



**OSSERVAZIONI DELLA
SOCIETA' ITALIANA DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE (SIMLII)
IN PREVISIONE DELLA APPLICAZIONE DELL'ART. 41 CO. 4-BIS DEL D.LGS. 106/09**

“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.”.

Tenuto conto di quanto indicato dal dettato legislativo ricordato, la SIMLII ritiene opportuno che la prevista rivisitazione contribuisca a chiarire adeguatamente l'attuale normativa allo scopo di prefigurare adempimenti fondati su conoscenze scientifiche solide e semplici da attuare, così da risultare efficaci rispetto all'obiettivo prefissato (prevenzione e tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori e dei “terzi” presenti nei luoghi di lavoro).

In premessa si segnalano alcuni recenti approfondimenti reperibili in letteratura che si ritengono rilevanti ai fini della tematica che si sta trattando:

“The risk of injury increases non-linearly with increasing alcohol consumption, so efforts to reduce drinking both on an individual level and on a population level are important. No level of consumption is safe and even for 2 standard drinks, the odds of injury are almost double for most types of injury.” (B. Taylor et Al. The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. Drug and Alcohol Dependence. 110 (2010) 108–116

“There is no evidence that regulation for reducing fatal and non-fatal injuries are effective. There is limited evidence that a multifaceted safety campaign and a multifaceted drug program can reduce non-fatal injuries in the construction industry” (van der Molen H et Al. Intervention for preventing injuries in the construction industry (Review). The Cochrane Collaboration 2008, June 3)

“There is insufficient evidence to advise for or against the use of drug and alcohol testing of occupational drivers for preventing injuries as a sole, effective, long-term solution in the context of workplace culture, peer interaction and others local factors. Cluster-randomised trials are needed to better address the effects of interventions for injuries prevention in this occupational setting” (Cashman CM et AL. Alcohol and drug screening of occupational drivers for preventing injuries (Review). The Cochrane Collaboration 2009, June 2)

“The findings support the implementations of peer intervention programs as a mean to reduce workplace injuries.” (Spicer RS. Impact of a Workplace Peer-Focused Substance Abuse Prevention and Early Intervention Program. Alcoholic Clinical and Experimental Research. 29, 4 (2005), 609-611)

“The findings suggest that peer-based programs buttressed by random testing can be cost-effective in the workplace.” (Miller TR. Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substances abuse prevention coupled with random testing. Accident Analysis & Prevention. 39 (2007) 565-573).

“The impact of substance use on occupational injuries varies by age and gender, which may reflect differing rates of substance use and job hazards across these groups. There is also variation in substance use, occupational injuries, and the association between the two across different industries. Other factors related to alcohol and substance use, such as social structures and level of risk aversion, may better explain injury than alcohol and substance use do. Even where correlations between alcohol and drug use and injury are significant, only a small proportion of occupational injuries can be attributed to alcohol and drug use. We conclude that there is an association between substance use and occupational injury. This association is stronger for males and in certain industries, such as manufacturing and construction, and may also be stronger for younger workers, though future research is needed on this last point. The proportion of injuries caused by substance use, however, is relatively small. Instead, there is mounting evidence that harmful substance use is one of a constellation of behaviors exhibited by certain individuals who may avoid work-related safety precautions and take greater work related risks. Thus, we suspect that it is more likely that risk-taking dispositions, often termed deviance proneness, and other omitted factors can explain most empirical associations between substance use and injuries at work. What is more likely is that workers who engage in harmful, substance-using behaviors may be more likely to take risks at work. This does not mean that the relationship between substance use and occupational injuries is spurious, but rather that policies and intervention strategies focused on substance use should address underlying characteristics and traits of persons with this risk profile.”



(Ramchand R et Al. *The Effects of Substance Use on Workplace Injuries. Center For Health And Safety In The Workplace. A study by the RAND Institute for Civil Justice and RAND Health - Pittsburgh, PA, 2009*)

*“Research on the effect of drug testing on occupational injuries indicates that, generally, companies and industries that employ testing tend to have lower rates of occupational injury (Gerber and Yacoubian, 2002; Ozminkowski et al., 2003; Spicer and Miller, 2005; Zwerling, Ryan, and Orav, 1990; Snowden et al., 2007)” (Ramchand R et Al. *The Effects of Substance Use on Workplace Injuries. Center For Health And Safety In The Workplace. A study by the RAND Institute for Civil Justice and RAND Health - Pittsburgh, PA, 2009*)*

*“If substance use were the cause of a significant number of workplace injuries, then EAPs, educational campaigns, and efforts to change social norms regarding substance use in the workplace would hold the greatest promise in addressing the risks that substance use may pose for occupational injuries. This assessment, however, is made based on only a few studies; these programs are highly variable, and there is a noticeable lack of studies of good design that evaluate these initiatives. Drug testing does also appear to deter substance use among employees, though this may be due to the fact that persons who engage in harmful alcohol-using behaviors or illegal drug use do not apply to or work for companies with drug-testing programs.” (Ramchand R et Al. *The Effects of Substance Use on Workplace Injuries. Center For Health And Safety In The Workplace. A study by the RAND Institute for Civil Justice and RAND Health - Pittsburgh, PA, 2009*)*

Negli articoli e negli studi riportati, sinteticamente emerge quanto segue:

- a) l'assunzione di bevande alcoliche e/o di sostanze psicotrope e stupefacenti di varia natura altera le performance psicofisiche dei lavoratori e costituisce certamente un fattore di rischio anche per l'accadimento di incidenti e infortuni sul lavoro
- b) tuttavia, gli infortuni lavorativi riconducibili a tali cause sono verosimilmente pochi e vanno certamente valutati e differenziati sulla base delle conseguenze che comportano in termini di pericolosità sia per lo stesso lavoratore sia per eventuali “terzi” presenti nell'ambiente di lavoro, in relazione all'entità del danno che possono determinare;
- c) nelle aziende che hanno promosso e attuato programmi integrati di prevenzione e repressione delle abitudini voluttuarie suddette il numero degli infortuni sul lavoro è diminuito, così come il consumo di dette sostanze
- d) per ottenere risultati accettabili e permanenti appare necessario agire contemporaneamente sui due fronti della “deterrenza” e della “prevenzione-educazione”; la sola deterrenza (effettuazione di test di controllo) alla lunga non appare sufficiente poiché sembra essere rilevante, quale origine reale della condizione di rischio, la *propensione comportamentale* del singolo soggetto “all'azzardo”, che può essere causa sia dell'assunzione di sostanze nocive sia, di per sé, del comportamento a rischio
- e) dalla disamina dei dati disponibili, nella fase di prima applicazione della normativa specifica nel nostro paese sono emerse frequenze molto basse di positività per l'uso di sostanze psicotrope e stupefacenti tra i lavoratori indagati, a dimostrazione che in questa materia la prevenzione non può essere assicurata dalla rigida applicazione di procedure predefinite e uguali in tutti i casi che necessitano, tra l'altro, dell'utilizzo di ingenti risorse umane ed economiche.

E' opportuno quindi riaffermare alcuni elementi che rimangono, a nostro parere, capisaldi imprescindibili per una efficace rivisitazione della normativa:

1) Responsabilità, funzioni e attività del Datore di lavoro (DL) e del Medico Competente (MC):

- il DL è legalmente responsabile, nell'affidare i compiti ai lavoratori, di tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza: occorre esplicitare la necessità che sia predisposto dal DL un piano aziendale specifico, condiviso con i lavoratori, proporzionato alle caratteristiche della realtà aziendale e non limitato alla sola esecuzione dei test;
- il MC, in qualità di consulente globale del DL, esercita la propria responsabilità professionale nella predisposizione e attuazione dei programmi di prevenzione e nella formulazione dei giudizi di idoneità specifica, in stretta collaborazione con i SERT
- occorre che sia riconosciuto un margine di discrezionalità al MC nella gestione dei programmi (eventualmente aggiungendo anche attività o mansioni non previste dalla normativa) e delle



problematiche emergenti nei singoli casi, fermo restando il riferimento a un quadro legislativo definito.

2) **Significato e modalità di esecuzione degli accertamenti di 1° livello:**

- definite quali siano le attività a rischio, è necessario differenziare il diverso livello di rischio per il lavoratore e per le terze persone nelle singole attività e condizioni lavorative affinché ne conseguano controlli diversificati per l'estensione nella popolazione lavorativa e per la frequenza;
- in particolari mansioni lavorative ed attività precisamente individuate deve essere prevista la discrezionalità del MC di poter prevedere (ma non dovere obbligatoriamente) effettuare i test,
- negli stessi casi di cui sopra i lavoratori, quando indicato dal MC, devono obbligatoriamente sottoporsi ai test previsti dalla normativa;
- deve essere prevista una differenza tra la procedura finalizzata al controllo del rispetto della normativa per la verifica della mancata assunzione di alcol e/o sostanze psicotrope e stupefacenti e l'accertamento della alcol-dipendenza e della tossico-dipendenza (il primo caso è necessariamente condizionato da stretti vincoli medico legali, mentre il secondo ha caratteristiche per le quali il rapporto fiduciario tra MC e lavoratore risulta preminente).

Il primo provvedimento che si auspica è la **definizione di un elenco unico delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi**, valido sia in relazione al divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche durante il lavoro (articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125) sia per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope nei lavoratori (Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - Provvedimento 18 settembre 2008).

Tale elenco non può che derivare da una rivisitazione di quelli già esistenti che tenga conto della reale incidenza e delle caratteristiche proprie degli infortuni attribuibili a questi fenomeni, così come descritte dalla letteratura scientifica disponibile, e delle differenze indotte dal diverso grado di pericolosità che si rileva nei confronti del lavoratore e dei terzi presenti in ambiente di lavoro. A tale proposito si propone di stilare un elenco di categorie/mansioni/attività lavorative che tenga conto del grado di pericolosità sopra indicato, al quale associare una diversa estensione della popolazione sulla quale effettuare i test (totalità dei lavoratori o campione percentuale) e della diversa frequenza temporale con cui eseguirli.

Definito tale **elenco unico** si propone, quindi, la **revisione delle procedure applicative** che tenga conto di quanto segue:

- le conoscenze scientifiche più aggiornate nella materia;
- la reale entità dei fenomeni (assunzione di alcol durante il lavoro e alcol-dipendenza; assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti e tossicodipendenza), così come evidenziatesi nella fase di prima applicazione della normativa attualmente vigente;
- le caratteristiche dei peculiari contesti lavorativi in cui tali attività vengono svolte e nei quali gli adempimenti normativi devono essere applicati;
- la consistenza numerica delle popolazioni lavorative a cui si rivolgono
- la applicabilità degli accertamenti previsti, in termini di complessità e costi;
- la corretta attribuzione delle responsabilità e delle competenze coinvolte;
- la corretta valorizzazione delle risorse professionali utilizzate

Si tratta di elementi che condizionano pesantemente la reale efficacia dei provvedimenti in fase di rivisitazione. La mancata o inadeguata considerazione di tali fattori rischia di vanificare lo sforzo non indifferente (professionale, organizzativo ed economico) che dovrà essere attuato per l'applicazione della normativa e, al tempo stesso, essere causa del mancato raggiungimento dei risultati attesi in termini di prevenzione, generando danno economico e turbamento del clima aziendale e sociale.

Alla luce di quanto sin qui esposto, la SIMLII ritiene che le procedure previste per alcol e sostanze stupefacenti debbano comunque rimanere diversificate, in quanto problematiche distinte sul piano scientifico e normativo, sia pure nel possibile quadro di un unico provvedimento legislativo.



Alcol

La Legge 125/01 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati” all’art. 15 stabilisce:

- il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche durante il lavoro ai fini della prevenzione del rischio di infortuni sul lavoro derivanti dall’assunzione di alcol durante l’attività lavorativa, per la tutela della sicurezza e della salute dei lavoratori e delle terze persone;
- il controllo dell’applicazione di tale divieto mediante l’esecuzione di test alcolimetrici;
- la possibilità di eseguire tale controllo esclusivamente da parte dei Medici Competenti o dei Medici del Lavoro delle ASL territorialmente competenti;
- il diritto dei lavoratori, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, affetti da patologie alcol-correlate di accedere a programmi terapeutici e di riabilitazione specifici con conservazione del posto di lavoro.

Il D.Lgs. 81/08 (così come modificato dal D.Lgs. 106/2009) all’articolo 41, comma 4 prevede, per gli stessi fini, l’obbligo di verificare l’assenza di condizioni di alcol-dipendenza mediante visite mediche ed eventuali esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente.

Queste normative hanno finalità e prevedono metodologie di intervento differenti, non immediatamente e automaticamente tra loro sovrapponibili né assimilabili; avrebbero però reciproco giovamento, in termini di efficacia dei risultati, se considerate tra loro sinergiche quanto ad applicazione e a responsabilità professionali coinvolte,

L’applicazione della Legge 125/01 è responsabilità del DL; una eventuale rivisitazione della normativa potrebbe definire (anche se già implicitamente contenuto nell’attuale DL 81/08 e s.m.i.) :

- che il DL deve indicare in uno specifico Documento (eventualmente allegato al Documento di valutazione dei rischi (DVR) la presenza di mansioni/attività comprese nell’**elenco unico** proposto e le modalità con cui attua e controlla l’osservanza del divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nella specifica realtà aziendale, avvalendosi della consulenza del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e del MC e informandone i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS);
- che il DL, a tale riguardo, deve garantire una adeguata attività di informazione e formazione ai lavoratori coinvolti, avvalendosi anche in questo caso della consulenza del RSPP e del MC e informandone i RLS.
- che devono essere effettuati controlli alcolimetrici obbligatori programmati, definendo con quale estensione (tutti i lavoratori o solo a campione) e con che frequenza debbano essere fatti, sulla base dell’elenco rivisto delle attività a rischio articolato come detto in rapporto alla pericolosità per sé e per terzi
- che i controlli devono sempre essere effettuati senza preavviso e in modo randomizzato
- che i controlli possono essere effettuati anche nel caso di sospetto di assunzione acuta
- la modalità con cui devono essere effettuati i controlli alcolimetrici, sia programmati che estemporanei
- che il risultato del test per l’alcolemia deve essere sempre negativo, cioè stimabile come uguale a zero, ma non necessariamente zero, tenuto conto che vi è comunque una produzione endogena di alcol e che lo zero assoluto, come è noto, non esiste nei metodi analitici né enzimatici né cromatografici ,
- con quali procedure il DL deve gestire il caso di riscontro di alcolimetria superiore a zero o di lavoratore in stato etilico acuto, precisando che non viene emesso in questo caso nessun giudizio di idoneità alla mansione in quanto non previsto dalla normativa stessa
- che i controlli alcolimetrici nel caso di sospetto di assunzione acuta possano essere effettuati anche presso strutture del SSN (per esempio PS) e non esclusivamente quindi dai MC o dai Servizi delle ASL.

L’applicazione di quanto previsto dall’articolo 41 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i. è affidata dal DL al MC.

La verifica dell’assenza di condizioni di *alcol-dipendenza* è un atto clinico di esclusiva pertinenza del Medico Competente, che può eventualmente avvalersi della collaborazione di medici specialisti dei Servizi delle Dipendenze delle ASL.



La rivisitazione della normativa non richiede, quindi, la definizione di specifiche procedure né di protocolli complessi e rigidi vincolati per legge, anche in considerazione della bassissima prevalenza del fenomeno nelle popolazioni lavorative. Potrebbe invece limitarsi a stabilire che il MC è tenuto a definire, nell'ambito del programma di sorveglianza sanitaria dei lavoratori (il cosiddetto "protocollo sanitario"), le modalità con cui effettuerà tale verifica secondo le forme previste dall'articolo 41, comma 4 sopra richiamato, tenuto conto che il rischio di cui si tratta è legato al comportamento del lavoratore e non all'organizzazione del lavoro.

Le condizioni definite come "consumo a rischio" e "consumo dannoso" di bevande alcoliche, differenti dall'*alcol-dipendenza* propriamente detta, non costituiscono *a priori* una situazione di incompatibilità per l'effettuazione di determinate attività lavorative, rischiose per sé o per i terzi e non si ritiene, pertanto, che la ricerca di tali abitudini voluttuarie debba essere regolamentata da misure da applicarsi obbligatoriamente in tutti i luoghi di lavoro. Trattandosi, però, di comportamenti che possono configurare una maggiore suscettibilità del lavoratore al rischio in esame è comunque auspicabile che il MC sia in grado di venire a conoscenza della loro eventuale presenza e le valuti con la dovuta attenzione.

Potrebbe inoltre essere ribadito l'obbligo per il medico competente, a fronte del riscontro di condizioni cliniche che necessitano di terapia o trattamenti specifici per l'alcol-dipendenza, di indirizzare il lavoratore a specifici programmi di cura e riabilitazione, richiedendo la collaborazione dei centri di alcologia delle ASL e del medico curante dei lavoratori interessati.

Da ultimo è auspicabile che venga promossa e valorizzata, prevedendo eventualmente anche incentivi economici per le aziende partecipanti, una adeguata attività di informazione, formazione, sensibilizzazione e promozione della salute sullo specifico tema della assunzione di alcol con l'avvio di specifici programmi che tengano conto delle esperienze maturate a livello internazionale e di quanto espressamente indicato in successive edizioni dei Piani predisposti a questo riguardo a livello nazionale ed europeo.

Si allega un suggerimento di possibile protocollo operativo con la sola finalità di formulare alcune indicazioni utili ad orientare la prevista rivisitazione della normativa. Coerentemente con quanto sopra affermato si vorrebbe ottenere una normativa snella ed essenziale, che permetta al MC di svolgere la sua funzione anche a questo riguardo, senza caricarlo di responsabilità e compiti che secondo noi non gli sono propri. In questa prospettiva si vuole evitare che nella legislazione vengano inseriti protocolli clinici molto particolareggiati, che devono invece essere definiti dai medici competenti, eventualmente sostenuti da linee guida di carattere scientifico prodotte da Organismi scientifici, e modificati secondo il progredire di conoscenze e possibilità tecniche. Alla stesura di tali indicazioni si potrà arrivare con un documento successivo.

Sostanze psicotrope e stupefacenti

La normativa a questo riguardo è già attualmente più definita ed articolata. L'esperienza derivante da questi primi due anni di applicazione ha messo in evidenza alcuni punti di criticità e suggerisce alcuni possibili correttivi che possono costituire l'oggetto della rivisitazione normativa.

Oltre alle osservazioni più generali già rappresentate circa responsabilità, funzioni ed attività del Datore di lavoro (DL) e del Medico Competente (MC) e significato e modalità di esecuzione degli accertamenti di 1° livello, che valgono quindi anche nel caso della normativa specifica per le sostanze stupefacenti, si segnalano le seguenti più particolari:

1) Responsabilità, funzioni e attività del Datore di lavoro (DL):

- il DL deve indicare in uno specifico Documento (eventualmente allegato al Documento di valutazione dei rischi (DVR) la presenza di attività comprese nell'elenco di quelle soggette a controllo e la modalità con cui attua i controlli dei lavoratori nella sua specifica realtà aziendale, avvalendosi per questo della consulenza del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e del MC e informandone i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)



- il DL deve a questo riguardo garantire adeguata attività di informazione e formazione a tutti i lavoratori coinvolti, avvalendosi anche in questo caso della consulenza del RSPP, del MC e e informandone i RLS
- il DL, in fase di assunzione di un nuovo lavoratore, deve sottoporre il lavoratore a controllo preassuntivo e deve acquisire la documentazione relativa a controlli eventualmente effettuati precedentemente dal lavoratore presso altre aziende;
- i lavoratori autonomi devono effettuare per sé stessi i medesimi controlli previsti per i lavoratori dipendenti dello stesso settore e conservarne documentazione da presentare ad eventuali controlli degli Enti preposti e autorizzati.

2) Criticità riscontrate nell'esecuzione degli accertamenti di 1° livello da parte del MC:

- difficoltà nel rispettare le 24 ore di preavviso, soprattutto nelle aziende di piccole dimensioni, anche in relazione alla necessità di mantenere la non prevedibilità dell'accertamento;
- difficoltà nel garantire la contemporaneità tra visita medica e prelievo di urina;
- per il test on-site viene imposto al MC l'utilizzo di "idoneo strumento a stampa del risultato": tale dizione ha generato equivoci (sarebbe opportuno imporre l'utilizzo di strumenti di analisi certificati IVD ?);
- uniformità dei cut-off per il test di I livello sul territorio nazionale (es. Buprenorfina in Lombardia cut-off: 10 ng/ml; in Campania cut-off: 5 ng/ml);
- mancanza di indicazioni univoche nazionali/regionali per l'esecuzione del test buprenorfina nello screening e per i criteri di non idoneità dei campioni (solo volume, ritenuto eccessivo, e creatinuria? o anche altri parametri quali temperatura, pH, nitriti..?);
- positività in mansioni multiple delle quali alcune normate ed altre no (es. mulettista ed autista di furgone con patente B);
- gestione dei lavoratori risultati positivi al test di screening (con la possibilità di "falsi positivi") fino alla acquisizione del risultato del test di conferma (Idoneo alla mansione specifica? Temporaneamente non idoneo alla mansione specifica? Idoneo con limitazione?);
- difficoltà nel rispettare i tempi di attesa della risposta del test di conferma a valenza medico-legale;
- problema del monitoraggio cautelativo (di difficile fattibilità nelle piccole e medie aziende);
- gestione dei casi di positività anamnestica (necessità di eseguire anche i test; casi con risultati negativi ai test etc.);
- difficoltà della salvaguardia del posto di lavoro dopo la certificazione Ser.T. di "tossicodipendente" o "non tossicodipendente con riscontrato uso di..." tenuto conto della tipologia di contratti (a termine) e dell'età giovanile (in genere) dei positivi: di fatto una positività significa licenziamento;
- nell'ipotesi di poter introdurre, in particolari condizioni predefinite, controlli a campione anziché sulla totalità dei lavoratori ci si chiede se una Azienda che dispone di un piano di intervento ben organizzato e realizzato nella pratica, con informazione, formazione, controlli ad hoc e controlli periodici a campione (20-30% del personale), è possibile che venga depenalizzata in caso un suo dipendente sia coinvolto con responsabilità in un infortunio con coinvolgimento di terzi e venga in tale occasione trovato positivo ai test per sostanze stupefacenti sebbene non sia stato randomizzato per i test di controllo periodici?

3) Criticità nei rapporti con i SERT:

- eterogeneità nella forma e nella sostanza dei giudizi/indicazioni espressi dai SERT circa le modalità con cui gestire i casi positivi;
- difficoltà di gestione dei soggetti risultati positivi al test di conferma: garanzia della privacy, scarsa compliance da parte del DL, tempi di valutazione e diagnosi dei SERT (tempo di non idoneità temporanea);
- complessa (e delicata) gestione dei casi in terapia con Metadone;
- corretta individuazione e definizione delle condizioni di *uso sporadico o saltuario, abuso di sostanze, tossicodipendenza*.

Va, infine, segnalata la eterogeneità che si è creata, in fase di prima applicazione, tra le normative specifiche emanate dalle diverse Regioni. Tali discrepanze hanno reso ancora più complesso il compito dei MC, disorientati dalle differenti disposizioni regionali sullo stesso argomento e sulla medesima normativa. Gli



orientamenti locali, in ogni caso, potrebbero costituire una preziosa fonte di indicazioni che, debitamente confrontate e integrate, possono fornire utili indicazioni per gli interventi migliorativi.

Potrebbe, in questa direzione, essere utile prevedere una normativa rivisitata molto snella ed essenziale, alla quale affiancare linee guida operative di livello nazionale periodicamente aggiornate.

Sono questi i temi principali - alcuni dei quali solo accennati per grandi linee nel presente documento - che devono essere opportunamente approfonditi per giungere a norme chiare e concretamente attuabili da parte di tutti i medici competenti e delle strutture sanitarie del SSN.

A tale proposito, la SIMLII ribadisce la sua completa disponibilità a partecipare a tutte le fasi di discussione e di approfondimento della materia, in relazione alla emanazione del decreto attuativo in merito,

GRUPPO DI LAVORO SIMLII – 30 settembre 2011

Dr. E.P. Abbritti, Dr.ssa E. Albinì, Dr.ssa V. Crespi, Prof. M.M. Ferrario, Dr. E. Ramistella, Dr. L. Riboldi (coordinatore), Dr. M. Riva, Dr. P. Santoro



ALLEGATO

IPOTESI DI PROTOCOLLO OPERATIVO PER LA GESTIONE DELLA PROBLEMATICHE RELATIVA ALL'ASSUNZIONE DI ALCOL DURANTE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA.

La valutazione del problema

E' il punto di partenza per ogni ulteriore decisione operativa.

Il Datore di lavoro verifica se vi siano attività previste nell'allegato 1 dell'Intesa Stato – Regioni del 16 marzo 2006. In caso positivo predisporre un documento nel quale definisce le azioni preventive, promozionali ed educative che intende attuare in riferimento ai rischi connessi all'assunzione di alcol per i lavoratori addetti alle attività a rischio, nonché le procedure con cui intende applicare la specifica normativa (divieto di assunzione di bevande alcoliche, controlli alcolimetrici, sorveglianza sanitaria).

Il documento, condiviso con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, viene presentato ai lavoratori in assunzione o comunque adibiti a mansioni pericolose.

Informazione e formazione

Un programma di informazione/formazione sulle problematiche alcol correlate per i lavoratori addetti alle mansioni a rischio potrebbe prevedere i seguenti contenuti:

- a. gli effetti dell'alcol sulla salute;
- b. il rapporto tra alcol, infortuni sul lavoro e malattie professionali (fattore di rischio aggiuntivo per l'accadimento di infortuni sul lavoro e fattore predisponente e/o aggravante specifiche patologie correlate al lavoro)
- c. il rapporto tra alcol e guida;
- d. la normativa su alcol e lavoro;
- e. le strategie e le procedure aziendali per fronteggiare le problematiche alcol correlate;
- f. le indicazioni per eventuali percorsi terapeutici e di recupero dei lavoratori con problemi alcol correlati.

E' opportuno prevedere anche programmi di informazione/formazione per dirigenti, preposti, RLS ed addetti al primo soccorso, finalizzati a chiarire lo specifico ruolo di ciascuno nella gestione del singolo caso con problematiche alcol correlate,

Controlli alcolimetrici e procedure

Si possono prevedere due diversi tipi di controlli:

- per ragionevole dubbio di assunzione acuta
- collettivi senza preavviso

Controlli alcolimetrici per ragionevole dubbio di assunzione acuta

Il lavoratore viene sottoposto ad accertamento quando, durante lo svolgimento di mansione inclusa nell'allegato 1 dell'Intesa Stato – Regioni, vi siano elementi (vedi *Alcologia 2009; 4:60-73*) indicativi di alterazione delle performance che potrebbero essere attribuiti a recente consumo acuto di alcol, con conseguenti condizioni di rischio nello svolgimento dell'attività.

La segnalazione viene fatta dal datore di lavoro o suo delegato al medico competente (quando presente) o al medico del Servizio per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competente per territorio che, se confermano l'indicazione, eseguono il controllo alcolimetrico previsto dall'art. 15 della L. 125/01. Potrebbe essere considerata anche la possibilità che i test alcolimetrici vengano eseguiti da strutture pubbliche autorizzate (ad esempio PS).

Le modalità con cui eseguire il test dovranno essere definite dalla prevista revisione della normativa.

Il riscontro di test positivo comporta l'allontanamento del lavoratore dall'attività a rischio, che potrà essere attuato solo dal datore di lavoro o dal dirigente incaricato. L'allontanamento immediato va ovviamente attuato, anche senza l'esecuzione del test alcolimetrico, in presenza di chiari segni di stato etilico.

Controlli alcolimetrici collettivi senza preavviso

Tali accertamenti, svolti secondo procedure predefinite condivise con i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza e preventivamente comunicate a tutti i lavoratori, saranno effettuati senza preavviso tra i lavoratori



addetti alle mansioni previste dall'Intesa Stato Regioni preventivamente comunicati dal datore di lavoro al medico competente per iscritto.

I risultati di detti accertamenti vengono registrati nelle cartelle sanitarie personali e fanno parte, come dati collettivi, della relazione sanitaria annuale.

Questi controlli potrebbero avere frequenza annuale e, in presenza di grandi numeri di soggetti da sottoporre a controllo, potrebbero essere effettuati su un campione casuale (selezionato in modo randomizzato) di almeno il 30% dei lavoratori interessati.

Sorveglianza sanitaria

E' prevista dall'articolo 41 del DL 81/08 e sue successive modifiche per l'accertamento della alcoldipendenza nel caso di lavoratori addetti alle attività elencate nell'allegato 1 dell'intesa Stato-Regioni Il Medico Competente sottopone quindi a sorveglianza sanitaria i lavoratori segnalati per iscritto dal datore di lavoro in quanto svolgono tali attività.

Per valutare il consumo di bevande alcoliche proprio di ciascun soggetto potrà fare riferimento alla classificazione internazionale ICD-10 dell'OMS (F10 - allegato 1) che prevede le seguenti categorie:

Consumo a basso rischio: 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.

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.

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.

Per la definizione di alcoldipendenza potrà fare riferimento a quella dell'ICD 10 (Classificazione Internazionale delle Malattie, Revisione 10) e del DSM IV (Manuale Statistico e Diagnostico delle Malattie Mentali, IV ed.).

Contestualmente alla visita medica può giovare dell'utilizzo di questionari mirati (AUDIT, anche nella sua forma abbreviata AUDIT C) e di esami ematologici (gammaGT, AST, ALT, CDT, VGM) che andranno interpretati nel loro complesso.

La diagnosi di alcoldipendenza è opportuno che venga però formulata con l'ausilio specialistico dei Servizi di Alcologia o dei Servizi per le Dipendenze delle ASL, ai quali il lavoratore può essere inviato in presenza di fondato sospetto da parte del Medico Competente.

Il Medico Competente formulerà quindi il giudizio di idoneità alla mansione specifica (che contempla anche la valutazione del rischio collegato alla eventuale condizione di alcoldipendenza); darà informazioni adeguate al lavoratore sui risultati degli accertamenti effettuati, il loro significato e le conseguenze che comportano sulla sua attività lavorativa; in caso di diagnosi di alcoldipendenza proporrà un percorso riabilitativo presso il Servizio di Alcologia o il Servizio per le Dipendenze della ASL del territorio di residenza.

Programmi di promozione della salute

Secondo quanto espressamente indicato dall'OMS, in successive edizioni dell'European Action Plan e dal Ministero della Salute nelle relazioni annuali al Parlamento Italiano la prevenzione e la sorveglianza sanitaria dei comportamenti a rischio per alcol dipendenza (consumo a rischio e consumo dannoso), rientra anche come un atto proprio di piani e programmi di promozione della salute che, sulla scorta della esperienza maturata a livello internazionale, è auspicabile che vengano sempre più diffusi. Questi programmi prevedono esplicite politiche aziendali, da concordare tra datore di lavoro ed RSL aziendali, rivolti a tutti i lavoratori (indipendentemente dalla mansione svolta) e che possono prevedere differenti livelli di azione: dalla informazione, alla formazione, fino alla somministrazione di questionari ed alla esecuzione di test ematici per la identificazione del consumo, e quindi alla intrapresa di azioni atte alla riduzione dei livelli eccessivi di assunzione di alcol.