che i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali.

Si tratta, invero, di un *regime di carattere speciale* che il legislatore ha introdotto non per la generalità delle attività lavorative ma solo per quelle che comportano un *elevato rischio* d'infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, individuate attualmente dal Provvedimento d'intesa adottato in sede di Conferenza Unificata del 16 marzo 2006.

Caratteri generali dell'obbligo di vigilanza del datore di lavoro e dei suoi collaboratori

Sul datore di lavoro grava quindi un *obbligo di vigilanza* sul comportamento dei lavoratori (*cf. art. 18, c.3-bis, D.Lgs. n.81/2008*) per quanto riguarda sia il divieto di assunzione e di somministrazione di tali bevande – durante non solo l'orario di lavoro – che di osservanza del dovere di sottoporsi ai controlli alcolimetrici; in particolare, per quanto riguarda il divieto di assunzione lo stesso è di *carattere assoluto* e, quindi, risulta essere violato anche qualora il lavoratore abbia assunto solo *modiche*

Tabella 6 - Normativa locale

Tabella 6 - Local regulations

Ente	Regolamentazione
Comune di Roma	<p><i>Deliberazione n. 98 seduta pubblica 17.06.2010 prot. N. 12910/09</i></p> <p>Per ogni titolare di licenza o autorizzazione per il trasporto pubblico non di linea nonché ogni sostituto alla guida nominato dal titolare, vengono richiamati gli obblighi in materia di salute sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. 81/2008 nonché la previsione di specifica attestazione di assenza di alcolismo o tossicodipendenza o di qualsivoglia malattia che metta a repentaglio la guida.</p>
Comune di Napoli	<p><i>Disposizione dirigenziale n. 48 del 24.02.2011</i></p> <p>Disposizione sulla verifica ed idoneità dei veicoli e dei tassametri delle autovetture adibite a taxi e delle autovetture fino a 9 posti per il servizio NCC e certificazione attestante le misure di prevenzione e sicurezza sul lavoro di cui al DLgs. 81/2008 nel settore del trasporto pubblico non di linea. In tale Delibera si prevede:</p> <ul style="list-style-type: none"> - certificato rilasciato da medico competente/legale attestante l'idoneità all'attività di conducente per non essere dediti all'uso di sostanze alcoliche o stupefacenti o psicotrope; - attestazione dell'aggiornamento annuale dei rischi relativi alla sicurezza, audit alcolologico e visita medica specifica relativa al rischio alcol e droga.
Regione Lombardia	<p>Circolare regionale Prot. H1.2009.0002333 in data 22.01.2009 <i>Ulteriori chiarimenti in materia di accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze negli ambienti di lavoro</i> (161)</p> <p>Per tale delibera la sorveglianza sanitaria comprensiva degli accertamenti per l'identificazione dell'alcol-dipendenza non è prevista in quanto l'art. 41 co 4 del DLgs 81/08 stabilisce l'effettuazione di tali accertamenti "nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento". Per quanto attiene al consumo di bevande alcoliche sul luogo di lavoro, i riferimenti normativi sono esclusivamente la legge 125/01 e l'atto di intesa conseguente del 16 marzo 2006 che identifica le mansioni in cui si applica l'art. 15 della legge medesima. In entrambi non viene fatto riferimento all'obbligo di sorveglianza sanitaria previsto dalla normativa. Pertanto, non risulta possibile verificare l'assenza di alcol dipendenza, ma è possibile invece verificare in acuto la sola assunzione o meno di sostanze alcoliche e superalcoliche durante il lavoro. E' comunque facoltà dell'impresa richiedere l'idoneità del lavoratore ai sensi dell'art. 5 della L. 300/70. L'accertamento di uno stato di alcol dipendenza necessita quantomeno di indagini di laboratorio mirate e valutazioni inerenti la sfera relazionale e comportamentale non esauribili secondo i tradizionali modelli di sorveglianza sanitaria in ambito occupazionale.</p>
Regione Veneto	<p>Parere ULSS 1 Belluno Prot. 367926/50.03.41 in data 05.07.2010. <i>Accertamenti inerenti al divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell'art. 15 della L. 30 marzo 2001 n. 125 e dell'Intesa 16 marzo 2006</i> (163).</p> <p>Il divieto di assunzione non è limitato al luogo di lavoro, ma è finalizzato allo svolgimento delle attività lavorative comportanti un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi. Ciò significa che nello svolgimento delle mansioni individuate, il lavoratore deve avere un indice alcolemico pari a 0. Per quel che concerne la sorveglianza sanitaria essa è invece prevista in relazione alla verifica di condizioni di alcol dipendenza dall'art. 41 co 4 del DLgs 81/08 con il rinvio operato al successivo comma 4-bis ad un Accordo Stato-Regioni per la determinazione delle condizioni e delle modalità degli accertamenti. Ad oggi non essendo stato ancora adottato l'accordo di cui al citato comma 4-bis non risulta possibile verificare l'assenza di alcol dipendenza, ma è possibile verificare in acuto la sola assunzione o meno di sostanze alcoliche e superalcoliche. A fronte del riscontro di una positività dei test alcolimetrici si applicano le sanzioni amministrative previste dalla normativa. Allo stato attuale della normativa non risulta possibile per il medico competente avviare accertamenti sull'idoneità alle mansioni. E' comunque facoltà dell'impresa richiedere l'idoneità fisica del lavoratore secondo quanto prevede l'art. 5 della L. 300/70.</p>

(continua)

Tabella 6 - Normativa locale

Tabella 6 - Local regulations

Ente	Regolamentazione
Regione Friuli Venezia Giulia	<p>Allegato alla delibera n. 1020 del 07.05.2009. <i>Linee guida per la prevenzione dei problemi di sicurezza sul lavoro legati all'assunzione di alcolici</i> (160).</p> <p>Nell'ambito della sorveglianza sanitaria si possono distinguere 2 aspetti principali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quello mirato al controllo sanitario preventivo e periodico per i lavoratori addetti alle mansioni a rischio; - quello finalizzato ad affrontare specifiche situazioni problematiche di assunzione alcolica o di alcol dipendenza del singolo lavoratore. <p>Sia per valutare casi di dipendenza che di assunzione di bevande alcoliche il medico competente può effettuare accertamenti mirati nell'ambito di programmi di sorveglianza sanitaria (ex art. 41 DLgs 81/08). Per i lavoratori addetti alle mansioni a rischio sono previste le seguenti fasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - raccolta anamnestica anche mediante questionari standardizzati; - esame obiettivo mirato; - eventuale valutazione dell'alcolemia indiretta (aria espirata); - eventuali ulteriori accertamenti specialistici o chimico analitici; - espressione del giudizio di idoneità alla mansione e comunicazione dello stesso al lavoratore ed al datore di lavoro che adotterà i provvedimenti del caso. <p>Il documento ribadisce che nelle attività indicate dall'Intesa Stato-Regioni viene vietata in termini assoluti l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche. Tuttavia, risultando evidente la contraddizione tra questo divieto assoluto ed i limiti di alcolemia stabiliti dal Codice della Strada, si stabilisce che il limite previsto dal Codice della Strada debba essere adottato per le valutazioni alcolimetriche.</p>
Regione Puglia	<p>Deliberazione Giunta Regionale n. 1102 del 26.04.2010 <i>Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08 approvazione del documento "atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcol-correlati ad opera di medici competenti ex art. 41 c. 4 del D.Lgs. 81/2008"</i> (162).</p> <p>Il medico competente effettua la verifica di assenza di problemi alcol correlati in occasione della sorveglianza sanitaria prevista dall'art. 41 del DLgs 81/08 sugli operatori che svolgono mansioni elencate nell'allegato I dell'Intesa Stato Regioni del 16 marzo 2006. Il medico competente utilizza i criteri proposti dalla <i>Consensus Conference</i> sull'alcol della SIA [26].</p> <p>Ricerca di segni e sintomi di bere problematico quali: alitosi alcolica, congiuntiva iniettata, lividi, contusioni e traumi, bruciate di sigaretta tra indice e medio, epatomegalia, disturbi cardiovascolari (ipertensione arteriosa, tachicardia), disturbi gastrointestinali (ipoessia, diarrea, nausea, vomito, epigastralgia), disturbi dermatologici (discromie cutanee, psoriasi, eczema discoide, prurito), disturbi neurologici (instabilità posturale; tremore, crampi e parestesie degli arti, disorientamento, stato confusionale) e disturbi psichici (insonnia, ansia, depressione, allucinazioni).</p> <p>Al fine di agevolare lo screening dei soggetti sottoposti a problemi alcol correlati il documento propone l'utilizzo di questionari mirati AUDIT C, Fast Alcohol Screening Test (FAST), CAGE. Se gli accertamenti di 1° livello inducono sospetto si passa ad accertamenti di 2° livello: gamma GT, MCV e/o CDT.</p> <p>Se risulta positività al 2° livello, il medico competente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - emette giudizio di non idoneità alla mansione specifica temporanea o definitiva; - svolge azione di sensibilizzazione per il lavoratore ed i suoi familiari; - invia comunicazione alla Prefettura per eventuale revisione della patente. <p>E' prevista la possibilità di ripetizione analisi su stesso campione prelevato entro 30 gg. Se si sospetta la presenza di problemi alcol correlati in lavoratori adibiti a mansioni che pur essendo a rischio per sé o per i terzi ma non sono ricomprese nell'elenco dell'Intesa del 16 marzo 2006 il Datore di lavoro deve richiedere l'idoneità al lavoro ai sensi dell'art. 5 della L. 300/70.</p>

(continua)

Tabella 6 - Normativa locale

Tabella 6 - Local regulations

Ente	Regolamentazione
Regione Emilia Romagna	<p data-bbox="400 456 759 486"><i>Assessorato alle politiche per la salute</i></p> <p data-bbox="400 488 1473 548"><i>Orientamenti regionali per medici competenti in tema di prevenzione diagnosi e cura dell'alcol dipendenza – novembre 2009 (159).</i></p> <p data-bbox="400 551 1473 1070">Il documento ritiene che i casi previsti dall'ordinamento coincidano con le lavorazioni incluse nell'allegato 1 dell'Accordo Stato Regioni del 16 marzo 2006 e che le condizioni siano che la verifica dell'assenza di alcol dipendenza avvenga in occasione della visita medica preventiva periodica o di cambio mansione verso i lavoratori già sottoposti a visite mediche perché esposti a rischi professionali per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria. L'appartenenza di una lavorazione alla lista dell'all. 1 non è quindi una condizione sufficiente ad avviare un programma di sorveglianza sanitaria, non essendo tale previsione contemplata dalla norma di riferimento (art. 15 L. 125/01), ed essendo tale fattispecie esclusa da normative generali, come la L.300/70. Nel caso volesse effettuare controlli su lavoratori che non sono sottoposti a sorveglianza sanitaria obbligatoria, il datore di lavoro potrà ricorrere alla Commissione medico-legale della ASL ai sensi dell'art. 5 della L. 300/70. Nei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria obbligatoria le modalità di effettuazione della verifica, come avviene per altri fattori di rischio, sono decise dal medico competente. Si propongono alcune indicazioni che prevedono un approccio per gradi, utilizzando in sequenza in maniera integrata diversi strumenti. Lo scopo è quello di far sì che il medico competente attui un sistema di sorveglianza volto a far emergere quei casi selezionati che meritano di essere avviati alle strutture specialistiche (servizi alcolologici/servizi dipendenze patologiche) per l'eventuale formulazione della diagnosi di alcol dipendenza.</p> <p data-bbox="400 1072 1473 1525">I controlli alcolimetrici secondo l'orientamento della Regione rappresentano uno strumento per la verifica del rispetto del divieto di assunzione di alcol da parte dei lavoratori addetti ad attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro e quindi non rientrano tra gli accertamenti previsti per la sorveglianza sanitaria. La norma non riporta con chiarezza se tale divieto sia esplicitamente limitato al solo luogo di lavoro o se il lavoratore debba giungere sul luogo di lavoro non avendo assunto alcolici nelle ore precedenti e quindi con un'alcoemia pari a 0 g/l. La Regione Emilia Romagna propone in sede di applicazione ed in attesa di linea nazionale che il limite da utilizzare nelle valutazioni alcolimetriche sia quello indicato per la guida sicura. Il documento propone inoltre un'anamnesi alcolologica basata sugli indicatori clinico-sociali di rischio per abuso di alcol da <i>S. Innocenti "Indicatori biologici e sociali per il medico di medicina generale" in "Libro Italiano di Alcolologia" – SEE Firenze 2000</i>: stili di vita a rischio, familiarità per alcolismo, anamnesi indicativa di frequenti incidenti, sovrappeso, ipertensione e cardiopatie, ansia e/o depressione, trattamento con farmaci interferenti con l'alcol, dipendenza da sostanze diverse dall'alcol (cibo, tabacco, droghe illegali, psicofarmaci) e test bioumorali alterati.</p> <p data-bbox="400 1527 1473 1688">Si suggerisce di integrare l'anamnesi con l'Audit C. Parallelamente viene proposto anche l'utilizzo dell'Audit C <i>parte clinica</i> nell'ambito dell'esame obiettivo mirato. Se l'Audit C <i>parte clinica</i> e altri esami ematochimici (gamma GT, MCV, GOT, GPT, TGL ed in via supplementare la CDT) risultano positivi, il medico competente esprime un giudizio di non idoneità temporanea per 30-90 gg. ed invia al Centro Alcológico.</p>
Regione Piemonte	<p data-bbox="400 1727 1473 1982"><i>Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 22 ottobre 2012, n. 21-4814. "Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai sensi Allegato 1 Intesa Stato-Regioni 2006 e art. 41 c. 4-bis D.Lgs 81/08 e smi". Secondo l'interpretazione della Delibera, il D.Lgs. 81/2008 prevede che la sorveglianza sanitaria effettuata dal medico competente sia anche finalizzata "alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti", rimandando ad un successivo accordo la ridefinizione delle condizioni e delle modalità per</i></p>

(continua)

Tabella 6 - Normativa locale

Tabella 6 - Local regulations

Ente	Regolamentazione
	<p>l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza" (art. 41, co. 4-bis). Pertanto, si afferma che nelle attività lavorative individuate nell'allegato 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006 la sorveglianza sanitaria è obbligatoriamente prevista ad opera del medico competente il quale interviene sia con controlli alcolimetrici finalizzati ad evitare che il lavoratore che abbia assunto alcolici possa cagionare danni a sé medesimo o ai terzi, sia al fine di avviare l'accertamento di un'eventuale alcoldipendenza. In definitiva, nelle attività lavorative a rischio individuate dall'Intesa Stato - Regioni del 16.03.2006 è necessario attivare la sorveglianza sanitaria, nominando un medico competente, ciò anche nel caso non vi siano altri rischi lavorativi che comportino tale obbligo. Il Datore di Lavoro dovrà valutare, con il RSPP ed il medico competente se in azienda vi siano lavoratori adibiti alle lavorazioni indicate nell'allegato 1 dell'Intesa Stato - Regioni del 16.03.2006. In caso positivo il Datore di Lavoro integra il Documento di Valutazione Rischi (DVR) con l'elenco dei lavoratori adibiti alle mansioni a rischio e l'indicazione delle azioni preventive e di promozione della salute da attuare in riferimento ai rischi connessi all'assunzione di alcol. Nei luoghi di lavoro nei quali si effettuano le lavorazioni incluse nell'allegato 1 dell'Intesa Stato - Regioni del 16 marzo 2006 il Datore di Lavoro dovrà prevedere l'applicazione di misure di prevenzione quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - informazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti, dei dirigenti e dei preposti sullo specifico rischio ed informazione dei lavoratori sul divieto di assumere alcolici prima di iniziare l'attività lavorativa a rischio; - l'allontanamento dalla mansione a rischio in caso di riscontro di un'alcolemia positiva; - il divieto di somministrare o assumere bevande alcoliche negli ambienti e nelle attività di lavoro; - la sorveglianza sanitaria finalizzata ad escludere eventuali condizioni di alcoldipendenza e alla verifica del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche attraverso l'esecuzione di test alcolimetrici senza preavviso, sia in campioni predefiniti di lavoratori, selezionati in modo randomizzato, con documentazione dei risultati ottenuti, che nei casi in cui si sospetti l'avvenuta assunzione di alcolici. <p>La ricerca di eventuali condizioni di alcoldipendenza è un atto clinico di esclusiva pertinenza del medico competente, eventualmente coadiuvato da medici specialisti dei servizi alcolologici. L'invio del lavoratore ai servizi alcolologici dei Dipartimenti Prevenzione Dipendenze - DPD ricade nell'ambito della richiesta di accertamenti diagnostici prevista dal comma 5 dell'art. 39 del D. Lgs. 81/08. Gli strumenti diagnostico-clinici e laboratoristici atti ad accertare lo stato di alcoldipendenza sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anamnesi alcolologica integrata con AUDIT C; - esame obiettivo e analisi di laboratorio. <p>Per quanto riguarda gli accertamenti di laboratorio:</p> <p>determinazione contemporanea di 4-5 parametri ematochimici, fra cui necessariamente CDT, MCV, gamma-GT e AST e valutazione clinica del loro significato per le finalità di screening;</p> <p>determinazione dell'etil glucuronato (EtG) nella matrice cheratinica (capelli) con valore di cutoff a 30 o a 50 pg/g, sia con finalità di "screening" sia con finalità di conferma.</p> <p>Se l'accertamento per alcoldipendenza risulta positivo, il Medico Competente - MC emette il giudizio di non idoneità temporanea allo svolgimento della lavorazione a rischio e lo trasmette al lavoratore e al datore di lavoro. Per quanto riguarda l'attività mirata alla prevenzione del rischio da assunzione di alcol, il controllo alcolimetrico dovrebbe essere previsto con frequenza almeno annuale o, in situazioni di livello di rischio limitato, su almeno un terzo all'anno di lavoratori addetti alle lavorazioni a rischio di infortunio, scelti sulla base di criteri di casualità, fermo restando il controllo di tutti i lavoratori che effettuano tali lavorazioni nell'ambito di un triennio. I risultati di detti accertamenti dovranno essere registrati nelle cartelle sanitarie personali dei lavoratori ed i risultati, anonimi e collettivi, dovranno essere integrati nella relazione sanitaria annuale. Nel caso in cui il medico competente rilevi l'avvenuta assunzione di alcolici in un lavoratore deve porre un giudizio di inidoneità temporanea alla mansione, e valutare i tempi della stessa in funzione del quadro clinico rilevato.</p>

(continua)

Tabella 6 - Normativa locale

Tabella 6 - Local regulations

Ente	Regolamentazione
Regione Toscana	<p>Per i test alcolimetrici, è privilegiata la determinazione dell'etanolo nell'aria espirata. Il tasso alcolimetrico del sangue durante l'orario lavorativo dovrà essere di norma pari a zero. Gli strumenti impiegati in tali misure vengono definiti "etilometri". Esistono etilometri "omologati", con sensore a raggi infrarossi, ed etilometri portatili "non omologati", con sensore elettrochimico. L'impiego di entrambi i tipi di etilometri è consentito soltanto per gli accertamenti preliminari di "screening". In caso di riscontro di positività, la misurazione deve obbligatoriamente essere confermata per determinazione diretta dell'alcolemia, previo ottenimento del consenso informato. La determinazione diretta dell'alcolemia viene effettuata mediante gascromatografia di spazio di testa e rivelazione a fiamma o mediante spettrometria di massa e refertata entro cinque giorni lavorativi. Il prelievo ematico dovrà essere effettuato in due provette (tappo grigio) a distanza di non più di 15 minuti dalla misurazione nell'aria espirata. In pratica, le due provette possono essere congelate immediatamente (temperatura di -18 / -22 °C) oppure conservate a +4 / +6 °C, ed inviate presso un laboratorio di riferimento che effettui le analisi alcolimetriche appena possibile. Le eventuali controanalisi, che possono essere richieste dal lavoratore entro 10 giorni dalla comunicazione della positività del test di conferma e sono eseguite dal laboratorio di riferimento regionale.</p> <p><i>Delibera n. 1065 del 9 dicembre 2013 (pubblicata sul BUR n. 52 del 24/12/2013).</i></p> <p>Le linee di indirizzo della Regione Toscana tendono ad uniformare la legislazione relativa al divieto di consumo e somministrazione di alcol per le mansioni individuate a rischio di terzi (Legge 125/01) con le disposizioni concernenti la sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81/08, relative all'accertamento dello stato di alcol-dipendenza. Le mansioni a rischio sulle quali effettuare la sorveglianza sanitaria per l'accertamento della assenza di alcol-dipendenza sono tutte quelle comprese nell'allegato I dell'Intesa Stato Regioni del 16 Marzo 2006, senza alcuna distinzione. Per la Regione Toscana sussiste quindi l'obbligo di attivare la sorveglianza sanitaria anche per categorie finora generalmente "esenti", come ad esempio gli insegnanti. La delibera prevede innanzitutto che il Datore di Lavoro, in collaborazione con il medico competente, effettui la valutazione del rischio legato all'assunzione di alcol, ed elabori proposte di programmi ed azioni di promozione della salute nell'ambito delle attività di informazione e formazione.</p> <p>In particolare la valutazione dei rischi deve:</p> <ul style="list-style-type: none"> - individuare l'esistenza nell'azienda di mansioni ad elevato rischio di infortunio per il lavoratore e per i terzi, ricomprese tra quelle presenti nell'elenco delle lavorazioni per le quali sarà previsto il divieto di assunzione di alcol, le misure preventive, promozionali ed educative previste per attenuare il rischio. Il divieto dell'assunzione di alcolici deve essere considerato anche per i lavoratori reperibili che potrebbero quindi essere chiamati in servizio attivo; - individuare un pool di mansioni alternative per i lavoratori positivi al test o in osservazione per valutare la condizione di alcol dipendenza; - definire le procedure aziendali che proibiscano la somministrazione di alcolici ai lavoratori per i quali vige il divieto di assunzione sia all'interno dell'azienda che al di fuori, esplicitando chiaramente tale vincolo nei rapporti con gli esercizi convenzionati per la somministrazione di pasti, con altri esercizi/punti vendita aperti anche al pubblico all'interno dell'area dell'azienda, compresi i distributori automatici; - definire le procedure aziendali in caso di lavoratore positivo al test con etilometro ed in caso di rifiuto da parte del lavoratore di sottoporsi al test con etilometro; - provvedere all'informazione di tutti i lavoratori; - provvedere alla formazione dei lavoratori ricompresi nell'elenco sui rischi da alcol per la salute e la performance. <p>Il medico competente dovrà istituire un protocollo sanitario da adottare per la valutazione alcolemica</p>

(continua)

Tabella 6 - Normativa locale

Tabella 6 - Local regulations

Ente	Regolamentazione
	<p>mediante etilometro e per la sorveglianza sanitaria delle attività lavorative ad elevato rischio infortuni. Tale protocollo deve prevedere: la valutazione delle alcolemia mediante etilometro, la valutazione sanitaria di primo livello e la valutazione delle alcolemia mediante etilometro. Il valore del test alcolemico risultante a cui fare riferimento dovrà essere pari a zero grammi di alcol per litro di sangue. Gli etilometri utilizzati potranno essere sia di tipo omologato a raggi infrarossi, sia di tipo non omologato con sensore elettrochimico. In caso di positività, o di rifiuto del lavoratore a sottoporsi al test con etilometro, il medico competente avvisa il datore di lavoro o suo delegato in modo che siano attuati i provvedimenti del caso.</p> <p>La sorveglianza sanitaria, invece, dovrà comprendere in ogni caso: anamnesi specifica, visita medica, colloquio clinico orientato ad identificare problemi e patologie alcol correlate acute e croniche; prelievo ematico almeno per: MCV, AST, ALT, gamma-GT, Trigliceridi. Dovrà infine essere effettuato l'AUDIT-C ovvero l'AUDIT test. Tra i parametri ematici di base non è prevista la determinazione della CDT.</p> <p>Qualora sulla base dei risultati della sorveglianza sanitaria di primo livello il medico competente individui lavoratori con consumo di alcol a rischio o dannoso secondo la classificazione ICD-10 dovrà svolgere azioni di <i>counselling</i> e <i>brief intervention</i>, ed eventuale ravvicinamento della periodicità delle visite mediche; inoltre: controlli con etilometro a sorpresa, eventuale collaborazione con il medico di medicina generale ed altre figure specialistiche previa acquisizione di consenso informato. In caso di sospetta alcol dipendenza il medico competente invia il lavoratore al centro di consulenza alcolologica per la valutazione di secondo livello e formula un giudizio di temporanea di inidoneità lavorativa alla mansione specifica. Il centro di consulenza alcolologica adotterà un percorso diagnostico e terapeutico specifico finalizzato alla remissione dalla dipendenza. Solo in presenza di "dipendenza in remissione" certificata dal centro di alcolologia da almeno tre mesi (anche con l'utilizzo di disulfiram e/o la frequenza di gruppi di Auto-Aiuto) il medico competente potrà emettere un giudizio di idoneità alla mansione specifica per non oltre tre mesi con successiva rivalutazione da parte del medico competente stesso in base alla relazione dell'équipe alcolologica curante. Il monitoraggio da parte dell'équipe alcolologica continuerà fino al raggiungimento della remissione completa protratta di 12 mesi. Se in tale periodo vi è ricaduta nell'utilizzo di alcolici, ovvero non aderenza al programma, il medico dell'équipe alcolologica lo comunica in forma scritta al medico competente. I costi degli accertamenti effettuati dai centri di consulenza alcolologica sono a totale carico del Datore di Lavoro.</p>
Forze Armate	<p>Non esiste al momento una specifica disciplina sui controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro. Peraltro, non è stato fino ad oggi recepito il contenuto del Provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 2006. Per quanto attiene all'alcol-dipendenza, le attività svolte dalla sanità militare, al momento, sono tutte da ricondurre agli accertamenti a carattere medico-legale sull'idoneità al servizio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - in fase di selezione ai sensi dell'art. D.M. 04.04.2000 n. 114 <i>Regolamento recante norme in materia di accertamento dell'idoneità al servizio militare</i>; - sul personale in servizio laddove sussista un ragionevole dubbio. <p>Non esistono protocolli univoci per l'accertamento dello stato di alcol dipendenza. Per quanto riguarda il sistema sanzionatorio, il Codice Penale Militare di pace prevede all'art. 139 il reato di "ubriachezza in servizio":</p> <p><i>Il militare, che, in servizio, ovvero dopo di essere stato comandato per il servizio, è colto in stato di ubriachezza, volontaria o colposa, tale da escludere o menomare la sua capacità di prestarlo, è punito con la reclusione militare fino a sei mesi. Se il fatto è commesso dal comandante del reparto o da un militare preposto al servizio o capo di posto, la pena è della reclusione militare fino a un anno. Le stesse disposizioni si applicano, quando la capacità di prestare il servizio sia esclusa o menomata dall'azione di sostanze stupefacenti.</i></p>

quantità di alcol, anche prima dell'inizio dell'orario di lavoro. In tale fattispecie il datore di lavoro e i suoi collaboratori che partecipano all'attività di vigilanza – dirigenti e preposti – saranno tenuti ad *allontanare immediatamente* il lavoratore dalla mansione a rischio, per il tempo necessario a metabolizzare completamente l'alcol, anche qualora non vi siano evidenti segni di ebbrezza in quanto le condizioni personali possono costituire un rischio per se stesso e per gli altri.

L'obbligo di allontanamento del lavoratore, del resto, si rintraccia per il datore di lavoro e il dirigente nell'art. 18, c.1, lett. c, del D.Lgs. n.81/2008, in base al quale “*nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza*” e per il preposto nell'art. 19 dello stesso decreto.

Violazioni del lavoratore in materia di alcol e esercizio doveroso del potere disciplinare

Appare chiaro che il lavoratore che abusa dell'alcol ha violato anche il *dovere generale di sicurezza* sancito a suo carico dell'art. 20 del D.Lgs. n.81/2008, in ordine al rispetto delle norme di legge e le disposizioni aziendali in materia e, quindi la sua condotta è sanzionabile sia penalmente che disciplinarmente. In relazione a quest'ultimo profilo occorre osservare che gli *obblighi di obbedienza* e di *diligenza* previsti dall'art. 2104 c.c. racchiudono anche quello del rispetto delle norme di legge; secondo il principio generale la loro violazione, quindi, può dar luogo all'applicazione di *sanzioni disciplinari* secondo la gravità dell'infrazione (art. 2106 c.c.). Il datore di lavoro, pertanto, ha la facoltà di scegliere se sanzionare o meno il lavoratore, ma essendo le norme sulla sicurezza del lavoro di carattere *imperativo* e poste a tutela del diritto costituzionalmente garantito della salute (art. 32 e 41, 2° c., *Cost.*), l'esercizio del *potere disciplinare* diventa un dovere per il datore di lavoro, per evitare o aggravare la propria responsabilità nei confronti dei soggetti danneggiati (Artt. 2087, 1228, 2049 c.c.). Si parla, quindi, di *esercizio doveroso* del potere disciplinare che, invero, rappresenta una delle manifestazioni tipiche dell'attività di vigilanza (cfr. Cass. sez. IV pen. 10 marzo 1987; Cass. pen. 26 gennaio

1994 n.774) e come tale assoggettato sia ai vincoli procedurali previsti dall'art. 7 della legge n.300/1970 (c.d. *Statuto dei lavoratori*) che a quelli della contrattazione collettiva.

Invero, si tratta di limiti al potere datoriale posti a tutela del lavoratore come, ad esempio, l'affissione del codice di disciplina in un luogo accessibile a tutti, il riconoscimento del diritto alla difesa, l'applicazione di sanzioni conservative, etc. Secondo la giurisprudenza l'illecito disciplinare commesso dal lavoratore per violazione di un obbligo o di un divieto sanzionati anche penalmente, come appunto nel caso in esame, non presuppone, per l'infrazione della sanzione disciplinare, l'affissione del codice quando l'illiceità della violazione, per il contrasto con la coscienza comune, possa essere conosciuta ed apprezzata dal lavoratore senza bisogno di previo avviso da parte del datore di lavoro (Cass. sez. Lavoro, 28 settembre 2000, n. 12902).

Sanzioni conservative e informazione, formazione e sensibilizzazione

Rispetto alla condotta del lavoratore che assuma bevande alcoliche o rifiuti in modo ingiustificato di sottoporsi ai controlli alcolimetri, il datore di lavoro dovrà attivare (immediatamente) la procedura disciplinare dell'art. 7 della legge n.300/1970, irrogando una sanzione proporzionale alla gravità dell'infrazione commessa e che *non comporti mutamenti definitivi del rapporto di lavoro* (es. modifica delle mansioni o trasferimento - art. 2103 c.c.), come il rimprovero verbale, il richiamo scritto, la multa (non può essere disposta per un importo superiore a quattro ore della retribuzione base) e la sospensione dal servizio e dalla retribuzione per non più di dieci giorni.

Si osservi che il datore di lavoro non potrà in tali casi licenziare il lavoratore, salvo che ciò sia previsto dal contratto collettivo di lavoro o che, comunque, ricorrano i presupposti previsti dalla legge (art. 2119 c.c.; legge n.604/1966); a titolo esemplificato il CCNL *Industria metalmeccanica* prevede l'applicazione di una sanzione conservativa per il lavoratore che venga trovato in stato di manifesta ubriachezza, durante l'orario di lavoro (art. 9, sez. quarta, lett. f), mentre il CCNL *Industria gomma*

plastica prevede il provvedimento della multa o sospensione per il lavoratore che si trovi in stato di evidente ubriachezza (art. 54, lett. i). Analogamente il CCNL *Industria chimica* prevede che il datore di lavoro ha la facoltà di applicare la multa quando il lavoratore introduca bevande alcoliche senza averne avuto preventiva autorizzazione (art. 99, lett. e) oppure si trovi in stato di ubriachezza all'inizio o durante il lavoro (art. 99, lett. f); invece il CCNL *Terziario* prevede il provvedimento della sospensione dalla retribuzione e del servizio che si applica nei confronti del lavoratore che si presenti in servizio in stato di manifesta ubriachezza (art. 217).

L'autonomia collettiva, pertanto, risulta essere particolarmente garantista; tuttavia, la recidività della condotta, specie se associata a stati di ebbrezza, rappresenta un elemento che potrebbe legittimare il licenziamento. In tal senso giova richiamare la sentenza della S.C. di Cassazione sezione Lavoro 10 settembre 2010, n. 19361, che ha confermato la legittimità del licenziamento di un lavoratore trovato in stato di ebbrezza e destinatario di ben 12 precedenti disciplinari a suo carico; il licenziamento, quindi, è stato ritenuto assistito da giusta causa, in relazione alla gravità del fatto contestato anche in ordine alla recidiva.

Appare necessario, comunque, anche tenere presente due aspetti; il primo è che il riconoscimento al datore di lavoro del potere disciplinare non è meramente finalizzato a sanzionare il lavoratore che si è reso inadempiente violando questi specifici doveri, bensì ha come scopo quello di assicurare la *conservazione* e il *buon funzionamento* dell'organizzazione d'impresa. Sotto questo profilo, quindi, le sanzioni disciplinari devono avere una funzione essenzialmente *deterrente* e *rieducativa*. Pertanto, le tematiche relative ai rischi legati all'alcol devono essere trattate in occasione delle attività informative e formative (art. 36 e 37 del D.Lgs. n.81/2008) non solo dei lavoratori ma anche dei dirigenti e dei preposti, e costituire oggetto di sensibilizzazione continua in ambito aziendale.

Licenziamento e stato di dipendenza da alcol

In relazione poi allo stato di dipendenza da alcol la stessa S.C. di Cassazione sezione lavoro con la

sentenza del 26 maggio 2001, n. 7192, ha altresì precisato che nell'ambito del rapporto di lavoro subordinato, la *dipendenza da alcol* non è di per sé motivo sufficiente a far venire meno la fiducia del datore di lavoro, essendo necessario accertare di volta in volta la condotta del dipendente, nella concretezza dello svolgimento del rapporto, così come per ogni altro lavoratore, alla stregua degli ordinari criteri stabiliti dalla legge e dal contratto collettivo, al fine di valutare la legittimità o meno della sanzione irrogata.

Nel caso di specie la S.C. ha ritenuto legittimo il licenziamento irrogato ad un dipendente bancario in quanto è stato accertato che il provvedimento non era stato adottato per il fatto in sé della patologia da cui questi era affetto, ma per taluni comportamenti particolarmente gravi dello stesso dipendente che, ancorché favoriti dal suo stato psichico, avevano comportato discredito e disordine anche nei confronti della clientela, ritenendo così sussistente una responsabilità contrattuale. Al proposito, si veda anche Cass. sez. Lavoro 13 febbraio 1997, n.1314 (72).

LA POLITICA ANTI-ALCOL NEI LUOGHI DI LAVORO

Tolleranza zero o limitazione del rischio?

Come detto, i costi sociali e sanitari dell'alcol hanno motivato da tempo tutti i paesi progrediti a intraprendere azioni decise per il contrasto dell'abuso e della dipendenza da alcol, soprattutto nei luoghi di lavoro. Il nostro paese giunge buon ultimo a questo impegno, soprattutto in relazione ad esigenze internazionali, e senza avere sviluppato e condiviso le idee fondanti di un impegno di prevenzione.

La politica nei confronti del problema delle dipendenze nei luoghi di lavoro segue, nei diversi paesi, due filosofie contrapposte: la "tolleranza zero", una linea dura, secondo la quale il consumo di alcol e di droghe è vietato in modo assoluto e si mira alla punizione di coloro che infrangono il divieto; e la "limitazione del danno", basato sulla composizione e la definizione, caso per caso, di condizioni nelle quali sia minimo il danno per la salute del lavoratore e per l'incolumità di terzi.

Ciascuna opzione politica comporta benefici e costi sociali, che devono essere attentamente valutati. Qualunque sia la politica adottata, difatti, la distribuzione dei costi e dei benefici che da essa derivano è disomogenea tra i diversi attori sociali.

Il confronto fra i due principi della “tolleranza zero” e della “limitazione del danno” non può dirsi risolto. Le indicazioni alle quali abbiamo accennato da parte degli Organismi internazionali concordano nel descrivere gravità e dimensione dei problemi e anche nell’indicare le soluzioni, ma correttamente si astengono dall’indicare le modalità di implementazione attraverso cui questi obiettivi possono essere raggiunti. La scelta coattiva, o quella negoziale, sono squisitamente “politiche” nel senso più alto del termine: ciascuna società dovrebbe condividere le regole attraverso cui si deve poi sviluppare il confronto tra le parti sociali.

La scelta peggiore è quella di non scegliere. L’incertezza sulle “regole del gioco” mina alla radice la possibilità di fondare un sistema condiviso e, quindi, realmente applicato.

Nei paesi anglosassoni, cosiddetti di “Common Law”, lo Stato si limita a proporre, in una legge di carattere generale, i principi fondamentali dell’azione di contrasto, e a fornire gli strumenti applicabili a livello locale. Le singole comunità e le aziende hanno quindi la possibilità di sviluppare autonomamente linee di intervento, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi generali e di applicarle secondo il principio ispiratore della strategia nazionale (“tolleranza zero” o “limitazione del danno”).

Nei paesi mediterranei la necessità di regolamentare per legge non solo i principi, ma anche i processi e le procedure, limita fortemente l’autonomia delle comunità e delle aziende ed infrange sistematicamente il principio di sussidiarietà. Ciò che non è espressamente previsto dalla legge potrebbe non essere ammesso. E d’altro canto la legge, se si spinge a stabilire anche i dettagli e a sanzionarne l’inosservanza, finisce per dichiarare tutti colpevoli.

In Italia, la scelta di porre sotto l’egida del Diritto Penale tutto ciò che riguarda la prevenzione nei luoghi di lavoro è una ulteriore limitazione dell’autonomia locale, oltre che, secondo alcuni, una con-

traddizione dei principi del diritto (108). Ci sono forti dubbi che il tentativo di regolamentare secondo principi autoritari, propri del diritto penale, un metodo nato nei Paesi del Nord Europa con modalità orizzontali, partecipative e paritetiche, possa consentire all’Italia di applicare correttamente la Direttiva Quadro del 1989 e le successive Direttive europee su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. L’inestricabile intrigo tra norme nate con principi e finalità diverse rende molto difficile nel nostro paese la realizzazione di attività di sorveglianza sanitaria che abbiano al tempo stesso una giustificazione (o evidenza) scientifica ed una normativa. Se, in non pochi casi, sussiste l’obbligo di istituire comportamenti sanitari per rischi non più attuali, ma previsti per legge, è paradossalmente molto difficile sorvegliare rischi professionali rilevanti, ma non ancora normati. Mentre, difatti, la prima legge di recepimento delle Direttive europee, il D.Lgs 626/94, consentiva al datore di lavoro di inserire tutti i nuovi rischi professionali nella valutazione e renderne quindi obbligatoria la sorveglianza, il D.Lgs 81/08 nella attuale stesura modificata dal D.Lgs 106/2009, esplicitando all’art. 41 tutte le circostanze nelle quali può essere effettuata la sorveglianza sanitaria, di fatto esclude, secondo molti giuristi, la possibilità di estendere l’obbligo ai rischi professionali non previsti dalla legge, anche se sono rilevanti nell’attività specifica. Questa assurda situazione può essere aggirata, nell’assoluto rispetto della legge, solo prevedendo il rischio professionale nel Documento di Valutazione dei Rischi, ma senza stabilire l’obbligo di sorveglianza, e chiedendo ai lavoratori di sottoporsi volontariamente alla sorveglianza, mediante la richiesta di visita che è prevista al comma 2c dello stesso articolo 41. I medici competenti più attenti alla forma giuridica sono costretti a suggerire e a mettere in atto questa ampollosa procedura per rischi molto frequenti e diffusi, come l’esecuzione di movimenti ripetitivi, un rischio che è responsabile di numerose denunce di malattie professionali. È chiaro tuttavia che nulla di analogo può essere proposto per ciò che riguarda l’alcol.

Tutte le attività miranti alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro devono essere progettate e realizzate con il costante riferimento alle evidenze scientifi-

che e alle normative. Nel caso dell'alcol, i problemi maggiori derivano proprio dalle norme di riferimento. Nell'ambito del diritto penale occorre tenere conto della distinzione che i giuristi pongono tra cronicità e abitudine, dove per cronico si intende una modalità di assunzione tale per cui gli effetti si manifestano senza soluzioni di continuità temporale, determinando l'impossibilità per il soggetto di aderire coscientemente ad una diversa condotta, mentre l'utilizzo abituale presuppone una situazione a carattere episodico, ma reiterata, in cui gli effetti dell'assunzione lasciano al soggetto momenti di piena capacità di intendere e volere. Nel primo caso il diritto penale arriva a prevedere anche la non punibilità, mentre nel secondo si ha, viceversa, una aggravante (28). In questa situazione, la decisione del legislatore di delegare alle aziende il compito di applicare le misure di contrasto dell'uso di alcol e della dipendenza da alcolici appare per lo meno problematica. Anche perché manca tuttora, a livello nazionale, una chiara indicazione sull'atteggiamento da tenere verso le persone in condizione di dipendenza: ad una legislazione prevalentemente orientata alla limitazione del danno, in anni recenti si sono sovrapposte leggi che sembrano più ispirate al principio della "tolleranza zero".

I problemi aperti

Da quanto abbiamo visto, la normativa italiana sembra distinguere in modo netto il "controllo dell'assunzione di sostanze alcoliche" dalla "verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza"; in entrambi i casi, oggetto dei controlli sono i lavoratori che svolgono mansioni pericolose per terzi (raggruppati in uno specifico elenco) e responsabile dell'accertamento è il medico competente, mentre nella sola fattispecie del "controllo dell'assunzione di sostanze alcoliche" può essere coinvolto nella fase di verifica anche l'Organo di Vigilanza.

È stato osservato che il principio stesso di individuare per legge le categorie a rischio è criticabile. Se è vero, come è vero, che la finalità è la tutela della salute individuale e quella di terze persone, appare francamente incomprensibile il concetto stesso di tutela di categoria. L'intervento avrebbe dovuto essere radicalmente esteso a tutti i lavoro-

ri e non solo ad una parte di essi, per non cadere nell'errore di confondere la pur legittima facoltà di assumere sostanze alcoliche da parte del cittadino, con il necessario e imperativo obbligo di evitarlo quando lo stesso diviene lavoratore (28).

Già all'indomani delle disposizioni (157) che identificavano le categorie professionali "a rischio" per alcol è stato segnalato che la pratica della sorveglianza doveva risolvere numerosi problemi etico-deontologici, primi fra tutti quelli relativi al diverso approccio necessario per verificare l'uso acuto o quello cronico dell'alcol, e alla discrezionalità del medico nella scelta dei protocolli diagnostici, che può essere esercitata solo previo consenso informato del lavoratore (28).

L'obbligo per il medico competente di conciliare la propria posizione di garanzia nei confronti del lavoratore con la necessità di rendere conto al datore di lavoro del proprio operato e di quanto effettivamente riscontrato, si risolve con una scrupolosa attenzione ai principi di riservatezza e trasferimento dei soli giudizi di idoneità e dati anonimi collettivi (96). Analogamente, sembra auspicabile una politica condivisa per decidere se e in che misura il medico competente possa basare la propria opera su segnalazioni di comportamenti allarmanti relativi all'uso di alcol che potrebbero provenire da preposti, colleghi del lavoratore a rischio o dirigenti (93, 96). È in ogni caso utile e rispondente al principio di pubblicizzare la policy aziendale, condividere con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) o almeno rendere note in dettaglio le procedure adottate dal medico competente. Il medico competente dovrebbe altresì illustrare i principi sui quali sarà basata la sua valutazione sull'idoneità. Tale linea di condotta sarebbe particolarmente utile ove si intendesse attivare un modello organizzativo conforme alle indicazioni fornite dall'art 30 del Dlgs 81/2008 (SGSL, sistema di gestione dei rischi per la sicurezza).

Ora, fermo restando che il corredo clinico e sintomatologico che accompagna l'alcolismo è tale da pregiudicare molte attività lavorative e che le condizioni generali di salute rappresentano, insieme alla valutazione dello stato funzionale dell'organo bersaglio, specifico campo d'impegno del medico competente, la valutazione diretta e mirata delle si-

tuazioni richiamate dall'ordinamento effettuata dal medico competente, seppure in categorie specifiche di lavoratori, pone non pochi problemi etici e giuridici, col rischio di violare qualche norma ancora vigente (art. 5 della L. 300/1970) e di inficiare il già delicato rapporto tra il medico competente e il lavoratore.

Incomprensibile risulta la scelta del legislatore di non avere previsto, nell'ambito di una lotta globale al consumo di alcol negli ambienti di lavoro, di affidare compiti di vigilanza e controllo sull'uso/abuso di alcol al solo Organo di Vigilanza e funzioni prevenzionistiche e di promozione della salute al medico competente.

Le ragioni per una politica aziendale

Ad ogni modo, il luogo di lavoro costituisce un posto particolarmente favorevole per progetti, programmi o semplici azioni di promozione della salute. Se si vuole realizzare una azione efficace di contrasto dell'alcolismo, la prevenzione collettiva sulle condizioni di lavoro resta la priorità come per qualsiasi altra tematica di salute e sicurezza. Si può osservare infatti che determinate condizioni di lavoro hanno un'influenza sui comportamenti individuali rispetto all'alcol (e anche alle droghe o a sostanze legali con effetti psicotropici). La dipendenza dall'alcol ed altre sostanze può essere correlata con la pericolosità del lavoro (ad esempio, in edilizia), con l'angoscia creata da situazioni emozionali difficili (per esempio, in sanità), con la paura per l'occupazione (lavoro precario), con i turni notturni e l'isolamento, e con molte altre condizioni comuni nel mondo del lavoro. Ecco perché gli interventi di prevenzione dovrebbero essere associati a piani miranti a migliorare le condizioni di lavoro.

L'esigenza di definire a livello aziendale una strategia condivisa di contrasto della dipendenza da alcolici scaturisce, nel nostro paese, anche dalla necessità di colmare i vuoti che la pur corposa legislazione nazionale e locale tuttora presenta.

Il gruppo La.R.A., tramite il già citato Documento di Consenso del 2008 (93), ha puntualizzato il rilievo di una politica partecipativa ai fini del successo dei programmi per il contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro. Tale politica non si ri-

solve esclusivamente nell'esecuzione di controlli da parte del medico aziendale, ma necessita di una complessa serie di azioni formative e di trattamento e recupero, che si inseriscono in un globale sistema di gestione dei rischi (111). Al pari di altri rischi professionali, il rischio di dipendenza o di abuso di alcol deve essere quantificato, e devono essere predisposte le opportune misure di prevenzione. Solo in questa prospettiva i controlli medici acquisiscono il significato di miglioramento della sicurezza e di promozione della salute lavorativa.

Dopo che il Decreto 81/08 "Unico testo normativo in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori" ha stabilito, all'art. 41, comma 4, che le visite mediche preventive e periodiche che fanno parte della sorveglianza sanitaria "sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti", il D.Lgs 106/09 ha riconosciuto la necessità di ulteriori precisazioni legislative ed operative, dichiarando che: "Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-Regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza". Tale indicazione, peraltro, è ancora disattesa.

Nelle more di una definizione legislativa, sorge dunque il problema di definire una politica aziendale di contrasto delle dipendenze, anche al fine di preparare il campo ad interventi di sorveglianza che richiedono la massima cooperazione.

Nei paesi anglosassoni di Common Law la redazione di un documento scritto riguardante la policy aziendale è l'indispensabile premessa a qualunque azione sul tema dell'alcol. Una politica scritta non è da noi formalmente obbligatoria, tranne che in alcune Regioni (ad esempio la Lombardia) nelle quali essa è espressamente prevista dalle normative regionali per il contrasto delle dipendenze, che integrano il D.Lgs 81/08 ed hanno valore cogente; tuttavia dettagliare per iscritto quello che si intende fare è sempre consigliabile.

La redazione di una politica aziendale offre una serie di vantaggi (tabella 7): anzitutto quello di soddisfare il primo punto delle procedure di certificazione e delle indicazioni relative all'attuazione dei sistemi OSHA compatibili con i SGSL. Un

Tabella 7 - Vantaggi derivanti dalla redazione di un documento di "policy" aziendale sull'alcol

Table 7 - Advantages of drawing up a company policy on alcohol

Sistema di gestione (SGSL)	La policy aziendale è alla base dei sistemi di gestione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
Strategia generale	Indica le misure generali che l'azienda adotta per contrastare il consumo di alcolici
Informazione	Indica chiaramente ai lavoratori le cose da fare e da non fare
Procedure	Stabilisce il ruolo di dirigenti e preposti (supervisor) nelle attività di contrasto dell'alcol
Controlli	Indica modalità e finalità dei controlli e stabilisce le azioni conseguenti
Formazione	Organizza attività formative specifiche per dirigenti preposti e lavoratori
Assistenza e riabilitazione	Indica le possibilità di ricevere assistenza per i lavoratori con problemi alcol-correlati e le modalità per la ripresa delle attività lavorative critiche
Norme e sanzioni	Fornisce informazioni sulle leggi esistenti e sulle modalità attraverso cui queste saranno applicate
Sorveglianza Sanitaria	Stabilisce le modalità attraverso cui questa viene svolta, chi ne usufruisce, quali sono le azioni di promozione della salute e quali quelle obbligatorie
Responsabilità	Stabilisce competenze e responsabilità di tutte le figure: dirigenti e preposti, lavoratori, tecnici

punto fondamentale è poi quello di informare correttamente i lavoratori. La policy inoltre ha la funzione di dare indicazioni ai supervisor, che sono figure cruciali per l'applicazione della politica, e chiarire modalità e finalità dei controlli, risolvendo i conflitti di competenza. Una politica aziendale, scritta o no che sia, deve per prima cosa corrispondere alle richieste di legge, e colmarne le lacune, mirando a risolvere i punti lasciati indeterminati dalla legge, o nei quali è possibile incorrere in dilemmi etici, per il contrapporsi di legittimi interessi del lavoratore e del datore di lavoro. Dunque la politica deve essere ragionevole, chiara, completa e non equivoca; solo in tal modo essa può essere accettata. Naturalmente, essa deve prevedere le conseguenze per le violazioni, che saranno applicate in modo inderogabile, ed essere nota a tutti i lavoratori.

La Policy aziendale, in sintesi, risponde ad alcune domande elementari, come: quale è lo scopo dell'azione proposta? chi è interessato? quando si applica la politica? quali comportamenti sono proibiti? sono previsti controlli? quando? quali sono le conseguenze delle violazioni? quale assistenza è disponibile? a quali condizioni è previsto il rientro al lavoro? come si garantisce la riservatezza? e la co-

municazione? chi è responsabile dell'applicazione? E' necessario ricordare sempre che tutti i provvedimenti da adottare devono essere decisi prima dell'avvio delle azioni di contrasto.

È opportuno che il processo che porta alla redazione della politica aziendale sia di tipo partecipativo. Sarebbe auspicabile che tale politica nascesse per iniziativa dei lavoratori e delle loro organizzazioni, o che almeno nella sua elaborazione siano coinvolti, sin dall'inizio, gli RLS e tutte le figure-chiave della struttura produttiva. La mancanza di un chiaro riferimento di legge per molti degli aspetti critici che abbiamo sopra elencato fa sì che spesso non sia chiaro il percorso da seguire. Il metodo consigliato in questi casi è quello del consenso fra tutte le parti sociali. Al fine di favorire la formazione di una opinione condivisa, può essere usato il metodo Delphi (107) (tabella 8). Come è noto, tale metodo consiste nel consultare per iscritto anonimamente le figure chiave aziendali, opportunamente dopo una adeguata formazione sul tema. Le opinioni che ciascuno liberamente esprime sul tema oggetto dell'indagine vengono analizzate collettivamente ed espone nel corso di un incontro-dibattito sul tema. Si dà così atto delle posizioni prevalenti e si dà modo di confrontare le inevitabili

Tabella 8 - Fasi del metodo Delphi per la definizione di uno standard condiviso*Table 8 - Phases of Delphi method for defining a common standard*

n.	Fase	Descrizione
1	Preliminare	Il Medico Competente discute con la Direzione aziendale ed il RSPP gli aspetti legati all'abuso di alcol nell'azienda. Viene stilata una lista di figure-chiave o "stakeholders".
2	Illustrazione	Le tematiche vengono illustrate alle figure chiave nel corso di un incontro pubblico (workshop); al termine si distribuisce un questionario (ad esempio, il P.A.D.)
3	Analisi	I risultati del questionario sono analizzati statisticamente. Se tutti i risultati sono convergenti, si passa alla fase 6
4	Secondo incontro	Vengono esposti i risultati del questionario, sottolineando sia i punti sui quali vi è una larga convergenza, sia quelli più critici, che vengono discussi in modo approfondito; al termine si somministra di nuovo il questionario.
5	Seconda analisi	Se nella seconda analisi si registra convergenza su tutti i punti, si passa al punto 6; altrimenti si organizza un nuovo incontro (punto 4)
6	Consenso	Si registra convergenza delle figure chiave su tutti i punti; si può passare alla redazione della Policy aziendale condivisa.

differenziazioni. A questo punto si procede ad una nuova somministrazione di questionari. È evenienza frequente che chi aveva, in un primo tempo, indicato una opzione minoritaria o della quale era poco convinto, esprima nella seconda consultazione una opinione diversa, più meditata e conforme alla maggioranza. In questo modo il consenso si forma senza che nessuno si senta obbligato ad esprimere pubblicamente il suo parere o a seguire perveracemente le posizioni precedentemente annunciate.

Per la realizzazione di una politica su alcol e droghe, è stato proposto e validato il questionario sulle Politiche per Alcol e Droghe (P.A.D.)© (104). Questo strumento, pensato per consentire la formazione di un consenso con il metodo Delphi, fornisce materiale sufficiente per realizzare la prima stesura di un documento di policy aziendale su alcol e droghe e per approfondire, in successivi incontri, gli aspetti critici evidenziati. Il metodo è stato applicato con successo in diverse realtà operative (99, 129) e se ne raccomanda, pertanto, un uso estensivo in tutte le situazioni nelle quali sia necessario definire uno standard condiviso, anche al fine di poter poi verificare, nel tempo, l'efficacia degli interventi di promozione della salute che si vanno attuando.

Il questionario PAD© è riportato nella Appendice 1.

I PUNTI CRITICI DELLA POLITICA AZIENDALE

Lo scopo principale del questionario PAD© è giungere al consolidamento di una forte ed estesa volontà condivisa sulle modalità di superamento dei principali punti critici che riguardano le strategie di contrasto dell'alcol. Sinteticamente, questi punti si riferiscono al divieto di somministrazione, alle modalità di formazione/informazione, all'assistenza e recupero dei dipendenti, e alle modalità di effettuazione dei controlli.

Il divieto di somministrazione

Il primo atto per il contrasto dell'assunzione (anche occasionale) di alcol spetta quindi al Datore di Lavoro, che deve rendere effettivo il divieto di somministrazione di alcolici. Tale divieto prevede una serie di atti, quali:

- verificare che le bevande alcoliche (vino, birra ecc.) non siano somministrate dalle mense interne al personale che effettua lavorazioni a rischio per sé e per gli altri. Rimane controverso se possa essere consentita in tali esercizi la somministrazione di bevande alcoliche ad altri lavoratori non a rischio, o a clienti, ospiti, ecc. Una politica di "tolleranza zero" in realtà im-

porrebbe l'eliminazione totale degli alcolici, data la difficoltà di controllare un divieto selettivo. Si deve peraltro tenere presente che non è stata abrogata la disposizione secondo la quale, sia pure per i lavoratori non esposti a rischi per sé e per gli altri, vi è la possibilità di assumere modiche quantità di alcolici ai pasti nel locale refettorio o in mensa, del resto consentita anche dal DPR 303/56. Ed anche il codice etico di molte aziende prevede la liceità del consumo di alcolici in moderata quantità in occasione di feste aziendali, ricorrenze ecc.;

- nell'ipotesi di una politica di "tolleranza zero", è necessario anche verificare che gli esercizi commerciali autorizzati ad operare all'interno dell'azienda non vendano alcolici. In questo caso, difatti, risulta impossibile controllare che la vendita avvenga solo a lavoratori "non a rischio", ed uno dei presupposti della politica anti-alcol è appunto quella di limitare l'accessibilità dei prodotti alcolici. In questa prospettiva, dovrebbe essere evitato qualsiasi incentivo all'acquisto di alcolici da parte del personale, come ad esempio la possibilità di eseguire acquisti di alcolici a prezzi ridotti in rivendite aziendali;
- sempre nel caso di "tolleranza zero" occorre ottenere conferma, dai responsabili del servizio dietetico, che l'alcol nelle sue forme non è utilizzato in nessuno dei prodotti alimentari per i soggetti adibiti a mansioni "a rischio per sé e per gli altri"; ciò per evitare l'interferenza che alcuni cibi potrebbero esplicare sui successivi controlli;
- sarebbe necessario verificare che i distributori automatici di bevande e alimenti presenti all'interno dell'azienda escludano bevande alcoliche e alimenti contenenti alcol (es.: merendine, cioccolato o caramelle al liquore, ecc.), sempre per evitare l'interferenza con i controlli.

Inoltre è opportuna, per assicurare che il divieto sia effettivamente osservato, la realizzazione di procedure di controllo negli ambienti di lavoro. Tali procedure, che auspicabilmente dovrebbero essere concordate con i lavoratori o loro rappresentanti, ma in ogni caso devono essere adeguatamente pubblicizzate, richiedono una specifica formazione del-

le persone incaricate (dirigenti o preposti), che dovrebbero essere in grado di riconoscere i comportamenti a rischio e segnalarli riservatamente al servizio di sorveglianza sanitaria e alla dirigenza aziendale per l'adozione degli opportuni provvedimenti.

Formazione e informazione

Il secondo atto in ordine di tempo, ma probabilmente il primo in ordine di importanza, è la formazione e informazione sul tema specifico, che il Datore di Lavoro può affidare alle proprie strutture formative.

In particolare i lavoratori adibiti a mansioni rischiose devono essere informati del fatto che non è consentito consumare alcolici durante i pasti se nelle ore successive si deve prestare servizio. Questi lavoratori non possono usare alcolici neppure nel corso di festiciole aziendali, né assumere sul lavoro cibi che contengono alcol (cioccolatini ripieni, ecc.). Devono anche sapere che una bevuta molto abbondante la notte precedente può determinare una persistente positività dei test per l'alcol al mattino successivo, e deve quindi essere evitata. Devono essere informati del fatto che portare con sé sul posto di lavoro bevande alcoliche, o prodotti che contengono alcol, sarà considerata una violazione della politica aziendale di contrasto delle dipendenze e conseguentemente punita. Dovranno essere anche informati del fatto che è facoltà dell'azienda effettuare controlli, e che il possesso di bevande alcoliche sarà punito. E' appena il caso di ricordare che questo specifico aspetto contrasta con l'abitudine a ricevere in regalo alcolici e superalcolici, che correntemente vengono recapitati direttamente in azienda; questa abitudine è evidentemente in contrasto con la politica anti-alcol.

I dirigenti e preposti devono essere oggetto di una formazione specifica, con obiettivi più ampi. Oltre ad essere informati sugli effetti e danni dell'alcol e sulle motivazioni della politica aziendale, costoro sono infatti interessati alla identificazione dei comportamenti dissonanti con la politica aziendale, e devono conseguentemente essere istruiti a riconoscere comportamenti di uso o abuso di alcolici. Devono inoltre essere specificamente formati sulle modalità di approccio ai soggetti dei quali si

sospetti l'uso di alcolici, al fine di convincerli a richiedere aiuto ai servizi di assistenza.

La formazione deve fornire, tanto ai lavoratori che a dirigenti e preposti, tutte le indicazioni circa i controlli che saranno effettuati ed i provvedimenti che saranno presi in caso di positività. Si devono inoltre fornire indicazioni chiare ed efficaci sui servizi assistenziali disponibili per i casi di abuso, e deve essere chiarito che nessun provvedimento punitivo o discriminatorio sarà adottato contro chi si sottopone volontariamente a tali trattamenti.

Assistenza e recupero

Questo ultimo punto indica il coinvolgimento del Datore di Lavoro in un'altra rilevante incombenza, che è il terzo atto della politica anti-alcol ma è di fatto quella che determina il successo o l'insuccesso della politica: la predisposizione di servizi di assistenza efficienti, accessibili e che garantiscono l'indispensabile riservatezza. Il lavoratore deve essere incoraggiato a rivolgersi a tali servizi prima che l'espletamento di controlli sul luogo di lavoro ne riveli la positività, perché in tale caso sarà inevitabile l'applicazione di sanzioni. Al contrario, il lavoratore che si rivolge spontaneamente ai servizi dovrà essere escluso da provvedimenti disciplinari per tutta la durata di tale trattamento.

Nell'identificazione dei servizi e nella verifica della loro accessibilità, sarà determinante il contributo del medico competente.

L'elenco dei lavoratori con compiti critici

Una volta realizzate queste tre fasi della politica aziendale, il Datore di Lavoro (DDL), con il supporto del Servizio di Prevenzione e Protezione e, auspicabilmente, del Medico Competente, dovrà procedere all'identificazione nominativa dei lavoratori che svolgono mansioni per le quali l'uso di alcol anche occasionale può determinare condizioni di pericolo. Sulla base di questa valutazione del rischio, che come è noto è un dovere non delegabile del datore di lavoro, sarà redatto dal medico competente un piano sanitario, che dovrà comprendere gli opportuni controlli.

Gli adempimenti a carico del DDL sono riassunti nella tabella 9.

I TEST DIAGNOSTICI

L'aspetto più dibattuto ed estesamente affrontato dalle normative è quello dei controlli sui lavoratori. A ben riflettere, si tratta di un fatto paradossale, dato che l'esecuzione dei test di controllo è logica-

Tabella 9 - Adempimenti del Datore di Lavoro sul tema del contrasto all'uso di alcol nel luogo di lavoro

Table 9 - Obligations of employer regarding control of alcohol consumption at the workplace

Finalità	Azione
Valutazione del rischio	Analisi del rischio e definizione degli elenchi dei lavoratori impegnati in mansioni critiche per la salute e sicurezza di terzi.
Divieto di somministrazione	Eliminazione delle bevande alcoliche da mense, bar ed esercizi commerciali interni.
Controllo negli ambienti di lavoro	Procedure di verifica, auspicabilmente partecipative, affidate a dirigenti e preposti formati e nominati, per l'identificazione di comportamenti a rischio.
Formazione e informazione	Pubblicizzazione della policy aziendale. Informazione sulle modalità di controllo adottate e sulle sanzioni. Formazione continua di dirigenti, preposti e lavoratori sul rischio alcol e le modalità di prevenzione e contrasto adottate nell'azienda.
Recupero	Modalità di assistenza dei lavoratori con problemi.
Controllo sanitario dei lavoratori	Affidamento dei controlli al Medico Competente o all'Organo di Vigilanza.
Promozione della salute	Finanziamento di programmi finalizzati al cambiamento delle abitudini alcoliche dei lavoratori e alla riduzione degli eventi alcol-correlati.

mente l'ultimo degli atti di una azione di contrasto, finalizzato sostanzialmente solo a verificare l'adesione dei lavoratori alle politiche anti-alcol.

Tasso alcolemico

La verifica del consumo di bevande a contenuto alcolico è effettuabile mediante misurazione del tasso alcolemico. Questa valutazione analitica può essere condotta mediante la determinazione dell'alcol etilico nell'aria espirata per mezzo di un etilometro, ovvero mediante prelievo ematico e successiva determinazione quantitativa di etanolo nel sangue.

La determinazione quantitativa di etanolo nel sangue intero mediante tecnica gascromatografica in spazio di testa (HS-GC) (86; 134), accoppiata ad una metodica di rivelazione con ionizzazione in fiamma (FID) (86) ovvero con spettrometro di massa (MS) (134) permette la produzione di un risultato del tutto attendibile dal punto di vista della sensibilità e della specificità diagnostica e pertanto utile per produrre un rapporto analitico con valenza medico-legale o amministrativa. Di contro l'analisi del sangue prevede un prelievo invasivo e che non può prescindere dal consenso firmato da parte del lavoratore.

Poiché l'alcol presente nel sangue viene emesso con l'aria espirata, la misurazione dell'alcol nell'espirato può fornire una stima del valore dell'alcolemia. La misurazione della concentrazione dell'alcol espirato (breath alcohol concentration, BrAC), è relativamente semplice e non invasiva, per cui essa viene usata in molti paesi in Europa e Nord America per valutare l'adesione dei guidatori ai divieti previsti per gli alcolici.

Il maggior vantaggio dell'uso dell'etilometro consiste nella non invasività del test e dell'imme-

diatezza del risultato analitico. Vale sottolineare che solo gli etilometri omologati e certificati possono essere utilizzati per questi tipi di analisi sui guidatori. Ad oggi in Italia le apparecchiature che hanno trovato maggior impiego per i test su strada, sono il Drager 7110 MKIII e l'Intoxilyzer 8000.

L'analisi con etilometro si fonda sull'applicazione di un fattore di conversione medio tra la quantità di alcol contenuta in 2100 cc di aria espirata che è equivalente alla concentrazione di etanolo in un millilitro di sangue (78, 80). Questo fattore di conversione rappresenta un valore medio la cui dispersione è ricompresa in un ampio intervallo (da circa 1500 a circa 3500).

Il superamento della soglia di alcol nell'espirato determina, in tutti i paesi, l'applicazione di sanzioni particolarmente pesanti. Data appunto la gravità delle sanzioni previste per la condanna, si deve dimostrare che il sistema di rilevazione sia adatto allo scopo. Ciò è altrettanto vero per i controlli previsti sui luoghi di lavoro.

La variabilità biologica dell'esame ha varie componenti, tra le quali, oltre alla variazione "vera" del livello di alcol (che comunque oscilla nel tempo) e alla variabilità determinata dalla modalità di esecuzione (inspirazione di una maggiore o minore quantità di aria, presenza di muco nelle vie respiratorie ecc.), nonché delle possibilità di errore, dovute alla presenza di altri elementi che reagiscono come farebbe l'alcol etilico (ad esempio, in coloro che seguono una dieta ipocalorica (81), oppure nel corso di altre patologie accompagnate da acetonemia, come diabete mellito scompensato, stati febbrili con digiuno, digiuno in alcuni trattamenti dimagranti...). Infine, bisogna tenere conto della variabilità analitica dello strumento. La variabilità analitica dipende dal tipo di tecnologia dello strumento. Ad esempio, i più economici sensori a semiconduttore,

Tabella 10 - Fattori di variabilità dell'alcol-test

Table 10 - Variability factors of alcohol test

Quantità di alcol assunto	Variazione del livello di alcol in funzione del tempo
Fattori di campionamento	Profondità della respirazione Presenza di muco, ostacoli dello scambio alveolo-capillare
Contaminanti	Acetonemia (diete ipocaloriche, diabete mellito scompensato, stati febbrili, anoressia)
Variabilità analitica	Dipende dal tipo di strumento

se di ottima qualità, raggiungono una precisione di circa il 10%. I sensori elettrochimici hanno una precisione compresa tra il 4% e l'8%. Gli etilometri omologati come strumento probatorio dal Ministro dei Trasporti e in dotazione alle forze dell'ordine sono accreditati di una precisione maggiore, dell'ordine del 2-3%. Poiché la variazione può essere in più o in meno, tra due misurazioni dello stesso campione ci può essere uno scarto del 5%. Le condizioni di impiego degli etilometri possono ulteriormente influire, aumentando la variabilità e quindi causando maggiori errori di sovra o sottostima dei valori di concentrazioni di alcol etilico.

Stabilire se le misure che utilizziamo sono precise è indispensabile, prima di poter prendere rilevanti decisioni legali sulla base dei valori ottenuti. Ciò è particolarmente vero in medicina forense per la misurazione dell'alcol (60, 63). Gullberg indica come il dato analitico che mostra un BrAC pari a 1.0 possa essere compatibile con un valore "vero" collocato sia al di sopra, che al di sotto della soglia di 0.8, in funzione di quelli che sono gli intervalli di variazione della determinazione stessa (54, 55). Ciò dimostra l'importanza in campo medico-legale di fornire gli intervalli di variabilità della stima insieme con il valore rilevato. Lo stesso autore osserva che "sfortunatamente, pochi sono in grado di documentare chiaramente l'incertezza della misura" e, poiché "sia gli avvocati della difesa che l'accusa ed i giudici e le giurie non hanno una formazione scientifica specifica sull'argomento, essi accettano ingenuamente i risultati misurati come certi". L'argomento dell'incertezza di misurazione è stato preso in considerazione solo in poche occasioni dalle corti statunitensi.

Le principali componenti che contribuiscono all'incertezza comprendono: (1) il campionamento; (2) l'analisi e (3) la tracciabilità. Il misurando è l'alcol (etanolo) nel tratto finale del respiro in un atto espiratorio continuo. Gli etilometri sono costruiti in modo da ottenere questo campione anche in presenza di un minimo volume, tasso di flusso e tempo di espirazione. Ci sono alcune fonti di variazione biologica, come ad esempio: il tipo di respirazione che il soggetto aveva prima dello sforzo espiratorio, la temperatura, il flusso, il volume, la capacità vitale forzata, il tempo di espirazione, la frazio-

ne alveolare ecc. Generalmente, la componente biologica è quella che contribuisce maggiormente all'incertezza della determinazione. La componente analitica include un sistema ottico (generalmente spettrometria all'infrarosso), parti elettroniche, programmi software, ecc. L'operatore può contribuire sia alla variabilità biologica che a quella analitica, in funzione della sua formazione, esperienza, delle istruzioni che egli dà al soggetto, del grado di adesione al protocollo analitico, ecc. La tracciabilità di una misura contribuisce anch'essa alla variabilità. Essa aumenta all'aumentare dei passaggi cui è sottoposto il misurando.

Gli alcolimetri sono calibrati mediante simulatori contenenti una concentrazione nota di alcol in acqua, riscaldata ad una data temperatura; essi si basano sulla teoria di Henry sulla dinamica dei fluidi, ed applicano dati della letteratura. I simulatori contribuiscono all'incertezza analitica e a quella di tracciabilità a causa del loro sistema di riscaldamento, dei termometri e del sistema dei tubicini. Una perdita nel sistema o una irregolarità della temperatura possono influenzare l'incertezza analitica. Internamente lo strumento valuta la calibrazione applicando una equazione derivata dalla legge di Beer sull'assorbimento dell'energia radiante. La conseguente calibrazione è verificata sulla base della successiva misurazione di alcuni standard del simulatore a diverse concentrazioni per verificare la linearità della risposta. La catena di tracciabilità combina i livelli di incertezza registrati a ciascun livello; la stima finale del livello di BrAC è basata sull'errore sistematico di tutte le fasi precedenti. La variabilità aumenta significativamente alle concentrazioni più alte di BrAC.

La letteratura indica che, poiché i protocolli di indagine e i dati analitici variano in modo rilevante tra una giurisdizione e l'altra, in ciascun caso specifico dovrebbe essere determinato l'intervallo di variazione della misura. La probabilità che la BrAC misurata abbia veramente superato il limite critico dovrebbe essere stabilito caso per caso. Il contributo relativo delle varie componenti all'incertezza totale è da attribuire in primo luogo (73%) alla componente biologica e di campionamento, mentre la variabilità dovuta alle fasi analitica e alla tracciabilità influiscono ciascuna per il 10-15% e quindi

complessivamente per meno di un terzo dell'incertezza. La prima causa di errore è dovuta alla respirazione del soggetto esaminato. Esiste una ampia variabilità tra individui nell'espiazione e ciò è un problema per la qualità del campionamento. Tale variabilità aumenta quando si devono testare individui intossicati. L'operatore che effettua il prelievo di solito contribuisce alla variabilità biologica, attraverso le istruzioni fornite al soggetto da esaminare. Per ridurre la variabilità, sono consigliati una serie di provvedimenti (tabella 11).

In alcuni paesi, come in Italia, per tenere conto della variabilità dei test, nei controlli stradali si ricorre ad un doppio campionamento. I due sforzi espiratori sono intervallati tipicamente tra loro di 2-5 minuti. Nella maggior parte dei casi, quando il test è eseguito correttamente e tutti i fattori di incertezza sopra riportati sono ridotti al minimo, le due rilevazioni differiscono solo nell'ultima cifra. Nelle medicina forense statunitense, le due rilevazioni sono accettate quando esse differiscono al massimo di due unità, o del 10% della media (53).

A quanto detto si aggiunge il fatto che il vecchio modello teorico, che assume che la concentrazione di alcol nell'espiazione terminale sia strettamente correlata con la concentrazione di alcol nell'aria alveolare, non è più accettabile. Un certo numero di ricerche sperimentali e di modelli matematici hanno rivalutato i processi di scambio polmonare per l'alcol etilico, che risultano più complessi di quel che si credeva. Gli studi dimostrano la presenza di scambi dinamici di alcol con il tessuto alveolare che avvengono sia durante l'inspirazione che l'espiazione; la presenza di questi scambi rende impossibile ritenere che la concentrazione buccale

di alcol sia costantemente in equilibrio con quella alveolare (64).

Gli altri test diagnostici per il consumo recente di alcol etilico

Sebbene la normativa non preveda la verifica di un consumo recente di bevande alcoliche o superalcoliche, l'analisi di metaboliti diretti di etanolo nell'urina, quali l'etilglucuronato (EtG) e l'etilsolfato (EtS), potrebbe essere una valida alternativa ad indagini invasive come il prelievo ematico (56, 154; 155; 182). L'EtG è una molecola non volatile, polare, relativamente stabile, formata dalla coniugazione dell'etanolo con l'acido glucuronico con la mediazione delle UDP-glucuronil transferasi (UGT), una famiglia di enzimi altamente polimorfici. L'EtS è formato dal trasferimento di un gruppo solforico dalla 3'-fosfoadenosina-5'-fosfosolfato all'etanolo dalla famiglia di solfotrasferasi (SULT), anch'esse caratterizzate da un elevato polimorfismo. Le metodiche cromatografiche sono ancora una volta le procedure analitiche d'elezione per produrre un dato con valenza amministrativa/medico-legale (155); è comunque importante sottolineare che ad oggi sono presenti sul mercato diversi metodi sia di tipo immunoenzimatico (21), sia con tecnica ELISA (217), in grado di identificare la presenza di EtG nell'urina e che possono essere efficacemente utilizzati quali procedure di screening. Di contro vale sottolineare che queste due molecole permangono nella matrice urinaria a lungo (fino ad 80 ore l'EtG, fino a 30 ore l'EtS) (56). Pertanto l'utilizzo di questi marcatori non può prescindere da una corretta definizione del

Tabella 11 - Provvedimenti da adottare per ridurre la variabilità degli alcol-test

Table 11 - Measures to be taken to reduce variability of alcohol test

-
- (1) Migliorare le istruzioni fornite ai soggetti.
 - (2) Modificare i parametri richiesti dall'etilometro per l'esecuzione del test, così che essi rispondano solo dopo una espiazione massimale e non, come attualmente accade, anche dopo espiazioni incomplete
 - (3) Utilizzare parametri di campionamento aggiustabili in ciascun soggetto sulla base dell'età, del genere, dello stato di salute ecc.
 - (4) Effettuare lo sforzo espiratorio in posizione seduta.
 - (5) Integrare i valori di concentrazione misurabili durante tutta l'espiazione.
-

momento del prelievo, che dovrebbe essere condotto alla fine della giornata lavorativa, e ancora di più, dall'individuazione del più adeguato cut-off per questa fattispecie, di modo da evitare situazioni di false positività dovute all'assunzione di bevande alcoliche fuori dall'orario lavorativo.

Test per Alcol-dipendenza

È bene ricordare che la diagnosi di "alcol-dipendenza", essendo fondata su criteri clinici, non può derivare automaticamente da un metodo analitico-strumentale. Il medico competente ha comunque la facoltà di monitorare e di diagnosticare un consumo cronico eccessivo di bevande alcoliche e decidere di rilasciare l'idoneità all'attività lavorativa in questione, anche usufruendo di analisi chimico-tossicologiche.

In accordo con l'Organizzazione Mondiale della Salute e la letteratura di merito, si trova in una situazione di rischio colui che assume una quantità giornaliera di etanolo superiore ai 60 grammi (165). Attualmente due marcatori biochimici sono largamente utilizzati per la diagnosi di abuso cronico di alcol; si tratta della transferrina carboidrato carente o transferrina desialata (CDT) misurata nel siero, e dell'EtG nei capelli. La CDT è una glicoproteina prodotta dal fegato e deputata al trasporto del ferro. Essa si struttura a diversi stati di glicosilazione ed è noto come, in conseguenza ad un abuso cronico di alcol, superiore a 50-80 grammi al giorno, si osservi un anormale aumento della concentrazione delle isoforme desialate. Tale incremento sembra essere correlato all'inibizione delle glicosil-trasferasi da parte dell'acetaldeide, principale metabolita dell'etanolo. Esistono diversi valori di cut-off (1,8-2,5%) che vengono quotidianamente utilizzati per questo marcatore; le differenze risiedono sia nelle diverse metodologie attuate in laboratorio, sia nei diversi metodi di calcolo della percentuale di isoforme desialate (19, 20, 190).

Diversi studi hanno valutato la sensibilità e la specificità diagnostica dell'EtG nei capelli per discriminare un consumo moderato (inferiore a 30 g/die) da un consumo considerato a rischio di alcol (132; 133; 156). Un gruppo di esperti in materia si è riunito a Roma nel 2009, in occasione dell'annua-

le convegno della Society of Hair Testing (SoHT), e ha elaborato un *consensus* per definire le procedure analitiche e i cut-off per l'EtG nei capelli (82); i valori ivi definiti sono stati ribaditi nel corso del convegno SoHT del 2011 svoltosi a Chamonix: il cut-off per l'EtG nei capelli, prelevati nella zona nucale, e di lunghezza compresa tra i 3 e i 6 cm, è pari a 30 pg/mg. L'incorporazione dell'EtG nei capelli non è influenzata dal contenuto di melanina della matrice cheratinica. I capelli non devono aver subito trattamenti cosmetici, in particolar modo decoloranti, in quanto si è visto che la decolorazione può eliminare/idrolizzare l'EtG presente nella matrice cheratinica. È sconsigliato analizzare un segmento di capelli più corto di 2/3 cm.

COME USARE I TEST NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Prima ancora che alle disposizioni emanate dai diversi organismi e non sempre in armonia tra loro, l'azione del medico del lavoro deve obbedire ai principi etici della propria disciplina. Si deve ricordare, al proposito, che l'attività di controllo dell'assunzione di alcolici non rientra tra le numerose attività di medicina del lavoro definite dall'ILO-WHO nel 1950, più volte aggiornate e comprese dal Codice etico ICOH per gli operatori della prevenzione (74).

La consegna di un verbale contenente l'esito dell'accertamento alcolimetrico (positivo/negativo) al datore di lavoro o al dirigente è in contrasto con il codice ICOH che al punto 10 stabilisce: *"I risultati degli accertamenti previsti da leggi o regolamenti nazionali devono essere trasmessi alla direzione esclusivamente in termini di idoneità al lavoro specifico o di limitazioni necessarie dal punto di vista medico nell'assegnazione ad una mansione o nell'esposizione a fattori di rischio..."* Ancora più grave sarebbe la trasmissione di informazioni circa un eventuale stato di alcol-dipendenza, una condizione morbosa sulla quale il medico competente, come qualunque medico, deve osservare il più scrupoloso segreto.

Tutto il materiale sanitario è sottoposto a segreto professionale. Ciò è ricordato dal codice etico all'art. 21: *"I dati sanitari individuali e i risultati degli accertamenti sanitari devono essere registrati in cartelle"*

sanitarie riservate, che vanno conservate sotto la responsabilità del medico del lavoro o del personale paramedico competente. L'accesso alla cartella sanitaria, la sua trasmissione o rilascio sono regolamentati da leggi o norme nazionali sulla documentazione medica, ove esse siano presenti, e dai codici di etica nazionali per operatori sanitari e medici curanti. Le informazioni contenute nella cartella sanitaria possono essere usate solo al fine di tutelare la salute sul luogo di lavoro".

Con specifico riferimento alla tutela dei terzi, il Codice ICOH prevede all'art. 11 che solo *"Nel caso di circostanze particolarmente pericolose, occorre informare la direzione e, se previsto dai regolamenti nazionali, anche le autorità competenti devono essere informate sulle misure necessarie a salvaguardare i terzi."* Spetta quindi al medico competente valutare, caso per caso, se la situazione sia talmente pericolosa da consentire, o meglio da obbligare, l'infrazione del segreto professionale. È necessario che il medico basi tale decisione non soltanto su un risultato analitico (soprattutto se esso è raccolto con strumenti che non hanno validità in campo medico-legale), ma su una ferma convinzione clinica. La presenza di alcol nell'espriato a livelli appena superiori allo zero non può essere considerato una condizione particolarmente pericolosa, e quindi questo dato non può assolutamente essere trasmesso alla direzione aziendale. Al contrario, una diagnosi di alcol-dipendenza deve indurre non solo ad esprimere un giudizio di inidoneità temporanea fino alla completa guarigione, ma anche a trasmettere il dato agli organismi competenti per la sospensione della licenza di guida o del porto d'armi.

Sempre all'art. 11 il codice ICOH specifica che, nell'eventualità di essere costretti a derogare al segreto professionale per motivi di tutela dei terzi, *"Nel fornire le informazioni, gli OML (operatori di medicina del lavoro) dovranno cercare un compromesso tra l'impiego del lavoratore interessato e la sicurezza e la salute di coloro che ne potrebbero venire danneggiati"*. Più che il termine "compromesso" che compare nella versione italiana del Documento; qui si sarebbe dovuto usare il termine "conciliazione". Il diritto alla salute del lavoratore e dei terzi, il diritto al lavoro e quello alla tutela dei dati personali sono tutti eticamente fondati e costituzionalmente garantiti. Definire procedure in grado di affrontare i

dilemmi etici è uno dei compiti più delicati della prevenzione e anche requisito di accreditamento delle strutture sanitarie.

È appena il caso di ricordare che, come stabilisce il codice al punto 8, *"La sorveglianza sanitaria deve essere effettuata con il consenso informato dei lavoratori. Le conseguenze potenzialmente positive e negative della partecipazione a programmi di monitoraggio o di sorveglianza sanitaria dovranno venire messe in discussione come parte essenziale del processo di consenso"*. Ribadiamo solo che l'assenza del consenso preventivo ad accertamenti tossicologici sarebbe motivo sufficienti per inficiare il dato raccolto.

Gli operatori sanitari sono eticamente vincolati non solo ad adottare pratiche conformi ai principi etici, ma anche a denunciare le procedure scorrette. All'Art. 24 è affermato che: *"Gli OML dovranno collaborare con gli altri operatori sanitari per garantire la riservatezza dei dati medico-sanitari riguardanti i lavoratori. Gli OML devono identificare, valutare e segnalare a chi di competenza eventuali procedure o pratiche che siano a loro parere contrarie ai principi di etica articolati in questo Codice e informarne, se necessario, l'autorità competente, in particolare, i casi di uso improprio o di abuso dei dati di salute sul luogo di lavoro, di occultamento od omissione di nuove informazioni, di violazione della riservatezza medica o di insufficiente tutela dell'archivio sanitario soprattutto per quanto riguarda le informazioni soprattutto informatizzate"*. Da questo articolo deriva non solo l'obbligo, per ciascun medico competente, di verificare costantemente il grado di sicurezza degli archivi sanitari, ma anche quella di denunciare le procedure o pratiche contrarie ai principi di etica e di riservatezza. È evidente quindi che le disposizioni e linee-guida che prevedano la trasmissione di informazioni sanitarie al datore di lavoro sono in contrasto con il Codice Etico e, quindi, da rigettare.

Come usare i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro

Date le incertezze normative, delle quali abbiamo dato ampiamente conto, e i limiti delle indagini tossicologiche, non sorprende che l'applicazione pratica dei controlli nei luoghi di lavoro determini diverse criticità.

Per una più efficace azione deterrente, i controlli alcolimetrici dovrebbero essere eseguiti a sorpresa, su tutti i lavoratori impegnati in mansioni critiche. L'etilometro deve consentire la registrazione immediata della lettura e deve, naturalmente, garantire condizioni di assoluta igiene. Gli etilometri dovrebbero essere approvati dal Ministero della Salute, previo parere dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ed essere conformi alle Direttive UE. Spesso tuttavia i servizi di sorveglianza sanitaria non dispongono di uno strumento con tali caratteristiche e in moltissimi casi esso non è disponibile neppure presso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL. L'uso di dispositivi non omologati, del tipo di quelli utilizzati dalle Forze di Polizia come "precursore" del controllo vero e proprio, non fornisce risultati validi sotto il profilo medico legale e può quindi essere utilizzato dal medico competente solo come uno strumento per la formazione del proprio giudizio di idoneità, alla stregua di uno sfigmomanometro o di un fonendoscopio. Il risultato deve essere registrato nella cartella sanitaria e di rischio e si può chiedere al lavoratore di controfirmare per presa visione, ma in un eventuale giudizio esso avrebbe solo il significato di documentare la procedura seguita, non la sua validità.

È possibile postulare che, data la frequenza di falsi positivi nei test alcolimetrici sull'aria espirata, il programma di sorveglianza sanitaria debba prevedere la possibilità di un test di conferma volontario, mediante prelievo ematico da eseguire in stretta prossimità temporale del test sull'espriato e da sottoporre ad analisi gascromatografica. Tale procedura potrebbe peraltro contrastare con il parere del garante della Privacy che ha sottolineato la necessità di evitare pratiche non rispettose del principio di proporzionalità rispetto alle finalità dell'esame. Il Garante ha considerato (sia pure in tema di droghe, ma il tema è assimilabile) come debba "risultare evidente che questo tipo di esami (successivi alla visita medica) vanno eseguiti solo quando ci si trovi in presenza di sintomi di una "dipendenza"... non solo di un loro uso, magari occasionale"... "Vanno evitati accertamenti generalizzati e non motivati. E i risultati degli esami devono essere utilizzati esclusivamente per le finalità di sicurezza della collettività". Si tratta di una posizione conforme con il Codice etico ICOH

che, al punto 12, stabilisce che "Si potrà prescrivere un esame invasivo o che comporta dei rischi per la salute del lavoratore solo dopo averne attentamente valutato vantaggi e svantaggi per lo stesso. Tale esame è condizionato al consenso informato del lavoratore e dovrà essere eseguito secondo i più elevati standard professionali. Non è giustificato né per motivi assicurativi né sulla base di richieste d'indennizzo".

La positività del test alcolimetrico richiede in ogni caso l'immediata sospensione dell'attività lavorativa pericolosa, per temporanea inidoneità assoluta. Se il test è stato eseguito a sorpresa, e quindi al di fuori della programmata sorveglianza sanitaria periodica, si dovrebbe inviare il lavoratore al medico competente per una verifica dell'idoneità al lavoro. Su questo punto non vi è peraltro unanimità di pareri, essendo la visita medica al di fuori dei limiti temporali previsti dal documento di valutazione dei rischi-DVR e dalla periodicità stabilita dal MC, possibile solo, secondo alcuni giuristi, su richiesta espressa del lavoratore o al rientro dopo malattia. Tuttavia vi sono anche aspetti innovativi sotto il profilo giuridico che devono essere considerati. Infatti, secondo una sentenza della Cassazione (sez penale - Sentenza n. 24290/05), gli accertamenti sanitari periodici di cui all'art. 16 DLgs 626/94 (ed evidentemente quelli correlati del D.Lgs 81/2008), non sono solo quelli per così dire "programmati" e cioè effettuati in date prefissate, con una frequenza prestabilita, ma "tutti quelli effettuati anche in momenti diversi da quelli programmati, quando il Medico Competente o il datore di lavoro o il lavoratore stesso ne ravvisino la necessità, essendosi ad esempio verificato un qualche accadimento che imponga di verificare lo stato di salute del lavoratore ed effettuare un giudizio formale sulla sua idoneità alla mansione specifica cui è adibito". Questo giudizio emesso nel 2005 ribadiva il concetto che, secondo la Suprema Corte, quando insorgono aspetti nuovi rispetto alle condizioni di salute (o di rischio) del lavoratore non solo il lavoratore ma anche il Medico Competente e il datore di lavoro dovrebbero attivarsi al fine di verificare lo stato di salute del lavoratore ed ottenere un giudizio di idoneità alla mansione specifica superando la rigidità dell'articolato in precedenza previsto. Poiché tale interpretazione contrasta però con precedenti valutazioni espresse

negli anni '90 in senso contrario, ne consegue la necessità di chiarire anche attraverso ulteriori indicazioni regionali o interPELLI se potrà proprio essere il Medico Competente in alternativa o in aggiunta al Servizio Pubblico (art.5 Legge 300) a definire l'espressione di una temporanea inidoneità in casi di ebbrezza alcolica.

Inoltre è necessario (e obbligatorio per i medici che rivestono la qualifica di Pubblico Ufficiale) segnalare il reperto alle autorità per la sanzione amministrativa prevista dalla legge e, nel caso di autisti, per i provvedimenti relativi alla patente di guida.

L'esecuzione di un test relativamente semplice, come il controllo alcolimetrico sull'aria espirata, richiede in ogni caso il rispetto di una serie di condizioni ambientali e organizzative. Il luogo dell'accertamento deve essere organizzato in modo che sia consentita la necessaria riservatezza. I risultati del test devono essere documentati, consegnati in copia al lavoratore e conservati con garanzia di riservatezza. Nel caso di prelievi ematici, deve essere garantita la catena di custodia.

Come usare gli altri test diagnostici nei luoghi di lavoro

La CDT rivela un consumo di alcol di 50-80 g di etanolo al giorno, equivalenti ad una bottiglia di vino a 11-13 gradi, per 2 settimane consecutive, con una normalizzazione dopo 2-4 settimane di astinenza (34). Confrontando i valori della CDT con le abitudini di alcol dichiarate da un gruppo di autisti di servizi tramviari si è confermato che il test ha una discreta sensibilità (90%) e specificità (98%), ma una bassa predittività positiva (45%); ne deriva che la positività di questo indicatore non può essere assunta come certezza d'abuso (45).

È stato osservato come il consumo di una bottiglia di vino, o di una quantità equivalente di alcol come quella sopra riportata e capace di alterare la CDT, se avviene al di fuori dell'orario di lavoro e nel rispetto dei tempi di latenza metabolica, sia assolutamente legittimo e non abbia conseguenza alcuna sull'efficienza lavorativa e neuropsicologica (28) e dunque potrebbe non essere lecito, ai sensi del Codice etico degli operatori di medicina del lavoro, inserire questo tipo di test in un programma

di sorveglianza sanitaria. Il Codice ICOH difatti stabilisce al punto 12 che: "*Gli OML non dovranno basarsi su esami o accertamenti non affidabili o con scarso valore predittivo in rapporto alle caratteristiche del lavoro svolto*". È noto inoltre che l'alterazione della CDT potrebbe essere causata da diverse terapie farmacologiche, nonché da condizioni morbose quali la sindrome CDG (Carbohydrate deficient glycoprotein), la cirrosi biliare primaria, le epatiti virali croniche, il carcinoma epatocellulare o alcune varianti genetiche (varianti genetiche D della transferrina). Di conseguenza, è assolutamente sconsigliabile un utilizzo isolato della sola CDT per la valutazione ed il monitoraggio di eventuali condotte di abuso cronico di sostanze alcoliche (18), ed appare questionabile il suo uso in assenza di dati anamnestici o clinici che facciano propendere per un sospetto di abuso.

Lo stato degli accertamenti in Italia

I relativamente pochi anni da quando i controlli per l'alcol sono diventati obbligatori in molti luoghi di lavoro in Italia fanno sì che gli studi pubblicati siano ancora pochi e talora di non elevata qualità. È quindi difficile valutare quale sia lo stato delle cose.

Un'indagine dell'organo di vigilanza eseguita su un piccolo numero di cantieri edili nel bellunese ha evidenziato positività dell'alcol-test nel 2.7% dei lavoratori, quasi sempre dopo la pausa pranzo e con valori solo eccezionalmente superiori ai limiti previsti per la guida di autoveicoli (120); molto più alta (34%) è risultata invece la frequenza delle positività post-prandiali nell'esperienza di un servizio di vigilanza lombardo (137). È possibile che, oltre ai diversi livelli di formazione e di responsabilità delle diverse popolazioni lavorative, anche le modalità di esecuzione delle due indagini e soprattutto il livello di "sorpresa" nell'esecuzione dei test abbia qualche influenza nella differenza.

In una casistica di conducenti addetti a trasporto pubblico su gomma e su rotaia i valori di CDT ematica sono risultati positivi nell'11% dei casi (18).

I medici competenti italiani hanno trasmesso nel 2013 e nel 2014 i dati aggregati, che comprendono

il numero di controlli per alcol-dipendenza effettuati in relazione ai diversi gruppi di lavoratori a rischio ed il loro risultato. Non è però ancora possibile conoscere questi dati.

Nell'insieme, lo stato dei controlli per alcol in Italia non è dei più incoraggianti. Una recente indagine dell'organo di vigilanza testimonia che nelle aziende di autotrasporto del Lazio il rischio alcol è uno dei meno sorvegliati: circa metà delle aziende esaminate non effettua controlli per l'alcol (119). Un altro recente studio ha dimostrato che oltre la metà dei lavoratori a rischio conosce in anticipo il momento dei test e che uno su cinque non ha mai fatto alcun controllo per alcol (176). La diffusa evasione degli obblighi, pure vigenti da molti anni, fa sì che non sempre l'Organo di Vigilanza provveda a sanzionarne l'inosservanza (119).

IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ

Il rilievo della positività del test alcolimetrico comporterà per il medico competente l'espressione di un giudizio basato su criteri non dissimili dalla metodologia valutativa dell'idoneità ai quali abitualmente fa riferimento. Infatti, tale positività non comporta necessariamente un giudizio di non idoneità permanente. Appare evidente, anzitutto, come un unico rilievo di positività del test alcolimetrico non consenta al medico competente di formulare una diagnosi circostanziata di "disturbo da uso di alcol", tranne casi – invero non usuali – nei quali siano immediatamente disponibili i necessari dati clinici integrativi. È dunque evidente che il medico competente, oltre a prevedere controlli a distanza ravvicinata, proporrà interventi finalizzati non solo alla diagnosi, ma anche alla prevenzione ed alla terapia, coinvolgendo altre figure professionali adeguate, come per esempio lo psicologo clinico.

Una volta formulata una diagnosi di disturbo da uso di alcol e stabilita l'entità del disturbo (lieve, moderato, severo), le azioni successive dovranno essere mirate alla specifica situazione clinica evidenziata.

Al proposito, comunque, bisogna sottolineare come la problematica dell'idoneità al lavoro correlata al disturbo da uso di alcol non rappresenti, a

ben vedere, un tema innovativo nella pratica clinica del medico competente, che da sempre ha incluso nel programma di sorveglianza sanitaria l'anamnesi relativa agli stili di vita ed alle abitudini alcoliche, nonché gli accertamenti idonei ad evidenziare uno stato di dipendenza. Sono stati usati tra l'altro questionari alcolologici (Audit-C (8), FAST (38), CAGE (22)), che, pur avendo il limite insuperabile di non rispondere a criteri oggettivi (essendo le risposte strettamente dipendenti dal grado di collaborazione del soggetto esaminato) possono comunque servire ad orientare la diagnosi e valgono, in ogni caso, a chiarire la disponibilità da parte del medico ad affrontare il problema insieme con il lavoratore. Inoltre, esiste la possibilità di integrare i tradizionali esami emato-clinici con la determinazione della CDT o altri test di laboratorio che possono concorrere a formare il giudizio del medico competente.

Ribadiamo in questa sede il parere, già espresso in precedenti documenti di consenso del gruppo La.R.A., che il giudizio del medico competente deve essere rivolto non solo a tutelare la salute e la sicurezza del lavoratore, ma anche quella dei terzi. Anche a tal fine, è auspicabile che il medico competente, nei casi di disturbo da uso di alcol, coinvolga il medico di medicina generale e le strutture sanitarie locali specificamente impegnate in questo tipo di problematica. Un percorso di questa natura consentirà peraltro al medico competente un giudizio motivato e sereno nel momento in cui dovrà esprimersi rispetto alla riammissione del lavoratore allo svolgimento dell'attività a rischio e consentirà al lavoratore, per effetto della normativa del settore, di usufruire di un periodo di aspettativa e di altri benefici finalizzati a consentirgli il trattamento terapeutico presso una struttura pubblica (che dovrà stabilirne la necessità).

Nel caso che il medico competente esprima un giudizio di non idoneità ad una mansione a rischio specifico, il D.Lgs. 81/2008, all'art. 42, prevede espressamente che il datore di lavoro debba adibire il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o alternative, garantendo comunque il mantenimento del trattamento economico.

A ben vedere, è questo l'aspetto del giudizio del medico competente che più di altri distingue la

problematica del disturbo da uso di alcol da altri tipi di disturbi/patologie, in quanto la presenza di tale affezione, interferendo sia con aspetti eminentemente cognitivi (attenzione, concentrazione, tempi di reazione, ecc...), sia con aspetti psicopatologici (impulsività, aggressività ecc...) e personologici (alterazioni della personalità, specie nelle fasi avanzate del disturbo), nonché con la validità fisica del lavoratore (per effetto dei disturbi dell'equilibrio, della postura, della coordinazione motoria ecc..) potrà frequentemente porre il datore di lavoro nella difficile situazione di non poter individuare in concreto mansioni alternative compatibili con lo stato del soggetto.

Sia che il lavoratore venga sottoposto a sorveglianza sanitaria, sia nel caso che ciò non avvenga, per il datore di lavoro permane comunque sempre la possibilità di richiedere la valutazione dell'idoneità del lavoratore al Collegio Medico-legale delle Aziende Unità Sanitarie Locali o di altri Enti, secondo quanto disposto dall'art. 5 L. 300/70, nel quale è stabilito che *"Il datore di lavoro ha facoltà di far controllare la idoneità fisica del lavoratore da parte di enti pubblici ed istituti specializzati di diritto pubblico"*. L'istanza al Collegio medico-legale deve dunque pervenire dal datore di lavoro, ma può essere stimolata dal medico competente, che può consigliare al datore di lavoro il ricorso a tale istituto. Ci si deve allora chiedere anzitutto quale sia il criterio che debba guidare il medico competente nell'operare una scelta di questo tipo.

Naturalmente, l'ipotesi che stiamo proponendo riguarda i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria e, di conseguenza, preliminarmente valutati dal medico competente. Quest'ultimo, operando secondo le procedure prima suggerite, dovrebbe trovarsi nella condizione di poter esprimere un giudizio motivato senza avvertire la necessità del ricorso al Collegio medico-legale. Tuttavia, talvolta tale procedura viene utilizzata dal medico competente a titolo di "conforto" al proprio giudizio. Questo tipo di approccio, pur essendo comprensibile dal punto di vista della tutela professionale (soprattutto nei casi di severa dipendenza), non è condivisibile dal punto di vista scientifico e metodologico. Infatti il Collegio medico-legale non può che esprimersi sulla idoneità generica al lavoro (concet-

to obsoleto e tuttavia ancora utilizzabile dal punto di vista lessicale, non essendo ancora disponibile una denominazione di questo tipo di capacità più aderente alla moderna concezione dell'idoneità al lavoro). A ciò deputato, il Collegio medico-legale non potrà che esprimersi sull'idoneità rispetto alla qualifica, riferendosi solo parzialmente all'idoneità alle mansioni, essendo del tutto all'oscuro della realtà lavorativa effettiva del soggetto e disponendo unicamente dell'elencazione delle mansioni rispetto alla qualifica. Naturalmente, tali limiti del Collegio potranno essere in parte superati da una auspicabile, stretta collaborazione con il medico competente ma, in sostanza, non può negarsi che il Collegio medico-legale, pur essendo idoneo ad esprimersi su queste problematiche e, anzi, potendo avvalersi delle diverse professionalità presenti nel Collegio (compreso il medico del lavoro) difficilmente potrà risultare di reale utilità ai fini della identificazione delle eventuali mansioni alternative alle quali il lavoratore è ancora idoneo.

La ricollocazione del lavoratore con disturbo da uso di alcol è una operazione complessa, nella quale il datore di lavoro e i suoi dirigenti possono utilizzare la consulenza del medico competente, il quale (a differenza del Collegio medico-legale) possiede elementi concreti e sostanziali rispetto alla realtà lavorativa e potrà, dunque, esprimersi più efficacemente sulla migliore collocazione lavorativa. Riteniamo pertanto che il suggerimento al datore di lavoro di attivare il Collegio medico-legale, da parte del medico competente, trattandosi di lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria debba essere evitato o, comunque, riservato ai casi di severa dipendenza, nei quali la valutazione dell'idoneità generica al lavoro può effettivamente rappresentare un'ulteriore informazione, utile ai fini della tutela del soggetto.

Nell'ipotesi alternativa, che cioè sia spontaneamente il datore di lavoro ad attivare il Collegio medico-legale, la tutela del lavoratore (e dei terzi) potrà realizzarsi in modo ottimale attraverso una stretta collaborazione del Collegio con il medico competente. L'équipe medico competente/Collegio medico-legale disporrà di tutti gli elementi utili al fine di formulare un giudizio che tuteli la salute del lavoratore e non esponga a rischio terze persone.

Non può escludersi che in alcuni casi una équipe del tipo proposto debba avvalersi di ulteriori pareri esterni al gruppo. È il caso, per esempio, dei lavoratori che per svolgere le proprie mansioni utilizzino automezzi o motoveicoli. In tali evenienze, infatti, sarà anzitutto necessario accertarsi della persistenza dell'idoneità alla guida (mediante segnalazione alla Motorizzazione Civile, che invierà il soggetto alla Commissione Medica Locale Patenti di Guida) e, solo dopo una eventuale conferma in tal senso, potrà procedersi alla valutazione dell'idoneità del lavoratore alle mansioni che gli sono assegnate o ad altre mansioni. Appare infatti evidente che, nel caso che il soggetto venga giudicato (temporaneamente o permanentemente) non idoneo alla guida, l'ottica attraverso la quale dovrà essere valutata l'idoneità al lavoro dovrà mutare radicalmente, per intuibili motivi. Per contro, quando il lavoratore non è sottoposto a sorveglianza sanitaria, sarà il Collegio medico-legale a farsi carico di tutte le problematiche fin qui esposte.

Vale la pena di sottolineare come le richieste che pervengono al Collegio medico-legale siano, in una non trascurabile percentuale di casi, gravemente incomplete nei dati trasmessi e quindi apparentemente non motivate, in quanto dalle istanze non si evince il motivo di salute che ha indotto il datore di lavoro a ritenere necessaria la valutazione dell'idoneità al lavoro. Ciò accade perché spesso il datore di lavoro non ritiene opportuno segnalare lo stato del lavoratore, probabilmente anche temendo le ripercussioni in caso di contenzioso. Ed effettivamente, la diagnosi di "disturbo da uso di alcol" è una valutazione clinica che il datore di lavoro non è in grado di fare, anche nei casi in cui si siano verificati episodi eclatanti e di per se stessi apparentemente indicativi. Nel riferirsi a tali episodi potrebbe accadere che il lavoratore dichiari che si è trattato di atti di indisciplina più che di un comportamento derivante da dipendenza. Da qui l'importanza di una corretta ed esplicita trasmissione delle notizie, anche e soprattutto nell'interesse del lavoratore. Se questi non è sufficientemente collaborativo nella raccolta dell'anamnesi, il Collegio potrebbe vedersi costretto a raccogliere notizie "confidenziali" da altri, senza che una tutela normativa intervenga in tal senso. D'altra parte, po-

nendo come interesse preminente la tutela della salute del lavoratore, la decisione più semplice per il Collegio, vale a dire quella di rinviare al mittente la richiesta evidenziandone la carenza dal punto di vista delle notizie utili ad indirizzare l'accertamento, è anche la scelta più dannosa nei confronti del lavoratore problematico e dei terzi.

LA PROMOZIONE NEI LUOGHI DI LAVORO

La letteratura accoglie un discreto numero di esperienze di prevenzione. Già nel 1999, il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (139) riportava un vasto campionario di interventi, per lo più a carattere formativo, condotti nei più diversi ambienti lavorativi. Talune delle azioni più recenti si sono rivelate efficaci nel ridurre i consumi di alcol, anche nelle piccole imprese (167). In altri casi si è ottenuto solo un miglioramento della consapevolezza del problema, senza influire sui consumi (195). In particolare, i programmi basati solo sui controlli alcolimetrici sarebbero in grado di determinare negli autisti una significativa riduzione degli incidenti solo a breve termine, mentre a lungo termine la riduzione non è significativa (25). Nel complesso, per ciò che riguarda le campagne condotte nei luoghi di lavoro, l'evidenza di effetti positivi è ancora debole (123).

È stato osservato che l'intervento verso i problemi alcol-relati non dovrebbe riconoscere solo una impostazione individualistica, di identificazione, isolamento e trattamento del singolo caso, ma più propriamente una impronta collettiva, di promozione della salute e miglioramento collettivo degli stili di vita. Lo sviluppo di interventi preventivi a livello aziendale dovrebbe avere per oggetto i comportamenti di gruppo piuttosto che quelli personali. Gli interventi condotti sul luogo di lavoro potrebbero influenzare significativamente i comportamenti extra-lavorativi; è stato dimostrato che l'adozione di norme restrittive a livello di gruppo di lavoro riduce significativamente l'uso e l'abuso di alcol, sia sul posto di lavoro che al di fuori di esso (12). Il successo dell'opera di prevenzione dovrebbe essere affidato ad interventi coordinati, sviluppati su più livelli, con il concorso determinante dei la-

voratori. In questo senso, il precedente documento di consenso realizzato dal gruppo di lavoro La.R.A. ha sottolineato l'importanza di una politica integrata, che includa, oltre ai controlli anche l'informativa chiara e condivisa sull'uso di alcol e sostanze, la formazione per i supervisori, il management ed i lavoratori e la presenza di strutture per il sostegno ai lavoratori con problemi (93).

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Una prima notazione di carattere generale riguarda la filosofia che ha sinora ispirato la politica di prevenzione dell'abuso di alcol e dell'alcol-dipendenza. L'idea di delegarla alle aziende, con la giustificazione che così avviene da oltre trent'anni nei paesi dell'anglosfera, non tiene conto delle differenze sociali e di diritto tra i paesi anglosassoni ed il nostro. Mentre, infatti, è facile arguire che una azienda statunitense ha tutto l'interesse ad identificare precocemente, a trattare o, nel caso di insuccesso, ad eliminare dal processo produttivo un lavoratore alcolista, dal momento che in un regime di libero mercato e con un sistema sanitario privato la stessa azienda dovrebbe sostenere tutti i costi dell'alcolismo, è altrettanto facile capire che una azienda italiana è molto meno interessata a risolvere il problema dell'alcol-dipendenza perché sia le assenze dal lavoro, che le spese della malattia sono a carico dei servizi pubblici e, come abbiamo visto, il licenziamento del lavoratore è tutt'altro che semplice. In teoria, il massimo della convenienza per un'azienda che opera sul mercato italiano si potrebbe determinare quando il lavoratore non venga identificato precocemente come consumatore a rischio, perché in tal modo l'azienda non deve gestire inidoneità temporanee, non è chiamata a partecipare al processo di recupero e non deve quindi concedere permessi o altre agevolazioni. L'intervento del servizio sanitario viene spesso invocato solo quando il lavoratore si trova in uno stato così avanzato di malattia da non essere più in grado di produrre.

Anche i controlli dell'abuso di alcolici sono sostanzialmente poco coerenti se non si accompagnano ad una seria politica di formazione e prevenzione e di recupero dei soggetti risultati positivi: e difatti

persino negli Stati Uniti il controllo è consentito solo se l'azienda può dimostrare di avere previsto un piano formativo e di recupero delle persone con alcol-dipendenza. In Italia, invece, si è puntato tutto sui controlli, sanzionandone penalmente la mancata esecuzione, ma senza alcuna verifica sulla loro qualità. Non ci sarebbe da sorprendersi se dal combinato di sanzioni penali e mancate verifiche di qualità derivasse una sostanziale assenza di positività, così come i primi dati disponibili sembrerebbero indicare. Non sarebbe un grande successo, così come non lo è la proclamata scomparsa dello stress lavoro-correlato dai documenti di valutazione dei rischi di tutte le nostre aziende (42), in seguito all'applicazione dell'algoritmo con cui tale rischio è correntemente valutato (75). Difatti l'alcolismo, come lo stress da lavoro, rimane invariato.

Certo è che il medico competente ha difficoltà ad incidere sui comportamenti extra-lavorativi che sono all'origine degli stati di alcol-dipendenza e nella maggior parte dei casi non dispone delle risorse di tempo necessarie per mantenere una costante azione di counseling individuale sull'alcol, che sarebbe forse in grado di far emergere l'esistenza di comportamenti a rischio ben al di là di quanto facciano i questionari standardizzati. Mentre alcuni orientamenti giurisprudenziali, quali la recente sentenza della Cassazione (Sezione III civile) n.20904 del 12 settembre 2013 che ha ritenuto irrilevante ai fini del riconoscimento del danno il fatto che un paziente avesse ommesso di fornire importanti indicazioni anamnestiche ai medici ospedalieri, fanno temere che dai medici ci si attenda molto di più di quello che essi possono onestamente dare.

Certo è che l'Intesa ha tralasciato di includere nell'elenco dei lavori "critici" categorie professionali affini a quelle controllate ed ha anche definito la sorveglianza sanitaria in caso di assunzione di sostanze psicoattive per un assai minor numero di categorie di esposti derivandone una incomprensibile "minor gravità" rispetto all'assunzione di alcolici, vietata in molto più numerose categorie di lavoratori. Sono proprio queste incongruenze che consigliano di adottare una politica aziendale scritta, che integri e corregga ciò che il legislatore non ha previsto.

RACCOMANDAZIONI

1. Il MC promuove stili di vita che limitino il consumo di alcolici in considerazione dei rilevanti rischi per la salute che tale consumo comporta.
2. Il MC informa i lavoratori sul rischio connesso con il consumo di quantità anche modeste di alcol in talune attività che richiedono particolari doti di vigilanza, precisione, tempestività.
3. Il MC inserisce quesiti sull'abitudine alcolica (come ad esempio il CAGE, l'audit C ecc.) nelle indagini anamnestiche svolte su tutti i lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria.
4. Il MC ricerca attivamente nell'indagine anamnestica i fattori psicosociali che possono essere responsabili di problematiche alcoliche.
5. Il MC ricerca sistematicamente i segni di problematiche alcoliche nei lavoratori sottoposti a sorveglianza.
6. Il MC ha cura di verificare la concreta disponibilità di strutture sanitarie pubbliche o private finalizzate all'assistenza e al recupero degli alcolodipendenti.
7. Il MC informa tutti i lavoratori sulle possibilità di ottenere aiuto e assistenza nei casi in cui sia necessario limitare l'assunzione di alcolici.
8. Il MC effettua controlli alcolimetrici sui lavoratori delle categorie a rischio per i terzi nel corso della sorveglianza sanitaria. Tali controlli possono essere eseguiti a sorpresa, ma è necessario che il lavoratore sia informato e sottoscriva un modulo di consenso.
9. Il MC deve conoscere il tipo e le caratteristiche dello strumento che usa per i controlli alcolimetrici e la validità dello strumento. A scopo di screening egli può usare anche i più economici strumenti a semiconduttore, ma deve tenere conto del fatto che questi apparecchi hanno una elevata variabilità analitica e che il dato rilevato non ha valore medico-legale, ma esclusivamente sanitario/preventivo.
10. È bene che il MC, prima di avviare i controlli alcolimetrici, si assicuri la possibilità di ricorrere all'esecuzione di un test alcolemico per controllare il dato raccolto sull'aria espirata, qualora il lavoratore sia disponibile ad effettuare tale esame.
11. Il MC ha la responsabilità di interpretare i risultati forniti da un etilometro, così come i segni e sintomi raccolti nell'esame obiettivo e le notizie anamnestiche, al fine di esprimere il giudizio di idoneità in tutti i casi di lavorazioni con rischio per i terzi.
12. Si raccomanda che i controlli per verificare lo stato di alcol-dipendenza siano eseguiti all'interno di un programma di promozione della salute, secondo una progressione dei livelli di indagine che consenta di bilanciare le risorse economiche impiegate con un effettivo miglioramento degli stili di vita e delle condizioni di salute dei lavoratori.
13. Nel redigere, proporre e attuare il Piano Sanitario il MC si deve attenere al principio generale di commisurare le risorse impegnate nella prevenzione ai danni attesi dalla mancata prevenzione. Per ragioni di sostenibilità, la prevenzione non può essere più costosa del rischio che si intende prevenire. Di conseguenza, con riferimento ai problemi più complessi, come la diagnosi di alcol-dipendenza, è da adottare una strategia a più livelli, in modo da limitare i test di laboratorio e gli accertamenti specialistici solo ai casi sospetti.
14. Nell'esprimere la valutazione dell'idoneità ad un lavoro che comporti rischio per terzi, il MC deve basarsi su una valutazione dello stato di salute del lavoratore con riferimento anche alla salute e sicurezza di terze persone.
15. Il MC informa il DDL ed il Servizio di Prevenzione e Protezione-SPP, in forma anonima collettiva, dei dati che raccoglie nel corso della sorveglianza sanitaria con particolare riferimento alle condizioni di rischio che derivano da abitudini e stili di vita non corretti dei lavoratori tali da determinare possibili problemi per i lavoratori stessi o per i terzi; ciò al fine di stimolare l'adozione di adeguati interventi formativi e di counseling/assistenza.

Per ciò che riguarda l'applicazione delle norme vigenti, l'argomento sul quale esiste la maggiore difformità di vedute è quello relativo all'obbligatorietà o meno della sorveglianza sanitaria (compresa quindi la visita medica) per le categorie "a rischio" secondo l'accordo Stato Regioni, o per eventuali altre categorie anch'esse rischiose per l'incolumità di terzi, ma non incluse in questo elenco.

Come sappiamo, nell'approccio alle problematiche normative legate all'alcol nei luoghi di lavoro devono essere distinti 2 momenti:

- attuazione del divieto di assunzione somministrazione di alcol per alcune lavorazioni (L. 125/01 art. 15, legge quadro in materia di problemi alcol correlati; provvedimento 16.03.2006 della Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni; D.Lgs. 81/08 artt. 17 e 28);
- verifica di assenza di condizione di alcol-dipendenza (D.Lgs. 81/08 art. 41 e L. 300/70 art. 5).

Il legislatore si preoccupa di evitare non solo che sul lavoro si consumi alcol, ma anche che si lavori in condizioni di compromissione della vigilanza e dell'attenzione.

Secondo l'art. 41 del D.Lgs. 81/08 *"la sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente nei casi previsti dalla normativa vigente"*. Ma cosa si intende per "normativa vigente"? Non vi sono dubbi che la L. 125/01, espressamente applicabile nei luoghi di lavoro, sia una norma vigente. Alcuni ne deducono che questa legge, attribuendo al medico competente il compito di procedere ad esame alcolimetrico su alcune categorie di lavoratori, determini anche l'obbligo di istituire la sorveglianza sanitaria obbligatoria per queste categorie. Ai fini della salute e sicurezza dei lavoratori e dei terzi, l'assunzione di alcol avrebbe difatti lo stesso peso dei tradizionali rischi lavorativi. Il rischio che il lavoratore assuma alcol dovrebbe quindi essere considerato nel Documento di Valutazione dei Rischi per queste attività critiche identificate dal legislatore.

Bisogna dire subito che su tale interpretazione non vi è unanimità di pareri. Mentre, infatti, la Regione Piemonte ritiene obbligatorio il controllo sanitario nelle categorie a rischio per alcol, tale orientamento è fortemente avversato dalla SNOP (So-

cietà nazionale degli operatori della prevenzione), da alcuni Servizi dell'Emilia e da altre Regioni come la Lombardia, che ritengono ammissibile l'obbligo di sorveglianza sanitaria solo se ricorrono altri rischi specificatamente indicati dal D.Lgs. 81/2008 (movimentazione carichi, rischi biologici, videoterminali, agenti chimici pericolosi a livello non irrilevante, ecc...). L'obbligo di sorveglianza sanitaria per lavoratori di categorie che non hanno altri rischi professionali sarebbe, secondo questa parte non irrilevante degli operatori della prevenzione, una violazione dei diritti civili tutelati dalla L.300/70. La sorveglianza sanitaria dei rischi connessi col consumo di alcol potrebbe avvenire, secondo questo orientamento, solo su richiesta del lavoratore, secondo la previsione del comma 2 c dell'art 41 del D.Lgs. 81/08, analogamente a quanto avviene oggi per altri rischi non previsti per legge, quali l'esposizione a movimenti ripetitivi. Nell'attesa di un auspicabile pronunciamento del legislatore, è doveroso osservare come tale rigida impostazione non sia condivisibile, visto che obbligo del datore di lavoro è la valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, ivi compresi, dunque, quelli non espressamente indicati nel Testo Unico 81/08.

In sostanza, sembra che attualmente solo la redazione di una "policy" aziendale accettata e sottoscritta dalle parti sociali possa consentire la messa in opera di una strategia di contrasto delle dipendenze estesa a tutti i lavoratori e non rivolta solo a quelli "a rischio".

Il dettato dell'art. 15 della L. 125/2001 configurerebbe comunque l'obbligo del medico competente di procedere alle visite ed ai controlli alcolimetrici tutte le volte che il datore di lavoro o un suo delegato gli segnali una possibile assunzione di bevande alcoliche da parte dei lavoratori addetti alle particolari lavorazioni. Ne consegue per il medico competente l'obbligo di pronunciarsi sull'idoneità del lavoratore a svolgere le mansioni assegnate e di emettere un giudizio di inidoneità temporanea tutte le volte che il lavoratore non appaia in grado di svolgere le sue mansioni senza rischio per sé o per altri.

Rimane aperta ancora la questione di come debba comportarsi il datore di lavoro di aziende nelle

quali non vi sono i rischi professionali previsti dalla legge e, di conseguenza, non c'è medico competente: pensiamo ad esempio alla maggior parte degli istituti di istruzione. Si deve ricordare che al momento non vi sono ragioni ostative per affidare sia la valutazione dell'alcol-dipendenza che quella della tossicodipendenza alle Istituzioni Pubbliche. Tale impostazione, già proposta nel Documento di Consenso del Gruppo LaRA del 2008, sarebbe coerente anche con l'art 5 della Legge 300. Il problema è che i Rappresentanti delle Regioni hanno evitato sinora di promuovere tale soluzione, forse per motivi di aggravio economico (gli esami sarebbero comunque pagati dal datore di lavoro), ma più probabilmente per motivi di valutazione "politica".

Tali motivazioni, d'altro canto, non paiono insistenti, data la estraneità dei medici del lavoro degli Organi di Vigilanza alle esigenze produttive ed il fatto che essi ricoprono la qualifica di Ufficiali di Polizia Giudiziaria e sono quindi tenuti a fare rapporto all'Autorità Giudiziaria di tutti i reati di cui hanno notizia. L'esigenza punitiva, propria del Diritto Penale, è ancora una volta in palese contrasto con quella di promuovere la salute e gli stili di vita responsabili. È facile convenire che una campagna di controlli alcolimetrici svincolata da una politica preventiva (formazione/informazione di lavoratori dirigenti e preposti e recupero dei casi positivi) penalizza le aziende non tanto per il costo dei test, ma per la perdita di forza-lavoro conseguente alle inidoneità temporanee. Forse non è un caso che i pochi dati sinora pubblicati sull'abuso di alcol provengano soprattutto da Organi di Vigilanza, non da medici competenti, e si riferiscano ad interventi episodici, come quelli di cui abbiamo dato conto in precedenza. È intuitivo che le aziende edili lombarde nelle quali si è riscontrato il 34% di positività (137), e quindi di inidoneità al lavoro, abbiano avuto gravi problemi produttivi, ma anche le aziende bellunesi, nelle quali prevalgono i "consumatori responsabili" (120) hanno comunque perso temporaneamente il 3% della forza-lavoro, e non c'è da ritenere che ne siano state entusiaste. Gli stessi medici dei Servizi di Vigilanza delle ASL, d'altro canto, hanno la consapevolezza che il loro intervento è tanto più efficace nel migliorare le condizioni di lavoro quanto più è orientato in senso

pro-attivo, come ad esempio nelle applicazioni che hanno utilizzato il metodo A.S.I.A.© (assessment/surveillance/information/audit) (16, 15) con la finalità di stimolare la presa di coscienza di una problematica preventiva da parte dei medici competenti, lasciando poi a questi ultimi il compito di fare sorveglianza e all'Organo di Vigilanza appunto quello di vigilare.

È d'altronde certo che l'attribuzione dei compiti di verifica dell'alcol-dipendenza all'Organo di Vigilanza competente per territorio potrebbe contribuire a far venir meno le inestricabili questioni giuridiche ancora aperte e, con esse, quelle di natura più squisitamente etica. Potrebbe essere prevista all'uopo una modifica della stessa L. 125/2001, nello stabilire che responsabile di entrambi i controlli (sull'assunzione di alcolici e sulla verifica delle condizioni di alcol dipendenza) nei soggetti che svolgono mansioni con rischio per terzi è il datore di lavoro il quale esercita siffatta responsabilità per il tramite di un medico dell'Organo di Vigilanza (già peraltro addestrato a formulare le idoneità complesse nei lavoratori addetti all'impiego di gas tossici, secondo il Regio Decreto 147 del 9 gennaio 1927). In questo modo si supererebbe la questione dei controlli nei lavoratori che svolgono compiti per i quali non è prevista la sorveglianza sanitaria e che, per questo, non vengono sottoposti ad accertamenti preventivi e periodici da parte del medico competente. Inoltre lo svolgimento dei controlli da parte di ente pubblico non confliggerebbe col disposto, tuttora vigente, dell'art. 5 della L. 300 del 1970.

In ogni caso già oggi l'Organo di Vigilanza ha la possibilità di intervenire sul problema dell'alcol nei luoghi di lavoro non solo in modo reattivo, ma con iniziative di promozione attiva e stimolo. L'ODV potrebbe iniziare il circolo virtuoso del metodo A.S.I.A.© contattando le parti interessate (datori di lavoro, servizi di prevenzione, medici competenti) in incontri ristretti o seminari interattivi, nei quali siano illustrati i problemi legati all'alcol nei luoghi di lavoro, le normative e le misure di prevenzione. L'ODV può fornire, ove richiesta, consulenza sulle modalità di realizzazione dei compiti richiesti alle varie parti responsabili della salute e sicurezza, e partecipare all'esecuzione dei test. Può

SINTESI OPERATIVA

1. Le aziende, nella persona del datore di lavoro (DDL), hanno l'obbligo di valutare il rischio per terzi che può derivare da comportamenti di abuso (alcol, droghe) dei lavoratori.
2. Il medico competente (MC), nella sua funzione di consulente del DDL e collaboratore nella redazione del documento di valutazione dei rischi (DVR) deve consigliare di valutare esplicitamente il rischio per i terzi connesso con l'uso/abuso di alcol. È opportuno che tale valutazione avvenga con modalità partecipative, coinvolgendo i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) e le figure-chiave dell'azienda (dirigenti, preposti). Il questionario P.A.D.© può servire a consolidare il consenso sulla policy aziendale.
3. Le incongruenze o lacune che si riscontrano negli elenchi delle categorie a rischio prodotte dalle diverse commissioni della Conferenza Stato-Regioni per alcol e droghe, per lo meno nelle Regioni ove non è vigente una regolamentazione specifica, devono essere risolte nel DVR e dovrebbero essere oggetto di una apposita policy aziendale .
4. È consigliabile che la politica aziendale relativa ai comportamenti di abuso sia realizzata con modalità partecipative. Tale politica fa parte integrante del Sistema di gestione dei rischi per la sicurezza sul lavoro (SGSL).
5. La politica sui comportamenti di abuso deve essere rispettosa dei diritti civili dei lavoratori.
6. Qualsiasi politica per l'alcol nei luoghi di lavoro deve sempre comprendere interventi formativi/informativi e prevedere le modalità per il trattamento dei lavoratori.
7. L'esecuzione di accertamenti sui lavoratori al di fuori di una politica esplicita e codificata non può essere ritenuta eticamente corretta.
8. Qualora il DDL nel redigere il DVR evidenzi che talune mansioni/ attività lavorative possano risultare rischiose per terzi nei casi di uso/abuso di sostanze deve esplicitarlo nel DVR. L'inclusione del rischio nel DVR, e la definizione di una policy di contrasto dell'alcol, consentono al medico competente di effettuare controlli relativi all'alcol sui lavoratori già sottoposti a sorveglianza sanitaria per altri rischi professionali, anche se questi non figurano negli elenchi dell'Intesa Stato-Regioni.
9. Allo stato delle normative regionali o locali in molte regioni il MC non può estendere la sorveglianza sanitaria a quei lavoratori che, pur essendo compresi negli elenchi dell'Intesa Stato-Regioni per i controlli, non siano esposti a rischi professionali previsti per legge.
10. I controlli sull'uso di alcol nei luoghi di lavoro sono giustificati in quanto verifica dell'adesione alla politica di salute e sicurezza. I controlli hanno sempre finalità sanitarie/preventive. I controlli con finalità disciplinari non possono essere richiesti ai medici.
11. Non vi è dubbio che i controlli sull'uso di alcol su lavoratori non compresi nelle categorie "a rischio" definite dall'Intesa Stato-Regioni debbano essere richiesti all'organo di vigilanza (ODV) territorialmente competente. Si ritiene che i medici dell'ODV che rivestono la qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria (UPG) possano sottoporre ad accertamenti anche i lavoratori non sottoposti a sorveglianza sanitaria e debbano obbligatoriamente procedere con un rapporto all'Autorità Giudiziaria per tutte le violazioni eventualmente riscontrate.
12. I controlli sull'uso di alcol con finalità preventive/sanitarie sono svolti dal MC nell'ambito del programma di sorveglianza sanitaria. I risultati degli accertamenti sono valutati dal MC e conservati con riservatezza nel documento sanitario personale di ciascun lavoratore. Il MC trasmette al DDL esclusivamente il giudizio di idoneità.
13. Il MC può derogare all'obbligo di segretezza solo in stato di necessità e comunque tenendo conto delle esimenti già previste per il segreto professionale.
14. La sorveglianza sanitaria svolta dal MC può comprendere interventi di contrasto dell'abuso di alcol con finalità di promozione della salute. Le visite finalizzate esclusivamente alla promozione della salute e non rivolte a lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria obbligatoria, non prevedono il rilascio del giudizio di idoneità. Il contenuto di tali visite ed i relativi accertamenti devono essere registrati sul documento sanitario personale e sono custoditi con riservatezza.
15. Il MC tiene conto nella sorveglianza sanitaria dell'eventuale stato di alcol-dipendenza, così come quello di dipendenza da droghe o di altre condizioni morbose dei lavoratori che potrebbero interferire con la capacità lavorativa e con la salute e sicurezza di terzi.
16. Il MC trasmette i dati relativi alla sorveglianza sanitaria, ivi compresi gli eventuali risultati degli accertamenti alcolimetrici o tossicologici, esclusivamente in forma aggregata o anonima collettiva.

inoltre ricorrere al potere di disposizione, qualora le parti non fossero sufficientemente sollecitate nella realizzazione di quanto dovuto. La verifica ispettiva, che idealmente conclude il ciclo A.S.I.A.©, sarà maggiormente condivisa dalle parti e certamente utile ai fini di un reale controllo del problema alcol (tabella 12).

La tabella 13 sintetizza la struttura organizzativa dei controlli relativi all'alcol, così come deriva da una scrupolosa attuazione della normativa vigente. Il controllo alcolimetrico può essere richiesto dal datore di lavoro al suo medico competente. Questi effettua il controllo con le caratteristiche di riservatezza previste per la sorveglianza sanitaria. Di conseguenza, il datore di lavoro riceve solo il giudizio di idoneità, non i risultati dei test. Ne deriva un'efficace azione sulla destinazione lavorativa, ma l'impossibilità di adottare provvedimenti disciplinari. In alternativa il datore di lavoro può affidare il controllo al Dipartimento di Prevenzione della ASL. In questo caso il datore di lavoro avrebbe i risultati del test, ed anche una temporanea inidoneità nei casi positivi, ma non il giudizio di idoneità (che

deve essere espresso dal medico competente). La valutazione di alcol-dipendenza deve essere effettuata dal medico competente su tutti i lavoratori con compiti critici che sono già sorvegliati perché esposti a rischio, mentre deve essere affidata alle Commissioni medico legali (secondo la Legge 300/70) per i lavoratori non sorvegliati dal medico competente perché non esposti a rischio. È evidente, in questo caso, che può trattarsi solo di casi molto avanzati, nei quali sia in dubbio la capacità lavorativa generica. Si tenga presente una importante differenza tra i due giudizi, che solo per un incidente semantico hanno uguale denominazione: mentre il giudizio medico-legale è espresso "ex ante", tenendo conto dei compiti teoricamente eseguibili da un lavoratore e riportati nel mansionario, quello del medico competente è un giudizio "ex post" che origina dalla valutazione dei rischi effettivamente presenti nell'ambiente di lavoro. In altre parole, nel caso di una infermiera professionale l'idoneità medico-legale indicherà se tale persona può essere esposta a tutti i rischi professionali teoricamente presenti nel lavoro di infermiere, mentre

Tabella 12 - Una possibile azione proattiva dell'organo di vigilanza sul tema dell'alcol secondo il metodo A.S.I.A.© (assessment, surveillance, information, audit)

Table 12 - Possible pro-active actions by Vigilance Agencies concerning alcohol according to A.S.I.A. method (Assessment, Surveillance, Information, Audit)

	Tipo di attività	Figure coinvolte	Oggetto
1	AUDIT	ODV, DDL, RSPP, MC	Conoscenza del problema, delle normative, delle modalità di intervento.
2	Assessment	DDL (RSPP, MC)	Valutazione del rischio per terzi che deriva da comportamenti di uso/abuso.
3	Assessment	DDL (RSPP, MC, RLS, dirigenti e preposti)	Definizione partecipativa della "policy" aziendale.
4	Surveillance	MC	Promozione di comportamenti sani nella sorveglianza sanitaria; identificazione di comportamenti a rischio e predisposizione delle misure di trattamento e recupero.
5	Surveillance	ODV	Esecuzione di controlli alcolemici.
6	Information	DDL, RSPP, MC	Campagne di informazione sull'alcol.
7	Information	Formatori (DDL, RSPP, MC)	Formazione continua su alcol e lavoro.
8	AUDIT	ODV, DDL, RSPP, MC	Verifica, da parte dell'ODV, dell'attuazione delle normative su alcol e lavoro.

ODV: Organo di vigilanza; DDL: Datore di lavoro; RSPP: Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione; MC: Medico competente; RLS: Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza

il medico competente esprimerà un giudizio con esclusivo riferimento ai rischi valutati come attualmente presenti nel luogo di lavoro al momento della visita (97).

Nell'ipotesi di una modificazione della Legge 125 e del D. Lgs 81/08 che affidasse ai Dipartimenti di Prevenzione delle Asl gli adempimenti relativi all'alcol, il controllo alcolimetrico potrebbe essere effettuato direttamente dal Dipartimento di Prevenzione della ASL, su richiesta del datore di lavoro oppure d'iniziativa, a campione. Il datore di lavoro in questi casi è ammesso a conoscere i risultati dei test e può adottare provvedimenti sanzionatori.

È auspicabile che il D.Lgs. 81/08 sia modificato anche per consentire, in analogia con quanto già previsto dalla vigente normativa radioprotezionistica, che il medico competente esprima il giudizio di idoneità anche in riferimento ai rischi per terzi, e possa così tenere in debito conto dell'abuso di alcol. Il gruppo LaRA ha già preso posizione in tal senso in quanto ritiene concordemente che la tutela dei terzi debba essere sempre tenuta in conto nella formulazione dei giudizi di idoneità.

Nelle more di un auspicabile quanto urgente provvedimento di riforma, il medico competente:

- dovrà controllare l'assunzione di alcolici solo in ragione di specifica e circostanziata richiesta del datore di lavoro, astenendosi dal comunicare l'esito del controllo, ma trasmettendo al richiedente (ovvero al datore di lavoro) il giudizio di idoneità;

- dovrà procedere, utilizzando i protocolli disponibili più avanzati, a verificare l'esistenza di condizioni di alcol-dipendenza nei soli soggetti già sottoposti a sorveglianza sanitaria che svolgono attività a rischio per la sicurezza e l'incolumità di terzi, senza però indicare nel giudizio di idoneità l'assenza o la presenza di condizioni di alcol dipendenza o gli altri motivi che hanno portato alla formulazione del giudizio.

Nell'azione del medico competente non ci sono automatismi, ma occorre graduare le decisioni in funzione del contesto lavorativo (tabella 14). Vengono espresse alcune raccomandazioni per gli operatori della prevenzione.

È evidente che il rifiuto da parte del lavoratore di sottoporsi ai controlli per alcol comporterà l'impossibilità, da parte del medico competente, di esprimere un giudizio di idoneità per mansioni critiche.

In conclusione, il gruppo di esperti concorda nel fornire una sintesi operativa degli adempimenti relativi al tema dell'alcol nei luoghi di lavoro.

Lo studio che abbiamo condotto consente di verificare la discrepanza tra l'entità dei problemi derivanti dall'abuso di alcol nel nostro paese e l'insieme dei provvedimenti messi in opera a livello nazionale e locale per contrastarli nei luoghi di lavoro. Le contraddizioni e lacune della legislazione, l'inerzia delle istituzioni, come Istat e Ministeri, nel fornire statistiche aggiornate, il prevalente disinteresse degli operatori, delle aziende e degli

Tabella 13 - Organizzazione dei controlli relativi all'abuso di alcol secondo la normativa vigente

Table 13 - Organisation of controls regarding alcohol abuse according to current law

Tipo di esame	Esecutore	Prodotto	Conseguenze
Controllo alcolimetrico	Medico competente	Giudizio di idoneità di medicina del lavoro	Il datore di lavoro attua immediatamente i giudizi di idoneità, ma non può conoscere i risultati dei test
Controllo alcolimetrico	Dipartimento Prevenzione della ASL	Valori riscontrati al test	Il datore di lavoro può adottare provvedimenti sanzionatori, ma non può modificare l'idoneità
Valutazione alcol-dipendenza	Medico competente	Giudizio di idoneità di medicina del lavoro	Può comprendere solo i lavoratori sorvegliati
Valutazione alcol-dipendenza	Commissioni Medico Legali (L. 300/70)	Giudizio di idoneità medico-legale	Può comprendere tutti i lavoratori, ma non è specifico per gli ambienti di lavoro

Tabella 14 - Graduatoria degli interventi di sorveglianza sanitaria sul tema dell'alcol*Table 14 - Grading of health surveillance interventions regarding alcohol*

N.	Descrizione
1	Collaborazione con il DDL ed il RSPP nella valutazione dei rischi derivanti da comportamenti di abuso e nella definizione di una policy aziendale. Identificazione dei lavoratori con attività critiche per la salute e sicurezza di terzi.
2	Indagine sistematica sulle abitudini alcoliche (questionari).
3	Anamnesi allargata ai comportamenti di abuso e ai fattori di rischio per dipendenza.
4	Promozione di stili di vita sani. (Campagne di promozione della salute, counseling individuale).
5	Verifica della praticabilità dei percorsi terapeutici per eventuali casi di dipendenza.
6	Verifica delle risorse tecniche/analitiche ed economiche.
7	Formalizzazione e diffusione del Piano Sanitario.
8	Esecuzione di test alcolimetrici.
9	Esecuzione di test di verifica a richiesta del lavoratore positivo (alcolemia, ecc.).
10	Esecuzioni di indagini aggiuntive mirate per la diagnosi di dipendenza nei casi di motivato sospetto.
11	Espressione dei giudizi di idoneità.
12	Indicazione dei percorsi di trattamento e riabilitazione.
13	Trasmissione delle proprie osservazioni al DDL, al RSPP e al RLS a corredo dei dati anonimi collettivi.
14	Trasmissione al Servizio Sanitario Nazionale dei dati aggregati.

organi di vigilanza danneggiano i lavoratori che soffrono di patologie correlate all'alcol e le numerose persone la cui salute e sicurezza può essere messa in pericolo da comportamenti di abuso. Solo quando avrà maturato coscienza di ciò, la nostra collettività potrà proporre e mettere in atto strategie efficaci per il contrasto dell'alcol nei luoghi di lavoro.

BIBLIOGRAFIA

1. Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC). Substance use and gambling in the Alberta workplace, 2002: A replication study. 2003. Consultabile su: <http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-workplace-2002-summary-report.pdf>
2. Ames G, Delaney W, Janes C: Obstacles to effective alcohol policy in the workplace: a case study. *Br J Addict* 1992; 87 (7): 1055-1069
3. Ames GM, Grube JW, Moore RS: The relationship of drinking and hangovers to workplace problems: an empirical study. *J Stud Alcohol* 1997; 58 (1): 37-47
4. Ames GM, Grube JW, Moore RS: Social control and workplace drinking norms: a comparison of two organizational cultures. *J Stud Alcohol* 2000; 61 (2): 203-219
5. Ames GM, Janes C: A cultural approach to conceptualizing alcohol and the workplace. *Alcohol Health & Research World*, 1992; 16 (2): 112-119
6. Anderson P, Gual A, Colom J: Alcohol and primary health care. Clinical guidelines on identification and brief interventions. Department of Health of the Government of Catalonia. Barcelona, 2005. Accessibile su: http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf. Ultimo accesso: 19 aprile 2014
7. Anderson P: Alcohol and primary health care. Copenhagen : World Health Organization, 1996. (European series No. 64)
8. AUDIT C. Consultabile su: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2012/MATERIALE%20DIVULGATIVI/scheda%20audit%202012.pdf>
9. Azienda Sanitaria Locale di Brescia. Alcol, sostanze stupefacenti e lavoro. Pubblicazione curata dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (PSAL) dell'ASL di Brescia, con la collaborazione del Dipartimento Dipendenze. Consultabile su <http://www.unibs.it/sites/default/files/ricerca/allegati/Opuscolo%20Asl.pdf>

10. Barnes AJ, Brown ER: Occupation as an independent risk factor for binge drinking. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2013; *39* (2): 108-114
11. Barrett PR, Horne JA, Reyner LA: Sleepiness combined with low alcohol intake in women drivers: greater impairment but better perception than men? *Sleep* 2004; *27* (6): 1057-1062
12. Barrientos-Gutierrez T, Gimeno D, Mangione TW, et al: Drinking social norms and drinking behaviours: a multilevel analysis of 137 workgroups in 16 worksites. *Occup Environ Med* 2007; *64*: 602-608
13. Bennett JB, Patterson CR, Reynolds GS, Wiitala WL, Lehman WE. Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *Am J Health Promot* 2004; *19* (2): 103-113
14. Berger LK: Employee drinking practices and their relationships to workplace alcohol social control and social availability. *J Work Behav Health* 2009; *24*: 367-382
15. Bevilacqua L, Magnavita N, Becchetti G, et al: Vigilanza sulla sorveglianza sanitaria nel settore legno. *Vigilance on health surveillance in wood sector. G Ital Med Lav Ergon* 2007; *29* (3): 794-795
16. Bevilacqua L, Sacco A, Magnavita N: Audit della sorveglianza sanitaria negli esposti a polvere di legno. *Med Lav* 2003; *94*: 224-230
17. Bevitalia. Produzione e consumi mondiali della birra a fine 2012. Accessibile su: <http://www.beverfood.com/documenti/produzione-consumi-mondiali-birra-2012/> Ultimo accesso: 20 aprile 2014
18. Bordini L, Patrini L, Ricci MG, et al: Consumo di alcool, idoneità complesse e responsabilità verso terzi: l'esperienza di una coorte di addetti al trasporto pubblico urbano. *Med Lav* 2007; *98*, 6: 501-512
19. Bortolotti F, De Paoli G, Tagliaro F: Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) as a marker of alcohol abuse: a critical review of the literature 2001-2005. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2006; *841*: 96-109
20. Bortolotti F, Trevisan MT, Micciolo R, et al: Re-assessment of the cut-off levels of Carbohydrate Deficient Transferrin (CDT) for automated immunoassay and multi-capillary electrophoresis for application in a forensic context. *Clin Chim Acta* 2013; *416*: 1-4
21. Bottcher M, Beck O, Helander A: Evaluation of a new immunoassay for urinary ethyl glucuronide testing. *Alcohol Alcohol* 2008; *43*: 46-48
22. CAGE. Consultabile su: <http://www.dronet.org/pdf/Test%20CAGE.pdf>
23. Cannas M, Magnavita G, Magnavita N: Lavoratori rischiosi sul web. Workers risky for others on the Web. *G Ital Med Lav Ergon* 2007; *29* (3): 673-675
24. Carta Europea sull'Alcol. Conferenza europea sulla salute, la società e l'alcool. Parigi, 12 - 14 Dicembre 1995. Consultabile su: <http://sia.dfc.unifi.it/carta-europea.htm>
25. Cashman CM, Ruotsalainen JH, Greiner BA, et al.: Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injury. *Cochrane Database Syst Rev* 2009 Apr 15; (2): CD006566
26. Ceccanti M, Patussi V: Atti I Consensus conference sull'alcol. Scientific Press Ed. Firenze 1996; *I*, 161-162. Consultabile su: <http://sia.dfc.unifi.it/consensus/atti-Iconsensus.htm>
27. Chen X, Wang X, Yang D, Chen Y: The Moderating Effect of Stimulus Attractiveness on the Effect of Alcohol Consumption on Attractiveness Ratings. *Alcohol Alcohol Alcohol* 2014; *49* (5): 515-9. doi: 10.1093/alcalc/agu026
28. Chiaravalli M, Guzzetti L, Tavani M: Alcol e lavoro: commento etico-deontologico e medico-giuridico della recente normativa. *Med Lav* 2007; *98*, 6: 482-486
29. Cona M, Gerbaudo L, Violante B: Consumo di alcol a rischio fra gli operatori dell'Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle di Cuneo: indici di prevalenza, predittori e interventi di contrasto all'assunzione di alcol. *Med Lav* 2013; *104* (2): 93-106
30. Consiglio Europeo. Comunicazione del 24.10.2006 (COM (2006) 625). Consultabile su: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625e_n01.pdf
31. Cooper C, Dewe P: Well-being – absenteeism, presenteeism, costs and challenges. *Occup Med (Lond)* 2008; *58* (8): 522-4. doi: 10.1093/occmed/kqn124
32. Corrao CR, Fratarcangeli M, Capitanelli I: Alcohol use in the construction industry: results of a survey. *G Ital Med Lav Ergon*. 2012; *34* (3 Suppl): 507-510
33. Costa G, Accattoli MP, Garbarino S, et al: I disturbi del sonno in ambito lavorativo: indirizzi di sorveglianza sanitaria, prevenzione e gestione del rischio. *Sleep disorders and work: guidelines for health surveillance, risk management and prevention. Med Lav* 2013; *104* (4): 251-266
34. Crespi V, Andreotta U, Tettamanzi E, et al.: Un marcatore biologico per la diagnosi di abuso alcolico: CDT. *Med Lav* 2007; *98*, 6: 466-474
35. Dawson D, Reid K: Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature* 1997; *388*: 235
36. Epicentro. Osservatorio nazionale alcol. Alcohol Prevention Day 2014. Consultabile su: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd14.asp> Ultimo accesso 19 aprile 2014
37. Farnell YZ, West JR, Chen WJ, et al: Developmental alcohol exposure alters light-induced phase shifts of the circadian activity rhythm in rats. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; *28* (7): 1020-1027
38. Fast Alcohol Screening Test (FAST). Consultabile su:

- <http://www.alcohollearningcentre.org.uk/Topics/Browse/BriefAdvice/?parent=4444&child=4570>
39. Filiano AN, Millender-Swain T, Johnson R Jr, et al: Chronic ethanol consumption disrupts the core molecular clock and diurnal rhythms of metabolic genes in the liver without affecting the suprachiasmatic nucleus. *PLoS One*. 2013; 8 (8): e71684
 40. Flynn CF, Sturges MS, Swarsen RJ, et al.: Alcoholism and treatment in airline aviators: One company's results. *Aviat Space Environ Med* 1993; 64 (4): 314-318
 41. Foote A, Erfurt JC: Effects of EAP follow-up on prevention of relapse among substance abuse clients. *J Stud Alcohol*. 1991; 52 (3): 241-8
 42. Frigeri G: La definitiva sconfitta dello stress lavoro correlato: un successo tutto italiano. *Euronorma*. 3 febbraio 2014. Consultabile su: <http://www.euronorma.it/blog/la-definitiva-sconfitta-dello-stress-lavoro-correlato-un-successo-tutto-italiano/>
 43. Frone MR, Brown AL: Workplace substance-use norms as predictors of employee substance use and impairment: a survey of U.S. workers. *J Stud Alcohol Drugs* 2010; 71: 526-534
 44. Frone MR: Does a permissive workplace substance use climate affect employees who do not use alcohol and drugs at work? A U.S. national study. *Psychol Addict Behav*. 2009; 23 (2): 386-90. Doi: 10.1037/a0015965
 45. Fustinoni S, De Vecchi M, Bordini L, et al: Validità della transferrina decaroidrata (CDT) nell'accertamento dell'abuso cronico di alcol etilico in addetti al trasporto pubblico urbano. *Med Lav* 2009; 100, 5: 359-369
 46. Garbarino S, De Carli F, Campus C, et al: The role of sleepiness in alcohol ascribed vehicle accidents. 18th European Sleep Research Society, Innsbruck, Austria 12-16 Sep 2006 Proceeding Book pp. 35
 47. Garbarino S, Gelsomino G, Magnavita N: Sleepiness, Safety and Transport. *J Ergonomics* 2014, S3, 003 <http://dx.doi.org/10.4172/2165-7556.S3-003>
 48. Garbarino S, Nobili L, Beelke M, et al: Alcohol intake and vehicle accidents: relationships with alertness fluctuations. VII Congresso Nazionale Società Italiana di Psicofisiologia. Genova 1-3 dicembre 2000
 49. Garbarino S, Nobili L, Beelke M, et al: The contributing role of sleepiness in highway vehicle accident. *Sleep* 2001; 24, 2: 1-4
 50. Goetzel RZ et al: Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health condition affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med* 2004; 46 (4): 398-412
 51. Governo Italiano. Schema di intesa in materia di individuazione delle principali attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche. Punto 8 dell'o.d.g. - Repertorio Atti n. 2540. Consultabile su: <http://www.statoregioni.it/DettaglioDocGOV.asp?IDDoc=27855http://www.governo.it/backoffice/allegati/27855-3019.pdf>
 52. Greenberg ES, Grunberg L: Work alienation and problem alcohol behavior. *J Health Soc Behav* 1995; 36 (1): 83-102
 53. Gullberg RG, Polissar NL: Factors contributing to the variability observed in duplicate forensic breath alcohol measurement. *J Breath Res*. 2011; 5 (1): 016004. Doi: 10.1088/1752-7155/5/1/016004.
 54. Gullberg RG: Estimating the measurement uncertainty in forensic breath-alcohol analysis. *Accred Qual Assur* 2006 DOI 10.1007/s00769-006-0176-y
 55. Gullberg RG: Estimating the measurement uncertainty in forensic blood alcohol analysis. *J Anal Toxicol* 2012; 36: 153-161
 56. Halter CC: Kinetics in serum and urinary excretion of ethyl sulfate and ethyl glucuronide after medium dose ethanol intake. *Int J Legal Med* 2008, 122: 123-128
 57. Harwood H, Fountain D, Livermore G: *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States* 1992. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1998
 58. Head J, Stansfeld SA, Siegrist J: The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occup Environ Med* 2004; 61: 219-224
 59. Heikkilä K, Nyberg ST, Fransson EI, et al: IPD-Work Consortium. Job strain and alcohol intake: a collaborative meta-analysis of individual-participant data from 140,000 men and women. *PLoS One*. 2012; 7 (7): e40101. Doi: 10.1371/journal.pone.0040101. Epub 2012 Jul 6
 60. Helander A, Walther RI, Jones AW: Determination of alcohol in exhaled breath may give wrong values. Warning for unspecific testing with some instruments. *Lakartidningen* 2010; 107 (3): 110-112
 61. Hingson R, Heeren T, Winter M: Effects of recent 0.08% legal blood alcohol limits on fatal crash involve. *Inj Prev* 2000; 6 (2): 109-114
 62. Hingson R, Mangione T, Barrett J: Job characteristics and drinking practices in the Boston metropolitan area. *J Stud Alcohol* 1981; 42 (9): 725-738
 63. Hirt M, Vojtisek T, Zelený M, et al: The correlation of results of breath analysers and laboratory blood examinations of blood-ethanol concentration (Czech and Slovak study). *SoudLek* 2010; 55 (1): 8-9
 64. Hlastala MP: Paradigm shift for the alcohol breath test. *J Forensic Sci*. 2010; 55 (2): 451-6. Doi: 10.1111/j.1556-4029.2009.01269.x
 65. Hodgins DC, Williams R, Munro G: Workplace re-

- sponsibility, stress, alcohol availability and norms as predictors of alcohol consumption-related problems among employed workers. *Subst Use Misuse* 2009; *44* (14): 2062-9. Doi: 10.3109/10826080902855173
66. Hoffman JP, Larison C, Sanderson A: An Analysis of Worker Drug Use and Workplace Policies and Programs. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1997
 67. Holden L, Scuffham PA, Hilton MF, et al: Health-related productivity losses increase when the health condition is co-morbid with psychological distress: findings from a large cross-sectional sample of working Australians. *BMC Public Health* 2011; *11*: 417-426
 68. Hooper L, Abdelhamid A, Moore HJ, et al: Effect of reducing total fat intake on body weight: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies. *BMJ*. 2012; *345*: e7666. Doi: 10.1136/bmj.e7666
 69. Horne JA, Reyner LA, Barrett PR: Driving impairment due to sleepiness is exacerbated by low alcohol intake. *Occup Environ Med* 2003 Sep; *60* (9): 689-692
 70. Howard ME, Jackson ML, Berlowitz D, et al: Specific sleepiness symptoms are indicators of performance impairment during sleep deprivation. *Accid Anal Prev* 2014; *62*:1-8. doi: 10.1016/j.aap.2013.09.003.
 71. Howard ME, Jackson ML, Kennedy GA, et al: The interactive effects of extended wakefulness and low-dose alcohol on simulated driving and vigilance. *Sleep* 2007; *30* (10): 1334-1340
 72. Ichino P: Una sentenza inaccettabile della Cassazione: l'alcolista ha sempre ragione. *Giustizia Civile* 1997; *1*: 1545
 73. ILO International Labour Office. Management of alcohol and drug related issues in the workplace. An ILO code of practice (ISBN 92-2-109455-3) Ginevra 1996. Consultabile su: <http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Activities/Workdrug/codeofpracticeilo.pdf>
 74. International Commission on Occupational Health (ICOH): Il codice internazionale di etica per gli operatori di medicina del lavoro. International Commission on Occupational Health. International code of ethics for occupational health professionals. Consultabile su: http://www.lavoro.gov.it/SicurezzaLavoro/Documents/CodiciEtici/codice_etico_ICOH.pdf
 75. Ispesl. La valutazione dello stress lavoro-correlato. Proposta metodologica. 2007. Consultabile su: http://www.ispesl.it/documenti_catalogo/stress%20lavoro%20-%20correlato.pdf
 76. ISTAT. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Statistiche Report. Accessibile su: <http://www.istat.it/it/archivio/88167>
 77. Italia a tavola.net Mercato italiano dei superalcolici Nel 2010 sfiorati 1,2 miliardi di euro. Accessibile su: <http://www.italiaatavola.net/articolo.aspx?id=21312> Ultimo accesso: 20 aprile 2014
 78. Jaffe DH, Siman-Tov M, Gopher A, et al: Variability in the Blood/Breath Alcohol Ratio and Implications for Evidentiary Purposes. *J Forensic Sci* 2013; *58*: 1233-1237
 79. Johansson E, Bockerman P, Uutela A: Alcohol consumption and sickness absence: evidence from micro-data. *Eur J Pub Health* 2008; *19* (1): 19-22
 80. Jones AW, Andersson L: Comparison of ethanol concentrations in venous blood and end-expired breath during controlled drinking study. *Forensic Sci Int* 2003; *132*: 18-25
 81. Jones AW, Rössner S: False-positive breath-alcohol test after a ketogenic diet. *Int J Obes (Lond)*. 2007; *31* (3): 559-561
 82. Kintz P: Consensus of the Society of Hair Testing on hair testing for chronic excessive alcohol consumption 2011. *Forensic Sci Int*; *218*: 2
 83. Kohn ML, Schooler C: The reciprocal effects of substantive complexity of work and intellectual flexibility: A longitudinal assessment. *Am J Sociol* 1978; *84*: 24-52
 84. Kouvonen A, Kivimäki M, Elovainio M, et al: Low organisational justice and heavy drinking: a prospective cohort study. *Occup Environ Med* 2008; *65* (1): 44-50
 85. Kraft JM, Blum TC, Martin JK, et al: Drinking patterns and the gender mix of occupations: evidence from a national survey of American workers. *J Subst Abuse* 1993; *5* (2): 157-174
 86. Kristoffersen L, Stormyhr LE, Smith-Kielland A: Headspace gas chromatographic determination of ethanol: the use of factorial design to study effects of blood storage and headspace conditions on ethanol stability and acetaldehyde formation in whole blood and plasma. *Forensic Sci Int* 2006; *161*: 151-157
 87. Laaksonen M, et al.: Health-related behaviours and sickness absence from work. *Occup Environ Med* 2009; *66*: 840-847
 88. Laslett AM, Catalano P, Chikritzhs T, et al.: The Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health. 2010. Accessibile su: <http://www.fare.org.au/wp-content/uploads/2011/10/The-Range-and-Magnitude-of-Alcohols-Harm-to-Others.pdf>
 89. Legge n. 125 del 30 Marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001. Consultabile su: <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/011251.htm>
 90. Lima CT, Farrell M, Prince M: Job strain, hazardous drinking, and alcohol-related disorders among Brazil

- ian bank workers. *J Stud Alcohol Drugs* 2013; 74 (2): 212-222
91. Ling J, Smith KE, Wilson GB, et al.: The 'other' in patterns of drinking: a qualitative study of attitudes towards alcohol use among professional, managerial and clerical workers. *BMC Public Health* 2012; 12: 892. Doi: 10.1186/1471-2458-12-892
 92. Lipscomb HJ, Dement JM, Li L: Health care utilization of carpenters with substance abuse-related diagnoses. *Am J Ind Med* 2003; 43 (2): 120-131
 93. Magnavita N, Bergamaschi A, Chiarotti M, et al: Lavoratori con problemi di alcol e dipendenze. Documento di consenso del gruppo La.R.A. (Lavoratori Rischiosi per gli Altri). Workers with alcohol and drug addiction problems. Consensus Document of the Study Group on Hazardous Workers. *Med Lav* 2008; 99 (Suppl 2): 3-58
 94. Magnavita N, Bevilacqua L, and the La.R.A. study group. Ethical issues in hazardous workers. Paper presented at the ICOH Conference "Toward a multidimensional approach in occupational health service. scientific evidence, social consensus, human values". Modena 13-16 Oct 2004
 95. Magnavita N, Bevilacqua L, Cirese V, et al: Buone pratiche per la gestione dei lavoratori rischiosi per gli altri. Comunicazione al 65° Congresso Nazionale SIMLII, Messina-Giardini Naxos 11-14 settembre 2002
 96. Magnavita N, Cicerone M, Cirese V, et al: Aspetti critici della gestione dei "lavoratori rischiosi" nei servizi sanitari. Documento di Consenso. *Med Lav* 2006; 97, 5: 715-725
 97. Magnavita N, Cirese V, De Lorenzo G, et al: Documento di consenso. Idoneità al lavoro e salute pubblica nei lavoratori ospedalieri. *Med Lav* 2001; 92: 295-306
 98. Magnavita N, De Lorenzo G, Fileni A, et al: Identificazione e controllo dei lavoratori rischiosi per gli altri nelle attività sanitarie. ICOH 28th International Congress on Occupational Health, June 11-16 2006, Milan (Italy). *G Ital Med Lav Ergon* 2006; 2: 174-175
 99. Magnavita N, Magnavita G, Bergamaschi A: Definition of participatory policy on alcohol and drug in two health care companies. Realizzazione partecipativa del piano di contrasto delle dipendenze nelle aziende sanitarie. *G Ital Med Lav Ergon* 2010; 4 (Suppl 2): 300-301
 100. Magnavita N, Magnavita G, Bergamaschi A: The impaired radiologist. Il radiologo malato. *Radiol Med*. 2010; 115(5): 826-38. DOI: 10.1007/s11547-010-0539-7
 101. Magnavita N, Puro V, and the Italian Study Group on Hazardous Workers: Management of HBV infected health care workers. *J Clin Virol* 2003; 27: 310-11
 102. Magnavita N, Sacco A, De Lorenzo G, et al: La gestione dei lavoratori rischiosi per gli altri. Atti del 1 Congresso Naz. ANMELP. Abano Terme 2002
 103. Magnavita N, Sacco A: Seminario Interdisciplinare "Gestione dei lavoratori rischiosi per gli altri". *Med-Lav* 2002; 93: 356-358
 104. Magnavita N, Santoro PE, Rossi I, et al: Validazione ed uso del questionario P.A.D. per la definizione partecipativa della politica per il contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro. *G Ital Med Lav Ergon* 2009; 3 (Suppl.2): 237-238
 105. Magnavita N, Santoro PE: Prevention and discussion of substance dependence in the workplace. Rome, 5 June 2009. *Med Lav* 2009; 100: 397-398
 106. Magnavita N: The hazardous physician. 9th Conference of the European Academy of Occupational Health Psychology, Rome 29-31 March 2010, Book of Proceedings, p.390-391
 107. Magnavita N: Il metodo Delphi. In: Magnavita N. Applicazione di modelli organizzativi originali per la prevenzione del rischio chimico in aziende di diverse dimensioni. Metodo A.S.I.A. IIMS Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 2004. ISBN 88-87098-44-1. Consultabile su: http://www.puntosicuro.info/documenti/documenti/111201_sirsrer_rischio_chimico.pdf
 108. Magnavita N: Il vestito nuovo dell'imperatore. (The Emperor's new clothes). Lettera. *Med Lav* 2014; 105 (1): 74-6
 109. Magnavita N: Management of hazardous workers. ICOH 28th International Congress on Occupational Health, June 11-16 2006, Milan (Italy) Renewing a century of commitment to a healthy, safe and productive working life. Abstract, pag. 23
 110. Magnavita N: Management of impaired physicians in Europe. *Med Lav* 2006; 97, 6: 762-773
 111. Magnavita N: Policy against substance abuse at the workplace. Il contrasto delle dipendenze nei luoghi di lavoro. Proposta di una politica aziendale. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; 30 (3) 2 Suppl: 285-287
 112. Magnavita N: Risposta sul tema dal Coordinatore del gruppo La.R.A. *Med Lav* 2009; 100 (3): 237-240
 113. Magnavita N: Sorveglianza sanitaria nei lavoratori della sanità con patologia neurologica, psichiatrica o comportamenti addittivi. *Med Lav* 2005; 96, 6: 496-506
 114. Magnavita N: The unhealthy physician. *J Med Ethics* 2007; 33 (4): 210-214
 115. Magnavita N: Tutela del lavoratore rischioso per gli altri. Pubblicazioni dell'ISU Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano 2004. ISBN 88-8311-280-5 (pag.1-231)
 116. Mandell W, Eaton WW, Anthony JC, et al: Alcoholism and occupations: a review and analysis of 104

- Vino. Produzione mondiale di vino 2013 – stime preliminari OIV- 24 novembre 2013. Accessibile su: <http://www.inumeridelvino.it/2013/11/produzione-mondiale-di-vino-2013-stime-preliminari-oiv.html> Ultimo accesso: 20 aprile 2014
145. OIV Organizzazione Internazionale della Vigna e del Vino. I risultati delle aziende e cooperative vinicole italiane nel 2012 – Rapporto Mediobanca. 13 aprile 2014. Accessibile su: <http://www.inumeridelvino.it/category/2-dati-finanziari> Ultimo accesso: 20 aprile 2014
 146. O'Keefe JH, Bhatti SK, Bajwa A, et al: Alcohol and cardiovascular health: the dose makes the poison...or the remedy. *Mayo ClinProc.* 2014; 89 (3): 382-93. Doi: 10.1016/j.mayocp.2013.11.005
 147. ONA-CNSPS. Osservatorio nazionale alcol. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/default.asp> Ultimo accesso 19 aprile 2014
 148. Parker DA, Brody JA: Risk factors for alcoholism and alcohol problems among employed women and men. In: *Occupational Alcoholism: A Review of Research Issues*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Research Monograph No. 8. DHHS Pub No. (ADM) 82-1184. Rockville, MD: the Institute, 1982; 99-127
 149. Patussi V, Muran A: Alcohol and work: the role of the company physician in the occupational health and safety management systems. *G Ital Med Lav Ergon* 2010 Oct-Dec; 32 (4 Suppl): 203-5
 150. Philip P, Chaufton C, Nobili L, et al: Errors and Accidents. In *Sleepiness and Human Impact Assessment*. Springer Berlin 2014; (pp. 81-92)
 151. Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA) 2000-2005. Consultabile su: <http://sia.dfc.unifi.it/piano-europeo.pdf>
 152. Piano d'Azione Europeo sull'alcol (PAEA) per gli anni 2012-2020 (European Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 - World Health Organization 2012). Consultabile su: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf
 153. Poli A, Marangoni F, Avogaro A, et al: Moderate alcohol use and health: a consensus document. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2013; 23 (6): 487-504. Doi: 10.1016/j.numecd.2013.02.007.
 154. Politi L, Leone F, Morini L, et al: Bioanalytical procedures for the determination of conjugates or fatty acid esters of ethanol as markers of ethanol consumption: a review. *Anal Biochem* 2007; 368: 1-16
 155. Politi L, Morini L, Groppi A, et al: Direct determination of the ethanol metabolites ethyl glucuronide and ethyl sulfate in urine by liquid chromatography/electrospray tandem mass spectrometry. *Rapid Commun Mass Spectrom* 2005; 19: 1321-1331
 156. Politi L, Morini L, Leone F, et al: Ethyl glucuronide in hair: is it a reliable marker of chronic high levels of alcohol consumption? *Addiction* 2006; 101: 1408-1412
 157. Provvedimento 16-3-2006 n. 2540 “Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125” <http://www.sicurezzaalavoroweb.it/Portals/0/Banca%20Dati/2008/Accordo%20stato%20regioni/accordo%20SR%20del%202006%2003%2016.pdf>
 158. Ravalli C: Sono praticabili gli indirizzi operativi indicati nel Documento di Consenso “Lavoratori con problemi di alcol e dipendenze”? *Med Lav* 2009; 100 (3): 237-240
 159. Regione Emilia Romagna. Orientamenti regionali per medici competenti in tema di prevenzione diagnosi e cura dell'alcol dipendenza – novembre 2009. Consultabile su: http://www.remarksrl.it/sites/default/files/documento_20100317160654_4175.pdf
 160. Regione Friuli Venezia Giulia. Linee guida per la prevenzione dei problemi di sicurezza sul lavoro legati all'assunzione di alcolici. Allegato alla delibera n. 1020 del 07.05.2009. Consultabile su: http://mtom.regione.fvg.it/storage//2013_44/Testo%20della%20Delibera%20n%2044-2013.pdf
 161. Regione Lombardia. Circolare regionale Prot. H1.2009.0002333 in data 22.01.2009 Ulteriori chiarimenti in materia di accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze negli ambienti di lavoro. Consultabile su: http://www.lombardia.cisl.it/doc/626/documentazione/2009/regolo_m_indicazionioperativetossicodipendenza_circolare22_0109.pdf
 162. Regione Puglia. Deliberazione Giunta Regionale n. 1102 del 26.04.2010. Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 D.Lgs. 81/08; approvazione del documento “atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcol correlati ad opera di medici competenti ex art. 41 c. 4 del D.Lgs. 81/2008. Consultabile su: <http://www.regione.puglia.it/index.php?page=burp&oppz=getfile&file=6.htm&anno=xli&num=85>
 163. Regione Veneto. Parere ULSS 1 Belluno Prot. 367926/50.03.41 in data 05.07.2010. Accertamenti inerenti al divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell'art. 15 della L. 30 marzo 2001 n. 125 e dell'Intesa 16 marzo 2006. Consultabile su: http://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=3307:regione-veneto-pa
 164. Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo

- codice della strada. Consultabile su: <http://www.altalex.com/index.php?idnot=34641>
165. Rehm J, Chisholm D, Room R, et al: Disease Control Priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders. WHO, 2006
 166. Rehm J, Mathers C, Popova S, et al: Alcohol and global health 1: global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009; 373 (9682): 2223-33. Doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7
 167. Reynolds GS, Bennett JB: A Cluster Randomized Trial of Alcohol Prevention in Small Businesses: A Cascade Model of Help Seeking and Risk Reduction. *Am J Health Promot*. 2014 Jan 24. [Epub ahead of print]
 168. Riboldi L, Bordini L, Ferrario MM: Fitness for work in health care workers: state of the art and possible operational recommendations for its formulation and management in relationship to alcohol and drug addiction. *Med Lav* 2012; 103 (3): 203-211
 169. Riboldi L, Bordini L: Acute and chronic alcohol abuse and work. *G Ital Med Lav Ergon* 2008; 30 (3 Suppl): 56-66
 170. Richman JA, Rospenda KM, Nawyn SJ, et al: Sexual harassment and generalized workplace abuse among university employees: Prevalence and mental health correlates. *Am J Public Health* 1999; 89: 358-363
 171. Roberts S, Fallon LF Jr: Administrative issues related to addiction in the workplace. *Occup Med*. 2001; 16 (3): 509-15
 172. Roche AM, Pidd K, Berry JG, et al: Workers' drinking patterns: the impact on absenteeism in the Australian work-place. *Addiction* 2008; 103 (5): 738-748
 173. Roerhns T, Beare D, Zorick F, et al: Sleepiness and ethanol effects on simulated driving. *Alcohol Clin Exp Res* 1994; 18 (1): 154-158
 174. Roman P, Trice HM: The development of deviant drinking behavior. *Arch Environ Health* 1970; 20: 424-435
 175. Roman PM, Blum TC: Alcohol: a review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes. *Am J Health Prom* 1996; 11: 135-149
 176. Rosso GL, Perotto M, Feola M, et al: Workplace drug testing and alcohol policy in Italy; there is still a long way to go. *Drug Test Anal* 2014; 6 (9): 893-7. Doi: 10.1002/dta.1569
 177. Rygol K, Kabiesz-Neniczka S, Olszowy Z: Accidents in the workplace caused by alcohol intoxication. *Arch Med Sadowej Kryminol* 2004; 54 (4): 234-241
 178. Sacco A: Guida all'attività del medico competente. EPC Editore, Roma, 2012
 179. Salonsalmi A, Laaksonen M, Lahelma E, Rahkonen O: Drinking habits and sickness absence: the contribution of working conditions. *Scand J Public Health* 2009; 37: 846-854. doi: 10.1177/1403494809350519.
 180. Santini M, Bancone C, Bresciani M, et al: Survey on alcohol and construction workers. *G Ital Med Lav Ergon* 2012; 34 (3 Suppl): 521-525
 181. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al: Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni – Rapporti Istisan 13/3/2013. Consultabile su: http://www.iss.it/binary/publ/cont/13_3_web.pdf Ultimo accesso: 19 aprile 2014
 182. Schmitt G, Aderjan R, Keller T, et al: Ethyl glucuronide: an unusual ethanol metabolite in humans. Synthesis, analytical data, and determination in serum and urine. *J Anal Toxicol*, 1995; 19: 91-94
 183. Schultz AB, Chen CY, Edington DW: The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature. *Pharmacoeconomics* 2009; 27 (5): 365-378
 184. Servodidio CA: Alcohol abuse in the workplace and patient safety. *Clin J Oncol Nurs*. 2011; 15 (2): 143-145
 185. Shain M, Suurvali H, Boutilier M: Healthier workers: Health promotion and employee assistance programs. Lexington, MA: Lexington Books, 1986
 186. Smith L, Savory J, Couves J, Burns E. Alcohol consumption during pregnancy: Cross-sectional survey. *Midwifery* 2014 Apr 18. pii: S0266-6138(14)00099-0. doi: 10.1016/j.midw.2014.04.002
 187. Sonnenstuhl WJ: Working Sober: The transformation of an occupational drinking culture. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1996
 188. Spicer RS, Miller TR, Smith GS: Worker substance use, workplace problems and the risk of occupational injury: a matched case-control study. *J Stud Alcohol* 2003; 64 (4): 570-578
 189. Spiridigliozzi S, Sacco A, Senni A: La prevenzione degli infortuni sul lavoro nei problemi alcol correlati. *ISL - Igiene & Sicurezza del Lavoro* 2003; 3: 132-140
 190. Stibler H, Hulcrantz R: Carbohydrate-deficient transferrin in serum in patients with liver diseases. *Alcohol Clin Exp Res* 1987; 11: 468-473
 191. Stockwell T, McLeod R, Stevens M, et al.: Alcohol consumption, setting, gender and activity as predictors of injury: a population-based case-control study. *J Stud Alcohol* 2002; 63 (3): 372-379
 192. Sure Hire. WCB Alberta, Provincial Synopsis, 2008 <http://www.surehire.ca/pages/facts-amp-statistics/general-drug-and-alcohol-statistics.php>
 193. Tecco J, Jacques D, Annemans L: The cost of alcohol in the workplace in Belgium. *Psychiatr Danub*. 2013; 25 Suppl 2: 118-123
 194. The Alcohol Academy. Alcohol and the workplace <http://www.alcoholacademy.net/Hot-topics.html>

195. Tinghög ME: The workplace as an arena for universal alcohol prevention - what can we expect? An evaluation of a short educational intervention. *Work* 2013 Sep 4. [Epub ahead of print]
196. Trice HM: Work-related risk factors associated with alcohol abuse. *Alcohol Health & Research World* 1992; 16 (2): 106-111
197. U.S. Department of Agriculture/U.S. Department of Health and Human Services (US-DHHS). Home and Garden Bulletin No. 232. Nutrition and Your Health: Dietary Guidelines for Americans. 3d ed. Washington, DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off, 1990
198. Upmark M: Predictors of disability pension among young men. *Eur J Public Health*, 1997; 1: 20-28
199. Upmark M, Moller J, Romelsjo A: Longitudinal, population-based study of self-reported alcohol habits, high levels of sickness absence and disability pensions. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 223-229
200. Vakulin A, Baulk SD, Catcheside PG, et al: Effects of moderate sleep deprivation and low-dose alcohol on driving simulator performance and perception in young men. *Sleep* 2007; 30 (10): 1327-1333
201. Verster JC, Bervoets AC, de Klerk S, et al: Effects of alcohol hangover on simulated highway driving performance. *Psychopharmacology (Berl)* 2014; 231 (15): 2999-3008. doi: 10.1007/s00213-014-3474-9
202. Verster JC, Taillard J, Sagaspe P, et al: Prolonged nocturnal driving can be as dangerous as severe alcohol-impaired driving. *J Sleep Res* 2011; 20 (4): 585-588
203. Volkow ND, Wang GJ, Tomasi D, et al: The addictive dimensionality of obesity. *Biol Psychiatry* 2013; 73 (9): 811-8. Doi: 10.1016/j.biopsych.2012.12.020
204. Walsh DC, Hingson RW, Merrigan DM, et al: A randomized trial of treatment options for alcohol-abusing workers. *N Engl J Med* 1991; 325 (11): 775-782
205. Wang X, Abdel-Aty M: Analysis of left-turn crash injury severity by conflicting pattern using partial proportional odds models. *Accid Anal Prev* 2008 Sep; 40 (5): 1674-1682
206. WCB Alberta, Provincial Synopsis 2008 Accessibile su: <http://www.surehire.ca/pages/facts-amp-statistics/general-drug-and-alcohol-statistics.php>
207. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol and Health. 2014. ISBN 978 92 4 069276 3 WHO Press, Geneva, Switzerland, 2014. Accessibile su: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
208. World Health Organization (WHO). Global Status Report on Alcohol and Health. ISBN 978 92 4 156415 1 WHO Press, Geneva, Switzerland, 2011. Accessibile su: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
209. World Health Organization (WHO). HEALTH21 - The health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 6.1999, xi + 224 pages ISBN 92 890 1349 4 Accessibile su: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region> Ultimo accesso 19 aprile 2014
210. World Health Organization (WHO). Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries. 2013. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2013. Accessibile su: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf
211. World Health Organization (WHO). The World Health Report 2002 - Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Consultabile su: http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1
212. World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Costi sociali dell'uso di alcol (in milioni di dollari americani). Consultabile su <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1118?lang=en> Ultimo accesso 27/04/2014
213. World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Incidenti stradali mortali legati al consumo di alcol. Consultabile su: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1111?lang=en> Ultimo accesso 27/04/2014
214. Yesavage JA, Leirer VO: Hangover effects on aircraft pilots 14 hours after alcohol ingestion: A preliminary report. *Am J Psych* 1986; 143 (12): 1546-1550
215. Zakhari S: Bermuda Triangle for the liver: alcohol, obesity, and viral hepatitis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2013; 28 Suppl 1:18-25. doi: 10.1111/jgh.12207
216. Zaloshnja E, Miller TR, Hendrie D, et al: Employer costs of alcohol-involved injuries. *Am J Ind Med* 2007; 50 (2): 136-142
217. Zimmer H, Schmitt G, Aderjan R: Preliminary immunochemical test for the determination of ethyl glucuronide in serum and urine: comparison of screening results with gas chromatography-mass spectrometry. *J Anal Toxicol* 2002; 11-16

APPENDICE 1

Il questionario P.A.D.©

Il Decreto 81/08 “Unico testo normativo in materia di salute e sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori” stabilisce, all’art. 41, comma 4, che le visite mediche preventive e periodiche che fanno parte della sorveglianza sanitaria “*sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti*”.

Questa norma conferma l’obbligo dei controlli già previsto da leggi precedenti anche se ancora non applicate in tutti i settori produttivi.

Con questo questionario chiediamo il tuo parere sul problema dell’abuso di alcol e droghe, al fine di impostare una politica aziendale condivisa.

Il questionario è anonimo. I risultati raccolti saranno discussi in un incontro e confrontati.

Ti chiediamo di rispondere con un SI o un NO a tutte le domande. Grazie.

1. L’abuso di alcol e droghe può danneggiare la salute. Sei d’accordo?	NO	SI
2. L’assunzione di alcol e droghe può mettere in pericolo la salute di altri. Sei d’accordo?	NO	SI
3. Questa Azienda svolge un servizio pubblico?	NO	SI
4. Ritieni utile un programma di formazione/informazione sui danni causati da alcol e droghe?	NO	SI
5. Ritieni utile un programma di formazione/informazione dei dirigenti e preposti che consenta di riconoscere i sintomi precoci causati dall’abuso di alcol e droghe?	NO	SI
6. Ritieni utile incoraggiare chi ha problemi con alcol o droghe a chiedere aiuto?	NO	SI
7. I dati sanitari che riguardano l’uso personale di alcol e droghe devono rimanere riservati. Sei d’accordo?	NO	SI
8. Ci sono alcuni aspetti del lavoro che si svolge in questa azienda che sono critici per la salute e sicurezza dei lavoratori?	NO	SI
9. Ci sono aspetti del lavoro che si svolge in questa azienda che sono critici per la salute e sicurezza di terzi?	NO	SI
10. Ritieni che ci siano in questa azienda lavori che non possono essere svolti sotto l’effetto dell’alcol o di droghe?	NO	SI
11. Ritieni che chi fa abuso di alcol e di droghe debba essere curato?	NO	SI
12. Credi che sia giusto offrire ad un lavoratore che ha problemi la possibilità di curarsi, senza subire provvedimenti disciplinari?	NO	SI
13. Ritieni che la politica su alcol e droghe debba essere applicata allo stesso modo a tutti coloro che svolgono compiti rischiosi, indipendentemente dal loro ruolo e grado?	NO	SI
14. Credi che sia opportuno far controllare l’assenza di dipendenza da alcol o droghe, prima di affidare a qualcuno un lavoro critico per la sicurezza?	NO	SI
15. Credi che sia opportuno informare compiutamente il lavoratore prima di sottoporlo ad un test per le dipendenze?	NO	SI
16. Credi che in questa azienda ci siano mansioni che per la loro criticità richiedono il controllo dell’abuso di alcol?	NO	SI
17. Credi che in questa azienda ci siano mansioni che per la loro criticità richiedono il controllo dell’uso di droghe?	NO	SI
18. Può capitare a tutti qualche volta di eccedere con l’alcol, ma ciò non deve influenzare la sicurezza degli altri. Sei d’accordo?	NO	SI

19. Fermo restando che ognuno ha le proprie responsabilità, credi che sia opportuno nominare un Responsabile della politica sulle dipendenze?	NO	SI
20. Chi si sta curando per uscire da uno stato di dipendenza ha diritto alla conservazione del posto di lavoro. E' giusto?	NO	SI
21. Credi che sia giusto che l'azienda metta in atto una politica per il contrasto delle dipendenze sul luogo di lavoro?	NO	SI
22. Credi che sia giusto che tutti i lavoratori accettino la politica aziendale sulle dipendenze?	NO	SI
23. La politica aziendale sulle dipendenze dovrebbe essere periodicamente rivista con il concorso dei lavoratori. Sei d'accordo?	NO	SI
24. Se vieni a sapere che un collega ha problemi con l'alcol e le droghe, dovresti convincerlo a chiedere aiuto. Sei d'accordo?	NO	SI
25. In azienda il servizio sanitario dovrebbe essere sempre disponibile per informazioni, consigli o assistenza per i problemi legati all'abuso. Sei d'accordo?	NO	SI
26. Il lavoratore che rifiuta di sottoporsi ai controlli non può essere adibito a lavori critici per la sicurezza. Sei d'accordo?	NO	SI
27. I lavoratori che svolgono compiti dai quali dipendono la salute e sicurezza di altri, non devono mai essere meno lucidi per l'effetto di alcol droghe o farmaci. Sei d'accordo?	NO	SI
28. Se un lavoratore che svolge compiti critici deve assumere un farmaco che riduce lo stato di vigilanza, deve avvertire tempestivamente il medico competente. Sei d'accordo?	NO	SI
29. I lavoratori che hanno causato incidenti stradali dovrebbero essere sottoposti a controlli per alcol e droghe. Sei d'accordo?	NO	SI
30. I lavoratori che hanno manifestato un comportamento tipico dell'ubriachezza o dell'abuso di droghe dovrebbero essere sottoposti a controlli. Sei d'accordo?	NO	SI
31. I lavoratori che hanno avuto in passato problemi con alcol e droghe, dopo il rientro al lavoro dovrebbero essere controllati con maggiore frequenza, per il pericolo di ricadute. Sei d'accordo?	NO	SI
32. I lavoratori coinvolti in un incidente sul lavoro dovrebbero essere sottoposti a controlli per alcol e droghe. Sei d'accordo?	NO	SI
33. Se un lavoratore che svolge compiti critici deve assumere un farmaco che riduce lo stato di vigilanza, deve avvertire tempestivamente il suo superiore. Sei d'accordo?	NO	SI
34. Ritieni che la politica su alcol e droghe debba essere applicata all'interno dell'azienda anche a coloro che non svolgono compiti rischiosi?	NO	SI

«LA MEDICINA DEL LAVORO» pubblica lavori originali, rassegne, brevi note e lettere su argomenti di medicina del lavoro e igiene industriale. I contributi non devono essere già stati pubblicati o presentati ad altre riviste. I manoscritti, in lingua italiana o inglese, devono essere sottoposti utilizzando il sito web della rivista <http://www.lamedicinadellavoro.it>.

I lavori saranno sottoposti a revisori; sulla base dei loro giudizi la Redazione si riserva la facoltà di suggerire modifiche o di respingerli. Gli autori verranno informati delle motivazioni che hanno portato la Redazione a formulare suggerimenti o giudizi negativi. Le opinioni espresse dagli autori non impegnano la responsabilità della Rivista.

MANOSCRITTI - I lavori devono essere redatti utilizzando Microsoft Word per Windows, doppia spaziatura tra le righe, font 12 e con ampio margine su un lato. Tutte le pagine, compresa la bibliografia, dovranno essere numerate progressivamente e portare indicato all'inizio di ogni pagina il nome del primo autore e il titolo breve (running title); analoga indicazione deve figurare sulle tabelle e sulle figure.

PRIMA PAGINA - Nella prima pagina del manoscritto deve essere indicato il titolo dell'articolo in italiano ed inglese, il cognome e l'iniziale del nome dell'autore o degli autori, il nome per esteso degli autori di genere femminile, l'istituzione di appartenenza di ciascun autore, l'indicazione delle eventuali fonti di finanziamento del lavoro e l'indirizzo completo dell'autore responsabile della corrispondenza. Nella stessa pagina devono essere indicati il titolo breve (running title) che dovrà figurare in testa a ciascuna pagina dello stampato e almeno 3 parole chiave in italiano ed inglese. Qualora il lavoro sia già stato oggetto di comunicazione orale o poster in sede congressuale, è necessario che in una nota a piè di pagina ne venga indicata la data e il luogo.

TABELLE - Le tabelle devono essere riportate alla fine del testo e numerate progressivamente con numeri arabi. Ciascuna tabella deve essere corredata di didascalia. La didascalia in entrambe le lingue, italiano ed inglese, deve contenere le informazioni necessarie a interpretare la tabella stessa senza fare riferimento al testo. Nel testo la tabella deve essere citata per esteso (es. tabella 1). Le tabelle devono essere elaborate usando Microsoft Word per Windows. Le tabelle dovranno essere incorporate nello stesso file del manoscritto, assieme alle didascalie.

FIGURE - Le figure devono essere numerate con numeri arabi. Ciascuna figura deve essere corredata di didascalia, sia in italiano che in inglese. Nel testo la figura deve essere citata per esteso (es. figura 1). Le figure possono essere incorporate nel manoscritto e devono essere posizionate alla fine, dopo le tabelle, insieme alle rispettive didascalie. Se le figure vengono invece preparate in formato jpeg o tiff (o pdf ad alta risoluzione) devono essere caricate separatamente come file supplementari. Le fotografie, i disegni e i grafici devono avere una dimensione minima di 10x15 cm e una risoluzione almeno di 300 dpi. Le figure verranno stampate in bianco e nero o in toni di grigio. Le figure a colori saranno stampate a colori solo nel caso in cui l'autore si prenda carico delle spese di stampa; saranno invece visibili a colori nella versione elettronica dell'articolo. È cura dell'autore che sottopone figure a colori accertarsi che la stampa in toni di grigio consenta una chiara lettura dell'immagine. Nel caso gli autori intendano pubblicare figure o grafici tratti da altre riviste o libri, dovranno previamente ottenere il permesso scritto dall'autore e dalla casa editrice, copia del quale deve essere inviata alla redazione della rivista; nell'articolo gli autori dovranno indicare le fonti da cui il materiale stesso è tratto.

PRESENTAZIONE DEGLI ARTICOLI - I lavori dovranno essere suddivisi in: Riassunto, Introduzione, Metodi, Risultati, Discussione, Bibliografia. Dovranno essere dettagliatamente descritti i metodi solo quando siano originali o presentino delle modifiche sostanziali rispetto ai precedenti. Per i metodi già noti e riportati in letteratura è sufficiente citare gli articoli originali. Nella presentazione dei risultati si deve evitare di ripetere nel testo i dati presentati nelle tabelle e nelle figure.

LETTERA DI ACCOMPAGNAMENTO - In una lettera di accompagnamento, l'autore responsabile della corrispondenza dovrà dichiarare che tutti gli autori hanno letto e condiviso il contenuto e l'interpretazione del lavoro inviato. La lettera d'accompagnamento dovrà inoltre riportare la dichiarazione firmata dall'autore responsabile della corrispondenza, anche per conto degli altri autori, sull'assenza di conflitto d'interesse.

TITOLO - Il titolo dovrà essere redatto sia in italiano che in inglese. I titoli redatti nelle due lingue devono essere inseriti uno di seguito all'altro nell'apposito spazio sul sito, separati dal simbolo «/» (TITOLO).

RIASSUNTO - Il riassunto dovrà essere redatto sia in italiano che in inglese e strutturato nelle sezioni: Introduzione/Background, Obiettivi/Objectives, Metodi/Methods, Risultati/Results e Conclusioni/Conclusions. In ciascuna lingua il riassunto dovrà essere limitato ad un massimo di 250 parole. I riassunti redatti nelle due lingue devono essere inseriti uno di seguito all'altro nell'apposito spazio sul sito (RIASSUNTO).

BIBLIOGRAFIA - La correttezza e la completezza delle citazioni bibliografiche ricade sotto la responsabilità degli autori. Nella bibliografia le citazioni devono essere elencate in ordine alfabetico e numerate progressivamente. Nel caso ci siano più citazioni di uno stesso autore, queste vanno elencate in ordine cronologico.

Nel testo i riferimenti bibliografici dovranno essere indicati con numeri arabi tra parentesi corrispondenti al numero della citazione in bibliografia.

Nella citazione, per quanto attiene al numero degli autori da riportare, se gli autori sono più di 4 vanno citati i primi 3 seguiti da *et al* e se sono 4 o meno di 4 vanno citati tutti. La numerazione delle pagine non va abbreviata, ma lasciata per esteso. Di seguito sono riportati alcuni esempi cui attenersi.

Articoli su riviste:

- Kalliomaki PL, Kalliomaki K, Korhonen O, et al: Respiratory status of stainless steel and mild steel welders. *Scand J Work Environ Health* 1986; 8 (suppl 1): 117-121

Libri o capitoli di libri:

- McMahon B, Pugh TF: *Epidemiology, Principles and methods*. Boston (MA): Little Brown and Co, 1970

- Fogari R, Orlandi C: Essential hypertension among workers of a metallurgical factory. In Rosenfeld JB, Silverberg DS, Viskoper R (eds): *Hypertension control in the community*. London: Libbey J, 1985: 270-273

Comunicazioni personali pubblicate su Atti o Convegni:

- Galli DA, Colombi A, Antonini C, Cantoni S: Monitoraggio ambientale e biologico dell'esposizione professionale a pigmenti e coloranti azoici. In Foà V, Antonini C, Galli DA (eds): *Atti del convegno Materie coloranti ed ambiente di lavoro*. Milano, 14-15 marzo 1984. Fidenza: Tipografia Mattioli, 1985: 129-137

Monografie:

- International Agency for Research on Cancer: *Some chemicals used in plastics and elastomers*. Lyon: IARC, 1986 (IARC monographs on the evaluation of the carcinogenic risk of chemicals to humans no 39)

Documenti reperibili in internet:

- NIOSH, National Institute Occupational Safety and Health. (2003). *Hydrocarbons, Aromatic*. Method 1501. disponibile on line all'indirizzo: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2003-154/pdfs/1501.pdf>. (ultimo accesso il 31-12-2010).

Il nome della rivista deve essere abbreviato secondo le norme dell'*Index Medicus*.

Le comunicazioni personali e le comunicazioni a congressi, se non pubblicate, non devono far parte della bibliografia, ma devono essere citate per esteso nel testo.

CONFLITTO DI INTERESSE - Un conflitto d'interesse sussiste quando il giudizio professionale su un interesse primario, quale l'interpretazione dei propri risultati o di quelli ottenuti da altri, potrebbe essere influenzato, anche in maniera inconsapevole, da un interesse secondario, quale un tornaconto economico o una rivalità personale. Un conflitto d'interesse non è di per sé anti-etico. Tuttavia, esso deve essere pubblicamente ed apertamente riconosciuto. Tale riconoscimento non avrà alcun valore ai fini della decisione sulla pubblicazione. Pertanto, in conformità con le indicazioni dell'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) dell'ottobre 2008, all'atto dell'invio di un lavoro per pubblicazione su *La Medicina del Lavoro*, nella lettera d'accompagnamento allegata al manoscritto, l'autore responsabile della corrispondenza dovrà dichiarare, anche a nome degli altri autori, l'esistenza o meno di legami finanziari (rapporti di consulenza, proprietà di azioni, brevetti o licenze, ecc) che possano configurare un potenziale conflitto d'interesse in relazione alle materie trattate nel lavoro stesso. In caso di sussistenza di tali legami finanziari, gli autori interessati dovranno indicarli con una breve ma esauriente definizione. Sul sito web si deve dichiarare l'eventuale esistenza di conflitto di interesse nell'apposito spazio. Se non ci sono conflitti basta riportare **NESSUNO**.

BOZZE - L'autore responsabile del manoscritto il cui contributo sarà accettato per la pubblicazione riceverà le bozze dell'articolo per controllare eventuali errori tipografici. Sulle bozze non potranno essere apportate modifiche sostanziali. La correzione delle bozze solleva la redazione da ogni responsabilità per eventuali errori presenti nel testo.

RECENSIONI - I libri e i lavori su argomenti di medicina del lavoro e di igiene industriale e/o ambientale che gli autori o gli editori desiderano far recensire sulla rivista, devono essere inviati alla Redazione.

PUBBLICITÀ, NUMERI ARRETRATI E RICHIESTE DI ESTRATTI - Per inserzioni pubblicitarie, oppure ordini di fascicoli arretrati o estratti, si prega di contattare: Mattioli 1885 srl - Casa Editrice, Strada di Lodesana 649/sx, Loc. Vaio - 43036 Fidenza (Parma), Tel. 0524/530383, Fax 0524/82537, e-mail: edit@mattioli1885.com

La rivista è sotto la tutela delle leggi internazionali sulla proprietà letteraria.