

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 26 aprile 2010, n. 1102

Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.L.vo n.81/08 e s.m.i.: approvazione del documento “Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcoolcorrelati ad opera dei medici competenti ex art. 41 co.4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006”. Presa d’atto.

L’Assessore alle Politiche della Salute, prof. Tommaso Fiore, sulla base delle risultanze istruttorie espletate dal Funzionario dell’Ufficio 1 Sanità pubblica e sicurezza del lavoro, dal Dirigente del medesimo Ufficio e confermate dal Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione (P.A.T.P.), riferisce quanto segue:

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 nell’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 legislativamente.

Con Delibera n.3690 del 31/07/1998, la Regione Puglia ha istituito il Comitato Regionale di Coordinamento (d’ora innanzi “Comitato”), stabilendone la composizione da parte degli organismi interessati.

Con atto n.591 del 17 aprile 2008, la Giunta Regionale ha deliberato di integrare, così come stabilito dal citato art.1, comma 2) DPCM 21 dicembre 2007, il Comitato che risulta composto dai rappresentanti territorialmente competenti: dei Servizi di Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro delle ASL, dell’ ARPA, dei Settori Ispezione del Lavoro delle Direzioni Regionali del Lavoro, degli Ispettorati Regionali dei Vigili del Fuoco, delle Agenzie Territoriali dell’ISPESL, degli Uffici Periferici dell’INAIL, degli Uffici Periferici dell’IPSEMA, degli Uffici Periferici dell’INPS, dell’ ANCI, dell’ UPI e Rappresentanti degli Uffici di Sanità Aerea e Marittima del Ministero della Salute nonché delle Autorità Marittime Portuali ed Aeroportuali ai sensi e nei modi sanciti nell’art. 2 DPCM 21 dicembre 2007.

Inoltre ha previsto la partecipazione al suddetto Comitato dei rappresentanti dei datori di lavoro e delle Organizzazioni sindacali più rappresentative a livello regionale nonché la istituzione degli Organismi Provinciali, ai sensi dell’art.2, co.3, del Dpcm 21.12.2007, composti dai Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro (Spesal) delle AA.SS.LL., dalla Direzione provinciale del lavoro, dall’INAIL, dall’ISPESL, dall’INPS, dal Comando provinciale dei Vigili del fuoco, dalla Sanità marittima e Aerea.

Il 9 aprile 2008 è stato varato il Decreto Legislativo n.81 per l’emanazione del nuovo “Testo unico sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro”, successivamente integrato con il D.lgs 30 agosto 2009 n.106.

Con provvedimento prot.n.407 del 5 dicembre 2008, il Dirigente del Servizio PATP della Regione Puglia ha determinato la istituzione del nuovo Comitato Regionale di Coordinamento ex art. 7 D.L.gs. 9 aprile 2008 n.81 sulla base delle designazioni pervenute dagli Organismi pubblici, dalle OO.SS. e dalle Associazioni dei datori di Lavoro, per realizzare uniformemente su tutto il territorio regionale gli interventi posti in essere dalla Pubblica Amministrazione in materia di sicurezza e tutela della salute nei luoghi di lavoro.

Per quanto concerne le problematiche in materia di alcol e problemi alcoolcorrelati, la L. n. 125 del 30 marzo 2001 ha stabilito, 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".

L'art.1 dell'Intesa 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", ha disposto 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".

L'art. 41 comma 4 del D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", 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) e d) sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti".

Inoltre, è necessario evidenziare che il sopra citato art. 41 (Sorveglianza sanitaria) del D.Lgs. 81/08 è stato recentemente modificato dal D.Lgs. n.106/09 con l'introduzione del seguente comma 4-bis "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 alcool dipendenza".

Per dare attuazione a quanto stabilito dalla normativa sin qui sottolineata, è stato necessario elaborare procedure applicative in modo da consentire l'attuazione uniforme e condivisa delle procedure diagnostiche e medico-legali da parte dei competenti servizi delle AA.SS.LL. del territorio della Puglia, dei medici competenti e degli altri soggetti interessati.

E' stato costituito un Gruppo di lavoro formato da rappresentanti dell'Assessorato alle Politiche della Salute, dell'Università degli Studi di Bari e del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, il quale ha proceduto all'elaborazione di una bozza di documento da sottoporre all'approvazione del Comitato regionale di coordinamento.

Il Comitato Regionale di Coordinamento, nell'ambito delle proprie funzioni e compiti *ut supra*, nella seduta del 13 ottobre 2009 ha preso visione, anche mediante la video proiezione di alcuni schemi, della bozza del documento in materia di "Verifica di assenza di rischi alcoolcorrelati ad opera dei medici competenti" elaborata dal Dr. G. Di Leone, dirigente medico in servizio presso lo Spesal della ex AUSL BA3. Nella seduta del 3 febbraio 2010, i componenti del Comitato sono stati invitati a comunicare eventuali considerazioni ai fini dell'approvazione definitiva del documento.

Nella riunione del 26 marzo 2010, il Comitato Regionale di Coordinamento ha accolto alcune, non sostanziali, modifiche condivise, approvando definitivamente il documento "*Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcoolcorrelati ad opera dei medici competenti ex art. 41, comma 4), D.L.vo n.81/08 e s.m.i. e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006*".

Si ritiene opportuno dare al citato documento ampia diffusione, per la sua valenza strategica ai fini della promozione della cultura della salute dei cittadini e della sicurezza sui luoghi di lavoro.

Sezione contabile:

COPERTURA FINANZIARIA di cui alla legge regionale n.28/01 e s.m.i.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata

che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

Il Dirigente del Servizio
Dr. Fulvio Longo

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie, propone alla Giunta l'adozione del conseguente atto finale, di specifica competenza della Giunta Regionale, così come definito dall'art. 4, comma 4 della L.R. 7/97.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore;

Vista la sottoscrizione posta in calce al presente provvedimento dal Funzionario dell'Ufficio 1, dal Dirigente del medesimo Ufficio e dal Dirigente di Servizio PATP;

A voti unanimi espressi nei modi di legge

DELIBERA

- di approvare quanto indicato in narrativa che qui si intende integralmente riportato;

- di prendere atto dell'approvazione da parte del Comitato Regionale di Coordinamento ex art.7 d.lgs. 81/08, nella seduta del 26 marzo 2010, del documento "*Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcoolcorrelati ad opera dei medici competenti ex art. 41, comma 4), D.L.vo n.81/08 e s.m.i. e Intesa Stato-Regioni 16 marzo 2006 (ALLEGATO 1 composto da numero quattordici facciate)*);
- di disporre l'uniforme applicazione sull'intero territorio regionale del documento di cui al punto precedente;
- di dare, allo stesso documento, ampia diffusione e divulgazione anche attraverso la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP, ai sensi della normativa vigente, e sul sito istituzionale della Regione Puglia;
- di demandare al Servizio PATP tutti gli atti consequenziali scaturenti dal presente provvedimento;
- di provvedere alla notifica del presente provvedimento a tutti i soggetti interessati a cura del Servizio P.A.T.P.

Il Segretario della Giunta
Dott. Romano Donno

Il Presidente della Giunta
Dott. Nichi Vendola



Regione Puglia

Area Politiche per la promozione della salute, della persone e delle pari opportunità

Servizio Programmazione Assistenza territoriale e prevenzione

Ufficio 1 - Sanità pubblica e sicurezza del lavoro

***Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcolcorrelati
ad opera dei medici competenti
ex art. 41 co. 4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006***

INDICE

- 1 Premesse normative
- 2 Evidence Based Prevention e diagnosi di alcolismo e bere problematico
 - 2.1 Markers biologici
 - 2.2 Questionari mirati
- 3 Procedura per la verifica di assenza di problemi alcolcorrelati e di condizioni di alcol dipendenza ad opera dei medici competenti ex art. 41 co. 4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006

ALLEGATI

Allegato 1 - Questionari AUDIT e AUDIT-C (in neretto)

Allegato 2 - Questionario CAGE

Allegato 3 - Proposta di questionario sulle abitudini di vita e sulla salute (Questionario di Wallace integrato con CAGE)

1 Premesse normative

- 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”*.
- L’art. 1 dell’Intesa 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” 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”*.
- L’art. 41 co. 4 del D.Lgs. 81 del 9 aprile 2008, “Attuazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro” 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 (Sorveglianza sanitaria) del D.Lgs. 81/08 sia stato recentemente modificato dal D.Lgs. 106/09 con l’introduzione del seguente comma 4-bis *“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”*.

2 Evidence Based Prevention e diagnosi di alcolismo e bere problematico

2.1 Markers biologici

Attualmente non viene descritto in letteratura scientifica un esame specifico e sensibile di alcolismo nelle fasi precoci¹.

- L’*alcolemia (BAC)*, citata dalla L. 125/01 come test di riferimento per i controlli ad opera del medico competente o dei medici del lavoro degli SPESAL con funzioni di vigilanza, in ragione della sua breve emivita (1 g/kg/h dopo astensione dagli alcolici), pur in presenza di elevate sensibilità (0-98%) e specificità (98%) è giustificata unicamente come test di accertamento in caso

¹ Relazione corsi ECM per medici di medicina generale – “Linee guida evidence based sulle diagnosi di alcolismo e bere problematico” – M. T. Salerno

di acuzie. Viene infatti utilizzata per fini medico-legali, in Pronto soccorso o in Comunità per il monitoraggio di pazienti in disintossicazione².

- La *Gamma GT (gamma glutamil transferasi)*, che tende ad aumentare nell'assunzione cronica di alcol indipendentemente dalla presenza di danno epatico, presenta, in qualità di indicatore di assunzione di alcol, una sensibilità del 63% ed una specificità del 75%³. Ha un'emivita di 2-3 settimane, dopo la completa astensione dagli alcolici e può presentare false positività in caso di pancreatite, diabete, obesità, utilizzo di farmaci (barbiturici, antiepilettici, anticoagulanti) e malattie epatiche non alcol-correlate.

- Il *MCV (Volume Cellulare Medio)* presenta, se riferito all'azione dell'alcol, una sensibilità del 50%, una specificità del 90% e un'emivita di 3 mesi dopo la completa astensione dall'alcol. Può dare falsi positivi in caso di carenza di folati, vitamina B12, patologie epatiche non alcol correlate, ipotiroidismo e tabagismo³.

La contemporanea positività a Gamma GT e MCV in soggetto con abuso di alcol presenta una sensibilità variabile dal 17 al 63% e una specificità variabile dal 74 al 98%³.

- La *Transferrina desialata sierica (CDT)* ha un'emivita di 2 settimane dopo la completa astensione dagli alcolici e risulta essere più sensibile nel sesso femminile. Il suo incremento avviene dopo 7 giorni di assunzione di 60-80 g/die e rimane elevato per 15-20 giorni. La sua sensibilità varia dal 39 al 94% e la sua specificità dal 82 al 98%. Può dare falsi positivi in caso di epatopatia non alcolica, disordini ereditari del metabolismo glicoproteico e trapianti di fegato².

Secondo lo Scottish Intercollegiate Guidelines Network *MCV*, *GGT* e *CDT* sono markers di forte consumo di alcol nelle settimane precedenti.

Si precisa che per *metodo di conferma* si intende l'accertamento analitico provvisto di specificità secondo le direttive delle Società scientifiche pubblicate nelle Linee Guida nel sito del Ministero del Welfare (vedi anche "Linee guida della Regione Puglia per i laboratori di analisi delle droghe d'abuso con finalità medico legali").

2.2 Questionari mirati

L'utilizzo di questionari validati dalla comunità scientifica può agevolare l'individuazione dei soggetti a rischio, mostrando un'accuratezza diagnostica superiore agli esami biochimici (ad es. *GGT* o *MCV*) nello screening dei problemi alcolcorrelati. Gli esami di laboratorio saranno comunque utili per fornire ulteriori successivi elementi diagnostici. L'accuratezza diagnostica dei questionari non si modifica se il paziente si autosomministra il test o se essi vengono inseriti nell'ambito di una valutazione generale sui fattori di rischio per la salute³. Sono attualmente utilizzati i seguenti questionari che hanno mostrato un'accuratezza diagnostica sovrapponibile nei soggetti adulti:

- *TWEAK*⁴ e *T-ACE* (versione abbreviata), preferibili in ambiente ostetrico nello screening preconcezionale e nelle donne gravide².

- *MALT*, distinto in *MALT-F* (anamnestico-clinico) e *MALT-S* (autocompilato)⁵.

² Scottish Intercollegiate Guideline Network – "The Management of Alcohol Dependence in Primary Care" – Atti For discussion at the National Open Meeting – 29 April 2002

³ Allen J., Misto S.A., Connors G.J. – "Self-report screening test for alcohol problems in primary care – Arch Intern Med. 1995; 155; 1726-1730

⁴ Russel M, Martire SS, Sokoi JJ et al. – Screening for pregnancy risk-drinking – Alcohol Clin Exp Res 1994, 18,1156-1161

- *AUDIT*, realizzato per il riconoscimento dei bevitori a rischio⁶. Ne sono state elaborate versioni brevi (C o FAST o PAT) che consentono uno screening di emergenza in 30 secondi. Ha una sensibilità del 92% e una specificità del 94%
- *CAGE*, test di autodiagnostica molto semplice e di facile somministrazione, con costi di lettura minimi e di buona affidabilità. È preferibile quando il tempo a disposizione è limitato³.
- *MAST*, di facile somministrazione, valuta la sfera psichica, fisica e sociale⁷.

La somministrazione di un questionario in corso di sorveglianza sanitaria ad opera del medico competente dovrebbe rispondere ai seguenti requisiti:

- facile somministrabilità (con possibilità di autosomministrazione)
- tempi molto veloci nella somministrazione
- facile lettura dei risultati
- buona affidabilità
- possibilità di mascherare le domande mirate in un contesto più generale di verifica delle abitudini di vita

Per tali ragioni, ferma restando la validità dei questionari sopra elencati e lasciando alla libera decisione del medico competente l'individuazione di quello più idoneo ad affrontare le singole fattispecie, si ritiene di segnalare l'*AUDIT C* (Allegato 1) e il *CAGE* (Allegato 2) come quelli più rispondenti ai requisiti sopra menzionati e come quelli idonei ad un veloce screening di primo livello negli ambienti di lavoro. Questi questionari potrebbero essere mascherati inserendoli in quello più ampio di Wallace (Allegato 3), sulle abitudini di vita e sulla salute, che assicurerebbe ulteriori informazioni utili al medico competente nella sua opera di promozione della salute.

Peraltro un recente lavoro⁸ ha ulteriormente rimarcato l'importanza del *CAGE* come test per lo screening dell'alcolismo, mentre in uno studio del 1977 (ripubblicato nel 2000)⁹ viene fornito qualche dato importante sull'accuratezza diagnostica del *CAGE*. In particolare, le domande del *CAGE* sono superiori ad altri test soprattutto nel riconoscere l'alcolismo e l'alcoldipendenza (nei vari studi sensibilità oscillante fra il 43% e il 94%; specificità del 70-97%, valutate a livello di primary care). La conclusione degli autori è che l'impiego di strumenti formali come il *CAGE* è preferibile ad altre misure cliniche per aumentare la capacità di riconoscere i problemi alcol-correlati a livello di assistenza primaria.

Analogamente anche l'*AUDIT* ha ottenuto importanti riconoscimenti in merito alla sua efficacia, al punto da essere stato inserito nel "Programma di Formazione IPIB-PHEPA Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care" del Progetto PHEPA (Primary Health Care Project on Alcohol) cofinanziato dalla Commissione Europea e dal Dipartimento della Salute del Governo della Catalogna (Spagna)¹⁰.

⁵ Munchener Alcoholismus test, 1977

⁶ Babor T. et Al. – Alcohol related problems in the primary health care setting a review of early intervention strategies – British journal of addiction, 81:23-46,1986

⁷ Selszer ML – Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument – Am J Psychiatry 1971, 127, 89-94

⁸ Charles P, O'Brien – The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism: A Remarkably Useful but Simple Tool – JAMA, 2008; 300(17); 2054-2056

⁹ David A. Fiellin, M. Carrington Reid et al. – Screening for Alcohol Problems in Primary Care. A Systematic Review – Arch Intern Med Vol. 160, July 10, 2000

¹⁰ A. Gual, P. Anderson, L. Segura, J. Colom - Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions - <http://www.phepa.net>

Tutte le informazioni raccolte nei questionari saranno trattate secondo le vigenti norme sotto la responsabilità del medico competente, nell'ambito della gestione della cartella sanitaria e di rischio.

3 Procedura per la verifica di assenza di problemi alcolcorrelati e di condizioni di alcol dipendenza ad opera dei medici competenti ex art. 41 co. 4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006

1. Il medico competente collabora con il datore di lavoro al processo di valutazione dei rischi all'interno dell'azienda, con particolare attenzione per quelle mansioni per le quali viene codificato dalle vigenti normative il rischio derivante da abuso di alcol. In presenza di tali mansioni, il datore di lavoro è chiamato a:
 - a. assicurare adeguata informazione e formazione sulla prevenzione dei problemi alcol correlati nei confronti di dirigenti, preposti, rappresentanti dei lavoratori e lavoratori stessi, previa consultazione del RLS o RLSt ai sensi degli artt. 18, c. 1, lett. c, n ed s, e 50, c. 1, lett. b del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni;
 - b. proibire in azienda l'assunzione, la somministrazione, la distribuzione e la vendita di alcolici, dandone adeguata informazione a tutti i lavoratori;
 - c. comunicare con nota formale ai lavoratori che gli stessi non devono assumere alcolici prima di iniziare il lavoro o durante le pause pranzo, anche al di fuori dell'orario lavorativo, in quanto ciò rappresenta un rischio aggiuntivo di infortuni sul lavoro;
 - d. valutare, nell'ambito delle lavorazioni presenti in azienda, oltre a quelle a rischio anche quelle potenzialmente non a rischio (se presenti), al fine di collocarvi utilmente i lavoratori che risultassero portatori di problemi alcol correlati.
2. Il medico competente effettua la verifica di assenza di problemi alcol correlati in occasione della sorveglianza sanitaria prevista dall'art. 41 del D.Lgs. 81/08 sugli operatori che svolgono le mansioni elencate nell'allegato I dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006.
3. In occasione della sorveglianza sanitaria di cui al precedente punto, il medico competente utilizza i criteri proposti dalla *Consensus Conference* sull'alcol della SIA¹¹. La ricerca dell'alcolemia, in considerazione della sua breve emivita, viene riservata alle situazioni di intossicazione acuta di alcol.
4. In particolare, oltre all'usuale verifica delle condizioni cliniche del lavoratore attraverso la raccolta dei dati anamnestici e un comune esame obiettivo, possono essere ricercati i segni e i sintomi più frequenti del bere problematico¹²: alitosi alcolica, congiuntiva iniettata, lividi, contusioni e traumi, bruciate di sigarette tra indice e medio, epatomegalia, disturbi cardiovascolari (ipertensione arteriosa, tachicardia), gastrointestinali (iporessia, diarrea, nausea, vomito, epigastralgia), dermatologici (discromie cutanee, psoriasi, eczema discoide, prurito), neurologici (instabilità posturale, tremore, crampi e parestesie agli arti, disorientamento, stato confusionale), psichici (insonnia, ansia, depressione, allucinazioni).
5. Al fine di agevolare lo screening dei soggetti esposti a problemi alcolcorrelati si propone l'utilizzo di questionari mirati (anche eventualmente autosomministrati). Tra questi, in

¹¹ Consensus conference sull'alcol – Scientifica press Ed, Firenze 1995

¹² Malka R., Fouquet P., Vachonfrance G. – Abrégé de Alcologie – Masson Ed. Paris, 1983

considerazione dell'agevole somministrazione e della buona affidabilità dei risultati, si propone l'utilizzo dell'AUDIT C (o FAST) o del CAGE, eventualmente inseriti nel più ampio questionario di Wallace sulle abitudini di vita e sulla salute.

6. In caso di negatività agli accertamenti di primo livello (anamnesi, esame obiettivo, somministrazione di questionario) il medico competente conclude l'accertamento con giudizio di idoneità alla mansione specifica, comunicandolo per iscritto al lavoratore e al datore di lavoro.
7. I soggetti individuati a seguito di questo screening iniziale come esposti a problemi alcol correlati (positività al questionario AUDIT C o CAGE e/o sospetto diagnostico emerso nel corso della visita medica), saranno avviati agli accertamenti di II° livello presso le strutture all'uopo deputate, con la ricerca di markers biologici, quali Gamma GT, MCV e/o CDT, con metodi di conferma (vedi "Linee guida della Regione Puglia per i laboratori di analisi delle droghe d'abuso con finalità medico legali"). Al fine di aumentare la sensibilità diagnostica dello screening di I° livello, il Medico competente può, in particolare per alcune categorie di lavoratori ad alto rischio per sé e per terzi (quali ad esempio gli autisti di mezzi pubblici e le attività lavorative che prevedono l'uso di armi), richiedere accertamenti di laboratorio.
8. In caso di rifiuto del lavoratore di sottoporsi agli accertamenti analitici, il medico competente dichiarerà che *"non è possibile esprimere giudizio di idoneità per impossibilità materiale ad eseguire gli accertamenti sanitari"*. Ove il lavoratore non si presenti agli accertamenti senza avere prodotto documentata e valida giustificazione lo stesso sarà sospeso in via cautelativa dalla mansione a rischio e riconvocato entro dieci giorni. Ove il lavoratore non si presenti all'accertamento per giustificati e validi motivi, debitamente documentati, lo stesso dovrà essere riconvocato entro dieci giorni dalla data di cessazione dei motivi che hanno impedito la sua presentazione agli accertamenti. In caso di rifiuto, il lavoratore sarà comunque sospeso dalla mansione per *"impossibilità materiale a svolgere gli accertamenti"*.
9. La conferma attraverso gli accertamenti di laboratorio di un utilizzo problematico di alcol determina, ad opera del medico competente:
 - a. l'emissione di un giudizio di non idoneità alla mansione specifica, temporanea o definitiva, comunicato per iscritto al lavoratore e al datore di lavoro;
 - b. un'azione di sensibilizzazione nei confronti del dipendente e dei suoi familiari, da formularsi nel rispetto della privacy e della dignità della persona, finalizzata all'avvio di un'azione di recupero (eventualmente anche attraverso il coinvolgimento del medico di medicina generale, delle U.O. di alcologia territorialmente competenti e delle associazioni di auto-mutuo-aiuto)l'invio di comunicazione alla Prefettura per l'eventuale revisione della patente.
10. In caso di non idoneità alla mansione specifica, temporanea o definitiva, il datore di lavoro è tenuto, a mente dell'art. 42 del D.Lgs. 81/08, ad adibire il lavoratore, ove possibile, ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute. Spetta comunque al datore di lavoro, informato dal medico competente sulla base del giudizio di idoneità, il compito di allontanare il proprio dipendente con problemi alcolcorrelati dalla mansione potenzialmente a rischio, dandone comunicazione al RLS.
11. Il lavoratore, ai sensi dell'art. 20 co. 2 lett. i) del D.Lgs. 81/08, non può rifiutarsi di sottoporsi alla visita medica e ai relativi accertamenti, pena la decadenza dell'idoneità alla mansione a specifico rischio

12. Avverso il giudizio del medico competente è ammesso ricorso (ai sensi dell'art. 41 co. 9 del D.Lgs. 81/08), entro trenta giorni dalla comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza territorialmente competente. Di tale possibilità il lavoratore deve essere formalmente informato a mezzo di comunicazione scritta.

Entro i medesimi trenta giorni il lavoratore può richiedere, a proprie spese, la ripetizione dell'analisi presso lo stesso laboratorio e sullo stesso campione precedentemente prelevato. A tale scopo i laboratori sono tenuti a custodire i campioni, in caso di positività, per almeno novanta giorni dall'emissione del referto. Il lavoratore ha facoltà di richiedere che la ripetizione dell'analisi avvenga alla sua presenza o alla presenza di un proprio consulente tecnico con onere economico a suo carico. L'effettuazione dell'analisi di verifica dovrà essere comunicata al lavoratore e al medico competente con un anticipo di almeno quindici giorni rispetto alla data individuata.

In caso di risultato discordante, la rivalutazione ulteriore, mediante riconsiderazione dei dati prodotti dagli accertamenti precedenti e non attraverso una ulteriore analisi, andrà eseguita da una struttura di tossicologia forense tra quelle individuate dalla Regione, di concerto tra il datore di lavoro e il lavoratore, che dovrà esprimere un giudizio finale.

13. Il giudizio di non idoneità temporanea al lavoro specifico potrà essere revocato ad opera del medico competente a seguito di sopravvenuta negatività dei markers biologici, su campioni ripetuti con periodicità almeno mensile (con date non programmate dal lavoratore), ed attestazione di costante partecipazione alle attività da parte delle U.O. di Alcolologia o dei gruppi A.M.A. a cui è affidato in trattamento, in un arco temporale di almeno sei mesi. La periodicità della sorveglianza sanitaria successiva alla riammissione alla mansione a rischio, svolta con le stesse modalità precedentemente descritte, dovrà essere semestrale per un periodo di almeno cinque anni.
14. Nel caso di sospetta presenza di problemi alcolcorrelati in lavoratori, pur adibiti a mansioni a rischio per sé o per terzi, non ricompresi nelle mansioni di cui all'allegato I dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, il datore di lavoro potrà presentare richiesta di valutazione dell'idoneità al lavoro alla Commissione ex art. 5 L. 300/70 costituita presso le ASL territorialmente competenti.
15. Per le situazioni nelle quali può essere giustificato il ricorso alla ricerca dei livelli di alcolemia (in presenza di lavoratori con intossicazione acuta da alcol), premesso che nelle mansioni elencate dalla citata Intesa Stato Regioni viene vietata in termini assoluti la somministrazione di bevande alcoliche (art. 15 della L. 125/01), al fine di evitare palese contraddizione con i limiti stabiliti dal Codice della strada si ritiene che il limite da utilizzare nelle valutazioni alcolimetriche sia quello indicato nello stesso.
16. Si rimarca il fondamentale ruolo che il medico competente è chiamato a svolgere in tema di promozione della salute (art. 25 co. 1 D.Lgs 81/08). In questo ambito si sottolinea l'opportunità che il medico competente attivi, in collaborazione con i datori di lavoro e il Sistema di Gestione della Sicurezza Aziendale, con il partecipe coinvolgimento degli RLS, ogni attività ritenuta opportuna per avviare politiche di prevenzione sulle tematiche correlate all'alcol. In particolare si ritengono da valorizzare iniziative volte ad una mirata informazione e formazione, rivolte non solo ai soggetti che già presentino problemi alcolcorrelati o alle mansioni elencate nell'allegato I dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, ma estese anche alla rimanente popolazione lavorativa secondo i principi della responsabilità sociale.

ALLEGATI

Allegato 1 - Questionari AUDIT e AUDIT-C (in neretto)

<p>1. Con quale frequenza consuma bevande alcoliche? (0) Mai (1) Una volta al mese o meno (2) da 2 a 4 volte al mese (3) da 2 a 3 volte alla settimana (4) 4 o più volte alla settimana</p>	<p>6. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>
<p>2. Quante bevande alcoliche consuma in media in un giorno quando beve? (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7 o 9 (4) 10 o più</p>	<p>7. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha provato senso di colpa o rimorso dopo aver bevuto? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>
<p>3. Con quale frequenza beve sei o più bevande alcoliche in un'unica occasione? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>	<p>8. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare cosa era successo la sera prima, perché aveva bevuto? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>
<p>4. Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>	<p>9. Si è mai fatto male o ha mai fatto male a qualcuno come risultato del bere? (0) No (2) Sì, ma non durante l'ultimo anno (4) Sì, durante l'ultimo anno</p>
<p>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? (0) Mai (1) Meno di una volta al mese (2) Una volta al mese (3) Una volta alla settimana (4) Quotidianamente o quasi</p>	<p>10. Un parente, un amico o un medico o un altro operatore sanitario, si sono mai interessati del suo bere o le hanno suggerito di smettere? (0) No (2) Sì, ma non durante l'ultimo anno (4) Sì, durante l'ultimo anno</p>
<p><i>Calcolare il totale dei punteggi delle singole risposte.</i></p>	

Ognuna di queste domande presenta una serie di risposte in forma chiusa e ad ogni risposta viene assegnato un punteggio che varia da 0 a 4. Prima di somministrarlo al paziente è necessario rendere noto che per singola bevanda alcolica si intende quella che contiene 10 grammi di alcool, ovvero un bicchiere di vino, 300 c.c. di birra od un bicchierino di superalcolico.

Il punteggio complessivo di 8 è stato indicato come cut-off con la migliore sensibilità e specificità per l'individuazione dei bevitori a rischio.

Allegato 2 - Questionario CAGE

Il questionario CAGE (dalle iniziali in inglese delle quattro domande che lo compongono) è uno strumento diagnostico semplice e controllato per la diagnosi di alcolismo mediante il colloquio col paziente. Le domande da porre sono:

- Ha mai pensato di dover dare un taglio al bere?
- Si è mai irritato perché qualcuno le ha detto di bere meno?
- Si è mai sentito in colpa perché beveva troppo?
- Si è mai svegliato la mattina con la voglia di bere qualcosa di alcolico?

Una risposta positiva segnala un rischio, due o più un vero alcolismo. Una volta appurato il quantitativo di bevande ingerite, la diagnosi può essere facilitata dalla valutazione dei seguenti parametri:

- la presenza di difficoltà di relazione in ambito familiare, lavorativo o scolastico;
- il riscontro di stanchezza, ansietà, depressione, dolori addominali, insonnia, amnesie, disfunzioni sessuali.

- 4) Negli ultimi 3 mesi ha mangiato frutta? 1 Sì 2 No
- Se Sì: Quanti giorni alla settimana in media?
 1 1 2 2 3 3-4 4 più di 4
- 5) Negli ultimi 3 mesi si è sentito depresso, giù di morale, tanto da pensare che non valesse la pena di vivere?
 1 Mai 2 Sì, ma per meno di 15 giorni 3 Sì, per più di 15 giorni
- 6) Negli ultimi 3 mesi ha avuto crisi di ansia (momenti in cui si sentiva allarmato, molto preoccupato e nello stesso tempo il cuore le batteva forte o le mancava il respiro o si sentiva svenire)?
 1 Mai 2 1-2 volte 3 più di 2 volte
- 7) Negli ultimi 3 mesi ha mai pensato:
- di dover **cambiare dieta** (mangiare meno o più frutta e verdura)? 1 Sì 2 No
 - di dover **fare più ginnastica, sport, esercizio fisico?**..... 1 Sì 2 No
 - di dover **bere meno alcol?**..... 1 Sì 2 No
 - di dover **fare qualcosa per stare meglio psicologicamente** (essere più sereno e più contento)?..... 1 Sì 2 No
- 8) Negli ultimi mesi qualcuno le ha mai detto più volte:
- che dovrebbe **dimagrire** ?..... 1 Sì 2 No
 - che dovrebbe **fare più ginnastica, sport, esercizio fisico?**..... 1 Sì 2 No
 - che dovrebbe **bere meno alcol?**..... 1 Sì 2 No
 - che dovrebbe **sforzarsi di essere più calmo e più sereno?**
..... 1 Sì 2 No
- 9) Negli ultimi 3 mesi si è mai svegliato con la voglia di:
- fare ginnastica, sport, esercizio fisico?..... 1 Sì 2 No
 - bere qualcosa di alcolico?..... 1 Sì 2 No
 - vivere intensamente e con gioia?..... 1 Sì 2 No
 - fumare una sigaretta?..... 1 Sì 2 No
- 10) Nell'ultimo anno (ultimi 12 mesi) si è mai fatto male in un incidente stradale?
 1 2 3

No

Sì, solo una volta

Sì, più di una volta

11) Al di fuori degli incidenti stradali nell'ultimo anno (ultimi 12 mesi) , si è mai fatto tanto male (ferite, botte, colpi) da dover andare al pronto soccorso o da pensare che altri nelle sue condizioni ci sarebbero andati?

 1 No 2 Sì, solo una volta 3 Sì, più di una volta

12) Nell'ultimo anno (ultimi 12 mesi) si è mai fatto male in un incidente sul lavoro?

 1 No 2 Sì, solo una volta 3 Sì, più di una volta

13) Negli ultimi 3 mesi si è sentito/a a disagio o in colpa con se stesso/a:

- perché aveva una dieta sbagliata (mangiare troppo o troppi grassi) ?.....

 1 Sì 2 No

- perché faceva troppo poco esercizio fisico?.....

 1 Sì 2 No

- perché beveva troppo?.....

 1 Sì 2 No

14) Nell'ultimo anno (ultimi 12 mesi) quante volte è stato ricoverato in ospedale?

 0 Nessuna 1 1 2 2 3 3 4 4 o più

15) Se è stato ricoverato nell'ultimo anno in ospedale, per quanti giorni è stato ricoverato complessivamente?

 1 Meno di una settimana 2 1-2 settimane 3 3-4 settimane 4 Da 1 a 2 mesi 5 più di 2 mesi

16) Nell'ultimo anno, quante volte è andato dal suo medico curante per una visita (non per un certificato o solo per farsi fare una ricetta)?

 1 Mai 2 1 volta 3 2 volte 4 3- 4 volte 5 5-9 volte 6 10 volte o di più

17) Nell'ultimo anno, quante volte è andato per una visita da uno specialista (cardiologo, gastroenterologo, psichiatra, ecc...)?

 1 Mai 4 3-4 volte 1 1 volta 5 5-9 volte 3 2 volte 6 10 volte o di più