



RACCOMANDAZIONI PER AMBIENTI DI LAVORO LIBERI DAL FUMO

1



**REGIONE
PIEMONTE**

ASSESSORATO ALLA TUTELA
DELLA SALUTE E SANITÀ



RACCOMANDAZIONI PER AMBIENTI DI LAVORO LIBERI DAL FUMO

a cura di Lorena Charrier, Alessandro Coppo, Cristiano Piccinelli,
Francesca Di Stefano, Roberta Molinar, Paolo D'Elia
Livia Giordano, Carlo Senore, Nereo Segnan
(Gruppo Tecnico Antitabacco - CPO Piemonte)

COMMISSIONE REGIONALE ANTI-TABACCO

Quaderno n. 1

Maggio 2006

Il documento è stato realizzato dal Gruppo Tecnico Antitabacco del Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO) nell'ambito del "Progetto di prevenzione e riduzione del tabagismo in Piemonte" (programma "Oncologia 2000") finanziato dalla Compagnia di San Paolo.

Si ringraziano per la collaborazione e la revisione del documento: Andrea Dotti (ASL 7), Roberto Montà (Comune di Grugliasco), Barbara Malacart (Gruppo Comital Saiag), Alberto Pastrone (Gruppo Lavazza).

Copia del documento è scaricabile dal sito <http://www.cpo.it/documentipubblicazioni.htm>

Oppure rivolgersi a Gruppo Tecnico Antitabacco, via San Francesco da Paola 31, 10121 Torino.

Tel. 011-6333869 Fax. 011-63333861, e-mail: gruppo.fumo@cpo.it

Progetto grafico, Impaginazione e Stampa a cura di Visual Data Snc

Il **Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT)**, approvato con DGR n 47-13556 del 4.10.2004 nell'ambito del Programma pluriennale Promozione Salute Piemonte, prevede la costituzione di una **Commissione Regionale Anti-Tabacco**, i cui componenti sono stati individuati tra quegli enti ed istituzioni che, a vario titolo, si occupano di lotta al tabagismo sul territorio regionale, e la nomina di una **Consulta regionale**, che raccoglie i rappresentanti degli enti, associazioni, istituzioni attivi in questo ambito. I due organismi rappresentano i principali strumenti di cui l'Amministrazione regionale si è dotata per promuovere, integrare e coordinare efficaci azioni di contrasto al consumo di tabacco in Piemonte.

Commissione Regionale Anti-Tabacco

- Fabio Beatrice, Centro Antifumo S. Giovanni Bosco - ASL4 Torino
- Mario Carzana, Regione Piemonte
- Elena Coffano, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) Regione Piemonte
- Luigi Corbetta, Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG Torino)
- Fabrizio Faggiano, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED) Regione Piemonte
- Livia Giordano, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Luciana Lazzarino, Ufficio Qualità ASL 19, Coordinamento Ospedali liberi dal fumo - Rete Health Promoting Hospitals (HPH Piemonte)
- Lucia Occhionero, Centro Antifumo ASL 19, Coordinamento Ospedali liberi dal fumo - Rete Health Promoting Hospitals (HPH Piemonte)
- Nereo Segnan, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Carlo Senore, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO-Piemonte)
- Elisabetta Versino, Dipartimento di Sanità Pubblica - Università di Torino

Consulta regionale "Piemonte Libero dal Fumo"

- Roberto Anino, Confcommercio Esercizi Pubblici Associati Torino e Provincia (EPAT)
- Sante Bajardi, Confederazione Italiana per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria (CIPES Piemonte)
- Angela de Bernardis, Servizio Tossicodipendenze - ASL 6 Cirié (TO)
- Mauro Brusa, Referente per la Promozione ed Educazione alla Salute (RePES) - ASL 21 Casale Monferrato (AL)
- Antonio Buonocore, Associazione "Perche' no?"
- Liborio Cammarata, Società Italiana di Tabaccologia (SITAB Piemonte) - Dip. Patologia delle Dipendenze ASL 13 Novara
- Clara Candelo, Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL) - ASL 1 Torino
- Giuseppe Costa, Servizio di Epidemiologia - ASL 5 Grugliasco (TO)
- Renato Galetto, Associazione AMA
- Paolo Gasparetto, CULCASG - ALCASE Italia Ass. Cuneese per lo Studio e la Ricerca contro il Cancro del Polmone
- Sergio Giraud, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT)
- Ludovico Grasso, Gruppo Abele Università della Strada
- Paolo Laurenti, Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) Dip. Prevenzione - ASL 10 Pinerolo (TO)
- Aldo Lodi, Cittadinanzaattiva, Tribunale Diritti del Malato
- Mariuccia Malesani Valente, Forum genitori c/o Ufficio Scolastico Regionale
- Sabina Natali, Associazione Zed
- Amalia Neirotti, Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI Piemonte)
- Mario Nejrrotti, Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino
- Biagio Polla, Centro Antifumo, ASO SS. Antonio e Biagio, Fisiopatologia della respirazione
- Paolo Querio, Ordine dei Giornalisti del Piemonte
- Luigi Resegotti, Associazione per la Prevenzione e la Cura dei Tumori in Piemonte
- Benedetto Terracini, Centro di Riferimento per l'Epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte (CPO Piemonte)
- Maria Paola Tripoli, MIUR Ufficio Scolastico Regionale
- Simona Tempia Valenta, Fondo Edo Tempia - Biella
- Piero Zaina, Rete Health Promoting Hospitals (HPH Piemonte)

Indice

Premessa	7
<hr/>	
Introduzione.....	8
<hr/>	
Perché vietare il fumo negli ambienti di lavoro.....	11
1.1 Effetti sulla salute dei non fumatori	11
1.2 Benefici per l'azienda	12
1.3 Altri elementi di valutazione.....	13
1.4 Costi economici e sociali per la popolazione.....	14
<hr/>	
Legislazione	15
<hr/>	
Materiali e metodi.....	18
<hr/>	
La strategia antifumo	21
4.1 Cosa determina il successo di una politica antifumo?.....	21
4.2 Percorso per la realizzazione della strategia antifumo	21
4.2.1 Creare un gruppo di lavoro	21
4.2.2 Nominare un referente e accantonare le risorse necessarie	24
4.2.3 Raccogliere informazioni	24
4.2.4 Scrivere un regolamento o un documento di indirizzo	25
4.2.5 Creare aree libere dal fumo	26
4.2.6 Comunicare il divieto	29
4.2.7 Attuare una vigilanza sul divieto	30
4.2.8 Offrire programmi per smettere di fumare	31
4.2.9 Monitorare e valutare	32
<hr/>	
Bibliografia	34
<hr/>	
Allegati	39
1 Esempio di questionario per la raccolta di informazioni	39
2 Esempio di progetto per la creazione di un ambiente di lavoro libero dal fumo	41
3 Esempio di regolamento	42
4 Esempi di segnali antifumo	45
5 Diritti e doveri dei lavoratori e dei datori di lavoro	47
6 Requisiti tecnici dei locali per fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria e dei modelli dei cartelli connessi al divieto di fumo	48
<hr/>	

Premessa

Sono lieto di presentare il primo numero di una nuova collana edita dall'Assessorato alla tutela della salute e sanità, avente come tema centrale la prevenzione e il trattamento del tabagismo. In Piemonte il fumo continua a rappresentare un rilevante problema di sanità pubblica, per la sua diffusione in circa un quarto della popolazione e perché causa di oltre 5.500 morti ogni anno. Per questo motivo è necessario programmare iniziative e mettere a punto strumenti di provata efficacia utili a gestire e contenere il fenomeno.

La collana è frutto del lavoro congiunto della Commissione Regionale Anti-Tabacco e della Consulta regionale "Piemonte Libero dal Fumo", istituiti in seguito al Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT), la prima con compiti di programmazione, coordinamento e supporto scientifico, la seconda incaricata di indirizzare e di verificare le attività di contrasto al fumo di tabacco sul territorio piemontese. La Commissione e la Consulta sono composte da professionisti rappresentanti le organizzazioni e gli enti impegnati nel controllo del tabagismo, che hanno l'incarico di attuare il Piano anche attraverso la produzione di documenti e strumenti, come la presente pubblicazione, destinati a essere diffusi e utilizzati dagli operatori impegnati nei servizi pubblici, nel privato e nelle associazioni.

La collana inizia con questo volume che contiene una serie di raccomandazioni per guidare, passo dopo passo, i dirigenti delle aziende e gli operatori sanitari verso la realizzazione di politiche che coinvolgano e responsabilizzino i lavoratori nella creazione di ambienti salutarì, con riferimento in particolare all'eliminazione del fumo passivo nelle aziende. Per questa trasformazione è necessario non solo applicare la legge già esistente, ma anche creare una politica volta a promuovere il consenso sul rispetto della salute altrui e il supporto dei fumatori che desiderano smettere.

La scelta di focalizzarsi sul *setting* lavorativo deriva dall'osservazione di come sia proprio in tale ambiente, oltre che nelle abitazioni private, che si registri la maggiore esposizione al fumo passivo. Inoltre, l'introduzione delle politiche antifumo va incontro a una più generale richiesta dei lavoratori di tutela della salute e di promozione del benessere in azienda.

Mi auguro dunque che la presente guida possa costituire uno strumento utile alla diffusione di ambienti liberi dal fumo sul territorio piemontese e un tassello importante per la realizzazione di interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro.

Mario VALPREDA

Assessore alla Tutela della Salute e Sanità della Regione Piemonte

Introduzione

Contesto

Con la Legge 3/2003, "Dispositivi ordinamentali in materia di pubblica amministrazione", l'Italia è diventata il terzo Paese europeo ad applicare il divieto di fumo nei luoghi aperti al pubblico e in quelli di lavoro, dopo Irlanda e Norvegia, mentre altri, sotto la spinta delle raccomandazioni di OMS e UE, si stanno dotando di analoghi regolamenti.

Prima dell'entrata in vigore di questa legge, nel nostro Paese i documenti di riferimento in tema di tutela dai rischi legati all'abitudine al fumo sul luogo di lavoro erano il DPR 303/1956 ("Norme generali per l'igiene del lavoro") e il D.L.vo 626/94 ("Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE e 90/679/CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro). In particolare, il D.L.vo 626/94 aveva già portato all'attenzione dei datori di lavoro la necessità di affrontare nelle proprie realtà lavorative il tema della salute, senza limitarsi a considerare soltanto infortuni e malattie professionali e coinvolgendo gli stessi dipendenti per promuovere ambienti di lavoro più salutarci. La recente approvazione della Legge 3/2003, che ha introdotto il divieto di fumo in tutti i luoghi pubblici e di lavoro, impone ai decisori di ripensare la gestione del problema "fumo" in tutti i contesti lavorativi.

I danni per la salute provocati dal fumo passivo sono ben documentati dalla letteratura scientifica e molti studi concordano sul fatto che l'introduzione di divieti totali o limitazioni parziali nei luoghi di lavoro e nei locali aperti al pubblico, sia in grado di ridurre l'esposizione al fumo passivo e aumentare il numero di fumatori che intraprendono un percorso di disassuefazione. Questo spiega come, oramai in molti paesi, sia sentita l'esigenza di promuovere la creazione di ambienti dove fumare è vietato o consentito solo in aree circoscritte.

La diffusione di ambienti liberi dal fumo non deve però caratterizzarsi come una guerra ai fumatori, ma piuttosto come un tentativo di rendere gli ambienti di lavoro più sicuri e salutarci, evitando che il divieto venga vissuto da alcuni come una arbitraria limitazione della libertà personale.

Un elemento da tenere in considerazione, nella progettazione e realizzazione di azioni contro il fumo in ambiente di lavoro, è rappresentato dalle differenze rilevate nella prevalenza di abitudini di vita nocive per la salute (come ad esempio il fumo) tra i diversi gruppi occupazionali e tra i diversi livelli di mansione, che mostrano in molti casi un andamento parallelo a quello delle disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute. Le ipotesi relative ai meccanismi generatori di queste disuguaglianze sociali nell'assunzione di comportamenti dannosi per la salute fanno riferimento da un lato alle caratteristiche della mansione, dall'altro a quelle dell'ambiente di lavoro con i vincoli che esso può imporre allo svolgimento di attività sociali e ricreative e alla struttura delle relazioni sociali che promuove (Costa, 2005). Considerare questi aspetti permette di evitare la stigmatizzazione di coloro che adottano un certo comportamento e può favorire l'elaborazione di una politica organica per la creazione di un ambiente di lavoro libero dal fumo il cui scopo sia il miglioramento della salute dei dipendenti, ma anche delle condizioni generali di lavoro.

Chi è chiamato a disegnare e implementare *policies* antifumo deve quindi tener conto di tali criticità per progettare interventi che riescano ad incidere efficacemente su tutto il personale. Il successo di tale politica dipende da diversi fattori: trasparenza delle decisioni e dei finanziamenti necessari, informazioni complete e tecniche di formazione adeguate, partecipazione di tutto il personale e creazione di una procedura di valutazione a lungo termine.

Obiettivi

L'articolo 51 della Legge 3/2003 si propone di **proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo**. Per raggiungere questo obiettivo, oltre all'applicazione del divieto, è necessario progettare azioni che tengano conto degli stili di vita e delle abitudini dei lavoratori, che partano dalla costruzione del consenso fra i lavoratori stessi e contemplino anche la possibilità di offrire un supporto ai fumatori qualora intendano smettere di fumare.

Una trattazione dettagliata delle problematiche legate all'implementazione di interventi per la cessazione del fumo in ambiente di lavoro esula però dagli scopi di questo documento.

Questa guida vuole costituire un contributo utile per affrontare il tema del tabagismo negli ambienti di lavoro in Piemonte attraverso la **costruzione di strategie volte all'applicazione della Legge 3/2003**.

Le indicazioni in essa contenute, basate sulle più recenti raccomandazioni internazionali, forniscono strumenti per creare luoghi di lavoro liberi dal fumo attraverso la diffusione di una cultura orientata alla salute e non solo attraverso l'applicazione di divieti o limitazioni imposti per legge. A partire dalle raccomandazioni qui prodotte potranno essere realizzati materiali più fruibili (locandine, brochure,...), dedicati a *target* e *setting* specifici, in modo da facilitare la realizzazione e la diffusione di ambienti di lavoro liberi dal fumo.

Destinatari

La Circolare Ministeriale del 17 dicembre 2004 ("Indicazioni interpretative e attuative dei divieti conseguenti all'entrata in vigore dell'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n.3, sulla tutela della salute dei non fumatori") chiarisce come il divieto di fumare sia da intendersi esteso non solo ai luoghi di lavoro pubblici, ma anche a quelli privati in quanto aperti ad utenti, fra i quali l'articolo 51 della Legge 3/2003 ricomprende gli stessi lavoratori dipendenti.

Chiarito dunque che, almeno dal punto di vista legislativo, il *target* è rappresentato dal mondo del lavoro nel suo complesso, si è proceduto ad analizzarne i differenti protagonisti allo scopo di capire se fosse fattibile ed utile realizzare un unico documento o non fosse, invece, necessario produrre indicazioni specifiche per i diversi contesti lavorativi.

Si è scelto di elaborare un unico documento destinato ad Amministrazioni Pubbliche (Regionali, Provinciali e Comunali), aziende private di medie e grandi dimensioni e Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere (ASL e ASO), ponendo un'attenzione particolare a queste ultime, in quanto istituzioni che hanno, oltre al mandato di fornire un supporto attivo per quanti (pazienti, personale e cittadini) intendano smettere di fumare, il dovere etico di sostenere, con l'esempio, le *policies* contro il fumo. Il giuramento di Ippocrate impone infatti a tutti i medici e, per analogia, a tutto il personale sanitario, il dovere di *non maleficere*: fumare nello svolgimento delle proprie funzioni produce invece una immediata riduzione dell'efficacia di qualunque raccomandazione e quindi un danno indiretto.

Tra i destinatari di questa guida non figurano le piccole realtà lavorative e l'ambito scolastico.

Per quanto concerne le prime, mancano in letteratura indicazioni derivanti da esperienze già realizzate. Sebbene questo documento possa fornire utili spunti anche per iniziative da condurre nelle piccole aziende, esse non necessitano probabilmente di interventi così articolati date le loro dimensioni e il numero esiguo di lavoratori.

Agli ambienti scolastici, chiamati anch'essi a rispettare la normativa, sarà invece dedicato un documento specifico, in quanto presentano caratteristiche peculiari rispetto agli altri destinatari del presente lavoro; si tratta infatti di dedicare particolare attenzione ad un ambiente che ospita una fascia di popolazione, quella adolescenziale, significativamente a rischio per l'iniziazione e l'instaurarsi di comportamenti dannosi quali il consumo del tabacco. Le azioni da intraprendere in questo contesto devono prevedere anche il

coinvolgimento di insegnanti e genitori, utilizzare una comunicazione mirata ed essere orientate, oltre che alla cessazione, anche alla prevenzione.

La guida è quindi rivolta in modo particolare a:

- medie e grandi aziende private;
- Aziende Sanitarie;
- Amministrazioni Pubbliche.

Struttura del documento

Il documento si apre con una prima parte dedicata al rationale che sottende la realizzazione di interventi di controllo del tabagismo nei luoghi di lavoro. Nel capitolo "La strategia antifumo" sono illustrati i presupposti scientifici per la realizzazione degli interventi più appropriati per il successo dell'iniziativa, seguiti da raccomandazioni specifiche per l'attuazione del programma.

Negli allegati sono contenuti esemplificazioni e materiali di consultazione.

Il lavoro è stato svolto dal Gruppo Tecnico Antitabacco (CPO Piemonte) in accordo con i membri della Commissione del Piano Regionale Anti-Tabacco e della Consulta "Piemonte Libero dal Fumo", e si colloca tra le strategie del Piano Regionale Anti-Tabacco (PRAT) della Regione Piemonte approvato il 4 ottobre 2004.

1 Perché vietare il fumo negli ambienti di lavoro

I principali ambienti in cui i non fumatori sono esposti a fumo passivo sono la casa e il luogo di lavoro. In particolare, in casa sono le donne a subire di più il fumo del coniuge (il 15% contro l'11,5% degli uomini), mentre negli ambienti lavorativi la stima del numero di maschi non fumatori esposti è del 28% contro il 23% delle donne (Ministero della Salute, 2004). L'ambiente di lavoro rappresenta dunque il principale luogo di esposizione al fumo passivo, a causa della lunga permanenza in ambienti fumosi ed alla impossibilità, sovente, di adottare comportamenti volti ad evitare l'esposizione cambiando, ad esempio, ufficio (Forestiere, 2002).

L'introduzione del divieto di fumare negli ambienti di lavoro sembra andare incontro anche alla domanda degli stessi lavoratori che fumano: in Italia l'86% circa dei fumatori è infatti favorevole all'estensione a tutte le aziende del divieto di fumare sul posto di lavoro e l'87% circa dei fumatori si dice favorevole alla creazione di spazi per fumatori nei locali pubblici (DOXA, 2004). Anche i lavoratori più reticenti all'introduzione dei divieti sviluppano attitudini favorevoli verso la restrizione del fumo se le regolamentazioni all'interno delle organizzazioni lavorative sono adeguatamente concertate con il personale (Stave, 1991). L'indagine DOXA svolta dopo l'entrata in vigore della legge, d'altra parte, rileva che almeno il 20% degli italiani afferma che il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è poco o per nulla rispettato.

1.1 Effetti sulla salute dei lavoratori

Il fumo passivo (o involontario) è definito come l'esposizione di una persona che non fuma al fumo di tabacco prodotto da altri. Il fumo passivo (detto anche fumo ambientale, "*environmental tobacco smoke*" o ETS) è una miscela di fumo esalato dal fumatore e di fumo prodotto dalla combustione spontanea della sigaretta. Quando i non fumatori sono fortemente esposti all'ETS, si riscontrano nelle urine elevati livelli di carcinogeni del tabacco (Hecht, 1993).

Il fumo passivo è classificato come sostanza cancerogena di Gruppo I⁽¹⁾ (IARC, 2004) e i danni provocati dalla sua esposizione, aumento del rischio di malattie respiratorie (Moher, 2003; Strachan, 1997), infarto del miocardio (He, 1999) e tumore polmonare (Hackshaw, 1997), sono noti ormai da tempo. Una sintomatologia legata alla quantità di fumo passivo respirato è stata riscontrata in chi è costretto a lavorare in ambienti o mezzi di trasporto dove si fuma (Kreuzer, 2000): tosse, catarro e giorni di lavoro persi sono maggiori nei lavoratori esposti a fumo passivo; la cura dell'asma nell'adulto risulta più difficile e la morbosità maggiore nei pazienti esposti a fumo passivo sul lavoro o a casa (Jindal, 1994).

Secondo stime recenti, in Italia, tra i non fumatori, si registrano ogni anno 500 decessi per tumore al polmone e oltre 2000 morti per malattie ischemiche del cuore causati dal fumo passivo. Per quanto riguarda le malattie cardiovascolari, in particolare, l'aumento del rischio si riscontra anche con esposizioni non particolarmente prolungate (Ministero della Salute, 2004). Nei non fumatori l'esposizione all'ETS può inoltre danneggiare fino all'8% la funzionalità dei polmoni, anche per bassi livelli d'esposizione (Danuser, 1993). Ulteriori cause di disagio possono essere irritazione agli occhi, mal di testa, vertigini, stanchezza, mal di gola, nausea, tosse o difficoltà a respirare.

(1) Gruppo I: Sostanza cancerogena per l'essere umano. L'evidenza delle conoscenze è sufficiente per concludere che c'è una relazione causa-effetto tra l'esposizione alla sostanza in esame e la comparsa di tumori nell'essere umano. Sono stati finora catalogate 88 sostanze cancerogene di Gruppo I.

Il fumo passivo risulta poi essere particolarmente dannoso per alcuni gruppi a rischio: i pazienti affetti da patologie cardiache esposti al fumo passivo sono infatti più soggetti ad aritmia cardiaca; la cura dell'asma risulta più difficile e la morbosità maggiore nei pazienti esposti a fumo passivo sul lavoro o a casa (Jindal, 1994); nelle donne in gravidanza, l'esposizione all'ETS può determinare un ritardo della crescita del feto e aumentare il rischio di complicanze alla nascita (Misra, 1999); nei neonati, infine, l'ETS aumenta il rischio di sindrome di morte in culla, bronchiti, polmoniti, asma bronchiale, otite (Bakoula, 1995).

Più in generale, il fumo è responsabile, tra i fumatori uomini, del 64% delle morti per patologie respiratorie, del 50% di quelle per tumori e del 32% di quelle per malattie cardio e cerebrovascolari. Nelle donne tali valori sono pari al 20% per le patologie respiratorie, al 6% per le cardio e cerebrovascolari ed al 5% per quelle tumorali (Doll, 1994; La Vecchia, 2002). Il fumo attivo rimane dunque, di fatto, la principale causa prevenibile di morbosità e mortalità nel nostro Paese e in tutto il mondo occidentale.

I benefici in termini di salute derivanti dalla cessazione dell'abitudine al fumo d'altra parte sono notevoli e osservabili fin da subito: riducendo l'esposizione si produce una sostanziale riduzione dei sintomi respiratori e una migliorata funzionalità polmonare (Eisner, 1998). Anche i vantaggi a lungo termine sono rilevanti, poiché si riducono i rischi di malattie a più lunga latenza: malattie respiratorie, cardiovascolari, tumorali (Peto, 2000). La cessazione dell'abitudine al fumo ha una considerevole efficacia nel ridurre in particolare il rischio di tumori del polmone: a parità di età di inizio il rischio è tanto inferiore quanto prima si smette.

La cessazione e la riduzione a tutte le età ha dunque una considerevole efficacia nel diminuire il rischio di contrarre malattie fumo-correlate.

1.2 Benefici per l'azienda

Riduzione dell'assenteismo e dei giorni di malattia

I fumatori hanno una maggiore probabilità di ammalarsi rispetto ai non fumatori: oltre alle patologie più gravi, quali cancro, malattie respiratorie e cardiache, i fumatori incorrono più facilmente in tosse, raffreddore ed influenza. Il fumo di sigaretta è responsabile anche di una consistente proporzione di ospedalizzazioni e di giornate di lavoro perse, in particolare tra gli uomini (Robbins, 2000). Un altro aspetto da considerare è l'assenteismo dei non fumatori causato dal fumo passivo. Come già citato, l'ETS è responsabile di diverse patologie nei non fumatori: McGhee (2000) ha evidenziato in un'indagine trasversale su 4819 agenti di polizia di Hong Kong non fumatori, che l'esposizione al fumo passivo al lavoro è associata con un crescente ricorso ai servizi sanitari e con un aumento dell'assenza dal lavoro; fra gli agenti maschi che erano stati esposti per più di un anno al fumo passivo McGhee ha registrato infatti un tasso di assenteismo per malattia doppio rispetto a coloro che non erano stati esposti.

Risultano dunque ben evidenti, sia per i lavoratori che per le aziende, i benefici, anche economici, derivanti da una migliore salute e una maggiore produttività conseguenti all'attuazione di politiche di contrasto e controllo del fumo di tabacco in ambiente di lavoro (Briss, 2000; ENSP, 2001).

Aumento della produttività

I costi che deve sostenere il datore di lavoro per assenteismo non sono soltanto quelli dovuti ai permessi pagati per malattia, ma anche quelli derivanti dalla necessità di sostituire il personale e dalla produttività persa (ENSP, 2001). Nonostante la sostituzione del personale, ci sono spesso delle interruzioni nella produzione quando la normale forza lavoro è in malattia e ciò può aumentare i costi di produzione.

Riduzione di incidenti occupazionali

Una revisione degli studi condotti (Sacks, 1994) mostra come i fumatori, rispetto ai non fumatori, abbiano una maggiore probabilità di incorrere in incidenti stradali (1,5 volte) e di subire infortuni sul lavoro (1,4-2,5

volte). Diverse ragioni, quali la maggiore distraibilità e il fatto di fumare in particolari condizioni psicofisiche, concorrono a spiegare tali differenze.

In alcuni luoghi di lavoro particolarmente pericolosi, il fumo di tabacco, interagendo con altre sostanze, può aumentare ulteriormente i rischi (US Department of Health and Human Services, 1985).

Riduzione dei conflitti

Il fastidio provocato dal fumo passivo sul luogo di lavoro può essere causa di conflitti tra fumatori e non fumatori. Questo si verifica maggiormente quando fumatori e non fumatori devono condividere la stessa stanza o lo stesso ambiente di lavoro (Gibson, 1994). Al contrario, in nessuna pubblicazione concernente gli effetti delle restrizioni sul fumo negli ambienti di lavoro è stato riportato che tali misure abbiano determinato un aumento dei conflitti tra fumatori e non fumatori o deteriorato l'atmosfera lavorativa (ENSP, 2001).

Riduzione del rischio di incendi

Storicamente i primi divieti sono stati introdotti nei luoghi di lavoro per prevenire incendi ed esplosioni. In Inghilterra è stato stimato che l'8,9% di tutti i grossi incendi verificatisi nel 1996 sui luoghi di lavoro è stato provocato dal fumo di sigaretta, con un danno economico stimato in circa 14 milioni di sterline (circa 21 milioni in euro) (Fire prevention 310, 1998). In alcuni settori particolarmente pericolosi, quale ad esempio l'industria chimica, i divieti di fumare sono legati principalmente a motivi di sicurezza.

Eliminazione del rischio di cause legali

Fra i motivi che hanno spinto i datori di lavoro ad introdurre politiche per creare ambienti liberi dal fumo vi sono le contestazioni legali che possono essere condotte dai dipendenti molestati dal fumo passivo. I datori di lavoro possono infatti essere citati in giudizio per negligenza qualora si riesca a dimostrare che l'esposizione al fumo passivo ha danneggiato la salute dei lavoratori (Sentenza Procura di Milano 1/3/2002). Tali provvedimenti trovano fondamento nella sentenza della Corte Costituzionale 202/91 che, a partire dagli articoli 32 della Costituzione e 2043 del Codice Civile, sancisce "la risarcibilità dei danni derivanti dal fumo passivo, quale lesione del diritto alla salute".

Riduzione delle spese per pulizia e manutenzione

Il fumo di sigaretta determina un aumento dei costi di pulizia e di manutenzione degli oggetti e delle attrezzature presenti sul luogo di lavoro (tappeti, attrezzatura informatica, mobili, eccetera) (ENSP, 2001).

Vantaggi in termine di immagine

La cura dell'immagine, la comunicazione e la visibilità sono particolarmente importanti per piccole e grandi aziende. La maggior parte della popolazione non fuma ed è infastidita dal fumo passivo. Da un punto di vista commerciale è dunque essenziale per un'azienda adeguarsi ai desideri dei potenziali consumatori creando aree libere dal fumo (AIMAR, 2004). Grandi aziende hanno preso da tempo questa iniziativa: Alitalia e Trenitalia, per quanto riguarda i trasporti, e alcune ditte private per la produzione di beni di consumo. Anche alcune Amministrazioni Pubbliche, quali la Regione Piemonte e il Comune di Torino, hanno regolamentato il fumo nei propri locali in coerenza con il loro compito di promuovere scelte per lo sviluppo e il benessere della popolazione. Infine anche ristoranti e bar sono motivati a vietare il fumo per promuovere un pasto in un ambiente piacevole e sano.

1.3 Altri elementi di valutazione

Protezione di gruppi a rischio

Il divieto di fumare negli ambienti di lavoro risulta particolarmente importante per la salute di specifici gruppi a rischio, quali donne in gravidanza, persone affette da malattie cardiovascolari o allergiche al fumo.

Impatto sui consumi

In seguito all'applicazione della Legge 3/2003 che vieta il fumo in tutti i locali aperti agli utenti e al pubblico, sono emerse da parte degli esercenti di bar e ristoranti preoccupazioni in merito ad un'eventuale perdita di clientela. Tale timore non trova tuttavia conferma nella ricerca scientifica. Le entrate di questo settore non sarebbero infatti ridotte dalle leggi sugli ambienti liberi dal fumo, ma potrebbero al contrario, aumentare qualora il cambiamento fosse accompagnato da un'adeguata informazione (Gallus, 2005; Bartosch, 1999; Glantz, 1997).

1.4 Costi economici e sociali per la popolazione

L'abitudine al fumo si configura come un problema di Sanità Pubblica, sia in termini di morbosità che di mortalità attribuibile. Il tabacco è infatti la principale singola causa di malattia e morte prevenibile, responsabile del 15% dei decessi che si verificano ogni anno in Italia e di una diminuzione dell'aspettativa di vita di circa 7 anni e mezzo (Doll, 1994).

In Piemonte il 33% degli uomini e il 17% delle donne è fumatore, una percentuale piuttosto consistente che rispecchia la media nazionale. È stato inoltre stimato che ogni anno nella nostra regione muoiano circa 5.500 persone a causa di malattie fumo-correlate, che rappresentano il 20.5% di tutti i decessi fra gli uomini e il 4% fra le donne. Prima dei 75 anni (mortalità precoce), i decessi dovuti al fumo sono il 25% fra gli uomini e il 9% fra le donne (Faggiano, 2005)

Il costo in termini di perdita di vite umane e di insorgenza precoce di malattie evitabili è consistente. Alcuni studi hanno tentato di quantificare l'impatto economico, in termini di costi sanitari e sociali derivanti dalle cure mediche, dalla morte prematura e dal precoce pensionamento degli individui affetti da patologie fumo-correlate. È stato calcolato, ad esempio, che in Piemonte nel 2003 complessivamente 15.755 ricoveri fra gli uomini (il 7.4% del totale) erano attribuibili al fumo di tabacco (Faggiano, 2005).

I principali costi sanitari sono riferibili alle attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie fumo-correlate, cui si aggiungono i costi legati al mancato guadagno per assenteismo o perdita di lavoro per malattia, e, infine, alla morte prematura in età lavorativa.

Sulla base di ricerche condotte negli Stati Uniti, si può stimare che in Italia i costi sociali dovuti alla perdita di produttività si attestino intorno a 10 miliardi di euro all'anno. Se a questi si sommano i costi sanitari la cifra sale a circa 15 miliardi di euro l'anno, una somma di denaro di gran lunga superiore ai ricavi ottenuti con la vendita dei prodotti del tabacco (9,5 miliardi di euro nel 1999) (Garattini, 2002).

Non dobbiamo poi dimenticare che queste valutazioni economiche non tengono in considerazione, per l'incapacità dei modelli utilizzati di monetizzarle, la morte e la sofferenza causate dal fumo.

2 Legislazione

Sebbene l'ordinamento giuridico italiano presenti da molto tempo norme volte a tutelare la salute dei cittadini dai danni del fumo, tali norme sovente non sono state adeguatamente applicate anche per i problemi interpretativi da esse suscitati. Un esempio riguarda la prima storica legge emanata nel nostro Paese contenente un esplicito divieto di fumo. La Legge 584 del 1975 "Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico" introduceva per la prima volta il divieto assoluto di fumare nelle corsie degli ospedali, nelle aule delle scuole di ogni ordine e grado, sulle auto di proprietà dello Stato, di enti pubblici e di privati concessionari di pubblici servizi per il trasporto collettivo di persone, nelle metropolitane, nei locali chiusi adibiti a pubblica riunione, nei cinema e nei teatri, nelle sale da ballo, nei musei, nelle biblioteche, nelle sale d'attesa delle stazioni e nei compartimenti ferroviari per non fumatori. Questo elenco di luoghi in cui era stabilito il divieto assoluto di fumare ha in realtà posto problemi interpretativi, soprattutto per quanto riguarda la dicitura "locali chiusi aperti al pubblico" e, in particolare, l'espressione "locali in cui si svolge una pubblica riunione", che è stata a lungo interpretata in maniera estremamente restrittiva, facendo riferimento alle norme di pubblica sicurezza secondo le quali, perché si possa parlare di "pubblica riunione", occorre che tale riunione abbia ricevuto l'autorizzazione dalle autorità di Pubblica Sicurezza. Si è pertanto dovuto attendere il 1995 perché una sentenza del TAR del Lazio dirimesse la questione, ricomprendendo nella locuzione "locali chiusi adibiti a pubblica riunione" ogni ambiente chiuso "nel quale si realizzi una permanenza di pubblico", motivando tale decisione col fatto che la finalità della normativa non è l'ordine pubblico, quanto la tutela della salute dai danni derivanti dal fumo passivo.

Anche a seguito di tale sentenza, nello stesso 1995 è stata emanata la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri "Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici" in cui si chiarisce che per "locale aperto al pubblico" deve intendersi "quello in cui la generalità degli amministrati e degli utenti accede, senza formalità e senza bisogno di particolari permessi, negli orari stabiliti". L'applicazione del divieto è stata poi estesa a tutti i locali utilizzati, a qualunque titolo, dalla pubblica amministrazione e dalle aziende pubbliche per l'esercizio delle proprie funzioni istituzionali, nonché da privati esercenti servizi pubblici, sempre che tali locali siano aperti al pubblico (leggasi, ad esempio, i locali aperti al pubblico delle banche).

La stessa Direttiva del 1995 ha introdotto l'obbligo di esporre un cartello indicante il divieto in tutti i locali in cui è vietato fumare.

Fino all'entrata in vigore dell'articolo 51 ("Tutela della salute dei non fumatori") della Legge 3/2003, non esisteva però nel nostro Paese una norma che vietasse esplicitamente di fumare nei luoghi di lavoro privati. C'era invece tutta una costruzione giurisprudenziale (figura 1), basata su articoli della Costituzione, del Codice Civile, dello Statuto dei Lavoratori, del DPR 303/56, dei Decreti Legislativi 626/1994 e 242/1996, per la quale il datore di lavoro ha l'obbligo di tutelare la salute dei propri dipendenti. Tutte queste norme impongono infatti, tra l'altro, al datore di lavoro di tutelare l'integrità fisica e morale dei prestatori di lavoro, predisponendo tutte le misure necessarie, di valutare i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, di fare sì che i lavoratori dispongano di aria salubre anche attraverso l'utilizzo di impianti di aerazione efficienti.

A questo riguardo risulta particolarmente importante una sentenza della Corte Costituzionale del 1996, secondo la quale "la tutela preventiva dei non fumatori nei luoghi di lavoro può ritenersi soddisfatta quando, mediante una serie di misure adottate secondo le diverse circostanze, il rischio derivante dal fumo pas-

sivo, se non eliminato, sia ridotto ad una soglia talmente bassa da far ragionevolmente escludere che la loro salute sia messa a repentaglio". Nonostante tale sentenza, in assenza di un divieto esplicito previsto per legge, occorre rivolgersi all'autorità giudiziaria, con la nomina di un avvocato di fiducia, sia per la richiesta di un eventuale risarcimento dei danni, sia, in via preventiva, per dare avvio ad un'azione cautelare che permettesse di ristabilire condizioni ottimali sul luogo di lavoro.

E proprio in materia di risarcimento danni, significativa è stata la sentenza della Corte Costituzionale del 1991, per la quale "la risarcibilità dei danni derivati dal cosiddetto fumo passivo, quale lesione del diritto alla salute, trova direttamente fondamento nel collegamento tra l'articolo 32 della Costituzione e l'articolo 2043 del Codice Civile".

Come già accennato, pur in presenza di norme e articoli di legge cui appellarsi, la tutela della salute dei lavoratori nei confronti del danno da fumo passivo, in particolare nei luoghi di lavoro privati, è risultata sempre di difficile attuazione, proprio a causa del vuoto legislativo legato all'assenza di una norma specifica. La prima condanna per omicidio colposo a causa del fumo passivo da sigaretta in ambiente di lavoro risale infatti appena al marzo 2002, quando la Procura di Milano ha inflitto la pena detentiva ed il risarcimento danni a due dirigenti bancari per aver "sottovalutato, se non ignorato, le continue richieste di vigilare sulle violazioni al divieto di fumo commesse dai dipendenti della filiale", causando il decesso di una impiegata affetta da disturbi respiratori.

A conferma di un certo cambiamento culturale in tema di fumo passivo, l'articolo 52 comma 20 della Legge Finanziaria 2002 ha inasprito le multe per i trasgressori dei divieti (da 25 a 250 Euro) e per chi, pur avendone la responsabilità, non appone gli appositi cartelli "vietato fumare" o non fa rispettare i divieti (da 200 a 2000 Euro). Tali sanzioni sono state ulteriormente inasprite del 10% nella Legge Finanziaria del 2005. È sembrato però che anche l'articolo 51 della Legge 3/2003, la più importante innovazione in materia di divieto del fumo, non fosse in grado di colmare il vuoto legislativo rispetto al divieto nei luoghi di lavoro, in quanto impone il divieto di fumare nei locali chiusi, ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico e in quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati. La nuova legge è parsa dunque ampliare ed estendere in maniera importante, rispetto alle norme precedenti, il divieto, applicandolo a tutti i locali pubblici e ai pubblici esercizi (bar, ristoranti, pizzerie,...), escludendo però quei locali "privati non aperti ad utenti o al pubblico", fra i quali si riteneva di dover ricomprendere anche la stragrande maggioranza dei posti di lavoro privati.

In realtà, la Circolare Ministeriale emanata a dicembre 2004, in vista dell'entrata in vigore delle prescrizioni nel gennaio 2005, ha chiarito la situazione, anche in merito all'applicabilità o meno del divieto nei luoghi di lavoro privati.

L'articolo 2 della Circolare riferisce infatti: *"La normativa ... persegue il fine primario della "tutela della salute dei non fumatori", con l'obiettivo della massima estensione possibile del divieto di fumare, che, come tale, deve essere ritenuto di portata generale, con la sola, limitata esclusione delle eccezioni espressamente previste. ... Il divieto di fumare trova applicazione non solo nei luoghi di lavoro pubblici, ma anche in tutti quelli privati, che siano aperti al pubblico o ad utenti. Tale accezione comprende gli stessi lavoratori dipendenti in quanto "utenti" dei locali nell'ambito dei quali prestano la loro attività lavorativa. È infatti interesse del datore di lavoro mettere in atto e far rispettare il divieto, anche per tutelarsi da eventuali rivalse da parte di tutti coloro che potrebbero instaurare azioni risarcitorie per danni alla salute causati dal fumo ..."*

La Circolare ribadisce infine che *"...ogni eventuale, ulteriore dubbio che dovesse emergere dalla normativa sul divieto di fumare a tutela della salute dei non fumatori dovrà essere valutato alla luce del fondamentale principio cui è informata tale disciplina, in base al quale "è proibito fumare in tutti i locali chiusi, ad eccezione delle abitazioni private e dei locali riservati ai fumatori se esistenti e purché dotati delle caratteristiche previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 dicembre 2003"*.

Figura 1 - Excursus legislativo in tema di protezione dei non fumatori e di divieto dell'abitudine al fumo

Articolo 32 della Costituzione: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività..."*

Articolo 41 della Costituzione: *"L'iniziativa economica privata e libera non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana ..."*

Articolo 2087 del Codice Civile: *"L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa tutte le misure che, secondo le particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro..."*

Articoli 9, 14, 19 e 20 DPR 303/56. Norme generali per l'igiene del lavoro

Articolo 9 della Legge 300/1970 (Statuto dei lavoratori): *"I lavoratori, mediante loro rappresentanze, hanno diritto di controllare l'applicazione delle norme per la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e di promuovere la ricerca, l'elaborazione e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la loro salute e la loro integrità fisica"*

Legge 11 novembre 1975, n. 584. Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico

Articoli 1, 4 e 31 del D. L.vo 626/94 dispongono che *"il datore di lavoro, in relazione alla natura dell'attività dell'azienda ovvero dell'unità produttiva, debba valutare anche nella situazione dei luoghi di lavoro, i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori, adottare le misure necessarie e aggiornare le misure di prevenzione in relazione ai mutamenti organizzativi e produttivi che hanno rilevanza ai fini della salute e della sicurezza, riaffermando l'obbligo di adeguare i luoghi di lavoro alle prescrizioni di sicurezza e di salute"*

DPCM 14 dicembre 1995. Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici

Articolo 16 del D.L.vo 242/96 stabilisce *"la necessità che i lavoratori dispongano di aria salubre in quantità sufficiente, anche ottenuta con impianti di aerazione"*

Articolo 52 comma 20 della Legge 28 dicembre 2001, n. 448 (legge finanziaria 2002). Sanzioni per il divieto di fumo

Articolo 51 della Legge 16 gennaio 2003 n. 3. Tutela della salute dei non fumatori

Articoli 189, 190, 191 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005). Sanzioni per il divieto di fumo

Materiali e metodi

L'obiettivo di questo lavoro è creare un documento che fornisca ai responsabili dei vari settori lavorativi piemontesi uno strumento per creare luoghi di lavoro liberi dal fumo di tabacco. Per fare questo si è proceduto ad una ricerca bibliografica che si è sviluppata attraverso tre linee:

- LINEE GUIDA e RACCOMANDAZIONI; la ricerca è stata effettuata sui principali siti internet di enti che elaborano o raccolgono linee guida sul contrasto al fumo di tabacco: www.cdc.gov, www.ensp.org, www.globalink.org, www.gacguidelines.ca, www.who.int/tobacco/en, e su MEDLINE.
Tale ricerca è stata ripetuta anche sui principali siti italiani che si occupano di promozione della salute:
- www.ministerosalute.it/ccm/ccm.jsp, www.iss.it, www.pnlg.it
- REVISIONI SISTEMATICHE E STUDI DI VALUTAZIONE, in particolare studi randomizzati controllati. Questa ricerca è stata svolta utilizzando le seguenti basi dati:
 - COCHRANE LIBRARY: vol. 1-2005, su CD; DARE (Database of Abstract of Review of Effectiveness);
 - COCHRANE LIBRARY (Central Register of Controlled Trials): vol. 1-2005, su CD; MEDLINE (versione PUBMED).
- STUDI DESCRITTIVI, PROGETTI ed INTERVENTI LOCALI (in particolare per quanto riguarda interventi di promozione della salute nei luoghi di lavoro) utilizzando la base dati di MEDLINE, siti internet che trattano in modo specifico il problema del tabacco ed una ricerca più libera con l'ausilio dei principali motori di ricerca.

La ricerca ha prodotto i seguenti risultati:

- LINEE GUIDA e RACCOMANDAZIONI
Sono stati individuati guide e manuali costruiti per fornire un supporto ai decisori per la creazione di ambienti liberi dal fumo. Si tratta di indicazioni elaborate da organismi internazionali e di documenti di indirizzo prodotti ed adattati ai diversi contesti nazionali (es: Irlanda e Italia):
 - Tobacco in the workplace: meeting the challenge – WHO (2002)
 - Smoke-free workplaces at a glance – World Bank (2002)
 - Smoke-free Hospital: European implementation guide – ENSH (2001)
 - Smoke-Free Workplaces: Recommendations – ENSP (2001)
 - Making your workplace smokefree: a decision maker's guide – CDC (1996)
 - Smoking in the workplace: guidelines for implementing a smokefree policy – American's for Nonsmoker's Rights (1998)
 - Come creare un ambiente di lavoro libero da fumo – AIMAR (2004)
 - Protecting your workforce from tobacco smoke: a guide for workplaces – Health Promotion Agency for Northern Ireland (2005)

Le guide elaborate dalle organizzazioni internazionali ricevono i contributi di esperti appartenenti a istituzioni nazionali e internazionali (centri per la ricerca sui tumori, enti per la promozione della salute, organizzazioni per la difesa dei diritti dei non fumatori). I documenti sono quindi il frutto dell'opera di raccolta di informazioni e esperienze diverse sottoposte a successiva revisione del gruppo di lavoro incaricato di redigere la guida. Due guide (WHO e ENSH) dichiarano di aver applicato le raccomandazioni proposte in aree circoscritte prima di una successiva diffusione.

Per quanto concerne l'esperienza maturata in ambito italiano, è stato individuato un unico documento "Come creare un ambiente di lavoro libero da fumo", una guida pratica per imprenditori, lavoratori e cittadini all'applicazione dell'articolo 51 della legge 3/2003, prodotta dall'Associazione Scientifica Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie (AIMAR, www.aimarnetwork.org) e frutto del lavoro di professionisti della aziende sanitarie e dell'Istituto Superiore di Sanità.

In tutti i documenti trovati manca una descrizione accurata della metodologia adottata per la raccolta e la selezione della letteratura scientifica utilizzata per definire le raccomandazioni.

• REVISIONI SISTEMATICHE E STUDI DI VALUTAZIONE

Le revisioni sistematiche che sono risultate dalla ricerca di luoghi di lavoro liberi dal fumo sono tre:

- "Interventions for preventing tobacco smoking in public places", Serra C. et al. – Cochrane Library 2000
In questa revisione è stata effettuata una valutazione di efficacia di interventi per ridurre l'abitudine al fumo di tabacco nei luoghi pubblici mettendo a confronto strategie rivolte alla popolazione *target* con interventi rivolti ai singoli.

- "Workplace interventions for smoking cessation", Moher M. et al. – Cochrane Library 2003
Esiste una consistente evidenza che il divieto sul luogo di lavoro possa ridurre il consumo di sigarette nel corso della giornata lavorativa e la conseguente esposizione al fumo passivo dei non fumatori, ma è in dubbio l'effettiva riduzione della prevalenza dei fumatori e del consumo complessivo di tabacco. Manca evidenza sul rapporto costo-efficacia dei programmi attuati nei luoghi di lavoro e degli approcci "globali", nonostante il forte rationale teorico a favore del loro utilizzo.

- "Effects of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review", Fichtenberg C. – BMJ, 2002
Revisione di 26 studi sugli effetti del divieto di fumare nei luoghi di lavoro sulla prevalenza di fumatori e sul consumo di sigarette; tali effetti sono stati paragonati a quelli che si otterrebbero aumentando le tasse sulle sigarette.

I risultati della revisione indicano che il divieto assoluto di fumare sul lavoro determina una riduzione significativa della prevalenza di fumatori ed una diminuzione altrettanto significativa del consumo di sigarette. Per ottenere risultati analoghi l'aumento del prezzo di sigarette dovrebbe essere del 73%. Tre degli studi hanno paragonato inoltre l'efficacia del divieto assoluto di fumare rispetto a quella dei divieti parziali, rilevando come il primo abbia un'efficacia circa doppia rispetto ai secondi per quanto concerne consumo e prevalenza.

Non sono stati trovati studi randomizzati controllati (né studi clinici controllati) che fossero più aggiornati rispetto a queste tre revisioni di letteratura sull'argomento.

• STUDI DESCRITTIVI, PROGETTI ed INTERVENTI LOCALI

Gli studi descrittivi che sono stati individuati trattano principalmente l'accoglienza del divieto, esperienze in setting diversi di piccole e medie aziende e strutture sanitarie, l'analisi di costi e benefici ed aspetti della relazione tra fumatori e non-fumatori.

Allo scopo di rendere le indicazioni contenute nel documento più aderenti al contesto locale, si è optato per il confronto con alcuni revisori esterni, scelti in modo da avere una rappresentazione il più possibile esaustiva delle differenti realtà lavorative regionali.

A questo proposito il documento è stato sottoposto ad alcuni operatori sanitari (Servizio Prevenzione Sicurezza Ambienti di Lavoro), ad amministratori pubblici e a rappresentanti di alcune aziende piemontesi che si sono rese disponibili a collaborare.

Un gruppo composto da alcuni membri della Commissione Regionale Anti-Tabacco si è occupato della revisione del documento.

L'ultima bozza del documento è stata presentata alla Consulta regionale "Piemonte Libero dal Fumo" a ottobre 2005, per un'ultima raccolta di commenti.

La versione finale delle raccomandazioni è stata quindi approvata dalla Commissione Regionale Anti-Tabacco a novembre 2005.

4 La strategia antifumo

4.1 Cosa determina il successo di una politica antifumo?

L'efficacia delle politiche antifumo nei luoghi di lavoro è favorita, anzitutto, dal fatto che le strategie di intervento siano ricomprese nei programmi di priorità regionali e nelle politiche di prevenzione dei Servizi Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL) delle ASL. Il datore di lavoro, che ha il dovere di garantire il diritto alla salute dei propri dipendenti, dovrebbe farsi carico di deliberare un programma di controllo del tabagismo nella propria realtà lavorativa; compete a lui, infatti, valutare il rischio per i lavoratori (stabilito, tra l'altro, dall'art.4 del D.L.vo 626/94) di essere esposti ad agenti dannosi per la salute (tra i quali il fumo passivo) e, a partire da tale valutazione, individuare misure adeguate di prevenzione e protezione. Il datore di lavoro è inoltre tenuto ad imporre il divieto di fumo nei locali di lavoro (ai sensi dell'art. 51 delle legge 3/03). In un'ottica di costruzione plurale e democratica di una *policy* antifumo all'interno della propria azienda, egli dovrà informare i lavoratori circa i pericoli derivanti dal fumo e favorire la costituzione di un gruppo di lavoro per progettare la strategia di controllo del tabagismo più adatta alle caratteristiche dell'ambiente lavorativo.

La strategia, in quanto agisce profondamente sul comportamento dei lavoratori, necessita di un'azione organica che preveda, oltre alle restrizioni, programmi di comunicazione e di supporto ai fumatori che desiderano smettere.

L'intervento per creare ambienti di lavoro liberi dal fumo deve essere attentamente pianificato, non può inoltre non partire da un percorso di progettazione partecipato, nel quale tutti gli attori dell'organizzazione sono chiamati a definire l'approccio più adatto alla realtà lavorativa in cui si trovano ad operare: aziende di diverse dimensioni, uffici, amministrazioni pubbliche e aziende sanitarie sono infatti contesti con risorse e valori condivisi differenti. Nelle aziende di piccole dimensioni, come già anticipato nella premessa, potrebbe risultare eccessivamente impegnativo implementare tutte le azioni proposte in questo documento, che potrebbero pertanto essere limitate alla definizione del divieto e alla comunicazione sui rischi per la salute ai dipendenti (AIMAR, 2004).

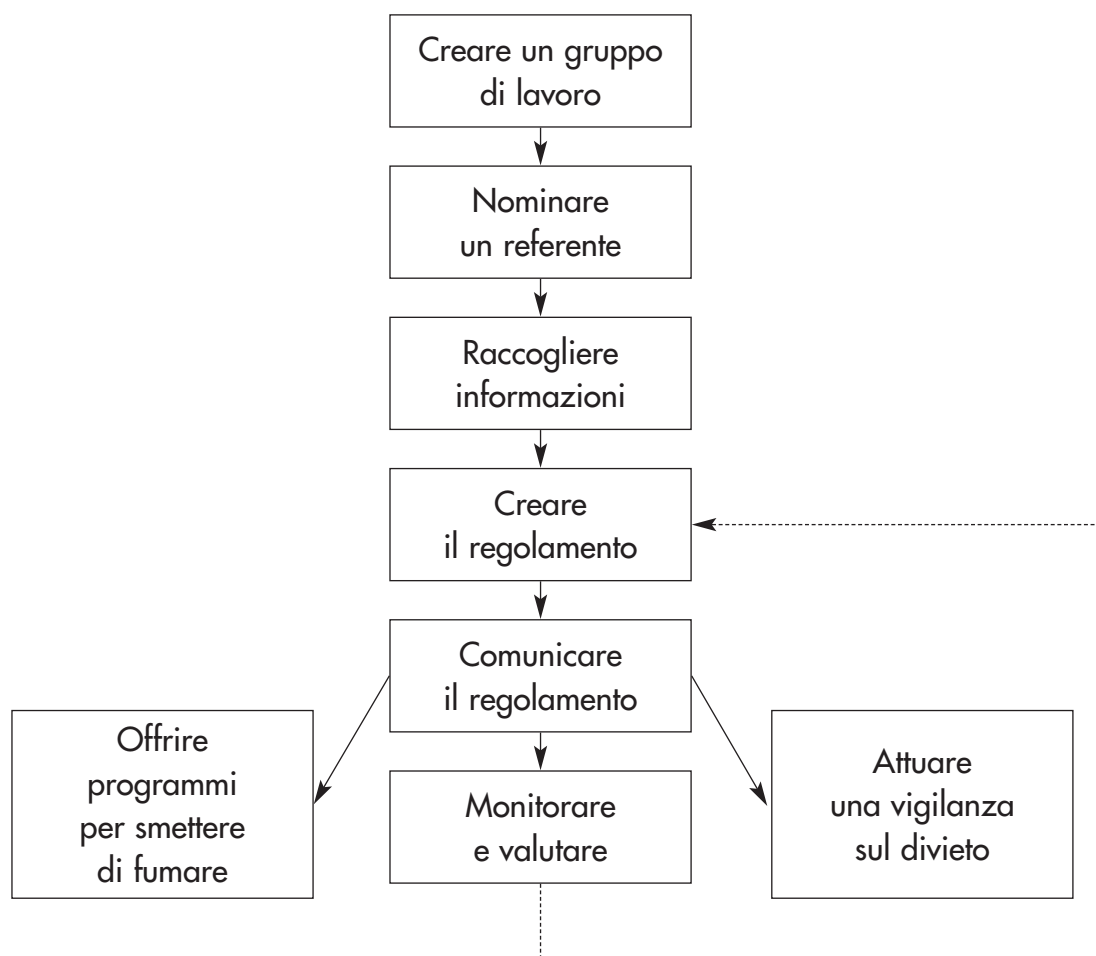
4.2 Percorso per la realizzazione della strategia antifumo

Le azioni fondamentali per l'implementazione e il successo di una strategia antifumo negli ambienti di lavoro sono sintetizzati nella figura 2

4.2.1 Creare un gruppo di lavoro

Tutte le guide esaminate concordano sul fatto che identificare e coinvolgere un gruppo di lavoro "azienda senza fumo" supporti lo sviluppo delle azioni successive e rappresenti una dichiarazione esplicita della posizione aziendale relativamente al problema fumo. Tale azione assicura inoltre una rappresentanza di tutte le parti dell'organizzazione, responsabilizzandole nello sviluppo dei regolamenti e nella consultazione di tutti i lavoratori. La prima alleanza di cui tener conto e a cui si deve tendere è infatti quella con il lavoratore, mediante il suo coinvolgimento e la sua informazione relativamente alle iniziative aziendali, in particolare quando riguardano la sua salute.

Figura 2 - Sequenza di azioni per creare un'azienda senza fumo



Il gruppo di lavoro gioca un ruolo chiave nel sostenere l'implementazione di una strategia antitabacco e di un nuovo regolamento aziendale; esso dovrebbe comprendere almeno le seguenti figure:

Medico competente

Il medico competente può e deve ricoprire un ruolo importante nel promuovere azioni di prevenzione primaria e secondaria, anche relativamente al problema fumo, nelle aziende in cui opera; in occasione delle visite mediche periodiche egli ha infatti la possibilità di indagare l'abitudine al fumo dei singoli lavoratori, di informarli sui rischi connessi a tale abitudine, sui benefici derivanti dal suo abbandono e sui metodi di disassuefazione disponibili, più adatti ed efficaci.

Il medico competente è tenuto inoltre a collaborare attivamente con il datore di lavoro, il responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP) e i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS) per promuovere programmi finalizzati all'eliminazione o alla graduale sospensione dell'abitudine al fumo nell'ambito aziendale.

Non vi è dubbio quindi che egli rappresenti uno degli elementi portanti nel variegato panorama della prevenzione collettiva attraverso programmi di informazione e formazione, per i quali potrà avvalersi anche dei Servizi che ogni Azienda Sanitaria prevede per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPreSAL), che rivestono, tra gli altri, un ruolo essenziale nella vigilanza e controllo della applicazione e del rispetto della legge.

Responsabili del servizio di prevenzione e protezione (RSPP)

Il responsabile del servizio di prevenzione e protezione collabora con il datore di lavoro alla valutazione del rischio derivante dal fumo attivo e passivo, all'elaborazione di procedure di bonifica e miglioramento delle condizioni ambientali, alla proposta di programmi di formazione e informazione per i lavoratori sui pericoli del fumo. Nel caso di piccole e medie aziende tale compito è affidato al datore di lavoro stesso che è tenuto quindi a conoscere la normativa vigente in materia e ad aggiornarsi sugli effetti dannosi del fumo e sulle strategie più efficaci per creare luoghi di lavoro liberi dal fumo.

Rappresentanti dei lavoratori e rappresentanti sindacali

Storicamente il sindacato ha avuto un ruolo importante a sostegno della salute e della sicurezza sul lavoro: risulta pertanto fondamentale il suo coinvolgimento nella realizzazione di interventi volti ad eliminare/limitare il fumo in ambito lavorativo. In un recente studio scandinavo che ha indagato il ruolo delle organizzazioni sindacali nei luoghi di lavoro in cui esistono regolamenti per il controllo del tabagismo, è emerso che nel 48% dei casi il sindacato appoggia l'introduzione di restrizioni e divieti di fumare nei luoghi di lavoro, mentre soltanto nell'8% contrasta tali strategie di controllo. Nei casi in cui i sindacati hanno ostacolato l'introduzione di regolamenti sul fumo di tabacco, una delle ragioni risiede nel fatto che tali regolamenti sono stati imposti dalla dirigenza, senza dare voce alla rappresentanza sindacale (Sorensen, 2000).

Un'altra figura chiave è sicuramente la rappresentanza dei lavoratori per la sicurezza (RLS) (art. 18 -22 del DL.vo 626/94), eletta dalle Rappresentanze Sindacali Unitarie o direttamente dai lavoratori. Gli RLS, in un'ottica di promozione della salute nell'ambito del tabagismo, possono avere un ruolo di ascolto presso i lavoratori circa i problemi relativi al fumo passivo, di informazione sulle norme di tutela dai rischi da fumo e di proposta al datore di lavoro per quanto riguarda la regolamentazione del fumo in azienda e l'agevolazione dei fumatori che desiderano smettere nell'accesso ai programmi di disassuefazione.

Operatore del Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro (SPreSAL)

L'operatore dello SPreSAL è tenuto a inserire tra i rischi per la salute dei lavoratori il fumo di sigaretta e a valutare quindi l'applicazione della normativa in tema di protezione dei lavoratori dal fumo passivo (articolo 51 Legge 16 gennaio 2003, n.3). Oltre alla vigilanza, il Servizio ha il compito di promuovere la salute negli ambienti di lavoro: potrà quindi fungere da figura di raccordo tra le strategie di controllo del tabagismo dell'azienda e l'eventuale offerta di servizi di sostegno da parte delle ASL (ad esempio la distribuzione di materiale informativo e il supporto alla disassuefazione per i lavoratori che fumano tramite l'avvio di convenzioni con il centro antifumo dell'ASL di competenza).

RACCOMANDAZIONE

Per assicurare la partecipazione di tutti i componenti dell'organizzazione e la condivisione degli obiettivi, la Direzione deve nominare un gruppo di lavoro "azienda senza fumo" che includerà, ove esistenti, le seguenti figure interne ed esterne all'azienda:

- almeno un rappresentante della dirigenza aziendale
- il medico competente
- gli addetti alla sicurezza, come i responsabili del servizio di prevenzione e protezione (RSPP)
- rappresentanti sindacali e dei lavoratori, in particolare i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS)
- il responsabile (o suo delegato) dello SPreSAL competente sul territorio

Per quanto riguarda le aziende sanitarie, alle figure sopra citate si potranno aggiungere:

- il referente aziendale per la promozione e l'educazione alla salute (RePES)
- un rappresentante del centro antifumo

4.2.2 Nominare un referente e accantonare le risorse necessarie

Fin da subito dovrà essere esplicitata la titolarità dell'intervento da parte della Direzione dell'azienda, che accantonerà le risorse economiche necessarie al conseguimento degli obiettivi. Allo stesso tempo la Direzione nominerà, su suggerimento del gruppo di lavoro, un referente aziendale per il tabagismo, che sarà il punto di riferimento per la conduzione dei lavori. La presenza in azienda di uno o più di questi incaricati favorisce la progettazione e l'implementazione di strategie e regolamenti aziendali relativi al problema del tabagismo (WHO, 2002). Il referente deve avere tra i suoi obiettivi il supporto al gruppo di lavoro e la stesura di un progetto di azienda libera dal fumo; svolgerà inoltre una funzione di collegamento tra il gruppo e la Direzione aziendale.

RACCOMANDAZIONE

Il gruppo di lavoro deve:

- suggerire alla Direzione un proprio rappresentante che fungerà anche da referente per il tabagismo dell'azienda
- condividere e elaborare le linee del programma, entro una scadenza concordata con la Direzione

La Direzione aziendale deve:

- accantonare le risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi
- nominare un *referente per il tabagismo*

Il *referente per il tabagismo* deve:

- supportare il gruppo di lavoro
- avere funzione di collegamento tra il gruppo e la Direzione

4.2.3 Raccogliere informazioni

Una volta formato il gruppo di lavoro, una prima azione è quella di ottenere informazioni sul *target* cui è rivolta la strategia (caratteristiche dei fumatori e loro atteggiamento nei confronti della nuova politica aziendale) e sulle attività eventualmente già presenti.

I quesiti cui occorre dare risposta riguardano:

- l'esistenza o meno di restrizioni relative al fumo nell'ambiente di lavoro,
- le possibili alleanze intra ed extra-aziendali che possono favorire l'implementazione e il successo della strategia,
- le possibili reazioni dei lavoratori all'introduzione di una nuova politica aziendale in materia di lotta al fumo.

Un questionario anonimo (allegato 1) rivolto ai lavoratori potrebbe essere un valido strumento per raccogliere tali informazioni, utili alla realizzazione e implementazione del progetto, ma anche per coinvolgere e sensibilizzare i lavoratori stessi in questo processo e per reclutare e avviare i fumatori che intendono smettere di fumare alla terapia di disassuefazione più opportuna.

Il questionario potrebbe prevedere una sezione dedicata alle motivazioni che inducono l'azienda a vietare il fumo, un *excursus* sui danni provocati - sia ai fumatori che ai non fumatori - dall'abitudine al fumo, i vantaggi derivanti dalla cessazione; dovrebbe inoltre indagare:

- numero e caratteristiche dei fumatori,
- luoghi nell'ambito lavorativo in cui normalmente si fuma,
- numero e caratteristiche dei fumatori che vorrebbero smettere di fumare,
- atteggiamento dei fumatori nei confronti del divieto.

L'analisi delle attività di controllo del fumo di tabacco nell'azienda fornisce un quadro chiaro dei punti di forza e di debolezza che tali pratiche hanno evidenziato, utile alla progettazione di un intervento efficace, nuovo o complementare a quelli già esistenti. Come precedentemente accennato, tale revisione dovrebbe:

- analizzare la situazione relativa al fumo di tabacco all'interno dell'azienda (sono previste aree dove esiste già il divieto di fumare? esistono già dei servizi di cessazione a supporto dei lavoratori che fumano?),
- comprendere una riflessione sulle strategie di comunicazione aziendale per la salute e la sicurezza,
- verificare e valutare l'esistenza di meccanismi di consultazione nei processi decisionali,
- definire gli obiettivi per lo sviluppo e l'implementazione del regolamento.

La partecipazione dei lavoratori sin dalle fasi iniziali di progettazione di una strategia antifumo assicura che essa risponda alle effettive esigenze, alle priorità e alla percezione del rischio per la salute in ambito lavorativo da parte dei lavoratori stessi. Individuate tali priorità, il problema fumo potrà poi essere affrontato in un contesto più ampio e i lavoratori potranno dare importanti indicazioni sulle strategie di cessazione più adatte al loro specifico ambiente di lavoro. Fra le strategie che possano dar voce ai lavoratori in fase di progettazione, vi sono assemblee, riunioni sindacali e gruppi di discussione. Utilizzando questi strumenti si possono acquisire informazioni sul contesto lavorativo, nell'ottica di sviluppare dei programmi che rispondano il più possibile alle specifiche esigenze dei lavoratori e al contesto in cui svolgono la loro attività. Il processo qui descritto può essere utile per affrontare successivamente altri temi legati alla promozione della salute in ambito lavorativo.

RACCOMANDAZIONE

È fondamentale per la progettazione dell'intervento la raccolta di informazioni:

- sulle attività antifumo eventualmente già presenti
- sul *target* cui è rivolta la strategia
- sulle possibili reazioni all'introduzione della nuova politica antifumo

Tale obiettivo è raggiungibile attraverso l'utilizzo di questionari o interviste.

I lavoratori dovrebbero essere coinvolti nella progettazione della strategia antifumo fin dall'inizio attraverso assemblee, riunioni sindacali e gruppi di discussione.

4.2.4 Scrivere un regolamento o un documento di indirizzo

Le informazioni raccolte durante la prima fase dell'intervento possono essere utilizzate per la creazione di un regolamento interno o un documento di indirizzo che chiarisca i termini del programma, i suoi obiettivi e gli strumenti per raggiungerli. Il regolamento non deve essere troppo lungo, ma semplicemente evidenziare lo scopo dell'intervento e le strategie di attuazione, essere chiaro e scritto in maniera tale che tutti i lavoratori possano comprenderlo (AIMAR, 2004).

Per quanto riguarda la creazione di alleanze e il raggiungimento di un consenso ampio, tanto più il regolamento sarà frutto della concertazione tra i rappresentanti dei diversi organi che compongono l'azienda, tanto più potrà essere efficace.

Il regolamento dovrà contenere i seguenti punti:

- i principi che ispirano il programma (ad es. proteggere dai rischi derivanti dal fumo) e i riferimenti alla legislazione vigente,
- i luoghi dove è permesso fumare oppure dove vige il divieto totale. Le aree prese in considerazione devono comprendere anche: sale riunioni, uffici privati, luoghi aperti come balconi, cortili e zone in prossimità delle entrate, veicoli,
- il coinvolgimento di lavoratori, clienti, pazienti e visitatori (se si tratta di una struttura sanitaria),

- le conseguenze della non adesione al rispetto del divieto,
- la regolamentazione delle pause fumo per i lavoratori fumatori⁽¹⁾,
- l'eventuale servizio offerto ai fumatori che decidono di smettere di fumare,
- i nominativi dei responsabili deputati al controllo del rispetto e all'implementazione del regolamento.

Il regolamento deve essere stilato dal gruppo di lavoro e necessita di una revisione dopo un certo periodo dalla sua applicazione. Si deve prevedere la raccolta di domande, proposte e proteste da parte dei dipendenti che devono essere il più possibile accolte ed utilizzate per una successiva revisione del regolamento.

Il regolamento deve avere ampia visibilità attraverso, ad esempio, lettere ai dipendenti e alle loro famiglie, bacheche, notiziari inclusi in busta paga, manifesti o, se esiste, il periodico dell'azienda. Un ulteriore fattore di successo della diffusione è rappresentato dal supporto e dalla comunicazione da parte della Direzione.

RACCOMANDAZIONE

Il gruppo di lavoro "azienda senza fumo" deve creare un regolamento che definisca in modo chiaro gli obiettivi e gli strumenti utilizzati per raggiungerli.

Il regolamento deve, nello specifico, esplicitare:

1. i principi alla base del programma
2. la regolamentazione del divieto
3. le conseguenze del non rispetto
4. chi esercita la sorveglianza
5. le procedure di verifica
6. i programmi di disassuefazione per i fumatori che intendono smettere

Il regolamento deve avere ampia visibilità, essere periodicamente aggiornato e ridistribuito ai lavoratori.

4.2.5 Creare aree libere dal fumo

Il divieto nei luoghi di lavoro non sanitari

Uno degli scopi delle politiche che regolamentano il fumo nei luoghi pubblici e di lavoro è la protezione dei non fumatori. Dal punto di vista della salute pubblica, tali politiche rispondono alla necessità di ridurre o eliminare ogni esposizione evitabile a fattori di rischio. Vietare il fumo significa dunque intervenire per proteggere la popolazione involontariamente esposta a una sostanza che è stata ampiamente dimostrata essere dannosa per la salute.

Gli effetti di una regolamentazione del fumo in un'organizzazione lavorativa sono notevoli: tra essi è di rilevanza particolare la riduzione della concentrazione di nicotina negli ambienti chiusi con conseguente miglioramento della qualità dell'aria. La registrazione della concentrazione di nicotina in 25 ambienti di lavoro chiusi in Massachusetts ha dato i seguenti risultati: 8,6 µg/m³ in uffici senza divieto, 1,3 µg/m³ in uffici dove sono applicate restrizioni e 0,3 µg/m³ in uffici dove vige il divieto totale (Hammond, 1995). Anche le rilevazioni della percezione della qualità dell'aria da parte dei dipendenti dopo la creazione di un luogo di lavoro senza fumo hanno riportato risultati positivi (Biener, 1989; Gottlieb, 1990).

Ma il divieto agisce anche sul comportamento dei fumatori. Si consideri che la spinta a fumare è influenzata, insieme ad altri fattori, dalle norme sociali che caratterizzano l'ambiente in cui il fumatore vive ed opera (accettabilità o meno del comportamento), dalla presenza di altri fumatori e da abitudini consoli-

(1) Se il divieto dell'azienda è totale, si tratta di individuare aree aperte esterne alle unità aziendali dove allestire angoli per la pausa fumo, lasciando la possibilità al personale di autoregolamentare il numero di pause fumo nel corso del turno o della giornata di lavoro, purché compatibili con i tempi e il carico di lavoro.

date associate a determinate situazioni (dopo i pasti o il caffè, durante le pause di lavoro, ecc.). Il divieto gioca un ruolo di primo piano nel ridurre questi tre fattori di influenza agendo direttamente sulla riduzione del fumo passivo e indirettamente sulla riduzione del numero dei dipendenti fumatori e sulla diminuzione del consumo giornaliero di sigarette.

Una revisione della letteratura scientifica (Fichtenberg, 2002) associa infatti l'applicazione del divieto alla riduzione della prevalenza dei fumatori del 3,8% (IC 95% 2,8–4,7) e del numero di sigarette fumate al giorno pari a 3,1 (IC 95% 2,4–3,8). L'effetto di tale combinazione porta a una riduzione complessiva di 1,3 (IC 95% 0,2–1,8) sigarette al giorno per impiegato, il che corrisponde a una riduzione relativa del 29% (11–53).

In una revisione successiva si afferma che esiste consistente evidenza che politiche di restrizione e divieto del fumo sul luogo di lavoro portino ad una riduzione del consumo di sigarette da parte dei fumatori e ad una limitazione dell'esposizione dei non fumatori al fumo passivo, ma non è evidente se questa riduzione di consumo possa riferirsi ad una diminuzione della prevalenza di fumatori oppure al minore numero di sigarette fumate (Moher, 2003).

Un recente studio finlandese (Heloma, 2003) fornisce ulteriori informazioni: ad un anno dall'applicazione del divieto totale di fumare nei luoghi di lavoro, si è registrata una diminuzione della prevalenza di fumatori dal 30% al 25%. Il trend, rimasto invariato nei successivi due anni, ha riguardato in particolare i fumatori maschi, mentre gli stessi effetti non si sono riscontrati tra le donne. La riduzione è stata registrata in particolare tra gli impiegati del settore industriale, mentre tra quelli del settore dei servizi la diminuzione è stata meno sensibile. Rimane in ogni caso evidente che il divieto agisce sicuramente sulla riduzione del fumo passivo e del numero di sigarette consumate quotidianamente dai fumatori.

Rispetto alla scelta fra divieto totale o parziale, diverse ragioni sono a favore di un divieto totale del fumo. La prima è economica e pratica: installare un sistema di ventilazione⁽²⁾ nelle stanze riservate ai fumatori richiede un investimento economico non indifferente e non protegge adeguatamente i non fumatori (Hammond, 1995) né i fumatori dai rischi correlati al fumo (Conlisk, 1995). Il sistema di ventilazione è infatti efficace nell'eliminare lo sgradevole odore del fumo, ma non le sostanze tossiche in esso contenute. La seconda ragione risiede nel fatto che il divieto totale aumenta l'attenzione complessiva al problema. Infine la terza è che la letteratura scientifica mostra che il divieto totale è legato ad un maggior numero di tentativi di cessazione (Fichtenberg, 2002). Per quanto riguarda gli spazi aperti di pertinenza dell'azienda, anch'essi dovranno essere regolamentati, permettendo il fumo solo in aree ben delimitate e segnalate. A tale proposito occorre ricordare che il divieto di fumo negli spazi aperti visibili a clienti e visitatori può contribuire al miglioramento dell'immagine dell'azienda.

Gli elementi pro e contro il divieto totale o parziale sono sintetizzati nella tabella 1.

RACCOMANDAZIONE

Nei luoghi di lavoro non sanitari la regolamentazione del divieto di fumo deve riguardare sia le aree al chiuso che quelle di pertinenza all'aperto:

- all'interno dell'azienda: estendere il divieto a tutti i locali evitando per quanto possibile la creazione di luoghi riservati ai fumatori
- all'esterno dell'azienda: delimitare e segnalare in maniera chiara gli spazi per i fumatori

(2) Per le aree fumatori, si dovrà curare che non venga superato l'indice di affollamento previsto dall'allegato 1 del DPCM 29 dicembre 2003, pari a 0,7 persone/mq (ovvero 1,4 mq per persona). In sostanza un locale per fumatori di 25 mq non potrà ospitare più di 14 fumatori contemporaneamente. Si veda anche l'allegato 6.

Tabella 1 - Elementi a favore e a sfavore del divieto totale e parziale (tratto da CDC 1996)

Tipo di divieto	Pro	Contro
<p>Divieto totale Si può fumare solo in aree designate all'esterno dell'edificio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riduce notevolmente l'esposizione al fumo passivo di tutti gli impiegati • È il miglior sistema per preservare la salute degli impiegati • Riduce il numero di sigarette fumate dagli impiegati e può incoraggiare alcuni a smettere di fumare • Ha un basso costo di gestione • Manda un chiaro messaggio • È facile da gestire • Diminuisce il costo derivante dai giorni persi per malattie fumo-correlate 	<ul style="list-style-type: none"> • Richiede ai fumatori di modificare il loro comportamento • Gli impiegati che fumano fuori dall'azienda hanno un impatto sull'immagine dell'azienda • Crea inconvenienti ai lavoratori che fumano • Se il problema non è adeguatamente gestito, i fumatori possono fare troppe assenze dalla loro postazione di lavoro
<p>Aree dotate di sistema di ventilazione riservate ai fumatori Si può fumare solo in stanze dotate di sistema di ventilazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Riduce l'esposizione al fumo passivo • Permette ai fumatori di rimanere all'interno dell'edificio • Consente di identificare i soggetti fumatori e di indirizzare a loro un'iniziativa mirata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Costruire e mantenere il sistema di ventilazione è molto costoso • Richiede la ricerca di spazi • Il sistema di ventilazione non protegge adeguatamente i non fumatori dal fumo passivo

Il divieto nelle strutture sanitarie

Il divieto di fumo negli ospedali, negli ambulatori e in tutti i luoghi di lavoro nell'ambito delle aziende sanitarie è strategicamente importante per un'azienda il cui scopo è curare e garantire la salute del cittadino, occuparsi dei fumatori che intendono smettere, proteggere i propri dipendenti e i pazienti dall'esposizione al fumo passivo e promuovere scelte e comportamenti che non danneggino la salute. Infine, le organizzazioni sanitarie hanno il dovere di essere un esempio positivo per tutte le altre realtà lavorative.

Per quanto riguarda gli effetti del divieto negli ospedali, una ricerca longitudinale sul cambiamento del comportamento degli operatori 6 mesi prima e 6 mesi dopo l'introduzione del divieto (Becker, 1989), ha segnalato che, in seguito all'applicazione del divieto, si è verificata una leggera diminuzione della prevalenza dei fumatori, mentre si è dimezzata la percentuale di fumatori che fumavano al lavoro.

Mettendo a confronto operatori fumatori di ospedali con divieto totale e quelli di ospedali con restrizioni parziali, si nota come nel primo gruppo sia maggiore il numero di tentativi di cessazione, mentre non si riscontra nessuna differenza significativa tra i due gruppi rispetto al tasso di ricadute (Longo, 2001).

Per quanto riguarda il rispetto del divieto, problema centrale per una politica di restrizione del fumo, uno studio australiano condotto su 2 ospedali ha rilevato che più di un terzo dei pazienti fumatori ha problemi a rispettare il divieto e fuma nonostante l'ospedale sia stato dichiarato "libero dal fumo" (Boomer, 2002). I non astinenti risultano essere per lo più giovani e senza una diagnosi di disturbo cardiaco (Stillman, 1994).

L'introduzione del divieto di fumare in ospedale porta necessariamente ad una ridefinizione dei luoghi dove le persone fumano. È stato osservato (Nagle, 1996) come i fumatori dopo l'applicazione del divieto tendano a spostare le aree in cui fumano al di fuori della struttura, in particolare in prossimità degli ingressi. Emerge perciò la necessità di applicare da un lato divieti totali all'interno delle strutture sanitarie, e dall'altra di estendere i divieti anche a quelle aree all'aperto, (balconi ed ingressi di ospedali o ambulatori) in quanto zone di passaggio e di notevole visibilità.

Si consideri infine che nel nostro Paese, tra gli stessi operatori del Servizio Sanitario, la prevalenza di fumatori è addirittura superiore alla media nazionale (Nardini, 2001) e che la probabilità che un medico inviti un proprio paziente a smettere di fumare è quasi doppia tra i medici non fumatori rispetto ai medici che fumano (Rosso, 1992). È necessario quindi investire innanzitutto nella disassuefazione degli operatori sanitari, data l'alta influenza che il loro comportamento riveste su quello degli assistiti.

RACCOMANDAZIONE

L'obiettivo primario nelle strutture sanitarie è la tutela della salute, pertanto il divieto di fumo deve essere totale e riguardare sia le aree al chiuso che quelle all'aperto (cortili, ingressi e parcheggi)

4.2.6 Comunicare il divieto

Secondo la legislazione vigente in ogni locale dell'azienda deve essere affisso un cartello relativo al divieto che abbia le seguenti caratteristiche:

- essere esposto in modo chiaro e visibile in ogni locale o area,
- contenere l'indicazione del divieto di fumo,
- indicare la normativa di riferimento,
- presentare le sanzioni irrogabili e i soggetti ai quali spetta la vigilanza.

È infatti di fondamentale importanza la comunicazione a tutti i dipendenti della decisione aziendale di adottare una politica di controllo del fumo. Questa può essere resa più efficace attraverso l'elaborazione di messaggi persuasivi sul rispetto della salute altrui.

Oltre ai cartelli di divieto, per assicurare una maggiore ricezione del messaggio, è consigliabile raggiungere i lavoratori con una comunicazione diretta e conforme alle caratteristiche dell'*audience* (attraverso l'utilizzo di un linguaggio vicino al lavoratore). In questo modo è possibile trasmettere ai dipendenti le motivazioni che sostengono all'applicazione del divieto, i diritti e i doveri dei lavoratori regolamentati dalla legislazione, i danni per la salute provocati dal fumo, i benefici derivanti dalla cessazione ed eventualmente pubblicizzare il servizio di disassuefazione cui i dipendenti motivati a smettere possono rivolgersi. Tali messaggi saranno più efficaci se il fumatore non sarà solo informato circa gli aspetti positivi di un ambiente senza fumo, ma anche incoraggiato a rispettare il divieto. Potranno inoltre essere pubblicizzati i percorsi validi per la disassuefazione (promuovendo ad esempio un servizio per la cessazione quale un centro antifumo). I messaggi potranno essere diffusi attraverso differenti canali: e-mail, sms, volantini e cartelli. Questi ultimi possono essere posti agli ingressi dell'edificio, nelle sale di attesa, nei bar e nelle mense per i dipendenti e possono essere sostituiti periodicamente con altri messaggi, magari di colore differente, per continuare a catturare l'attenzione dei dipendenti. È preferibile provvedere ad installare una segnaletica ben visibile presso gli ingressi e cartelli più piccoli all'interno dell'edificio (ENSH, 2001). La rimozione dei posacenere costituisce un'ulteriore comunicazione che nei locali è vietato fumare.

Per una comunicazione più articolata, è consigliabile prevedere l'istituzione di corsi di formazione e informazione rivolti ai lavoratori.

In una struttura sanitaria la comunicazione può essere mirata sia ai pazienti che ai visitatori attraverso appositi volantini distribuiti alle persone ricoverate o agli ingressi, per i familiari dei pazienti. Il *target* del messaggio inoltre può essere esteso ai familiari dei lavoratori e dei pazienti delle strutture sanitarie così da interessare anche gli ambienti domestici in un'ottica di diffusione di messaggi di prevenzione del fumo passivo.

RACCOMANDAZIONE

- Promuovere il programma attraverso l'adozione di messaggi chiari, diretti e atti a favorire la motivazione a smettere di fumare
- Diffondere i messaggi attraverso canali diversi (volantini, e-mail, cartellonistica) al fine di raggiungere il maggior numero possibile di lavoratori e visitatori, utilizzando un linguaggio loro vicino
- Promuovere l'adesione ai percorsi di disassuefazione

4.2.7 Attuare una vigilanza sul divieto

Secondo la normativa vigente i trasgressori al divieto di fumo nei luoghi pubblici e nei locali chiusi, ivi compresi, per quello che qui maggiormente interessa, i luoghi di lavoro, sono soggetti ad una sanzione pecuniaria amministrativa che va da € 27,50 a € 275.

La sanzione diviene doppia (da € 55 a € 550) nel caso in cui la violazione del divieto avvenga in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o di lattanti o di bambini fino a dodici anni di età (Legge 448/2001).

Per quanto concerne i soggetti chiamati funzionalmente o istituzionalmente (per legge, regolamento o disposizioni amministrative) a vigilare sul rispetto del divieto di fumo, in caso di mancata ottemperanza al loro compito, per effetto della Legge 311/2004, essi sono soggetti ad una sanzione pecuniaria amministrativa che va da € 220 a € 2.200.

La sanzione va da € 330 a € 3.300 quando gli impianti presenti nel locale in cui il divieto di fumo è stato trasgredito non sono a norma di legge (art. 5, comma 1, lett. b, legge n. 584/1975).

Quanto poi alle modalità di contrasto alla violazione del divieto, il responsabile deputato al rispetto della norma è tenuto a chiedere a chi fuma di smettere e, se questi non lo fa, a darne comunicazione ai corpi di polizia amministrativa locale. I sanzionatori incaricati sono la Polizia di Stato, i Carabinieri, i Vigili, gli operatori dello SPreSAL delle aziende sanitarie e, nel caso di Ente pubblico, gli incaricati preposti alla vigilanza.

Nelle aziende di medie e grandi dimensioni è importante porre come addetti alla vigilanza persone vicine alla realtà lavorativa (capiturno/capireparto, responsabili di funzione degli uffici, infermieri caposala nei reparti ospedalieri, ecc.) che svolgano tale compito in un'ottica collaborativa e propositiva, evitando interventi "polizieschi".

La sanzione è uno dei principali metodi per contrastare il mancato rispetto del divieto di fumo, ma in ambito lavorativo è pressoché sempre accompagnata da un alto livello di conflittualità. Per questo motivo una strategia volta al controllo del tabagismo all'interno di una struttura lavorativa prevede la costruzione del consenso intorno ai provvedimenti da realizzare per la tutela e la promozione della salute, più che il provvedimento sanzionatorio. L'ottica non punitiva vede la multa come l'ultima ed estrema azione di un processo volto a proteggere i non fumatori.

RACCOMANDAZIONE

- Deve essere attuata una vigilanza sul divieto e devono essere identificate le persone addette a tale vigilanza
- Le persone addette alla vigilanza devono essere vicine alla realtà lavorativa e devono ricevere adeguata formazione

4.2.8 Offrire programmi per smettere di fumare

Un obiettivo importante di una strategia di controllo del tabagismo è offrire al dipendente fumatore desideroso di smettere, ma incapace con le sue sole forze di farlo, l'opportunità di accedere ai trattamenti di cessazione più efficaci. Il fumatore deve infatti adeguarsi al nuovo provvedimento, processo che risulta impegnativo dato l'alto livello di dipendenza procurato dalla nicotina. Il 41,6% degli attuali fumatori dichiara di aver fatto in passato tentativi concreti per smettere di fumare (DOXA, 2004). La creazione di una "azienda senza fumo" può essere un ulteriore stimolo per questi fumatori per realizzare il desiderio di smettere definitivamente.

È dimostrato che l'astinenza da nicotina provoca modificazioni del tono dell'umore, scarsa qualità del sonno o insonnia, irritabilità, ansia, irrequietezza e perdita di concentrazione (Bertolotti, 2002); si tratta, in definitiva, di un cambiamento degli stati psicologici tale per cui molti fumatori probabilmente necessitano dell'aiuto e del sostegno di personale competente.

Fornire informazioni sulle conseguenze per la salute legate all'abitudine al fumo, sui metodi per smettere e per rimanere astinenti è un primo passo per motivare i dipendenti fumatori alla cessazione, anche se la percentuale di fumatori che smette da sola in seguito all'introduzione del divieto e all'utilizzo di materiale di auto-aiuto è piuttosto bassa (Fichtenberg, 2002). La sola comunicazione tramite cartellonistica è di poca utilità (Serra, 2000). Sebbene un luogo di lavoro senza fumo sia un ambiente ideale per supportare chi ha smesso a rimanere astinente, la partecipazione dei lavoratori ai programmi di cessazione, l'uso di incentivi o competizioni da parte del datore di lavoro risultano avere un'efficacia piuttosto limitata (Moher, 2003). I metodi risultati maggiormente efficaci per aiutare i fumatori a smettere di fumare sono stati sintetizzati nelle Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2004). Le strategie più incisive prevedono la presenza di un operatore sanitario: è stato infatti stimato che anche solo un invito, strutturato e chiaro, da parte del medico, della durata di soli 5 minuti, può essere sufficiente per ottenere tassi di successo del 3-7% (Segnan, 1991). Di qui l'importanza di coinvolgere nel progetto anche i medici competenti, affinché dedichino una parte dei loro interventi all'offerta di un *counselling* adeguato ai lavoratori fumatori.

Nelle aziende sanitarie si sta diffondendo, anche grazie alle raccomandazioni del progetto "Ospedali liberi dal fumo", la figura del promotore-facilitatore, un operatore sanitario con una formazione specifica che informa dipendenti, pazienti e visitatori sulle opportunità offerte dall'azienda per smettere di fumare.

Per i fumatori che non riescono a smettere con l'utilizzo di materiale di auto-aiuto o in seguito al consiglio dell'operatore sanitario, si può prevedere la presa in carico da parte dell'Azienda Sanitaria Locale o del medico competente. Una forma di intervento risultata particolarmente efficace è l'accesso agevolato del fumatore a un servizio di disassuefazione (CDC, 2000), ad esempio tramite facilitazioni economiche o la possibilità di frequentare i corsi durante l'orario di lavoro. Sul territorio piemontese si può fare riferimento ai centri antifumo oppure, laddove non siano presenti, ai servizi delle ASL deputati ad affrontare le problematiche legate al fumo (servizio delle dipendenze, reparto di pneumologia, servizio di prevenzione). Le caratteristiche delle soluzioni che le aziende possono adottare sono riassunte nella tabella 2.

RACCOMANDAZIONE:

I medici competenti e, nelle aziende sanitarie, i promotori-facilitatori, possono fornire un *counseling* ai fumatori.

L'azienda deve inoltre offrire ai dipendenti fumatori la possibilità di partecipare a programmi di disassuefazione di provata efficacia:

- attraverso un accesso agevolato
- in modo concordato con la ASL/ASO (centro antifumo) territoriale

Tabella 2 - Soluzioni per agevolare l'accesso ai centri antifumo

Tipo di approccio	Pro	Contro
<p>Semplice riferimento a servizi presenti sul territorio</p> <p>Fornire ai dipendenti informazioni sui servizi di disassuefazione che si trovano sul territorio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sfrutta risorse presenti sul territorio • Non costoso per l'azienda • Attuazione più semplice degli altri approcci 	<ul style="list-style-type: none"> • Agevolazione limitata
<p>Accesso gratuito</p> <p>Offrire gratuitamente programmi di disassuefazione</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abbatte la barriera del costo per il lavoratore • Dimostra il coinvolgimento dell'azienda rispetto alla salute dei suoi dipendenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Richiede un significativo impegno economico da parte dell'Azienda • Può non stimolare la frequentazione del lavoratore al programma (il coinvolgimento economico del soggetto è da molti ritenuto essenziale per il successo del programma)
<p>Accesso con agevolazioni</p> <p>Collaborare con le aziende sanitarie per fornire ai dipendenti programmi di disassuefazione a prezzi agevolati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abbatte parzialmente la barriera del costo per il lavoratore • Meno costoso dell'approccio gratuito • Dimostra il coinvolgimento dell'azienda rispetto alla salute dei suoi dipendenti 	<ul style="list-style-type: none"> • Richiede un significativo impegno economico da parte dell'Azienda
<p>Accesso con agevolazioni a seguito di conseguimento risultati</p> <p>Prevedere il rimborso totale o parziale della somma versata per partecipare al programma al completamento dello stesso</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abbatte parzialmente la barriera del costo per il lavoratore che mantiene la dismissione dal fumo ad un anno • Dimostra il coinvolgimento dell'azienda rispetto alla salute dei suoi dipendenti • Stimola il mantenimento della dismissione 	<ul style="list-style-type: none"> • Richiede un impegno economico ma finalizzato al raggiungimento dei risultati

4.2.9 Monitorare e valutare

A distanza di un certo periodo di tempo dalla partenza del progetto, e periodicamente nel tempo, ogni 12-16 mesi, è necessario che il gruppo "azienda senza fumo" revisioni la strategia implementata ed, eventualmente, il regolamento scritto (WHO, 2002). La revisione potrebbe prevedere una valutazione dei risultati della strategia attuata, dei problemi emersi e dei pareri espressi dai dipendenti. Una traccia di revisione del progetto è proposta nella figura 3. Per questo processo di valutazione potrebbe essere utile servirsi di un questionario, eventualmente lo stesso utilizzato nella fase iniziale di raccolta di informazioni, allo scopo di rilevare eventuali modificazioni del comportamento e dell'atteggiamento dei lavoratori nei confronti della politica attuata dall'azienda e per creare un rinforzo relativamente al cammino intrapreso. Tali iniziative potrebbero essere proposte in occasione della Giornata Mondiale Senza Tabacco (31 maggio).

RACCOMANDAZIONE

È necessario che, attraverso questionari o interviste, il gruppo di lavoro valuti, a 12-16 mesi dall'avvio e in seguito, con analoga periodicità, lo stato di avanzamento del programma e i risultati ottenuti.

Figura 3 - Domande che possono essere poste in occasione delle revisioni del progetto di prevenzione dell'abitudine al fumo nei luoghi di lavoro

1. Quali progressi e quali attività sono state realizzate per lo sviluppo della *policy* antifumo?
2. Quali sono stati i passaggi chiave che hanno permesso di fare passi avanti?
3. Quali sono stati gli ostacoli incontrati nella realizzazione della *policy*?
4. Come sono stati superati?
5. I vertici aziendali sono stati coinvolti e/o hanno appoggiato l'iniziativa?
6. È stato identificato un referente incaricato ad affrontare il problema tabacco?
7. È stato creato un gruppo di lavoro aziendale per coordinare e condurre le azioni?
 - Se sì, chi vi ha partecipato, e i componenti sono stati rappresentativi di tutti i dipendenti?
8. I dipendenti sono stati oggetto dell'indagine preliminare, sono stati coinvolti, hanno appoggiato l'iniziativa?
9. È stato scritto un regolamento interno?
10. Quali progressi sono stati realizzati nella:
 - creazione di aree libere dal fumo (ci sono ancora aree in cui si fuma? Perché?)
 - offerta di programmi per smettere di fumare (quanti hanno aderito?)
11. Quali strategie sono state utilizzate per comunicare ai lavoratori l'attività di controllo del tabagismo?
12. Come ha lavorato il gruppo di vigilanza?
13. Ci sono state delle sanzioni?
 - Se sì, come sono state gestite?
14. È avvenuta una riduzione del fumo passivo?
15. Ci sono state riduzioni del numero di fumatori e del numero di sigarette fumate?
16. Quali sono le prossime azioni da intraprendere?

Bibliografia

- AIMAR, Come creare un ambiente di lavoro libero dal fumo. 2004. (http://www.aimarnetwork.org/ETS_sul_lavoro.pdf)
- Americans for Nonsmoker's Rights. Smoking in the workplace: Guidelines for implementing a smokefree policy. 1998 (www.no-smoke.org/pdf/smokinginworkplaceguideline.pdf)
- Bakoula CG, Kafritsa YJ, Kavadias GD, Lazapoulou DD, et al. Objective passive smoking indicators and respiratory morbidity in young children. *Lancet* 1995; 346: 280-1
- Bartosch WJ, Pope GC. The economic effect of restaurant smoking restrictions on restaurant business in Massachusetts. *Journal of Public Health Management and Practice* 1999; 5(1): 53-62
- Becker DM, Conner HF, Waranch HR, Stillman F, Pennington L, Lees PS, Oski F. The impact of a total ban on smoking in the Johns Hopkins Children's Center. *JAMA*. 1989 Aug 11;262(6):799-802
- Bertolotti G., Bettinardi O., Gremigni P. Approccio psicologico nell'intervento di disassuefazione dal fumo di tabacco. *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio* 2002; 17: 293-297
- Biener L, Abrams DB, Emmons K, Follick MJ. Evaluating worksite smoking policies. *Methodologic issues*. *N Y State J Med* 1989; 89(1):5-10
- Boomer MJ, Rissel C. An evaluation of a smoke free environment policy in two Sydney hospitals. *Aust Health Rev*. 2002;25(3):179-84
- Briss PA, Zaza S, Pappaioanou M, Fielding J, et al. Developing an evidence-based guide to community preventive services — methods. The Task Force on Community Preventive Services. *Am J of Prev Med*. 2000;18 (suppl):35-43
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Making your workplace smokefree: a decision maker's guide. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, 1996 (www.cdc.gov/tobacco/research_data/environmental/etsguide.htm).
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. Strategies for reducing exposure to environmental tobacco smoke, increasing tobacco-use cessation, and reducing initiation in communities and health-care systems. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR Recomm Rep*. 2000 Nov 10;49(RR-12):1-11
- Conlisk E, Siegel M, Lengerich E, Mac Kenzie W, Malek S, Eriksen M. The status of local smoking regulations in North Carolina following a state preemption bill. *JAMA*. 1995 Mar 8;273(10):805-7
- Costa G, Mamo C, Bena A. Differenze nella salute tra le professioni. *La Medicina del Lavoro*, (96) 2005, Supplemento
- Danuser M, Weber A, Hartman AL, Krueger H. Effects of a bronchoprovocation challenge test with cigarette sidestream smoke on sensitive and healthy adults. *Chest* 1993; 103: 353-8
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 dicembre 1995. Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici. *Gazzetta Ufficiale* n. 11 del 15 gennaio 1996

- Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Br Med J* 1994; 309: 901-11
- DOXA. Il fumo in Italia, 2004. (<http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/0020.1105430611.pdf>)
- Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders respiratory health after establishing smoke-free bars and taverns. *JAMA*. 1998;280:1909-23
- European Network for Smoking Prevention. Luoghi di lavoro liberi dal fumo: come migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori. 2001
- European Network for Smoking Prevention. Smoke-free workplaces: recommendations. 2001 (<http://www.ensp.org/files/ACF3899.pdf>)
- European Network for Smoke-free Hospitals. Smoke-free Hospital European: Implementation Guide, 2001. (<http://ensh.free.fr/it/eu-network.htm>)
- Faggiano F. (a cura di). Fatti e Cifre sul fumo di tabacco. Piemonte 2005. Centro Stampa Regione Piemonte – Maggio 2005. (http://www.oed.piemonte.it/pubblic/bollettino_fumo.pdf)
- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*. 2002 Jul 27;325(7357):188. Cochrane Review
- Fire Prevention 310. Serious fires caused by the careless use of smoking materials during 1996. *Fire Prevention* 310 June 1998;38-9
- Forestiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Peducci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione* anno 26 (1) gennaio-febbraio 2002
- Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol* 2005; 0: 701
- Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice Kurtis; 2002
- Gibson B. 1994. Psychological aspects of smoker-non-smoker interaction: implications for public policy. *Am Psychol* 1994;49:1081-3
- Glantz SA, Smith LRA. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues: A Follow-Up. *American Journal of Public Health*, 1997; Vol. 87, n. 10
- Gottlieb NH, Eriksen MP, Lovato CY, Weinstein RP, Green LW. Impact of a restrictive work site smoking policy on smoking behavior, attitudes, and norms. *J Occup Med*. 1990 Jan;32(1):16-23
- Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; 315:980-8
- Hammond SK, Sorensen G, Youngstrom R, Ockene JK. Occupational exposure to environmental tobacco smoke. *JAMA*. 1995 Sep 27;274(12):956-60
- Health Promotion Agency. Protecting your workforce from tobacco smoke. A guide for workplaces. 2005 (<http://www.healthpromotionagency.org.uk/Resources/tobacco/workplace%20smoking%20pack.htm>)
- He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease - a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; 340(12):920-6
- Hecht SS, Carmella SG, Murphy SE, Akerkar S, Brunneman KD, Hoffmann D. A tobacco-specific lung carcinogen in the urine of men exposed to cigarette smoke. *N Eng J Med* 1993; 329: 1543-6
- Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free work-place law. *Addiction*. 2003 Aug;98(8):1111-7

- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum. 2004;83:1-1438
- Istituto Superiore di Sanità. Osservatorio fumo, alcol e droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (<http://progetti.iss.it/binary/ofad/cont/lgd.1105961067.pdf>)
- Jindal SK, Gupta D, Singh A. Indices of morbidity in adult patients exposed to environmental tobacco smoke. Chest. 1994;106:746-49
- Kreuzer M, Krauss M, Kreienbrook L, Jockel KH, Wichmann HE. Environmental tobacco smoke and lung cancer: a case-control study in Germany. Am J Epi. 2000;151:241-250
- La Vecchia C, Faggiano F, Versino E, Jannucci L. Andamento della prevalenza del fumo in Italia. Seminario "Salute 2000", Roma, Istituto Superiore di Sanità, Settembre 2002.
- Legge 11 Novembre 1975, n°584. Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico. Gazzetta Ufficiale n. 322 del 5 Dicembre 1975
- legge 21 dicembre 2001 n. 448. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002). Gazzetta Ufficiale n. 301 del 29 dicembre 2001 S.O. 285 (Art. 52 comma 20)
- Legge 16 gennaio 2003, n. 3. Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione. Gazzetta Ufficiale n. 15 del 20 Gennaio 2003 - Supplemento Ordinario n. 5 (Art. 51. Tutela della salute dei non fumatori)
- Legge 30 dicembre 2004, n. 311. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005). Gazzetta Ufficiale n.306 del 31 dicembre 2004. (Art.189,190,191 Sanzioni per il divieto di fumo)
- Longo DR, Johnson JC, Kruse RL, Brownson RC, Hewett JE. A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. Tob Control 2001;10(3):267-72
- McGhee SM, Adab P, Hedley A, Hing Lam T, Ming Ho L, Fielding R, Wong CM. Passive smoking at work: the short-term cost. J Epidemiol Community Health 2000;54:673-6
- Ministero della Salute. Piano di applicazione del divieto di fumo nei locali chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. 2004 (http://www.ministerosalute.it/ccm/documenti/rassegna_effetti_fumo_passivo.pdf)
- Ministero della Salute. Circolare 17 dicembre 2004. Indicazioni interpretative e attuative dei divieti conseguenti all'entrata in vigore dell'articolo 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, sulla tutela della salute dei non fumatori
- Misra DP, Nguyen RHN. Environmental tobacco smoke and low birth weight: A hazard in the workplace? Environ Health Perspect 1999; 107, Suppl 6: 897-904
- Moher M, Hey K, Lancaster T. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003440
- Nagle AL, Schofield MJ, Redman S. Smoking on hospital grounds and the impact of outdoor smoke-free zones. Tob. Control, Sep 1996; 5: 199 - 204
- Nardini S, Carrozzi L, Bertolotti R, Matteelli G, Sabato E, Del Donno M. Il progetto obiettivo AIPO "ospedali senza fumo": risultati descrittivi della prima fase epidemiologica. Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2001; 16: 261-272
- Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. Br Med J 2000; 321: 323-9

Robbins AS, Fonseca VP, Chao SY, Coil GA, Bell NS, Amoroso PJ. Short term effects of cigarette smoking on hospitalisation and associated lost workdays in a young healthy population. *Tobacco Control* 2000;9:389-96

Rosso S, Battista RN, Segnan N, Williams JI, Suissa S, Ponti A. Determinants of preventive practices of general practitioners in Torino, Italy. *Am J Prev Med.* 1992 Nov-Dec;8(6):339-44

Sacks JJ, Nelson DE Smoking and injuries: an overview. *Prev Med.* 1994 Jul;23(4):515-20

Segnan N, Ponti A, Battista RN, Senore C, Rosso S, Shapiro SH, Aimar D. A randomized trial of smoking cessation interventions in general practice in Italy. *Cancer Causes Control.* 1991 Jul;2(4):239-46

Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public places. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(3):CD001294

Sorensen G, Youngstrom R, Maclachan, C, Emmons K, Levenstein C [1997]. Labor's position on worksite tobacco control policies: a review of arbitration cases. *J Public Health Policy* 2000 Apr;90(4):618-20

Stave GM, Jackson GW. Effect of total work-site smoking ban on employee smoking and attitudes. *J Occup Med.* 1991;31:884-90

Stillman FA, Hantula DA, Swank R. Creating a smoke-free hospital: attitudes and smoking behaviors of nurses and physicians. *Am J Health Promot.* 1994 Nov-Dec;9(2):108-14

Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking. 1. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997 Oct; 52(10):905-14

U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: Cancer and chronic lung disease in the workplace. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office on Smoking and Health, 1985. (DHHS Publication No. (PHS) 85-50207)

World Bank. Health, Nutrition and Population. Smoke-free workplaces at a glance. 2002 (<http://www1.worldbank.org/tobacco/AAG%20SmokeFree%20Workplaces.pdf>)

World Health Organization. Tobacco in the Workplace: Meeting the Challenge. A Handbook for Employers. Copenhagen, 2002

ALTRI DOCUMENTI CONSULTATI

Anderson HR, Cook DG. Passive smoking and sudden infant death syndrome: review of the epidemiological evidence. *Thorax* 1997; 52(11):1003-9

Cummings KM, Markello SJ, Mahoney M, Bhargava AK, McElroy PD, Marshall JR. Measurement of current exposure to environmental tobacco smoke. *Arch Environ Health.* 1990 Mar-Apr;45(2):74-9

DeJoy DM, Southern DJ. An integrative perspective on worksite health promotion. *JOM* 1993; 35(12):1221-1230.

Levy D, J Gitchell J, Chaloupka F. The effects of tobacco control policies on smoking rates: A tobacco control scorecard. PIRE Working Paper, Calverton, MD, 2003

Regione Veneto. Verso una azienda libera dal fumo. Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro. Marzo 2005.

Rockville, MD: U.S Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No. 96-0692.

Ross C, Brownson D, Hopkins P. "Policy-Related Approaches to Reducing Environmental Tobacco Smoke Exposure in the Workplace", Work, Smoking, and Health, a NIOSH Scientific Workshop, June 15-16, 2000 Washington, DC

Russo R, Scafato E. Fumo e salute: impatto sociale e costi sanitari. Roma: OssFAD, ISS; 2002

Ryan J, Zwerling G, Orav EJ. Occupational risks associated with cigarette smoking: A prospective study. American Journal of Public Health 1992;82:29-32

Spiridigliozzi S, Ferrante M, Poltrone F. "Azioni di medicina preventiva. Il nuovo ruolo del medico competente", Ambiente & Sicurezza sul Lavoro, Ottobre 2001. Symposium, Institute of Medicine, Atlanta, GA.

Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for association between environmental tobacco smoke exposure and birth weight: a meta-analysis and new data. Paediatr Perinat Epidemiol 1999; 13(1):35-57

Allegati

ALLEGATO 1: Esempio di questionario per la raccolta di informazioni

Tratto dal progetto "Luxottica libera dal fumo", 2006

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE PRE-INTERVENTO

1. Ritiene che l'esposizione al fumo di tabacco ambientale (fumo passivo) possa essere dannosa per la salute?

- Sì, sempre
- Sì, ma solo in situazioni particolari (bambini o donne in gravidanza)
- Sì, ma solo ad alti livelli di esposizione
- No mai
- Non so

2. Nel suo ambiente di lavoro nell'ultimo mese ha visto fumare nei seguenti luoghi:

	Mai	1-3 volte/ mese	1 o più volte/ settimana	Sempre
Uffici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produzione (officina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locali di riposo (mensa, luoghi pausa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All'aperto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. È stato esposto personalmente, nell'ultimo mese, al fumo di colleghi nei seguenti luoghi:

	Mai	1-3 volte/ mese	1 o più volte/ settimana	Sempre
Uffici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produzione (officina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Locali di riposo (mensa, luoghi pausa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All'aperto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Nell'ultimo mese ha visto fumare in fabbrica (anche più di una risposta)?

- operai
- impiegati
- superiori

5. Lei si ritiene:

- fumatore
- non fumatore
- ex fumatore

(almeno 1 sigaretta nell'ultima settimana)

Se è un fumatore, le chiediamo cortesemente di rispondere anche alle domande da 6 a 16.

Se non è un fumatore o è un ex-fumatore, passi direttamente alla domanda 17.

6. A quale età ha iniziato a fumare? _____

7. Quante sigarette (sigari, pipe) in media fuma al giorno? _____

8. Quante sul luogo di lavoro? _____

9. Sul lavoro, dove le capita più spesso di fumare?

ufficio produzione (officina) servizi igienici

all'esterno dell'azienda locali di riposo (mensa, luoghi pausa caffè)

10. Quando fuma la sua prima sigaretta?

appena sveglio dopo colazione dopo pranzo o più tardi

11. Quante volte ha provato a smettere di fumare negli ultimi 2 anni?

una più di una mai

12. Quanto è durato il periodo più lungo senza fumare? _____

13. Ha utilizzato qualcuno dei seguenti supporti per cercare di smettere di fumare?

medico curante specialista corso per smettere di fumare

aiuto di farmaci altro: _____

14. Vorrebbe provare a smettere di fumare?

sì no non so

15. Se fosse intenzionato a smettere, pensa di poterci riuscire da solo?

sì no non so

16. Se no, quale supporto riterrebbe più utile?

medico curante specialista corso per smettere di fumare

aiuto di farmaci medico competente aziendale altro: _____

17. Lei pensa che il fumo sia:

- molto dannoso per la salute
- abbastanza dannoso ma ci sono comportamenti più pericolosi per la salute
- poco dannoso, la sua pericolosità è sopravvalutata
- per niente dannoso

18. Età: meno di 25 da 25 a 34 da 35 a 44 da 45 a 54 55 o più

19. Sesso: femmina maschio

20. Titolo di studio

- licenza elementare licenza media inferiore
- qualifica professionale licenza media superiore/laurea

21. Luogo in cui svolge la sua attività lavorativa

- in ufficio in reparto di produzione

ALLEGATO 2: *Esempio di progetto per la creazione di un ambiente di lavoro libero dal fumo*
Modificato dal progetto "Uffici regionali liberi dal fumo", Regione Piemonte, 2003

Dal 1° di ottobre entrerà in vigore il divieto di fumo in tutte le sedi regionali.

La Regione Piemonte intende andare oltre al solo divieto, assistendo in modo concreto i dipendenti che si propongono di smettere di fumare.

Per raggiungere questo obiettivo sono state avviate molteplici iniziative sia di comunicazione che di sensibilizzazione.

Le informazioni verranno diffuse attraverso diversi canali e con diversi strumenti:

- Con gli statini degli stipendi relativi ai mesi di settembre e ottobre il personale ha ricevuto due volantini che descrivono le prime fasi della campagna **"Regione Piemonte libera dal fumo"**
- Dalla home page del sito Regione Piemonte è possibile leggere il comunicato stampa dell'iniziativa; inoltre cliccando all'interno degli speciali **"ama te stesso"** sono disponibili altre informazioni e materiale divulgativo.
- Ai dipendenti dotati di cellulare aziendale saranno inviati sms per ricordare che la salute di tutti è un bene prezioso e che iniziare a smettere di fumare è un buon passo per prendersi cura di noi stessi.
- Lo strumento della posta elettronica sarà usato per inviare e-mail informative
- Un questionario on line è a disposizione di tutti. Il suo scopo è quello di raccogliere dati statistici sulle abitudini ed opinioni del personale interno circa l'attitudine al fumo.

La Regione Piemonte intende andare oltre ad una campagna informativa ed al divieto di fumo; assiste in modo concreto i dipendenti che si propongono di smettere di fumare organizzando incontri di sensibilizzazione e counseling interattivi di gruppo.

Questi incontri si terranno in date precise e verranno effettuati durante l'orario di lavoro. Sono inoltre in progetto corsi attivi presso Centri antifumo per coloro che decidono di smettere di fumare.

ALLEGATO 3: Esempio di regolamento

Amministrazione pubblica

Documento scaricabile al sito <http://www.comune.torino.it/regolamenti/303/303.htm>

REGOLAMENTO PER L'ATTUAZIONE DEL DIVIETO DI FUMO NEI LOCALI CHIUSI SEDI DI LUOGHI DI LAVORO MUNICIPALI

Approvato con deliberazione del Consiglio Comunale in data 20 dicembre 2004,
esecutiva dal 3 gennaio 2005.

Articolo 1 - Oggetto

1. Il presente Regolamento disciplina il divieto di fumo nei locali chiusi della pubblica amministrazione, al fine della tutela del diritto alla salute e alla salubrità degli ambienti di lavoro.

Articolo 2 - Definizione del divieto

1. Il divieto di fumare oggetto del presente Regolamento trova applicazione in tutti i locali chiusi adibiti a sedi di lavoro municipali, compresi corridoi, atrii, vani scale, scantinati, ascensori e servizi igienici, indipendentemente dalla presenza di pubblico e a prescindere dalla attività lavorativa espletata.

2. Non è consentito fumare anche negli uffici o negli ambienti sedi di lavoro municipali dove si trovi ad operare il solo dipendente fumatore.

3. Il divieto di fumare si intende rivolto anche al pubblico e agli utenti che si trovino a qualsiasi titolo negli ambienti definiti al precedente punto 1, comprese le eventuali imprese appaltatrici e i lavoratori autonomi, ai quali andrà pure fornita una specifica informazione da parte dei Datori di Lavoro ai sensi dell'articolo 7 del D.Lgs. 626/1994.

Articolo 3 - Compiti dei Datori di Lavoro

1. I Datori di Lavoro provvedono a dotare ciascuna sede di competenza nei luoghi di accesso o comunque di particolare evidenza, di appositi cartelli, adeguatamente visibili, che evidenziano tale divieto, completi delle indicazioni fissate dalla specifica normativa:

- "VIETATO FUMARE";
- indicazione della norma che impone il divieto;
- sanzioni applicabili;
- soggetto cui spetta la vigilanza sull'osservanza del divieto e cui compete accertare le infrazioni (ove non vi sia stata specifica nomina, il compito spetta al Datore di Lavoro della sede).

2. Nelle strutture con più locali, sono adottabili cartelli con la sola scritta "VIETATO FUMARE".

3. Per ciascuna delle strutture di competenza dovranno essere nominati, con specifico ordine di servizio da allegare al Documento di Valutazione dei Rischi, gli incaricati di vigilare sull'osservanza del divieto, di contestare le infrazioni e di verbalizzarle. In mancanza di tale atto di nomina, il Datore di lavoro risulterà direttamente responsabile in prima persona delle procedure di vigilanza, accertamento e contestazione e dovrà quindi attenersi a quanto indicato nel seguente articolo 7. L'accertamento dei contravventori, per quanto riguarda gli amministratori, è affidata al Corpo dei Vigili Urbani.

4. Al documento di Valutazione del Rischio ex D.Lgs. 626/1994 dovrà pure essere allegato l'atto formale di individuazione dei locali dove è consentito fumare, comprensivo della documentazione tecnica attestante la rispondenza degli stessi alle norme indicate nel Regolamento adottato ai sensi del comma 2 dell'articolo 51 della Legge n. 3 del 16 gennaio 2003.

Articolo 4 - Locali riservati ai fumatori - Caratteristiche

1. Il Direttore Generale o suo delegato, accertata la eventuale disponibilità degli spazi, può individuare nelle sedi di lavoro municipali, e con apposito provvedimento, specifici locali da riservare ai fumatori e come tali contrassegnati, adeguatamente separati dai locali limitrofi e aventi i requisiti tecnici previsti dalla normativa vigente. In mancanza di tale provvedimento non sono individuati locali destinati ai fumatori.
2. I locali riservati ai fumatori devono essere realizzati in modo da risultare adeguatamente separati da altri ambienti limitrofi dove è vietato fumare.
3. Tali locali devono essere pienamente rispondenti ai requisiti tecnici previsti nell'allegato 1 del D.P.C.M. 23 dicembre 2003.
4. Il locale non rispondente, anche temporaneamente, a tutte le caratteristiche tecniche di cui al punto precedente non è idoneo quale "locale riservato ai fumatori" di cui all'articolo 51 della Legge n. 3 del 16 gennaio 2003 e, quindi, alla applicazione della connessa normativa.

Articolo 5 - Locali riservati ai fumatori - Compiti del Datore di Lavoro

1. Il Datore di Lavoro, per ciascuna sede di competenza, dovrà indicare nel documento di Valutazione del Rischio l'ubicazione e la rispondenza ai requisiti di legge dei locali da lui individuati e nei quali è consentito fumare.
2. Di quanto sopra dovrà essere data, a cura del Datore di Lavoro, apposita informativa al personale, agli utenti, nonché alle imprese appaltatrici o dei lavoratori autonomi in attuazione dell'articolo 7 del D.Lgs. 626/1994.

Articolo 6 - Locali riservati ai fumatori - Disposizioni per l'uso

1. Fermo restando il pieno rispetto dei requisiti tecnici di cui al precedente articolo 3, i locali riservati ai fumatori devono rispondere anche alle prescrizioni che seguono.
2. La porta di accesso deve essere sempre chiusa dopo ogni passaggio.
3. Il numero massimo di persone presenti contemporaneamente nel locale deve essere oggetto di specifica valutazione, sentito anche il parere del Medico Competente.
4. Le disposizioni di cui ai punti precedenti, compreso il dato del numero massimo di persone, devono essere affisse e ben visibili all'interno del locale.

Articolo 7 - Istituzione dell'Ufficio di Coordinamento delle contravvenzioni

1. Viene istituito l'Ufficio di Coordinamento delle contravvenzioni presso la Direzione Generale, con compiti di coordinamento e controllo dell'attività di vigilanza sul rispetto del divieto di fumo nell'intero Ente e di comunicazione delle infrazioni rilevate al Prefetto competente ex articolo 9 Legge 584/1975.
2. Presso l'Ufficio confluiscono, in copia, i verbali delle contestazioni e le comunicazioni di eventuali provvedimenti disciplinari intrapresi nei confronti dei dipendenti inadempienti.

Articolo 8 - Compiti degli incaricati alla vigilanza, accertamento e contestazione dell'infrazione

1. Ai fini dell'applicazione del presente Regolamento, le procedure di accertamento, verbalizzazione e pagamento delle sanzioni pecuniarie sono quelle indicate dalla Legge 584/1975 e alla Dir. P.C.M. 14 dicembre 1995 e s.m.i..
2. L'incaricato preposto alla vigilanza e all'accertamento dell'infrazione viene dotato di apposito modulo di contestazione da redigere in duplice copia e del modello di pagamento del Ministero delle Finanze 23F. In caso di trasgressione questi procederà, ai sensi dell'articolo 13 della Legge 689/1981 (addeito al controllo e all'accertamento di violazioni amministrative), a compilare il modulo di contestazione e a darne copia, unitamente al modulo di pagamento 23F, al trasgressore. Sarà cura del trasgressore comunicare all'Ufficio di cui all'articolo 7 l'avvenuto pagamento della sanzione.

3. L'incaricato che ha accertato la violazione avrà cura di inviare copia del verbale di contestazione all'Ufficio di cui all'articolo 7. Tale ufficio, in caso di mancato pagamento entro 60 giorni dall'accertamento, presenterà rapporto al Prefetto per i provvedimenti del caso.
4. L'incaricato provvederà ad accertare la violazione e a verbalizzarla con le modalità di cui all'allegato modello e relative istruzioni.
5. In alcun modo l'operatore preposto potrà ricevere direttamente il pagamento dal trasgressore.

Articolo 9 - Sanzioni

1. Ai trasgressori al divieto previsto dall'articolo 2 si applicano le sanzioni di cui al primo comma dell'articolo 7 della Legge 584/1975 e sue successive modificazioni. La misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a 12 anni.
2. Ai Dirigenti che non ottemperino alle disposizioni di cui ai punti 1 e 2 dell'articolo 6 si applicano le sanzioni di cui al secondo comma dell'articolo 7 della Legge 584/1975 e sue successive modificazioni. Tale importo è aumentato della metà qualora la violazione sia avvenuta in locali nei quali gli impianti di condizionamento non siano funzionanti, o non siano condotti in maniera idonea, o non siano perfettamente efficienti.
3. Agli addetti alla vigilanza, accertamento e contestazione dell'infrazione, che non curino l'osservanza del divieto di fumo, si applicano le medesime sanzioni di cui al punto precedente.
4. È ammesso il pagamento della sanzione ridotta (pari al doppio del minimo), qualora il versamento avvenga entro i primi 60 giorni dalla contestazione.
5. Ai dipendenti trasgressori delle disposizioni di cui al punto 1 dell'articolo 5 si applicano i provvedimenti disciplinari previsti dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro - Comparto Enti Locali vigente all'atto della contestazione.

Articolo 10 - Pagamento delle sanzioni

1. Le sanzioni vanno pagate tramite il modello F23 allegato al modulo di contestazione della contravvenzione. In nessun caso l'operatore incaricato alla contestazione dell'infrazione potrà riceverne il relativo pagamento. Il modello F23 potrà essere pagato:
 - a) direttamente al concessionario del servizio di riscossione dell'Ente;
 - b) presso la propria banca.
2. È ammesso il pagamento anche tramite bollettino postale intestato al servizio di riscossione dell'Ente.

Articolo 11 - Regime sanzionatorio

1. Fino alla data di entrata in vigore della norma hanno piena vigenza le sanzioni e le modalità di accertamento di cui agli articoli 7, 8 e 9 della Legge 584/1975 per le fattispecie previste dalla stessa Legge (es. locali della P.A. aperti al pubblico o con divieto specifico) per tutti gli utenti di tali locali.
2. Dalla data di entrata in vigore della norma tale regime sanzionatorio si applicherà anche a tutte le fattispecie previste dall'articolo 51 della Legge n. 3 del 16 gennaio 2003 (es. tutti i locali chiusi della P.A.) e a tutti gli utenti dei locali comunali (dipendenti e non).
3. La violazione al divieto impone, in ogni caso, la applicazione da parte del Datore di Lavoro delle comuni sanzioni disciplinari previste nei vigenti contratti collettivi ai dipendenti contravventori.

Articolo 12 - Norma finale

1. Per quanto non espressamente previsto nel presente Regolamento, è fatto rinvio alle disposizioni di legge vigenti ed a quelle che dovessero intervenire in futuro sulla materia.

ALLEGATO 4: Esempi di segnali antifumo

Cartelli che promuovono e motivano il rispetto del divieto.

Da programma regionale PROMOZIONE SALUTE PIEMONTE Scaricabili dal sito della Regione Piemonte:
http://www.regione.piemonte.it/speciali/salute/fumo_02.htm



1) Il cartello induce chi legge a riflettere sul fatto che, cogliendo l'occasione del divieto, si sta già cominciando a smettere.



2) In particolari contesti, quali i servizi sanitari, si avverte il pubblico che, oltre al divieto legislativo, esiste un motivo in più per non fumare. L'invito è di continuare a non fumare anche al di fuori poiché le ragioni della salute e il rispetto per gli altri sussistono anche al di fuori dei servizi sanitari.



3) Questo cartello approfondisce le ragioni per cui è bene non fumare, al di là del divieto. Le avvertenze sono tratte dalla relazione 1999 della Commissione Oncologica Nazionale e dalle Linee Guida Europee dell'ANMCO.



4) In questo cartello si avverte il pubblico che non fumare comporta rilevanti benefici. Anche in questo caso le avvertenze sono tratte dalla relazione 1999 della Commissione Oncologica Nazionale e dalle Linee Guida Europee dell'ANMCO.

Cartelli di Divieto di fumo

Scaricabili al sito del Ministero della Salute: http://www.ministerosalute.it/resources/static/atux-tu/68/fac-simile_fumo.pdf



Il cartello deve essere affisso negli uffici pubblici. Il soggetto cui spetta la vigilanza viene individuato formalmente dal dirigente della struttura e a lui compete l'accertamento e la contestazione dell'infrazione, oltre che alle autorità competenti (Polizia amministrativa, Guardie giurate, se previsto da contratto, Ufficiali e agenti di polizia giudiziaria).



Il cartello deve essere affisso negli uffici e strutture private. Il soggetto cui spetta la vigilanza è il conduttore del locale o un suo delegato. L'accertamento e la contestazione dell'infrazione, spetta, però a: Polizia amministrativa, Guardie giurate, se previsto da contratto, Ufficiali e agenti di polizia giudiziaria.

ALLEGATO 5: *Diritti e doveri dei lavoratori e dei datori di lavoro*

Lavoratori

I lavoratori possono promuovere l'attuazione delle misure di protezione dal fumo passivo (art. 18 e 19 del D. L.vo 626/94) in quanto azioni volte alla tutela della salute sul luogo di lavoro. Se il dirigente non affronta il problema del fumo passivo, i lavoratori hanno le seguenti possibilità (Regione Veneto, 2005):

- inviare una lettera raccomandata A/R al datore di lavoro (e/o al RSPP) chiedendo il rispetto della normativa,
- inviare la stessa lettera allo SPreSAL chiedendo un intervento diretto a constatare la situazione denunciata,
- proporre un ricorso al Tribunale Civile, Sezione del Lavoro, chiedendo al giudice provvedimenti urgenti,
- in caso di insorgenza di malattia, ricorrere anche al Giudice Civile per ottenere il risarcimento del danno subito.

Allo stesso tempo i lavoratori sono tenuti a rispettare il regolamento sul divieto di fumo (artt 5, comma 2 del D. L.vo 626/94 e 2104 del Codice Civile).

Datori di lavoro

Il datore di lavoro ha il dovere di garantire il diritto alla salute dei propri dipendenti, per questo motivo dovrebbe farsi carico di deliberare un programma di controllo del tabagismo nella propria realtà lavorativa. Il primo compito (stabilito, tra l'altro, dall'art.4 del D.L.vo 626/94) è valutare il rischio per i lavoratori di essere esposti ad agenti dannosi per la salute (tra i quali il fumo passivo) e, a partire da tale valutazione, individuare misure adeguate di prevenzione e protezione. Il datore di lavoro è inoltre tenuto ad imporre il divieto di fumo nei locali di lavoro (ai sensi dell'art. 51 delle legge 3/03). Egli dovrà:

- includere il fumo passivo tra i rischi potenziali nel documento di valutazione dei rischi aziendali (art 4 e 72 quater del D.L.vo 626/94), indicando le misure per combatterlo (divieti, impianti di ventilazione, sorveglianza sanitaria, ecc...),
- in un'ottica di costruzione plurale e democratica di una policy antifumo all'interno della propria azienda, favorire la costituzione di un gruppo di lavoro per progettare la strategia di controllo del tabagismo più adatta alle caratteristiche dell'ambiente lavorativo,
- informare i lavoratori circa i pericoli derivanti dal fumo (attraverso la segnaletica, una comunicazione mirata e corsi di formazione),
- identificare le zone di divieto,
- nel caso si decida di applicare in azienda un divieto parziale, favorire la realizzazione di aree per i fumatori dotate di adeguati sistemi di aspirazione (vedi allegato 6),
- per i fumatori che desiderano smettere, facilitare l'accesso ai programmi di disassuefazione.

Il datore di lavoro deve inoltre vigilare sul rispetto del divieto. Negli uffici pubblici sarà lui (o il suo incaricato) ad accertare e a contestare l'infrazione, oltre che alle autorità competenti (Polizia Amministrativa). Nelle strutture private invece l'accertamento e la contestazione dell'infrazione spetta alla Polizia Amministrativa.

ALLEGATO 6: *Requisiti tecnici dei locali per fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria e dei modelli dei cartelli connessi al divieto di fumo*

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 dicembre 2003

1. I locali riservati ai fumatori, di cui all'art. 51, comma 1, lettera b) della legge 16 gennaio 2003, n. 3 devono essere contrassegnati come tali e realizzati in modo da risultare adeguatamente separati da altri ambienti limitrofi, dove è vietato fumare. A tal fine i locali per fumatori devono rispettare i seguenti requisiti strutturali:

- a) essere delimitati da pareti a tutta altezza su quattro lati;
- b) essere dotati di ingresso con porta a chiusura automatica, abitualmente in posizione di chiusura;
- c) essere forniti di adeguata segnaletica, conforme a quanto previsto dai successivi punti 9 e 10;
- d) non rappresentare un locale obbligato di passaggio per i non fumatori.

2. I locali per fumatori devono essere dotati di idonei mezzi meccanici di ventilazione forzata, in modo da garantire una portata d'aria di ricambio supplementare esterna o immessa per trasferimento da altri ambienti limitrofi dove è vietato fumare. L'aria di ricambio supplementare deve essere adeguatamente filtrata. La portata di aria supplementare minima da assicurare è pari a 30 litri/secondo per ogni persona che può essere ospitata nei locali in conformità della normativa vigente, sulla base di un indice di affollamento pari allo 0,7 persone/mq. All'ingresso dei locali è indicato il numero massimo di persone ammissibili, in base alla portata dell'impianto.

3. I locali per fumatori devono essere mantenuti in depressione non inferiore a 5 Pa. (Pascal) rispetto alle zone circostanti.

4. La superficie destinata ai fumatori negli esercizi di ristorazione, ai sensi dell'art. 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3, deve comunque essere inferiore alla metà della superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio.

5. L'aria proveniente dai locali per fumatori non è riciclabile, ma deve essere espulsa all'esterno attraverso idonei impianti e funzionali aperture, secondo quanto previsto dalla vigente normativa in tema di emissioni in atmosfera esterna, nonché dai regolamenti comunali di igiene ed edilizia.

6. La progettazione, l'installazione, la manutenzione ed il collaudo dei sistemi di ventilazione devono essere conformi alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in tema di sicurezza e di risparmio energetico, come pure alle norme tecniche dell'Ente italiano di unificazione (UNI) e del Comitato elettrotecnico italiano (CEI). I soggetti abilitati sono tenuti a rilasciare idonea dichiarazione della messa in opera degli impianti secondo le regole dell'arte ed in conformità dei medesimi alla normativa vigente. Ai fini del necessario controllo, i certificati di installazione comprensivi dell'idoneità del sistema di espulsione, e i certificati annuali di verifica e di manutenzione degli impianti di ventilazione devono essere conservati a disposizione dell'autorità competente.

7. Nei locali in cui è vietato fumare sono collocati appositi cartelli, adeguatamente visibili, che evidenziano tale divieto. Ai fini della omogeneità sul territorio nazionale, tecnicamente opportuna, tali cartelli devono recare la scritta "VIETATO FUMARE", integrata dalle indicazioni della relativa prescrizione di legge, delle sanzioni applicabili ai contravventori e dei soggetti cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto e cui compete accertare le infrazioni.

8. Nelle strutture con più locali, oltre al modello di cartello riportato al punto 7, da situare nei luoghi di accesso o comunque di particolare evidenza, sono adottabili cartelli con la sola scritta "VIETATO FUMARE".

9. I locali per fumatori sono contrassegnati da appositi cartelli, con l'indicazione luminosa contenente, per le ragioni di omogeneità di cui al punto 7, la scritta "AREA PER FUMATORI".

10. I cartelli di cui al punto 9 sono comunque integrati da altri cartelli luminosi recanti, per le ragioni di omogeneità di cui al punto 7, la dizione: "VIETATO FUMARE PER GUASTO ALL'IMPIANTO DI VENTILAZIONE", che si accendono automaticamente in caso di mancato o inadeguato funzionamento degli impianti di ventilazione supplementare, determinando la contestuale esclusione della scritta indicativa dell'area riservata.

11. Il locale non rispondente, anche temporaneamente, a tutte le caratteristiche tecniche di cui ai punti precedenti non è idoneo all'applicazione della normativa di cui all'art. 51 della legge 16 gennaio 2003, n. 3.