

Deliberazione della Giunta Regionale 22 ottobre 2012, n. 21-4814

Atto di indirizzo per la verifica del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalc. e per la verifica di assenza di condizioni di alcol dip. 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.

A relazione dell'Assessore Quaglia:

La Legge n. 125 del 30 marzo 2001, “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” stabilisce al comma 2 dell’art. 15 che: “Per le finalità previste dal presente articolo i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente ai sensi dell'articolo 2, (comma 1, lettera d), del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni, 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 intende recepire il Provvedimento della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006 “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. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131” all’art. 1 dispone che: “Le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, per le quali si fa divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125, sono quelle individuate nell'allegato 1, che forma parte integrante della presente intesa”.

Il DPCM del 21 dicembre 2007 “Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro” ha affidato alle Regioni il compito di integrare, ai sensi dell’art. 1, comma 2, la composizione dei Comitati Regionali di Coordinamento già previsti dal D.Lgs. 626/94 art. 27, al fine di realizzare sul territorio il coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro.

Le funzioni e i compiti del Comitato Regionale di Coordinamento, sanciti all’art. 1, comma 4, del DPCM. 21 dicembre 2007, sono:

- a) sviluppo dei piani di attività e dei progetti operativi individuati dalle amministrazioni a livello nazionale;
- b) indirizzo e programmazione delle attività di prevenzione e di vigilanza e promozione dell’attività di comunicazione, informazione, formazione e assistenza operando il necessario coordinamento tra le diverse istituzioni;
- c) raccolta ed analisi delle informazioni relative agli eventi dannosi e ai rischi, proponendo soluzioni operative e tecniche atte a ridurre il fenomeno degli infortuni e delle malattie da lavoro;
- d) valorizzazione degli accordi aziendali e territoriali che orientino i comportamenti dei datori di lavoro, anche secondo i principi della responsabilità sociale, dei lavoratori e di tutti i soggetti

interessati, ai fini del miglioramento dei livelli di tutela definiti dal punto di vista legislativo.

Il D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008 ovvero il nuovo Testo Unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di “Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”, all'art. 41 comma 4 dispone che: "Le visite mediche di cui al comma 2, a cura e spese del datore di lavoro, comprendono gli esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente. Nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento, le visite di cui al comma 2, lettere a), b), d), e-bis) e e-ter) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti”.

Occorre peraltro ricordare come l'art. 41 succitato sia stato modificato dal D.Lgs. 106/09 con l'introduzione del seguente comma 4-bis che afferma 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”.

La Legge 120 del 29 luglio 2010, “disposizioni in materia di sicurezza stradale”, con l'art. 33 apporta modifiche agli art. 186 e 187 e introduce l'art. 186-bis in materia di guida sotto l'influenza dell'alcol e in stato di alterazione psicofisica per uso di sostanze stupefacenti. Il citato art. 186 bis introduce, tra l'altro, il valore di alcolemia pari a zero per i conducenti professionali o di autoveicoli con patente C, D ed E, oltre che per i giovani con meno di 21 anni e per chi ha preso la patente da non più di 3 anni.

Pertanto:

Vista la mancata adozione dell' Accordo Stato-Regioni sui criteri e sulle modalità per accertare l'assenza di assunzione e/o di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e la verifica dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza che ha, di fatto, generato modalità diverse di interpretazione e applicazione della normativa sia a livello regionale che su tutto il territorio nazionale.

Preso atto delle proposte elaborate dal Gruppo di Coordinamento Tecnico Interregionale Prevenzione Igiene Sicurezza nei luoghi di Lavoro del 15 marzo 2012.

Preso atto altresì degli indirizzi operativi determinati dalle attività di controllo e vigilanza svolte in ambito regionale da alcuni SPreSAL delle ASL, in particolare dell'ASL TO1, in raccordo con l'Autorità Giudiziaria competente territorialmente.

Considerate le difficoltà pratiche ed operative di non semplice risoluzione che il Medico competente, in questo ambito, riscontra e che vanno concretamente affrontate.

Considerato che con la D.G.R. n. 13-10928 del 9.03.2009 sono state approvate le “Linee di indirizzo regionali per le procedure relative agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, ai sensi dell'Intesa Stato/Regioni del 30.10.2007 e dell'Accordo Stato/Regioni del 18.09.2008”

Tenuto conto che con la D.G.R. n. 4-2205 del 22.06.2011 (Disposizioni in ordine al Piano di Azione Regionale delle Dipendenze – PARD) al paragrafo 1A. “Prevenzione e area lavoro e

mansioni a rischio”, è stato stabilito come prioritario attivare programmi di prevenzione anche all’interno degli ambienti di lavoro.

Constatato che con la DCR n. 167-14087 del 03.04.2012 è stato approvato il PSSR 2012-2015, laddove nell’ambito dei rischi in ambienti di lavoro stabilisce che bisogna garantire la sicurezza e preservare la salute dei cittadini sul luogo di lavoro.

Atteso che nelle more di quanto stabilito dall’art. 41 comma 4-bis del D.Lgs 106/09 ed al fine di consentire un’applicazione omogenea sul territorio regionale delle disposizioni previste dalla sopra citata Intesa, su mandato della Direzione Regionale Sanità, con Determinazione n. 796 del 25.10.2011 è stato istituito un gruppo tecnico multiprofessionale composto da esperti delle Dipendenze, della Medicina del Lavoro, degli S.Pre.S.A.L., dei Medici Competenti e dei Laboratori analisi. Al gruppo, coordinato dal Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali, è stato assegnato l’obiettivo di predisporre un documento di proposta di Linee di indirizzo sulle modalità di accertamento tese a fornire ai professionisti incaricati di tali controlli, ai vari livelli (Medico competente, Dipartimenti delle Dipendenze, Laboratori Analisi, SPRESAL, ecc.), un procedimento regionale omogeneo ed una serie di strumenti operativi efficaci.

Ritenuto infine necessario approvare gli allegati “A, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6a, 6b, 6c, 6d”, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, al fine di consentire ai soggetti interessati un’applicazione omogenea sul territorio regionale delle disposizioni ivi contenute;

Si ritiene altresì opportuno:

- prevedere una fase di osservazione, monitoraggio e valutazione (dei dati trasmessi dai servizi di riferimento e dall’applicazione delle disposizioni di cui al presente provvedimento) della durata di 12 mesi, a seguito della quale potrebbero essere necessarie ulteriori modifiche/integrazioni al presente provvedimento, anche in relazione ad eventuali sviluppi della normativa nazionale e regionale di riferimento. La Direzione Regionale Sanità si avvarrà a tal fine anche del gruppo tecnico di cui in premessa che ha contribuito a produrre il documento in allegato;
- organizzare su tutto il territorio regionale momenti formativi e di confronto sul tema oggetto del presente provvedimento, avvalendosi del gruppo tecnico di cui sopra (almeno un incontro in ogni Provincia);
- approvare che i costi degli accertamenti previsti dal presente documento sono a carico dei datori di lavoro e le tariffe da applicare per gli accertamenti tossicologico-analitici previsti nel presente documento sono quelle stabilite dal Nomenclatore Tariffario Regionale. Le Aziende Sanitarie potranno stabilire eventuali ulteriori costi derivanti dalle spese non previste dal Nomenclatore. La tariffa delle prestazioni specialistiche effettuate dai servizi alcolologici, ad esclusione degli accertamenti tossicologico-analitici di cui sopra, è stabilita in € 150,00 onnicomprensivi, comprendente tutte le visite mediche (generale e di controllo) e tutte le valutazioni psico-sociali ed educative;
- approvare che i costi delle eventuali controanalisi sono a carico del lavoratore il quale le può richiedere entro 10 giorni dalla comunicazione della positività del test di conferma. Sono eseguite dal laboratorio di riferimento regionale (Centro Regionale Antidoping e di Tossicologia "A. Bertinaria" di Orbassano), alla presenza del lavoratore e/o di suo legale rappresentante e/o consulente tecnico, entro 30 giorni dal recepimento della richiesta del lavoratore;

- approvare che le Aziende Sanitarie Regionali del Piemonte, attraverso le rispettive Direzioni Generali, dovranno garantire l'istituzione di un apposito gruppo di lavoro aziendale che si occupi del raccordo e del coordinamento delle attività oggetto del presente provvedimento con le attività già normate dalla D.G.R. n. 13-10928 del 9.03.2009. Il nominativo del coordinatore del gruppo di lavoro aziendale dovrà essere trasmesso al Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali.

Vista la Legge n. 125 del 30 marzo 2001;

Visto il Testo aggiornato del TU 309 del 1990 pubblicato sul Supplemento Ordinario della G.U. n. 62 del 15.03.2006;

Vista l'Intesa della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006;

Visto il DPCM del 21 dicembre 2007;

Visto Il D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008;

Vista la D.G.R. n. 13-10928 del 9.03.2009;

Vista la Legge 120 del 29 luglio 2010;

Vista la D.G.R. n. 4-2205 del 22.06.2011;

Vista la DCR n. 167-14087 del 03.04.2012;

La Giunta Regionale, a voti unanimi resi nelle forme di legge,

delibera

1. di recepire Il Provvedimento della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006 "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. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131";

2. di approvare il documento allegato al presente atto (allegati "A, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 6a, 6b, 6c, 6d") che ne costituisce parte integrante e costitutiva denominato "Intesa della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006 D.Lgs 81 del 9 aprile 2008 e D.Lgs 3 agosto 2009, n. 106. Linee di indirizzo regionali per la verifica di assenza di rischi alcolcorrelati";

3. di prevedere una fase di osservazione, monitoraggio e valutazione (dei dati trasmessi dai servizi di riferimento e dall'applicazione delle disposizioni di cui al presente provvedimento) della durata di 12 mesi, a seguito della quale potrebbero essere necessarie ulteriori modifiche/integrazioni al presente provvedimento, anche in relazione ad eventuali sviluppi della normativa nazionale e regionale di riferimento. La Direzione Regionale Sanità si avvarrà a tal fine anche del gruppo tecnico di cui in premessa che ha contribuito a produrre il documento in allegato;

4. di organizzare su tutto il territorio regionale momenti formativi e di confronto sul tema oggetto del presente provvedimento, avvalendosi del gruppo tecnico di cui sopra (almeno un incontro in ogni Provincia);

5. di approvare che i costi degli accertamenti previsti dal presente documento sono a carico dei datori di lavoro e le tariffe da applicare per gli accertamenti tossicologico-analitici previsti nel presente documento sono quelle stabilite dal Nomenclatore Tariffario Regionale. Le Aziende

Sanitarie potranno stabilire eventuali ulteriori costi derivanti dalle spese non previste dal Nomenclatore. La tariffa delle prestazioni specialistiche effettuate dai servizi alcolici, ad esclusione degli accertamenti tossicologico-analitici di cui sopra, è stabilita in € 150,00 onnicomprensivi, comprendente tutte le visite mediche (generale e di controllo) e tutte le valutazioni psico-sociali ed educative;

6. di approvare che i costi delle eventuali controanalisi sono a carico del lavoratore il quale le può richiedere entro 10 giorni dalla comunicazione della positività del test di conferma. Sono eseguite dal laboratorio di riferimento regionale (Centro Regionale Antidoping e di Tossicologia "A. Bertinaria" di Orbassano), alla presenza del lavoratore e/o di suo legale rappresentante e/o consulente tecnico, entro 30 giorni dal recepimento della richiesta del lavoratore;

7. di approvare che le Aziende Sanitarie Regionali del Piemonte, attraverso le rispettive Direzioni Generali, dovranno garantire l'istituzione di un apposito gruppo di lavoro aziendale che si occupi del raccordo e del coordinamento delle attività oggetto del presente provvedimento con le attività già normate dalla D.G.R. n. 13-10928 del 9.03.2009. Il nominativo del coordinatore del gruppo di lavoro aziendale dovrà essere trasmesso al Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali;

8. tutte le disposizioni del presente provvedimento non comportano oneri a carico del Bilancio Regionale in quanto trattasi di applicazione di disposti normativi attualmente in vigore.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

Intesa della Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16 marzo 2006

D.Lgs 81 del 9 aprile 2008 e D.Lgs 3 agosto 2009, n. 106.

Linee di indirizzo regionali per la verifica di assenza di rischi alcolcorrelati

PREMESSA

Nell'UE l'alcool causa 195.000 morti l'anno e costituisce la terza causa di morte prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco, con costi altissimi sul piano sanitario, economico e sociale; in particolare è attribuibile all'uso dannoso di alcool il 25% dei decessi tra i giovani maschi europei di 15-29 anni e il 10% dei decessi tra le ragazze di pari età, dovuti soprattutto agli incidenti stradali.

Il rischio di danni alcolcorrelati cresce generalmente con la quantità di alcool consumata, la frequenza del consumo e la frequenza e intensità degli episodi di intossicazione alcolica. Pertanto, i consumi alcolici e i modelli di consumo rappresentano un valido indicatore delle condizioni di salute e sicurezza di una popolazione e il loro monitoraggio costituisce un importante strumento per la prevenzione e il contrasto dei possibili danni alcolcorrelati.

L'Osservatorio Nazionale Alcool (ONA) dell'ISS ha elaborato un indicatore di sintesi del consumo a rischio in base al quale ha valutato che nel 2009 il 15,8% degli italiani al di sopra degli 11 anni ha avuto almeno un comportamento di consumo a rischio, il 25% tra i maschi e il 7,3% tra le femmine, per un totale di circa 8 milioni e 454.000 persone, di cui 6 milioni e 434.000 maschi e 2 milioni e 20.000 femmine.

I dati dell'ultimo decennio sembrano confermare l'avvenuto passaggio del nostro Paese a nuovi comportamenti di consumo che segnalano un allontanamento dal tradizionale modello mediterraneo. Infatti, mentre la percentuale dei consumatori di bevande alcoliche resta relativamente stabile, diminuisce tra essi la percentuale di persone con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, soprattutto fra i giovani e gli adulti più giovani, e aumenta contestualmente quella delle persone che, oltre a vino e birra, assumono anche altre bevande alcoliche, aperitivi, amari e superalcolici, lontano dai pasti e con frequenza occasionale. Il cosiddetto "binge drinking" riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne e, nell'ultimo decennio, è cresciuta la percentuale di consumatori fuori pasto, con un incremento particolarmente significativo tra le donne (23,6%).

Il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età, per un totale di quasi 9 milioni di persone, di cui circa 1 milione e 200.000 sono soggetti tra 11 e 24 anni e circa 475.000 sono minori al di sotto dell'età legale (il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dei 16 anni).

I dati dell'Osservatorio Epidemiologico regionale delle Dipendenze dell'ASL TO3 (OED Piemonte) dimostrano come in Piemonte l'abitudine a consumare bevande alcoliche continua ad essere ben radicata anche se la proporzione di soggetti bevitori diminuisce nel tempo sia nella popolazione

generale sia in quella studentesca, così come diminuiscono i ricoveri per patologie alcol correlate e la mortalità alcol correlata. Aumentano invece i soggetti che si rivolgono ai Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (di seguito DPD) per richiedere un trattamento per problematiche alcol correlate.

Sempre dai dati elaborati dall'OED Piemonte nel 2010 gli utenti trattati nei servizi per le dipendenze patologiche sono stati 7.076 con un aumento di 355 unità (5%) rispetto all'anno precedente. Sono inoltre stati in trattamento presso i DPD altri 1.330 soggetti che dichiaravano l'alcol come sostanza secondaria di abuso.

L'indagine di popolazione denominata "PASSI" (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), sistema di sorveglianza della popolazione adulta (18-69 anni) attivo in Piemonte da giugno 2007, rileva come il 60% dei piemontesi tra i 18 e i 69 anni, pari a circa un milione e mezzo di persone, in particolar modo di sesso maschile, riferisce di aver bevuto almeno un'unità alcolica nell'ultimo mese evidenziando una tendenza alla diminuzione nel tempo (68% nel 2007). I bevitori considerabili a rischio sono il 23%, corrispondente a circa 700.000 persone, principalmente uomini e con differenze tra i sessi minori tra i 18 ed i 34 anni, ad indicare un cambiamento del comportamento femminile. In questa classe di età il consumo di alcol avviene nella maggior parte dei casi nei fine settimana e risulta particolarmente diffuso quello prevalentemente fuori pasto.

In questo contesto, il consumo dannoso di alcool costituisce uno dei più importanti fattori di rischio evitabili ed è causa principale o concomitante di numerose patologie, di incidentalità stradale, domestica e lavorativa, nonché di omicidi e violenze di vario genere.

La Relazione sullo Stato Sanitario del Paese (RSSP) è una componente essenziale del ciclo di pianificazione, programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Nazionale. La Relazione è stata introdotta dalla Legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, come informativa periodica, da parte del Ministro della Sanità al Parlamento, sullo stato di salute del Paese e sull'attuazione delle politiche sanitarie, ed è stata successivamente individuata dal D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992, integrato dal D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999, quale strumento di valutazione del processo attuativo del Piano Sanitario Nazionale.

Per quanto concerne gli aspetti legati al mondo del lavoro afferma che gli infortuni sul lavoro non sono delle fatalità ineluttabili, ma sono eventi prevenibili che possono e devono essere evitati rendendo più sicuri gli ambienti lavorativi e le attrezzature utilizzate, garantendo una valida formazione sui rischi e adottando efficaci misure di prevenzione.

Risulta non solo doveroso, ma anche economicamente conveniente, investire in sicurezza, in particolare nei settori a elevato rischio di infortunio grave o mortale, per abbattere efficacemente il numero di eventi dannosi e i relativi alti costi economici, umani e sociali in termini di morti e di disabilità dovuti al fenomeno infortunistico.

Nello specifico la stima della quota di infortuni sul lavoro alcol-correlati secondo l'OMS è compresa tra il 10 ed il 30% mentre le stime del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism e l'ILO si attestano tra il 10 ed il 16 %.

Secondo l'OMS, gli interventi sui posti di lavoro che possono ridurre i danni alcol-correlati includono:

- la promozione di luoghi di lavoro in cui si applichi il divieto del consumo di alcol;
- uno stile manageriale che riduca lo stress da lavoro ed incrementi gli incentivi lavorativi, ed interventi sui posti di lavoro quali la formazione in competenze psicosociali;
- l'intervento breve;
- le campagne di informazione sull'alcol.

Questi elementi devono necessariamente essere tenuti in considerazione se si vuole sviluppare una politica in grado di aumentare la sicurezza nei luoghi di lavoro e, contestualmente, contrastare questo fenomeno che, di fatto, tende a coinvolgere sempre più soggetti lavoratori coinvolti nelle mansioni a rischio.

Molti contesti lavorativi che non hanno attivato alcun programma o politica aziendale specifica possono essere interessati a sviluppare attività di prevenzione e formazione che esulino persino dagli obblighi stabiliti dalle normative vigenti. Così come per i programmi di comunità, anche quelli sui posti di lavoro non sono sempre strutturati ed implementati su principi basati sull'evidenza, e là dove esistono esperienze, valutare e documentare i programmi esistenti dovrebbe e potrebbe aiutare ad incrementare il numero di interventi strutturati per un impatto massimale.

Il nuovo codice della strada (Legge n. 120/2010) stabilisce che il tasso alcolemico deve essere zero per i conducenti professionali o di autoveicoli con patente C, D ed E, oltre che per i giovani con meno di 21 anni e per chi ha preso la patente da non più di 3 anni.

La D.G.R. n. 4-2205 del 22.06.2011 (Disposizioni in ordine al Piano di Azione Regionale delle Dipendenze – PARD) al paragrafo 1A. "Prevenzione e area lavoro e mansioni a rischio", stabilisce come prioritario attivare programmi di prevenzione anche all'interno degli ambienti di lavoro, sia mediante la promozione di piani aziendali orientati a diffondere informazioni preventive sia mediante l'attivazione e il mantenimento del "drug testing" ai lavoratori adibiti a mansioni riconosciute a rischio. Questi accertamenti periodici, e senza preavviso, possono creare un forte deterrente all'uso/abuso di sostanze stupefacenti e alcoliche durante lo svolgimento di mansioni lavorative in grado di generare rischi e danni a se stessi e a terze persone, se non eseguite in totale sicurezza e lucidità.

Pertanto, l'attivazione di programmi di prevenzione, diagnosi, cura e accertamento specificatamente indirizzati ai luoghi di lavoro previsti dalla normativa (mansioni a rischio individuate in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni del 16.03.2006 e Conferenza Unificata del 30.10.2007) deve avvenire in riferimento, e nel rispetto, dell'ordinamento normativo nazionale e regionale attualmente vigente (D.P.R. 309/90, legge 125/2001, Dlgs 81/2008 e s.m.i., legge 120/10). Al riguardo si rimanda alle Linee di indirizzo regionali in materia di accertamento della tossicodipendenza o uso sporadico di sostanze stupefacenti (D.G.R. n. 13-10928 del 2009).

Il PSSR 2012-2015, approvato con la DCR n. 167-14087 del 03.04.2012, nell'ambito dei rischi in ambienti di lavoro stabilisce che bisogna garantire la sicurezza e preservare la salute dei cittadini sul luogo di lavoro.

Con Determinazione n. 796 del 25.10.2011 è stato istituito un gruppo tecnico multiprofessionale composto da esperti delle Dipendenze, della Medicina del Lavoro, degli S.Pre.S.A.L., dei Medici Competenti e dei Laboratori analisi. Al gruppo, coordinato dal Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali, è stato assegnato l'obiettivo di predisporre un documento di proposta di Linee di indirizzo sulle modalità di accertamento tese a fornire ai professionisti incaricati di tali controlli, ai vari livelli (Medico competente, Dipartimenti delle Dipendenze, Laboratori Analisi, SPRESAL, ecc.), un procedimento regionale omogeneo ed una serie di strumenti operativi efficaci.

Tale Gruppo è composto dal Dott. Alberto Arnaudo (Dipartimento Dipendenze - ASL CN1), Dott. Moreno Bertoni (SC Medicina Legale - ASL TO1), Dott. Gabriele Gallone (Medico Competente - AO S. Luigi di Orbassano), Dott. Fabrizio Meliga (SC Medicina del Lavoro - AO CTO di Torino), Prof. Marco Vincenti (Centro Regionale Antidoping di Orbassano), Dott. Roberto Zanelli (SPRESAL ASL AT).

Il Gruppo è stato coordinato dal dott. Gaetano Manna (Funzionario regionale referente dell'area delle dipendenze) e coadiuvato dalla dott.ssa Paola Monaci (Consulente della Direzione regionale Sanità per l'area delle dipendenze) e si è avvalso altresì del supporto della Dott.ssa Annalisa Lantermo (SPRESAL ASL TO1).

RIFERIMENTI NORMATIVI

Un importante contributo alle attività di prevenzione è stato fornito da alcuni importanti provvedimenti legislativi: la Legge 30.3.2001 n. 125 "*Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati*" regola la problematica dei rischi conseguenti all'assunzione di alcol da parte dei lavoratori, stabilendo agli articoli 1, 2 e 15 quattro fondamentali principi:

1. l'assunzione di bevande alcoliche durante l'attività lavorativa incrementa il rischio di infortuni sul lavoro o di provocare danni a terze persone;
2. al fine di eliminare tale rischio è vietato assumere o somministrare bevande alcoliche e superalcoliche nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi;
3. a fini di prevenzione, per verificare il rispetto di tale divieto è prevista l'effettuazione, da parte dei medici competenti, ovvero dei medici del lavoro dei Servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro (di seguito SPreSAL) con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali, di controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro, controlli che quindi, in caso di positività, rappresentano l'evidenza dell'avvenuta assunzione;
4. il lavoratore affetto da patologie alcolcorrelate, a prescindere dall'attività lavorativa svolta, ha diritto ad accedere a programmi terapeutico-riabilitativi, conservando il proprio posto di lavoro.

Le attività lavorative a rischio sono state indicate nell' Allegato 1 dell' Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 16 marzo 2006.

Successivamente, il Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro" e le successive integrazioni apportate dal Decreto Legislativo 3 agosto 2009, n. 106, prevedono che la sorveglianza sanitaria effettuata dal medico competente (di seguito MC) 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, da stipulare entro il 31 dicembre 2009 in sede di Conferenza Stato-Regioni, la ridefinizione delle condizioni e delle modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza" (art. 41, co. 4-bis).

Per effetto delle disposizioni di legge sopra citate, si può affermare 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 MC, 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 alcol dipendenza. 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.

INDIVIDUAZIONE DELLE LAVORAZIONI A RISCHIO E ADOZIONE DELLE MISURE DI PREVENZIONE

Il Datore di Lavoro dovrà valutare, secondo le modalità previste dall'art. 29 del D.Lgs. 81/08 , in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (di seguito RSPP) e con il MC, previa consultazione del rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza (di seguito RLS), 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 dei Rischi (di seguito 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 che verranno portate a conoscenza di tutti i lavoratori adibiti a lavorazioni a rischio. L'aggiornamento del DVR e dell'elenco dei lavoratori adibiti alle lavorazioni a rischio dovrà essere effettuato in occasione di ogni variazione dell'organizzazione del lavoro, comportante variazioni di esposizione e del numero di addetti alle lavorazioni a rischio, nonché negli altri casi previsti dalla normativa (art. 29 comma 3 D.Lgs.81/08).

Il Datore di Lavoro o il dirigente allo scopo delegato, dovrà formalmente trasmettere al MC l'elenco dei lavoratori adibiti alle lavorazioni a rischio ai fini della programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria come previsto dall'art. 25 del D.Lgs. 81/08.

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 delle seguenti misure di prevenzione :

- informazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti, dei dirigenti e dei preposti sullo specifico rischio;
- informazione dei lavoratori sul divieto di assumere alcolici prima di iniziare l'attività lavorativa a rischio, anche se al di fuori dell'orario di lavoro, in quanto gli effetti di tale assunzione possono comportare un rischio infortunistico aggiuntivo; si deve precisare che il riscontro di un'alcoemia positiva comporterà comunque un temporaneo allontanamento dalla mansione a rischio a seguito della formulazione del giudizio di non idoneità temporanea formulato dal medico competente ;
- divieto di somministrare o assumere bevande alcoliche negli ambienti e nelle attività di lavoro, tramite l'adozione di disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro (ex art.li 18, c. 1 lett. f), 19, c. 1 lett. a) e 20, c. 2 lett. b) e art. 111 c. 8 del D.lgs. 81/08;
- 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;

In base alla valutazione del rischio tali misure di prevenzione potranno essere modulate in base al livello di rischio correlato alle singole mansioni.

INFORMAZIONE E FORMAZIONE

I richiami generali sugli obblighi di informazione e formazione da parte del Datore di Lavoro, o dirigente allo scopo delegato, sono contenuti negli artt. 36 e 37 del D.Lgs. 81/08.

I programmi di informazione/formazione dei lavoratori dovranno essere strettamente collegati alla valutazione delle mansioni a rischio e prevedere al loro interno specifiche sezioni riguardanti il tema dell' alcol quale fattore di rischio aggiuntivo per l'accadimento di infortuni sul lavoro o per la salute di terzi e quale fattore predisponente e/o aggravante specifiche patologie correlate al lavoro; dovrà essere fornita informazione sulle procedure aziendali adottate nel rispetto dei diritti e della dignità del lavoratore, e definito il ruolo dei dirigenti, preposti e RLS nella gestione del singolo caso con problematiche alcol-correlate, con la proposta di protocolli di intervento semplici e chiari, nonché l'aggiornamento degli addetti al primo soccorso.

In particolare si dovrà prevedere l'informazione ai lavoratori sul tasso alcolemico durante il lavoro che deve essere pari a "zero"; che l'alcol non deve essere assunto sia durante l'attività ad elevato rischio, sia nel periodo precedente l'inizio di tale attività, tenendo conto dei tempi che l'organismo impiega per lo smaltimento dell'alcol (2 ore circa per smaltire 1 unità alcolica); che l'alcol non può essere assunto durante i turni di reperibilità nelle attività lavorative a rischio; sulle conseguenze del mancato rispetto del divieto di assunzione e del riscontro di un'alcolemia positiva; sul significato della sorveglianza sanitaria finalizzata alla verifica dell'alcoldipendenza; sulle possibilità di invio per ulteriori controlli presso i servizi alcologici dei DPD; sulla possibilità di accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione per i lavoratori affetti da patologie alcol correlate.

Un ruolo fondamentale nell'attività di informazione/formazione dovrà essere svolto dal MC come previsto anche dal art. 25 del D.Lgs. 81/08 che annovera tra i compiti del MC la collaborazione "all'attività di informazione e formazione nei confronti dei lavoratori per la parte di competenza" e "alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute", nonché l'obbligo di fornire informazioni ai lavoratori sul significato e sui risultati della sorveglianza sanitaria cui sono sottoposti.

Inoltre l' art. 39 del D.Lgs. 81/08, richiama il rispetto dei principi contenuti nel codice etico ICOH, dove "il mantenimento e la promozione della salute e della capacità lavorativa" è indicato come uno dei tre principali obiettivi della medicina del lavoro (per il ruolo del MC si veda anche Technical Assessment.Promozione della salute nei luoghi di lavoro – SIMLII 2011).

DIVIETO DI SOMMINISTRAZIONE E ASSUNZIONE

Il Datore di Lavoro per le mansioni a rischio deve vietare la somministrazione di bevande alcoliche in ogni luogo (mensa, spaccio aziendale, distributori automatici, ecc.) e in ogni tempo di lavoro e formalizzare il divieto con una comunicazione scritta al lavoratore.

Inoltre dovrà instaurare un sistema di verifiche periodiche per valutare il rispetto del divieto e per adottare eventuali azioni correttive.

Il divieto deve necessariamente essere inteso come divieto di assunzione e somministrazione durante e nelle ore precedenti l'orario di lavoro.

Ad esempio, il Regolamento (CE) n. 8/2008 della Commissione dell'11 dicembre 2007, recante modifica del regolamento (CEE) n. 3922/91 per quanto riguarda i requisiti tecnici comuni e le procedure amministrative applicabili al trasporto commerciale mediante aeromobili, nella sezione "Responsabilità dell'equipaggio", al comma "e-1" stabilisce che nessun tipo di alcolico è consumato nelle 8 ore precedenti l'orario specificato di inizio del turno di volo o del periodo di riserva.

I lavoratori dovranno pertanto adottare un cambiamento dello stile di vita non solo sul posto di lavoro ma anche extralavorativo, rispettare le disposizioni aziendali relative al divieto di assunzione e sottoporsi ad eventuali controlli.

SORVEGLIANZA SANITARIA

Il MC, nell'espletamento della sorveglianza sanitaria, assolve a due funzioni nei confronti del lavoratore:

- una di tipo preventivo, finalizzata alla tutela della salute del lavoratore (e, nel caso dell'alcol, anche alla salvaguardia della sicurezza, incolumità e salute di terzi) che culmina con l'espressione del giudizio di idoneità/inidoneità alla mansione specifica;
- l'altra di promozione della salute individuale in sede di visita medica, che va dal rilascio di semplici informazioni sull'alcol e sui rischi connessi al suo consumo, a interventi brevi, finalizzati alla modifica dei comportamenti, in caso di lavoratori con consumo a rischio o dannoso, fino all'invio presso i servizi specialistici.

Nell'ambito delle mansioni incluse nell'allegato 1 dell'Intesa Stato – Regioni del 16 marzo 2006 la sorveglianza sanitaria è finalizzata da una parte ad escludere eventuali condizioni di alcoldipendenza dall'altra alla verifica del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche attraverso l'esecuzione di test alcolimetrici.

Alcoldipendenza

La ricerca di eventuali condizioni di alcoldipendenza, in funzione della prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, è un atto clinico di esclusiva pertinenza del MC, eventualmente coadiuvato da medici specialisti dei servizi alcolologici dei DPD. L'invio del lavoratore ai servizi alcolologici dei 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 riportati nell'Allegato 6.

Se l'accertamento per alcoldipendenza risulta positivo, il MC emette il giudizio di non idoneità temporanea allo svolgimento della lavorazione a rischio e lo trasmette al lavoratore e al datore di lavoro.

Avverso il giudizio espresso dal medico competente nell'ambito della sorveglianza sanitaria, ivi compreso quello formulato in fase preassuntiva, ai sensi dell'art. 41, co. 9, è ammesso ricorso, entro trenta giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente (SPreSAL) che dispone, dopo eventuali ulteriori accertamenti, la conferma, la modifica o la revoca del giudizio stesso.

Accertamenti inerenti il divieto di assunzione

L'attività mirata alla prevenzione del rischio da assunzione di alcol deve seguire procedure che garantiscano la privacy, il rispetto e la dignità della persona sottoposta ad accertamento e non devono in alcun modo rappresentare strumenti persecutori lesivi della libertà individuale o tesi ad allontanare arbitrariamente la persona dalla sua attività lavorativa.

Il lavoratore deve essere sempre informato, anche per iscritto, sui risultati degli accertamenti e sulle conseguenze degli stessi.

Il Datore di Lavoro deve garantire, attraverso il MC, il controllo alcolimetrico dei lavoratori rientranti nell'elenco delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro comprese nell'Intesa Stato-Regioni del 16.3.2006.

Il Datore di Lavoro o il dirigente allo scopo delegato, comunicheranno al MC, per iscritto, l'elenco nominativo dei lavoratori da sottoporre al controllo, provvedendo a garantire le condizioni di estemporaneità ed imprevedibilità dei controlli.

Tali accertamenti, svolti secondo procedure predefinite, condivise con i RLS e preventivamente comunicate a tutti i lavoratori, saranno effettuati senza preavviso nell'ambito dello svolgimento della lavorazione a rischio.

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.

Il MC informa il lavoratore sottoposto a controllo dei risultati degli accertamenti effettuati, del loro significato clinico e delle conseguenze che questi comportano relativamente alla sua attività lavorativa.

Nel caso in cui il MC 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. Nell'ambito del protocollo di sorveglianza sanitaria redatto dal MC dovrà essere prevista la possibilità, a fronte di un'evidenza del rischio in esame, di effettuare un accertamento mirato di sorveglianza sanitaria "anticipato" rispetto all'eventuale scadenza della visita periodica.

Il lavoratore dovrà temporaneamente essere adibito da parte del Datore di Lavoro o del dirigente allo scopo delegato, ad altra mansione non a rischio o, se ciò non fosse possibile, dovrà essere allontanato dal lavoro, al fine di evitare il rischio infortunistico conseguente alla sua condizione.

Per principio di precauzione lo stesso provvedimento verrà adottato in caso di rifiuto del lavoratore a sottoporsi all'accertamento, ferma restando la sanzionabilità di tale comportamento. Conseguentemente, il MC dichiarerà che "non è possibile esprimere giudizio di idoneità per impossibilità materiale ad eseguire gli accertamenti sanitari" e il Datore di Lavoro provvederà a sospendere in via cautelativa il lavoratore dalla mansione a rischio.

I costi del controllo indiretto dell'alcolemia nell'aria espirata da parte del MC e del prelievo e della misurazione dell'alcolemia nel sangue sono a carico del datore di lavoro.

MODALITA' DEL CONTROLLO ALCOLIMETRICO

Nell'effettuazione dei test alcolimetrici, nel rispetto di quanto indicato dal Codice Internazionale di Etica per gli Operatori di Medicina del lavoro (ICOH), dovranno essere preferiti "metodi non invasivi", privilegiando la determinazione dell'etanolo nell'aria espirata.

Poiché il divieto di assunzione di alcolici è tassativo e non è limitato al luogo di lavoro, ma è riferito agli effetti dell'alcol durante l'intero periodo di svolgimento delle attività lavorative a cui il divieto si applica, il tasso alcolimetrico del sangue durante l'orario lavorativo dovrà essere di norma pari a zero, fatta salva la sensibilità strumentale del sistema di misurazione e la relativa incertezza di misura, come definita di seguito.

In fase di screening, la concentrazione di alcol etilico viene determinata nell'aria espirata, sulla base di un rapporto di proporzionalità con la concentrazione ematica di 1:2300, comunemente accettato, che eguaglia la quantità di alcol contenuta in 1 mL di sangue a quella presente in 2,3 litri di aria espirata a 34°C. In realtà il fattore di conversione può variare all'incirca da 2000 a 2800 e per soggetti che presentano ridotta funzionalità polmonare può scendere anche a 1200. Gli strumenti impiegati in tali misure vengono definiti "etilometri". Esistono etilometri "omologati", tipicamente con sensore a raggi infrarossi, ed etilometri portatili "non homologati", con sensore elettrochimico. Per entrambe le tipologie di etilometro deve essere stato riconosciuto il Marchio CE medicale in base alla Direttiva CEE 93/42 sui dispositivi medici (DDM 93/42). I dettagli tecnici e i procedimenti periodici di verifica e taratura dei due tipi di etilometri sono riportati nell'Allegato 3. L'impiego di entrambi i tipi di etilometri è consentito soltanto per gli accertamenti preliminari di "screening".

Il risultato dell'esame dovrà essere refertato, in duplice copia, riportando le generalità del lavoratore e dell'operatore che esegue il test, il luogo in cui è stato eseguito l'esame, la data, l'ora e l'esito del test. Il lavoratore può chiedere che vengano riportate sul verbale eventuali dichiarazioni. Una copia del referto deve essere consegnata al lavoratore.

In caso di riscontro di positività, la misurazione deve obbligatoriamente essere confermata per determinazione diretta dell'alcolemia, previo ottenimento del consenso informato. Il sangue costituisce infatti la matrice biologica di prima scelta nelle indagini cliniche e/o medico legali in quanto la concentrazione dell'alcol nel sangue è, in genere, direttamente correlabile allo stato psicofisico del soggetto al momento del prelievo. La determinazione diretta dell'alcolemia viene effettuata mediante gascromatografia di spazio di testa e rivelazione a fiamma o mediante spettrometria di massa [Nota¹] 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, al fine di non evidenziare significative variazioni nell'alcolemia dovute al metabolismo fisiologico, e dovrà rispettare quanto previsto al punto 6.2.2. 4. delle "Linee guida per i laboratori di analisi di sostanze d'abuso con finalità tossicologico-forensi e medico-legali" - Revisione n. 3 del 1 marzo 2010 della Commissione Qualità del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani (GTFI). In pratica, le due provette possono essere congelate immediatamente (temperatura di -18 / -22 °C) oppure conservate a +4 / +6 °C, ed

¹ Regione Piemonte; DD n. 413 del 28.07.2009: Procedura per la determinazione di laboratorio delle sostanze d'abuso.

inviare presso un laboratorio di riferimento che effettui le analisi alcolimetriche appena possibile. Contrariamente alle raccomandazioni del suddetto documento, la più recente letteratura scientifica suggerisce che il campione possa essere conservato a temperatura ambiente anche per diverse ore (o addirittura giorni) [Nota²]. In via prudenziale è comunque consigliabile attenersi alle condizioni di refrigerazione indicate nel documento GTFI, ogni qual volta sia possibile, fino ad eventuali modificazioni dello stesso. Va inoltre notato che la determinazione dell'alcol etilico sui derivati del sangue (plasma, siero) può produrre una sovrastima rispetto alla determinazione su sangue intero (rapporto siero/sangue intero = 1.2 circa) e quindi è necessario campionare sempre sangue intero.

L'analisi del campione prelevato dovrà essere effettuata presso laboratori di tossicologia forense o presso strutture ospedaliere o sanitarie pubbliche, che effettuino la determinazione dell'alcol nel sangue mediante metodica gascromatografica con campionamento dello spazio di testa.

Le eventuali controanalisi, che possono essere richieste dal lavoratore entro 10 giorni dalla comunicazione della positività del test di conferma, sono eseguite dal laboratorio di riferimento regionale (Centro Regionale Antidoping e di Tossicologia "A. Bertinaria" di Orbassano) alla presenza del lavoratore che potrà eventualmente avvalersi della presenza di un legale e/o consulente tecnico di fiducia, entro 30 giorni dal recepimento della richiesta del lavoratore. I costi delle eventuali controanalisi sono a carico del lavoratore.

GESTIONE DI SINGOLI CASI DI LAVORATORI IN SOSPETTO O EVIDENTE STATO DI INTOSSICAZIONE ACUTA DA ALCOL

La presenza di lavoratori in evidente stato di ebbrezza/intossicazione acuta da alcol rappresenta una situazione di emergenza, pertanto è opportuno che l'azienda predisponga una procedura per fronteggiare i casi di lavoratori che hanno assunto bevande alcoliche e che presentano comportamenti inadeguati a causa di tale assunzione, in particolare a fronte del rifiuto degli stessi di abbandonare temporaneamente la mansione. Tale procedura dovrà essere definita a priori, concordata con RLS e RLST e prevedere in modo chiaro (anche all'interno di un regolamento aziendale) quando, da chi e con quali modalità il lavoratore debba essere immediatamente allontanato dalla mansione a rischio e quali provvedimenti debbano essere assunti. La procedura dovrà inoltre contenere le modalità di tale allontanamento e, nel caso il lavoratore debba essere accompagnato alla propria abitazione, chi e come dovrà accompagnarlo. Tale regolamento dovrà essere reso noto a tutti i lavoratori.

Potrebbe essere opportuno identificare all'interno della azienda un addetto, ad esempio tra il personale componente la squadra di primo soccorso, da formare sulle più adeguate modalità di comportamento e comunicazione nei confronti di lavoratori in caso di sospetto o evidente stato di alterazione per assunzione di bevande alcoliche.

Per principio di precauzione il lavoratore che presenta i sintomi di uno stato di ebbrezza o intossicazione acuta da alcol (possono essere utilizzati i criteri di cui all'allegato 5 come riferimento

²X. Shan, N.B. Tiscione, I. Alford, D.T. Yeatman, "A study of blood alcohol stability in forensic antemortem blood samples", *Forensic Science International*, 211 (2011) 47-50.

indicativo nell'ambito delle attività di informazione e formazione) deve essere temporaneamente allontanato dalla mansione a rischio, almeno sino alla giornata successiva.

Quando, nell'ambito dello svolgimento della lavorazione a rischio di cui all'allegato 1 dell'Intesa Stato – Regioni del 16 marzo 2006, sussistano elementi che facciano pensare ad un possibile consumo di alcol in forma acuta, la segnalazione di sospetto, in via cautelativa e riservata, dovrà essere fatta in forma scritta dal Datore di Lavoro o suo delegato, al MC che provvederà a verificarne la fondatezza e, se del caso, a riprogrammare la sorveglianza sanitaria effettuando una visita periodica anticipata.

IL RUOLO DEI DIPARTIMENTI DI PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE (DPD) DELLE ASL

L'invio ai servizi alcolologici dei DPD per consulenza specialistica da parte del MC avviene nel caso di sospetto di alcoldipendenza nel corso di sorveglianza sanitaria.

Il servizio alcolologico che effettua la valutazione può essere quello del territorio aziendale o quello di residenza del lavoratore. Tuttavia, allo scopo di favorire il più possibile sin dall'inizio la presa in carico terapeutica delle situazioni di abuso/dipendenza, è preferibile che la valutazione venga effettuata dai servizi alcolologici dei DPD pertinenti per residenza.

Con l'invio ai servizi alcolologici il MC, nell'ambito di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 39 del D. Lgs. 81/08, richiede, con oneri a carico del datore di lavoro, una consulenza specialistica alcolologica al fine di ottenere una valutazione diagnostica rispetto alla dipendenza e l'eventuale proposta di immediata presa in carico, qualora ritenuto necessario.

La consulenza specialistica da parte dei servizi alcolologici deve concludersi possibilmente non oltre 60 giorni dal momento della prima visita.

In particolare i servizi alcolologici dovranno eseguire una visita medica completa di anamnesi, esame obiettivo e raccolta della documentazione eventualmente utile a suffragare la certificazione, ivi inclusi gli esiti dei tests laboratoristici validati per la verifica dell'eccessivo uso di alcol, ed una valutazione di tipo psico-sociale rispetto allo stile di vita, agli atteggiamenti ed alla consapevolezza del rischio e delle conseguenze dell'uso di alcol in generale e nello specifico svolgimento del proprio lavoro.

Va previsto un tempo di osservazione prolungato del lavoratore ai fini di poter valutare in un periodo di diverse settimane l'andamento del suo rapporto con l'alcol, la compliance agli appuntamenti e durante i colloqui, effettuare counseling ripetuto sui rischi di assunzione di alcol e sui comportamenti a rischio correlati, instaurare una relazione utile all'eventuale proposta di programma terapeutico.

L'iter di valutazione deve concludersi con una certificazione che espliciti l'esito degli accertamenti da trasmettere al MC.

Nel caso di diagnosi di assenza di dipendenza, il lavoratore adibito alle attività a rischio sarà comunque sottoposto a specifico monitoraggio individualizzato per almeno sei mesi a cura del MC. Nel caso di diagnosi di dipendenza il lavoratore per essere riammesso all'esercizio delle mansioni lavorative a rischio dovrà sottoporsi ad un programma terapeutico individualizzato.

L'esito positivo del programma terapeutico potrà essere certificato dai servizi alcolologici dopo almeno dodici mesi di remissione completa dall'uso di sostanze alcoliche, secondo i parametri

stabiliti dal DSM IV, con relazione clinica attestante la compliance al programma stesso anche in termini di presa di coscienza della problematica e mutamento dello stile di vita.

Al termine del percorso specialistico di recupero il MC, acquisita la valutazione favorevole dello specialista alcolologo, comunica al lavoratore e al DL la cessazione dei motivi che hanno richiesto l'allontanamento temporaneo dalla mansione a rischio del lavoratore, esprimendo il giudizio di idoneità ai sensi dell'art. 41 del D. Lgs. 81/08.

Il MC prevede un follow-up della situazione clinica attraverso una maggiore frequenza della periodicità della visita medica per il lavoratore, modificando in tal senso il protocollo di sorveglianza sanitaria.

I costi degli accertamenti previsti dal presente documento sono a carico dei datori di lavoro e le tariffe da applicare per gli accertamenti tossicologico-analitici previsti nel presente documento sono quelle stabilite dal Nomenclatore Tariffario Regionale. Le Aziende Sanitarie potranno stabilire ulteriori costi (anche a forfait) derivanti dalle spese non previste dal Nomenclatore.

La tariffa delle prestazioni specialistiche effettuate dai servizi alcolologici, ad esclusione degli accertamenti tossicologico-analitici di cui sopra, è stabilita in una base di Euro 150 comprendenti visite mediche (generale e di controllo), e valutazione psico-sociale.

IL RUOLO DEI SERVIZI PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO (SPreSAL) DELLE ASL.

I Servizi SPreSAL hanno il compito di:

- promuovere il coordinamento delle strutture coinvolte nell'applicazione delle procedure previste dalla attuale legislazione (servizi alcolologici dei DPD, Laboratori analisi delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere, ecc.), fornendo eventuali aggiornamenti normativi e procedurali alle aziende, ai medici competenti e agli RLS;
- vigilare sull'osservanza negli ambienti di lavoro dei divieti di somministrare ed assumere bevande alcoliche di cui all'art. 15 della L. 125/01;
- vigilare sui specifici dettami del D.Lgs. 81/08 sopra richiamati ed in particolare sulla correttezza delle procedure adottate dalle aziende e dai MC, al fine di dare efficacia all'applicazione dell'Intesa Stato – Regioni del 16 marzo 2006 e delle presenti linee di indirizzo, e di garantire il rispetto dei diritti e della dignità dei lavoratori;
- valutare i ricorsi dei lavoratori avverso i giudizi espressi dai medici competenti ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 81/08.

Un importante ruolo potrà essere svolto anche nella sensibilizzazione delle aziende ad attuare programmi volontari di promozione della salute in ambito alcolologico.

Infine i medici del lavoro degli SPreSAL, competenti per territorio, potranno effettuare il test alcolimetrico nell'ambito delle attività di prevenzione programmate dalle strutture in cui gli stessi operano.

OBBLIGHI DEI LAVORATORI AUTONOMI

La L. 125/01 non distingue la fattispecie “lavoratore autonomo” dal lavoratore dipendente pertanto anche il lavoratore autonomo ha l’obbligo di non assumere alcolici se svolge le lavorazioni di cui all’accordo Stato-Regioni.

Per quanto attiene la sorveglianza sanitaria, questa costituisce ai sensi dell’art. 21 comma 2 lettera a) del D. Lgs. 81/08, una facoltà del lavoratore autonomo.

Le modifiche introdotte dal DLgs 106/09 all’allegato XVII del D.Lgs. 81/08, che indica tra i documenti da esibire da parte del lavoratore autonomo gli “*attestati inerenti la propria formazione e la relativa idoneità sanitaria ove espressamente previsti dal presente decreto legislativo*”, determinano la conseguenza che un lavoratore autonomo può anche non sottoporsi a sorveglianza sanitaria per i rischi alcol correlati, ma in tal caso il committente non può legittimamente affidargli tali lavori.

ALLEGATO 1

“Elenco delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi – allegato 1 all'Intesa Stato – Regioni e province autonome del 16 marzo 2006”:

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 (nota: “*Lavori entro tubazioni, canalizzazioni, recipienti e simili nei quali possono esservi gas, vapori tossici od asfissianti*”) e 237 (nota: “*Lavori entro tubazioni, canalizzazioni e simili nei quali possono esservi gas, vapori, polveri infiammabili od esplosivi*”) 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, personale 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, compresi gli istituti universitari;**

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 e' richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E, e quelli per i quali e' 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, metropolitane, 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 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.

ALLEGATO 2

Il punto "4" dell'Allegato "1" individua tra le mansioni a rischio le 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.

Onde permettere una omogenea modalità di controllo su base regionale del personale di cui al punto "4" succitato si individuano, in questa prima fase della durata di 12 mesi dall'applicazione del presente provvedimento, le mansioni del S.S.R. che devono essere oggetto di specifico controllo:

- Personale Medico (con esclusione di Medici di Direzione Sanitaria, Medicina Legale, Risk Management, Medicina Territoriale e Dipartimento Prevenzione, Medici Competenti)
- Personale Infermieristico
- Personale Ostetrico
- Operatori Socio-Sanitari
- Operatori Tecnici dell'Assistenza

L'eventuale inclusione di altre mansioni dovrà essere indicata all'interno del documento di valutazione del rischio in relazione all'appartenenza ad altri punti dell'Allegato 1.

ALCOL ETILICO: concentrazione nel sangue ed effetti clinici correlati

L'alcol etilico è rapidamente assorbito dallo stomaco e dall'intestino a seguito di somministrazione orale e si distribuisce rapidamente attraverso i fluidi biologici. Occorre tenere conto che la velocità di assorbimento diminuisce in caso di ingestione contemporanea di cibo. L'alcol è metabolizzato dall'enzima epatico alcol deidrogenasi (ADH) ad acetaldeide, successivamente ossidato ad acido acetico e infine ad anidride carbonica. L'emivita plasmatica è di 2-14 ore ed è dose-dipendente. Il volume di distribuzione è circa 0.6 L/Kg (Clarke's. Isolation and identification of drugs in pharmaceutical, body fluids, and post-mortem material. 1986. II Edition. The pharmaceutical Press, London). La velocità di metabolizzazione dell'etanolo presenta una significativa variabilità interindividuale; mediamente è di circa 0.1 g/Kg di peso corporeo/ora (intervallo: 0.06-0.20 g/Kg/ora) Ad esempio un uomo adulto del peso di 70 Kg è in grado di metabolizzare circa 7 g di etanolo per ora, corrispondenti a circa 0.15 - 0.20 g/L di tasso alcolemico per ora (si tenga conto che circa 20-25 g di etanolo sono contenuti in un bicchierino di grappa o whisky, 200 mL di vino o 500 mL di birra). Il 2 - 5% dell'etanolo viene escreto immodificato nell'aria espirata e con le urine. Il rapporto tra la concentrazione di etanolo escreto con l'espirazione e quella ematica è relativamente costante. Il valore di alcolemia può essere correlato ad un quadro clinico caratteristico (*Tabella descrittiva dei principali sintomi correlati ai diversi livelli di concentrazione alcolemica. Art. 6 D.L. 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 2 ottobre 2007, n. 160*).

Dispositivo per l'accertamento preliminare per individuare l'eventuale assunzione di alcol oltre i limiti di legge.

La velocità di scomparsa dell'alcol etilico dal sangue (0.15-0.20 g/L/ora) e la sua concentrazione nell'aria espirata dipendono da vari fattori tra cui i più importanti sono la quantità e la tipologia di bevanda alcolica assunta, il metabolismo, il sesso, l'età, il peso corporeo, l'abitudine al bere, lo stato di riempimento gastrico, la presenza di eventuali patologie epatiche, la concomitante assunzione di farmaci, ecc. (Ministero della Salute - allegato n. 2 in applicazione dell'art. 6 D.L. n. 117/2007 convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 160/2007). In particolare, ma anche nei casi in cui possa esserci evidenza di un'esposizione a prodotti contenenti alcol etilico (es. farmaceutici, collutori, alimenti, ecc.), può essere opportuno stabilire se la curva di assorbimento dell'alcol sia in fase di crescita o di eliminazione; a tale scopo può perciò essere utile eseguire la determinazione su due campioni prelevati con un intervallo di circa almeno 5-10 minuti.

L'accertamento qualitativo non invasivo della concentrazione alcolemica nell'aria espirata può essere effettuato mediante un dispositivo o apparecchio portatile (pre-test o precursore per accertamento non probatorio), allo scopo di individuare l'eventuale assunzione di alcol oltre i limiti di legge, in analogia con le procedure operative generalmente adottate dagli Organi di Polizia stradale nell'ambito dei controlli finalizzati all'accertamento di guida in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche (art. 186 C.d.S., comma 3). Lo strumento, che utilizza un sistema di misura elettrochimico, determina la quantità di alcol in un campione di aria espirata, che viene trasformata in concentrazione di alcol nel sangue mediante il fattore di conversione di 2300. Il dispositivo

preliminare segnala su un display e può stampare su apposito referto la concentrazione alcolemica rilevata.

L'etilometro a misura elettrochimica e le sue possibili interferenze

Il sistema di campionamento convoglia un volume noto di aria espirata al sensore elettrochimico, attraverso una membrana immersa in una soluzione elettrolitica all'interno della quale sono collocati l'elettrodo di misura e quello rivelatore. L'elettrodo di misura è rivestito da entrambi i lati con una fase catalitica per ossidare in modo specifico l'alcol da determinare. Gli elettroni rilasciati dalla reazione di ossidazione dell'alcol all'elettrodo di misura determinano un passaggio di corrente verso il secondo elettrodo. La quantità dell'intera carica elettrica ottenuta dalla reazione elettrochimica dipende in modo direttamente proporzionale dalla concentrazione di alcol presente nella camera di reazione. Altri composti chimici, che possono essere presenti nell'espirato, correlati al metabolismo umano e/o al regime dietetico, non reagiscono chimicamente con l'elettrodo di misura. Ad esempio l'acetone, che può essere presente nell'aria espirata dei diabetici o per carenza nutrizionale, e gli altri chetoni non reagiscono con l'elettrodo di misura e non possono interferire con la misura coulometrica specifica. Gas di scarico e idrocarburi, se presenti nell'ambiente o nell'aria espirata, non interferiscono nella determinazione degli alcoli in quanto non possono reagire con l'elettrodo specifico.

Altri alcoli, diversi dall'alcol etilico: interferenze.

La presenza, nell'aria espirata, di altri alcoli, diversi dall'alcol etilico (alcoli propilico, isopropilico, butilico, isobutilico, ecc.), in seguito ad esposizione a vernici e diluenti al nitro oppure in seguito a chetoacidosi nella patologia diabetica o durante una dieta carente in carboidrati, può interferire con il sistema di misura determinando un segnale positivo che può erroneamente aumentare la misura alcolimetrica.

Vernici e diluenti al nitro.

I diluenti al nitro sono utilizzati nella diluizione di resine naturali e sintetiche normalmente per la verniciatura di svariati materiali. Sono costituiti da una miscela di solventi organici (esteri, chetoni, alcoli e idrocarburi aromatici). La composizione varia a seconda del produttore. Le loro proprietà variano a seconda della composizione. I componenti principali sono: toluene, xilene, acetone, dicloropropano, acetato di isobutile, alcol propilico, alcol isopropilico, alcol butilico, alcol isobutilico, 2-butossietanolo. L'eventuale presenza nell'espirato di alcoli diversi dall'alcol etilico o di altri inalanti può provocare misurazioni falsamente positive.

Chetoacidosi nella patologia diabetica o durante una dieta carente in carboidrati.

Un abbassamento della concentrazione di glucosio nel sangue, in seguito a grave carenza di carboidrati (regime alimentare o attività fisica prolungata), o determinato da una crisi ipoglicemica nei soggetti affetti da patologia diabetica, può essere compensato, per attivazione di meccanismi ormonali, dalla biosintesi epatica del glucosio a partire dagli acidi grassi (gluconeogenesi). L'aumentata genesi del glucosio ematico (iperglicemia) si accompagna ad un incremento della concentrazione dei corpi chetonici (chetoacidi) e dell'acetone nel sangue (chetogenesi, a causa del

parziale blocco metabolico del ciclo di Krebs), con un abbassamento del valore del pH ematico. L'acetone, molto volatile, si libera a livello degli alveoli polmonari e conferisce all'alito del soggetto il caratteristico odore di frutta.

Anche la presenza, nell'aria espirata, di alcol isopropilico nei soggetti affetti da chetoacidosi metabolica, può interferire con il sistema di misura degli etilometri che, nelle normali condizioni operative, non possono distinguere l'etanolo dall'isopropanolo (Jones AE; The Journal of Emergency Medicine 19: 165-168 (2000); Bailey DN; Journal of toxicology. Clinical toxicology 28: 459-466 (1990); Jones AW, Andersson L; J Forensic Sci 40: 686-7 (1995); Jones AW; J Anal Toxicol 20: 522-7 (1996); Logan BK et al; J Forensic Sci 39: 1107-11 (1994)).

Caratteristiche di minima degli etilometri a rivelazione elettrochimica.

Questi strumenti devono essere considerati quali test di screening. I dati tecnici e le caratteristiche di minima degli etilometri non omologati per la misura dell'alcol nell'aria espirata non devono essere inferiori a quelli di seguito indicati:

- etilometro portatile, con sensore elettrochimico e boccaglio monouso per la misura
- temperatura ambientale di funzionamento: $-5^{\circ} \div +50^{\circ}\text{C}$
- intervallo di lettura: 0 – 5.00 g/L, con l'indicazione di superamento del livello massimo di misurazione
- precisione di misura, misurata come errore massimo di ripetibilità analitica con un calibratore standard di etanolo:

concentrazione	errore massimo
0.00 – 1.00 g/L	0.02 g/L
≥ 1 g/L	2.0 % del valore misurato
- verifica di calibrazione (cadenza semestrale), ed eventuale ri-calibrazione mediante vapori a concentrazione nota di etanolo
- calibrazione periodica (cadenza annuale) mediante vapori a concentrazione nota di etanolo
- eventuale dotazione di una stampante o interfacciamento a memoria digitale (PC o altro) per la registrazione del risultato ottenuto, del nome, della data e dell'ora del controllo

Lo strumento dovrebbe inoltre possedere caratteristiche di maneggevolezza e rapidità di risposta in relazione all'attività di screening per il quale viene impiegato, facilità di interpretazione dei risultati e, preferibilmente, dovrebbe essere fornito di stampante per la registrazione del risultato ottenuto, del nome, della data e dell'ora del controllo (alcuni di questi dati possono essere registrati manualmente sul referto stampato). In alternativa alla stampa del referto, il medico deputato all'accertamento dovrà registrare i dati ottenuti nella cartella clinica del soggetto sottoposto a verifica.

Etilometro a rivelazione infrarossa per la misurazione indiretta della concentrazione dell'alcol nel sangue.

Gli etilometri a rivelazione infrarossa (omologati per gli accertamenti probatori del Codice della Strada) consentono di analizzare l'aria espirata e di determinare la concentrazione di alcol etilico nel sangue in g/L, in analogia con le procedure operative previste dal Codice della Strada (art. 186 C.d.S., comma 4). Lo strumento, esaminata la concentrazione di alcol etilico presente nell'aria espirata utilizzando un sistema di misura all'infrarosso, fornisce direttamente la concentrazione equivalente di alcol etilico nel sangue, sulla base di un rapporto medio relativamente costante (1:2300) fra le due concentrazioni. Nell'ambito dei controlli previsti dal C.d.S., la concentrazione alcolemica deve risultare da almeno due determinazioni concordanti effettuate ad un intervallo di

tempo di almeno 5 minuti (Art. 186 Cod. Str. Regolamento di Attuazione. D.M. 22 maggio 1990, n. 196).

Il sistema di misura all'infrarosso e le sue possibili interferenze

Una sorgente luminosa emette luce a differenti lunghezze d'onda nell'intervallo dello spettro infrarosso. La luce emessa attraversa due monocromatori ed un filtro di interferenza, che consente di inviare al rivelatore soltanto le lunghezze d'onda dell'infrarosso specifiche per l'assorbimento del gruppo funzionale o molecolare C-O (9,5 nm), caratteristico degli alcoli e/o anche di altre sostanze correlate al metabolismo umano e/o al regime dietetico (acidi, esteri, aldeidi), che risultano comunque poco influenti essendo più limitato il loro assorbimento all'infrarosso. Un volume noto di aria espirata viene convogliata tra i due monocromatori e il rivelatore misura l'intensità della luce trasmessa e, per differenza, la luce assorbita, che è a sua volta proporzionale alla concentrazione di alcol eventualmente presente nell'aria espirata, secondo una funzione logaritmica.

E' obbligatorio sottoporre l'etilometro ogni anno ad una visita di revisione presso l'ufficio delle prove competente del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti – Dipartimento dei Trasporti Terrestri Direzione Generale Motorizzazione S.I.I.T.. Tale esito e superamento dell'idoneità ad usare ancora l'apparecchio deve essere riportata sul libretto dell'etilometro.

Altri alcoli, diversi dall'alcol etilico: interferenze.

La presenza, nell'aria espirata, di altri alcoli, diversi dall'alcol etilico (alcoli propilico, isopropilico, butilico, isobutilico, ecc.), in seguito ad esposizione a vernici e diluenti al nitro oppure in seguito a chetoacidosi nella patologia diabetica o durante una dieta carente in carboidrati, interferisce a livello strumentale aumentando erroneamente la misura alcolimetrica, al pari degli etilometri a rivelazione elettrochimica. L'art. 2 del Regolamento di Attuazione D.M. 22 maggio 1990, n. 196 riporta che: "L'apparecchio mediante il quale viene effettuata la misura della concentrazione alcolica nell'aria espirata è denominato etilometro e può misurare globalmente, oltre quella dell'alcool etilico, anche la concentrazione di alcool metilico e di alcool isopropilico"

Gas di scarico e idrocarburi nell'ambiente e nell'aria espirata: interferenze.

Gli etilometri determinano la quantità di alcol etilico nell'aria espirata utilizzando un sistema di misura all'infrarosso a 9.5 µm. Gas di scarico e idrocarburi, se presenti nell'ambiente o nell'aria espirata, non dovrebbero interferire nella determinazione degli alcoli in quanto non presentano bande di assorbimento significative a tale lunghezza d'onda.

Ciclo di misura e Azzeramento (Art. 186 Cod. Str. Regolamento di Attuazione. D.M. 22 maggio 1990, n. 196; punto 3.7-3.11).

Il ciclo di misura deve comprendere almeno:

- verifica di buon funzionamento che consiste in una serie di controlli interni allo strumento (*Autodiagnosi strumentale*);
- verifica della messa a zero dopo ogni misurazione.

Affidabilità dei risultati.

L'etilometro a rivelazione infrarossa determina la concentrazione alcolemica nell'aria espirata utilizzando il sistema di misura all'infrarosso con una buona specificità analitica, ad un elevato livello tecnologico, garantendo l'affidabilità e la precisione della misura anche in condizioni

strumentali di criticità. Il risultato definitivo della misurazione viene validato in assenza di sostanze che possano interferire con la corretta procedura, altrimenti viene visualizzato un messaggio di errore specifico.

Assunzione di sostanze contenenti alcol.

Se il soggetto, alcuni minuti prima del controllo, ha assunto alimenti contenenti alcol (es. cioccolatini) oppure ha utilizzato prodotti spray locali disinfettanti su base alcolica per la mucosa orale, la sua aria espirata conterrà, oltre l'alcol di provenienza polmonare, anche quello contenuto localmente nella bocca, inficiando la corretta misurazione alcolimetrica. Tuttavia, nel giro di qualche minuto, questo effetto decade rapidamente poiché l'alcol presente nella bocca viene deglutito con la secrezione salivare e/o assorbito dai tessuti.

DEFINIZIONI:

SINDROMI E DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI ALL'USO DI ALCOL

Disturbi a genesi multifattoriale, bio-psico-sociale, associati all'assunzione (episodica o continua) di bevande alcoliche, con presenza o meno di dipendenza, capaci di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo.

CLASSIFICAZIONE DELLE MODALITA' DI CONSUMO DI ALCOL

Secondo la classificazione internazionale ICD-10 dell'OMS (F10 - allegato 1), l'alcol è sostanza psicotropa capace di indurre dipendenza. E', inoltre, una sostanza tossica per il nostro organismo e cancerogena, causa di circa 60 differenti condizioni di malattia ed infortunio, di danni sociali, mentali ed emotivi.

Il contenuto di alcol in bottiglia si indica segnalando la gradazione alcolica, o più precisamente il titolo alcolimetrico, che è espresso come "% vol" preceduto da un numero. Rappresenta la percentuale in volume di alcol contenuto nel liquido. Per esempio, un litro di vino con una gradazione al 13% vol contiene 130 mL (o 13 centilitri) di etanolo puro. La legislazione italiana definisce il titolo alcolimetrico come "il numero di parti in volume di alcol puro alla temperatura di 20 gradi Celsius contenuta in 100 parti in volume del prodotto considerato alla stessa temperatura". La densità dell'alcol etilico a 20 gradi è di 0.78945 grammi per millilitro, quindi la bottiglia di un litro contiene 103 grammi di etanolo (valore ottenuto moltiplicando 130 mL per la densità dell'alcol etilico). Ne consegue che per calcolare approssimativamente i grammi di alcol contenuti in un litro di bevanda è sufficiente moltiplicare per otto il titolo alcolimetrico. Ad esempio, un litro di birra al cinque per cento contiene circa 40 grammi di alcol puro (*D Bressanini; Le Scienze 8:105 (2011)*).

Il consumo di alcol si misura in termini di grammi ingeriti o di bicchieri standard che, in Europa, contengono mediamente 10-12 grammi di alcol puro.

In Italia un bicchiere standard, anche definito Unità Alcolica (U.A.), contiene convenzionalmente 12 grammi di alcol corrispondenti ad una delle seguenti quantità:

- 125 ml di vino (12°)
- 330 ml di birra (4,5°)
- 80 ml di aperitivo o cocktail (18°)
- 40 ml di liquori (36°)

L'OMS da tempo ribadisce che non esistono livelli di consumo di alcol sicuri per la salute ma esistono diversi livelli di rischio. In base a tali livelli vengono definite le seguenti modalità di consumo:

Consumo a basso rischio: livello di consumo inferiore a 20 grammi di alcol (1-2 U.A.) al giorno per le donne adulte, a 40 grammi (2-3 U.A.) al giorno per gli uomini adulti.

Tali quantità nel tempo sono gradualmente diminuite e su di esse ancora oggi non c'è accordo. L'American Institute for Cancer Research e il World Cancer Research Fund International (2007) così come le Linee Guida Alimentari Americane (2010) hanno già ridotto tali quantità a 10 – 12 g di

alcol (1 U.A.) al giorno per la donna adulta e gli anziani e a 20 - 25 g di alcol (2 U.A) al giorno per l'uomo adulto.

Consumo a rischio: livello di consumo o modalità di bere che supera le quantità a basso rischio e che può determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.

Consumo dannoso: modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto correlabile al consumo di alcol.

Alcoldipendenza: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

ALCOL DIPENDENZA

Il termine "alcol dipendenza" trova una sua precisa collocazione nei criteri classificativi dell'OMS (ICD 10) secondo cui la sindrome di dipendenza si ha quando sono presenti tre o più dei seguenti criteri:

1. bisogno imperioso o necessità di consumare dell'alcol (craving);
2. perdita di controllo: incapacità di limitare il proprio consumo di alcol;
3. sindrome di astinenza;
4. sviluppo di tolleranza;
5. abbandono progressivo degli altri interessi e/o del piacere di consumare l'alcol;
6. consumo continuo di alcol nonostante la presenza di problemi ad esso legati.

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLE SINDROMI E DEI DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI ALL'USO DI ALCOL

L'inquadramento diagnostico delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol avviene seguendo i criteri diagnostici comunemente accettati a livello internazionale: oltre all'ICD 10 si usa il DSM IV (Manuale Statistico e Diagnostico delle Malattie Mentali, IV ed.) secondo cui è alcol dipendente un soggetto che sviluppa sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici correlati all'uso ripetuto di alcol, evidenziato da:

1. compromissione fisica: astinenza, tolleranza e/o problemi organici alcol-correlati (cirrosi, danni neurologici);
2. compromissione psichica: persistenza nell'uso nonostante il peggioramento di situazioni fisiche o psicologiche;
3. compromissione sociale: riduzione delle attività socio-relazionali (problemi lavorativi, problemi familiari, divorzio, isolamento sociale);
4. perdita di controllo o desiderio patologico (craving):
5. tentativi di ridurre o controllare l'uso dell'alcol,
6. assunzione in quantità superiori o per tempi più lunghi di quanto previsto dal soggetto,
7. grande quantità di tempo speso per procurarsi e/o assumere alcol,
8. comportamenti dettati dalla perdita di controllo e dal desiderio patologico associati o meno a tolleranza e astinenza fisica.

È abusatore un soggetto che ha una modalità patologica di uso con conseguenze avverse ricorrenti e correlate all'uso ripetuto.

ALLEGATO 5

Elementi indicativi per possibile assunzione acuta di alcol che determini una condizione di rischio nello svolgimento delle attività incluse nell'allegato 1 dell'Intesa Stato – Regioni (ragionevole dubbio)

Fa	–	alito “alcolico”
sci	–	ha portato alcolici in azienda
a	–	è stato visto bere alcolici sul lavoro od in pausa pranzo
A	–	difficoltà di equilibrio
	–	evidente incapacità a guidare un mezzo
	–	si addormenta sul posto di lavoro senza riuscire a restare sveglio anche se richiamato
	–	tremori agli arti superiori

Fa	–	incapacità a comprendere un ordine semplice
sci	–	ha difficoltà a parlare
a	–	instabilità emotiva
B	–	ha provocato incidenti-infortuni con modalità ripetute
	–	assenteismo
	–	almeno tre assenze dal lavoro al rientro dal week-end

F	–	ridotta capacità ad eseguire lavorazioni fini
a	–	calo del rendimento
s	–	disattenzione
c	–	ripetuti allontanamenti dalla postazione lavorativa
i	–	litigiosità con i colleghi di lavoro
a	–	frequenti ritardi all'entrata
C		

L'accertamento mirato verrà richiesto al MC dal datore di lavoro, anche su segnalazione di preposti o altri lavoratori, qualora un lavoratore presenti almeno una situazione ricadente della fascia A, 2 della fascia B o 3 della fascia C.

Da: AAVV, Alcologia 2009; 4:60-73.

STRUMENTI UTILI PER L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DELLE SINDROMI E DEI DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI DOVUTI ALL'USO DI ALCOL

Anamnesi alcolologica integrata con AUDIT C.

L'anamnesi deve essere orientata prioritariamente al consumo di alcol ma anche più in generale a cogliere la presenza di comportamenti e stili di vita a rischio i quali, insieme all'obiettività riscontrata, possono concorrere all'individuazione di categorie in cui maggiore è l'attesa di soggetti in condizione di consumo a rischio, dannoso o dipendenza.

Tenendo conto del limite rappresentato dalla possibile reticenza del lavoratore a fornire in questo campo risposte sincere alle domande poste, si ritiene necessario integrare l'anamnesi alcolologica con questionari specifici.

Esistono diversi tipi di questionari, validati dalla comunità scientifica, volti all'individuazione dei soggetti a rischio per l'abuso alcolico. La loro efficacia tuttavia è stata sperimentalmente verificata soltanto in ambito clinico, dove i pazienti spesso collaborano alla formulazione di una corretta diagnosi, ma non in ambito medico-legale, dove la diagnosi di consumo problematico di alcol comporta sanzioni e/o conseguenze sul piano lavorativo, e dove quindi non ci si debba attendere la collaborazione dei soggetti controllati.

L'AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) è un agevole questionario composto da DIECI domande le cui prime TRE (AUDIT C - allegato 6a) sono sufficienti a definire se la persona che risponde alle domande riguardanti 1) la frequenza di consumo, 2) le quantità consumate, 3) le eventuali occasioni di consumo di sei o più bicchieri in un'unica occasione (binge drinking) presenti una condizione suggestiva per il bere a rischio. I punteggi che consentono di stabilire se il consumo individuale è a rischio sono diversi per i due sessi in funzione della maggiore vulnerabilità del sesso femminile a livelli più bassi di consumo rispetto agli uomini. Ciò consente (al MC) di ampliare lo spettro delle informazioni a disposizione e di contribuire in modo significativo alla individuazione o alla diagnosi di problemi e patologie alcol correlati.

Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi e uguale o superiore a 4 per le femmine indica un possibile consumo rischioso di alcol e rende necessario proseguire con l'Intervento Breve (allegato 6b), cioè un colloquio che motiva il lavoratore a ridurre i consumi di bevande alcoliche. In questi casi è altresì opportuno proseguire l'anamnesi con la somministrazione dell'AUDIT completo (allegato 6c).

Il medico, dopo avere prescritto al lavoratore di ridurre i consumi, programmerà di rivederlo per il monitoraggio della situazione a distanza variabile di circa 30-90 giorni. In tale occasione, se necessario, il medico ripeterà l'intervento breve con l'obiettivo di rinforzare la motivazione a cambiare il comportamento a rischio.

Esame obiettivo e analisi di laboratorio.

L'E.O. va effettuato sempre, indipendentemente dell'esito dell'AUDIT C. Infatti, anche qualora il punteggio dell'AUDIT C risultasse negativo, al fine di documentare l'eventuale abitudine alcolica (di un lavoratore o aspirante tale) utilizzando dati oggettivi è indispensabile valutare l'obiettività specifica attraverso segni e sintomi rilevabili in sede di visita medica (allegato 6d).

ANALISI DI LABORATORIO - Analisi dei marcatori di abuso alcolico

I marcatori biologici di abuso alcolico si dividono in "diretti" e "indiretti". I marcatori diretti comprendono l'alcol etilico medesimo e alcuni suoi metaboliti, come l'etil glucuronato (EtG) e gli esteri etilici degli acidi grassi (FAEE). In generale, l'abbondanza di questi marcatori è direttamente proporzionale all'alcol assunto. I marcatori indiretti sono invece parametri biochimici di effetto, che variano più o meno significativamente come conseguenza dell'alcol assunto. I più comuni marcatori indiretti sono la trasferrina carboidrato-carente (CDT) e i parametri raggruppati nel

cosiddetto pannello EDAC, che comprende: volume corpuscolare medio (MCV), gamma-glutamyl transferasi (γ -GT), aspartato transaminasi (AST), alanina transaminasi (ALT), fosfatasi alcalina (ALP), colesterolo e trigliceridi. Tutti i marcatori indiretti sono determinati sulla matrice ematica e concorrono a formulare la diagnosi di abuso cronico, mentre la determinazione dell'EtG e dei FAEE viene effettuata sulla matrice cheratinica (capelli) per confermare la diagnosi di abuso alcolico cronico.

Al contrario, la determinazione sulla matrice ematica dei marcatori diretti (in particolare l'etanolo) serve ad evidenziare un'eventuale intossicazione acuta.

La capacità diagnostica di ogni marcatore si misura in termini di sensibilità (percentuale di riconoscimento dei soggetti abusatori) e di specificità (percentuale di riconoscimento dei soggetti che non abusano), in funzione del valore di cut-off prescelto. I rispettivi complementi al 100% identificano rispettivamente i "falsi negativi" e i "falsi positivi".

Recenti studi scientifici, fra cui alcuni svolti dalla Regione Piemonte su un ampio campione di soggetti in terapia presso i SerT, hanno consentito di pervenire ad una serie di conclusioni: (i) ALP, colesterolo e trigliceridi hanno uno scarsissimo potere diagnostico e nessuna utilità pratica nella diagnosi di abuso alcolico cronico; (ii) CDT, MCV, γ -GT, AST e ALT hanno sensibilità comprese fra il 17% (MCV) e il 66% (γ -GT) e specificità comprese fra l'80% (ALT) e il 97% (MCV) e pertanto nessuna di queste analisi può essere utilizzata a scopo di conferma, ma soltanto di "screening"; in particolare la CDT, che mostra una sensibilità di poco superiore al 50%, non riconosce quasi la metà degli alcolisti cronici; (iii) la determinazione dell'EtG nel capello, che possiede una sensibilità superiore al 90% e una specificità superiore al 97%, può essere utilizzata nella pratica corrente quale analisi di conferma, ma fra le matrici cheratiniche alternative ai capelli non possono essere utilizzati né i peli pubici né i peli ascellari.

In conseguenza delle suddette conclusioni, si possono tracciare due strategie alternative per l'utilizzo efficace delle analisi di laboratorio ai fini dell'evidenziazione dei casi di alcoldipendenza e/o di abuso alcolico cronico:

- Limitatamente alle finalità di screening: determinazione contemporanea di 4-5 parametri ematochimici, fra cui necessariamente CDT, MCV, γ -GT e AST e valutazione clinica del loro significato. Con ciò si intende, per esempio, che un parametro come l'MCV, che presenta scarsa sensibilità ma elevata specificità, ha significato diagnostico soltanto quando evidenzia valori anomali, non quando riporta valori nella norma. I valori analitici dei 4 parametri possono essere eventualmente combinati fra loro secondo algoritmi matematici riportati nella letteratura scientifica. I valori approssimativi di sensibilità e di specificità per i suddetti parametri sono riportati nella tabella 1:
- Determinazione dell'etil glucuronato (EtG) nella matrice cheratinica (capelli) con valore di cut-off a 30 o a 50 pg/g, sia con finalità di "screening" sia con finalità di conferma.

Tabella 1

	Sensibilità	Specificità
EtG nel capello	90-95%	95-99%
CDT	40-60%	85-95%
MCV	15-40%	90-97%
γ -GT	65-70%	75-85%
AST	40-60%	75-85%

L'utilizzo dell'una o dell'altra strategia analitica dovrebbe essere commisurata ai costi di esecuzione delle analisi e ai rischi connessi alla professione sotto esame.

AUDIT-C (forma breve dell'A.U.D.I.T.)

1 UNITA' ALCOLICA contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde ad una delle seguenti quantità: 1 bicchiere di birra (330 ml), 1 bicchiere di vino (125 ml), 1 bicchiere di aperitivo (80 ml), 1 bicchiere di superalcolico (40 ml)

1) Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2) Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3) Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta a settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

AUDIT - C < 5 uomini = consumo a basso rischio

AUDIT - C < 4 donne = consumo a basso rischio

AUDIT - C > 5 uomini = consumo a rischio

AUDIT - C > 4 donne = consumo a rischio

Il test è validato a livello internazionale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e l'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS ha partecipato al progetto mondiale che ha avuto una durata di 25 anni pubblicando i risultati finali di validazione nazionale nel Report pubblicato sul sito dell'OMS a Ginevra:

(http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_p_haseiv.pdf).

L'INTERVENTO BREVE

L'Intervento Breve (IB) è una modalità di colloquio motivazionale teso a favorire nella persona la consapevolezza dei rischi legati a stili di vita non salutari.

Nel caso dell'alcol, l'intervento breve si rivolge in particolare alle persone con modalità di consumo rischiosa o dannosa, secondo la classificazione dell'OMS.

L'IB prevede l'utilizzo di:

- strumenti standardizzati utili a valutare il consumo di alcol e identificare precocemente i rischi ad esso correlati (AUDIT)
- strategie motivazionali utili a fornire informazioni sulle conseguenze del consumo di alcol e suggerimenti specificamente rivolti a quella persona che possono favorire il cambiamento di stile di vita.

L'IB si basa sul modello transteorico di Prochaska & Di Clemente (1986) secondo cui il cambiamento di un comportamento avviene secondo un processo graduale, ciclico e progressivo, che prevede specifici stadi.

Possono essere sufficienti anche un solo incontro o un *intervento minimo*, basati principalmente sulla trasmissione di informazioni per aumentare la consapevolezza dei rischi alcolcorrelati.

Al fine di aumentare la motivazione e la disponibilità al cambiamento, possono essere previsti incontri di follow-up per monitorare e sostenere il cambiamento di stile di vita in relazione all'alcol.

Durante questi tipi di interventi con il lavoratore, è importante discutere sui rischi che il consumo di alcol può causare nell'attività professionale: il messaggio da dare è che l'alcol aumenta la sinistrosità e la morbilità nei lavoratori e altera l'abilità lavorativa anche a basse dosi. Inoltre è necessario sottolineare come anche le nuove normative sulla sicurezza e la salute dei lavoratori prevedono la valutazione alcolologica a seguito delle accresciute conoscenze epidemiologiche sugli effetti gravemente dannosi dell'alcol anche in assenza di una dipendenza.

Il colloquio deve avvenire in un clima non giudicante ed empatico e può essere articolato come segue:

1. Fornire Spiegazioni di base sul fatto che il consumo alcolico del lavoratore rientra nella categoria a rischio
2. Fornire Informazioni sui pericoli legati alla prosecuzione di un consumo alcolico a livelli di rischio anche in relazione alla maggiore probabilità di incorrere o provocare infortuni o incidenti stradali
3. Indurre il lavoratore ad individuare un obiettivo da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini
4. Fornire consigli per ridurre la quantità di alcol assunta
5. Incoraggiare il lavoratore spiegandogli che consumo a rischio non significa dipendenza dall'alcol e che la propria abitudine alcolica può ancora cambiare.

A.U.D.I.T. - Alcohol Use Disorders Identification Test

1 UNITA' ALCOLICA contiene circa 12 grammi di alcol e corrisponde ad una delle seguenti quantità: 1 bicchiere di birra (330 ml), 1 bicchiere di vino (125 ml), 1 bicchiere di aperitivo (80 ml), 1 bicchiere di superalcolico (40 ml)

1) Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2) Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3) Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta / (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta a settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

4) Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

5) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

6) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

7) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

8) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

9) Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?

- no (0 punti)
- sì, ma non nell'ultimo anno (2 punti)
- sì, nell'ultimo anno (4 punti)

10) Un parente, un amico, un medico o altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o hanno suggerito di smettere?

- no (0 punti)
- sì, ma non nell'ultimo periodo (2 punti)
- sì, nell'ultimo anno (4 punti)

AUDIT < 8 = consumo a basso rischio

AUDIT 8 -15 = consumo a rischio

AUDIT 16 - 19 = consumo dannoso

AUDIT > 20 = alcoldipendenza

SEGNI E SINTOMI RILEVABILI ALL'ESAME OBIETTIVO**1. PIÙ FREQUENTI:**

- Segni rilevabili durante il colloquio:
 - Congiuntiva iniettata o "acquosa".
 - Arco senile (bordo opaco a livello della cornea di materiale grasso).
 - Bruciature di sigarette tra il dito indice e medio e sul petto.
 - Contusioni, lividi e altri traumi.
 - Acne rosacea e facies ipercromica.
 - Tremore della lingua.
 - Alitosi alcolica.
 - Obesità.
 - Malnutrizione e deperimento.

- Segni e sintomi di epatopatia e gastroenterologici:
 - Epatomegalia con o senza splenomegalia.
 - Eritema palmare e spider nevus suggestivi per cirrosi epatica, non per alcolismo.
 - Epigastralgia associata in alcuni casi a irradiazione dorsale (pancreatite).
 - Conati di vomito mattutini.
 - Diarrea.

- Segni e sintomi neurologici:
 - Alterazioni della sensibilità degli arti inferiori (indice di iniziale neuropatia periferica).
 - Sensazione di calore agli arti inferiori.
 - Tremori arti superiori.

- Segni e sintomi astinenziali

Stadio I	Inizia dopo 6-12 ore dall'ultima ingestione: <ul style="list-style-type: none"> • lieve agitazione • ansia • irrequietezza • inappetenza • tremori • insonnia • sudorazione • ipertensione • tachicardia
Stadio II	Inizia 24 ore dopo l'ultima assunzione e prevede i sintomi del I stadio più allucinazioni uditive, tattili e olfattive
Stadio III	Dalle 6 alle 48 ore dalla sospensione di alcol e prevede i sintomi del I stadio più: convulsioni (40% singole, 3% stato epilettico)
Stadio IV	Delirium Tremens. Inizia 2-3 giorni dalla sospensione del potus, può esordire fino a 10 giorni se sono coinvolte altre sostanze e prevede i sintomi del I stadio più: <ul style="list-style-type: none"> • profonda confusione • disorientamento • ipertermia • ipertensione • frequenza cardiaca rapida. Il Delirium Tremens è un'emergenza medica con una percentuale mortalità di circa il 20% (deve essere gestito con estrema attenzione).

2. *MENO FREQUENTI:*

- Discromie cutanee, psoriasi, eczema discoide, prurito.
- Capelli di "seta".
- Tachicardia.
- Stato confusionale, riduzione del campo visivo.
- Tumefazione parotidea, "facies cushingoide", segni di stasi circolatoria con edemi variabili.

Bibliografia essenziale

- Ministero della Salute - CCM Piano Nazionale Alcol e Salute (2007)
- Legge 30 marzo 2001, N. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati” G.U. n. 90 del 18-04-2001.
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. “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'art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125 “ G.U. 75 del 30.3.2006
- Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” G.U. n. 101 del 30 aprile 2008 - Supplemento Ordinario n. 108
- Legge 29 luglio 2010, n. 120 Disposizioni in materia di sicurezza stradale. GU n. 175 del 29 luglio 2010 - Suppl. Ordinario n. 171.
- World Health Organization. Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy (2010)
- World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse. Global Status Report on Alcohol.
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf (2004)
- Pubblicazione “Alcol e Lavoro. Non sei sicuro!” (2011) – Regione Lazio – Assessorato alla Salute
- Bollettino dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze del Piemonte dell'ASL TO3 (OED Piemonte) del 2010
- Indagine “PASSI” (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)
- Relazione sulla Stato Sanitario del Paese (RSSP)
- Intesa Stato-Regioni e Province Autonome del 16 marzo 2006
- D.G.R. n. 4-2205 del 22.06.2011 (Disposizioni in ordine al Piano di Azione Regionale delle Dipendenze – PARD)
- Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015

- AA.VV. Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro. Franco Angeli Ed., Milano 2006.
- F. Sarto, L. Vianello, V. Patussi, S.D. Ferrara, R. Snenghi, G.B. Bartolucci, D. Contadi, P. Torri, F. Marcomini, T. Codenotti. Linea guida dell'Associazione Nazionale Medici del Lavoro Pubblici (ANMeLP), della Società Italiana di Medicina del Lavoro e delle Assicurazioni (SIMLA), della Società Italiana di Medicina del Lavoro e di Igiene Industriale (SIMLII) - sez. Triveneta, dell'Associazione Nazionale Medici d'Azienda (ANMA) e della Società Italiana di Alcolologia (SIA). Legge n. 125/2001, art. 15: Provvedimento attuativo e indicazioni operative. Ambiente & Sicurezza. Il sole24Ore, 20: 43-51, 2007.
- Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Linee guida per la prevenzione dei problemi di sicurezza sul lavoro legati all'assunzione di alcolici. Deliberazione della Giunta Regionale del 7 maggio 2009, n. 1020.
- Regione Emilia Romagna - Orientamenti regionali per Medici Competenti In tema di prevenzione, diagnosi e cura dell'alcol dipendenza. Novembre 2009.
Da: http://www.sirsrer.it/public/legis/Orientamenti%20MC%20SPSAL-DP_3_.pdf
- V. Patussi, A. Muran, S. Ticali, R. Ciarfeo Purich, V. Patussi, C. Venturini. Proposta di un protocollo di comportamento per gli interventi preventivi in tema di alcol e lavoro. Il ruolo del MC e delle Strutture delle Aziende Sanitarie territoriali. Alcolologia 2009; 4: 60-73.
- G. Webb, A. Shakeshaft, R. Sanson-Fisher, A. Havard. A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. Addiction, 104, 365–377. 2009
- Regione Veneto. Accertamenti inerenti il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche ai sensi dell'articolo 15 della Legge 30 marzo 2001, n.125 e dell'Intesa Stato Regioni del 16 marzo 2006. Parere del 5 luglio 2010.
- A. Maviglia, M. Alesiani, G. Bilancio, G. Pagliaro, G. Pala, coord. E. Ramistella. Alcol e lavoro: proposta di un protocollo operativo per il MC. Gruppo di lavoro MeLC SIMLII, 2010.
http://www.simlii.net/joomla_simlii/images/avvisi/alcol_e%20lavoro.pdf
- L. Bordini, L. Riboldi. Aggiornamenti in tema di abuso di alcol. G Ital Med Lav Erg 2010; 32:4, Suppl, 199-202
- V. Patussi, A. Muran. Alcol e lavoro: ruolo del MC nel sistema aziendale di gestione della prevenzione. G Ital Med Lav Erg 2010; 32:4, Suppl, 203-205
- Atti del Convegno "Alcol e Lavoro: analisi della situazione attuale e proposte per una normativa migliore". Villa Montalto, Firenze 14 giugno 2010.
- B. Deidda. Il punto di vista del giurista: obblighi dei diversi soggetti e aspetti contrattualistici. Analisi della situazione attuale e proposte per una normativa migliore. Atti del Convegno

“Alcol e Lavoro: analisi della situazione attuale e proposte per una normativa migliore”. Villa Montalto, Firenze 14 giugno 2010.

- World Cancer Research Fund International, American Institute for Cancer Research. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective. Washington DC, 2007. Internet: <http://www.dietandcancerreport.org/>
- Scafato E., Gandin S., Patussi V. e il gruppo di lavoro IPIB. L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve, Roma, 2010.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. The transtheoretical approach: crossing the traditional boundaries of therapy. Malabar, FL, Krieger, 1986.
- Miller W., Rollnick S. Il colloquio motivazionale. Edizione italiana, Erikson, Trento, 1994.
- Dietary Guidelines for Americans. In: U.S. Department of Agriculture and U.S. Department of Health and Human Services, ed. 7th Edition ed. Washington, DC, U.S.: Government Printing Office, 2010.