

Nicola Magnavita

Alcol e lavoro, l'esperienza dei medici del lavoro

Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

RIASSUNTO. La medicina del lavoro in Italia ha tre secoli di storia. L'abitudine a bere è molto più antica, visto che l'antico nome del paese, Enotria, significa "terra del vino". I medici del lavoro italiani hanno dovuto confrontarsi da sempre con il tema dell'alcol nei luoghi di lavoro. Per controllare i problemi di sicurezza e salute connessi con l'alcol essi hanno sviluppato una strategia basata sulla valutazione del rischio, la sorveglianza sanitaria, l'educazione dei lavoratori e la verifica degli atti compiuti. Il cosiddetto metodo A.S.I.A., una sequenza logica di valutazione, sorveglianza, informazione e audit, può efficacemente controllare il rischio ed evitare i danni dell'alcol anche nelle piccole e medie imprese. Il gruppo di studio La.R.A. sui lavoratori rischiosi per gli altri ha suggerito anche lo sviluppo di specifiche politiche e azioni di promozione della salute, almeno nelle aziende di maggiori dimensioni.

Parole chiave: alcol, luoghi di lavoro, sicurezza, promozione della salute, sorveglianza sanitaria, bioetica, lavoratori rischiosi, metodo A.S.I.A.

ABSTRACT. ALCOHOL AT WORK. THE EXPERIENCE OF OCCUPATIONAL HEALTH. Occupational health in Italy has a 3-century history. Alcohol consumption is much older, as the first name of the country, Enotria, means "The Earth of Wine". The Italian occupational health physicians always had to deal with alcohol in the workplace. They developed a strategy based upon risk assessment, medical surveillance, education and auditing to cope with alcohol-related safety and health risks. The so-called A.S.I.A. method, a logical sequence of risk assessment, medical surveillance, information, and audit, can effectively tackle the problem and help avoiding alcohol-related risks also in small and medium-size companies. The La.R.A. study group on hazardous workers also suggested the development of a participatory policy on alcohol and of some specific workplace health actions in the largest companies at least.

Key words: alcohol, workplace, safety, health promotion, medical surveillance, bioethics, hazardous worker, A.S.I.A. method.

La tradizione della medicina del lavoro

La medicina del lavoro in Italia ha tre secoli di esperienza. La tradizione delle bevande alcoliche è ancora più remota, riconosciuta nell'antico nome di Enotria, terra del vino, e sostenuta da uno dei settori di punta della nostra economia. Di conseguenza, la medicina del lavoro ha imparato a gestire l'alcol nei luoghi di lavoro molto prima che il legislatore ponesse mano alle normative sull'argomento. Anche negli ambienti industriali degli anni del boom, quando le esigenze produttive facevano premio su quelle di sicurezza e i livelli di inquinamento erano superiori a quelli attuali di molti organi di grandezza, il medico di fabbrica dedicava particolare attenzione all'identificazione dei lavoratori con problemi di assunzione alcolica, perché temeva sia l'aumento del rischio di infortuni ed errori, potenzialmente forieri di danno per i terzi, quanto il potenziamento dei danni per la salute tra l'alcol e molti tossici industriali.

Il metodo da sempre usato dai medici del lavoro per controllare il problema dell'alcol nei luoghi di lavoro si basa su una sequenza organizzata di operazioni che ritroviamo nell'agire dei più antichi operatori della disciplina e prosegue fino alla pratica dei nostri giorni. La prima operazione, in ordine logico, consiste nel valutare il rischio che il lavoratore che assume bevande alcoliche pone per la sua propria sicurezza e per quella degli altri; la seconda nel verificare quanto più precocemente possibile, mediante la sorveglianza sanitaria, la presenza di danni; quindi la terza, mettere in guardia il lavoratore contro i rischi dell'alcol, soprattutto se associati con i rischi propri dell'attività lavorativa, ed educarlo ad abitudini più sane. La quarta fase, di verifica, si svolge nelle visite periodiche, che sono occasione per il rafforzamento delle misure preventive. A questa sequenza logica si dà oggi il nome di metodo A.S.I.A., indicando una strategia generale della medicina del lavoro per il controllo e la gestione di tutti i rischi che hanno rilievo nell'ambiente di lavoro (1).

L'attività del medico competente nella diffusione delle buone pratiche si è sviluppata per molti anni nel nostro paese ed ha indubbiamente prodotto risultati concreti. L'arma principale non è stata certamente la coercizione, né l'istituzione di controlli sui lavoratori, ma piuttosto l'incessante opera di informazione sui rischi dell'alcol, con-

dotta capillarmente nel corso di tanti colloqui in occasione delle visite mediche. Se il consumo pro-capite di alcol nel nostro paese si è ridotto, avvicinandosi agli ambiziosi obiettivi fissati dall'OMS (2), mentre in altri paesi europei è purtroppo sensibilmente più alto, una parte del merito deve essere ascritta a questa silenziosa e non organizzata campagna di formazione e informazione. È facile ricordare come, non molti anni addietro, fosse consueto consumare bevande alcoliche sul posto di lavoro e quanto tale abitudine fosse diffusa proprio tra gli operai dei settori a maggiore rischio per la sicurezza, come l'edilizia o l'industria. È un dato di fatto che le mense aziendali distribuissero bevande alcoliche ai dipendenti e addirittura, nel mio policlinico universitario, fosse prevista una distribuzione pomeridiana di vino a tutti i pazienti. Il fatto che ciò sembri oggi incredibile è la migliore testimonianza del successo di quest'opera di educazione della collettività.

Inevitabilmente, per condurre questa indispensabile opera di miglioramento della salute, il medico competente deve abbandonare il tradizionale approccio "laboristico" esclusivamente finalizzato cioè alla prevenzione dei rischi che derivano dall'attività lavorativa, per adottare una visione "olistica", estesa a tutti i rischi che nascono da errati stili di vita e abitudini inappropriate. L'abuso di alcol rappresenta il caso in cui è più evidente questa necessità.

Il bevitore compulsivo può facilmente diventare un lavoratore rischioso per gli altri. Il medico del lavoro, proprio in quanto medico, si è posto da molti anni il problema di garantire la salute e la sicurezza dei terzi, senza per questo privare il lavoratore con problemi alcolici dei suoi diritti civili né dell'assistenza. In qualche caso, le esperienze condotte dai medici del lavoro sono state pubblicate (3). Il gruppo di studio La.R.A. (Lavoratori Rischiosi per gli Altri) si è costituito nel 2000 proprio per raccogliere e analizzare queste esperienze, confrontandole con quelle di specialisti di altre discipline mediche, giuristi, bioeticisti, rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro. Mettere a punto preventivamente le strategie che possono consentire di controllare il problema è meno semplice di quel che possa sembrare, ma è l'unica strada per non rischiare di gestire in modo inappropriate i casi che si presenteranno.

Una strategia aziendale condivisa con i lavoratori e i loro rappresentanti, basata su una policy scritta e nota a tutti e verificata nella sua applicabilità è la modalità più efficace per la gestione dei problemi di alcol nei luoghi di lavoro, come indicato in due successivi Documenti di Consenso del gruppo La.R.A. (4, 5), che trovano oggi sostegno empirico nell'analisi delle esperienze condotte in vari paesi (6).

L'impegno dei medici del lavoro nel contrasto dell'assunzione di alcol non è mai mancato ed ha preceduto di molti anni l'intervento del legislatore. Sfortunatamente, la scelta dell'Italia di regolare con il codice penale la prevenzione (decisione che non ha corrispondenti nel mondo, quasi che gli italiani siano diversi da tutti gli altri cittadini) non ha favorito la diffusione delle buone pratiche professionali. Si è soliti procedere, al contrario, tramite la sovrapposizione di norme e regolamenti. Le molte incongruenze della normativa nazionale sono amplificate dalla diversificazione delle leggi regionali (5) e producono au-

tentici paradossi. Nell'era della globalizzazione, abbiamo così un sistema che, all'interno dello stesso Stato, sanziona penalmente l'adozione di misure di prevenzione che a pochi chilometri di distanza, in un'altra Regione, sono invece obbligatorie.

La policy nazionale italiana

L'aspetto più sconcertante è che, nell'accavallarsi di norme nazionali e regionali, non è chiaro quale sia la politica nazionale sull'alcol nei luoghi di lavoro. Nei diversi paesi, difatti, si nota il prevalere dell'uno o dell'altro orientamento, che vanno sotto il nome di "Tolleranza zero" e di "Riduzione del danno".

La "Tolleranza zero", contrasto deciso dell'uso di alcol con misure individuali che giungono al licenziamento di chi beve, ha mostrato di poter ridurre significativamente la prevalenza di bevitori sul posto di lavoro. Tuttavia, essa non è sufficiente a determinare, da sola, una modificazione dei comportamenti di coloro che abusano.

In Svezia, con l'attuazione di una politica di duro contrasto dell'alcolismo, si è verificato in quattro anni un aumento di dieci volte del numero degli arresti per guida in stato di ebbrezza, e quasi la metà dei soggetti positivi è risultata più volte recidiva (7). In Australia il passaggio da una politica di limitazione del danno ad una di tolleranza zero ha significativamente ridotto il numero di lavoratori che chiedono l'aiuto del medico (8). Dunque, la maggiore intolleranza non si accompagna a risultati più favorevoli. Per questo anche negli Stati Uniti la filosofia alla base dei controlli è drasticamente mutata nel corso degli anni, passando dalla eliminazione dei lavoratori positivi al loro recupero. Oggi è consentito alle aziende di effettuare screening dell'alcol solo a patto che esse dimostrino un concreto impegno nell'educazione di lavoratori e dirigenti e forniscano assistenza alle persone con problemi (9). La politica di riduzione del danno, d'altro canto, impone di stabilire con chiarezza chi debba sostenere i costi del recupero, che non sono solo sanitari, ma anche produttivi. La perdita dell'idoneità alla mansione del lavoratore alcolista e il suo trasferimento ad una mansione alternativa nella quale non c'è rischio per terzi penalizzano il datore di lavoro, che non ha evidentemente nessuna responsabilità nell'abitudine alcolica del lavoratore. Si tratta quindi di un provvedimento difficilmente giustificabile sotto il profilo etico. Inoltre l'assenteismo ed il presentismo di un lavoratore con problemi di alcol sono costi difficilmente sostenibili dalle aziende di piccole dimensioni, che rappresentano la maggior parte del nostro tessuto produttivo. Alla radice, il vero problema è l'insufficienza dei servizi per il recupero degli alcol-dipendenti, che in Italia sono commisurati ad una utenza che è inferiore di più di un ordine di grandezza alle necessità. Quale utilità può avere l'identificazione del lavoratore che ha bisogno di aiuto, se non c'è la concreta possibilità di aiutarlo?

In questa situazione, non è sorprendente che i primi dieci anni dall'introduzione dell'obbligatorietà dei controlli sull'alcol dipendenza nei luoghi di lavoro non ab-

biano modificato sostanzialmente il quadro. In mancanza di soluzioni, la messa in opera di controlli non porta benefici a nessuno dei protagonisti. Azienda, medico, servizi di prevenzione e rappresentanti dei lavoratori si trovano ad affrontare queste drammatiche situazioni in modo inadeguato.

La soluzione ottimale, e dunque quella più praticata dai medici competenti, è senza dubbio quella di promuovere la salute e, in questo ambito, le corrette abitudini alcoliche, intervenendo prima che i danni dell'alcol siano evidenti e difficilmente reversibili. Il luogo di lavoro è l'ambiente ideale per lo sviluppo di politiche contro l'alcol, ma solo a condizione che si ottenga la piena collaborazione dei lavoratori ad uno screening su base volontaria. Il controllo ispettivo fine a se stesso non ha senso, e non è un compito del medico del lavoro. Al contrario, l'adesione volontaria a programmi per l'identificazione precoce e il trattamento dei casi può risparmiare vite umane e costi sociali. Il medico del lavoro può e deve svolgere efficacemente il suo compito di consulente del datore di lavoro e di operatore per la salute e sicurezza dei lavoratori indicando le corrette misure per la prevenzione dei problemi correlati all'alcol (Tabella I). È appena il caso di osservare come gli aspetti sui quali più si è appuntata l'attenzione del legislatore (l'esecuzione di test alcolimetrici,

l'espressione dei giudizi di idoneità) non siano che una parte, piuttosto modesta, dell'opera da compiere.

Nel predisporre una campagna di promozione della salute e di miglioramento delle abitudini alcoliche, è opportuno affrontare contemporaneamente l'alcol e l'obesità, sia perché i due fenomeni hanno un effetto moltiplicativo sul danno epatico, sia perché i lavoratori preferiscono interventi orientati alla salute in generale piuttosto che quelli volti a trasformare le abitudini alcoliche (10). Anche la prevenzione dello stress lavoro-correlato potrebbe rientrare in un programma di controllo dell'alcol nel luogo di lavoro, data la complessa relazione tra stress e abitudine alcolica nei lavoratori (11, 12). Una corretta igiene del sonno potrebbe, per lo stesso motivo, essere un obiettivo associato della campagna di controllo, per la correlazione dei disturbi del sonno con lo stress e con l'alcol (13). Dunque, il medico competente deve farsi promotore di un impegno educativo, nel quale i controlli degli enzimi epatici, della CDT, della massa corporea e degli altri indicatori di benessere siano intelligentemente utilizzati per convincere e motivare. Ricordiamo che sia il Giuramento di Ippocrate, sia il Codice per la tutela dei dati personali ed il Codice Etico ICOH per gli operatori della prevenzione impediscono la trasmissione al datore di lavoro o ad altri Enti (Commissione Patenti, Commissioni medico-legali)

Tabella I. Gli interventi del medico del lavoro sul tema dell'alcol

N.	Descrizione
1	Collaborazione con il DDL ed il RSPP nella valutazione dei rischi derivanti da comportamenti di abuso e nella definizione di una policy aziendale. Identificazione dei lavoratori con attività critiche per la salute e sicurezza di terzi.
2	Verifica della praticabilità dei percorsi terapeutici per eventuali casi di dipendenza.
3	Verifica delle risorse tecniche/analitiche ed economiche a disposizione.
4	Proposta di una Campagna aziendale di promozione della salute, mirante a migliorare le abitudini alcoliche e comprendente preferibilmente anche interventi per: l'obesità, la sindrome metabolica, lo stress, i disturbi del sonno.
5	Formalizzazione e diffusione del Piano Sanitario, comprendente le misure che saranno adottate in corrispondenza dell'alterazione di ciascuno degli accertamenti proposti.
6	Esecuzione di esami ematochimici correlabili con l'abitudine alcolica (GGT, transaminasi, CDT ecc.)
7	Visite mediche preventive e periodiche. Indagine sistematica sulle abitudini alcoliche (questionari).
8	Visite mediche preventive e periodiche. Anamnesi allargata ai comportamenti di abuso e ai fattori di rischio per dipendenza.
9	Visite mediche preventive e periodiche. Informazione dei lavoratori sui rischi connessi con l'assunzione di alcolici.
10	Visite mediche preventive e periodiche. Spiegazione del risultato delle analisi predisposte per il rischio da alcol. Counseling individuale. Promozione di stili di vita sani.
11	Esecuzione di test alcolimetrici.
12	Esecuzione di test di verifica a richiesta del lavoratore positivo (alcolemia, ecc.).
13	Esecuzioni di indagini aggiuntive per la diagnosi di dipendenza nei casi di motivato sospetto.
14	Espressione dei giudizi di idoneità.
15	Indicazione dei percorsi di trattamento e riabilitazione.
16	Collaborazione con il medico di medicina generale e gli specialisti curanti, verifica dell'adesione al trattamento e dei suoi risultati.
17	Reinserimento graduale dei lavoratori con problemi.
18	Verifica del mantenimento dei risultati terapeutici.
19	Trasmissione delle proprie osservazioni al DDL, al RSPP e al RLS a corredo dei dati anonimi collettivi.
20	Trasmissione al Servizio Sanitario Nazionale dei dati aggregati.

dei dati ricavati durante la sorveglianza sanitaria, e che la violazione di questo triplice obbligo di segretezza può essere deciso, come conferma la Giurisprudenza, solo per ragioni di imminente pericolo ed assoluta gravità del rischio. Il medico competente adotterà questa decisione con estrema attenzione e dopo aver esperito ogni altro tentativo di risolvere la situazione con gli strumenti che gli sono propri, quelli delle arti mediche.

Bibliografia

- 1) Magnavita N. Applicazione di modelli organizzativi originali per la prevenzione del rischio chimico in aziende di diverse dimensioni. Metodo A.S.I.A. Istituto Italiano di Medicina Sociale, Roma 2004. Consultabile su: http://www.puntosicuro.info/documenti/documenti/111201_sirsrer_rischio_chimico.pdf
- 2) World Health Organization (WHO). Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries. 2013. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2013. Consultabile su: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf
- 3) Magnavita N. Sorveglianza sanitaria nei lavoratori della sanità con patologia neurologica, psichiatrica o comportamenti addittivi. Med Lav 2005; 96, 6: 496-506
- 4) Magnavita N, Bergamaschi A, Chiarotti M, et al. Lavoratori con problemi di alcol e dipendenze. Documento di consenso del gruppo La.R.A. (Lavoratori Rischiosi per gli Altri). Med Lav 2008; 99 (Suppl 2): 3-58.
- 5) Magnavita N, De Lorenzo G, Gallo M, et al. Alcol e lavoro. Documento di consenso del gruppo La.R.A. Med Lav 2014; 105 (Suppl 1): 3-68.
- 6) Pidd K, Kostadinov V, Roche A. Do workplace policies work? An examination of the relationship between alcohol and other drug policies and workers' substance use. Int J Drug Policy 2016; 28:48-54. doi: 10.1016/j.drugpo.2015.08.017.
- 7) Holmgren A, Holmgren P, Kugelberg FC, Jones AW, Ahlner J. High re-arrest rates among drug-impaired drivers despite zero-tolerance legislation. Accid Anal Prev 2008; 40: 534-540.
- 8) Norman R. National drug policy: implications of the 'tough on drugs' ideology. Collegian 2001; 8: 22-26.
- 9) Bush DM: The U.S. mandatory guidelines for Federal Workplace Drug Testing Programs: current status and future considerations. Forensic Sci Int 2008; 174: 111-119.
- 10) Cook PA, Morleo M, Billington D, et al. Evaluation of work-based screening for early signs of alcohol-related liver disease in hazardous and harmful drinkers: the PrevAIL study. BMC Public Health. 2015; 15:532. doi: 10.1186/s12889-015-1860-9.
- 11) Colell E, Sánchez-Niubò A, Benavides FG, Delclos GL, Domingo-Salvany A. Work-related stress factors associated with problem drinking: A study of the Spanish working population. Am J Ind Med. 2014; 57(7):837-46. doi: 10.1002/ajim.22333.
- 12) Heikkilä K, Nyberg ST, Fransson EI, et al. Job strain and alcohol intake: a collaborative meta-analysis of individual-participant data from 140,000 men and women. PLoS One. 2012;7(7):e40101. doi: 10.1371/journal.pone.0040101.
- 13) Hanson LL, Åkerstedt T, Näswall K, Leineweber C, Theorell T, Westerlund H. Cross-lagged relationships between workplace demands, control, support, and sleep problems. Sleep. 2011; 34(10):1403-10. doi: 10.5665/SLEEP.1288.

Corrispondenza: Nicola Magnavita, Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Largo Gemelli 8, 00168 Roma, Italy, E-mail: nicolamagnavita@gmail.com