



# Verso ospedali e servizi sanitari liberi dal fumo

**Manuale pratico  
per il controllo  
del fumo di tabacco  
negli ambienti sanitari**



# VERSO OSPEDALI E SERVIZI SANITARI LIBERI DAL FUMO

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

## **Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti sanitari**

A cura di:

**Francesca Russo** - Regione del Veneto - Direzione  
Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità  
Pubblica

**Federica Michieletto** - Regione del Veneto - Direzione  
Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità  
Pubblica

**Laura Tagliapietra** - Regione del Veneto - Direzione  
Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità  
Pubblica

**Annarosa Pettenò** - Regione del Veneto - Direzione  
Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità  
Pubblica

**Martina Di Pieri** - Regione del Veneto - Direzione  
Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità  
Pubblica

**Daniela Marcolina** - Azienda ULSS 1 Belluno - Dipartimento  
di Prevenzione - SPISAL

**Erica Bino** - Azienda ULSS 1 Belluno - Dipartimento di  
Prevenzione - SPISAL

Hanno collaborato:

**Andrea Finessi** - Azienda ULSS 19 Adria - Dipartimento per  
le Dipendenze

**Chiara Zambon** - Azienda ULSS 17 Este Monselice  
Montagnana - Servizio Educazione e Promozione della Salute

**Daniela Lucchini** - Azienda USL di Imola

**Francesco Sarnataro** - ASL Bergamo - Servizio Promozione  
della Salute

**Ivana Nanni** - Azienda USL di Imola

**Maria Rosaria De Monte** - ASL Firenze - Dipartimento della  
Prevenzione - U.F. P.I.S.L.L. zona nord ovest

**Morena Bassi** - Azienda USL di Imola

**Raffaella Camilotto** - Azienda ULSS 17 Este Monselice  
Montagnana - Servizio Educazione e Promozione della Salute

**Roberto Moretti** - ASL Bergamo - Servizio Promozione della  
Salute

**Valentina Lazzarin** - Azienda ULSS19 Adria - Dirigenza  
Medica Ospedale

Venezia, novembre 2012

© Regione del Veneto - Direzione Prevenzione

Tutti i diritti sono riservati. E' 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

“Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia” 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 Promozione e Sviluppo Igiene e Sanità Pubblica (DGRV. 4268 del 30 dicembre 2008).

Coordinamento istituzionale:

Daniela Galeone, Ministero della Salute - CCM  
Giovanna Frison, Regione del Veneto - Direzione  
Prevenzione

Direzione scientifica:

Francesca Russo, Regione del Veneto - Direzione  
Prevenzione - Servizio Promozione e Sviluppo Igiene e  
Sanità Pubblica

Collaborazione tecnico-scientifica e organizzativa:

Morena Bassi, Erica Bino, Raffaella Camilotto, Vittoria Cervi, Rosa Maria Cristaudo, Martina Di Pieri, Giuseppe Gorini, Daniela Marcolina, Manuela Messa, Federica Michieletto, Ivana Nanni, Annarosa Pettenò, Aniela Pratesi, Lorenzo Spizzichino, Laura Tagliapietra, Simone Tasso, Silvana Widmann, Chiara Zambon

# INDICE

PRESENTAZIONE	5	Appendici	
PREFAZIONE	7		
PREMESSA	9	Appendice A: Fac-simile degli strumenti	
INTRODUZIONE	13	A1 Delibera aziendale	47
		A2 Regolamento (incluso verbale)	51
		A3 Registro accertatori	57
		A4 Check list per monitoraggio del rispetto della legge	59
		A5 Scheda per monitoraggio delle attività del personale accertatore	61
		A6 Segnalazione di non conformità	63
		A7 Cartellonistica	65
		A8 TFU Charter	67
		Appendice B: Schede informative	
		B1 Il fumo di tabacco e i suoi componenti	69
		B2 Effetti del fumo di tabacco sulla salute	73
		B3 L'interazione fra fumo di tabacco e i fattori di rischio professionali	75
		B4 Benefici dello smettere	77
		Appendice C: La Guida per l'accertatore	79
		BIBLIOGRAFIA	85
<b>Capitolo 1 - Il fumo di tabacco negli ambienti sanitari: aspetti epidemiologici e normativi</b>			
1.1 Il problema sociale e sanitario del fumo di tabacco	19		
1.1.1 Alcuni dati	19		
1.1.2 L'impatto sanitario	21		
1.1.3 L'impatto economico e sociale	22		
1.2 Il fumo di tabacco e l'ambiente di lavoro	23		
1.3 Il quadro normativo	24		
1.3.1 Fondamenti giuridici del divieto di fumo nei luoghi di lavoro	24		
1.3.2 Normativa specifica sul fumo nei luoghi di lavoro	26		
1.3.3 Il divieto di fumo nei luoghi chiusi	26		
1.3.4 La legge n.3/2003	28		
1.3.5 Provvedimenti sanzionatori nei luoghi di lavoro	28		
1.3.6 Il divieto nelle strutture sanitarie	29		
<b>Capitolo 2: Definizione di una politica aziendale per il controllo del fumo di tabacco</b>			
2.1 L'importanza di una politica aziendale per il controllo del fumo di tabacco	33		
2.2 I contenuti della politica aziendale per il controllo del fumo di tabacco	33		
2.3 Come sviluppare la politica aziendale.	35		
2.3.1 Strumenti e atti aziendali a supporto	36		
2.3.2 Il ruolo dell'incaricato alla vigilanza: una figura da definire per la prevenzione della salute	37		
2.4 Una politica aziendale che va oltre la legge	38		
2.4.1 Counseling Sanitario Motivazionale - Una risorsa nella relazione di cura	38		
2.4.2 Ospedali e Servizi liberi dal fumo: TFU Charter - Carta Internazionale dell'Operatore Sanitario per la Lotta al Tabagismo	42		



# PRESENTAZIONE

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in Europa l'86% dei decessi e il 77% della perdita di anni di vita in buona salute sono provocati da patologie croniche - malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici - che hanno in comune fattori di rischio modificabili legati, in gran parte, a stili di vita non salutari: fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica.

Il consumo di tabacco costituisce tuttora il più importante fattore di rischio e l'epidemia del tabacco è una delle più grandi minacce per la salute pubblica che il mondo abbia mai affrontato. Secondo i dati dell'OMS, il fumo uccide quasi 6 milioni di persone all'anno, di cui oltre 5 milioni sono fumatori o ex fumatori e più di 600.000 sono non fumatori esposti a fumo passivo.

Nonostante le evidenze scientifiche oramai consolidate relativamente ai danni correlati al fumo, sia attivo che passivo, in Italia, su 52 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni, i fumatori sono circa 11,6 milioni (22,3%) di cui 7,1 milioni di uomini (28,4%) e 4,5 milioni di donne e si stima che ogni anno nel nostro Paese muoiano dalle 70.000 alle 80.000 persone per malattie fumo-correlate.

Le morti e le malattie fumo-correlate, tuttavia, sono prevedibili e prevenibili.

Affrontare un problema complesso qual è il fumo - caratterizzato da molteplici aspetti, non solo sanitari, ma anche socio-culturali, psicologici, economici - e promuovere una cultura libera dal fumo richiede un approccio globale e multifattoriale.

La prevenzione del tabagismo è una delle aree del Programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", promosso dal Ministero della Salute ed approvato con DPCM 4 maggio 2007, e rientra, inoltre, tra gli obiettivi del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP).

L'impegno a livello nazionale nel contrasto al fumo di tabacco ha trovato nuovo impulso nella ratifica, avvenuta nel 2008 anche da parte dell'Italia, della convenzione Quadro OMS per il controllo del Tabacco (*FCTC - Framework Convention on Tobacco Control*).

Contrastare il fumo di tabacco significa, quindi, adottare un approccio intersettoriale e *multi-stakeholder* che, in linea con il percorso avviato da Guadagnare Salute, mira a creare forti alleanze con la scuola, con le aziende e le realtà produttive, con gli ambienti sportivi, ecc. Tale approccio è la chiave per convergere e fare sistema sull'obiettivo comune di promuovere ambienti di vita liberi dal fumo, che facilitino scelte salutari.

A questo riguardo, un ruolo trainante e strategico nei confronti delle comunità è rivestito senz'altro dall'istituzione sanitaria, per la sua innegabile responsabilità nel proporre modelli positivi di salute e ambienti che promuovono la salute.

Il presente lavoro acquista, pertanto, una significativa importanza in quanto espressione di un impegno concreto della sanità a superare il modello esclusivamente basato sull'erogazione della prestazione e ad andare verso un paradigma culturale di ampio respiro che, dal monitoraggio del rispetto della normativa in un ambiente per definizione "dalla parte della salute", arrivi all'assunzione di responsabilità, attraverso l'adozione di una chiara politica aziendale di contrasto al tabagismo che va ben oltre il solo rispetto della legge.

**Ministro della Salute**  
**Renato Balduzzi**





# PREFAZIONE

Il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie - è un organismo di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze. 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. La Regione del Veneto, già dal 2004, è stata individuata come partner istituzionale per l'attuazione di un "Programma di prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali a sostegno della Legge 3/2003". Successivamente il programma ha avuto il suo prosieguo con l'attuazione del "Programma di Prevenzione del Tabagismo e di sostegno alla Legge 3/2003 nelle Regioni Italiane", e da ultimo il progetto "Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa in Italia".

I primi due progetti prevedevano, 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", che si sono concretizzate nella pubblicazione del manuale "Verso una scuola libera dal fumo" e della guida "Verso un'azienda libera dal fumo. Manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro". 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.

Con il proseguimento delle progettualità si è spostato il focus anche sugli ambienti sanitari, scelta dettata dalla considerazione che gli ospedali e gli ambienti sanitari non sono solo luoghi di diagnosi e cura, ma anche luoghi di promozione della salute. Per questo motivo si è elaborato e sperimentato un modello organizzativo e operativo per andare oltre la legge, verso un'Azienda Sanitaria libera dal fumo. Questo documento, frutto della fattiva collaborazione dei referenti regionali dei programmi di controllo del tabagismo, dei referenti regionali per la valutazione e dei Servizi di Prevenzione e Vigilanza negli Ambienti di Lavoro delle ASL, che hanno partecipato al Progetto, riesce a tradurre gli obiettivi dei Piani strategici di promozione della salute delle Regioni in indicazioni operative per gli operatori dei Servizi Sanitari.

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, della protezione dei non fumatori e del trattamento per i fumatori in ambito lavorativo.

**Il Direttore Operativo del CCM  
Dott. Giuseppe Ruocco**



## PREMESSA

La popolazione italiana gode di notevolissimi miglioramenti nello stato di salute; i tassi di mortalità generale sono tra i più bassi nel mondo e ciò si riflette nel sostanziale allungamento dell'aspettativa di vita alla nascita associato ad un cambiamento favorevole nella qualità della vita correlata alla salute.

Nonostante questi successi, esistono ancora importanti problemi di salute che sono fonte di preoccupazione per i cittadini, le autorità politiche ed i professionisti.

Tra questi problemi di salute emergono le malattie croniche correlate al fumo e agli altri principali fattori di rischio quali l'alcol, la scarsa attività motoria e la scorretta alimentazione, secondo le indicazioni del Programma "Guadagnare Salute".

A fronte di questo scenario una cosa è certa: scegliere la prevenzione delle malattie croniche, oltre che curarle dopo che si sono manifestate, ha un impatto molto positivo sulla salute e sul benessere di una popolazione, con vantaggio per l'individuo e per l'intera comunità.

E' quindi necessario che il sistema sanitario nazionale, che è la somma dei sistemi regionali (art. 1 del dlgs. N. 229/1999), lavorino insieme agli altri soggetti, pubblici e privati, per costruire interventi preventivi efficaci e promuovere stili di vita salutari, attraverso la strategia multi-settoriale fondata sul principio "salute in tutte le politiche".

Alla luce di queste considerazioni, che confermano l'importanza di investire nella prevenzione e promozione della salute, le Regioni, le Province Autonome ed il Governo hanno approvato con l'Intesa del 29 aprile 2010, il Piano Nazionale Prevenzione per gli anni 2010-2012 impegnandosi ad adottare entro il termine del 31.12.2010 un proprio Piano della Prevenzione "per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano Nazionale" secondo un'articolazione per macro-aree e linee di intervento, in relazione al contesto demografico, socio-economico, ed al profilo di salute della propria realtà territoriale.

Tutte le Regioni hanno inserito nel proprio Piano Regionale programmi di promozione di stili di vita sani e, nello specifico, di contrasto al fenomeno del fumo di tabacco.

La Regione Veneto da molto tempo è impegnata attivamente sul fronte della prevenzione delle patologie fumo-correlate sostenendo interventi a più livelli:

- promuove programmi didattici finalizzati alla prevenzione del fumo e alla promozione della salute tra i bambini ed i giovani in sinergia con le scuole di ogni ordine e grado
- offre sostegno ai fumatori per smettere di fumare
- promuove ambienti di vita liberi dal fumo, nella famiglia, a scuola, nell'ambiente di lavoro per proteggere i non fumatori dal fumo passivo e promuovere una cultura della salute.

La Strategia regionale viene sviluppata a livello territoriale da operatori delle Aziende ULSS, appartenenti a diversi Servizi (Dipartimenti di Prevenzione, Dipartimenti delle Dipendenze, Ospedali e Servizi territoriali), che quotidianamente contribuiscono all'implementazione delle linee di azione in stretta collaborazione con il mondo della scuola e quello produttivo, con l'associazionismo ed il volontariato (per es. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori).

Il presente lavoro testimonia l'impegno da parte degli operatori sanitari, ben consapevoli del loro importante ruolo nella sfida di promuovere una cultura della salute attraverso l'azione di ogni operatore al fine di "rendere facili scelte di vita sane".

Ringrazio quindi tutti coloro che con il proprio contributo ed operato hanno permesso la realizzazione della presente guida e quanti riterranno di utilizzarla.

Sono lieto che questo nostro impegno sia riconosciuto ed apprezzato anche a livello nazionale e con



piacere offriamo le conoscenze e le competenze maturate nello sviluppo del Progetto “Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa in Italia” a quanti condividono con noi questi obiettivi di salute e l’impegno di promuovere una cultura libera dal fumo.

**Regione del Veneto**  
**Assessore alla Sanità**  
**Luca Coletto**



# INTRODUZIONE

Dal 2004, il Ministero della salute ha affidato alla Regione Veneto il coordinamento nazionale di progetti che hanno come obiettivi il monitoraggio della legge 3/2003 sulla protezione dei non fumatori, attraverso la produzione di strumenti condivisi e la formazione degli operatori sanitari, e la promozione di interventi educativi in ambito scolastico, già identificati come buone pratiche facilmente trasferibili e replicabili, con continuità e uniformità nel territorio nazionale.

Dai dati epidemiologici disponibili sui consumi, grazie al prezioso contributo dei sistemi di sorveglianza attivi, tra cui il PASSI, e dai risultati dei progetti, emerge la necessità di mantenere e consolidare l'applicazione della legge, con continuità e uniformità metodologica.

Pertanto il progetto CCM *“Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia“*, affidato nel 2008 alla Regione Veneto, ha previsto la definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa negli esercizi pubblici (studio ENFASI), negli ambienti di lavoro privati e negli ambienti sanitari, attraverso la creazione di una rete stabile di referenti regionali, responsabili del monitoraggio, e l'identificazione di strumenti standardizzati per la rilevazione delle informazioni.

La scelta di monitorare il rispetto della legge sul fumo negli ambienti sanitari è stata motivata dalla considerazione che gli ospedali e gli ambienti sanitari non sono solo luoghi di diagnosi e cura, ma anche luoghi di promozione della salute. Per tale motivo, in questo ambito non sono stati proposti esclusivamente strumenti per il controllo del rispetto della legge, come è invece stato per gli altri ambienti monitorati dal progetto (esercizi pubblici e ambienti di lavoro privati), ma è stato sperimentato un modello organizzativo e operativo che permettesse di andare verso un'Azienda Sanitaria libera dal fumo.

Il modello, che si presenta in questo manuale, è frutto della condivisione di esperienze già presenti sul territorio nazionale che, nel biennio 2010-2011, sono state analizzate ed elaborate da un gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero, della Regione Veneto, dell'Az. ULSS 1 di Belluno, dell'Az. ULSS 17 Este-Monselice-Montagnana, della Regione Valle d'Aosta, della Regione Friuli Venezia Giulia, dell'Azienda ULS di Imola e dell'ASL di Firenze.

Nel corso degli anni 2011 e 2012 è stata avviata la sperimentazione del modello condiviso, alla quale hanno aderito 8 Regioni e l'ASL di Bergamo, per un totale di 15 ASL, di seguito riportate:

- ASL Bergamo
- Emilia Romagna: ASL Imola
- Friuli Venezia Giulia: ASS 3 Alto Friuli; 4 Medio Friuli; 6 Friuli Occidentale
- Marche: ASL Senigallia
- Sardegna: ASL Sanluri
- Sicilia: ASL Palermo
- Toscana: ASL Firenze
- Valle d'Aosta: ASL Aosta
- Veneto: Az. ULSS Adria; Alta Padovana; Este Monselice Montagnana; Rovigo e Veneziana.





Questo manuale si propone come supporto alle Direzioni Sanitarie e ai Dipartimenti di Prevenzione per la promozione di ambienti sanitari liberi dal fumo e contiene strumenti utili al personale coinvolto nell'attività di vigilanza e di monitoraggio del rispetto della normativa e in azioni di promozione di stili di vita salutari, per migliorare quanto già si sta facendo in tale linea ed ambito di intervento. Il volume si articola in un primo capitolo informativo dove vengono sviluppati gli aspetti epidemiologici e normativi del problema di interesse.

Nel secondo capitolo viene illustrato il percorso da seguire per applicare la normativa sul divieto di fumo ed effettuare attività di informazione, educazione e promozione a dipendenti e utenti degli ambienti sanitari (ospedali, servizi territoriali, ecc.), suggerendo alcune proposte affinché tali iniziative abbiano successo.

Infine, nell'appendice, vengono forniti i fac-simile dei principali strumenti operativi utili per la definizione della politica aziendale per il controllo del fumo di tabacco, la vigilanza e il monitoraggio.

Ringrazio coloro che hanno collaborato a vario titolo alla realizzazione della presente guida, per la loro preziosa collaborazione e per avere contribuito allo sviluppo di un modello organizzativo ed operativo volto a migliorare l'attenzione delle Aziende Sanitarie verso la problematica del fumo.

**Regione del Veneto**  
**Direzione Prevenzione**  
**Giovanna Frison**



## CAPITOLO 1

# Il fumo di tabacco negli ambienti sanitari: aspetti epidemiologici e normativi



## 1.1. IL PROBLEMA SOCIALE E SANITARIO DEL FUMO DI TABACCO

### 1.1.1. Alcuni dati

#### La diffusione in ITALIA

Secondo i dati *ISTAT* 2011 in Italia fuma il 22,3% della popolazione di 14 anni e più. I fumatori sono il 28,4% dei maschi e il 16,6% delle femmine.

Dal 1993 la percentuale di fumatori ha subito una lieve diminuzione dovuta principalmente ad una flessione tra gli uomini: Infatti se per le donne la percentuale di fumatrici è rimasta stabile e dal '93 oscilla attorno al 17%, negli uomini invece, la percentuale di fumatori è diminuita, passando dal 35,1% nel 1993 al 28,4% nel 2011 (con una diminuzione relativa del 19%).

Secondo i dati raccolti dal *Sistema di sorveglianza PASSI*, nella fascia di età 18-69 anni, nel 2011, il 29% degli adulti tra i 18 e 69 anni è fumatore. In media i fumatori dichiarano di fumare 13 sigarette al giorno. Il 7% è forte fumatore, cioè fuma più di 20 sigarette al giorno. L'1,8% è invece un fumatore occasionale (meno di una sigaretta al giorno).

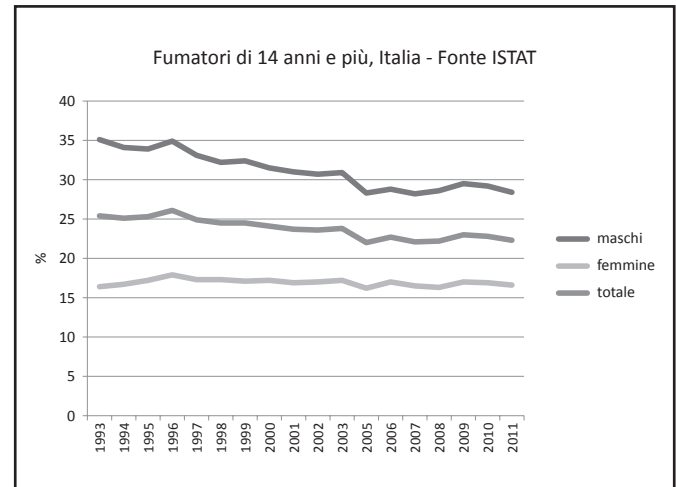
L'abitudine al fumo è più diffusa negli uomini che nelle donne (33% vs 24%), nei 25-34enni (35%), nelle persone con una scolarità media-inferiore (34%) e in quelle che riferiscono molte difficoltà economiche (35%).

Dal punto di vista territoriale, nelle regioni centrali la prevalenza di fumatori è superiore rispetto alle altre zone d'Italia. Veneto e Marche registrano le minori percentuali di fumatori.

#### Il consiglio dell'operatore sanitario.

Al 42% delle persone che nell'ultimo anno hanno avuto un contatto con un operatore sanitario è stato chiesto se fuma e tra i fumatori il 54% ha ricevuto il consiglio di smettere. In particolare, nel 22% dei casi il consiglio è stato dato a scopo

preventivo, nel 18% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 15% per entrambi i motivi (PASSI, 2011).

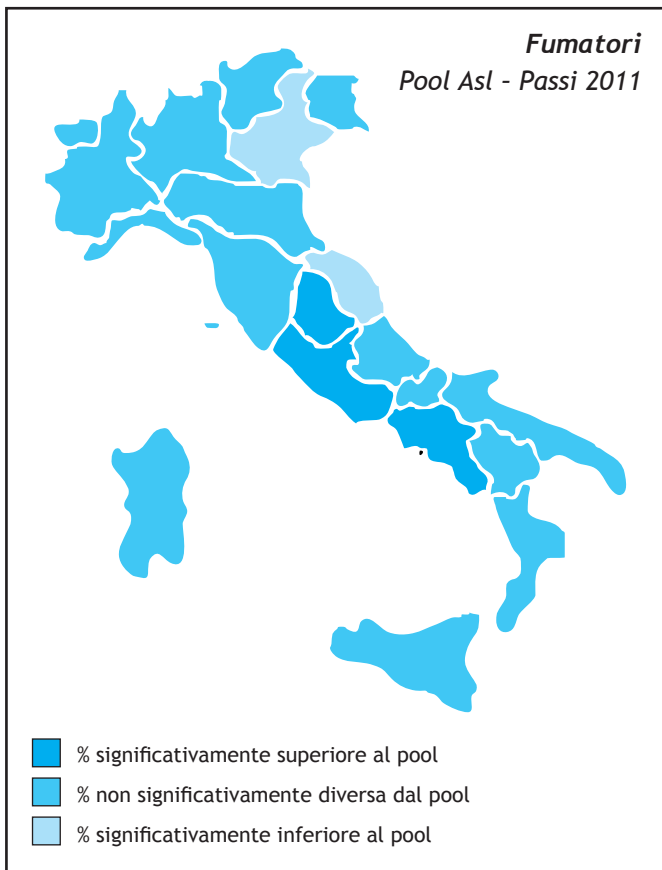


#### Prevalenza di fumatori Pool di Asl Passi 2011

nei due sessi	Uomini	33%
	Donne	24%
nelle classi di età	18-24 anni	30%
	25-34 anni	35%
	35-49 anni	30%
	50-69 anni	24%
nei diversi livelli di istruzione	Nessuna/elementare	22%
	Media inferiore	34%
	Media superiore	29%
	Laurea	23%
nelle diverse situazioni economiche	Molte difficoltà	35%
	Qualche difficoltà	30%
	Nessuna difficoltà	25%
per cittadinanza	Italiana	29%
	Straniera	31%

#### Quanto si fuma Pool di Asl Passi 2011

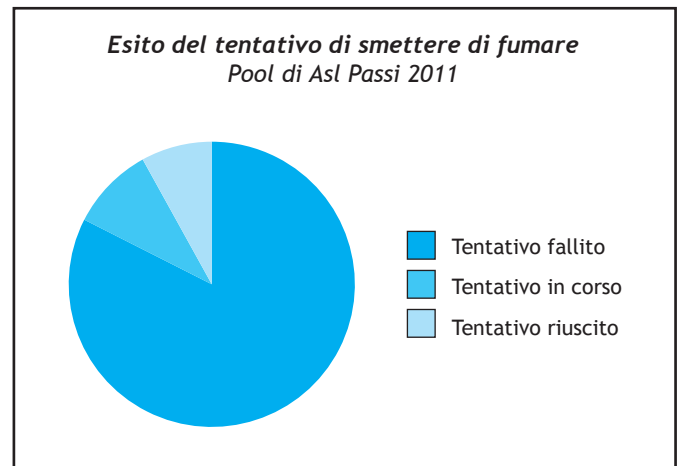
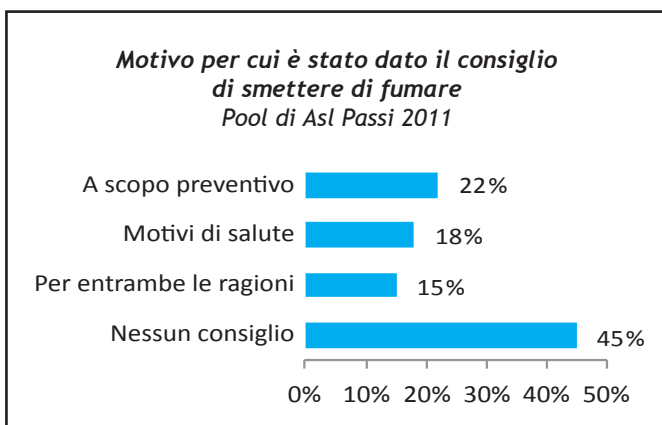
Sigarette fumate in media al giorno	13
Fumatori che fumano 20 o più sigarette al giorno	7%



### Tentativi di smettere di fumare

Tra chi fumava nei 12 mesi precedenti l'intervista, il 38% ha tentato di smettere e di questi, l'82% ha fallito (fumava al momento dell'intervista), il 10% stava ancora tentando di smettere (non fumava al momento dell'intervista, ma aveva smesso da meno di 6 mesi), mentre l'8% è riuscito a smettere (non fumava al momento dell'intervista e aveva smesso da oltre 6 mesi e meno di un anno).

Tra le persone che hanno tentato di smettere di fumare nell'ultimo anno, indipendentemente dall'esito del tentativo, il 95% l'ha fatto da solo, il 2% ha fatto uso di farmaci e meno dell'1% ha



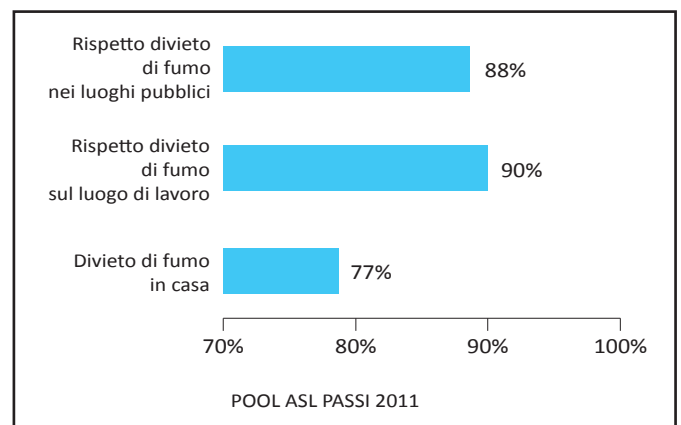
partecipato a incontri o corsi organizzati dalle ASL (fonte PASSI, 2011).

### Il rispetto del divieto di fumo nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro

L'88% degli intervistati ha riferito che il divieto di fumo nei luoghi pubblici è sempre/quasi sempre rispettato (conformemente alla legge). Tra i lavoratori intervistati, il 90% ha dichiarato che il divieto di fumare nel luogo di lavoro è rispettato sempre/quasi sempre.

### Fumo in casa

Il 23% degli intervistati dichiara che nella propria abitazione è permesso fumare (nel 18% limitatamente ad alcune stanze o situazioni e nel 5% ovunque). Il divieto assoluto di fumare in casa è maggiore in presenza di minori di 15 anni: l'astensione dal fumo, infatti, è più alta nelle case in cui vive un bambino di 0-14 anni di età, tuttavia in un quinto di queste case il fumo non è ancora stato completamente bandito dall'ambiente domestico.



### 1.1.2. L'impatto sanitario<sup>1</sup>

In Italia il **fumo attivo** rappresenta la principale causa prevenibile di malattia e di morte. Il tabacco provoca più decessi di alcol, aids, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Come è noto il tabacco è uno dei più potenti cancerogeni: la maggior parte dei tumori a polmoni, trachea, bronchi, laringe, faringe, cavità orale sono attribuibili al suo consumo.

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 bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

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

Nel mondo si stima che i morti a causa del fumo siano 5.4 milioni ogni anno e che saranno 8 milioni nel 2030. Nel 20° secolo 100 milioni di persone sono morte a causa del fumo; nel 21° secolo si stima ne moriranno 1 miliardo. Nel 2030 più dell'80% dei morti a causa del tabacco saranno nei paesi in via di sviluppo.

Nei paesi dell'Unione Europea (UE) ogni anno muoiono prematuramente a causa del fumo 650.000 persone (una cifra superiore alla popolazione di Malta o del Lussemburgo).

Secondo i più recenti dati della Commissione Europea, benché il numero dei fumatori nella UE sia in calo, un terzo degli europei fuma ancora. Queste persone mettono a repentaglio la loro vita e quella di quanti sono esposti al fumo passivo, tanto che, ogni anno, 19.000 europei non fumatori muoiono per effetto dell'esposizione al fumo passivo, a casa o sul luogo di lavoro.

In Italia, secondo stime effettuate con modelli

diversi, tra i 70 e 83.000 decessi, ogni anno, sono attribuibili al fumo. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 ed i 65 anni di età (Ministero della Salute, 2010; WHO, 2012).

Su circa 560.000 decessi registrati ogni anno in Italia, 70.000 sono attribuibili al fumo, suddivisi in:

- 40.000 per neoplasia polmonare e BPCO
- 10.000 per altri tumori legati al tabacco
- 15-20.000 per malattie cardiovascolari
- 5.000 per altre malattie (Pacifci, 2011).

Anche *l'inalazione passiva del fumo di tabacco dall'ambiente in soggetti non fumatori* (fumo ambientale o passivo o ETS (Environmental Tobacco Smoke), 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 malattie respiratorie 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 all'ETS può determinare un ritardo della crescita del feto e aumentare il rischio di complicanze alla nascita; nei neonati, infine, l'ETS aumenta il rischio di sindrome di morte in culla, bronchiti, polmoniti, asma bronchiale, otite.

Prima dell'entrata in vigore della legge 3/2003 si stimava che in Italia, tra i non fumatori, ogni anno 500 decessi per tumore al polmone e oltre 2000 morti per malattie ischemiche del cuore siano 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).

<sup>1</sup> liberamente tratto da: "Verso un'azienda libera dal fumo", 2007

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 risultate 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.).

**In appendice B vengono illustrati in dettaglio gli aspetti chimico-fisici della composizione del fumo di sigaretta, i suoi effetti sulla salute, l'interazione fra il fumo di tabacco e i fattori di rischio professionali.**

### 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 perso.

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, 2002; Sgambato, 2002), quantificando i costi a carico del SSN per il trattamento delle patologie riconducibili all'uso di tabacco in base alle 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 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 LG, 1990; Stave, 1991; Briss PA, 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 RW, 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 al 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 da 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 e Pederson, 2000). Un'altra 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).

L'ambiente sanitario non è solo luogo di cura e assistenza, ma è anche luogo di lavoro e come tutti gli ambienti di lavoro è un importante sito di esposizione da fumo attivo e passivo

Uno studio di prevalenza svolto nel 2005 in

un campione casuale di 204 dipendenti di un ospedale della ASL di Cesena (Ist super Sanità 2006) ha stimato un 31% di fumatori, con valori più elevati tra gli operatori di supporto (42%), a seguire infermieri e ostetriche (36%) e medici (22%). Il 70% ha dichiarato di fumare sul luogo di lavoro, il 16% anche in luoghi in cui hanno possibilità di accesso i pazienti.

Uno studio recente (Ficarra 2010) condotto tra il 2006 e il 2007, in 7 ospedali italiani su 1082 dipendenti ha stimato una prevalenza di fumatori tra il personale sanitario del 44%, ben superiore al valore italiano di riferimento. Il 67,7% considera il professionista sanitario un modello di riferimento per i cittadini, tuttavia il 90,5% dei rispondenti ha visto un collega fumare in ospedale, il 47,4% nei bagni, il 33,4% nella cucina, il 14,2% negli ambulatori, il 4,7% nella stanza dei malati.

### I rischi del fumare in un ambiente di lavoro:

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

- a) rischio di incendio
- b) rischio infortunistico
- 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 incendio

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

#### b) Rischio infortunistico

L'abitudine al fumo è stata correlata ad un

maggior rischio di **infortuni sul lavoro** e di **incendi ed esplosioni**. L'abitudine al fumo è risultata tra i determinanti di infortuni lavorativi in uno studio su 2174 lavoratori del Nord Italia (OR=2,3 nei soggetti che fumavano fino a 20 sigarette al giorno ed OR=3,8 in quelli che fumavano più di 20 sigarette al giorno) (Mastrangelo et al., 2008). In altri studi, l'incidenza di infortuni professionali è risultata all'incirca doppia nei fumatori rispetto ai non fumatori (Sacks e Nelson, 1994). L'abitudine al fumo può anche favorire il verificarsi di infortuni professionali di natura non traumatica, ad esempio di coronaropatie acute. In uno studio svolto negli Stati Uniti su un gruppo di vigili del fuoco, l'abitudine al fumo è risultata tra i fattori predittivi di una coronaropatia acuta fatale durante l'attività lavorativa (OR=3,68) (Geibe et al., 2008).

#### 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, 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 inquinanti professionali** (Appendice B)

#### e) **Rischio da esposizione fumo passivo**

Dopo l'entrata in vigore della L.3/2003 l'esposizione a fumo passivo negli ambienti di lavoro non dovrebbe più esistere. Tuttavia, a parte alcune rare situazioni di non rispetto del divieto, esistono alcune categorie di lavoratori che sono tuttora esposte. Si tratta dei lavoratori che per la loro attività devono accedere ai locali adibiti ai fumatori (camerieri, addetti sale bingo, infermieri reparti psichiatrici, etc). Pur considerando la elevata diluizione dell'inquinante prodotta dall'impianto di ventilazione, non si possono ritenere tali lavoratori completamente esclusi dal rischio cancerogeno. Pertanto, nei loro confronti dovranno essere adottate le misure tecniche e organizzative previste dal Dlgs 81/08 (sorveglianza sanitaria, registro degli esposti, informazione e formazione, riduzione al minimo del tempo di esposizione, etc)

### 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 inadeguati 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 richiamati:

- **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»*
- **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, valuta i rischi per la sicurezza e per la salute dei lavoratori e adotta 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.

### 1.3.2. Normativa specifica sul fumo nei luoghi di lavoro

La recente revisione della normativa in materia di salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008 e successivo D.Lgs. 106/2009) ha recepito le indicazioni fondamentali di tutela contenuti nella Costituzione italiana e nel Codice Civile ribaditi dalle sentenze della Corte Costituzionale e ha disposto l'obbligo generale di valutare tutti i rischi e di conseguenza "garantire negli ambienti confinati, aria salubre in quantità sufficiente, tenendo conto dei metodi di lavoro e degli sforzi fisici, anche ottenuta con impianti di aerazione (art. 63, allegato IV comma 1.9.1.1). Considerato che le conoscenze scientifiche circa la pericolosità del fumo passivo indicano che l'eliminazione dell'esposizione è la sola strada percorribile, ne consegue che, per una adeguata tutela della salute, il datore di lavoro deve imporre il divieto di fumare in tutti i locali di sua pertinenza sia in quelli comuni che in quelli utilizzati anche da un solo lavoratore fumatore. Oltre al principio generale di garantire la salubrità dell'aria, negli ambienti di lavoro si configurano anche altre situazioni in cui diventa obbligatorio imporre il divieto di fumare:

- pericolo d'incendio (art. 63 allegato IV punto 4.1.1 D.Lgs.81/2008),
- rischio di esposizione ad agenti cancerogeni (art. 237 comma 1, lett.b), 238 comma 2, D.Lgs. 81/2008);
- rischio di esposizione ad agenti biologici (art. 273 comma 2 D.Lgs. 81/2008);
- attività lavorative con esposizione ad amianto (art. 252 comma 1, lett. a) D.Lgs. 81/2008);

- attività con impiego di sostanze radioattive (D. Lgs. 241/2000).

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.

Inoltre il D.Lgs. 81/08 prevede, per i lavoratori esposti, uno specifico obbligo di informazione e formazione adeguata in merito a rischi supplementari dovuti al fumare in caso di esposizione agli agenti cancerogeni o mutageni presenti nei cicli lavorativi e corrette misure igieniche da osservare, ivi compresa la necessità di non fumare in caso di esposizione a fibre di amianto:

- Cancerogeni/mutageni: art. 239 comma 1 (informazione) e comma 2 (formazione) D.Lgs 81/2008)
- Amianto: art 257 comma 1 lett. b) (informazione, art. 258 comma 2 lett. a) del D.Lgs. 81/8008

### 1.3.3. Il divieto di fumo nei luoghi chiusi

Il controllo dell'esposizione al fumo di tabacco ha una prima importante regolamentazione con la L. 11 Novembre 1975, n. 584, tuttora in vigore, avente per oggetto: "Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico".

Con tale norma il legislatore formula un elenco di luoghi nei quali è vietato fumare, tra i quali sono descritti anche locali di pertinenza delle strutture sanitarie:

- a) **nelle corsie degli ospedali;** nelle aule delle scuole di ogni ordine e grado; negli autoveicoli di proprietà dello Stato, di Enti pubblici e di privati concessionari di pubblici servizi per trasporto collettivo di persone; nelle metropolitane; nelle sale di attesa delle stazioni; etc.
- b) nei locali chiusi che siano adibiti a pubblica riunione, nelle sale chiuse di spettacolo cinematografico o teatrale; sale chiuse da ballo; nei musei, nelle biblioteche etc; Il

conduttore può per questi ottenere l'esenzione dall'osservanza del divieto ove installi un impianto di condizionamento dell'aria o di ventilazione a norma autorizzato dal Sindaco, sentito l'Ufficiale Sanitario.

Il legislatore stabilisce inoltre le sanzioni pecuniarie per chi viola il divieto e per coloro a cui spetta per legge, regolamento o disposizioni di autorità assicurare l'ordine all'interno dei locali citati in a) e nei conduttori dei locali citati in b) qualora non curino l'osservanza del divieto. Poiché la definizione dei luoghi in cui è vietato fumare lasciava alcuni dubbi interpretativi, viene emanata la Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri - 14 dicembre 1995: "Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici" che fornisce i seguenti criteri interpretativi per l'individuazione dei locali in cui si applica il divieto:

1. per locale aperto al pubblico si deve intendere quello in cui la generalità degli amministrati e degli utenti accede senza formalità e senza bisogno di particolari permessi negli orari stabiliti;
2. tutti quelli utilizzati, a qualunque titolo, dalla pubblica amministrazione e dalle aziende pubbliche per l'esercizio delle proprie funzioni istituzionali sempre che i locali siano aperti al pubblico;
3. tutti i locali utilizzati, a qualunque titolo, da privati esercenti servizi pubblici sempre che i locali siano aperti al pubblico;
4. i luoghi indicati dall'articolo 1 della legge 11/11/75 n° 584, anche se non si tratta di "locali aperti al pubblico" nel senso precisato dalla direttiva.

La direttiva stabilisce che nei locali in cui si applica il divieto devono essere esposti cartelli con l'indicazione del divieto, della relativa norma, delle sanzioni applicabili, del soggetto cui spetta vigilare, dell'autorità cui compete accertare le infrazioni.

Stabilisce anche che i dirigenti preposti alle strutture amministrative e di servizio

devono individuare in ciascuna di esse uno o più funzionari incaricati di procedere alla contestazione di eventuali infrazioni, di verbalizzarle e di riferirne all'autorità competente.

In buona sostanza la Direttiva obbliga tutte le pubbliche amministrazioni ed i privati esercenti un pubblico servizio all'applicazione del Divieto di fumo nelle proprie strutture con modalità definite (affissione cartellonistica, individuazione di funzionari incaricati etc.).

Essa precisa, infine, che le amministrazioni e gli enti, possono comunque, in virtù della propria autonomia regolamentare e disciplinare, estendere il divieto a luoghi diversi da quelli previsti dalla legge.

Ulteriori precisazioni in ordine ai locali in cui si applica il divieto di fumo, alle competenze dei dirigenti per la sua applicazione, alle sanzioni ed alla modalità d'applicazione nei locali aperti al pubblico sono state fornite dalla Circolare n° 4 del 28/3/2001 del Ministero Sanità "Interpretazione ed applicazione delle leggi vigenti in materia di divieto di fumo". In tale circolare sotto la voce 'Elenco esemplificativo dei locali in cui si applica il divieto di fumo' si riporta:

**"ospedali ed altre strutture sanitarie (corsie, corridoi, stanze per l'accettazione, sale d'aspetto e più in generale locali in cui gli utenti richiedono un servizio-pagamento di ticket, richieste di analisi, ecc.)."**

Per quanto attiene al problema sanzionatorio si ricorda che l'art. 52 della Legge Finanziaria 2002 - comma 20, eleva la sanzione amministrativa a carico di chi trasgredisce il divieto di fumare a una somma che varia da 27,5 € a 275 € e dispone che tale importo sia raddoppiato qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni.

Essa eleva contemporaneamente la sanzione amministrativa a carico di coloro che non fanno osservare il divieto di fumare a una somma variabile da € 220 a € 2200.

### 1.3.4. La Legge n. 3/2003

La Legge 16 gennaio 2003: 'Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione nel Capo IX ( Disposizioni in materia di tutela della salute), all'art. 51 si occupa di: "Tutela della Salute dei non fumatori". Essa ha finalmente affermato il divieto di fumare in tutti i luoghi chiusi ad eccezione di:

- a) quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico
- b) quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati.

La successiva 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 "utenti" comprendendo con questo termine anche i lavoratori dipendenti.

Rimane la possibilità di fumare solo all'aperto, salvo non vi siano altri pericoli per i quali sia richiesto il divieto.

Inoltre, precisa al comma 10, che *"restano ferme le disposizioni che disciplinano il divieto di fumo nei locali delle pubbliche amministrazioni"*, per cui tutte le indicazioni riportate nella sopracitata L. 584/75 restano valide ed ad esse si deve far riferimento per le misure di applicazione del divieto e per le procedure sanzionatorie.

Le novità contenute nella L.3/2003 riguardano gli impianti di ventilazione da installare nei locali adibiti ai fumatori specificate successivamente dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/12/2003 - Attuazione dell'art. 51, c. 2 della L.16/1/2003, come modificato dall'art.7 della L.21/10/2003 n° 306, in materia di "tutela della salute dei non fumatori".

Quest'ultimo prescrive che i locali riservati ai fumatori debbano essere adeguatamente separati dagli altri ambienti, rispettando specifici requisiti strutturali; essere contrassegnati da cartelli di indicazione luminosa 'area per fumatori' e dall'indicazione del numero di persone massimo ammissibile nel locale; essere dotati di impianti di ventilazione forzata con caratteristiche specifiche integrati, in caso

di guasto dell'impianto, da cartelli "vietato fumare per guasto all'impianto di ventilazione" ad accensione automatica. Va precisato, però, che la realizzazione di aree per fumatori *non rappresenta affatto un obbligo, ma una facoltà del datore di lavoro, riservata ai pubblici esercizi e ai luoghi di lavoro in generale*, che qualora ritenga opportuno attrezzare locali riservati ai fumatori deve adeguarli ai requisiti tecnici dettati dal DPCM citato.

L'applicazione del divieto di fumo, in base alla Legge 3/2003, elimina di fatto l'esposizione lavorativa a fumo passivo. Il datore di lavoro, nell'ambito della valutazione dei rischi di cui all'art. 17 e 28 del D.Lgs. 81/08 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 Servizio di Prevenzione e Protezione e con il coinvolgimento del Medico Competente e dei 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;
- 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.

### 1.3.5. Provvedimenti sanzionatori nei luoghi di lavoro

Nei luoghi di lavoro privati la vigilanza sul divieto

di fumo spetta in primo luogo al datore di lavoro che la attua, come per tutte le altre disposizioni aziendali in materia di sicurezza, utilizzando le figure della gerarchia aziendale.

Nei locali della Pubblica Amministrazione le violazioni al divieto di fumo vengono perseguite secondo la procedura sanzionatoria amministrativa indicata dalla L. 584/75 e dalla L. 698/81: la vigilanza viene effettuata dai funzionari specificatamente nominati allo scopo, i quali, se riscontrano un'infrazione (fumatore in flagranza), procedono alla contestazione dell'illecito amministrativo.

Trattandosi pur sempre di luoghi di lavoro, soggetti alla normativa in materia di sicurezza sul lavoro, è sorto il dubbio, in caso di controlli da parte degli Enti addetti alla vigilanza nei luoghi di lavoro, se debbano essere applicate 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** (art. 9 L. 689/1981) 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 suggerisce di applicare la sanzione penale per violazione della normativa di sicurezza sul lavoro in presenza di pericolo d'incendio o esplosione, rischio di esposizione ad agenti cancerogeni, biologici e polveri contenenti fibre di amianto o in caso di ripetitività della violazione.

In caso di riscontro di mozziconi di sigarette, odore di fumo, posacenere pieni, ma senza la possibilità di individuare il trasgressore

(persona che fuma) non è possibile applicare la sanzione di cui alla L. 3/2003. Tuttavia, in questi casi, l'ispettore del lavoro, dovrà valutare attentamente se tali condizioni costituiscano carenze alla normativa di sicurezza nei luoghi di lavoro, ad esempio mancata segnaletica, mancata sorveglianza da parte del preposto, mancata informazione o formazione specifica, etc.

### 1.3.6. 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, 2002). I non astinenti risultano essere per lo più giovani e senza una diagnosi di disturbo cardiaco (Stillman, 1994). L'introduzione del divieto di fumare in ospedale porta necessariamente ad una ridefinizione dei luoghi dove le persone possano fumare. E' stato osservato (Nagle, 1996) come i fumatori dopo l'applicazione del divieto tendano a spostare le aree in cui fumano al di fuori della struttura, in particolare in prossimità degli ingressi.

Emerge perciò la necessità di applicare da un lato divieti totali all'interno delle strutture sanitarie, e dall'altra di estendere i divieti anche a quelle aree all'aperto (balconi ed ingressi di ospedali o ambulatori, cortili o parti di cortili) in

quanto zone di passaggio e di notevole visibilità, e conseguente asporto di posacenere in zone esterna a quella delimitata.

A questo proposito si ritiene opportuno citare alcune regioni che hanno legiferato in materia in maniera più restrittiva rispetto alla norma statale, al fine di tutelare il decoro e l'igiene dei luoghi pubblici sensibili e per garantire la tutela della salute delle persone che vi accedono:

- Provincia autonoma di Bolzano con Legge provinciale n. 6/2006 ha individuato alcuni luoghi e strutture in cui il divieto di fumo è assoluto (nel senso che non è consentita la creazione di aree per fumatori) ed estende il divieto anche alle zone all'aperto (scuole di ogni ordine e grado, strutture per giovani)
- Regione Emilia Romagna con Legge regionale n. 17/2007 ha esteso il divieto di fumare nelle aree all'aperto nelle immediate vicinanze degli accessi e dei percorsi di tutte le strutture sanitarie.

Oltre ad attuare il mero rispetto del divieto attraverso la segnaletica e la relativa sorveglianza è opportuno che le strutture sanitarie, trattandosi di centri che devono promuovere la salute, implementino la politica aziendale antifumo con campagne informative ulteriori (cartelli alternativi, manifesti educativi, materiale di sensibilizzazione, pubblicità di iniziative per smettere di fumare e dei centri antifumo, etc).



## CAPITOLO 2

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



## 2.1. L'IMPORTANZA DI UNA POLITICA AZIENDALE PER IL CONTROLLO DEL FUMO DI TABACCO NEGLI AMBIENTI SANITARI

L'O.M.S. a partire dalla Carta di Ottawa del 1986, avendo come obiettivo prioritario l'equità e l'accesso ai servizi, ha individuato diverse strategie atte ad aiutare i cittadini a prendere consapevolezza delle capacità personali per promuovere la propria salute ed il proprio benessere. Anche il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 ribadisce questi stessi principi: la responsabilità pubblica per la tutela del diritto di salute della comunità e della persona, l'uguaglianza e l'equità d'accesso alle prestazioni, sottolineando ancora una volta come la salute sia un bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l'integrazione tra le azioni che competono alle Istituzioni ed alla società. Per questo è importante instaurare sinergie, integrazioni e corrette relazioni tra tutte le politiche per il bene comune della salute. Le strutture sanitarie, e in particolare quelle ospedaliere, sono state individuate come ambienti in cui si può promuovere la salute. Infatti, per la loro importante funzione sul territorio, sono il contesto più favorevole per interventi volti al raggiungimento di obiettivi di salute della popolazione generale. Partendo da questo principio l'OMS, ha promosso il movimento degli Ospedali per la promozione della salute (HPH), con l'intento di introdurre nell'area dell'assistenza ospedaliera i principi e i metodi della promozione della salute, intesa come "processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

*Il concetto di un ospedale come promotore di salute non significa che l'ospedale abbia cambiato la sua funzione principale da quella curativa a quella di promuovere la salute, ma che ha incorporato nella propria cultura e nel lavoro quotidiano l'idea della promozione della salute del suo personale, dei pazienti e delle loro famiglie" (dott.ssa Mila Garcia Barbero - Direttore Ufficio Europeo dell'OMS per i Servizi Sanitari Integrati).*

In particolare, tra le varie attività di promozione della salute definite nel programma degli HPH, la prevenzione del tabagismo e la lotta contro il consumo di tabacco rappresentano due obiettivi prioritari delle politiche sanitarie, verso i quali devono tendere gli ospedali e le strutture sanitarie dell'Azienda, attraverso azioni incisive che interessino progressivamente tutte le strutture organizzative.

E' importante che la Direzione generale attraverso la deliberazione sul fumo si prefigga non solo l'obiettivo di tutelare il diritto alla salute di operatori e utenti non fumatori, ma anche di diventare un esempio di comportamento sano per la comunità servita, sviluppando sinergie con le istituzioni e associazioni presenti sul proprio territorio (Rete HPH Italia).

## 2.2 I CONTENUTI DELLA POLITICA AZIENDALE PER IL CONTROLLO DEL FUMO DI TABACCO

Una buona politica aziendale per il controllo del fumo si propone di eliminare o controllare l'esposizione dei lavoratori ed utenti al fumo passivo, senza colpevolizzare i fumatori, ma avendo chiare queste finalità:

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

per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- diminuire la prevalenza di fumatori tra gli operatori sanitari e tra gli utenti
- tutelare il non fumatore dai danni che derivano dal fumo passivo
- migliorare la qualità di vita e ridurre le patologie fumo-correlate.

Una politica sul fumo esauriente dovrebbe comprendere 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: eventuale predisposizione di locali ventilati a norma di legge dove è permesso fumare (casi eccezionali, come ad esempio nei pazienti psichiatrici);
- trasmettere il messaggio che negli ambienti sanitari è importante astenersi dal fumare: comunicare la scelta strategica di non investire economicamente in ambienti per fumatori, individuando esclusivamente aree esterne alla struttura e poco visibili all'utenza, dove è consentito fumare;
- applicare le sanzioni cui sono soggetti i lavoratori che non rispettano le regole;
- definire 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.

I vantaggi che l'Azienda Ospedaliera trae da un'esplicita politica contro il fumo sono i seguenti:

- **in termini di immagine:** anche le aziende sanitarie oggi curano molto l'immagine e la visibilità. Più del 60% degli italiani non fuma: la loro opinione nei riguardi di un'azienda che cura la propria immagine può avere anche una valenza di preferenza e scelta dei servizi offerti.
- **in termini di produttività:** 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 inoltre i tempi delle pause dedicate alla sigaretta dai fumatori.

- **in termini di politica sociale:** I lavoratori passano gran parte della giornata in ambiente di lavoro, quindi migliorare la salubrità e la vivibilità di quest'ultimo vuol dire migliorare la qualità di vita delle persone. 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 fare parte dell'immagine di una azienda che mostra di occuparsi attivamente della salute e della sicurezza non solo dei suoi lavoratori ma anche di tutti i cittadini della comunità in cui opera. Quindi, 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 sostenere i fumatori nella motivazione a smettere è segno di grande responsabilità sociale.

Nella Tabella 1 sono elencati alcuni dei molti benefici che derivano dalla creazione di un ambiente libero dal fumo.

Per il lavoratore	Per l'azienda	Per l'utente
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Migliora la salute</li> <li>• Migliora l'ambiente di lavoro</li> <li>• Migliora le relazioni lavorative</li> <li>• Riduce i livelli di stress</li> <li>• Migliora il tono dell'umore</li> <li>• Aumenta il livello di soddisfazione</li> <li>• Migliora il benessere personale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minore assenteismo</li> <li>• Maggiore produttività</li> <li>• Migliora le relazioni con e tra i lavoratori</li> <li>• Sviluppa un ambiente "amichevole"</li> <li>• Migliora il morale dello staff</li> <li>• Sviluppa un'immagine positiva</li> <li>• Migliora l'attrattiva dell'azienda</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuove stili di vita sani</li> <li>• Salvaguarda i diritti dell'utente</li> <li>• Rende facili scelte salutari</li> <li>• Migliora l'ambiente in cui ci si ritrova per usufruire di un servizio</li> <li>• Aumenta il livello di soddisfazione</li> <li>• Sentirsi in un ambiente accogliente e che si prende cura della persona nella sua totalità</li> </ul>

In particolare per gli Ambienti Sanitari, elaborare una politica aziendale sul fumo permette anche di pensare ad un riorientamento dei servizi sanitari stessi, così come era stato proposto dall'OMS (Carta d'Ottawa), quale azione strategica.

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

## 2.3 COME SVILUPPARE LA POLITICA AZIENDALE

Appurata l'importanza che un'Azienda sia dotata di una politica aziendale per il controllo del

fumo di tabacco, sorge spontanea la domanda di come sviluppare questa politica e quali strumenti utilizzare affinché questa sia vincente.

Nel tentativo di fornire alle Aziende delle indicazioni e informazioni utili su come raggiungere tale obiettivo, qui di seguito vengono illustrati alcuni strumenti e atti aziendali, i compiti del personale accertatore e alcune pratiche che vanno oltre al dettato normativo, emersi dal confronto tra le esperienze di diverse Aziende sanitarie italiane.

Un elemento estremamente importante nello sviluppo della politica aziendale è dato dalla necessità di dare un tempo sufficientemente lungo prima di applicare la policy, affinché il percorso venga maturato e condiviso il più possibile da tutti, fumatori compresi insistendo sul ruolo educativo delle strutture sanitarie nei confronti della popolazione. Il tempo di "maturazione" è variabile, ma dovrebbe essere di almeno 10-12 mesi.

### 2.3.1. Strumenti e atti aziendali a supporto

A supporto della politica aziendale vengono qui proposti alcuni strumenti come la delibera e il regolamento, il gruppo di coordinamento aziendale multidisciplinare, il registro del personale accertatore, il monitoraggio, l'informazione e la comunicazione (appendice A).

#### 1. Delibera aziendale

L'Azienda definisce la propria politica riguardo al fumo di tabacco attraverso l'adozione di una delibera aziendale (appendice A1), dichiara formalmente e pubblicamente la linea di condotta e le azioni che intende tenere all'interno delle proprie strutture. In questo modo, l'ASL concretizza e rinforza il proprio impegno nel controllo del fumo di tabacco, nei confronti dei propri dipendenti e dell'utenza.

#### 2. Gruppo di coordinamento aziendale multidisciplinare

Da tutte le esperienze prese in esame è sorta la necessità di costituire un gruppo di coordinamento multidisciplinare che, appunto, svolga e coordini le attività rivolte alla realizzazione della politica aziendale sul controllo del fumo di tabacco. Inoltre, è emerso come la multidisciplinarietà del gruppo sia un'esigenza e un valore aggiunto per il raggiungimento degli obiettivi. Si ritiene, quindi, opportuno che il gruppo venga formalizzato con atto aziendale e che sia composto dalle diverse figure professionali presenti in Azienda che si occupano della tematica "fumo" (appendice A1).

#### 3. Regolamento aziendale

Il regolamento aziendale disciplina il divieto di fumo e il procedimento sanzionatorio all'interno dell'Azienda (appendice A2). Approvato con delibera aziendale, sancisce il principio secondo il quale l'Azienda si impegna a far rispettare il divieto di fumo stabilito dalle normative nazionali e regionali e si prefigge di proteggere i non

fumatori dal fumo passivo, di sostenere i fumatori nella scelta di smettere di fumare e di fornire alla popolazione un modello di riferimento di stile di vita libero dal fumo.

Con il regolamento l'Azienda stabilisce l'ambito di applicazione del divieto di fumo, la forma e l'applicazione della cartellonistica, i soggetti responsabili del rispetto della normativa ed i compiti dei soggetti preposti alla vigilanza (personale accertatore); infine, disciplina il procedimento sanzionatorio amministrativo da seguire in caso di rilevazione di infrazione.

#### 4. Registro accertatori

Ulteriore strumento che si propone è il registro del personale accertatore dell'Azienda. Questo strumento mantenuto aggiornato, permette al gruppo di coordinamento di disporre di tutte le informazioni necessarie alla gestione e coordinamento delle attività del personale incaricato al controllo sul divieto di fumo all'interno dell'Azienda e sulle zone di vigilanza di competenza. Nel registro, infatti, viene annotato: il nominativo, la qualifica, il telefono e la sede di lavoro, la e-mail, la data di nomina, la data delle dimissioni, la data della formazione, l'area di competenza e la zona di vigilanza dell'accertatore (appendice A3).

#### 5. Informazione e comunicazione

L'informazione e la comunicazione è uno strumento fondamentale per il supporto della politica di controllo del fumo di tabacco. La stessa normativa stabilisce che nei locali in cui si applica il divieto devono essere esposti cartelli con l'indicazione del divieto, della relativa norma, delle sanzioni applicabili, del soggetto cui spetta vigilare, dell'autorità cui compete accertare le infrazioni (appendice A7). Spetta all'accertatore monitorare la presenza e l'integrità degli stessi, come da regolamento. La comunicazione non dovrebbe limitarsi ai soli cartelli ma coinvolgere il personale intero nello sviluppo e condivisione della policy. Questi aspetti possono essere valorizzati mediante

e-mail regolari a tutti i dipendenti, annunci durante i convegni e i corsi di formazione ed in occasioni ufficiali. Un aspetto di particolare importanza è la mediazione degli accertatori nell'informazione e nel coinvolgimento dei colleghi fumatori nello sviluppo della policy al fine di ridurre le resistenze con la logica del "DO NOT ATTACK SMOKERS!".

#### 6. Verbale

Come il regolamento, anche il blocchetto dei verbali è uno strumento di cui il personale accertatore deve essere dotato per legge. Nel verbale di accertamento di infrazione del divieto di fumo, con il quale si contesta la violazione amministrativa, deve essere riportato quando, dove, chi verbalizza, chi compie l'infrazione, l'ammontare della sanzione, a chi effettuare il versamento e le modalità, a chi presentare ricorso. Il verbale deve essere firmato dal verbalizzante, ossia l'accertatore; e dal contravventore se intende conciliare immediatamente l'infrazione e dal soggetto obbligato in solido al pagamento (genitori) se si tratta di un minorenne (appendice A2). Se non si procede alla consegna immediata il verbale va notificato all'interessato secondo le disposizioni previste dalla legge vigente (L. 689/81).

#### 7. Monitoraggio

Il monitoraggio è un valido strumento per conoscere e di conseguenza per programmare e agire. A tale proposito si propongono due schede di monitoraggio: una per il controllo ambientale del divieto di fumo in Azienda (appendice A4) con la quale si rilevano alcuni indicatori come la presenza nei locali dell'Azienda dei cartelli regolamentari, di persone che fumano, di posacenere, di mozziconi di sigaretta e di odore di fumo; un'altra sull'attività del personale accertatore (appendice A5).

#### 8. Segnalazione di non conformità della cartellonistica

Altro strumento che si ritiene utile per il

controllo ambientale è la segnalazione di non conformità della cartellonistica da parte dell'accertatore al coordinatore del gruppo di coordinamento aziendale (appendice A6). Con questa segnalazione l'accertatore comunica tempestivamente al gruppo di coordinamento eventuali mancanze totali o parziali della cartellonistica e il fabbisogno di nuovi cartelli.

### 2.3.2 Il ruolo dell'incaricato alla vigilanza

Per ottenere ambienti sanitari liberi dal fumo, in cui non ci sia solo un'aderenza stretta alla legge, ma dove si possa attuare una sensibilizzazione ed una promozione di stili di vita salutari, la figura dell'incaricato alla vigilanza, come incaricato di pubblico servizio, assume un ruolo di rilevante importanza.

L'accertatore può diventare un vero e proprio promotore della salute.

Tale ruolo si sviluppa favorevolmente laddove si cerca di recuperare una filosofia di coerenza, rispetto all'essere in organizzazioni deputate a distribuire offerte di salute.

Le realtà sanitarie che hanno già esperienza in tale direzione, e che hanno definito il ruolo dell'incaricato alla vigilanza in chiave di promozione della salute, dimostrano anche che tale strategia può divenire trasversale per promuovere molti altri messaggi di promozione di stili di vita per la salute e di benessere organizzativo.

Per aiutare l'accertatore alla vigilanza a sviluppare anche questa accezione di ruolo, è opportuno che l'Azienda Sanitaria offra delle possibilità di formazione su strumenti specifici, quali ad esempio il counseling breve antitabagico oppure l'adesione alla TFU Charter (a questo proposito si rimanda al capitolo 2.4, dove si affrontano nello specifico tali strumenti).

## 2.4 UNA POLITICA AZIENDALE CHE VA OLTRE LA LEGGE

L'applicazione puntuale e coerente del divieto di fumare negli ambienti sanitari, forse più che in altri ambiti organizzativi, implica l'integrazione tra le azioni tese all'osservanza delle norme e l'attivazione di processi di modifica della cultura aziendale, negli operatori e nei pazienti, e nella comunità di riferimento e necessita di un tempo di maturazione da parte di tutti i dipendenti.

Le Aziende Sanitarie sono invitate a sensibilizzare e formare in modo continuo il personale incaricato alla vigilanza, realizzando iniziative informative e formative per:

- rendere il personale sanitario più consapevole dell'importanza del proprio ruolo come modello di riferimento per comportamenti e stili di vita sani negli utenti e nella comunità
- promuovere la salute attraverso il rinforzo di stili di vita sani all'interno degli ospedali
- accrescere la cultura della salute negli operatori sanitari, nei pazienti e in tutta la comunità di riferimento
- salvaguardare i diritti dei pazienti di stare in ambienti salubri liberi dal fumo
- diminuire la prevalenza di fumatori tra gli operatori sanitari, promuovendo percorsi privilegiati ed accompagnati, individuali o gruppal, verso la scelta del non-fumo
- migliorare la segnaletica anti-fumo
- eliminare il fumo all'interno degli Ospedali e Servizi sanitari
- formare il personale sanitario alla gestione del counseling verso il paziente fumatore, alla conduzione dei gruppi per smettere di fumare o all'invio ai Centri di disassuefazione
- incoraggiare nei pazienti un ruolo attivo e di partecipazione, in funzione dei propri specifici potenziali di salute

- creare una rete di collaborazione tra le risorse del territorio (Associazioni, Enti Locali, Scuola, ecc.)
- dare visibilità alle iniziative anti-fumo all'interno e all'esterno dell'Azienda
- messa a disposizione nelle sale d'attesa degli ambulatori e nei reparti ospedalieri di opuscoli, manifesti o altro materiale informativo/educativo
- organizzazione di manifestazioni locali, di convegni, di incontri a tema.

### 2.4.1 Counseling Sanitario Motivazionale - Una risorsa nella relazione di cura<sup>2</sup>

*Gli elementi della motivazione.* Quando si chiede ad operatori esperti "cosa motiva le persone a cambiare", è possibile identificare abbastanza facilmente alcune caratteristiche che i professionisti riconoscono come presenti nella descrizione dei normali processi di decisione e cambiamento.

Vengono solitamente elencati elementi che hanno dapprima a che fare con il malessere, il disagio, la preoccupazione, l'insoddisfazione. A questo primo gruppo viene spesso associato un secondo aspetto, legato al desiderio di stare meglio, ad una meta da raggiungere, un obiettivo, nuovi valori. Un terzo fattore compare spesso ed è legato principalmente all'emergere della consapevolezza, al riconoscimento di un problema, alla prevalenza dei "pro" del cambiamento o dei "contro" della situazione, alle conoscenze e alle informazioni adeguate. Questi tre gruppi di "elementi motivazionali" non sembrano però essere sufficienti a motivare un cambiamento. Molti operatori arrivano ad immaginare che sia necessaria la comparsa, oltre alla constatazione che ci si trova in una condizione di disagio, alla consapevolezza delle ragioni di questo disagio e al desiderio di cambiare, un ulteriore elemento capace di

<sup>2</sup> Articolo prodotto dal dr. Valter Spiller Psicologo, Psicoterapeuta Dipartimento delle Dipendenze - ASL 3 Genovese - Scuola Italiana di Counseling Motivazionale e CMC - Centre for Motivation and Change - Sede Italiana



imprimere una spinta aggiuntiva al processo: la percezione di avere fiducia nelle proprie capacità, di credere di potercela fare, di riuscire a confidare nelle proprie forze o nell'aiuto di altri, nella fiducia di qualcuno e nella condivisione della esperienza. Con questi quattro gruppi di elementi motivazionali sembra essere possibile davvero strutturare una solida volontà di cambiamento, decidere di provare ed impegnarsi realmente in azioni atte a modificare la situazione problematica. Nell'esperienza empirica questi sembrano essere gli **elementi costitutivi della motivazione al cambiamento**.

La ricerca ha confermato questo modo di descrivere la motivazione al cambiamento. La presenza all'interno dei colloqui di affermazioni che descrivevano *Volontà, Decisione e Impegno* al cambiamento, sono significativamente correlate con un'effettiva modificazione del comportamento e questo elemento (Impegno) è a sua volta correlato con l'espressione di un *Bisogno* di cambiare, della consapevolezza delle *Ragioni* per farlo, del *Desiderio* e della *Capacità* di portarlo a termine. Questo modello rappresenta una semplice descrizione di "cosa motiva le persone a cambiare" e può guidare il professionista nella ricerca degli elementi che sono a sostegno di un utile orientamento nella direzione dell'adozione di comportamenti salutari e della riduzione dei comportamenti a rischio.

**Le agende.** Il problema fondamentale che può mettere in difficoltà il professionista deriva dalle evidenti constatazioni che i sopracitati "elementi della motivazione" sono efficaci solo se sono presenti e utilizzati dalla persona stessa. Il professionista che intende lavorare sulla motivazione ha quindi principalmente il compito di riconoscerli ed evocarli. In questa direzione vengono in aiuto al professionista alcune abilità del *counseling motivazionale*, che, come viene definito dai loro ideatori è uno stile di intervento centrato sulla persona, orientato, volto ad evocare e rafforzare le motivazioni intrinseche

della persona. Il *Counseling Motivazionale* [CM] sta avendo una larga diffusione in tutto il mondo e viene applicato, in generale, nell'ambito dell'educazione alla salute, ed in particolare, negli interventi su disturbi e patologie che necessitano di un cambiamento del comportamento e della stile di vita. Il *counseling motivazionale* è un stile, una particolare modalità di interazione con il paziente basata su alcune abilità relazionali specifiche; è *centrato sulla persona* nel senso rogersiano del termine e punta a sviluppare una atmosfera empatica di accoglimento e comprensione, come elemento essenziale per favorire il cambiamento. E' comunque *orientato*, perché ha un obiettivo determinato, che indica la direzione del cambiamento: l'adozione di comportamenti protettivi per la salute e l'abbandono o la riduzione di comportamenti a rischio o disfunzionali. Questo stile di intervento si è dimostrato particolarmente utile nei casi in cui siano presenti difficoltà a riconoscere un problema e nelle situazioni in cui è importante instaurare una relazione di collaborazione con persone non consapevoli, poco motivate o difficilmente raggiungibili con le tecniche educative/prescrittive tradizionali. Questa condizione è particolarmente frequente negli interventi di prevenzione e nel trattamento dei disturbi e patologie fortemente legate a stili di vita o comportamenti non salutari, in cui le resistenze o l'ambivalenza rispetto al cambiamento sono caratteristiche diffusamente presenti.

Molto spesso infatti le conoscenze, le capacità e le abilità del professionista non sono immediatamente utilizzabili nella consultazione, in quanto la persona in consulenza (il "cliente") ha una rappresentazione della propria situazione assai divergente da quella del professionista. In altre parole la scala personale dei valori e delle priorità, le conoscenze, gli atteggiamenti e le intenzioni della persona (più brevemente la sua *rappresentazione del problema*) possono

divergere anche grandemente dalla valutazione della situazione che il professionista costruisce in base alle proprie conoscenze scientifiche.

Questa situazione richiede quindi che, oltre alle accurate ed opportune conoscenze professionali, il professionista sia in grado di comprendere ed utilizzare, all'interno della relazione con la persona, la sua rappresentazione del problema e calibrare su di essa l'intervento. La capacità di "personalizzare" gli interventi, oltre che essere uno degli obiettivi perseguiti dalle politiche sanitarie del SSN, è risultata essere un fattore determinante per la ritenzione in trattamento e l'efficacia degli interventi. In altre parole, il professionista si trova a dover perseguire due compiti essenziali: da una parte deve saper costruire, in base alle proprie conoscenze professionali, una propria "agenda" dei cambiamenti auspicabili per la persona (ciò che la persona "dovrebbe" fare), e dall'altra deve saper comprendere, utilizzando le proprie abilità relazionali, la personale "agenda" della persona (ciò che la persona "vorrebbe" fare). Dalla "negoiazione" di questi due aspetti nascono interventi *utili* (professionalmente fondati) e *possibili* (centrati sulla persona).

**Un problema di stile.** La mancata o incompleta adesione da parte di una quota (non piccola) di pazienti ai trattamenti proposti loro dagli operatori sanitari è un problema antico. Più in generale, le difficoltà legate al cambiamento dei comportamenti problematici sono ben presenti a chi si occupa di *patologie croniche in cui i risvolti comportamentali sono rilevanti*, sia come causa o concausa del problema stesso (l'alimentazione in persone obese, il fumo di tabacco in soggetti cardiopatici), sia come conseguenza di esso (la ricerca di sostanze da parte di soggetti con dipendenza da sostanze). Oggi si è raggiunta in generale la consapevolezza della necessità di considerare sistematicamente aspetti motivazionali nella programmazione e nella gestione di programmi riguardanti tali problemi. L'esistenza e la concreta disponibilità

di trattamenti efficaci per molte patologie rende ancora più evidente l'importanza decisiva della motivazione della persona ad intraprendere tali trattamenti. Buona parte dei fallimenti degli interventi nel campo delle malattie croniche non sono infatti da imputare alla scelta di cure inappropriate o alla ristrettezza di risorse, quanto piuttosto alla mancata adesione e partecipazione attiva delle persone ai progetti e ai percorsi proposti. L'obiettivo di migliorare la qualità degli interventi sembra, quindi, passare anche attraverso lo sviluppo di metodologie che favoriscano l'accrescimento delle motivazioni personali al cambiamento, con interventi sanitari in grado di stimolare la capacità delle persone di divenire protagonisti attivi e responsabili del proprio percorso di adattamento, di cura e di riabilitazione.

Quando il cambiamento riguarda principalmente un'abitudine o uno "stile di vita" si pone più che in altri ambiti il problema della *compliance*, come se mancasse la condivisione dell'obiettivo di fondo, anzi, in alcuni casi, come se attivamente - sebbene magari inconsciamente - ci si opponesse a tale obiettivo. Gli interventi di counseling che fanno riferimento ai problemi della *motivazione al cambiamento* danno maggiore peso a *fattori di relazione* che a fattori di personalità, psichici o biologici.

Diversi approcci hanno adottato uno stile di rapporto che in somiglianza all'inglese "confrontational", privo di riscontro nel vocabolario italiano, è stato chiamato *confrontazionale*. Secondo questo modello relazionale l'affermazione dell'esistenza di un comportamento problematico, la drammatica accentuazione degli aspetti negativi e pericolosi, la sottolineatura delle conseguenze personali (sanitarie, sociali e morali), l'enfasi sull'aspetto e la natura patologica dei fenomeni e quindi sulla formulazione (da parte del professionista) e sulla accettazione (da parte della persona) di una "diagnosi", rende il colloquio simile ad *un assalto alle difese* di quest'ultimo. Le strategie di uno stile confrontazionale mirano ad ottenere

la disgregazione delle difese “di negazione”, oppure, quantomeno, aprono la via alla possibilità di mettere “sotto assedio” il paziente, fino a fargli terra bruciata intorno.

Al contrario il CM assume come premessa fondamentale che il potenziale di cambiamento esista quantomeno in embrione nella persona stessa, e non sia invece un qualcosa che “va messo” nella persona. Compito del professionista è di aiutare la persona a “tirare fuori” il potenziale di cambiamento che ha dentro di sé (ossia gli elementi della motivazione). Quando il soggetto si presenta al professionista non è “motivato o non-motivato”: si presenta con tutti gli aspetti del suo essere e le loro contraddizioni, con i suoi dubbi, le sue paure (di continuare come ha fatto fino ad allora, e *contemporaneamente*, di cambiare). In una parola, la persona viene con tutta la sua *ambivalenza*. È molto importante che il professionista dimostri visibilmente che *accetta come normale la ambivalenza*, e soprattutto il lato inconfessabile di essa, quello in cui risiedono gli argomenti in favore della continuazione della situazioni così come viene presentata. Questa attenzione alla relazione indica la necessità di una sensibilità del professionista agli elementi relazionali che ostacolano e a quelli che facilitano la relazione di collaborazione, con la finalità di minimizzare i primi ed accrescere per quanto possibile i secondi.

#### ***Gli ostacoli nella relazione: le trappole.***

Esistono atteggiamenti e modalità di interazione, all'interno di una consultazione che rendono più difficoltoso lo stabilirsi di una relazione “di aiuto”. Queste modalità sono vere e proprie “trappole”, perché possono portare ad una situazione di stallo o determinarne l'interruzione della consultazione contro la volontà di entrambi. Occorre, quindi, prestare loro particolare attenzione nel tentativo di evitarle. Alcune delle modalità di rapporto descritte suscitano **resistenza** nella persona, altre inducono in lui un **atteggiamento passivo**.

La resistenza del paziente mina qualunque progresso verso il cambiamento anche se quest'ultimo fosse già nei suoi pensieri: la meta verso la quale si viene spinti diventa sgradevole, se così viene percepita la persona che la indica. L'atteggiamento passivo impedisce al paziente l'elaborazione dei propri temi interiori e alimenta il suo disimpegno nell'affrontare la propria situazione di sofferenza. Solo un atteggiamento attivo porta ad un consapevole cambiamento del comportamento.

***Atteggiamento valutativo.*** Le persone si rivolgono ad un professionista anche per sapere cosa ne pensa della situazione presentata, ma se prevale un atteggiamento di tipo valutativo c'è il forte rischio che la persona si senta rifiutata per le sue debolezze. Alcuni approcci sostengono che l'accettazione di una diagnosi sia una premessa obbligata per arrivare al cambiamento. Il CM indica che si può cambiare senza passare per l'accettazione di una etichetta o di una diagnosi. Dietro un atteggiamento che preme per l'accettazione della diagnosi può esserci un tentativo di affermare il controllo, la propria competenza o il diritto di giudicare. Considerando che la maggior parte delle persone chiede una consulenza per risolvere un “problema”, molto spesso questa valutazione sottolinea gli aspetti negativi della situazione, le possibili conseguenze o altro. Diventa insomma una specie di “insulto scientificamente motivato”, una sorta di biasimo professionale, che solleva ovviamente molte resistenze nella persona. Occorre dire che a volte l'atteggiamento valutativo viene stimolato dalla persona ed è opportuno, in questo caso, che il professionista sollevi il problema e chiarisca le finalità non giudicanti o colpevolizzanti della consultazione.

***Atteggiamento da esperto.*** Il professionista diventa colui che fornisce risposte, consigli, argomenta, dà informazioni, spiega, illustra e così via, in una sorta di “lezione di salute” a cui la persona rischia di assistere passivamente. E'

l'intervento orientato per eccellenza e si fonda sull'idea che il professionista (soprattutto di quello entusiasta) è in possesso di spiegazioni e risposte a cui la persona deve adeguarsi.

**Atteggiamento investigativo.** Questa interazione è basata su un grande numero di domande da parte del professionista, alle quali la persona spesso risponde monosillabicamente. E', di solito, motivata dal bisogno del professionista di acquisire informazioni, seguendo uno schema dialogico preordinato che gli permette di decidere quali cose sentirsi dire dalla persona; può essere vissuto sia in maniera intrusiva dalla persona, con conseguente aumento delle difese, sia in modo passivizzante e poco impegnativa, con una risposta di delega che lascia la guida dell'interazione totalmente nelle mani del professionista.

**Atteggiamento interpretativo.** E' sicuramente un compito del professionista intuire connessioni non visibili fra gli elementi raccontati dalla persona, ma se il professionista e la persona concentrano l'attenzione su aspetti differenti, la necessaria collaborazione viene meno. A volte le persone non sono pronte a considerare il loro comportamento come qualcosa dotato di un significato rilevante da analizzare e da porre sotto il controllo. E' utile sempre partire dai disagi e dalle preoccupazioni espresse dalla persona e tentare di collegarli con delicatezza a ciò che il professionista vede come problema, valutando con attenzione l'esito di questa proposta di connessione. Se compare resistenza non è ovviamente utile insistere.

**Atteggiamento consolatorio.** Questo atteggiamento intenderebbe sostenere e porre sollievo alla persona per le difficoltà, ma effettuato in modo generico e poco personalizzato, diviene un superficiale tentativo di consolazione. Si basa spesso su

generalizzazioni, che hanno l'effetto di sminuire le difficoltà della persona anziché sostenerla.

**Atteggiamento confrontazionale.** In tutte le precedenti modalità relazionali, in qualche modo, il professionista insiste per il cambiamento ignorando le resistenze e i dubbi della persona. Queste modalità rischiano di condurre velocemente ad un atteggiamento confrontazionale in cui il professionista si schiera per gli aspetti orientati alla salute e alla persona non resta che difendere gli aspetti contrari per rivendicare almeno la propria libertà di scelta.

Tutti gli atteggiamenti sopra descritti hanno effetti "contro-motivazionali", perché evocano nella persona gli elementi orientati al non-cambiamento e alla non-motivazione (Non sono preoccupato, va bene così, non c'è problema, non è un mio desiderio, non lo voglio, non ho deciso, non mi voglio impegnare, non lo farò). Sono quindi interazioni che diminuiscono la motivazione al cambiamento, perché cancellano dalla coscienza la presenza degli elementi motivazionali<sup>3</sup>.

#### 2.4.2. Ospedali e Servizi liberi dal fumo: TFU Charter - Carta Internazionale dell'Operatore Sanitario per la Lotta al Tabagismo

Nel 1988 l'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dato avvio ad un Programma Internazionale con lo scopo di favorire una trasformazione organizzativa e funzionale degli Ospedali: da luoghi quasi esclusivamente di cura a luoghi che promuovono la salute nel proprio territorio collaborando con le istituzioni locali e la comunità servita, alla luce dei principi espressi nella Carta di Ottawa. Il Programma è stato denominato "Health Promoting Hospitals - HPH", tradotto in italiano con "Ospedali che promuovono la salute". L'OMS

<sup>3</sup> Ulteriore documentazione può essere reperita nella sezioni Documenti dei seguenti siti: [www.scuoladicounseling.it](http://www.scuoladicounseling.it), [www.colloquiomotivazionale.it](http://www.colloquiomotivazionale.it)

ha previsto che gli Ospedali che danno la loro adesione al Programma si organizzino in Reti Nazionali/Regionali ciascuna con un Centro di Coordinamento direttamente connesso all'Ufficio Europeo dell'OMS.

Le reti internazionali HPH sono fondate sull'idea di fondo di incorporare nella struttura organizzativa di un ospedale e nella sua cultura i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute. Gli Ospedali per la Promozione della Salute possono avere un ruolo in tutte le azioni strategiche proposte dalla Carta di Ottawa: tuttavia l'ultima di queste "Riorientare i servizi sanitari", rappresenta una delle novità più importanti introdotte dal concetto di promozione della salute - "La responsabilità per la promozione della salute nei servizi sanitari è condivisa tra i singoli, i gruppi della comunità, gli operatori sanitari, le istituzioni che garantiscono il servizio sanitario e i governi. Essi devono lavorare insieme per un sistema di assistenza sanitaria che contribuisca a perseguire la salute. Il settore sanitario deve andare sempre più verso la promozione della salute, al di là della sua responsabilità di garantire servizi clinici e curativi". Infatti, non si tratta solo di riorganizzare l'esistente, di riordinarlo, di eseguire quanto già si faceva prima, ma di dare una nuova direzione agli sforzi fatti dall'intero sistema della tutela della salute, di cui l'ospedale è una delle parti. Adottare un'ottica legata alla promozione della salute impone di riflettere sul tipo e sulla appropriatezza delle prestazioni erogate che, oltre ad avere una documentata efficacia nella pratica clinica quotidiana, dovrebbero fornire alle persone i mezzi per assicurare un maggiore controllo sulla propria salute e per migliorarla, e non aumentare ulteriormente la loro dipendenza dal sistema. E' necessario che i servizi sanitari supportino i bisogni dei singoli e delle comunità di una vita più sana e riescano a stabilire alleanze con le componenti sociali, politiche, economiche della comunità, perché la salute di un individuo dipende non solo dal servizio sanitario, e

dall'ospedale in particolare, ma dall'insieme degli sforzi organizzati della comunità nei vari settori.

Le reti internazionali HPH e European Network for Smoke-free Healthcare Services (ENSH) concordano sul fatto che gli ospedali e i servizi sanitari hanno un ruolo importante nel contrastare l'uso del tabacco e i suoi effetti nocivi sulla salute. Tali obblighi comprendono non solo un ambiente senza fumo, ma anche un sostegno attivo per i fumatori nel loro percorso di disassuefazione coinvolgendo i familiari e tutte le persone della comunità.

Tobacco Free United (TFU) è una task force nata dalla collaborazione tra reti HPH e ENSH con lo scopo di sollecitare ospedali, servizi sanitari e gli operatori in essi attivi a lavorare per una società libera dal tabacco, applicando i principi della Carta di Ottawa, della Dichiarazione di Budapest e di altri documenti per la promozione della salute, nonché sulla base dell'esperienza della ENSH.

Le finalità della TFU sono:

- rafforzare i legami e la collaborazione tra i partner principali nel settore del tabacco all'interno degli Ospedali e nei Servizi Sanitari.
- Assicurare che gli Ospedali e Servizi Sanitari attuino buone pratiche e lavorino per una società libera dal tabacco. Ciò significa che gli Ospedali e Servizi Sanitari devono collaborare con le istituzioni pubbliche, con le organizzazioni di volontariato e gli altri partner della comunità per un mondo libero dal tabacco. Gli Ospedali e i Servizi Sanitari svolgono il loro ruolo non solo nel garantire un'organizzazione senza tabacco, ma anche per offrire servizi per smettere di fumare ai pazienti e agli affiliati, al personale e alla comunità.

Tra i suoi obiettivi specifici, vi è anche quello di sostenere la legislazione internazionale sul controllo del tabacco (FCTC - Convenzione Quadro dell'OMS sul Controllo del Tabacco) in modo da favorirne l'effettiva applicazione in

tutti i Paesi, fornendo, tra l'altro, strumenti di supporto per gli ospedali e i servizi sanitari. A questo proposito è stata creata la **TFU Charter-Carta Internazionale dell'Operatore Sanitario per la Lotta al Tabagismo** per il personale degli Ospedali e dei Servizi Sanitari (v. appendice A8). Con la sottoscrizione della Carta TFU, gli operatori sanitari si impegnano ad appoggiare e partecipare alla riduzione del consumo di tabacco nella popolazione generale in linea a quanto previsto nella FCTC (Framework Convention on Tobacco Control) - Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco approvata dall'Assemblea Generale OMS il 23.5.2003 sottoscritta da 168 nazioni, tra cui l'Italia, che l'ha ratificata con la Legge 18.3.2008 (G.U. Supplemento ordinario del 17.4.2008).

Si sottolinea che, ai fini di dare diffusione internazionale all'iniziativa e relativo sostegno (advocacy) è stato appositamente costruito uno spazio internet di riferimento internazionale <http://hph.ulssasolo.ven.it> (a cura della Azienda ULSS 8 Asolo, Centro di Coordinamento Veneto della Rete HPH) dove possono essere registrati i nominativi dei sottoscrittori, a cura di un referente regionale.

La Carta TFU è un valido strumento per sensibilizzare gli operatori sanitari e le Direzioni Aziendali a rispettare e diffondere i contenuti della FCTC ed, inoltre, chi la sottoscrive esprime, tra gli altri, il proprio assenso affinché si bandisca il fumo in tutti gli ospedali ed i servizi sanitari del mondo, e permette che il suo impegno e le proprie forze si uniscano a quelle di altri per ridurre il consumo di Tabacco, sapendo che esso è il più importante fattore di rischio voluttuario e causa di numerose morti premature nella nostra società.

## APPENDICI





## APPENDICE A: FAC-SIMILE DEGLI STRUMENTI

In questa appendice si propongono i fac-simile degli strumenti testati e utilizzati per la definizione di una politica aziendale per il controllo del tabacco nell'ambito del monitoraggio del rispetto del divieto di fumo negli ambienti sanitari previsto dal programma CCM del Ministero della Salute "Definizione e implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia".

### A1 Delibera aziendale

#### "VERSO OSPEDALI E SERVIZI SANITARI LIBERI DA FUMO"

**Definizione e implementazione del sistema di monitoraggio della normativa sul fumo in azienda.**

IL (indicare U.O. proponente).....

**(analisi strutturata problema tabagismo)** - inserire eventuale introduzione

La normativa vigente (Legge n. 584 del 11.11.1975, Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14.12.1995, Circolare Ministeriale del 28.3.2001 n. 4, Legge n.448 del 28.12.2001, art. 52, Legge n.3 del 16.1.2003 art. 51, D.L. n.32 del 3.3.2003) regola il divieto di fumo nei locali e nei mezzi di trasporto pubblici, prevedendo sanzioni per i trasgressori e indicando le modalità di accertamento, al fine di tutelare la salute della collettività.

Nel 2008 il CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) del Ministero della Salute ha affidato alla Regione del Veneto il coordinamento del progetto "DEFINIZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO DEL RISPETTO DELLA NORMATIVA SUL FUMO IN ITALIA" con gli obiettivi di garantire il monitoraggio della Legge 3/2003, implementare un sistema di protezione dal fumo passivo, definire una politica di promozione di una cultura libera dal fumo.

Il progetto ha avuto tra gli obiettivi il monitoraggio del rispetto della normativa sul divieto di fumo negli ambienti sanitari. Nonostante infatti il divieto sia ormai attivo da diversi anni, risulta ancora prioritario garantire il mantenimento nel tempo e l'uniformità dell'osservanza in tutti gli ambiti di competenza, in particolare per la rilevante valenza nell'ambito dell'educazione alla salute.

Spesso l'osservanza del divieto è resa difficile da molteplici aspetti, quali la riduzione nel tempo della percezione collettiva dell'importanza della norma per proteggere i non fumatori dal fumo, per la salute pubblica e la difficoltà di adesione ad un diverso stile di vita; la difficoltà di passare da mera applicazione della legge a promozione di una cultura della salute e della sua protezione, negli ambienti pubblici, negli ambiti lavorativi come nei servizi sanitari; la difficoltà nella definizione di chiare modalità organizzative di applicazione del divieto di fumo; le difficoltà legate allo svolgimento del proprio ruolo delle persone delegate al controllo del rispetto della normativa; la difficoltà nel definire ed utilizzare metodi uniformi e/o consolidati per il monitoraggio della normativa nell'intero territorio nazionale.

Tali difficoltà possono essere in parte superate sviluppando e applicando una politica aziendale per la creazione di ambienti sanitari liberi dal fumo e che promuovono la salute come obiettivo condiviso.

Alla luce di ciò, l'Azienda ULSS/ASL ..... si impegna a definire/sviluppare/sostenere la propria politica aziendale per la realizzazione di ambienti sanitari liberi dal fumo, realizzando le seguenti azioni:

- 1) approvare il piano operativo aziendale allegato
- 2) formalizzare la costituzione di un GRUPPO DI COORDINAMENTO AZIENDALE per l'implementazione del Progetto sopraccitato, costituito dai seguenti componenti (inserire cognome - nome - qualifica - servizio di appartenenza):
  - i. *rappresentante della direzione medica di presidio*
  - ii. *rappresentante del servizio infermieristico aziendale*
  - iii. *medico competente aziendale*
  - iv. *RSPP*
  - v. *rappresentante del dipartimento di prevenzione*
  - vi. *rappresentante del SERD*

- vii. *referente aziendale tabacco*
  - viii. *rappresentante HPH*
  - ix. *rappresentante del distretto*
  - x. *rappresentante centro antifumo*
- 3) affidare il coordinamento del gruppo di lavoro sopra definito al dr. ....
  - 4) disciplinare il divieto di fumo nelle strutture aziendali con apposito regolamento applicativo della normativa vigente (allegato alla presente)
  - 5) adottare i principi espressi dal Patto TFU - Tabacco Free United HPH-OMS (*facoltativo*)
  - 6) aumentare presso i dipendenti e gli utenti le conoscenze sui rischi legati al fumo di tabacco, sulle modalità di controllo del fumo nelle strutture aziendali e sulle opportunità di trattamento offerte (diffusione materiale informativo, trattamenti per smettere di fumare, ambulatorio specialistico, interventi di counseling motivazionale) e agevolare l'accesso ai dipendenti (*facoltativo*)
  - 7) aumentare nei dipendenti la consapevolezza del proprio ruolo nei confronti del controllo del fumo di tabacco (adesione alla TFU Charter, definizione questionario abitudine al fumo dipendenti.....) (*facoltativo*)
  - 8) promuovere iniziative di educazione alla salute in azienda e nel territorio creando alleanze intersettoriali (*facoltativo*)

#### IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione presentata dal...../ Udito il relatore.....

Acquisiti agli atti i pareri favorevoli espressi dai Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Sociali

#### DELIBERA

1. di approvare il piano operativo aziendale allegato
2. di formalizzare la costituzione di un GRUPPO DI COORDINAMENTO AZIENDALE per l'implementazione del Progetto sopraccitato, costituito dai seguenti componenti (inserire cognome - nome - qualifica - servizio di appartenenza ):
  - i. *rappresentante della direzione medica di presidio*
  - ii. *rappresentante del servizio infermieristico aziendale*
  - iii. *medico competente aziendale*
  - iv. *RSPP*
  - v. *rappresentante del dipartimento di prevenzione*
  - vi. *rappresentante del SERD*
  - vii. *referente aziendale tabacco*
  - viii. *rappresentante HPH*
  - ix. *rappresentante del distretto*
  - x. *rappresentante centro antifumo*
3. di affidare il coordinamento del gruppo di lavoro sopra definito al dr. ....

4. di disciplinare il divieto di fumo nelle strutture aziendali con apposito regolamento applicativo della normativa vigente (allegato alla presente)
5. di adottare i principi espressi dal Patto TFU - Tobacco Free United (*facoltativo*)
6. di aumentare presso i dipendenti e gli utenti le conoscenze sui rischi legati al fumo di tabacco, sulle modalità di controllo del fumo nelle strutture aziendali e sulle opportunità di trattamento offerte (diffusione materiale informativo, trattamenti per smettere di fumare, ambulatorio specialistico, interventi di counseling motivazionale) e agevolarne l'accesso ai dipendenti (*facoltativo*)
7. di aumentare nei dipendenti la consapevolezza del proprio ruolo nei confronti del controllo del fumo di tabacco (adesione alla TFU Charter, definizione questionario abitudine al fumo dipendenti.....) (*facoltativo*)
8. di promuovere iniziative di educazione alla salute in azienda e nel territorio creando alleanze intersettoriali (*facoltativo*)

*Allegato alla Delibera Aziendale: Piano operativo aziendale*

Azioni	Soggetto responsabile	Tempi (da definire)
Costituzione gruppo di coordinamento multidisciplinare aziendale e individuazione del coordinatore	Direttore Generale	
Approvazione Delibera aziendale di adesione al Progetto	Direttore Generale	
Aggiornamento registro del personale accertatore	Incaricato dal gruppo di coordinamento aziendale	
Mappatura delle aree di competenza e delle zone di vigilanza di ciascun accertatore	Incaricato dal gruppo di coordinamento aziendale	
Approvazione della Delibera aziendale per la nomina/ conferma degli accertatori	Gruppo di coordinamento aziendale	
Organizzazione e realizzazione della formazione del personale accertatore	Referente regionale valutazione e formatori accreditati appartenenti al gruppo di coordinamento aziendale	
Individuazione degli accertatori esterni (Facoltativa)	Gruppo di coordinamento aziendale	
Approvazione della Delibera aziendale per la nomina degli accertatori esterni e relative zone di vigilanza (Facoltativa)	Gruppo di coordinamento aziendale	
Adeguamento cartellonistica	Gruppo di coordinamento aziendale	
Rilevazione (compilazione delle schede per il monitoraggio: ogni accertatore dovrà compilare almeno una check-list e scheda sulla propria attività per ogni zona di vigilanza di competenza)	Personale accertatore	
Inserimento dati nel supporto informatico fornito dalla Regione del Veneto e invio al referente regionale per la valutazione	Gruppo di coordinamento aziendale	



## A2 Regolamento aziendale

### ***“Divieto di fumo nei locali della ASL... e disciplina del procedimento sanzionatorio” approvato con Delibera n..... del .....***

#### *Art.1 - Principi*

1. L'Azienda ASL n.... si impegna, con il presente regolamento, a far rispettare il divieto di fumo stabilito dalle leggi statali e regionali, e specificatamente dalla L. 16/01/2003, dal DPCM 23/12/2003, dall'Accordo 16 dicembre 2004.
2. L'Azienda ASL n....si prefigge di:
  - proteggere i non fumatori dai danni provocati dal fumo passivo;
  - sostenere i fumatori nella scelta di smettere di fumare;
  - fornire alla popolazione un modello di riferimento di stile di vita libero dal fumo.

#### *Art. 2 - Oggetto*

1. Il presente Regolamento disciplina il divieto di fumare nei locali e sui mezzi di trasporto utilizzati dalla ASL n....., in attuazione della L. 585/75 e s.m.i., dell'art. 51 della L. 3/2003, delle Circolari e Direttive interpretative e delle successive modifiche e integrazioni e in ottemperanza al D.Lgs. 81/2008 in materia di sicurezza e salute dei lavoratori.
2. Disciplina, altresì, il procedimento sanzionatorio in applicazione della L. 689/81.
3. Il presente regolamento si applica nei confronti del personale dipendente e convenzionato e di tutti coloro che frequentano a qualsiasi titolo i locali dell'Azienda.
4. Le misure organizzative necessarie per l'applicazione del divieto sono adottate dalla ASL n.. secondo i criteri di cui agli articoli successivi. Per quanto non previsto dal presente Regolamento si fa rinvio alla normativa vigente in materia.

#### *Art. 3 - Ambito di applicazione del divieto di fumo*

1. E' vietato fumare in tutti i locali e spazi chiusi dell'Azienda ASL n...
2. E' vietato fumare in tutti i mezzi e autoveicoli dell'Azienda.
3. E' vietato fumare anche nei seguenti spazi esterni aperti di pertinenza dell'Azienda: spazi adiacenti alle porte di ingresso, pensiline di passaggio, cortili interni, giardini, ecc.

#### *Art. 4 - Cartellonistica*

In tutti i locali e luoghi chiusi dell'Azienda ASL n... nei quali si applica il divieto di cui all'articolo precedente, devono essere affissi appositi cartelli, adeguatamente visibili, recanti la scritta “VIETATO FUMARE”, l'indicazione della legislazione di riferimento, le sanzioni previste per i trasgressori, l'indicazione dei soggetti cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto e ai quali compete accertare le infrazioni ai sensi dell'art. 5 successivo. Tali soggetti saranno individuati nominalmente. Tuttavia al fine di assicurare un controllo continuativo in strutture caratterizzate dalla presenza di personale soggetto a turni o elevato turnover, è consentito indicare la categoria (es. infermieri, medici, etc) di appartenenza dei soggetti addetti alla vigilanza, purchè questi siano facilmente identificabili dall'utenza.

*Art. 5 - Soggetti responsabili dell'applicazione della normativa*

1. Sono responsabili dell'applicazione della normativa per i locali e spazi assegnati in via esclusiva alle strutture da loro dirette:
  - I Direttori di Dipartimento delle aree ospedaliere, territoriali e delle strutture amministrative
  - I Direttori Medici dei Presidi Ospedalieri
  - I Direttori dei Distretti Sanitari
  - I Direttori delle Unità Operative Complesse sanitarie, tecniche o amministrative
  - I Responsabili delle R.S.A., dei Centri Diurni e di socializzazione
  - ....
2. In particolare costoro devono nelle strutture da loro dirette:
  - Individuare e incaricare, con atto scritto, comunicato all'interessato, i soggetti cui spetta l'obbligo di vigilare sull'osservanza del divieto e di accertare e contestare le infrazioni. Le nomine devono essere effettuate in maniera tale da garantire il controllo durante l'intero periodo di apertura delle strutture. I soggetti designati previa consultazione non possono rifiutare l'incarico conferito fatto salvo giustificata motivazione. I suddetti nominativi, e ogni loro variazione, devono essere comunicati per iscritto al Gruppo di coordinamento che provvederà ad aggiornare l'apposito registro.
  - Curare l'affissione dei cartelli e mantenere aggiornati i nominativi ivi indicati.
  - Accertare eventuali violazioni ed applicare le relative sanzioni a carico del personale incaricato di far osservare il divieto che non ottemperi alle disposizioni di legge e del presente regolamento.
3. Nel caso in cui i Direttori di cui al primo comma del presente articolo non abbiano proceduto alle nomine degli incaricati alla vigilanza, sono tenuti, personalmente, ad assicurare la vigilanza, gli accertamenti e le contestazioni e il loro nome verrà riportato sul cartello.
4. È fatta facoltà al Direttore Generale di provvedere alla nomina di soggetti cui spetta di vigilare sull'osservanza del divieto e di accertare e contestare le infrazioni in strutture diverse da quella in cui il soggetto presta servizio (personale accertatore esterno).

*Art. 6 - Doveri dei soggetti preposti alla vigilanza sul rispetto del divieto*

1. I soggetti cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto, nominati con le modalità di cui all'art. precedente, devono essere dotati di cartellino di riconoscimento aziendale e devono partecipare a iniziative di aggiornamento nella materia in oggetto organizzate dall'amministrazione.
2. Ad essi compete:
  - vigilare sull'osservanza dell'applicazione del divieto
  - accertare le infrazioni, contestando immediatamente, qualora sia possibile, la violazione al trasgressore
  - redigere il verbale di accertamento/contestazione secondo le modalità previste dal successivo articolo.

*Art. 6bis - Altri compiti dei soggetti preposti alla vigilanza sul rispetto del divieto*

Compilare periodicamente, secondo i tempi previsti dal Gruppo di coordinamento aziendale, le schede relative al monitoraggio ambientale del divieto di fumo in Azienda e l'attività del personale accertatore.

## Art. 7 - Disciplina del procedimento sanzionatorio amministrativo

### 1. Sanzioni

I trasgressori sono soggetti alle sanzioni amministrative previste dalla normativa vigente e in particolare per effetto dell'art. 51, comma 5 della L.3/2003 e s.m:

- a) i trasgressori al divieto di fumo sono soggetti alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da Euro 27,50 (ventisette/50) a Euro vigente 275 (duecentosettantacinque);
- b) la sanzione di cui al punto precedente viene raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino ai 12 anni;
- c) i Responsabili dell'applicazione della normativa ai sensi dell'art. 5 del presente Regolamento che non ottemperino alle disposizioni di legge e del presente regolamento sono soggette al pagamento di una somma da Euro 220 (duecento venti) a Euro 2.200 (duemiladuecento).

### 2. Oblazioni

Ai sensi dell'art. 16 della L. 689/81 e s.m. e i. il trasgressore è ammesso al pagamento della sanzione in misura ridotta, pari alla terza parte del massimo o, se più favorevole, al doppio del minimo, della sanzione stessa, entro il termine di 60 giorni dalla contestazione immediata, o se questa non vi è stata, dalla notificazione degli estremi della violazione. Per quanto sopra è più favorevole il pagamento del doppio del minimo previsto dalla norma. Pertanto per la violazione del comma precedente del presente regolamento sono previste le seguenti sanzioni:

lettera a): euro 55 (cinquantacinque)

lettera b): euro 110 (centodieci)

lettera c): euro 440 (quattrocentoquaranta)

### 3. L'accertamento e Contestazione

Nei casi di violazione del divieto, i soggetti individuati ai sensi dell'art. 5 del presente regolamento, procedono all'accertamento dell'infrazione redigendo il verbale di contestazione.

I suddetti soggetti sono tenuti a procedere all'accertamento di eventuali violazioni ed alla conseguente verbalizzazione anche dietro richiesta effettuata da altri operatori dell'ASL o da cittadini.

All'accertamento delle violazioni possono procedere anche gli Ufficiali o gli Agenti di Polizia Giudiziaria.

L'accertamento dell'infrazione deve essere effettuato utilizzando l'apposito modulo numerato e consegnato ad ogni incaricato (allegato al regolamento).

Il verbale di accertamento è redatto in tre copie:

- la prima va consegnata al trasgressore quale contestazione immediata o notificata secondo le modalità di cui all'art. 14 della L. 689/81;
- la seconda va conservata a cura del personale accertatore;
- la terza va trasmessa, in tempi brevi, all'Ufficio.....

Copia del verbale di contestazione deve essere consegnata al trasgressore anche quando lo stesso si rifiuti di sottoscriverlo. Tale eventualità deve essere riportata sul verbale.

Il verbale deve contenere:

- gli estremi del trasgressore;
- l'indicazione della violazione compiuta;
- le modalità del pagamento (a chi deve essere trasmessa la somma, l'entità della riduzione dell'importo);
- l'indicazione della autorità a cui far pervenire scritti difensivi.

#### 4. Il pagamento

A norma dell'art. 16 della L. 689/81 è ammesso il pagamento di una somma uguale alla terza parte del massimo della sanzione prevista o al doppio della sanzione minima, se più conveniente, oltre alle spese del procedimento (spese postali), entro il termine di 60 giorni dalla contestazione immediata o dalla notificazione.

Il personale incaricato di cui sopra non può ricevere direttamente il pagamento dal trasgressore.

Il pagamento è effettuato dal trasgressore a mezzo di bollettino c/c postale intestato al Comune territorialmente competente (verificare le normative regionali in materia).

#### 5. La notificazione e le comunicazioni all'autorità competente

La violazione deve essere contestata immediatamente al trasgressore. Qualora egli non intenda conciliare, gli estremi della violazione debbono essergli notificati entro 90 giorni dall'accertamento. Per la forma di contestazione immediata o della notificazione si applicano le disposizioni previste dalla legge vigente (L. 689/81).

L'Ufficio.... dopo aver ricevuto la copia del verbale di accertamento curerà la notificazione del verbale al trasgressore laddove non sia stata fatta la contestazione immediata, provvederà all'inoltro al Comune, nel cui territorio è avvenuta l'infrazione, del rapporto e della comunicazione di notificazione ai sensi dell'art. 17 della L. 689/81, procederà alla verifica dell'avvenuto pagamento e alla successiva comunicazione al Sindaco. Qualora non risulti effettuato il pagamento, lo comunicherà all'autorità comunale competente che avvierà il procedimento di riscossione coatta.

#### 6. Scritti difensivi

Ai sensi dell'art. 18 della L. 689/81 entro 30 giorni dalla data di contestazione o notificazione della violazione, l'interessato può far pervenire al Comune nel cui territorio è stata accertata l'infrazione, scritti difensivi e documenti e può chiedere di essere sentito dalla medesima autorità.

L'autorità competente applicherà le vigenti disposizioni in materia di ordinanza-ingiunzione.

#### *Art. 8 - Sanzioni disciplinari*

Ferme restando le sanzioni pecuniarie, è facoltà dell'Amministrazione avviare procedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti che contravvengono al presente regolamento. A tal fine tutte le infrazioni contestate a personale dipendente e convenzionato verranno comunicate all'Ufficio...

Utenti/visitatori che non rispettano l'eventuale divieto di fumare negli spazi esterni di competenza dell'Azienda saranno richiamati al rispetto del regolamento adottato dall'Amministrazione Aziendale.



**VERBALE DI ACCERTAMENTO DI INFRAZIONE DEL DIVIETO DI FUMO**  
*Legge 11.11.1975 n. 584 e art. 51 della L. n.3 del 16.01.2003*  
**VIOLAZIONE AMMINISTRATIVA legge 24.11.1981 n. 689**

Il giorno.....del mese..... nell'anno..... alle ore..... nei locali del.....  
 il sottoscritto.....incaricato dell'accertamento delle infrazioni al divieto di fumo

**HA ACCERTATO**

che il Sig..... nato a..... il ..... residente a.....

**HA VIOLATO le disposizioni contenute nella Legge 11.11.1975 n. 584 e Legge 16.01.2003 n. 3,**  
 avendo constatato che lo stesso stava fumando all'interno di .....

L'interessato all'atto della contestazione dichiara:.....

**MODALITA' DI ESTINZIONE**

Per la violazione accertata è prevista una sanzione da 27,5 Euro a 275 Euro. Tale sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino ai 12 anni di età.

Ai sensi dell'art. 16 della L.689/1981, il trasgressore ha facoltà di pagare, entro 60 (sessanta) giorni dalla notifica degli estremi delle violazioni, un importo pari al doppio del minimo previsto dalla legge. Pertanto, per la violazione accertata potrà versare la somma di:

- 55 Euro in quanto violazione semplice
- 110 Euro in quanto la violazione è stata commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino ai 12 anni di età

La somma sopraindicata dovrà essere versata a (citare l'Autorità competente a ricevere l'importo)....., utilizzando (indicare).....,

trasmettendo copia della ricevuta di pagamento a (indicare ufficio della ASL, indirizzo e telefono).....

Trascorsi i suddetti termini saranno adottati i provvedimenti di cui al 2° comma dell'art. 18 della L.689/81, quali l'ingiunzione di pagamento della somma dovuta da parte di (citare l'Autorità competente a ricevere l'importo).....

Si fa presente che per l'art. 18 della L.689/1981 è facoltà di colui al quale è stata contestata la violazione, ricorrere contro la stessa, entro 30 (trenta) giorni dalla notifica, presentando a.....(citare l'Autorità competente a ricevere il rapporto) scritti difensivi e/o documenti e chiedere di essere sentito in merito alla sanzione.

**IL VERBALIZZANTE**

**L'INTERESSATO**

**L'OBBLIGATO in SOLIDO**







## A4 Check list per il monitoraggio del rispetto della legge

### Monitoraggio del rispetto della normativa di divieto di fumare negli ambienti sanitari

#### Check list per il controllo ambientale del divieto di fumo in Azienda

Regione: \_\_\_\_\_ ASL: \_\_\_\_\_

Accertatore: \_\_\_\_\_ (specificare)  Interno  Esterno

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ ora inizio: \_\_:\_\_ ora fine: \_\_:\_\_

Zona di vigilanza:

Ospedale	Dipartimento: _____	Unità Operativa: _____
Servizi territoriali	Dipartimento: _____	Unità Operativa: _____
Amministrazione (non inclusa nelle due voci precedenti)	Dipartimento: _____	Unità Operativa: _____

Presenza cartelli regolamentari che indicano il divieto di fumo?  SI  NO

➤ nei locali principali  SI  NO

➤ nei locali interni  SI  NO

➤ visibilità cartelli  SI  NO

➤ integrità cartelli  SI  NO

<u>Locale visitato</u> (segnare con X il locale visitato)	Durante la visita, hai notato una o più persone fumare?	Ci sono posacenere nel locale?	Ci sono mozziconi di sigaretta per terra?	Come definiresti il livello di odore di fumo di sigaretta?
<input type="checkbox"/> Uffici amministrativi/segreteria	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Uffici vari /archivi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Ambulatori	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Studio medico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Stanza personale sanitario	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Stanze per degenza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Sala attesa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Spogliatoi	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Cucina	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Mensa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Bar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Punti di ristoro	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Servizi igienici	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Depositi, magazzini, lavanderie	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Aree di passaggio (scale, corridoi, zona timbratura...)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente
<input type="checkbox"/> Altri locali (specificare) ..... .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Assente Presente

## A5 Scheda per il monitoraggio delle attività del personale accertatore

Monitoraggio del rispetto della normativa di divieto di fumare negli ambienti sanitari

### Attività del personale accertatore

Regione: \_\_\_\_\_ ASL: \_\_\_\_\_

Accertatore: \_\_\_\_\_ (*specificare*)  Interno  Esterno

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Zona di vigilanza:

---

Ospedale	Dipartimento: _____	Unità Operativa: _____
<hr/>		
Servizi territoriali	Dipartimento: _____	Unità Operativa: _____
<hr/>		
Amministrazione (non inclusa nelle due voci precedenti)	Dipartimento: _____	Unità Operativa: _____
<hr/>		

## ATTIVITÀ DELL'ACCERTATORE

- 1) Ha effettuato interventi brevi di counseling antitabagico verso colleghi?  
se si specificare a quante persone\_\_\_\_\_  SI  NO
- 2) Ha effettuato interventi brevi di counseling antitabagico verso  
pazienti?  
se si specificare a quante persone\_\_\_\_\_  SI  NO
- 3) Ha effettuato interventi brevi di counseling antitabagico verso utenti  
esterni/visitatori?  
se si specificare a quante persone\_\_\_\_\_  SI  NO
- 4) Ha elevato contravvenzioni?  
se si specificare quante \_\_\_\_\_  SI  NO
- 5) Durante i controlli ambientali ha rilevato non conformità nella  
cartellonistica  SI  NO
- 6) Se durante i controlli ambientali ha rilevato non conformità nella  
cartellonistica, ha provveduto a segnalarle all'ufficio/persona  
competente?  SI  NO
- 7) Ha dato indicazioni sulle attività aziendali di disassuefazione presenti  
in azienda (ambulatorio per smettere di fumare, corsi per smettere di  
fumare)?  SI  NO  
se si specificare  
quali\_\_\_\_\_



## A6 Segnalazione di non conformità

Fac-simile segnalazione di non conformità della cartellonistica  
(in carta intestata dell'Azienda e protocollata)

**Oggetto: Segnalazione di non conformità rilevata dal controllo ambientale del divieto di fumare in Azienda**

**Al Coordinatore del Gruppo di  
Coordinamento Aziendale**

.....  
.....

**Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato alla  
vigilanza-controllo del divieto di fumo presso la struttura aziendale \_\_\_\_\_,  
sede di \_\_\_\_\_ in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_, segnala alla SV la seguente non  
conformità:**

- NON È PRESENTE LA CARTELLONISTICA NELL'AREA DI COMPETENZA;**
- LA CARTELLONISTICA PRESENTE NON HA GLI IMPORTI SANZIONE CORRETTI;**
- LA CARTELLONISTICA PRESENTE NON HA INDICATO IL NOMINATIVO DEL PERSONALE ACCERTATORE;**
- È NECESSARIO FORNIRE N° \_\_\_\_\_ CARTELLI DI DIVIETO DI FUMO CHE SARANNO POSIZIONATI:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- È STATA RILEVATA PRESENZA DI N° \_\_\_\_\_ POSACENERE E/O CONTENITORI CON RESIDUI DI SIGARETTE.**

**L'ACCERTATORE  
(firma)**



## A7 Cartellonistica

*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.



A8:

## TFU Charter-Carta Internazionale dell'Operatore Sanitario per la Lotta al Tabagismo - HPH "Health Promoting Hospital" - OMS

HPH & ENSH Collaborative Taskforce on Tobacco  
Tobacco Free United – (TFU)



### TFU CHARTER

Come personale operante in ambito sanitario:

1. **Sono cosciente degli effetti dannosi del tabacco**
  - su ciascun fumatore / consumatore di tabacco
  - su ciascuna persona che vive con un fumatore
  - sulla società
2. **Sono a conoscenza che** l'esposizione al fumo ambientale, detta anche esposizione al "fumo passivo", rappresenta una consistente causa di morbidità e mortalità che impone importanti costi alla società
3. **Sono cosciente che il tabacco è una droga che causa dipendenza psichica e fisica**
4. **Sono pronto ad intervenire sui fumatori motivandoli a smettere**
5. **Sono disponibile a scoraggiare l'uso del tabacco:**
  - presentandomi come modello di non fumatore
  - sostenendo che ospedali e i servizi sanitari debbano rimanere "aree libere dal fumo"
  - sostenendo azioni per far smettere di fumare i pazienti fumatori e loro familiari
  - promuovendo la cessazione del tabacco nella mia vita sociale
6. **Mi rendo conto che, in quanto operatore sanitario, ho una grande responsabilità** non solo nei confronti dei pazienti ma anche dei colleghi, in generale verso il pubblico ed in particolare verso le giovani generazioni

*Invito le Direzioni Aziendali a favorire appropriate misure preventive*

**Noi - in qualità di Operatori di Strutture Sanitarie - uniamo il nostro impegno e le nostre forze per ridurre il consumo di Tabacco, sapendo che esso è il più importante fattore di rischio volontario di morte e causa di numerose morti premature nella nostra società.**

**Consideriamo di fondamentale importanza che in tutto il mondo - quanto prima - i nostri Governi rendano applicative le disposizioni che si sono impegnati ad attuare sottoscrivendo la Convenzione Quadro sul Controllo del Tabacco dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.**

*Permetto di pubblicare il mio nome e la mia adesione nel registro della TFU Charter sia in cartaceo che su web.*

**Nome e Cognome** .....

**Professione** .....**Ospedale/Servizio**.....

.....**Città**.....**Paese: ITALIA**

**Data** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Firma** .....

Sito dove è visibile la lista firmatari TFU Charter: <http://hph.ulssasolo.ven.it>



## APPENDICE B: SCHEDE INFORMATIVE

### B1 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 (monossido di carbonio, composti organici volatili, ossidi di azoto, anidride solforosa) 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 fumo attivo (quello che il fumatore aspira direttamente con la boccata detto anche *mainstream smoke o fumo centrale*) e fumo passivo (detto anche *environmental tobacco smoke o ETS o sidestream smoke o fumo laterale*). Sebbene distinti in due categorie separate, va sottolineato che dal punto di vista fisico-chimico non ci sono particolari differenze tra fumo attivo e passivo: 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 fumo attivo). Si formano, in ogni caso, 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: il monossido di carbonio può aumentare 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 articolato fine o polveri sottili) raddoppiare (Invernizzi G. 2004). Nella tabella seguente 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 e la metà del monossido di carbonio 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%. E' 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 perchè 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 e penetra pure nell'organismo del feto e nel 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, 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 350 volte maggiore). Si forma così la carbossiemoglobina che impedisce il trasporto dell’ossigeno. Il sangue di un non fumatore contiene in genere una quantità di carbossiemoglobina oscillante tra 0,5 e 2%. Il consumo di 20 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 fumatori di 2-3 pacchetti al dì: 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 causa del danno endoteliale e un precoce invecchiamento della pelle dovuto anche alla generazione di radicali liberi prodotti dalle sostanze ossidanti del fumo (Invernizzi G., 2004).

**Sostanze ad azione irritante.** Le principali sostanze ad azione irritante sono l’ossido di azoto, i fenoli, la formaldeide, l’acroleina, l’ammoniaca. Sono presenti in forma gassosa o adsorbiti al particolato, sono responsabili dei processi metabolici di tipo infiammatorio sulle 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, sono estremamente pericolose. Fra le più usate ricordiamo: furfurolo, mentolo, glicerina e glicoli, cacao, liquirizia, zuccheri. Alcune sembrano innocue perchè usate come alimenti, ma, sottoposte all'azione termica della combustione, si trasformano in prodotti tossici.

**Tab. n. 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/FL
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

*µg* = microgrammi

*ng* = nanogrammi

*pCi* = picoCurie

FC = Fumo Centrale

FL = Fumo Laterale

FL/FC = rapporto fra fumo laterale e centrale

*T* = agente tossico

*CT* = tossico per le cilia, inibitore della clearance mucociliare delle vie respiratorie

*C* = agente cancerogeno o sospetto

*CoC* = agente cocancerogeno

*I* = agente irritante



## B2 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 da fumo **acuti** 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'effetto 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 a carico di tutti gli organi, non solo dell'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 diffondersi 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'**apparto cardiocircolatorio**, il fumo è causa di infarto, ictus ed emorragie cerebrali, ipertensione arteriosa, tachiaritmie, arteriopatia obliterante periferica, aneurisma dell'aorta e quello 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, al più elevato declino della annuale della VEMS (funzionalità ventilatoria), e a una aumentata presenza di enfisema.

**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 embio-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 che non fumano; 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 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).

### **Cardiopatia ischemica**

Il fumo passivo è causalmente associato ad un aumentato rischio di morbidità e mortalità per cardiopatia 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 2001, Zitting 2002, USDHHS 2006).

Vi è un'evidenza suggestiva ma non sufficiente relativamente all'insorgenza di incidenti 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 anche brevi 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 nelle 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, di riduzione della funzione respiratoria, asma e broncopneumopatia 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 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 che soffrono nei primi due anni di vita per infezioni respiratorie acute, il 9% dei casi pediatrici prevalenti di asma bronchiale, il 10% dei bambini con sintomi respiratori cronici, e il 14% bambini con otite media debbano la propria malattia al fumo di sigarette dei genitori (Forastiere 2002).

### B3 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 (Balmes 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 e Vallyathan, 2003). Lavoratori esposti a cadmio presentavano alterazioni indicative di enfisema polmonare. Un recente studio ha dimostrato una significativa interazione tra abitudine al fumo di tabacco ed 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); alcuni 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 efficace la terapia 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 e Samet, 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 una 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 di 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  $\alpha$ -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).

## B4 I benefici dello smettere di fumare<sup>4</sup>

Una delle convinzioni frequenti in un fumatore candidato alla cessazione è che il danno già instaurato non è più riparabile, e questa convinzione diventa spesso un motivo di ritardo e di titubanza nell'iniziare un programma di disassuefazione.

La ricerca ha invece ampiamente dimostrato che in assenza di patologie in atto, smettere di fumare consente, in un certo lasso di tempo, di tornare ai livelli di rischio dei non fumatori. Qualora si fosse già verificato qualche danno, smettere ferma comunque la progressione e il peggioramento della malattia.

### Benefici a brevissimo termine

- dopo 20 minuti dall'ultima sigaretta la pressione arteriosa si normalizza;
- dopo 8 ore vi è una riduzione della metà dei livelli di nicotina e di monossido di carbonio nel sangue e il livello di ossigeno torna normale;
- dopo 24 ore il monossido di carbonio viene eliminato dal corpo e i polmoni iniziano ad autodepurarsi da muco ed altri detriti
- dopo 48-72 ore la nicotina viene eliminata, il sapore delle cose è di nuovo apprezzabile, il respiro migliora sensibilmente.

### Breve termine

- da 2 a 12 settimane di astensione si normalizza la temperatura cutanea di mani e piedi; migliorano gli scambi gassosi respiratori della circolazione; la pelle ritorna più luminosa, l'alito più gradevole e l'odore complessivo diventa più piacevole.

### Medio termine

- da 3 mesi ai 12 mesi di astensione: migliora la tosse e i problemi respiratori; si ha una riduzione del rischio di mortalità per malattie cardiovascolari.

### Lungo termine

- dai 10 ai 15 anni di astensione: il rischio di tumore polmonare e di malattie cardiovascolari è paragonabile a quello di una persona che non ha mai fumato.

### Inoltre

- Per gli uomini che smettono di fumare si riduce il rischio di impotenza;
- Le donne che smettono di fumare, prima o durante il primo trimestre della loro gravidanza, riducono il rischio di avere un figlio sottopeso alla nascita, al pari di una non fumatrice.
- Le donne che smettono di fumare riducono il rischio di una menopausa precoce.

---

<sup>4</sup> Tratto dal manuale operativo per conduttori "Trattamento di gruppo per smettere di fumare" Regione del Veneto, 2010





## APPENDICE C: LA GUIDA PER L'ACCERTATORE<sup>5</sup>

Questo testo è dedicato agli incaricati della vigilanza per il rispetto della normativa sul fumo presso le Aziende Sanitarie. Si tratta di un piccolo manuale che potrà servire a conoscere meglio le procedure principali del controllo e rispondere ad alcune domande più frequenti sull'argomento.

### *Che cos'è la vigilanza per il rispetto della normativa sul fumo?*

Con questo termine s'intende l'attività di chi controlla che siano rispettate le disposizioni in materia, con particolare riferimento al regolamento emanato dall'Azienda Sanitaria. Nello specifico l'attività consiste nel:

- controllare che non ci siano persone che fumano nei luoghi chiusi o in altre zone dove è vietato fumare
- controllare che non ci siano persone che fumano nei luoghi chiusi o in altre zone dove è vietato fumare in presenza di donne in stato di gravidanza o di bambini
- controllare che ci siano i cartelli di divieto di fumo nelle zone dove vige il divieto
- verificare che il locale per i fumatori sia dotato delle apposite segnaletica e che l'impianto sia regolarmente funzionante.

Per ogni settore, struttura, reparto ecc. è stato individuato personale interno alla stessa Unità Operativa, oppure esterno cioè appartenente ad altra Unità Operativa, a cui assegnare tale compito; questo opuscolo è stato realizzato per facilitare il loro lavoro.

### *Da dove si deve iniziare?*

Prima di iniziare il controllo è bene fare una ricognizione dei locali che ci sono stati assegnati; sarà cura dell'accertatore controllare che in essi siano stati apposti i cartelli e sollecitare la loro affissione ove mancassero. Durante la vigilanza è necessario tenere appuntato sugli abiti il cartellino di riconoscimento aziendale, soprattutto nel caso di accertatore esterno alla struttura.

### *Locali soggetti al divieto*

La normativa sul fumo e il regolamento aziendale delimita l'ambito di applicazione del divieto di fumo:

1. È vietato fumare in tutti i locali e spazi chiusi dell'Azienda ad eccezione di quelli appositamente predisposti e rispondenti ai requisiti di cui al D.P.C.M. 23/12/2003.
2. È altresì vietato fumare a bordo degli automezzi dell'Azienda.
3. Il regolamento si applica nei confronti del personale dipendente e convenzionato e di tutti coloro che frequentano a qualsiasi titolo i locali dell'Azienda
4. Certe Aziende nel proprio regolamento hanno esteso il divieto ad alcuni spazi esterni aperti di pertinenza dell'Azienda come spazi adiacenti alle porte di ingresso, pensiline di passaggio, cortili interni, giardini, ecc.

### *Passare all'azione*

Il dipendente incaricato, durante il proprio orario di servizio, può imbattersi in soggetti che non rispettano il divieto di fumo. È opportuno invitare la persona a smettere di fumare con atteggiamento calmo e disponibile, tendente a convincerla senza creare opposizioni. Un atteggiamento aggressivo o da "sceriffo" compromette la serenità del rapporto umano e rende più difficoltoso il compito successivo, in particolare se il contravventore è un collega. Quando l'accertatore trova una persona che fuma in palese

<sup>5</sup> (estratta e rivista da Guida per i "controllori" AUSL 10 – Firenze, CSPE Mario Braccini e CSP Aniela Pratesi, edizione 2007)

trasgressione alla legge vigente in materia deve elevare la contravvenzione, previa identificazione del soggetto.

### ***Come s'identifica una persona?***

Il personale accertatore, che si sarà qualificato mostrando il cartellino, chiederà le generalità e l'indirizzo del contravventore, che riporterà sul verbale.

### ***E se la persona si rifiuta di dare le proprie generalità?***

L'accertatore non può costringere il contravventore a dare le proprie generalità. Può invitarlo: a spegnere la sigaretta o ad uscire, oppure, nei casi più gravi (resistenza, minacce ecc.), richiedere l'intervento della Polizia o dei Carabinieri (o del posto di guardia ospedaliero, se presente). Non può in ogni caso trattenerlo contro la sua volontà. Anche in questa situazione si raccomanda la massima cortesia per non scatenare reazioni violente, tenendo presente che molte persone si trovano nell'ambiente ospedaliero per gravi motivi (malattie, operazioni, lutti).

### ***Modalità di estinzione***

L'art. 16 della Legge 689/81 ammette il pagamento in misura ridotta della sanzione se il versamento viene effettuato entro 60 giorni dalla contestazione immediata o, se questa non vi è stata, dalla notificazione degli estremi della violazione. In forza di tale norma il trasgressore può pagare 1/3 del massimo o il doppio del minimo se più favorevole.

Il pagamento deve avvenire secondo le modalità definiti dalla normativa vigente locale.

In caso di mancato pagamento entro i termini suddetti l'autorità competente provvederà all'emissione dell'ordinanza-ingiunzione di cui all'art. 18 della Legge 689/81.

### ***Modalità di ricorso***

Ai sensi dell'art. 18 della Legge 689/91, entro 30 giorni dalla data di contestazione o notificazione della violazione gli interessati possono far pervenire alle autorità competenti, scritti difensivi e documenti in carta semplice, nonché possono chiedere di essere sentiti direttamente in merito. L'autorità competente, sentiti gli interessati, ove questi ne abbiano fatto richiesta, ed esaminati i documenti inviati e gli argomenti esposti, se ritiene fondato l'accertamento, determina, con provvedimento motivato, la somma dovuta per la violazione e ne ingiunge il pagamento, in caso contrario emette ordinanza motivata di archiviazione degli atti comunicandola integralmente all'organo che ha redatto il rapporto. In base alla normativa vigente, a chi è stata contestata la violazione, è data comunque facoltà di ricorrere contro la stessa all'Autorità Giudiziaria Ordinaria territorialmente competente, sia nel caso in cui non abbia fatto ricorso all'autorità, sia qualora quest'ultima abbia emanato l'ingiunzione di pagamento della sanzione.

### ***Come si compila il verbale?***

Il verbale va compilato in maniera compiuta, sbarrando quelle parti che non interessano. Al termine della compilazione si chiederà al soggetto se intende rilasciare una breve dichiarazione, da riportare nell'apposito spazio. Infine si porge al contravventore per la firma.

Il verbale è costituito dalle seguenti sezioni riservate:

- all'identificazione dell'accertatore, del luogo dove si è accertata l'infrazione e il quando;
- all'identificazione del trasgressore;
- alla descrizione dell'infrazione accertata. Si riportano qui di seguito, la maggior parte dei casi che si possono presentare:

**Caso A**

*“per avere omesso di rispettare il divieto di fumo nel locale adibito a... (specificare) - art. 2 L.R.T. 04.02.2005 n. 25 e art. 5 Regolamento Aziendale”*

**Caso B**

*“per avere omesso di apporre i cartelli col divieto di fumo nel locale adibito a... (specificare) art. 5 L.R.T. 04.02.2005 n. 25 e art. 5 Regolamento Aziendale”*

**Caso B2**

*“per avere omesso di apporre i cartelli col divieto di fumo nel locale adibito a... (specificare); inoltre l'impianto di condizionamento dell'aria non funziona o non è perfettamente efficiente art. 5 L.R.T. 04.02.2005 n. 25 e art. 5 Regolamento Aziendale “*

**Caso C**

*“per avere omesso di far rispettare il divieto di fumo essendo incaricato della vigilanza e dell'accertamento delle infrazioni- art.52, c. 20 Legge n. 448/2001-art. 5 L.R.T. 04.02.2005 n.25 e art. 5 Regolamento Aziendale “*

**Caso D**

*“per avere omesso di rispettare il divieto di fumo essendo incaricato della vigilanza e dell'accertamento delle infrazioni- art.52, c. 20 Legge n. 448/2001- art. 5 Regolamento Aziendale “*

**Caso E**

*“per avere omesso di rispettare il divieto di fumo essendo in presenza di donna in evidente stato di gravidanza, di lattanti o bambini fino a 12 anni (specificare) art. 2 L.R.T. 04.02.2005 n. 25 e art. 5 Regolamento Aziendale”*

- alla dichiarazione dell'interessato;
- all'ammontare della sanzione. Si riporta qui di seguito l'ammontare delle sanzioni a seconda dei casi:

<b>Caso</b>	<b>Se concilia entro 60gg</b>
A	€ 55
B	€ 440
B2	€ 660
C	€ 440
D	€ 440
E	€ 110

- alle modalità e termini di estinzione
- alle modalità e termini di contestazione e ricorso
- alla firma del verbalizzante, dell'interessato e dell'obbligato in solido. L'obbligato in solido è colui che è tenuto al pagamento di una sanzione pecuniaria senza aver materialmente partecipato alla violazione- esempio: il genitore se il trasgressore è un minorenne di età inferiore ai 14 anni.

***Cosa si deve fare se il soggetto accetta di firmare il verbale?***

Dopo aver ottenuto la firma, la procedura si conclude con la consegna della prima copia del verbale. Si procede quindi, in separata sede, a completare il procedimento amministrativo.

***Cosa si deve fare se il soggetto non vuole firmare il verbale?***

Se il contravventore si rifiuta di firmare il verbale si procede con la procedura amministrativa di notifica. La copia del verbale non viene consegnata ma spedita per raccomandata con avviso di ricevimento d'atto giudiziario (busta verde mod. 22/B e cartolina verde mod. 23 L- reperibili presso gli Uffici Postali). In questo caso si deve aggiungere all'importo della multa la quota di 6,60 euro per le spese di notifica. In caso di rifiuto a sottoscrivere il verbale se ne dà atto nello spazio delle dichiarazioni del contravventore.

***Si può elevare una contravvenzione a chi ha l'incarico di funzionario verificatore e non fa rispettare il divieto antifumo?***

Si (caso C).

***Il trasgressore può pagare l'importo della multa direttamente all'accertatore?***

No, deve versarlo all'ente competente e secondo le modalità individuate dalla normativa regionale e indicati sul verbale.

***Cosa si può fare se un dipendente fuma in aree vietate secondo regolamento aziendale (es. spazi esterni)?***

Si richiama il dipendente al rispetto del regolamento e quindi del divieto di fumo in quell'area. Si può avviare, inoltre, un procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che contravviene al regolamento aziendale, comunicando l'infrazione contestata all'ufficio competente.

***Cosa si può fare se un utente fuma in aree vietate secondo regolamento aziendale (es. spazi esterni)?***

Si può invitare cortesemente l'utente al rispetto del divieto di fumo in quell'area.

***Quando si trova una persona (dipendente o utente) che non rispetta il divieto di fumo, l'accertatore si deve limitare a contestare e verbalizzare l'infrazione o può ricoprire anche un ruolo diverso?***

Il ruolo principale del personale addetto alla vigilanza (accertatore) è quello definito dalla normativa nazionale e regionale e dal regolamento aziendale vigenti. È comunque auspicabile che l'accertatore rivesta all'interno dell'azienda un ruolo più ampio che non si limiti alla sola constatazione dell'eventuale infrazione, ma che sia anche di promotore alla salute. L'accertatore può in questo caso svolgere, verso i colleghi e gli utenti, attività di sensibilizzazione e promozione delle iniziative aziendali per aiutare a smettere di fumare e se formato può effettuare interventi brevi di counseling antitabagico (si veda paragrafo 2.2.3 "Una politica aziendale che va oltre la legge").

***Procedura amministrativa successiva alla constatazione della violazione***

Il verbale si compone di tre copie, di cui:

- la prima si consegna all'interessato oppure gli viene notificata, spedendola per posta con raccomandata con avviso di ricevimento d'atto giudiziario, con busta e cartoncino apposito (di colore verde);

- la seconda copia, nel caso in cui entro 60 gg all'accertatore non sia pervenuta l'attestazione di pagamento, s'invia all'autorità competente;
- la terza copia si ripone in apposito classificatore conservato dal responsabile del ufficio indicato dalla ASL che ha il compito di seguire l'iter amministrativo della sanzioni

Si procede quindi alla registrazione sull'apposito registro delle contravvenzioni.

### ***Quadro normativo di riferimento***

- Art. 32 Costituzione Italiana: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività"
- Leggi sulla sicurezza nei luoghi di lavoro D.Lgs 81/2008 e successive modifiche e integrazioni
- Legge n. 584 dell'11.11.1975 "Divieto di fumo in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico"
- Direttiva Presidente Consiglio dei Ministri 14.12.1995 "Divieto di fumo in determinati locali della pubblica amministrazione o dei gestori di servizi pubblici"
- Circolare Ministero della Salute 28.03.2001 n. 4
- Legge n. 448/2001 art. 52, comma 20, "Inasprimento delle sanzioni amministrative del divieto di fumo e per coloro cui spetta di curare l'osservanza del divieto"
- Legge n. 3 del 16.01.2003 art. 51 "Divieto di fumare nei locali chiusi"
- Accordo Stato-Regioni 24.07.2003 "Norme di attuazione dell'art. 51, c. 2, L. 16.01.03, n. 3"
- D.P.C.M. 23.12.2003 "Requisiti tecnici dei locali per fumatori, dei relativi impianti di ventilazione..."
- Accordo Stato Regioni 16.12.2004 "Procedure per l'accertamento delle infrazioni"
- Circolare Ministero della Salute 17.12.2004
- Per ogni singola Regione la propria normativa in materia di procedimento amministrativo sulle sanzioni relative al divieto di fumo



## Bibliografia

- 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 (2003) American Thoracic Society Statement: Occupational contribution to the burden of airway disease. *Am J Respir Crit Care Med* 167:787-97
- Barbeau EM, Leavy-Sperounis A, Balbach ED (2004) Working class matters: socio-economic disadvantage, race-ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health*; 94: 269-278.
- 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, 't 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.
- CIPES Piemonte [http://www.cipespiemonte.it/HPH\\_ospedale\\_libero\\_fumo.aspx](http://www.cipespiemonte.it/HPH_ospedale_libero_fumo.aspx)
- Ficarra et al; Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals, *The European Journal of Public Health*, 1 - 6. 2010
- 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
- Geibe JR, Holder J, Peeples L, Kinney AM, Burrell JW, Kales SN. Predictors of on-duty coronary events in male firefighters in the United States. *Am J Cardiol* 2008; 101: 585-589
- 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 (2000) The prevalence of selected cigarette smoking behaviors by occupation in the United States. In: "Work, Smoking and Health". NIOSH, Washington DC, 22-31.
- 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 (2006). Increased risk of chronic obstructive pulmonary diseases in coke oven workers: interaction between occupational exposure and smoking. *Thorax* 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). Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. vol. 83. IARC Lyon, 2004. Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risk to Humans <http://monographs.iarc.fr>

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 ..

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

Istituto Superiore di Sanità I comportamenti e gli atteggiamenti riguardo al fumo tra i dipendenti dell'ospedale Bufalini di Cesena: analisi della situazione e prospettive di intervento. 2006; 19 (11): i-ii

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

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 (2005) Abitudine al fumo in giovani apprendisti. In: Atti del 68° Congresso Nazionale SIMLII, Parma, 5-8 Ottobre 2005; MUP Editore; 480-482.

Mastrangelo et al: Infortuni sul lavoro e assenza dal lavoro per malattia: associazioni con carico lavorativo, autonomia decisionale e stili di vita in 2174 lavoratori del Veneto. *Med Lav* 2008;99 suppl. 1:31-41

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

Ministero della salute. Dati epidemiologici, 2010. <http://www.salute.gov.it/stiliVita/paginaInternaMenuStiliVita.jsp?id=467&menu=fumo>

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

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.

Pacifici R. Rapporto sul fumo in Italia 2011. Osservatorio Fumo Alcol e Droga-OSSFAD, Istituto Superiore di Sanità. [http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto\\_annuale\\_sul\\_fumo\\_anno\\_2011.pdf](http://www.iss.it/binary/fumo/cont/Rapporto_annuale_sul_fumo_anno_2011.pdf)

PASSI (Progressi delle Aziende Sanitaria per la Salute in Italia): Rapporto nazionale passi 2011. <http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2011/R2011Indice.asp>



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.

Rete HPH Italia: [http://www.retehphitalia.it/Allegati/comunicazioni\\_6%20cn.pdf](http://www.retehphitalia.it/Allegati/comunicazioni_6%20cn.pdf)

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)

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)

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

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)

Zitting A, Husgafvel-Pursiainen K (eds). *Health effects of environmental tobacco smoke*. *Scand J Work Environ Health* 2002; 28 suppl 2: 1.96.

WHO global report: mortality attributable to tobacco. 2012.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241564434_eng.pdf)





