

La prevenzione dei danni da fumo sui luoghi di lavoro

Il problema

Il fumo attivo rimane la principale causa di malattia e morte prevenibile nel nostro Paese, come in tutto il mondo occidentale. Sono attribuibili al fumo di tabacco in Italia circa 85.000 morti l'anno (di cui approssimativamente un terzo per patologia cardiovascolare, un terzo per patologia respiratoria ed un terzo per patologia tumorale). Oltre il 25% dei decessi attribuibili al fumo è compreso tra i 35 ed i 65 anni.

In Italia la prevalenza dei fumatori attivi è ancora molto elevata. Dati aggiornati sull'abitudine al fumo nella popolazione dai 15 anni in su riportano che nel complesso il 26% degli italiani adulti si dichiara fumatore (31.1% M e 22.3% F) ed il maggior numero di fumatori è concentrato nella fascia di età tra i 25-44 anni (37.8 M e 29.8 F). Gli ex fumatori sono il 15.2% (21.9% M e 9% F), mentre coloro che non hanno mai fumato ammontano al 58,3% (47% M e 68.7 % F). Il 37.1% degli attuali fumatori dichiara di aver fatto in passato tentativi concreti per smettere di fumare (39.5% M e 34% F) e nella stragrande maggioranza dei casi (86.5%) lo hanno fatto senza ricercare alcun tipo di supporto, né psicologico né farmacologico. L'età media in cui si smette di fumare appare correlata al livello d'istruzione: 37.8 anni per i soggetti con livello d'istruzione superiore e 49.8 anni per i soggetti con livello d'istruzione inferiore. (Doxa, 2002).

Dati americani (del National Health Interview Surveys) relativi alla popolazione civile per i periodi 1978-80 e 1988-90 indicavano che gli operai ed i lavoratori dei servizi mostravano una più elevata prevalenza di fumatori rispetto ai colletti bianchi (Nelson, 1994), quantunque l'abitudine al fumo si fosse nel tempo ridotta dal 43.7% al 39.2%. Il gap tra colletti bianchi e tute blu nel tempo si è allargato progressivamente in virtù del declino dell'abitudine al fumo tra i soggetti più istruiti. Nel periodo 1980-1997 la differenza nella prevalenza del tabagismo tra i soggetti con basso livello di istruzione rispetto ai soggetti più istruiti risulta più che triplicata (da un 43% in più ad un 154% in più). Inoltre gli operai risultano essere più forti fumatori e cominciano a fumare in età più precoce (Giovino, 2000). Il fumo costituisce il principale fattore di rischio presente nei luoghi di lavoro.

È noto che fumare una sola sigaretta in un ambiente chiuso può portare rapidamente ad un forte innalzamento della concentrazione del PM10 (materiale particolato inalabile) tale da superare la concentrazione limite che determina di norma la sospensione del traffico urbano. È bene ricordare che il fumo di tabacco rappresenta una miscela complessa di oltre 4000 sostanze chimiche tra le quali una cinquantina di agenti cancerogeni riconosciuti (es.: il benzene, che può essere considerato uno dei principali indicatori di esposizione insieme al benzo-a-pirene).

Va inoltre sottolineato che l'esposizione al fumo attivo o passivo in associazione all'esposizione a rischi professionali (polveri, sostanze chimiche) può produrre effetti combinati di tipo additivo (es: lesioni enfisematose nell'antracosi) o moltiplicativo (es: tumore del polmone da esposizione a fumo e amianto). **L'interazione tra esposizione a fumo di sigarette ed esposizione occupazionale a sostanze tossiche può realizzarsi in diversi modi** (NIOSH, 1979):

- a)-il fumo diviene un vettore fisico di sostanze tossiche presenti nel luogo di lavoro determinandone un'alterazione della frazione che deposita nei polmoni
- b)-il fumo può determinare un innalzamento della dose di sostanze tossiche assorbite per la presenza nel fumo delle stesse sostanze presenti nell'ambiente di lavoro (es.:cadmio, butadiene, benzene, benzopirene)
- c)-il fumo può interessare uno stesso organo bersaglio coinvolto dall'esposizione occupazionale o produrre un danno biologico analogo a quello determinato dall'esposizione professionale (es.: tumore della vescica da fumo e 2-naftilammina)
- d)-il fumo può agire sinergicamente con le sostanze tossiche presenti nel luogo di lavoro

causando un più intenso effetto (es. : tumore del polmone e asbesto, radon, arsenico)
e)-il fumo può determinare interazioni metaboliche quali l'alterazione del tasso di attivazione di un pro-cancerogeno in un metabolita cancerogeno (per es.: attraverso l'induzione di enzimi microsomiali (tipo l'AAH) che agiscono nell'attivazione metabolica di agenti cancerogeni

f)-il fumo può produrre un'alterazione della vulnerabilità ad altri cancerogeni (per es. attraverso una maggiore presenza di cellule infiammatorie metabolicamente attivate, oppure mediante l'attivazione di k-ras oncogeni così come del gene p53)

Il fumo passivo è inoltre considerato da una recentissima monografia dell' Agenzia internazionale di ricerca sul cancro (IARC, 2002) come un agente cancerogeno per l'uomo (Gruppo 1), dal momento che esistono *sufficienti evidenze* che il fumo involontario, (passivo o ambientale), causa il tumore polmonare negli umani. Da questo discende di conseguenza che l'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro, essendo un rischio per la salute, dovrebbe essere adeguatamente valutata dal datore di lavoro, così come previsto dall'art. 4 comma 1 del D.Lgs 626/94, come modificato dall'art. 21 comma 2 della Legge 1 marzo 2002, n. 39, che estende l'obbligo della valutazione a *tutti* i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori .

Il divieto di fumo nei luoghi di lavoro

La legislazione nazionale vigente ha il sostanziale obiettivo di garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori senza imporre il divieto di fumo. Spetta al datore di lavoro il compito di garantire la buona qualità dell'aria nell'ambiente di lavoro. In caso di negligenza il datore di lavoro è esposto a richieste risarcitorie, insieme ai lavoratori fumatori, da parte dei soggetti danneggiati dal fumo passivo.

In accordo con le considerazioni riportate nel Piano sanitario nazionale è da ritenere che l'attuale normativa nazionale (legge 584/75 e direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14.12.1995) sia inadeguata alla bisogna e debba essere rivista prevedendo l'estensione dell'applicazione del divieto di fumo a tutti gli spazi confinati, ad eccezione di quelli adibiti ad esclusivo uso privato, mentre gli spazi eventualmente riservati ai fumatori dovrebbero essere dotati di appositi dispositivi di ricambio d'aria.

Su questa strada si è già posta la **Regione Puglia** con la recente **legge regionale n. 16 del 7 agosto 2002** sul **``Divieto di fumare nei luoghi pubblici e nei luoghi chiusi aperti al pubblico``**. La legge, che ha la finalità di promuovere la tutela della salute dai danni derivanti dal fumo di tabacco e dalla involontaria esposizione allo stesso, estende il *``divieto di fumare nei luoghi di lavoro pubblici e privati, limitatamente agli ambienti di lavoro al chiuso destinati alla permanenza di più persone``*. Nei locali e nei luoghi di lavoro *``possono essere riservate ai fumatori apposite aree nelle quali non vige il divieto di fumare``* che *``devono avere caratteristiche tecniche tali da consentire il ricambio d'aria``* secondo modalità da definire con successiva determinazione dell'Assessorato alla sanità.

La legge regola inoltre le modalità per l'accertamento del rispetto del divieto di fumo nelle strutture sanitarie e lega il rispetto dei divieti stabiliti da tale legge ai requisiti necessari ai fini dell'accreditamento delle strutture sanitarie da parte del Ssn. La legge prevede altresì che entro 6 mesi sarà istituito il certificato dei qualità dell'aria per i locali pubblici o aperti al pubblico .

Il comportamento nei confronti del fumo appare fortemente influenzato dalla cultura del gruppo, dall'organizzazione aziendale e dalla tolleranza o riprovazione sociale e si associa più facilmente ad un'esposizione a fattori di rischio professionali.

I posti di lavoro liberi dal fumo non solo proteggono i non fumatori dai danni da fumo passivo ma incoraggiano anche i fumatori a smettere di fumare.

Una recente e sistematica review (Fichtenberg CM, 2002) mostra che gli ambienti di lavoro completamente liberi dal fumo sono associati ad una riduzione nella prevalenza

dell'abitudine al fumo del 3.8% ed una riduzione del consumo di sigarette da parte dei fumatori (- 3.1 al giorno) che combinati insieme determinano una riduzione del consumo di sigarette del 29%.

Programmi di prevenzione

La promozione della salute sui luoghi di lavoro comprende, secondo la dichiarazione di Lussemburgo (1997) adottata dalla Rete europea per la promozione della salute sui luoghi di lavoro, misure rivolte all'individuo e all'ambiente; essa coniuga la strategia della riduzione del rischio con quella dell'intensificazione della tutela della salute, dei fattori di promozione e del potenziale di salute (approccio globale). Si basa sulla cooperazione multisetoriale e multidisciplinare e può essere attuata con successo soltanto favorendo la motivazione e la responsabilità di tutti i dipendenti. Ciò permette di integrare la promozione della salute nelle decisioni principali ed in tutti i settori dell'organizzazione determinando un cambiamento reale nella qualità della vita degli individui e dell'organizzazione.

Il Piano sanitario nazionale 2002-2004 ha inserito la lotta al tabagismo tra gli obiettivi diretti a promuovere comportamenti e stili di vita salutari. Intervenire sui luoghi di lavoro con programmi di prevenzione del tabagismo offre una inusuale opportunità di raggiungere un gran numero di lavoratori e contribuire a ridurre oltre ai danni da fumo anche il numero di infortuni sul lavoro (il fumo incrementa il rischio di infortuni mortali) e di patologie correlate al lavoro.

Occorrono tuttavia programmi di prevenzione innovativi che mirino a ridurre sia il fumo che le esposizioni occupazionali in particolare per le popolazioni di lavoratori a rischio più elevato. Tali programmi dovrebbero basarsi su un approccio globale alla salute dei lavoratori che riduca complessivamente i molteplici fattori di rischio e comprenda interventi per la qualità dell'ambiente di lavoro, dell'organizzazione del lavoro, delle relazioni interpersonali e dei comportamenti individuali che influenzano positivamente lo stato di salute.

In generale l'esperienza americana suggerisce che i programmi di promozione della salute sono meno disponibili per i lavoratori con basso livello di istruzione, peraltro anche meno interessati a partecipare a tali programmi, e presentano in tal caso un minor tasso di successo nel cambiamento dei comportamenti. D'altra parte i risultati di uno studio condotto su 22 siti lavorativi in Massachusetts indicano che i lavoratori che sono preoccupati riguardo ad un duplice rischio (individuale e lavorativo) presentano un aumentato interesse nello smettere di fumare. **La consapevolezza dell'interazione del fumo con l'esposizione a sostanze tossiche con il rischio di effetti sinergici può innalzare la motivazione a smettere di fumare.**

Sebbene ci sia una discussione crescente sull'importanza di programmi che integrino la promozione e la protezione della salute sui luoghi di lavoro, sono pochi gli studi finora condotti in tal senso.

Uno studio che mostra promettenti risultati che può essere utile citare come esempio positivo è il Well Works Study condotto nell'ambito dell'iniziativa del National Cancer Institute sui luoghi di lavoro (Working Well Trial). Si tratta di un intervento che aveva lo scopo di integrare i messaggi sul controllo del tabacco, la nutrizione e la protezione in programmi che avevano quale bersaglio sia i lavoratori che il management (Sorensen, 1996 e 2002). In tal caso i tassi di successo nella cessazione dell'abitudine al fumo si sono rilevati doppi rispetto a quelli associati ad interventi di sola promozione della salute.

La cessazione dell'abitudine al fumo

Nel 1992, il 40% delle aziende americane del settore privato con più di 50 addetti offriva programmi per smettere di fumare e l'86% riportava di avere una formale politica di restrizione e proibizione del fumo, incluso un 34% di divieto assoluto di fumare in azienda.

(US DHHS, 1992). Tuttavia la partecipazione a tali programmi si è mantenuta piuttosto bassa (circa il 5%) (Grosch, 1998). In generale programmi più intensivi con sessioni e componenti multiple sviluppano tassi più elevati di disassuefazione al fumo rispetto ad interventi più brevi e meno intensivi (Eriksen e Gottlieb, 1998).

Da un punto di vista di sanità pubblica l'impatto di un intervento è il prodotto sia dell'efficacia nel modificare il comportamento che esso raggiunge sia della partecipazione diretta ed indiretta che il programma determina con la diffusione del messaggio.

L'efficacia degli interventi per il controllo del fumo nei luoghi di lavoro può essere innalzata in presenza di interventi coordinati che hanno lo scopo di promuovere la cessazione dall'abitudine al fumo tra i singoli fumatori, che si sviluppano in un contesto sociale di supporto, che coinvolgono anche il management nell'assicurare un ambiente sano ed inseriscono il programma nell'ambito di iniziative pubbliche di controllo del fumo. In tal modo è possibile muoversi oltre il livello individuale nella salute dei lavoratori. Sforzi coordinati a livello individuale, interpersonale e d'organizzazione permettono di migliorare dunque l'efficacia delle campagne antifumo.

Le **linee guida cliniche** per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (Osservatorio FAD - ISS, 2002), per affrontare con determinazione il problema propongono di:

- incrementare la consapevolezza sociale
- educare i giovani alla salute
- aiutare i fumatori a smettere
- diffondere il divieto di fumo

Tali obiettivi possono essere raggiunti, nei luoghi di lavoro, attraverso un approccio di comunità nel quale tutti i soggetti interessati condividono lo scopo e partecipano attivamente alla sua realizzazione. Nel caso di un'azienda il primo passo dovrebbe essere la **costituzione di un gruppo di lavoro di comunità** (datore di lavoro, medico competente, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (rls), responsabili dei servizi prevenzione e protezione, operatori di sanità pubblica, esperti) che avvii un'attività di rilevazione della prevalenza dell'abitudine al fumo tra i lavoratori e costituisca il centro di progettazione e realizzazione di un programma antifumo aziendale, caratterizzato da molteplici interventi:

- divieto di fumo nei luoghi di lavoro e negli spazi comuni
- allestimento di spazi per fumatori
- predisposizione di adeguati sistemi di aspirazione e ricambi d'aria
- sensibilizzazione sui danni da fumo, anche passivo
- interventi brevi del medico competente
- incentivi a smettere
- aiuti a chi vuole smettere di fumare anche attraverso il sostegno di programmi di gruppoterapia

In particolare i medici competenti potrebbero rilevarsi molto utili nell'azione di contrasto dell'abitudine al fumo sui luoghi di lavoro partecipando organicamente a programmi di prevenzione di sanità pubblica che prevedono, nel corso della sorveglianza sanitaria, l'applicazione delle raccomandazioni delle **linee guida dell'Iss**.

La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta oggi la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine. Una riduzione del numero di fumatori potrebbe evitare, in Italia, centinaia di migliaia di morti premature nel primo quarto di secolo e recuperare enormi risorse economiche che potrebbero essere trasferite nel miglioramento della qualità della vita di tutti. Se dunque tali programmi di prevenzione possono risultare utili, perché non provarci di comune impegno? (*P. Valente*)

Rif.: Pasquale Valente, Centro per la documentazione, Dipartimento di prevenzione, Asl Roma G, e-mail: cedoc@dpvaslrmg.it