

**SEMINARIO ASSOPREV "IL MEDICO COMPETENTE NEL D. LGS. 81/08: CRITICITÀ E
PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO"**

Brescia, 20 Settembre 2014

Alcol e lavoro: evidenze, criticità e prospettive per l'attività del Medico Competente

Lorenzo Bordini

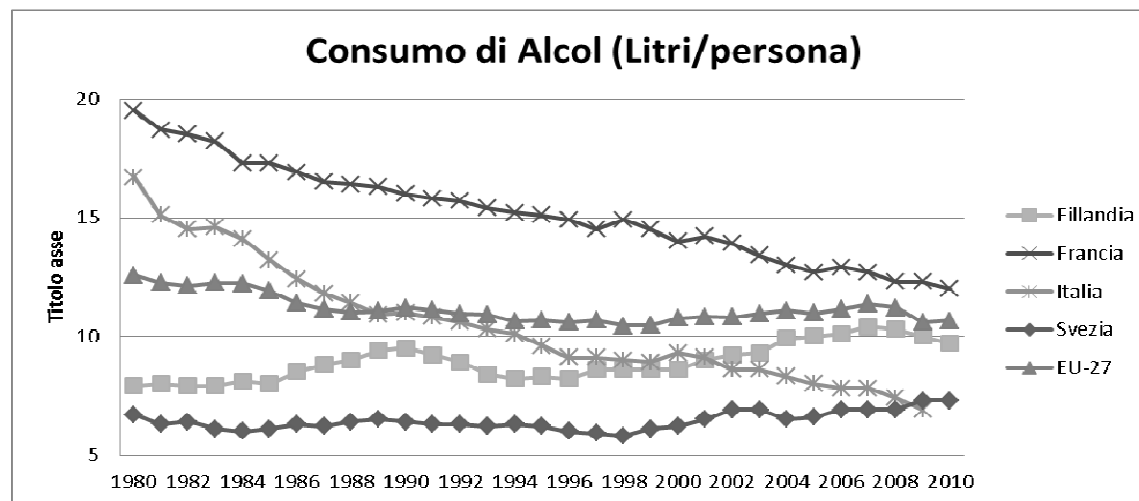
Clinica del Lavoro "Luigi Devoto"

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico

MILANO

Alcol: Implicazioni cliniche, sociali e lavorative

Abitudine radicata nel territorio (per produzione e consumo)



Impianto normativo (L.125/2001, D.Lgs.81/08) non armonico

Non un rischio tradizionale (chimico, fisico, biologico) che può essere eliminato o contenuto ma condizione/abitudine che spesso nasce in ambito extralavorativo (strategie di intervento vanno oltre i classici e consolidati schemi della prevenzione (primaria, secondaria e terziaria).

L'impatto del consumo è principalmente connesso alla **quantità totale** di alcol assunto e alla **modalità di ingestione**.

Consumo rischioso

(g/die alcol puro - adulti):

- oltre 40-60 nell'uomo
- 20-40 nella donna
- binge drinking

Consumo dannoso

Consumo eccessivo episodico

Livello (g/L)	Sintomi
0.2-0.3	Lieve euforia, rilassamento.
0.4-0.6	Ridotta inibizione, modica compromissione del ragionamento e della memoria, intensificazione delle emozioni, ridotta prudenza
0.7-0.9	Modesta compromissione dell'equilibrio, del linguaggio, della visione, dei tempi di reazione e dell'udito, euforia, ridotto giudizio e auto-controllo, ridotta autocritica
1.0-1.25	Significativa compromissione della coordinazione motoria e perdita del giudizio corretto, linguaggio impastato, compromissione dell'equilibrio, della visione e dei tempi di reazione
1.3-1.5	Grave compromissione motoria e perdita di controllo, visione confusa, instabilità, minore euforia, ansietà, compromissione del giudizio e della percezione
1.6-1.9	Disforia, nausea
> 2.0	Confusione e disorientamento, etc..

Dipendenza → disturbo da uso di sostanze

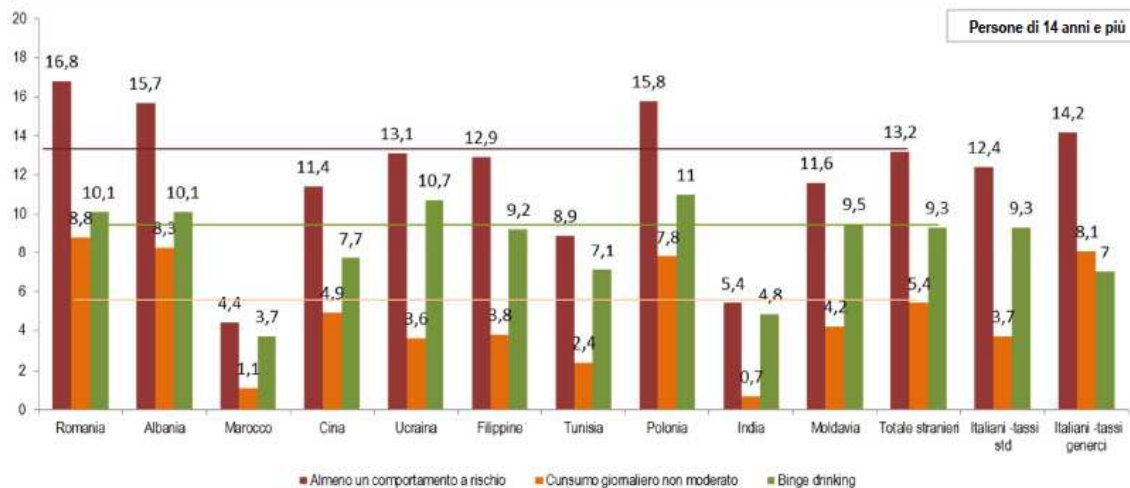
Nessuna evidenza scientifica su livello di consumo che possa essere considerato del tutto privo di rischio

Dismettere altri termini (consumo moderato, sociale, eccessivo, abuso, alcolismo...)

WHO region	Proportion of current drinkers among all (15+ years) (%)			Total APC among drinkers (15+ years)			Prevalence of HED among drinkers (15+ years) (%)		
	Males	Females	Males/females	Males	Females	Males/females	Males	Females	Males/females
AFR	40.2	19.6	2.1	22.4	13.2	1.7	20.3	8.3	2.4
AMR	70.7	52.8	1.3	18.0	8.0	2.3	29.4	12.3	2.4
EMR	7.4	3.3	2.2	14.0	4.8	2.9	2.0	0.5	3.7
EUR	73.4	59.9	1.2	22.7	10.1	2.3	31.8	12.6	2.5
SEAR	21.7	5.0	4.3	26.3	8.2	3.2	15.4	1.4	10.9
WPR	58.9	32.2	1.8	19.0	7.1	2.7	23.1	3.2	7.3
World	47.7	28.9	1.6	21.2	8.9	2.1	21.5	5.7	3.8

Table 2. Proportion (%) of current drinkers among all (15+ years), total APC among drinkers (15+ years; in litres of pure alcohol), and prevalence (%) of heavy episodic drinking (HED) among drinkers (15+ years) by sex, as well as corresponding ratios, by WHO region and the world, 2010

I comportamenti a rischio nel consumo di bevande alcoliche tra i cittadini stranieri



Differenze per aree di provenienza
Abitudine al consumo e comportamenti a rischio: M:F=3:1 (21% vs 7%)

I cittadini di Romania, Polonia, Albania: consumo giornaliero non moderato e binge drinking

Le donne ucraine, romene, polacche e moldave per binge drinking

I giovani adulti 25-44 per consumo giornaliero non moderato

I giovani tra i 18 e i 24 anni per binge drinking

Con DSM IV (1994) consolidata distinzione tra abuso e dipendenza.

Nel **DSM-V** (2014) la categoria cambia in “Disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze” → fonde abuso e dipendenza in un unico **disturbo da uso di sostanze** misurato su scala *da lieve a grave*, i cui criteri sono stati uniti in un unico elenco di 11 sintomi.

Aumenta la soglia del N° di criteri per porre diagnosi (prima 1 per la diagnosi di abuso, ora per disturbo da uso di sostanze lieve è richiesta la presenza, per un periodo di 12 mesi, di almeno 2 sintomi).

1. Alcol assunto in maggiore quantità o più a lungo di quanto voluto
2. Tentativi di smettere o di controllare il bere senza successo
3. Eccessivo tempo dedicato all'alcol
4. *Craving* o bisogno imperioso di consumare alcol
5. Problemi alcol-correlati nell'adempimento ai doveri lavorativi, scolastici o familiari

6. Continuare a bere nonostante problemi sociali o interpersonali causati o peggiorati dall'alcol
7. Interferenza del bere con importanti attività della propria vita
8. Bere in situazioni fisicamente pericolose
9. Continuare a bere nonostante problemi somatici o psichici causati o peggiorati dall'alcol
10. Tolleranza
11. Astinenza

2-3 sintomi
**DISTURBO
LIEVE**

4-5 sintomi
**DISTURBO
MODERATO**

> 6 sintomi
**DISTURBO
SEVERO**

In Italia (ISS 2011) a rischio (criteri pre DSM V) oltre 8.100.000 individui:

6.200.000 uomini (23.9% del totale) e

1.900.000 donne (6,9%)

69.000 alcolodipendenti (stime fino a 1.000.000)

2 ordini di problemi:

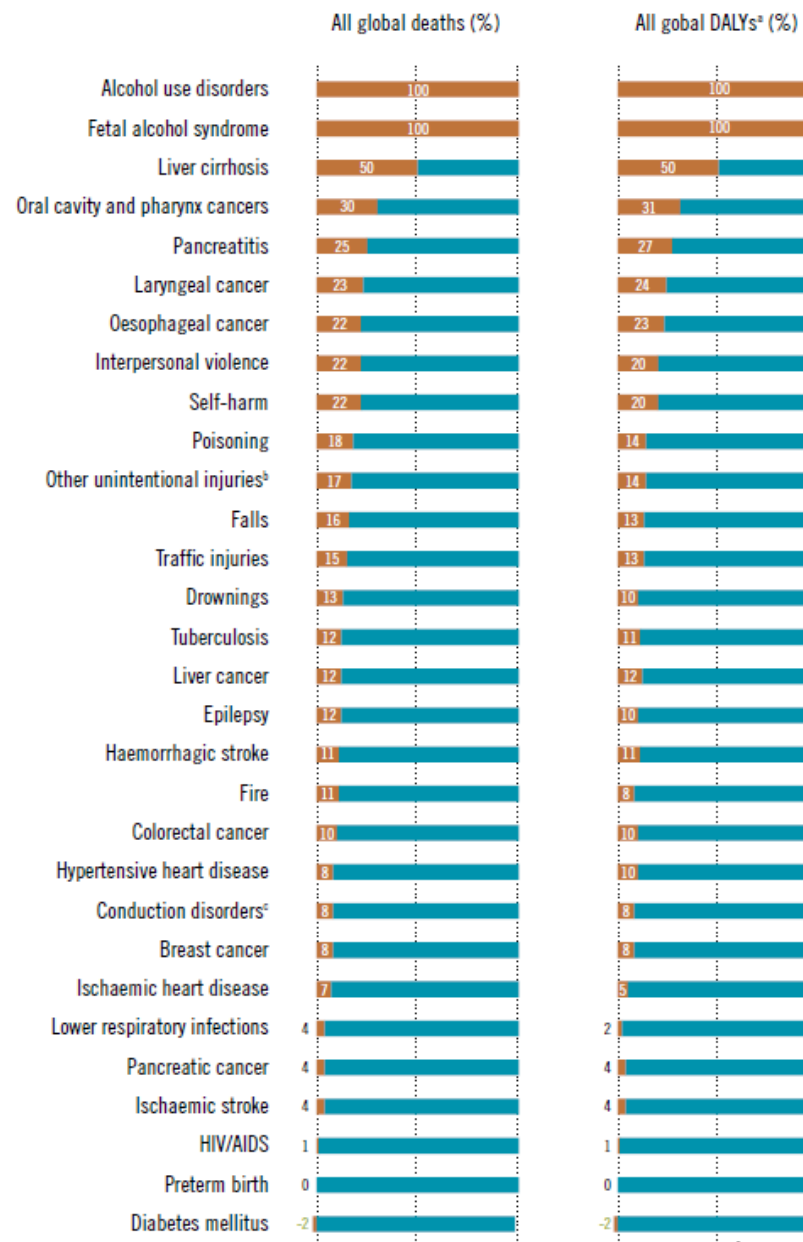
- Impatto sulla salute

- impatto sulla sicurezza dei luoghi di lavoro

**Patologie totalmente attribuibili
(Ministero della Salute: SDO 2010)**

Diagnosi di dimissione (*)		Valore assoluto		
		Maschi	Femmine	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	3.338	821	4.159
303	Sindrome di dipendenza da alcol	17.087	5.744	22.831
305.0	Abuso di alcol	6.847	2.823	9.670
357.5	Polineuropatia alcolica	1.294	295	1.589
425.5	Cardiomiopatia alcolica	369	33	402
535.3	Gastrite alcolica	403	141	544
571.0	Steatosi epatica alcolica	4.829	1.520	6.349
571.1	Epatite acuta alcolica	2.177	540	2.717
571.2	Cirrosi epatica alcolica	25.607	6.007	31.614
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	3.151	603	3.754
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	5	5	10
980	Effetti tossici dell'alcol	192	61	253
Totale		65.299	18.593	83.892

Alcohol-attributable fractions (AAFs) for selected causes of death, disease and injury (WHO, 2014)



Orientamento spazio-temporale: consapevolezza del luogo in cui ci si trova, rispettare la successione delle manovre, riconoscere la destra e la sinistra

Percezione visiva e uditiva

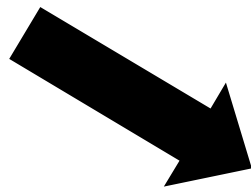
Attenzione: mantenere la concentrazione su ciò che si sta facendo

Capacità di controllo delle proprie emozioni: sentimenti di rabbia, di gioia, di aggressività possono modificare la percezione delle proprie capacità

Prontezza di riflessi: saper riconoscere immediatamente e valutare un pericolo o un ostacolo, per poterli evitare

Coordinazione motoria: capacità di compiere più azioni contemporaneamente e secondo una sequenza logica

Rapporto ISTISAN 04/22 - Le funzioni coinvolte nel consumo di sostanze psicoattive



**Condizioni di maggior
rischio di accadimento di
infortuni (per sé e terzi)**



Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

David J Nutt, Leslie A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs

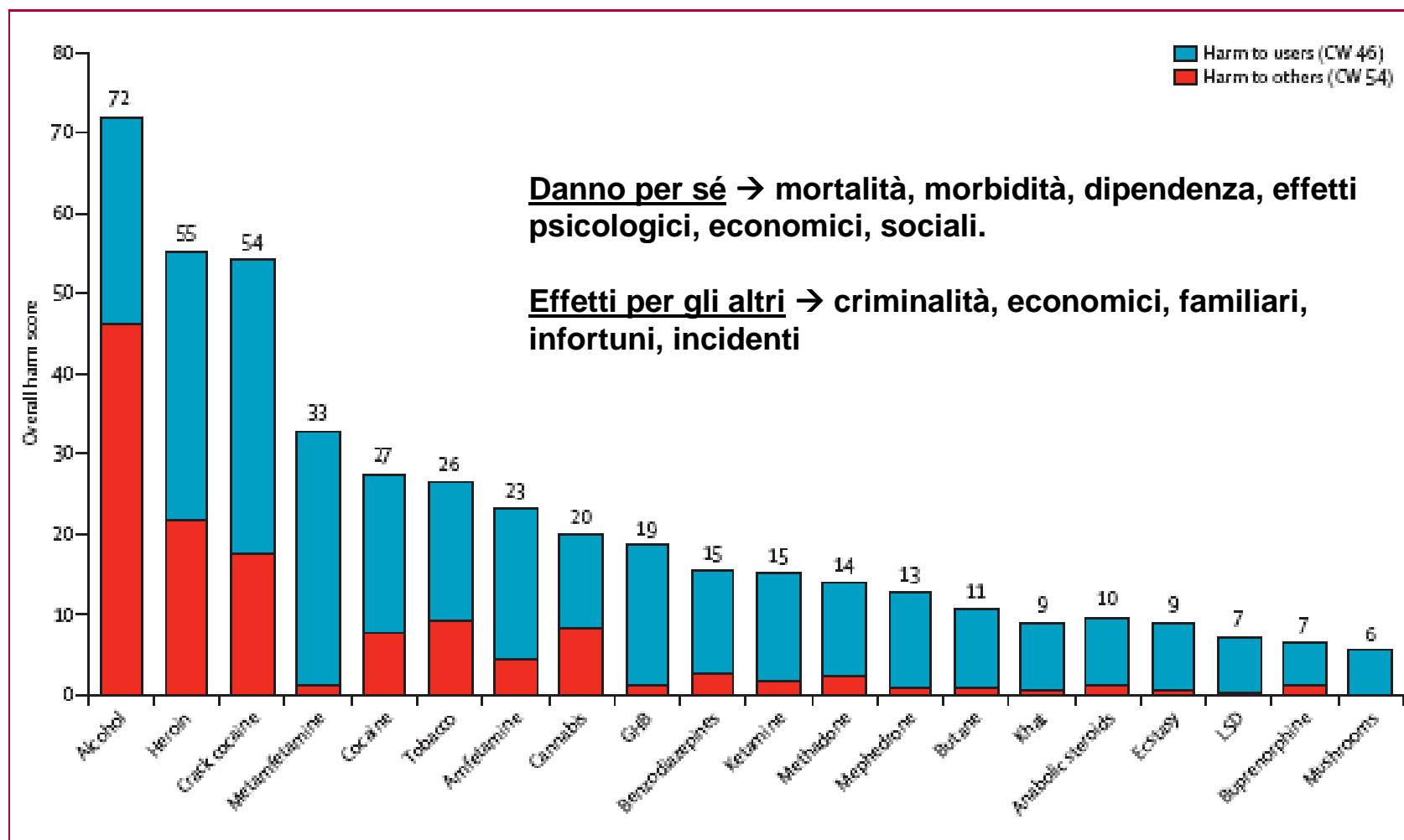
Lancet 2010; 376: 1558-65

Published Online

November 1, 2010

DOI:10.1016/S0140-

6736(10)61462-6



Il problema è influenzato dall'ambiente di lavoro e dalle subculture presenti

L'occupazione maschile favorisce il consumo (ritenuto utile per favorire l'unione e la solidarietà del gruppo); quella femminile tende a ridurlo (in entrambi i sessi)

Il tipo di lavoro (maggiore nei lavori manuali), turni notturni, isolamento e aumenta con le classi di età

Grado di alienazione, basso livello di giustizia organizzativa e lo stress correlato al lavoro (lavori noiosi, poca autonomia decisionale o scarsa complessità, mancanza di controllo sulla produzione, discrepanza tra gli sforzi compiuti e le ricompense ricevute, presenza di comportamenti deprecabili (molestie, aggressioni verbali/fisiche, etc..))

Un ambiente favorevole all'uso di alcol esercita un effetto negativo anche su chi inizialmente non è consumatore così come la disponibilità e la facilità nel reperire alcol nel luogo di lavoro sono significativi predittori per future problematiche alcol-correlate

L'assenza o la mancata applicazione di policy proattive di contrasto dell'uso di alcol sui luoghi di lavoro (la consapevolezza dei lavoratori è fondamentale).

LAVORATORI DELLA SANITÀ

elevata responsabilità lavorativa

elevata competitività

elevata richiesta psicologica

condizioni lavorative usuranti

fattori organizzativi – psicosociali (turni)

Potenziati ricadute in termini di responsabilità individuale e delle strutture sanitarie con ripercussioni anche sulla qualità dell'assistenza offerta – pazienti a maggior rischio?

Myers & Weiss 1987, Domenighetti et al. 1991, Hughes et al. 1992, Trinkoff & Storr 1994, Rosvold et al. 1998, Trinkoff & Storr 1998, Hughes et al. 1999, Lloyd 2002

Physicians at Risk

Some Epidemiologic Considerations of Alcoholism, Drug Abuse, and Suicide

Journal of Occupational Medicine/Vol. 26, No. 7/July 1984

J. Philip Keeve, M.D., M.P.H.

10% - 15% dei medici con problemi di dipendenza, di questi 10% suicidi

116 medici trattati presso Centri specialistici: 92% maschi, età media 50 anni

57% dipendenza da ALCOL

27% dipendenza da DROGHE

16% polidipendenza

Survey of **9600 physicians**: More likely than general population to use alcohol, opiates and benzodiazepines

- **2% reported alcohol abuse or dependence** in last year
- 11%: unsupervised benzodiazepine use

Hughes et al. 1992

Students (Medicine) - Survey of **2046 students**

Rates of illicit drug, prescription narcotic and **alcohol abuse: 7 – 18%**

Balwin et al. 1991, Center et al. 2003

Medici: **6%** abuso di alcol una volta nella vita 1,6% *abuso di alcol* nell'ultimo anno

11.4% benzodiazepine, 14.6% oppiacei autoprescritti nell'ultimo anno.

O'Connor et al, 1997

Dal **10 al 15%** gli operatori sanitari con problemi da uso di alcol

Specializzazioni a maggior rischio: **anestesia, medicina d'urgenza e psichiatria**

Possibili motivazioni: stress di area, "personalità" degli operatori, incremento della performance lavorativa

Baldisseri et al, 2007

15% medici con problemi di abuso/dipendenza, Valori analoghi tra studenti (17%)

Esperienza su 209 medici seguiti da EAP nel 2007

Drug of Abuse	Percent	Specialty	Percent
Alcohol	39.5	Anesthesiology	21
Opioids	33.9	ER	18
Cocaine	11.9	Surgery	6
Sedatives	3.7	Family Medicine	6
Marijuana	2.8	OB/GYN	6
Inhalants	1.8	Radiology	6
Amphetamines	1.8	Pathology	6
Other	4.6	Orthopedics	3
		Neurology	3
		Psychiatry	3



Physicians Impaired by Substance Abuse Disorders
Kimberly B. Gold, MS4, Scott A. Teitelbaum, M.D., F.A.A.P., A.S.A.M.,

Kimberly et al, 2010

ALCOHOL USE BY HEALTHCARE PROFESSIONALS

George A. Kenna, Mark D. Wood

Drug and Alcohol Dependence 75 (2004) 107–116

Alcohol use and misuse during the past month (ND = no data)

	Dentists (<i>n</i> = 81) ^a	Nurses (<i>n</i> = 70) ^a	Pharmacists (<i>n</i> = 87) ^a	Physicians (<i>n</i> = 69) ^a	NSDUH (2003) ^b
Quantity by frequency index					
Mean drinks/month (S.D.)	26.7* (21.9)	20.5 (18.8)	18.4 (15.9)	17.9 (20.3)	ND
Mean drinking days per month	12.6* (8.4)	10.7 (7.9)	9.3 (6.7)	10.0 (7.8)	ND
Mean drinks per drinking day	2.1 (1.1)	1.9 (.86)	2.0 (1.0)	1.7 (.88)	ND
Heavy episodic alcohol use ^{c,d,e} (%)	15.9*	8.5	12.0	7.7	22.5
Heavy alcohol use ^{d,e} (%)	0.9	0.8	0	1.9	7.7
Consider self a heavy drinker ^e (%)	0.9	0	0	1.9	ND
Consider self a problem drinker ^e (%)	0.9	0	0	0	ND

Alcohol misuse and abuse potential

%	Dentists (<i>n</i> = 113)	Nurses (<i>n</i> = 129)	Pharmacists (<i>n</i> = 133)	Physicians (<i>n</i> = 104)
Regular alcohol user ^a	71.7**	54.2	65.4	66.3
Daily use ^b	17.7*	8.5	7.5	7.7
Heavy and consistent alcohol use ^c	5.3	3.9	2.3	2.9
Some alcohol dysfunction ^d	35.2*	32.7	23.9	16.7
Potential problem use ^e	3.5	3.9	2.3	1.9
Pathological alcohol use ^f	1.8	0.8	0	1.9
Significant alcohol dysfunction ^g	10.6	11.6	11.3	6.7
Problem use ^h	0	0	0	1.9

PERSONALE INFERMIERISTICO

The American Nurses Association (1987) estimates that **10% to 20% of nurses have substance abuse problems**, and that 6% to 8% of registered nurses are **impaired** due to their abuse of alcohol and other drugs.

Recent estimates of dependency among nurses is

14% are dependent on or abuse alcohol

7.5% are dependent on drugs

26% of alcoholics also use illicit drugs

Griffith et al., 1999

Pediatria, Medicina Generale e Area Emergenza-Urgenza: utilizzo X 3.5 di **marijuana o cocaina**

Oncologia e Infermiere Area Coordinamento: **binge drinking** X 2

Psichiatria: più elevati livelli di abitudine **tabagica**

Shaw et al., 2004

INCIDENTI STRADALI

In EU 20% attribuibile a consumo rischioso di bevande alcoliche (7%-39% in USA)

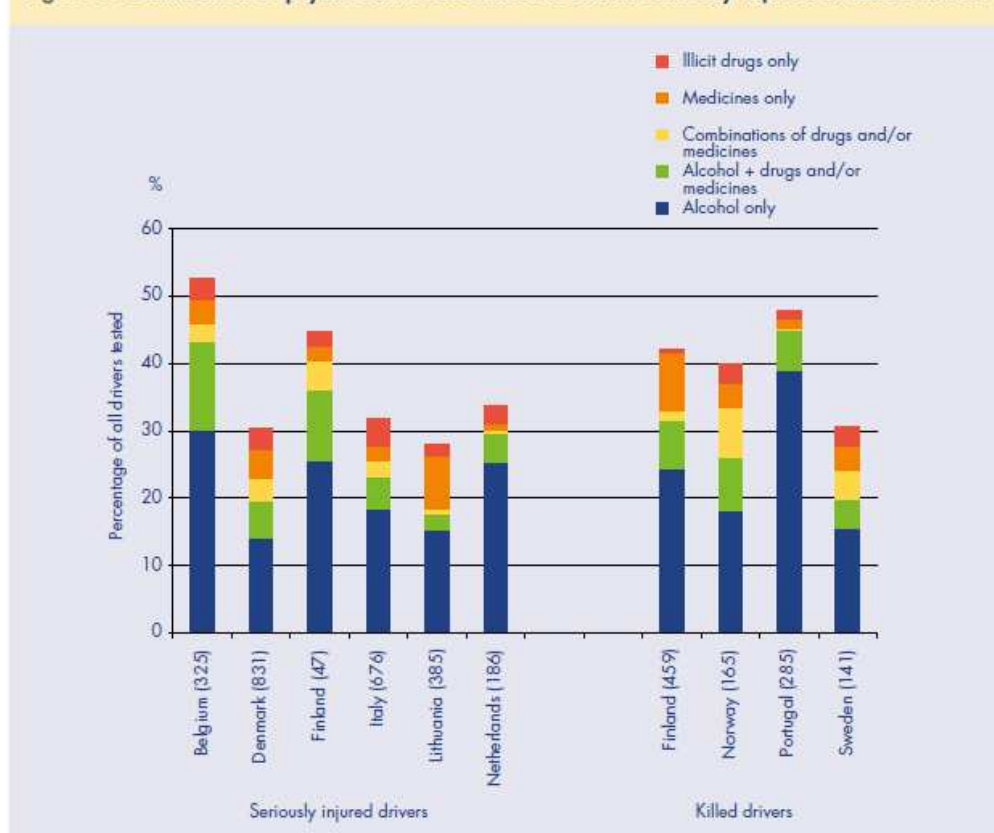
Il rischio di incidente aumenta con il consumo (in modo esponenziale)

Nessuna tipologia di consumo compatibile con condizioni di guida sicura

Consumi tipo binge → aumento del rischio di infortunio come evento isolato

Consumi abituali → maggiore influenza nel determinare il rischio di recidiva

Figure 3. Distribution of psychoactive substances found in seriously injured or killed drivers



www.emcdda.europa.eu/

CANNABIS

Rischio di incidente

Assunzione acuta: OR= 2.2 (95%CI: 1.5–3.4) - 2.5 (95%CI: 1.5–4.2)

+ alcol: OR= 4.6 (95%CI: 2.0–10.7) - 80.5 (95%CI: 28.2–230.2)

Responsabilità di incidente

Solo cannabis → OR=2,7 (1,02-7,0) → OR=6,6 (1,5-28,0)

+ BAC>0,05% → OR=14 (95% CI: 8.0–24.7)

COCAINA

Rischio di incidente

Cocaina → OR 12,2 (95% CI: 7,2-20,6)

Cocaina + alcol → OR 170.5 (95% CI: 21.2–1371.2)

Cocaina + cannabis + alcol → OR 85.3 (95% CI: 9.5–767.0)

Sexton, 2002; Drummer 2004; Laumon 2005; Soderstrom 2005

BENZODIAZEPINE

A breve/media/lunga emivita

Maggiore disabilità alla guida in caso di **insonnia non trattata** (*Vignola, 2000*)

Effetto sinergico con alcol (soprattutto per triazolam e temazepam) (*Rush, 2002*)



The more you drink, the harder you fall: A systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together

B. Taylor^{a,b,i,*}, H.M. Irving^{a,i}, F. Kanteres^{a,i}, R. Room^{c,d,i}, G. Borges^{g,i}, C. Cherpitel^{e,f,i}, T. Greenfield^{f,i}, J. Rehm^{a,b,h,i}

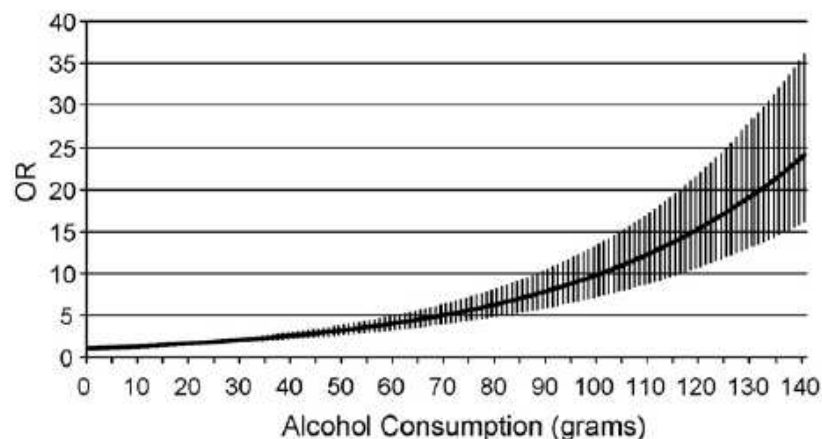


Fig. 4. Dose-response curve for the amount of alcohol consumed 3 h prior and the odds of non-motor vehicle accident injury.

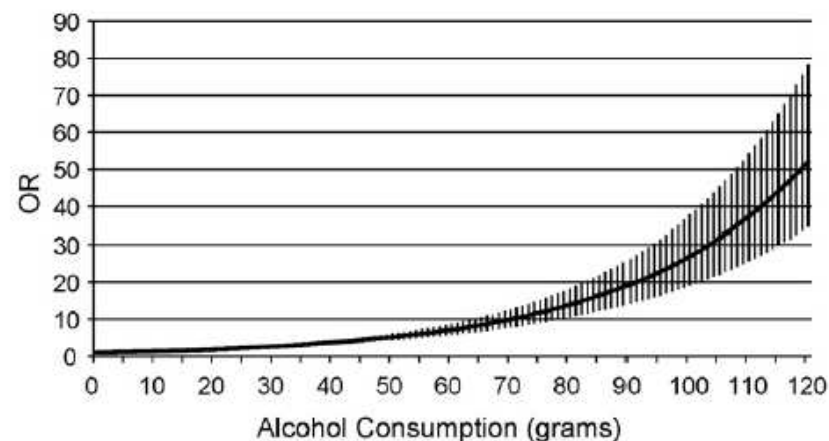


Fig. 5. Dose-response curve for the amount of alcohol consumed 3 h prior and the odds of motor vehicle accident injury.

Principali criticità

- ricostruzione delle quantità assunte (aria espirata, BAC, questionario)
- ricostruzione delle quantità assunte dopo 7gg (7days recall bias: > negli assuntori sporadici)
- dati perlopiù da PS o DEA (sottostima)
- nessuno studio considera la propensione all'azzardo dei soggetti
- mancano dati su modificatori (per es. assunzione di altre sostanze)

C'E' EVIDENZA DI MAGGIORE INCIDENZA DI INCIDENTI ED INFORTUNI LAVORATIVI TRA COLORO CHE ABUSANO DI SOSTANZE PSICOATTIVE?

La letteratura sembrerebbe confermare questa associazione, più elevati livelli di evidenza in edilizia, nel manufatturiero e tra i lavoratori più giovani

Nesso non facilmente identificabile

Numero di infortuni oscilla tra **l'8 e il 47%** del totale degli **infortuni/anno**:

- 50% incidenti durante l'attività di guida, con conseguenze spesso fatali
- 50% dei casi la tipologia di infortunio presenterebbe caratteristiche di minor gravità (traumi a carico di vari distretti corporei, urto o collisione con oggetti inanimati, etc..)

In realtà l'abuso di sostanze sembrerebbe uno dei determinanti del comportamento del singolo soggetto con **propensione al rischio** (evidenza da confermare)

I.L.O. 1996; Wickizier, 2004; CDC 2007; Ramchand, 2009

Effettiva efficacia dei programmi attuati nei luoghi di lavoro su iniziativa aziendale o come obbligo introdotto da dettati normativi

Come riduzione degli eventi avversi e “tenuta” nel tempo migliori risultati con campagne preventive multidisciplinari all'interno delle politiche aziendali (EAP) più che sull'esecuzione di test preventivi di controllo

Swena 1999, Cashman 2009, Van der Molen 2008; Miller 2007; Merrick 2007

Più efficace agire contemporaneamente su più fronti (deterrenza e prevenzione-educazione) che non sul solo effetto ottenuto dalla consapevolezza dell'effettuazione di test di controllo su matrici biologiche

Spicer 2005, Carpenter 2007, Macdonald, 2010

L'approccio multidisciplinare agirebbe anche sulla propensione all'azzardo del singolo soggetto (permette di gestire una problematica che è da ricondurre nella maggior parte dei casi ad un comportamento del singolo che inizia al di fuori dagli ambienti di lavoro ma che in quest'ultimo è poi oggetto di valutazione)

Maltby, 1987

Employee assistance programme (EAP)

- Differenziati per maschi e femmine (profili diversi sia per tipologia di sostanze sia per il diverso ruolo sociale delle due figure)
- Nessun provvedimento disciplinare finchè il lavoratore aderisce agli EAP
- Si basano su criteri definiti a priori e condivisi all'interno dell'azienda: **identificazione e intervento** ("workplace" contesto ideale perche' racchiude il concetto di rischio/pericolosità); **detossificazione e trattamento; Riabilitazione; Follow-up**
- **Rigorosa tutela della privacy** in ogni fase del processo
- Definizione di **norme di comportamento** (no alcol o droghe)
- **Educazione di personale e supervisor** (segnalare condizioni sospette sulla base di soli elementi lavorativi (per es. infortuni, assenteismo, ritardo, calo di rendimento..))
- **Test articolati** in una vasta gamma di possibili controlli (preimpiego, random, sospetto etc...)
- La positività al test non identifica necessariamente una condizione di "impairment" ma occorre delineare in modo chiaro il profilo del lavoratore (MAST e AUDIT, DAST) anche dal punto di vista extralavorativo (famiglia, gioco d'azzardo)
- L'esperienza in USA, UK, Australia, N. Zelanda e Canada: **tassi (elevati) di successo variabili dall'80-90%** per coloro che completano il programma di recupero

Per le sostanze stupefacenti sono definiti e noti indirizzi operativi dettagliati, meno circostanziati sono gli elementi da considerare per la valutazione della condizione di consumo rischioso o dannoso di alcol o di alcol dipendenza.

FAQ Regione Lombardia (2009)

- Non risulta al momento possibile verificare l'assenza di alcol dipendenza ma è possibile invece verificare in acuto la sola assunzione di sostanze alcoliche e superalcoliche durante il lavoro
- Verifica assunzione acuta senza possibilità di avviare rivalutazione idoneità
- Previsto possibile invio ad ente pubblico per art. 5 L. 300/70

Può essere utile considerare almeno questi elementi:

1. Formazione e informazione per categorie a rischio
2. Definire il consumo per intensità e frequenza
3. Utilizzo questionari ad hoc
4. Eventuale utilizzo di esami integrativi (non di routine)
5. Intervento breve – supporto ASL/SERT

IDENTIFICAZIONE DEL CONSUMO

Definizioni OMS (consumo a basso rischio, rischioso, dannoso, eccessivo episodico, alcoldipendenza)

I QUESTIONARI: Domande su Quantità/Frequenza (per es. AUDIT-C): validato per individuare consumo di alcol a rischio o dannoso → **Ripetere almeno ogni 4 anni (ma risultati migliori se utilizzato in modo routinario)**

Le domande Q/F tendono a descrivere il comportamento 'piu comune'

Utilizzare periodi di riferimento brevi (ad es. 1 settimana, gli ultimi 30 giorni)

Gli uomini con punteggio \geq a 5 (o consumo $>$ 280g di alcol/sett) oppure le donne con punteggio \geq 4 all'AUDIT-C (o $>$ a 140 g/sett) → AUDIT esteso

FARMACI: attenzione a quelli che hanno azione sinergica con alcol

Bassa sensibilità, non utili come screening (identificano solo una piccola proporzione di pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso) - Non esiste indicatore sufficientemente sensibile per consumi cronici di alcol compresi tra 40 e 60 g al giorno

GGT: legato a **consumi elevati regolari** più che episodici. Aumenta velocemente se c'è già storia positiva. Scende già dopo 1 sett. di astensione (variabile) non però se c'è danno epatico

CDT: buona sensibilità solo per **consumi di 50-80g alcol/die x almeno 7gg**, Normalizzazione in 15-21gg di astinenza. Più efficace nell'identificare i forti bevitori cronici/alcoldipendenza.

MCV: riflette consumo regolare ed elevato. Legato ad emivita dei globuli rossi (120gg). Non correlato a carenza di folati

Differenze di genere (uomo-donna) – per es. MCV più sensibile nelle donne, CDT negli uomini (consumo influenzato maggiormente dall'intensità che dalla frequenza)

Ma anche giovani-anziani (consumo intenso-episodico vs regolare): sensibilità di CDT e GGT >15-20% nei giovani

TEST	SENSIBILITA'	SPECIFICITA'	EMIVITA
γ GT	30 - 50%	40 - 90%	3 - 4 settimane
MCV	< 50 %	> 90%	3 mesi
AST	15 - 69%	Bassa	2 - 3 settimane
ALT	26 - 58%	Bassa	2 - 3 settimane
CDT	66 - 80%	90 - 97%	2 settimane

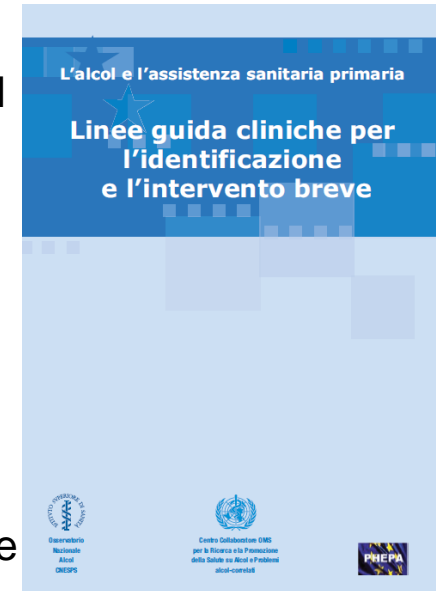
INTERVENTO BREVE

Colloquio motivazionale, rivolto alle persone con un livello di consumo di alcol a rischio o dannoso, che prevede l'informazione sulle conseguenze del bere a rischio o dannoso e suggerimenti specifici rivolti alla persona.

L'obiettivo: favorire la consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcol
E dotarla di strumenti per modificare l'atteggiamento e lo stile di vita, aumentando la disponibilità e la motivazione a farlo.

Durata almeno 10-15 minuti e dovrebbe essere così articolato:

1. comunicare il rischio al paziente
2. fornire informazioni sui pericoli legati alla prosecuzione del consumo
3. motivare il paziente ad individuare un obiettivo da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini (goal setting)
4. fornire avvertenza sui limiti per ridurre la quantità di alcol al di sotto dei 280g a settimana (2UA/die) per gli uomini e dei 140g (1UA/die) per le donne
5. incoraggiare i pazienti (spiegando che consumo a rischio non significa dipendenza e che le proprie abitudini possono cambiare)
6. fornire materiale informativo
7. programmare un follow-up (ogni 90gg)



CONCLUSIONI

Il problema esiste ma è ancora da definire la sua entità e gravità

Normativa disorganica che si traduce anche in una variabilità su base regionale nelle modalità di applicazione (o non)

Oggi la prevenzione pare incentrata sul solo effetto deterrente o sul divieto di assunzione

L'effetto deterrente (alcolimetria) non pare adeguato per affrontare un problema complesso che ha invece bisogno di un approccio articolato di tipo multidisciplinare

European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020 -

“Promuovere politiche anti-alcol negli ambienti di lavoro, basate sull'educazione, la prevenzione, l'identificazione precoce ed il trattamento”

Protocollo d'Intesa MIUR-DPA 19/12/2012: “Gli interventi preventivi dovrebbero affrontare prevalentemente i comportamenti a rischio e non le singole sostanze, in un contesto generale di educazione alla salute per l'acquisizione e il mantenimento di stili di vita sani”.

CONCLUSIONI

Ruolo del medico competente orientato alla valutazione “globale” della persona (rispetto ad altre figure sanitarie) e non a semplice ruolo burocratico-amministrativo

Dare risalto alle possibili **interferenze** che alcuni **farmaci** di ampia diffusione possono determinare su attività complesse (benzodiazepine e alcuni antidepressivi).

Non si tratta quindi di prevedere uno specifico capitolo all'interno del DVR quanto di **impostare e proporre un piano di azione specifica e mirata al controllo ed alla prevenzione di questa condizione** che può, se trascurata, creare situazioni di maggior rischio per il lavoratore e per i terzi.

Un tale **programma** può trovare attuazione se **definito a priori, condiviso con datore di lavoro e lavoratori** e se **realizzato in sinergia** (il medico competente non può rimanere isolato in questo compito) con le strutture che possono concorrere al suo successo: Servizi di Prevenzione e delle Dipendenze delle ASL, Servizi Ospedalieri di Medicina del Lavoro.