

ALCOL:
riferimenti normativi,
orientamenti regionali,
esperienze ed azioni dei SPSAL

*“Cosa può fare il Medico Competente per gestire
i Lavoratori con stili di vita dannosi alla salute?”*

Antonio Argentino
AUSL di Reggio Emilia
Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro
24/05/2019



**SI SAREBBE DOVUTO
PARLARE DI...**

OGGETTO: “Indirizzi per la prevenzione di infortuni gravi e mortali correlati all’assunzione di alcolici e di sostanze stupefacenti, l’accertamento di condizioni di alcol dipendenza e di tossicodipendenza e il coordinamento della azioni di vigilanza”.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Slide Dott.ssa Guidi
1. Bordini L. – *Abitudini voluttuarie: Alcol*. In: L. Alessio, G. Franco, F. Tomei (Ed.), *Trattato di Medicina del Lavoro*, Volume II, Pag. 1185-1192. Piccin
 2. Magnavita N, De Lorenzo G, Gallo M, Garbarino S, Goggiamani A, Janiri L, Messineo A, Miggiano G, Pichini S, Porpora A, Poscia A, Sacco A, Spagnolo AG, Vogel L, Ciprani F, Deidda B, Fenudi L, Magrini A, Morini L, Moscato U, Proietti AR, Ranalletta D, Santoro PE, Soave PM, Stanzani C, Bottaro LC, Ricciardi W; Gruppo di studio Lavoratori Rischiosi per gli Altri. [*Alcohol and work. Consensus Document of the La.R.A. (Workers representing a risk for others) group*]. *Med Lav*. 2014 Nov 13;105 Suppl 1:3-68.

SOSTANZE PSICOTROPE

- Qualsiasi sostanza farmacologicamente attiva capace di alterare l'attività mentale, ovvero di modificare i processi psichici alterando la percezione, il pensiero e lo stato d'animo di una persona, ed in grado di indurre fenomeni di dipendenza, tolleranza ed assuefazione

CONSUMO ALCOL

Tabella 2 - Definizioni relative al consumo di alcol

Table 2 - Definition of alcohol consumption

Consumo di alcol	il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) almeno una volta nell'anno
Consumo giornaliero di alcol	il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) tutti i giorni
Consumo occasionale di alcol	il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) occasionalmente (meno di una volta al giorno)
Consumo fuori pasto di alcol	il consumo di almeno un tipo di bevanda alcolica (vino, birra, altri alcolici) almeno una volta nell'anno al di fuori del pasto
Unità alcoliche	l'unità alcolica corrisponde alla quantità di alcol contenuta in un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o in una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o in un bicchierino di superalcolico (40 ml)
Consumo giornaliero di alcol a rischio per la salute	il consumo che eccede: 2-3 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1-2 unità alcoliche per la donna; 1 unità per gli anziani di 65 anni e più; qualsiasi quantità giornaliera per i minori di 11-17 anni
<i>Binge drinking</i>	il consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione
Quantità consumate di alcol a rischio almeno medio per la salute	- il consumo di >20 g/die di alcol puro nelle donne e >40 g/die negli uomini; - il consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione (<i>binge drinking</i>); - il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i minori di 11-15 anni.

CONSUMO ALCOL 2

- Italia: 7,5 L/anno per persona
- *Media pro capite* europea: 9,8 L/anno
- Germania 13,4 – Francia 12,6 – Spagna 10 – Regno Unito 11,4 – Portogallo 12,3

STIME IN EUROPA

- 55 milioni di individui a rischio per condotte di abuso
- 23 milioni alcol-dipendenti
- 195.000 decessi/anno
- Costi tangibili: 125 miliardi di euro/anno (1,3% PIL europeo)

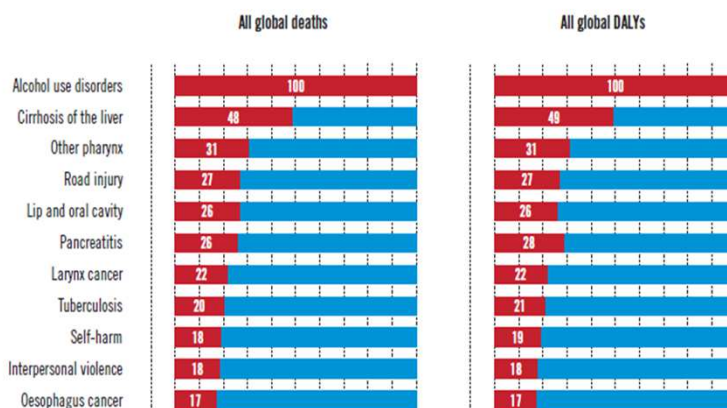
STIME IN ITALIA

- 20.000 decessi anno (4% M – 2% F)
- Prima causa di morte per incidente stradale per i maschi <29 anni
- Importazione del *binge drinking* nord europeo e l'inizio precoce

STIME NEL MONDO

Figure 4.5 Alcohol-attributable fractions (AAFs) for selected causes of death, disease and injury, 2016

■ Attributable ■ Not attributable



STIME NEL MONDO 2

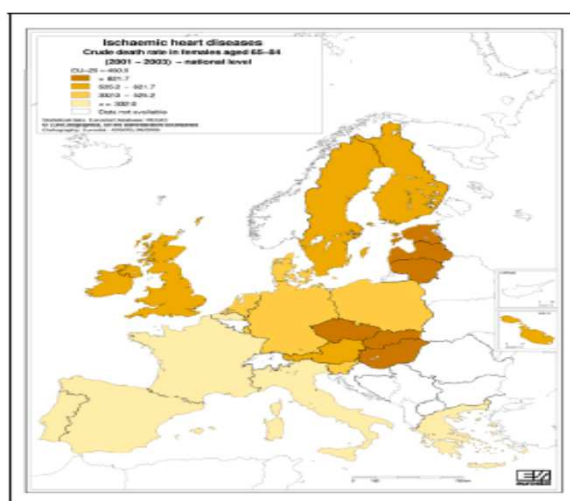


IARC

5. Evaluation

There is *sufficient evidence* in humans for the carcinogenicity of alcohol consumption. Alcohol consumption causes cancers of the oral cavity, pharynx, larynx, oesophagus, colorectum, liver (hepatocellular carcinoma) and female breast. Also, an association has been observed between alcohol consumption and cancer of the pancreas.

PARADOSSO FRANCESE



PARADOSSO FRANCESE 2

[Lancet](#), 1979 May 12;1(8124):1017-20.

Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine.

[St Leger AS](#), [Cochrane AL](#), [Moore F](#).

Abstract

Deaths from ischaemic heart-disease in 18 developed countries are not strongly associated with health-service factors such as doctor and nurse density. There is a negative association with gross national product per capita and a positive but inconsistent association with saturated and monounsaturated fat intake. The principal finding is a strong and specific negative association between ischaemic heart-disease deaths and alcohol consumption. This is shown to be wholly attributable to wine consumption.

PARADOSSO FRANCESE 3

[Mayo Clin Proc](#), 2014 Mar;89(3):382-93. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.11.005.

Alcohol and cardiovascular health: the dose makes the poison...or the remedy.

[O'Keefe JH](#)¹, [Bhatti SK](#)², [Bajwa A](#)², [DiNicolantonio JJ](#)², [Lavie CJ](#)³.

Author information

Abstract

Habitual light to moderate alcohol intake (up to 1 drink per day for women and 1 or 2 drinks per day for men) is associated with decreased risks for total mortality, coronary artery disease, diabetes mellitus, congestive heart failure, and stroke. However, higher levels of alcohol consumption are associated with increased cardiovascular risk. Indeed, behind only smoking and obesity, excessive alcohol consumption is the third leading cause of premature death in the United States. Heavy alcohol use (1) is one of the most common causes of reversible hypertension, (2) accounts for about one-third of all cases of nonischemic dilated cardiomyopathy, (3) is a frequent cause of atrial fibrillation, and (4) markedly increases risks of stroke-both ischemic and hemorrhagic. The risk-to-benefit ratio of drinking appears higher in younger individuals, who also have higher rates of excessive or binge drinking and more frequently have adverse consequences of acute intoxication (for example, accidents, violence, and social strife). In fact, among males aged 15 to 59 years, alcohol abuse is the leading risk factor for premature death. Of the various drinking patterns, daily low- to moderate-dose alcohol intake, ideally red wine before or during the evening meal, is associated with the strongest reduction in adverse cardiovascular outcomes. Health care professionals should not recommend alcohol to nondrinkers because of the paucity of randomized outcome data and the potential for problem drinking even among individuals at apparently low risk. The findings in this review were based on a literature search of PubMed for the 15-year period 1997 through 2012 using the search terms alcohol, ethanol, cardiovascular disease, coronary artery disease, heart failure, hypertension, stroke, and mortality. Studies were considered if they were deemed to be of high quality, objective, and methodologically sound.

...E ALLORA LA BIRRA?

Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2016 Jun;26(6):443-67. doi: 10.1016/j.numecd.2016.03.007. Epub 2016 Mar 31.

Effects of moderate beer consumption on health and disease: A consensus document.

de Gaetano G¹, Costanzo S², Di Castelnuovo A², Badimon L³, Bejko D⁴, Alkerwi A⁴, Chiva-Blanch G³, Estruch R⁵, La Vecchia C⁶, Panico S⁷, Pounis G², Sofi F⁸, Stranges S⁴, Trevisan M⁹, Ursini F¹⁰, Cerletti C², Donati MB², Iacoviello L².

Author information

Abstract

A large evidence-based review on the effects of a moderate consumption of beer on human health has been conducted by an international panel of experts who reached a full consensus on the present document. Low-moderate (up to 1 drink per day in women, up to 2 in men), non-bingeing beer consumption, reduces the risk of cardiovascular disease. This effect is similar to that of wine, at comparable alcohol amounts. Epidemiological studies suggest that moderate consumption of either beer or wine may confer greater cardiovascular protection than spirits. Although specific data on beer are not conclusive, observational studies seem to indicate that low-moderate alcohol consumption is associated with a reduced risk of developing neurodegenerative disease. There is no evidence that beer drinking is different from other types of alcoholic beverages in respect to risk for some cancers. Evidence consistently suggests a J-shaped relationship between alcohol consumption (including beer) and all-cause mortality, with lower risk for moderate alcohol consumers than for abstainers or heavy drinkers. Unless they are at high risk for alcohol-related cancers or alcohol dependency, there is no reason to discourage healthy adults who are already regular light-moderate beer consumers from continuing. Consumption of beer, at any dosage, is not recommended for children, adolescents, pregnant women, individuals at risk to develop alcoholism, those with cardiomyopathy, cardiac arrhythmias, depression, liver and pancreatic diseases, or anyone engaged in actions that require concentration, skill or coordination. In conclusion, although heavy and excessive beer consumption exerts deleterious effects on the human body, with increased disease risks on many organs and is associated to significant social problems such as addiction, accidents, violence and crime, data reported in this document show evidence for no harm of moderate beer consumption for major chronic conditions and some benefit against cardiovascular disease.

Copyright © 2016 The Italian Society of Diabetology, the Italian Society for the Study of Atherosclerosis, the Italian Society of Human Nutrition, and the Department of Clinical Medicine and Surgery, Federico II University. Published by Elsevier B.V. All rights reserved.

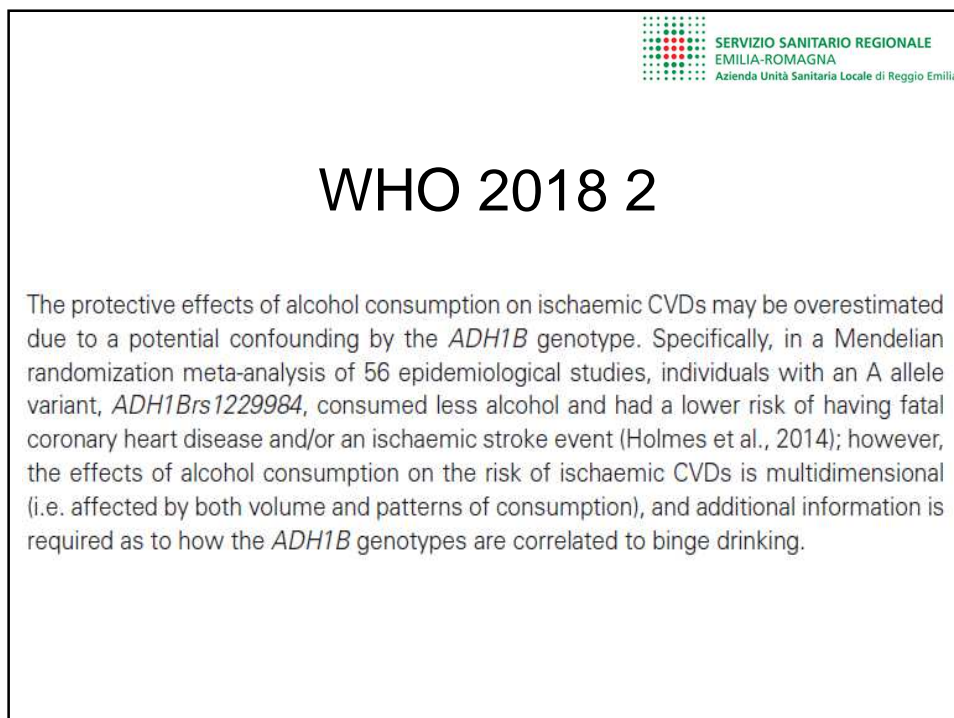
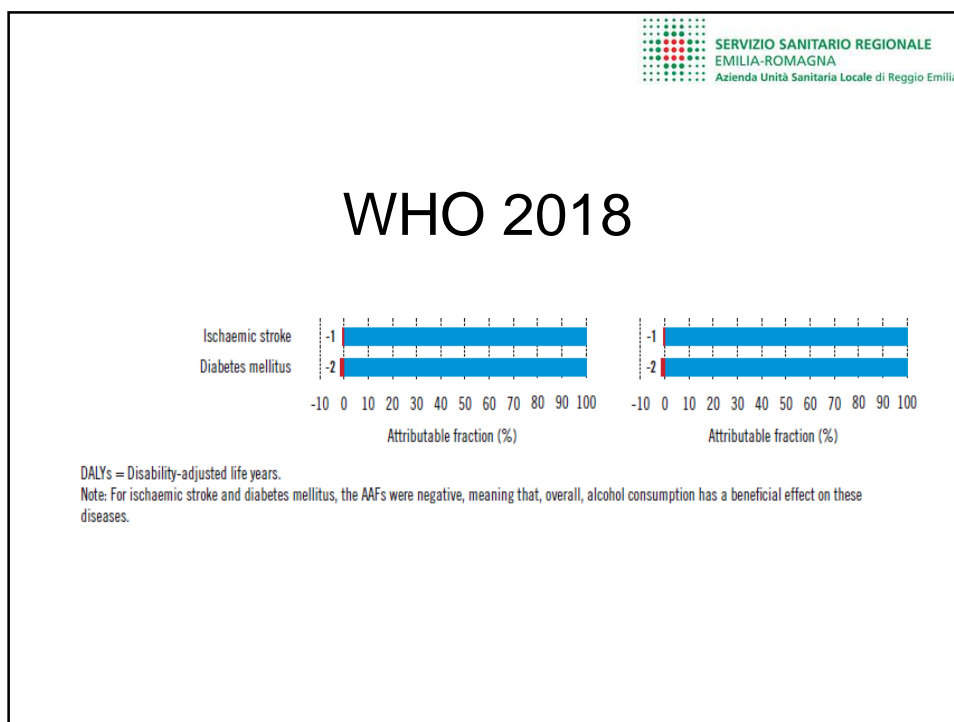
CONTESTAZIONI

Lancet. 2005 Dec 3;366(9501):1911-2.

Alcohol and ischaemic heart disease: probably no free lunch.

Jackson R¹, Broad J, Connor J, Wells S.

Any coronary protection from light to moderate drinking will be very small and unlikely to outweigh the harms. While moderate to heavy drinking is probably coronary-protective, any benefit will be overwhelmed by the known harms.¹⁴ If so, the public-health message is clear. Do not assume there is a window in which the health benefits of alcohol are greater than the harms—there is probably no free lunch.



ALCOL E LAVORO

- Aumentato rischio infortunistico (10-30% OMS, 4-20% INAIL)
- Aumento numero assenze sul lavoro
- Maggiore precarietà
- Riduzione progressiva capacità lavorativa

NORMATIVA-DOCUMENTI REGIONALI

- Legge n°125/2001
- Accordo stato regioni 16 marzo 2006
- D. Lgs. n. 81/2008
- Orientamenti regionali per i Medici Competenti 11/2009
- Legge 120/2010 (Disposizioni in materia di sicurezza stradale)

DPR 303/56 (art.* 42, cc. 2, 3)

E' vietata la somministrazione di vino, di birra e di altre bevande alcoliche nell'interno dell'azienda.
E' tuttavia consentita la somministrazione di modiche quantità di vino e di birra nei locali di refettorio durante l'orario dei pasti.

La norma è abrogata dall'art. 304, c. 1, lett. a, DLgs 81/08, ma è riportata integralmente nell'all. IV, p. 1.11.3.2-3, DLgs 81/08

LEGGE 125/2001

Finalità:

promozione stili di vita sani, attraverso l'informazione sui rischi legati ad uso e abuso di bevande alcoliche, e la messa a disposizione delle persone con problemi alcol correlati di servizi di riabilitazione

LEGGE 125/2001

Art. 15 Disposizioni per la sicurezza sul lavoro

1. nelle attività lavorative che comportano un **elevato rischio di infortuni** sul lavoro, **per la sicurezza, l'incolumità o la salute di terzi**, è fatto **divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche**
2. i controlli alcolimetrici nei luoghi di lavoro possono essere effettuati esclusivamente dal medico competente, o dai medici del lavoro dei Servizi per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro con funzioni di vigilanza
3. i lavoratori che intendano accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione hanno diritto alla conservazione del posto di lavoro, fino a max. 3 anni

LEGGE 125/2001

Art. 15 Disposizioni per la sicurezza sul lavoro

4. Chiunque contravvenga alle disposizioni di cui al comma 1 e' punito con la sanzione amministrativa consistente nel pagamento di una somma da lire 1 milione a lire 5 milioni.

ACCORDO STATO REGIONI 2006

Ai sensi dell'art. 15 della legge 125/2001
 nell'**Allegato I** sono individuate **attività
 lavorative/mansioni con divieto di
 assunzione e
 somministrazione di bevande alcoliche**

MANSIONI

Allegato I
 ATTIVITÀ LAVORATIVE CHE COMPORTANO UN ELEVATO RISCHIO DI INFORTUNI SUL LAVORO
 OVVERO PER
 LA SICUREZZA, L'INCOLUMITÀ O LA SALUTE DEI TERZI.

- 1) attività per le quali è richiesto un certificato di abilitazione per l'espletamento dei seguenti lavori pericolosi:
 - a) impiego di gas tossici (art. 8 del regio decreto 9 gennaio 1927, e successive modificazioni);
 - b) conduzione di generatori di vapore (decreto ministeriale 1° marzo 1974);
 - c) attività di fochino (art. 27 del decreto del Presidente della Repubblica 9 marzo 1956, n. 302);
 - d) fabbricazione e uso di fuochi artificiali (art. 101 del regio decreto 6 maggio 1940, n. 635);
 - e) vendita di fitosanitari, (art. 23 del decreto del Presidente della Repubblica 23 aprile 2001, n. 290);
 - f) direzione tecnica e conduzione di impianti nucleari (decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1970, n. 1450, e successive modifiche);
 - g) manutenzione degli ascensori (decreto del Presidente della Repubblica 30 aprile 1999, n. 162);
- 2) dirigenti e preposti al controllo dei processi produttivi e alla sorveglianza dei sistemi di sicurezza negli impianti a rischio di incidenti rilevanti (art. 1 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 334);
- 3) sovrintendenza ai lavori previsti dagli articoli 236 e 237 del decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1955, n. 547;
- 4) mansioni sanitarie svolte in strutture pubbliche e private in qualità di: medico specialista in anestesia e rianimazione; medico specialista in chirurgia; medico ed infermiere di bordo; medico comunque preposto ad attività diagnostiche e terapeutiche; infermiere; operatore socio-sanitario; ostetrica caposala e ferrista;
- 5) vigilatrice di infanzia o infermiere pediatrico e puericultrice, addetto ai nidi materni e ai reparti per neonati e immaturi; mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private;

MANSIONI 2

6) attività di insegnamento nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado;

7) mansioni comportanti l'obbligo della dotazione del porto d'armi, ivi comprese le attività di guardia particolare e giurata;

8) mansioni inerenti le seguenti attività di trasporto:

- a) addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E, e quelli per i quali è richiesto il certificato di abilitazione professionale per la guida di taxi o di veicoli in servizio di noleggio con conducente, ovvero il certificato di formazione professionale per guida di veicoli che trasportano merci pericolose su strada;
- b) personale addetto direttamente alla circolazione dei treni e alla sicurezza dell'esercizio ferroviario;
- c) personale ferroviario navigante sulle navi del gestore dell'infrastruttura ferroviaria con esclusione del personale di carriera e di mensa;
- d) personale navigante delle acque interne;
- e) personale addetto alla circolazione e alla sicurezza delle ferrovie in concessione e in gestione governativa, metropolitane, tranvie e impianti assimilati, filovie, autolinee e impianti funicolari aerei e terrestri;
- f) conducenti, conduttori, manovratori e addetti agli scambi di altri veicoli con binario, rotaie o di apparecchi di sollevamento, esclusi i manovratori di carri ponte con pulsantiera a terra e di monorotaie;
- g) personale marittimo delle sezioni di coperta e macchina, nonché il personale marittimo e tecnico delle piattaforme in mare, dei pontoni galleggianti, adibito ad attività off-shore e delle navi posatubi;
- h) responsabili dei fari;

MANSIONI 3

i) piloti d'aeromobile;

l) controllori di volo ed esperti di assistenza al volo;

m) personale certificato dal registro aeronautico italiano;

n) collaudatori di mezzi di navigazione marittima, terrestre ed aerea;

o) addetti ai pannelli di controllo del movimento nel settore dei trasporti;

p) addetti alla guida di macchine di movimentazione terra e merci;

9) addetto e responsabile della produzione, confezionamento, detenzione, trasporto e vendita di esplosivi;

10) lavoratori addetti ai comparti della edilizia e delle costruzioni e tutte le mansioni che prevedono attività in quota, oltre i due metri di altezza;

11) capiforno e conduttori addetti ai forni di fusione;

12) tecnici di manutenzione degli impianti nucleari;

13) operatori e addetti a sostanze potenzialmente esplosive e infiammabili, settore idrocarburi;

14) tutte le mansioni che si svolgono in cave e miniere.

D. LGS 81/08

- **Art. 41 – sorveglianza sanitaria** le visite sono anche finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza e assunzione di sostanze psicotrope e stupefacenti
- **Art. 111** - Il datore di lavoro dispone affinché sia vietato assumere e somministrare bevande alcoliche e superalcoliche ai lavoratori addetti ai cantieri temporanei e mobili e ai lavori in quota

D. LGS 81/08 – DATORE DI LAVORO

- nell'affidare i compiti ai lavoratori tiene conto delle loro capacità e condizioni in relazione a salute e sicurezza
- valuta tutti i rischi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari: individua le mansioni a rischio per le quali vige il divieto assunzione alcol, individua eventuali mansioni non a rischio per i casi problematici
- richiede l'osservanza delle norme e delle disposizioni aziendali in materia di sicurezza ed igiene del lavoro
- applica il divieto di assunzione di alcol

DATORE DI LAVORO

Tabella 9 - Adempimenti del Datore di Lavoro sul tema del contrasto all'uso di alcol nel luogo di lavoro
 Table 9 - Obligations of employer regarding control of alcohol consumption at the workplace

Finalità	Azione
Valutazione del rischio	Analisi del rischio e definizione degli elenchi dei lavoratori impegnati in mansioni critiche per la salute e sicurezza di terzi.
Divieto di somministrazione	Eliminazione delle bevande alcoliche da mense, bar ed esercizi commerciali interni.
Controllo negli ambienti di lavoro	Procedure di verifica, auspicabilmente partecipative, affidate a dirigenti e preposti formati e nominati, per l'identificazione di comportamenti a rischio.
Formazione e informazione	<p>Publicizzazione della policy aziendale.</p> <p>Informazione sulle modalità di controllo adottate e sulle sanzioni.</p> <p>Formazione continua di dirigenti, preposti e lavoratori sul rischio alcol e le modalità di prevenzione e contrasto adottate nell'azienda.</p>
Recupero	Modalità di assistenza dei lavoratori con problemi.
Controllo sanitario dei lavoratori	Affidamento dei controlli al Medico Competente o all'Organo di Vigilanza.
Promozione della salute	Finanziamento di programmi finalizzati al cambiamento delle abitudini alcoliche dei lavoratori e alla riduzione degli eventi alcol-correlati.

MEDICO COMPETENTE

- Collaborare col datore di lavoro
- Occuparsi della salute dei lavoratori
- All'attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute"

MEDICO COMPETENTE 2

Articolo 25 - Obblighi del medico competente

1. Il medico competente:

- a) collabora con il datore di lavoro e con il servizio di prevenzione e protezione alla valutazione dei rischi, anche ai fini della programmazione, ove necessario, della sorveglianza sanitaria, alla predisposizione della attuazione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori, all'attività di formazione e informazione nei confronti dei lavoratori, per la parte di competenza, e alla organizzazione del servizio di primo soccorso considerando i particolari tipi di lavorazione ed esposizione e le peculiari modalità organizzative del lavoro. Collabora inoltre alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di "promozione della salute", secondo i principi della responsabilità sociale;

MEDICO COMPETENTE 3

Articolo 39 - Svolgimento dell'attività di medico competente

1. L'attività di medico competente è svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del Codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH).

MEDICO COMPETENTE 4

1. The aim of occupational health practice is to protect and promote workers' health, to sustain and improve their working capacity and ability, to contribute to the establishment and maintenance of a safe and healthy working environment for all, as well as to promote the adaptation of work to the capabilities of workers, taking into account their state of health.

Am J Health Promot, 1996 Nov-Dec;11(2):136-49.

Alcohol: a review of the impact of worksite interventions on health and behavioral outcomes.

Roman PM¹, Blum TC.

⊕ Author information

Abstract

PURPOSE: To review, evaluate, and summarize research published in scientific journals linking alcohol-related interventions in the worksite to either individual or organizational outcomes.

METHODS: A review of the literature published in peer-review journals between 1970 and 1995 identified 24 articles that reported the results of studies on the impact of worksite programs on alcohol control on health and behavioral outcomes.

IMPORTANT FINDINGS: There is strong suggestive evidence and some conclusive evidence that worksite interventions including core components of employee assistance programs are effective in rehabilitating employees with alcohol problems. There is suggestive and conclusive evidence that worksite training oriented toward alcohol problems affects the attitudes of supervisors and employees for reasonable periods after the completion of training.

CONCLUSIONS: Investment in worksite interventions directed at reducing alcohol-related problems appears to be a sound strategy, although considerably more research is needed. This research should include broad representation of appropriate worksite populations. Similar measurements should be used across studies. To the extent possible, randomized control group designs should be employed. Without significant external sponsorship, it is not likely that such an improved body of research data will emerge.

Am J Health Promot. 2015 Jan-Feb;29(3):182-91. doi: 10.4278/ajhp.121212-QUAN-600.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

A cluster randomized trial of alcohol prevention in small businesses: a cascade model of help seeking and risk reduction.

Reynolds GS, Bennett JB.

Abstract

PURPOSE: The current study adapted two workplace substance abuse prevention programs and tested a conceptual model of workplace training effects on help seeking and alcohol consumption.

DESIGN: Questionnaires were collected 1 month before, 1 month after, and 6 months within a cluster randomized field experiment.

SETTING: Texas small businesses in construction, transportation, and service industries.

SUBJECTS: A total of 1510 employees from 45 businesses were randomly assigned to receive no training or one of the interventions.

INTERVENTION: The interventions were 4-hour on-the-job classroom trainings that encouraged healthy lifestyles and seeking professional help (e.g., from the Employee Assistance Program [EAP]). The Team Awareness Program focused on peer referral and team building. The Choices in Health Promotion Program delivered various health topics based on a needs assessment.

MEASURES: Questionnaires measured help-seeking attitudes and behavior, frequency of drinking alcohol, and job-related incidents.

ANALYSIS: Mixed-model repeated-measures analyses of covariance were computed.

RESULTS: Relative to the control group, training was associated with significantly greater reductions in drinking frequency, willingness to seek help, and seeking help from the EAP. After including help-seeking attitudes as a covariate, the correlation between training and help seeking becomes nonsignificant. Help-seeking behavior was not correlated with drinking frequency.

CONCLUSION: Training improved help-seeking attitudes and behaviors and decreased alcohol risks. The reductions in drinking alcohol were directly correlated with training and independent from help seeking.

Work. 2014;47(4):543-51. doi: 10.3233/WOR-131733.

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

The workplace as an arena for universal alcohol prevention--what can we expect? An evaluation of a short educational intervention.

Tinghög ME¹.

Author information

Abstract

BACKGROUND: The workplace is repeatedly being referred to as an appropriate arena for alcohol prevention and dissemination of information. Whether the pressure on employers to work with prevention is realistic or if these kinds of measures have any potential in real life is however rarely discussed. An alcohol education at a company in Sweden was to be evaluated in terms of effectiveness and this study reports the findings.

OBJECTIVE: The primary aim of this study was to evaluate whether an alcohol education program provided to all employees at a company in Stockholm, Sweden had any effect on alcohol consumption and alcohol-related knowledge. The increasing pressure on employers to work with alcohol prevention and on the concurrent problems of implementing and evaluating these types of interventions in real life is reviewed.

METHODS: Pre- and post-test questionnaires were employed in a quasi-experimental design using a sample of convenience from two companies: one intervention and one control. Data was analyzed using repeated measures ANOVA-tests focused on the participants' AUDIT-scores, frequency of binge drinking and alcohol-related knowledge.

RESULTS: Significant improvement in the employees' alcohol-related knowledge was shown, but there were no significant effects on alcohol consumption.

CONCLUSIONS: Results of this study confirms most previous findings, but also raises the importance of considering the value of educating all employees and the willingness of employers to initiate preventive measures. Evaluating interventions of this kind is complicated, and it is also difficult to find results showing behavioural change in populations whose alcohol consumption is moderate.

Prev Med. 2013 Oct;57(4):278-96. doi: 10.1016/j.jypmed.2013.06.019. Epub 2013 Jun 27.

Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews.

Martineau F¹, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K.

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: To analyse available review-level evidence on the effectiveness of population-level interventions in non-clinical settings to reduce alcohol consumption or related health or social harm.

METHOD: Health, social policy and specialist review databases between 2002 and 2012 were searched for systematic reviews of the effectiveness of population-level alcohol interventions on consumption or alcohol-related health or social outcomes. Data were extracted on review research aim, inclusion criteria, outcome indicators, results, conclusions and limitations. Reviews were quality-assessed using AMSTAR criteria. A narrative synthesis was conducted overall and by policy area.

RESULTS: Fifty-two reviews were included from ten policy areas. There is good evidence for policies and interventions to limit alcohol sale availability, to reduce drink-driving, to increase alcohol price or taxation. There is mixed evidence for family- and community-level interventions, school-based interventions, and interventions in the alcohol server setting and the mass media. There is weak evidence for workplace interventions and for interventions targeting illicit alcohol sales. There is evidence of the ineffectiveness of interventions in higher education settings.

CONCLUSION: There is a pattern of support from the evidence base for regulatory or statutory enforcement interventions over local non-regulatory approaches targeting specific population groups.

Occup Environ Med. 2007 Sep;64(9):602-8. Epub 2007 May 24.

Drinking social norms and drinking behaviours: a multilevel analysis of 137 workgroups in 16 worksites.

Barrientos-Gutierrez T¹, Gimeno D, Mangione TW, Harrist RB, Amick BC.

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: Previous studies on worksite drinking norms showed individually perceived norms were associated with drinking behaviours.

OBJECTIVE: To examine whether restrictive drinking social norms shared by workgroup membership are associated with decreased heavy drinking, frequent drinking and drinking at work at the worker level.

METHODS: The sample included 5338 workers with complete data nested in 137 supervisory workgroups from 16 American worksites. Multilevel models were fitted to examine the association between workgroup drinking norms and heavy drinking, frequent drinking and drinking at work.

RESULTS: Multivariate adjusted models showed participants working in workgroups in the most discouraging drinking norms quartile were 45% less likely to be heavy drinkers, 54% less likely to be frequent drinkers and 69% less likely to drink at work than their counterparts in the most encouraging quartile.

CONCLUSIONS: Strong associations between workgroup level restrictive drinking social norms and drinking outcomes suggest public health efforts at reducing drinking and alcohol-related injuries, illnesses and diseases should target social interventions at worksites.

LEGGE 120/2010

- Art. 186 bis - Guida sotto l'influenza dell'alcool per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose alcol= 0

E' vietato guidare dopo aver assunto bevande alcoliche per:

- i conducenti per trasporto di persone (noleggio, taxi e servizi di linea)
- i conducenti per trasporto di cose (per conto terzi)
- i conducenti di autoveicoli trainanti un rimorchio, di autobus, autoveicoli destinati al trasporto di persone con più di 8 posti a sedere, escluso quello del conducente, autoarticolati e autosnodati
- veicoli > 3.5 tonn
- < 21 anni
- neopatentati patente B da meno di 3 anni

[J Stud Alcohol, 2002 May;63\(3\):372-9.](#)

Alcohol consumption, setting, gender and activity as predictors of injury: a population-based case-control study.

[Stockwell T¹, McLeod R, Stevens M, Phillips M, Webb M, Jelinek G.](#)

⊕ Author information

Abstract

OBJECTIVE: A population-based case-control design was employed to quantify the risk of injury after consumption of alcohol as a function of setting, concurrent activity and usual drinking habits.

METHOD: A total of 797 cases (66.6% men) and 797 controls (57.7% women) were interviewed. The response rate was 83% for eligible cases approached for an interview. Cases were injured patients from a hospital emergency department. Community controls used were each paired with a case on suburb of residence, and interviewed regarding their activities in the 6-hour period preceding their paired case's injury.

RESULTS: Self-reported alcohol consumption was consistent with both medical records and breath-analyzer tests. Drinking any alcohol and using prescribed medication in the prior 6 hours were both associated with significantly increased risk of injury when controlling for demographic and setting variables. Use of illicit drugs (mainly cannabis) was associated with reduced risk of injury. Setting (e.g., recreational, work) and activity (e.g., sport, travel, work) variables were also independently associated with risk of injury. The risk of injury for women was significantly elevated for any consumption of alcohol; for men it was elevated only when consumption exceeded 90 grams.

CONCLUSIONS: These data confirm earlier findings that risk of injury for women for a given level of consumption is greater than for men. They extend earlier findings by identifying significant setting, activity and drug use variables predictive of injury. In addition, when these latter variables are controlled, it is found that for women, but not for men, the risk of injury is significantly elevated even at low levels of alcohol intake.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

- Progetto regionale alcol e lavoro
- Orientamenti regionali per i Medici Competenti



PROGETTO REGIONALE ALCOL E LAVORO

La Regione Emilia-Romagna, con il Progetto alcol e lavoro, intende promuovere interventi di prevenzione e promozione della salute nelle aziende produttive del territorio regionale per contribuire a migliorare gli ambienti di lavoro: informando sugli stili di vita che favoriscano salute, sicurezza e benessere e offrendo supporto alle aziende per prevenire ed affrontare le problematiche alcol correlate eventualmente presenti. Il progetto si avvale delle competenze integrate dei Servizi per le dipendenze patologiche e dei Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro delle Aziende USL.

OBIETTIVO PROGETTO – REGOLAMENTO AZIENDALE

- condiviso (DDL/MC/RSPP/RLS/RSU/lavoratori) e che individui chiaramente:
 - mansioni per cui vige il divieto:
 - regole di comportamento
 - figure coinvolte (*chi fa?*)
 - metodi di controllo (*come fa?*)
 - gestione del caso (*che fare se?*)
 - disposizioni previste in caso di inosservanza del regolamento (*provvedimenti disciplinari? sanzioni?*)

[Psychiatr Danub.](#) 2013 Sep;25 Suppl 2:S118-23.



The cost of alcohol in the workplace in Belgium.

[Tecco J¹](#), [Jacques D.](#), [Annemans L.](#)

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND: It has been suggested that alcohol problems have a major impact in the workplace. It has long been recognized that misuse can have serious consequences for the productivity of workers. The extent of the problem is still an uncalculated cost. Few studies provide clear evidence of a cause, effect or relationship between substance abuse and workplace costs and valuable guidance to employers in evaluating the cost of substance abuse in their workplaces is missing.

OBJECTIVE: To estimate the awareness, policies and cost to employers of drinking in the workplace in Belgium and to illustrate the potential gains from drinking cessation provision. Costs vary with type of industry and policy in place; therefore, to estimate these costs, results from a survey were combined with evidence drawn from a review of literature.

STUDY DESIGN: An Internet survey of 216 workplaces in Belgium, based on a stratified random sample of workplaces with 50 or more employees, was conducted in 2005. Further information was collected from 150 occupational physicians. Additional evidence was compiled from a review of the literature of drinking-related costs.

RESULTS: 216 General Directors or HR Directors completed a questionnaire related to awareness, policy and costs. 150 occupational physicians completed a questionnaire related to awareness and policy. Companies are unaware or underestimate alcohol misuse among their employees. At least 84% of companies have no education or information policy about substance abuse. Absenteeism, accidents and turnover account for 0.87% of the wage bill. Reduced productivity/ (presenteeism accounts for 2.8%. The construction industry, postal services, hospitality industry (hotel/restaurants and catering) and sanitation industry (collection, street cleaning) are the most problematic sectors.

CONCLUSION: Awareness: many companies are totally unaware of the impact of substance abuse and those that are aware underestimate the problem. Sectors are heterogeneous; some are more problematic than others. Policy: although there is a link between policy and consumption, few companies have a clear substance abuse policy. Cost: reduced productivity is perceived as the most important cost.



POLITICA AZIENDALE ALCOLICA

[Psychol Addict Behav.](#) 2009 Jun;23(2):386-90. doi: 10.1037/a0015965.

Does a permissive workplace substance use climate affect employees who do not use alcohol and drugs at work? A U.S. national study.

[Frone MR¹](#).

⊕ Author information

Abstract

The goal of this study was to begin exploring the relations of multiple dimensions of workplace substance use climate (substance availability, workplace descriptive norms, and workplace injunctive norms) to perceived workplace safety, work strain, and employee morale among employees who do not use alcohol or drugs at work. Data were collected from a probability sample of employed adults in the United States (N=2,051) who do not engage in workplace alcohol or drug use. The results showed that all three dimensions of workplace substance use climate were negatively related to workplace safety, positively related to work strain, and negatively related to employee morale. These results suggest that a permissive substance use climate at work may have broader relevance for the majority of employees who do not use alcohol and drugs at work.

POLITICHE AZIENDALI A CONFRONTO

J Stud Alcohol. 2000 Mar;61(2):203-19.

Social control and workplace drinking norms: a comparison of two organizational cultures.

Ames GM¹, Grube JW, Moore RS.

Author information

Abstract

OBJECTIVE: This article reports on an investigation of the relationship of social control mechanisms at work to drinking practices of 10,000 salaried and hourly employees working in the same U.S. industry, with the same union, but in two different work environments. One work environment reflected an organizational culture that is traditional to U.S. management; the other was based on a nontraditional Japanese transplant model.

METHOD: The research team used a combination of methods including in-home surveys (N = 1,723; 1,378 men) and ethnography (110 semistructured interviews and 200 hours of direct observation inside the plants). Respondents were asked about general and work-related drinking, perceptions of drinking norms, strengths or weaknesses of alcohol-related policies and procedures for policy enforcement.

RESULTS: Although overall consumption rates in both populations were similar, significant differences between the two samples existed regarding work-related drinking. The Traditional (i.e., U.S.) model was associated with more permissive norms regarding drinking before or during work shifts (including breaks) and higher workplace drinking rates than the Transplant (i.e., Japanese) model. Analyses revealed that alcohol policies, and the extent to which policies are actually enforced, predicted drinking norms and alcohol availability at work. Drinking norms, in turn, predicted work-related drinking and accounted for differences in alcohol consumption between the two worksites. Analyses of ethnographic data provided descriptive understandings of aspects of the two organizational cultures that disabled mechanisms for social control of drinking in one setting and enabled those mechanisms in the other.

CONCLUSIONS: These understandings of how social control mechanisms predict work-related drinking practices provide guidelines for alcohol problem prevention in a specific kind of occupational environment. However, our identification of aspects of social control that successfully regulate workplace drinking is applicable to other kinds of occupational settings as well.

LINEE DI INDIRIZZO

**Orientamenti regionali per
Medici Competenti
In tema di prevenzione, diagnosi e cura
dell'alcol dipendenza**

Novembre 2009

MC E SALUTE DI GRUPPO

- collaborazione all'attività di formazione ed informazione
- collaborazione col datore di lavoro per individuare strategie di prevenzione per fronteggiare le problematiche alcol correlate (collaborazione nella stesura del regolamento aziendale, etc)

MC E SALUTE INDIVIDUALE

- tutela della salute del lavoratore (sorveglianza sanitaria)
- espressione giudizio di idoneità
- promozione della salute individuale (counseling) in caso di comportamenti a rischio
- facilitatore nell'invio a programmi terapeutici e riabilitativi in caso di abuso o dipendenza

SORVEGLIANZA SANITARIA

- **D.Lgs. 81/08** nei confronti di lavoratori già sottoposti a sorveglianza e alle condizioni previste dall'ordinamento le visite preventive in fase preassuntiva, preventive, periodiche, di cambio mansione, dopo assenza superiore a 60 giorni sono finalizzate anche alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza
- si ritiene che:
 - i casi previsti dall'ordinamento coincidano con le lavorazioni incluse nell'allegato I (Intesa Stato Regioni 16 marzo 2006)
 - le condizioni siano che la verifica avvenga nei confronti di lavoratori già sottoposti a sorveglianza sanitaria per altri rischi

SORVEGLIANZA SANITARIA 2

- La semplice inclusione di una attività lavorativa o mansione nell'Allegato I, in assenza di rischi lavorativi che prevedano la sorveglianza sanitaria, non è condizione sufficiente per sottoporre il lavoratore ad accertamenti
- In questi casi il datore di lavoro potrà richiedere, per il dipendente, l'idoneità lavorativa alla Commissione Medico Legale dell'AUSL ai sensi dell'art.5 Legge 300/70

INTERVENTO DEL MEDICO COMPETENTE

1° LIVELLO

ANAMNESI ALCOLOGICA ED ESAME OBIETTIVO

+

AUDIT C (3 domande)

ANAMNESI ALCOLOGICA

Indicatori clinico-sociali di rischio per abuso di alcol ²
Stili di vita a rischio
Familiarità per alcolismo
Anamnesi indicativa di frequenti incidenti
Sovrappeso, ipertensione, cardiopatie
Ansia e/o depressione
Trattamento con farmaci interferenti con l'alcol
Dipendenza da sostanze diverse dall'alcol (cibo, tabacco, droghe illegali, psicofarmaci)
Test biomorali alterati

² da S. Innocenti: "Indicatori biologici e sociali per il medico di medicina generale" in "Il libro italiano di alcolologia" – SEE Firenze, 2000 - modificata

RISULTATI AUDIT C

Condizioni per l'attuazione dell'intervento breve:

- Nel maschio:
 - o punteggio AUDIT C uguale o superiore a 5;
 - o assunzione settimanale superiore a 210 grammi di alcol;
 - o assunzione giornaliera superiore a 30 grammi di alcol (cioè eccedente le tre unità alcoliche).
- Nella femmina:
 - o punteggio AUDIT C uguale o superiore a 4;
 - o assunzione settimanale superiore a 140 grammi di alcol;
 - o assunzione giornaliera superiore a 20 grammi di alcol (cioè eccedente le due unità alcoliche).

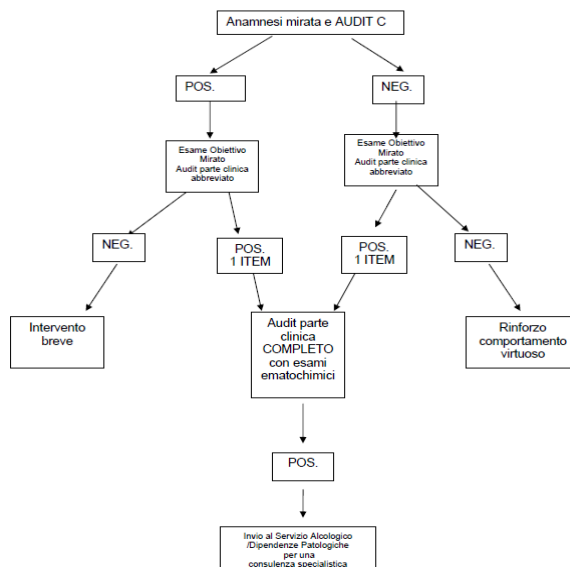
INTERVENTO MEDICO COMPETENTE 2


- **2° LIVELLO INTERVENTO BREVE** (approfondimento col lavoratore sulle tematiche legate all'alcol per incoraggiare la condotta) + AUDIT PARTE CLINICA COMPLETO (EO mirato, esami ematochimici)
- se punteggio di AUDIT CLINICO positivo e/o esami con alterazioni
- **3° LIVELLO INVIO AL CENTRO ALCOLOGICO**


SCHEMA INTERVENTO MC

Tipologia di consumo	Tipologia di intervento
Responsabile o moderato (AUDIT C neg. e AUDIT parte clinica neg.)	Informazione/educazione alla salute
Problematico (AUDIT C pos.)	Intervento breve (counselling ed eventuale follow up)
Elevato - abuso e dipendenza (AUDIT parte clinica e/o esami ematochimici pos.)	Supporto specialistico e follow up

Percorso suggerito per l'accertamento di assenza di condizioni di alcol dipendenza



 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia				
Indicatore di abuso	Matrice biologica	Sensibilità (%)	Specificità (%)	Tempo massimo di rilevabilità nella matrice
Etanolo	Sangue Aria Espirata Sudore Saliva	100	95-100	8-10 h
5-HTOL/ 5-HHIA	Urina	60-80	90-95	20-25 h
Etilglucoronide	Sangue Urina Cheratina	Alta	Alta	Sangue: 25 h Urina: 90 h Cheratina: 3-6 mesi
MCV	Sangue	Bassa	Alta	1-3 mesi
AST	Sangue	30-50	60	1-3 mesi
ALT	Sangue	20-45	65	1-4 settimane
GAMMA-GT	Sangue	60-70	70	2-5 settimane
CDT	Sangue	60-90	>90	2-3 settimane

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia	
<h2>INDICATORI DI ABUSO ACUTO</h2>	
<ul style="list-style-type: none"> • Relazione diretta tra abuso acuto e alcolemia • E' possibile effettuare una valutazione indiretta della BAC con altri fluidi, purché i risultati siano correlabili linearmente con l'alcolemia: saliva ed espirato, urina no 	




SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Tabella 3 - Sintomi che compaiono in corrispondenza dei diversi livelli di alcoemia
Table 3 - Symptoms occurring for different levels of blood alcohol

Livello	Sintomi
0.2-0.3 g/L	Lieve euforia, rilassamento
0.4-0.6 g/L	Ridotta inibizione, sensazione di calore, modica compromissione del ragionamento e della memoria, intensificazione delle emozioni, ridotta prudenza
0.7-0.9 g/L	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 g/L	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 g/L	Grave compromissione motoria e perdita di controllo, visione confusa, cadute, minore euforia, ansietà, compromissione del giudizio e della percezione
1.6-1.9 g/L	Disforia, nausea
2.0 g/L	Confusione e disorientamento, insensibilità dolorifica, compromissione del riflesso di deglutizione, blackout
2.5 g/L	Compromissione severa delle funzioni mentali, fisiche e sensoriali, con rischio di aspirazione o traumi da cadute
>3.0 g/L	Stupore, incoscienza, difficoltà a svegliarsi
3.5 g/L	Anestesia
> 4.0 g/L	Morte per arresto respiratorio


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
 EMILIA-ROMAGNA
 Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

[Med Lav](#), 2011 Nov-Dec;102(6):494-501.

[Breath alcohol test in construction sites in the Province of Belluno: a campaign in favour of health promotion and surveillance and against drinking].

[Article in Italian]
[Marcolina D¹](#), [De Marzo N](#), [Riccio MT](#).

⊕ **Author information**

Abstract

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Health impairment due to alcohol use and abuse is well known, in terms of relationship with traffic accidents and work accidents. In Italy almost 10 per cent of accidents at work involve intoxicated people injuring themselves and innocent victims. Alcohol abuse is a factor involved in determining severe accidents in the construction industry and epidemiological studies demonstrated a relationship between an elevated alcohol use and severity of accidents. Since in the Province of Belluno alcohol consumption may be elevated also at work, the two Occupational Health Units (SPISAL) in the province organized a campaign of information and surveillance against alcohol consumption at work in the construction industry. This report shows the campaign results, mainly in terms of breath alcohol tests performed in construction workers.

DISCUSSION AND CONCLUSIONS: After an extensive information campaign we inspected 50 sites, where 105 construction companies were at work, and tested 294 workers by breath alcohol test. No-one refused the test. Only 2.7% construction workers were positive for the breath alcohol test, and the levels were not elevated. This study shows that the construction workers in Belluno Province are responsible drinkers and are well aware of the policy of prohibition of alcohol consumption at work.

[Med Lav](#). 2007 Nov-Dec;98(6):493-500.

[Alcohol and construction workers].

[Article in Italian]

[Mosconi G¹](#), [Riva MM](#), [Lorenzi S](#), [Silva G](#), [Bartolozzi F](#), [Pavesi G](#), [Bancone C](#), [Bettineschi O](#), [Magno D](#).

⊕ Author information

Abstract

BACKGROUND AND OBJECTIVES: On the basis of the data drawn by national and international literature and the introduction of recent legislation concerning "alcohol and alcohol-related problems", we studied alcohol consumption and the consequences that alcohol abuse has on health, working ability, accidents and absenteeism in construction workers.

METHODS: We studied alcohol consumption in two groups of building workers over different periods (1996-2000; 2006). In 142 workers alcohol concentration was measured in expired air during the periodic health surveillance examination and during work on building sites. We also analyzed the relationship between declared alcohol consumption, accidents and absenteeism.

RESULTS: Our study showed a reduction in the average consumption of alcohol over the last ten years but confirmed the role of alcohol-related diseases as a cause of work limitations or work disability. On the other hand, "breathalysing" demonstrated that alcohol consumption during pauses in work is still common.

CONCLUSIONS: The results of this study confirm the correlation between frequency/seriousness of accidents, absenteeism and average consumption of alcohol.

[Drug Test Anal](#). 2014 Sep;6(9):893-7. doi: 10.1002/dta.1569. Epub 2013 Oct 25.

Workplace drug testing and alcohol policy in Italy; there is still a long way to go.

[Rosso GL¹](#), [Perotto M](#), [Feola M](#), [Caramella M](#).

⊕ Author information

Abstract

The effectiveness of workplace drug testing (WDT) in Italy has recently been questioned, while very little is known about the real consumption of alcoholic beverages among workers performing hazardous jobs, such as professional drivers (PDs). The aim of this study is to investigate the modality and frequency of WDT execution and of alcohol consumption in the above category. Anonymous questionnaires were used to collect information. Four hundred and ninety-seven questionnaires were collected; 50.1% declared that they know well in advance when they will be subjected to screening tests for drugs, while 19.5% claimed they have never been subjected to such a test. The greater the number of employees in a company, the greater the likelihood that the tests are performed with a genuinely surprise effect [odds ratio (OR) 2.41, 5.39 and 9.07, respectively, for businesses with 5-14 employees, 15-50 and more than 50, compared with companies with less than 5 employees, $p < 0.01$]. Twenty-one point four percent declared they drink alcoholic beverages during working hours or work breaks. This attitude is positively correlated with driver seniority [OR 1.07, 95% confidence interval (CI) 1.03-1.11 $p < 0.01$] and is more common in those who operate on mainly international routes (OR 3.34 CI 1.30-8.59 $p < 0.01$) and only occasionally consume meals in restaurants (OR 4.27, CI 1.19-15.42 $p < 0.05$). Fifteen percent of the participants have an AUDIT C score ≥ 5 . In conclusion WDT is largely ineffective, particularly in small businesses. The high percentage of PDs who claim to drink during working hours and who are hazardous drinkers requires a further strengthening of prevention strategies in this area.

INDICATORI DI ABUSO CRONICO GAMMA-GT

- Enzima di membrana ampiamente espresso (rene, pancreas, mammella, fegato, intestino, polmone, milza, tiroide, midollo osseo)
- Fattori interferenti sono costituiti da pancreatiti, diabete, obesità ed uso di farmaci (barbiturici, antiepilettici, anticoagulanti).
- E' particolarmente utile per seguire l'astinenza di un alcolista in trattamento di disintossicazione perché la sua attività sierica torna nell'intervallo di normalità dopo circa 5-6 settimane di completa astensione.
- Questo tempo però risulterà più lungo se coesiste anche un danno epatico.
- Sensibilità: 60-70% Specificità: 70%

MCV

L'aumento del volume corpuscolare medio riscontrabile negli etilisti è secondario sia all'azione tossica diretta dell'acetaldeide sulla replicazione dei precursori degli eritrociti a livello midollare, sia all'interferenza esercitata dall'etanolo sull'assorbimento intestinale di acido folico e vit B12.

E' indicatore utile per individuare le condotte di abuso cronico ma a causa della bassa sensibilità (37%) non può essere mai utilizzato singolarmente ma sempre in associazione con altri indicatori (gamma GT). Specificità 94%. Insieme a gamma-gt, 63% e 98%

L'emivita dipende dalla vita dei globuli rossi (circa 120 giorni) ed è pertanto troppo lunga per usarlo come indice di controllo dell'astinenza. Non ha legame con il danno epatico

AST E ALT

- Tali enzimi sono più indicati per constatare un danno epatico piuttosto che un consumo di bevande alcoliche.
- Un maggiore incremento delle AST rispetto alle ALT fa propendere per un danno epatico alcol-correlato.
- Nella diagnosi delle situazioni di alcol-dipendenza presentano valori di specificità insoddisfacente e valori di sensibilità variabili tra il 15-69% (GOT) e il 26-58% (GPT).
- Falsi positivi: epatopatia (incremento entrambe), disordini muscolari (AST), infarto miocardico (AST).
- Dopo completa sospensione dell'uso di bevande alcoliche i valori si normalizzano in 2-3 settimane

Caratteristiche emato-chimiche delle cause più comuni dell'incremento da moderato a marcato dei livelli di aminotransferasi

Cause	Aumento dei livelli di aminotransferasi (valore x LSR)	Aumento dei livelli di bilirubina (valore x LSR)	Commenti
Ischemiche	>10 a >50	<5	AST > ALT; rapida diminuzione dei livelli di aminotransferasi dopo un picco iniziale; ALT/LDH <1 Presenza di comorbidità
Tossiche	>10	<5	Andamento dell'alterazione enzimatica simile a quello dell'epatite ischemica Storia clinica positiva per l'esposizione a tossici
Epatiti virali acute	5-10 a >10	5-10	Lento decremento dei livelli di aminotransferasi Storia clinica positiva per i fattori di rischio
Ostruzione biliare acuta	5-10	5-10 a >10	Aumento di aminotransferasi che precede i segni di colestasi Presenza dei sintomi caratteristici
Epatite alcolica	5-10	5-10 a >10	AST/ALT >2 Può manifestarsi sia in forma acuta che cronica

LSR = limiti superiori di riferimento, AST = aspartato aminotransferasi, ALT = alanina aminotransferase, LDH = lattico deidrogenasi
 Giannini EG, et al. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. CMAJ 2005;172(3):367-79.

ETILGLUCORONIDE

E' indicatore di abuso recente e cronico.

Metabolita dell'etanolo ottenuto per coniugazione con l'acido glucuronico.

Significative quantità sono state evidenziate nel siero e nelle urine fino a 80 ore dall'ultima assunzione di alcol con ottimi valori di specificità e sensibilità (fino al 90% per entrambi).

Matrice cheratinica: consente anche di valutare in modo retroattivo fino a 6 mesi delle condotte d'abuso, molto sensibile e specifico.

CDT (transferrina desialata)

- Interferenza sulla sintesi della transferrina, con conseguente aumento della quota delle isoforme, verosimilmente per inibizione delle glicosiltransferasi indotta dall'etanolo (o dall'acetaldeide) e/o contemporaneo aumento delle attività della sialidasi

CDT (transferrina desialata)

- Valori elevati in caso di consumo elevato e protratto di alcol
- Tale indicatore costituisce ad oggi il test più specifico (>90%) di abuso alcolico cronico attualmente disponibile, con una sensibilità fino al 60% non altrettanto soddisfacente
- Nel dosaggio della CDT si riscontrano pochi falsi positivi (grave insufficienza epatica: cirrosi da epatite cronica attiva o cirrosi primaria delle vie biliari; CDG; pz con variante D della transferrina).

CDT (transferrina desialata)

- Da valutare le possibili interazioni con i farmaci (ACE inibitori, diuretici dell'ansa, anticonvulsivanti), fumo, basso BMI, diabete, artrite reumatoide e malattie polmonari infiammatorie croniche per i quali sembra esserci effetto confondente.
- L'utilizzo di questo indicatore appare oggi consigliabile nella diagnosi e/o nel monitoraggio solo se associato ad altri marcatori di più consolidato utilizzo.

QUESTIONARI

Acta Clin Belg., 2002 Sep-Oct;57(5):241-9.

Questionnaires are better than laboratory tests to screen for current alcohol abuse or dependence in a male inpatient population.

Aertgeerts B¹, Buntinx F, Ansoms S, Fevery J.

CAGE, AUDIT, M.A.S.T.

I questionari possono avere valori di sensibilità e specificità particolarmente elevati (sensibilità 70-80%, specificità 93-98%) nell'individuazione di problemi alcol correlati (soprattutto alcol dipendenza).

Integrano le informazioni derivanti dall'anamnesi e dai risultati delle indagini di laboratorio consentendo di ampliare l'informazione.

CAGE

- **Cut down**
Ha mai avvertito la necessità di ridurre l'assunzione di alcol?
- **Annoyed**
È mai stato infastidito da persone che hanno criticato la sua eccessiva assunzione di alcolici?
- **Guilty**
Si è mai sentito in colpa o a disagio per aver assunto degli alcolici?
- **Eye opener**
Ha mai bevuto un bicchiere appena sveglio per combattere l'ansia o eliminare i postumi della sbornia?

AUDIT

Il questionario AUDIT - costituito da 10 domande - è stato elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per identificare il consumo a rischio, dannoso e per l'alcoldipendenza.

AUDIT 2

- Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?
 Mai
 Meno di una volta al mese
 Da 2 a 4 volte al mese
 Da 2 a 3 volte la settimana
 4 o più volte la settimana
- Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media?
 1 o 2
 3 o 4
 5 o 6
 7 o 8
 10 o più
- Con quale frequenza le capita di consumare sei o più bevande in un'unica occasione?
 Mai
 Meno di una volta al mese
 1 volta al mese
 1 volta a settimana
 Ogni giorno o quasi

AUDIT 3

- Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?
 Mai
 Meno di una volta al mese
 1 volta al mese
 1 volta a settimana
 Ogni giorno o quasi
- Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?
 Mai
 Meno di una volta al mese
 1 volta al mese
 1 volta a settimana
 Ogni giorno o quasi
- Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?
 Mai
 Meno di una volta al mese
 1 volta al mese
 1 volta a settimana
 Ogni giorno o quasi

AUDIT 4

7. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?
- Mai
 Meno di una volta al mese
 1 volta al mese
 1 volta a settimana
 Ogni giorno o quasi
8. Con quale frequenza, durante l'ultimo anno, non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?
- Mai
 Meno di una volta al mese
 1 volta al mese
 1 volta a settimana
 Ogni giorno o quasi
9. Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?
- No
 Sì, ma non nell'ultimo anno
 Sì, nell'ultimo anno
10. Un parente, un amico, un medico o altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o le hanno suggerito di smettere?
- No
 Sì, ma non nell'ultimo anno
 Sì, nell'ultimo anno

CONCLUSIONI

Ambiente lavorativo --- set ideale per iniziative che contemporaneamente migliorino sicurezza sul lavoro e adesione a corretti stili di vita, con possibili benefici di salute a livello individuale, produttivi a livello aziendale, il tutto valorizzando ruolo e centralità del medico competente