



Migliori

- Condizioni di lavoro
- Clima sociale
- Processi organizzativi

### Effetti sull'organizzazione

Minori costi (assenteismo, infortuni, malattie)  
Miglioramento immagine aziendale, posizione nel mercato del lavoro, soddisfazione dei clienti

Minor turnover

Maggior produttività

### Programmi di WHP

Atteggiamenti "sani"

- Migliore motivazione
- Maggior impegno
- Stili di vita più sani

### Obiettivi dell'azienda

### Effetti sugli individui

Meno infortuni e malattie croniche  
Miglior stato di salute  
Miglior qualità della vita  
Maggior soddisfazione sul lavoro

# ***APPROCCI E STRATEGIE***

***L'INTERNATIONAL LABOUR OFFICE HA INDIVIDUATO TRE OBIETTIVI DELLA PREVENZIONE E DELLA RIABILITAZIONE:***

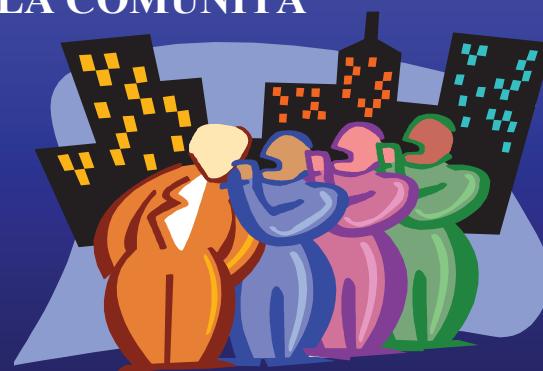
**1. GLI INDIVIDUI**



**2. IL POSTO DI LAVORO**



**3. LA COMUNITA'**



# I PRIMI 10 FATTORI DI RISCHIO PER LA SALUTE IN EUROPA



## EUROPA OCCIDENTALE

1. <b><u>Fumo di tabacco</u></b>	12,1%
2. Ipertensione arteriosa	8,3%
3. Obesità	6,9%
4. <b><u>Alcol</u></b>	6,6%
5. Ipercolesterolemia	6,3%
6. Scarsa attività fisica	2,8%
7. Basso consumo frutta e verd.	2,2%
8. <b><u>Droghe</u></b>	2,1%
9. Rapporti sessuali non protetti	0,6%
10. Carenza di ferro	0,6%

Rapporto sulla salute nel mondo 2002 - OMS

Il rapporto valuta l'impatto dei diversi fattori di rischio sulla salute in termini di DALY (Disability Adjusted Life Years) cioè di "perdita di anni di vita in buone condizioni di salute", espressa in valore percentuale.

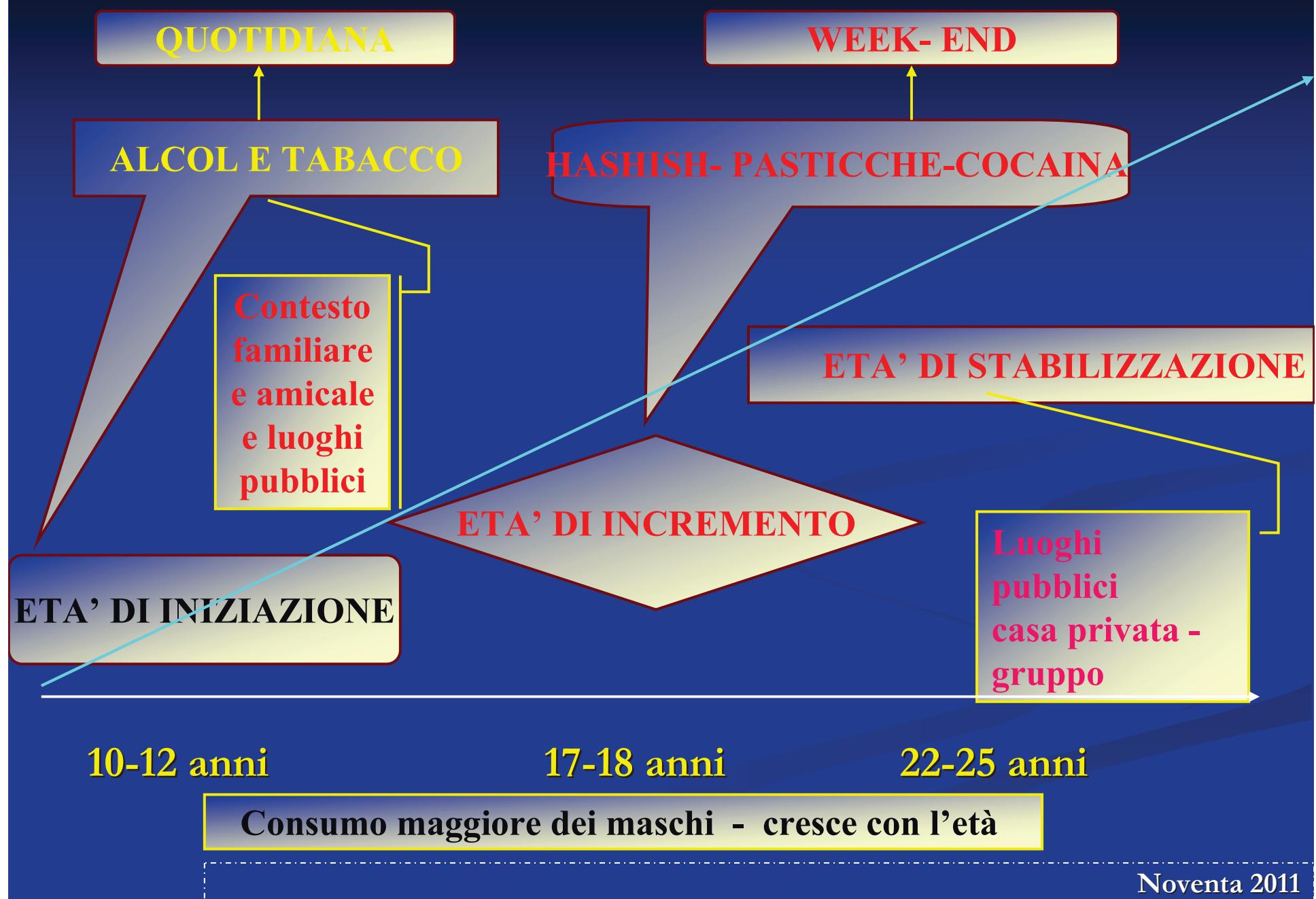
# *Il bere in Italia*



<b>Bevitori</b>	<b>&gt; 37.000.000</b>
<b>Bevitori problematici</b>	<b>&gt; 4.000.000</b>
<b>Numero di alcolisti</b>	<b>1.500.000</b>
<b>Nuovi alcolisti per anno</b>	<b>&gt; 50.000</b>
<b>Numero di decessi alcol-correlati</b>	<b>30.000</b>
<b>Eta' di iniziazione all'alcol</b>	<b>11-12 anni</b>
<b>10% di tutte le malattie</b>	
<b>10% di tutti i tumori</b>	
<b>63% delle cirrosi epatiche</b>	
<b>41% degli omicidi</b>	
<b>45% degli incidenti stradali</b>	
<b>9% della mortalità prematura, delle invalidità e delle malattie croniche</b>	
<b>Numero di ricoveri alcol-correlati</b>	<b>&gt; 10%</b>
<b>Stima costi sociali e sanitari</b>	<b>2-5% PIL 26-66 mil. euro</b>



## MIX con tutte le sostanze



# Quantità (o bicchieri) standard

In Italia un bicchiere standard contiene convenzionalmente **12 grammi** di alcol puro corrispondente ad una delle seguenti quantità:

Birra

330 ml



*oppure*

4,5°

Vino

125 ml



*oppure*

12°

Aperitivo

80 ml



*oppure*

18°

Cocktail

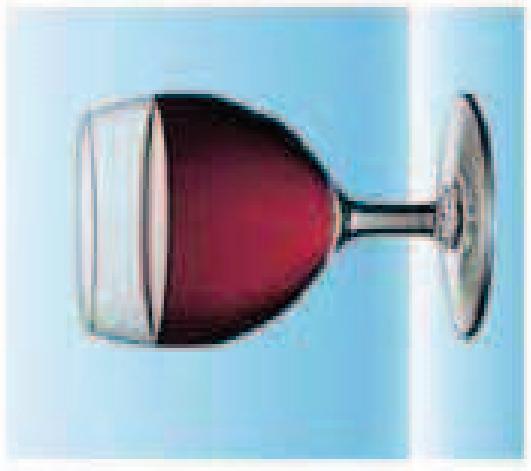
alcolico

40 ml



36°

**1 bicchiere = 1 unità = 12 grammi di alcol**



1 dl di vino rosso  
= 10 grammi



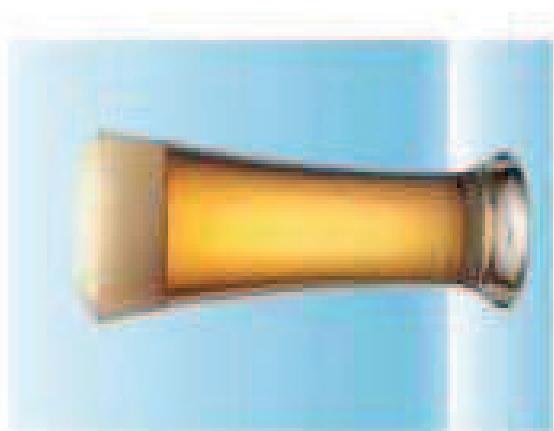
1 grappa grande (0,4 cl)  
= 14 grammi



1 grappa (0,2 cl)  
= 7 grammi



5 dl di birra  
= 20 grammi



3 dl di birra  
= 12 grammi



1 dl di vino bianco  
= 10 grammi

# Modalità di consumo di alcol

**CONSUMO A RISCHIO (HAZARDOUS):** un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.

**CONSUMO DANNOSO (HARMFUL):** una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.

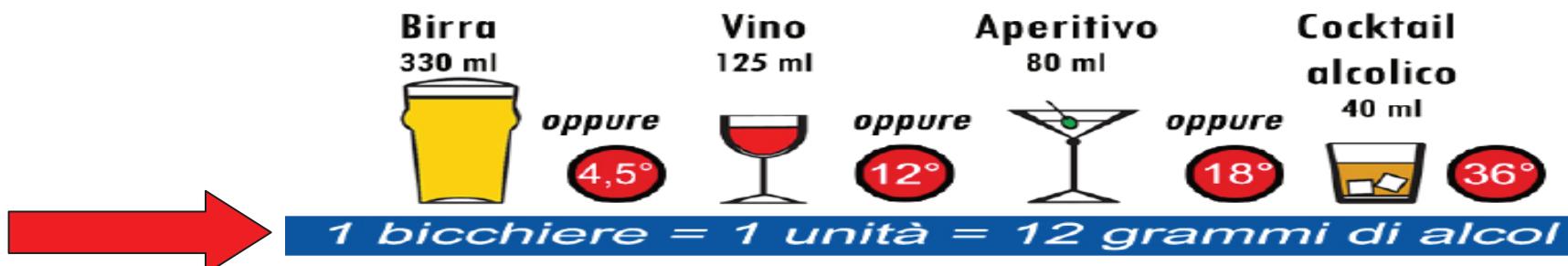
**ALCOLDIPENDENZA:** insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

# Consumatori a rischio

Si definiscono a rischio i consumi quantitativi oltre i quali gli effetti dell'alcol influiscono negativamente sull'individuo. Secondo le linee guida italiane per una sana alimentazione un individuo è da considerarsi a maggior rischio:



E' inoltre a maggior rischio il consumo in un'unica occasione di 6 o più bevande alcoliche (**Binge drinking**)



# Livelli di rischio e criteri di intervento

Livello di Rischio	Criteri	Intervento	Ruolo assistenza primaria
Basso	<280 g/settimana uomini (<40g /die) <140 g/settimana donne (<20g /die)	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
A rischio *	280-349 g/sett. Uomini (40-50g /die) 140-209 g/sett. Donne (20-30g /die)	Intervento minimo o breve	Identificazione, valutazione, intervento minimo / breve
Dannoso	≥350 g/settimana uomini (≥50g /die) ≥ 210 g/settimana donne (≥30g /die) Presenza di danno alla salute	Intervento breve e monitoraggio continuo (follow-up)	Identificazione, valutazione, intervento breve, follow-up
Alto (alcol-dipendenza)	Criteri ICD-10	Trattamento specialistico	Identificazione, valutazione, invio a centri specialistici, follow-up

\*

INOLTRE qualsiasi consumo di alcol in donne in gravidanza, in ragazzi di età inferiore a 16 anni, in soggetti con patologie o sottoposti a terapie farmacologiche che interagiscono negativamente con l'alcol

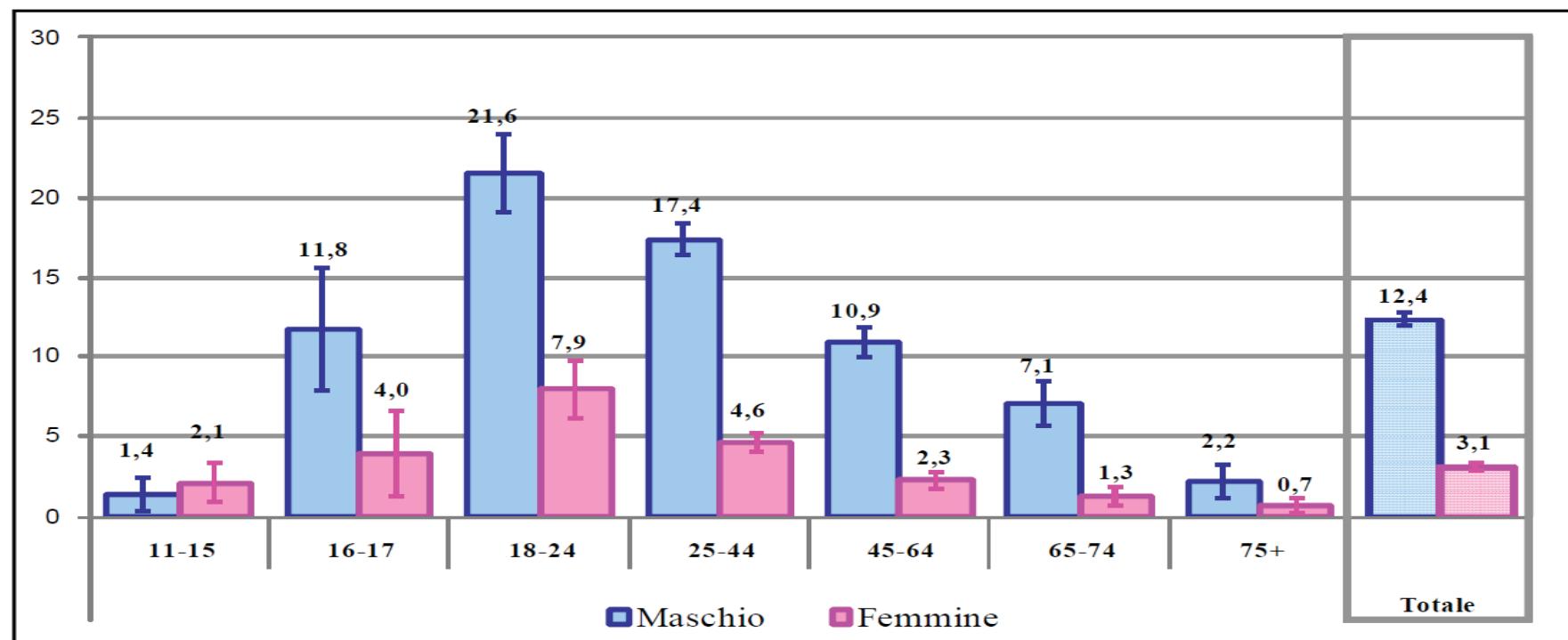
Fonte: Adattata da Anderson P., 1996. *Alcohol and Primary Health Care*. Copenhagen, WHO Regional Publications

## I nuovi modelli del bere e il loro impatto sanitario e sociale

La perdita della connotazione mediterranea del bere è una tendenza di recente affrontata in termini di priorità di salute, probabilmente sottovalutata anche in funzione della relativa inesperienza nel nostro Paese relativamente a fenomeni di marketing noti come **happy hours, open bar, pubs' crawl, drink as much as you can** e immediatamente interiorizzati nelle culture giovanili affascinate dalla seduzione di nuove e vecchie bevande alcoliche proposte in chiave di successo e di piacere, rispondenti all'appagamento della naturale voglia di "lubrificazione" sociale, di sperimentazione, di trasgressione delle norme, di ricerca del limite, di "diversità" nell'omologazione, di necessità di disinibizione, loquacità, performance estreme. Il tutto sotto forma di rito di **intossicazione alcolica** e di **binge drinking** che nulla conserva del significato del bere.

# Binge drinkers Italia 2009

**Grafico 8. Prevalenza di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (in percentuale). Anno 2009**



**Fonte:** Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

**Oltre 4.000.000 di binge drinkers**

# I nuovi modelli del bere e il loro impatto sanitario e sociale

- Accanto al *binge drinking* sostanziali modifiche si sono osservate rispetto al consumo moderato e sono ormai consolidate le tendenze che vedono proporzioni significative di giovanissimi, adolescenti e giovani che superano i limiti di consumo alcolico considerati a minor rischio dalle Linee Guida nutrizionali.
- Mediamente nel corso dell'ultimo quinquennio si può affermare che una quota pari a circa **1 milione e 400mila individui tra gli 11 ed i 25 anni seguono modalità rischiose di consumo alcolico**, rischio evitabile a fronte di una interpretazione adeguata delle esigenze di un buono stato di salute e di sicurezza individuale e collettiva.

# I nuovi modelli del bere e il loro impatto sanitario e sociale

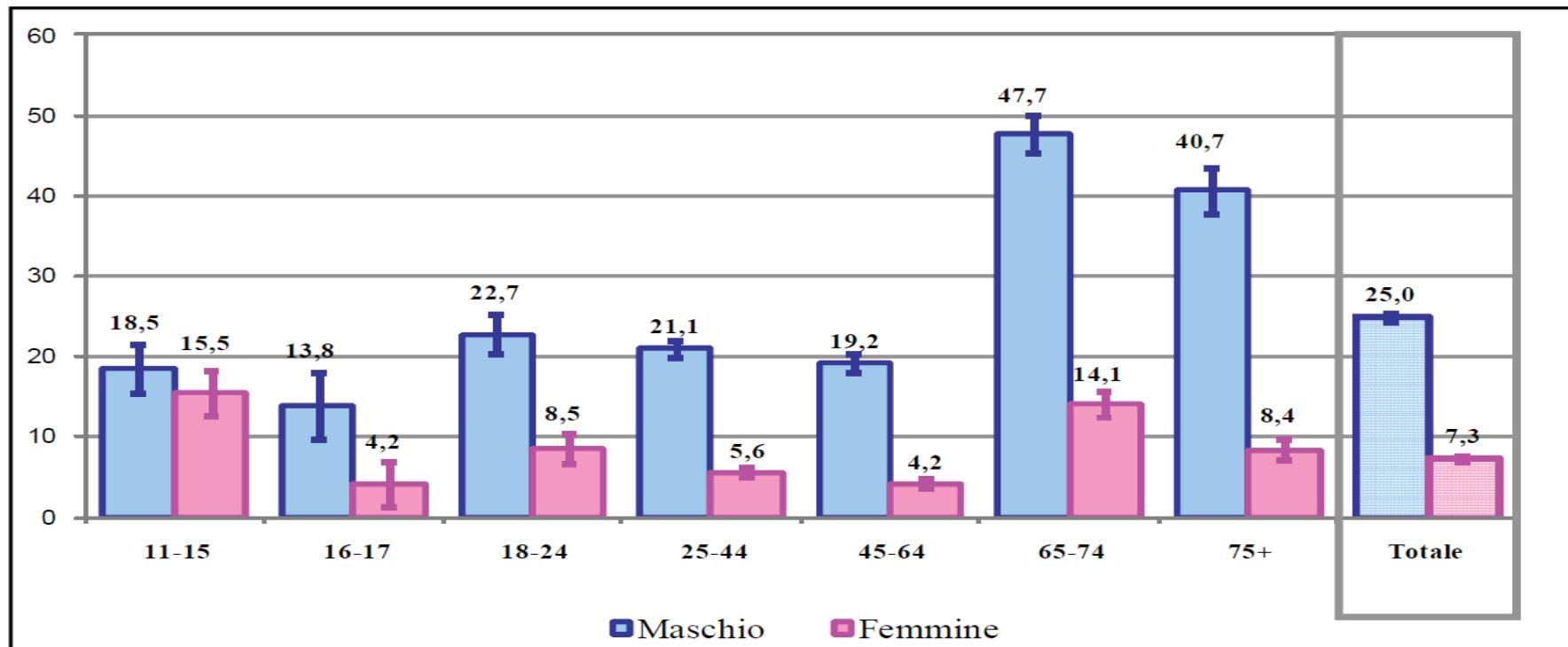
Complessivamente, il modello tradizionale di **consumo moderato** è negletto da circa 9 milioni di italiani con significative differenze per le diverse generazioni che assumono, sempre e comunque, un modello di consumo a rischio differente e tipico per ciascuna età:

- **Policonsumo indiscriminato e non selettivo nelle età giovanili**
- **Consumo mono o bi-componente dell'età anziana (prevalentemente vino ma anche birra o liquori)**

*ISS 2011*

# Consumatori a rischio (%) per sesso e classi di età.

Grafico 9. Prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classe di età (in percentuale). Anno 2009



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

Circa **9.000.000** di CONSUMATORI A RISCHIO  
(Circa 7 milioni maschi e 2 milioni femmine)

**ISS 2011**

# La mortalità alcolcorrelata in ITALIA

## Oltre 20.000 decessi l'anno

- Oltre 20.000 persone di età > a 15 anni (13.000 uomini, 7.000 donne), muoiono ogni anno in Italia per una causa di morte totalmente o parzialmente alcol correlata.
- Nel 2007 il 4,4% dei decessi tra gli uomini e il 2,5% tra le donne è correlato con il consumo di alcol.
- Tutti i decessi sono potenzialmente evitabili (parzialmente o totalmente) a fronte di un corretta interpretazione del bere.



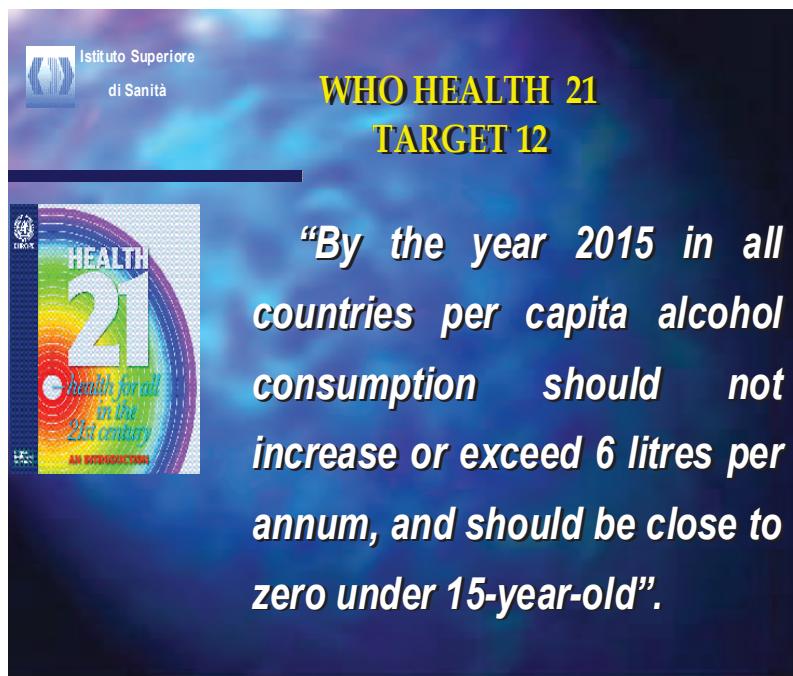
# WHO HEALTH 21. Target 12

## “Anno 2015: minori, alcol zero”

- Ridurre il consumo medio pro-capite a 6 litri
- Ridurre il consumo dei giovani al di sotto dei 15 anni a zero litri



Dipartimento Politiche Antidroga



# Programma SUVA (Svizzera)



- Anche il consumo di cannabis aumenta il rischio di inabilità
- Il 10-20% di tutti gli infortuni professionali è dovuto al consumo di sostanze che creano dipendenza
- Per sapere di più su questo argomento, consultare l'opuscolo «Da una parte. D'altra parte» (codice 20152)



# Il razionale dell'approccio preventivo di popolazione

- ❖ Esiste una correlazione tra i livelli di consumo pro-capite di alcol nella popolazione e la proporzione di individui con problemi alcol-correlati
- ❖ Un aumento nel consumo pro-capite produce un incremento degli effetti dannosi sulla salute e del rischio alcol-correlato nella popolazione.  
Una diminuzione ottiene l'effetto opposto.



# L'approccio preventivo di popolazione

Sir Richard Doll, il padre fondatore della epidemiologia moderna ha sintetizzato l'evidenza specifica nella maniera seguente:

*"Ogni comitato scientifico che ho avuto modo di presiedere ha concluso che la riduzione del danno causato dal bere può essere conseguito esclusivamente attraverso la riduzione del consumo totale.*

*E' semplicemente privo di efficacia focalizzare l'intervento su una minoranza".*

# Livelli di rischio, criteri di intervento

	Criteri	Intervento	Ruolo assistenza primaria
<b>Basso</b>	<280g/settimana uomini <140g/settimana donne	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
<b>Rischioso "hazardous"</b>	280-349 g/settimana uomini 140-209 g/settimana donne	<b>Intervento minimo o breve</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorio Medicina di base (in qualsiasi occasione)</li> <li>• SERVIZI DI PREVENZIONE</li> <li>• SERT - SERVIZI ALCOLOGIA</li> <li>• EQUIPE ALCOLOGICHE</li> <li>• DIP. PROMOZIONE SALUTE</li> <li>• ....</li> </ul>	Identificazione, valutazione, intervento minimo / breve
<b>Dannoso "harmful"</b>	$\geq$ 350g/settimana uomini $\geq$ 210 g/settimana donne <u>Presenza di danno alla salute</u>	<b>Intervento breve e monitoraggio continuo (follow-up)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG (Ambul. &amp; Osped.)</li> <li>• SERVIZI DI PREVENZIONE</li> <li>• SERT - SERVIZI ALCOLOGIA</li> <li>• EQUIPE ALCOLOGICHE</li> <li>• DIP. PROMOZIONE SALUTE</li> <li>• ....</li> </ul>	Identificazione, valutazione, intervento breve, follow-up clinico
<b>Alto (alcol-dipendenza)</b>	Criteri ICD-10	<b>Trattamento specialistico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SERT</li> <li>• DIP. DIPENDENZE</li> <li>• ....</li> </ul>	Identificazione, valutazione, invio a centri specialistici, follow-up

Fonte: Adattata da Anderson P., 1996. *Alcohol and Primary Health Care*. Copenhagen, WHO Regional Publications

**ISS 2011**

# **Seconda sessione**

## **Identificazione precoce**

**Identificazione del consumo a rischio o dannoso  
utilizzo e valutazione degli strumenti di  
screening.**

**AUDIT**

**AUDIT-C**

**Livelli di applicazione degli strumenti di  
identificazione precoce.**

**Esercitazione: lavoro in piccoli gruppi sugli  
strumenti di identificazione.**

**Evidenze scientifiche sull'efficacia  
dell'intervento breve.**

# L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) - 1

## 1. Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?

mai (0 punti)	meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)	2-4 volte al mese (2 punti)	2-3 volte a settimana (3 punti)	4 o più volte a settimana (4 punti)
------------------	--	--------------------------------	------------------------------------	--

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

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

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

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

## 4. Con quale frequenza nell'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

## 5. Con quale frequenza nell'ultimo anno non è riuscito a fare qualcosa perché aveva bevuto alcolici?

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

# L'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) - 2

## 6. Con quale frequenza nell'ultimo anno ha avuto bisogno di bere al mattino per affrontare la giornata dopo una grossa bevuta?

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

## 7. Con quale frequenza nell'ultimo anno si è sentito colpevole o ha provato rimorso dopo aver bevuto?

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

## 8. Con quale frequenza nell'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?

mai (0 punti)	meno di 1 volta al mese (1 punto)	1 volta al mese (2 punti)	1 volta a settimana (3 punti)	tutti i giorni o quasi (4 punti)
------------------	--------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

## 9. Il suo bere ha causato infortuni a se stesso o agli altri?

no (0 punti)	sì, ma non nell'ultimo anno (2 punti)	sì, nell'ultimo anno (4 punti)
-----------------	--	-----------------------------------

## 10. Un parente, un amico, un medico o un'altro operatore sanitario si è mai preoccupato per il suo consumo di alcol oppure le ha suggerito di smettere?

no (0 punti)	sì, ma non nell'ultimo anno (2 punti)	sì, nell'ultimo anno (4 punti)
-----------------	--	-----------------------------------

# AUDIT: analisi dei risultati

**Punteggio AUDIT <8 = consumo a basso rischio**

**Punteggio 8-15 = consumo a rischio**

**Punteggio 16-19 = consumo dannoso**

**Punteggio 20+ = alcoldipendenza**

La rilevazione di un punteggio elevato alle domande 7-10 indica un consumo dannoso di alcol e quindi che il paziente presenta già dei problemi in atto (bevitore problematico) oltre ad una elevata probabilità futura di problemi alcolcorrelati.

Un punteggio alto alle domande 4-6 indica l'inizio di una dipendenza.

# Livelli di rischio e criteri di intervento

Livello di Rischio	Criteri	Intervento	Ruolo assistenza primaria
Basso	<280 g/settimana uomini (<40g /die) <140 g/settimana donne (<20g /die) <b>AUDIT-C &lt;5 uomini</b> <b>AUDIT-C &lt;4 donne</b> <b>AUDIT &lt;8</b>	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
A rischio *	280-349 g/sett. Uomini (40-50g /die) 140-209 g/sett. Donne (20-30g /die) <b>AUDIT-C ≥5 uomini</b> <b>AUDIT-C ≥ 4 donne</b> <b>AUDIT 8-15</b>	Intervento minimo o breve	Identificazione, valutazione, intervento minimo / breve
Dannoso	≥350 g/settimana uomini (≥50g /die) ≥ 210 g/settimana donne (≥30g /die) Presenza di danno alla salute <b>AUDIT 16-19</b>	Intervento breve e monitoraggio continuo (follow-up)	Identificazione, valutazione, intervento breve, follow-up
Alto (alcol-dipendenza)	Criteri ICD-10 <b>AUDIT ≥ 20</b>	Trattamento specialistico	Identificazione, valutazione, invio a centri specialistici, follow-up

\* INOLTRE qualsiasi consumo di alcol in donne in gravidanza, in ragazzi di età inferiore a 16 anni, in soggetti con patologie o sottoposti a terapie farmacologiche che interagiscono negativamente con l'alcol

Fonte: Adattata da Anderson P., 1996. *Alcohol and Primary Health Care*. Copenhagen, WHO Regional Publications

ISS 2011

# AUDIT-C

## 1. Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?

mai  
(0 punti)

meno di 1 volta / 1 volta  
al mese (1 punto)

2-4 volte al mese  
(2 punti)

2-3 volte a settimana  
(3 punti)

4 o più volte a settimana  
(4 punti)

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

1 o 2  
(0 punti)

3 o 4  
(1 punto)

5 o 6  
(2 punti)

7 o 9  
(3 punti)

10 o più  
(4 punti)

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

mai  
(0 punti)

meno di 1 volta / 1 volta  
al mese (1 punto)

2-4 volte al mese  
(2 punti)

2-3 volte a settimana  
(3 punti)

4 o più volte a settimana  
(4 punti)

Punteggio minore di **5** per gli uomini e minore di **4** per le donne = **consumo a basso rischio**  
Punteggio maggiore o uguale a **5** per gli uomini e maggiore o uguale a **4** per le donne = **consumo a rischio**

# AUDIT-C

**A.U.D.I.T.-C**  
ALCOHOL USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST

1) Con quale frequenza consumi bevande alcoliche?

<input type="checkbox"/>	mai	(0 punti)
<input type="checkbox"/>	meno di 1 volta / 1 volta al mese	(1 punto)
<input type="checkbox"/>	2-4 volte al mese	(2 punti)
<input type="checkbox"/>	2-3 volte a settimana	(3 punti)
<input type="checkbox"/>	4 o più volte a settimana	(4 punti)

2) Quanti bicchieri standard di bevande alcoliche consumi in media al giorno?

<input type="checkbox"/>	1 e 2	(0 punti)
<input type="checkbox"/>	3 e 4	(1 punto)
<input type="checkbox"/>	5 e 6	(2 punti)
<input type="checkbox"/>	7 e 9	(3 punti)
<input type="checkbox"/>	10 e più	(4 punti)

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

<input type="checkbox"/>	mai	(0 punti)
<input type="checkbox"/>	meno di 1 volta / 1 volta al mese	(1 punto)
<input type="checkbox"/>	2-4 volte al mese	(2 punti)
<input type="checkbox"/>	2-3 volte a settimana	(3 punti)
<input type="checkbox"/>	4 o più volte a settimana	(4 punti)

Un punteggio uguale o superiore a 5 per i maschi, e uguale o superiore a 4 per le femmine, indica un possibile **consumo rischioso** di alcol. Per tutelare la propria salute è consigliabile, in questo caso, parlarne con il proprio medico.

Per non mettere a rischio la tua salute è sufficiente rispettare e non superare i limiti di consumo giornaliero previsti dalle linee guida nutrizionali.

zero unità fino a 18 anni  
1-2 unità tra i 18 e i 20 anni  
3 unità oltre i 20 anni

2-3 unità per gli uomini

1-2 unità per le donne

se il consumo è zero non corri alcun rischio  
e se vuoi saperne di più, consulta il sito [www.epicentro.iss.it/alcol](http://www.epicentro.iss.it/alcol)



# L'intervento breve

Scafato E. 2011, Alcol e Prevenzione nei Contesti di Assistenza Sanitaria Primaria.  
**Programma di Formazione IPIB-PHEPA Identificazione precoce e intervento  
breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care**

# L'intervento breve nell'abuso alcolico

Le origini dell'intervento breve dell'abuso alcolico risalgono a 30 anni fa a Ginevra nel corso di una riunione di esperti dell'OMS sull'emergenza mondiale delle problematiche alcol-correlate (WHO, *Expert Committee on problems related to alcohol consumption, Novembre 1979*).

L'OMS ha definito l'intervento breve (BI) come “*practices that aim to identify a real or potential alcohol problem and motivate an individual to do something about it*” .... “*BI is a short health counseling technique designed to target persons who are not dependent on alcohol and who engage in or might engage in hazardous/harmful drinking*”.

# L'intervento breve

## Alcolismo, necessario incrementare l'offerta terapeutica

Drug and Alcohol review - <http://www.wiley.com/bw/journal.asp?ref=0959-5236>

**A**50 anni dai primi studi controllati di Morris Chafetz e di Davies sull'efficacia clinica pratica degli interventi brevi (brief interventions) per gli alcolisti rimangono a tutt'oggi molte importanti incertezze sugli effetti favorevoli attesi da questa tipologia di intervento. L'offerta terapeutica basata su interventi brevi rimane ad oggi centrale per la cura dell'alcoldipendenza, ma la misura degli effetti di tali programmi è poco studiata: ad esempio, l'impatto del programma terapeutico, anche quello condotto attraverso brevi conversazioni di 5 minuti sui soggetti bevitri con una severa dipendenza, è ampiamente da valutare secondo criteri scientificamente e metodologicamente corretti. E' quindi necessario approfondire la metodologia da utilizzare: gli interventi brevi comunemente erogati vengono ancora oggi per lo più progettati sulla base di interviste motivazionali, mentre si sperimentano poco altre metodologie per risolvere il problema comportamentale quando esso non sia solo dovuto all'abuso di alcol ma a molti e diversi fattori. Approcci innovativi nei metodi di ricerca, o applicazioni innovative degli attuali metodi saranno utili per superare

queste limitazioni. Il meeting annuale di INEBRIA (International Network of Brief intervention for Alcohol problems) ha confermato la centralità del problema della dipendenza da alcol e la necessità di intensificare gli studi clinici sull'efficacia pratica degli interventi brevi nell'alcolismo, considerando anche la sovrapposizione dell'uso di altre sostanze stupefacenti: questo è stato inoltre supportato dall'attuale rapido aumento delle pubblicazioni presenti in letteratura che hanno come parola chiave "brief intervention". ■



# Efficacia degli interventi brevi nella riduzione del consumo rischioso o dannoso di alcol in PHC.

## Principali risultati

- **Gli interventi brevi effettuati nelle strutture sanitarie di base sono efficaci nel ridurre il consumo di alcol sia negli uomini che nelle donne.**
- **All'aumentare del numero delle sessioni dell'intervento breve, i risultati non cambiano.**
- **La presenza (o meno) di follow up e supporto periodico cambiano i risultati a lungo termine.**
- **Estrema variabilità di risultati nell'ambito degli studi pubblicati.**

# La variabilità dei risultati degli interventi brevi

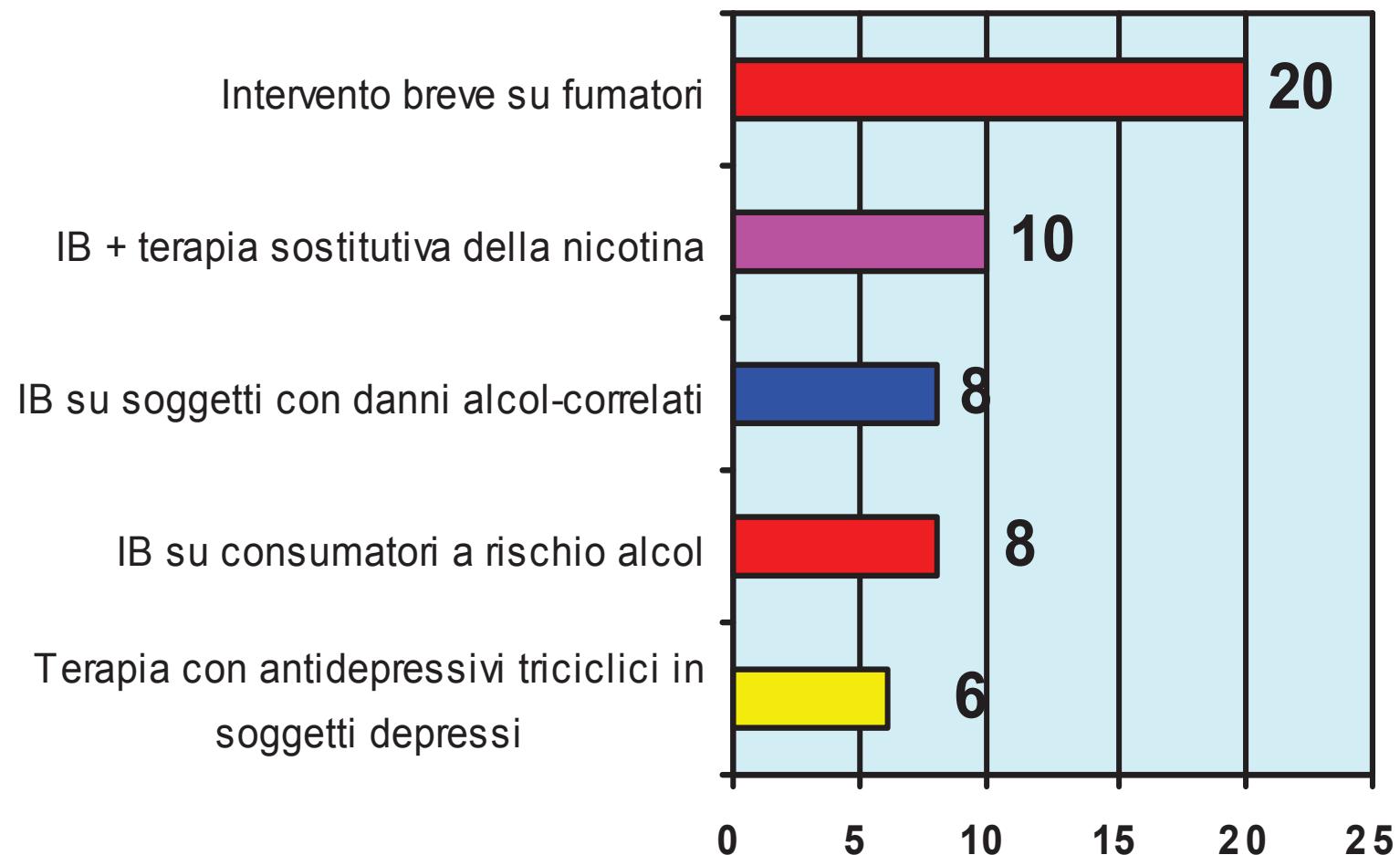
- **I tempi:** 5-10 min / 30 min.
- **La tipologia:** occasionale/multiplo, minimo/breve o “esteso”, con o senza follow up.
- **Gli operatori sanitari:** MMG, infermieri, ....
- **Formazione e supervisione degli operatori.**
- **La popolazione in studio:** sesso, età, livelli di consumo di base, con o senza binge drinking.
- **Setting:** Assistenza sanitaria primaria, ricoveri ospedalieri, ambulatori, pronto soccorso....
- **Le basi teoriche dell'intervento breve:** colloquio motivazionale, AMI, modello cognitivo-comportamentale, altro....
- **L'utilizzo di materiale informativo stampato.**
- **L'outcome misurato:** quantità, frequenza, intensità, marcatori ematochimici, qualità di vita, misure economiche quali l'utilizzo dei servizi sanitari.
- **Altri aspetti metodologici:** selection bias, attrition bias, detection bias, gruppi di controllo.

Fonte: Kaner et al., 2008. The cochrane library.

# Alcol, giovani ed intervento breve

- **I giovani non cercano i servizi** (non identificano i loro comportamenti a rischio come un problema che necessita di un trattamento).
- **Vengono generalmente obbligati a seguire trattamenti.**
- **Individuare le basi per un obiettivo condiviso nel colloquio.**
- **Immersersi delicatamente nell'argomento e nei feedback** (tono caldo e non giudicante, che sostenga le scelte, l'esplorazione della visione del mondo e l'autonomia), **non aumentando le resistenze attraverso un linguaggio che si adatti alla grande sensibilità dei giovani per le critiche e i giudizi** (parlare di scelte, comportamenti, rischi, mai di problemi, preoccupazioni. Il termine “problema” parlando di alcol con un giovane instaura una reazione di difesa).
- **Sull'intervento breve in adolescenti e giovani/adulti sono disponibili pochi studi progettati in modo appropriato.**

# Numero di soggetti da trattare (NNT) \* per ottenere benefici su una persona



# Terza sessione

## Intervento Breve (I)

- **Modello degli stadi del cambiamento**
- **Processi di cambiamento**
- **Tipi di intervento**
- **Stili comunicativi per la relazione di sostegno**

# Spesso per cambiare non è sufficiente...

- **Aver avuto un attacco cardiaco per indurre le persone a smettere di fumare, fare attività fisica, cambiare dieta, assumere i farmaci prescritti.....**
- **Avere a che fare con i postumi delle sbornie, relazioni rovinose, un incidente stradale, rischiare di perdere il posto di lavoro, avere vuoti di memoria per smettere di bere.....**
- **Avere complicanze di una malattia cronica come il diabete (problemi di vista, amputazioni...) per indurre le persone ad un calo ponderale, al controllo della glicemia.....**

Fonte: Miller W.R., Rollnick S. *"Il colloquio motivazionale. Preparare le persone al cambiamento"*. II edizione, Erickson, 2004

# Cambiamento tra barriere e facilitatori

- E' esperienza comune che non sempre la razionalità ha il sopravvento, anzi...
- Cos'è allora che può risvegliare la necessità o la voglia di cambiare
- Cosa può determinare una attivazione e una graduale correzione di traiettoria o addirittura una radicale inversione di rotta?
- **PERCHE' LE PERSONE CAMBIANO?**

# I tre fattori della motivazione al cambiamento comportamentale

## L'importanza del cambiamento

la dolorosa percezione delle contraddizioni esistenti tra la propria attuale condizione (incluse le preoccupazioni, e le paure) e le aspettative, i valori personali e le mete ideali.

## La fiducia nelle proprie capacità

la fiducia nelle proprie capacità di agire un comportamento prestabilito e di portarlo a compimento in un determinato momento (auto-efficacia).

## La disponibilità al cambiamento

la consapevolezza del problema, il grado di riconoscimento del problema e la volontà di modificare un comportamento o prendere una decisione.

Fonte: Rollnick S., Mason P., Butler C., 2003 *“Cambiare stili di vita non salutari”*, Erickson.

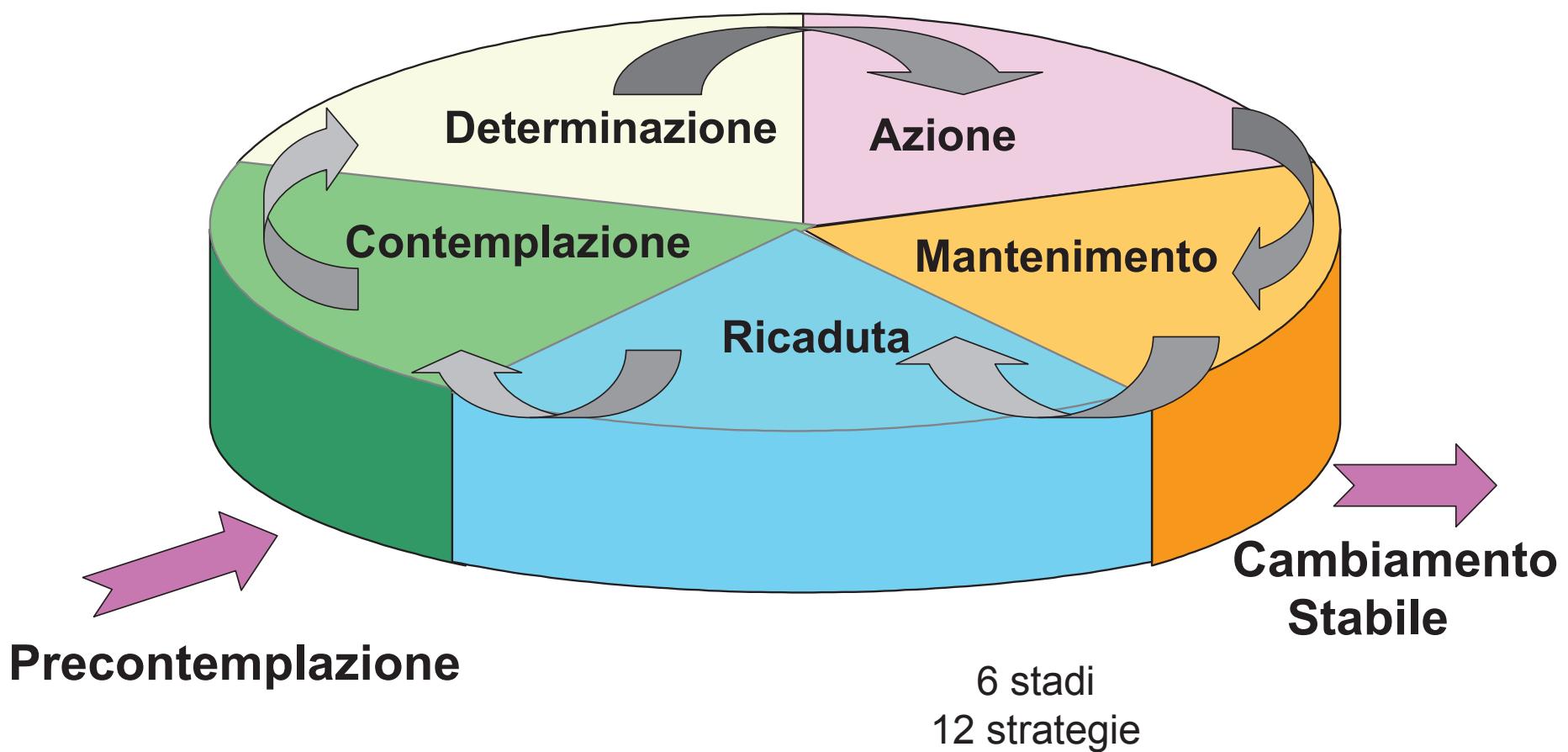
Miller WR, Rollnick S., 2004 *“Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento”*, Erickson.

***ISS 2011***

Il modello transteorico di Prochaska e Di Clemente  
sugli stadi del cambiamento

# GLI STADI DEL CAMBIAMENTO

Approccio motivazionale



# Gli stadi del cambiamento

**Pre-contemplazione:**

***“Bevo e non ho nessuna intenzione di smettere”***

**Contemplazione:**

***“Forse è venuto il momento che dovrei smettere di bere”***

**Preparazione:**

***“Voglio smettere di bere ed ho ridotto il consumo giornaliero”***

**Azione:**

***“Ho smesso di bere da 6 mesi”***

**Mantenimento:**

***“Sono più di 6 mesi che non bevo più”***

**Ricaduta:**

Ritorno ad una fase precedente

# Le strategie (processi) di cambiamento

L'avanzamento negli stadi di cambiamento è aiutato da 12 processi fondamentali:

Precontemplazione	Contemplazione	Preparazione	Azione	Mantenimento
		Accrescere la consapevolezza Mobilitare le emozioni Ridefinire l'immagine di se' Considerare l'impatto sugli altri Facilitare il processo decisionale		
			Considerare effetti positivi del cambiamento Accrescere l'autoefficacia	
			Ridurre le pressioni ambientali Attuare un decondizionamento Ricercare un supporto	
				Individuale rinforzi positivi Liberarsi dalle influenze sociali

# Stadi del cambiamento e obiettivi dell'operatore sanitario

Stadi	Caratteristiche	Obiettivi del terapista
Pre-contemplazione	Mancanza di consapevolezza	Aumentare la consapevolezza. Insinuare il dubbio.
Contemplazione	Ambivalenza	Studiare le preoccupazioni. Stimolare il dubbio interiore.
Preparazione	Ambivalenza	Offrire informazioni. Facilitare la scelta di alternative. Definizione di una strategia di cambiamento.
Azione	Assunzione di impegno	Indurre l'assunzione di impegno. Aumentare il senso di autoefficacia.
Mantenimento	Stabilità	Fornire sostegno. Facilitare l'identificazione di strategie che impediscono la ricaduta.
Recidiva	Disperazione	Evitare critiche. Aumentare l'autoefficacia/auto-stima. Rinnovare l'assunzione di impegno.

# Interventi Minimi e Brevi

## MINIMI

- Occasionali
- Basati su consigli
- Con o senza follow-up formale
- Fino a 10 minuti
- Con materiale informativo

## BREVI

- Spesso programmati
- Basati sulla motivazione
- Con follow-up formale
- Fino a 30 minuti
- Con materiale informativo

# Interventi brevi

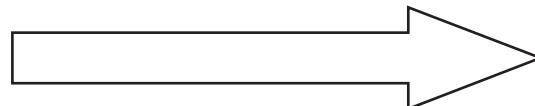
## Il metodo delle 5 A\*

- Ask/Assess: **Chiedere/Valutare** se la persona beve e quali sono i fattori che possono influire sulla scelta di un cambiamento di comportamento, sugli obiettivi e metodi per ottenerlo.
- Advise: **Fornire suggerimenti** chiari, specifici e personalizzati per il cambiamento di comportamento, includendo informazioni sui danni ed i benefici alla salute personale.
- Agree: **Concordare** gli obiettivi ed i metodi del trattamento, basandosi sulla disponibilità del soggetto a cambiare le proprie abitudini alcoliche.
- Assist: **Assistere** il bevitore nel raggiungimento degli obiettivi prefissati, aiutandolo ad acquisire le conoscenze, la motivazione, le capacità, la fiducia ed il supporto sociale necessari al cambiamento di comportamento.
- Arrange: **Organizzare** contatti di follow-up programmati, al fine di fornire sostegno.

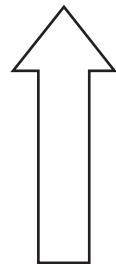
# Modello di comunicazione

da Thomas Gordon

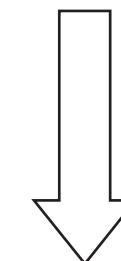
**Ciò che il  
paziente dice**



**Ciò che il medico  
ascolta**



**Ciò che il  
paziente voleva  
comunicare**



**Ciò che il medico pensa  
che il paziente volesse  
comunicare**

**Fonte:** Gordon T., <http://www.gordontraining.com/aboutdtg.asp>

# La percezione

- **La percezione è il processo attraverso il quale si entra in contatto con gli altri.**
- **Nessuno di noi fotografa la realtà per quella che è.**
- **La nostra percezione influenza direttamente la comunicazione.**
- **Non è l'unica; non è né giusta né sbagliata.**
- **Non è completa (possiamo percepire solo alcuni elementi della realtà che poi si cerca di configurare, dare un senso, non tutto.... ma dalle parti possiamo ricostruire il tutto).**
- **La realtà assume significati diversi a seconda del contesto: cambiando contesto, varia la percezione.**
- **Posso essere certo di ciò che sperimento con i sensi e delle emozioni di cui sono consapevole, tutto il resto è ipotesi da sottoporre a verifica.**

# I principali blocchi della comunicazione

- **Dare ordini, comandare, dirigere**
- **Minacciare, ammonire, mettere in guardia**
- **Moralizzare, far prediche**
- **Offrire soluzioni, consigli, avvertimenti**
- **Argomentare, persuadere con la logica**
- **Giudicare, criticare, biasimare** (essenziale è l'accettazione incondizionata del soggetto da parte dell'operatore sanitario).
- **Fare apprezzamenti, manifestare compiacimento**
- **Ridicolizzare, etichettare, usare frasi fatte**
- **Interpretare, trarre conclusioni, analizzare, diagnosticare**
- **Rassicurare, consolare**
- **Indagare, investigare**
- **Cambiare argomento, minimizzare, ironizzare**

# Diagnosi trattamento

## Criteri per la disintossicazione



## Quinta sessione

# ICD-10 – criteri diagnostici per l'alcoldipendenza

- La diagnosi definita di alcoldipendenza dovrebbe essere posta solo nel caso in cui negli ultimi 12 mesi si siano verificate contemporaneamente tre o più delle seguenti condizioni:
  - Forte desiderio o spinta compulsiva ad assumere alcol.
  - Difficoltà a controllarsi riguardo ad inizio, termine o livello di assunzione alcolica .
  - Stato di astinenza fisica se si smette di bere o si riduce la quantità (es. tremore, sudore, aumento dei battiti cardiaci, ansietà, insonnia, oppure, più raramente, attacchi epilettici, disorientamento, o allucinazioni), oppure bere per stare meglio o per evitare sintomi di astinenza.
  - Aumentata tolleranza, tale che per ottenere effetti originariamente prodotti da dosi inferiori è necessario aumentare le dosi.
  - Abbandono progressivo di interessi o piaceri alternativi ed aumento del tempo dedicato a procurarsi o assumere alcol, oppure a riprendersi dai suoi effetti.
  - Persistere nell'utilizzo di alcol nonostante la consapevolezza delle conseguenze francamente dannose, come i danni al fegato, gli stati di umore depresso conseguenti a periodi di consumo elevato di alcolici, o il deterioramento delle funzioni cognitive alcol-correlato.

# Trattamento in ambito di assistenza sanitaria primaria

- **Consumo di alcol a rischio**
- **Consumo di alcol dannoso**
- **Dipendenza da alcol, se:**
  - **Il paziente accetta di smettere pur non ritenendo di essere alcol-dipendente**
  - **Il paziente rifiuta di ricorrere a centri specialistici**
  - **Il paziente non ha gravi complicazioni psichiche, sociali o fisiche**

**Fonte:** (1) Servei Català de la Salut. Criteris per a la derivació i interconsulta entre l'atenció primària i els serveis de salut mental i d'atenció a les drogodependències. SCS; 1996

(2) Departament de Sanitat i Seguretat Social. L'atenció primària de salut i les drogodependències. Generalitat de Catalunya; 1992

# Criteri di base per indirizzare un paziente ad una clinica specializzata sull'alcol

- Fallimento di precedenti tentativi di trattamento
- Gravi complicazioni:
  - Rischio moderato o grave di sintomi di astinenza
  - Grave patologia fisica
  - Incapacità della famiglia a fornire supporto
  - Comorbidità psichiatrica
  - Utilizzo abituale di altre sostanze stupefacenti
- Impossibilità di gestire il trattamento in ambito di assistenza sanitaria primaria

# Criteri per la disintossicazione

- Precedenti episodi di delirium tremens o attacchi epilettici
- Sintomi di astinenza mattutina
- Bere come prima azione giornaliera
- Desiderio di trattamento farmacologico
- Presenza attuale di sintomi di astinenza
- Gravi condizioni di salute

# ***Strategie di promozione della salute nei luoghi di lavoro: dipendenze e sicurezza***

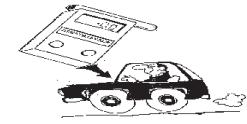
Basta uno  
sballo e  
la sicurezza  
traballa

- Anche il consumo di cannabis aumenta il rischio di infortunio.
- Il 10-20% di tutti gli infortuni professionali è dovuto all'consumo di sostanze che creano dipendenza.
- Per saperne di più su questo argomento, consultate l'opuscolo «Da una parola, O l'altra parola» (codice 2002/1).

**suva pro**  
www.suvapro.it



Si indicano ad esempio alcune attività formative :



**1.corsi su alcol/droge e guida** per coloro che lavorano e guidano (autisti, autotrasportatori, piloti, addetti alla vigilanza e forze dell'ordine) ;

**2.corsi su alcol e sostanze tossiche** per chi è a stretto contatto con sostanze pericolose e/o tossiche (ambito della chimica ecc);

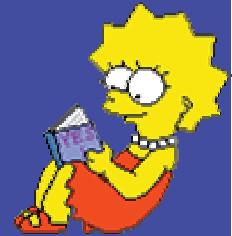
**3.corsi su alcol/droge e violenza-criminalità** (poliziotti, addetti alla vigilanza, polizia giudiziaria);

**4.corsi su alcol/droge e rischi in ambito lavorativo** rivolti a studenti in particolare delle scuole professionali e mirati alle competenze specifiche (scuola edile, ristorazione, professionali, università) ;

**5.corsi di informazione e formazione per il personale socio-sanitario**, medici competenti, medici e operatori dei servizi di medicina del lavoro, infermieri, assistenti sociali, psicologi ed educatori (in particolare dei Sert, servizi di algologia, servizi di orientamento al lavoro, SIL, personale delle cooperative);

**6.corsi di formazione organizzati direttamente dai sindacati** per i propri aderenti e per il lavoratori.

# **LINEE DI PROGRAMMA**



- 1. FORMAZIONE DEL RESPONSABILE DELLA SICUREZZA**
- 2. GRUPPI DI LAVORO SUI PROBLEMI CAUSATI DALL'ALCOL  
O "GRUPPI DI SOSTEGNO AL PROGRAMMA"**
- 3. CONSULENZA PER IL TRATTAMENTO DI LAVORATORI CON  
PROBLEMATICHE ALCOLCORRELATE (STRUTTURA SANITARIA  
DELL'AZIENDA E SERVIZIO DI ALCOLOGIA DEL TERRITORIO)**
- 4. INFORMAZIONE E FORMAZIONE (RIVOLTA A TUTTI I  
LAVORATORI E PER CATEGORIE SPECIFICHE :  
AUTISTI, EDILIZIA, AUTOTRASPORTATORI, PERSONALE  
SOCIOSANITARIO, PERSONALE DI CONTROLLO)**
- 5. SCREENING - USO DI ETILOMETRI PER AUTOVALUTAZIONE  
E APPLICAZIONE art.15 LEGGE 125/2001**
- 6. CAMPAGNA INFORMATIVA DI MASSA :  
SE LAVORO NON BEVO**



*Noventa A. 2011*

1. **PROGRAMMI DI PREVENZIONE** - EFFICACIA SOPRATTUTTO SE I PROGRAMMI PREVEDONO ATTIVAZIONE E STRATEGIE DI COPING
  
2. **PROGRAMMI EAP (Employee Assistance Programs)** - PIU' SIGNIFICATIVI SE SVOLTI DALL'INTERNO E CORRELATI ALLA VIGILANZA
  
3. **PROGRAMMI EAP** - DI DIAGNOSI PRECOCE E TRATTAMENTO DIRETTAMENTE COLLEGATI ALLA RETE COMUNITARIA E FOLLOW-UP DOPO IL TRATTAMENTO (GRANDI AZIENDE E IMPRESE ATTUANO CON PIU' FACILITA' PROGRAMMI SOPRATTUTTO SE COLLEGATI AI SINDACATI)
  
4. **EFFICACIA EAP** - CURE SUL TRATTAMENTO CON LA PARTECIPAZIONE AD AA, O TRATTAMENTO SCELTO DAL LAVORATORE NON CI SONO DIFFERENZE SIGNIFICATIVE. L'AZIONE DI FOLLOW-UP E' RISULTATA MOLTO IMPORTANTE PER PREVENIRE LA RICADUTA
  
5. NONOSTANTE I PROGRAMMI SULL'ALCOL SIANO INIZIATI DAL 1940 LO SVILUPPO E' STATO MOLTO LENTO. OBIETTIVO E' CHE **I PROGRAMMI NON SIANO L'ECCEZIONE MA LA REGOLA .**

## RUOLO DEI SERVIZI SOCIALI-SANITARI-EDUCATIVI

INFORMAZIONE  
LAVORATORI  
(AZIONI INFORMATIVE  
DISTRIBUZIONE  
ETIOMETRI)

FORMAZIONE  
PERSONALE  
(RESP.SICUREZZA-MEDICI  
COMPETENTI - DIRIGENTI)

FORMAZIONE  
NELLA SCUOLA  
PROFESSIONALE

### ALCOL - SOSTANZE E LAVORO

*ricerca  
informazione  
formazione  
trattamento*



COLLABORAZIONE CON  
LE ASSOCIAZIONI DI  
VOLONTARIATO

*Ruolo dei leader  
della Comunità Locale*

ASSOCIAZIONI DI  
CATEGORIA E  
SINDACATI

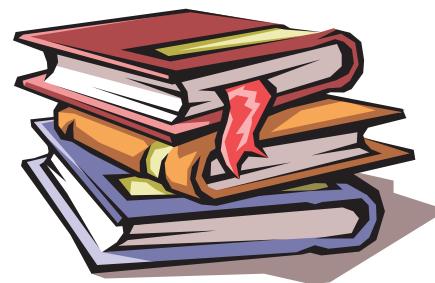
PROGRAMMI  
Medicina  
del lavoro

PROGRAMMI  
TRATTAMENTO

APPLICAZIONE  
DELLA LEGGE E  
CONTROLLO

“ I RICERCATORI HANNO COMINCIATO A GUARDARE NON SOLO  
L’EFFICACIA DEI PROGRAMMI SULL’ALCOL E IL LUOGO DI  
LAVORO, MA ALLA CULTURA DELLO STESSO POSTO DI LAVORO  
COME FATTORE DETERMINANTE L’USO DI ALCOL E IL  
COMPORTAMENTO SOBRIOSO DEI LAVORATORI.  
LA RICERCA DEVE FORNIRE GLI ELEMENTI PER LA  
PREVENZIONE GENERALE DEI PROBLEMI ALCOLCORRELATI E  
NON SOLO PER L’IDENTIFICAZIONE DEI LAVORATORI A RISCHIO”

Gordis Enoch MD – Direttore NIAAA, 1999



***Strategie internazionali  
e nazionali  
di prevenzione in ambito  
lavorativo***



# Framework Policy on Alcohol 2005-2010



La FAP WHO 2005 dedica un intero paragrafo alle “alcohol free situations”, alle circostanze o occasioni o periodi della vita in cui è appropriato evitare completamente l’uso di alcol.

Tra le situazioni elencate quelle relative:

- alla sicurezza stradale
- alla sicurezza nei luoghi di lavoro
- alla gravidanza
- all’età infantile ed adolescenziale
- ai luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile

sono quelli per cui esistono evidenze di priorità di intervento ai fini della sicurezza e della salute.



# ***PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE***

- Aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche
- Ridurre i consumi a rischio (giovani, donne e anziani)
- Ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche
- Ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati (famiglia, lavoro, comunità o locali) dove si beve
- Ridurre la diffusione e la gravità dei danni alcolcorrelati (incidenti, violenza, abusi, trascuratezza familiare)
- Mettere a disposizione accessibili ed efficaci trattamenti
- Provvedere ad assicurare una migliore protezione alle pressioni al bere

# ***PIANO NAZIONALE ALCOL E SALUTE***

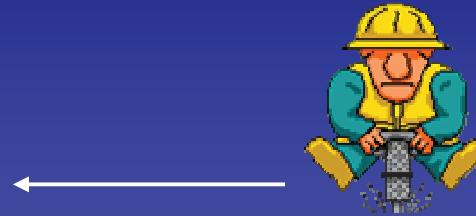


- **Aree strategiche.**

- 1. Informazione/educazione

- 2. Bere e guida

- 3. Ambienti e luoghi di lavoro**



- 4. Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza

- 5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione

- 6 . Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol

- 7. Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e mutuo aiuto e delle organizzazioni non governative

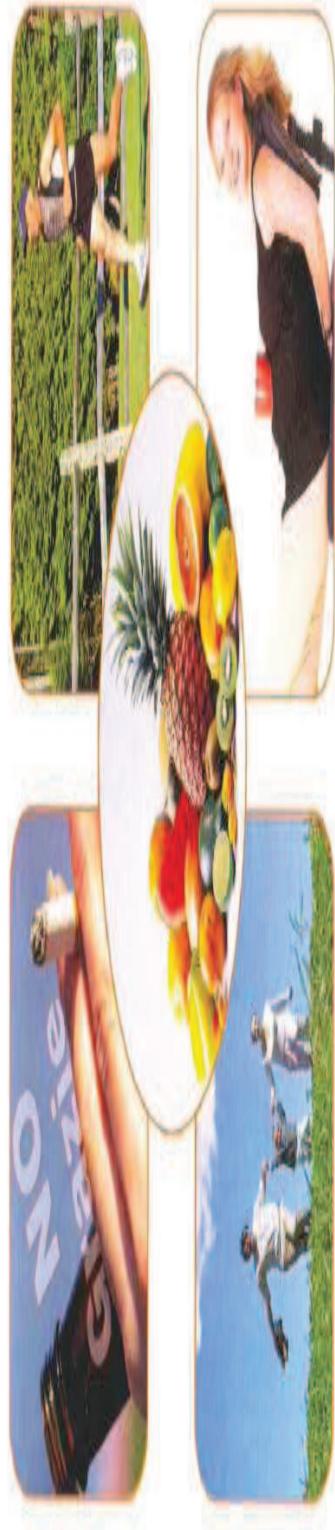
- 8. Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto



# GUADAGNARE SALUTE

Rendere facili le scelte salutari

Un programma di prevenzione e servizio dei cittadini



ccm

2

Formez

Guadagnare salute rendendo più facile  
evitare l'abuso di alcol

ALCOL

## STRATEGIE E IPOTESI DI INTERVENTO

### 1 RIDURRE LA DISPONIBILITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE NELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO E LUNGO LE PRINCIPALI ARTERIE STRADALI

- Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della L. 125/01.
- Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente *alcol free* (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).

## TROVARE ALLEANZE CON IL MONDO DEL LAVORO

- Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, dato l'alto e stabile concentrazione di persone di varia identità socio demografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o auto-identificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali.
- Implementare azioni di prevenzione *ad hoc* nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della L. 125/01, art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche scritto dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le Amministrazioni Regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalla normativa sulla sicurezza.
- Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcol-correlati che ne fanno richiesto, nel pieno rispetto della *privacy*, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche e, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.

## FORMARE GLI OPERATORI

- Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo allo prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche ai problemi alcol-correlati.

## Bigliografia

- “Alcohol, health &Society” Alchol and work in Europe (1996) - AS Fact sheet on alcohol “ Alcohol and the workplace factsheet” (1997), <http://www.niaaa.nih.gov/>
- Allievi B., Noventa A. (2004) Progetto Alcol e lavoro “ San Pellegrino SpA”. La valutazione dell'intervento formativo, in Atti Convegno nazionale : Alcol e lavoro, AUSL –Modena
- Annovi C., Biolcati R., De Rico R. (2006) (a cura di), Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro, F.Angeli, Milano
- Annovi C., Biolcati R., Di Rico R., De Girolamo G., Fogliari C., Noventa A. (2004) Il fattore di rischio alcol negli stili di vita dei lavoratori: i risultati di un indagine, in Atti Convegno: Alcol e lavoro, AUSL –Modena
- Bianco P., 2008, Europa e Italia a confronto su infortuni e morti bianche, in Ambiente & Sicurezza, Prevenzione e Protezione 10 : 35-55
- Calcaterra A., Carturan L., Viale M. (2002) Salute=Sicurezza. I programmi regionali specializzati in campo alcologico nei luoghi di lavoro, Atti, Sert Noventa Vic., Sert di Monselice.
- Calcaterra A., Carturan L., Viale M., Andriolo L. (2004) Salute e lavoro. Evitiamo rischi inutili. Progetto di educazione sanitaria per la sicurezza nei luoghi di lavoro e la prevenzione degli incidenti correlati al consumo di alcolici e droghe, in Atti Convegno: Alcol e lavoro, AUSL –Modena
- Cipriani E., Campara R., Patissi V., Mezzani L. (2006) La prevenzione, in Annovi C., Biolcati R., De Rico R. ( a cura di), 2006, Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro, F.Angeli, Milano, 29-62
- Codini G. (1994) Problematiche sociosanitarie alcolcorrelate, in Axerio M.I., (a cura di), Il bere a Milano. Un indagine su uso, abuso e dipendenza nel consumo di bevande alcoliche, Unicopli, Milano, (3) : 81-108
- D'Amico F. ( 2008) Morti bianche nel terzo millennio, in Dati INAIL 4:13-16.
- De Santi A. Casella P., Penna L. (2004) Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole, Rapporti ISTISAN 04/22, Parte 1 e 2, ISS, Roma
- ILO (1996) Management of alcohol-and drug-related issues in the workplace, An ILO code of practice, Geneva
- Lipscomb H.J. et al. (2000) Deaths from external causes of injury among construction workers in North Carolina, 1988-1994. Appl. Occup. Environ. Hyg. 15(7):569-80
- Madera P., Garbin C. (2004) Un modello integrato di prevenzione in ambito lavorativo nella provincia di Verona, in Atti Convegno : Alcol e lavoro, AUSL –Modena
- Mandel W et al (1992) Alcoholism and occupations: a review and analysis of 104 occupations. Alchol Clin. Exp. Res.(4):734-46
- Mosconi G., Riva M.M., Bartolozzi F., Silva G., Pavesi G., Bancone C., Lorenzi S., Bettineschi O., Magno D. (2007) Alcool e lavoro in edilizia, Med. Lav. 98 (6) : 493-500
- Noventa A. (1996) (a cura di) Alcol e lavoro, Ed. CSD, Az. USSL n.12 Bergamo
- Noventa A. (2004) Alcol alla guida, in De Santi A. Casella P., Pella L., Prevenzione degli incidenti stradali: promozione di interventi formativi nelle autoscuole, ISTISAN 04/22 2: 57-69.
- Noventa A. (2004) Alcol e lavoro: fatti e le azioni di promozione della salute, in Allamani A. et al, Il libro italiano di alcologia, SEE – Firenze II (19) : 217-229
- Noventa A. (2004) L'alcol e i giovani. Fattori di rischio, caratteristiche e nuovi consumi, in Nizzoli U., e Colli C, Giovani che rischiano la vita, McGraw-Hill, Milano, 91-106
- Noventa A. (2004) L'alcol e la guida, Le strategie per la prevenzione degli incidenti stradali, in SNOP 62 :17-21
- Noventa A. (2006), Il contesto di riferimento, in Annovi C., Biolcati R., De Rico R.(a cura di), Manuale di prevenzione dei problemi alcolcorrelati negli ambienti di lavoro, F. Angeli, MI, 87-108
- Noventa A., et al. (1998) Il Progetto “Alcol & Lavoro” - Dalmine SpA, in “Professione Sanità Pubblica e Medicina Pratica” 10:20-23
- Noventa A.,e Zanelli R. (1998) Alcol e lavoro, “Professione Sanità Pubblica e Medicina Pratica” 10: 16-26
- NovenTA A., (2008), Alcol: aspetti sociali e clinici.Alcol e lavoro: “Le morti bianche”, in Internal and Emergency Medicine , Volume 3, Supplemento, ottobre 2008, 134 –141
- Reggio R. (2008) Le dipendenze brucano 60 miliardi, Il Sole240RE, 26/5/2008, Milano,
- Robinson C et al. (1995) Assessment of mortality in the construction industry in the United States, 1984-1986". Am J. Ind. Med. 28(1):49-70
- Scafato E., 2011, Programma per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico, ISS,
- Scafato E. 2011, Alcol e Prevenzione nei Contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di Formazione IPIB-PHEPA Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico inPrimary Health Care
- Stancati M. (2008) Infortuni sul lavoro 2007, una prima lettura dell'INAIL, in Ambiente & Scurezza, Prevenzione e Protezione 9: 33-41
- Suardi L., Troso O., Perrelli E., Grezzo n., Bottaio A., Valentini F., Cibin M. (2004) Progetto “Alcol e lavoro” per non restare “Imbottigliati”...in fabbrica con l'etilometro e il counselling breve. Risultati preliminari, in Atti Convegno : Alcol e lavoro, AUSL –Modena
- Venè D., Bazzani O. (2004) Un progetto di rete Nazionale. Programma di sensibilizzazione, informazione e consulenza finalizzato alla prevenzione dell'uso inadeguato di alcol, diretto al personale delle aziende, in Atti Convegno: Alcol e lavoro, AUSL –Modena
- WHO (1993) Health promotion in the workplace: alcohol and drug abuse, Technical Report Series, No.833, Geneva, trad.it.,1994, Promozione della salute e luoghi di lavoro, Quaderni di sanita' pubblica, anno 17, n.85, Milano
- WHO (1996) Alcohol-less is better, Regional Publications European Series m.70, trad.it. CSDPA, 1997,Trento
- WHO (1999) Piano d'azione europeo sull'alcol 2000-2005, trad.it. (a cura di) Alcolnetwork – Coordinamento Nazionale dei Centri di Documentazione sull'alcol – Ed.CSD, Bergamo, WHO (1992), European Alcohol Action Plan, Regional Office, Copenaghen
- WHO, 2004, [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf)
- WHO, 2010, Strategies to reduce the harmful use of alcohol: draf global strategy.



*Si ringrazia per la cortese attenzione*

*Andrea Noventa*

[anoventa@asl.bergamo.it](mailto:anoventa@asl.bergamo.it)

**0352270391  
3358180114**