

Attribuzioni e nuove responsabilità del Medico Competente

R. CORDA*, ROSSANA BORCHINI*, S. TABORELLI*, A. BORSANI***, M. M. FERRARIO*, **

* Medicina del Lavoro e Preventiva, Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, Varese

** Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli studi dell'Insubria, Varese

*** Scuola di Specializzazione di Medicina del Lavoro, Università degli studi dell'Insubria, Varese

KEY WORDS

Alcohol dependence; health surveillance; legislation; work settings

SUMMARY

«Occupational physicians' new attributions and responsibilities». Background: With the introduction in Italy of the Law regarding alcohol abuse and addiction (Law No.125/01), new tasks and responsibilities were assigned to occupational physicians. This law establishes that in working activities with a high risk of industrial accidents, or which may cause a risk for the safety and health of others, workers are forbidden to consume alcoholic beverages during working hours. In addition, occupational physicians are asked to play a key role in testing workers for alcohol levels. In March 2006 a specific list of job titles was issued which makes the law effective. **Discussion and conclusions:** The application of this law gives rise to various consequences and ambiguities, in particular for occupational physicians, mainly concerning the identification of workers with alcohol problems, the subsequent control of such workers, including proposals for valid rehabilitation programmes, and assessment of residual work fitness. All these aspects can, to some extent, produce conflicts between privacy rights and the need to ensure the health and safety of workers and third parties. A specific screening package is proposed for the identification of alcohol abuse as well as methods to overcome some of the constraints. Specific and effective guidelines need to be issued by scientific societies and health authorities.

RIASSUNTO

Le nuove attribuzioni e responsabilità del Medico Competente (MC) in materia di abuso alcolico dei lavoratori derivano dalla pubblicazione della Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (Legge n.125/01), in cui è stabilito che nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche e che i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal MC ovvero dai medici del lavoro competenti per territorio delle ASL. L'atteso provvedimento di intesa in materia di individuazione delle suddette attività lavorative viene pubblicato nel marzo 2006. Le problematiche che il MC può trovarsi ad affrontare sono molteplici: l'identificazione anamnestico-strumentale e la gestione del lavoratore con diagnosi di un problema alcol-correlato, la necessità di consenso informato da parte del lavoratore, la uniformabilità dei controlli alcolimetrici con gli accertamenti previsti dal D. Lgs. 626/1994, la formulazione del giudizio di idoneità lavorativa, la responsabilità professionale e l'eventuale indirizzo verso un programma di riabilitazione e di promozione della salute con riguardo non solo alla tutela della salute e sicurezza del lavoratore, ma anche a quella di

Pervenuto il 18.6.2007 - Accettato il 24.8.2007

Corrispondenza: Prof. Marco M Ferrario, Medicina del Lavoro e Preventiva, Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese, Viale Borri 57, 21100, Varese - Tel. 0332.393289 - Fax: 0332.278986 - E-mail: marco.ferrario@uninsubria.it, cordaroberto1974@libero.it

terzi. Nel presente lavoro e sulla base delle esperienze della U.O. di Medicina del Lavoro e Preventiva di Varese, viene proposto un pacchetto di esami comprendente: alcolemia, transferrinemia desialata (CTD), esame emocromocitometrico, transaminasi e gammaGT. Vengono inoltre forniti alcuni spunti di riflessione per la gestione dei lavoratori in causa, inclusa la periodicità e le modalità di effettuazione degli accertamenti, la diagnosi di problema alcol-correlato, infine i possibili giudizi di idoneità esprimibili, con l'auspicio che su questi aspetti si possano prevedere a breve linee guida condivise da parte delle società scientifiche di Medicina del Lavoro, che definiscano il ruolo e le responsabilità del MC in tema di incolumità e gestione del rischio verso terzi ed indichino strategie di gestione diverse da quelle applicate per gli altri fattori di rischio professionale.

INTRODUZIONE

Il tema della tutela salute e sicurezza sul lavoro è stato affrontato dalla legislazione italiana in momenti storici diversi, dando luogo ad indicazioni ed obblighi non sempre armonizzati tra di loro (15). L'accresciuta complessità del mondo del lavoro rende inoltre sempre più delicato in Italia il ruolo del Medico Competente (MC), unico delegato ad effettuare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori nei casi previsti dalla normativa vigente. In questo scenario, in tempi relativamente recenti, è stato sollevato il problema della sicurezza e della gestione del rischio verso terzi, derivante da una possibile alterazione dello stato di salute psico-fisica del lavoratore ed includendo sotto questo aspetto abitudini voluttuarie, come l'abuso di alcol e l'alcoldipendenza.

Questo tema si colloca nella più ampia problematica dell'abuso di sostanze e degli effetti sulla salute e sulla performance dei lavoratori. Il gruppo di studio La.R.A. (13) affronta il tema definendo come "lavoratore rischioso per gli altri" non solo colui che produce un rischio per la salute o sicurezza di terzi, come specificato nella legislazione oggetto del presente lavoro, ma anche chi "compromette il servizio reso". Il medesimo gruppo di lavoro, ricordando che la gestione di questi lavoratori richiede procedure e tecniche del tutto differenti da quelle usate per la gestione degli altri fattori di rischio professionali, identifica con precisione gli aspetti critici che dovrebbero essere tenuti in considerazione, quali: la responsabilità sociale dell'impresa, la gestione del rischio, il consenso informato, la *non compliance*, la confidenzialità, la responsabilità dei lavoratori, la trasmissione di informazioni, la non-discriminazione, le modalità di *counselling* e il recu-

pero dei lavoratori, e non ultimo la praticabilità delle linee guida internazionalmente proposte, quando disponibili.

Gli aspetti sopra ricordati, in relazione alla responsabilità verso terzi, sono stati ampiamente studiati in gruppi di operatori sanitari, con riferimento soprattutto al rischio biologico (possibile trasmissione di infezione da HBV, HCV, HIV), fino a produrre un documento di consenso europeo (9).

FONTI LEGISLATIVE IN MATERIA DI ABUSO ALCOLICO

Le nuove attribuzioni e responsabilità del MC in materia di abuso alcolico dei lavoratori derivano dalla pubblicazione (G.U. n. 90 del 18-04-2001) della Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati (Legge 30 marzo 2001, n.125), recante norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale dei soggetti alcoldipendenti.

Si richiamano gli aspetti peculiari di detta legge, pertinenti alle attività previste in ambito lavorativo. Al Capo III, Art.15 (Disposizioni per la sicurezza sul lavoro) è stabilito che:

1. "nelle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità' o la salute dei terzi, individuate con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con il Ministro della sanità (omissis) e' fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche";

2. "(omissis) i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente (omissis) ovvero dai medici del lavoro

dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza competenti per territorio delle aziende unità sanitarie locali”;

3. “ai lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione (omissis) si applica l’articolo 124 del T.U. delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope (omissis).

L’art. 124 del citato DPR 309/1990 precisa che i lavoratori per i quali viene accertato lo stato di tossicodipendenza, i quali intendono accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione presso i servizi sanitari delle ASL o di altre strutture terapeutico-riabilitative e socio-assistenziali, se assunti a tempo indeterminato, hanno diritto alla conservazione del posto di lavoro per il tempo del trattamento riabilitativo e, comunque, per un periodo non superiore a tre anni. Per la sostituzione dei lavoratori è consentita l’assunzione a tempo determinato.

Risale al 16 marzo 2006 il Provvedimento di intesa in materia di individuazione delle attività lavorative ad elevato rischio infortunistico o responsabilità verso terzi, ai sensi dell’Art. 15 della legge 125/2001, stilato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (G.U. - Serie Generale n. 75 del 30-3-2006), nel cui Allegato 1 vengono elencate le specifiche attività lavorative. Tra esse meritano attenzione:

- attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l’espletamento di lavori pericolosi (impiego di gas tossici, conduzione di generatori di vapore, etc.);

- dirigenti e preposti al controllo dei processi produttivi e alla sorveglianza dei sistemi di sicurezza negli impianti a rischio di incidenti rilevanti in presenza di sostanze pericolose (D. Lgs. 334/1999);

- operatori sanitari: medici, infermieri, operatori socio-sanitari;

- vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice; attività di insegnamento;

- mansioni comportanti l’obbligo della dotazione del porto d’armi;

- mansioni inerenti attività di trasporto (guida di veicoli con patente B, C, D, E, taxi, trasporto di merci pericolose su strada, personale addetto alla

circolazione e alla sicurezza di treni, metropolitane, tranvie, filovie, autolinee e impianti funicolari, personale navigante, responsabili dei fari, piloti d’aeromobile, controllori di volo, collaudatori, addetti alle macchine di movimentazione terra e merci, etc.);

- addetto a produzione, trasporto e vendita di esplosivi;

- lavoratori della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza (concetto estensibile quindi ad altre mansioni lavorative, non esclusive dell’edilizia);

- addetti ai forni di fusione;

- tecnici di manutenzione degli impianti nucleari;

- operatori e addetti a settore idrocarburi;

- mansioni in cave e miniere.

OSSERVAZIONI E PROPOSTE OPERATIVE

Le problematiche che il MC può trovarsi ad affrontare in tema di abuso alcolico sono molteplici: l’identificazione e la gestione del lavoratore con diagnosi di un problema alcol-correlato, la formulazione del giudizio di idoneità lavorativa e l’eventuale indirizzo verso un programma di riabilitazione e di promozione della salute (11). Obiettivo delle attività in oggetto non è unicamente quello della tutela della salute e sicurezza del lavoratore, ma anche di quella di terzi.

Per l’identificazione dei lavoratori a rischio esistono numerosi metodi, tra cui l’anamnesi ed alcuni questionari (5), tra quelli maggiormente citati in letteratura segnaliamo: il C.A.G.E. (*Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinkers, Eye-opened drinkers*) e l’AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification test*).

La scala di valutazione C.A.G.E. investiga, mediante quattro *item*, le reazioni psicologiche personali (irritazione, senso di colpa) all’abuso di alcol: la risposta affermativa ad almeno due domande, nel soggetto adulto, è indicativa della presenza di problematiche alcol-correlate, mentre se si tratta di un soggetto giovane è sufficiente una sola risposta affermativa. La quarta domanda del C.A.G.E. (*eye opener*, necessità di bere bevande alcoliche al risveglio) è ritenuta fortemente suggestiva di una condi-

zione di alcol dipendenza, anche in assenza di altri elementi (14). Il questionario AU.D.I.T., sviluppato con il patrocinio dell'OMS nell'ambito di un progetto multicentrico che ha coinvolto sei paesi (4), è invece strutturato in dieci domande a risposta multipla che valutano quantità e modalità di assunzione di alcol, conseguenze personali e/o psicologiche dell'abuso. Ad ogni risposta è attribuito un punteggio: se la somma risulta maggiore di 8 è probabile un problema di abuso alcolico.

Come già ricordato in precedenti pubblicazioni (12), in caso di sospetto di abuso/dipendenza alcolica di un lavoratore addetto alle mansioni sopra elencate, ai fini di permettere al MC la identificazione dei soggetti a rischio e per monitorarne gli effetti nel tempo, riteniamo sia necessario basarsi su dati non solo anamnestici, ma su rilievi quantitativi valutabili in termini di affidabilità ed accuratezza, così da permettere di sostenere le successive azioni, anche a valenza medico-legale, quali la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione a rischio.

Inoltre, utilizzando metodi di indagine scarsamente sensibili è possibile incorrere nel rischio di identificare solamente condizioni di abuso protratto, condizione questa che spesso può ottenere un reale beneficio da trattamenti di carattere riabilitativo e terapeutico. Esistono oggi test di screening più accurati rispetto alla sola alcolemia ("controlli alcolimetrici" richiamati dal testo di legge) per la valutazione del consumo eccessivo ed abuso di alcol. All'uopo si rimanda ad altro contributo dei presenti Atti (7), in cui vengono fornite informazioni sull'applicabilità dell'utilizzo e sulla accuratezza della determinazione di transferrina desialata (CTD) effettuata con metodica cromatografia HPLC.

Sulla base di queste considerazioni riteniamo di proporre un pacchetto di esami comprendente: alcolemia, CTD, esame emocromocitometrico, transaminasi e gamma-GT. Questo pacchetto viene attualmente utilizzato come standard di riferimento per la Commissione Patenti di Guida, ed è in grado di poter distinguere tra abuso saltuario, abuso frequente e alcolismo cronico, consentendo così l'identificazione precoce di soggetti "a rischio" di evolvere verso l'alcolismo cronico e permettere un

intervento di tipo preventivo. Proponiamo per questi accertamenti una periodicità triennale per le categorie a rischio, abbreviabile per specifici casi meritevoli di controlli più ravvicinati. Riteniamo inoltre indispensabile l'acquisizione del consenso informato da parte del lavoratore.

In tale ambito è utile ricordare che il Garante per la protezione dei dati personali ha espresso nel dicembre 2005 il proprio parere in risposta ad un quesito da parte del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali anche sull'individuazione delle categorie di lavoratori da sottoporre all'accertamento dell'assenza di tossicodipendenza, che per "estensione armonica" dovrebbero considerarsi pertinenti anche all'abuso alcolico. Il quesito inoltrato al garante dal Ministero del Lavoro era pertinente ai lavori destinati (quindi in visita preventiva) a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi. Si tratta ancora di lavoratori dei trasporti, della sanità, dell'edilizia e di numerosi altri settori. Il Garante ha stabilito il divieto di "accertamenti generalizzati e non motivati" e l'effettuazione degli accertamenti in questione solo in presenza di sintomi di una dipendenza da sostanze stupefacenti. I risultati di tali esami devono essere utilizzati esclusivamente per le finalità di sicurezza collettiva (www.garanteprivacy.it). Se si può ragionevolmente presumere che il parere del Garante sia motivato dalla tutela del diritto del lavoratore ad un trattamento e comunicazione di dati sensibili in modo da non determinare discriminazione del lavoratore stesso, e fatto salvo l'adeguato trattamento dei dati personali da parte del MC e dai servizi sanitari dedicati alla esecuzione degli accertamenti tossicologici (catena di custodia), si può ritenere che di per sé accertamenti tossicologici effettuati a scadenze periodiche su tutti i lavoratori esposti, non possano considerarsi lesivi di tale diritto. In tal senso riteniamo che queste finalità ben si sposino con gli obiettivi dell'articolo 15 della legge 125/01, in cui il MC è identificato come figura chiave per l'effettuazione dei controlli alcolimetrici, pertanto la definizione di "accertamenti generalizzati e non motivati" non sarebbe applicabile allo screening sopra esposto.

È lecito comunque interrogarsi su quali possano essere le responsabilità del MC in caso di diniego

del lavoratore a sottoporsi agli accertamenti richiesti, a norma dell'art. 32 del dettato costituzionale *“nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*, ricordando però che gli accertamenti richiesti dal MC per valutare lo stato psicofisico del lavoratore a rischio, sono obbligatori ed il rifiuto di sottoporvisi è sanzionato dalla normativa, dando origine, nell'eventuale incollocabilità del lavoratore stesso, a licenziamento per giusta causa (Cass. Pen. Sez. 3°, 6/4/1993, 3160). In tal caso ovviamente il MC dovrebbe avere la possibilità di comunicare la “non espressione” del giudizio relativo alla legge 125/01.

A tal riguardo è lecito porsi il quesito se questi accertamenti siano comparabili a quelli periodici previsti dall'Art. 16 – D.Lgs. 626/94, mirati a *“controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica”* e comprendenti *“esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirati al rischio ritenuti necessari dal medico competente”* e necessari per l'inserimento ottimale del lavoratore nel contesto lavorativo piuttosto che la sua esclusione da esso. Secondo il parere del Gruppo Italiano per lo Studio delle modalità di Gestione Intraospedaliera dei Lavoratori con Malattie Pericolose per il Pubblico (8), l'attività del MC deve essere primariamente mirata alla tutela della salute del lavoratore; altre finalità, quali la tutela della salute pubblica, non rientrerebbero tra i suoi compiti, così come delineati dal Codice Etico di Comportamento. Come già ricordato da altri autori (15), questa impostazione è avvalorata dal parere espresso dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale (SIMLII), che afferma come il ricorso a giudizi di idoneità per la tutela di terzi non sarebbe solo limitativo da un punto di vista tecnico, ma potrebbe essere fonte di contenzioso in sede civile e penale per il medico del lavoro, data la poca chiarezza delle norme legislative. Questi autorevoli pareri risultano in apparente contraddizione con quanto il legislatore ha attribuito in termini di responsabilità del controllo dell'abuso alcolico al MC. Nel caso in specie, si potrebbe però sostenere che la maggior parte delle attività lavorative individuate dal Provvedimento di

intesa, identificano anche un rischio lavorativo infortunistico aggiunto per la salute e la sicurezza del lavoratore. Pertanto tutte le misure di tutela della salute del lavoratore, perseguita con tutti gli strumenti a disposizione, ivi comprese le misure di protezione e prevenzione generali e specifiche, possono essere di utilità al lavoratore indagato e di riflesso ripercuotersi positivamente sulla salute della collettività.

Alla luce di queste considerazioni, delle presumibili difficoltà applicative in condizione di scarsa accettazione da parte o del lavoratore o dell'azienda del giudizio di idoneità alla mansione (1, 6), e stante la difficoltà di considerare uniformabili gli accertamenti alcolimetrici con quelli previsti dal D.Lgs. 626/94 in mancanza di armonizzazione tra le legislazioni in oggetto e soprattutto nei casi in cui sussista unicamente un rischio per la salute e la sicurezza di terzi (p.e. attività di insegnamento) si potrebbe non escludere l'adozione di una procedura di espressione di giudizi di idoneità per la Legge 30 marzo 2001 n. 125 distinta, purché la formulazione del giudizio di idoneità separato non rischi di violare la tutela del segreto professionale e della privacy in un ambito in cui il solo riferimento normativo potrebbe esporre il lavoratore a discriminazioni da parte di colleghi e preposti.

Rimangono comunque aperti alcuni quesiti di rilievo. Primo fra tutti se gli accertamenti per la valutazione di abuso alcolico possano essere effettuati in ambito di visite preventive, in caso di attribuzione alle attività lavorative sopra elencate. Ci si chiede in particolare, stante la Sentenza della Corte Cassazione 26238 del 2.12.2005, se gli accertamenti dovrebbero essere eseguibili anche per le visite di assunzione e quindi quali possano essere ricadute in caso di abuso alcolico accertato in previsione di assegnazione ad una mansione “a rischio”. Ci sembra utile qui ribadire che il MC può far eseguire lo screening per la dipendenza da alcol, previa acquisizione del consenso informato. Analogamente ai controlli periodici, non è possibile per il MC esimersi dall'esprimere un giudizio di idoneità alla mansione od indicare eventuali cautele o limitazioni, relativamente alle attività specifiche che sono contemplate nell'elenco del Provvedimento applicativo. Come ricordato dalla sopra menziona-

ta Sentenza “al datore di lavoro resta ovviamente precluso il potere di strumentalizzare l'accertamento preventivo al fine di eludere l'obbligo di assunzione”.

Nella legislazione in oggetto inoltre non viene fatta menzione circa le eventuali responsabilità civili e penali per il MC in caso di infortunio di un lavoratore in stato di ebbrezza durante lo svolgimento di una delle mansioni sopra elencate e, soprattutto, trattandosi di un campo di esercizio relativamente recente per la Medicina del Lavoro, circa le responsabilità in caso di lesione a terzi nell'esercizio della professione per le suddette mansioni. A tal riguardo ricordiamo che l'articolo 9 del Codice Deontologico Medico recita “*il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione*”. Il medico ha il difficile compito di conciliare il rispetto del segreto professionale e dei dati sensibili (come sancito dal D.Lgs, 196/03) ed il dover informare, per esempio, le autorità competenti (incluso in questo caso il datore di lavoro) se lo stato del suo assistito possa compromettere l'integrità di altre persone (15). D'altro canto la rivelazione del segreto professionale viene ritenuta legittima solo se sussiste una giusta causa; in questo ambito un riferimento importante deriva dal Codice Etico Professionale per gli Operatori della Medicina del Lavoro dell'*International Commission on Occupational Health* (ICOH) (10), in cui all'art. 11 viene precisato che “*qualora le condizioni di salute del lavoratore e la natura del lavoro svolto siano tali da mettere in pericolo la sicurezza di altri, il lavoratore dev'essere chiaramente informato della situazione*” e che “*nel caso di circostanze particolarmente pericolose, anche la direzione e, se richiesto da regolamenti nazionali, l'Autorità Competente devono essere informati sulle misure necessarie a salvaguardare i terzi*”. Questa indicazione comportamentale riteniamo sia confacente alle autorizzazioni 01/2005 (3) e 02/2005 (2) per il trattamento dei dati sensibili rilasciate dal Garante per la Tutela dei dati Personali, che permettono di derogare dal segreto professionale alla luce della giusta causa permissiva, prevista dal codice penale, pertinente all'urgenza di salvaguardare la salute e l'incolumità di terzi (concetto di “pericolo attuale di danno grave alla persona”...“non evitabile altrimenti”).

Da ultimo, si menziona che una corretta applicazione della presente normativa può collaborare in ambito ospedaliero a ridurre il *risk management* e quindi attivamente contribuire al contenimento delle polizze assicurative. Su questi aspetti sarebbe utile poter disporre a breve di linee guida condivise da parte delle società scientifiche di Medicina del Lavoro e di funzioni di coordinamento delle autorità ispettive, che permettano al MC di poter svolgere serenamente i compiti previsti in presenza di chiare e condivise indicazioni dal punto di vista attuativo.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. ALESSIO L, FARINA G: Il Giudizio di Idoneità lavorativa specifica: atto conclusivo della sorveglianza sanitaria. *Med Lav* 2001; 92: 227-238
2. AUTORIZZAZIONE N. 2/2005: Trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Garante per la Protezione dei dati personali. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 2, 3/01/2006 S.O. n. 1*
3. AUTORIZZAZIONE N. 1/2005: Trattamento dei dati sensibili nei rapporti di lavoro. Garante per la Protezione dei dati personali. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 2, 3/01/2006 S.O. n. 1*
4. BABOR TF, KRANZLER HR, LAUERMAN RJ: Early detection of harmful alcohol consumption: comparison of clinical, laboratory, and self-report screening procedures. *Addict Behav* 1989; 14: 139-157
5. BRADLEY KA, BOYD-WICKIZER J, POWELL SH, et al: Alcohol screening questionnaires in women. *JAMA* 1998; 280: 166-171
6. CASSINA T, VERGA A, GERMAGNOLI L: Patologie difficili e lavoro: alcool. L'esperienza del Medico Competente. Atti Congresso Nazionale: *Le idoneità difficili*. Abano Terme (PD), 14-15 novembre 2002
7. CRESPI V, ANDREOTTA U, TETTAMANZI E, FERRARIO MM: Un marcatore biologico per la diagnosi di abuso alcolico: CTD. *Med Lavoro* 2007; 98: 466-474
8. GIS GILMAPP: Idoneità al lavoro e salute pubblica nei lavoratori ospedalieri. *Med Lav* 2001; 92: 295-306
9. GUNSON RN, SHOUVAL D, ROGGENDORF M, et al: Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) infections in health care workers (HCWs): guidelines for prevention of transmission of HBV and HCV from HCW patients. *J Clin Virol* 2003; 27: 213-230

10. ICOH: International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. *Med Lav* 1993; 84: 337-352
11. LAMBERT SD: The role of the occupational physician in substance abuse. *Occup Med, State of the art* 2002; 17: 1-12
12. LANZETTA BM: Problematiche dell'ebbrezza alcolica nella guida. *G Ital Med Lav Erg* 2006; 28: 106-109
13. MAGNAVITA N, CICERONE M, CIRESE V, et al: Aspetti critici della gestione dei "lavoratori rischiosi" nei servizi sanitari. Documento di Consenso. *Med Lav* 2006; 97: 715-721
14. MANGILI A: Alcol e lavoro. *G Ital Med Lav Erg* 2004; 26: 1-27
15. TOMEI F, SAIA B, FIORE P: La questione della tutela dei terzi nell'attuale normativa e prassi preventiva. *Med Lav* 2006; 97: 509-520