



Alcol, lavoro e prevenzione Evidenze e scenari a livello nazionale, europeo e internazionale (Prima parte)

Emanuele Scafato
Istituto Superiore di Sanità•

Direttore Centro Coll. OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcol correlati
Direttore Osservatorio Nazionale Alcol
Direttore Rep. Salute della Popolazione e suoi Determinanti
Centro Nazionale di Epidemiologia-CNESPS,

Presidente SIA, Societ• Italiana di ALCOLOGIA
Vice Presidente EUFAS Federazione EUROPEA delle Societ• Scientifiche sulle DIPENDENZE
Membro dell'European Board dell'Alcohol Policy Network
Membro dell'International Network INEBRIA

Rappresentante italiano in Commissione Europea e Organizzazione Mondiale della Sanità•



The World Health Organisation's European Charter on Alcohol states the following:

"All people have the right to a family, community and

working life

protected from accidents, violence and other negative consequences of alcohol consumption."

"Promote public, private and

working environments

protected from accidents and violence and other negative consequences of alcohol consumption."



ALCOL : tossico, cancerogeno, psicotropo, induttore di dipendenza, calorico e anti-nutriente



L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute ed il benessere degli individui.

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e, analogamente ad altre sostanze illegali, può indurre dipendenza; i giovani (al di sotto dei 16 anni di età), le donne e gli anziani sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche dell'uomo adulto, a causa di una ridotta capacità del loro organismo di metabolizzare l'alcol.



Il “primato” dell’alcol tra le sostanze nella scala del **DANNO** alla salute

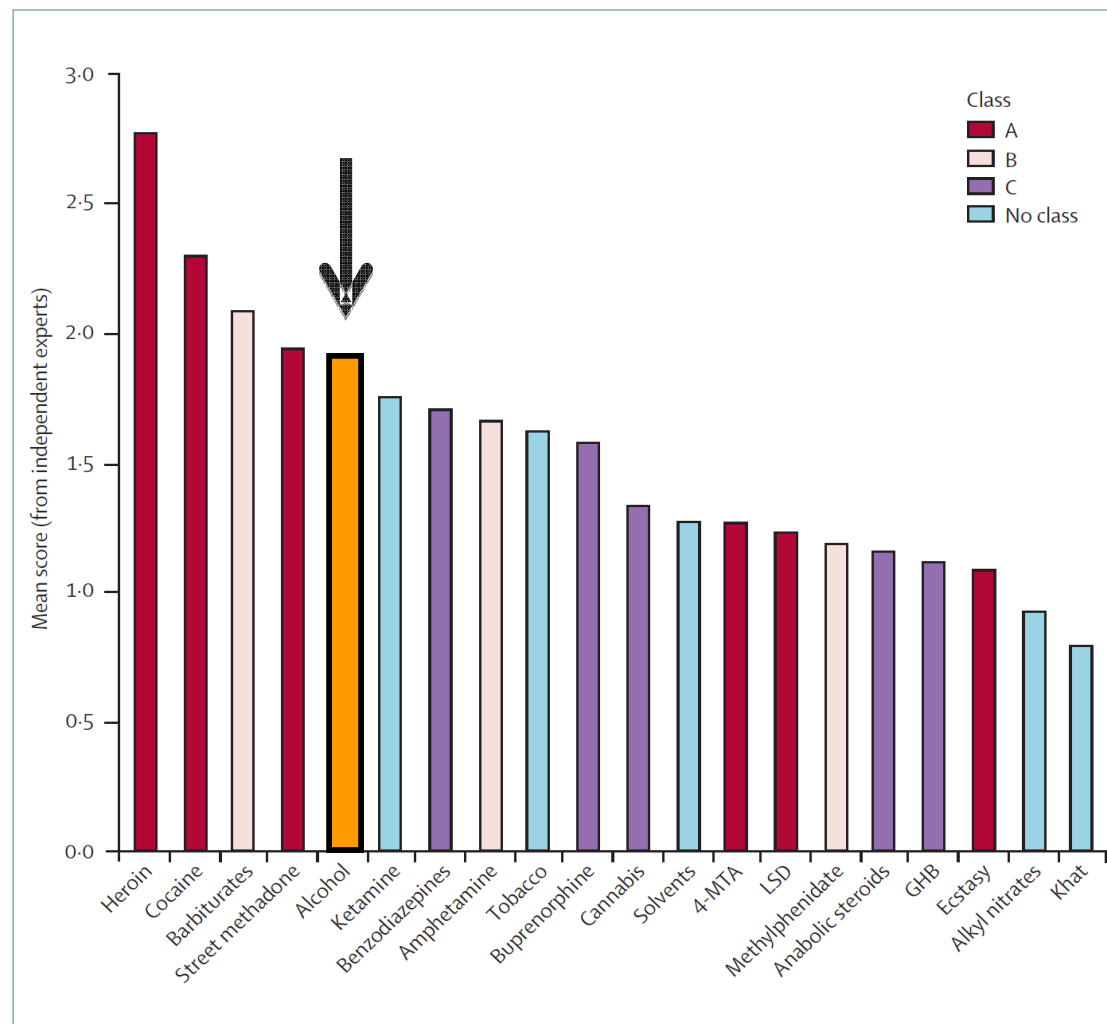


Figure 1: Mean harm scores for 20 substances

Classification under the Misuse of Drugs Act, where appropriate, is shown by the colour of each bar.



ALCOL , prima sostanza più dannosa **SOCIALMENTE** delle droghe



Figure 2: Drugs ordered by their overall harm scores, showing the separate contributions to the overall scores of harms to users and harm to others. The weights after normalisation (0–100) are shown in the key (cumulative in the sense of the sum of all the normalised weights for all the criteria to users, 46; and for all the criteria to others, 54). CW=cumulative weight. GHB=γ hydroxybutyric acid. LSD=lysergic acid diethylamide.

Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis

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



La bassa percezione del **RISCHIO** dell'impatto sociale dell'alcol **WELFARE** non solo **SALUTE**

DANNI, LESIONI, INCIDENTI a danno di terzi :
Incidenti stradali, violenza, violenza domestica, danni al feto, trasmissione di virus, danni al patrimonio

PROBLEMI FAMILIARI : divorzi, separazioni, perdita della sicurezza economica e del benessere familiare, maltrattamento dei minori, **perdita del lavoro**

COSTI PAGATI DALLA SOCIETA': **perdita della produttività, assenteismo**, costi sanitari, contrasto agli atti di criminalità agiti sotto gli effetti dell'alcol, **costi della sicurezza**, delle forze dell'ordine, costi sostenuti dalle assicurazioni, dal sistema carcerario



Social welfare expenditure and MORTALITY

Response on bmj.com

“Programmes must . . . be designed to prevent further negative social problems, or financial risk. The programmes must clearly benefit the people of the country. There should be no partiality among citizens, whether employed or unemployed.”

Monique J Grant-Coke, nursing program coordinator and assistant professor, Jamaica

► To submit a rapid response, go to any article on bmj.com and select “Respond to this article”



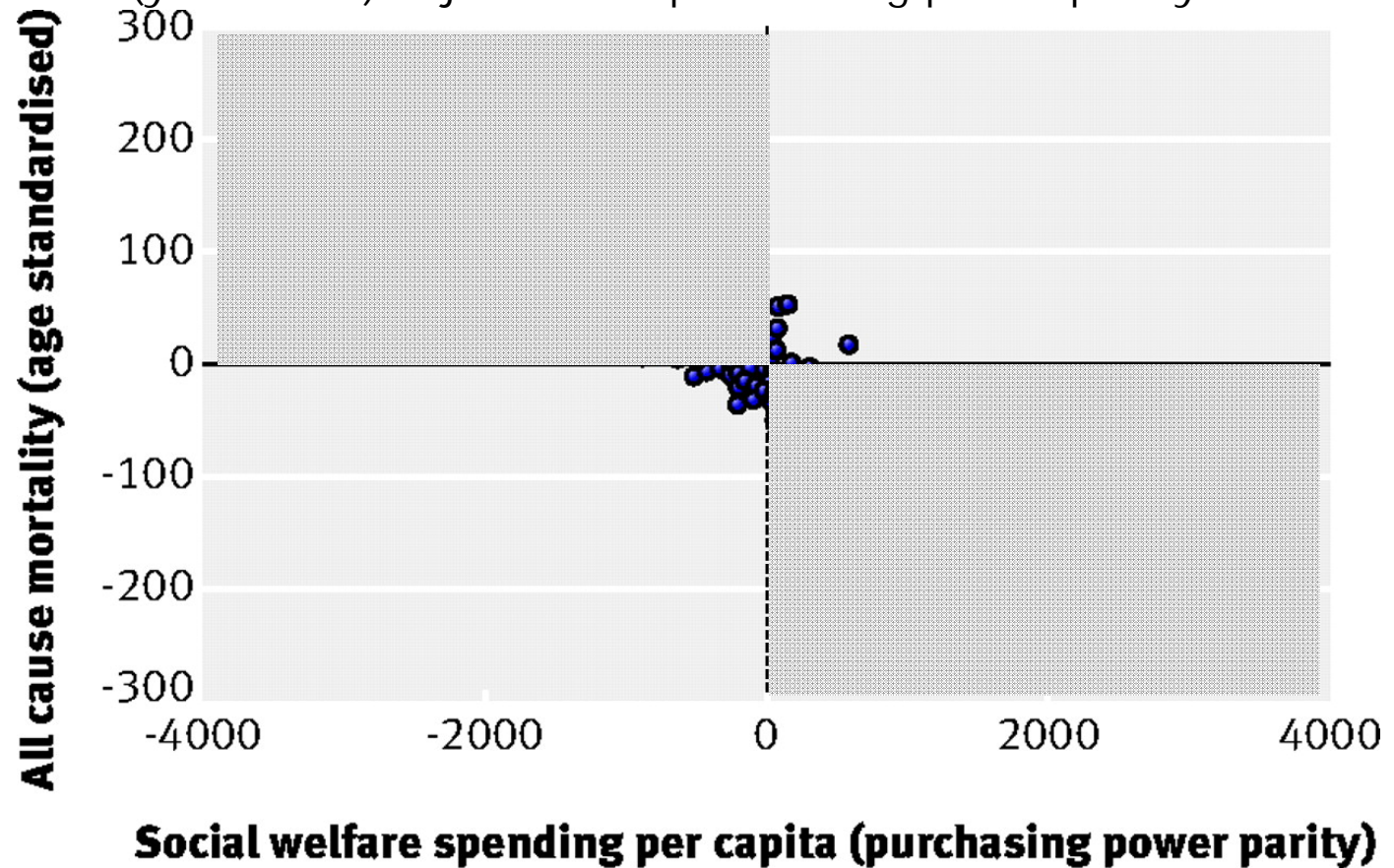
Budget crises, health, and social welfare programmes

Governments may feel they are protecting health by safeguarding healthcare budgets, yet **David Stuckler, Sanjay Basu,** and **Martin McKee** argue that social welfare spending is as important, if not more so, for population health





Relation between deviation from country average of social welfare spending (excluding health) and all cause mortality in 15 EU countries, 1980-2005. Each point represents a single country year value. Social welfare spending is in constant US dollars (year 2000) adjusted for purchasing power parity



Stuckler, D. et al. BMJ 2010;340:c3311

Copyright ©2010 BMJ Publishing Group Ltd.

BMJ



Alcol e reddito, Alcol e welfare, Alcol e spesa sanitaria

Effetto di 100 dollari (85 euro) in PIU' di salario, di spesa per welfare, di spesa sanitaria pro-capite sui livelli specifici di mortalità in EU

Table 3 Effect of \$100 of income, social welfare spending, and healthcare spending on cause specific mortality in 15 EU countries, 1980-2005 (purchasing power parity in \$ for 2000)

Covariate	All cause	Alcohol related	Malignant neoplasms	Cardiovascular disease	Suicide	Tuberculosis
\$100 in income per capita	-0.14% ** (0.035)	-0.21% (0.12)	-0.034% (0.034)	-0.31%** (0.084)	0.19% (0.20)	-0.59%*** (0.14)
\$100 rise in social welfare spending (excluding health care)	-0.99% *** (0.11)	-2.80% *** (0.46)	-0.065% (0.18)	-1.23%** (0.31)	-0.62% (0.49)	-4.34%** (1.27)
\$100 rise in healthcare spending	-0.01% (0.43)	0.97% (0.90)	-0.82% (0.47)	-0.28% (0.95)	-3.15% (1.50)	2.11% (2.32)
No of country-years	320	319	319	319	319	318
R ²	0.906	0.773	0.535	0.901	0.239	0.716

Countries were Austria, Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Ireland, Italy, Luxembourg, Netherlands, Portugal, Spain, Sweden, and United Kingdom. Robust standard errors in parentheses clustered by countries to reflect non-independence of sampling.



Gli investimenti pro-capite in WELFARE contano più di quelli in SALUTE....

- 85 € • + 2,8 %

Mortalità alcolcorrelata

“Il principale ostacolo alla definizione e implementazione di strategie è indicato nella **mancanza di politiche sanitarie rivolte alla prevenzione del consumo di alcol** e dei problemi correlati. Oltre a questo la mancanza di risorse umane ed economiche per la ricerca e per la prevenzione, sia in Italia che nella UE”.

“Il tema della carenza di finanziamenti risulta centrale, visto che, ricorda Scafato, secondo una recente pubblicazione di Stukler sul British Medical Journal, **la riduzione di 85 euro per persona di investimento in welfare determinerà l'anno successivo un l'incremento del 2,8 % della mortalità alcol correlata** nella popolazione ed in particolare tra gli anziani”.



GLOBAL HEALTH RISKS

Mortality and burden of disease attributable to selected major risks

THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE

2004 UPDATE



2009,
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html

2008,
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/index.html



WHO. Principali cause di mortalità, morbidità e disabilità nel Mondo in frazioni di mortalità attribuibile e DALY's. 2004

Attributable Mortality

		%
1.	High blood pressure	12.8
2.	Tobacco use	8.7
3.	High blood glucose	5.8
4.	Physical inactivity	5.5
5.	Overweight and obesity	4.8
6.	High cholesterol	4.5
7.	Unsafe sex	4.0
8.	Alcohol use	3.8
9.	Childhood underweight	3.8
10.	Indoor smoke from solid fuels	3.3

Attributable DALYs

		%
1.	Childhood underweight	5.9
2.	Unsafe sex	4.6
3.	Alcohol use	4.5
4.	Unsafe water, sanitation, hygiene	4.2
5.	High blood pressure	3.7
6.	Tobacco use	3.7
7.	Suboptimal breastfeeding	2.9
8.	High blood glucose	2.7
9.	Indoor smoke from solid fuels	2.7
10.	Overweight and obesity	2.3

nel 2004

59 milioni di MORTI

Nel 2004

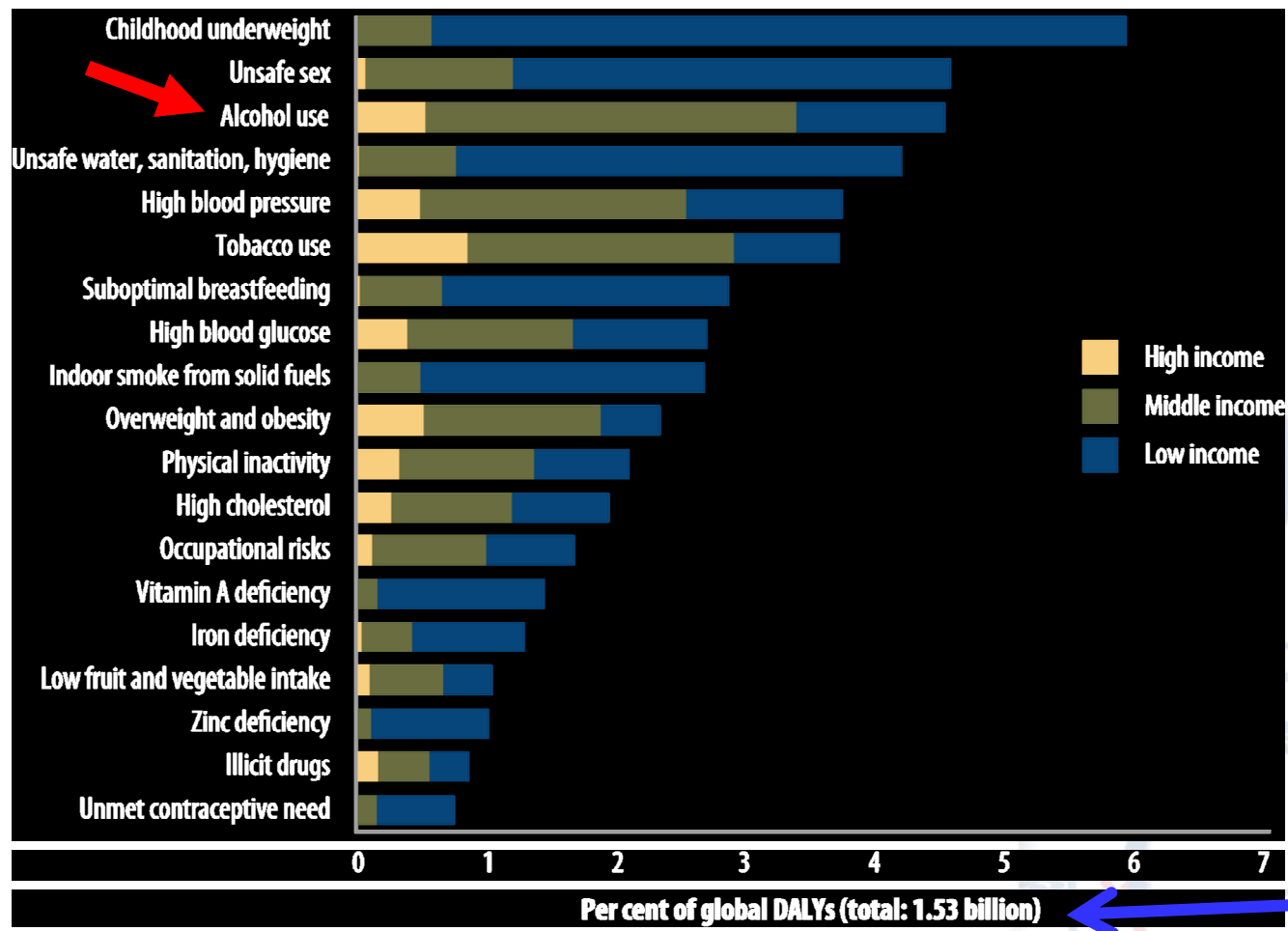
1.5 miliardi di ANNI di VITA
persi a causa di

Mortalità prematura ,

Malattia cronica o disabilità



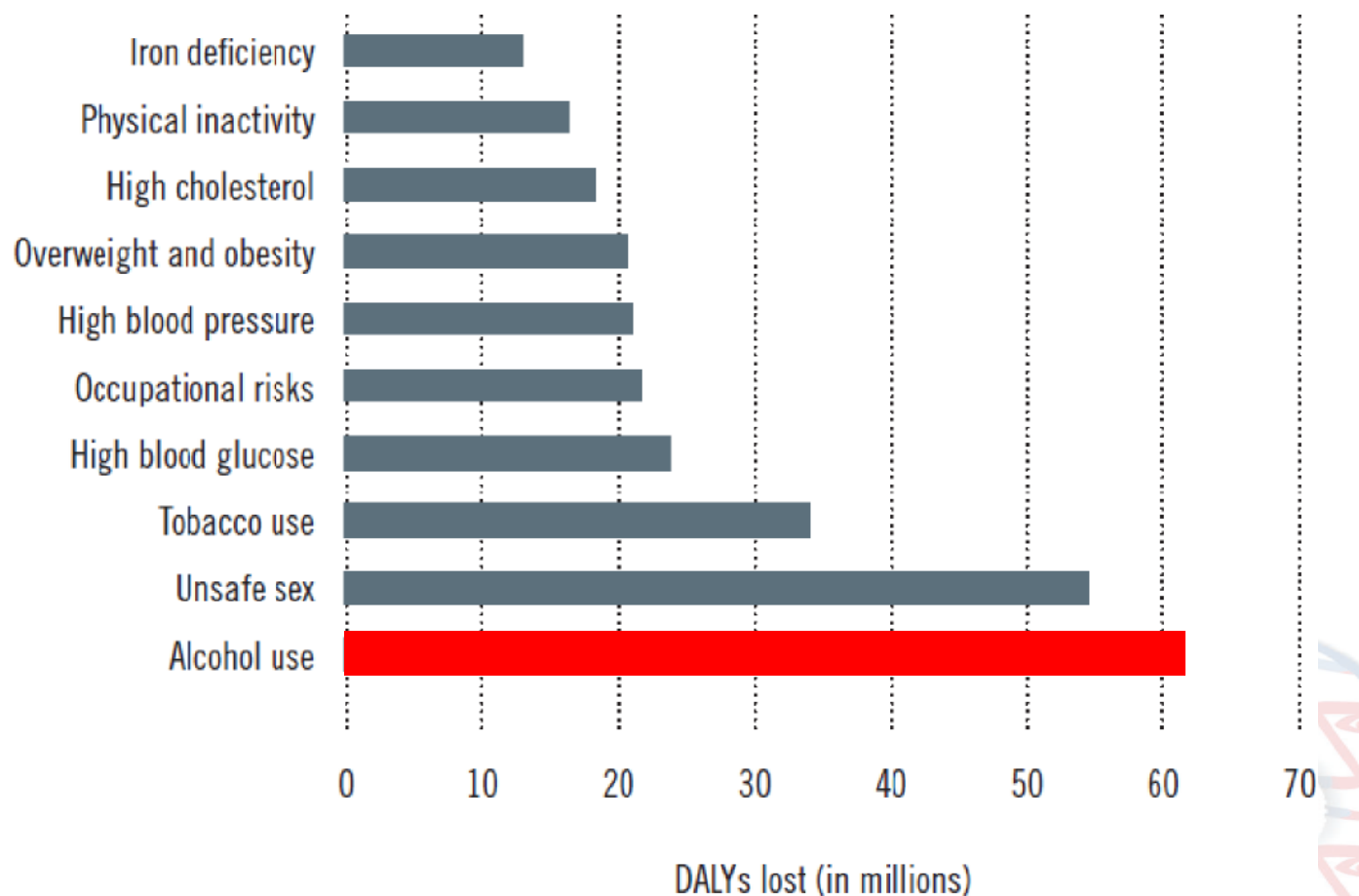
DALY'S - Anni di vita persi (% Daly's) per mortalità prematura, malattia cronica e disabilità a causa di 19 principali fattori di rischio (WHO, Mondo 2004)



WHO 2009,
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/global_health_risks/en/index.html



Top 10 risk factors for DALYs (age group 25- 59 years)





ALCOL E LAVORO

EVIDENZE

La International Labour Organisation – ILO, stima che globalmente il 3-5% della forza lavoro sia affetta da alcoldipendenza e il 25 % circa consumi attualmente quantità di alcol che espongono al rischio di alcoldipendenza.

Code of Practice on the Management of Alcohol and Drug Related Issues.
International Labour Organisation,



WHO FRAMEWORK ON ALCOHOL POLICY (FAP) in the EUROPEAN REGION

Alcuni settori della società e certe circostanze dovrebbero essere alcohol-free. In particolare, non dovrebbe esserci consumo di alcol durante l'infanzia e l'adolescenza e negli ambienti frequentati dai giovani. Altre situazioni e circostanze importanti che dovrebbero essere alcohol-free sono il traffico stradale, i luoghi di lavoro e la gravidanza.



WHO FRAMEWORK ON ALCOHOL POLICY (FAP) in the EUROPEAN REGION

Molti bevitori a rischio lavorano e possono perciò essere raggiunti attraverso interventi nei luoghi di lavoro. Per arrivare ad attività sistematiche in questo campo, è necessario adottare politiche sull'alcol nei luoghi di lavoro. Tali politiche dovrebbero stabilire delle regole sul consumo di alcol prima e durante l'orario di lavoro. Dovrebbero altresì comprendere linee guida per la gestione di situazioni a rischio e di problematiche alcolcorrelate.



WHO FRAMEWORK ON ALCOHOL POLICY (FAP) in the EUROPEAN REGION

I luoghi di lavoro: l'efficienza dei luoghi di lavoro dipende dalle capacità dei propri lavoratori di esprimere giudizi e di portare a termine incarichi qualificati. Molti trasportano per il pubblico, nel qual caso i lavoratori sotto l'influenza dell'alcol costituiscono un rischio per la salute di terzi oltre che per la propria salute. Ciò si applica particolarmente al settore del trasporto, ma esistono molti altri settori nei quali si richiedono elevate prestazioni ai lavoratori. **Dal punto di vista della salute pubblica, pertanto, l'alcol dovrebbe essere escluso dalle attività lavorative.**



WHO FRAMEWORK ON ALCOHOL POLICY (FAP) in the EUROPEAN REGION

Il sistema di assistenza primaria rappresenta una parte importante della comunità locale. L'efficacia dello screening e dell'intervento breve nei confronti dei bevitori a rischio è sostenuta da numerosi studi di letteratura internazionale. Per implementare questi programmi, i professionisti del campo sanitario devono avere un ruolo attivo ed essere supportati dalle autorità sanitarie. I servizi specialistici sono necessari per il trattamento di gravi problemi di alcoldipendenza e dovrebbero essere collegati con altri approcci professionali e non professionali.



Are Strategiche del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)

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



Obiettivi e sub obiettivi del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)



- Ridurre i consumi a rischio (e in particolare quelli eccedentari e al di fuori dei pasti) nella popolazione e in particolare nei giovani, nelle donne e nelle persone anziane
- Ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche, nonché l'età del primo contatto con le stesse
- Ridurre il rischio di problemi alcolcorrelati che può verificarsi in una varietà di contesti quali la famiglia, **il luogo di lavoro**, la comunità o i locali dove si beve



Area Strategica sui Luoghi di Lavoro del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)



Area "Ambienti e luoghi di lavoro"

Risultati attesi

- Riduzione del danno prodotto dall'alcol sui luoghi di lavoro, in particolare nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi, soprattutto per quanto attiene alla violenza e agli incidenti.





Azioni per l'Area Strategica sui Luoghi di Lavoro del PNAS

- 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 dalle normative sulla sicurezza nonché dalla legge 125/2001, per promuovere nei luoghi di lavoro una politica sull'alcol fondata sull'educazione, la prevenzione, la tempestiva identificazione, o autoidentificazione, dei soggetti a rischio e la possibilità di intraprendere, nel pieno rispetto della privacy, trattamenti integrati resi disponibili presso le strutture sanitarie.



Legge 125/2001

Art. 15:

- divieto di assunzione e somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche nelle lavorazioni giudicate a rischio
- possibilità del M.C. o del Medico del SPSAL. di effettuare controlli alcolometrici nelle azienda
- possibilità per i lavoratori affetti da patologie correlata all'alcol di accedere ai programmi terapeutici e di riabilitazione (DPR 309/1990, art.124)