

Alcol e lavoro: commento etico-deontologico e medico-giuridico della recente normativa

M. CHIARAVALLI, LAURA GUZZETTI, M. TAVANI

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Medicina Legale – Università degli Studi dell'Insubria - Varese

KEY WORDS

Alcohol and work; medico-legal aspects; ethics

SUMMARY

«Alcohol and work: ethical-deontological and medico-legal remark upon the recent set of rules». Background and objectives: *The Disposition of the Permanent Conference for the relation among the State, the Regions and the Autonomous Provinces of Trento and Bolzano, published in Gazzetta Ufficiale n. 75 on the 30th March 2006 the list of high-risk occupations under the influence of alcohol, activating de facto a previous law (Legge n. 125, 30th march 2001, “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati”). We here present some ethical-deontological and medical-juridical profiles on the contents of this law and some consideration about its application.* Results and Conclusions: *Particular attention is dedicated to deontological aspects about industrial safety rules and to medico-legal aspects about occupation under the influence of alcohol, with references to complex relations among worker's discretion right, employer's right to the protection of his own interests and qualified doctor's (or someone to him comparable) right to the respect for the deontological code, with regard to benefit recipient information before the medical treatment. Authors' purpose is to evidence critical points and interpretative ambiguities of a regulation lacking in its practical applications, to provide further proposals of consideration, available to revalue a thematic rich in questions and with a significant social impact.*

RIASSUNTO

Con il presente contributo vengono delineati alcuni profili etico-deontologici e medico-giuridici dei contenuti della Legge 30 marzo 2001, n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” e del Provvedimento della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 75 del 30 marzo 2006, contenente l'elenco delle attività lavorative a rischio. Particolare attenzione viene dedicata agli aspetti deontologici della normativa sulla sicurezza sul lavoro e a quelli medico-legali concernenti le attività lavorative sotto l'influenza dell'alcol, con cenni ai complessi rapporti tra diritto del lavoratore alla riservatezza, diritto del datore di lavoro alla tutela dei propri interessi e del medico competente (o ad esso equiparato) al rispetto del codice deontologico in punto di informazione dell'assistito prima del trattamento sanitario. Scopo degli autori è evidenziare i punti critici e le ambiguità interpretative di una regolamentazione ancora carente per quanto concerne le modalità applicative, in modo da fornire nuovi spunti di riflessione utilizzabili per rivalutare una tematica non già priva di quesiti e di notevole rilevanza sociale.

Pervenuto il 31.5.2007 - Accettato il 28.8.2007

Corrispondenza: Dott. Marco Chiaravalli, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi dell'Insubria, Varese - Fax 0332810072 - E-mail: marco.chiaravalli@uninsubria.it

La promulgazione della Legge 30 marzo 2001, n. 125, "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati"⁽⁷⁾ dimostra l'attenzione del legislatore nei confronti di una tematica che, da sempre importante per numeri e ripercussioni, è diventata di preminente interesse clinico, sociale e politico. Tale provvedimento normativo si inserisce nel più ampio orizzonte delle disposizioni europee in materia di alcol e problemi alcol correlati, tese a ridurre il danno alla salute alcol correlato, alla previsione di trattamenti accessibili ed efficaci rivolti ai consumatori di alcol (da intendersi nell'accezione più estesa, rivolgendosi cioè ai consumatori a rischio e anche ai consumatori ormai alcol-dipendenti) ed alla tutela di soggetti "a rischio" quali i bambini, i giovani, gli anziani. In extenso, le finalità legislative non si limitano a delineare le criticità del problema, ma si ampliano a finalità di prevenzione ed educazione sanitaria, alla promozione di stili di vita salutari, alla attuazione di campagne di informazione rivolte alla popolazione generale ed all'eventuale recupero dello stato di salute. Il tutto finalizzato alla riduzione ed alla prevenzione dei danni da uso ed abuso di bevande alcoliche (11).

All'art. 1 della Legge (7) (oggetto e definizioni), viene esplicitata la finalità preminentemente preventiva, più che correttiva, del provvedimento: *"La presente legge reca norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale degli alcolodipendenti..."*. All'art. 2 (finalità) vengono dichiarati gli obiettivi della Legge: *"...tutela il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche... Favorisce l'accesso...a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati... Favorisce l'informazione e l'educazione..."*. Di particolare interesse, ai fini del presente contributo, l'attenzione del legislatore alla tutela della protezione della vita lavorativa, conseguenza della presa di consapevolezza che l'abuso di alcol determina calo dell'efficienza lavorativa, disabilità neuro-psico-motorie, riduzione della percezione del rischio e pregiudizio della capacità di critica con conseguente aumento dell'incidenza degli infortuni e, fatto non certamente secondario per i risvolti economico-sociali che comporta, aumento dell'assenteismo per malattia (1).

Di sicuro interesse medico-legale è poi il contenuto dell'art. 6 (modifiche al codice della strada) che determina la riduzione della concentrazione alcolemica soglia ammessa durante la guida, portandola da 0,8 g/litro a 0,5 g/litro. Ma soprattutto rilevano le modifiche che la legge 125 determina all'art. 186, comma 4, del D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 "Nuovo codice della strada" (3) (4), il quale viene quindi riformulato nei seguenti termini: *"quando si abbia motivo di ritenere che il conducente del veicolo si trovi in stato di alterazione psico-fisica derivante dall'influenza dell'alcol, gli organi di polizia stradale ... hanno facoltà di effettuare l'accertamento con strumenti e procedure determinati dal regolamento"*. Il regolamento cui si riferisce il predetto articolo alla luce delle modifiche introdotte, è il D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495, "Regolamento in esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada" che, all'art. 395 (guida sotto l'influenza dell'alcol), recita: *"l'accertamento dello stato di ebbrezza... si effettua mediante l'analisi dell'aria alveolare espirata: qualora, in base al valore della concentrazione di alcol nell'aria alveolare espirata, la concentrazione alcolemica corrisponda o superi 0,5 [valore modificato dalla legge 125/2001] grammi per litro, il soggetto viene ritenuto in stato di ebbrezza"*. Con effetto della Legge 214/2003, l'art. 186 del Codice della strada ha subito una ulteriore riformulazione in cui, tuttavia, non sono mutati la definizione ed il significato dell'ebbrezza alcolica, ma sono stati variati i presupposti e le modalità dell'accertamento dello stato di ebbrezza. Nel caso specifico, il Ministero dell'Interno ha emanato nel dicembre 2005 una direttiva (n. 300/A/1/42175/109/42) (10) circa l'impiego di strumenti di accertamento finalizzati alla verifica dello stato di ebbrezza alcolica: in sostanza, è data facoltà agli organi di polizia stradale di *sottoporre tutti i conducenti ad accertamenti qualitativi non invasivi o a prove* in grado di rilevare la presenza di alcol in via preliminare già nel luogo dove il conducente viene fermato, specificando altresì che *le prove non possono consistere in esami clinici o di laboratorio su sangue prelevato dal conducente, sia pure in presenza di personale medico* (art. 2.1). L'esito positivo dell'accertamento preliminare, non costituisce prova di reato di guida in stato di ebbrezza, ma legittima l'attuazione di accertamenti tecnici più accurati,

mediante l'utilizzo di etilometri, in grado di rilevare e certificare a fini legali il valore del tasso alcolemico sieroematico. L'eventuale rifiuto del conducente a sottoporsi all'accertamento preventivo, comporta l'erogazione delle sanzioni previste in caso di guida in stato di ebbrezza alcolica, a mente dell'art. 186, comma 2, del Codice della strada. Ai sensi del comma 5 del citato art. 186, in caso il conducente sia rimasto ferito e sia ricorso a cure mediche, è facoltà degli organi di polizia richiedere l'effettuazione dell'accertamento alcolemico presso le strutture sanitarie.

L'art. 15 della legge 125/2001 (disposizioni per la sicurezza sul lavoro) determina: *“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... I controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente... ovvero dai medici del lavoro dei servizi per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza... Ai lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione, ... si applica l'art. 124 del Testo Unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza...”*. La concreta applicazione del dettato normativo dell'art. 15 è stata, di fatto, resa possibile solo con l'emanazione del Provvedimento 16 marzo 2006 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (2). Tale provvedimento è finalizzato all'individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi. Per le attività lavorative contemplate dal provvedimento, viene stabilito il divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche sul luogo di lavoro. Se da un lato il provvedimento illustra esaustivamente quali siano le attività lavorative per le quali l'assunzione di alcolici determina un significativo incremento del rischio di infortunio, sia in termini di frequenza che di gravità, d'altro canto i testi legislativi di riferimento poco chiariscono in merito alle procedure

per l'eventuale determinazione degli stati di ebbrezza alcolica o alcolismo cronico. Genericamente, la legge 125 stabilisce la possibilità di sottoporre il lavoratore ad accertamenti alcolimetrici e che questi possano essere effettuati in via esclusiva dal medico competente o dalle figure mediche ad esso analoghe ai sensi di legge. Chiarito però che tale onere è in capo al medico competente, poco o nulla i riferimenti legislativi esplicitano in termini di procedure, tempistiche, tipologia di test da utilizzare, criteriologia per la formulazione del giudizio di idoneità alla mansione (6, 14). Sarebbe stato auspicabile che il legislatore meno lasciasse al libero arbitrio, andando a normare le procedure di intervento, in analogia a quanto previsto per l'accertamento degli stati di ebbrezza alcolica alla guida.

Si possono, quindi, delineare alcune possibili criticità emergenti all'interno dei diversi dettati normativi, in materia di disposizioni per la sicurezza sul lavoro e uso-abuso di alcol: innanzitutto il problema del diverso approccio all'uso acuto e cronico delle bevande alcoliche (6, 13). In acuto: considerata l'esclusività concessa al solo medico competente di effettuare analisi e controlli specifici, come prevederne la costante presenza sul luogo di lavoro? A chi demandare l'onere di segnalare al sanitario la possibilità che un lavoratore sia, o sembri trovarsi, in stato di ebbrezza acuta? E soprattutto, un profano delle cose mediche può essere legittimato a porre un sospetto che certo non è diagnostico, ma che indurrebbe il sanitario a intraprendere azioni cliniche, anche solo investigative? E ancora: se è facoltà del sanitario proporre indagini alcolemiche, con quali strumenti e con quali tecniche approcciare analiticamente il problema? Utilizzando un etilometro con misurazione dell'aria alveolare espirata o gli appositi kit “saliva alcol test”, esempi di esami di screening? Approcciando direttamente il soggetto con accertamenti maggiormente invasivi, quali il prelievo venoso e la conseguente determinazione sieroemica dell'alcolemia? Ponendo indicazione al prelievo ed inviando il soggetto in centri preventivamente individuati ed accreditati? O effettuando in prima persona il prelievo per le successive analisi, divenendo così custode responsabile del campione? E, a monte di questo, quale comportamento tenere di fronte al pur legittimo dissenso del lavora-

tore a sottoporsi ad accertamenti? Utilizzando per analogia la presunzione valevole per il codice della strada? E come conciliare la necessità di informare preventivamente il lavoratore del significato e del fine degli accertamenti, per ricercarne il consenso che li renderebbe effettivamente legittimi? Non si può dimenticare che il medico competente, proprio in quanto medico, non può esimersi dagli obblighi deontologici: l'art. 33 (informazione al cittadino) del nuovo codice di deontologia medica del 2006 (5) sancisce che *il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi... e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate...* Non è, infatti, nemmeno immaginabile la possibilità per il sanitario di utilizzare accertamenti bioumorali di laboratorio, anche scientificamente validati, senza che al soggetto interessato vengano preventivamente esplicitate le motivazioni per cui l'esame viene richiesto e le possibili conseguenze, derivanti dai risultati degli esami o dall'eventuale rifiuto di sottoporsi. Sempre il Codice di deontologia medica, all'art. 34 (informazioni a terzi) (5), stabilisce che *l'informazione a terzi presuppone il consenso esplicitamente espresso del paziente...* Alla luce di quest'ultimo onere, come il medico competente, fatti salvi i casi in cui siano configurabili improcrastinabili interventi per salvaguardare la salute del soggetto o di terzi, riesce a conciliare la propria posizione di garanzia nei confronti del lavoratore, con la necessità di rendere conto al datore di lavoro del proprio operato e di quanto effettivamente riscontrato, con conseguenze potenzialmente anche gravi nei confronti del lavoratore inadempiente?

Non certo minori difficoltà presenta l'approccio all'uso o all'abuso cronico di alcolici, per le quali valgono sicuramente tutte le considerazioni critiche appena proposte per l'acuto. Soprattutto, il recente impiego nella pratica clinica di marcatori di abuso alcolico apre nuove prospettive e nuove criticità. Ci si riferisce all'impiego della CDT (9), transferrina decarbossidata, che, dotata di elevata specificità, costituisce un buon marcatore dell'utilizzo alcolico nelle due-tre settimane precedenti al test. Se è chiaro che il significato di un marcatore bioumorale andrebbe comunque supportato da altre evidenze concorrenti (anamnesi, visita clinica, indici di funzionalità epatica come transaminasi e γ GT, volume

globulare), lo stesso significato della CDT presenta alcuni margini di incertezza che dovrebbero suggerirne un impiego critico e ben ponderato. Ad esempio, si pensi al caso di un soggetto che assuma quotidianamente bevande alcoliche, al di fuori dei turni lavorativi, con latenza sufficiente, tra assunzione e inizio del turno lavorativo successivo, da permettere una completa metabolizzazione dell'alcol assunto. Molto probabilmente questo soggetto avrebbe valori di CDT significativi per il sospetto di assunzione pregressa, ma si commetterebbe un grossolano errore considerando il solo dato laboratoristico che, nel caso di specie, riguarda una modalità di assunzione pienamente legittima, da annoverarsi nel ventaglio delle libertà individuali, senza conseguenza alcuna sull'efficienza lavorativa e neuropsicologica del soggetto. Ancora, un approccio corretto al problema medico-legale dell'abuso di sostanze non può prescindere dalla distinzione che nel diritto penale è operata in tema di cronicità e abitudine, dove per cronico si intende una modalità di assunzione tale per cui gli effetti si manifestano senza soluzioni di continuità temporale e determinanti l'impossibilità per il soggetto di aderire coscientemente ad una diversa condotta. In siffatti casi, il diritto penale arriva a prevedere anche la non punibilità, considerando l'intossicazione cronica come espressione di un vero e proprio complesso di alterazioni somato-psichiche, determinanti uno stato patologico durevole e progressivo. Ben diversa considerazione agli occhi della legge penale per l'utilizzo abituale, situazione a carattere episodico, ma reiterata, in cui gli effetti dell'assunzione lasciano al soggetto momenti di piena capacità di intendere e volere, per cui è prevista addirittura come aggravante dal codice, in quanto espressione di una coerenza criminosa (8, 12).

In conclusione, l'ultima annotazione critica riguarda l'essenza stessa del provvedimento che individua le categorie a elevato rischio. Se è vero, come è vero, che la finalità è la tutela della salute individuale e quella di terze persone, appare francamente incomprensibile il concetto stesso di tutela di categoria. L'intervento del legislatore avrebbe dovuto, a nostro avviso, essere radicalmente esteso a tutti i lavoratori e non solo ad una parte di essi, per non cadere nell'errore di confondere la pur legittima fa-

coltà di assumere sostanze alcoliche da parte del cittadino, con il necessario e imperativo obbligo di evitarlo quando lo stesso diviene lavoratore.

NO POTENTIAL CONFLICT OF INTEREST RELEVANT TO THIS ARTICLE WAS REPORTED

BIBLIOGRAFIA

1. BERTOL E, LODI F, MARI F, MAROZZI E: *Trattato di Tossicologia Forense*. Cedam, 2000: 149-164
2. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 16 marzo 2006, Allegato 1, *Attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi*
3. D.Lgs. 30 aprile 1992, n. 285, *Nuovo Codice della strada*
4. D.P.R. 16 dicembre 1992, n. 495 "Regolamento in esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada"
5. FNOMCeO, *Codice di deontologia Medica*, 16 dicembre 2006
6. FOÀ V, AMBROSI L: *Medicina del Lavoro*. Utet, 2005: 101-105; 143-165
7. Legge 30 marzo 2001, n. 125, *Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati*
8. MACCHIARELLI L, ALBARELLO P, CAVE BONDI G, e coll: *Medicina Legale*. Edizioni Minerva Medica, 2005: 378-385; 613-618
9. MEREGALLI M, GIACOMINI V, MARCHETTI L, e coll: *Il dosaggio della transferrina desialata come marcatore di abuso alcolico. L'alcolologia verso il 2000: progressi e formazione*. Roma: CIC Edizioni Internazionali, 1993
10. MINISTERO DELL'INTERNO, DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA: *Direttive circa l'impiego di strumenti di accertamento finalizzati alla verifica dello stato di ebbrezza alcolica e di alterazione psico-fisica correlata all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, n. 300/A/1/4215/109/42 del 29 dicembre 2005*
11. MINISTERO DELLA SALUTE: *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*, 2003
12. PUCCINI C: *Istituzioni di Medicina Legale*. Casa Editrice Ambrosiana, 2003: 213-216
13. SENINI G, INGA SIGURTÀ EF: *Aspetti biopatologici dell'alcolismo*. Bologna: Pitagora Editrice, 1981
14. SERPELLONI G, BRUNETTO P, CIPRIANI E, e coll: *Alcol e lavoro*, www.dronet.org