

ALCOL E STUPEFACENTI: CORRELAZIONI CON IL RISCHIO INFORTUNI NEL SETTORE DELL' EDILIZIA

Opuscolo diretto alle imprese edili ed ai lavoratori



A cura di:

Tomei F.¹, Capozzella A.¹, Sinibaldi F.¹, Sacco C.¹, Suppi A.¹, Di Pastena C.¹, De Sio S.¹

¹ Scuola di Specializzazione di Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 3
RISCHI CORRELATI ALL'ALCOL	pag. 3-5
L'ALCOL IN ITALIA	pag. 5-7
LE MODALITA' DI CONSUMO	pag. 7-12
IL TASSO ALCOLEMICO	pag. 12-14
ALCOL E LAVORO	pag. 14-18
FATTORI DI RISCHIO CORRELATI ALL'ALCOL	pag. 18-19
LA PREVENZIONE	pag. 19-22
Misure di prevenzione primaria	pag. 19
Misure di prevenzione secondaria	pag. 19-22
VERIFICA DELLA TOSSICODIPENDENZA SUL LAVORO	pag. 22-31
Accertamenti di I livello	pag. 25-30
Accertamenti di II livello	pag. 30-31
I LAVORATORI INTERESSATI	pag. 31-32
ABUSO DI ALCOL E SOSTANZE ED INFORTUNI NEL SETTORE EDILIZIO	pag. 32-37
BIBLIOGRAFIA	pag. 37-41

INTRODUZIONE

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute: bere dovrebbe essere una libera scelta individuale, ma è necessario essere consapevoli che esso costituisce un rischio per la propria salute, e spesso anche per quella degli altri, e che comunque l'abitudine all'alcol rischia di trasformarsi in una dipendenza.

Per costituire un potenziale pericolo per sé stessi e per gli altri, non è necessario essere **alcolisti** (ossia avere un'esistenza compromessa da un'impellente necessità di assumere bevande alcoliche, accompagnata da un'aumentata tolleranza agli alcolici o da segni e sintomi di astinenza), ma è sufficiente un abuso occasionale di alcol.

Questo opuscolo è diretto:

- ALLE IMPRESE EDILI

Al fine di rendere consapevoli le aziende della necessità di rispettare e far rispettare la normativa.

- AL SINGOLO LAVORATORE

Al fine di divulgare il concetto che l'astensione da alcool e sostanze stupefacenti salvaguarda la propria e l'altrui salute.

RISCHI CORRELATI ALL'ALCOL

L'alcol interferisce con il metabolismo delle sostanze chimiche, in particolare con il metabolismo dei farmaci che sono normalmente assunti dall'uomo, per cui è importante, in caso di assunzione di terapia farmacologica, evitare il consumo di alcolici, o comunque conferire a riguardo con il proprio medico di famiglia.

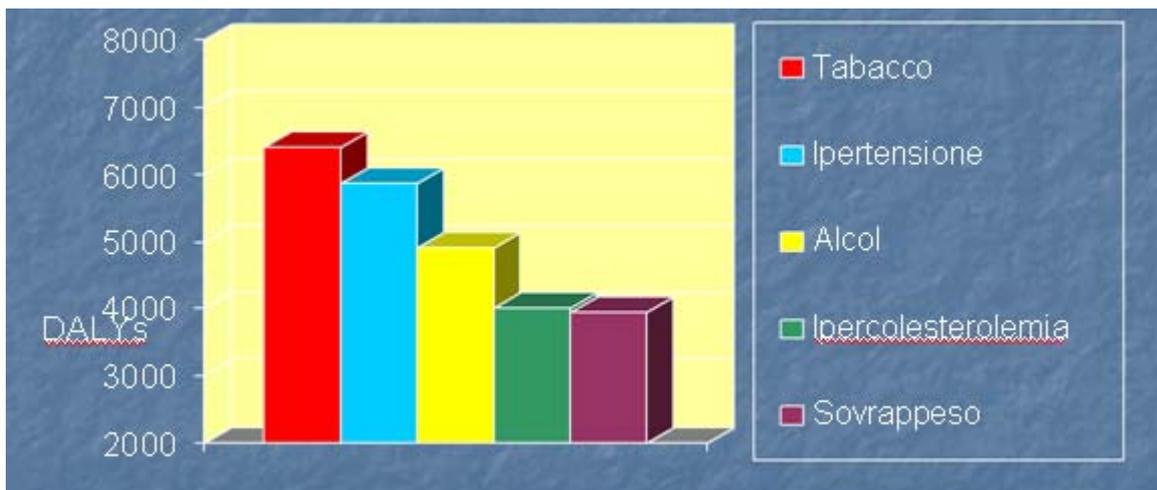
Una particolare cautela va usata in caso di:

- patologie cardiache
- ipertensione arteriosa
- diabete ed altre malattie metaboliche
- disturbi psicologici e psichiatrici in trattamento farmacologico

Secondo la World Health Organization (WHO) (1) i 5 principali fattori di rischio di malattia e morte prematura in Europa sono:

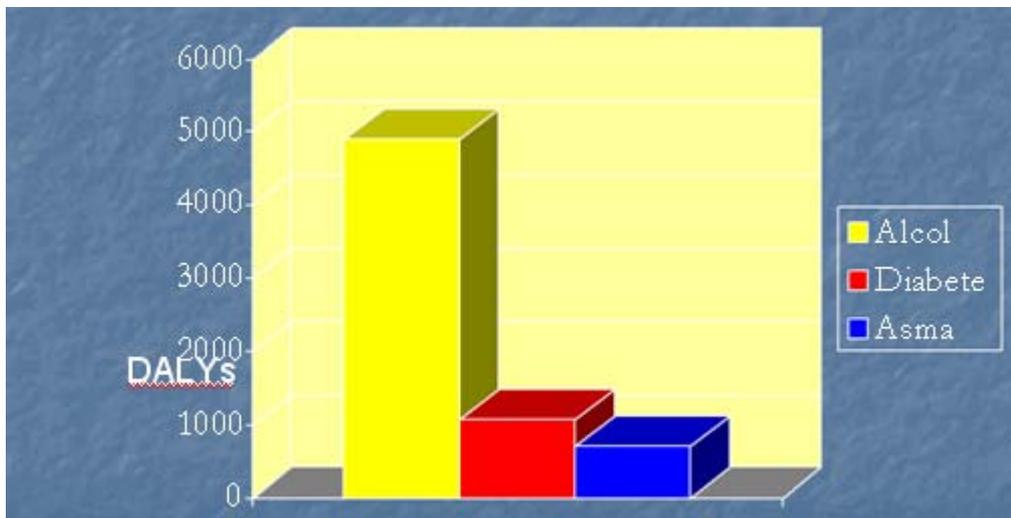
- abitudine tabagica
- ipertensione
- abuso di alcol
- ipercolesterolemia
- sovrappeso

L'alcol si trova al terzo posto.



L'unità di misurazione di un anno di morte prematura o malattia, aggiustata per la gravità della malattia è il DALY (Disability Adjusted Life Year-Anni di vita al netto di disabilità).

Sempre secondo la WHO (1), l'alcol rappresenta una causa di malattia o di morte prematura più frequente dell'asma e del diabete.



In Europa, il rischio attribuibile all'alcol nella causa di determinate patologie/infortuni in percentuale è rispettivamente:

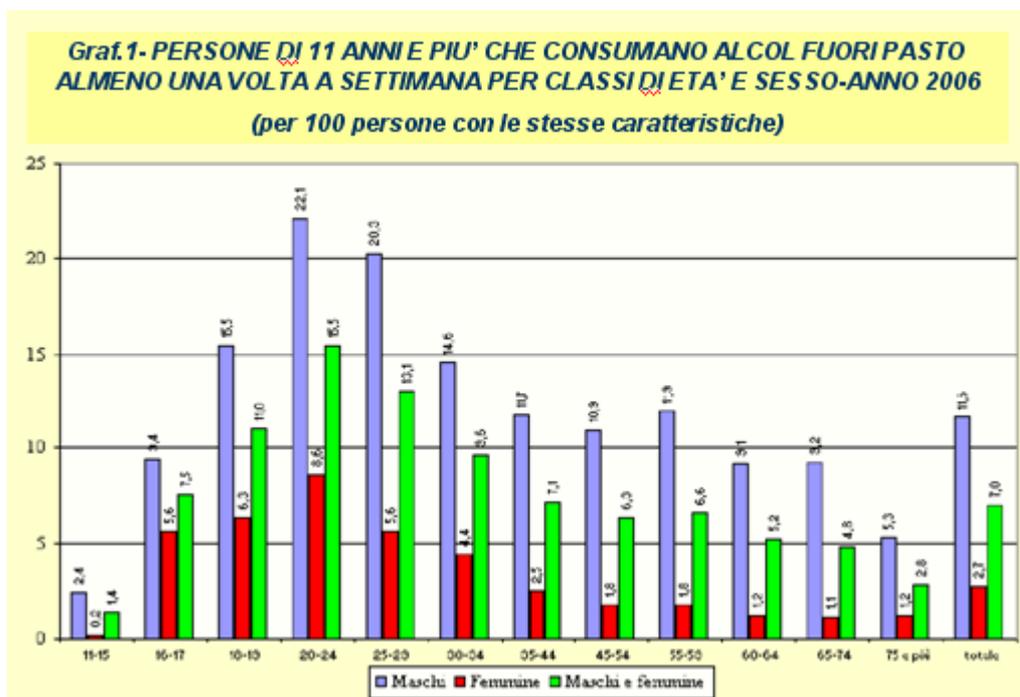
- Cirrosi epatica 63%
- Stroke emorragico 26%
- Neoplasie orali ed orofaringee 41%
- Neoplasie esofagee 46%
- Altre neoplasie 11%
- Omicidio 41%
- Altre lesioni intenzionali 32%
- Incidenti stradali 45%
- Altre lesioni involontarie 32%

L'ALCOL IN ITALIA

Secondo la Società Italiana di Alcolologia, gli alcol-dipendenti sono circa 1.000.000, mentre i bevitori problematici sono circa 5.000.000.

Nel 2005 sono stati presi in carico presso i servizi algologici territoriali 56.234 soggetti, valore in aumento rispetto all'anno precedente (+4,3%). Accedono ai servizi soprattutto gli individui di sesso maschile, con un rapporto maschi/femmine pari a 3,5.

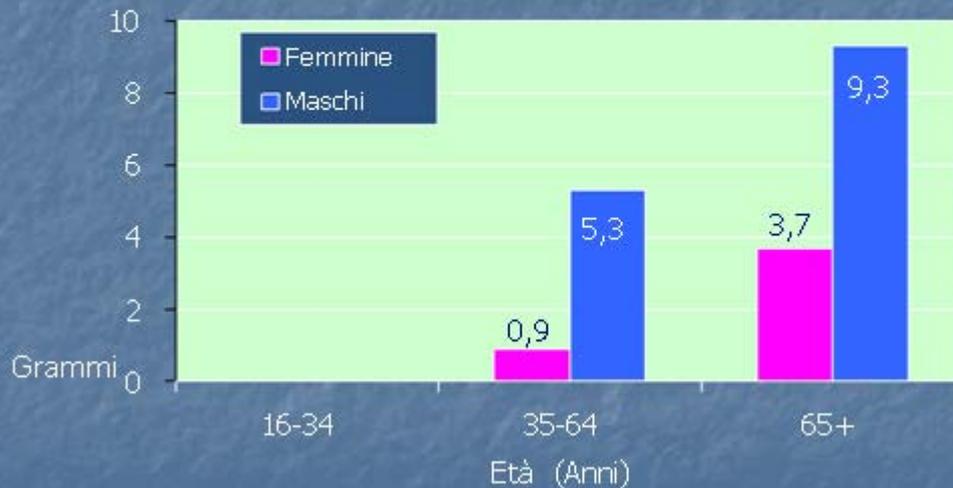
Anche se in Europa permangono modelli di consumo strettamente legati a tradizioni culturali ed a modelli alimentari, si stanno diffondendo, soprattutto tra i soggetti più giovani, modelli di consumo tipici dei Paesi del Nord Europa, ossia il **Binge Drinking** (assunzione di bevande alcoliche fuori pasto) (2).



Una recente analisi condotta per l'Italia con metodiche adottate dall'OMS stima il numero di morti per cause correlate all'alcol a 24.000 per soggetti di età superiore ai 20 anni.

Tra gli indicatori di danno indiretto provocato dall'alcol va segnalata la mortalità per incidenti stradali. Nel 2005 l'ebbrezza alcolica è stata motivo del 70% degli incidenti causati dallo stato psicofisico alterato del conducente alla guida, con 4.107 casi rilevati.

QUANTITÀ' DI ALCOL CONSUMATE (GRAMMI) PER LE QUALI SI REGISTRA IL PIÙ BASSO RISCHIO DI MORTALITÀ' GENERALE.



Fonte: Ian R. White, Dan R. Altmann, Kiran Nopchhabal, 2002. Alcohol consumption and mortality: modelling risks for men and women at different ages. *BMJ*, 325(191).

LE MODALITA' DI CONSUMO

Le modalità di consumo di alcol possono essere diverse:

CONSUMO A RISCHIO: un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.

CONSUMO DANNOSO: una modalità di consumo alcolico 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 l'identificazione precoce della modalità di consumo a rischio e dannoso d'alcol del soggetto in esame abbiamo diversi strumenti:

1. l'AUDIT
2. l'AUDIT-C
3. il C.A.G.E.

1. Il test AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) è un metodo rapido per l'individuazione del bere problematico che considera la quantità e la frequenza dei consumi e quindi consente di identificare il bere a rischio, quello eccessivo e la dipendenza da alcol. Il questionario, validato a livello internazionale dall'Organizzazione mondiale della sanità, è composto da 10 domande, ma già le prime tre da sole (sulla frequenza di consumo, le quantità consumate e le eventuali occasioni di consumo di sei o più bicchieri in un'unica occasione) sono sufficienti a definire se la persona è un consumatore a rischio.

Come interpretare il test AUDIT:

Punteggio da 0 a 8: risultato negativo, nessun problema da segnalare.

Punteggio da 8 a 14: sei un consumatore a rischio, hai o hai avuto problemi alcol-correlati (infortuni o forti bevute occasionali) ma, probabilmente, non si tratta ancora di una dipendenza fisica da alcol.

Punteggio da 15 in su: hai problemi alcol-correlati e/o sei un soggetto alcol-dipendente.

TEST AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. Con quale frequenza assumi bevande alcoliche?	<input type="checkbox"/> Mai (0) <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese (1) <input type="checkbox"/> 2-4 volte al mese (2) <input type="checkbox"/> 2-3 volte a settimana (3) <input type="checkbox"/> 4 o più volte a settimana (4)
2. Quando bevi, quante bevande alcoliche assumi in un giorno?	<input type="checkbox"/> 1-2 (0) <input type="checkbox"/> 3-4 (1) <input type="checkbox"/> 5-6 (2) <input type="checkbox"/> 7-9 (3) <input type="checkbox"/> 10 o più (4)
3. Quante volte ti è capitato di assumere più di 6 bevande alcoliche in una giornata?	<input type="checkbox"/> Mai (0) <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese (1) <input type="checkbox"/> 1 volta al mese (2) <input type="checkbox"/> 1 volta a settimana (3) <input type="checkbox"/> ogni giorno o quasi (4)
4. Quante volte durante l'ultimo anno ti è capitato di non riuscire a smettere di bere una volta iniziato?	<input type="checkbox"/> Mai (0) <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese (1) <input type="checkbox"/> 1 volta al mese (2) <input type="checkbox"/> 1 volta a settimana (3) <input type="checkbox"/> ogni giorno o quasi (4)
5. Quante volte durante l'ultimo anno non sei riuscito a portare a termine qualcosa a causa del bere?	<input type="checkbox"/> Mai (0) <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese (1) <input type="checkbox"/> 1 volta al mese (2) <input type="checkbox"/> 1 volta a settimana (3) <input type="checkbox"/> ogni giorno o quasi (4)
6. Quante volte durante l'ultimo anno hai sentito la necessità di bere alcolici di prima mattina dopo esserti precedentemente ubriacato?	<input type="checkbox"/> Mai (0) <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese (1) <input type="checkbox"/> 1 volta al mese (2) <input type="checkbox"/> 1 volta a settimana (3) <input type="checkbox"/> ogni giorno o quasi (4)
7. Quante volte durante l'ultimo anno hai provato un senso di colpa o rimorso dopo una bevuta?	<input type="checkbox"/> Mai (0) <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese (1) <input type="checkbox"/> 1 volta al mese (2) <input type="checkbox"/> 1 volta a settimana (3) <input type="checkbox"/> ogni giorno o quasi (4)
8. Quante volte durante l'ultimo anno sei stato incapace di ricordare quanto successo la notte precedente a causa del bere?	<input type="checkbox"/> Mai (0) <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese (1) <input type="checkbox"/> 1 volta al mese (2) <input type="checkbox"/> 1 volta a settimana (3) <input type="checkbox"/> ogni giorno o quasi (4)
9. Tu o qualcun altro sei/è stato danneggiato a causa del tuo bere?	<input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/> Sì, ma non nell'ultimo anno (2) <input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno (4)
10. È capitato che un tuo parente, un amico o un medico si sia preoccupato della tua tendenza a bere o ti abbia consigliato di smettere?	<input type="checkbox"/> No (0) <input type="checkbox"/> Sì, ma non nell'ultimo anno (2) <input type="checkbox"/> Sì, nell'ultimo anno (4)

2. L'AUDIT-C è composto da tre domande le cui risposte (cinque per ciascuna domanda) prevedono l'attribuzione di un punteggio che varia da 0 a 4, ed integra, di fatto, i vari indicatori menzionati (ed i dati disponibili) in un indicatore unico del bere a rischio (o problematico) rappresentato dal punteggio complessivo realizzato che indica le condizioni di consumatore a rischio per valori superiori a 5 per i maschi e a 4 per le femmine.

1. Hai mai sentito la necessità di ridurre (C = cut down) il bere?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2. Sei mai stato infastidito (A = annoyed) da critiche sul tuo modo di bere?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3. Hai mai provato disagio o senso di colpa (G = guilty) per il tuo modo di bere?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4. Hai mai bevuto alcolici appena alzato (E = eye opener)?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

3. 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 smettere di 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. Anche la quantità di alcol ingerita può essere un utile indicatore per la diagnosi. Il limite massimo per non incorrere nella definizione di alcolista, è di 21 dosi di alcol alla settimana per gli uomini e di 14 per le donne (una dose corrisponde a circa 10 grammi di etanolo). Questi sono da considerare già consumi a rischio.

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.

Alcolodipendenza: la diagnosi di alcol dipendenza non è laburistica ma specialistica, psichiatrica per la precisione. Per porre il dubbio di alcol dipendenza il Medico

Competente deve disporre di un ampio ventaglio di strumenti tecnici che permettano di valutare e raccogliere informazioni quanto più dettagliate possibile:

- visita medica, anamnesi e colloquio clinico
- rilievi obiettivi ed analisi di laboratorio
- informazioni provenienti dall'organizzazione aziendale
- questionari
- informazioni su comportamento ed abitudini dei dipendenti

Alcoldipendenza DSM IV

Manuale Statistico Diagnostico delle malattie mentali IV°ed. almeno tre dei seguenti criteri diagnostici

1. Presenza di tolleranza ovvero necessità di aumentare il consumo per raggiungere gli stessi effetti psichici oppure effetti clinici ridotti mantenendo costante il consumo;
2. Sindrome di astinenza
3. Assunzione della sostanza per periodi prolungati o in quantità maggiori di quelle previste dal soggetto;
4. Persistente desiderio di smettere o di ridurre il consumo alcolico con ripetuti insuccessi;
5. Una grande quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi alcol ad assumerlo o a riprendersi dagli effetti;
6. Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'alcol;
7. Uso continuativo dell'alcol nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica causato o esacerbato dall'uso di alcol.

In Italia un bicchiere standard contiene convenzionalmente 12 grammi di alcol puro corrispondente ad una delle seguenti quantità:



IL TASSO ALCOLEMICO

Il Tasso Alcolemico rappresenta la quantità di alcol presente nel sangue e si misura in grammi per litro, in cui 1 g/l è uguale ad un grammo di alcol in ogni litro di sangue.

Molti sono i fattori che incidono sul Tasso Alcolemico, come ad esempio:

- sesso
- età
- corporatura
- abitudine all'assunzione di alcolici
- modalità di assunzione
- gradazione alcolica delle bevande assunte

TABELLA PER LA STIMA DELLE QUANTITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE CHE DETERMINANO IL SUPERAMENTO DEL TASSO ALCOLEMICO LEGALE PER LA GUIDA IN STATO DI EBBREZZA, PARI A 0,5 GRAMMI PER LITRO

(Art.6 del decreto legge 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 2 ottobre 2007 n. 160)

DONNE

STOMACO VUOTO							STOMACO PIENO								
BEVANDA	Gradazione alcolica (%)	Peso corporeo (Kg)					BEVANDA	Gradazione alcolica (%)	Peso corporeo (Kg)						
		45	55	60	65	75			80	45	55	60	65	75	80
Livelli teorici di alcolemia							Livelli teorici di alcolemia								
birra analcolica	0,5	0,06	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02
birra leggera	3,5	0,39	0,32	0,29	0,27	0,24	0,22	3,5	0,23	0,19	0,17	0,16	0,14	0,13	
birra normale	5	0,56	0,46	0,42	0,39	0,34	0,32	5	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18	
birra speciale	8	0,90	0,73	0,67	0,62	0,54	0,50	8	0,52	0,42	0,39	0,36	0,31	0,29	
birra doppio malto	10	1,12	0,92	0,84	0,78	0,67	0,63	10	0,65	0,53	0,48	0,45	0,39	0,36	
vino	12	0,51	0,42	0,38	0,35	0,31	0,29	12	0,29	0,24	0,22	0,20	0,18	0,17	
vini liquorosi-aperitivi	18	0,49	0,40	0,37	0,34	0,29	0,28	18	0,28	0,23	0,21	0,20	0,17	0,16	
digestivi	25	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18	25	0,20	0,16	0,15	0,14	0,12	0,11	
digestivi	30	0,39	0,32	0,29	0,27	0,23	0,22	30	0,24	0,19	0,18	0,16	0,14	0,13	
superalcolici	35	0,45	0,37	0,34	0,31	0,27	0,25	35	0,27	0,22	0,21	0,19	0,16	0,15	
superalcolici	45	0,58	0,47	0,43	0,40	0,35	0,33	45	0,35	0,29	0,26	0,24	0,21	0,20	
superalcolici	60	0,77	0,63	0,58	0,53	0,46	0,43	60	0,47	0,38	0,35	0,33	0,28	0,26	
champagne/spumante ready to drink	11	0,37	0,31	0,28	0,26	0,22	0,21	11	0,22	0,18	0,16	0,15	0,13	0,12	
ready to drink	2,8	0,12	0,10	0,09	0,08	0,07	0,07	2,8	0,07	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04	
ready to drink	5	0,24	0,20	0,18	0,17	0,17	0,14	5	0,15	0,12	0,11	0,10	0,09	0,08	

** Esempi: donna, peso 45 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 1 birra leggera ed 1 aperitivo alcolico. Alcolemia attesa: $0,39+0,49 = 0,88$ grammi/litro;
 donna, peso 60 Kg, ha assunto a stomaco pieno 2 superalcolici (60°). Alcolemia attesa: $0,35+0,35 = 0,70$.

TABELLA PER LA STIMA DELLE QUANTITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE CHE DETERMINANO IL SUPERAMENTO DEL TASSO ALCOLEMICO LEGALE PER LA GUIDA IN STATO DI EBBREZZA, PARI A 0,5 GRAMMI PER LITRO

(Art.6 del decreto legge 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 2 ottobre 2007 n. 160)

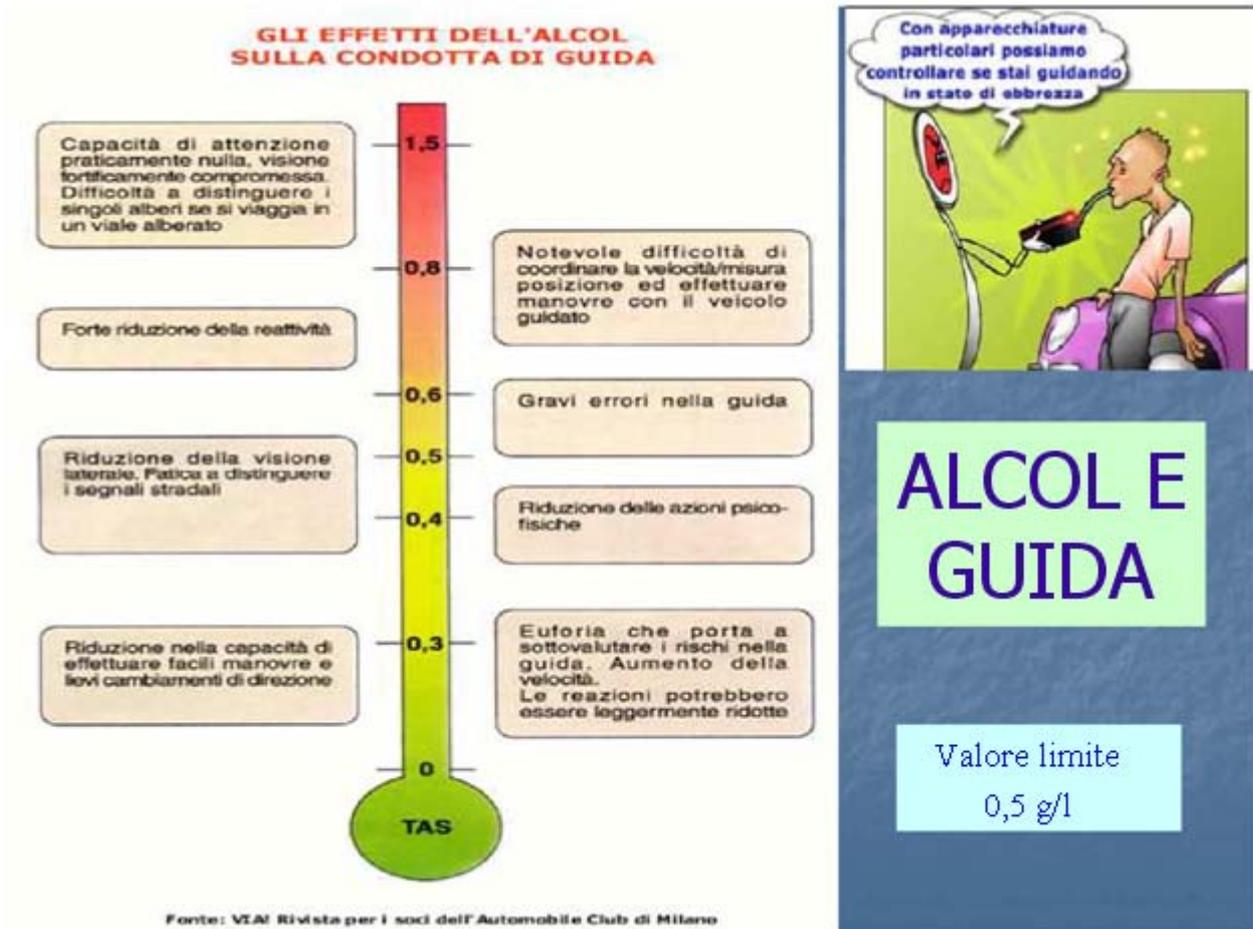
UOMINI

STOMACO VUOTO							STOMACO PIENO							
BEVANDA	Gradazione alcolica (%)	Peso corporeo (Kg)					BEVANDA	Gradazione alcolica (%)	Peso corporeo (Kg)					
		55	65	70	75	80			90	55	65	70	75	80
Livelli teorici di alcolemia							Livelli teorici di alcolemia							
birra analcolica	0,5	0,04	0,03	0,03	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01
birra leggera	3,5	0,25	0,21	0,19	0,18	0,17	0,15	3,5	0,14	0,12	0,11	0,10	0,10	0,09
birra normale	5	0,35	0,30	0,28	0,26	0,24	0,22	5	0,20	0,17	0,16	0,15	0,14	0,12
birra speciale	8	0,56	0,48	0,44	0,41	0,39	0,35	8	0,33	0,28	0,26	0,24	0,22	0,20
birra doppio malto	10	0,71	0,6	0,55	0,52	0,49	0,45	10	0,41	0,34	0,32	0,30	0,28	0,25
vino	12	0,32	0,27	0,25	0,24	0,22	0,20	12	0,18	0,16	0,15	0,14	0,13	0,11
vini liquorosi-aperitivi	18	0,31	0,26	0,24	0,23	0,21	0,19	18	0,18	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11
digestivi	25	0,20	0,17	0,16	0,15	0,15	0,12	25	0,12	0,10	0,10	0,09	0,08	0,08
digestivi	30	0,24	0,21	0,19	0,18	0,18	0,15	30	0,15	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09
superalcolici	35	0,28	0,24	0,22	0,21	0,19	0,17	35	0,17	0,15	0,14	0,13	0,12	0,11
superalcolici	45	0,36	0,31	0,29	0,27	0,25	0,22	45	0,22	0,19	0,17	0,16	0,15	0,14
superalcolici	60	0,48	0,41	0,38	0,36	0,33	0,30	60	0,30	0,25	0,23	0,22	0,20	0,18
champagne/spumante ready to drink	11	0,24	0,19	0,18	0,17	0,16	0,14	11	0,14	0,11	0,11	0,10	0,09	0,08
ready to drink	2,8	0,08	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	2,8	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	0,03
ready to drink	5	0,15	0,13	0,12	0,11	0,10	0,09	5	0,09	0,08	0,07	0,07	0,06	0,06

** Esempi: uomo, peso corporeo 75 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 2 birre speciali. Alcolemia attesa: $0,41+0,41 = 0,82$ grammi/litro;
 uomo, peso corporeo 55 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 1 birra doppio malto ed 1 superalcolico di media gradazione (45°). Alcolemia attesa: $0,71+0,36 = 1,07$ grammi/litro.

Il valore limite del Tasso alcol emico nel sangue per un conducente alla guida è pari a 0,5 g/l. Questo perché la presenza di un tasso più alto comporterebbe una serie di

conseguenze negative, con ripercussioni anche gravi ed il pericolo di arrecare un danno a sé stessi ed agli altri.



ALCOL E LAVORO

Nei luoghi di lavoro, contrariamente alla popolazione generale alla guida, il tasso di alcol nel sangue deve essere pari a zero.

Questo perché l'uso di alcol può avere pesanti ripercussioni sul lavoro, quali episodi di assenteismo ed infortuni, anche di grave entità. Almeno il 10% degli infortuni sul lavoro sono attribuibili all'alcol.

La legge che regola il consumo di alcol al lavoro è la **Legge Quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati del 30.03.2001 n. 125**.

Riportiamo l'articolo 15 (Disposizioni per la sicurezza sul lavoro)

1. Nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro

ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, individuate con decreto del

Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità, da

emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e' fatto

divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche.

2. 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.

3. Ai lavoratori affetti da patologie alcol-correlate che intendano accedere ai programmi

terapeutici e di riabilitazione presso i servizi di cui all'articolo 9, comma 1, o presso altre

strutture riabilitative, si applica l'articolo 124 del testo unico delle leggi in materia di

disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei

relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica

9 ottobre 1990, n. 309.

L'Intesa Stato Regioni del 16 marzo 2006 ha individuato alcune mansioni a rischio, che vanno sottoposte a sorveglianza sanitaria per consumo di alcol, con controlli a cura del medico competente.

1. attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento dei seguenti lavori pericolosi:

- a) impiego di gas tossici
- b) conduzione di generatori di vapore
- c) attività di fochino
- d) fabbricazione e uso di fuochi artificiali
- e) vendita di fitosanitari
- f) direzione tecnica e conduzione di impianti nucleari
- g) manutenzione degli ascensori

2. dirigenti e preposti al controllo dei processi produttivi e alla sorveglianza dei sistemi di sicurezza negli impianti a rischio di incidenti rilevanti.

3. sovrintendenza ai lavori previsti dagli articoli 236 e 237 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547

4. mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostico – terapeutica; infermiere; ostetrica; caposala e ferrista;

5. vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice, addetto ai nidi materni e ai reparti per neonati e immaturi; mansioni sociali svolte in strutture pubbliche e private

6. Attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado

7. mansioni comportanti l'obbligo della dotazione del porto d'armi, ivi comprese le attività di guardia particolare e giurata

8. mansioni inerenti alle seguenti attività di trasporto:

- a) addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E, e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;
- b) personale addetto direttamente alla circolazione dei treni e alla sicurezza dell'esercizio ferroviario;
- c) personale ferroviario navigante sulle navi del gestore dell'infrastruttura ferroviaria con esclusione del personale di camera e di mensa;
- d) personale navigante delle acque interne;
- e) personale addetto alla circolazione e alla sicurezza delle ferrovie in concessione e in gestione governativa, metropolitane, tranvie e impianti assimilati, filovie, autolinee e impianti funicolari aerei e terrestri;
- f) conducenti, conduttori, manovratori e addetti agli scambi di altri veicoli con binario, rotaie o di apparecchi di sollevamento, esclusi i manovratori di carri ponte con pulsantiera a terra e di monorotaie;
- g) personale marittimo delle sezioni di coperta e macchina, nonché il personale marittimo e tecnico delle piattaforme in mare, dei pontoni galleggianti, adibito ad attività off-shore e delle navi posatubi;
- h) responsabili dei fari;
- i) piloti d'aeromobile;
- l) controllori di volo ed esperti di assistenza al volo;
- m) personale certificato dal Registro aeronautico italiano;
- n) collaudatori di mezzi di navigazione marittima, terrestre ed aerea;
- o) addetti ai pannelli di controllo del movimento nel settore dei trasporti;
- p) addetti alla guida di macchine di movimentazione terra o merci;

9. addetto e responsabile della produzione, confezionamento, detenzione, trasporto e vendita di esplosivi

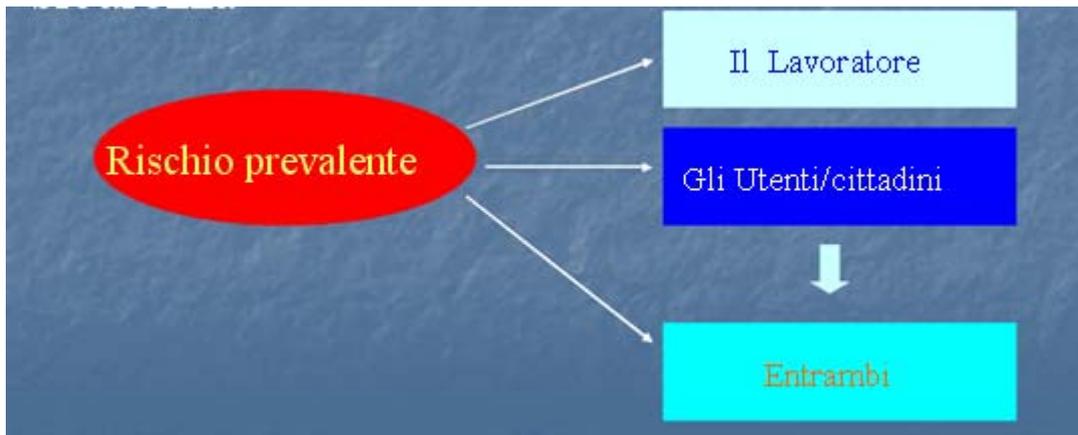
10. lavoratori addetti ai comparti dell'edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza
11. capiforno e conduttori addetti ai forni di fusione
12. tecnici di manutenzione degli impianti nucleari
13. operatori addetti a sostanze potenzialmente esplosive e infiammabili, settore idrocarburi
14. tutte le mansioni che si svolgono in cave e miniere

FATTORI DI RISCHIO CORRELATI ALL'ALCOL

I fattori di rischio lavorativi correlati all'alcol sono:



La valutazione dei rischi dovrà contemplare l'alcol tra i rischi per la sicurezza.



Una volta individuati i rischi e le mansioni a rischio, vanno attuate le misure di prevenzione.

LA PREVENZIONE

Misure di prevenzione primaria

- Eliminazione della disponibilità di alcolici sul lavoro (bar e/o mense aziendali)
- Campagne informative sui luoghi di lavoro
- Formazione specifica
- Counselling del MC durante le visite mediche
- Adozione di procedure condivise, o comunque note, di verifica del rispetto del divieto di somministrazione ed assunzione di alcol (dirigenti, preposti)

Misure di prevenzione secondaria

Le misure di prevenzione secondaria sono compito del Medico Competente, e consistono in:

1. Controlli alcolimetrici
2. Sorveglianza sanitaria per verificare l'assenza di condizioni di alcol dipendenza

1. Controlli alcolimetrici: essi sono da intendersi unicamente come strumento per verificare l'effettivo rispetto del divieto d'assunzione di alcolici nei luoghi di lavoro (L.125/01). Per tale motivo il livello "accettabile" di alcolemia non può essere che 0 g/l. La loro finalità consiste nella verifica del rispetto del divieto di assunzione, e vengono effettuati tramite l'Etilometro, che misura l'alcol nell'aria espirata (metodica facile, non invasiva ed attendibile) e nel sangue. Se il controllo risulta positivo e a richiesta del lavoratore si effettua eventualmente l'alcolemia su prelievo ematico. Si effettuano senza preavviso, svincolati dalla sorveglianza sanitaria, secondo criteri di imparzialità. La frequenza dei controlli è discrezionale ma sempre nel rispetto della dignità del lavoratore.

Gestione dei risultati:

Negativo —————> inserimento nella cartella sanitaria e di rischio

Positivo —————> comunicazione della trasgressione ed interruzione immediata dell'attività a rischio, applicazione della **sanzione** (art 15 L.125/01 – art 20 D.LGS 81/08)

Ed in caso il dipendente si rifiutasse di sottoporsi all'esame? Se il lavoratore è stato adeguatamente formato ed informato non è ammissibile alcun rifiuto ma è passibile di provvedimento disciplinare, segnalazione all'Organo di Vigilanza per contravvenzione all'art. 20 del D.Lgs 81/08 e, in caso di sospetto di assunzione di alcol, sospensione cautelativa dell'attività a rischio.

2. Sorveglianza sanitaria: D.LGS. 9 APRILE 2008 N. 81 – ARTICOLO 41 COMMA 4:

Le visite mediche sono a cura e spese del datore di lavoro e comprendono gli esami e le indagini diagnostiche mirate al rischio ritenute necessarie dal Medico Competente. Nei

casi e nelle condizioni previste dall'ordinamento, sono finalizzate anche alla verifica di assenza di condizioni di alcoldipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti.

Riassumendo:

A) tutti i soggetti impiegati in mansioni a rischio secondo la normativa vanno sottoposti a:

Visite mediche specialistiche in medicina del lavoro con anamnesi mirata

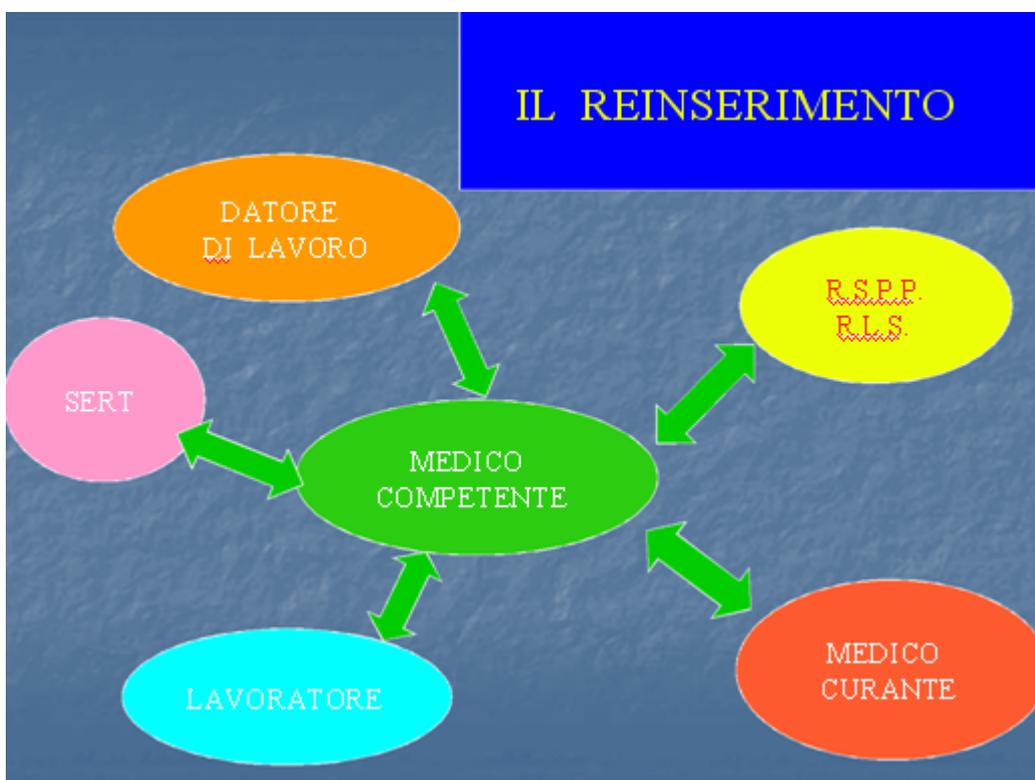
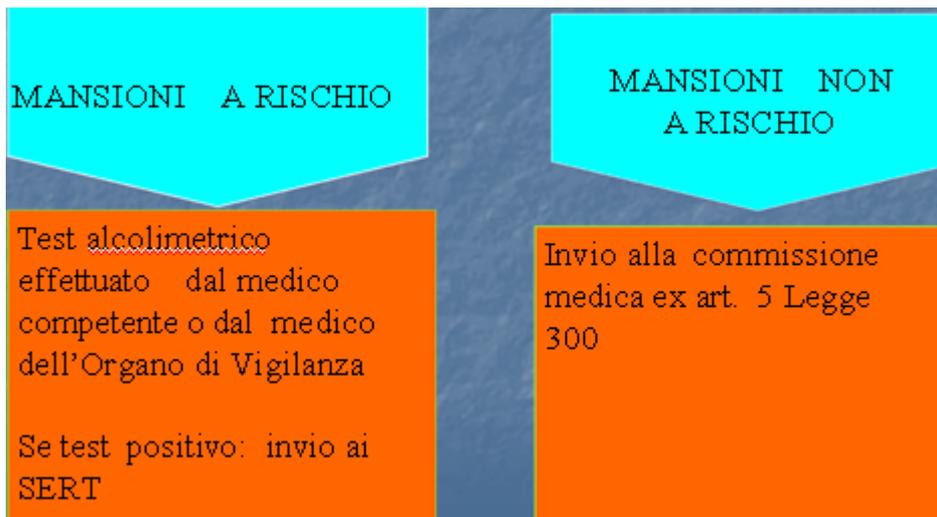
- Informazione, formazione e counselling collettivo
- Indicatori di laboratorio mirati all'individuazione dei soggetti a rischio:
MCV(**Volume corpuscolare medio**), AST(**aspartato-aminotransferasi**),
ALT(**alanina-aminotranferasi**), GGT(**gamma-glutamyltranpeptidasi**),
CDT(**tranferrina desialata**)

Se la verifica risulta **positiva**:

- **giudizio di inidoneità temporanea alla mansione**, autodiagnosi e counselling individuale
- **Invio ai SerT** (Servizi per le Tossicodipendenze)

B) Nel caso di un lavoratore con sospetta intossicazione alcolica acuta segnalato

dall'azienda:



VERIFICA DELLA TOSSICODIPENDENZA SUL LAVORO

L'assenza di tossicodipendenza sul lavoro è regolata da:

A) Provvedimento 30 ottobre 2007: Intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5

giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza

(pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 266 del 15.11.2007)

B) Provvedimento 18 settembre 2008 Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accordo, ai sensi dell'articolo 8, comma 2 dell'Intesa (...) A sul documento recante «Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi». (Rep. Atti n. 178/CSR). (G.U. Serie Generale n. 236 del 8 ottobre 2008)

C) Deliberazione della Giunta regionale 332 dell'8 maggio 2009 recepimento dell'intesa A e dell'Accordo B

A) Il provvedimento 30 ottobre 2007 in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza si propone di :

- assicurare una efficace prevenzione degli infortuni e degli incidenti** con la immediata sospensione temporanea dell'idoneità per tali delicate mansioni del lavoratore risultato positivo agli accertamenti;
- favorire il recupero della tossicodipendenza** del lavoratore, avviandolo verso idonei programmi di riabilitazione al termine dei quali sarà possibile la riammissione alle precedenti mansioni;
- scongiorare il passaggio da un uso saltuario ad uno stato di tossicodipendenza**, prevedendo controlli specifici e periodici da parte del medico competente in collaborazione con il Sert locale o di competenza.

B) Il Provvedimento 18 sett. 2008 esplica nei dettagli le modalità di svolgimento degli accertamenti sanitari di verifica di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, finalizzati a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni lavorative a rischio (individuate nell'Allegato I del Provvedimento 30 ottobre 2007); tali procedure prevedono la **non idoneità dei lavoratori** allo svolgimento delle mansioni a rischio, nel caso in cui usino sostanze stupefacenti e/o psicotrope, **senza distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza** al fine di attivare la sospensione cautelativa dalla mansione a rischio.

Gli accertamenti vengono distinti in :

- **procedure accertative di primo livello**, da parte del medico competente
- **procedure diagnostiche-accertative di secondo livello**, a carico delle strutture sanitarie competenti (SERT nel cui territorio ha sede l'azienda.)

PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI

1. Il datore di lavoro comunica al medico competente, per iscritto, i nominativi dei lavoratori da sottoporre ad accertamento ... in base alla lista delle mansioni (Allegato I di cui all'Intesa C.U. 30 ottobre 2007)
2. La comunicazione dovrà essere fatta alla prima attivazione delle procedure periodicamente e tempestivamente aggiornata in riferimento ai nuovi assunti ed ai soggetti che hanno cessato le mansioni a rischio
3. La comunicazione dell'elenco complessivo dei lavoratori che svolgono le suddette mansioni dovrà essere previsto, comunque, con frequenza minima annuale.

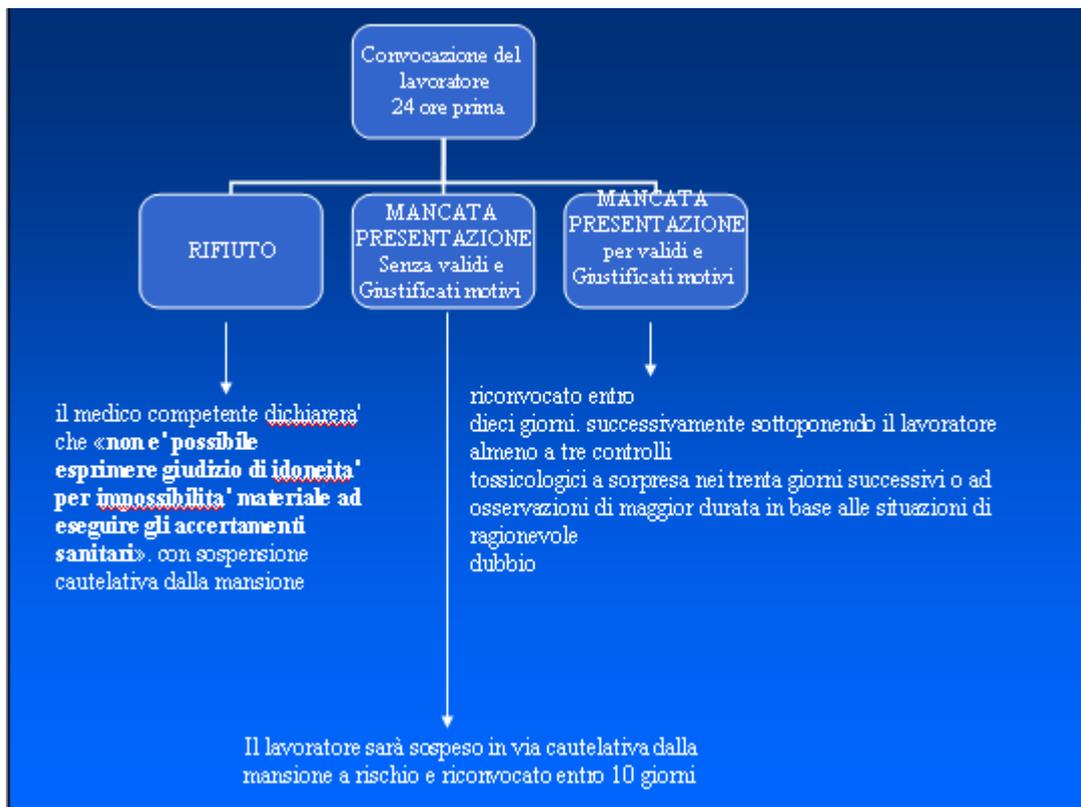
Entro trenta giorni dal ricevimento dell'elenco dei nominativi dei lavoratori da sottoporre agli accertamenti, trasmesso dal datore di lavoro, il medico competente stabilisce il cronogramma per gli accessi dei lavoratori agli accertamenti definendo date e luogo di esecuzione degli stessi

Il datore di lavoro è tenuto a comunicare al lavoratore la data e la sede dell'accertamento con un preavviso di non più di un giorno

Accertamenti di I livello (accertamenti effettuati dal MC)

- **Accertamento pre-affidamento alla mansione**
- **Accertamento periodico** (il lavoratore è sottoposto ad accertamento periodico, di norma con frequenza annuale rispettando un criterio di non prevedibilità da parte dei lavoratori della data.
- **Accertamento per ragionevole dubbio** (quando sussistano indizi o prove sufficienti di una sua possibile assunzione di sostanze illecite. Le segnalazioni di ragionevole dubbio, in via cautelativa e riservata, vengono fatte dal datore di lavoro o suo delegato, al medico competente che provvederà a verificare la fondatezza del ragionevole dubbio e, se del caso, ad attivare gli accertamenti clinici previsti di sua competenza.
- **Accertamento dopo incidente** (il lavoratore, in caso di ragionevole dubbio, deve essere sottoposto, dal medico competente nei casi in cui è previsto, ad accertamento di idoneità alla mansione successivamente ad un incidente avvenuto alla guida di veicoli o mezzi a motore durante il lavoro.

- **Accertamento di follow-up** (dopo la sospensione per esito positivo prima del suo rientro nella mansione a rischio, al fine di verificare nel tempo il permanere dello stato di non assuntore. Periodicità almeno mensile, date non programmabili dal lavoratore, per almeno 6 mesi)
- **Accertamento al rientro al lavoro** dopo un periodo di sospensione il lavoratore dovrà essere sottoposto ad accertamento di idoneità alla mansione per garantire il suo stato di non assuntore, prima di riprendere a svolgere la mansione a rischio. Il medico competente, a scopo cautelativo, potrà decidere se applicare nei successivi ulteriori 6 mesi un'osservazione con eventuali accertamenti con maggior frequenza rispetto a quelle ordinarie previste.



In caso di **ESITO NEGATIVO** degli accertamenti di primo livello: idoneità alla mansione

In caso di **ESITO POSITIVO** del I livello:

- il lavoratore viene giudicato temporaneamente inidoneo alla mansione
- viene data formale comunicazione al lavoratore e contestualmente al datore di lavoro che provvederà, nel rispetto della dignità e della privacy della persona, a sospendere temporaneamente, in via cautelativa, il lavoratore dallo svolgimento della mansione a rischio
- viene comunicata al lavoratore la possibilità di una revisione del risultato in base al quale è stato espresso il giudizio di non idoneità, che dovrà essere richiesta entro i 10 giorni dalla comunicazione dell'esito di cui sopra
- il lavoratore viene inviato alle strutture sanitarie competenti per l'effettuazione degli ulteriori approfondimenti diagnostici di secondo livello

Gli accertamenti di primo livello a cura del medico competente integrati con quanto deliberato dalla Regione Lazio (DELIBERAZIONE 332) sono:

- 1) VISITA MEDICA
- 2) TEST TOSSICOLOGICI ANALITICI

1. VISITA MEDICA

La visita medica si divide in anamnesi ed esame obiettivo:

Anamnesi/ esame documentale

- interventi in Pronto Soccorso o in strutture di ricovero per il trattamento di patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope
- precedenti accertamenti medico-legali per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope

- pregressi trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza, presso strutture pubbliche e/o private
- notizie relative ad infortuni lavorativi e/o incidenti avvenuti in ambito lavorativo e non
- ritiri della patente di guida e/o del porto d'armi a seguito di precedenti accertamenti medico-legali
- altro

Esame clinico obiettivo:

- segni obiettivi di assunzione abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope
- segni o sintomi suggestivi per intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope
- uso di farmaci ad azione psicotropa
- altro

2. TEST TOSSICOLOGICO ANALITICO di I livello

Il test tossicologico si effettua sull'URINA, in quantità minima di 40/60 ml

La raccolta del campione è a cura di:

- a) medico competente
- b) sanitario delegato formalmente dal medico competente
- c) struttura competente

MODALITA' DI RACCOLTA : controllo a vista (eventuali impianti di videosorveglianza a circuito chiuso senza registrazione) in locali che non permettano l'introduzione dall'esterno di materiali adulteranti; al lavoratore non dovrà essere permesso di introdurre

nel locale alcun contenitore, nel locale non dovrà essere presente alcun tipo di detergente; l'acqua del water dovrà essere opportunamente colorata per evitare adulterazioni; utilizzo di appositi contenitori monouso in plastica dotati di tappo a chiusura antiviolazione o atti ad essere chiusi e sigillati con sigillo adesivo a nastro non rinnovabile

ESECUZIONE DEL TEST

- A) On site: il MC o sanitario delegato divide il campione in 3 aliquote A,B,C di 20 ml ciascuna ed effettua il test chimico-immunologico rapido sull' aliquota A. qualora il test sia positivo le aliquote B,C verranno inviate al laboratorio in contenitore termico refrigerato insieme al verbale di accompagnamento
- B) Test in laboratorio: il MC o delegato divide il campione in 3 aliquote A,B,C di 20 ml ciascuna che verranno inviate al laboratorio come sopra. Il laboratorio effettuerà il test chimico-immunologico sull' aliquota A
- C) Raccolta campione e test presso struttura competente. Effettuata la visita il MC invia i laboratori presso la struttura competente individuata dalla ASL dove avverrà tutta la procedura

Le aliquote B e C serviranno per i TEST DI CONFERMA (B) O DI REVISIONE (C) in caso di positività dell' aliquota A

TABELLA DEI CUT OFF PER ALIQUOTA B (TEST DI CONFERMA) e TEST DI REVISIONE (ALIQUOTA C)	
OPPIACEI METABOLITI (morfina, codeina, 6-acetilmorfina)	100 ng/ml
COCAINA E METABOLITI	100 ng/ml
CANNABINOIDI METABOLITI	15 ng/ml
METADONE	100 ng/ml
AMFETAMINE ED ANALOGHI: Amfetamina	250 ng/ml

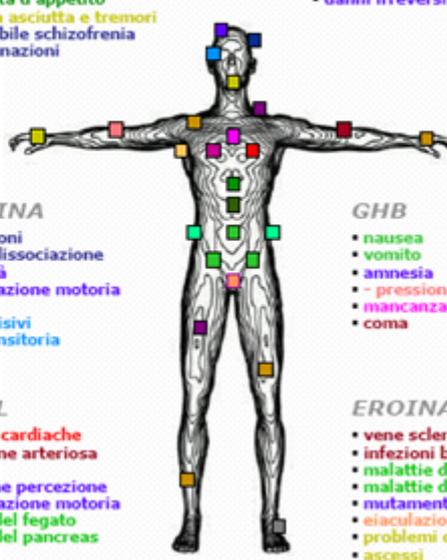
Metamfetamina	250 ng/ml
MDMA-MDA-MDEA	250 ng/ml
BUPRENORFINA	5 NG/ml

Il test di conferma è un test in gascromatografia accoppiato a spettrometria di massa.

IL TEST DI REVISIONE PUO' ESSERE CHIESTO DAL LAVORATORE A SUE SPESE

ENTRO 10 GIORNI DALLA COMUNICAZIONE DELL'ESITO POSITIVO DI A e B

Principali effetti delle sostanze d'abuso a danno di organi e sistemi
Elaborazione Dott. Paolo Berretta - Dipartimento del Farmaco - Istituto Superiore di Sanità



MARIJUANA

- distorsione della percezione
- difficoltà nei ragionamenti
- difficoltà di memoria
- difficoltà d'apprendimento
- incoordinazione motoria
- + frequenza cardiaca
- forte ansia
- attacchi di panico
- sintomi di bronchite cronica
- tosse
- arrossamento degli occhi
- difficoltà visione notturna

LSA

- pupille dilatate
- insonnia
- febbre
- sudorazione
- + pressione arteriosa
- + frequenza cardiaca
- perdita d'appetito
- bocca asciutta e tremori
- possibile schizofrenia
- allucinazioni

METAMFETAMINE

- + pressione arteriosa
- + frequenza cardiaca
- mancanza di respiro
- battiti cardiaci irregolari
- collasso cardiovascolare
- anoressia
- danni irreversibili al cervello

ECSTASY

- stato confusionale
- depressione
- problemi del sonno
- craving
- paranoia e attacchi panico
- forte ansia
- svenimenti
- tensione muscolare
- sudare freddo
- ipertermia
- nausea
- visione confusa
- movimenti oculari rapidi
- bruxismo
- + pressione arteriosa
- + frequenza cardiaca

STEROIDI

Uomini

- - produzione spermatica
- contrazione testicolare
- prostata
- impotenza
- calvizie
- difficoltà nell'urinare
- sviluppo seno

Donne

- riduzione seno
- problemi ciclo mestruale
- abbassamenti di voce
- + peluria

In generale

- acne
- gonfiore dei piedi
- ittero
- malattie del fegato
- tremore
- difficoltà respiratorie
- colesterolo
- + pressione arteriosa
- iperplasie/tumori
- danni ai legamenti
- danni ai muscoli
- danni tendini

KETAMINA

- allucinazioni
- senso di dissociazione
- immobilità
- incoordinazione motoria
- amnesia
- disturbi visivi
- cecità transitoria
- ipotermia

ALCOOL

- patologie cardiache
- + pressione arteriosa
- stroke
- distorsione percezione
- incoordinazione motoria
- malattie del fegato
- malattie del pancreas
- nausea
- iperplasie/tumori
- coma

GHB

- nausea
- vomito
- amnesia
- - pressione arteriosa
- mancanza di respiro
- coma

COCAINA

- problemi cardiocircolatori
- attacchi cardiaci
- colpo apoplettico
- difficoltà respiratorie
- dolore al torace
- cefalea
- ictus cerebrali
- problemi gastrointestinali
- nausea
- dolori addominali
- problemi denti (ossa)
- depressione

EROINA

- vene sclerotizzate
- infezioni batteriche/virali
- malattie del fegato
- malattie del rene
- mutamenti neurochimici
- eiaculazione precoce
- problemi denti (ossa)
- accessi

INALANTI

- - coordinazione muscolare
- amnesia
- scarsa percezione
- danni cerebrali/neurologici
- difficoltà nei ragionamenti
- demenza

Nota: è da considerare il contributo della variabilità individuale e della vulnerabilità del singolo soggetto, che hanno un ruolo importante anche nell'esito finale, prescindendo dalla dose.

Accertamenti di II livello

In caso di **positività dei test di I livello** (test chimico-immunologico + test di conferme ed eventuale revisione:

- TEMPORANEA NON IDONEITA' ALLA MANSIONE
- INVIO AL SERT PER LE PROCEDURE DI II LIVELLO

a) accertamenti clinici

b) accertamenti tossicologico analitici (urine + capello o pelo)

c) certificazione

In caso di negatività dei test di II livello: Assenza di tossicodipendenza: il lavoratore viene RIAMMESSO ALLA MANSIONE CON IDONEITA' PIENA

In caso di **positività dei test di II livello:**

- **PRESENZA DI TOSSICODIPENDENZA:** il lavoratore viene inserito in un programma terapeutico o riabilitativo presso il SERT e sarà riammesso alla mansione solo a fronte di un certificato del SERT di "remissione completa" e sottoposto a monitoraggio cautelativo
- **ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA MA RISCONTRATO USO DI...** il MC ha facoltà di giudicare l'idoneità o non idoneità del lavoratore. Anche in caso di idoneità il lavoratore dovrà essere sottoposto a monitoraggio cautelativo per 6 mesi

I LAVORATORI INTERESSATI

Il provvedimento all'allegato I sancisce che, tra le mansioni/lavori che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute propria e di terzi, a causa della assunzione anche solo sporadica di sostanze stupefacenti rientrano le seguenti attività:

- a) attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento di determinati lavori pericolosi (impiego di gas tossici, fabbricazione e uso di fuochi di artificio, posizionamento e brillamento mine, direzione tecnica e conduzione impianti nucleari)
- b) attività di trasporto (conducenti dei veicoli stradali con patente di guida C/D/E; conducenti per i quali è previsto il certificato di abilitazione professionale per la guida di

taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada

c) addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci.

d) attività degli addetti e responsabili della produzione, confezionamento e detenzione, del trasporto e vendita di esplosivi

e) personale (vario) dei settori navale, aereo, ferroviario e assimilato

ABUSO DI ALCOL E SOSTANZE ED INFORTUNI NEL SETTORE EDILIZIO

La Conferenza stato-regioni nel 2006 ha classificato il settore edilizio come soggetto a controlli per consumo di alcol e stupefacenti, in quanto settore a rischio per infortuni e danni anche a terzi.

Quindi sono attualmente previsti in Italia i controlli periodici ed occasionali per verificare l'eventuale consumo di tali sostanze sul luogo di lavoro.

Se da una parte la normativa esistente in materia costituisce solo la condizione minima per fronteggiare tale problema, dall'altra l'attuazione della prevenzione nel cantiere è un problema per la maggior parte gestionale in quanto deve essere progettato, voluto, promosso e controllato da tutti i soggetti (datore di lavoro, il lavoratore, il preposto, il responsabile del servizio di prevenzione e protezione, il rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, il medico competente e gli organismi di vigilanza e attività ispettive) coinvolti nella sua realizzazione.

Data la complessità del problema, appare indispensabile garantire alle imprese edili ed in particolare ai lavoratori, compresi i lavoratori stranieri, una corretta informazione che possa consentire la messa in atto di comportamenti più responsabili e nel contempo, una

riduzione degli infortuni legati all'uso-abuso di alcool e stupefacenti. Gli infortuni sul lavoro sono la conseguenza di un fallimento sociale e tecnico; infatti, se fosse fatto tutto il possibile, non ci dovrebbero essere conseguenze negative sulla salute dei lavoratori.

La comunità scientifica mira ad utilizzare strategie di prevenzione per eliminare o ridurre le cause di infortunio. A questo scopo, politiche di prevenzione e programmi di monitoraggio dovrebbero essere sistematicamente applicati a un ambiente di lavoro in continua evoluzione. Questo approccio è chiamato "cultura della sicurezza" e mira a informare ed educare le figure che hanno a che fare con l'attività lavorativa in merito ai rischi e a come evitarli.

L'efficacia delle politiche di prevenzione nel ridurre e contrastare il verificarsi di infortuni sul lavoro è spesso sotto dibattito. Al fine di chiarirne l'efficacia, molti lavori esaminano i risultati dell'applicazione di metodi preventivi specifici, solo però in gruppi limitati di lavoratori e in contesti specifici. Quando si considera l'impatto globale delle politiche di prevenzione degli infortuni in un lungo periodo di tempo manca una chiara evidenza nella letteratura scientifica e i dati sulle cause sono inadeguati e insufficienti. Molti aspetti tecnici confondenti devono essere considerati prima di formulare conclusioni generali da queste informazioni parziali o non convergenti: metodi per quantificare e riportare gli effetti dei programmi di prevenzione; metodi per quantificare e riportare la percentuale di infortuni; intervallo di tempo usato per valutare gli effetti dei programmi di prevenzione; ruolo che un trend economico crescente o decrescente potrebbe avere sulla densità di ore lavorate e di conseguenza sulla probabilità di accadimento degli infortuni. L'eterogeneità dei metodi con i quali questi dati sono stati presentati da diverse organizzazioni in tutto il

mondo ha un ruolo centrale, che deve essere tenuto in considerazione prima di confrontare queste informazioni.

La frequenza di infortuni può essere espressa usando l'indice 100,000 lavoratori/anno o l'indice 200,000 ore lavorate/anno e distinguendo tra infortuni mortali e infortuni non mortali. Sarebbe utile stabilire quale indice standardizzato è più appropriato, così che tutti gli studi possano utilizzare lo stesso indice. In questo modo, sarà più semplice rendere i dati metodologicamente più coerenti, omogenei e confrontabili.

L'edilizia è uno dei settori con il più alto rischio di infortuni che richiede un monitoraggio più efficace. Occupa il primo posto come numero di infortuni fatali o disabilità permanenti. Molti fattori sono coinvolti nell'insorgenza di infortuni in edilizia: fattori ambientali; organizzazione del lavoro; strumenti e procedure; fattori comportamentali umani come un atteggiamento inappropriato verso il lavoro; conoscenza limitata delle condizioni di lavoro; mancanza di esperienza e capacità; condizioni psicologiche e fisiche inadeguate; stili di vita – alcol, droga, alimentazione-.

Il pattern multidimensionale delle cause di infortunio giustifica la presenza di interventi preventivi multipli mirati a ciascuno dei fattori che giocano un ruolo chiave: linee guida legislativo-normative; politiche per contrastare il consumo di alcol e droga sui luoghi di lavoro; ispezione e supervisione sui luoghi di lavoro; campagne di sicurezza. I dati epidemiologici sembrano mostrare che gli interventi preventivi sopra indicati sono in grado di ridurre il numero degli infortuni in edilizia, ma la loro frequenza rimane comunque molto alta.

Tramite una rassegna bibliografica della letteratura italiana e straniera, abbiamo cercato di capire come l'abuso di alcol e sostanze possa incidere sull'andamento degli infortuni in edilizia.

Gli studi che riguardano espressamente infortuni nell'ambito dell'edilizia correlati al consumo di alcol e sostanze non sono numerosi, in quanto è un argomento piuttosto specifico, ed è più facile trovarne riguardo ad argomenti più generici, soprattutto incidenti stradali, sul lavoro e non, oppure studi che riguardano i controlli per alcol e droghe in ambito lavorativo ma non necessariamente condotti in base agli infortuni imputabili all'abuso di tali sostanze.

Gli studi pertinenti all'argomento di nostro interesse sono inoltre estremamente eterogenei: non solo i vari autori hanno utilizzato dei metodi di studio e dei calcoli diversi, ma hanno esaminato il problema dell'abuso di alcool e sostanze stupefacenti da punti di vista differenti e per scopi diversi, secondo le loro esigenze.

In base al "punto di vista" degli autori, possiamo dividere le tipologie di ricerca in quattro gruppi:

- 1) Alcuni autori sono partiti dallo studio di un campione di lavoratori, hanno ricercato la prevalenza di soggetti che abusavano di sostanze, ed hanno scoperto che una buona percentuale di tali soggetti svolgeva una data mansione (in questo caso, operaio edile).
- 2) Altri autori hanno indagato le cause più frequenti di infortuni, individuando i settori e poi, considerando l'alcool come fattore di rischio, hanno individuato il suo ruolo negli infortuni.

3) Alcuni autori sono partiti dall'abuso di alcool sul lavoro, tentando di indagare le cause, e sono risaliti così al settore.

4) Altri autori ancora hanno preso in considerazione solo il settore edile ed hanno ricercato al suo interno le cause di infortunio.

Gli articoli presi in esame erano 26, ed in tutti veniva affrontato, seppur da diversi punti di vista e con diversi risultati, il ruolo dell'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti nell'incidenza degli infortuni sul lavoro nel settore edile.

Gli studi considerati erano per lo più descrittivi (n. 20 studi), in uno veniva utilizzata la regressione logistica, in 2 la correlazione, in uno il test del chi-quadro, in uno il calcolo dell'OR, in uno il metodo della meta-analisi per adeguare tutti i dati provenienti dalle aziende.

12 studi si limitavano a studiare l'abuso di alcol, 6 prendevano in considerazione sia alcol che droga, ed 8 studiavano solo l'abuso di sostanze.

Tre review hanno accorpato molti di questi articoli, sottolineando l'importanza del problema di abuso di alcol e stupefacenti sul luogo di lavoro, in particolare nel settore edilizio.

In seguito all'analisi degli studi in esame, abbiamo tratto le seguenti osservazioni:

- I dati sono estremamente eterogenei.
- Il numero di articoli è piuttosto esiguo.

Per cui, andrebbero condotti studi più specifici ed approfonditi per esplorare il settore dell'edilizia, con particolare attenzione ai danni che possono essere causati dall'abuso di alcol e sostanze stupefacenti, ai vantaggi che possono risultare dall'attuazione di misure di

prevenzione in questo campo, e dal ruolo che il medico competente, tramite la sorveglianza sanitaria, potrebbe ricoprire nell'attuare tali misure preventive.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO, 2002. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, World Health Organization
2. ISTAT - Abuso di alcol e binge drinking in Italia - 2007
3. Legge Quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati del 30.03.2001 n. 125
4. DL 81/08 integrato con DL 106/09
5. Xiaofei Zhang, Songlin Yu, Krista Wheeler, Kelly Kell eher, Lorann Stallones, and Huiyun Xiang, Work-Related Non-Fatal Injuries Among Foreign-Born and US-Born Workers: Findings From the U.S. National Health Interview Survey, 1997–2005, AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE 52:25–36 (2009).
6. Jones JE, Armstrong CW, Woolard CD, Miller GB Jr., Fatal occupational electrical injuries in Virginia. J Occup Med. 1991 Jan;33(1):57-63.
7. Fullerton L, Olson L, Crandall C, Sklar D, Zumwalt R., Occupational injury mortality in New Mexico, Ann Emerg Med. 1995 Oct;26(4):447-54.
8. Hitoshi Maeda, Masaki Q. Fujita, Bao-Li Zhu, Li Quan, Yasunobu Kamikodai, Kohei Tsuda, Mari Taniguchi, Labor-related fatalities in forensic postmortem investigations during the past 6 years in the southern half of Osaka city and surrounding areas, Legal Medicine 5 (2003) S325–S327.
9. Yanai O., Goldin L., Kugel C., Hiss J., Occupational fatalities in Israel, Journal of Clinical Forensic Medicine (1999) 6, 129-132

10. Copeland AR., Fatal occupational accidents--the five-year Metro Dade County experience, 1979-1983. *J Forensic Sci.* 1985 Apr;30(2):494-503.
11. David Coggon, E. Clare Harris, Terry Brown, Simon Rice, Keith T Palmer
OCCUPATION AND MORTALITY RELATED TO ALCOHOL DRUGS AND
SEXUAL HABITS, *Occup Med (Lond)*. 2010 August ; 60(5): 348–353.
12. José L. Meliá and Marta Becerril, Health behaviour and safety in the construction sector, *Psicothema* 2009. Vol. 21, nº 3, pp. 427-432
13. Thomas M. Wickizer, Branko Kopjar, Gary Franklin, and Jutta Joesch, Do Drug-Free Workplace Programs Prevent Occupational Injuries? Evidence from Washington State, *HSR: Health Services Research* 39:1 (February 2004)
14. A.M. Colao, G. Orfei, G. Cenci, M. Alessandroni, Alcool e lavoro-indagine conoscitiva dell'abitudine al bere nel comparto metalmeccanico e costruzioni nel territorio fabrianese, *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31:3, Suppl 2, pp. 248-249.
15. V.Patussi, C. Coltraro, V. Patussi, G. Magentini, U. Donà, G.E. Maniscalco, Abuso di alcolici e infortuni sul lavoro, *Folia Med.* 67 (3) 857-864, 1996.
16. Hester J. Lipscomb, John M. Dement, and Leiming Li, Health Care Utilization of Carpenters With Substance Abuse-Related Diagnoses, *AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE* 43:120–131 (2003).
17. Lipscomb HJ, Dement JM, Rodriquez-Acosta R. 2000. Deaths from external causes of injury among construction workers in North Carolina, 1988–1994. *Appl Occup Environ Hyg* 15(7):569–580.

18. Osarumwense David Osifo, Pius Iribhogbe, Hestia Idiodi-Thomas, Falls from heights: Epidemiology and pattern of injury at the accident and emergency centre of the University of Benin Teaching Hospital, *Injury, Int. J. Care Injured* 41 (2010) 544–547.
19. Lei Zheng, Huiyun Xiang, Xiaoqin Song, and Zengzhen Wang, Nonfatal Unintentional Injuries and Related Factors Among Male Construction Workers in Central China, *AMERICAN JOURNAL OF INDUSTRIAL MEDICINE* 53:588–595 (2010).
20. Pete Kines, Construction workers' falls through roofs: Fatal versus serious incurie, *Journal of Safety Research* 33 (2002) 195– 208.
21. Marika M. Lehtola, Henk F. van der Molen, Jorma Lappalainen, Peter L.T. Hoonakker, Hongwei Hsiao, Roger A. Haslam, Andrew R. Hale, Jos H. Verbeek, The Effectiveness of Interventions for Preventing Injuries in the Construction Industry. A Systematic Review, *Am J Prev Med* 2008;35(1).
22. Miguel A. Camino López, Ignacio Fontaneda, Oscar J. González Alcántara, Dale O. Ritzel, The special severity of occupational accidents in the afternoon: "The lunch effect", *Accident Analysis and Prevention* 43 (2011) 1104–1116.
23. A. Provenzani, G. Lacca, M.G. Verso, D. Picciotto, Studio osservazionale sull'assunzione di bevande alcoliche in un gruppo di operai palermitani del settore dell'edilizia, *G Ital Med Lav Erg* 2009; 31:3, Suppl 2, p. 225.

24. Pollack E, Franklin G, Fulton-Kehoe D. 1998. Risk of job-related injury among construction laborers with a diagnosis of substance abuse. *J Occup Environ Med* 40(6):573–577.
25. Gerber, J.K., Yacoubian, G.S., 2001. Evaluation of drug testing in the workplace: study of the construction industry. *Journal of Construction Engineering and Management-ASCE* 127 (6), 438–444.
26. R. Edward Minchin, Jr., Charles R. Glagola, Kelu Guo, Jennifer L. Languell, Case for Drug Testing of Construction Workers, *J. Manage. Eng.* 22, 43 (2006); [http://dx.doi.org/10.1061/\(ASCE\)0742-597X\(2006\)22:1\(43\)](http://dx.doi.org/10.1061/(ASCE)0742-597X(2006)22:1(43))
27. National Council on Compensation Insurance (NCCI). (1998). (<http://www.nils.com/rupps/4200.htm>) (1998).
28. Lent, R. _1998_. “Drug-free offices pay off for employers.” *J. Commerce*.
29. Florida Department of Financial Services (FLDFS). (2003). “Fatal workrelated injuries in Florida, 2001.” <http://www.fldfs.com/WC/statistics/01fatalities/01fatalities.html> (August 26, 2003).
30. Alison D. Morantz, Does Post-Accident Drug Testing Reduce Injuries? Evidence from a Large Retail Chain, *Am Law Econ Rev* (2008) 10 (2): 246-302.
31. Paul Rountree, Drug Testing and Workplace Accidents.
32. Rajeev Ramchand, Amanda Pomeroy, Jeremy Arkes, The Effects of Substance Use on Workplace Injuries, http://www.rand.org/pubs/occasional_papers/OP247.html.

Si Ringrazia:



www.pflazio.it/



www.spinoff-sipro.it



www.preventionandresearch.com