

La percezione del problema alcol fra i lavoratori in aziende dei settori trasporti, sanità ed edilizia nella regione Lazio

PASQUALE VALENTE¹, DANIELE MIPATRINI², ALICE MANNOCCI², LUCA ENRICO RUSCITTI¹, SABINA SERNIA², MAURO CECCANTI³, GIUSEPPE LA TORRE²

¹ Centro Promozione Salute sul Lavoro (CPSL) di riferimento regionale. Azienda USL Roma 5 - Dipartimento Prevenzione

² Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma

³ Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio, Sapienza Università di Roma

KEY WORDS: Alcohol; work; prevention program; workplace health promotion; risk drinking; high-risk behaviours; binge alcohol drinking

PAROLE CHIAVE: Alcol; lavoro; piano di prevenzione; bevitori ad alto rischio, bevitori binge

SUMMARY

«Perception of alcohol problem among workers of the transportation, healthcare and building sectors in the Lazio Region». **Aim:** To perform an analysis of the perception of alcohol use among workers of the transportation, healthcare and building sectors. **Methods:** A survey was carried out on alcohol consumption and knowledge of deriving health effects. Socio-demographic characteristics of the workers were collected. Risk indexes for habitual alcohol and binge consumption were calculated. **Results:** The number of workers entering the survey is 3,914 (57% males; 58% married). Two-thirds of the sample reported good knowledge of alcohol-related risks that could occur at the workplace, and 55% of alcohol-related health risks. Binge drinking is inversely associated with female gender, good perceived health and good knowledge of alcohol-related risks at the workplace and of alcohol-related health risks. People who are single, young and working in the building sector show higher odds for binge drinking. The habitual use is positively associated with marital status (OR=1.51 for single) and working sector (in the building sector OR=3.28; in the healthcare OR=1.90); and inversely associated with good health (OR=0.70), good knowledge of alcohol-related risks at the workplace (OR=0.54) and of alcohol-related health risks (OR=0.41). **Conclusions:** Socio-demographic factors, such as age, gender and marital status are associated with different patterns of alcohol consumption, that in turn are inversely associated with good knowledge of alcohol-related risks at the workplace and of alcohol-related health risks. These results suggest the need to increase knowledge of alcohol-related issues among the workers, both at the workplace and in everyday life.

RIASSUNTO

Scopo: Realizzare un'analisi della percezione del problema alcol fra i lavoratori in aziende dei settori trasporti, sanità ed edilizia. **Metodi:** I lavoratori coinvolti nello studio hanno partecipato ad una survey sulle proprie abitudini sull'alcol e conoscenze sui rischi e caratteristiche socio demografiche. Sono stati quindi calcolati Indici di Rischio per il consumo abituale di alcol, e/o binge di alcol. **Risultati:** Hanno partecipato 3914 lavoratori (57% maschi; 58%

Pervenuto il 15.11.2017 - Revisione pervenuta il 24.1.2018 - Accettato il 27.2.2018

Corrispondenza: Prof. Giuseppe La Torre, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma, Piazzale Aldo Moro 5, 00185 Roma - Tel. 06.49694308 - E-mail: giuseppe.latorre@uniroma1.it

coniugati). Due terzi del campione possiede buone conoscenze sui rischi lavorativi da alcol mentre solo il 55% possiede buone conoscenze sui rischi alcol correlati per la salute. Il rischio di binge drinking è significativamente associato in maniera inversa al genere femminile ($OR=0.36$), all'avere una buona salute ($OR=0.83$) e ad avere buone conoscenze dei danni da alcol in ambito lavorativo ($OR=0.60$) e sulla salute generale ($OR=0.52$). Risultano invece fattori di rischio l'essere single, essere più giovani (<34 anni), e lavorare nel settore edilizio. Il rischio abituale è associato positivamente allo stato civile ($OR=1.51$ per single) e al lavoro nei settori edile ($OR=3.28$) o sanitario ($OR=1.90$); ed in maniera inversa allo stato di buona salute ($OR=0.70$) e alle conoscenze sia degli effetti sul lavoro ($OR=0.54$) che sulla salute ($OR=0.41$). **Conclusioni:** Tali risultati devono spingere ad aumentare le informazioni sui rischi connessi al consumo di alcol tra i lavoratori, sia sui luoghi di lavoro che negli ambienti di vita, e più in generale ad attuare interventi informativi nelle aziende in cui sono presenti attività lavorative ad elevato rischio.

INTRODUZIONE

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena, che costituisce uno dei principali fattori di rischio per la salute e, in particolari situazioni lavorative, può costituire un rischio per la sicurezza propria e spesso anche per quella degli altri (13). Le strategie di prevenzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sull'alcol (23) raccomandano di promuovere politiche sull'alcol per i luoghi di lavoro basati sull'educazione, la prevenzione, l'identificazione precoce e il trattamento da integrarsi nei programmi di sorveglianza sanitaria.

In un'indagine condotta da Miscetti et al (16), il 5,6% dei lavoratori del settore edile è risultato positivo al breath test, con valori per la maggior parte contenuti in 0,2 g/l, mentre in un altro studio condotto da Marcolina et al (15) il 2,7% dei lavoratori presentava tracce di alcol nell'aria espirata.

Il consumo di alcol è un importante problema di sanità pubblica, essendo responsabile in Europa del 3,8% della mortalità e del 4,6% degli anni di vita persi a causa di disabilità attribuibile all'alcol. In effetti, i danni che ne possono derivare determinano effetti negativi non soltanto su chi fa uso di alcol, ma anche sulle famiglie e sul contesto sociale allargato, in virtù dei comportamenti violenti, abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e stradali, associati al consumo e all'abuso (21). Secondo gli ultimi dati PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia), il 16,5% degli adulti in Italia dichiara un consumo di alcol a rischio per la salute, e tale percentuale ri-

sulta maggiore nei lavoratori (18,0%) rispetto ai non lavoratori (14,2%) (22).

Data la rilevanza sociale ed economica del problema, negli ultimi anni si sono susseguite, in Italia, normative che limitano la possibilità di consumare alcolici prima di mettersi alla guida o la vietano del tutto per determinate categorie di lavoratori ritenute particolarmente a rischio per se stesse o per gli altri. La Legge n. 125 del 30 marzo 2001 (7), all'art. 15, disciplina la normativa per la sicurezza sul lavoro relativamente all'uso dell'alcol. La Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, con il Provvedimento 16 marzo 2006, ha individuato le attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche (5).

I Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL) della Regione Lazio, attraverso interventi di informazione, educazione e formazione mirati ai lavoratori ed alle figure della prevenzione delle aziende, nell'ambito del progetto 13_2.9.3 del Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2010-12 "Promozione del rispetto del divieto di assunzione di bevande alcoliche sul lavoro", hanno iniziato a svolgere un ruolo significativo per l'incremento della consapevolezza del rischio, la promozione del rispetto del divieto di assunzione di alcolici e l'adozione di procedure di controllo corrette ed adeguate, con la attiva partecipazione dei medici competenti delle Aziende coinvolte.

L'obiettivo del presente lavoro è stato quello di realizzare un'analisi della percezione del problema

alcol fra i lavoratori in aziende dei settori trasporti, sanità ed edilizia, che sono fra quei settori che comportano un elevato rischio di infortunio sul lavoro o per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi, così come individuato dall'Allegato I dell'Intesa Conferenza Stato Regioni, 16 marzo 2006 (Attività lavorative ad elevato rischio infortuni, rispettivamente ai punti 8, 4 e 10) (4).

METODI

I lavoratori coinvolti nello studio hanno partecipato ad una survey sulle proprie abitudini sull'alcol e conoscenze sui rischi e caratteristiche socio-demografiche. La partecipazione delle Aziende e dei lavoratori è stata volontaria.

Le attività previste dal progetto 13_2.9.3 del PRP 2010-12, realizzate da un apposito gruppo di lavoro regionale di referenti di promozione della salute nei luoghi di lavoro comprendevano:

- a) elaborazione e/o acquisizione di materiale operativo (materiale didattico, opuscoli informativi, linee di buona pratica, apparecchiature analitiche);
- b) censimento di aziende a rischio e raccolta di adesioni;
- c) somministrazione di questionario a lavoratori e figure della prevenzione;
- d) eventi formativi specifici per datori di lavoro (DdL), dirigenti, preposti, Medici Competenti (MC), Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS);
- e) eventi informativi specifici per lavoratori con collaborazione delle figure aziendali (DdL, MC, RSPP, RLS);
- f) ricognizioni dei centri alcolologici sul territorio;
- g) pubblicizzazione dell'offerta di servizi sul territorio tramite opuscoli distribuiti nei corsi di formazione e messi a disposizione del medico competente.

In totale, hanno aderito al Progetto 72 aziende dei settori interessati (trasporti, sanità ed edilizia): 27 del settore trasporti, 14 del settore sanità e 31 del settore edilizia. Nel corso degli incontri formativi all'interno delle aziende, sono stati somministrati i questionari mirati per i lavoratori e per le singole

figure aziendali della prevenzione (MC, RSPP, RLS, DdL, dirigenti e preposti). I lavoratori presenti agli incontri sono stati 4570, i questionari distribuiti sono stati 4293 (94%), mentre i questionari compilati sono stati 3914 (85,6%). La consegna dei questionari è avvenuta tramite medici del lavoro e tecnici della prevenzione dell'ASL Roma5. I questionari autocompilati dai lavoratori in forma anonima sono stati quindi inseriti dagli stessi all'interno di apposite urne, ritirate alla fine dello studio.

L'analisi della percezione del problema alcol si è basata sull'uso di questionari ad hoc a risposta chiusa. Successivamente si è provveduto al controllo dei dati raccolti tramite questionari somministrati ai lavoratori verificandone la completezza e la coerenza prima della successiva classificazione.

Il questionario destinato ai lavoratori, strutturato in 17 domande, valutava:

- fattori sociodemografici: sesso, età, stato civile, titolo di studio, professione nel settore;
- stato di salute presunto;
- identificazione del consumo di alcol a rischio con l'utilizzo dell'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) (3);
- valutazione delle quantità di alcol ritenute compatibili con l'attività lavorativa;
- conoscenze degli effetti negativi derivanti dall'uso di alcol sul luogo di lavoro;
- conoscenze delle conseguenze derivanti dall'uso di alcol sul luogo di lavoro;
- conoscenze dei danni alla salute derivanti dal consumo di alcol;
- conoscenze della dipendenza derivante dal consumo di alcol;
- uso di bevande alcoliche sul posto di lavoro nel corso dell'ultimo anno;
- conoscenza dei divieti e di eventuali limiti legislativi per l'assunzione di alcol riguardo la propria mansione;
- conoscenza sullo stato lavorativo di reperibilità e l'eventuale assunzione di alcol;
- eventuali interventi occorsi nell'ultimo anno per ridurre il consumo di alcol;
- efficacia degli interventi da utilizzare per contrastare la diffusione dei problemi causati dal consumo di alcolici negli ambienti di lavoro.

È stata utilizzata la scala di Likert in 11 risposte,

la scala di rating in 3 risposte mentre 3 domande prevedevano una risposta multipla.

I questionari sono stati poi caricati via web dagli operatori delle diverse ASL partecipanti nel database gestito dal Centro di Promozione della Salute sul Lavoro (CPSL) della Regione Lazio. I dati inseriti nel database sono stati controllati con quelli riportati sui singoli questionari cartacei e in caso di discordanze dovute ad errori di input i dati inseriti sono stati corretti.

Successivamente tramite l'utilizzo degli "Indici di Rischio" per il consumo di alcol è stata resa possibile l'identificazione dei lavoratori che risultavano associati a un rischio per *consumo abituale di alcol, e/o per un consumo binge di alcol*. L'analisi dei dati ha centrato il suo interesse sul lavoratore a rischio abituale e/o binge di alcol e per ciascun fattore sono state prese in considerazione le variabili relative a sesso, età, stato civile, titolo di studio, professione, settore industriale, conoscenza personale della riduzione di performance e dei danni prodotti dall'alcol in ambito lavorativo, conoscenza personale dei danni alla salute e sugli interventi che sono utili per ridurre il consumo di alcol. È stata quindi analizzata la differente distribuzione delle risposte data dai lavoratori nei tre comparti relativamente a: giudizio sul loro stato di salute, nocività dell'alcol, conoscenza sul possibile consumo di alcol sul lavoro ed eventuale livello alcolemico, conoscenza della dipendenza da alcol, efficacia degli interventi di prevenzione.

È stato infine effettuato il confronto con lo studio PASSI 2014 regionale e nazionale e lo studio ISTAT 2014.

Le variabili dipendenti considerate nell'analisi sono state:

- rischio binge: bevitore che assume in un arco di tempo ridotto una quantità di alcol pari o maggiore a 5 unità alcoliche per l'uomo, 4 per le donne;
- rischio abituale: bevitore di (più di) 2 o più unità alcoliche al giorno se uomo e (più di) 1 o più unità alcoliche al giorno se donna (considerando quindi i limiti più restrittivi fra quelli proposti dall'OMS);
- bevitori: bevitore di qualunque quantità di alcol;
- rischio totale: tutti i soggetti a rischio alcol: rischio binge e/o rischio abituale.

I punteggi sulle conoscenze sono stati calcolati utilizzando una gradualità delle risposte previste dal questionario come illustrato nella tabella 1.

Analisi statistica

L'analisi dei dati è stata realizzata utilizzando il software SPSS 23.0.

L'affidabilità del questionario è stata valutata attraverso alfa di Cronbach.

L'analisi condotta ha previsto l'esecuzione di tabelle di frequenza assoluta e relativa. L'analisi univariata ha previsto l'impiego del test del chi-quadrato.

Tabella 1 - Valutazione dei punteggi relativi alle conoscenze /percezioni dei lavoratori

Table 1 - Assessment of the knowledge/perception scores of workers

Domanda	Risposte	Modalità di gradazione
Percezione del lavoratore riguardo il proprio stato di salute	Pessimo - Insoddisfacente Discreto - Buono - Molto Buono	Cattivo Buono
Conoscenza degli effetti derivanti dall'assunzione di alcol in ambito lavorativo	Fino ad 1 effetto segnalato Più di 1 effetto segnalato	Cattivo Buono
Conoscenze dei danni derivanti dall'assunzione di alcol in ambito lavorativo	Fino ad 1 danno segnalato Più di 1 danno segnalato	Cattive Buone
Conoscenza dei danni dell'assunzione di alcol sulla salute	Fino a 2 malattie segnalate Più di 2 malattie segnalate	Cattive Buone

Successivamente è stata condotta un'analisi multivariata, con la realizzazione di 4 distinti modelli, ognuno per le variabili dipendenti sopra indicate. I modelli di regressione multivariata prevedevano come variabili esplicative: socio-demografiche (età, genere, stato civile, livello educativo), settore lavorativo, percezione del proprio stato di salute (buono vs cattiva), conoscenze dei danni dell'assunzione di alcol in ambito lavorativo (buone vs cattive), conoscenze dei danni dell'assunzione di alcol sulla salute in generale (buone vs cattive). La bontà dei modelli è stata valutata con il test di Hosmer e Lemeshow. Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0,05$.

RISULTATI

Lo studio ha coinvolto complessivamente 3914 lavoratori. In relazione all'affidabilità del questionario, è stato rilevato un valore di alfa di Cronbach pari a 0,78.

In tabella 2 sono illustrate le risposte e le caratteristiche dei rispondenti e la frequenza delle principali risposte al questionario. Il 57% del campione è costituito da maschi e il 58% da coniugati. Un terzo del campione ha un'età compresa tra 18 e 34 anni, il 40% tra i 35-50 e il restante 23% oltre i 50 anni. Il 30% dei lavoratori ha un livello educativo elementare/media inferiore, il restante media superiore/laurea. Il campione è costituito da lavoratori per l'11% del settore edilizio, per il 62% del settore sanitario e per il restante 27% del settore dei trasporti.

Oltre l'80% dei rispondenti dichiara una salute buona/molto buona e lo 0.5% invece pessima. Due terzi del campione possiede buone conoscenze sui rischi lavorativi da alcol mentre solo il 55% possiede buone conoscenze sui rischi alcol correlati per la salute.

In tabella 3 sono riportati i risultati dell'analisi univariata e dei quattro modelli di regressione logistica multivariata.

Relativamente ai modelli di regressione, il primo mostra che il rischio totale, risultato dalla combinazione del rischio di binge drinking con il rischio abituale, è associato in modo significativo a: l'essere single (OR: 1,65; IC95%: 1,25-2,18), alla classe d'età 18-34 (OR: 1,55; IC95%: 1,15-2,04), e a lavorare nel settore edilizio (OR rispetto al settore

Tabella 2 - Caratteristiche del campione di lavoratori dei settori edilizia, sanità e trasporti

Table 2 - Characteristics of the sample of workers in the building, healthcare and transportation sectors

Variabili	N (%)
<i>Sesso</i>	
Femmine	1559 (39.8)
Maschi	2244 (57.3)
Missing	111 (2.8)
<i>Stato civile</i>	
Single	1508 (38.5)
Coniugati-conviventi	2258 (57.7)
Missing	148 (3.8)
<i>Età</i>	
18-34	1258 (32.1)
35-50	1584 (40.5)
>50	887 (22.7)
Missing	185 (4.7)
<i>Livello educativo</i>	
Elementare - media inferiore	1178 (30.1)
Media superiore - Laurea	2736 (69.9)
<i>Settore</i>	
Edilizia	443 (11.3)
Sanità	2406 (61.5)
Trasporti	1065 (27.2)
<i>Salute attuale</i>	
Pessima	19 (0.5)
Insoddisfacente	48 (1.2)
Discreta	649 (16.6)
Buona	2120 (54.2)
Molto buona	1050 (26.8)
Missing	28 (0.7)
<i>Conoscenze danni ambito lavorativo</i>	
Buone	2610 (66.7)
Cattive (rif.)	1304 (33.3)
<i>Conoscenze danni sulla salute</i>	
Buone	2153 (55)
Cattive (rif.)	1761 (45)
<i>Consumo di alcol</i>	
Non bevitori	967 (24.7)
Bevitori	2947 (75.3)
Rischio Binge	215 (5.5)
Rischio abituale	111 (2.8)

Tabella 3 - Analisi univariata e modelli di regressione logistica multivariata. Variabili dipendenti: a) Rischio totale; b) Rischio binge; c) Rischio abituale; d) Bevitore
Table 3 - *Univariate analysis and logistic multivariate regression models. Dependent variables: a) Total risk; b) Binge risk; c) Habitual risk; d) Drinkers*

Variabili	Rischio totale			Rischio binge			Rischio abituale			Bevitore		
	N (%)	OR (IC 95%)	N (%)	OR (IC 95%)	N (%)	OR (IC 95%)	N (%)	OR (IC 95%)	N (%)	OR (IC 95%)	N (%)	OR (IC 95%)
<i> Sesso</i>												
Femmine	74 (4.7)	0.69 (0.51-0.94)	36 (2.3)	0.36 (0.24-0.53)	48 (3.1)	1.23 (0.74-2.06)	1073 (68.8)	0.43 (0.35-0.53)	1791 (79.8)	1		
Maschi (rif.)	196 (8.7)	1	179 (7.6)	1	62 (2.8)	1						
<i> Stato civile</i>												
Single	137 (9.1)	1.65 (1.25-2.18)	116 (7.7)	2.05 (1.49-2.18)	51 (3.4)	1.51 (1.02-2.23)	1155 (76.6)	0.96 (0.81-1.14)	1680 (74.4)	1		
Coniugati-con (rif.)	124 (5.5)	1	86 (3-8)	1	50 (2.2)	1						
<i> Età</i>												
18-34	113 (9)	1.55 (1.15-2.04)	96 (7.6)	1.55 (1.15-2.04)	37 (2.9)	1.18 (0.76-1.83)	1022 (81.2)	1.71 (1.44-2.04)				
35-50 (rif.)	85 (5.4)	1	64 (4)	1	36 (2.3)	1	1156 (73)	1				
>50	64 (7.2)	1.15 (0.81-1.61)	46 (5.2)	1.15 (0.76-1.71)	28 (3.2)	1.11 (0.68-1.81)	633 (71.4)	0.89 (0.73-1.07)				
<i> Titolo di studio</i>												
Elementare - med. inf.(rif.)	100 (8.5)	1	78 (6.6)	1	34 (2.9)	1	869 (73.8)	1				
Media sup. e Laurea	179 (6.5)	0.93 (0.66-1.30)	137 (5)	0.95 (0.73-1.39)	77 (2.8)	1.06 (0.62-1.80)	2078 (76)	1.35 (1.09-1.67)				
<i> Settore</i>												
Edilizia	61 (13.8)	2.07 (1.49-2.89)	45 (10.2)	1.65 (1.14-2.38)	24 (5.4)	3.28 (1.75-6.16)	353 (79.7)	1.24 (0.94-1.64)				
Sanità	138 (5.7)	1.25 (0.87-1.79)	96 (4)	1.25 (0.87-1.79)	68 (2.8)	1.90 (1.10-3.30)	1774 (73.7)	1.41 (1.14-1.74)				
Trasporti (rif.)	80 (7.5)	1	74 (6.9)	1	19 (1.8)	1	820 (77)	1				
<i> Salute attuale</i>												
Buona	264 (6.9)	0.80 (0.71-0.90)	201 (5.3)	0.83 (0.73-0.95)	103 (2.7)	0.70 (0.58-0.84)	2886 (75.6)	0.94 (0.78-1.0)				
Cattiva (rif.)	13 (19.4)	1	1 (16.4)	1	8 (11.9)	1	47 (70.1)	1				
<i> Conoscenze danni ambito lavorativo</i>												
Buone	133 (5.1)	0.59 (0.44-0.77)	99 (3.8)	0.60 (0.43-0.82)	53 (2)	0.54 (0.35-0.82)	1965 (75.3)	1.33 (0.86-1.23)				
Cattive (rif.)	146 (11.2)	1	116 (8.9)	1	58 (4.4)	1	982 (75.3)	1				
<i> Conoscenze danni sulla salute</i>												
Buone	96 (4.5)	0.56 (0.41-0.75)	66 (3.1)	0.52 (0.37-0.72)	45 (2.1)	0.41 (0.37-1.0)	1614 (75)	0.97 (0.81-1.16)				
Cattive (rif.)	183 (10.4)	1	149 (8.5)	1	66 (3.7)	1	1333 (75.7)	1				

trasporti: 2,07; IC95%: 1,49-2,89); mentre risultano fattori protettivi: il genere femminile (OR: 0,69; IC95%: 0,51-0,94), l'essere in buona salute (OR: 0,80; IC95%: 0,71-0,90), avere buone conoscenze dei danni conseguenti all'uso di alcol in ambito lavorativo (OR: 0,59; IC95%: 0,44-0,77) e sulla salute (OR: 0,56; IC95%: 0,41-0,75). Il rischio totale non è risultato associato al livello di istruzione.

Il rischio di binge drinking è significativamente associato a tutte le covariate incluse nel modello. In particolare, risultano protettive le seguenti condizioni: essere donna, avere una buona salute e avere buone conoscenze dei danni da alcol in ambito lavorativo e sulla salute generale. Risultano invece fattori di rischio l'essere single, essere più giovani (<34 anni), e lavorare nel settore edilizio (rispetto al settore dei trasporti). Anche in questo caso, il titolo di studio non risulta associato al rischio binge.

Il modello relativo al rischio abituale mostra associazioni significative con tutte le variabili ad eccezione di genere, età, e titolo di studio. Tra le variabili associate a una maggiore probabilità di consumo di alcol abituale vi sono: essere single (OR: 1,51; $P < 0,05$) e lavorare nei settori edile (OR rispetto al settore trasporti: 3,28; $P < 0,05$) o sanitario (OR rispetto al settore trasporti: 1,90; $P < 0,05$); mentre a una minore probabilità sono associate la buona salute (OR: 0,70; $P < 0,05$) e le conoscenze sia degli effetti sul lavoro (OR: 0,54; $P < 0,05$) che sulla salute (OR: 0,41; $P < 0,05$). Rispetto all'essere bevitore si evincono le seguenti associazioni significative: maggiore probabilità di avere dei bevitori tra i più giovani, tra i soggetti con livello di istruzione più elevato e tra i lavoratori del settore sanitario mentre fattori protettivi sono il genere femminile e la buona salute.

DISCUSSIONE

Un documento di consenso pubblicato recentemente su alcol e lavoro (11) mette in evidenza che, se da un lato l'attuale legislazione italiana obbliga i datori di lavoro a prevenire il consumo di alcol sui luoghi di lavoro fra i lavoratori che svolgono attività che possono essere pericolose per la salute e sicurezza di terzi, dall'altro la sorveglianza sanitaria non viene effettuata su tutte le categorie di lavoratori che sono soggette a divieto di consumo di alcol. A tal proposi-

to, occorre considerare che non esiste una normativa nazionale omogenea ed alcune regioni hanno promosso iniziative talvolta tra loro difformi. In alcuni casi, infatti, al momento vige solo l'obbligo di non somministrazione/assunzione e/o di accertamento in ambito di abuso acuto, e questo mal si presta a rilevare abitudini croniche e/o effetti sul lungo periodo. In altri casi, infine, vi sono strumenti codificati per gestire anche il problema di alcol dipendenza.

Una revisione sistematica di valutazioni economiche che hanno utilizzato un'analisi costo-benefici ha messo in evidenza che i programmi di promozione della salute sui luoghi di lavoro abbiano un ragguardevole rendimento del capitale investito (mediamente del 138%) (1). In particolare, interventi psicosociali sono in grado di fornire i giusti strumenti per rivolgersi ai pari, per il team building, e per la gestione dello stress nel campo del consumo/abuso di bevande alcoliche (2).

I programmi nei luoghi di lavoro per prevenire e ridurre i problemi alcol-correlati, nell'ottica più ampia di promozione della salute nei luoghi di lavoro (8-10, 12, 19), hanno un potenziale notevole, sia perché i lavoratori passano diverso tempo al lavoro, e i colleghi di lavoro o i loro superiori hanno l'opportunità di notare lo sviluppo di un problema alcol-correlato, sia perché i datori di lavoro possono utilizzare la loro influenza per motivare i propri dipendenti a richiedere un aiuto (20).

In alcuni settori, come quello dei trasporti, c'è un'attenzione particolare alle problematiche legate all'alcol ed alla loro prevenzione, sia in aziende di grandi che di piccole dimensioni (14). Interventi più complessi, inoltre, possono valutare diverse dimensioni degli stili di vita, comprendendo l'attività fisica, gli aspetti nutrizionali, la cessazione dal fumo, il consumo di alcolici (6).

Dall'analisi dei dati del presente studio si evidenziano alcuni elementi significativi di conoscenza raccolti dal nostro intervento nella popolazione lavorativa in questione. In primo luogo, i giovani lavoratori presentano un consumo di alcol a rischio maggiore rispetto ai lavoratori più anziani. Inoltre, un maggior grado di istruzione rappresenta un fattore di rischio significativo qualora si consideri la variabile "Essere bevitore di alcol". Da questo studio, emerge chiaramente che una maggiore consapevolezza dei pos-

sibili effetti dannosi a carico del consumatore e di terzi rappresenta un freno significativo al consumo di alcol. Coloro che negano l'esistenza di rischi per la salute rappresentano una quota assai minoritaria della popolazione lavorativa.

I dati sui consumi riportati dai rispondenti nel nostro studio, confrontati con quelli emersi nello Studio PASSI Lazio (18) e nelle indagini DOXA (17), mettono in evidenza che il numero dei bevitori tra i lavoratori è più ampio (75,3% della popolazione vs 51,2% PASSI, 63% DOXA), mentre i consumatori a maggior rischio si limitano all'8,3% (13,9% PASSI, 15,1% DOXA). È confortante che il consenso tra i lavoratori sia assai ampio per quanto attiene all'adozione di politiche aziendali che mettano in campo azioni di formazione e informazione, ma anche di controllo alcolimetrico sui lavoratori, di un ruolo attivo dei preposti, nonché della definizione di apposito regolamento per il divieto della vendita e del consumo di alcol nelle aziende.

Il presente studio ha dei limiti. Innanzi tutto, il disegno dello studio è di natura trasversale, questo implica la contemporanea valutazione sia delle variabili di esito che di quelle esplicative e non sempre permette di stabilire una chiara relazione tra le variabili dipendenti e i determinanti di rischio.

D'altro canto, punti di forza di tale lavoro sono da ricercare nelle dimensioni del campione, e nell'aver analizzato diverse modalità di consumo di alcolici, in contesti lavorativi a rischio.

In conclusione, possiamo affermare che fattori socio-demografici, quali età, genere e stato civile, sono associati alle diverse modalità di consumo di alcolici, che inoltre sono associati in maniera inversa alle conoscenze dei danni dell'alcol sulla salute e in ambito lavorativo, in particolare nel settore dell'edilizia. Tali risultati comportano la necessità di aumentare le informazioni sui rischi connessi al consumo di alcol tra i lavoratori, sia sui luoghi di lavoro che negli ambienti di vita, e più in generale di attuare interventi informativi nelle aziende in cui sono presenti attività lavorative ad elevato rischio, ivi compresa l'adozione di una specifica politica aziendale, così come prevista da alcuni PRP.

GLI AUTORI NON HANNO DICHIARATO ALCUN POTENZIALE CONFLITTO DI INTERESSE IN RELAZIONE ALLE MATERIE TRATTATE NELL'ARTICOLO

BIBLIOGRAFIA

1. Baxter S, Sanderson K, Venn AJ, et al: The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs. *Am J Health Promot* 2014; 28: 347-363
2. Bennett JB, Patterson CR, Reynolds GS, et al: Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *Am J Health Promot* 2004; 19: 103-113
3. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MS, et al: The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine* 1998; 158: 1789-1795
4. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l'incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell'articolo 15 della legge 30 marzo 2001, n. 125. Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. GU n. 75 del 30-3-2006
5. Cornaggia N, Saretto G, Tiso C, Caironi M: Vigilanza sull'applicazione della legge 125/2001. Indicazioni per la gestione nei luoghi di lavoro dei rischi alcol correlati. *Med Lav* 2007; 98: 487-492
6. Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, et al: Stima dell'effetto ad un anno di un programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro in provincia di Bergamo. *Med Lav* 2015; 106: 159-171
7. Legge n. 125 del 30 marzo 2001. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale* n. 90 del 18 aprile 2001
8. Magnavita N, Capitanelli I, Garbarino S, et al: Workplace health promotion programs for older workers in Italy. Le attività di promozione della salute per i lavoratori anziani nei luoghi di lavoro in Italia. *Med Lav* 2017; 108: 396-405, DOI: 10.23749/mdl.v108i5.6229
9. Magnavita N, Capitanelli I, La Milia DI, et al: Workplace health promotion programs in different areas of Europe. *Epidemiol Biostatistics Public Health* 2017; 14 (2, Suppl 1): e12439-1
10. Magnavita N, Capitanelli I, Lops EA, et al: Workplace health promotion in Europe. Findings from ProHealth65+. 10th EUPHA European Public Health Conference, 2017 November 1-4, Stockholm, Sweden. *Eur J Public Health* 2017; 27 (suppl_3): cxx189.016
11. Magnavita N, De Lorenzo G, Gallo M, et al: Alcohol and work. Consensus Document of the La.R.A. (Workers representing a risk for others) group. *Med Lav* 2014; 105 (Suppl 1): 3-68

12. Magnavita N, De Lorenzo G, Sacco A: Health promotion in the workplace. *Med Lav* 2014; 105: 473-475
13. Mangili A: Alcohol and working. *G Ital Med Lav Ergon* 2004; 26: 255-258
14. Mannocci A, Gabrijelcic S, Di Thiene D, et al: La sicurezza sul lavoro nelle aziende private del comparto trasporto merci e persone su strada: confronto tra medie e piccole imprese. *Med Lav* 2012; 103: 268-275
15. Marcolina D, De Marzo N, Riccio MT: Controlli alcolimetrici nei cantieri edili: un intervento di promozione della salute e di vigilanza nella provincia di Belluno. *Med Lav* 2011; 102: 494-501
16. Miscetti G, Abbritti EP, Bodo P, et al: Risultati di una campagna di controlli alcolimetrici in un campione di lavoratori di cantieri edili della regione Umbria. *Med Lav* 2015;106: 36-47
17. Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool-DOXA: Gli Italiani e l'Alcol. VI indagine nazionale. Roma, 2011
18. PASSI: La rete Passi nel Lazio e il Piano regionale di prevenzione. 28 novembre 2013
19. Poscia A, Moscato U, La Milia DI, et al: Workplace Health Promotion for Older Workers: a Systematic Literature Review. *BMC Health Serv Res* 2016; 16 (Suppl 5): 329
20. Roman PM, Blum TC: The workplace and alcohol problem prevention. *Alcohol Res Health* 2002; 26: 49-57
21. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al: Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio nazionale alcol-Cnesps sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano nazionale alcol e salute. Rapporto ISTISAN, Roma 2014
22. Venturelli F, Poscia A, Carrozzi G, et al: La prevalenza dell'abuso di alcol tra i lavoratori in Italia. Prevalence of alcohol abuse among workers in Italy. *Med Lav* 2017; 108: 52-63
23. World Health Organization: Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO, 2010

RINGRAZIAMENTI: Gli Autori sono grati ai referenti delle ASL del Lazio che hanno consentito l'effettuazione dello studio: Alfonsina Di Pace (ASL Roma A), Alessandra Arcangeli (ASL Roma B), Paolo Caspani (ASL Roma C), Orietta Angelosanto, Fabrizio Teodori (ASL Roma D), Virna Pisciotto (ASL Roma F), Stefania Villarini, Sandro Sanna (ASL Roma H), Silvia Iacovacci (ASL Latina), Angelo Giuliani (ASL Rieti), Rita Leonori (ASL Viterbo)