

I MEDICI E I LAVORATORI FUMATORI

Tiziana Paola Baccolo, Maria Rosaria Marchetti

Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL), Dipartimento Medicina del Lavoro, Roma

Premessa

La Convenzione quadro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sul controllo del tabacco (WHO Framework Convention on Tobacco Control -WHO FCTC-), votata all'unanimità dagli Stati membri nel 2003 ed entrata in vigore nel 2005, indica misure di tutela applicabili dai diversi paesi per la protezione della popolazione dalle conseguenze del consumo del tabacco (dipendenza, malattie e decessi), promuovendo la cessazione del fumo e il trattamento della dipendenza [1]. Nella parte dedicata alle misure per la diminuzione del consumo di tabacco (parte III, art. 14), l'OMS invita gli Stati membri a includere nei piani sanitari nazionali le strategie per la lotta al tabagismo, coinvolgere in esse le persone che lavorano nell'ambito sanitario, sviluppare programmi di prevenzione, diagnosi e trattamento della dipendenza dal fumo di tabacco, creare centri anti fumo e facilitarne l'accessibilità.

I medici di famiglia

Secondo la strategia europea dell'OMS per la lotta al tabagismo, una breve consulenza individuale o di gruppo da parte di un medico è uno dei metodi più efficaci per indurre un'astinenza a lungo termine dal fumo di tabacco [2]. Il coinvolgimento della classe medica è tra le prime dieci principali azioni antifumo indicate anche dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel rapporto nazionale sul fumo 2006 [3]; il Parlamento europeo, inoltre, in una relazione sul libro verde "Verso l'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea" pubblicato nel 2007, invita gli Stati membri a inserire nel sistema sanitario nazionale le consulenze mediche, destinate a porre termine alla dipendenza da nico-

tina. Sempre gli Stati membri dovrebbero incoraggiare e formare i medici generici, perché invitino i pazienti che fumano a smettere e rimborsare gli stessi sanitari per questa consulenza intensiva [4]. Secondo i dati ISTAT, nel 2006, solo al 21% dei fumatori il medico di famiglia ha suggerito spontaneamente di smettere. L'OMS ha dimostrato che il *counselling* breve dei medici di medicina generale, degli infermieri, dei dentisti, dei farmacisti, dei ginecologi e di altri operatori sanitari favorisce la cessazione del fumo [5], con risultati che secondo alcuni autori raggiungono il 30 % [6] o il 50% [7]. Nella lotta al fumo di tabacco il medico ha la possibilità di rivestire un ruolo incisivo dato dallo stretto rapporto fiduciario con il paziente, dalla caratteristica di lavorare spesso in un contesto in cui i pazienti possono essere più ricettivi (ospedali, ambulatori, ecc.), dalla conoscenza approfondita delle malattie, e dall'opportunità di fornire consigli individuali ai propri assistiti.

Il medico, essendo al corrente delle patologie familiari nonché delle pregresse e delle attuali condizioni di salute del proprio assistito, può individuare con maggiore precisione le motivazioni che possono indurre il paziente a smettere di fumare. I primi elementi che potrebbero essere utilizzati per sensibilizzare il fumatore sono l'informazione del soggetto sui danni indotti dal tabagismo, l'analisi dell'abitudine al fumo, il riscontro di sintomi e segni di patologie correlabili al tabagismo e la definizione del grado di dipendenza dalla nicotina (test di Fagerström). Altro contributo per sostenere la decisione di smettere è l'informazione sui danni indotti dal fumo passivo alle persone che li circondano e in particolare ai bambini, per i quali è stato dimostrato nocivo anche il "cattivo esempio" (i figli di fumatori sono a maggior rischio di diventare a loro volta fumatori) [8]. Una buona motivazione a smettere è

anche la consapevolezza dei danni provocati agli animali domestici, principalmente ai cani, ai gatti e ai canarini [9]. Un ulteriore intervento del medico è il supporto psicologico al tabagista con l'eventuale prescrizione della terapia sostitutiva della nicotina e/o l'invio presso centri specialistici territoriali di disassuefazione.

Uno strumento utile per imparare a gestire il percorso di disassuefazione dal fumo di tabacco sono le "Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo" [10] che offrono al medico l'opportunità di applicare la formula delle cinque A:

1. indagare sull'abitudine al fumo (*ask*);
2. formulare brevi raccomandazioni sull'importanza di smettere di fumare (*advise*);
3. individuare i soggetti da avviare alla cessazione dal fumo (*assess*);
4. prestare consulenza per la definizione delle modalità di cessazione (*assist*);
5. valutare l'efficacia dell'intervento di disassuefazione e prevenire le ricadute (*arrange*).

Riguardo agli adolescenti, il medico e ancora meglio il pediatra (fino all'età di quattordici anni), può iniziare a instaurare un dialogo sui temi della salute, compresa l'abitudine al fumo di tabacco; alcuni studi, infatti, hanno dimostrato che i soggetti in età adolescenziale sviluppano molto rapidamente una dipendenza dalla nicotina [11].

Riguardo ai lavoratori è auspicabile uno stretto rapporto tra il medico di famiglia e il medico competente che congiuntamente potranno gestire le varie fasi che contraddistinguono il percorso del fumatore per la decisione di smettere.

I medici competenti

Una figura sanitaria particolare è il medico competente aziendale (MC), come definito dalla normativa vigente. Tale professionista potrebbe rivestire un ruolo centrale nell'attività di disassuefazione dal tabagismo nei confronti di soggetti sani nella fascia d'età che va dalla giovinezza alla maturità piena, considerando che il 34% di tutte le cause di morte attribuibili al fumo di tabacco si verifica nella popolazione fra i 35 e i 69 anni [12]. Il MC è l'unico sanitario che, dovendo definire l'idoneità al lavoro, incontra i suoi "pazienti" nel momento in cui generalmen-

te "sono in buona salute", quindi la sua azione può raggiungere quei soggetti che non si rivolgono ai medici di famiglia. Durante le visite mediche preventive e periodiche, può condurre un'azione informativa sulla nocività del fumo attivo e passivo e dissuadere i fumatori, cercando di intervenire nei diversi momenti delle fasi di cambiamento rispetto all'abitudine al fumo (voglia di iniziare, desiderio di smettere, ricaduta), rafforzando le motivazioni di chi ha deciso di smettere o sostenendo chi ha avuto una ricaduta. Proprio nel luogo di lavoro anche il medico competente, se adeguatamente formato, potrà applicare la formula internazionale delle cinque A. Uno studio del British Medical Journal riporta che un ambiente di lavoro completamente libero dal fumo oltre a difendere i non fumatori dai danni del fumo passivo, è associato a una riduzione del 4% dei fumatori e a una diminuzione del numero di sigarette fumate dai fumatori [13].

È stato dimostrato che l'abitudine al fumo di tabacco sul luogo di lavoro può indurre una diminuzione della produttività del lavoratore con perdita economica per l'azienda dovuta alle assenze per malattie fumo correlate, a frequenti pausa-sigaretta, ecc.; inoltre, è stato riscontrato un aumento degli infortuni e degli incidenti, compresi gli incendi, per distrazione mentre si fuma [14-17].

Le patologie causate dal fumo di tabacco (sigaretta, sigaro, pipa) possono essere causa o concausa di limitazioni, prescrizioni e inidoneità per i lavoratori e ostacolare il riconoscimento di eventuali malattie professionali. Infatti, come i medici del lavoro ben sanno, il fumo, oltre a essere un fattore di confondimento nel monitoraggio biologico (ad es. CO, benzene, ecc.), può agire con un meccanismo additivo o moltiplicativo con alcune sostanze presenti nell'ambito lavorativo (asbesto, polveri di silicio, polveri di cemento, sostanze cancerogene, ecc.), favorendo l'insorgenza di patologie respiratorie, cardiovascolari e neoplastiche (bronchiti, ischemie, neoplasie del polmone e della vescica, ecc.) [18-19].

L'eventuale giudizio di inidoneità può costituire un problema di ricollocamento lavorativo e un ulteriore aumento dei costi aziendali per l'acquisizione e la formazione di altro personale.

Una soluzione per la salute, la sicurezza e la produttività del lavoro potrebbe essere la creazione di un Gruppo di lavoro aziendale che coinvolga i lavora-

tori (fumatori e non), la Dirigenza, il MC (ove presente), le strutture specialistiche delle ASL e i centri antifumo territoriali. Nell'ambito del Gruppo il MC, oltre all'azione persuasivo-dissuasiva verso i tabagisti, si inserirebbe nel contesto lavorativo, analizzando l'influenza dell'ambiente di lavoro, con i rischi già in esso presenti, su ogni singolo lavoratore. Il MC, infatti, almeno una volta l'anno esamina gli ambienti, visita i lavoratori, istituisce le cartelle sanitarie e di rischio e impartisce informazioni sui rischi per la salute. È anche in grado di effettuare il "counselling breve" sull'opportunità di smettere di fumare e può prestare consulenza al Datore di lavoro, valutando con lui i costi/benefici delle politiche antifumo e collaborando alle iniziative aziendali di disassuefazione.

Bibliografia

1. American Lung Association of New Hampshire. Secondhand smoke & pets. <http://www.tobaccofreeutah.org/smokingpets.htm>.
2. C.M. Fichtenberg, S.A. Glantz "Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review" *BMJ* 2002;325:188 (27 July).
3. M.C. Fiore et al. - Treating Tobacco use and dependence. [online]. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD, US Department of health and human services, Public Health Service, 2000 http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
4. Fire Prevention 310. Serious fires caused by the careless use of smoking materials during 1996. *Fire Prevention 310* June 1998;38-9.
5. L. Iannucci, G. Sebastiani, L. Gargiulo. La prevalenza dei fumatori in Italia. Disuguaglianze sociali e differenze di genere. In: Verso una società libera dal fumo. Roma, 24 gennaio 2008. http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/convegni/convegno_fumo_2008/lannucci.pdf.
6. ISS - Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo www.iss.it/ofad
7. Lega Italiana per la lotta contro I tumori. Libro bianco sul fumo 2005.
8. NIOSH Scientific Workshop, "Work, smoking, and health: a NIOSH scientific workshop" June 15-16, 2000 Washington Court Hotel, Washington, D.C. Centers for Disease Control (CDC), [2002].
9. R. Pacifici : "RAPPORTO NAZIONALE SUL FUMO 2006", [online]. Istituto Superiore di Sanità, IX Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale 31 maggio 2007, Roma. <http://www.iss.it/binary/ofad/cont/PACIFICI%2031%20maggio%202007.1180621122.pdf>
10. Parlamento Europeo: RELAZIONE sul Libro verde "Verso l'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea" (2007) <http://www.europarl.europa.eu/sides/get>
11. C. Poropat, G. Montina, A. Sponza: "Il fumo negli adolescenti: dall'uso alla dipendenza". *Tabaccologia* 1: 29-34. 2005.
12. V.H. Rice, L.F. Stead – Nursing intervention for smoking cessation. In: *Cochrane Library*, John Wiley and Sons. Issue 1. Chichester, 2004.
13. J. Ryan, C.Zwerling, E.J.Orav : "Occupational risks associated with cigarette smoking: a prospective study" *Am.J.Public Health*. 1992; 82:29-32.
14. J.Rudnick "Smoking Control in the Workplace". In *Encyclopaedia of Occupational Health and Safety*. 4th edition. Geneva: International Labour Office, 1998. page 1537.
15. L.J.Sacks, D.E. Nelson "Smoking and injuries: an overview". *Prev. Med*. 1994 Jul; 23(4) 515-20.
16. S.P. Tsai, C.P.Wen, S.C. Hu, T.Y.Cheng., S.J Huang: "Workplace smoking related absenteeism and productivity costs in Taiwan" *Tobacco Control* 2005; 14(suppl I): i33-i37.
17. World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control [online]. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland; 2003 http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
18. World Health Organization. WHO European strategy for smoking cessation policy. European tobacco control policy series [online]. World Health Organization Regional Office for Europe 2004 URL:<http://www.euro.WHO.int/Document/E80056.pdf>.
19. World Health Organization. The role of health professionals in tobacco control [online]. World Health Organization 2005 http://www.paho.org/English/DD/PUB/bookletfinal_20april.pdf