

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

A cura di:

Annovi Claudio	Azienda Usl di Modena – Servizio per le Dipendenze Patologiche
Bernardini Mara	Azienda Usl di Modena – Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL)
Galli Paolo	Azienda USL di Imola - SPSAL
Di Rico Renato	Azienda USL di Modena – SPSAL
Cella Maria Teresa	Azienda USL di Piacenza - SPSAL
Chiesa Elena	Azienda USL di Parma – SPSAL

Si ringrazia il Dr. Fulvio Fantozzi, medico delle dipendenze libero professionista di Reggio Emilia per la consulenza fornita e la revisione del testo relativamente ad alcuni aspetti di natura medico-alcolologica.

GRUPPO DI LAVORO REGIONALE:**Per i Servizi PSAL:**

Bernardini Mara – AUSL di Modena - Coordinatore
Cella Maria Teresa – AUSL di Piacenza
Cigala Ferdinando e Chiesa Elena – AUSL di Parma
Guidi Loredana – AUSL di Reggio Emilia
Totire Vito – AUSL di Bologna
Galli Paolo – AUSL di Imola
Minisci Salvatore – AUSL di Ferrara
Geminiani Maria Antonietta – AUSL di Ravenna
Nicolini Anna Maria – AUSL di Cesena
Valentini Maria Giuseppina – AUSL di Forlì
Masier Vittorio – AUSL di Rimini

Per i Servizi per le Dipendenze Patologiche:

Annovi Claudio: AUSL di Modena – Coordinatore
Panelli Elio - AUSL di Piacenza
Rustichelli Paolo - AUSL di Parma
Dodi Angela - AUSL di Reggio Emilia
Masci Maria Grazia - AUSL di Bologna
Galli Lucia Cristina - AUSL di Imola
Ferraria Eleonora e Melloni Andrea - AUSL di Ferrara
Pintori Cecilia e Greco Giovanni - AUSL di Ravenna
Matassoni Marco - AUSL di Cesena
Lacchini Giulio - AUSL di Forlì
Staccioli Caterina - AUSL di Rimini

Premessa

Il ruolo del medico competente all'interno dell'azienda va inteso oggi in modo ampio, principalmente come supporto al datore di lavoro e a tutto il sistema destinato alla valutazione dei rischi e alla messa a punto della strategia preventiva più adeguata all'interno dell'azienda.

L'obiettivo finale del suo intervento sul singolo lavoratore consiste nella ottimizzazione del rapporto tra il lavoratore stesso e la sua mansione (e i suoi contenuti), attraverso azioni sulla idoneità (limitando e vietando compiti e operazioni ritenuti dannosi) e/o sulla mansione (adattandola alle caratteristiche del lavoratore).

L'esplicito richiamo nel recente Decreto Legislativo 81/08, non modificato dal Decreto correttivo 106/09, alla prevenzione e gestione delle problematiche alcol correlate esprime senza dubbio l'interesse del legislatore al coinvolgimento del medico competente nella prevenzione dei danni provocati da fattori di rischio non più e non solo di tipo tradizionale, ma anche legati a stili di vita pericolosi o scorretti. Ciò rappresenta un ulteriore passaggio culturale rispetto al D.Lgs. 626/94 che proietta il medico competente verso una funzione di vero e proprio "promotore di salute" verso la popolazione, ad integrazione dei tradizionali compiti di natura più strettamente clinica.

Il contesto lavorativo rappresenta infatti un "set" particolarmente favorevole per realizzare iniziative che rispondano alla duplice finalità di migliorare la sicurezza nei luoghi di lavoro e promuovere l'adozione di corretti stili di vita, approfittando dell'effetto positivo prodotto dall'azione formativa sul cittadino - lavoratore. A questo proposito è stato recentemente ribadito da alcuni autori come l'adozione di specifiche norme a livello di gruppo di lavoro consenta di ridurre significativamente l'abuso di alcol non solo sul posto di lavoro ma anche al di fuori di esso.

Sul tema alcol si delineano per il medico competente due livelli di intervento: quello che riguarda la **promozione della salute collettiva** e quello di **promozione e tutela della salute individuale**, che si colloca all'interno delle attività di sorveglianza sanitaria.

1. Promozione della salute collettiva

I richiami su questa tematica sono contenuti negli artt. 25 e 39 del decreto 81/08. L'art. 25 annovera tra i compiti del medico competente la collaborazione "all'attività di informazione e formazione nei confronti dei lavoratori per la parte di competenza" e "alla attuazione e valorizzazione di programmi volontari di promozione della salute", mentre l'art. 39, richiama il rispetto dei principi contenuti nel codice etico ICOH, dove "il mantenimento e la promozione della salute e della capacità lavorativa" è indicato come uno dei tre principali obiettivi della medicina del lavoro.

L'attività di promozione della salute è riconosciuta come una delle strategie per fronteggiare le problematiche alcol correlate nei luoghi di lavoro. Il medico competente non può che esserne parte attiva e svolgere un ruolo di primo piano, in virtù delle sue competenze professionali e della sua funzione di "comunicatore della prevenzione".

Egli non può però svolgere questo compito in isolamento culturale: la sua azione deve essere calata all'interno di un moderno sistema di prevenzione aziendale, sensibile ed attento anche a queste nuove tematiche, pena il fallimento quasi certo della azione preventiva.

L'elemento centrale per creare quel terreno fertile che consenta al medico competente di trasmettere efficacemente il messaggio educativo e preventivo è rappresentato dall'adozione di politiche aziendali chiare e trasparenti per la prevenzione ed il fronteggiamento delle problematiche alcol correlate nei luoghi di lavoro, traducibili nell'adozione di un regolamento aziendale, ispirato sia al fermo contrasto della diffusione del fenomeno sia alla promozione e sostegno, in linea con i principi della L. 125/01, di percorsi per l'avvio del lavoratore in difficoltà verso programmi terapeutici e di recupero. Risulta chiaro che un tale programma non può trovare attuazione se non chiaramente e dettagliatamente definito a priori e se non condiviso con datore di lavoro e lavoratori.

In questo modo l'intervento del medico competente diventa credibile agli occhi dei lavoratori, in quanto parte integrante di un percorso aziendale in cui si predilige lo strumento formativo ed educativo a quello, pure necessario, di tipo repressivo e sanzionatorio.

Gli strumenti a disposizione, da usare in maniera integrata se possibile, per affrontare i compiti di promozione alla salute possono essere così riassunti:

- Collaborazione a programmi di informazione/formazione **dei lavoratori** che prevedano al loro interno specifiche sezioni riguardanti il tema alcol e lavoro.
Premesso che la costruzione del pacchetto formativo deve partire dal contenuto della valutazione dei rischi, un elenco minimo non esaustivo degli argomenti da trattare può essere rappresentato da:
 - gli effetti dell'alcol sulla salute;
 - il rapporto tra alcol, infortuni sul lavoro e malattie professionali;
 - il rapporto tra alcol e guida;
 - la normativa su alcol e lavoro;
 - le strategie ed i regolamenti aziendali per il fronteggiamento delle problematiche alcol correlate;
 - le indicazioni per eventuali percorsi terapeutici e di recupero del bevitore problematico..
- Collaborazione a programmi di informazione/formazione **dei dirigenti, preposti e RLS** con particolare riferimento al ruolo di queste figure nella gestione del caso.
- Collaborazione con il datore di lavoro per l'individuazione di strategie attive di prevenzione e di comunicazione del rischio (ad es. abolizione delle bevande alcoliche all'interno dell'azienda e esclusione delle stesse dalle convenzioni con le mense esterne, rinforzo del messaggio mediante poster o locandine, sistemi premiali nella scelta di bevande analcoliche al pasto).

2. Sorveglianza sanitaria e promozione della salute individuale

Ferma restando la grande importanza della partecipazione attiva a programmi di promozione della salute, non vi è dubbio che la funzione che più caratterizza la figura professionale del medico competente sia quella dello svolgimento dei compiti legati alla sorveglianza sanitaria.

Per il rischio alcol in particolare, leggendo in maniera armonizzata le norme di riferimento¹, il medico competente assolve, nell'espletamento della sorveglianza sanitaria, due funzioni nei confronti del lavoratore:

- quella **preventiva** tipica, finalizzata alla tutela della salute del lavoratore (e, nel caso dell'alcol, anche alla salvaguardia della sicurezza, incolumità e salute di terzi, siano essi lavoratori o pazienti/utenti), che culmina con l'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica;
- quella di **promozione della salute individuale** in sede di visita medica, che va dal "counselling" in caso di comportamenti a rischio fino al ruolo di "facilitatore" per l'avvio a programmi terapeutici e riabilitativi nei casi di vero e proprio abuso o dipendenza.

Circa la funzione preventiva, il D.Lgs. 81/08, con le modifiche apportate dal recente Decreto correttivo 106/09, prevede all'art. 41 che il medico competente, nell'ambito della sorveglianza sanitaria **e solamente nei casi ed alle condizioni previste dall'ordinamento**, debba finalizzare le visite mediche (preventiva, periodica, di cambio mansione, preventiva in fase preassuntiva e precedente la ripresa del lavoro dopo una assenza per motivi di salute superiore a sessanta giorni - co. 2 lett. a, b, d, e-bis ed e-ter -) anche alla verifica di assenza di condizioni di alcol dipendenza.

In attesa della pubblicazione dell'Accordo Stato Regioni, previsto all'art. 26, co. 6 del D. Lgs. 106/09, che rivisiterà le condizioni e le modalità per l'accertamento dell'alcol dipendenza, si forniscono alcune prime indicazioni.

¹ Si tratta della L.125/01, dell'Accordo Stato-Regioni del 16/3/2006 e, naturalmente, del D.Lgs. 81/08 e del D. Lgs. 106/09

Si ritiene che i **cas**i previsti dall'ordinamento coincidano con le lavorazioni incluse nell'all. 1 dell'Accordo Stato-Regioni del 16 Marzo 2006 e che le **condizioni** siano che la verifica dell'assenza di alcol dipendenza avvenga, in occasione della visita medica preventiva, periodica o di cambio mansione, verso i lavoratori **già** sottoposti a visite mediche perché esposti a rischi professionali per i quali vige l'obbligo di sorveglianza sanitaria.

L'appartenenza di una lavorazione alla lista dell'all. 1 non è quindi una condizione sufficiente ad avviare un programma di sorveglianza sanitaria, non essendo tale previsione contemplata dalla norma di riferimento (art. 15 della L. 125/01).

In quest'ultimo caso, il datore di lavoro potrà ricorrere, se necessario, alla Commissione medico-legale dell'Azienda Sanitaria Locale ai sensi dell'art. 5, della L. 300/70.

L'art. 41 non prevede, per le visite su richiesta dei lavoratori (co. 2, lett. c), l'obbligo da parte del medico competente di verifica dell'assenza della condizione di alcol dipendenza.

Riguardo alle modalità per effettuare tale verifica, come normalmente avviene per altri fattori di rischio, il medico competente, in scienza e coscienza e nel rispetto dei principi etici della medicina del lavoro contenuti nel codice ICOH, ha ovviamente piena libertà di decisione.

Tuttavia, ritenendo poco utile ridurre questa complessa e delicata attività ad un mero screening laboratoristico, si propongono alcune indicazioni condivise con gli specialisti alcolologi che prevedono un approccio per gradi, utilizzando in sequenza e in maniera integrata diversi strumenti.

Lo scopo è quello di far sì che il medico competente attui un sistema di sorveglianza volto a far emergere quei casi selezionati che meritino di essere avviati alle strutture specialistiche (Servizi Alcolologici/Servizi Dipendenze Patologiche) per la eventuale formulazione della diagnosi di alcol dipendenza.

Il termine "alcol dipendenza" trova una sua precisa collocazione nei criteri classificativi dell'OMS (ICD 10) secondo cui la sindrome di dipendenza si ha quando sono presenti tre o più dei seguenti criteri:

1. bisogno imperioso o necessità di consumare dell'alcol (craving);
2. perdita di controllo: incapacità di limitare il proprio consumo di alcol;
3. sindrome di astinenza;
4. sviluppo di tolleranza;
5. abbandono progressivo degli altri interessi e/o del piacere di consumare l'alcol;
6. consumo continuo di alcol nonostante la presenza di problemi ad esso legati.

L'inquadramento diagnostico delle patologie alcol-correlate avviene seguendo i criteri diagnostici comunemente accettati a livello internazionale: oltre all'ICD 10 si usa il DSM IV (Manuale Statistico e Diagnostico delle Malattie Mentali, IV ed.) secondo cui è alcol dipendente un soggetto che sviluppa sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici correlati all'uso ripetuto di alcol, evidenziato da:

compromissione fisica: astinenza, tolleranza e/o problemi organici alcol-correlati (cirrosi, danni neurologici);

compromissione psichica: persistenza nell'uso nonostante il peggioramento di situazioni fisiche o psicologiche;

compromissione sociale: riduzione delle attività socio-relazionali (problemi lavorativi, problemi familiari, divorzio, isolamento sociale);

perdita di controllo o desiderio patologico (craving):

tentativi di ridurre o controllare l'uso dell'alcol,

assunzione in quantità superiori o per tempi più lunghi di quanto previsto dal soggetto,

grande quantità di tempo speso per procurarsi e/o assumere alcol,

comportamenti dettati dalla perdita di controllo e dal desiderio patologico associati o meno a **tolleranza e astinenza fisica.**

• È abusatore un soggetto che ha una modalità patologica di uso con conseguenze avverse ricorrenti e correlate all'uso ripetuto.

Preme ricordare che si tratta di una problematica conseguente agli stili di vita personali e non a condizioni di rischio derivanti dalle attività lavorative svolte; non si tratta di valutare e prevenire un rischio lavorativo come tradizionalmente inteso, ma di impostare un'azione preventiva ed educativa complessa ed articolata, rivolta alla persona ed inserita nell'ambito della sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

I controlli alcolimetrici previsti dall'art. 15 della L. 125/01 **non devono** essere considerati strumenti per l'accertamento dell'assenza di alcol dipendenza. Non vanno pertanto utilizzati nell'ambito dell'attività di screening ma servono solo per la verifica del rispetto delle norme di divieto o, in casi selezionati, per l'accertamento nell'immediatezza di una sospetta condizione di etilismo acuto.

2.1 Informazione e counselling individuale.

Questi strumenti vanno utilizzati in particolare durante la visita preventiva e debbono essere intesi come rinforzo a quanto già proposto a livello collettivo. Verranno riproposti elementi informativi sull'alcol e sui rischi che un uso non accorto di bevande alcoliche può comportare, per poi puntare ai rischi aggiuntivi legati al connubio alcol-lavoro con particolare riferimento alla mansione specifica ed alle previsioni normative.

2.2 Anamnesi alcolica

E' da premettere che due sono i pre-requisiti affinché anche i migliori e più sofisticati metodi per diagnosticare precocemente un disturbo da uso di alcol o un problema alcol correlato funzionino:

- 1) intenzione - motivazione del Medico allo svolgimento di siffatto compito;
- 2) ambiente precedentemente sensibilizzato sull'argomento alcol e salute, talché l'operatore possa concretamente applicare interventi potenzialmente forieri di una diagnosi precoce in modo fruttuoso. Non ha infatti senso né utilità operare uno screening per il bere eccessivo o l'alcolismo in un ambiente di lavoro "alcolico", ossia dove tutti bevono e intendono continuare a bere senza alcuna precauzione.

Tanto premesso, la ricerca precoce di un'abitudine alcolica pericolosa per la salute del lavoratore e degli altri diretti interessati, ovverossia i suoi compagni di lavoro o i suoi utenti, non richiede sforzi particolari in termini di impegno e di tempo; né è sostenibile che siano indispensabili competenze mediche specialistiche.

L'anamnesi alcolica non deve essere frettolosa, deve essere orientata prioritariamente al consumo di alcol ma anche più in generale a cogliere la presenza di comportamenti e stili di vita a rischio i quali, insieme ad alcuni altri **indicatori clinico-sociali** possono concorrere alla individuazione di categorie in cui maggiore è l'attesa di soggetti che abusano.

Indicatori clinico-sociali di rischio per abuso di alcol²
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 bioumorali alterati

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

Tenendo conto del limite rappresentato dalla possibile reticenza del lavoratore a fornire in questo campo risposte sincere alle domande poste, si suggerisce di integrare l'anamnesi alcolica con l'AUDIT C, questionario semplice e specifico che, integrato con la raccolta dei dati anamnestici e con i risultati delle eventuali indagini di laboratorio, consente al medico competente di ampliare lo spettro delle informazioni a disposizione e di contribuire in modo significativo alla individuazione o alla diagnosi di problemi alcol correlati (vedi paragrafo successivo).

L'INTERVENTO DEL MEDICO COMPETENTE

L'intervento del medico competente può essere breve o più esteso a seconda delle necessità. Per ogni singolo soggetto dipenderà dal livello di consumo accertato e della gravità dell'abuso e/o del disturbo nonché dalla presenza di altri problemi sanitari.

L'intervento potrà essere declinato su tre livelli, delineati sulla base delle fasce di rischio o danno in cui si colloca l'utente con la sua condotta di consumo di bevande alcoliche.

1) Anamnesi alcolica integrata con AUDIT C

Premesso che gli esami emato-chimici anche i più sofisticati (ad es. la CDT) “non sono particolarmente utili allo screening in quanto i valori elevati hanno scarsa sensibilità ed identificano solo una piccola proporzione di pazienti con consumo alcolico a rischio o dannoso” (Phepa, 2005), l'applicazione sistematica dell'AUDIT C – versione breve dell'Alcohol Use Disorders Identification Test dell'OMS (Tabella 1) in tutti i soggetti che dichiarano di non essere astemi è davvero una prassi raccomandabile, semplice, poco impegnativa per il lavoratore e per il medico competente che lo utilizza. Esso è composto da tre semplici domande da diluire all'interno dell'intervista: si tratta di evitare di porre dette domande all'inizio della visita, introducendole solo dopo avere stabilito un contatto minimamente empatico col soggetto e se possibile “mescolandole” con altre domande sullo stile di vita globale, ad es. relative a esercizio fisico, abitudini alimentari e controllo del peso corporeo, fumo di tabacco (cfr. 5.3.2.2).

Lo screening dovrebbe caratterizzare le visite mediche effettuate nel corso della sorveglianza sanitaria di cui all'art. 41 co. 2 del D. Lgs. 81/08 così come modificato dall'art. 26, co. 2 del D. Lgs. 106/09.

Tabella 1 - AUDIT C

1. Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?

- (0) punti = Mai
- (1) punto = Meno di una volta/ 1 volta al mese
- (2) punti = 2-4 volte al mese
- (3) punti = 2-3 volte a settimana
- (4) punti = 4 o più volte a settimana

2. Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consuma in media al giorno?

- (0) punti = 1 o 2
- (1) punto = 3 o 4
- (2) punti = 5 o 6
- (3) punti = 7 o 9
- (4) punti = 10 o più

3. Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?

- (0) punti = Mai
- (1) punto = Meno di una volta/ 1 volta al mese
- (2) punti = 2-4 volte al mese
- (3) punti = 2-3 volte a settimana
- (4) punti = 4 o più volte a settimana

bicchiere = 1 bicchiere di vino o birra oppure 1 bicchierino di aperitivo o amaro oppure un sorso di superalcolico (una "bevanda" si suppone contenga 10 g di alcol).

Se l'esito dell'AUDIT C è tra quelli inclusi nell'elenco sotto riportato, si pone l'indicazione a proseguire l'iter con l'"Intervento breve" e gli ulteriori passaggi che mirano ad escludere una diagnosi di alcol dipendenza.

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).

2) Esame obiettivo mirato

Va effettuato sempre, indipendentemente dall'esito dell'AUDIT C. Infatti, anche qualora il punteggio dell'AUDIT C risultasse negativo, al fine di documentare l'eventuale abitudine alcolica di un lavoratore o aspirante tale utilizzando dati oggettivi, è indispensabile valutare l'obiettività specifica. In pratica si procede con una **versione abbreviata** del test denominato **AUDIT parte clinica** (tabella 2), utilizzando i soli cinque items basati sull'esame obiettivo. *Si tratta dei seguenti cinque parametri semeiologici:*

1 - Iniezione congiuntivale e colore giallastro della sclera: sono colte facilmente se l'esame ispettivo è condotto in un ambiente ben illuminato da luce naturale. Il lavoratore va invitato a guardare alternativamente verso l'alto e verso il basso, stirando contemporaneamente le palpebre nel senso opposto al movimento dei globi oculari.

In base all'esito della manovra ispettiva, l'esaminatore attribuisce un punteggio da 0 (nessuna alterazione - sclera uniformemente bianca) a 3 (alterazione marcata - sclera con diffusi elementi vascolari color rosso Borgogna e tinta verdastro-giallognola)

2. Vascolarizzazione anomala della cute. Vanno osservati in particolare viso e collo. Qui sono bene evidenti le alterazioni delle arteriole cutanee, che appaiono di colore debolmente rosso.

La pelle d'anatra, specie nel collo, e placche cutanee giallastre sono altri segni cutanei di abuso etilico cronico.

3. Tremore delle mani.

Lo si apprezza meglio a braccia distese anteriormente, avambracci semiflessi e polsi intraruotati.

L'Intervento breve

L'intervento breve consiste nell'approfondire con il lavoratore le tematiche legate all'alcol, ovviamente nel modo meno inquisitorio possibile (ma nemmeno beninteso in modo ammiccante e minimizzante), rimarcando che detto approfondimento è necessario a causa del mutato clima legislativo in materia, stimolato dalle accresciute conoscenze epidemiologiche sugli effetti gravemente dannosi dell'alcol anche quando non è in gioco una vera e propria dipendenza; il messaggio da dare è che l'alcol aumenta la sinistrosità e la morbilità nei lavoratori che, pur non essendo alcolisti, sono però bevitori moderati ma inadeguati.

Può essere articolato come segue:

Fornire Spiegazioni di base sul fatto che il consumo alcolico del lavoratore rientra nella categoria a rischio;

Fornire Informazioni sui pericoli legati alla prosecuzione di un consumo alcolico a livelli di rischio anche in relazione alla maggiore probabilità di incorrere o provocare infortuni o incidenti stradali;

Indurre il lavoratore ad individuare un obiettivo da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini;

Fornire consigli per ridurre la quantità di alcol assunta;

Incoraggiare il lavoratore spiegandogli che consumo a rischio non significa dipendenza dall'alcol e che la propria abitudine alcolica può ancora cambiare.

Il medico, dopo avere prescritto al lavoratore di ridurre i consumi, potrà programmare di rivederlo per il monitoraggio della situazione a distanza di circa 60 - 90 giorni, per poi eventualmente ripetere l'intervento breve con l'obiettivo di rinforzare la motivazione a modificare in meglio il comportamento a rischio.

4. Tremore della lingua. La lingua dovrebbe protrudere non eccessivamente dalle labbra.

5. Epatomegalia. Oltre al volume, dovrebbe essere apprezzata anche la consistenza del fegato.

Se l'AUDIT C e l'esame obiettivo mirato sono del tutto negativi, è bene rinforzare positivamente la condotta verosimilmente virtuosa e corretta del lavoratore ricordando comunque, brevemente, quali sono i rischi principali connessi all'uso incongruo dell'alcol ed incoraggiando apertamente il soggetto a mantenere l'assunzione di alcol entro i limiti del bere moderato.

Se invece si è di fronte ad un esame obiettivo alterato, (positività anche di un solo item dell'AUDIT parte clinica abbreviato), si procede con l'AUDIT parte clinica completo (Tabella 2).

Tabella 2 – AUDIT clinico

Punteggio AUDIT parte clinica positivo se > di 5

Hai avuto traumi cranici dopo i diciotto anni?				
Si [3]			No [0]	
Hai avuto fratture dopo i diciotto anni?				
Si [3]			No [0]	
Arrossamento delle congiuntive				
Assente [0]	Lieve [1]	Moderato [2]		Severo [3]
Abnorme vascolarizzazione cutanea				
Assente [0]	Lieve [1]	Moderato [2]		Severo [3]
Tremore della mani				
Assente [0]	Lieve [1]	Moderato [2]		Severo [3]
Tremore della lingua				
Assente [0]	Lieve [1]	Moderato [2]		Severo [3]
Epatomegalia				
Assente [0]	Lieve [1]	Moderato [2]		Severo [3]
Livello di Gamma GT				
Livello basso-normale [0]		Livello doppio del normale [3]		

Ciò comporta, oltre all'esame obiettivo mirato, l'effettuazione di esami emato-chimici anch'essi mirati, in primis il dosaggio della Gamma-GT. Si dosano altresì MCV, GOT, GPT, e trigliceridi. La transferrina desialata (CDT) va considerato un esame supplementare non routinario da utilizzarsi a giudizio del medico competente (in allegato 1 una breve presentazione dei singoli esami emato-chimici riportata dalla Società Italiana di Alcolologia nella "Guida Utile all'Identificazione e alla Diagnosi dei problemi Alcol correlati" e dal Centro Studi Fondazione Maugeri nella pubblicazione edita sul Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia dal titolo "Abuso acuto e cronico di alcol e lavoro" a nome di L., Bordini, L. Riboldi).

Se il punteggio dell'AUDIT parte clinica è positivo (maggiore di 5) e/o gli altri esami emato-chimici presentano alterazioni, è opportuno che il medico competente invii il lavoratore al Centro Alcolologico.

Nell'allegato 2 sono riportati ulteriori elementi clinico anamnestici utili al medico competente per meglio definire il quadro qualora si sospetti un abuso alcolico o una condizione di dipendenza.

3) Invio al Centro Alcolologico

Con l'invio al Centro Alcolologico il medico competente, nell'ambito di quanto previsto dal comma 5 dell'art. 39 del D. Lgs. 81/08, richiede una **consulenza specialistica alcolologica** al fine di ottenere una valutazione finalizzata ad una eventuale **diagnosi di alcol dipendenza**. In altri termini il medico competente dovrebbe indurre il soggetto ad accedere ad uno dei servizi specialistici presenti sul territorio per un accertamento diagnostico definitivo e l'eventuale immediata presa in carico, qualora fosse necessario.

In questo caso, si suggerisce il seguente percorso:

- rilasciare un giudizio di non idoneità temporaneo (30-90 giorni) alla mansione ad elevato rischio, con spostamento verso mansioni alternative che l'azienda individua con il supporto del medico competente stesso e del Servizio di Prevenzione e Protezione;
- nel frattempo richiedere la consulenza alcolologica favorendo, in caso di diagnosi positiva per alcol dipendenza, l'avvio di un percorso di tipo riabilitativo presso il Centro o Servizio Alcolologico operante nel territorio di residenza del soggetto interessato;
- dopo questo primo periodo, verificato l'inserimento del lavoratore all'interno del percorso riabilitativo e acquisita la valutazione positiva dello specialista alcolologo sul raggiungimento di uno stato di astinenza sufficientemente prolungato (anche attraverso le negativizzazioni degli indici umorali, quali ad esempio la CDT), riammettere alla mansione originaria e rilasciare un giudizio di idoneità senza limitazioni correlate all'assunzione di alcol. Può essere previsto, a seconda dei casi, un follow-up attraverso un ravvicinamento della periodicità della visita medica prevista dal protocollo di sorveglianza sanitaria.

La scelta degli specialisti, che possono essere sia appartenenti a strutture private che pubbliche, deve essere curata dal medico competente in modo da stabilire un rapporto di fiducia reciproco.

Tale scelta deve essere avallata dall'azienda che ne sopporta gli oneri, come la legge espressamente afferma. Vista la particolarità e la delicatezza della tematica si raccomanda di porre particolare cura nella scelta di tali professionisti.

Per facilitare l'avvio del progetto regionale "Alcol e Lavoro" e per supportare le aziende nell'applicazione della normativa specifica, si individuano, quali riferimenti, i Centri/Servizi alcolologici operanti nel territorio di residenza del soggetto interessato.

Uno schema di riferimento che riassume i diversi gradi di approccio sopra descritti è il seguente:

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

L'utilizzo di esami di laboratorio e di indicatori biologici in grado di evidenziare l'entità dei consumi e l'esistenza e la durata di un eventuale periodo di astinenza, può rappresentare per il medico competente un complemento di indagine da utilizzare in aggiunta agli audit, soprattutto in caso di lavoratori che risultino consumatori non moderati.

Per concludere, ad oggi, per fare diagnosi di alcol dipendenza, disponiamo di diversi strumenti che posseggono un buon grado di affidabilità ma che, se utilizzati singolarmente presentano lacune interpretative difficilmente colmabili. Soltanto con l'utilizzo graduale ed integrato di tali strumenti si può, con l'attività diagnostica di supporto e conferma degli specialisti alcolologi, fare diagnosi certa di alcol dipendenza.

Un tale programma non può trovare attuazione se non condiviso con datori di lavoro e lavoratori e se non realizzato in collaborazione e sinergia con le strutture del Servizio Sanitario Regionale che possono prestare assistenza e supporto (Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di

Lavoro (SPSAL) e delle Dipendenze Patologiche delle ASL, con i Medici di Medicina Generale e le Associazioni del Volontariato, nell'ottica della rete territoriale finalizzata alla prevenzione, controllo e soluzione dei problemi alcol correlati.

In questo senso è importante che il datore di lavoro predisponga, con l'aiuto del medico competente e nell'ambito dello specifico capitolo all'interno del documento di valutazione dei rischi, un piano di azioni mirate al controllo ed alla prevenzione di questa condizione che può, se trascurata, creare situazioni di maggior rischio per i lavoratori e per i terzi.

• **Il ruolo dei Servizi Alcolologici / Dipendenze Patologiche delle AUSL**

E' compito dei Servizi Alcolologici, in accordo con i SPSAL, orientare la propria attività anche a supporto dei diversi attori del mondo del lavoro. Sarà cura dei Servizi per le dipendenze patologiche tramite i Centri Alcolologici garantire alle aziende del territorio, con onere a carico del datore di lavoro, l'erogazione delle consulenze specialistiche richieste dal medico competente finalizzate all'espressione del giudizio di idoneità alla mansione dei lavoratori per i quale ipotizza la presenza di alcol dipendenza.

La consulenza specialistica da attuarsi entro 30 giorni dalla data di prenotazione, consisterà in una visita medica attuata da un medico alcolologo, finalizzata all'accertamento diagnostico di alcol dipendenza e si concluderà con il rilascio di un referto per il medico competente e con indicazioni per i lavoratori che, ove necessario, prevedono anche un trattamento terapeutico-riabilitativo da realizzarsi da parte dei Servizi Alcolologici accreditati con il concorso eventuale dei Gruppi di auto-aiuto operanti nel territorio. Il trattamento terapeutico riabilitativo potrà prevedere: counselling, interventi farmacologici integrati, ricoveri in strutture specifiche, interventi socio-educativi, psicoterapia, inserimenti in strutture diurne o residenziali.

Il medico alcolologo nel rispetto della normativa prevista dalla legge sulla privacy, completato il percorso diagnostico, consegnerà direttamente al lavoratore il referto indirizzato al medico competente che il lavoratore avrà cura di consegnargli direttamente.

I Servizi Alcolologici delle singole Aziende Sanitarie Locali provvederanno a delineare e a gestire percorsi diagnostici specifici per questa tipologia d'utenza, adottando soluzioni organizzative adeguate.

La consulenza medica di valutazione diagnostica erogata dal medico alcolologo comprenderà le prestazioni di seguito elencate:

Raccolta dell'anamnesi

Esame obiettivo

Compilazione della Scheda Clinica (allegato 3)

Prescrizione e valutazione degli accertamenti ematochimici

Valutazione alcolologica finale

Colloquio informativo sui rischi alcol correlati o percorso info-educativo di gruppo

Referto medico e relativa documentazione sanitaria indirizzata al Medico Competente e al Medico di Medicina Generale rilasciata all'interessato.

3. La gestione del caso in azienda

A seguito di segnalazioni da parte del datore di lavoro di fatti accaduti in azienda (es. alterazioni comportamentali) o di evidenze oggettive (es. alito alcolico) inquadrabili come situazioni di potenziale pericolo per i lavoratori stessi o per i terzi ed evidentemente riferite a condizioni di sospetta alcol dipendenza o abuso alcolico protratto, il medico competente potrà, se la lavorazione è compresa nell'allegato 1 dell'accordo Stato-Regioni del 16 Marzo 2006, effettuare il controllo alcolimetrico previsto dall'art. 15 della L. 125/01.

Egli potrà inoltre, in base all'art 18, lett. c, del D. Lgs. 81/08, che impone al datore di lavoro, nell'affidare i compiti lavorativi, di tenere conto delle capacità e delle condizioni dei lavoratori in

relazione alla loro salute e sicurezza, sottoporre a controllo sanitario mirato il lavoratore al fine di accertarne l'idoneità alla mansione, inquadrando l'accertamento nell'ambito della sorveglianza sanitaria già in essere.

Nel caso invece di lavorazioni non comprese nell'allegato 1 dell'Intesa Stato Regioni del 16 marzo 2006, il medico competente dovrà indicare al datore di lavoro il percorso previsto dalla L. 300/70, e cioè l'avvio del lavoratore al collegio medico dell'AUSL per la valutazione dell'idoneità del lavoratore.

A proposito dei controlli alcolimetrici, **va precisato che essi rappresentano uno strumento per la verifica del rispetto del divieto di assunzione** di alcol da parte dei lavoratori addetti ad attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro, ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi e quindi **non rientrano tra gli accertamenti previsti per la sorveglianza sanitaria** oggetto di approfondimenti nei paragrafi precedenti.

Stante il divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche nelle lavorazioni indicate dall'Intesa Stato Regioni ai sensi dell'art. 15 della L. 125/01, la norma, però, non riporta con chiarezza se tale divieto sia esplicitamente limitato al solo "luogo di lavoro" o se il lavoratore debba giungere sul luogo di lavoro non avendo assunto alcolici nelle ore precedenti e quindi con un'alcolemia pari a 0 g/l.

E' evidente che siamo in presenza di un difetto della norma che, non esplicitando chiaramente un livello di riferimento, non fornisce soluzioni certe. Al fine di evitare una palese contraddizione con i limiti stabiliti dal Codice della strada che fanno riferimento ad una attività molto complessa sul piano neuro-psico-motorio, la Regione Emilia-Romagna propone, in sede di prima applicazione e in attesa di apposita determinazione in sede nazionale, che il limite da utilizzare nelle valutazioni alcolimetriche sia quello indicato per la guida sicura.

Sembra pertanto ragionevole proporre, in caso di test con valore di alcolemia > 0,5 g/l, una procedura di questo tipo:

- allontanamento immediato del lavoratore dalla mansione a rischio per il tempo necessario al rientro del tasso alcolico entro il limite prestabilito, colloquio con il lavoratore richiamandolo ai propri doveri circa il rispetto della norma e rinforzando l'informazione sui rischi per sé e per gli altri; ripetizione senza preavviso del test nei giorni successivi,
- in caso di recidiva o di riscontro di elevata alcolemia, pari o superiore a 1.0 g/l, invio del lavoratore per un approfondimento diagnostico al Centro Alcolologico di riferimento territoriale.

Resta inteso che, a differenza dell'accertamento di alcol-dipendenza, il test alcolimetrico potrà essere effettuato dal medico competente anche qualora il lavoratore non sia sottoposto a specifico programma di sorveglianza sanitaria: l'unica condizione da rispettare è infatti l'inclusione della mansione nell'elenco dell'allegato 1 dell'Intesa Stato Regioni del 16 marzo 2006,

Nell'**allegato 4** viene rappresentato il percorso proposto per l'accertamento dell'assenza delle condizioni di alcol dipendenza.

ALLEGATO 1

Gli esami di laboratorio possono essere suddivisi in:

Rutinari: più sensibili e meno specifici = GGT • meno sensibili e più specifici = MCV / GGT+MCV
• meno sensibili e meno specifici = AST / ALT / Acido urico, trigliceridi, urea.

Non routinari: più utilizzati = CDT

Attualmente non è disponibile un singolo esame di laboratorio ideale con alta specificità e sensibilità. Pertanto è meglio associare più marker biologici per ottenere indicazioni più accurate.

GGT: GAMMA-GLUTAMIL TRANSFERASI

Risulta essere un test di primo livello nella diagnosi di consumo cronico di alcol. La GGT sierica aumenta per un meccanismo di induzione enzimatica indipendentemente dalla presenza o meno di danno epatico alcol-correlato.

Emivita: 2-3 settimane dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Falsi positivi: pancreatite, diabete, obesità; azione enzimoinducente di alcuni farmaci (barbiturici, antiepilettici, anticoagulanti).

Sensibilità: 34-85 %. **Specificità:** 11-85 %.

MCV: VOLUME CELLULARE MEDIO

L'aumento dell'MCV 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.

Emivita: circa 3 mesi dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Falsi positivi: carenza di folati, vit. B12, patologie epatiche non alcol-correlate, ipotiroidismo, tabagismo.

Sensibilità: 32 %. **Specificità:** 94 %.

GGT + MCV

L'incremento combinato di tali parametri garantisce una maggiore specificità e sensibilità nell'identificazione del consumo eccessivo di bevande alcoliche.

Sensibilità: 17-63 %. **Specificità:** 74-98 %.

ALCOLEMIA E ALCOLURIA

Dati i limiti determinati dalla rapida metabolizzazione dell'etanolo, il loro valore come marker di assunzione di alcol è limitato alla verifica e analisi dello stato in corso. Trovano impiego in ambito di medicina legale e pronto soccorso.

Emivita: 1 g/kg/h dopo la completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Sensibilità: 0-98 %. **Specificità:** 98 %.

AST: ASPARTATO AMINOTRANSFERASI ALT: ALANINA AMINOTRANSFERASI

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.

L'isoenzima mitocondriale della AST non è più considerato un marker specifico in quanto l'attività sierica di tale isoenzima, presente nel 92% dei soggetti con consumo di bevande alcoliche, può innalzarsi anche nel 48% dei pazienti con epatopatie non alcol-correlate.

Emivita (AST e ALT): 2-3 settimane dopo completa astensione dall'uso di bevande alcoliche.

Falsi positivi: epatopatia non alcolica (incremento AST + ALT), disordini muscolari (incremento AST), infarto miocardico (incremento AST).

Sensibilità (AST): 15-69 %. **Specificità (AST):** bassa.

Sensibilità (ALT): 26-58 %. **Specificità (ALT):** bassa.

ACIDO URICO, TRIGLICERIDI, UREA

In caso di consumo di bevande alcoliche possiamo ritrovare tali parametri biochimici incrementati per i danni metabolici conseguenti.

CDT: TRANSFERRINA DESIALATA

Rappresenta uno dei più recenti marcatori biologici di consumo alcolico. Nei soggetti alcolisti l'aumento della CDT (Carbohydrate-Deficient Transferrin) è secondario all'inibizione della glicosilazione proteica indotta dall'etanolo e dall'acetaldeide. I valori della CDT aumentano dopo almeno 7 giorni di assunzione di etanolo in quantità comprese tra 50-80 g/die e si mantengono elevati per almeno 15-20 giorni.

La CDT, che come sopra riportato, risulta aumentata in caso di consumo elevato e protratto, costituisce ad oggi il test più specifico (> 90%) di abuso alcolico cronico attualmente disponibile, ma con una scarsa sensibilità (compresa tra il 60% e il 90%).

Un elemento critico del CDT è costituito dalla predittività positiva, che è risultata bassa (52%).

Si riscontrano casi di falsi positivi, soprattutto in pazienti con grave insufficienza epatica (cirrosi da epatite cronica attiva o cirrosi primaria delle vie biliari), in soggetti portatori sani della sindrome CDG (carbohydrate-deficient-glycoprotein syndrome) oltre che in pazienti con una variante D, geneticamente rara, della Transferrina.

Ancora da valutare, invece, le possibili interazioni con farmaci (soprattutto ACE inibitori, diuretici dell'ansa, anticonvulsivanti), fumo di tabacco, bassi valori di indice di massa corporea, patologie cronico-degenerative (in particolare diabete mellito, artrite reumatoide e malattie polmonari infiammatorie croniche) per i quali gli studi disponibili sembrano ipotizzare possibili effetti confondenti. **In considerazione di ciò l'utilizzo di tale indicatore nella diagnosi e/o nel monitoraggio delle condotte di alcol dipendenza appare oggi consigliabile solo se associato ad ulteriori strumenti diagnostici quali questionari specifici e altri marcatori di più consolidato utilizzo.**

ALLEGATO 2

VALUTAZIONE AREA FISICA

- presenza/assenza di intossicazione acuta/cronica
- presenza/assenza di segni di astinenza
- patologie organiche alcol-correlate attuali / pregresse
- patologie psichiche alcol-correlate attuali / pregresse
- altre patologie organiche o psichiche attuali / pregresse

SEGNI E SINTOMI RILEVABILI DALL'ESAME OBIETTIVO

1. Più frequenti:

• Segni rilevabili durante il colloquio:

Congiuntiva iniettata o "acquosa".

Arco senile (bordo opaco a livello della cornea di materiale grasso).

Bruciature di sigarette tra il dito indice e medio e sul petto.

Contusioni, lividi e altri traumi.

Acne rosacea.

Alitosi alcolica.

Obesità.

Malnutrizione e deperimento.

• Segni e sintomi di epatopatia e gastroenterologici:

Epatomegalia con o senza splenomegalia.

Eritema palmare e spider nevus suggestivi per cirrosi epatica, non per alcolismo.

Epigastralgia associata in alcuni casi a irradiazione dorsale (pancreatite).

Conati di vomito mattutini.

Diarrea.

• Segni e sintomi neurologici:

Alterazioni della sensibilità degli arti inferiori

(indice di iniziale neuropatia periferica).

Sensazione di calore agli arti inferiori.

Tremori arti superiori.

• Segni e sintomi astinenziali:

Stadio I: inizia dopo 6-12 ore dall'ultima ingestione:

lieve agitazione

ansia

irrequietezza

inappetenza

tremori

insonnia

sudorazione

ipertensione

tachicardia

Stadio II: inizia 24 ore dopo l'ultima assunzione:

sintomi del I stadio più:

allucinazioni uditive, tattili e olfattive

Stadio III: dalle 6 alle 48 ore dalla sospensione di alcol:

sintomi del I stadio più:

convulsioni (40% singole, 3% stato epilettico)

Stadio IV: Delirium Tremens. Inizia 2-3 giorni dalla sospensione del potus, può esordire fino a 10 giorni se sono coinvolte altre sostanze:

sintomi del I stadio più:

profonda confusione

disorientamento

ipertermia

ipertensione

frequenza cardiaca rapida.

Il Delirium Tremens è un'emergenza medica con una percentuale di mortalità di circa il 20% (deve essere gestito con estrema attenzione).

2. Meno frequenti:

Discromie cutanee, psoriasi, eczema discoide, prurito.

Capelli di "seta".

Tachicardia.

Stato confusionale, riduzione del campo visivo.

Tumefazione parotidea, "facies cushingoide", segni di stasi circolatoria con edemi variabili.

VALUTAZIONE AREA FAMILIARE E SOCIO-RELAZIONALE

- gravità dei problemi comportamentali
- gravità della conflittualità familiare
- presenza/assenza di referenti e loro validità
- uso di sostanze psicoattive nei familiari e nel partner
- presenza/assenza di problemi psichici nei familiari e nel partner
- livello di adattamento sociale
- stabilità occupazionale
- recenti eventi stressanti

INDICI PRECOCI DI TIPO COMPORTAMENTALE RILEVABILI DAL COLLOQUIO CON IL PAZIENTE

Possono essere individuati all'interno di due aree:

1. Area Sociale

- **problemi nel lavoro:** calo del rendimento, assenze, infortuni frequenti, ricorso a certificati di malattia, conflittualità con i colleghi, instabilità lavorativa
- **problemi familiari:** conflitti, gelosie, deterioramento del rapporto di coppia, separazione, difficoltà nella vita affettiva e sentimentale, carente progettazione, violenza e percosse
- **problemi finanziari**
- **problemi legali:** guida in stato di ebbrezza, risse, oltraggi, maltrattamenti
- **problemi relazionali:** oltre alla famiglia e all'ambiente lavorativo scarse e/o superficiali relazioni sociali
- **deterioramento dell'igiene personale e dell'abbigliamento**
- **scarsità di interessi**

2. Area Psicica

- **instabilità emotiva** (depressione alternata a euforia)
- **irritabilità, ansia, insonnia, disattenzione**
- **pensiero confuso, amnesie, difficoltà di concentrazione**
- **deficit cognitivi, in particolare nell'affrontare nuovi compiti**
- **alexithimia**
- **gelosie patologiche, idee di suicidio.**

L'alcol può mimare qualsiasi patologia psichiatrica sia in intossicazione che in astinenza.

ALLEGATO 3

Scheda Clinica

a cura del medico alcolologo (approfondimento diagnostico)

Data _____

Cognome _____ Nome _____

Comune di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza _____

Tel. _____

Titolo di studio _____ Professione _____

Tipo di patente: A B C D E

Dipendente dell'azienda _____

Mansione svolta _____

Inviato dal Medico Competente Dott _____ Tel _____

AUDIT

bicchiere = 1 bicchiere di vino o birra oppure 1 bicchierino di aperitivo o amaro
oppure un sorso di superalcolico (una "bevanda" si suppone contenga 10 g di alcol)

1) Con quale frequenza beve una bevanda che contiene alcol?

- (0) mai
- (1) mensilmente o meno
- (2) da 2 a 4 volte al mese
- (3) da 2 a 3 volte la settimana
- (4) 4 o più volte la settimana

2) Quante bevande che contengono alcol prende in una giornata tipica quando beve?

- (0) 1 o 2
- (1) 3 o 4
- (2) 5 o 6
- (3) 7 o 8
- (4) 10 o più

3) Con quale frequenza prende 6 o più bevande in un'unica occasione?

- (0) mai
- (1) meno di una volta al mese
- (2) 1 volta al mese
- (3) 1 volta la settimana
- (4) ogni giorno o quasi

4) Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?

- (0) mai
- (1) meno di una volta al mese
- (2) 1 volta al mese
- (3) 1 volta la settimana
- (4) ogni giorno o quasi

5) Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?

- (0) mai
- (1) meno di una volta al mese
- (2) 1 volta al mese
- (3) 1 volta la settimana
- (4) ogni giorno o quasi

6) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?

- (0) mai
- (1) meno di una volta al mese
- (2) 1 volta al mese
- (3) 1 volta la settimana
- (4) ogni giorno o quasi

7) Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?

- (0) mai
- (1) meno di una volta al mese
- (2) 1 volta al mese
- (3) 1 volta la settimana
- (4) 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?

- (0) mai
- (1) meno di una volta al mese
- (2) 1 volta al mese
- (3) 1 volta la settimana
- (4) ogni giorno o quasi

9) Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?

- (0) no
- (1) si, ma non nell'ultimo anno
- (2) si, nell'ultimo anno

10) Un parente, un amico, un medico o un altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o hanno suggerito di smettere?

- (0) no
- (1) si, ma non nell'ultimo anno
- (2) si, nell'ultimo anno

() Punteggio da attribuire alla risposta

Punteggio pari a 8 o superiore, ma inferiore a 13 = il paziente beve troppo oppure ha attualmente o ha avuto problemi alcol-correlati; probabilmente non si tratta di un paziente fisicamente alcol dipendente;

Punteggio pari a 13 o superiore = il paziente ha problemi alcol-correlati e/o si tratta di un paziente alcol dipendente.

Punteggio Audit _____

BREVE INTERVISTA

1) Bevanda alcolica comunemente usata?

2) Qual è il luogo in cui beve ?

A casa

A casa di amici

Al bar / al pub

Al ristorante / in pizzeria

3) Consuma bevande alcoliche durante l'attività lavorativa?

SI

NO

4) Beve nelle due ore che precedono il suo turno di lavoro?

Mai

Qualche volta

Abitualmente

5) Ha subito infortuni sul lavoro?

SI

NO

6) Ha avuto la sospensione della patente per violazione dell'art . 186 C.d.S. (guida in stato d'ebbrezza o per uso di stupefacenti)?

SI

NO

7) Ha fatto uso di sostanze stupefacenti o psicotrope anche solo occasionalmente nell'ultimo anno?

SI

NO

Se Sì quali

8) Ha effettuato o ha in corso trattamenti per disturbi da uso di alcol o sostanze presso Ser., Centri alcolologici o altre strutture pubbliche o private?

SI

NO

Se Sì in quali strutture

9) Ha ricevuto interventi in Pronto Soccorso o in reparti ospedalieri pubblici o privati per intossicazione acuta o astinenza da alcol o da sostanze stupefacenti?

SI

NO

Se Sì per quali sostanze e quando

ANAMNESI FAMILIARE

Padre _____

Madre _____

Fratelli/Sorelle _____

Figli: _____

ANAMNESI FISIOLOGICA:

ANAMNESI PATOLOGICA (*significativi antecedenti morbosi o patologie in atto con particolare riferimento a condizioni del tutto incompatibili con il consumo di bevande alcoliche o che potrebbero causare alterazioni dei parametri emato-chimici ricercati, come epatopatie, dismetabolismi, patologie dell'apparato digerente*):

Epatiti (*specificare quali markers positivi, eventuali trattamenti*):

HbsAg _____ **HbcAg** _____ **HbeAg** _____ **anti-HBc** _____

anti-HBs _____ **HCV-Ab** _____

Anamnesi Traumatologica (*incidenti o traumi, tipologia e circostanze*)

Anamnesi neurologica e/o psichiatrica

Anamnesi farmacologica

MCV: _____

GGT: _____

AST: _____

ALT: _____

TRIGLICERIDI: _____

CDT: _____

Esame Obiettivo:

PA: ____/____ **Fc:** ____/min **Peso:** ____kg **Altezza:** ____cm

**AUDIT parte clinica
(punteggio positivo > di 5)**

Hai avuto traumi cranici dopo i diciotto anni?

Si [3]

No [0]

Hai avuto fratture dopo i diciotto anni?

Si [3]

No [0]

Arrossamento delle congiuntive

Assente [0]

Lieve [1]

Moderato [2]

Severo [3]

Abnorme vascolarizzazione cutanea

Assente [0]

Lieve [1]

Moderato [2]

Severo [3]

Tremore della mani

Assente [0]

Lieve [1]

Moderato [2]

Severo [3]

Tremore della lingua

Assente [0]

Lieve [1]

Moderato [2]

Severo [3]

Epatomegalia

Assente [0]

Lieve [1]

Moderato [2]

Severo [3]

Livello di Gamma GT

Livello basso-normale [0]

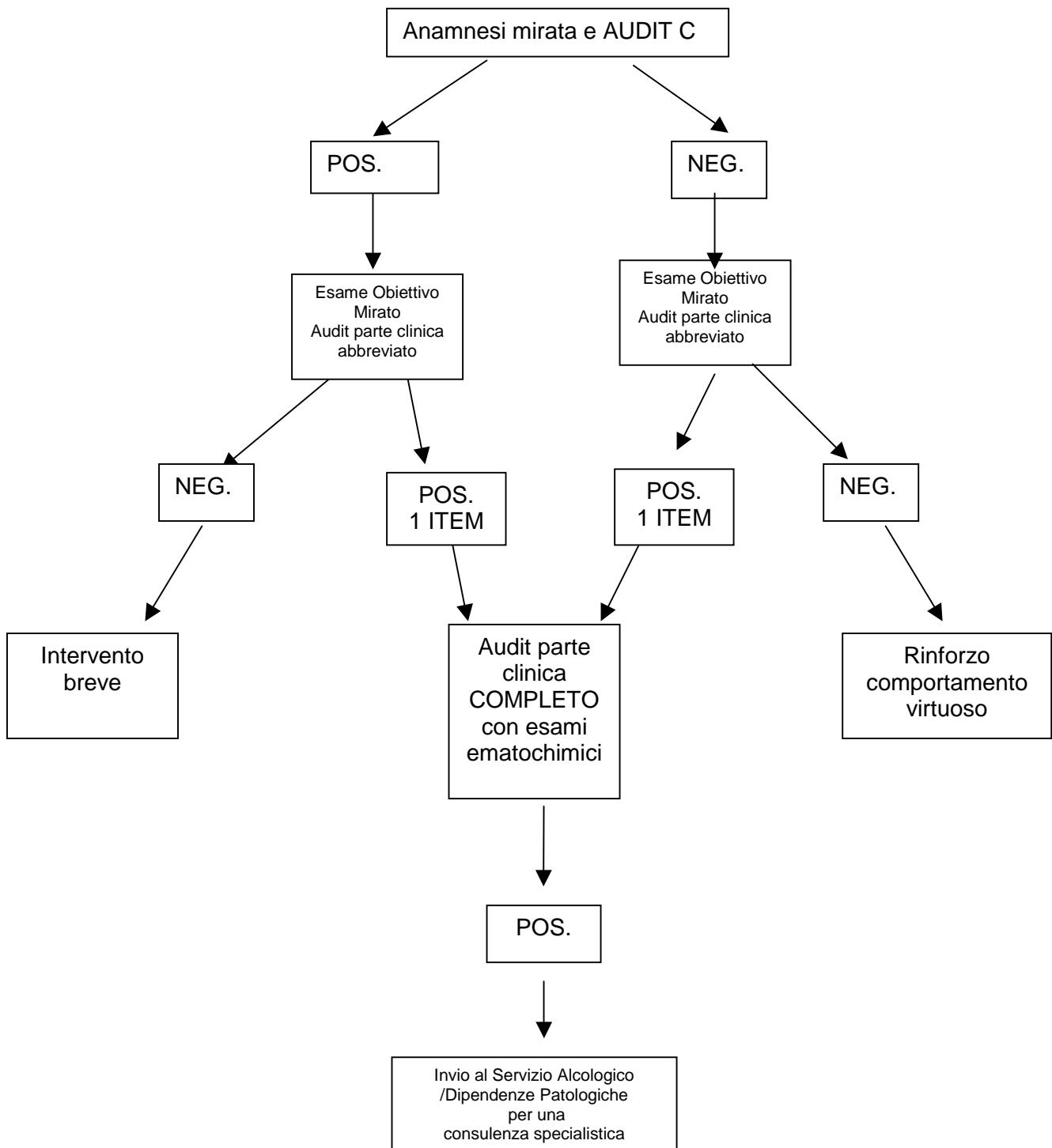
Livello doppio del normale [3]

Punteggio Audit Clinico _____

Note conclusive della consulenza alcolologica effettuata

ALLEGATO 4

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



BIBLIOGRAFIA

1. Annovi C, Biolcati R, Di Rico R, Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli Ambienti di lavoro, Franco Angeli , 2006.
2. Babor Thomas F, De la Fuente Juan Ramon, Saunders John, Grant Marcus, PROGRAMME ON SUBSTANCE ABUSE AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992 - Versione consigliata
3. Barrientos-Gutierrez T., Gimeno D., Mangione TW, Harrist RB, Amick BC, Drinking social norms and drinking behaviours: a multilevel analysis of 137 workgroups in 16 worksites. *Occup Environ Med* 2007; 64; 602 – 608.
4. Bradley Katharine A, De Benedetti Anna F, Volk Robert J, Williams Emily C, Frank Danielle and Kivlahan Daniel R, AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care, *ALCOHOLISM: CLINICAL AND EXPERIMENTAL RESEARCH* Vol.31, N°7, July 2007. dalla Società taliana di Alcologia (S.I.A.) sulla base dell'originale contenuto
5. Fleming MF, Anton RF, Spies CD. A Review of Genetic, Biological, Pharmacological, and Clinical Factors That Affect Carbohydrate-Deficient Transferrin Levels. *Alcohol Clin Exp Res* 2004; 28: 1347-55.
6. Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari, DPCM 4 maggio 2007
7. Innocenti S, Indicatori biologici e sociali per il medico di medicina generale, Il libro italiano di alcologia – SEE Firenze, 2000
8. International Commission on Occupational Health, INTERNATIONAL ODE OF ETHICS FOR OCCUPATIONAL HEALTH PROFESSIONALS, Traduzione italiana a cura di Vito Foà, Sergio Iavicoli e Maurizio Manno, settembre 2006
9. National institute on alcohol abuse and alcoholism National Institutes of Health, department of Health and human Services , State of the science report on the effects of moderate drinking, (2003), December, 19
10. Primary Health care European Project on Alcohol, Alcol e Assistenza Sanitaria Primaria – Linee Guida Cliniche per l'Identificazione e gli Interventi Brevi, 2005.
11. Riboldi L., Bordini L., Abuso acuto e cronico di alcol e lavoro, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Centro Studi Fondazione Maugeri, PI-ME Editrice, Pavia, 2008, 30:3, Suppl., 56 – 66.
12. Riboldi L., Fustinoni S., Verifica dell'assenza di condizioni di alcol dipendenza: validità della Transferrina decarbossilata (CDT) e possibili nuovi metodi di indagine, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, Centro Studi Fondazione Maugeri, PI-ME Editrice, Pavia, 2009, 31:3, Suppl., 147 – 151.
13. Room R, Babor t., Rehm J, 2005, Alcohol and public health, *The lancet*, 365, pp 519-530.
14. Società Italiana di Alcologia, Guida Utile all'Identificazione e alla Diagnosi dei problemi Alcol-relati, Eurohealth Editors, Bologna, 1999
15. Stibler H, Jaeken J. Carbohydrate deficient serum transferrin in a new systemic hereditary syndrome. *Arch Dis Child* 1990; 65: 107-111