



ALCOL E LAVORO

Pubblicazione a cura di:

Giovanni Serpelloni

Direttore Osservatorio Regionale sulle Dipendenze
c/o Dipartimento delle Dipendenze - ULSS 20 Verona

Paolo Brunetto

Medico internista - Servizio di Alcolologia - Sezione Neurologica c/o Ospedale Civile
Dipartimento delle Dipendenze
Az. ULSS 20 Verona

Emilio Cipriani

Medico del lavoro - Dipartimento di Prevenzione - SPISAL
Az. ULSS 22 Bussolengo (VR)
Coordinatore del Piano di Promozione della salute nei luoghi di lavoro della Regione del Veneto - DGR 3723 del 5 dic. 2003

Pietro Madera

Psicologo - Dipartimento delle Dipendenze - Ser.T. n. 3 di Soave
Az. ULSS 20 Verona

Fiorenzo Minelli

Educatore, Unità No Smoking - Dipartimento delle Dipendenze
Az. ULSS 20 Verona

Elena Petterlini

Progetto UP&GO - Dipartimento delle Dipendenze
Az. ULSS 20 Verona

Si ringraziano:

Luciano Marchiori

(responsabile scientifico del Piano di Prevenzione e Promozione della salute nei luoghi di lavoro della Regione del Veneto)

Antonia Ballottin, Lidia Bellina, Rosana Bizzotto, Romana Campara, Egle Ceschi, Roberta Frighetto, Cristian Garbin, Giovanna Geroin, Maurizio Gomma, Daniela Marcolina, Giancarlo Masiero, Elena Peroni, Marco Renso, Teresa Sollazzo, Sonia Todesco, che hanno collaborato alla definizione dei contenuti o approvato il progetto editoriale.

Il presente fascicolo fa parte di una collana composta da 12 pubblicazioni e risponde agli obiettivi di salute previsti da:

Piano di Promozione della salute nei luoghi di lavoro della Regione del Veneto;
Progetto "Prevenzione delle dipendenze negli ambienti di lavoro con particolare riguardo all'alcoldipendenza" del Piano triennale area dipendenze dell'Az. ULSS 22;
"UP&GO": Programma Regionale di Comunicazione per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'uso di sostanze nocive per la salute.

L'intero fascicolo è scaricabile in formato elettronico dall'home page del portale www.dronet.org

Introduzione

Considerare con attenzione l'evoluzione storica e le caratteristiche attuali degli atteggiamenti assunti da diverse culture, nei confronti dell'uso di alcol e dei corrispondenti valori trasmessi, appare molto importante. Questo può, infatti, aiutare a comprendere la singola persona e le sue scelte, ma fornisce anche la cornice entro cui collocare l'evoluzione storica del pensiero scientifico. Alcune culture hanno conosciuto, nei secoli, numerose e talvolta profonde trasformazioni di atteggiamenti che hanno oscillato tra liberalismo e proibizionismo. Altre, seguendo precisi dettami religiosi, hanno, al contrario, da sempre praticato la regola del divieto assoluto di uso di bevande alcoliche.

Tale flessibilità di opinioni è riscontrabile anche nel mondo scientifico. Ultimamente la direzione che sembra più stabile sembra essere quella che conduce verso una graduale diminuzione delle quantità di alcol che si considerano assumibili.

Questo anche perché non è possibile identificare delle quantità di consumo alcolico consigliabili o "sicure" per la salute. E' sempre raccomandabile parlare di quantità "a basso rischio", sottolineando che il rischio esiste a qualunque livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'incremento delle quantità di bevande alcoliche consumate.

Sta emergendo una maggiore consapevolezza del fatto che il consumo di alcol possa essere considerato come uno dei comportamenti a rischio per la salute, associato ad altri (quali fumo, alimentazione sbilanciata, attività fisica carente, ecc.) in una visione complessiva di "stile di vita". Vari organismi, a livello internazionale e nazionale, alla luce dei dati relativi ai disagi ed ai problemi connessi all'uso di alcol, hanno proposto strumenti e strategie finalizzati alla tutela della salute della comunità.

L'O.M.S.

Il compito principale dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità (O.M.S.) è di lavorare per migliorare la salute essendo anche un centro di informazione sui temi alcolcorrelati.

Dal 1992, il Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA) "ha fornito le basi per lo sviluppo e la realizzazione di politiche e programmi sull'alcol negli Stati Membri dell'Unione Europea." Lo scopo del PAEA durante il periodo 1992-1998 è stato quello di promuovere negli Stati Membri una riduzione significativa del consumo di alcol dannoso per la salute. L'Italia, insieme alla Polonia e alla Spagna, ha raggiunto il target europeo all'interno dei principi di Salute per tutti che prevedeva la riduzione del 25%.

Per il periodo 2000-2005, il PAEA ha lo scopo di prevenire e ridurre i danni causati dall'alcol in tutta la Regione Europea. Gli obiettivi generali sono:

- suscitare una maggiore consapevolezza, fornire strumenti educativi e costruire il supporto a favore di politiche di sanità pubblica che abbiano il compito di prevenire i danni causati dall'alcol;
- ridurre i rischi di problemi alcolcorrelati che possono verificarsi in una serie di ambienti quali la casa, il luogo di lavoro, la comunità o ambienti nei quali si consuma alcol;
- ridurre l'ampiezza e la profondità del danno alcolcorrelato in casi come fatalità, incidenti, violenze, abusi su minori e crisi familiari;
- fornire un trattamento accessibile ed efficace per le persone che consumano alcol in modo rischioso o pericoloso, e per quelle con alcol dipendenza;
- esercitare una maggiore protezione dalle pressioni al bere rivolte ai bambini, ai giovani e a coloro che scelgono di non bere.

Il Piano d'Azione indica ciò che dovrebbe essere realizzato (i risultati) e come si può realizzarlo (le azioni), incoraggiando ogni Stato Membro a mettere in pratica delle politiche volte a ridurre i danni causati dall'alcol e rivolte sia alla popolazione generale (con particolare attenzione ai giovani) sia a soggetti considerati ad alto rischio.

Carta Europea sull'Alcol

Seguendo la linea del Piano d'Azione, nel 1995 la Conferenza Europea su Salute, Alcol e Società promossa dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS tenutasi a Parigi, ha adottato la "Carta Europea sull'Alcol".

Tale documento stabilisce cinque principi etici e dieci strategie per un'azione in tema di alcol. Tra i principi, i più significativi sono:

- "Tutti hanno diritto ad una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi, che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche."
- "Tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili."

Tra le strategie operative elenca:

- "Promuovere ambienti pubblici, privati e di lavoro, protetti da incidenti, violenza ed altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche."
- "Accrescere le capacità della società di occuparsi delle problematiche dell'alcol attraverso la formazione degli operatori dei vari settori singoli, quali quello sanitario, sociale, educativo e giudiziario, contestualmente al rinforzo ed allo sviluppo del ruolo centrale della comunità."

Le dieci strategie della Carta Europea sull'Alcol costituiscono la struttura per il PAEA per il periodo 2000-2005 nelle seguenti attività:

- informazione ed educazione;
- ambienti pubblici, privati e lavorativi;
- alcol e guida;
- disponibilità di prodotti alcolici;
- promozione di bevande alcoliche;
- trattamento;

- responsabilità dell'industria di bevande alcoliche e del settore della distribuzione e della vendita;
- capacità della società di dare risposte ai danni alcolcorrelati;
- le organizzazioni non governative;
- formulazione, realizzazione e monitoraggio delle politiche.

I giovani e l'alcol

Il 21 febbraio 2001, durante la Conferenza Ministeriale Europea dell'OMS su Giovani e Alcol, è stata adottata una Dichiarazione ufficiale con lo scopo di proteggere i bambini e i giovani dal consumo di alcol e di ridurre il danno direttamente o indirettamente causato loro dall'alcol.

La Dichiarazione riafferma i cinque principi etici della Carta Europea sull'Alcol e, in linea con il Piano d'Azione Europeo sull'Alcol 2000-2005, afferma la necessità di garantire condizioni favorevoli per i giovani nelle case, nelle istituzioni educative, al lavoro e nella comunità in generale, al fine di proteggerli dalle pressioni al consumo alle quali sono sempre più soggetti e per ridurre l'impatto e la gravità dei danni alcolcorrelati.

Negli ultimi anni si è vista una rapida e preoccupante crescita del fenomeno del "binge drinking" (bere per ubriacarsi, 5 drink o più bicchieri di seguito negli ultimi 30 giorni) nei giovani. Proprio per questo motivo l'OEDT (Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze) ha inserito nella sua Relazione Annuale per il 2003 l'alcol che, escludendo tabacco e caffeina, è la sostanza psicoattiva più utilizzata dai giovani dell'Unione Europea.

Cresce sempre più la preoccupazione per il l'aumento del livello di ubriachezza e dell'uso di alcol "come divertimento" spinto anche da una società che sta estremizzando l'idea dello status simbol e dell'immagine.

Più aumenta l'età, più i giovani hanno possibilità di ubriacarsi e di provare sostanze illecite. Tra i 13-14 anni la percentuale di ragazzi che ha avuto un'esperienza una tantum di ubriachezza è

del 15,9% mentre tra i 17-18 anni la percentuale sale al 64,5 (indagine francese Escapad - Beck, 2001).

Anche l'Eurobarometro 2003 pubblicato dalla Commissione Europea dedica ampio spazio al fenomeno del consumo di alcol nei giovani.

L'Italia, con Portogallo e Spagna, registra la più bassa percentuale di soggetti che hanno bevuto alcol nelle ultime 4 settimane ma, nello stesso tempo, è ai primi posti come numero medio di giorni durante i quali è stato consumato alcol.

L'età media in cui i giovani europei iniziano a bere è 14,57 con una variabilità di 12,18 per l'Italia.

Il Piano Sanitario Nazionale

A livello nazionale, anche il Piano Sanitario 2000-2005 ha stabilito tra i suoi obiettivi prioritari il promuovere gli stili di vita sanitari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute.

Per raggiungere questi obiettivi vengono individuati alcuni ambiti principali, quali l'alimentazione non corretta, il fumo, l'alcol e l'attività fisica, su cui intervenire attraverso attività di prevenzione dirette all'ambiente e ai comportamenti.

In particolare, la riduzione dei danni causati dall'abuso di alcol viene considerato uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica che deve essere perseguito da tutti gli Stati.

Il Veneto

Nel Piano Regionale di servizi alla persona e alla comunità - politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali della Regione Veneto per il triennio 2003-2005, tra gli obiettivi in ambito di salute pubblica c'è la riduzione del consumo di alcol nella comunità e la definizione di protocolli d'intesa in ambito di aziende ULSS e in ambiti esterni (Volontariato, Associazioni di categoria) inerenti il problema alcol e guida.

La Regione Veneto persegue inoltre la realizzazione di un Sistema Integrato Preventivo Assistenziale delle tossicodipendenze e dell'alcolismo formato da varie componenti, pubbliche e private, con compiti, responsabilità e ambiti di intervento diversi ma coordinati tra loro per creare una rete assistenziale continua.

I problemi alcolcorrelati e la comunità

Esistono dati epidemiologici precisi che correlano il consumo medio pro capite di alcol di una comunità con l'incidenza dei problemi alcolcorrelati.

Tale correlazione permette di sostenere che una riduzione complessiva dei problemi alcolcorrelati si potrà raggiungere solo attraverso una riduzione del consumo medio pro capite di alcol.

Un approccio incisivo si rende possibile però solamente se si pianifica un intervento che includa tutta la popolazione e non solamente le cosiddette "fasce a rischio".

I dati

I consumatori di alcol in Italia sono circa 3.000.000 mentre quelli definiti "problematici" (per "consumatore problematico" si intende un consumatore abituale di alcol che non presenta ancora complicanze di tipo fisico) sono circa 4.000.000. Gli alcolisti stimati in Italia sono circa 1.500.000 e, ogni anno, si riscontrano 50.000 nuovi casi (S.I.A., 2001).

Gli astemi sono in progressiva e costante diminuzione, rappresentando il 25% della popolazione (dati ISTAT, 2001).

Ogni anno sono attribuibili, direttamente o indirettamente, al consumo di alcol: il 10% di tutte le malattie, il 10% di tutti i tumori, il 63% delle cirrosi epatiche, il 41% degli omicidi ed il 45% di tutti gli incidenti, il 9% delle invalidità e delle malattie croniche (di lunga durata) (World Health Report, OMS, 2002).

In tutta Europa, l'alcol collegato alla guida rappresenta attualmente la prima causa di morte tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 29 anni.

La Società Italiana di Alcologia riferisce che complessivamente il 10% dei ricoveri è attribuibile all'alcol; nell'anno 2000 tale numero è stimabile in 1.267.156 ricoveri (OssFAD).

Ogni anno in Italia i decessi a causa dell'alcol (cirrosi epatica, tumori, infarto emorragico, suicidi, aborti, omicidi, incidenti in ambiente lavorativo, domestico e incidenti stradali) sono 40.000. In particolare, l'alcol è responsabile di circa la metà degli 8.000 decessi conseguenti ad incidenti stradali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che i costi annuali sociali e sanitari sostenuti a causa di problemi alcolcorrelati sono pari al 2,5% del Prodotto Interno Lordo. Sul PIL nazionale dell'anno 2003 (1324 miliardi di euro) i costi dell'alcol risulterebbero pari a 26-66 miliardi di euro.

Secondo l'OMS, dal 10% al 30% degli incidenti in ambito lavorativo sono correlabili al consumo d'alcool e determinati, di conseguenza, da un livello di efficienza non adeguata e da una ridotta percezione dei rischi da parte del lavoratore.

Il rapporto annuale 2003 INAIL indica 1.263 vittime e 881.676 infortuni denunciati. Nella Regione del Veneto sono 142 i mortali e 123.328 gli infortuni totali denunciati nello stesso anno. Una stima conservativa (OMS) che attribuisca all'uso di alcolici il 10% degli infortuni in Italia o nella nostra Regione permetterebbe, con un semplice calcolo, di evidenziare la gravità del fenomeno da attribuire a tale causa.

In ambito lavorativo, l'uso di bevande alcoliche provoca un notevole aumento dei rischi (con un'alcolemia di 0,5 grammi per litro il rischio è doppio, a 1 g/l è di 6 volte superiore alla normalità, con 2 g/l è di 30 volte superiore), sia di infortunio e malattia (le assenze dal lavoro degli alcolisti sono di 3-4 volte superiori rispetto agli altri lavoratori), che di perdita di lavoro per licenziamento (l'alcolismo è causa del 40% dei cambiamenti dei posti di lavoro).

Alcol e salute

Metabolismo ed Eliminazione

L'alcol ingerito è assorbito rapidamente attraverso lo stomaco, l'intestino tenue e il colon. Nello stomaco, la velocità di assorbimento aumenta a digiuno e anche nel caso di assunzione di bevande a più alta gradazione alcolica.

Nell'intestino l'assorbimento è estremamente rapido e completo, è sostanzialmente indipendente dalla presenza di cibo nello stomaco e nell'intestino stesso ed è favorito dai carboidrati.

L'alcol supera facilmente la barriera emato-encefalica e placentare: a livello cerebrale si raggiungono rapidamente concentrazioni equivalenti a quelle plasmatiche. La concentrazione ematica dipende dalla quantità di alcol assunto, dal peso corporeo del soggetto e dalla velocità di assunzione. Il metabolismo si caratterizza per l'ossidazione completa del 90-98% dell'alcol assorbito. La quantità ossidata per unità di tempo è approssimativamente proporzionale al peso corporeo ed al peso del fegato del soggetto.

L'ossidazione infatti, avviene principalmente nel fegato con trasformazione dell'alcol in acetaldeide ad opera dell'enzima alcoldeidrogenasi (ADH). L'acetaldeide si unisce alla dopamina formando tetraidroisochinoline, oppiacei endogeni. L'alcol viene metabolizzato anche da altri enzimi epatici: il sistema delle catalasi, localizzato nei perossisomi, e le ossidasi microsomiali (MEOS), responsabili della metabolizzazione di alcuni farmaci.

Quest'ultima metabolizzazione viene sempre più utilizzata man mano che aumenta l'abitudine all'alcol (induzione enzimatica) e ciò determina una sempre maggiore interferenza con quei farmaci la cui azione, venendo metabolizzati attraverso lo stesso sistema microsomiale, risulta essere così inibita.

Una quota di alcol non ossidato variabile dal 2 al 10% viene eliminata principalmente attraverso reni e polmoni. Nelle urine si trova una concentrazione di poco maggiore rispetto a quella del

sangue, mentre nell'aria espirata la concentrazione è pari allo 0,05% di quella ematica.

La curva della concentrazione ematica è caratterizzata da un primo incremento che corrisponde alla fase di assorbimento che raggiunge il suo massimo intorno ai 30-60 minuti dopo l'assunzione. A questa fase ne segue una centrale di plateau in cui assorbimento ed escrezione sono in equilibrio ed, infine, vi è una fase decrescente in cui prevale l'escrezione.

La concentrazione dell'alcol nell'aria espirata è in rapporto all'equilibrio che si raggiunge tra sangue polmonare ed aria alveolare. Il rapporto di concentrazione alcolica sangue/respiro è pari a 2100:1.

Effetti dell'alcol sul sistema nervoso centrale

L'alcol è una sostanza psicoattiva che agisce producendo modificazioni di tipo psicologico (affettivo, cognitivo e comportamentale) e induce, come gli oppiacei, fenomeni neuroadattivi.

Soprattutto, al pari dell'eroina, del metadone e della morfina, l'alcol agisce sulle vie della gratificazione, interferendo sul sistema dopaminergico e sul sistema oppioide endogeno, rappresentando quindi un notevole stimolo motivazionale al consumo.

In particolare, si è riscontrato che l'eroina, i narcotici morfino-simili, l'alcol e la nicotina, stimolano l'attività elettrica dei neuroni dopaminergici, favorendo la liberazione di dopamina e stimolando la stessa trasmissione dopaminergica. La chimica metabolica dell'etanolo trova inoltre punti di contatto con quella degli oppioidi, nella presenza delle tetraidroisochinoline, sostanze derivanti dalla condensazione tra acetaldeide e dopamina, che determinano, a livello del S.N.C, un effetto gratificante, competitivo nei confronti dei recettori oppioidi.

Tale effetto può esercitarsi in particolare sulle strutture ipotalamo-ipofisarie inducendo un'alterata produzione di propiomelanocortina e quindi di ACTH e β -endorfina con interferenza su tutti i settori neuroendocrini. Ciò può rendere ragione

della ridotta capacità di fronteggiare gli stress, riscontrabile in chi fa uso di alcol, al pari dei consumatori di oppiacei. L'alcol fa parte, come i barbiturici, dei depressori non selettivi del SNC, ossia di un gruppo di sostanze capaci di indurre, a dosi crescenti, alterazioni comportamentali progressive, che vanno da un effetto ansiolitico e disinibente ad uno sedativo-ipnotico, fino al coma e alla morte per depressione dei centri respiratori e cardio-circolatori cerebrali. L'alcol esplica dapprima un'azione eccitante che, con l'aumento della quantità assunta, si trasforma in depressiva con elettività sulle funzioni cerebrali che regolano il meccanismo dei controlli inibitori corticali. L'alcol incide poi in maniera più o meno evidente sugli organi di senso, restringe il campo visivo, disturba la visione binoculare, diminuisce la capacità di valutare correttamente i suoni, e soprattutto compromette la capacità di giudizio dissociando l'oggettivo dal soggettivo. Quindi, ad una condizione reale di minor attenzione, precisione e prontezza nei processi percettivi, corrisponde dall'altra parte un'erronea sensazione di maggior affinamento dei sensi, condizione pertanto predisponente agli incidenti.

La stessa euforia determina effetti psicosomatici tali da inibire l'equilibrio psicomotorio e l'autocontrollo; si associano ad essa anche disturbi motori causati dall'iniziale accentuazione e al successivo indebolimento dei riflessi spinali, comportanti l'incertezza nei movimenti, barcollamento, fino all'incoordinazione motoria dell'ubriachezza conclamata (vedi tab. 2).

Effetti cronici dell'alcolismo

Nell'alcolismo si rilevano elevati livelli di isochinoline e bassi livelli di endorfine. E' possibile che queste molecole, capaci di interagire con il sistema oppioide endogeno, possano costituire il substrato biologico dell'assuefazione e della dipendenza.

L'alcol stimola la liberazione di dopamina e quando esso manca, nell'astinenza, ne provoca la scomparsa. Poiché la liberazione di dopamina è associata a piacere ed euforia, la sua

mancanza può manifestarsi con i sintomi dell'anedonia e della disforia, caratteristici dell'astinenza anche da altre sostanze quali morfina, cocaina, amfetamine e nicotina.

Nella tabella che segue vengono evidenziati i danni organici più frequentemente correlati all'alcolismo.

Tab. 1: Effetti cronici dell'alcolismo

| | |
|--|---|
| SISTEMA NERVOSO CENTRALE | Atassia, epilessia, S. di Korsakoff (amnesia anterograda, disorientamento, confabulazione, disturbi della memoria di fissazione), atrofia cerebrale, demenza (riduzione della memoria, dell'ideazione, dell'affettività e della creatività) |
| SISTEMA NERVOSO PERIFERICO | Polineuropatia tossica e carenziale (tremori, parestesie, dolori notturni, disturbi motori, astenia muscolare, neurite ottica, effetti tossici su nervo acustico e nervo vestibolare) |
| APPARATO CARDIOVASCOLARE | miocardiopatia alcolica, aritmie, aterosclerosi, ipertensione arteriosa |
| APPARATO DIGERENTE: bocca e faringe | carie, infezioni, flogosi acute e croniche, neoplasie |
| esofago | esofagiti, varici, neoplasie |
| stomaco | gastriti, ulcere → neoplasie |
| intestino | malassorbimento, diarrea |
| pancreas | pancreatici acute e croniche → neoplasie, diabete mellito |
| fegato | statosi, epatiti acute e croniche, cirrosi → epatocarcinoma |
| APPARATO ENDOCRINO | alterata secrezione gonadica, ipofisaria e surrenalica (pseudo Cushing's syndrome) |
| APPARATO RIPRODUTTIVO | ridotta fertilità (effetto tossico diretto sulle gonadi), riduzione della libido, femminilizzazione nel maschio (riduzione del livello di testosterone attivo), ipogonadismo ipogonadotropo (per compromissione epatica e riduzione della frazione attiva del testosterone) |
| APPARATO RESPIRATORIO | tosse stizzosa per effetto irritante, laringiti acute e croniche, cr. Laringeo |
| APPARATO LOCOMOTORE | osteoporosi (tossicità diretta sulle cellule ossee, deficit degli ormoni steroidei gonadici, iperattività degli ormoni surrenalici, turbe nutrizionali, ipovitaminosi D) |
| SISTEMA EMOPOIETICO | anemia megaloblastica |

L'alcolismo, inoltre, provoca alterazioni metaboliche (iperuricemia e ipertrigliceridemia, ipofosfatemia), inibizione del sistema immunitario e riduzione del campo visivo.

Il consumo di alcol durante la gravidanza può provocare aborti, parti prematuri, indurre un ritardato accrescimento del feto con basso peso alla nascita, malformazioni scheletriche, microcefalie e ritardo mentale. Si stima che 1:600 / 1000 bambini nascano con sindrome fetale alcolica (FAS): in Italia circa 3000 bambini l'anno.

Il rischio di frequenza della FAS nelle forti bevitrici è del 35-40%.

Tra i vari problemi alcolcorrelati si sottolineano i seguenti:

- la dipendenza alcolica è causa per il 40% del cambiamento del posto di lavoro;
- circa il 20% dei reati sono attribuiti a bevitori;
- il rischio di separazione dei coniugi nei forti bevitori è 11 volte maggiore;
- i figli di alcolisti hanno un rischio di sviluppare una problematica alcolcorrelata di 1:4 rispetto al rapporto 1:10 della popolazione normale;
- il 73% delle persone obese (per alimentazione) ha avuto un genitore alcolista;
- la probabilità che all'alcolismo si associ un disturbo psichiatrico è di 11 volte maggiore nei maschi e 23 volte maggiore nelle femmine;
- tra gli alcolisti sono presenti dall'8% al 10% delle sindromi psicotiche maggiori;
- il fenomeno dell'assenteismo, sia per numero di malattie in un anno che per giornate lavorative perse, risulta il triplo negli alcolisti rispetto alla restante popolazione lavorativa.

Alcol e sicurezza stradale

La presenza di alcol nel sangue determina gli effetti riportati nella seguente tabella.

Tab. 2: Correlazione tra alcolemia ed effetti chimici

| Classificazione | Alcolemia g/l | Effetti |
|----------------------|---------------|---|
| Stato infraclinico | 0,2 | Tendenza a guidare l'automobile in modo più rischioso |
| | 0,4 | Rallentamento delle capacità di elaborazione mentale delle percezioni |
| Euforia | 0,5 | Riduzione della facoltà visiva laterale, e difficoltà a vedere i segnali stradali, le luci di frenata e dei semafori |
| | 0,7 | Forte prolungamento dei tempi di reazione da 0,75 sec. a 1,5 sec. |
| Stato di ebbrezza | 0,8 | Incapacità di adattamento all'oscurità |
| | 0,9 | Compromissione della valutazione di percezioni visive simultanee |
| | 1,0 - 1,5 | Chiari segni clinici: iniziali disturbi psicomotori nella maggior parte delle persone |
| Stato di ubriachezza | 1,5 - 2,0 | Incoerenza, mancanza di autocritica, in coordinazione motoria, evidenti nell'80% delle persone |
| Ubriachezza profonda | 2,0 - 3,0 | Insensibilità al dolore, diplopia, rallentamento grave dei riflessi, atassia, confusione mentale, vomito, incontinenza sfinterica |
| Alcolemia mortale | 3,0 - 5,0 | Soglia variabile da individuo a individuo; mancanza di sensibilità e di riflessi, stato di incoscienza, pericolo di morte per paralisi respiratoria |

Alcol e Lavoro

Il Piano Sanitario Nazionale 2003 - 2005 ha evidenziato e rimarcato che l'assunzione di alcolici rende i lavoratori più inclini a comportamenti ad alto rischio, per se stessi e per gli altri e rende inadeguate le condizioni psicofisiche rispetto a quanto richiesto, sotto il profilo della sicurezza, dall'attività lavorativa svolta.

Il consumo di alcol ha quindi ripercussioni significative sia sul fenomeno infortunistico nel nostro paese sia sull'aumento dell'assenteismo dal lavoro per malattia, con conseguente disagio organizzativo nell'ambito aziendale e con pesanti oneri sulla produttività e di riflesso sulla collettività.

In un'indagine svolta su 20.000 volontari si è evidenziato che il 14% dei lavoratori ha un'alcolemia compresa tra 0,3 e 0,40 g/l, cioè in una fascia ritenuta di allarme; l'1,8% presenta valori fino a 1 g/l e lo 0,2% ha tassi di alcolemia superiori mentre l'84% presenta valori alcolemici inferiori a 0,2 g/l.

Nel 2000, una indagine svolta negli Stati Uniti dal NHSDA (National Household Survey on Drug Abuse), ha rivelato che il 7,4% delle 107,3 milioni di persone di età compresa tra i 18 ed i 49 anni che compongono la forza lavoro, ha problemi di vera e propria dipendenza dall'alcol.

In Gran Bretagna, alcuni dati riportati dal sito dell'Alchemyproject e riguardanti ricerche condotte dall'Alcoholconcern, dall'Health and Safety executive e dall'Institute of Personnel and Development, riportano la seguenti stime: circa il 75% di coloro che fanno uso di alcol sono lavoratori e circa il 75% delle aziende intervistate ha confermato che spesso le assenze sono dovute all'assunzione di alcol.

Nel Veneto lo studio "Conoscere per cambiare", effettuato nel 2001 dalla F.I.M.M.G. e condotto da 2.269 medici di famiglia convenzionati (63,6%) coinvolgendo nella rilevazione circa 62.000 assistiti, evidenzia alcuni importanti aspetti culturali e atteggiamenti personali rispetto il consumo di bevande alcoliche ed il fumo di tabacco. L'elaborazione dei 59.304 questionari autocompilati (circa il

2% degli assistiti come previsto dal protocollo di studio) permette di definire in dettaglio i risultati.

Il 52.3% degli intervistati sono persone con un lavoro stabile (il 38.4% sono lavoratori dipendenti e il 13.9% sono lavoratori autonomi), la quota rimanente è rappresentata da pensionati, casalinghe, studenti.

Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche è stato usato il test C.A.G.E. (vedi allegato) con risultati predittivi che forniscono una chiara indicazione alla programmazione di interventi preventivi della patologia alcol correlata (P.A.C.) per circa il 18% della popolazione. Abbiamo infatti un 11,9% di risposte positive ad almeno una delle 4 domande. Questo risultato indica che si tratta di persone a rischio per le modalità di bere. Il 6,3% di persone con due risposte positive indica invece le persone con modalità pericolose di bere. Un altro 3,5% di persone ha risposto positivamente a 3 o 4 domande il che indica un livello crescente di dipendenza da alcol e quindi la necessità di interventi specialistici.

Nel Veneto, un'indagine svolta dallo SPISAL di Mestre su 1246 lavoratori ha evidenziato che il 17,4% di loro consumava oltre 1/l di vino al giorno.

Un'altra indagine effettuata dallo SPISAL di Verona, sullo stato di salute dei lavoratori edili, ha documentato che il 26% della popolazione considerata assume da ½ a 1 l/die di vino ed il 10% consuma oltre 1 l/die di vino. L'analisi statistica ha anche evidenziato una relazione inversa tra età e quantità di vino assunte: in particolare oltre il 50% degli astemi aveva meno di 32 anni.

Un lavoro svolto dallo SPISAL di Conegliano Veneto ha analizzato la correlazione tra gli infortuni sul lavoro e il livello di alcolemia in 429 lavoratori pervenuti al Pronto soccorso a seguito di infortunio sul lavoro. Il 37% di questi presentava tracce di alcol nel sangue, il 3% presentava valori di alcolemia superiori a 0,4 g/l e l'1,4% superiori a 0,8 g/l.

In tab. 3 sono riportati i livelli di alcolemia rilevati nei lavoratori suddivisi per i diversi comparti produttivi.

Tab. 3: Livelli medi di alcolemia in funzione del comparto produttivo

| COMPARTO | INFORTUNI | ALCOLEMIA (media e DS) in g/l |
|-------------|-----------|----------------------------------|
| INDUSTRIA | 266 | 0,04 +/- 0,09 |
| ARTIGIANATO | 75 | 0,07 +/- 0,28 |
| AGRICOLTURA | 43 | 0,13 +/- 0,38 |
| EDILIZIA | 26 | 0,10 +/- 0,23 |
| TERZIARIO | 19 | 0,03 +/- 0,05 |

I livelli più elevati di alcolemia sono stati riscontrati alle ore 14, 16 e 18, evidenziando un'abitudine consolidata di consumare alcolici nelle ore pomeridiane. L'età media dei lavoratori che avevano assunto alcolici è risultata essere significativamente più elevata rispetto a coloro che non ne avevano assunti. Tra i lavoratori infortunatisi il sabato e la domenica (34 casi), sono stati rilevati livelli di alcolemia significativamente superiori rispetto a quelli infortunatisi negli altri giorni della settimana.

Gli autori sottolineano il dato relativo all'elevato numero di soggetti con tracce di alcol nel sangue, nettamente superiore a quanto evidenziato in studi analoghi.

Alcoldipendenza e promozione della salute negli ambienti di lavoro

Per un approfondimento sull'argomento si veda anche "Linee di indirizzo per i medici competenti Approccio preventivo alle dipendenze nei luoghi di lavoro", fascicolo di questa stessa collana.

In alcune realtà lavorative si possono riscontrare casi di dipendenza tra i lavoratori che spesso rendono estremamente pericolosa, anche per i colleghi, l'attività lavorativa, specie se tali persone sono adibite a mansioni particolari come la guida di mezzi di sollevamento, il controllo di impianti o di macchinari complessi.

Da un punto di vista medico legale attualmente si possono affrontare queste situazioni sulla base della legge 30 marzo 2001 n. 125.

L'articolo n. 15 di questa che viene definita la legge quadro in materia di alcol

e di problemi alcolcorrelati, applica ai lavoratori affetti da patologie alcolcorrelate che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione, l'articolo 124 del testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309. L'art. 124 attribuisce ai lavoratori tossicodipendenti, assunti a tempo indeterminato, il diritto di conservazione del posto di lavoro. Questo solo per il tempo necessario al recupero e, comunque, non oltre i 3 anni. Tale diritto è subordinato all'accesso ai trattamenti riabilitativi presso i servizi delle ULSS o di altre strutture terapeutico-riabilitative e socio-assistenziali.

L'articolo 15 della legge n. 125 prevede, inoltre, la specifica individuazione, con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale, di concerto con il Ministro della Sanità, delle attività lavorative comportanti un elevato rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, per le quali è fatto divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, con verifica del controllo alcolimetrico sia da parte del medico competente, previsto dal D. Lgs. 626/94, sia da parte dei servizi sanitari di vigilanza.

Di fronte al dipendente con problemi legati all'uso di sostanze (alcol o droga) il datore di lavoro spesso assume uno di questi due comportamenti:

- 1) rifiuto, con rapido ricorso al licenziamento;
- 2) accettazione paternalistica, più facilmente nei confronti di alcolisti piuttosto che di altri tossicodipendenti. Ciò comporta la sottovalutazione del problema e delle sue conseguenze.

I casi di alcolismo conclamato sono solo l'epifenomeno di una realtà validamente dimostrata dallo studio della FIMMG (riportato più sopra) che ha dimostrato l'esistenza di una quota molto maggiore di persone con comportamenti pericolosi o a rischio per le modalità del bere. Considerato tutto questo, la logica

più corretta è quella della Promozione della Salute: partire dalla nuova prospettiva che sposta l'attenzione dalla cura degli individui malati alla tutela, prevenzione e miglioramento della salute degli individui sani mentre vivono, lavorano, trascorrono il tempo libero in diversi ambienti e organizzazioni.

Si propone perciò un **“approccio preventivo”** per combattere il fenomeno della dipendenza nei luoghi di lavoro. Si tratta di una scelta che l'Azienda fa consapevolmente e volontariamente per ottenere risultati duraturi e misurabili nel tempo, qualora ritenga di dover affrontare questo problema perché presente tra i propri dipendenti.

La proposta di progetti aziendali di Promozione della Salute prevede:

- inserire nella valutazione dei rischi aziendali il problema della presenza del rischio da dipendenza da sostanze tra i lavoratori;
- prudentemente, i lavoratori identificati affetti da questo tipo di problematiche, vanno inseriti in attività lavorative compatibili con il loro stato di salute, scelte in collaborazione con il medico competente laddove sia previsto oppure in collaborazione con lo SPISAL;
- il datore di lavoro decide di avviare un Progetto di Promozione della Salute, atto ad affrontare il problema, spostando l'attenzione dalla cura delle persone ammalate alla tutela, prevenzione e miglioramento della salute di tutta la popolazione aziendale. L'azienda può inserire l'intervento contro la dipendenza in un ambito più ampio (stili di vita) che favorisca il modificare o l'abbandono di comportamenti dannosi e l'adozione di nuove abitudini di vita, favorevoli alla salute;
- la strategia per ottenere questi obiettivi prevede che il datore di lavoro coinvolga i soggetti aziendali per la prevenzione (il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), il medico competente) e i Servizi competenti della U.L.S.S. (quali

S.P.I.S.A.L., Ser.T, S.I.L) e all'occorrenza il volontariato sociale (ACAT, A.A.);

- gli strumenti utilizzabili, secondo un programma di azioni definite, sono diversi: informazione e formazione dei lavoratori, counselling da parte del medico competente, regolamenti aziendali e attribuzioni di responsabilità di controllo, interventi di case management nei confronti dei soggetti che possono essere seguiti in azienda oppure inserimento di lavoratori in percorsi terapeutici e riabilitativi con il coinvolgimento del medico di base.

Il ruolo del medico della sanità di base

Il medico della "sanità di base" è in una situazione favorevole per la verifica sistematica e continuativa delle problematiche alcolcorrelati.

Circa il 70% degli assistiti, infatti, frequenta l'ambulatorio del Medico di Medicina Generale nel corso di un anno e circa il 90% nel corso dei tre anni.

Si stima che il 20-30% degli assistiti abbia già problemi alcolcorrelati o sia in una situazione di rischio elevato.

Il medico possiede legittimità, credibilità e autorevolezza, che gli consentono di attuare interventi di prevenzione e cura tempestivi ed efficaci.

Tale ruolo è stato più volte evidenziato e considerato al centro di strategie d'intervento da parte di molteplici organismi, tra cui anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Nelle prossime pagine verrà proposto un percorso per la rilevazione e la diagnosi dei problemi alcol correlati; verranno, inoltre, forniti strumenti e modalità operative per affrontarli.

Quando ipotizzare la presenza di un problema alcolcorrelato

Esistono vari strumenti che possono aiutare il medico di medicina generale a pervenire ad una diagnosi di problema alcolcorrelato.

Tali strumenti sono:

- indicatori clinico sociali (fisici, ematochimici, psicologici e sociali),
- anamnesi traumatologica,
- questionario CAGE,
- indagine sul consumo d'alcol.

INDICATORI CLINICO SOCIALI

In particolare:

INDICATORI FISICI:

- assenze ripetute dal lavoro per malattia
- problemi gastrointestinali minori ricorrenti
- ipertensione
- sovrappeso
- tremori al mattino
- alito alcolico.

INDICATORI EMATOCHIMICI:

gli esami di laboratorio sono utili nei casi in cui la clinica sia già indirizzata verso le complicanze organiche causate dall'uso di alcol e quando si voglia valutare il risultato del trattamenti.

Gli esami di laboratorio utili ai fini diagnostici sono i seguenti:

- nei casi di intossicazione acuta:
 - dosaggio dell'alcol nel sangue, nelle urine e nell'aria espirata.
- nelle situazione di dipendenza:
 - γ -GT, SGOT, SGPT
 - rapporto IgA/Transferrina
 - VCM
 - aldeide deidrogenasi eritrocitaria
 - acetati ematici
 - ferritina, frazione A dell'emoglobina

- acido urico, Trigliceridi, Colesterolo
- significativi sono da considerarsi un aumento associato di VCM e γ -GT

INDICATORI PSICOLOGICI:

- ansia,
- depressione,
- insonnia,
- aggressività aumentata,
- pensiero confuso,
- amnesie,
- difficoltà di concentrazione,
- problemi familiari.

INDICATORI SOCIALI:

- problemi sul lavoro,
- problemi economici,
- progressiva trascuratezza della cura personale;
- reati.

Nel caso in cui gli indicatori precedentemente elencati inducano a sospettare l'effettiva presenza di un problema alcolcorrelato, il medico può proseguire la sua indagine sulla situazione attuale utilizzando l'anamnesi traumatologica.

L'ANAMNESI TRAUMATOLOGICA

È possibile estendere l'esame anamnestico indagando sulla storia traumatologica dell'assistito. Il medico può avvalersi, a tale scopo, dell'anamnesi traumatologica, considerando due o più risposte affermative alla stessa come un ulteriore indicatore dell'esistenza di problemi alcolcorrelati. Tale strumento può essere efficacemente utilizzato a partire dal diciottesimo anno d'età dell'assistito e segue la seguente traccia:

1. ha mai avuto fratture o distorsioni?
2. ha mai avuto incidenti stradali?
3. ha mai avuto traumi cranici?
4. ha mai avuto traumi durante una colluttazione?

5. ha mai avuto traumi durante o dopo aver assunto alcolici?

Un altro strumento che il medico può utilizzare per avere ulteriore conferma della presenza o meno di un problema alcolcorrelato è il questionario CAGE.

IL QUESTIONARIO CAGE

Si compone di quattro domande.

1. Negli ultimi tre mesi ha mai pensato di dover bere meno alcol?
2. Negli ultimi tre mesi si è mai irritato perché qualcuno le ha detto di bere meno?
3. Negli ultimi tre mesi si è mai sentito in colpa perché riteneva di bere troppo?
4. Negli ultimi tre mesi si è mai svegliato al mattino con la voglia di bere una bevanda alcolica?

Due risposte affermative costituiscono la soglia di positività del test per l'identificazione di una persona che fa uso eccessivo di alcol. Nel caso di persone giovani tale soglia si abbassa ad una risposta affermativa.

Se le domande volte alla verifica della situazione sono poste con ragionevole decisione e in un contesto di fiducia e di verifica di altri stili di vita come fumo, esercizio fisico ed alimentazione, solitamente l'attendibilità delle risposte è buona.

INDAGINE SUL CONSUMO DI ALCOL

Anche il conteggio delle unità di alcol consumate in una settimana può costituire per il medico un valido indicatore.

Esso può essere rapportato alle seguenti "soglie":

rischio basso = consumo settimanale di alcol fino a 9 unità

rischio medio = consumo settimanale di alcol da 10 a 21 unità

rischio elevato = consumo settimanale di alcol superiore a 21 unità.

Un'unità di alcol corrisponde a circa 10 g di alcol puro = un bicchiere di vino da 100 ml.

Cosa fare a questo punto

Se la verifica della situazione attuale indirizza verso una diagnosi di problema alcolcorrelato, il medico di famiglia può proporre:

- il colloquio motivazionale,
- l'autodiagnosi,
- l'invio ai servizi dell'ULSS.

Il colloquio motivazionale

Il colloquio motivazionale è un modo particolare di aiutare le persone a mettere a fuoco la situazione e a fare qualcosa in relazione a disagi presenti o potenziali.

Inoltre, è particolarmente utile con chi è riluttante all'idea di cambiare o vive in maniera ambivalente l'idea del cambiamento stesso. Le modalità del colloquio motivazionale sono persuasive più che coercitive, garantiscono un maggiore sostegno alle risorse della persona in favore del suo cambiamento. L'obiettivo è, infatti, quello di aumentare la motivazione interiore dell'assistito, in maniera che il cambiamento avvenga, possibilmente, da "dentro".

Prochaska e Di Clemente hanno individuato le fasi di un processo di cambiamento dello stile di vita partendo da osservazioni sui fumatori. È importante sottolineare che tale processo risulta tanto più efficace quanto più la famiglia della persona è coinvolta.

Da un punto di vista psicologico, infatti, il processo di cambiamento di una persona è sicuramente mediato, facilitato od ostacolato anche dagli atteggiamenti adottati dalla sua famiglia e/o dalle persone che gli stanno attorno.

Risulta fondamentale, di fronte a questo tipo di problematiche, prestare cura e attenzione agli aspetti strettamente psicologici e relazionali, cercando di costruire e sviluppare un rapporto basato sulla fiducia reciproca.

L'autodiagnosi

Può essere utile, all'interno del colloquio motivazionale, proporre un periodo di astinenza assoluta dalle

bevande alcoliche della durata di 6 settimane. Tale periodo, secondo l'esperienza maturata all'interno dei programmi alcolici italiani, appare sufficiente a dare diverse informazioni sul tipo di relazione che intercorre tra la persona e le bevande alcoliche (di tipo compulsivo, sociale, più o meno dipendente, ecc.).

Quest'autodiagnosi consente alla persona stessa di verificare il proprio grado di problematicità nell'assunzione degli alcolici.

Invio ai servizi dell'ULSS

Tra i servizi offerti dall'ULSS per proteggere e promuovere la salute, i Servizi di Alcolologia e i Ser.T. sono quelli a cui il medico può far riferimento, in quanto impegnati istituzionalmente, oltre che nel campo della prevenzione, anche in quello della cura e riabilitazione sia dei problemi alcolcorrelati che drogacorrelati.

La persona e/o la famiglia che viene indirizzata a tali servizi entrerà in contatto con equipe in grado di offrire interventi caratterizzati da una sinergia tra:

interventi medico-biologici, rivolti all'accertamento, alla diagnosi, all'eventuale trattamento farmacologico e, ove necessario, all'invio presso specifici reparti ospedalieri.

Interventi psicologici, rivolti all'ascolto, al rafforzamento della motivazione, alla valutazione della personalità attraverso l'utilizzo di strumenti specifici (colloquio clinico, Test di Rorschach, MMPI, T.A.T), che permettono di avere un quadro globale delle caratteristiche della personalità dell'individuo, sia degli aspetti positivi che di eventuali punti deboli.

È possibile così avere il maggior numero di informazioni per predisporre l'intervento di cura e riabilitazione più consono alle sue necessità e caratteristiche. A seconda delle situazioni si può proporre e concordare un sostegno psicologico, un trattamento psicoterapeutico individuale e/o familiare e/o di gruppi o ricorrere all'inserimento in gruppi di auto mutuo aiuto, in comunità terapeutiche residenziali o

semiresidenziali, o ancora a trattamenti integrati.

Interventi sociali, rivolti all'accertamento dei bisogni sociali dell'individuo e della sua famiglia, all'attivazione delle risorse pubbliche, private e/o del volontariato, agli inserimenti lavorativi, alla consulenza giuridico/amministrativo e dal rafforzamento o, se necessario, al ripristino di una rete di supporto sociale.

Nella predisposizione del programma, l'équipe può avvalersi della collaborazione dello SPISAL e delle organizzazioni sindacali ed imprenditoriali, al fine di rendere tale programma parte integrante del percorso riabilitativo precedentemente menzionato.

I Servizi di Alcolologia e i Ser.T. collaborano inoltre, con il volontariato presente sul territorio, coinvolto anche nelle attività dei gruppi di auto-mutuo aiuto (C.A.T., A.A., Ge.I.).

I gruppi di auto-mutuo aiuto possono essere definiti "...strutture di piccolo gruppo, a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto ed al raggiungimento di particolari scopi. Essi sono di solito costituiti da pari che si uniscono per assicurarsi reciproca assistenza nel soddisfare bisogni comuni, per superare un comune handicap o un problema di vita oppure per impegnarsi a produrre desiderati cambiamenti personali o sociali.enfaticamente le interazioni sociali faccia a faccia e il senso di responsabilità personale dei membri. Essi spesso assicurano assistenza materiale e sostegno emotivo...".

Fondamentali appaiono i principi di solidarietà e di fiducia che questi gruppi sostengono e applicano.

Conclusioni

Il breve excursus storico presentato nell'introduzione ha messo in luce come, negli ultimi anni, si sia spostata l'attenzione dal bere inteso come vizio o malattia, al bere come comportamento, come stile di vita, introducendo il concetto di rischio, relativamente al consumo di alcol.

La terminologia corrente definisce "alcolismo" una condizione individuale caratterizzata dalla presenza di un rapporto di dipendenza dalla sostanza, che nel tempo provoca disagi a livello fisico, psichico e nelle relazioni familiari, sociali e lavorative.

Il DSM IV definisce la dipendenza come "una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi"; tra i suoi indicatori, i più rilevanti risultano essere la tolleranza e l'astinenza.

Codifica, inoltre, diversi livelli di gravità, a seconda del grado di compromissione dello stato fisico e psichico e delle attività e relazioni.

Secondo la nostra esperienza, non si può definire una categoria unica in cui inserire il fenomeno "alcolismo". Esistono piuttosto più "alcolismi", tanti quanti sono le persone che si suppone abbiano questo problema.

Questo è il motivo per cui risulta difficile individuare un intervento che sia efficace per tutti i casi che si presentano. Il fenomeno, infatti, presenta molteplici aspetti psicologici, medici e sociali e solamente l'interazione tra le diverse competenze, anche attraverso un efficace lavoro di rete, può rivelarsi vincente. Si tratta pertanto di costruire, a volte con fatica e pazienza, percorsi di collaborazione che siano efficaci nelle singole situazioni.

Ciò può diventare più facile se tutti ci riteniamo coinvolti in questo progetto di salute che è uno degli obiettivi di questo opuscolo.

BIBLIOGRAFIA

Alchemyproject At URL:
www.alchemyproject.co.uk/initiatives.htm;

American Psychiatric Association, DSM-IV-TR
Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali,
Masson, 2001

Candura U., Abitudini voluttuarie e lavoro, "Il
Medico d'Azienda", 1996;

Coato F., A.A., Prevenzione degli infortuni da
incidenti stradali nel Veneto, Rivista SNOP, n. 62
monografico, marzo 2004

De Pieri Paolo, La Promozione della salute nel
Veneto, percorso formativo per lo sviluppo di

organizzazioni che promuovono la salute, Edizione Rete regionale veneta, 1995

European Opinion Research Group, Health, Food and Alcohol and Safety - Special Eurobarometer 186, European Commission, 2003

Ewing JA, Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire, JAMA, 252 :1905, 1984

Ewing JA, Rouse BA, Identifying the hidden alcoholic, Paper presented at the 29th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, Sydney, Australia, February 1970

Fiori A., Inidoneità alla guida e al lavoro per azione dell'alcol e psicofarmaci, "Federazione Medica" XL, 10, 1987;

Garzi Sauro, Promozione della salute ed azioni innovative nei luoghi di lavoro, Franco Angeli, 1993

Gobbi M., Marchiori L., Romeo L., Peroni E., Katz A.H., Bender E.I., Self help Groups in Western Society: History and prospects, "Journal of Applied Behavioural Sciences", 1976;

INAIL, L'andamento del fenomeno infortunistico e le malattie professionali. Sezione 2 2002. At URL: www.inail.it

Legge 30 Marzo 2001, N. 125, Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati, Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18-04-2001;

Lentisco F., Franco L. (revisione ed integrazione dei testi a cura di), Atti della Conferenza Nazionale sulla Salute e Sicurezza nei luoghi di lavoro, Italia, Siracusa 5-6-7 aprile 2001, ed. ISPESL

Madera P., Patussi V., Sarto F., Bacciconi M., De Vogli R., "Alcol e lavoro", Relazione al XVII Congresso Nazionale SIA "L'alcol dalla prevenzione alla terapia: nuove evidenze scientifiche", Roma, 24 - 26 ottobre 2001

Melino C., L'alcol nell'attività lavorativa, "Lineamenti di Igiene del Lavoro", III Edizione, 1992;

Miglionico A., Manuale di comunicazione e counselling per medici, psicologi e professionisti d'aiuto, Centro scientifico editore, 2000

Miller W., Rollnick S., Il colloquio di motivazione, Trento Edizioni Centro Studi Erickson, 1994;

Ministero Della Salute, Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, 2003

National Household Survey On Drug Abuse (NHSDA), Substance use, Dependence or Abuse among full-time workers. At URL: <http://www.samsha.gov/oas/2K2/workers.htm>;

Noventa A., Alcol e lavoro, Centro studi sull'alcolismo e le problematiche alcolcorrelati, Bergamo, 1995

Patussi V., Coltraro C., Patussi V., Magentini G., Dona' U., Maniscalco G.E., Abuso di alcolici e infortuni sul lavoro, Network Europeo per la Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro (WHP), Roma, 19 febbraio 1998;

Osservatorio Europeo Delle Droghe E Delle Tossicodipendenze, Relazione annuale 2003 -

Evoluzione del fenomeno della droga nell'unione europea ed in Norvegia, 2003

Regional Office For Europe Of The Who, Health 21 health for all in the 21th century, 1998

Regione del Veneto, Piano di Promozione della Salute nei Luoghi di Lavoro 2002 - 2004, DGR n. 3723 del 5 dic. 2003

Regione del Veneto, Progetto regionale "Conoscere per cambiare, il cittadino veneto e i problemi alcol e fumo correlati", 2003

Rollnick Stephen, Mason Pip, Butler Chris, Cambiare stili di vita non salutari, Erickson, 2003

Rossetto L., Endrizzi G., Codogno M., Dipendenza mista e viraggio, 2° Congresso Nazionale di Medicina delle Dipendenze, Verona, 14 giugno 1998;

Scafato E., Russo R., I giovani e l'alcol: istruzioni per l'uso. Dieci suggerimenti ai genitori per favorire una scelta responsabile dei figli, OSSFAD, 2004

Scafato E., Russo R., La donna e l'alcol. Tendenze nei consumi e strategie di intervento, OSSFAD, 2004

Scafato E., Russo R., Ghirini S., I consumi alcolici in Italia. Report 2004 sui consumi e le tendenze (1998-2001) (prima parte), OSSFAD, 2004

Scafato E., Russo R., Gandin C., Zuccaro P., L'alcol nelle strategie di salute e nella programmazione sociale e sanitaria, OSSFAD, 2004

Società Italiana di Alcolologia, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, Istituti Superiori di Sanità' Osservatorio Fumo Alcol Droga, Centro Alcolologico Regionale della Toscana, Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!, 2004

Vescovi P.P., Di Gennaro C., Passeri M., La diagnosi e la terapia delle problematiche alcolcorrelate, "Difesa Sociale", n.4, 1995.

Vescovi P.P., Maninetti L., Michelini M., Passeri M., Alcol e quadro endocrino, "Biochimica Clinica", Volume 16°, n. 9, 1992;

WHO, Carta Europea sull'Alcol, presentata alla Conferenza Europea sulla Salute, la Società, e l'Alcool, Parigi, 12-14 dicembre 1995 promossa da Ufficio Regionale Europeo dell'OMS

WHO, European Alcohol Action Plan 200-2005, vers. It. Piano d'azione europeo sull'alcol 2000-2005 a cura di Emanuele Scafato (ISS) e Tiziana Codenotti (EUROCARE Italia), 2000

WHO, Young People and Alcohol, dichiarazione ufficiale adottata a Stoccolma il 21 febbraio 2001, trad. it. a cura di Emanuele Scafato (OSSFAD) e Tiziana Codenotti (EUROCARE ITALIA, Padova)

Zambon D., Il giudizio di idoneità specifica alla mansione, 61° Congresso Nazionale della Società di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale, Chianciano Terme, 14-17 ottobre 1998;