



Verso una azienda libera dal fumo

Manuale pratico
per il controllo
del fumo di tabacco
negli ambienti di lavoro



Ministero della Salute



Centro nazionale per la prevenzione
e il Controllo delle Malattie



**guadagnare
salute**

rendere facili le scelte salutari



REGIONE DEL VENETO

Verso una azienda libera dal fumo

Manuale pratico per il
controllo del fumo di
tabacco negli
ambienti di lavoro

Verso una azienda libera dal fumo.

Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro.

A cura di:

Daniela Marcolina (coordinamento redazionale) Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Az.ULSS n. 1 Belluno, Veneto

Mara Bernardini - Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL di Modena, Emilia-Romagna

Rosanna Bizzotto - Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro,

Az.ULSS n. 15 Alta Padovana, Veneto

Alessandro Coppo - Gruppo Tecnico Antitabacco, CPO della Regione Piemonte

Anna Rita Cupiraggi - Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL di Bologna, Emilia-Romagna

Laura Da Rold - Servizio Tossicodipendenze a Alcolologia, Az.ULSS n. 1 Belluno, Veneto

Marco dell’Omo - Istituto di Medicina del Lavoro e Tossicologia, Università degli Studi di Perugia, Umbria

Eugenia D’Isep - Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Az.ULSS n. 1 Belluno, Veneto

Andrea Dotti - Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL Settimo Torinese, Piemonte

Giuliana Faccini - Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Az.ULSS n. 21 Legnago, Veneto

Milvia Folegani - Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

Maurizio Laezza - Assessorato politiche per la salute, Regione Emilia-Romagna

Federica Michieletto - Servizio Sanità Pubblica e Screening- Direzione Prevenzione-Regione del Veneto

Stefano Nardini - U.O. di Pneumologia Ospedale di Vittorio Veneto, Az. ULSS 7 Pieve di Soligo, Veneto

Annarosa Pettenò - Servizio Sanità Pubblica e Screening- Direzione Prevenzione-Regione del Veneto

Cristiano Piccinelli - Gruppo Tecnico Antitabacco, CPO della Regione Piemonte

Franco Roscelli - Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, ASL di Parma, Emilia-Romagna

Gabriella Tosoni - Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, ASL di Viterbo, Lazio

In collaborazione con:



Stampa: Grafiche Battivelli srl - Conegliano (TV)

Tiratura: 10000 copie

ISBN 978-88-901488-2-8

© Direzione Prevenzione - Regione del Veneto

Venezia, dicembre 2007.

Tutti i diritti sono riservati.

È possibile riprodurre in toto o in parte il presente manuale purchè non a scopo di lucro, citando gli autori e richiedendo preventivamente l'autorizzazione al proprietario dei diritti.

Iniziativa editoriale afferente al

“Programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della legge 3/2003” finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM del Ministero della Salute e affidato alla Regione del Veneto - Direzione Prevenzione - Servizio Sanità Pubblica e Screening (DGRV. 1912 del 19 luglio 2005).

Coordinamento istituzionale:

Daniela Galeone, CCM-Ministero della Salute;
Antonio Ferro, Servizio Sanità Pubblica e Screening - Direzione Prevenzione - Regione del Veneto.

Direzione scientifica: Luca Sbrogiò, Elizabeth Tamang.

Collaborazione tecnico-scientifica e organizzativa: Valeria Bernardi, Anna Brichese, Elena Ciot, Anna De Lena, Daniela Marcolina, Massimo Marzano, Tiziana Menegon, Federica Michieletto, Lorella Padoin, Annarosa Pettenò, Bernardetta Rosolen, Laura Tagliapietra, Simone Zevrain.

INDICE

PRESENTAZIONE	5
PREFAZIONE	7
PREMESSA	9
INTRODUZIONE	11

CAPITOLO 1

Il fumo di tabacco negli ambienti di lavoro: aspetti epidemiologici e normativi

1.1. Il problema sociale e sanitario del fumo di tabacco	15
1.1.1. La diffusione	15
1.1.2. L'impatto sanitario	15
1.1.3. L'impatto economico e sociale	16
1.2. Il fumo di tabacco e l'ambiente di lavoro	17
1.3. Il quadro normativo	19
1.3.1. Fondamenti giuridici del divieto di fumo nei luoghi di lavoro	19
1.3.2. Diritti e doveri dei lavoratori	23
1.3.3. Responsabilità del datore di lavoro	23

Schede informative:

1. Il fumo di tabacco e i suoi componenti	29
2. Effetti del fumo di tabacco sulla salute	32
3. L'interazione fra il fumo di tabacco e i fattori di rischio professionali	35

CAPITOLO 2

Definizione di una politica aziendale per il controllo del fumo di tabacco

2.1. Le finalità della politica aziendale	39
2.2. I contenuti della politica aziendale	39
2.3. I vantaggi della politica aziendale	39
2.4. Come sviluppare la politica aziendale	41
2.4.1. Costituire il gruppo aziendale	41
2.4.2. Valutare la situazione esistente in azienda	42
2.4.3. Scegliere tra il divieto assoluto o parziale (locali per fumatori)	42
2.4.4. Definire gli obiettivi e il piano d'azione	43

2.4.5. Redigere il regolamento	44
2.4.6. Comunicare la politica aziendale	44
2.4.7. Offrire programmi per smettere di fumare	45
2.4.8. Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati	47

2.5. Dubbi e quesiti	48
----------------------	----

Schede informative:

1. Il ruolo dei componenti del gruppo aziendale	51
2. Percorso di I° livello: il rispetto della legge	54
3. Percorso di II° livello: il rispetto della legge e la promozione della salute	55
4. Le domande più frequenti	57

ALLEGATI

1. Due esempi di progetti di attuazione di politiche per il controllo del fumo di tabacco in un'azienda della Regione Emilia-Romagna e della Regione Piemonte	61
2. Questionario per la rilevazione del fumo in azienda	68
3. Esempio di regolamento tipo	71
4. Strumenti per il medico competente	73
5. Note sulla applicazione delle norme sul divieto di fumo	75
6. Esempi di cartelli	79
7. Requisiti tecnici dei locali per fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria e dei modelli dei cartelli connessi al divieto del fumo (allegato al DPCM 23.12.2003)	80
8. Elenchi dei Coordinatori Regionali e dei Referenti per i programmi di prevenzione dal tabagismo per gli ambienti di lavoro	82

BIBLIOGRAFIA	84
--------------	----

PRESENTAZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il fumo di tabacco come "la più grande minaccia per la salute nella Regione Europea" e promuove da anni varie strategie per contrastare il fenomeno del tabagismo e implementare stili di vita sani.

Un'azione coordinata per una "Europa senza fumo" è una delle priorità politiche della Commissione Europea nei settori della sanità, dell'ambiente, del lavoro e della ricerca.

Il Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" promosso dal Ministero della Salute ed approvato con DPCM del 4 maggio 2007, punta sull'importanza di azioni atte a rendere facili le scelte salutari nella popolazione in relazione ai quattro principali fattori di rischio per la salute (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica).

Quando si parla di fumo si deve considerare anche l'importanza dell'esposizione al fumo passivo, causa sicura di malattie tumorali, cardiovascolari e broncopolmonari.

Le strategie di prevenzione del tabagismo non possono, pertanto, escludere interventi di prevenzione nei luoghi di lavoro che costituiscono un ambito particolarmente favorevole ad azioni di promozione della salute. La maggior parte della popolazione adulta, infatti, trascorre gran parte della propria giornata al lavoro; nelle comunità lavorative, inoltre, le persone imparano a responsabilizzarsi rispetto agli altri, favorendo la realizzazione personale e la partecipazione sociale; l'acquisizione di conoscenze e i cambiamenti negli stili di vita dei lavoratori si ripercuotono, infine, favorevolmente nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese.

L'attuale normativa di tutela dal fumo passivo, nello stimolare il senso di responsabilità verso la salute di chi ci è accanto, da un lato agisce sulle abitudini personali a fumare, dall'altro fornisce l'opportunità di contrastare il più diffuso e pericoloso fattore di rischio per la salute umana, rafforzando gli interventi di promozione della salute.

In questa duplice prospettiva, questo manuale si propone come valido supporto per il datore di lavoro che vuole essere in regola con le norme sul divieto del fumo e sulla sicurezza sul lavoro, ma desidera anche adoperarsi per migliorare il benessere e i rapporti fra i propri dipendenti; si rivolge soprattutto a quelle aziende che finora non erano state coinvolte dalle leggi sul divieto del fumo (luoghi di lavoro privati) e che oggi si trovano ad affrontare le legittime richieste dei lavoratori non fumatori e le lamentele dei fumatori.

Il volume intende rappresentare, inoltre, un utile strumento di lavoro per gli operatori dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL che devono, da un lato, svolgere l'attività di vigilanza sull'applicazione della normativa in materia di sicurezza sul lavoro e monitorare l'applicazione del divieto di fumo, e, dall'altro, devono essere in grado di proporre e favorire l'avvio di programmi di promozione della salute.

Il Ministro della Salute
Livia Turco

PREFAZIONE

Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM ha tra i propri obiettivi, il contrasto di emergenze sanitarie e la prevenzione anche attraverso la promozione di stili di vita. In questi campi, il CCM è chiamato ad attivare sistemi di sorveglianza, piani di risposta, progetti di intervento.

Le politiche di prevenzione del tabagismo si inseriscono nell'ambito della promozione di stili di vita sani. Il CCM è, infatti, impegnato a sostenere il sistema sanitario e il Paese nell'applicazione del divieto di fumo e nelle azioni di contrasto al fumo. È stata così definita la "Strategia nazionale per la prevenzione dei danni del fumo", che rileva la necessità di un approccio globale al problema e di cooperazione e coordinamento tra tutte le istituzioni, amministrazioni ed enti coinvolti. L'obiettivo finale è quello di ridurre il carico di morte e malattie correlate al fumo attraverso lo sviluppo di azioni a tre livelli: proteggere i non fumatori, prevenire l'iniziazione al fumo nei non fumatori e favorire la disassuefazione nei fumatori attivi.

Per il raggiungimento di tali obiettivi, il CCM si avvale della collaborazione delle Regioni. In particolare, la Regione Emilia Romagna coordina un "Piano nazionale di formazione sul tabagismo rivolto a pianificatori regionali ed operatori pubblici e del privato sociale", mentre la Regione del Veneto è stata individuata come partner istituzionale per l'attuazione di un "Programma di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della Legge 3/2003".

Tale progetto prevede, tra l'altro, il monitoraggio degli effetti della legge 3/2003 nei luoghi di lavoro pubblici e privati e la predisposizione di linee guida operative per l'appropriata applicazione della normativa in chiave di "promozione della salute". Le attuali politiche di prevenzione nei luoghi di lavoro delle Regioni, accanto all'azione di controllo, valorizzano, infatti, la promozione della salute come strumento strategico innovativo per favorire la creazione e il mantenimento di ambienti di lavoro sani e che stimolino stili di vita sani.

Questo documento, frutto della fattiva collaborazione dei referenti regionali dei programmi di controllo del tabagismo e dei Servizi di Prevenzione e Vigilanza negli Ambienti di Lavoro delle ASL riesce a tradurre gli obiettivi dei Piani strategici di promozione della salute delle Regioni in indicazioni operative per gli operatori dei Servizi Pubblici e in esempi fattibili di progetti aziendali.

Un ringraziamento va dunque a quanti hanno contribuito con la propria competenza alla realizzazione di questa guida e si sono resi disponibili a condividere l'esperienza con quanti quotidianamente sono impegnati nel campo della prevenzione del tabagismo e della protezione dei non fumatori in ambito lavorativo.

**Il Direttore Operativo del CCM
Dott. Donato Greco**

PREMESSA

La Regione del Veneto ha da tempo sviluppato una strategia articolata per il controllo del più importante fattore di rischio prevenibile per la salute, qual è il fumo di tabacco. Sul campo vengono impegnate risorse e competenze, in vari ambiti di azione, finalizzate a:

1. prevenire l'iniziazione al fumo nei giovani;
2. favorire la disassuefazione dal fumo;
3. proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo.

Ogni area di intervento, pur autonoma, è un tassello e parte integrante, di una unica Strategia regionale globale mirata al contrasto degli innumerevoli danni di ordine sanitario, sociale, economico ed umano provocati dal fumo di tabacco a qualsiasi età.

La Strategia regionale parte dall'azione di programmazione e di coordinamento di un Comitato tecnico-scientifico composto da referenti di comprovata esperienza sia regionali che delle Aziende ULSS, per poi essere recepita e sviluppata a livello territoriale dai Referenti Aziendali e dagli innumerevoli operatori, appartenenti a diversi Servizi (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Ospedali e Servizi territoriali), che quotidianamente a vario titolo contribuiscono all'implementazione delle linee di azione in stretta collaborazione con il volontariato (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) e, come dimostra il presente lavoro, anche con il mondo del lavoro. La sfida è riuscire ad integrare la sensibilità e l'attenzione per la tematica del fumo all'interno delle normali attività lavorative con l'obiettivo comune di promuovere una cultura della salute che mira, nell'ottica di Guadagnare Salute, al protagonismo attivo di ogni operatore e cittadino al fine di "rendere facili scelte di vita sane".

Sono lieta che il nostro impegno in tale settore sia riconosciuto ed apprezzato anche a livello nazionale e con piacere mettiamo a servizio delle altre Regioni le nostre competenze nello sviluppo del "Programma di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della legge 3/2003" affidato alla Regione del Veneto dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM. Il presente volume è un esempio di lavoro nato dall'esperienza veneta, adottato a livello nazionale e ampliato grazie a contributi interregionali fino alla veste attuale.

Si ringraziano quindi tutti coloro che con il proprio contributo ed operato hanno permesso la revisione e il miglioramento della guida e a quanti riterranno utile utilizzarla auspichiamo un proficuo lavoro.

Regione del Veneto
Assessore alle Politiche Sanitarie
On. Dr.ssa Francesca Martini

INTRODUZIONE

Il rischio collegato al fumo di sigaretta è ben noto e il posto di lavoro è una delle sedi dove è possibile intervenire con successo sia per evitare esposizione a fumo passivo, sia per favorire una maggiore conoscenza dei danni e promuovere la cessazione, oltre che limitare il numero di sigarette consumate. L'ambiente di lavoro rappresenta una sede ideale per interventi mirati a ridurre la prevalenza dei fattori di rischio individuali, perché è possibile raggiungere circa il 60% della popolazione. Inoltre, è possibile promuovere simultaneamente cambiamenti nel posto di lavoro (ad esempio, ambienti di lavoro liberi dal fumo) al fine di supportare le modifiche comportamentali.

Una recente e sistematica review (Fichtenberg et al., 2002) mostra che gli ambienti di lavoro completamente liberi dal fumo sono associati ad una riduzione nella prevalenza dell'abitudine al fumo del 38% e ad una riduzione del consumo di sigarette da parte di fumatori che, combinati insieme determinano, una riduzione del consumo di sigarette del 29%. Con il decremento dell'esposizione si sono viste una concomitante sostanziale riduzione nei sintomi respiratori e una migliorata funzione polmonare (Eisner et al., 1998). In breve, le politiche no smoking negli ambienti di lavoro migliorano la salute. Negli ambienti di lavoro dove ci sono anche inquinanti professionali, i lavoratori sono preoccupati riguardo il duplice rischio (individuale e lavorativo) e presentano un aumentato interesse nello smettere di fumare. La consapevolezza degli effetti sinergici derivanti dall'esposizione a fumo di sigaretta e inquinanti ambientali può innalzare la motivazione a smettere di fumare.

In conclusione, il divieto di fumo durante il lavoro favorisce la riduzione del consumo di sigarette ed evita l'esposizione al fumo passivo. Il datore di lavoro può, attraverso interventi di tipo restrittivo ed educativo, svolgere un ruolo attivo nella promozione della salute tra i propri dipendenti.

I contenuti della guida illustrano le innovative metodologie di prevenzione nei luoghi di lavoro, basate su un approccio globale alla salute dei lavoratori comprendente misure di riduzione dei fattori di rischio occupazionali, interventi sulla qualità dell'ambiente, sull'organizzazione del lavoro, azioni sulle relazioni interpersonali e sui comportamenti individuali. In pratica vengono implementate sia azioni di tipo restrittivo che interventi educativi, attuate con il consenso e la collaborazione di tutti i soggetti aziendali e supportate dai Servizi Pubblici. Per quanto riguarda il primo aspetto, il fumo viene riconosciuto come uno dei fattori di nocività presenti negli ambienti di lavoro e affrontato anche nell'ambito della normativa di sicurezza sul lavoro; in questo modo si sviluppa una maggiore responsabilizzazione e coinvolgimento dei datori di lavoro e dei sindacati, ma anche maggiore possibilità di controllo. Relativamente al secondo aspetto, le Regioni, nell'ambito delle politiche di promozione della salute nei luoghi di lavoro, hanno da tempo stretto alleanze con il mondo del lavoro per l'avvio di progetti ed iniziative incentivanti rivolte alle aziende più virtuose e interessate all'etica sociale.

La guida si articola in un primo capitolo informativo dove vengono sviluppati gli aspetti normativi ed epidemiologici del problema di interesse per il mondo del lavoro.

Nel secondo capitolo vengono illustrati i passaggi da attuare per applicare il divieto di fumo negli ambienti di lavoro, fornendo le indicazioni indispensabili affinché tale iniziativa abbia successo.

Il datore di lavoro potrà scegliere fra le varie opportunità presentate quella che meglio si adatta alla sua realtà.

Ogni capitolo è accompagnato da schede di approfondimento tecnico e di esemplificazione pratica che completano le informazioni del testo e rendono il manuale di facile consultazione, mentre alla fine del manuale, fra gli Allegati, sono riprodotti i principali strumenti operativi per chi vuole impegnarsi nella realizzazione di progetti aziendali per il controllo del fumo di tabacco.

CAPITOLO 1

Il fumo di tabacco negli ambienti di lavoro: aspetti epidemiologici e normativi

1.1. IL PROBLEMA SOCIALE E SANITARIO DEL FUMO DI TABACCO

1.1.1. La diffusione

Secondo i dati dell'ISTAT (ISTAT 2007) riferiti al periodo dicembre 2004-marzo 2005 in Italia i fumatori sono 10 milioni e 925 mila, pari al 21,7% della popolazione di 14 anni e più. I fumatori attuali sono il 27,5% dei maschi e il 16,3% delle femmine. La percentuale più elevata di fumatori si localizza nell'Italia centrale (23,5%), seguono in ordine decrescente il Nord-Ovest (22%), le isole e il Nord-Est (21, 2%) ed infine il Sud con la percentuale più bassa (20,5%). Riguardo alle classi di età, per gli uomini la quota più elevata di fumatori è tra i 25 e i 34 anni (35,4%), mentre per le donne è tra i 45 e i 54 anni (24,5%). I fumatori abituali, che fumano cioè tutti i giorni, sono il 19,7% della popolazione e consumano mediamente 14,8 sigarette al giorno; fra i fumatori abituali, il 37,1% sono forti fumatori, fumando almeno 20 sigarette al giorno.

L'abitudine al fumo è strettamente associata al livello di istruzione, ma con andamenti differenziati nei due sessi. Negli uomini la quota dei fumatori aumenta al decrescere del titolo di studio conseguito, mentre, tra le donne, sono le più istruite a far registrare la maggior percentuale di fumatrici.

Il periodo di iniziazione si colloca fra i 14 ed i 17 anni (65,6%), ma in generale i giovani e gli adolescenti iniziano a fumare sempre più precocemente.

Per contro aumenta negli ultimi anni la quota di quanti smettono di fumare: in Italia il 21, 6% della popolazione è composta da ex fumatori (29,2% degli uomini e il 14,5% delle donne). Solitamente si smette intono ai 40 anni e la decisione matura mediamente dopo 22 anni di abitudine.

1.1.2. L'impatto sanitario

Il fumo attivo rappresenta anche in Italia la

principale causa prevenibile di malattia e di morte.

Come è noto il tabacco è uno dei più potenti cancerogeni: la maggior parte dei tumori di polmoni, trachea, bronchi, laringe, faringe, cavità orale sono attribuibili all'uso di tabacco. Il fumo, inoltre, favorisce l'aterosclerosi ed è il più importante fattore di rischio per l'infarto cardiaco e per le malattie coronariche, cerebrovascolari e dei vasi periferici.

Il fumo è anche un importante fattore di rischio per le patologie respiratorie, essendo la causa principale della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

In gravidanza il fumo di sigaretta aumenta il rischio di aborti spontanei, di gravidanze ectopiche e di basso peso alla nascita, oltre che aumentare il rischio di difetti congeniti del nascituro.

I decessi attribuibili al fumo sono 81.855 (65.613 maschi e 16.242 femmine) secondo l'elaborazione del Ministero della Salute sulla base dei dati ISTAT relativi all'anno 2000. Oltre il 25% di questi decessi colpisce soggetti in età lavorativa (tra i 35 ed i 65 anni).

Si è calcolato che il fumo causi l'87% dei decessi per cancro del polmone, l'82% di quelli per BPCO, il 21% di quelli per incidenti coronarici e il 18% di quelli per ictus .

Anche l'inalazione passiva del fumo di tabacco dall'ambiente in soggetti non fumatori, è associata a effetti deleteri, proprio come il fumo "attivo", anche se con minori livelli di rischio. Il fumo passivo è causa di tumore polmonare, aumenta il rischio di disturbi respiratori e di infarto del miocardio. 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 è maggiore nei pazienti asmatici esposti a fumo passivo sul lavoro o a casa; nelle donne in gravidanza, l'esposizione al fumo ambientale può determinare un ritardo della crescita del feto e aumentare il rischio di complicanze alla nascita; nei neonati, infine, il

fumo ambientale aumenta il rischio di sindrome di morte in culla, bronchiti, polmoniti, asma bronchiale, otite.

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 in seguito ad esposizioni non particolarmente prolungate (Ministero della Salute, 2004).

La patogenicità del fumo è riconducibile alla presenza di oltre 4.000 sostanze nocive contenute nel prodotto della combustione del tabacco. Gli effetti cancerogeni sono dovuti principalmente al catrame, ovvero il residuo secco, scuro e colloso risultante dalla combustione dopo la rimozione della nicotina e dei composti gassosi. Il catrame, infatti, contiene notissimi cancerogeni chimici, quali gli idrocarburi aromatici policiclici (benzopirene, dimetilbenzantracene, etc) e le amine aromatiche (nitrosamine, etc.).

Nelle schede alla fine di questo capitolo vengono illustrati in dettaglio gli aspetti chimico-fisici della composizione del fumo di sigaretta (n° 1), i suoi effetti sulla salute (n° 2), l'interazione fra il fumo di tabacco e i fattori di rischio professionali (n° 3).

1.1.3. L'impatto economico e sociale

I drammatici effetti del fumo sulla salute sono ormai ampiamente dimostrati scientificamente. Data la varietà di condizioni patologiche conseguenti non è però semplice stimare l'impatto economico che l'abitudine di fumare comporta sia sui sistemi sanitari nazionali per l'assistenza ospedaliera necessaria che sulla produttività lavorativa per i giorni di lavoro persi.

I costi sociali attribuibili al fumo possono essere distinti nelle seguenti categorie:

- costi diretti legati alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle patologie correlate al fumo;
- costi indiretti legati alla morbilità e associati al mancato guadagno conseguente alla perdita di lavoro a causa di una patologia fumo-correlata;
- costi indiretti legati alla mortalità e associati alla perdita del guadagno futuro a causa di una morte prematura causata dal fumo.

Oltre ai costi sociali, il fumo provoca spese dirette e indirette alle aziende derivanti da:

- maggior assenteismo da parte dei dipendenti per malattie attribuibili al fumo;
- minore produttività;
- maggiore pensionamento anticipato a causa di problemi di salute;
- maggiori costi di manutenzione e pulizia;
- maggior rischio di incendi;
- maggiori premi assicurativi in caso di incendi.

Diversi studi hanno analizzato i vari tipi di costi economici e finanziari (Russo et al., 2001; Sgambato et al., 2001) quantificando i costi a carico del SSN per il trattamento delle patologie riconducibili all'uso di tabacco in base alle schede di dimissione ospedaliera (SDO). La spesa ospedaliera complessiva per il trattamento di tutte le patologie correlate al tabacco nei fumatori eccede del 40% quella sostenuta per i non fumatori e l'eccesso equivale a circa 5 miliardi di euro all'anno, più dell'8,3% della spesa sanitaria pubblica del 1999 e allo 0,4% del PIL.

Lo studio citato ha fornito anche una valutazione dei costi che il tabagismo impone all'economia nazionale attraverso la quantificazione delle giornate lavorative perse per il trattamento delle patologie fumo correlate e una proiezione dell'impatto economico complessivo. La perdita di produttività complessiva riconducibile al tabagismo è stata valutata in 15 miliardi di euro all'anno, molto superiori agli introiti ricavabili dalla vendita del tabacco in Italia (Garattini et al., 2002).

Per contro, i benefici economici derivanti da una migliore produttività nelle "aziende smoke free" sono stati ben documentati, soprattutto negli Usa e negli altri Paesi dove le leggi sulla restrizione al fumo di sigaretta nei luoghi di lavoro sono state

introdotte da tempo (Hudzinski et al., 1990; Stave et al., 1991; Briss et al., 2000). Infatti nelle aziende dove si sono effettuati interventi organici per la cessazione dal fumo, quali l'estensione del divieto di fumo, l'offerta di corsi per smettere di fumare, la sistematica azione di "minimal advice" da parte del medico competente, si sono ridotti gli infortuni e le assenze per malattie professionali con benefici economici nel breve-medio periodo (Jeffery et al., 1993). Inoltre, un importante addizionale incentivo a introdurre il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è rappresentato dal fatto di evitare i costi delle cause intentate da lavoratori contro le aziende che li hanno esposti a fumo passivo.

Per concludere, i costi che derivano dallo sviluppo di una politica contro il fumo sono di molto inferiori ai guadagni che si ottengono dalla sua applicazione.

1.2. IL FUMO DI TABACCO E L'AMBIENTE DI LAVORO

L'ambiente di lavoro è un importante luogo di esposizione a fumo attivo e passivo. Infatti, il maggior numero dei soggetti fumatori è concentrato nelle fasce di età tra i 25-44 anni cioè in soggetti attivi dal punto di vista professionale, i quali trascorrono la maggior parte della loro giornata in un ambiente di lavoro dove esplicano la loro abitudine al fumo. Studi svolti in diversi Paesi industrializzati hanno rilevato che la prevalenza dell'abitudine al fumo nella popolazione generale è correlata a diversi fattori, tra cui il livello socio-culturale e l'attività lavorativa svolta; in particolare, risulta più elevata tra i lavoratori che hanno un basso livello di istruzione e che svolgono mansioni di bassa specializzazione e scarsamente remunerate (cosiddetti "blue-collar workers" o "service workers") (Barbeau et al., 2004). Inoltre, un più precoce inizio dell'abitudine al fumo, un maggiore consumo di tabacco ed una minore tendenza a smettere sono stati dimostrati in un gruppo di operai

metalmeccanici rispetto ad un gruppo di impiegati ("white-collar workers") (Giovino et al., 2000). Una recente ricerca ha rivelato un'allarmante diffusione del fumo tra giovani apprendisti, destinati ad attività manuali, in una Provincia del Centro-Italia (Madeo et al., 2005). Esiste, inoltre, un'importante percentuale di lavoratori che pur non fumando subisce l'esposizione a fumo di tabacco ambientale. Anche se non esistono dati certi relativi all'esposizione a fumo passivo in Italia in ambiente lavorativo, le stime elaborate dallo studio multicentrico europeo CAREX calcolavano nel 2004 per l'Italia 770.000 gli esposti a fumo passivo durante il lavoro. Anche se è presumibile ritenere che dopo l'entrata in vigore della L.3/2003 il numero degli esposti a fumo passivo sia nettamente ridotto, il fumo di tabacco rappresenta comunque un importante fattore di rischio presente nei luoghi di lavoro e, come ogni condizione di rischio presente nei luoghi di lavoro che in qualche modo influisce negativamente sulla salute dei dipendenti, esso ricade sotto la responsabilità del datore di lavoro.

In un ambiente di lavoro in cui si fuma si vengono a creare i seguenti rischi:

- a) rischio infortunistico;
- b) rischio incendio;
- c) danni a macchine e attrezzature;
- d) rischio di interazione tra fumo di sigaretta ed altre sostanze tossiche;
- e) rischio da esposizione fumo passivo.

a) **Rischio infortunistico:**

il numero di incidenti che si verificano a carico dei lavoratori che fumano è almeno due volte superiore a quello dei non fumatori a causa della diminuzione di attenzione, dell'impaccio delle mani, del disagio per il fumo negli occhi e dei colpi di tosse (Sacks et al., 1994).

b) **Rischio incendio:**

storicamente i primi divieti di fumare nei luoghi di lavoro sono stati introdotti per prevenire incendi ed esplosioni come, ad esempio nell'industria chimica. In Inghilterra è

stato stimato che l'8,9% di tutti i rilevanti 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).

c) Danni a macchine e attrezzature:

i componenti del fumo e i suoi residui, a lungo andare, possono danneggiare, con azioni di tipo chimico e meccanico (reazioni chimiche e fotochimiche, ostruzioni provocate dai residui carboniosi e dal particolato), parti di attrezzature e sistemi (Trotto G., 1997). Alcune tra le più suscettibili di danneggiamento sono:

- le parti metalliche accessibili o scoperte dei contatti elettrici fissi e rotanti, dei microinterruttori, di computer, tastiere, mouse, fax e stampanti;
- la parte sensibile dei supporti, magnetici e non, per archiviazione dei dati (floppy disk, optical disk, nastri magnetici);
- i nonii degli strumenti di misurazione meccanica di precisione (calibri, micrometri, sonde);
- le lenti (con trattamenti superficiali e non), i fotorilevatori dei microscopi ottici, elettronici e laser.

d) Rischio di interazione tra fumo di sigaretta ed altre sostanze tossiche:

l'esposizione a fumo, passivo o attivo, in associazione all'esposizione a rischi professionali (polveri, sostanze chimiche, etc.) può produrre effetti combinati per i seguenti motivi:

- il fumo inalato può veicolare sostanze tossiche presenti nel posto di lavoro, determinando l'aumento della frazione respirabile depositata nei polmoni dei lavoratori come accade per il piombo (Alessio L., 1981) o rendendola più tossica, come nel caso del PTFE -politetrafluoroetilene o teflon- (Cooper et al., 1994);
- il fumo può contenere gli stessi agenti chimici che inquinano l'ambiente di lavoro (ad es. cadmio, butadiene, benzene, benzopirene, aumentando la dose totale assorbita dai

lavoratori);

- il fumo può interessare uno stesso organo bersaglio coinvolto dall'esposizione occupazionale o produrre un danno biologico analogo a quello determinato dall'esposizione professionale come nel caso del tumore alla vescica da fumo e 2-naftilamina, oppure per le malattie del sistema cardiovascolare (Zanettini R, 1996) causate da nicotina e monossido di carbonio, ma anche da nitrati, solfuro di carbonio, pesticidi organofosforici e molti altri;
- l'abitudine al fumo può aumentare l'attivazione di un pro-cancerogeno professionale in un suo metabolita cancerogeno, ad esempio mediante l'induzione di enzimi microsomiali;
- il fumo può agire sinergicamente con le sostanze tossiche presenti nel luogo di lavoro causando un effetto moltiplicativo come nel caso dell'asbesto (Billings CG, 2000), del radon o dell'arsenico nello sviluppo del tumore al polmone (Gobbato, 1990), oppure un effetto additivo come nel caso della BPCO (Marine et al., 1988).

e) Rischio da esposizione a fumo di tabacco ambientale:

il danno alla salute causato dal fumo passivo è quello subito dal lavoratore in ragione della sua permanenza in ambienti di lavoro in cui operano colleghi fumatori. Gli effetti negativi del fumo passivo, oltre al fastidio e agli effetti irritativi alle prime vie respiratorie percepibili soggettivamente, consistono in malattie cardiovascolari, respiratorie, patologie tumorali ed effetti sul nascituro.

La ricerca effettuata da Forastiere (Forastiere et al., 2002) stima in 324 casi/anno i decessi per tumore polmonare e 235 quelli per malattie ischemiche causati dall'esposizione a fumo passivo in ambiente di lavoro e in 2.033 i bambini nati sottopeso all'anno per esposizione a fumo passivo della madre durante il lavoro.

Oltre a presentare un maggior rischio di

tumore del polmone e malattie cardiovascolari, i lavoratori esposti a ETS sono più frequentemente affetti da tosse ed aumento dell'espettorazione; anche le terapie farmacologiche per l'asma bronchiale risultano meno efficaci negli esposti a ETS (Jindal et al., 1994). L'esposizione a ETS nei luoghi di lavoro è risultata strettamente associata con l'aumento dei giorni di assenza dal lavoro, del numero di visite mediche e del consumo di farmaci (McGhee et al., 2000).

In conclusione, considerando:

- i comportamenti dei lavoratori che fumano (acquisto di prodotti a base di tabacco e loro consumo durante il lavoro);
- i maggiori indici infortunistici riscontrati tra i dipendenti che fumano;
- le patologie invalidanti correlate all'abitudine al fumo attivo ed i potenziali effetti additivi o sinergici dell'esposizione a fumo di tabacco e ad alcuni fattori di rischio professionali;
- le patologie causate o aggravate dall'esposizione lavorativa a ETS;
- le necessità organizzative imposte dal turnover dei lavoratori malati e dagli obblighi connessi al divieto di fumo nei luoghi di lavoro,

appare evidente l'utilità di contrastare l'abitudine al fumo nei luoghi di lavoro e di promuovere la disassuefazione dei lavoratori che fumano. Tali attività potranno ripercuotersi positivamente, oltre che sulla salute ed il benessere dei lavoratori, anche sul bilancio aziendale.

1.3. IL QUADRO NORMATIVO

1.3.1. Fondamenti giuridici del divieto di fumo nei luoghi di lavoro

Già diversi anni prima dell'emanazione della Legge 3/2003, la Corte Costituzionale (sentenza n. 399/1996) aveva espresso un autorevole parere sul problema del fumo nei luoghi di

lavoro.

Rispondendo al quesito «Come mai la legge tutela con un generico e assoluto divieto di fumo la salute dei cittadini che solo occasionalmente accedono agli uffici pubblici, rimanendovi per breve tempo, mentre invece non esiste analogo divieto riguardo a quei luoghi ove i lavoratori sono costretti a restare per l'intera giornata lavorativa», la Suprema Corte affermava che «pur non essendo ravvisabile nel diritto positivo un divieto assoluto e generalizzato di fumare in ogni luogo di lavoro chiuso, è anche vero che nell'ordinamento già esistono disposizioni intese a proteggere la salute dei lavoratori da tutto ciò che è atto a danneggiarla, ivi compreso il fumo passivo.

Se alcune norme prescrivono legislativamente il divieto assoluto di fumare in speciali ipotesi, ciò non esclude che da altre disposizioni discenda la legittimità di analogo divieto con riguardo a diversi luoghi e secondo particolari circostanze concrete; è inesatto ritenere, comunque, che altri rimedi voluti dal vigente sistema normativo siano inidonei alla tutela della salute dei lavoratori anche rispetto ai rischi del fumo passivo. Ed invero, non sono soltanto le norme costituzionali (artt. 32 e 41) ad imporre ai datori di lavoro la massima attenzione per la protezione della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori; numerose altre disposizioni, tra cui la disciplina contenuta nel decreto legislativo n. 626 del 1994, assumono in proposito una valenza decisiva».

Nella sentenza della Corte Costituzionale vengono richiamate le seguenti normative:

- **Articolo 32 della Costituzione:**
«la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...». Il rispetto del principio costituzionale dell'art. 32 va inteso nel senso che «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 passivo, se non eliminato, sia ridotto ad una

soglia talmente bassa da far ragionevolmente escludere che la loro salute sia messa a repentaglio» (Corte Costituzionale sentenza n. 399/1996).

- **Articolo 41 della Costituzione:**
«l'iniziativa privata è 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 1, 4 e 31 del D.Lgs. 626/94:**
dispongono che il datore di lavoro, in relazione alla natura dell'attività produttiva, valuti i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori e adotti le misure necessarie di prevenzione, adeguando i luoghi di lavoro alle prescrizioni di sicurezza e di salute. Con tale norma il fumo di sigaretta trova una sua precisa caratterizzazione quale agente di rischio per la salute dei lavoratori, da valutare ai sensi dell'art. 4, e conseguentemente da combattere.
- **Articolo 9 del DPR 303/56** (come sostituito dall'art. 33, comma 6, del D.Lgs. 626/94 e modificato dall'art. 16 del D.Lgs. 242/96):
«Nei luoghi di lavoro chiusi è necessario far sì che, tenendo conto dei metodi di lavoro e degli sforzi fisici ai quali sono sottoposti i lavoratori, essi dispongano di aria salubre in quantità sufficiente anche ottenuta con impianti di aerazione».
- **Articolo 14 del DPR 303/56** (come sostituito dall'art. 33, comma 6, del D.Lgs. 626/94 e modificato dall'art. 16 del D.Lgs. 242/96):
«Quando la sicurezza e la salute dei lavoratori lo richiedono, i lavoratori devono disporre di un locale di riposo facilmente accessibile ... Nei locali di riposo si devono adottare misure adeguate per la protezione dei non fumatori contro gli inconvenienti del fumo».

A queste norme consegue una serie di corollari:

- 1) in tutti i luoghi di lavoro pubblici e privati deve essere garantita la salubrità dell'aria: non può considerarsi salubre un'aria inquinata da fumo di tabacco;
- 2) qualsiasi pericolo per la salute del lavoratore derivante dall'inquinamento dell'aria - ivi compreso quello causato dal fumo - deve essere eliminato;
- 3) il diritto alla salute, costituzionalmente tutelato, deve prevalere sui liberi comportamenti che non hanno una diretta copertura costituzionale (il fumo);
- 4) i datori di lavoro devono attivarsi per verificare se in concreto la salute dei lavoratori sia adeguatamente tutelata;
- 5) le varie misure possibili e le modalità di intervento vengono lasciate alle valutazioni dei datori di lavoro;
- 6) la natura delle norme citate non è solo programmatica ma precettiva, cioè un obbligo per i datori di lavoro.

Normativa specifica sul fumo nei luoghi di lavoro

Se gli elementi fondamentali di tutela sono contenuti già nella Costituzione Italiana e nel Codice Civile, nella normativa specifica sulla salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro esistono altri divieti di fumo per situazioni specifiche di rischio:

- pericolo d'incendio (art. 34 DPR 547/55);
- rischio di esposizione ad agenti cancerogeni (art. 64, comma 1, lettera b, e art. 65, comma 2, D.Lgs. 626/94);
- rischio di esposizione ad agenti biologici (art. 80, comma 2, D.Lgs. 626/94);
- attività lavorative che possono comportare, per i lavoratori, il rischio di esposizione ad amianto (art. 59-octies, comma 1, lettera a, D.Lgs. 626/94).

Questi divieti si applicano anche per le attività lavorative svolte all'aperto e non soltanto nei luoghi chiusi, come invece avviene per l'art. 51 della Legge 3/2003.

L'articolo 66 del D.Lgs. 626/94 prevede anche un obbligo specifico di informazione e formazione: «Il datore di lavoro fornisce ai lavoratori, sulla base delle conoscenze disponibili, informazioni ed istruzioni, in particolare per quanto riguarda: a) gli agenti cancerogeni o mutageni presenti nei cicli lavorativi, la loro dislocazione, i rischi per la salute connessi al loro impiego, ivi compresi i rischi supplementari dovuti al fumare».

Recentemente, inoltre, il D.Lgs. 25 luglio 2006, n. 257 Attuazione della direttiva 2003/18/CE relativa alla protezione dei lavoratori dai rischi derivanti dall'esposizione all'amianto durante il lavoro ha ribadito l'obbligo di informazione dei lavoratori sulle "specifiche norme igieniche da osservare, ivi compresa la necessità di non fumare" (art. 59-terdecies). Rispetto alla precedente normativa (D.Lgs. 277/91) è stato introdotto un obbligo di formazione dei lavoratori riguardo alle "proprietà dell'amianto e i suoi effetti sulla salute, incluso l'effetto sinergico del tabagismo" (art. 59-quaterdecies).

Legge 3/2003 e luoghi di lavoro

In prossimità dell'entrata in vigore del divieto previsto dall'art. 51 della Legge 3/2003, la Circolare del 17/12/2004 del Ministero della Salute ha puntualizzato che il divieto di fumo vige in qualunque locale di lavoro chiuso, in cui siano presenti o possano accedere lavoratori: «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. E' 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.

In forza di detto generalizzato divieto, la realizzazione di aree per fumatori non rappresenta affatto un obbligo, ma una facoltà,

riservata ai pubblici esercizi e ai luoghi di lavoro che qualora ritengano opportuno attrezzare locali riservati ai fumatori devono adeguarli ai requisiti tecnici dettati dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 23 dicembre 2003».

Non è vietato fumare all'aperto, salvo non vi siano altri pericoli per i quali sia richiesto un divieto assoluto.

Le eventuali sale per fumatori nei luoghi di lavoro dovranno avere le stesse caratteristiche previste dal DPCM 23.12.2003 per le zone fumatori dei locali pubblici. Poiché il citato DPCM prevede una ventilazione pari a 108 m³/h per "posto fumatore", si può ritenere irrilevante il rischio residuo per coloro che si trovano nei locali riservati ai fumatori, in quanto una portata d'aria così elevata garantisce una diluizione ampiamente sufficiente degli inquinanti presenti nel fumo di tabacco ambientale.

Di conseguenza, i lavoratori addetti alle zone fumatori dei luoghi pubblici e di lavoro, non sono da considerare esposti a fumo passivo e, in riferimento a tale inquinante, non sottoposti a obblighi e tutele dei Titoli VII e VII bis del D.Lgs. 626/94.

L'applicazione del divieto di fumo, in base alla Legge 3/2003, elimina di fatto l'esposizione lavorativa a fumo passivo. La valutazione dei rischi, di cui all'art. 4 del D.Lgs. 626/94, non dovrà quindi più valutare l'intensità di tale esposizione, ma dovrà affrontare i seguenti argomenti, come indicato anche al punto 5 dell'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004:

- individuazione delle modalità (procedure aziendali) di applicazione del divieto di fumo, con definizione dei ruoli dei dirigenti, dei preposti e del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP) e con il coinvolgimento del Medico Competente e dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS);
- eventuale individuazione di spazi riservati ai fumatori, a norma del DPCM 23.12.2003, tenendo conto anche delle associazioni epidemiologicamente note tra fumo e altri

fattori di rischio, tra cui il rischio infortunistico;

- messa in atto di provvedimenti organizzativi in modo da tutelare la salute dei lavoratori (addetti alla pulizia, manutentori, etc.) che, nell'ambito delle loro mansioni, devono accedere ai locali per fumatori, come ad esempio l'accesso al di fuori dell'orario di utilizzo della sala. I lavori che si svolgono all'interno delle zone per fumatori dei locali pubblici sono da considerarsi vietati ai minori e alle lavoratrici in gravidanza;
- definizione di un programma di informazione ai lavoratori sui rischi per la sicurezza e la salute derivanti dal fumo attivo e passivo, sulle misure di prevenzione dal fumo adottate nel luogo di lavoro, sulle procedure previste dalla normativa vigente per la violazione del divieto di fumare e sulle modalità efficaci per smettere di fumare, avvalendosi dei servizi competenti in materia.

Provvedimenti sanzionatori nei luoghi di lavoro

Nei luoghi di lavoro dovrà essere valutato se applicare le sanzioni previste dalla Legge 3/2003 ovvero quelle previste dalla specifica normativa a tutela della salute dei lavoratori, anche in relazione alla figura del trasgressore (lavoratore, dirigente o preposto, datore di lavoro).

L'applicazione del principio di specialità porta alla conclusione che fatti trasgressivi in materia di divieto di fumo costituiscano, in via generale, delle violazioni in ambito amministrativo, di cui all'art. 51 della Legge 3/2003, normativa specifica rispetto alle norme più generali di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.

Tale ambito amministrativo sarà ancor più pertinente in caso di accertamento di episodio sporadico di violazione constatato in stato di flagranza.

La valutazione dovrà comunque essere attentamente effettuata caso per caso; si prenderà in considerazione il carattere

continuativo o occasionale della condotta omissiva, applicandosi nel caso della ripetitività anche la sanzione penale per violazione della normativa a tutela del lavoratore.

Potranno essere sanzionate penalmente anche le violazioni dei divieti precedentemente ricordati in presenza di pericolo d'incendio, rischio di esposizione ad agenti cancerogeni, biologici e polveri contenenti fibre di amianto.

In questi casi l'inosservanza costituisce, nella maggioranza delle violazioni, reato contravvenzionale ed è sanzionata con la procedura prevista dal D.Lgs. 758/94. La procedura ex D.Lgs. 758/94 non richiede l'accertamento diretto della violazione da parte dell'organo di vigilanza, ma può essere attivata anche sulla base di segnalazioni/esposti nei quali si circostanzia un mancato rispetto del divieto. In casi particolari, la sanzione penale potrà riguardare, inoltre, articoli del D.Lgs. 626/94, del D.Lgs. 493/96 e del DPR 547/55, applicabili nei casi di comportamenti inadempienti agli obblighi di tutela nei confronti del fumo passivo messi in atto dalle varie figure titolari di detti obblighi:

- al datore di lavoro che non segnali il divieto di fumare con l'apposita cartellonistica può essere contestata la violazione dell'art. 2 del D.Lgs. 493/96 - Prescrizioni minime per la segnaletica di sicurezza e di salute sul luogo di lavoro;
- al datore di lavoro, dirigente o preposto che non richieda il rispetto del divieto di fumo può essere contestata la violazione dell'articolo 4, comma 5 lettera f) del D.Lgs. 626/94;
- nelle aziende o lavorazioni in cui esistono pericoli specifici d'incendio, al datore di lavoro o dirigente che non segnali il divieto di fumare e non vigili affinché questo divieto sia rispettato può essere contestata la violazione dell'articolo 34 del DPR 547/55;
- al lavoratore che trasgredisce il divieto di fumo, può essere contestata la violazione dell'art. 5 comma 2 lettera a) del D.Lgs. 626/94;

- al datore di lavoro può essere contestata la mancata applicazione del Titolo VII del D.Lgs. 626/94 (agenti cancerogeni) per particolari categorie di lavoratori (minori, donne in gravidanza).

1.3.2. Diritti e doveri dei lavoratori

I lavoratori possono promuovere l'attuazione delle misure di protezione dal fumo passivo ai sensi degli artt. 9 della Legge n° 300 del 20.05.1970 e 18 e 19 del D.Lgs. 626/94, in cui si afferma il loro diritto, mediante i propri rappresentanti, di controllare l'applicazione delle norme di prevenzione e di promuovere la ricerca e l'attuazione di tutte le misure idonee a tutelare la salute. D'altro canto, se nella azienda vengono adottate misure di prevenzione, i lavoratori sono tenuti a osservare le disposizioni loro impartite ai fini della protezione collettiva dai fattori di rischio (ad esempio i divieti di fumo), ai sensi degli artt. 5, comma 2 del D.Lgs. 626/94 e 2104 del Codice Civile. Se, nonostante ciò, in qualche azienda permanessero situazioni comportanti esposizione a fumo passivo, i lavoratori dovranno prima di tutto affrontare il problema con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), chiedendo l'applicazione della normativa e nei casi più difficili potranno chiedere l'intervento al Servizio di Prevenzione e Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL. In caso di insorgenza di una malattia correlabile all'esposizione a fumo passivo sarà sempre possibile ricorrere al Giudice Civile anche per ottenere il risarcimento del danno subito.

1.3.3. Responsabilità del datore di lavoro

Il danno alla salute da fumo passivo è un danno subito dal non fumatore in ragione della sua permanenza in ambienti di lavoro in cui operano colleghi fumatori. La circostanza che il datore di lavoro possa essere chiamato a rispondere della

tutela del non fumatore deriva dal fatto che la fonte di pericolo, il fumo di sigaretta, è situato nella "sfera di dominio" del datore di lavoro, anche se il pericolo non è riconducibile alle proprie attività. L'obbligo di protezione del datore di lavoro nasce dal fatto che l'esposizione del non fumatore avviene in occasione di lavoro o, meglio, nel corso delle sue prestazioni. Ora, tenendo presente che il fumatore esercita, in via di principio, un suo libero comportamento (che non trova diretta copertura costituzionale), il datore di lavoro si trova a dover bilanciare un interesse privato e un diritto collettivo, come ha affermato la Corte Costituzionale, "il diritto alla salute prevale sul libero comportamento di fumare". Pertanto, l'attuazione delle norme e il rispetto dei succitati principi dovranno indurre il datore di lavoro ad affrontare il problema "fumo di sigaretta" nella sua azienda. Questo dovere, peraltro, è stato oggi ribadito con forza dalla Legge 3/2003 che ha esteso il divieto di fumo in tutti i luoghi di lavoro anche quelli privati. Ne consegue che in tutti i luoghi, ove operi un lavoratore dipendente, coesiste un doppio divieto di fumo, uno imposto dal datore di lavoro ai sensi delle norme prevenzionistiche e uno discendente dalla legge amministrativa sul divieto di fumo. Ciò comporta, per il datore di lavoro l'obbligo di affrontare nella valutazione dei rischi gli aspetti di gestione delle eventuali sale per fumatori, la tutela dei lavoratori occupati in tali locali e la formazione dei dipendenti come precedentemente illustrato, nonché le questioni inerenti eventuali inosservanze al divieto di fumo. Il datore di lavoro infatti deve vigilare sull'osservanza del divieto e richiamare al rispetto della normativa prevenzionistica il dipendente trasgressore, applicando le sanzioni disciplinari previste dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro (CCNL). Oltre a ciò, in base alla legge sul divieto di fumo, il datore di lavoro pubblico (attraverso il funzionario incaricato) può comminare direttamente le sanzioni amministrative.

Per chiarezza, si riassumono gli adempimenti del datore di lavoro nei confronti del fumo di tabacco:

Azienda privata senza utenza esterna (fabbrica, ufficio, ...)

- Ottemperare alle norme sulla sicurezza sul lavoro:
 - indicare nel documento di valutazione dei rischi aziendali (art. 4 del D.Lgs. 626/94) il divieto di fumo, precisando le misure per combatterlo;
 - identificare le zone (locali e/o luoghi) in cui è vietato fumare;
 - informare di tale divieto tutti i lavoratori anche attraverso l'apposita segnaletica;
 - informare tutti i preposti della ulteriore responsabilità di sorveglianza sull'applicazione di tale divieto;
 - applicare le sanzioni disciplinari previste dal CCNL per i lavoratori inadempienti.
- Attuare la legge speciale sul divieto di fumo:
 - l'applicazione delle norme in materia di sicurezza sul lavoro comprende anche gli obblighi della legge speciale sul divieto di fumo.

Azienda privata con utenza esterna (bar, ristorante, ...)

- Ottemperare alle norme sulla sicurezza sul lavoro:
 - indicare nel documento di valutazione dei rischi aziendali (art. 4 del D.Lgs. 626/94) il divieto di fumo, precisando le misure per combatterlo;
 - identificare le zone di divieto;
 - informare di tale divieto tutti i lavoratori anche attraverso l'apposita segnaletica;
 - informare tutti i preposti della ulteriore responsabilità di sorveglianza sull'applicazione di tale divieto;
 - applicare le sanzioni disciplinari previste dal CCNL per i lavoratori inadempienti.
- Attuare la legge speciale sul divieto di fumo:
 - identificare i luoghi in cui è vietato fumare;

- esporre la cartellonistica;
- indicare le persone incaricate di vigilare (conduttore stesso o suo collaboratore).

Azienda Pubblica (uffici pubblici, ...)

- Ottemperare alle norme sulla sicurezza sul lavoro:
 - indicare nel documento di valutazione dei rischi aziendali (art. 4 del D.Lgs. 626/94) il divieto di fumo, precisando le misure per combatterlo;
 - identificare le zone di divieto;
 - informare di tale divieto tutti i lavoratori anche attraverso l'apposita segnaletica;
 - informare tutti i preposti della ulteriore responsabilità di sorveglianza sull'applicazione di tale divieto;
 - applicare le sanzioni disciplinari previste dal CCNL per i lavoratori inadempienti.
- Attuare la legge speciale sul divieto di fumo:
 - identificare i luoghi in cui è vietato fumare;
 - esporre la cartellonistica;
 - indicare i funzionari incaricati della vigilanza e dell'accertamento delle infrazioni, fornendo loro istruzioni e modulistica per l'avvio del procedimento sanzionatorio.

Un approfondimento particolare spetta a due tipologie di Aziende Pubbliche: le scuole e le aziende sanitarie. Queste strutture, infatti, non possono limitarsi alla mera applicazione della norma, bensì devono impegnarsi in azioni di promozione e prevenzione della salute.

Il divieto nelle scuole

Gli ambienti scolastici hanno caratteristiche peculiari rispetto agli altri destinatari del presente lavoro; si tratta, infatti, di 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 non possono

limitarsi alla mera applicazione della legge, ma devono prevedere anche il coinvolgimento di insegnanti e genitori, utilizzare una comunicazione mirata ed essere orientate soprattutto alla prevenzione, oltre che alla cessazione.

In tale ottica è stata prodotta, prima dalla Regione del Veneto, ora adottata a livello nazionale nell'ambito del "Programma di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della legge 3/2003" del CCM-Ministero della Salute, la guida "Verso una scuola libera dal fumo" per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti scolastici a servizio dei dirigenti per facilitarli nelle loro attività di direzione e di applicazione della normativa, ma anche per fornire indicazioni utili sui percorsi educativi-formativi proposti a livello nazionale atti a promuovere stili di vita sani e liberi dal fumo.

La guida può essere scaricata dai siti www.ccm.ministerosalute.it e www.regione.veneto.it/prevenzione.

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 dei cittadini, 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 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 et al., 2002). I non astinenti risultano essere per lo più giovani e senza una diagnosi di disturbo

cardiaco (Stillman et al., 1994).

L'introduzione del divieto di fumare in ospedale porta necessariamente ad una ridefinizione dei luoghi dove le persone possono fumare. E' stato osservato (Nagle et al., 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, come già realizzato dalla Regione Emilia-Romagna con la L.R. n° 17 del 27.07.2007.

Schede informative

1. Il fumo di tabacco e i suoi componenti
2. Effetti del fumo di tabacco sulla salute
3. L'interazione fra il fumo di tabacco e i fattori di rischio professionali

Scheda n. 1: Il fumo di tabacco e i suoi componenti

Il fumo è il prodotto della combustione del tabacco e della carta che costituiscono la sigaretta. Si tratta di una miscela formata da una componente gassosa e da una fase solida costituita da un aerosol di particelle di polveri in prevalenza sottili, di diametro inferiore a 2,5 micron. In base al modo in cui viene prodotto, a piccole differenze di composizione chimico-fisica e al diverso grado di rischio per malattie indotte, il fumo di sigaretta viene distinto in mainstream smoke o fumo centrale (quello che il fumatore aspira direttamente con la boccata) e sidestream smoke o fumo laterale (derivante dalla combustione dell'estremità accesa della sigaretta e dal fumo espirato dal fumatore). Sebbene distinti in due categorie separate, va sottolineato che dal punto di vista fisico-chimico non ci sono particolari differenze tra i due tipi di fumo: le più importanti sono la temperatura di combustione (800°C quando la sigaretta viene aspirata, 600°C quando la sigaretta si consuma da sola) e la percentuale di ossigeno disponibile (maggiore per il mainstream smoke). Si formano, in ogni caso, oltre 4.000 sostanze chimiche diverse che si trovano in concentrazioni diverse nei due tipi di fumo. Nel fumo laterale alcune sostanze sono più concentrate a causa della combustione a bassa temperatura e in deficienza di ossigeno: nella combustione di una sigaretta il monossido di carbonio aumenta da 10-23 mg nel fumo centrale a 47-108 mg in quello laterale, il benzene può addirittura decuplicare e il materiale particolato sospeso (detto particolato fine o polveri sottili) raddoppiare (Invernizzi et al., 2004). In tabella 1 sono presentati la quantità di ogni sostanza prodotta da una sigaretta fumata con la sigla FC (fumo centrale) e il rapporto FL/FC tra quantità emessa come FL (fumo laterale) e quantità emessa come fumo centrale. Sebbene si ammetta che il fumo presente in un ambiente sia costituito per 6/7 dal fumo laterale e solo per 1/7 dal fumo centrale, si deve ricordare che il fumo laterale è

fortemente diluito nell'aria ambiente, mentre il fumo centrale, aspirato, si trova a contatto con una superficie relativamente piccola e quasi tutte le componenti volatili e il condensato vengono trattenute. Tuttavia negli ambienti chiusi il fumo ambientale può creare concentrazioni di polveri sospese molto elevate, fino a 100 volte superiori ai limiti di legge consentiti per l'ambiente esterno; nel caso più eclatante dell'abitacolo di un'automobile, si possono raggiungere valori 1.000 volte superiori.

Nel fumo si ritrovano numerose sostanze cancerogene (idrocarburi policiclici aromatici, nitrosamine, etc.) e per questo motivo sia il fumo attivo che quello passivo sono classificati come sostanze cancerogene per l'uomo; ci sono inoltre sostanze irritanti e allergeniche come la formaldeide; gas nocivi come il monossido di carbonio e gli ossidi di zolfo e azoto; infine c'è la nicotina, che con le sue proprietà è responsabile della dipendenza dal tabacco.

- **Nicotina:**

è un alcaloide contenuto nel tabacco in percentuale variabile dall'1 all'8%. È un fortissimo veleno per cui viene usato come insetticida in agricoltura e risulta molto tossico per gli organismi acquatici e per l'ambiente. L'esposizione per via respiratoria produce sensazione di caldo, nausea, vomito, dolori addominali, confusione. L'esposizione alla nicotina può risultare letale se si superano i valori di 0,5 mg/mc, mentre la dose letale, se assunta per via orale, è di 40-50 mg. Ogni sigaretta contiene in media 0,5 - 2,5 mg di nicotina, ma il fumatore non rischia di avvelenarsi perché solo il 20% passa nel fumo e di questa quota viene assorbita una percentuale variabile dall'80 al 30% a seconda se il fumo viene respirato o meno. Può essere assorbita attraverso la pelle, gli occhi, ma soprattutto attraverso l'apparato respiratorio. Con l'inalazione del fumo di sigaretta, la nicotina si distribuisce rapidamente a livelli elevati nel sangue e nel cervello, attraversa la

barriera placentare e raggiunge anche il latte materno. La sua azione si esplica sull'apparato cardiovascolare dove aggrava l'ipertensione arteriosa e l'arteriopatia obliterante degli arti inferiori, provoca vasocostrizione coronaria e aumenta la frequenza cardiaca. Tuttavia la nocività della nicotina è legata soprattutto alla dipendenza farmacologica. Essa, infatti, è riconosciuta come una delle droghe che danno maggiore assuefazione. La nicotina aumenta i livelli di dopamina, la quale, attivando i circuiti cerebrali che regolano le sensazioni di piacere, conosciuti anche come "vie di gratificazione", fa aumentare continuamente il desiderio di consumare la droga, cioè di fumare (Serpelloni et al., 2006).

- **Monossido di carbonio (CO):**

è un gas inodore e insapore, potentemente tossico. Ha un'affinità maggiore, rispetto all'ossigeno, nei confronti dell'emoglobina (circa 230 volte maggiore). Si forma così la carbossiemoglobina (COHb) impedendo il trasporto dell'ossigeno. Il sangue di un non fumatore contiene in genere una quantità di carbossiemoglobina oscillante tra lo 0,5% e il 2%. Il consumo di poche sigarette al giorno comporta una concentrazione ematica di COHb del 3-5%, che il fumatore di solito non avverte, ma se pratica qualche attività sportiva può accorgersi di un certo calo delle performance fisiche. Tuttavia, è possibile riscontrare livelli di COHb del 15% in forti fumatori: in questo caso possono essere presenti iniziali sintomi di intossicazione acuta da CO, come astenia, difficoltà di concentrazione, sudorazione, tachicardia, sonnolenza e cefalea. La carenza cronica di ossigeno contribuisce ai danni al cuore e alle arterie, sia perché gli organi e apparati, parzialmente privati di ossigeno, richiedono al cuore un impegno maggiore, sia per il fatto che le pareti delle arterie (e quindi anche delle coronarie) vanno incontro ad una progressiva degenerazione, fino alla calcificazione, quando si trovano in carenza di ossigenazione. Si hanno, inoltre, una riduzione delle attività sessuali a causa del danno

endoteliale e un precoce invecchiamento della pelle dovuto anche ai radicali liberi prodotti dalle sostanze ossidanti del fumo (Invernizzi et al., 2004).

- **Sostanze ad azione irritante:**

le principali sostanze ad azione irritante sono l'ossido di azoto, i fenoli, la formaldeide, l'acroleina e l'ammoniaca. Sono presenti in forma gassosa o adsorbiti al particolato, sono causa di processi infiammatori a carico delle mucose respiratorie. L'effetto continuo di questi agenti chimici causa infiammazioni con tosse e catarro, e origina nel tempo una serie di patologie definite con il termine di broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) che provocano quadri più o meno severi di insufficienza respiratoria. L'azione tossica viene esercitata direttamente sulle mucose delle vie aeree e indirettamente mediante l'alterazione dei meccanismi di difesa delle vie respiratorie che quindi non riescono più a svolgere la loro funzione (paralisi delle cellule ciliate della mucosa bronchiale). L'inefficienza di questo meccanismo di protezione permette agli agenti tossici e infettivi di penetrare indisturbati nel nostro organismo rendendo i polmoni più vulnerabili alla loro azione nociva.

- **Sostanze cancerogene:**

il fumo di tabacco è considerato un cancerogeno completo (in grado, cioè, sia di causare, sia di favorire l'insorgenza dei tumori), in quanto costituito da più sostanze a diversa azione cancerogena, in grado anche di attraversare la placenta e causare effetti tossici sul feto. Sono oltre 50 i composti presenti nel fumo che appartengono alla categoria dei cancerogeni e dei genotossici (IARC, 2004). Tra questi sono compresi 12 agenti classificati come cancerogeni certi di gruppo 1: 2-naftilamina, 4-aminibifenile, benzene, cloruro di vinile, ossido di etilene, berillio, cadmio, composti del nichel, cromo, arsenico, polonio e formaldeide. Sono presenti vari cancerogeni probabili del gruppo 2A come 1,3-butadiene e benzo(a)pirene, oltre a cancerogeni possibili

tra cui acetaldeide, isoprene, catecolo, acrilonitrile, stirene, N'-Nitroso-nornicotina (NNN), 4-(N-nitrosometlamino)-1-(3-piridil).1.butanone (NNK) e piombo.

Altri componenti:

- **Sostanze radioattive:**

la loro presenza nel fumo di sigaretta è stata individuata solo di recente. Esse provengono dai fertilizzanti a base di fosfati con cui sono trattate le piantagioni di tabacco. Uno degli elementi è il **polonio 210** che, penetrato nell'apparato respiratorio, viene trattenuto dal muco bronchiale, dove emette le radiazioni alfa in grado di alterare il materiale genetico (DNA) delle cellule con le quali viene a contatto, causandone la trasformazione neoplastica.

- **Acido cianidrico:**

è un gas che viene neutralizzato nei suoi effetti dalle cellule ciliate presenti nei bronchi. Tuttavia queste cellule a lungo andare

vengono a loro volta danneggiate e questo veleno può esplicare la sua azione tossica anche su altre cellule e tessuti polmonari.

- **Additivi:**

per compensare la riduzione del gusto, dovuto all'abbassamento del tenore di nicotina e catrame, vengono aggiunte al tabacco sostanze vegetali o di sintesi che, sebbene presenti in piccolissime quantità, possono risultare pericolose. Fra le più usate ricordiamo: furfurolo, mentolo, glicerina e glicoli, cacao, liquirizia e zuccheri. Alcune sembrano innocue perchè usate come alimenti, ma, sottoposte all'azione termica della combustione, si trasformano in prodotti tossici.

Tab. 1 Alcune sostanze tossiche presenti nel fumo di una sigaretta: effetto biologico e confronto fra contenuto nel fumo centrale e in quello laterale (IARC, 1978)

Sostanza	Effetto Biologico	Quantità	Rapporto FL/FC
Monossido di carbonio	T	10 - 23 mg	2,5-4,7
Materiale particolato	I, C, CoC	15 - 40 mg	1,3-1,9
Nicotina	T, CoC, CT	1 - 2,5 mg	2,6-3,3
Benzene	C	12 - 48 µg	10
Formaldeide	CT, C	70 - 100 µg	0,1-50
Acroleina	CT	60 - 100 µg	8-15
Acetone	CT	100 - 250 µg	2-5
Acido cianidrico	T, CT	400 - 500 µg	0,1-0,25
Ammoniaca	T	50 - 130 µg	40-170
Ossidi di azoto	T	100 - 600 µg	4-10
Acido formico	CT	210 - 490 µg	1,4-1,6
Fenolo	CT	10-200 µg	
Benzantracene	C	20 - 70 ng	2-4
Benzopirene	C	20 - 40 ng	2,5-3,5
Cadmio	C	100 ng	7,2
Nichel	C	20 - 80 ng	13-30
Cloruro di vinile	C	1-16 ng	
Polonio 210	C	0,03 - 1,3 pCi	1,03-3,7

Legenda:

mg = milligrammi	FL = Fumo Laterale	C = agente cancerogeno o sospetto
µg = microgrammi	FL/FC = rapporto fra fumo laterale e centrale	CoC = agente cocancerogeno
ng = nanogrammi	T = agente tossico	I = agente irritante
pCi = picoCurie	CT = tossico per le cilia, inibitore della clearance mucociliare delle vie respiratorie	
FC = Fumo Centrale		

Scheda n. 2: Effetti del fumo di tabacco sulla salute

FUMO ATTIVO

Dal punto di vista sanitario, i danni alla salute si distinguono in acuti e cronici.

I danni **acuti** da fumo comprendono: la riduzione della performance mentale e fisica dovuta al monossido di carbonio che riduce la quota di ossigeno disponibile per le cellule; gli effetti dovuti alle sostanze irritanti (irritazione congiuntivale e tosse); e infine le alterazioni a livello circolatorio e coagulativo (danno endoteliale a livello coronarico e attivazione del sistema coagulativo). Vanno ricordati anche gli effetti del fumo sui farmaci, come l'attenuazione dell'efficacia di prodotti a base cortisonica assunti per via inalatoria e sistemica, utilizzati nell'asma, e il rischio di embolia polmonare in caso di associazione fumo-pillola anticoncezionale.

L'esposizione **cronica** al fumo è associata a una lunga serie di malattie, più di 25, non solo a carico all'apparato respiratorio: questo è spiegabile con la diffusione sistemica delle sostanze di combustione, sia dei gas come il CO, che degli ossidi o delle aldeidi, ma anche del particolato stesso, la cui componente ultrafine è in grado di superare la barriera alveolare e diffondere nel sangue, trasportando idrocarburi e ossidanti in tutti i distretti corporei.

Il fumo è considerato uno dei cancerogeni più potenti per l'uomo. Oltre al tumore al polmone, numerose altre patologie neoplastiche sono significativamente associate al fumo tra cui i tumori delle vie aeree superiori (laringe, cavo orale), il tumore dell'esofago, dello stomaco, del pancreas, della vescica, del rene e dell'utero. Per quanto riguarda l'apparato cardiocircolatorio, il fumo è causa di infarto miocardico, ictus cerebrali, ipertensione arteriosa, tachiaritmie, arteriopatia obliterante periferica, aneurisma aortico e cerebrale. Le malattie respiratorie causate dal fumo sono la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e

le riacutizzazioni dell'asma. La progressione della BPCO sembra legata ad un aumento delle riacutizzazioni bronchitiche e al più elevato declino annuale del VEMS (funzionalità ventilatoria).

Durante la gravidanza provoca mortalità perinatale, rischio di aborto, gravidanza ectopica, ritardato accrescimento fetale e malformazioni congenite agli arti.

Recenti osservazioni sembrano indicare un'azione favorente del fumo nella comparsa di diabete mellito.

Occorre, infine, richiamare l'attenzione su un aspetto finora sottovalutato della nocività del fumo: i potenziali danni a carico del sistema riproduttivo, che coinvolgono i gameti maschili e femminili, la fertilità e lo sviluppo embrio-fetale. Il fumo inoltre favorisce l'osteoporosi, aumenta le periodontopatie, comporta una riduzione della capacità sessuale per il danno causato alle pareti dei vasi sanguigni e un precoce invecchiamento della pelle dovuto alla generazione di radicali liberi.

FUMO PASSIVO

Analogamente il fumo passivo è causa di malattie e di morti premature in bambini e adulti; per il fumo passivo non esiste un livello di esposizione - anche di breve durata - che sia privo di rischi.

Effetti cancerogeni

Un gruppo di esperti della IARC (2004) ha recentemente esaminato più di 50 studi, effettuati in vari Paesi, sul rapporto tra fumo passivo e rischio di tumore del polmone nei non-fumatori. Il gruppo di lavoro della IARC ha rilevato che la forza e la consistenza dei dati erano sufficienti per concludere che il fumo passivo è causa di cancro del polmone in soggetti che non hanno mai fumato. Pertanto, il fumo passivo è stato classificato come agente cancerogeno di Gruppo 1 per l'uomo. In base a questi dati si stima che al fumo passivo sia attribuibile l'1,6% di tutti i casi di cancro del polmone (Boffetta P., 2006).

L'evidenza di un'associazione causale tra il fumo passivo e neoplasie di altre sedi (cavità nasali, mammella) è al momento suggestiva, ma non sufficiente (IARC 2004, USDHHS 2006).

Cardiopatía ischemica

Il fumo passivo è causalmente associato ad un aumentato rischio di morbilità e mortalità per cardiopatía ischemica, sia nei maschi che nelle femmine, esposti a casa o sul lavoro. Varie metanalisi permettono di stimare l'aumento del rischio tra il 25 e il 30% rispetto ai non esposti (Samet et al., 2001, Zitting et al., 2002, USDHHS, 2006).

Vi è un'evidenza suggestiva, ma non sufficiente relativamente all'insorgenza di accidenti ischemici cerebrali e di aterosclerosi (USDHHS, 2006).

Gli effetti cardiovascolari del fumo passivo includono alterazioni della frequenza cardiaca, aumento della pressione arteriosa e della concentrazione di CO nel sangue, ridotta capacità di utilizzare l'ossigeno per la formazione di ATP e ridotta capacità di esercizio fisico.

Esposizioni di breve durata a fumo di tabacco ambientale inducono importanti modificazioni endoteliali e piastriniche, che sono alla base del processo di aterosclerosi. In particolare, è stato dimostrato che, dopo un'esposizione di 30 minuti a fumo passivo, le piastrine in soggetti sani non fumatori vengono attivate e si sviluppa una alterazione dell'endotelio delle coronarie. Quindi le conseguenze cardiovascolari del fumo passivo, che tendono ad instaurarsi rapidamente, a differenza del lento processo pluriennale di sviluppo del tumore del polmone, assumono un rilievo particolare.

Disturbi respiratori negli adulti

Il ruolo del fumo passivo nella genesi di sintomi irritativi acuti a carico delle prime vie respiratorie è assodato. Per quanto riguarda, invece, lo scatenamento di sintomi respiratori acuti (sia in soggetti asmatici che sani), l'evidenza attuale è suggestiva, ma non

sufficiente, per desumere un rapporto causale da parte del fumo passivo.

Analogamente, vi è un'evidenza suggestiva, ma non sufficiente, rispetto alla comparsa di sintomatologia cronica dell'apparato respiratorio, riduzione della funzione respiratoria, asma e broncopneumopatía cronica ostruttiva negli adulti (USDHHS, 2006).

Basso peso alla nascita del bambino

L'esposizione a fumo di tabacco ambientale della madre durante la gravidanza è stato identificato come fattore di decremento del peso alla nascita. L'effetto riscontrato è lieve, nell'ordine di 25-50 grammi, ma può essere clinicamente rilevante nei neonati a più alto rischio, quelli con peso borderline intorno ai 2500 grammi (USDHHS, 2006). Si stima che sia attribuibile al fumo passivo circa l'8% dei neonati con basso peso alla nascita (Forastiere et al., 2002).

Morte improvvisa del lattante

La sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS) colpisce lattanti apparentemente sani nel primo anno di vita (picco a 2-4 mesi). La posizione supina durante il sonno, il bambino troppo coperto ed il fumo della madre durante la gravidanza, sono stati identificati come fattori di rischio rilevanti. L'evidenza epidemiologica di un'associazione tra SIDS ed esposizione postnatale del bambino al fumo della madre è forte e coerente e mostra un relazione dose-risposta (USDHHS 2006). Si stima che sia attribuibile al fumo passivo circa il 17% dei casi di SIDS (Forastiere 2002).

Disturbi respiratori nei bambini

L'esposizione del bambino a fumo passivo può avvenire dopo la nascita attraverso l'inalazione di aria inquinata da fumo di tabacco negli ambienti domestici, nei veicoli e nei locali pubblici. Le evidenze sugli effetti del fumo passivo sull'apparato respiratorio dei bambini dimostrano una relazione causale per le infezioni acute delle basse vie respiratorie (bronchiti e polmoniti), l'asma bronchiale, e le infezioni

dell'orecchio medio; l'esposizione a fumo di tabacco ambientale provoca anche alterazioni della funzione respiratoria durante l'infanzia (USDHHS, 2006). Gli effetti sono maggiori per i bambini esposti nei primi anni di vita e il rischio è più elevato se la madre è fumatrice. Si stima che circa il 21% dei bambini affetti nei primi due anni da infezioni respiratorie acute, il 9% dei casi pediatrici prevalenti di asma bronchiale, il 10% dei bambini con sintomi respiratori cronici e il 14% dei bambini con otite media debbano la propria malattia al fumo di sigarette dei genitori (Forastiere et al., 2002).

Scheda n. 3: L'interazione fra il fumo di tabacco e i Fattori di rischio professionali

Molteplici categorie lavorative, in particolare quelle impegnate in attività manuali a basso livello di specializzazione, sono professionalmente esposte a rilevanti fattori di rischio per la salute e la sicurezza. Da tali esposizioni derivano, ancora oggi, un elevato numero di malattie e di infortuni correlati con il lavoro. L'abitudine al fumo di tabacco può aumentare ulteriormente il rischio che si manifestino o si aggravino determinate patologie o che si verifichino infortuni.

Per quanto attiene le malattie correlate con il lavoro, la co-esposizione a fattori di rischio lavorativi ed a fumo di tabacco può causare effetti mediante una interazione di tipo additivo (quando l'esposizione combinata a due fattori di rischio determina un effetto totale pari alla somma degli effetti dei singoli fattori) o di tipo sinergico (o moltiplicativo, quando l'esposizione combinata determina un effetto maggiore rispetto alla somma degli effetti dei singoli fattori).

Tra le più comuni malattie correlate con il lavoro che possono essere concausate e/o aggravate dall'abitudine al fumo figurano:

- **broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO):**
la BPCO è una malattia "caratterizzata da una limitazione delle vie aeree non del tutto reversibile" ed è una delle principali cause di mortalità e di morbidità nei Paesi industrializzati. Il fumo è il principale fattore di rischio per la BPCO nella popolazione generale e si stima che il 15-20% dei casi di BPCO sia attribuibile ad esposizioni lavorative (Balme et al., 2003). Sintomi respiratori e/o alterazioni della funzionalità ventilatoria correlabili alla BPCO sono stati descritti in lavoratori esposti a polveri (ad esempio, di carbone, di cemento, di derivazione agricola),

ed a gas, vapori e fumi di diversa natura (ad esempio, a biossido di azoto, ozono, fumi di saldatura e di bitume). Studi epidemiologici suggeriscono che l'esposizione professionale a silice può indurre la comparsa di BPCO anche in assenza delle alterazioni radiografiche tipiche della silicosi e che l'abitudine al fumo potenzia l'effetto dell'esposizione a silice (Hnizdo et al., 2003). Lavoratori esposti a cadmio presentavano alterazioni indicative di enfisema polmonare. Un recente studio ha dimostrato una significativa interazione tra l'abitudine al fumo di tabacco e l'esposizione lavorativa alle emissioni di forni di cokeria (Hu et al., 2006);

- **asma bronchiale:**
l'asma bronchiale è una malattia caratterizzata da una ostruzione delle vie aeree reversibile spontaneamente o per effetto della terapia e rappresenta una importante causa di morbidità in tutto il mondo. Sono state identificate oltre 300 sostanze in grado di causare l'insorgenza di asma bronchiale professionale (ovvero, l'asma bronchiale causata da sostanze che il lavoratore produce o usa direttamente ovvero da materiale incidentalmente presente nell'ambiente di lavoro) e si stima che i soggetti affetti da asma professionale siano circa un decimo di tutti quelli affetti da asma bronchiale in età lavorativa. Numerosi studi hanno indagato il rapporto tra abitudine al fumo ed asma professionale; alcuni hanno dimostrato una maggiore prevalenza o incidenza di asma professionale tra i fumatori, ma altri hanno fornito risultati opposti. Analogamente, diversi studi hanno dimostrato che l'abitudine al fumo aumenta il rischio di sensibilizzazione in lavoratori esposti ad allergeni ad alto e basso peso molecolare associati alla comparsa di asma professionale (ad esempio, lavoratori esposti ad animali di laboratorio, ad enzimi proteolitici, ad anidride tetracloroftalica e sali di platino); altri studi non hanno fornito analoghi risultati. E' comunque noto che l'abitudine al fumo può accelerare il declino della funzionalità ventilatoria degli asmatici, aumentare la

severità della malattia ed il ricorso a farmaci bronco-dilatatori e rendere meno efficaci le terapie con corticosteroidi (GINA, 2006);

- **neoplasie:**

l'abitudine al fumo di tabacco è un fattore di rischio per le **neoplasie del polmone**, delle cavità nasali, dei seni paranasali e della vescica; il rischio di sviluppare queste neoplasie può essere ulteriormente accresciuto dall'esposizione ad alcuni agenti chimici nei luoghi di lavoro. Tra le neoplasie professionali, quelle polmonari sono le più frequenti e si stima che rappresentino il 9-15% di tutte le neoplasie polmonari (Alberg et al., 2003). La maggior parte delle neoplasie polmonari professionali è attualmente correlabile ad una pregressa esposizione ad asbesto. Numerose ricerche hanno indagato la natura dell'interazione tra esposizione ad asbesto ed abitudine al fumo; diverse tra esse hanno documentato un'interazione sinergica tra i due fattori di rischio. L'abitudine al fumo potrebbe potenziare l'effetto dell'asbesto prolungando la ritenzione polmonare delle fibre da cui è costituito. In lavoratori esposti ad asbesto, il rischio di tumore del polmone rimane elevato fino a circa 20 anni dopo la cessazione dell'abitudine al fumo, rispetto ai non fumatori (Reid et al., 2006). Altri inquinanti dei luoghi di lavoro che sono ritenuti cancerogeni per il polmone sono il cromo esavalente, il cadmio, il nichel, l'arsenico, materiali organici contenenti idrocarburi policiclici aromatici (ad esempio, il catrame) ed il radon; quest'ultimo interagisce con il fumo di tabacco in modo più che additivo. Anche la silice è stata inserita dalla International Agency for Research on Cancer tra i cancerogeni certi per l'uomo; il rischio di tumore del polmone appare più elevato in particolare tra i lavoratori già affetti da silicosi e con maggiore esposizione cumulativa (Cassidy et al., 2007). Per quanto riguarda i **tumori delle cavità nasali e dei seni paranasali**, il rischio è risultato aumentato in gruppi di lavoratori esposti a polveri di legni duri, a cromo esavalente, a nichel ed i suoi composti e

dell'industria pellettiera e calzaturiera. Dopo l'abitudine al fumo, le esposizioni professionali sono il più importante fattore di rischio per le **neoplasie vescicali**, responsabili fino al 20% di tutti i casi. Il rischio è risultato più elevato in lavoratori esposti ad amine aromatiche (ad esempio, la benzidina e la β -naftilamina) e ad idrocarburi policiclici aromatici;

- **ipoacusia da rumore:**

la riduzione della capacità uditiva, alterando le capacità relazionali, è un'importante causa di invalidità in entrambi i sessi ed in tutte le fasce di età. Il rapporto tra abitudine al fumo e ipoacusia è stato oggetto di numerose ricerche ed i risultati di uno studio di metanalisi indicano una associazione positiva (Nomura et al., 2005). L'esposizione a rumore nei luoghi di lavoro è spesso causa di ipoacusia, a tutt'oggi la più frequente malattia professionale diagnosticata in Italia. Un recente studio su lavoratori di un'acciaieria ha dimostrato che il rischio di ipoacusia per le alte frequenze era maggiore nei soggetti che fumavano e che l'entità dell'effetto combinato del fumo e dell'esposizione professionale a rumore era all'incirca pari alla somma degli effetti indipendenti dei due fattori (Mizoue et al., 2003).

CAPITOLO 2

Definizione di una
politica aziendale
per il controllo
del fumo di tabacco

2.1. LE FINALITA' DELLA POLITICA AZIENDALE

Elaborare una politica aziendale sul fumo permette al datore di lavoro di trattare questa controversa e delicata questione in maniera pratica ed efficace. Una buona politica aziendale dovrebbe tentare di eliminare o controllare l'esposizione dei lavoratori al fumo passivo, senza criminalizzare i fumatori, ma perseguendo i seguenti fini:

- favorire la conoscenza dei rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo;
- favorire la consapevolezza da parte di tutti i soggetti (datore di lavoro, dipendenti ed utenti, sia fumatori che non) dei propri diritti e responsabilità;
- favorire la creazione e il mantenimento di posti di lavoro salubri e sicuri.

Inoltre, l'azienda potrebbe volere impegnarsi nel campo etico, fornendo il proprio contributo allo sviluppo sociale ed economico delle comunità di appartenenza. In questo caso la politica aziendale sarà rivolta al raggiungimento dei seguenti ulteriori obiettivi:

- migliorare lo stato di salute dei propri dipendenti favorendo stili di vita corretti (riduzione dell'abitudine al fumo);
- migliorare il clima lavorativo.

2.2. I CONTENUTI DELLA POLITICA AZIENDALE

Una esauriente politica sul fumo dovrebbe far propri i seguenti aspetti:

- stabilire i criteri per considerare assolti gli obblighi di legge;
- definire i diritti dei non fumatori e gli obblighi dei fumatori;
- precisare il valore universale (cioè valido per tutti) delle regole definite all'interno di quel determinato posto di lavoro;
- stabilire dove è permesso fumare. Il datore di lavoro potrà decidere a propria discrezione se predisporre locali per la pausa dove è permesso

fumare;

- stabilire se è permessa una pausa per fumare e se i lavoratori che usufruiscono di tale pausa devono poi recuperarla durante la giornata lavorativa;
- stabilire le sanzioni per chi non rispetta le regole;
- definire i tempi e le modalità di sostegno ai lavoratori fumatori che decidono di smettere di fumare;
- definire gli indicatori per il monitoraggio dell'efficacia della politica antifumo e i tempi della valutazione;
- definire i procedimenti per la soluzione di proteste e dispute.

2.3. I VANTAGGI DELLA POLITICA AZIENDALE

I vantaggi di una esplicita politica aziendale sono molteplici, sia per l'azienda che per i lavoratori.

Vantaggi per l'azienda in termini di immagine

Le aziende oggi curano molto l'immagine e la visibilità.

Più del 60% degli italiani non fuma: la loro opinione nei riguardi di una azienda (anche di piccolissime dimensioni) è molto importante e può avere anche un valore commerciale; ciò può riguardare in particolare le aziende fornitrici di servizi.

Vantaggi per l'azienda in termini di produttività

L'ottenimento di un ambiente di lavoro senza fumo può migliorare la produttività in più modi:

- riducendo gli effetti del fumo passivo sui non fumatori;
- riducendo l'assenteismo per malattie correlate al fumo fra i fumatori che hanno smesso grazie alla politica aziendale;
- riducendo i tempi delle pause dedicate alla sigaretta dai fumatori.

A questo proposito, si stima che il fumatore che smette può far risparmiare al suo datore di

lavoro all'incirca 1.000 Euro ogni anno, come illustrato nell'esempio seguente:

Stima del tempo dedicato al fumo dai dipendenti fumatori (6 sigarette al giorno) e del relativo costo aziendale

- Una pausa per fumare dura in media 5 minuti
- Quindi ogni fumatore perde circa mezz'ora di lavoro al giorno per fumare
- Un lavoratore da 8,64 Euro all'ora costa perciò all'azienda 1.037 Euro all'anno
- 100 fumatori costano all'azienda 100.000 Euro all'anno

Vantaggi per l'azienda in termini di politica sociale: "l'azienda etica"

I lavoratori passano gran parte della giornata nell'ambiente di lavoro: migliorare la salubrità e la vivibilità di quest'ultimo vuol dire migliorare la qualità di vita delle persone.

Introdurre regole per il controllo del fumo riduce la percentuale dei fumatori, aumenta il numero dei fumatori che smettono, riduce il numero delle sigarette fumate, riduce gli effetti del fumo passivo sui non fumatori, ha effetti misurabili sulla salute (ad esempio il rischio di

infarto si riduce del 50% nei fumatori che hanno smesso dopo un anno).

Adottando una politica di controllo del fumo, l'azienda manda un chiaro messaggio ai suoi dipendenti e alla comunità dove opera. Tale messaggio entra a far parte dell'immagine di una azienda che mostra di occuparsi attivamente della salute e della sicurezza non solo dei suoi lavoratori e di quelli particolarmente sensibili agli effetti nocivi del fumo (donne gravide, persone affette da malattie respiratorie croniche, persone affette da malattie cardiache), bensì di tutti i cittadini della comunità in cui opera.

Esporre il divieto di fumare nei luoghi di lavoro è un obbligo di legge, fornire strumenti ai non fumatori per far valere il loro diritto di lavorare in ambienti sani e motivazioni ai fumatori per aiutarli a smettere, è segno di grande responsabilità sociale.

La tabella 1 elenca alcuni dei molti benefici che derivano dalla creazione di un ambiente di lavoro senza fumo.

Tab. 1 I vantaggi di un ambiente lavorativo senza fumo

Per il lavoratore	Per l'azienda
Miglioramento della salute	Minore assenteismo
Miglioramento dell'ambiente di lavoro	Maggiore produttività
Miglioramento delle relazioni lavorative	Miglioramento delle relazioni con i lavoratori
Ridotti livelli di stress	Sviluppo di un ambiente "amichevole"
Miglioramento del tono dell'umore	Miglioramento del morale dello staff
Aumento del livello di soddisfazione	Sviluppo di un'immagine aziendale positiva
Miglioramento del benessere personale	Migliore attrattività dell'azienda, ridotto turnover dello staff

2.4. COME SVILUPPARE LA POLITICA AZIENDALE

Pur in presenza di leggi che supportano il divieto di fumo e di una ormai forte sensibilità al problema nella società, non è sufficiente un singolo provvedimento amministrativo o una disposizione da parte della direzione della azienda per ottenere un ambiente di lavoro libero da fumo. Si deve pensare, infatti, che la limitazione o il divieto di fumo sono interventi che incidono profondamente sugli stili di vita dei lavoratori. Ne consegue, quindi, che un ambiente di lavoro senza fumo è frutto di una politica organica, cioè di un insieme di provvedimenti che prevedano oltre ai divieti, interventi informativi che coinvolgano tutti i lavoratori e momenti educativi, ed eventualmente di sostegno, per chi vuole smettere.

E' utile coinvolgere in questa azione forze sia interne che esterne all'azienda stessa, contattando ad esempio la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, i Centri Antifumo e i Servizi Sanitari delle ASL (Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento per le Dipendenze). Altrettanto importante risulta ricercare alleanze sociali con gli altri soggetti interessati all'argomento, come ad esempio la scuola, l'ente locale o le associazioni sportive. Si è visto infatti che iniziative contemporanee di prevenzione o comunicazione su temi che riguardano la salute, se coinvolgono l'intero ambito sociale in cui il cittadino vive, hanno molte più possibilità di successo.

E' importante, comunque, che in tutte le iniziative risulti chiara la piena titolarità dell'intervento da parte della Direzione Aziendale committente. L'obiettivo di una azienda "libera dal fumo" può sfociare in risultati concreti solo se è vissuto dalla Direzione Aziendale come un impegno con tutto quello che questo comporta (monitoraggio, valutazione, etc.) e la conseguente necessità che i dirigenti si "spendano" su questa iniziativa con il peso della loro autorità e autorevolezza.

I suddetti programmi aziendali non sono solo elaborazioni teoriche, ma rappresentano strategie operative reali, concretamente realizzate come dimostrano gli esempi riportati nell'allegato 1.

Le fasi per un efficace piano d'azione sono:

- 1) COSTITUIRE IL GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE
- 2) VALUTARE LA SITUAZIONE ESISTENTE IN AZIENDA
- 3) SCEGLIERE TRA DIVIETO ASSOLUTO O PARZIALE (LOCALI PER FUMATORI)
- 4) DEFINIRE GLI OBIETTIVI E IL PIANO D'AZIONE
- 5) REDIGERE IL REGOLAMENTO
- 6) COMUNICARE LA POLITICA AZIENDALE
- 7) OFFRIRE PROGRAMMI PER SMETTERE DI FUMARE
- 8) MONITORARE L'ATTUAZIONE DEL PROGETTO E VALUTARE I RISULTATI

2.4.1. Costituire il gruppo di lavoro aziendale

All'interno di un'Azienda che abbia deciso di dotarsi di una nuova politica sul fumo, la prima cosa da fare è costituire un gruppo di lavoro che abbia il compito specifico di definire un progetto per il controllo del fumo di tabacco e di realizzarlo. Quindi deve essere esplicitata, fin da subito, la titolarità dell'intervento da parte della Direzione Aziendale, che accantonerà le risorse economiche necessarie al conseguimento degli obiettivi. E' opportuno che all'interno del gruppo si identifichi un referente, che sarà il punto di riferimento per la conduzione dei lavori e favorirà 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. Questo gruppo di lavoro, oltre alla dirigenza rappresentata dai vari uffici a seconda

dell'organizzazione aziendale (produzione, personale, comunicazione, etc.), deve prevedere la partecipazione di coloro che, per ruolo, sono responsabili di altri lavoratori (capireparto, capiufficio, capisquadra, etc.) e di eventuali volontari fortemente motivati, che debbono formare il braccio operativo dell'intervento, assicurando con gentilezza e fermezza il rispetto delle norme e favorendo con sempre nuove iniziative anche l'abbandono dell'uso della sigaretta da parte dei colleghi di lavoro. Del gruppo è bene facciano parte in primis le figure individuate dal D.Lgs. 626/94 per la gestione della sicurezza in azienda (rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, responsabile del servizio di prevenzione e protezione e medico competente), oltre ai delegati sindacali. Il ruolo di ciascuna di queste figure è illustrato nella scheda n° 1 di approfondimento a fine capitolo. Il gruppo ha un compito iniziale molto importante: redigere un progetto completo (che affronti tutte le problematiche) e semplice da realizzare. Nell'allegato 1 è possibile consultare esempi di progetti di promozione della salute concretamente realizzati in due aziende, una in Emilia-Romagna e l'altra in Piemonte, contenenti una breve analisi del problema, gli obiettivi specifici e il piano d'azione.

2.4.2. Valutare la situazione esistente in azienda

Prima di progettare il piano degli interventi è necessario conoscere qual è la situazione corrente rispetto all'abitudine al fumo (dove si fuma e quando), quanti sono i fumatori in azienda e quali problemi pongono (situazioni conflittuali, orario, pause) e infine quali sono le opinioni dei lavoratori relativamente ad una regolamentazione del fumo in azienda. Per ottenere alcune di queste informazioni si può semplicemente fare una verifica visiva degli ambienti con documentazione fotografica per le situazioni più eclatanti (es. posacenere pieni di mozziconi, mozziconi per terra o sui vasi di fiori).

La dimensione dell'abitudine al fumo fra i dipendenti e le loro opinioni possono essere ricercate attraverso un questionario autocompilato distribuito a tutto il personale (o ad un campione adeguato se i dipendenti sono numerosi).

Il questionario deve essere in grado di raccogliere in modo obiettivo e senza esprimere giudizi di valore, informazioni e pareri sulle diverse questioni inerenti il fumo. E' possibile distribuire il questionario con il cedolino dello stipendio, con la posta interna, con la visita del medico competente, o con qualsiasi altro metodo. E' consigliabile che sia composto da poche domande, formulate in modo semplice. Il questionario proposto nell'allegato 2 può essere usato tal quale, oppure come traccia per costruire una serie di domande mirate alla propria realtà. Esso è già stato sperimentato e si è dimostrato di facile compilazione, adeguato per dimensionare e valutare la situazione locale. Il questionario, oltre a fornire le informazioni preliminari sulla dimensione del problema, diventa utile nelle fasi successive dell'intervento come strumento di monitoraggio dei risultati ottenuti.

2.4.3. Scegliere tra divieto assoluto o parziale (locali per fumatori)

Sempre garantendo il rispetto della legge vigente, il datore di lavoro può optare per una scelta radicale di abolizione totale del fumo in tutti i locali chiusi di sua pertinenza, oppure allestire idonei spazi per i fumatori. In base alle peculiarità di ciascun ambiente di lavoro l'imprenditore sceglierà la soluzione che riterrà più confacente alle proprie esigenze. Per facilitare tale scelta riassumiamo in tabella 2 le principali caratteristiche delle due soluzioni.

Tab. 2 Controllo del fumo: le due scelte a confronto

	Punti di forza	Punti critici
<p>Divieto assoluto E' vietato fumare all'interno dell'edificio e nelle auto di servizio. E' possibile fumare solo in spazi esterni. Il divieto di fumare può essere esteso a tutti gli spazi di pertinenza (nel qual caso i fumatori saranno costretti ad allontanarsi dal posto di lavoro per fumare)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Previsto per legge ● Riduce l'esposizione al fumo passivo e tutela la salute e la sicurezza di tutti quelli che frequentano l'ambiente ● Può ridurre il n° di sigarette fumate e incoraggiare i fumatori a smettere ● Riduce i costi (nessuna manutenzione) ● Dà un messaggio chiaro ● E' di semplice attuazione e di basso costo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Richiede ai fumatori di modificare il loro comportamento ● I fumatori che fumano fuori dall'edificio creano una immagine negativa per l'azienda ● Può causare disagio ai fumatori ● I fumatori potrebbero assentarsi dal posto di lavoro per fumare
<p>Locali per fumatori E' permesso fumare esclusivamente nelle aree destinate ai fumatori e come tali contrassegnate. I locali devono essere adeguatamente separati rispetto agli ambienti limitrofi e dotati di impiantistica e segnaletica a norma</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Ammesso dalla legge ● Riduce l'esposizione al fumo passivo dei non fumatori ● Permette ai fumatori di rimanere all'interno dell'edificio 	<ul style="list-style-type: none"> ● Non ha effetti positivi sulla salute dei fumatori ● E' costoso e richiede spazi dedicati ● Il sistema di ventilazione può non proteggere adeguatamente i non fumatori

2.4.4. Definire gli obiettivi e il piano d'azione

Si ricorda che in un progetto contro il fumo è di fondamentale importanza che siano sempre ben esplicitati gli obiettivi della politica, ossia i risultati che l'azienda intende ottenere. Di seguito forniamo alcuni esempi:

- essere in regola nei confronti delle leggi vigenti;
- tutelare la salute dei dipendenti non fumatori, eliminando i fattori di rischio ambientali da fumo passivo;
- migliorare il benessere dei dipendenti eliminando le situazioni di disagio e conflitto;
- migliorare la salute dei dipendenti favorendo una riduzione dell'abitudine al fumo fra i lavoratori fumatori.

Sostanzialmente sono due i percorsi che l'azienda può intraprendere:

- I. limitarsi ad applicare il divieto di fumare;
- II. portare avanti un progetto vero e proprio di promozione della salute.

Il primo percorso, illustrato nella scheda n° 2, consiste nel semplice rispetto delle norme vigenti sul divieto del fumo e sulla sicurezza nel lavoro. Questo permette al datore di lavoro di tutelare la salute dei propri lavoratori non fumatori nel rispetto della normativa. Tuttavia è risaputo che le azioni repressive sono difficili da gestire e l'esposizione a fumo passivo potrebbe permanere. Inoltre, permane il rischio di danni alla salute per i fumatori, con i costi sociali ed economici già citati.

Per questi motivi, è consigliabile optare per il secondo percorso -schematizzato nella scheda n° 3 - che consiste nell'integrare il divieto con

interventi atti a promuovere nei lavoratori atteggiamenti e abitudini orientati alla promozione della salute. L'azienda, quindi, fornisce motivazione e strumenti ai non fumatori per far valere il diritto di lavorare in ambienti sani, e ai fumatori aiuti per promuovere la loro motivazione a smettere. Se l'azienda esplicita fin dall'inizio il suo impegno per la lotta contro il fumo, i dipendenti fumatori si sentiranno vincolati a fare anch'essi la loro parte e la nuova politica aziendale non sarà vista solo come imposizione.

2.4.5. Redigere il regolamento

Il progetto di controllo del fumo in azienda prevede necessariamente di stabilire delle regole in modo che tutti (dipendenti, clienti, utenti) conoscano le decisioni della Azienda su questo argomento e possano sapere come comportarsi. Il regolamento deve ribadire la regola dettata dalla legge cioè che è vietato fumare in tutti i locali chiusi; per maggior chiarezza è opportuno che il regolamento elenchi tali locali. E' utile ricordare anche in quale periodo dell'orario lavorativo è possibile fumare, per evitare contenziosi sulle pause.

Il regolamento dovrà riportare le norme di legge e contrattuali in attuazione delle quali vengono stabilite le disposizioni restrittive contenute nello stesso, i referenti con l'incarico di monitorare l'osservanza delle norme di comportamento stabilite e le conseguenze in caso di violazione.

L'allegato 3 riporta un regolamento "tipo" che, con semplici modifiche, può essere facilmente adattato alle varie realtà aziendali.

2.4.6. Comunicare la politica aziendale

Dopo aver redatto il progetto, stabilite le regole e i compiti dei vari soggetti, è necessario definire la tempistica. Prima di tutto è necessario stabilire una data precisa per far scattare le nuove regole. Può essere una buona idea quella di legare l'inizio della messa in

pratica della politica scelta con eventi già previsti nel calendario nazionale o internazionale come manifestazioni legate al fumo (ad esempio il 31 maggio, giornata mondiale senza tabacco). Il passo successivo è quello di far conoscere la nuova politica aziendale a tutti i dipendenti, sia le nuove regole e i divieti sia le altre azioni previste dal progetto, come le forme di assistenza per favorire la disassuefazione dal fumo.

Cartellonistica

I cartelli di divieto hanno vari scopi:

- indicano chiaramente l'intendimento aziendale;
- sono obbligatori per legge; fra gli allegati vengono proposti due modelli conformi alle indicazioni normative, utilizzabili in ambienti pubblici o privati;
- mettono la Direzione al riparo da contestazioni future da parte di fumatori pedanti che possono sostenere di non essere stati informati del divieto di fumo;
- sono un continuo monito per i fumatori incalliti.

Oltre alla segnaletica obbligatoria è possibile aumentare l'efficacia del messaggio se si utilizzano cartelli attraenti da un punto di vista grafico ed espressi in forma persuasoria (ad esempio: "Grazie per non fumare", "Rispettiamo coloro che non fumano", "L'aria è di tutti, quindi non si fuma"), preferibilmente collocati in luoghi non abituali come, ad esempio agli ingressi dell'Azienda o lungo il viale d'accesso.

E' consigliabile iniziare con una accurata ispezione in azienda, annotando i luoghi in cui i cartelli devono essere posti o rinnovati ed effettuare, poi, periodiche ispezioni per verificare se questi segnali di monito sono sempre presenti e in buono stato.

Interventi educativi

L'azione di richiamo passivo dato dalla cartellonistica può essere rafforzata da iniziative informativo-educative, il cui scopo è

quello di far conoscere la nuova politica aziendale, le azioni che l'azienda intende proporre, i risultati che si prefigge di ottenere. Si possono prevedere incontri a piccoli gruppi con i dipendenti dove trattare i seguenti argomenti:

- i risultati del questionario e della valutazione aziendale;
- i danni da fumo immediati e a distanza;
- le nuove norme aziendali (regole, sanzioni, personale con funzioni di controllo, altre figure di riferimento per la questione in esame);
- la legislazione vigente in materia di fumo e i diritti e doveri dei dipendenti nei confronti del fumo in ambiente di lavoro in base al D.Lgs. 626/94;
- le eventuali risorse che si intende mettere a disposizione per i fumatori intenzionati a smettere.

Questi incontri possono avere una durata variabile da 1 a 3 ore anche in relazione alle esigenze aziendali, eventualmente ripetuti più volte per consentire la partecipazione a tutto il personale aziendale.

In alternativa, si possono organizzare momenti diversi dalla classica riunione con lezione frontale, come ad esempio allestire spazi attrezzati, tipo gazebo o stands, nei luoghi di transito comuni e durante le pause, dove gli esperti della materia (personale dei Servizi di Prevenzione e Vigilanza nei Luoghi di Lavoro o dei Centri Antifumo delle ASL) forniscono, a chi lo desidera, informazioni tecniche o mediche, distribuiscono materiale divulgativo, eseguono misurazioni strumentali come il CO nell'aria espirata del fumatore o spirometriche. Queste strategie alternative hanno il vantaggio di coinvolgere un grande numero di persone contemporaneamente, di non essere viste dal lavoratore come delle imposizioni e di non interferire con l'attività produttiva dell'azienda.

2.4.7. Offrire programmi per smettere di fumare

Smettere di fumare è notoriamente difficile, ma è comunque possibile e in Italia ci sono oltre 6 milioni di ex fumatori. Chi smette di fumare, lo fa dopo aver raggiunto un buon livello di motivazione, spesso favorito dalla consapevolezza dei danni del fumo sulla salute, ma la molla motivazionale è diversa per ogni soggetto: per un ragazzo o una ragazza può essere l'innamoramento, per una donna la nascita di un figlio, mentre per altri è riuscire finalmente a leggere dentro se stessi, magari con l'aiuto di uno psicologo. A volte la decisione deriva da esperienze personali, come la visita in un ospedale oncologico o il contatto con malati di tumore.

Inoltre, 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 et al., 2002); si tratta, in definitiva, di un cambiamento degli stati psicologici tale per cui a molti fumatori non basta la motivazione e il desiderio di smettere; per raggiungere l'obiettivo hanno bisogno di un aiuto esterno che, a seconda della particolarità dei soggetti, può essere di tipo psicologico, psico-comportamentale di gruppo o farmacologico. 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.

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 incentivare 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 et al., 2002). La sola comunicazione tramite cartellonistica è di poca utilità (Serra et al., 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 et al., 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 et al., 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.

Presso le strutture sanitarie pubbliche esistono ambulatori specializzati nel trattamento del tabagismo (Centri Antifumo) che si avvalgono di competenze multidisciplinari (mediche, infermieristiche, psicologiche) e che possono senza dubbio garantire i risultati migliori nel trattamento dei casi più difficili, seguendo il paziente sia con la terapia farmacologica che con il supporto psicologico personalizzato.

In un contesto così delicato e complesso l'azienda può svolgere un ruolo molto importante in vari punti del percorso di disassuefazione.

- In primo luogo può migliorare la consapevolezza del problema attraverso:
 - l'offerta di materiale informativo,

facilmente reperibile presso strutture sanitarie pubbliche o associazioni mediche o di volontariato (dépliant, opuscoli, manifesti) e la segnalazione di siti internet sul tema;

- interventi educativi collettivi utili per illustrare il problema, dare consigli sui corretti stili di vita e fornire indicazioni sulle strutture sanitarie in grado di aiutare il fumatore (vedi collaborazione con gli operatori dei Servizi di Prevenzione e Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL per gli interventi di promozione della salute).
- Può favorire la conoscenza individuale del rischio coinvolgendo il medico competente affinché durante le visite mediche periodiche proceda ad una prima stima del grado di dipendenza del fumatore e fornisca i consigli adeguati. Sarebbe auspicabile che il medico competente avesse a disposizione alcuni semplici strumenti per uno screening iniziale degli effetti del fumo: spirometro, misuratore di CO nell'aria espirata, test di Fagerström sulla dipendenza.
- 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 (Centro Antifumo) con accesso agevolato. Infatti, 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.
- Il posto di lavoro può diventare un luogo privilegiato per l'effettuazione dei corsi per smettere di fumare. Si tratta di un approccio psicologico di tipo cognitivo comportamentale di gruppo che prevede la partecipazione a vari incontri intensivi nell'arco di una settimana e l'attivazione del gruppo di auto-mutuo aiuto che si ritrova per altri successivi incontri periodici. Per tali corsi si può fare

riferimento ai Centri Antifumo delle ASL oppure, laddove non siano presenti, agli altri Servizi delle ASL deputati ad affrontare le problematiche legate al fumo (Servizio Tossicodipendenze, Reparto di Pneumologia, Servizio di Prevenzione e Vigilanza nei Luoghi di Lavoro). Altre informazioni possono essere reperite nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità (www.iss.it/ofad; osservatorio.fad@iss.it) o telefonando al numero verde del Ministero della Salute (800554088).

2.4.8. Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati

La politica contro il fumo non può considerarsi conclusa con l'applicazione del regolamento, bensì sarà necessario monitorare l'efficacia del progetto stesso. Un tale controllo è fondamentale perché permette di identificare eventuali punti critici del progetto, consente di informare i dipendenti e la dirigenza dei risultati raggiunti, permette di definire future linee di intervento, eventualmente modificando la politica scelta in relazione ai cambiamenti introdotti nell'ambiente.

Una rilevazione a breve termine (6 - 12 mesi) consentirà di valutare i cambiamenti nell'ambiente lavorativo per quanto concerne il fumo passivo, attraverso la misurazione quantitativa e qualitativa di:

- livello di conoscenza riguardo al problema del fumo passivo;
- atteggiamenti dei lavoratori rispetto alle scelte aziendali per il controllo del fumo passivo;
- presenza di conflitti tra i fumatori e i non fumatori;
- numero di dipendenti fumatori disponibili a partecipare a programmi di disassuefazione;
- livello di soddisfazione dei dipendenti.

In sostanza una valutazione a breve termine permetterà di rispondere alle domande:

- I lavoratori e i visitatori aderiscono alla politica aziendale per il controllo del fumo?
- I lavoratori fumatori stanno utilizzando i supporti offerti per la disassuefazione?
- Le persone delegate alla vigilanza hanno problemi nel far rispettare i divieti imposti?

Una rilevazione a lungo termine (1 - 3 anni) consentirà di valutare il raggiungimento degli obiettivi attraverso la misura di:

- rispetto del divieto di fumo;
- riduzione del numero di sigarette fumate al lavoro;
- riduzione del numero dei dipendenti fumatori;
- effetti dei programmi di disassuefazione in termini di cessazione del fumo;
- accresciuta immagine aziendale;
- riduzione del tasso di incidenti.

In sostanza una valutazione nel lungo termine permetterà di rispondere alle domande:

- La politica per il controllo del fumo protegge i non fumatori dagli effetti del fumo passivo?
- La politica per il controllo del fumo ha portato ad una diminuzione della percentuale di dipendenti fumatori?

Per la valutazione si utilizzano solitamente i seguenti strumenti:

- incontri con il personale addetto alla vigilanza, responsabili aziendali e lavoratori;
- sopralluogo di verifica nei luoghi in cui si fumava prima dell'intervento;
- schede di adesione alle attività di disassuefazione, dove organizzate;
- riproposizione del questionario a distanza di tempo per una valutazione della prevalenza di fumatori tra il personale dipendente prima e dopo l'entrata in vigore della politica aziendale;
- lo stesso questionario, con l'aggiunta di qualche domanda, può essere utilizzato per misurare il gradimento.

A conclusione del progetto si potrà verificare l'effettiva implementazione del percorso, rispondendo alle domande:

- Quali progressi e quali attività sono state realizzate per lo sviluppo della politica antifumo?
- Quali sono stati i passaggi chiave che hanno permesso di fare passi avanti?
- Quali sono stati gli ostacoli incontrati nella realizzazione della policy e come sono stati superati?
- I vertici aziendali sono stati coinvolti e/o hanno appoggiato l'iniziativa?
- E' stato identificato un referente incaricato ad affrontare il problema tabacco?
- E' 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?
- I dipendenti sono stati oggetto dell'indagine preliminare, sono stati coinvolti, hanno appoggiato l'iniziativa?
- E' stato scritto un regolamento interno?
- Ci sono ancora aree chiuse in cui si fuma? Perché?
- Quanti hanno aderito alle offerte di programmi per smettere di fumare?
- Quali strategie sono state utilizzate per comunicare ai lavoratori l'attività di controllo del tabagismo?
- Come è stata effettuata la vigilanza?
- Sono state erogate sanzioni e come sono state gestite?
- E' avvenuta una riduzione del fumo passivo?
- Ci sono state riduzioni del numero di fumatori e del numero di sigarette fumate?
- Quali sono le prossime azioni da intraprendere?

2.5. DUBBI E QUESITI

E' probabile che l'introduzione di regole nuove, che vanno a modificare i comportamenti personali, determinino dubbi, perplessità e

richiesta di informazioni. Per questi quesiti, sarà importante avere delle risposte già pronte; nella scheda n° 4 vengono riportate le domande più frequenti e le risposte suggerite.

Fig. 1 Le fasi per un efficace piano d'azione della politica aziendale per il controllo del fumo di tabacco



Schede informative

1. Il ruolo dei componenti del gruppo aziendale
2. Percorso di I° livello: il rispetto della legge
3. Percorso di II° livello: il rispetto della legge e la promozione della salute
4. Le domande più frequenti

Scheda n. 1: Il ruolo dei componenti del gruppo aziendale

Ruolo del Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP)

Poiché il compito che il D.Lgs. 626/94 assegna al SPP è quello di garantire la salute dei lavoratori e migliorare il loro ambiente di lavoro, è indispensabile ottenere la collaborazione del Responsabile SPP per la buona riuscita del progetto di controllo del fumo in azienda. Il primo passo del RSPP è quello di riconoscere il fumo di sigaretta come un rischio per la salute dei lavoratori e di inserirlo nel documento di valutazione dei rischi. E' molto importante, infatti, che il problema venga affrontato come qualsiasi altro rischio professionale, obbligando la dirigenza aziendale a impegnare risorse per la predisposizione delle misure di prevenzione e protezione dal rischio e impegnando i dipendenti a rispettare le disposizioni aziendali adottate per combattere tale rischio.

Ruolo del Medico Competente (MC)

Il medico aziendale è sicuramente una delle figure più importanti per la gestione del problema. La figura del MC deve diventare il riferimento per tutte le azioni di prevenzione, di educazione e di disassuefazione. Egli può attivarsi per dare informazioni, sia singolarmente nel corso delle visite mediche periodiche, che durante incontri collettivi; può fornire un valido supporto a chi vuole smettere di fumare. Concretamente egli potrà attuare le seguenti azioni:

- raccogliere le informazioni sulla abitudine al fumo del lavoratore. L'allegato 4 riproduce alcuni esempi di strumenti operativi utilizzabili dal MC: scheda anamnestica, test di Fagerström, test di dipendenza psicologica, avviso motivazionale;
- monitorare l'attuazione del programma aziendale e valutarne i risultati attraverso la rilevazione periodica (nel corso della sorveglianza sanitaria) della riduzione

dell'abitudine al fumo, del calo del n° delle sigarette fumate e del cambiamento alla propensione a smettere;

- dare informazioni e consegnare documentazione, sia singolarmente nel corso delle visite mediche periodiche, che durante incontri collettivi;
- fornire un valido supporto a chi vuole smettere di fumare (intervento clinico breve, invio al centro antifumo, sostegno psicologico);
- evidenziare i maggiori rischi in presenza di inquinanti professionali, tenendo conto che i lavoratori, preoccupati riguardo il duplice rischio (individuale e lavorativo), presentano un aumentato interesse nello smettere di fumare;
- evidenziare i problemi clinici fumo-correlati durante l'esame obiettivo, affrontando il problema anche nei giudizi di idoneità;
- tutelare i lavoratori contro i rischi da fumo passivo.

In particolare l'informazione sul numero di fumatori presenti e sul loro grado di dipendenza, rilevata dal MC, può fornire all'azienda un dato molto utile per supportare le decisioni sulle modalità di applicazione della norma e sul tipo di interventi da proporre per la cessazione (ad esempio, terapia individuale o i gruppi di disassuefazione).

Infine, poiché rappresenta la figura più autorevole in tema di salute, egli dovrà adottare comportamenti corretti e diventare modello educativo da imitare (evitate di fumare in azienda e in presenza dei lavoratori).

Ruolo del Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) e dei Sindacati

Il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza deve essere informato sul rischio per la salute rappresentato dal fumo passivo e deve essere coinvolto nelle scelte delle misure che si intendono adottare per affrontare il problema. Inoltre, poiché la regolamentazione del fumo pone anche questioni di tipo contrattuale (pause, supporti ai fumatori che intendono smettere,

ecc.), sarà opportuno interpellare anche i rappresentanti sindacali i quali potranno opporsi alle politiche aziendali contro il fumo passivo, visto che i lavoratori sono i principali beneficiari di questa protezione (Sorensen et al., 2000). Solitamente i più frequenti problemi sollevati dai lavoratori, e che il RLS dovrà essere in grado di affrontare, sono i seguenti:

- il “bisogno” (dipendenza psico-fisica) del fumatore con richiesta di allontanarsi dal posto di lavoro per fumare o di avere il locale per fumatori;
- il sospetto che l’interesse della direzione aziendale per il fumo di sigaretta mascheri la disattenzione per altri pericoli presenti nell’ambiente di lavoro.

Anche se questi argomenti sono già stati sviluppati negli altri capitoli, si ritiene opportuno riprenderli ulteriormente.

Il D.Lgs. 626/94 stabilisce che il datore di lavoro ha la responsabilità legale di fornire un ambiente di lavoro sicuro e sano ai lavoratori, mettendo in atto tutte le misure tecniche od organizzative per eliminare i rischi. Di conseguenza ha il diritto di imporre il divieto di fumo all'interno dell'azienda, non ha invece l'obbligo di realizzare aree attrezzate per i fumatori.

Da un punto di vista contrattuale, il fumatore non potrà essere trattato in maniera diversa da un altro lavoratore per cui non potrà allontanarsi dal suo posto di lavoro se non nelle pause consentite dal CCNL.

L’azienda dovrà dimostrare di avere fatto quanto in suo potere per garantire il rispetto delle norme di igiene e sicurezza sul posto di lavoro, dopodiché potrà portare evidenze scientifiche che dimostrano che il fumo passivo è un rischio rilevante nell'ambiente di lavoro e che deve essere affrontato anche con misure restrittive. Il RLS dovrà impegnarsi soprattutto nel far accettare presso i propri colleghi questi principi generali, ricordando ai fumatori i loro doveri (rispetto delle regole), ma anche il diritto di tutti i dipendenti di lavorare in un ambiente salubre.

Ruolo del Servizio di Prevenzione e Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL

Il Servizio di Prevenzione Igiene e Vigilanza nei luoghi di lavoro ha come compito istituzionale quello di promuovere la salute dei lavoratori, attraverso azioni di vigilanza sul rispetto delle norme, di assistenza ad aziende e lavoratori e di interventi di informazione e di educazione alla salute. Con riferimento a quest’ultimo aspetto, rientra tra i compiti del Servizio quello di promuovere conoscenze, comportamenti e atteggiamenti favorevoli alla salute, in riferimento non solo ai rischi derivanti dalle lavorazioni in senso stretto, ma anche a quelli connessi alle abitudini personali, nel momento in cui queste possono influire direttamente o indirettamente sulla sicurezza e salubrità del posto di lavoro. Queste azioni, rivolte all’individuo e all’ambiente, rappresentano gli elementi essenziali della politica di promozione della salute che coniuga la strategia della riduzione del rischio lavorativo con quella dell’intensificazione della tutela della salute in generale (approccio globale) e favorisce la motivazione e la responsabilità di tutti i soggetti aziendali.

In virtù di questa premessa, senza peraltro dimenticare la competenza in materia di vigilanza e controllo dell’applicazione della normativa in materia di salute e sicurezza sul lavoro e di divieto di fumo, e riaffermando la funzione di assistenza nei confronti del mondo del lavoro, i Servizi di Prevenzione e Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL dovrebbero organizzarsi in modo da implementare i programmi di promozione della salute, offrendo alle aziende:

- collaborazione nella valutazione iniziale quali-quantitativa della diffusione dell’abitudine al fumo presso le aziende;
- aiuti nella stesura di un progetto aziendale (analisi del problema, obiettivi, risorse e vincoli, tempi e modalità delle azioni, indicatori di processo e di risultato);
- contributi per la realizzazione degli

interventi educativi che riguardino sia l'informazione sui rischi professionali correlati al fumo sia i diritti e doveri dei lavoratori;

- facilitazioni per la collaborazione e l'accesso ai Centri Antifumo delle ASL e alle Associazioni (es. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) per attuare strategie comuni di sostegno ai lavoratori che intendono smettere di fumare;
- supporto o formazione specifica per i Medici Competenti per contrastare l'abitudine al fumo dei lavoratori;
- collaborazione nella valutazione dei risultati;
- diffusione dei risultati dell'iniziativa all'esterno, presso strutture pubbliche e private, associazioni di categoria e organizzazioni sindacali;
- indicazioni su aspetti di tipo tecnico-impiantistico (es. impianto ventilazione di una sala per fumatori).

Scheda n. 2: Percorso di 1° livello: il rispetto della legge

L'azienda intende limitarsi ad applicare in senso stretto quanto previsto dalla legge.

MODALITÀ APPLICATIVE

1. **Costituire il gruppo di lavoro aziendale:**
affidare l'incarico al RSPP (figura deputata ad occuparsi delle misure di tutela della salute e sicurezza aziendale).
2. **Valutare la situazione attuale:**
non è necessaria la verifica del numero dei fumatori aziendali.
3. **Scegliere tra il divieto assoluto o il locale per fumatori:**
valutare la scelta più conveniente per l'azienda in termini economici e di conflittualità.
4. **Definire gli obiettivi:**
dichiarare che l'intendimento è quello di proteggere dall'esposizione a fumo passivo i dipendenti non fumatori, applicando il divieto di fumare in tutti i locali di lavoro e di riposo dell'azienda;
 - 4.1. **stabilire il piano d'azione:**
 - attuare il divieto del fumo in tutti i luoghi chiusi e in eventuali aree esterne se presente rischio di incendio;
 - valutare, se nonostante il divieto, esiste il problema del fumo passivo in qualche locale e studiare le modalità per risolverlo.
5. **Redigere il regolamento per il rispetto del divieto:**
 - scrivere il regolamento riportando in esso i riferimenti legislativi, le modalità organizzative, i tempi di attuazione. E' opportuno che il regolamento indichi chiaramente:
 - i locali dove vige il divieto (elencandoli in modo da non permettere equivoci, es. reparti, uffici, spogliatoi, servizi igienici, refettorio, mensa, entrata, atri, corridoi e ogni altro luogo chiuso in cui può sostare o transitare il personale);
 - i luoghi dove è possibile fumare (es. solo all'aperto - indicando dove -

oppure nella sala fumatori);

- individuare il personale incaricato di far rispettare le disposizioni aziendali di divieto;
 - stabilire le conseguenze in caso di inosservanza.
6. **Comunicare e attuare la politica aziendale:**
 - comunicare preventivamente ai rappresentanti dei lavoratori e/o sindacati la decisione aziendale;
 - effettuare le azioni informative per i lavoratori coinvolgendo il MC;
 - affiggere cartelli con divieto di fumo in tutti gli spazi chiusi dell'azienda;
 - eliminare tutti i posacenere presenti sui tavoli, in entrata, nei corridoi, e posti all'esterno, prima di entrare nello stabilimento.
 7. **Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati:**
verificare periodicamente, tramite controlli diretti e/o altri strumenti, il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e comunicare a tutto il personale gli esiti.

VANTAGGI

- L'azienda è formalmente in regola con le disposizioni legislative;
- i costi in termini di tempo e di denaro per l'attuazione della procedura sono limitati.

SVANTAGGI

- Il solo divieto quasi sempre non è sufficiente a cambiare le abitudini: il rischio reale è che si continui a fumare all'interno dell'azienda, magari di nascosto o che, dopo un certo periodo di tempo, si ritorni a fumare nei locali di lavoro e di ristoro;
- è possibile che insorgano conflittualità tra fumatori e non fumatori legati alle restrizioni e al divieto;
- possono verificarsi discussioni tra rappresentanti sindacali, lavoratori e dirigenza sia per l'applicazione della politica di divieto sia per l'inadeguato rispetto delle regole;
- sono preventivabili anche conflitti tra fumatori e dirigenza nel caso di mancata predisposizione di una sala dedicata ai fumatori.

Scheda n. 3: Percorso di II° livello: il rispetto della legge e la promozione della salute

L'azienda vuole introdurre il divieto di fumo, coinvolgendo i lavoratori nelle scelte; inoltre intende fornire ai non fumatori informazioni per far valere il diritto di lavorare in ambienti sani e ai fumatori strumenti per promuovere la loro motivazione a smettere.

MODALITÀ APPLICATIVE

1. **Costituire il gruppo di lavoro aziendale:** coinvolgere, oltre al RSPP, anche il MC e il RLS ed eventuali servizi della ASL.
2. **Valutare la situazione attuale:** realizzare l'indagine fra i dipendenti per conoscere quando e dove si fuma, la prevalenza dei fumatori, l'opinione dei dipendenti nei confronti di una politica antifumo, l'interesse dei fumatori verso programmi di intervento per smettere di fumare.
3. **Scegliere tra divieto assoluto o locali per fumatori:** valutare la scelta più conveniente per l'azienda in termini sociali ed economici.
4. **Definire gli obiettivi:** dichiarare che gli intendimenti sono:
 - proteggere il personale e gli eventuali visitatori dai rischi alla salute legati all'esposizione a fumo passivo;
 - favorire la riduzione del numero di fumatori presenti nella propria azienda.
- 4.1. **Definire il piano d'azione e i tempi per il raggiungimento degli obiettivi:**
 - attuare il divieto del fumo in tutti i luoghi chiusi e in eventuali aree esterne se presente rischio di incendio;
 - valutare se nonostante il divieto esiste il problema del fumo passivo in qualche locale e studiare le modalità per risolverlo;
 - definire gli interventi informativi per tutti i lavoratori (es. dépliant illustrativi);
 - indicare gli interventi educativi rivolti ai fumatori (ad esempio gli incontri con esperti delle strutture sanitarie);
 - coinvolgere il MC sia per gli aspetti epidemiologici iniziali e di valutazione dei risultati, sia per gli aspetti informativi, individuali e/o collettivi, sia per gli interventi clinici di disassuefazione;
 - decidere gli aiuti per i fumatori che vogliono smettere.
5. **Redigere il regolamento per il rispetto del divieto:**
 - scrivere il regolamento riportando in esso i riferimenti legislativi, le modalità organizzative, i tempi di attuazione. E' opportuno che il regolamento ribadisca chiaramente che il divieto vale per tutti i locali chiusi (elencandoli in modo da non permettere equivoci, es. reparti, uffici, spogliatoi, servizi igienici, refettorio, mensa, entrata, atri, corridoi e ogni altro luogo chiuso in cui può sostare o transitare il personale). Nel regolamento dovranno inoltre essere indicati i luoghi dove è possibile fumare (es. solo all'aperto - indicando dove - oppure nella sala fumatori);
 - individuare il personale incaricato di far rispettare le disposizioni aziendali di divieto;
 - stabilire le conseguenze in caso di inosservanza.
6. **Comunicare e attuare la politica aziendale:**
 - comunicare preventivamente ai rappresentanti sindacali e ai lavoratori la politica che l'azienda intende condurre per creare posti di lavoro liberi da fumo;
 - affiggere cartelli con divieto di fumo in tutti gli spazi chiusi dell'azienda;
 - eliminare tutti i posacenere presenti sui tavoli, in entrata, nei corridoi e posti all'esterno, prima di entrare nello stabilimento;
 - organizzare gli incontri informativi con i dipendenti per illustrare i risultati

dell'indagine conoscitiva aziendale e far conoscere le altre azioni programmate.

7. Monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati:

verificare periodicamente tramite, controlli diretti e/o altri strumenti, il grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati e comunicare a tutto il personale gli esiti.

VANTAGGI

- applicazione di quanto previsto dalla legislazione vigente;
- riduzione della conflittualità tra fumatori e non fumatori;
- riduzione del numero di fumatori attivi;
- riduzione dei costi aziendali per assenze per malattia o infortunio legati al fumo;
- riduzione del turnover.

SVANTAGGI

- gli interventi educativi e di promozione della salute richiedono inizialmente costi maggiori rispetto alla scelta n° 1.

Scheda n. 4: Le domande più frequenti

1. Il datore di lavoro può imporre il divieto di fumo anche negli spazi aziendali all'aperto (piazzali, parcheggi, cortili, etc)?
Sì, tramite un regolamento aziendale.
2. Negli ambienti di lavoro quali norme si possono applicare: le sanzioni amministrative (Legge 3/2003) o quelle riguardanti la normativa sull'igiene e la sicurezza (303/56, 626/94 etc)?
Si possono applicare entrambe. In via generale, in base al principio di specificità, fatti trasgressivi in materia di divieto di fumo costituiscono violazioni di tipo amministrativo di cui alla L.3/2003. Tuttavia la valutazione dovrà essere effettuata attentamente caso per caso in relazione alla continuità dell'atto omissivo e/o alla presenza di pericoli e rischi professionali (incendio, cancerogeni, biologici). In tali casi potranno essere previste sanzioni penali di cui alle norme in materia di sicurezza sul lavoro.
3. A chi si può rivolgere un lavoratore che non vede rispettato il divieto di fumo nella propria azienda?
In primo luogo deve fare riferimento ai soggetti aziendali incaricati (RSPP, dirigente, datore di lavoro) attraverso il proprio RLS. Se non ottiene risposta, può rivolgersi al Servizio di Prevenzione e Vigilanza nei Luoghi di Lavoro della ASL o alla Polizia Amministrativa Locale (vigili urbani) o ad altri agenti o ufficiali di Polizia Giudiziaria (carabinieri, polizia di stato).
4. Il datore di lavoro è obbligato a creare sale attrezzate per fumatori?
No, è una sua facoltà.
5. La valutazione del rischio aziendale deve comprendere anche il rischio da fumo passivo?
Nel documento di valutazione dei rischi dovrà essere indicato il divieto di fumo, precisando le misure per combatterlo.
6. I fumatori possono aver diritto ad una pausa supplementare per fumare?
No.
7. Il datore di lavoro potrebbe essere chiamato a rispondere di eventuali danni alla salute causati dal fumo passivo?
Sì, se non ha adottato misure adeguate per eliminare (o ridurre al minimo) tale rischio.
8. In un'azienda il datore di lavoro può sanzionare un lavoratore che viola palesemente le disposizioni sul divieto di fumo impartite?
Sì, con le modalità indicate dal contratto di lavoro, in base all'art. 5 comma 2 del D.Lgs 626/94 e del CC art. 2104; inoltre può segnalare l'infrazione all'Autorità Pubblica per la sanzione amministrativa sul divieto di fumo.
9. Il lavoratore esposto a fumo passivo, nelle aziende dove il divieto non viene rispettato, può chiedere di essere sottoposto a sorveglianza sanitaria obbligatoria?
No, deve richiedere il rispetto della normativa vigente.
10. Il lavoratore è giustificato se si allontana dal proprio posto di lavoro perché esposto a fumo passivo nonostante i divieti imposti?
Sì, se dopo aver informato i responsabili aziendali, il divieto di fumo non viene rispettato.

ALLEGATI

1. Due esempi di progetti di attuazione di politiche per il controllo del fumo di tabacco in un'azienda della Regione Emilia-Romagna e della Regione Piemonte
2. Questionario per la rilevazione del fumo in azienda
3. Esempio di regolamento tipo
4. Strumenti per il medico competente
5. Note sulla applicazione delle norme sul divieto di fumo
6. Esempi di cartelli
7. Requisiti tecnici dei locali per fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria e dei modelli dei cartelli connessi al divieto del fumo
(allegato al DPCM 23 dicembre 2003)
8. Elenchi dei Coordinatori Regionali e dei Referenti per i programmi di prevenzione del tabagismo per gli ambienti di lavoro

ALLEGATO 1: Due esempi di progetti di attuazione di politiche per il controllo del fumo di tabacco in un'azienda della Regione Emilia-Romagna e della Regione Piemonte

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

INTRODUZIONE

Il progetto "Luoghi di lavoro liberi dal fumo" si inserisce all'interno delle politiche di promozione della salute negli ambienti di lavoro che la Regione Emilia-Romagna sta conducendo in merito alla prevenzione, cura e controllo del tabagismo (Delibera della Giunta regionale n° 785/99 - Progetto regionale tabagismo) e si delinea come esperienza pilota.

Il progetto è stato frutto di una esperienza realizzata congiuntamente da tre parti sociali: l'Azienda USL di Bologna - Area Bologna Sud, il Consorzio Interregionale Cooperative Consumo di Anzola dell'Emilia (CICC) e il Comune di Anzola dell'Emilia. Questi tre Soggetti, previa firma di un protocollo d'intesa, hanno collaborato attivamente, investendo proprie risorse e competenze nel rispetto delle fasi e dei tempi progettuali, allo scopo di realizzare iniziative di tutela, sostegno e promozione della cultura del non fumo nell'azienda CICC. Si è trattato quindi di un vero e proprio "patto per la salute" che ha messo in campo metodologie di condivisione sociale nell'ambito di un più generale processo di avvio dei Piani per la Salute regionali. Il progetto ha avuto sviluppo triennale (2002-2004) e si è inserito in un percorso di tutela che l'azienda aveva già intrapreso vietando il fumo dal maggio 2001.

Il CICC è un Consorzio interregionale di COOP, svolge il servizio di logistica alla rete di vendita a livello nazionale. E' composto da magazzini ed uffici. Al momento dell'intervento contava 443 dipendenti che sono stati tutti coinvolti.

OBIETTIVI GENERALI

Il progetto era finalizzato al raggiungimento di

tre obiettivi:

1. tutela dei lavoratori dal fumo passivo;
2. sostegno alla disassuefazione dal fumo;
3. promozione della cultura del non fumo.

OBIETTIVI SPECIFICI

- a. attivare un circolo virtuoso aziendale per favorire la cultura del non fumo facendo dialogare tra loro i soggetti previsti dal D. Lgs. 626/94;
- b. rendere l'intervento aziendale più completo, superando il solo divieto di fumo ed introducendo l'informazione e la sensibilizzazione di tutto il personale sul tema specifico;
- c. avviare alla disassuefazione dal fumo fino al 30% dei fumatori richiedenti;
- d. produrre materiale informativo sul tema per il mondo del lavoro.

LE PARTI SOCIALI COINVOLTE ED I LORO IMPEGNI

Gli impegni dell'Azienda CICC:

- adottare tutte le misure aziendali per il raggiungimento degli obiettivi di tutela, sostegno e promozione del non fumo;
- sostenere le spese necessarie per il percorso;
- favorire la partecipazione ai corsi per smettere di fumare dei lavoratori iscritti consentendo la loro realizzazione in azienda all'interno dell'orario di lavoro, sostenendo la spesa iniziale di partecipazione individuale ai corsi per il 50% e anche della restante parte in caso di cessazione del fumo;
- consentire un numero di corsi tali da dare la possibilità di smettere di fumare fino al 30% dei fumatori interessati;
- collaborare alla campagna promozionale antifumo nei confronti del mondo del lavoro e della collettività locale, con le modalità indicate o con altre preventivamente concordate con l'Azienda USL.

Gli impegni dell'Azienda USL di Bologna:

- assistere tecnicamente l'azienda CICC lungo tutto il progetto con funzioni di

coordinamento progettuale e supporto tecnico sanitario;

- mettere a disposizione operatori del Centro Antifumo per la realizzazione dei corsi per smettere di fumare;
- mettere a disposizione materiale promozionale finalizzato a fare crescere la cultura del non fumo.

Gli impegni del Comune di Anzola dell'Emilia:

- curare il coinvolgimento della cittadinanza con iniziative di sensibilizzazione locale;
- favorire il coinvolgimento di familiari ed amici dei fumatori iscritti ai corsi per stimolare il sostegno sociale nel percorso di disassuefazione del fumo;
- collaborare alla promozione della salute con diffusione ai cittadini di informazioni su iniziative comunali per la promozione del benessere.

Figure professionali coinvolte

Per l'Azienda USL di Bologna

1 medico del lavoro operante presso l'Ufficio Piani per la Salute (coordinamento del progetto), 1 tecnico per la sicurezza ed 1 assistente sanitaria del Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, 1 operatore dell'Ufficio Comunicazione, 1 operatore del Centro Elaborazione Dati, 3 operatori del Centro Antifumo.

Per l'Azienda CICC

Attori sociali del D.Lgs. 626/94: Datore di Lavoro (DDL), Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), 3 Medici Competenti (MC), 3 Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS), Referente dell'Ufficio Personale, Responsabili di reparto.

Per il Comune di Anzola dell'Emilia

L'Assessore Sanità e Politiche Sociali e la Segretaria del Sindaco.

Non sono state calcolate a priori le ore dedicate per figura professionale, possiamo stimare che il progetto abbia richiesto circa trenta giorni/anno

per il complesso dei lavori realizzati dai componenti comprese le fasi di elaborazione dei materiali documentali e promozionali.

Ruolo degli attori del progetto

Datore di lavoro dell'Azienda CICC

Ha colto il significato della normativa antifumo nei luoghi di lavoro e ne ha garantito l'applicazione. Ha proseguito inoltre lungo il percorso di salute realizzando iniziative aggiuntive di promozione del benessere e svolgendo, nell'ambito del progetto pilota, un ruolo di testimonial nei confronti del mondo del lavoro e della comunità civile.

RSPP dell'Azienda CICC

E' stato responsabile di progetto ed ha partecipato a tutte le fasi. Ha inserito nella valutazione dei rischi prevista dal D.Lgs. 626/94 il rischio da fumo passivo di sigaretta ed ha avviato tutte le iniziative atte a favorire l'applicazione della normativa.

RLS dell'Azienda CICC

Hanno svolto un ruolo di educatori; hanno partecipato ai seminari realizzati per i dipendenti; hanno effettuato una sensibilizzazione a piccoli gruppi di lavoratori dando informazioni sul progetto e materiali informativi specifici; hanno supportato il RSPP per l'iscrizione ai corsi per smettere di fumare; hanno collaborato alla distribuzione e raccolta dei questionari per la rilevazione dell'abitudine al fumo dei lavoratori.

Medici Competenti dell'Azienda CICC

Hanno realizzato uno "studio medico senza fumo" (divieto di fumo, disponibilità di materiale informativo e promozionale). Hanno informato i lavoratori sui danni da fumo, in relazione anche allo specifico stato clinico risultante dai controlli sanitari periodici e sulla eventuale influenza di altri inquinanti ambientali sul rischio da fumo. Hanno facilitato la scelta dei lavoratori di intraprendere un percorso di disassuefazione dal fumo con l'utilizzo di strumenti diagnostici del grado di dipendenza e con il sostegno psicologico

(Intervento clinico breve).

Medico del Lavoro dell'Azienda USL di Bologna

Ha svolto il ruolo di assistente tecnico di progetto: ha supportato l'Azienda CICC finalizzando il suo intervento al buon andamento delle fasi progettuali.

Tecnico della Prevenzione dell'Azienda USL di Bologna

Ha supportato il RSPP dando indicazioni tecniche sulle caratteristiche delle zone riservate ai fumatori, sulla tipologia dei cartelli di divieto, sulla campagna promozionale svolta.

Assistente Sanitaria dell'Azienda USL di Bologna

Ha supportato il medico competente ai fini della elaborazione dei dati della 1° e 2° rilevazione dell'abitudine al fumo.

Assessore alla Sanità e Politiche Sociali del Comune di Anzola dell'Emilia

Ha curato l'aspetto del coinvolgimento dei cittadini e dei parenti ed amici dei fumatori partecipanti ai corsi organizzando le iniziative di sensibilizzazione locale della cittadinanza.

Segretario del Sindaco di Anzola dell'Emilia

Ha curato gli aspetti amministrativi dell'intervento comunale.

AZIONI DEL PROGETTO ED INDICATORI DI VERIFICA

1° ANNO: accordi preliminari tra le parti

Azioni	Indicatori di verifica
Ricerca di alleanze nella comunità locale	Evidenza
Colloqui preliminari tra le parti	Evidenza
Firma protocollo d'intesa	Documento

1° ANNO: tutela dal fumo passivo

Azioni	Indicatori di verifica
Inserimento del fumo di sigaretta nella valutazione dei rischi (D.Lgs. 626/94)	Evidenza nel documento di valutazione dei rischi
Stesura/verifica del regolamento interno antifumo	Approvazione del regolamento presente anche in formato cartaceo
Analisi/verifica delle zone riservate ai fumatori	Mappatura delle zone e descrizione delle caratteristiche tecniche
Personalizzazione degli strumenti di lavoro: questionario di rilevazione della abitudine al fumo, cartellonistica di divieto, manifesti pubblicitari...	Evidenza degli strumenti
Incontri informativi per i dipendenti	Verbali di incontro a firma DDL, RSPP, Medici Competenti, RLS o registro presenze
Affissione /manutenzione cartellonistica di divieto	Evidenza
Prima rilevazione dell'abitudine al fumo dei dipendenti	Grafici, relazione

2° ANNO: sostegno alla disassuefazione

Azioni	Indicatori di verifica
Individuazione nel Piano di Offerta Formativa (POF) dell'impegno aziendale per il non fumo	Documento
Sensibilizzazione/counselling individuale e a piccoli gruppi ai lavoratori	Scheda di registrazione degli interventi utilizzate dagli RLS e dal Medico Competente
Organizzazione interna per l'avvio dei corsi di disassuefazione al fumo	Calendario corsi
Presentazione del progetto a parenti ed amici dei dipendenti per stimolare il sostegno familiare	Incontro informativo presso il Comune di Anzola dell'Emilia
Corsi intensivi per smettere di fumare ai lavoratori	Archivio corsi (realizzati 2 corsi con 20 partecipanti complessivi)

3° ANNO: promozione cultura del non fumo

Azioni	Indicatori di verifica
Seconda rilevazione della abitudine al fumo	Grafici, relazione
Stesura del report finale	Documento
Socializzazione risultati ai lavoratori	Verbale di incontro informativo a firma DDL, RSPP, Medici Competenti, RLS
Socializzazione risultati alla collettività.	Incontro informativo presso il Comune di Anzola dell'Emilia, articolo su giornale locale
Iniziative promozionali al mondo del lavoro ed alla collettività	Promozione e diffusione dell'audiovisivo "Lavoro No Smoking" Inserimento del progetto pilota nel sito Internet aziendale e regionale Organizzazione di seminari per operatori competenti (Azienda USL e mondo del lavoro)

PRINCIPALI RISULTATI

CAMPIONE COMPLESSIVO (fumatori e non fumatori)

	1° rilevazione	2° rilevazione
NUMERO SOGGETTI	243 (56% del totale)	242 (58% del totale)
SESSO	60% donne 40% uomini	55% donne 45% uomini
TITOLO DI STUDIO	prevalenza di diploma di scuola media inferiore su diploma di scuola media superiore	prevalenza di diploma di scuola media inferiore su diploma di scuola media superiore
MANSIONE	65% magazzino 35% ufficio	77% magazzino 23% ufficio
RITENGONO		
a) importante non fumare di fronte a fornitori e clienti	89%	87%
b) importante non fumare in ogni ambiente aziendale	81%	78%
c) importante non fumare in presenza di colleghi	91%	91%

SOTTOCAMPIONE FUMATORI

	1° rilevazione	2° rilevazione
FUMATORI ABITUALI	76 (31%)	82 (34%)
SESSO	67% donne 33% uomini	57% donne 43% uomini
NUMERO SIGARETTE FUMATE		
da 6 a 10	34%	22%
da 11 a 20	39%	43%
DESIDEREREBBE SMETTERE DI FUMARE	51%	40%
HANNO SMESSO DI FUMARE		18 pari al 22% del sottocampione fumatori di cui 13 di propria iniziativa 4 con i corsi antifumo 1 con altri supporti
RITENGONO		
a) importante non fumare di fronte a fornitori e clienti	83%	82%
b) importante non fumare in ogni ambiente aziendale	53%	58%
c) importante non fumare in presenza di colleghi	81%	83%

CONCLUSIONI

In conclusione preme evidenziare che il Gruppo di Progetto inter-istituzionale ha operato in anticipazione di obblighi ed in condizione, quindi, di minore sensibilità dei lavoratori al problema fumo nei luoghi di lavoro poichè la Legge n. 3/2003, art. 51, che vieta il fumo in tutti i luoghi di lavoro è entrata in vigore il 10 Gennaio 2005.

Nonostante ciò, dall'analisi complessiva del progetto, emergono aspetti positivi e punti di forza:

1. Aver impostato un percorso che vede dialogare attivamente i soggetti aziendali che si occupano di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con le istituzioni coinvolte nella tutela e promozione della salute, nell'ottica delle alleanze e delle strategie finalizzate ad ottenere risultati di salute;
2. Aver sensibilizzato tutto il personale (443 dipendenti), ottenendo, oltre ad un miglioramento della tutela dal fumo passivo, anche un sostegno per chi ha voluto smettere

di fumare (ad un anno dalla cessazione, 10 lavoratori risultavano ancora astinenti)*;

3. Aver prodotto materiali di promozione della salute da rivolgere al mondo del lavoro;
4. Aver sperimentato il percorso come progetto pilota regionale al fine di contribuire con l'esperienza fatta alla costruzione delle linee guida regionali per la riduzione dei rischi da fumo di tabacco nei luoghi di lavoro.

* L'azienda CICC ha contribuito per il 50% del costo del ticket di partecipazione al corso per cessare di fumare ed ha rimborsato l'onere individuale a coloro che hanno raggiunto con successo l'obiettivo; ha permesso di realizzare i corsi per smettere di fumare in azienda e in orario di lavoro; ha previsto un premio finale per coloro per i quali sussisteva comprovata la cessazione del fumo.

REGIONE PIEMONTE

L'azienda **LUXOTTICA** (una multinazionale con oltre 54 000 dipendenti nel mondo) è il maggior produttore di occhiali italiano e nel mondo, con oltre 40 milioni di pezzi prodotti all'anno. In Italia conta sette stabilimenti, concentrati prevalentemente nel bellunese (4): il principale è ad Agordo, con oltre 3300 dipendenti. Altri stabilimenti sono a Rovereto (Tn) e a Lauriano (To). È un'impresa in grande sviluppo: negli ultimi due anni ha assunto oltre 1600 dipendenti. Lo stabilimento di Lauriano, contava all'inizio dell'intervento oltre 500 dipendenti, prevalentemente donne; ha triplicato le dimensioni in pochi anni e sta andando verso i 900 occupati.

L'azione qui descritta prende spunto da un programma presentato dal SPreSAL di Settimo Torinese nell'aprile del 2005 alla Direzione dello stabilimento Luxottica di Lauriano (TO), dopo che un'applicazione "rigida" della direttiva Sirchia di divieto del fumo in fabbrica, con conseguente chiusura delle stanze-fumatori, aveva scatenato la "sindrome del liceale" [fumare nei servizi igienici] e le proteste della maggioranza dei lavoratori non fumatori (70% donne).

Lo SpreSAL ha proposto un intervento aziendale finalizzato alla creazione di un ambiente lavorativo libero dal tabagismo entro la fine del 2007 in accordo con la recente normativa italiana [legge n. 3 del 2003]. Quale guida alla programmazione delle azioni da intraprendere in azienda sono state utilizzate le "Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo" redatte dal Gruppo tecnico Antitabacco del CPO Piemonte. Obiettivi specifici di questo intervento erano: la protezione dei lavoratori dal fumo passivo, ridurre il livello di conflitto tra fumatori e non fumatori, aiutare i lavoratori intenzionati a smettere di fumare. Le azioni previste: costituire un gruppo aziendale sul tabagismo, definire un regolamento aziendale, riaprire temporaneamente le salette fumatori, comunicare il regolamento ai lavoratori, fornire un supporto ai fumatori che

vogliono smettere.

La proposta è stata sostenuta dal Direttore generale delle risorse umane, dal Medico Competente aziendale e dal Direttore dello stabilimento di Lauriano, e con l'assenso della Rappresentanza sindacale e dei RLS, è diventato nell'autunno 2005 un progetto sperimentale dell'intera azienda. Lo stabilimento di Lauriano è stato scelto perché recentemente ristrutturato e dotato di salette per fumatori con aspirazione forzata, ancorché non a norma con le prescrizioni ministeriali, ma derogate specificamente dall'organo di vigilanza.

A gennaio 2006 hanno avuto luogo tre assemblee con tutto il personale dei 4 turni di lavoro, in cui si è spiegato, con video e slides, il significato dell'intervento.

È stato distribuito dall'Azienda, tramite le buste-paga, il questionario predisposto dal Gruppo Tecnico Antitabacco [CPO Piemonte] e dall'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze [OED] sulla base di un analogo questionario della Regione del Veneto. Hanno restituito il questionario 348 di 472 operai presenti [83%].

I questionari validi sono risultati 340.

Il gruppo aziendale per il controllo del fumo di tabacco in azienda, costituito da Direzione aziendale, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza e l'assistenza del servizio sanitario nazionale ha definito il nuovo regolamento antifumo aziendale, comprendente orario di apertura e di affollamento delle salette fumatori, il nuovo sistema di vigilanza sull'applicazione del divieto, scadenze e obiettivi del progetto.

Quale supporto ai lavoratori intenzionati a smettere di fumare è stato scelto il Centro Antifumo di riferimento dell'Ospedale Don Bosco di Torino. L'intervento è partito con un Counselling motivazionale di gruppo rivolto ai lavoratori fumatori interessati; successivamente una visita medica individuale con misurazione del grado di dipendenza [test di Fagestrom] e misurazione del CO espirato. I lavoratori ritenuti idonei sono stati quindi inseriti in gruppi di

terapia guidata. L'intero trattamento è avvenuto in orario di lavoro ed i costi sono stati coperti dall'azienda, salvo una penale richiesta al lavoratore per il mancato completamento della terapia.

Al giugno 2006, 89 lavoratori [56% dei fumatori in azienda] si sono iscritti al percorso di disassuefazione in occasione delle assemblee generali, 78 hanno partecipato agli incontri di Counselling motivazionale di gruppo [n° 4 incontri] e 74 [46% dei fumatori in azienda] sono stati i lavoratori visitati individualmente [misurazione del CO espirato] e sottoposti al Test di Fagestrom; Infine, sono 64 i fumatori interessati ad iniziare il percorso di terapia di gruppo [8 incontri settimanali] [9 ritenuti non idonei alla terapia e 3 avviati a terapia individuale presso il Centro antifumo dell'ASL 7]. Si sono attivati 6 gruppi di terapia nel corso di un anno; al termine del trattamento erano 22 [46%] i lavoratori che hanno smesso di fumare, esito confermato dalla misurazione del CO.

Gli esiti dell'intervento di disassuefazione saranno valutati anche a 6 mesi.

Nel contempo si è organizzato un programma di sostegno basato sui medici di famiglia dei 4 comuni in cui risiede la maggior parte dei dipendenti dello stabilimento di Lauriano. Bisogna infine sottolineare che l'azienda Luxottica ha coperto per intero i costi del progetto, ed ha consentito che tutte le attività del progetto si svolgessero in orario di lavoro [corsi di terapia compresi].

L'intervento in Luxottica terminerà a dicembre 2007, quando sarà somministrato a tutti i lavoratori [mediante la busta paga], il questionario post-intervento, per la valutazione finale del progetto.

ALLEGATO 2: Questionario per la rilevazione del fumo in azienda

Gentile Signora, gentile Signore

L'Azienda desidera rendere il Suo ambiente di lavoro più piacevole e salutare. Prossimamente saranno proposte una serie di iniziative nuove e norme di comportamento per quanto riguarda il fumo di tabacco.

A questo proposito è importante che Lei ci dia alcune informazioni sull'attuale situazione e sulle possibili soluzioni del problema.

Troverà allegato un questionario che ha lo scopo di raccogliere le situazioni e i pareri di tutti i dipendenti e collaboratori dell'azienda sul problema del fumo e che contiene una serie di domande specifiche e personali sull'abitudine e l'attitudine al fumo utili per progettare il successivo intervento di disassuefazione.

Il questionario è rigorosamente anonimo: le risposte saranno elaborate e restituite ai dipendenti e collaboratori in forma anonima e collettiva in modo da tutelare assolutamente la privacy di ogni persona.

Le chiediamo quindi la massima collaborazione nel compilare il questionario: si tratta infatti del primo passo dell'intervento per migliorare la qualità della vita nel Suo ambiente di lavoro, tutelando i lavoratori dal fumo passivo e dai suoi effetti sulla salute e offrendo un aiuto concreto ai fumatori che lo desiderino per aiutarli a smettere o almeno a diminuire significativamente le sigarette fumate.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE PRE-INTERVENTO

1. Ritieni 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 caffè)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All'esterno dell'azienda	<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. E' 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 caffè)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servizi igienici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
All'esterno dell'azienda	<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

(Per fumatore si intende colui che abbia fumato almeno una sigaretta nell'ultima settimana)

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

Se è un non fumatore o 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 è riuscito a smettere di fumare per almeno una settimana?
- 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:
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 3: Esempio di regolamento tipo

REGOLAMENTO INTERNO ANTIFUMO

Premessa

Il fumo di tabacco è scientificamente riconosciuto quale agente nocivo in relazione causale con l'insorgere di numerose patologie quali affezioni alle vie respiratorie, al sistema cardiocircolatorio e polmonare e numerose patologie tumorali.

I danni riportati in letteratura riguardano il fumo respirato volontariamente (fumo attivo) e quello respirato involontariamente (fumo passivo). Alla luce di tali evidenze ed allo scopo di tutelare in senso ampio la salute dei lavoratori sul luogo di lavoro, si dispone l'adozione di misure idonee a proteggere i non fumatori dai rischi derivanti dal fumo ambientale passivo.

Normativa di riferimento

Si fa riferimento alla normativa vigente nazionale e regionale

- D.Lgs. 626/94
- Art. 2087 del C.C.
- Legge n. 3 del 16/01/03
- DPCM 23/12/03 (regolamento attuativo)

Gruppo di lavoro

L'elaborato è frutto di una collaborazione tra rappresentanze del datore di lavoro, rappresentanze dei lavoratori, rappresentanza dell'Azienda sanitaria.

Finalità

Il regolamento si inserisce nel progetto regionale tabagismo come misura per favorire la riduzione delle malattie connesse all'uso del fumo di tabacco nei luoghi di lavoro.

Contenuti

Il regolamento descrive le misure aziendali di tipo tecnico, organizzativo e procedurale atte a raggiungere l'obiettivo di tutela della salute dei lavoratori dai rischi da fumo passivo in ambiente di lavoro.

Art. 1 Soggetti coinvolti:

Il Datore di lavoro

- Coglie il significato della normativa antifumo nei luoghi di lavoro e ne garantisce l'applicazione
- E' responsabile legale delle iniziative organizzative, tecniche e procedurali per la riduzione del rischio da fumo passivo
- Formalizza il regolamento antifumo;
- Rende disponibili le risorse economiche, tecniche ed umane per l'applicazione della normativa.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale

- Inserisce nella valutazione dei rischi ai sensi del D.Lgs. 626/94 il rischio da fumo passivo di sigaretta;
- Avvia tutte le iniziative atte a favorire l'applicazione della normativa come da linea guida regionale;
- E' responsabile tecnico del buon andamento delle iniziative organizzative, tecniche e procedurali per la riduzione del rischio da fumo passivo.

I Responsabili di Reparto

- Sono responsabili del rispetto del regolamento nei reparti di competenza
- Esercitano pertanto una funzione di vigilanza e controllo sul rispetto del regolamento
- Intervengono in caso di infrazione al regolamento attivando i percorsi disciplinari previsti dal CCNL
- Effettuano una valutazione soggettiva dell'andamento dell'abitudine al fumo dei dipendenti ad inizio e fine intervento.

Il Responsabile Ufficio Personale

- Pone in evidenza eventuali richiami disciplinari (verbali, scritti, con trattenute stipendiali).

I Lavoratori

- Ogni dipendente si impegna a rispettare il regolamento. I fumatori pertanto si astengono

dal fumo all'interno dei locali aziendali, salvo nelle aree e con le modalità designate dal regolamento stesso.

Art. 2 Aree di divieto di fumo:

Il fumo è vietato in tutti i locali dell'azienda (produttivi, uffici, servizi). Le aree ove è vietato fumare sono contrassegnate da cartelli di divieto. In particolare è vietato fumare nei: Locali produzione, Scale, Uffici, Servizi igienici, Locali con accesso di pubblico, Sale Riunioni, Infermeria, Sale d'attesa, Mensa, Biblioteca.

Art. 3 Aree riservate ai fumatori (se previste):

Sono individuate specifiche aree ove è consentito fumare.

Caratteristiche tecniche

Tali aree rispondono a criteri di buona tecnica ed alla normativa vigente (DPCM 23/12/03 art. 2 Allegato 1):

1. Sono previste in ogni reparto o fabbricato con postazioni stabili di lavoro
2. Sono delimitate da pareti a tutta altezza sui quattro lati
3. Non rappresentano un locale di passaggio per i non fumatori
4. Sono munite di porta a chiusura automatica abitualmente in posizione di chiusura
5. Sono munite di idonee aperture verso l'esterno e di impianto di ventilazione forzata tale da garantire un buon ricambio dell'aria (30 litri/secondo per ogni persona), che mantenga la pressione in negativo di almeno 5 Pascal rispetto agli ambienti circostanti
6. Sono mantenute ad un indice di affollamento di 0,7 persone/mq
7. Sono munite di apposita segnaletica luminosa: "Area per fumatori" e di segnaletica luminosa accessoria "Vietato fumare per guasto all'impianto di ventilazione", che entri automaticamente in funzione, escludendo la prima, in caso di guasto all'impianto di ventilazione.

Localizzazione

Le aree sono localizzate in.....

Art. 4 Cartellonistica di divieto:

La cartellonistica di divieto è conforme a quanto previsto dal DPCM 23/12/03.

Il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale è delegato all'acquisto, affissione, aggiornamento e manutenzione della cartellonistica di divieto.

Art. 5 Provvedimenti aziendali in caso di violazione del divieto di fumo:

5.1 Nei confronti dei dipendenti

Il mancato rispetto del divieto di fumo da parte di un dipendente oltre alle sanzioni previste dalla normativa, potrà comportare anche l'applicazione di misure disciplinari che andranno in senso crescente di gravità dal richiamo verbale al richiamo scritto, all'eventuale trattenuta in busta paga dei proventi di un'ora di lavoro in base al CCNL.

5.2 Nei confronti degli ospiti

Gli ospiti ed in generale i non dipendenti presenti nei fabbricati per ragioni di lavoro o di fornitura di servizi sono tenuti al rispetto del presente regolamento.

Firmato:

Il Presidente

Il Dirigente delle Unità Locali

I Responsabili di Reparto

Il Responsabile dell'Ufficio Personale

Il Responsabile del SPP

I Medici Competenti

I RLS

ALLEGATO 4: Strumenti per il medico competente

SCHEDA DI RISCHIO

Età _____ Peso _____ Statura _____

	NO	SI
BPCO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPERTENSIONE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DIABETE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPERCOLESTEROLEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IPERTRIGLICERIDEMIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONTRACCZIONE ORALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ESPOSIZIONE AD INQUINANTI AERODISPERSI (irritanti, cancerogeni)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SE SI, QUALI _____		
Da quanti anni fuma? _____		
Ha mai pensato di smettere di fumare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha mai smesso di fumare per almeno una settimana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuole provare a smettere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punteggio test di Fagerström: _____		
Punteggio grado di dipendenza psicologica: _____		

TEST DI DIPENDENZA PSICOLOGICA

Secondo Lei fumare è:

Domanda	Punteggio*
Un rito	
Un piacere	
La distende/rilassa	
La stimola/La aiuta a concentrarsi	
Un sostegno psicologico	
La rende più accettato	

* Punteggio:

- 1 = assolutamente no
- 2 = un poco
- 3 = abbastanza
- 4 = molto

GRADO DI DIPENDENZA PSICOLOGICA _____
(punteggio variabile da 6 a 24)

TEST DI FAGERSTRÖM

Risposta	Domanda	Punteggio*
Dopo quanto tempo dal risveglio fuma la prima sigaretta?		
5 minuti		3
6-30 minuti		2
31-60 minuti		1
> 60 minuti		0
Trova difficile non fumare nei luoghi dove è vietato?		
SI		1
NO		0
A quale sigaretta trova più difficile rinunciare?		
La prima del mattino		1
Qualsiasi altra		0
Quante sigarette fuma al giorno?		
< 10		0
11-20		1
21-30		2
> 30		3
Fuma di più nella prima ora dopo il risveglio che nel resto della giornata?		
SI		1
NO		0
Fuma anche se sta male ed è costretto a letto?		
SI		1
NO		0

GRADO DI DIPENDENZA DA NICOTINA _____

(punteggio variabile da 0 a 10)

Interpretazione del test:

0-2 molto basso / 3-4 basso / 5-6 medio / 7-8 alto / oltre 8 molto alto

AVVISO MOTIVAZIONALE

Le 4 A

- 1 **ASK:** Informatevi sempre sull'abitudine al fumo del lavoratore
- 2 **ADVISE:** Consigliate energicamente ai fumatori di smettere di fumare
- 3 **ASSESS:** Valutate la volontà del lavoratore di fare un tentativo per smettere di fumare
- 4 **ASSIST:** Aiutare i fumatori che vogliono smettere consigliando loro un metodo adeguato

Le 5 R

- 1 **RILEVANZA:** Insistete sulla rilevanza dello smettere di fumare
- 2 **RISCHI:** Insistete sui rischi per la salute da fumo attivo e passivo
- 3 **RICOMPENSE:** Enfaticizzate i benefici dello smettere di fumare
- 4 **RESISTENZE:** Identificate le resistenze personali del lavoratore
- 5 **RIPETIZIONE:** Ripetete l'intervento motivazionale alla visita successiva

ALLEGATO 5: Note sulla applicazione delle norme sul divieto di fumo

Figure competenti per la vigilanza sul divieto del fumo (L. 3/2003)

	Luoghi di pertinenza della Pubblica Amministrazione (scuole, ospedali, uffici del Comune, etc.) Aziende e agenzie pubbliche Mezzi di trasporto pubblici	Strutture private in cui si svolge un servizio per conto della pubblica amministrazione in regime di concessione, convenzione, appalto (banche, uffici accessibili dall'utenza in genere)	Luoghi privati aperti al pubblico (esercizi pubblici, bar ristoranti, discoteche, etc.)	Luoghi privati aperti all'utenza dove per utenza si intende il dipendente (fabbriche, uffici privati, etc.)
Figure competenti per la vigilanza sull'applicazione del divieto	<ul style="list-style-type: none"> ● Il/i funzionari incaricati e nominati formalmente dal dirigente o lo stesso dirigente se non provvede alla nomina ● Di propria iniziativa: tutti gli ufficiali e agenti di Polizia Giudiziaria (PG) nell'ambito dei servizi in cui sono incaricati 	<ul style="list-style-type: none"> ● Soggetti cui spetta per legge, regolamento o disposizioni di autorità assicurare l'ordine interno (quindi il dirigente e gli incaricati da lui nominati) ● Di propria iniziativa: tutti gli ufficiali e agenti di PG nell'ambito dei servizi in cui sono incaricati 	<ul style="list-style-type: none"> ● Conduttore o responsabile dell'attività o suo collaboratore a ciò incaricato ● Di propria iniziativa: tutti gli ufficiali e agenti di PG nell'ambito dei servizi in cui sono incaricati 	<ul style="list-style-type: none"> ● Responsabile dell'attività o suo collaboratore a ciò incaricato (dirigente, preposto) ● Di propria iniziativa: tutti gli ufficiali e agenti di PG nell'ambito dei servizi in cui sono incaricati
Figure competenti per l'accertamento e la contestazione della violazione	<ul style="list-style-type: none"> ● Come sopra 	<ul style="list-style-type: none"> ● Come sopra 	<ul style="list-style-type: none"> ● Polizia Amministrativa locale ● Guardie giurate espressamente adibite a tale servizio ● Ufficiali o Agenti di PG nell'ambito dei servizi di cui sono incaricati 	<ul style="list-style-type: none"> ● Polizia Amministrativa locale ● Guardie giurate espressamente adibite a tale servizio ● Ufficiali o Agenti di PG nell'ambito dei servizi di cui sono incaricati

Sanzioni amministrative applicabili ai sensi della legge sul divieto del fumo (L.3/2003)

Trasgressore	Importo in euro (1)	Procedimento	Autorità a cui versare l'importo	Autorità a cui inoltrare il rapporto	Autorità a cui inoltrare scritti difensivi
Colui che fuma	Da 27,50 a 275 (2)	<ul style="list-style-type: none"> ● Legge 689/81 ● Accordo Stato-Regioni del 16.12.2004 	<ul style="list-style-type: none"> ● Allo Stato, se inflitte da organi statali quali ad es. polizia, carabinieri, funzionario pubblico a ciò incaricato. ● Alla Autorità competente individuata dalle disposizioni di ciascuna Regione se inflitte da organi non statali, come ad es. vigile urbano, guardia giurata, tecnico del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Al Prefetto, se l'infrazione è stata accertata in locali della Amministrazione statale (es. scuola pubblica) o in un ente a rilevanza nazionale (es. INAIL). ● Alla Autorità competente individuata dalle disposizioni di ciascuna Regione se l'infrazione è stata accertata in locali di Amministrazioni non statali (es. ospedali) o negli esercizi pubblici o nei luoghi privati. 	Stessa autorità a cui è stato inviato il rapporto
Colui che fuma in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o di bambini fino a dodici anni	Da 55 a 550 (2)				
Datore di lavoro ovvero colui che doveva far applicare il divieto (dirigente, funzionario, conduttore, responsabile)	Da 220 a 2200 (2)				
Datore di lavoro ovvero colui che doveva assicurare il corretto funzionamento dell'impianto di ventilazione forzata (dirigente, funzionario, conduttore, responsabile)	Da 330 a 3300 (2)				

(1) articolo 7 della Legge 11 Novembre 1975, n. 584, già sostituito dal comma 20 dell'art. 52 della Legge 28 dicembre 2001 n. 448 e modificato dall'art. 23 della Legge Finanziaria 2005.

(2) Si riduce nella forma più favorevole fra il doppio del minimo e 1/3 del massimo (in questi casi si tratta del doppio del minimo) nell'ambito della oblazione cioè del pagamento entro 60 gg dalla contestazione o dalla notifica.

Sanzioni applicabili ai sensi della normativa di tutela della salute dei lavoratori

Legge	Articolo violato	Contravventore	Sanzione ed eventuale riduzione (1/4 del massimo come da art. 21, comma 2, D.Lgs. 758/94)	Procedimento	Autorità che fa la contravvenzione	Autorità a cui versare l'importo	Autorità a cui fare "ricorso"
D.Lgs. 626/94	4, comma 2, lettera b) per non aver aggiornato le misure di prevenzione (non ha inserito il rischio da fumo passivo nella valutazione dei rischi e applicato il divieto di fumo nei locali chiusi)	Datore di lavoro	Art. 89, comma 1: arresto da tre a sei mesi o ammenda da 1.549 a 4.131 euro	758/94	Ufficiale Polizia Giudiziaria (UPG) del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	In base alle indicazioni di ciascuna Regione	Procura nel corso del dibattimento processuale
D.Lgs. 626/94	4, comma 5, lettera f) per non aver richiesto l'osservanza delle norme vigenti, nonché delle disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro	Datore di lavoro, dirigente	Art. 89, comma 2, lettera b): arresto da due a quattro mesi o ammenda da euro 516 a euro 2.582	758/94	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	Come sopra
D.Lgs. 626/94	59-octies, comma 1, lettera a) per non aver adottato le misure appropriate per il rispetto del divieto di fumo nei luoghi in cui si svolgono attività che possono comportare rischio di esposizione ad amianto	Datore di lavoro, dirigente	Art. 89, comma 2, lettera b): arresto da due a quattro mesi o ammenda da euro 516 a euro 2.582	758/94	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	Come sopra
DPR. 303/56	14, comma 4, come sostituito dall' art.33 D.Lgs.626/94 per non aver predisposto adeguate misure di protezione dei lavoratori non fumatori nei locali di riposo	Datore di lavoro, dirigente	Art. 58 lettera b): arresto da due a quattro mesi o ammenda da 516 a 2.582	758/94	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	Come sopra
DPR. 303/56	9, comma 1, come sostituito dall' art.33 D.Lgs.626/94, per non aver garantito nei locali di lavoro chiusi aria salubre	Datore di lavoro, dirigente	Art. 58, lettera a): arresto da tre a sei mesi o ammenda da 1.549 a 4.131	758/94	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	Come sopra
DPR. 547/55	34, per non aver segnalato e/o vigilato sul divieto di fumo nelle lavorazioni con rischio di incendio	Datore di lavoro, dirigente	Art. 389, lettera b): arresto da due a quattro mesi o ammenda da 516 a 2.582	758/94	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	Come sopra
D.Lgs. 493/96	2, comma 1, lettera b) per non aver adottato idonea segnaletica sul luogo di lavoro per vietare comportamenti pericolosi	Datore di lavoro, dirigente	Art. 8, lettera a): arresto da tre a sei mesi o ammenda da 1.549 a 4.131	758/94	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	Come sopra

Sanzioni applicabili ai sensi della normativa di tutela della salute dei lavoratori

Legge	Articolo violato	Contravventore	Sanzione ed eventuale riduzione (1/4 del massimo come da art. 21, comma 2, D.Lgs. 758/94)	Procedimento	Autorità che fa la contravvenzione	Autorità a cui versare l'importo	Autorità a cui fare "ricorso"
D.Lgs. 626/94	4, comma 5, lettera f) per non aver richiesto l'osservanza delle norme vigenti, nonché delle disposizioni aziendali in materia di sicurezza e di igiene del lavoro	Preposto	Art. 90, comma 1, lettera b): arresto fino a un mese o ammenda da 154 a 516 euro	758/94	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	In base alle indicazioni di ciascuna Regione	Procura nel corso del dibattimento processuale
D.Lgs. 626/94	5, comma 2, lettera a) per non aver osservato le disposizioni impartite dal datore di lavoro	Lavoratore	Art. 93, comma 1, lettera a): arresto fino a un mese o ammenda da 206 a 619 euro	758/94	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	Come sopra
D.Lgs. 626/94	65, comma 2, per non aver imposto il divieto di fumo nelle zone con rischio da esposizione a sostanza cancerogene	Chiunque	Art. 94: Sanzione amministrativa pecunaria da 255 a 770 euro	Legge 689/81	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	In base alle indicazioni di ciascuna Regione
D.Lgs. 626/94	80, comma 2, per non aver imposto il divieto di fumo nelle zone con rischio da esposizione a sostanza cancerogene	Chiunque	Art. 94: Sanzione amministrativa pecunaria da 255 a 770 euro	Legge 689/81	UPG del Servizio di Vigilanza nei Luoghi di Lavoro delle ASL	Come sopra	Come sopra

ALLEGATO 6: Esempi di cartelli

Fac-simile - Cartello per le pubbliche amministrazioni, aziende e agenzie pubbliche e private esercenti servizi pubblici (fonte: Ministero della Salute)



In questo cartello si rende noto che il responsabile della vigilanza, ad es. il sig. Mario Rossi, può accertare e contestare l'infrazione. Ciò non è possibile nelle strutture private. L'attività di vigilanza, accertamento e contestazione dell'infrazione al divieto di fumo delle guardie giurate, è possibile solo se espressamente adibiti a tale servizio.

Fac-simile - Cartello per le strutture private (fonte: Ministero della Salute)



In questo cartello si rende noto che la sorveglianza è demandata all'addetto, ma l'accertamento e la contestazione dell'infrazione possono essere effettuate solo dalla Polizia Amministrativa Locale o dagli Agenti e Ufficiali di Polizia Giudiziaria o da Guardie Giurate espressamente incaricate a tale servizio.

ALLEGATO 7: Requisiti tecnici dei locali per fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria e dei modelli dei cartelli connessi al divieto del fumo (allegato al DPCM 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 essi devono rispettare i seguenti requisiti strutturali:
 - a) essere delimitati da pareti a tutta altezza sui 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 di passaggio obbligato per i non fumatori.
2. I locali per fumatori devono essere dotati di 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 dov'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 per fumatori 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, comma 3, 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 in altri ambienti, 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 debbono essere conformi alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di sicurezza e di risparmio energetico, come pure alle norme tecniche di sicurezza 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 debbono 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 normativa legislativa, delle sanzioni applicabili ai contravventori e dei soggetti cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto e 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 seguente 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 di 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.

ALLEGATO 8: Elenchi dei Coordinatori Regionali e dei Referenti per i programmi di prevenzione del tabagismo per gli ambienti di lavoro

Elenco dei Coordinatori Regionali Progetto Tabagismo

Nome e Cognome	Regione/ Provincia Autonoma	Ente di appartenenza	Tel.	E-mail
Pierdomenico Franca	Abruzzo	Ufficio Tossicodipendenze, Alcolismo e Tabagismo del Servizio Assistenza Distrettuale Attività territoriali sanitarie	085 7671	franca.pierdomenico@regione.abruzzo.it
Cauzillo Gabriella Rocco Libutti	Basilicata	Regione Basilicata	0971 668839 0971 668845	gcauzil@regione.basilicata.it rocco.libutti@regione.basilicata.it
Bramezza Paolo	Bolzano	Assessorato alla Sanità Ufficio Igiene e Salute Pubblica	0471 411650	paolo.bramezza@provincia.bz.it
Muscolo Rosanna	Calabria	Regione Calabria	0961 856585	r.muscolo@regcal.it
Petrella Carlo	Campania	Regione Campania	081 7969251/8446245	c.petrella@regione.campania.it
Laezza Maurizio Ferrari Anna Maria	Emilia-Romagna	Regione Emilia-Romagna AUSL Reggio Emilia	051 6397481 0522 860170	tabagismo@regione.emilia-romagna.it ferrarin@ausl.re.it
Peris Anna Poropat Claudio	Friuli Venezia Giulia	Regione Friuli-Venezia Giulia ASS 1 Triestina - FVG	040 3775512 040 3997373	anna.peris@regione.fvg.it claudio.poropat@ass1.sanita.fvg.it
Bonifazi Adalberto	Lazio	Regione Lazio	06 51688235/8020	abonifazi@regione.lazio.it
Schiaffino Sergio	Liguria	Regione Liguria	010 5485523	sergio.schiaffino@regione.liguria.it
Bonfanti Marina	Lombardia	Regione Lombardia Direzione Generale Sanità Unità organizzativa Prevenzione	02 67653236	marina_bonfanti@regione.lombardia.it
Nocchi Marco	Marche	Regione Marche	071 8064043	marco.nocchi@regione.marche.it
Panaro Salvatore	Molise	Regione Molise Servizio Assistenza socio-sanitaria	0874 424561	s.panaro@regione.molise.it
Carzana Mario	Piemonte	Regione Piemonte	011 4322176	mario.carzana@regione.piemonte.it
Martinelli Giuseppe	Puglia	Regione Puglia	080 5403267	g.martinelli@regione.puglia.it
Diana Massimo	Sardegna	AUSL n. 7 - Ser.T. di Iglesias	0781 22330	massimodiana@interfree.it
D'Arpa Maurizio	Sicilia	Regione Sicilia Assessorato Sanità	091 7079359	maurizio.darpa@regione.sicilia.it
Alfano Arcangelo Terrone Rosangela	Toscana	Regione Toscana LILT Firenze	055 4383300 055 576939	arcangelo.alfano@regione.toscana.it info@legatumorifirenze.it
Moretti Anna Maria	Trento	APSS Trento	0461 364682/32	moretti.am@apss.tn.it
Andino Rosa	Umbria	Regione Umbria Assessorato Sanità	075 5045221	rosa.andino@libero.it
Furfaro Gabriella	Valle D'Aosta	Regione Valle D'Aosta Assessorato Sanità Salute e Politiche Sociali	0165 274203	g.furfaro@regione.vda.it
Cristaudo Rosa Maria		Dipartimento di Prevenzione Azienda U.S.L. Valle d'Aosta	0165 546074	cristaudo.rosamaria@uslaosta.com
Mary Elizabeth Tamang Federica Michieletto	Veneto	Regione del Veneto Direzione Prevenzione Servizio Sanità Pubblica e Screening	041 2791352	elizabeth.tamang@regione.veneto.it federica.michieletto@regione.veneto.it

Elenco dei Referenti Regionali per la prevenzione dei rischi da fumo di tabacco negli ambienti di lavoro

Nome e Cognome	Regione	Recapito
Pierdomenico Franca	Abruzzo	franca.pierdomenico@regione.abruzzo.it
Maccacaro Giudo	Bolzano	0471 907900
Ceniti Curzio	Calabria	curzioceniti@tin.it
Stimolo Rosa	Campania	rosa.stimolo@tin.it
Bernardini Mara	Emilia-Romagna	m.bernardini@ausl.mo.it
Stell Silla	Friuli Venezia Giulia	stel@ass5.sanita.fvg.it Valente
Pasquale	Lazio	pvalente@regione.lazio.it
Dottore Gaetano	Liguria	329 0176001
Franchin Donato	Lombardia	dfranchin@asl.bergamo.it
Rossini Rosanna	Marche	r.rossini@asl4.marche.it
Dotti Andrea	Piemonte	direzione@spresal07.it
Bailardi Francesco	Puglia	francescobailardi@libero.it
Pintus Graziano	Sardegna	grazianopintus@tiscali.it
Parisi Michele	Sicilia	micheleparisi@siol.it
Gorini Giuseppe	Toscana	g.gorini@cspo.it
Eccher Silvia	Trento	silvia.eccher@aspss.tn.it
Dell'Omo Marco	Umbria	mdellomo@unipg.it
Marcolina Daniela	Veneto	daniela.marcolina@ulss.belluno.it

BIBLIOGRAFIA

Alessio L. L'intossicazione da piombo inorganico: saturnismo. In Sartorelli E. Trattato di medicina dal lavoro. Padova Piccin Ed. 1981; vol 1:303-343

Alberg AJ, Samet JM. Epidemiology of lung cancer. *Chest* 2003; 123 (Suppl. 1): 21S-49S

Balmes J, Becklake M, Blanc P, Henneberger P, Kreiss K, Mapp C, Milton D, Schwartz D, Toren K, Viegi G. American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167:787-97

Barbeau EM, Leavy-Sperounis A, Balbach ED. Working class matters: socio-economic disadvantage, race-ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health* 2004; 94: 269-278

Bertolotti G, Bettinardi O, Gremigni P. Approccio psicologico nell'intervento di disassuefazione dal fumo di tabacco. *Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio* 2002;17:293-97

Billings CG, Howard P. Asbestos exposure, lung cancer and asbestosis. *Monaldi Arch Chest Dis* 2000; 55:151-6

Boffetta P. Human cancer from environmental pollutants: The epidemiological evidence. *Mutat Res* 2006; 608: 157-62

Boomer MJ, Rissel C. An evaluation of a smoke free environmental 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 service. *Am J of Prev Med.* 2000;18 (suppl):35-43

Cassidy A, Mannetje A, van Tongeren M, Field JK,

Zaridze D, Szeszenia-Dabrowska N, Rudnai P, Lissowska J, Fabianova E, Mates D, Bencko V, Foretova L, Janout V, Fevotte J, Fletcher T, Brennan P, Boffetta P. Occupational exposure to crystalline silica and risk of lung cancer: a multicenter case-control study in Europe. *Epidemiology* 2007; 18:36-43

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 Service. *MMWR Recomm Rep.* 2000 Nov 10; 49(RR-12):1-11

Cooper BM, Gazzi D. Use of PTFE tape a hazard for smokers? *Occup Med (Lond).* 1994 May; 44(2):105-6

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

Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; 325 (7357): 188

Fire Prevention 310. Serious fires caused by the careless use of smoking materials during 1996. *Fire Prevention* 310 June 1998;38-9

Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. *Epidemiologia & Prevenzione* 2002; 26: 18-29

Garattini S, La Vecchia C. Il fumo in Italia. Prevenzione, patologie e costi. Milano: Editrice

Kurtis; 2002

GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2006
<http://www.ginasthma.com/download.asp?intId=217> (consultato il 2 Aprile 2007)

Giovino G, Pederson L. The prevalence of selected cigarette smoking behaviors by occupation in the United States. In: "Work, Smoking and Health". NIOSH, Washington DC 2000; 22-31

Gobbato F., Larese F, Gubian F. Progetto di studio: screening dei tumori di probabile origine professionale nella regione F.V.G.. Università di Trieste - Regione Autonoma FVG- Trieste 1990

Hnizdo E, Vallyathan V. Chronic obstructive pulmonary disease due to occupational exposure to silica dust: a review of epidemiological and pathological evidence. *Occup Environ Med* 2003; 60:237-43

Hu Y, Chen B, Yin Z, Jia L, Zhou Y, Jin T. Increased risk of chronic obstructive pulmonary diseases in coke oven workers: interaction between occupational exposure and smoking. *Thorax* 2006; 61; 290-5

Hudzinski LG, Frolich ED. One-year longitudinal study of a non-smoking policy in a medical institution. *Chest*. 1990;97:1198-1202

International Agency for Research on Cancer (IARC) Environmental Carcinogens, Methods of Analysis and Measurements. vol. 9, Passive Smoking, Ed. I.K.O'Neill, K.D.. Brunnenmann, B. Dodet & D. Hoffmann, Scient. Publ. No. 81, Lyon 1978

International Agency for Research on Cancer (IARC). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. vol. 83. IARC Lyon, 2004. Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk to Humans <http://monographs.iarc.fr>

Istituto Statistico Nazionale ISTAT. Indagine multiscopo Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari

Istituto Superiore di Sanità. Osservatorio fumo, alcol e droga. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo (<http://progetti.iss.it/binry/ofad/cont/lgd.1105961067.pdf>)

Invernizzi G, Boffi R., Mazza R, et al. Fumo attivo e passivo: due facce della stessa medaglia. *E&P* 28(\$) 2004; 184-187

Jindal SK, Gupta D, Singh A. Indices of morbidity in adult patients exposed to environmental tobacco smoke. *Chest*. 1994; 106:746-49

Jeffery RW, Forster JL, Dunn BV et al: Effects of work-site health promotion on illness-related absenteeism. *J Occup Med*. 1993 Nov; 35(11):1142-6

Madeo G, Murgia N, Quercia A, Muzi G, Tosoni G, Dominici F, Abbritti G, dell'Omo M. Abitudine al fumo in giovani apprendisti. In: Atti del 68° Congresso Nazionale SIMLII, Parma, 5-8 Ottobre 2005; MUP Editore; 480-482

Marine WM, Gurr D, Jacobsen M. Clinically important respiratory effects of dust exposure and smoking in British coal miners. *Am Rev Respir Dis* 1988;137:106-112

McGhee SM, Adab P, Hedley AJ, Lam TH, Ho LM, Fielding R, Wong CM (2000) Passive smoking at work: the short-term cost. *J Epidemiol Community Health*; 54(9):673-6

Ministero della Salute. Piano di applicazione del divieto di fumo nei locali chiusi. Rassegna degli effetti del fumo passivo sulla salute. 2004

Mizoue T, Miyamoto T, Shimizu T. Combined effect of smoking and occupational exposure to noise on hearing loss in steel factory workers. *Occup Environ Med* 2003; 60:56-9

- 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
- Nomura K, Nakao M, Morimoto T. Effect of smoking on hearing loss: quality assessment and meta-analysis. *Prev Med* 2005; 40:138-44
- Regione Emilia-Romagna. Luoghi di lavoro liberi dal fumo. Progetto pilota regionale, maggio 2006
- Regione Piemonte. Raccomandazioni per ambienti di lavoro liberi dal fumo, maggio 2006
- Reid A, de Klerk NH, Ambrosini GL, Berry G, Musk AW. The risk of lung cancer with increasing time since ceasing exposure to asbestos and quitting smoking. *Occup Environ Med* 2006; 63:509-12
- Russo R., Scafato E. Fumo e salute. Impatto sociale e costi sanitari. Roma: Oss-FAD, ISS; 2002
- Sacks JJ, Nelson DE. Smoking and injuries: an overview. *Prev Med.* 1994 Jul;23(4):15-20
- Samet JM, Yoon S (eds). Women and the Tobacco Epidemic: Challenges for the 21st Century. Geneva: World Health Organization, 2001 <http://www.who.int/tobacco/media/en/WomenMonograph.pdf> (sito visitato il 25.7.2006)
- 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
- Serpelloni, G, Madera P, Bosco O, Minelli F. Tabacco. Informazioni dalla ricerca. 2006, Pubblicazione a cura dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze c/o Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona in collaborazione con NIDA (National Institute on Drugs Abuse -USA)
- Serra C, Cabezas C, Bonfill X, Pladevall-Vila M. Interventions for preventing tobacco smoking in public place. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (3):CD001294
- Sgambato A, Cicchetti A, Papa A, Macinati MS, Sposi A, Cittadini A. Analisi dell'impatto economico e sociale delle patologie fumo correlate in Italia. Centro Ricerche Oncologiche "Giovanni XXIII" Ist. Patol. Gen.e. Ist. Igiene Univ. Cattolica Sacro Cuore di Roma, 2001 Oss-FAD, ISS
- Sorensen G, Stoddard Am, Youngstrom R, Emmons K et al. Local labor unions' position on worksite tobacco control. *Am J Public Health.* 2000;90:618-20
- Stave GM, Jackson GW, Effect of total work-site smoking ban on employee smoking and attitudes. *J Occup Med.* 1991;31:884-90
- Stilman 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
- Trotto G. Il fumo negli ambienti di lavoro. *Ambiente e Sicurezza sul Lavoro* 1997; 7/8: 35-40
- USDHHS. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: USDHHS, 2006 <http://www.surgeongeneral.gov/library/secondhandsmoke/> (sito visitato il 27.7.2006)
- Zanettini R.: Apparato cardiovascolare e lavoro. In Ambrosi-Foà Trattato di Medicina del Lavoro - UTET Torino 1996; pp361-365
- Zitting A, Husgafvel-Pursiainen K (eds). Health

effects of environmental tobacco smoke. Scand J
Work Environ Health 2002; 28 suppl 2: 1.96

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

