

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA**

**“LA SAPIENZA”**



**PRIMA FACOLTÀ DI FARMACIA E MEDICINA**

**Corso di Laurea in**

**Tecniche della Prevenzione nell’Ambiente e nei Luoghi di Lavoro**

**(Presidente: Prof. S. Tomao)**

**TESI DI LAUREA**

**INTERVENTI DI PREVENZIONE**

**IN MATERIA DI**

**ALCOOL LAVORO-CORRELATO**

**RELATORE:**

Dott. Lucilla Boschero

**CORRELATORE:**

Prof. Angela Sancini

**CANDIDATO:**

Sonia Pasqualitto

Matr. n° 1253646

ANNO ACCADEMICO 2011 - 2012

*a Dora e Gaia  
che adoro,  
a mia madre  
che mi sostiene sempre,  
a mio padre  
che sarebbe stato fiero di me.*

## INDICE

1. Premessa.....	pag.	4
2. Obiettivi.....	pag.	6
3. Introduzione.....	pag.	7
3.1. L'alcool.....	pag.	7
3.2. L'alcoemia.....	pag.	7
3.3. Gli effetti dell'alcool a breve termine.....	pag.	8
3.4. Gli effetti dell'alcool a lungo termine.....	pag.	9
3.4.1. Sintomi fisici.....	pag.	10
3.4.2. Sintomi psichici.....	pag.	11
3.4.3. Effetti sociali.....	pag.	12
3.4.4. Effetti sul nascituro.....	pag.	13
3.5. L'uso di sostanze alcoliche sul lavoro.....	pag.	14
3.6. Le attività lavorative ove si applica la normativa.	pag.	17
3.7. Il datore di lavoro e la politica aziendale.....	pag.	17
3.8. I controlli alcolimetrici.....	pag.	19
3.9. Il progetto della A.S.L. di Frosinone.....	pag.	19
4. Materiali e Metodi.....	pag.	21
5. Risultati.....	pag.	27
6. Conclusioni.....	pag.	28
7. Discussione.....	pag.	29
8. Bibliografia.....	pag.	32

## **1. PREMESSA**

L'uso delle bevande alcoliche rappresenta un'abitudine largamente diffusa in Italia da sempre sostenuta da una cultura familiare e sociale di normalizzazione del cosiddetto "bere sociale".

I profondi cambiamenti della società intercorsi nel corso degli ultimi due decenni hanno tuttavia inciso sulle modalità di consumo di intere generazioni modificando i patterns dell'uso di alcool, non più contestualizzati ai pasti ma attuati in situazioni e contesti che, in particolare nelle generazioni più giovani, hanno sollecitato l'uso di alcool come sostanza disinibente, da abusare.

Gruppi di popolazione tradizionalmente non orientati al bere, anche in conseguenza di un sistema di convenzioni sociali che inibivano il consumo di alcool nei contesti pubblici, hanno ampliato la platea dei consumatori secondo nuovi modelli e stili di consumo prevalentemente orientati al consumo fuori pasto; tra questi i giovani e le donne. Il carico per la società conseguente all'adozione di stili e modelli di consumo orientati al consumo rischioso o dannoso di alcool non è insignificante.

Si stima che in Italia circa 5 milioni di italiani e italiane in età lavorativa siano consumatori a rischio; a questi sono da aggiungere coloro che sono pensionati e che rientrano nei 3 milioni circa di ultra 65enni a rischio in Italia.

Il problema della sicurezza nei luoghi di lavoro è un argomento sensibile nelle politiche sanitarie, sociali, aziendali. La legge 125/2001 ha

focalizzato, già dieci anni fa, la necessità di provvedere ad identificare le misure idonee a tutelare la sicurezza e l'incolumità dei terzi, protette in particolare, in estrema sintesi, per tutte le occupazioni considerate ad alto rischio. L'OMS, più esplicitamente, parla dei luoghi di lavoro come di contesti alcool-free.

I problemi legati all'alcool hanno conseguenze alle quali la comunità deve rispondere direttamente: danni e decessi in seguito ad incidenti stradali, conseguente assistenza medica ospedaliera e di pronto intervento, interventi sul consumo di alcool e sull'alcool-dipendenza.

Nei luoghi di lavoro, il consumo dannoso di alcool ed i consumi eccessivi episodici aumentano il rischio di problemi quali l'assenteismo, ma anche il "presenteismo", ovvero, la presenza con scarsa produttività.

Secondo l'OMS, gli interventi sui posti di lavoro che possono ridurre i danni alcool-correlati includono la promozione di luoghi di lavoro in cui si applichi il divieto del consumo di alcool, 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 e le campagne di informazione sull'alcool.

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.

## **2. OBIETTIVI**

Lo scopo di questo lavoro è quello di realizzare una serie di interventi formativi per i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) al fine di sensibilizzarli sulla tematica dell'alcool lavoro – correlato, dal momento che essi partecipano alla definizione della policy aziendale. Pertanto gli obiettivi di questo lavoro sono:

- Fornire ai Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza (RLS) conoscenze aggiornate sul fenomeno.
- Avvalersi dei Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza (RLS) come moltiplicatori dell'azione preventiva all'interno delle loro aziende.
- Facilitare, attraverso il percorso formativo, l'individuazione e la sperimentazione di soluzioni intelligenti e coerenti per il raggiungimento degli scopi per cui la normativa è stata formulata, nell'ottica di tutelare i lavoratori.
- Fornire strumenti per progettare, a loro volta, interventi preventivi e per monitorare problematiche alcool - correlate nel proprio contesto lavorativo, in rete con la ASL e gli altri soggetti significativi.
- Fornire strumenti per saper agire nelle situazioni pratiche che possono presentarsi nell'applicazione della normativa
- Verificare se gli interventi formativi somministrati siano stati efficaci.

### **3. INTRODUZIONE**

#### **3.1 L'ALCOOL**

Con il termine alcool si definisce comunemente l'alcool etilico o etanolo, alcool monovalente, primario, saturo che si presenta come sostanza liquida, incolore e che si forma per fermentazione di alcuni zuccheri semplici o per distillazione del mosto fermentato.

L'etanolo costituisce la principale componente psicoattiva delle bevande alcoliche: esso è infatti in grado di agire sul sistema nervoso centrale e di alterare di conseguenza gli stati di coscienza. È una sostanza tossica, estranea all'organismo, potenzialmente cancerogena, che provoca dipendenza. Infatti, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica l'alcool fra le droghe.

#### **3.2 L'ALCOLEMIA**

L'alcolemia è la quantità di alcool che si trova nel sangue dopo l'ingestione di bevande alcoliche.

Il tasso alcolico viene indicato, in Europa, misurando la massa di alcool contenuto nel sangue; lo 0,8/°°° corrisponde a 0,8 gr di etanolo in un litro di sangue (questo ha un peso specifico prossimo a quello dell'acqua di 1,055 gr/cm<sup>3</sup>). Si può misurare anche in altri mezzi; a 80 mg. nel sangue corrispondono nel plasma 92 mg/litro, nell'urina 107 mg/litro e nell'aria espirata 36-38 mg/litro.

L'alcool viene assorbito dal corpo umano per circa il 20% attraverso la parete dello stomaco, il resto, molto rapidamente, dai tessuti intestinali. La velocità di assorbimento varia con la gradazione alcolica e secondo il contenuto dello stomaco.

A stomaco vuoto si raggiunge la concentrazione massima di alcool nel sangue, bevuto in una sola dose, entro 35 minuti per i superalcolici ed entro 50 minuti per birra o spumante. Quando lo stomaco non è vuoto, il cibo ritarda il passaggio di parte dell'alcool all'intestino e il picco massimo del tasso viene raggiunto, molto indicativamente, dopo un'ora, se si era fatta una piccola colazione, dopo 90 minuti se si era fatto un pasto normale, dopo due ore se si era fatto un pasto molto abbondante. Un calcolo esatto è ovviamente impossibile, specialmente se si beve durante il pasto: l'aperitivo viene assunto a stomaco vuoto e passa direttamente nel sangue; i vini ed i digestivi vengono assunti mentre si mangia e mentre la digestione è in corso; parte dell'alcool assunto comincia ad essere elaborato dal fegato e ciò contiene leggermente l'aumento del tasso alcolico.

L'alcool assorbito dai tessuti entra nel sangue e, da questo, viene trasportato direttamente al cervello in quantitativi e tempi che sono influenzati dalla costituzione fisica, correlata all'età ed alla struttura corporea. Esso infatti si distribuisce nei tessuti liquidi e perciò ai fini del tasso alcolico è essenziale il quantitativo totale di acqua contenuto nel corpo: a parità di peso una persona con molto grasso ha meno acqua di una persona muscolosa e quindi con la stessa dose di alcool raggiungerà un tasso alcolico superiore. È per questo motivo (oltre ad una probabile diversa metabolizzazione da parte del fegato) che le donne sono ritenute più sensibili all'alcool degli uomini avendo, normalmente, un maggior quantitativo di tessuti adiposi.

Alcune persone, specialmente di popoli asiatici, sono geneticamente incapaci di metabolizzare l'alcool e quindi presentano reazioni ben più gravi. Non è chiaro quanto influisca sul tasso alcolico l'abitudine al bere; secondo certi studi le persone alcolizzate riuscirebbero a smaltire più rapidamente l'alcool e riuscirebbero a controllare meglio le manifestazioni esteriori dell'ebbrezza.

Le bevande comunemente usate vengono consumate in dosi che contengono circa 10 gr. di alcool: questa dose è infatti contenuta in un bicchiere da 1/10 di vino a 12°, in un bicchiere da un quarto di birra a 5°, in

un bicchierino medio di liquore (20 cc quello standard da bar con 6,5 gr di alcool; circa 10 grammi in un bicchierino un pò abbondante, da 30 cc). È quindi facile calcolare quanti grammi di alcool si berranno o si sono bevuti, complessivamente, trasformando ogni consumazione in dosi da 10 grammi; ad es.:

- Mezzo litro di vino = 5 bicchieri = 50 gr
- Mezzo litro di birra = 2 quarti = 20 gr
- Un digestivo e un grappino = 2 bicchierini = 20 gr

### **3.3 GLI EFFETTI DELL'ALCOOL A BREVE TERMINE**

L'assunzione di alcool determina effetti, sia acuti che cronici, sulla salute. Quelli acuti, variano in funzione della concentrazione di alcool nel sangue. Assumendo un solo bicchiere di vino a digiuno, ad esempio, il senso di benessere viene alterato e l'individuo assume un comportamento imprudente, tendente all'euforia, che lo porta a sottovalutare i pericoli e a sopravvalutare le proprie capacità. Aumentando la concentrazione di alcool nel sangue, gli effetti diventano sempre più gravi: si ha un'alterazione della percezione, con riduzione della visione laterale, con parziale perdita della coordinazione motoria.

Secondo recenti stime dell'OMS, almeno il 10% degli infortuni sul lavoro sono attribuiti all'uso di alcool.

### **3.4 GLI EFFETTI DELL'ALCOOL A LUNGO TERMINE**

L'alcolismo comporta una maggiore tolleranza e una dipendenza fisica dall'alcool. Ciò colpisce la capacità dell'individuo di controllarne il consumo e la

sua incapacità a smettere. L'alcolismo può avere effetti negativi sulla salute mentale, causando disturbi psichiatrici e aumentando il rischio di suicidio.

### **3.4.1 Sintomi fisici**

L'abuso, a lungo termine di alcool, può causare una serie di condizioni cliniche, tra cui: cirrosi epatica, pancreatite, epilessia, polineuropatia, sindrome di Wernicke-Korsakoff, malattie cardiache, carenze nutrizionali e disfunzioni sessuali. Talvolta queste complicanze possono portare ad un esito fatale. Altri effetti sulla salute includono un aumentato rischio di sviluppare malattie cardiovascolari, il malassorbimento dei nutrienti, malattie epatiche dovute all'alcool e il cancro.

Il danno epatico è dovuto al metabolismo dell'etanolo. L'etanolo viene ossidato dall'alcool-deidrogenasi ad acetaldeide e quest'ultima ad acetato. L'acetato ed il cofattore NADH prodotti in eccesso, inibiscono il normale metabolismo aerobico del ciclo di Krebs, spostando l'attenzione della cellula verso il metabolismo lipidico, con la sintesi di trigliceridi che portano alla steatosi del fegato. L'accumulo di lipidi provoca sia la compressione meccanica del circolo sanguigno locale (sinusoidi epatici), sia la suscettibilità della cellula alla perossidazione lipidica e alla propagazione del danno da radicali liberi, con eventuale effetto genotossico e aumento del rischio di sviluppare il cancro.

Con un consumo di alcool sostenuto, possono verificarsi danni al sistema nervoso centrale e al sistema nervoso periferico.

Le donne sviluppano complicanze da dipendenza da alcool più rapidamente rispetto agli uomini. Esempi di complicanze a lungo termine

includono: danni al cervello, al cuore, al fegato e un aumento rischio di cancro al seno. Inoltre, l'eccessivo consumo di alcool può avere un effetto negativo sulla capacità riproduttiva, come la riduzione della massa ovarica, problemi o irregolarità nel ciclo mestruale e menopausa precoce.

### **3.4.2 Sintomi psichici**

L'abuso a lungo termine di alcool può causare una vasta gamma di problemi di salute mentale. Gravi problemi cognitivi non sono rari. Circa il 10 per cento dei casi di demenza sono legati al consumo di alcool, il che lo rende la seconda causa.

Disturbi psichiatrici sono comuni negli alcolisti, con il 25% di essi che ne soffre di gravi. I sintomi più frequenti sono ansia e depressione. Psicosi, confusione e sindrome cerebrale organica possono essere causate dall'abuso di bevande alcoliche e ciò può portare ad un'errata diagnosi di schizofrenia. Attacchi di panico possono svilupparsi o aumentare nei soggetti dediti all'alcool.

La correlazione tra il disturbo depressivo maggiore e l'alcolismo è ben documentata. Vengono fatte delle distinzioni tra episodi depressivi dovuti all'astinenza dall'alcool ("indotti da sostanze") e di episodi depressivi primari non associati alla dipendenza ("episodi indipendenti"). Un utilizzo supplementare di altri farmaci può aumentare il rischio di depressione.

I disturbi psichiatrici variano a seconda del sesso. Le donne, dedite all'alcool, presentano spesso anche sintomi psichiatrici come depressione,

ansia, attacchi di panico, bulimia, disturbo post-traumatico da stress (PTSD) o disturbo borderline di personalità. Gli uomini alcolisti sviluppano disturbi della personalità di tipo narcisistico, antisociale, disturbo bipolare, schizofrenia, sindrome da deficit di attenzione e iperattività. Le donne affette da alcolismo hanno maggiori probabilità di avere una storia di violenza fisica o sessuale, spesso domestica, rispetto alla popolazione generale.

### **3.4.3 Effetti sociali**

I problemi sociali derivanti dall'alcolismo sono gravi e causati dalla alterazione patologica del cervello e dagli effetti inebrianti dell'alcool. L'abuso di alcool è associato ad un aumentato rischio di commettere reati, compresi gli abusi sui minori, violenze domestiche, stupro, furti e aggressioni. L'alcolismo porta spesso alla perdita del proprio posto di lavoro, con possibili conseguenti problemi finanziari. Bere in momenti inappropriati può portare a conseguenze legali, come la denuncia penale per guida in stato di ebbrezza o a sanzioni civili per comportamenti illeciti.

Il comportamento di un alcolizzato può avere un impatto profondo in coloro che gli stanno vicino e può portarlo all'isolamento dalla famiglia e dagli amici. Ciò può portare a conflitti coniugali e divorzi o contribuire ai casi di violenza domestica. L'alcolismo può anche portare all'abbandono dei propri figli, con conseguente danno permanente per lo sviluppo emotivo di essi.

#### **3.4.4 Effetti sul nascituro**

Il Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) descrive lo spettro di disabilità e di diagnosi associate all'esposizione prenatale all'alcool.

Questo gruppo di disturbi comprende la sindrome alcolica fetale (FAS), gli effetti alcolici sul feto (FAE), i danni congeniti alcool correlati (ARBD), i disturbi neuroevolutivi legati all'alcool (ARND). La FAS, forma di FASD clinicamente meglio riconoscibile, nel mondo occidentale è la principale causa di disabilità cognitiva non genetica. La FAS consiste di deficit misurabili che includono caratteristiche malformazioni facciali, disturbi del cervello e del sistema nervoso, ritardo di sviluppo, mentre fra le condizioni associate vi sono malformazioni cardiache e renali, compromissioni visive e uditive, difetti scheletrici e deficienze del sistema immunitario. L'azione teratogena dell'alcool può manifestarsi in qualsiasi fase della gravidanza. In particolare, l'esposizione all'alcool nelle prime tre settimane dal concepimento può danneggiare lo sviluppo iniziale del concepito e la formazione del tubo neurale. L'esposizione fra la quarta e la nona settimana può causare malformazioni del cervello e delle strutture craniche. Il modello di assunzione dell'alcool da parte della madre è fondamentale: l'assunzione intensiva di alcool (binge drinking) si associa con un più elevato tasso di anomalie FAS rispetto a un'assunzione dilazionata nel tempo. La FASD è associata a un danno irreversibile dello sviluppo neurale e porta a conseguenze croniche per la persona, la sua famiglia e la società intera, ma si può prevenire al 100% con astensione dall'assunzione di alcolici da parte delle persone in stato di gravidanza.

### 3.5 L'USO DI SOSTANZE ALCOLICHE SUL LAVORO

Molti infortuni sul lavoro denunciati all'INAIL ogni anno hanno come causa il consumo di alcolici; nel caso di alcune attività lavorative, inoltre, l'assunzione di bevande alcoliche può rappresentare un fattore di rischio ulteriore.

La Legge 125/ 2001 “Legge quadro in materia di alcool e problemi alcool correlati” si inserisce in un contesto Europeo che ha visto nel primo Piano d'Azione Europeo sull'Alcool 1992-1999 e soprattutto con la Carta Europea sull'Alcool del 1995 della Organizzazione Mondiale della Sanità – Ufficio Regionale Europeo - promuovere la realizzazione di politiche e programmi alcologici negli Stati membri. In particolare, la Carta Europea ha individuato cinque principi etici e dieci strategie per lo sviluppo di politiche sull'alcool indicando tra le strategie “la promozione di ambienti di lavoro protetti da incidenti e altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche”. Ed è in questo ambito che si pone la legge 125 le cui finalità dichiarate all'art. 2 sono la *“promozione di stili di vita sani attraverso l'informazione sui rischi legati all'uso e abuso di bevande alcoliche e la messa a disposizione delle persone con problemi alcool correlati di servizi di riabilitazione”*.

In tale contesto deve essere letto anche l'articolo 15 della Legge 125/01 che prevede nelle “attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi” il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche o superalcoliche.

Il provvedimento della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome 16 marzo 2006 ha individuato, nel proprio Allegato I, le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, nelle quali è vietata l'assunzione e la somministrazione di bevande alcoliche. L'elenco di tali attività lavorative annovera una casistica estesa.

Il comma 2 dell'art. 15, della Legge n. 125/2001 individua i soggetti a cui possono competere i controlli alcolimetrici e cioè il medico competente, così come definito all'art. 2, comma 1, lettera d), D.Lgs. n. 626/1994, o ai "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".

Il comma 3 dell'art. 15, della Legge n. 125/2001 afferma il diritto del lavoratore ammalato ad accedere a programmi terapeutici-riabilitativi, senza incorrere nella immediata ed automatica perdita del lavoro. Tale comma si occupa, infatti, di dare indicazioni per le situazioni lavorative in cui siano presenti soggetti dipendenti da alcool o con problemi alcool-correlati, prevedendo l'estensione dei benefici per i soggetti tossicodipendenti, anche a questa tipologia di persone che intendano seguire programmi di recupero e riabilitazione.

Il comma 4 dell'art. 15, della Legge n. 125/2001 descrive l'apparato sanzionatorio disponendo che "*Chiunque contravvenga alle disposizioni di cui al comma 1*", in altre parole, chiunque assuma o somministri bevande

alcoliche e superalcoliche “è punito con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 1 milione a lire 5 milioni”.

Il Provvedimento 16 marzo 2006 della Conferenza Stato-Regioni, invece, individua le attività lavorative ad elevato rischio, alle quali si applica il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

Inoltre, il decreto Legislativo n. 81/2008 (Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro) ha stabilito che, nelle attività individuate a rischio, le visite mediche effettuate dal medico competente aziendale sono altresì finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcool dipendenza (art.41 comma 4).

Nel testo originario del D.Lgs 81/08, all’Art. 41, comma 4, si faceva riferimento alla verifica di “*assenza di condizioni di alcool dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti*”. Su queste due differenti (e molto diverse) dizioni (alcool dipendenza e assunzione di sostanze) si è molto argomentato e sono state incentrate le linee di indirizzo messe in atto da diverse Regioni. Successivamente, il testo del D.Lgs 106/2009 ha sostituito il concetto di “assunzione” con quello di “dipendenza” e ha introdotto il 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”

Il nuovo codice della strada (Legge n. 120/2010) ha stabilito che il tasso alcolemico debba 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.

### **3.6 LE ATTIVITÀ LAVORATIVE OVE SI APPLICA LA NORMATIVA**

Per le attività lavorative ad elevato rischio, individuate dal Provvedimento 16 marzo 2006, vige il divieto di assunzione/somministrazione di bevande alcoliche; ai lavoratori che svolgono tali attività è consentito bere alcolici al di fuori dell'orario di lavoro, ma il loro tasso di alcool nel sangue durante il lavoro deve risultare pari a "zero".

Le molteplici attività, ritenute ad elevato rischio, riguardano i seguenti ambiti lavorativi: l'espletamento di alcuni lavori pericolosi per i quali sia richiesto un certificato di abilitazione; gli impianti a rischio di incidente rilevante; i lavori in ambienti confinati (vasche, serbatoi, etc.); le mansioni sanitarie; le attività di insegnamento; le mansioni che comportano il porto d'armi; le mansioni inerenti attività di trasporto (stradale, ferroviario, marittimo e aereo); la produzione e vendita di esplosivi; l'edilizia e le costruzioni; i forni di fusione; le sostanze esplosive ed infiammabili; gli impianti nucleari; le cave e miniere.

### **3.7 IL DATORE DI LAVORO E LA POLITICA AZIENDALE**

Gli obblighi del Datore di Lavoro in materia di alcool sono i seguenti:

- Verificare se esistono in azienda mansioni inserite nell'allegato 1 dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006;
- Aggiornare il DVR (Documento di valutazione dei Rischi) considerando l'assunzione di alcool come possibile determinante del rischio infortunistico;
- Stilare una procedura di controllo del divieto di assunzione di alcool e un regolamento applicativo aziendale condiviso con gli RLS (Rappresentanti dei Lavoratori per la sicurezza);
- Vietare la somministrazione di alcolici in bar-mense aziendali;
- Informare i lavoratori sul rispetto del divieto e sulle conseguenze del non rispetto di tale divieto;
- Informare-formare i lavoratori sul rischio da alcool (rischio infortunistico e rischio per la salute);
- Individuare e formare i preposti al controllo;
- Informare i lavoratori sulle modalità di esecuzione dei controlli alcolimetrici e sulle conseguenze della positività al test;
- Richiedere al medico competente l'effettuazione dei controlli alcolimetrici secondo la procedura stabilita nel DVR;
- Richiedere al medico competente l'effettuazione della sorveglianza sanitaria anche per le problematiche alcool correlate.

Queste attività richiedono una stretta collaborazione tra datori di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori, medici competenti, RSPP, RLS, con l'adozione di misure specifiche come: l'abolizione dell'alcool da mense, bar distributori presenti in azienda, il rinforzo del messaggio di salute tramite

poster o locandine, intranet, e-mail e gli incontri di informazione con i lavoratori.

### **3.8 I CONTROLLI ALCOOLIMETRICI**

L'azienda, tramite il medico competente, deve effettuare controlli alcolimetrici e accertamenti sanitari preventivi e periodici.

Inoltre, deve adottare procedure di verifica, incaricando formalmente dirigenti o preposti, con la funzione di vigilare sul rispetto del divieto di assunzione/somministrazione di bevande alcoliche, fornendo disposizioni chiare circa l'iter da seguire nel caso di riscontro di situazioni di omissione delle direttive aziendali. Queste procedure devono essere il più possibile condivise con i lavoratori e/o con i loro rappresentanti (RLS).

### **3.9 IL PROGETTO DELLA A.S.L. DI FROSINONE**

I Servizi PreSAL, attraverso interventi di informazione, educazione e formazione mirati ai lavoratori ed alle figure della prevenzione delle aziende possono svolgere un ruolo significativo nell'incremento della consapevolezza del rischio, nella promozione del rispetto del divieto di assunzione di alcoolici e nell'adozione di procedure di controllo corrette ed adeguate, determinando in tal modo una riduzione dei consumi e, di conseguenza, dei danni alla salute e alla sicurezza.

Il Servizio Pre.S.A.L. della ASL di Frosinone ha elaborato un Progetto dal titolo: "Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro", che è stato sviluppato prevalentemente

mediante incontri formativi, nel corso dei quali sono stati somministrati questionari prima e dopo la formazione.

I questionari utilizzati sono stati quelli elaborati dalla Regione Lazio per analogo Progetto.

I beneficiari sono stati i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.) di 41 aziende insistenti nel territorio della ASL di Frosinone dei settori: trasporti, sanità ed edilizia.

Il progetto ha coinvolto direttamente il numero complessivo di 44 Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza.

Gli obiettivi specifici sono stati:

- 1) L'analisi della percezione del problema alcool in aziende dei trasporti, sanità ed edilizia attraverso l'impiego di questionari validati, mirati per i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (R.L.S.)
- 2) La realizzazione di interventi informativi/formativi finalizzati all'adozione di procedure di controllo del consumo di bevande alcoliche sul lavoro e alla consapevolezza delle problematiche conseguenti all'assunzione di alcolici

I risultati attesi sono stati:

1. La maggiore consapevolezza del problema alcool nel settore dei trasporti, della sanità e dell'edilizia
2. L'adozione di procedure di controllo da parte delle aziende in tema di applicazione delle norme sul divieto del consumo di alcool sul lavoro.
3. Il maggiore rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche nelle attività a rischio

#### 4. La riduzione drastica del consumo di alcool sul lavoro

Le attività svolte sono state:

1. L'elaborazione e/o l'acquisizione di materiale operativo (materiale didattico, opuscoli informativi)
2. Il censimento di aziende a rischio e la raccolta delle adesioni
3. Gli eventi informativi/formativi specifici per RLS
4. La somministrazione dei questionari
5. La ricognizione dei centri alcologici sul territorio

#### **4. MATERIALI E METODI**

Sono stati formati 44 Rappresentanti dei Lavoratori della Sicurezza (R.L.S.) di 41 Aziende dei settori trasporti, edilizia e sanità.

Le Aziende del settore Trasporti sono state 22 e di queste sono stati formati 24 RLS, nel settore Edilizia hanno partecipato 17 aziende con 18 RLS, e nel settore Sanità hanno aderito 2 Aziende con 2 RLS.

Il materiale divulgativo riguardava:

1. gli effetti dannosi dell'alcool;
2. il maggior rischio infortunistico, sia per i lavoratori sia per i terzi, che comporta l'assunzione di alcool;
3. la consapevolezza che il tasso alcolemico nel sangue durante il lavoro deve essere pari a "zero";

4. l'alcool non deve essere assunto 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'alcool (il fegato impiega circa 2 ore per smaltire 1 unità alcolica);
5. l'alcool non deve essere assunto durante i turni di reperibilità nelle attività lavorative a rischio;
6. le procedure aziendali di verifica: chi sono le persone formalmente incaricate di vigilare sul rispetto del divieto di assunzione di alcool durante l'attività; come avvengono le procedure di verifica; quali sono le conseguenze di comportamenti in contrasto con la normativa sull'alcool;
7. le modalità e frequenza di effettuazione dei controlli alcolimetrici,
8. la sorveglianza sanitaria;
9. la possibilità di ricorrere contro il giudizio espresso dal medico competente nell'ambito della sorveglianza sanitaria, ivi compreso quello formulato in fase preassuntiva;
10. i programmi terapeutici e di riabilitazione per i lavoratori affetti da patologie alcool correlate. Ai lavoratori che accedono a tali programmi si applica l'articolo 124 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 309/90, in base al quale il lavoratore ha diritto alla conservazione del posto per tre anni con aspettativa retribuita;
11. le possibilità di ulteriori controlli presso Centri Alcoologici.

Inoltre, sono stati somministrati questionari all'ingresso e alla fine del corso sulla politica aziendale sull'alcool. In particolare, sono stati

somministrati 24 questionari nel settore trasporti, 18 nel settore edilizia e 2 nel settore sanità. Tutti sono stati consegnati debitamente compilati.

Come questionario è stata utilizzata la Check – List per la politica aziendale sull'alcool di seguito riportata:

## Check-List per la valutazione Politica aziendale sull'Alcool

Tipologia Check- List \*

- Pre
- Post

Rilevazione del \* inserire la data di compilazione della check-list

Rilevazione a cura di \* operatore che ha eseguito la compilazione della check-list

Azienda \*

Comparto \*

- Trasporti
- Edilizia
- Sanità

1) Esistono in azienda mansioni inserite nell'allegato 1? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

2) E' vietato somministrare alcolici in bar e mense? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

3) Il DVR è aggiornato con l'assunzione di alcool come possibile determinante del rischio infortunistico? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

4) E' stata adottata una politica aziendale formale di prevenzione del consumo di alcool sul lavoro? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

5) Esiste un regolamento aziendale? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

6) Esiste una procedura di controllo condivisa con RLS sul divieto di assunzione di alcool? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

7) I lavoratori sono stati informati sul rispetto del divieto e sulle conseguenze del non rispetto di tale divieto? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

8) I lavoratori sono stati informati e formati sul rischio da alcool (rischio infortunistico e per la salute)? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

9) Sono stati individuati, nominati e formati i preposti al controllo? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

10) Sono stati informati i lavoratori sui controlli alcolimetrici: modalità e conseguenze di positività al test? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

11) Si effettuano controlli alcolimetrici a campione, senza preavviso, da parte del medico competente? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

12) E' effettuata la sorveglianza sanitaria, da parte del medico competente, per problematiche alcool correlate? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

13) Il medico competente utilizza il questionario AUDIT C? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

14) Il risultato del controllo alcolimetrico viene riportato in cartella clinica?

\*

- Si
- No
- Risposta Assente

15) Il medico competente ha una registrazione collettiva dei controlli alcolimetrici effettuati e dei relativi risultati? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

16) Esiste una procedura per la gestione dei casi risultati positivi al controllo alcolimetrico? \*

- Si
- No
- Risposta Assente

Ulteriori Commenti e/o Precisazioni usare questo campo per inserire le annotazioni facendo riferimento se il caso anche all'item di riferimento [es: 4] in corso di formalizzazione]

A large rectangular text area for entering comments. Below the text area is a small input field containing the number '0' and an 'Invia' button.

## 5. RISULTATI

Sono stati formati 44 Rappresentanti dei Lavoratori della Sicurezza (R.L.S.) di 41 Aziende dei settori trasporti, edilizia e sanità.

Le Aziende del settore Trasporti sono state 22 e di queste sono stati formati 24 RLS; nel settore Edilizia hanno partecipato 17 aziende con 18 RLS; nel settore Sanità hanno aderito 2 Aziende con 2 RLS.

Sono stati somministrati 24 questionari nel settore trasporti, 18 nel settore edilizia e 2 nel settore sanità. Tutti sono stati riconsegnati debitamente compilati.

La media degli items positivi pre-test è stata la seguente: 6,2 (trasporti), 6,7 (edilizia) e 8,5 (sanità). Alla consegna del questionario la media degli items positivi (post-test) è stata: 15,2 per il comparto trasporti, 14,5 per il settore edilizia e 16 per il comparto sanità. (Tabella 1)

**Tabella 1 – Progetto Alcool e Lavoro**

Comparto	n° AZIENDE	n° RLS	numero di Questionari somministrati	numero di Questionari compilati	%	Check List Pre n°items positivi/16	Check List Post n°items positivi/16
TRASPORTI	22	24	24	24	100	6,2	15,2
EDILIZIA	17	18	18	18	100	6,7	14,5
SANITÀ	2	2	2	2	100	8,5	16

## **6. CONCLUSIONI**

Sono stati formati 44 Rappresentanti dei Lavoratori della Sicurezza (R.L.S.) di 41 Aziende dei settori trasporti, edilizia e sanità.

Le Aziende del settore Trasporti sono state 22 e di queste sono stati formati 24 RLS; nel settore Edilizia hanno partecipato 17 aziende con 18 RLS; nel settore Sanità hanno aderito 2 Aziende con 2 RLS.

Sono stati somministrati 24 questionari nel settore trasporti, 18 nel settore edilizia e 2 nel settore sanità. Il 100% dei questionari è stato consegnato debitamente compilato.

La media degli items positivi pre-test è stata la seguente: 38,75% nel settore trasporti, 41,88% nel settore edilizia e 53,13 % nel settore sanità.

Gli items positivi post-test in media sono stati del 95% nel settore trasporti, 90,63% nel settore edilizia e 100% nel settore sanità.

Quindi, l'incremento positivo a seguito della formazione è stato il seguente:

145,16 % nel settore trasporti, 116,42 % nel settore edilizia, 88,24 % nel settore sanità.

L'intervento formativo è, pertanto, risultato efficace.

## **7. DISCUSSIONE**

- Il coinvolgimento degli RLS nel progetto di sensibilizzazione al consumo di alcool in ambiente lavorativo, ha permesso di formare un gruppo motivato e selezionato di lavoratori in grado di svolgere una sorta di “consulenza” in campo alcologico agli altri lavoratori, unita alla capacità di indirizzarli presso i Servizi Territoriali deputati alla diagnosi e cura dell'alcoldipendenza.

La condivisione del progetto con gli RLS ha fornito alle aziende ed ai lavoratori un prodotto che può essere effettivamente utile e comprensibile per tutti.

- La normativa riguardante i fenomeni di alcolismo nel settore del lavoro in vigore nel nostro Paese ci porta a formulare conclusioni di carattere generale: mentre sono evidenti i divieti, non altrettanto chiari sono gli adempimenti consentiti nei confronti dei lavoratori.

L'obbligatorietà della sorveglianza sanitaria è prevista solamente per i lavoratori addetti alle mansioni elencate nello schema di intesa del 17/09/2007 relativo alle sostanze stupefacenti e psicotrope. Non è prevista la sorveglianza sanitaria per i lavoratori addetti alle attività nella lista per l'alcool del 16/03/2006, per loro è possibile solo il controllo alcolimetrico.

Ciò ha come conseguenza che l'idoneità alla mansione è in discussione solo nel caso di superamento dei cut-off negli accertamenti per

gli stupefacenti ma non per l'alcoemia. Il lavoratore che ha bevuto sul lavoro o che va al lavoro dopo aver bevuto potrà essere eventualmente sanzionato e allontanato dal lavoro per il tempo necessario ad azzerare l'alcoemia ma non è in discussione la sua idoneità al lavoro.

La normativa dovrebbe, pertanto, affidare al medico competente, con maggiore chiarezza e responsabilità, la prevenzione dei danni alla salute e alla sicurezza conseguenti alla assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, compreso l'alcool. Il medico competente, anche avvalendosi eventualmente di specialisti provenienti da professioni diverse da inserire tra gli operatori di medicina del lavoro, deve rappresentare il consulente in materia per il datore di lavoro e per tutto il sistema destinato alla valutazione dei rischi e per la messa a punto della strategia preventiva più adeguata all'interno dell'azienda. Ciò sviluppa il principio dell'approccio multidisciplinare della Medicina del Lavoro che coinvolge il medico competente nella prevenzione dei danni provocati da fattori di rischio non più, e non solo, di tipo tradizionale, ma anche legati a stili di vita pericolosi o scorretti, collocandolo nell'ambito della sanità pubblica. L'informazione e la formazione, oltre che essere un obbligo per il datore di lavoro è anche garanzia perché il lavoratore sia capace di operare una scelta personale di cambiamento negli stili di vita.

- Andrebbe ripreso l'art. 41 comma 4 del D.Lgs 81/08 per affermare con maggior chiarezza che è la dipendenza e non l'assunzione ad essere l'oggetto della valutazione di idoneità alla mansione da parte del medico competente.

L'accertamento di assunzione occasionale di alcool e/o di sostanze stupefacenti e psicotrope dovrebbe invece indicare al medico competente la necessità di un approfondimento diagnostico e di interventi di prevenzione specifica (al fine di ottenere un aumento nella popolazione aziendale complessiva della consapevolezza dei rischi connessi all'uso di alcool e stupefacenti), di prevenzione selettiva (cioè di interventi mirati a specifiche situazioni a rischio) e di trattamento ad opera di strutture specialistiche.

E' auspicabile che siano definiti, come in altre situazioni in medicina del lavoro, un obbligo di informazione e formazione specifici e due livelli di intervento: di counselling e di controllo frequente a giudizio del medico competente in caso di assunzione sporadica di alcool e/o sostanze stupefacenti e invece, anche in considerazione della pericolosità della mansione, di valutazione della idoneità per la condizione di dipendenza o di assunzione pericolosa.

## **8. BIBLIOGRAFIA**

1. Sancini A., De Sio S., Cetica C., et al. Alcol ed effetti sulla salute. Prevent Res, published on line 19. Mar. 2012, P&R Public. 17
2. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2010 Istat, Roma, 2011, pp. 11
3. Global Status Report on Alcohol and Health 2011. World Health Organization (WHO). 2011.
4. World Health Organization. Global Status Report On Alcohol and Health. 2011 World Health Organization, Ginevra, 2011, pp. 85
5. World Health Organization. Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draft global strategy (2010)
6. Brunetto GP. Alcol. Informazioni dalla ricerca. Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona. 2008
7. Elliott L., Coleman K., Suebwongpat A., Norris S. Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD): systematic reviews of prevention, diagnosis and management. HSAC Report 2008
8. Conferenza Permanente Stato Regioni "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"
9. Mangili A. Alcol e lavoro. G Ital Med Lav Erg 2004; 26:3, 1-27
10. Annovi C., Biolcati R., Di Rico R. Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro. Franco Angeli, Milano, 2006, pp. 313
11. World Health Report. Progetto Nazionale Alcol e Lavoro Ministero della Salute. Organizzazione mondiale della sanità (OMS). 2002. Legge 30.3.2001 N. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati"

12. Persechino B., et al. "Legge 125/01: alcool negli ambienti di lavoro". *G Ital Med Lav Erg* 23, n.3 (2001): 316.
13. Lieber C.S. Ethnic and gender differences in ethanol metabolism. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24: 417-418

*ringrazio il mio relatore dott.ssa Lucilla Boschero  
per la sua professionalità ma  
soprattutto per la sua disponibilità.  
ringrazio, inoltre, la prof. Angela Sancini  
e il dott. Paolo Saragosa per la loro collaborazione*