



## REGIONE PUGLIA

AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE, DELLE  
PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ  
Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione  
Ufficio 1 – Sanità pubblica e sicurezza del lavoro

# ALCOOL E TOSSICODIPENDENZE NEI LUOGHI DI LAVORO

Documenti approvati in data 26 marzo 2010  
dal Comitato Regionale di Coordinamento  
della Regione Puglia,  
ex art.7 d.lvo 81/2008

**i** **QUADERNI** *della*  
**PREVENZIONE**



## **REGIONE PUGLIA**

Assessorato Politiche della Salute

Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione

### COMITATO DI REDAZIONE

**Fulvio Longo** – Direttore Servizio PATP

**Elisabetta Viesti** – Dirigente Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro

**Domenico My** - Funzionario Ufficio Sanità pubblica e sicurezza del lavoro

**Nicola Dipalma** – Specialista in Medicina del Lavoro

**Raffaello Bellino** - Dirigente SPESAL BAT

### A CURA DI:

**Giorgio Di Leone** - Dirigente SPESAL BA

**Fulvio Longo** – Direttore Servizio PATP Regione Puglia

**Maria Teresa Salerno** - Azienda Ospedal. Univ. Policlinico-Bari

**Vincenzo Palmieri** - Azienda Ospedal. Univ. Policlinico-Bari

**Roberto Gagliano Candela** - Azienda Ospedal. Univ. Policlinico-Bari

**Antonio Lo Izzo** - Specialista in Medicina del Lavoro

Progetto grafico e impaginazione

**GRAPHIC snc, Putignano (BA)**

Stampa

**La Nuova Tecnografica - Modugno (BA)**

*La comunicazione per prevenire: poiché siamo convinti che diffondere la cultura della sicurezza è l'arma più efficace nella prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali, la Regione ha deciso di rendere fruibili ad un pubblico, quanto più possibile vasto, atti di indirizzo ed approfondimento su specifiche norme inerenti la sanità pubblica e la sicurezza nei luoghi di lavoro.*

*Il presente documento riguarda il tema scottante della prevenzione degli infortuni dovuti ad assunzione di alcoolici o sostanze stupefacenti: i dati epidemiologici evidenziano, difatti, un ruolo tutt'altro che marginale nel determinismo degli infortuni dell'uso di sostanze alcooliche e/o stupefacenti.*

*Le linee di indirizzo, approvate dal Comitato Regionale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro in data 26 marzo 2010, vogliono rappresentare una guida efficace per i Medici Competenti, chiamati ad effettuare i controlli di primo livello in tema di alcool e stupefacenti, per i lavoratori interessati a tali esami e per gli operatori della prevenzione, pubblici o privati, deputati a vigilare sulla corretta applicazione della norma.*

**Tommaso FIORE**

*Assessore Regionale alle Politiche della Salute*

# INDICE

---

## **Atti di indirizzo 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**

<b>Premessa</b>	Pag. 9
<b>Adempimenti procedurali a carico delle Aziende USL</b>	Pag. 11
<b>Procedure accertative di primo livello da parte del medico competente</b>	
Adempimenti a carico dei datori di lavoro	Pag. 16
Indicazioni di carattere generale sull'attivazione degli accertamenti sanitari	Pag. 16
<b>Iter degli accertamenti</b>	
Adempimenti del medico competente e dei datori di lavoro	Pag. 19
Opzioni per i medici competenti	Pag. 19
<b>Procedure accertative di secondo livello da parte del SERT</b>	
Riscontri documentali	Pag. 26
Anamnesi e prima visita specialistica.	Pag. 26
Esami di laboratorio	Pag. 27
Valutazione abbreviata finale e visita successiva alla prima. Certificazione SERT	Pag. 27
<b>Controanalisi</b>	Pag. 29
<b>Laboratori</b>	Pag. 29
<b>Smaltimento dei campioni</b>	Pag. 30
<b>Tariffe</b>	Pag. 30
<b>Accertamenti su matrice pilifera</b>	Pag. 31
Allegato 1	
<i>Lista di controllo - le tossicodipendenze sul posto di lavoro</i>	Pag. 33
Allegato 2	
<i>Verbale di prelievo e/o trasmissione del campione di urine</i>	Pag. 34

**Atti di indirizzo per la verifica di assenza di rischi alcolcorrelati  
ad opera dei medici competenti  
Ex art. 41 Co. 4 D.Lgs. 81/08 e intesa stato-regioni del 16 marzo 2006**

<b>Premesse normative</b>	Pag. 36
<b>Evidence Based Prevention e diagnosi di alcolismo e bere problematico</b>	
Markers biologici	Pag. 37
Questionari mirati	Pag. 38
Procedura per la verifica di assenza di problemi alcol correlati e di condizioni di alcol dipendenza ad opera dei medici competenti ex art. 41 co. 4 d.lgs. 81/08 e Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006	Pag. 40
<b>Allegati</b>	
Allegato 1 <i>Questionari AUDIT e AUDIT-C (in neretto)</i>	Pag. 44
Allegato 2 <i>Questionario CAGE</i>	Pag. 46
Allegato 3 <i>Proposta di questionario sulle abitudini di vita e sulla salute (Questionario di Wallace integrato con CAGE)</i>	Pag. 47

## PRESENTAZIONE

---

A meno di un anno dalla pubblicazione del D. Lgs. 81/08 che, nell'ambito della sorveglianza sanitaria effettuata dal medico competente, aveva previsto l'effettuazione di accertamenti finalizzati alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e di assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti, il D. Lgs. 106/09 ha previsto che *“entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-Regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali,”* vengano *“rivisitate le condizioni e le modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza”* (art. 41, co. 4-bis).

Tutt'oggi rimaniamo in attesa dell'emanazione di nuove e più uniformi indicazioni che consentano l'applicazione dei principi di prevenzione su tutto il territorio nazionale, allo scopo di definire ed attivare procedure e misure di sicurezza volte a tutelare l'incolumità e la salute dei lavoratori stessi e di terze persone, finalizzate prioritariamente a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni lavorative a rischio. Sarà comunque al riguardo necessario prevedere procedure che garantiscano la privacy, il rispetto e la dignità della persona sottoposta ad accertamento e che non rappresentino in alcun modo strumenti persecutori lesivi della libertà individuale o tesi ad allontanare arbitrariamente la persona dalla sua attività lavorativa.

Occorre peraltro rammentare come la sicurezza relativa al consumo di alcol e all'assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti sul luogo di lavoro sia una parte del complesso problema della sicurezza sul lavoro aziendale che viene affrontato in tutti i suoi aspetti (es. obblighi di valutazione, di organizzazione e gestione della sicurezza, di messa a disposizione di strutture, macchine e impianti sicuri, di informazione e formazione dei lavoratori, di vigilanza e controllo, di coinvolgimento delle figure aziendali della prevenzione). Trattasi pertanto di rischi aggiuntivi, di tipo comportamentale che possono incidere in modo significativo sulla salute e sicurezza dei lavoratori e dei terzi.

Sullo sfondo rimangono comunque, fino a loro modifica, le Intese Stato Regione (quella del 16 marzo 2006 relativa all'assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e quella del 18 settembre 2008 per le sostanze stupefacenti e psicotrope) che, unitamente alle normative di settore, dettano comportamenti cui i da-

tori di lavoro e i medici competenti devono attenersi per accertare e affrontare le situazioni a rischio. Si rende però necessario precisare meglio alcuni aspetti dell'operatività delle figure aziendali (in particolar modo di quella del medico competente) e delle strutture del Sistema Sanitario Regionale, al fine di rendere più efficaci gli interventi preventivi e di attivare al meglio quella rete di sostegno che, sola, rappresenta la vera possibilità di recupero per i soggetti in difficoltà e di supporto per le loro famiglie.

In questa prospettiva, la Regione Puglia ha inteso emanare le linee di indirizzo qui raccolte, cercando di individuare procedure omogenee sul territorio regionale, allineate con i criteri di efficacia definiti dalle evidenze scientifiche, rispettose della dignità e della privacy della persona e che rappresentino uno strumento realmente utilizzabile per gli operatori della prevenzione.

## PREMESSA

---

Il presente documento ha la finalità di consentire ai competenti servizi delle Aziende USL della Puglia e ai medici competenti l'applicazione uniforme e condivisa delle procedure diagnostiche e medico legali per l'accertamento di assenza di tossicodipendenza per i lavoratori da adibire o adibiti alle mansioni a rischio di cui all'allegato 1 del Provvedimento CU 99/2007.

Nella predisposizione delle presenti procedure, si è tenuto conto:

delle indicazioni contenute nelle "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" approvate con Accordo dalla Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 18 settembre 2008 (Rep. Atti n. 178);

- della quantità dei lavoratori da sottoporre ad accertamenti di assenza di tossicodipendenza;

- dell'organizzazione del sistema sanitario pugliese e dell'articolazione dei servizi interessati alle presenti procedure;

- della necessità di contenere i tempi e i relativi costi a carico dei datori di lavoro;

- della necessità di effettuare gli accertamenti nel rispetto della dignità della persona e della privacy;

- della necessità del rispetto delle norme di garanzia circa l'oggetto dell'accertamento, particolarmente importanti per gli eventuali risvolti in contenzioso per il lavoratore, per l'accertatore e per il datore di lavoro;

- della necessità di proporre procedure ed accertamenti facilmente accessibili e fattibili che concretamente permettano di fornire gli indispensabili elementi di valore obiettivo e scientifico che possano fungere da valido supporto al giudizio medico ed alle successive azioni ad esso conseguenti, riducendo la componente soggettiva e, dunque, la componente meno difendibile o giustificabile in sede di opposizione;

- della necessità di tutelare la salute e la sicurezza dei terzi e del lavoratore e nel



contempo evitare eventuali e arbitrarie “etichettature” di tossicodipendenza o comunque di consumatori di sostanze stupefacenti e /o psicotrope.

Le indicazioni procedurali e di accertamento previste dal presente documento si rendono necessarie per gli adempimenti derivanti dal Provvedimento n. 99 approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni il 30 ottobre 2007 “Intesa, ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza” e dall’Accordo approvato dalla Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 18 settembre 2008 (Rep. Atti n. 178) 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”.

Occorre peraltro ricordare come l’Art. 41 (Sorveglianza sanitaria) del D.Lgs. 81/08 sia stato recentemente modificato dal D.Lgs. 106/09 con l’introduzione del seguente comma 4-bis *“Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-Regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l’accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza”*.

**Atti di indirizzo 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**

*Ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131,  
in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza,  
del provvedimento n. 99 approvato dalla conferenza unificata stato-regioni  
il 30 ottobre 2007 e dell'accordo stato/regioni del 18 settembre 2008*



## **ADEMPIMENTI PROCEDURALI A CARICO DELLE AZIENDE USL**

---

Entro 30 giorni dall'approvazione del presente atto le Aziende USL identificano:

A) Il/i Servizio/i Tossicodipendenze (di seguito SERT) del proprio ambito territoriale abilitato/i quali "strutture sanitarie competenti", ai sensi dell'art. 2, comma 1, del Provvedimento n. 99 del 30 ottobre 2007 della Conferenza Unificata "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza";

B) Il/i laboratorio/i pubblico/i o privato/i accreditato/i, per l'esecuzione degli esami tossicologici sia per lo screening (metodiche immunochimiche) che di conferma (metodica: Cromatografia in fase gassosa o in fase liquida accoppiata a Spettrometria di Massa-GCMS o LC/MS).

I laboratori universitari e pubblici, o altri individuati dalla Regione, devono garantire affidabilità ed uniformità nell'effettuazione delle analisi, in aderenza alle linee guida elaborate da Società scientifiche nazionali o dall'Istituto Superiore di Sanità.

Entro il medesimo termine le Aziende USL dovranno altresì adottare con atto formale le modalità organizzative e procedurali interne necessarie per l'applicazione del presente atto.

Le Aziende USL dovranno adottare modalità organizzative e procedurali tali da consentire l'invio della certificazione del SERT ai medici competenti entro 30 (trenta) giorni dalla prima visita specialistica effettuata dal medesimo servizio.

Il Direttore Generale dell'Azienda USL invierà, entro 60 giorni dalla data di approvazione delle presenti procedure, alla Direzione dell'Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia, ai propri Dipartimenti di Prevenzione e ai Responsabile/i del/i SERT, il documento contenente le modalità organizzative e procedurali adottate e i laboratori individuati secondo quanto previsto nel punto 5. del presente documento.

Il Dipartimento di Prevenzione, attraverso gli SPESAL, provvederà a trasmettere tale documento ai medici competenti operanti nel territorio, anche attraverso la pubblicazione su web.

# PROCEDURE ACCERTATIVE DI PRIMO LIVELLO DA PARTE DEL MEDICO COMPETENTE

---

## **Adempimenti a carico dei datori di lavoro**

Il datore di lavoro, così come identificato dall'art. 2, lettera b, del Decreto Legislativo n. 81 del 9 aprile 2008, comunica per iscritto al medico competente l'elenco dei nominativi dei lavoratori da sottoporre agli accertamenti in base alla lista delle mansioni descritte in Allegato I al Provvedimento n. 99/CU del 30 ottobre 2007.

La comunicazione dovrà essere effettuata alla prima attivazione delle procedure di cui al presente atto per tutti i lavoratori addetti alle mansioni di cui sopra e, successivamente, periodicamente e tempestivamente aggiornata in riferimento ai nuovi assunti ed ai soggetti che abbiano cessato di svolgere mansioni a rischio.

La comunicazione dell'elenco dei nominativi dei lavoratori da sottoporre agli accertamenti dovrà essere effettuata comunque con frequenza minima annuale. Tale comunicazione sarà inviata con la medesima frequenza anche agli RLS.

## **Indicazioni di carattere generale sull'attivazione degli accertamenti sanitari**

L'attivazione degli specifici accertamenti sanitari da parte del medico competente avverrà solo dopo aver ricevuto l'elenco dei nominativi da parte del datore di lavoro. Nel caso di manifesta inadempienza da parte di quest'ultimo, il medico competente richiede al datore di lavoro di individuare e comunicare allo stesso nel più breve tempo possibile i nominativi dei lavoratori da sottoporre agli accertamenti in base alla lista delle mansioni descritte in Allegato I al Provvedimento n. 99/CU del 30 ottobre 2007.

### **Accertamento pre-affidamento della mansione**

La persona viene sottoposta ad accertamento preventivo dell' idoneità alla mansione prima dell'affidamento e dello svolgimento della mansione a rischio, così come previsto dall'art. 41 co.4 del D.Lgs 81/2008 e s.m.i.. È necessario un risultato negativo per confermare l'assenza di controindicazioni, prima dell'inizio dell'attività.

### **Accertamento periodico**

Nell'ambito della sorveglianza sanitaria così come prevista dall'art. 41 del D. Lgs. 81/2008 il lavoratore è sottoposto ad accertamento periodico, di norma con frequenza annuale, atto alla verifica dell' idoneità alla mansione a rischio. Il datore di lavoro, sulla base della lista completa precedentemente presentata al medico competente, seleziona i lavoratori da inviare e sottoporre di volta in volta agli accertamenti previsti, mediante l'utilizzo di un processo casuale di individuazione che escluda la possibilità di scelta volontaria da parte del datore di lavoro stesso. Tutto questo deve avvenire compatibilmente con le esigenze lavorative e di programmazione aziendale, sentiti gli RLS.

### **Accertamento per ragionevole dubbio**

In adeguamento alle direttive comunitarie in materia, il lavoratore viene sottoposto ad accertamento di idoneità alla mansione a rischio anche (oltre al controllo sanitario periodico) 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 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.

In ogni caso, tali segnalazioni non dovranno mai sottendere ad atteggiamenti vessatori e/o persecutori da parte del datore di lavoro né dovranno mai essere utilizzate per motivazioni diverse dalla tutela dello stesso lavoratore e/o di terzi, rispettando quanto previsto dallo Statuto dei Lavoratori.

Al fine di individuare un repertorio di "sintomi" alla base di eventuali segnalazioni, il datore di lavoro, il SERT competente territorialmente e il medico competente tengono conto altresì di linee guida in materia, nazionali o regionali. Il repertorio potrà essere aggiornato *in progress*, in considerazione di ulteriori conoscenze.

In appendice, a titolo esemplificativo, viene riportata, in allegato 1° una prima lista di controllo.

### **Accertamento dopo un 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, per escludere l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

### **Accertamento di follow up (monitoraggio cautelativo)**

Il lavoratore, prima del suo rientro nella mansione a rischio, dovrà comunque essere controllato, dal medico competente, ad intervalli regolari dopo la sospensione per esito positivo per assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope al fine di verificare nel tempo il permanere dello stato di non assuntore.

Gli accertamenti andranno eseguiti con periodicità almeno mensile con date non programmabili dal lavoratore e da stabilire di volta in volta coerentemente con quanto previsto dal D.lgs. n. 81 del 9 aprile 2008.

La durata minima prevista sarà di almeno 6 mesi.

### **Accertamento al rientro al lavoro, nella mansione a rischio, dopo un periodo di sospensione dovuto a precedente esito positivo**

Il lavoratore dovrà essere sottoposto dal medico competente 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 mesi una osservazione con eventuali accertamenti con maggior frequenza rispetto a quelle ordinarie previste.

# ITER DEGLI ACCERTAMENTI

---

## **Adempimenti del medico competente e dei datori di lavoro**

Entro 30 giorni dal ricevimento dell'elenco dei nominativi dei lavoratori da sottoporre agli accertamenti, trasmesso dal datore di lavoro, il medico competente stabilisce il cronoprogramma per gli accessi dei lavoratori agli accertamenti definendo date e luogo di esecuzione degli stessi in accordo con il datore di lavoro, tenuto conto della numerosità dei lavoratori da sottoporre ad accertamento, e lo trasmette formalmente al datore di lavoro.

Il datore di lavoro è tenuto a comunicare al lavoratore la data ed il luogo degli accertamenti, con un preavviso di non più di un giorno dalla data stabilita per l'accertamento.

In caso di rifiuto del lavoratore di sottoporsi agli accertamenti, il medico competente dichiarerà che **“non è possibile esprimere giudizio di idoneità per impossibilità materiale ad eseguire gli accertamenti sanitari”**.

Ove il lavoratore non si presenti agli accertamenti senza aver prodotto documentata e valida giustificazione lo stesso sarà sospeso in via cautelativa dalla mansione a rischio e riconvocato entro 10 giorni.

Ove il lavoratore non si presenti all'accertamento per giustificati e validi motivi debitamente documentati lo stesso dovrà essere riconvocato entro dieci giorni dalla data di cessazione dei motivi che hanno impedito la sua presentazione agli accertamenti.

I successivi accertamenti di primo livello (a cura del medico competente) dovranno tenere conto della precedente mancata presentazione, sottoponendo il lavoratore da almeno tre controlli tossicologici a sorpresa nei trenta giorni successivi o ad osservazioni di maggior durata in base alle situazioni di ragionevole dubbio riscontrate dal medico competente.

L'accertamento comprende la *visita medica* ed il *test di screening*.



### Indicazioni per la visita medica

Il lavoratore, informato delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, dovrà comunque autocertificare, in presenza del medico competente, se sia stato o meno sottoposto a:

- trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza, presso strutture pubbliche e/o private;
- interventi in Pronto Soccorso o in strutture di ricovero per il trattamento di patologie correlate all'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- precedenti accertamenti medico-legali per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Il medico competente dovrà, in particolare, valutare:

- eventuali rilievi anamnestici di pregressi trattamenti per tossicodipendenza;
- eventuali notizie relative ad infortuni lavorativi e/o incidenti avvenuti in ambito lavorativo e non;
- eventuali informazioni ricevute circa ritiri della patente di guida e/o del porto d'armi a seguito di precedenti accertamenti medico-legali;
- eventuali segni obiettivi di assunzione abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- eventuali segni o sintomi suggestivi per intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope.

Qualora il medico competente rilevi alla visita elementi clinico-anamnestici indicativi d'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope rilascerà giudizio di **“temporanea inidoneità alla mansione”** e invierà il lavoratore al SERT per gli ulteriori accertamenti, non richiedendo in tal caso esami complementari tossicologici di laboratorio.

Qualora il medico competente non rilevi i citati elementi procederà con il test di screening.

#### **Test tossicologico analitico di primo livello (test di screening): indicazioni generali e valori soglia**

La raccolta del campione biologico deve avvenire nel rispetto della dignità della persona.

La matrice biologica è **“l'urina”**, da analizzare con metodiche immunochimiche.

La raccolta del campione biologico deve essere effettuata sotto controllo del medico competente o di altro operatore sanitario dallo stesso formalmente delegato o dagli operatori sanitari di strutture pubbliche (SERT o strutture laboratoristiche pubbliche) o di strutture laboratoristiche private accreditate, identificate dall'Azienda USL di riferimento.

Il sanitario addetto alla raccolta dovrà adottare le misure necessarie per accertare la sicura appartenenza al soggetto del campione ed ogni accorgimento per evitarne la manomissione, operando in modo tale da non ledere la dignità della persona.

L'urina deve essere raccolta in appositi contenitori monouso di plastica per urine, dotati di tappo a chiusura ermetica antiviolazione o, diversamente, atti ad essere chiusi e sigillati con sigillo adesivo a nastro non rinnovabile.

Il soggetto in accertamento non potrà uscire dal locale fino a che non avrà prodotto una quantità di urina orientativamente compresa tra i **40** e i **60 ml**; ove la persona richieda di uscire, il contenitore in cui è conservato il campione incompleto dovrà essere sigillato e riaperto solo in presenza del soggetto per la successiva integrazione del campione in un nuovo contenitore.

Per il trasporto al laboratorio, i contenitori devono essere inseriti in apposito contenitore termico dotato di adeguato elemento refrigerante.

I test immunochimici di screening devono essere considerati positivi al superamento delle concentrazioni soglia (**cut-off**) espresse in ng/ml e riportate in Tabella 1.

### *Classi di sostanze e cut-off (ng/ml) per lo screening su urina*

<b>Classi di sostanze</b>	<b>cut-off (ng/ml)</b>
Oppiacei metaboliti	300
Cocaina metaboliti	300
Cannabinoidi (THC)	50
Amfetamina - Metamfetamina	500
MDMA	500
Metadone	300

**Tabella 1**

### **Esami di conferma e valori soglia**

Gli esami di conferma devono essere attuati con metodica cromatografica accoppiata a spettrometria di massa (GC/MS o LC/MS).

Gli esami in GC/MS o LC/MS saranno effettuati nei casi di positività al test di screening per una o più classi di sostanze.

Gli esami devono essere considerati positivi al superamento delle concentrazioni soglia (**cutoff**) espresse in ng/ml e riportate in Tabella 2.

*Sostanze e cut-off (ng/ml) per la conferma su urina*

<b>Sostanze</b>	<b>cut-off (ng/ml)</b>
Opiacei metaboliti (morfina, codeina, 6-acetilmorfina)	100
Cocaina e metaboliti	100
Cannabinoidi metaboliti	15
Amfetamina ed analoghi (metamfetamina, MDMA, MDA, MDEA)	250
Metadone	100
Buprenorfina	5

**Tabella 2**

**Opzioni per i medici competenti**

Per la raccolta dei campioni urinari e per i test di screening, i medici competenti possono scegliere tra le seguenti opzioni:

**1ª opzione “Raccolta del campione ed esecuzione del test da parte del medico competente.**

Effettuata la visita medica, il medico competente provvederà alla raccolta del campione di urina, e all’esecuzione diretta del test rapido di screening (kit immunochimico di diagnostica rapida).

Il prelievo deve avvenire sotto il controllo del medico competente o di personale sanitario qualificato, garantendo la dignità della persona, ma con misure atte ad evitare manomissioni o sostituzioni, anche prevedendo che il soggetto non sia lasciato solo. Si raccomanda di riservare opportune attenzioni specifiche alle tipicità dei soggetti, anche alla luce del DLgs 81/08 che chiede di considerare le differenze di genere e la provenienza da altri Paesi. Completata la raccolta del campione il medico competente controllerà la sua idoneità all’analisi. A tal fine potranno essere utilizzati almeno 2 dei seguenti parametri o altri valori di riferimento forniti dalla biochimica clinica: temperatura compresa fra 32 e 38°C; creatinina maggiore o eguale a 20mg/dl; gravità

specifica maggiore o eguale a 1003; pH compreso tra 4 e 9; nitriti inferiori a 500 mg/l.

Eseguirà quindi direttamente il test rapido di screening per le classi di sostanze sopra specificate, accertandosi preventivamente della corrispondenza delle concentrazioni soglia del kit utilizzato ai **cut-off** riportati in Tabella 1 e della necessità di produrre una registrazione oggettiva a stampa dei risultati ottenuti che andrà allegata al verbale di prelievo debitamente firmato dal lavoratore e dal Sanitario accertatore.

In caso di **negatività** dei riscontri clinico-anamnestici ed ove il test risulti negativo per ogni classe di sostanze, il medico competente comunicherà per iscritto il giudizio di **“idoneità alla mansione per quanto attiene gli accertamenti previsti dal Provvedimento n. 99/CU 30/10/2007 (Gazzetta Ufficiale n. 266 del 15/11/2007)”** al datore di lavoro ed al lavoratore e provvederà allo smaltimento delle urine.

Esistono sostanze stupefacenti e/o psicotrope di difficile o impossibile determinazione con i test di screening di primo livello (es. LSD e altri allucinogeni) che, tuttavia, sono in grado di alterare profondamente le condizioni psicofisiche del soggetto. Pertanto, è necessario che il riscontro laboratoristico sia sempre correlato ad un riscontro clinico e/o strumentale specifico (valutazione della capacità di reattività e cognitiva in generale), se necessario, teso a verificare lo stato di idoneità psicofisica anche in assenza di positività dei test tossicologici ma in presenza di suggestivi segni o sintomi clinici correlabili all'uso di sostanze non facilmente rilevabili con i normali test. In caso di fondato sospetto, al fine del contenimento della spesa, si potranno richiedere test tossicologici specifici orientati alla determinazione delle sostanze di cui si ipotizza l'uso da parte del lavoratore.

Ove il test di screening non venga eseguito immediatamente, il Medico Competente provvederà a travasare l'urina, in presenza del soggetto, in tre contenitori che contrassegnerà con le lettere A), B) e C).

Il campione A) sarà utilizzato per il test di screening; il campione B) sarà utilizzato dal laboratorio per l'analisi di conferma; il campione C) sarà conservato in apposito frigo a -20°C per l'eventuale controanalisi.

Sui contenitori devono essere riportati, chiaramente leggibili, il nome e cognome del lavoratore e del medico competente, la data e l'ora del prelievo.

Il medico competente ed il lavoratore sono tenuti ad apporre entrambi la propria firma sull'etichetta del contenitore a chiusura ermetica o sul sigillo adesivo a nastro.

Il sanitario prelevatore è tenuto altresì a compilare triplice copia del verbale di prelievo, di cui è proposto un modello all'allegato 2, indicando in forma chiaramente leggibile la data e l'ora del prelievo, le generalità del medico competente e del lavoratore, l'esito delle analisi effettuate con il test rapido di screening e l'elenco dei farmaci che il medesimo abbia eventualmente dichiarato di aver assunto negli ultimi sette giorni.

Il lavoratore può chiedere che vengano riportate sul verbale altre eventuali sue dichiarazioni.

Il verbale deve essere firmato dal sanitario prelevatore e controfirmato dal lavoratore che attesta, in tal modo, la corretta esecuzione del prelievo.

Delle tre copie del verbale una è consegnata al lavoratore, una è conservata dal medico competente ed una è da inserire nel contenitore termico che deve pervenire, nel più breve tempo possibile e comunque entro 24 ore dal prelievo, al laboratorio pubblico, o privato accreditato, individuato dall'Azienda USL per le analisi di conferma.

Il medico competente è responsabile della custodia e conservazione dei campioni fino alla loro spedizione al laboratorio; dalla consegna dei campioni è il laboratorio che diviene responsabile della loro custodia e conservazione.

In caso di positività al test di conferma, il campione C) per l'eventuale controanalisi è conservato per 90 giorni dal ricevimento del campione stesso.

Il trasporto dei campioni al laboratorio deve avvenire secondo le vigenti norme.

L'apertura del contenitore termico contenente i campioni B) e C) avviene al laboratorio che è tenuto ad accertare sia l'integrità dei campioni sia la loro corrispondenza al verbale di prelievo e, in caso di riscontro di non conformità, a redigere un apposito verbale che deve essere trasmesso al medico competente.

Se il laboratorio effettua le analisi entro 24 ore dalla consegna, i campioni biologici potranno essere conservati in frigo a  $+4\text{ }^{\circ}\text{C}$ ; diversamente dovranno essere conservati a  $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$ .

Il laboratorio dovrà comunicare, entro 10 giorni lavorativi dalla consegna dei campioni, gli esiti delle analisi di conferma al medico competente.

In caso di negatività dei riscontri della visita medica e di negatività delle analisi di conferma, il medico competente potrà rilasciare giudizio di **“idoneità alla mansione in assenza di altre controindicazioni”** comunicandolo per iscritto al datore di lavoro ed al lavoratore.

In caso di positività il medico competente comunicherà per iscritto al datore di lavoro ed al lavoratore il giudizio di **“temporanea inidoneità alla mansione”** e invierà il lavoratore agli accertamenti della struttura sanitaria competente (SERT) in base alle modalità organizzative e procedurali adottate dall'Azienda USL di riferimento.

Il datore di lavoro provvederà, nel rispetto della dignità e della privacy della persona, a sospendere, temporaneamente e in via cautelativa, dalle mansioni a rischio il lavoratore e lo informerà della possibilità di richiedere, con oneri a carico del medesimo lavoratore, una revisione del giudizio mediante formale richiesta da inviare al medico competente entro **10 giorni** dalla comunicazione del giudizio di **“inidoneità temporanea”**.

Ove sia richiesta dal lavoratore la revisione del giudizio di **“inidoneità temporanea”**, sarà effettuata la **controanalisi** come indicato di seguito al punto 4.

In caso di risultato negativo della controanalisi, il lavoratore provvederà a fornire

copia del referto al medico competente per la revisione del giudizio ed alla struttura sanitaria competente (SERT) che sospenderà gli adempimenti di cui al successivo punto 3.

**2ª opzione “Raccolta del campione a cura del medico competente ed esecuzione in laboratorio del test immunochimico**

Effettuata la visita, il medico competente provvederà alla raccolta del campione che suddividerà in tre distinti contenitori, da denominare con lettere A), B) e C).

Provvederà altresì alla trasmissione dei tre contenitori al laboratorio che utilizzerà l’aliquota A) per il test immunochimico.

Le altre due aliquote (B e C) saranno utilizzate per l’analisi di conferma, obbligatoria in caso di positività del test immunochimico, e per l’analisi di revisione (contro-analisi) qualora richiesta dal lavoratore.

Per il prelievo, la conservazione, il trasporto dei campioni e la comunicazione dell’esito delle analisi al medico competente, si dovranno utilizzare le procedure sopra descritte.

**3ª opzione “Raccolta del campione ed esecuzione del test da parte di struttura pubblica (SERT o altro laboratorio di struttura pubblica) o da struttura laboratoristica privata accreditata**

Effettuata la visita medica, il medico competente indirizzerà i lavoratori alla struttura pubblica o alla struttura laboratoristica privata accreditata, individuata dall’Azienda USL territorialmente competente in base alle modalità organizzative e procedurali dalla stessa formalmente adottate.

Tale struttura provvederà ad assicurare l’esecuzione della raccolta delle urine garantendone l’appartenenza e la catena di custodia dei campioni raccolti in conformità al presente atto e secondo le modalità organizzative e procedurali definite dalla stessa Azienda USL nell’apposito documento aziendale.

I test immunochimici, e le analisi di conferma in caso di positività, provviste di registrazione oggettiva a stampa dei risultati ottenuti, saranno effettuate nel laboratorio identificato dalla medesima Azienda USL.

## PROCEDURE ACCERTATIVE DI SECONDO LIVELLO DA PARTE DEL SERT

---

Gli accertamenti clinici e tossicologici di secondo livello devono svolgersi possibilmente non oltre 30 giorni dal momento della prima visita del SERT.

I SERT sono preposti a verificare l'eventuale stato attuale di tossicodipendenza del lavoratore, già risultato positivo agli accertamenti tossicologici di primo livello o a seguito dei riscontri clinico-anamnestici rilevati dal medico competente, e a tal fine, utilizzeranno gli elementi valutativi di seguito indicati.

### **Riscontri documentali**

Anche in questa fase il lavoratore dovrà comunque redigere l'autocertificazione. Il medico del SERT risconterà, previo consenso informato del lavoratore, anche mediante la cartella elettronica SIRT (Sistema Informativo Regionale Tossicodipendenze), se il lavoratore abbia avuto o meno accesso in precedenza ad uno dei SERT dell'Azienda USL di riferimento, acquisendo in caso positivo gli elementi conoscitivi utili ai fini dell'espressione della diagnosi finale.

### **Anamnesi e prima visita specialistica.**

Queste saranno finalizzate, in particolare, all'accertamento dei seguenti elementi:

- eventuali segni di assunzione abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- eventuali sintomi fisici e psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope;
- eventuale sindrome di astinenza in atto.

## **Esami di laboratorio**

Per gli esami di laboratorio del secondo livello di accertamento i SERT possono scegliere tra le seguenti due opzioni:

### **Opzione a)**

N. 1 esame su urine da analizzare in metodica immunochimica per le classi di sostanze di cui alla Tabella 1, con contestuale determinazione di almeno 2 dei seguenti parametri o altri valori di riferimento forniti dalla biochimica clinica: temperatura compresa fra 32 e 38°C; creatinina maggiore o eguale a 20mg/dl; gravità specifica maggiore o eguale a 1003; pH compreso tra 4 e 9; nitriti inferiori a 500 mg/l, più N. 1 esame su matrice pilifera, prelevata in duplice campione (per eventuale controanalisi richiesta dal lavoratore) secondo le linee guida delle società scientifiche riconosciute a livello nazionale e/o internazionale, sempre per le medesime classi di sostanze, da eseguirsi direttamente con metodica di estrazione e successiva analisi strumentale GC/MS o LC/MS con valori raccomandati dalle medesime società scientifiche.

Per condizioni particolari in cui non risulti praticabile il prelievo di matrice cheratinica (soggetti glabri) saranno effettuati controlli solo su matrice urinaria così come previsto all'opzione b).

### **Opzione b)**

N. 3 esami su urine da analizzare in metodica immunochimica per le classi di sostanze di cui alla Tabella 1, con contestuale determinazione di almeno 2 dei seguenti parametri o altri valori di riferimento forniti dalla biochimica clinica: temperatura compresa fra 32 e 38°C; creatinina maggiore o eguale a 20mg/dl; gravità specifica maggiore o eguale a 1003; pH compreso tra 4 e 9; nitriti inferiori a 500 mg/l.

I campioni risultati positivi all'esame immunochimico su urina dovranno essere sottoposti a metodica di conferma (GC/MS o LC/MS).

## **Valutazione abbreviata finale e visita successiva alla prima. Certificazione SERT**

Acquisiti gli elementi valutativi sopra indicati il medico del SERT certificherà la diagnosi che dovrà essere trasmessa al medico competente assieme ad una copia degli esiti degli esami di laboratorio effettuati.

La certificazione riporterà se siano o meno soddisfatti, allo stato attuale, i criteri diagnostici dell'ICD 10 per dipendenza (cod. F1.x2) dalle classi di sostanze esami-



nate. Ove i criteri diagnostici dell'ICD 10 non risultino soddisfatti, il SERT riporterà nelle note della certificazione la comunicazione al medico competente in ordine agli accertamenti clinici e tossicologici di secondo livello che non abbiano esitato in diagnosi di tossicodipendenza.

Il lavoratore sarà comunque sottoposto a specifico monitoraggio individualizzato per almeno sei mesi a cura del medico competente.

Ove i criteri risultino soddisfatti il lavoratore, per essere riammesso all'esercizio delle mansioni a rischio, dovrà sottoporsi ad un programma terapeutico individualizzato.

L'esito positivo del programma terapeutico sarà certificato dal medico del SERT ove i parametri diagnostici non risultino soddisfatti per almeno 12 mesi (remissione completa).

## CONTROANALISI

---

Consistono nella ripetizione dell'indagine con metodica di conferma sul campione biologico "C" ed è eseguita solo su formale richiesta del lavoratore, che ne assume l'onere economico.

Il lavoratore ha facoltà di assistere personalmente al riconoscimento del campione della controanalisi e di assistere alle stesse tramite un proprio consulente tecnico, di cui si assume l'onere economico.

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

## LABORATORI

---

Al fine di valorizzare appieno le potenzialità, il coordinamento e l'integrazione in rete delle strutture laboratoristiche pubbliche o private accreditate presenti in Puglia, le Aziende USL, per gli esami di laboratorio previsti dal presente documento (sia di primo che di secondo livello), faranno riferimento a laboratori pubblici, o privati accreditati, presenti sul territorio pugliese (specializzati ed in possesso delle necessarie tecnologie ed esperienze e che garantiscano affidabilità ed uniformità nell'effettuazione delle analisi secondo metodiche di qualità condivise) che, ove previsto dalla legislazione regionale e nazionale, dovranno essere accreditati e partecipare a programmi di valutazione esterna di qualità organizzati da Enti o Istituti di livello regionale, nazionale o internazionale scientificamente accreditati.

## SMALTIMENTO DEI CAMPIONI

---

Le strutture individuate dalle Aziende USL (medico competente, laboratori pubblici o privati accreditati e/o SERT) alla conservazione dei campioni, ove non diversamente stabilito, provvedono al loro smaltimento entro 90 giorni dalla raccolta.

## TARIFFE

---

I costi degli accertamenti previsti dal presente documento sono a carico dei datori di lavoro e, per le controanalisi, a carico del lavoratore che li richiede.

Le tariffe da applicare per gli accertamenti sanitari previsti nel presente documento sono quelle stabilite dal Nomenclatore Tariffario Regionale. Le Aziende USL potranno stabilire ulteriori costi (anche a forfait) derivanti dalle spese (contenitori, trasporti, utilizzo locali etc.) non previste dal Nomenclatore.

Per le analisi tossicologiche di conferma in GC/MS o LC/MS, la tariffa è di 105 euro per ogni analita (inclusi i suoi metaboliti).

Le tariffe per gli accertamenti da parte della struttura sanitaria competente (SERT), con esclusione degli esami di laboratorio, previsti dal presente documento, sono di Euro 70,00; la tariffa comprende la prima visita e la visita finale completa di certificazione.

## ACCERTAMENTI SU MATRICE PILIFERA

Nel caso il SERT decida di avvalersi dell'opzione a) di cui al punto 3.3 la struttura sanitaria pubblica esegue detti accertamenti, in aggiunta agli accertamenti su urina, su un prelievo di matrice pilifera (capello o, se di lunghezza inferiore a 3 cm, pelo ascellare o pubico) attenendosi alle seguenti indicazioni per le modalità di prelievo dei campioni:

Il campione prelevato verrà suddiviso in due aliquote: la prima verrà denominata A e verrà utilizzata per gli accertamenti analitici e la seconda aliquota, denominata B verrà conservata per eventuale controanalisi richiesta dal lavoratore.

### **Per i capelli** (lunghezza minima non meno di 3 cm)

Viene recisa una ciocca (non strappata) in regione nucale, del peso almeno 200 mg (grossolanamente corrispondente allo spessore di una matita) che, in presenza del lavoratore, viene divisa in due aliquote di simile peso ("A" e "B") di ognuna delle quali viene fissata l'estremità prossimale.

Esse vengono inserite in contenitori separati non trasparenti (con tappi a chiusura ermetica e sigillati con nastro inamovibile, etichettati come indicato sopra per la matrice urinaria e conservati a temperatura ambiente).

### **Per i peli**

È necessario, previa consenso informato dell'interessato, rasare una intera regione ascellare o una vasta regione pubica (almeno 200 mg di peli).

I peli così raccolti vengono suddivisi in due aliquote "A" e "B".

Il verbale di prelievo segue le medesime indicazioni della matrice urinaria, riportando anche l'indicazione del colore dei capelli e di eventuali trattamenti cosmetici.

*Classi di sostanze e cut-off per la conferma su matrice pilifera*

<i>Classi di sostanze</i>	<i>cut-off</i>
Oppiacei e metaboliti: Morfina, codeina, 6-monoacetilmorfina	0,2 ng/mg
Cocaina - metabolita (*Benzoilecgonina	0,2 ng/mg - 0,05 ng/mg*
Cannabinoidi metaboliti	0,1 ng/mg
Amfetamine ed analoghi: Amfetamina Metamfetamina MDMA-MDA-MDEA Metadone Buprenorfina	0,2 ng/mg 0,2 ng/mg 0,2 ng/mg 0,2 ng/mg 0,05 ng/mg

Tabella 3

## **Allegato 1**

### **Lista di controllo - Le tossicodipendenze sul posto di lavoro**

Su questa pagina sono elencate, solo a titolo esemplificativo, le domande che vi aiuteranno ad individuare le persone con problemi di dipendenza e a capire quali sono le condizioni di lavoro che ne favoriscono l'insorgenza. Si rammenta che il repertorio di "sintomi" alla base di eventuali segnalazioni del datore di lavoro, va realizzato e aggiornato sentendo il SERT competente territorialmente e il medico competente e tenendo altresì conto di linee guida in materia, nazionali o regionali.

**Nota:** ognuno di questi sintomi *può* evidenziare un problema di dipendenza ma non è in alcun modo un dato a valenza diagnostica. Possono però esserci anche altre cause, connesse a altre patologie, difficoltà esistenziali di ogni genere etc.. Non si devono quindi trarre conclusioni affrettate. Solo il medico competente, a cui andrà consegnato il presente questionario può, sulla base delle procedure su descritte, giudicare se un lavoratore ha problemi di dipendenza.

1 Esistono da voi lavoratori che hanno di tanto in tanto l'alito alcolico o lo sguardo assente, annebbiato?

2 Avete lavoratori che ogni giorno si assentano brevemente dal luogo di lavoro senza un motivo plausibile?

3 Avete lavoratori che si ammalano o si infortunano più spesso di altri?

4 Avete lavoratori che hanno enormi sbalzi di rendimento e un calo a lungo termine della qualità e della quantità del lavoro?

5 Avete lavoratori particolarmente lunatici e frequentemente irritati?

6 Avete lavoratori che il mattino danno l'impressione di essere estremamente affaticati e di avere postumi da sbornia?

7 Esistono scorte di alcolici o «depositi» nascosti con bottiglie vuote (cassetti, armadietti, librerie)?

8 Esistono posti di lavoro che prevedono attività normalmente stressanti e frenetiche o monotone e noiose?

9 Esistono posti di lavoro con orari di lavoro piuttosto irregolari (lavori a turno)?

10 Esistono posti di lavoro che sfuggono quasi completamente al controllo sociale (uffici individuali, lavori isolati, servizio esterno)?

## Allegato 2

### Accertamento di assenza di tossicodipendenza nelle mansioni a rischio Verbale di prelievo e/o trasmissione del campione di urine

<b>Azienda</b>			
<b>Medico Competente</b>			
<b>Nome e Cognome Lavoratore</b>			
<b>Mansione</b>			
<b>Identificazione del Lavoratore</b> Documento: CI Patente Altro ..... N ..... rilasciata da..... il .....scadenza ..... Altro .....			
<b>CONSENSO del LAVORATORE</b> - Ricevuta l'informativa sulle normativa in oggetto e sulle finalità e procedure del prelievo , rientrando la mansione a cui sono addetto fra quelle che comportano rischi per la sicurezza, incolumità e salute proprie e di terzi anche in riferimento ad una assunzione sporadica di sostanze stupefacenti e/o psicotrope (Allegato I-Intesa Conferenza Unificata Stato Regioni 30/10/2007 - G.U. n. 266 del 15 novembre 2007) -Attestando la corretta esecuzione del prelievo, ivi compresa la salvaguardia della dignità della persona e della privacy, <b><u>rilascio il mio consenso all'esecuzione del prelievo</u></b>			
<b>Firma Lavoratore</b>			
<b>Luogo del prelievo</b>			
<b>Data e ora del prelievo</b>		Data	Ora
<b>Delegato al Prelievo (se diverso dal Medico Competente)</b> Dott..... Qualifica:.....			
<b>Farmaci assunti negli ultimi 7 giorni</b>			
<b>Quantità di urina raccolta</b>		ml:..... unica soluzione .....	
<b>Esito test screening rapido</b>			
<b>Laboratorio autorizzato incaricato screening primo livello (se non effettuato test on site)</b>			
<b>Dichiarazioni del lavoratore</b>			
<b>OSSERVAZIONI</b>			
<b>Firma del Medico Competente</b>			
<b>Firma Lavoratore</b>			

Atti di indirizzo per la verifica di assenza  
di rischi alcolcorrelati  
ad opera dei medici competenti  
Ex art. 41 Co. 4 D.Lgs. 81/08  
e intesa stato-regioni del 16 marzo 2006



## PREMESSE NORMATIVE

- La Legge n. 125 del 30 marzo 2001, “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” stabilisce al comma 2 dell’art. 15 che: *“Per le finalità previste dal presente articolo i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente ai sensi dell’articolo 2, (comma 1, lettera d), del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e successive modificazioni, ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali”*.

- L’art. 1 dell’Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, “Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell’articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131” dispone che: *“Le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, per le quali si fa divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell’art. 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125, sono quelle individuate nell’allegato 1, che forma parte integrante della presente intesa”*.

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

- Occorre peraltro ricordare come l’Art. 41 (Sorveglianza sanitaria) del D.Lgs. 81/08 sia stato recentemente modificato dal D.Lgs. 106/09 con l’introduzione del seguente comma 4-bis *“Entro il 31 dicembre 2009, con accordo in Conferenza Stato-Regioni, adottato previa consultazione delle parti sociali, vengono rivisitate le condizioni e le modalità per l’accertamento della tossicodipendenza e della alcol dipendenza”*.

# EVIDENCE BASED PREVENTION E DIAGNOSI DI ALCOLISMO E BERE PROBLEMATICO

## **Markers biologici**

Attualmente non viene descritto in letteratura scientifica un esame specifico e sensibile di alcolismo nelle fasi precoci<sup>1</sup>.

- L'*alcoemia (BAC)*, citata dalla L. 125/01 come test di riferimento per i controlli ad opera del medico competente o dei medici del lavoro degli SPESAL con funzioni di vigilanza, in ragione della sua breve emivita (1 g/kg/h dopo astensione dagli alcolici), pur in presenza di elevate sensibilità (0-98%) e specificità (98%) è giustificata unicamente come test di accertamento in caso di acuzie. Viene infatti utilizzata per fini medico-legali, in Pronto soccorso o in Comunità per il monitoraggio di pazienti in disintossicazione<sup>2</sup>.

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

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

La contemporanea positività a Gamma GT e MCV in soggetto con abuso di alcol

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

<sup>2</sup> Scottish Intercollegiate Guideline Network – “The Management of Alcohol Dependence in Primary Care” – Atti For discussion at the National Open Meeting – 29 April 2002

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

presenta una sensibilità variabile dal 17 al 63% e una specificità variabile dal 74 al 98%<sup>3</sup>.

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

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

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

### Questionari mirati

L'utilizzo di questionari validati dalla comunità scientifica può agevolare l'individuazione dei soggetti a rischio, mostrando un'accuratezza diagnostica superiore agli esami biochimici (ad es. *GGT* o *MCV*) nello screening dei problemi alcolcorrelati. Gli esami di laboratorio saranno comunque utili per fornire ulteriori successivi elementi diagnostici. L'accuratezza diagnostica dei questionari non si modifica se il paziente si autosomministra il test o se essi vengono inseriti nell'ambito di una valutazione generale sui fattori di rischio per la salute<sup>3</sup>. Sono attualmente utilizzati i seguenti questionari che hanno mostrato un'accuratezza diagnostica sovrapponibile nei soggetti adulti:

- *TWEAK*<sup>4</sup> e *T-ACE* (versione abbreviata), preferibili in ambiente ostetrico nello screening preconcezionale e nelle donne gravide<sup>2</sup>.

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

- *AUDIT*, realizzato per il riconoscimento dei bevitori a rischio<sup>6</sup>. Ne sono state elaborate versioni brevi (*C* o *FAST* o *PAT*) che consentono uno screening di emergenza in 30 secondi. Ha una sensibilità del 92% e una specificità del 94%

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

<sup>5</sup> Munchener Alcoholismus test, 1977

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

• *CAGE*, test di autodiagnostica molto semplice e di facile somministrazione, con costi di lettura minimi e di buona affidabilità. È preferibile quando il tempo a disposizione è limitato<sup>3</sup>.

• *MAST*, di facile somministrazione, valuta la sfera psichica, fisica e sociale<sup>7</sup>.

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

• facile somministrabilità (con possibilità di autosomministrazione)

• tempi molto veloci nella somministrazione

• facile lettura dei risultati

• buona affidabilità

• possibilità di mascherare le domande mirate in un contesto più generale di verifica delle abitudini di vita

Per tali ragioni, ferma restando la validità dei questionari sopra elencati e lasciando alla libera decisione del medico competente l'individuazione di quello più idoneo ad affrontare le singole fattispecie, si ritiene di segnalare l'*AUDIT C* (Allegato 1) e il *CAGE* (Allegato 2) come quelli più rispondenti ai requisiti sopra menzionati e come quelli idonei ad un veloce screening di primo livello negli ambienti di lavoro. Questi questionari potrebbero essere mascherati inserendoli in quello più ampio di Wallace (Allegato 3), sulle abitudini di vita e sulla salute, che assicurerebbe ulteriori informazioni utili al medico competente nella sua opera di promozione della salute. Peraltro un recente lavoro<sup>8</sup> ha ulteriormente rimarcato l'importanza del *CAGE* come test per lo screening dell'alcolismo, mentre in uno studio del 1977 (ripubblicato nel 2000)<sup>9</sup> viene fornito qualche dato importante sull'accuratezza diagnostica del *CAGE*. In particolare, le domande del *CAGE* sono superiori ad altri test soprattutto nel riconoscere l'alcolismo e l'alcolodipendenza (nei vari studi sensibilità oscillante fra il 43% e il 94%; specificità del 70-97%, valutate a livello di primary care). La conclusione degli autori è che l'impiego di strumenti formali come il *CAGE* è preferibile ad altre misure cliniche per aumentare la capacità di riconoscere i problemi alcol-correlati a livello di assistenza primaria.

Analogamente anche l'*AUDIT* ha ottenuto importanti riconoscimenti in merito alla sua efficacia, al punto da essere stato inserito nel "Programma di Formazione IPIB-PHEPA Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Pri-

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

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

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

mary Health Care” del Progetto PHEPA (Primary Health Care Project on Alcohol) cofinanziato dalla Commissione Europea e dal Dipartimento della Salute del Governo della Catalogna (Spagna)<sup>10</sup>.

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

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

1. Il medico competente collabora con il datore di lavoro al processo di valutazione dei rischi all’interno dell’azienda, con particolare attenzione per quelle mansioni per le quali viene codificato dalle vigenti normative il rischio derivante da abuso di alcol. In presenza di tali mansioni, il datore di lavoro è chiamato a:

a. assicurare adeguata informazione e formazione sulla prevenzione dei problemi alcol correlati nei confronti di dirigenti, preposti, rappresentanti dei lavoratori e lavoratori stessi, previa consultazione del RLS o RLSt ai sensi degli artt. 18, c. 1, lett. c, n ed s, e 50, c. 1, lett. b del D.Lgs. 81/08 e successive modificazioni;

b. proibire in azienda l’assunzione, la somministrazione, la distribuzione e la vendita di alcolici, dandone adeguata informazione a tutti i lavoratori;

c. comunicare con nota formale ai lavoratori che gli stessi non devono assumere alcolici prima di iniziare il lavoro o durante le pause pranzo, anche al di fuori dell’orario lavorativo, in quanto ciò rappresenta un rischio aggiuntivo di infortuni sul lavoro;

d. valutare, nell’ambito delle lavorazioni presenti in azienda, oltre a quelle a rischio anche quelle potenzialmente non a rischio (se presenti), al fine di collocarvi utilmente i lavoratori che risultassero portatori di problemi alcol correlati.

2. Il medico competente effettua la verifica di assenza di problemi alcol correlati in occasione della sorveglianza sanitaria prevista dall’art. 41 del D.Lgs. 81/08 sugli operatori che svolgono le mansioni elencate nell’allegato I dell’Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006.

3. In occasione della sorveglianza sanitaria di cui al precedente punto, il medi-

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

co competente utilizza i criteri proposti dalla *Consensus Conference* sull'alcol della SIA<sup>11</sup>. La ricerca dell'alcolemia, in considerazione della sua breve emivita, viene riservata alle situazioni di intossicazione acuta di alcol.

4. In particolare, oltre all'usuale verifica delle condizioni cliniche del lavoratore attraverso la raccolta dei dati anamnestici e un comune esame obiettivo, possono essere ricercati i segni e i sintomi più frequenti del bere problematico<sup>12</sup>: alitosi alcolica, congiuntiva iniettata, lividi, contusioni e traumi, bruciature di sigarette tra indice e medio, epatomegalia, disturbi cardiovascolari (ipertensione arteriosa, tachicardia), gastrointestinali (ipoessia, diarrea, nausea, vomito, epigastralgia), dermatologici (dischromie cutanee, psoriasi, eczema discoide, prurito), neurologici (instabilità posturale, tremore, crampi e parestesie agli arti, disorientamento, stato confusionale), psichici (insonnia, ansia, depressione, allucinazioni).

5. Al fine di agevolare lo screening dei soggetti esposti a problemi alcolcorrelati si propone l'utilizzo di questionari mirati (anche eventualmente autosomministrati). Tra questi, in considerazione dell'agevole somministrazione e della buona affidabilità dei risultati, si propone l'utilizzo dell'AUDIT C (o FAST) o del CAGE, eventualmente inseriti nel più ampio questionario di Wallace sulle abitudini di vita e sulla salute.

6. In caso di negatività agli accertamenti di primo livello (anamnesi, esame obiettivo, somministrazione di questionario) il medico competente conclude l'accertamento con giudizio di idoneità alla mansione specifica, comunicandolo per iscritto al lavoratore e al datore di lavoro.

7. I soggetti individuati a seguito di questo screening iniziale come esposti a problemi alcol correlati (positività al questionario AUDIT C o CAGE e/o sospetto diagnostico emerso nel corso della visita medica), saranno avviati agli accertamenti di II° livello presso le strutture all'uopo deputate, con la ricerca di markers biologici, quali Gamma GT, MCV e/o CDT, con metodi di conferma (vedi "Linee guida della Regione Puglia per i laboratori di analisi delle droghe d'abuso con finalità medico legali"). Al fine di aumentare la sensibilità diagnostica dello screening di I° livello, il Medico competente può, in particolare per alcune categorie di lavoratori ad alto rischio per sé e per terzi (quali ad esempio gli autisti di mezzi pubblici e le attività lavorative che prevedono l'uso di armi), richiedere accertamenti di laboratorio.

8. In caso di rifiuto del lavoratore di sottoporsi agli accertamenti analitici, il medico competente dichiarerà che *"non è possibile esprimere giudizio di idoneità per impossibilità materiale ad eseguire gli accertamenti sanitari"*. Ove il lavoratore non si presenti agli accertamenti senza avere prodotto documentata e valida giustificazione lo stesso sarà sospeso in via cautelativa dalla mansione a rischio e riconvocato

<sup>11</sup> Consensus conference sull'alcol – Scientifica press Ed, Firenze 1995

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

entro dieci giorni. Ove il lavoratore non si presenti all'accertamento per giustificati e validi motivi, debitamente documentati, lo stesso dovrà essere riconvocato entro dieci giorni dalla data di cessazione dei motivi che hanno impedito la sua presentazione agli accertamenti. In caso di rifiuto, il lavoratore sarà comunque sospeso dalla mansione per "impossibilità materiale a svolgere gli accertamenti".

9. La conferma attraverso gli accertamenti di laboratorio di un utilizzo problematico di alcol determina, ad opera del medico competente:

a. l'emissione di un giudizio di non idoneità alla mansione specifica, temporanea o definitiva, comunicato per iscritto al lavoratore e al datore di lavoro;

b. un'azione di sensibilizzazione nei confronti del dipendente e dei suoi familiari, da formularsi nel rispetto della privacy e della dignità della persona, finalizzata all'avvio di un'azione di recupero (eventualmente anche attraverso il coinvolgimento del medico di medicina generale, delle U.O. di alcologia territorialmente competenti e delle associazioni di auto-mutuo-aiuto) l'invio di comunicazione alla Prefettura per l'eventuale revisione della patente.

10. In caso di non idoneità alla mansione specifica, temporanea o definitiva, il datore di lavoro è tenuto, a mente dell'art. 42 del D.Lgs. 81/08, ad adibire il lavoratore, ove possibile, ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute. Spetta comunque al datore di lavoro, informato dal medico competente sulla base del giudizio di idoneità, il compito di allontanare il proprio dipendente con problemi alcolcorrelati dalla mansione potenzialmente a rischio, dandone comunicazione al RLS.

11. Il lavoratore, ai sensi dell'art. 20 co. 2 lett. i) del D.Lgs. 81/08, non può rifiutarsi di sottoporsi alla visita medica e ai relativi accertamenti, pena la decadenza dell'idoneità alla mansione a specifico rischio

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

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

In caso di risultato discordante, la rivalutazione ulteriore, mediante riconsiderazione dei dati prodotti dagli accertamenti precedenti e non attraverso una ulteriore analisi, andrà eseguita da una struttura di tossicologia forense tra quelle individuate

dalla Regione, di concerto tra il datore di lavoro e il lavoratore, che dovrà esprimere un giudizio finale.

13. Il giudizio di non idoneità temporanea al lavoro specifico potrà essere revocato ad opera del medico competente a seguito di sopravvenuta negatività dei markers biologici, su campioni ripetuti con periodicità almeno mensile (con date non programmate dal lavoratore), ed attestazione di costante partecipazione alle attività da parte delle U.O. di Alcologia o dei gruppi A.M.A. a cui è affidato in trattamento, in un arco temporale di almeno sei mesi. La periodicità della sorveglianza sanitaria successiva alla riammissione alla mansione a rischio, svolta con le stesse modalità precedentemente descritte, dovrà essere semestrale per un periodo di almeno cinque anni.

14. Nel caso di sospetta presenza di problemi alcolcorrelati in lavoratori, pur adibiti a mansioni a rischio per sé o per terzi, non ricompresi nelle mansioni di cui all'allegato I dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, il datore di lavoro potrà presentare richiesta di valutazione dell'idoneità al lavoro alla Commissione ex art. 5 L. 300/70 costituita presso le ASL territorialmente competenti.

15. Per le situazioni nelle quali può essere giustificato il ricorso alla ricerca dei livelli di alcolemia (in presenza di lavoratori con intossicazione acuta da alcol), premesso che nelle mansioni elencate dalla citata Intesa Stato Regioni viene vietata in termini assoluti la somministrazione di bevande alcoliche (art. 15 della L. 125/01), al fine di evitare palese contraddizione con i limiti stabiliti dal Codice della strada si ritiene che il limite da utilizzare nelle valutazioni alcolimetriche sia quello indicato nello stesso.

16. Si rimarca il fondamentale ruolo che il medico competente è chiamato a svolgere in tema di promozione della salute (art. 25 co. 1 D.Lgs 81/08). In questo ambito si sottolinea l'opportunità che il medico competente attivi, in collaborazione con i datori di lavoro e il Sistema di Gestione della Sicurezza Aziendale, con il partecipe coinvolgimento degli RLS, ogni attività ritenuta opportuna per avviare politiche di prevenzione sulle tematiche correlate all'alcol. In particolare si ritengono da valorizzare iniziative volte ad una mirata informazione e formazione, rivolte non solo ai soggetti che già presentino problemi alcolcorrelati o alle mansioni elencate nell'allegato I dell'Intesa Stato-Regioni del 16 marzo 2006, ma estese anche alla rimanente popolazione lavorativa secondo i principi della responsabilità sociale.



**Allegato 1**

**QUESTIONARI AUDIT E AUDIT-C (IN NERETTO)**

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

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

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

## **Allegato 2**

### **QUESTIONARIO CAGE**

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

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

Una risposta positiva segnala un rischio, due o più un vero alcolismo. Una volta appurato il quantitativo di bevande ingerito, 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.

### Allegato 3

#### PROPOSTA DI QUESTIONARIO SULLE ABITUDINI DI VITA E SULLA SALUTE (QUESTIONARIO DI WALLACE INTEGRATO CON CAGE)

Codice Fiscale: _____
Luogo di lavoro _____
Questionario autosomministrato:    SI    NO

**Data**

           
giorno    mese    anno

**Sesso**     Maschio     Femmina    **Età** \_\_\_\_\_    **Peso (Kg)** \_\_\_\_\_    **Altezza (cm)** \_\_\_\_\_

**1) Negli ultimi 3 mesi ha fatto ginnastica, sport, altri esercizi fisici?**

Si     No, perché stavo troppo male     No, per altri motivi

*Se Sì: Per quanti giorni alla settimana lo ha fatto?*

Meno di 1     1     2-3     4 o più

**2) Negli ultimi 3 mesi ha fumato sigarette?**

Sì     No

*Se Sì: Quante sigarette al giorno ha fumato in media?    N°*

**3) Negli ultimi mesi ha bevuto vino, birra, liquori, amari o altre bevande alcoliche (sia durante i pasti sia fuori dai pasti) ?**

Sì     No

*Se Sì: In media nel periodo in cui beveva quanti bicchieri di vino, birra, liquore, ecc... beveva AL GIORNO all'incirca?*

**Numero bicchieri di vino:**     0     Meno di 1     1-2     3-4     5-8     9 o di più

**Bicchieri da bar di birra:**     0     Meno di 1     1-2     3-4     5-8     9 o di più

**Bicchierini di liquore:**     0     Meno di 1     1-2     3-4     5-8     9 o di più  
(whisky, grappa, cognac...)

**Caffè corretti, bicchierini**

**di amaro, aperitivi alcolici:**     0     Meno di 1     1-2     3-4     5-8     9 o di più

Calcoli che una bottiglia di 750 cc di vino corrisponde a 6 bicchieri da tavola di vino; 1 litro equivale a 8 bicchieri; 1 bottiglia di liquore equivale a 25 bicchierini. Calcoli che una bottiglia di birra corrisponde a 2 bicchieri da bar di birra, 1 birra media in pizzeria a 2 bicchieri.

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

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

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

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

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

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

- perché aveva una dieta sbagliata (mangiare troppo o troppi grassi)?.....  1 Sì       2 No

- perché faceva troppo poco esercizio fisico?.....  1 Sì       2 No

- perché beveva troppo?.....  1 Sì       2 No

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

0 Nessuna       1 1       2 2       3 3       4 4 o più

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

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

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

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

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

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