

**Promozione all'interno di Aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo.  
I dati dell'Azienda Unità Sanitaria Locale  
2012**

Le politiche aziendali di prevenzione, cura e controllo del tabagismo possono rappresentare misure efficaci per ridurre la prevalenza di fumatori nonché il consumo di sigarette e l'esposizione a fumo passivo. La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta oggi la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine.

Il mondo del lavoro può diventare, quindi, un ambito fondamentale per sviluppare azioni positive per favorire la cessazione del fumo da parte dei fumatori, prevenire l'acquisizione dell'abitudine al fumo da parte dei giovani, proteggere i non fumatori dall'esposizione al fumo passivo: infatti la maggior prevalenza di fumatori si riscontra proprio nella fascia d'età di lavoro attivo come stimato dalla *International Agency for Research on Cancer (I.A.R.C.)*.

Le strutture sanitarie possono giocare un ruolo importante in un programma complessivo di promozione della cessazione dall'abitudine al fumo. Sviluppare modelli di promozione della salute finalizzati a ridurre il consumo di sigarette tra i lavoratori della sanità, nonché accrescere il rispetto della normativa antifumo nelle strutture sanitarie può far sì che gli operatori sanitari possano costituire un importante esempio per l'assunzione di *lifeskills* salutari, con una positiva ricaduta sulla salute della popolazione generale nel tempo.

Il progetto del Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012 (Linea di intervento 2.9.4.) ha lo scopo di promuovere nella ASL di Rieti interventi di informazione e assistenza volti ad incrementare la consapevolezza sui rischi, ridurre l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo attraverso l'adozione di adeguate *no-smoking policy* aziendali comprendenti misure di prevenzione, controllo e trattamento del tabagismo nei luoghi di lavoro, promuovendo e pubblicizzando altresì l'offerta di prestazioni di natura medica e psicologica per la cessazione dell'abitudine al fumo di tabacco.

La nostra Azienda intende perseguire in tal senso l'obiettivo principale della riduzione del consumo di tabacco nell'ambito lavorativo congiuntamente a quelli più mirati dell'analisi del problema fumo attivo e passivo in azienda e rispetto del modello di *no-smoking policy* aziendale deliberato già in data 17 Febbraio 2005.

**Dottor Rodolfo Gianani**

Direttore Generale

Azienda Unità Sanitaria Locale Rieti

Il fumo passivo (*environmental tobacco smoke* - ETS) è uno dei principali fattori di rischio anche nei luoghi di lavoro. Un'indagine su 25 stati dell'U.E. ha mostrato che l'ETS al lavoro ha causato oltre 7.000 decessi l'anno, ovvero uno ogni 17 minuti in un anno di lavoro di 50 settimane a 40 ore; in particolare tra gli addetti ai bar, ristoranti e pub, uccide un individuo ogni giorno lavorativo. Negli USA almeno 200.000 lavoratori l'anno (soprattutto nei ristoranti e nei luoghi pubblici) muoiono per ETS e costituiscono il 14% di tutte le morti lavoro correlate e il 2,8% dei tumori del polmone. Fumare negli spazi chiusi espone anche i non fumatori ad oltre 4.000 sostanze chimiche tossiche delle quali circa 60 cancerogene. Non esiste un livello di esposizione privo di rischi e il fumo passivo in ambiente lavorativo provoca un rischio aggiuntivo statisticamente significativo di tumore polmonare e di malattia cardiovascolare. L'esposizione di una lavoratrice gravida a fumo passivo in ambiente di lavoro e in altri ambienti (es. casa) provoca basso peso alla nascita. Solo con la Legge 3/2003 art. 51 (tutela della salute dei non fumatori) è stato istituito il divieto di fumo in tutti i luoghi chiusi, ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico e degli ambienti appositamente strutturati riservati ai fumatori. Prima del 2003 la normativa vietava il fumo solo per alcune attività (lavoro in sotterraneo, cassoni ad aria compressa, cave e miniere, esposizione ad agenti biologici, chimici pericolosi e cancerogeni). Nel D.M. 14 gennaio 2008, fra le malattie professionali per le quali è obbligatoria la denuncia, è incluso anche il tumore del polmone da attività lavorative che espongono a fumo passivo.

In ogni azienda, *nella nostra Azienda*, è necessario far rispettare il divieto di fumo, proteggere i lavoratori dal fumo passivo e offrire ai fumatori un'opportunità per combattere la dipendenza. Il datore di lavoro dovrà procedere alla valutazione del rischio per i lavoratori esposti a fumo passivo nei locali per fumatori e in quelli chiusi dove è consentito fumare. Dovrà inoltre considerare il fumo nell'analisi del benessere psicofisico dei lavoratori fumatori e non fumatori.

In questa ottica ha lavorato il gruppo di lavoro per il progetto del Piano Regionale di Prevenzione che ha esaminato a 360° il problema fumo attivo e passivo in ambito aziendale coinvolgendo tutti i profili professionali coinvolti nella vigilanza, un campione di 225 persone estratto secondo una modalità casuale, il servizio di Pneumologia con il *Centro Aziendale Antifumo*, il Servizio di Protezione e Prevenzione.

**Dottor Angelo Toni**

Direttore del Dipartimento di Prevenzione

Coordinatore Aziendale del Piano Regionale di Prevenzione

A seguito dell'entrata in vigore della Legge 3/2003 l'Italia ha sperimentato una significativa riduzione dell'esposizione involontaria al fumo di tabacco ambientale (Valente P., et al., 2007).

Allo stesso tempo è stata osservata una riduzione del numero di ricovero per infarto acuto del miocardio (IMA) tra i fumatori (Barone-Adesi F., et al., 2006) (Cesaroni G., et al., 2008) (Glantz S.A., 2004).

Lo studio di Cesaroni. et al. riporta i dati di una ricerca condotta a Roma tra il 2000 e il 2005 e dimostra che gli eventi coronarici acuti sono diminuiti dell'11.2% nella fascia di età 35-65 anni e del 7.9% nella fascia di età tra i 65 e i 75 anni. Non è stata registrata invece alcuna riduzione nella fascia di età oltre i 74 anni. Secondo gli Autori questo dato può essere spiegato con una scarsa frequentazione dei locali pubblici da parte degli anziani.

Le categorie per cui la diminuzione è stata maggiore sono gli uomini giovani e i giovani di entrambi i sessi di livello socio-economico basso. Secondo Cesaroni et al. il divieto di fumo nei locali pubblici possono contribuire quindi alla riduzione delle disuguaglianze socio-sanitarie.

La ricerca ha considerato sia i ricoveri ospedalieri sia i decessi extra-ospedalieri confrontando i dati del 2005 (il primo anno dopo l'entrata in vigore del divieto del 10 gennaio 2005) con quelle del quadriennio precedente. Sono stati presi anche in considerazione fattori notoriamente associati alle Cardiopatie Acute (temperatura, inquinamento, epidemie influenzali).

Secondo gli Autori i dati di questa ricerca sono concordanti con quelli di altre ricerche preliminari condotte in Europa e negli Stati Uniti. In particolare sono in armonia con le conclusioni dello studio italiano "Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban, Italy 2005" (1) nel quale appare evidente che, in base al monitoraggio delle particelle fini ed ultrafini in 40 locali pubblici a Roma prima e dopo l'entrata in vigore del divieto di fumo, l'esposizione è diminuita considerevolmente.

Non sembra invece essersi prodotta una decisiva riduzione della prevalenza dei fumatori: il 25.4% della popolazione italiana fuma attualmente contro il 26.2% del 2004 (OSSFAD-Doxa 2009). In particolare tra i giovani di età 15-24 anni i fumatori costituiscono il 29%. A riguardo i dati relativi alla Regione Lazio sono tra i peggiori in assoluto. Nell'ambito poi delle strutture sanitarie è poi da rilevare un'alta prevalenza di fumatori tra gli operatori sanitari, tanto più elevata se confrontata con quella di altri Stati.

Le cardiopatie acute restano tuttavia la principale causa di morte negli Stati Uniti e in tutti i paesi industrializzati. Il fumo di sigaretta è uno dei principali fattori di rischio delle coronaropatie acute ed è uno dei più modificabili. Negli USA il fumo attivo di sigaretta (*mainstream smoke*) compare ogni anno come fattore di rischio in almeno 100.000 decessi. Molti studi epidemiologici e molte metanalisi hanno indagato sul fumo passivo come possibile causa nei non fumatori di cardiopatia acuta.

He et al. in un'ampia metanalisi, di studi epidemiologici che indagavano l'associazione tra fumo passivo e coronaropatie acute hanno concluso che anche se tale associazione non risulta pienamente

conosciuta tuttavia è ben evidente che tra i non fumatori esista un aumentato rischio a patologie cardiache acute nelle quali il rischio è maggiore quanto maggiore è il numero di sigarette fumate al giorno dal coniuge/convivente e quanto più lungo è il tempo di esposizione.

A queste stesse conclusioni era giunto già da tempo Batta Gori G., il quale aveva evidenziato la difficoltà a rilevare una dose soglia di esposizione certa per affermare una stretta associazione tra fumo passivo e coronaropatie acute ponendo l'attenzione inoltre su circa duecento fattori confondenti e/o facilitanti riportati dalla letteratura scientifica che nessuno studio epidemiologico ha mai adeguatamente controllato.

Il fumo passivo, *involontaria inalazione da parte di un non fumatore del fumo di sigaretta, sigaro o pipa prodotto nelle sue vicinanze (Environmental tobacco smoke – ETS)*, è un problema serio e prevenibile di grande interesse per la Sanità Pubblica. Esso è nocivo per chi ne respira le tossine. L'ETS è un sicuro fattore di rischio per le malattie polmonari croniche ostruttive. Il fumo passivo è considerato di fatto la terza causa prevenibile di malattia, disabilità e morte e tutta la popolazione ne deve temere le conseguenze in quanto non esiste una soglia di esposizione al di sotto della quale esso possa essere considerato privo di effetti tossici. I bambini, i cardiopatici, i bronchitici e gli asmatici sono considerate le categorie più suscettibili.

Il fumo passivo può determinare effetti acuti (fastidio/disturbo o “*annoyance*”, irritazione nasale e oculare, raucedine, tosse, dispnea, sibili, disturbi gastrici, vertigini, cefalea) e effetti cronici (ridotta funzione polmonare, tumore polmonare e malattie cardiovascolari negli adulti; tracheo-bronchiti, polmoniti, asma bronchiale e otite media nei bambini; ritardo nello sviluppo, basso peso alla nascita, parto pretermine, aborto spontaneo, morte improvvisa neonatale) (Reardon J.Z. *Environmental tobacco smoke: respiratory and other health effects. Clin Chest Med.* 2007; 28: 559-73).

La *International Agency for Research on Cancer (I.A.R.C.)* evidenzia come vi sia un aumento del rischio di tumore polmonare in non fumatori esposti a ETS; maggiormente esposti sono i coniugi di donne fumatrici (30%), i coniugi di uomini fumatori (20%) e gli esposti sul luogo di lavoro (16-19%).

Il fumo passivo è correlato anche con il cancro della vescica (Alberg A.J. *et al.*, 2007), cancro del retto (Hooker C.M. *et al.*, 2007), ictus (Zhang X. *et al.*, 2004), diminuzione delle capacità cognitive dei giovani di età compresa tra i 6 e i 16 anni (Yolton K. *et al.*, 2005).

Studi epidemiologici recenti hanno messo in evidenza che oltre al fumo passivo (*secondhand smoke*) inalato in spazi pubblici e/o luoghi di lavoro, ne esiste un altro tipo che fino ad oggi non è stato oggetto di considerazione: il cosiddetto *thirdhand smoke* cioè il fumo che deriva dai residui di nicotina derivanti dal fumo attivo (*mainstream smoke*) che depositati sulle superfici degli ambienti *indoor* (auto, vestiti, tendaggi, parati etc.) reagendo con l'acido nitroso ambientale (HNO<sub>2</sub>) dà origine a forme cancerogene di *nitrosamine tabacco-specifiche (TSNAs)*.(Sleiman M. *et al.*, 2010).

Sebbene il fumo passivo non sia il solo fattore di rischio in ambito *indoor* molte evidenze epidemiologiche dimostrano che la *cotina urinaria* (il metabolita più importante della nicotina che, a sua volta, è il principale alcaloide contenuto nel tabacco; la sua determinazione nelle urine viene utilizzata

preferibilmente come indice di esposizione al fumo di tabacco, senza escludere però la possibilità di verifica in particolari situazioni espositive farmacologiche ed agricole) diminuisce significativamente nelle determinazioni biochimiche in coniugi di ex-fumatori ed ex-fumatrici e nella loro prole. La stessa osservazione risulta valida anche per i familiari dei fumatori che però non fumano in ambito domestico. (Lanphear B.P. *et al.*, 2012) (Spencer N., *et al.*, 2011) (Blackburn C., *et al.*, 2003).

L'Action Plan World Health Organization (W.H.O.) 2008-2013 ha tra i suoi obiettivi la promozione di interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili per le malattie croniche: tabacco, alimentazione scorretta, sedentarietà e abuso di alcol.

L'ultimo aggiornamento della *Cochrane Review* in materia di interventi nei luoghi di lavoro finalizzati alla cessazione dell'abitudine al fumo nelle sue conclusioni rileva che emergono forti evidenze riguardo l'efficacia di interventi mirati ai fumatori nei luoghi di lavoro per aumentare la probabilità che essi cessino di fumare e che ci sono inoltre forti evidenze in merito che il divieto di fumo in ambito lavorativo possa far diminuire il numero di sigarette fumate durante la giornata lavorativa e l'esposizione dei non fumatori al fumo di tabacco ambientale sul lavoro. Evidenze contraddittorie invece risultano in merito alla prevalenza dell'abitudine al fumo e al consumo generale di tabacco da parte dei fumatori.

Le politiche aziendali di prevenzione, cura e controllo del tabagismo possono quindi rappresentare misure efficaci per ridurre la prevalenza di fumatori nonché il consumo di sigarette e l'esposizione al fumo passivo. La cessazione dell'abitudine al fumo rappresenta oggi la strategia più efficace per ridurre la mortalità associata al fumo di sigaretta a medio termine (W.H.O., 2011).

Questo concetto del resto era stato già ribadito nella *Dichiarazione di Lussemburgo* del 1997 sulla promozione della salute nei luoghi di lavoro (W.H.P.) dell'Unione Europea "*La promozione della salute nei luoghi di lavoro è lo sforzo congiunto di imprese, addetti a società per migliorare la salute ed il benessere dei lavoratori. Questo può essere raggiunto attraverso la combinazione dei seguenti elementi: miglioramento dell'organizzazione del lavoro e dell'ambiente di lavoro, promozione della partecipazione attiva, incoraggiamento delle capacità personali*".

In Italia il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità già nel 2008 avevano divulgato le "*Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*" fornendo prove di efficacia basate su revisioni sistematiche di studi epidemiologici.

Successivamente nel *Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012* (P.N.P.), sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni il 29 Aprile 2010, erano contenute le linee strategiche generali per le attività del Ministero, delle Regioni e delle Province Autonome, che si sarebbero dovute realizzare attraverso i piani di attività su ambiti prioritari della salute come, tra gli altri, la promozione della cessazione dell'abitudine al fumo.

Da queste indicazioni sono infine nati i Piani Regionali della Prevenzione (P.R.P.). Nella Regione Lazio il P.R.P. 2010-2012 è stato approvato con Decreto della Giunta Regionale (D.G.R.) n° 577 del 17 Dicembre 2010. In esso sono state individuate 22 linee di intervento di cui la 2.9. corrisponde alla

*"Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze" rientrando nell'ambito della macroarea "Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli d'intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo".*

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Rieti ha aderito a questo progetto affidandone l'esecuzione al Dipartimento di Prevenzione, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

#### **Piano Regionale di Prevenzione 2010-2012. Progetto n°14, identificativo 2.9.4.**

Prevenzione e sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate (alimentazione scorretta, sedentarietà, abuso di alcol, tabagismo, abuso di sostanze).

Da un'indagine di Sorveglianza Sanitaria di Popolazione (Progetto P.A.S.S.I. – Progetto delle Aziende Sanitarie per la salute in Italia) condotta dal personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica della A.S.L. Rieti, è emerso che in un campione di 662 intervistati residenti nella provincia di Rieti il 52.6% ritiene che il divieto di fumo nei locali pubblici è *sempre rispettato*, il 29% che il divieto è *quasi sempre* rispettato, il 12.6% che esso è rispettato *a volte* e il 5.8% che il divieto non è *mai* rispettato.

La stessa indagine ha messo in evidenza nel 2010 come per il 63.7% degli intervistati il divieto di fumo nei luoghi di lavoro è *sempre* rispettato, per il 17.6% il divieto è *quasi sempre* rispettato, per l'11.4% esso viene rispettato *a volte*, per il 6.8% il divieto non è *mai* rispettato e per lo 0.5% non esiste una risposta adeguata al quesito e pertanto non risponde.

Nel 2011 la *percezione* del rispetto del divieto di fumo nei luoghi di lavoro nella popolazione reatina è aumentata; infatti per il 65.9% il divieto di fumo in ambito lavorativo è *sempre* rispettato, per il 19.9% è *quasi sempre* rispettato, per l'8.6% il divieto è rispettato *a volte*, per il 5.2% esso non è *mai* rispettato.

La percezione del rischio “*fumo passivo*” in ambito lavorativo e pubblico costituisce pertanto sul nostro territorio la spia di un disagio conseguente ad uno stile di vita che spinge talora il fumatore ad infrangere la normativa e il rispetto per gli altri.

Da sempre i Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro hanno come compito istituzionale quello di promuovere la salute nei luoghi pubblici e di lavoro mediante la vigilanza, l'assistenza, l'informazione e l'educazione alla salute; essi attraverso interventi di informazione della popolazione lavorativa e di assistenza alle Aziende, ai Medici Competenti e alle figure della prevenzione aziendale, possono svolgere un ruolo significativo nell'adozione di adeguate *no-smoking policy* determinando una riduzione del consumo di tabacco nei luoghi di lavoro e di conseguenza dell'esposizione del fumo di “*seconda*” e “*terza*” mano.

Il modello di *no-smoking policy* di riferimento è quello del manuale pratico per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti di lavoro “*Verso una azienda senza fumo*” (2007) elaborato dal gruppo interregionale Ccm (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) “Area prevenzione dal tabagismo nei luoghi di lavoro”.

Il Progetto Linea di intervento 2.9.4. del Piano regionale di Prevenzione 2010-2012, “*Promozione all'interno di aziende pubbliche e private di modelli di intervento atti ad eliminare l'esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell'abitudine al fumo*” affidato nella nostra Azienda al Dipartimento di Prevenzione, servizio Igiene e Sanità Pubblica, ha come obiettivo di salute la riduzione del consumo di tabacco nella stessa Azienda Sanitaria e come obiettivi specifici l'analisi del problema

fumo attivo e passivo in azienda e adozione del modello di no-smoking policy aziendale o una revisione di quello esistente.

L' Azienda U.S.L. Rieti, sensibile da sempre alla problematica fumo in ambito lavorativo, con gli atti deliberativi n° 466/DG del 27 Marzo 2002 e n° 136/CS del 17 Febbraio 2005, ha adottato il documento di policy aziendale anti-fumo al fine di *“impedire che sia danneggiata la salute di coloro, operatori ed utenti, che non fumano, a causa dell'esposizione passiva.*

Una nota del Direttore Generale f.f. del 11 Novembre 2010 (prot. 27044) sollecitava “[...] *le SS.LL a voler vigilare sul rispetto del divieto di fumo e sulla corretta e puntuale osservanza dei compiti affidati agli incaricati, come specificato dal regolamento di policy aziendale ...”.*

Il Direttore Generale nella compilazione della check list *ad hoc*, strumento di lavoro per l'esecuzione del progetto 2.9.4. del P.R.P. in data 11 Maggio 2012 ribadisce l'impegno dell'Azienda USL alla battaglia contro il fumo in azienda e dichiara che per il futuro la stessa azienda intende attuare iniziative di informazione e realizzare aree per fumatori all'interno dell'Ospedale Provinciale *San Camillo de' Lellis.*<sup>(1)</sup>.

(1) La realizzazione di locali riservati prevista dalla Legge 3/2003 non rappresenta un obbligo per il datore di lavoro ma una facoltà. Questi devono comunque rispondere ai requisiti tecnici del D.P.C.M. 23/12/2003, ma il solo modo efficace per eliminare i rischi per la salute derivanti dal fumo passivo è quello di vietare il fumo negli ambienti interni in quanto gli attuali sistemi di ventilazione nei locali chiusi e le aree per fumatori, anche se separate dalle zone dei non fumatori, non riducono l'esposizione al fumo passivo ad un livello sicuro per la salute.

## **Il progetto 2.9.4.:Materiali e Metodi.**

In sede Regionale è stato costituito il tavolo tecnico presieduto dal Coordinatore Regionale per il progetto 2.9.4., Dottor Pasquale Valente, al quale hanno partecipato tutti i Referenti Aziendali per lo stesso progetto, i referenti Scientifici e le parti sociali coinvolte nella problematica.

In quel contesto è stato condiviso il protocollo operativo e il *Piano di Comunicazione* relativo a tutte le fasi del progetto. Sono inoltre stati affrontati problemi più pratici come quelli riguardanti la stampa dei questionari, la check list, i materiali informativi al fine di standardizzare l'intervento su tutto l'ambito regionale.

In sede Aziendale il gruppo di lavoro ha individuato per prima cosa la realtà nella quale intervenire con il progetto. All'unanimità la scelta è ricaduta sulla stessa Azienda Sanitaria intendendosi questa scelta come l'opportunità per ridefinire gli interventi in tema di politica anti-fumo già da lungo tempo portati avanti dai vertici aziendali.

Sono poi seguiti incontri tra il gruppo e le figure aziendali della prevenzione cui ha seguito la valutazione della policy aziendale sul fumo attraverso l'analisi della documentazione, sopralluoghi e utilizzazione della *check list* (pre-intervento) compilata dal Direttore generale in qualità di datore di lavoro.

Il Medico Competente ha fornito i nominativi di 225 lavoratori dell'azienda scelti *random* e i Tecnici della Prevenzione del Servizio Igiene e Sanità Pubblica li hanno intervistati somministrando il questionario fornito in sede regionale.

La rispondenza è stata del 100% e tutti i questionari sono stati inseriti in apposito database elaborato dall'ingegner Giancarlo Napoli dell'AUSL di Viterbo che affianca il Coordinamento per le competenze informatiche.

Il questionario, rigorosamente anonimo, era costituito da domande *aperte* e *semiaperte* riguardanti l'atteggiamento degli operatori riguardo il fumo, le loro percezioni in merito all'applicazione e al rispetto della normativa anti-fumo, i loro suggerimenti sull'efficacia di vari interventi standard proposti, sulla loro abitudine al fumo se fumatori.

Solo chi fuma e ha intenzione di smettere ha avuto la possibilità di aderire all'iniziativa aziendale di disassuefazione dall'abitudine al fumo presso il centro aziendale accreditato di cui è referente la Dottoressa Shokoofé Eslami. Solo in questo caso gli intervistati hanno dovuto rilasciare le loro generalità per poi essere ricontattati dal Medico Competente ed avviati al percorso di disassuefazione.

Oltre al materiale offerto in Regione è stato realizzato un dépliant informativo sul fumo che è stato fornito agli operatori aziendali e sono stati programmati interventi formativi diretti agli Addetti alla Vigilanza sul controllo della normativa antifumo e su tutti gli operatori sanitari. Su quelli intervistati è stata effettuata all'atto della somministrazione del questionario, educazione sanitaria mirata.

## I risultati dei questionari

### 1. Descrizione del campione

La numerosità campionaria è stata pari a 225 unità (su 1993) di cui 139 donne e 86 uomini.

L'età media degli intervistati è stata di 46 anni, con Deviazione Standard pari a  $\pm 9.6$ , mediana pari a 46, moda 55.

Il *range* etario è compreso tra il valore minimo pari a 20 e quello massimo pari a 64.

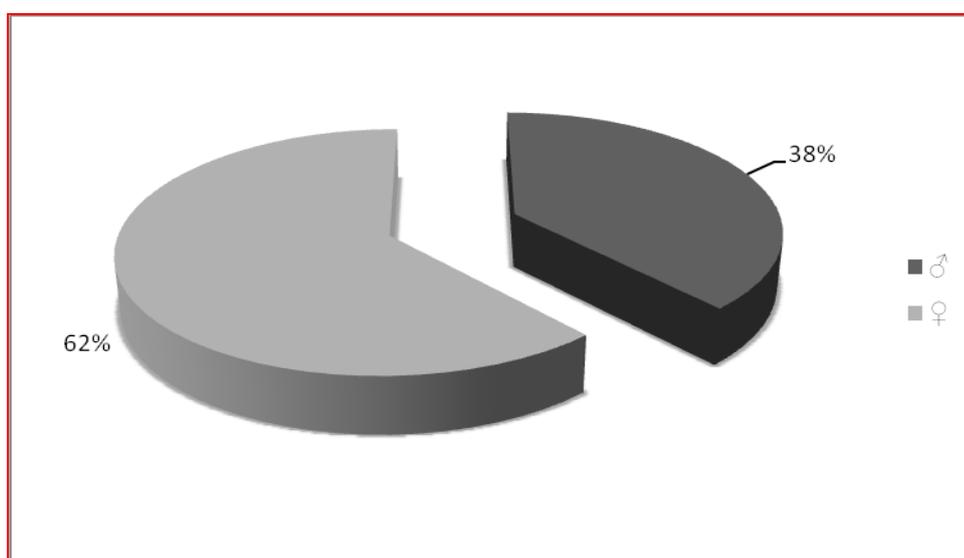


Grafico 1. Distribuzione % per sesso della popolazione campionaria

Le donne fumatrici sono 32 su un totale di genere pari a 139 unità. La loro età media è di 45 anni, fumano in media 11 sigarette al giorno e hanno incominciato a fumare tra i 12 e i 23 anni.

Gli uomini fumatori sono 28 su un totale di genere pari a 86 unità. La loro età media è di 47 anni, fumano in media 15 sigarette al giorno e hanno cominciato a fumare tra 13 e 28 anni.

	♂Uomini	♀Donne
<b>Unità campionate</b>	86	139
<b>Fumatori/Fumatrici</b>	28	32
<b>Età media</b>	47	45
<b>Età di inizio</b>	13 ≤ x ≤ 28 (anni)	12 ≤ x ≤ 23 (anni)
<b>Numero medio sigarette/die fumate</b>	15	11

Tabella 1. Caratteristiche della popolazione campionaria

Gli intervistati sono lavoratori dell'Azienda Unità Sanitaria Rieti e rappresentano vari profili professionali.

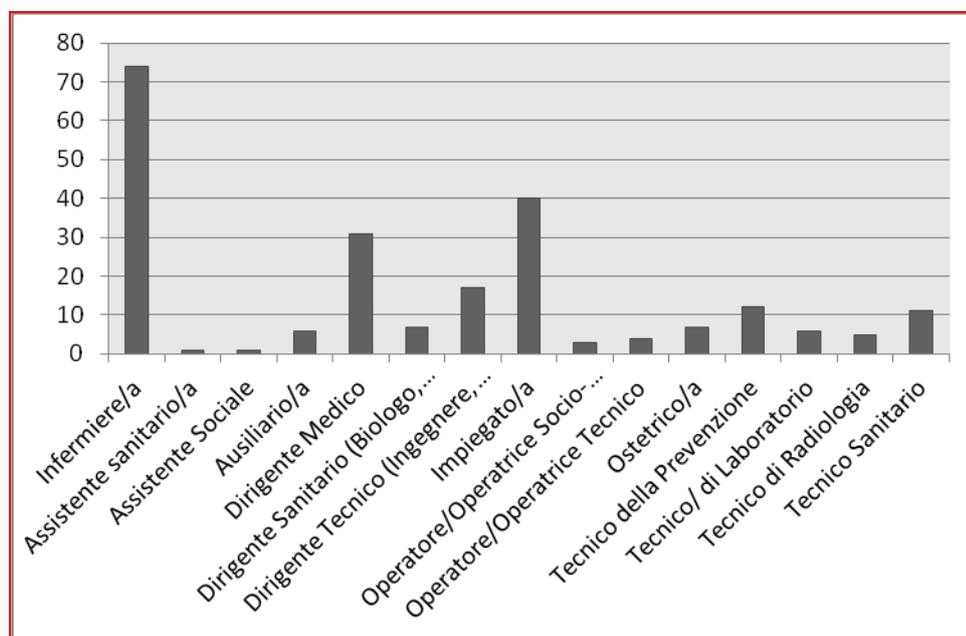


Grafico 2. Ripartizione della popolazione campionaria per mansione lavorativa

	♂Uomini	♀Donne
• Infermiere/a	19	55
• Assistente sanitario/a	-	1
• Assistente Sociale	-	1
• Ausiliario/a	3	3
• Dirigente Medico	15	16
• Dirigente Sanitario	6	1
• (Biologo, Veterinario)		
• Dirigente Tecnico	4	13
• (Ingegnere, Amministrativo/a)		
• Impiegato/a	14	26
• Operatore/Operatrice	2	1
• Socio-Sanitario		
• Operatore/Operatrice Tecnico	3	1
• Ostetrico/a	-	7
• Tecnico della Prevenzione	10	2
• Tecnico/ di Laboratorio	4	2
• Tecnico di Radiologia	3	2
• Tecnico Sanitario	3	8
<i>Totale</i>	<b>86</b>	<b>139</b>

Tabella 2: Ripartizione della popolazione campionaria per mansione lavorativa e per sesso

## 2. Percezione del rispetto del divieto di fumo (fumatori e non fumatori)

L'età media di inizio dell'abitudine al fumo è per entrambi i sessi di 17 anni circa.

Considerando l'intera popolazione campionaria 35 uomini e 52 donne ritengono che il divieto di fumo venga rispettato in tutta l'Azienda.

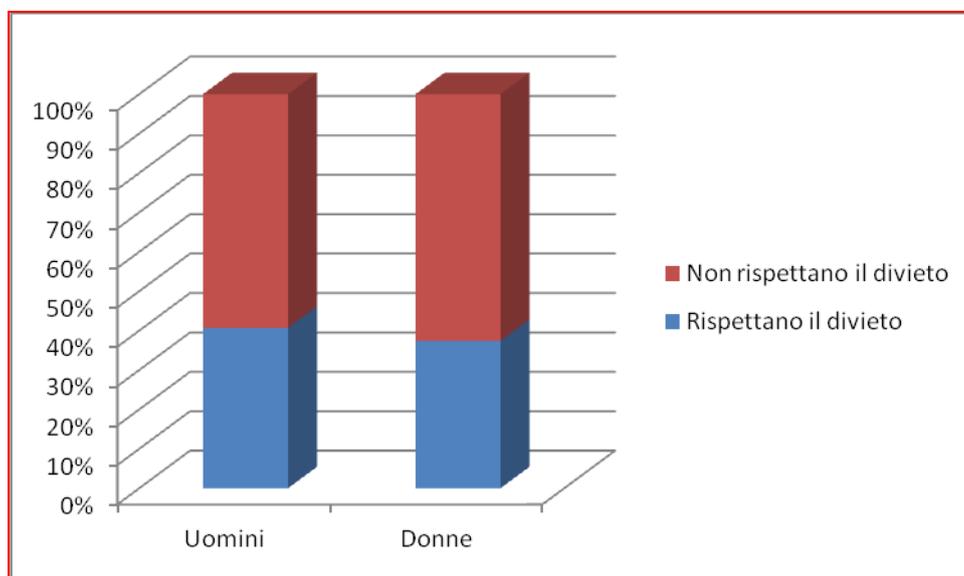


Grafico 3. Percezione del rispetto del divieto di fumo in Azienda nei due sessi

L'ambiente nel quale, durante l'orario di lavoro si fuma maggiormente, è l'ufficio (32%) (a questa domanda era possibile dare più risposte). Seguono gli spazi esterni, i servizi igienici, i locali "di riposo", i reparti.

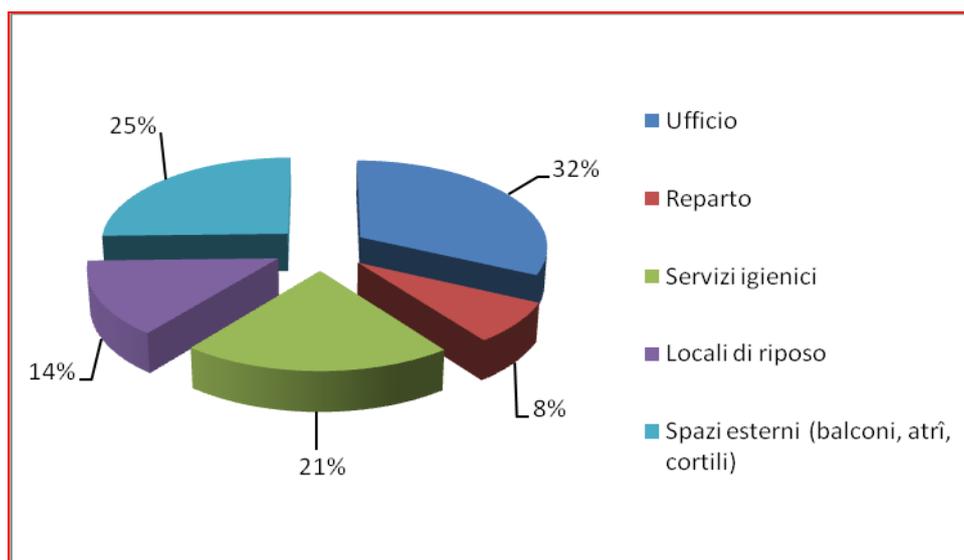


Grafico 4. Locali dove si fuma

Tra coloro che hanno affermato che il divieto di fumo in azienda è rispettato, le motivazioni addotte vanno dall'autodisciplina dei fumatori, all'aumentata sensibilità al problema, dall'efficacia della policy aziendale agli interventi premianti e/o alla vigilanza attiva.

	♂Uomini	♀Donne
• <b>Autodisciplina dei fumatori</b>	1	29
• <b>Aumentata sensibilità al problema</b>	12	17
• <b>Aumentata efficacia politica aziendale</b>	2	4
• <b>Interventi premianti</b>	-	-
• <b>Vigilanza attiva</b>	8	7
• <b>Altro (<i>rispetto verso il prossimo</i>)</b>	1	-
*A questa domanda era possibile dare più risposte.		

Tabella 3. Motivazioni del rispetto del divieto di fumo tra coloro che asseriscono che esso è rispettato

La quasi totalità di coloro che invece asseriscono che in Azienda il divieto di fumo non è rispettato motivano questa risposta con il fatto che non esiste vigilanza (90%) e che nel fumatore esiste una mancanza di rispetto per gli altri (78%).

Inoltre 35 donne su 139 si ritengono esposte al fumo passivo in Azienda mentre 23 uomini su 86 concordano con esse.

Vi è unanimità di vedute rispetto al fatto che il fumo possa dare dipendenza fisica e psichica ma ancora c'è qualcuno che non ha una visione chiara del problema "*fumo passivo*" come si può evincere dalla tabella seguente (tab.4).

	♂Uomini	♀Donne
• <b>No</b>	5	3
• <b>Poco</b>	2	13
• <b>Molto</b>	<b>75</b>	<b>116</b>
• <b>Non so</b>	4	7

Tabella 4. Ritene che il fumo di tabacco possa dare dipendenza fisica e psichica?

La totalità degli intervistati è a conoscenza del fatto che il fumo di tabacco possa provocare bronchite cronica, tumore del polmone, malattie cardiovascolari; solo un 30% degli intervistati (per lo più medici ed infermieri) è a conoscenza del fatto che il fumo di tabacco può essere implicato nel cancro della vescica.

Nel campione intervistato 63 donne vs 40 uomini ritengono che l'introduzione della legge antifumo abbia prodotto un cambiamento della qualità dei rapporti interpersonali; per 43 donne e per 31 uomini la legge antifumo ha favorito un aumento di rispetto per le persone mentre per 20 donne e 9 uomini essa ha generato un aumento della conflittualità.

Diversi sono gli interventi che secondo i dipendenti intervistati possono essere utili nel prevenire i danni causati da fumo di tabacco negli ambienti di lavoro. Ne riferiamo nella tabella seguente (tab.5).

	Per niente		Poco		Abbastanza		Molto		Moltissimo	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
➤ <b>Far rispettare il divieto di fumo</b>	5	5	11	17	31	36	29	48	10	27
➤ <b>Informare e formare i lavoratori</b>	4	7	20	27	23	33	30	49	9	23
➤ <b>Offrire corsi di disassuefazione</b>	13	16	22	36	21	35	19	33	11	19
➤ <b>Predisporre uno specifico regolamento aziendale</b>	11	7	11	31	13	33	23	44	23	23

● Uomini ● Donne

Tabella 5. Valutazione dell'efficacia degli interventi per prevenire i danni causati dal fumo secondo gli intervistati.

### 3. Risposte degli intervistati fumatori/fumatrici

Tra gli intervistati i fumatori sono 28 uomini (33%) e 32 donne (23%).

Sul posto di lavoro il luogo dove sia uomini che donne riferiscono di fumare è l'*esterno*.

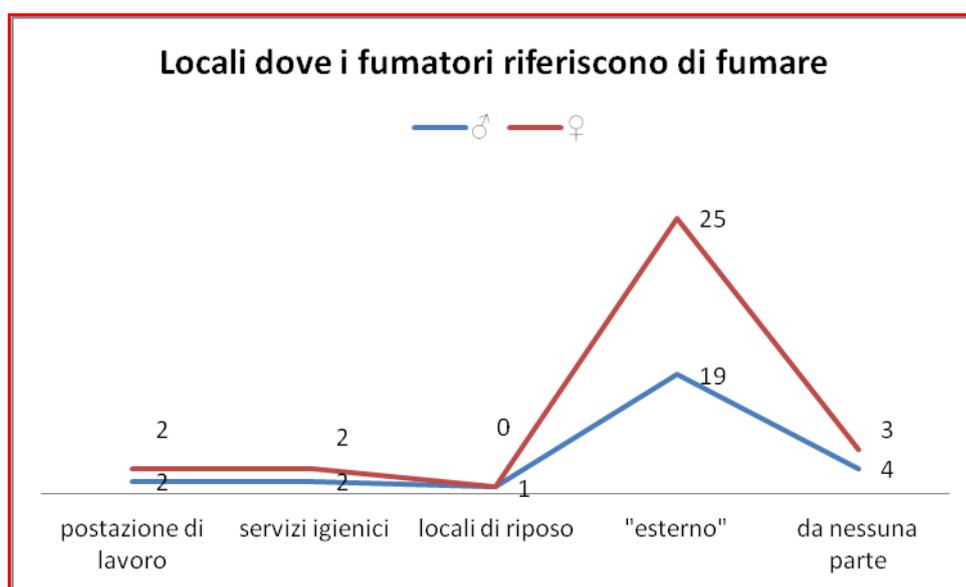


Grafico 5. Sul lavoro dove le capita più spesso di fumare?

Il 23% degli uomini vs il 9.0% delle donne dichiarano di avere l'esigenza di fumare la prima sigaretta della giornata circa 60 minuti dopo il risveglio.

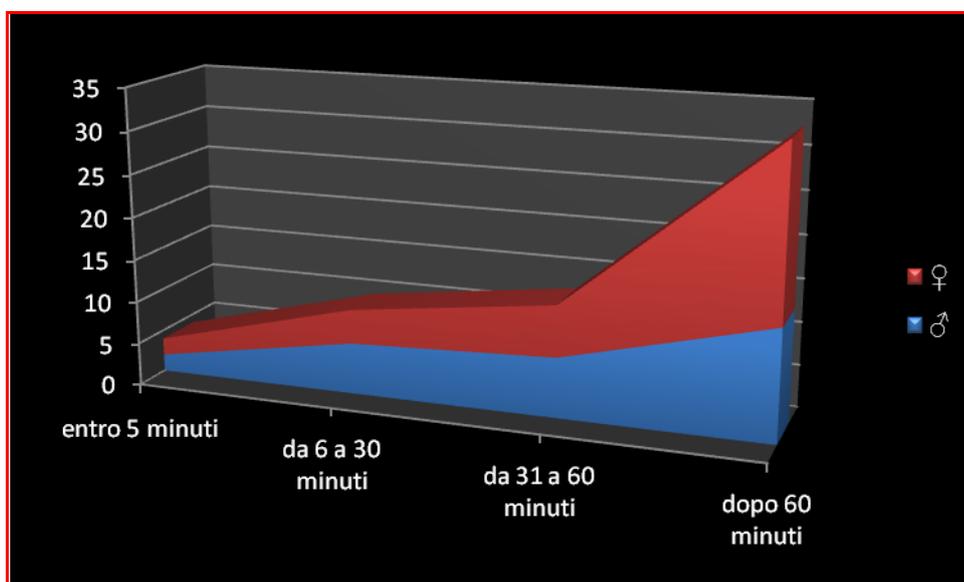


Grafico 6. Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta?

Il 20% degli uomini che fumano vorrebbero smettere di fumare mentre solo il 6% delle fumatrici vorrebbe seguirne l'esempio.

Il 21% degli uomini ha provato a smettere di fumare: il 9.3% una sola volta, il 14% più di una volta; le donne invece hanno provato a smettere di fumare nel 14% dei casi: il 3% una sola volta e il 10% più di una volta.

La quasi totalità dei fumatori/fumatrici che hanno tentato di smettere di fumare lo hanno fatto contando su sé stessi (~92%) mentre il 3% lo ha fatto chiedendo un supporto psicologico e il 5% ricorrendo ai farmaci.

Per gli uomini smettere di fumare sarebbe “*importante*” mentre per le donne sarebbe “*molto importante*”.

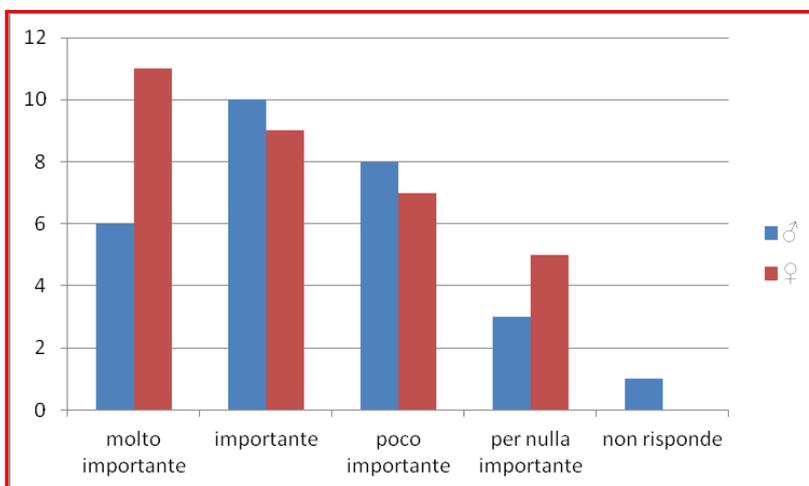


Grafico 7. Quanto è importante smettere di fumare?

Tra i fumatori le donne sono molto fiduciose di poter smettere di fumare mentre gli uomini non lo sono.

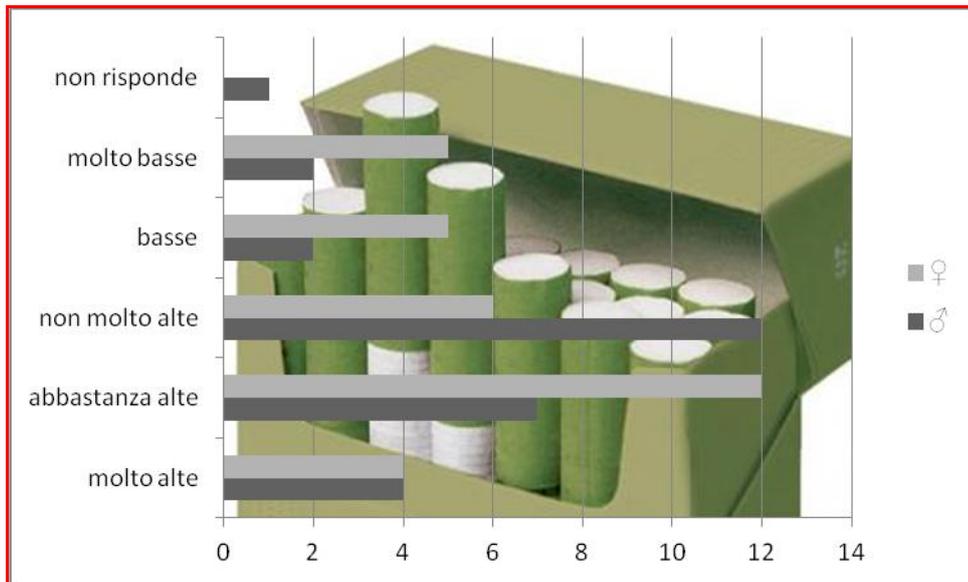


Grafico 8: Quanto ritiene siano alte le sue probabilità di smettere di fumare?

Il 28 % dei fumatori infine dichiara che aderirebbe a programmi di disassuefazione dal fumo qualora l’Azienda gliene offrisse l’opportunità, mentre tale percentuale ammonta a quasi il doppio nelle fumatrici (53%).

**Allegato: Dépliant Aziendale Fumo in Azienda**



## Bibliografia

1. Valente P., Forastiere F., Bacosi A., Cattani G., Di Carlo S., Ferri M., Figà Talamanca I., Marconi A., Paoletti L., Perucci C., Zuccaro P.. *Exposure to fine and ultrafine particles from secondhand smoke in public places before and after the smoking ban*. Italy 2005 Tobacco Control, Volume 16, 5:312-317. (2007).
2. Baroni-Adesi F., Vizzini L., Merletti F., Richiardi L.. *Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction*. European Heart Journal (2006) 27, 2468-2472.
3. Cesaroni C., Forastiere F., Agabiti N., Valente P., Zuccaro P., Perucci C.A.. *Effect of the Italian smoking ban on population rates of Acute Coronary Events*. Circulation. 2008;117:1183-1188.
4. Glantz S.A.. *Effect of public smoking ban in Helena, Montana. Author's reply*. B.M.J., 328, 1380.
5. Graham I.. *European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts)*. European Heart Journal (2007) 28, 2375–2414.
6. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga – Istituto Superiore di Sanità (OSSFAD). *Indagine Doxa – ISS “Il Fumo in Italia”*. 2009.
7. He J., Vupputuri S., Allen K., Prerost M.R., Hughes J., Whelton P.K.. *Passive smoking and the risk of coronary heart disease – A meta-analysis of epidemiologic studies*. N Engl J Med 1999; 340:920-6.
8. Batta Gori G.. *Environmental Tobacco Smoke and Coronary Heart Syndromes: Absence of an Association*. Regulatory Toxicology and Pharmacology 21, 281-295. 1995.
9. Reardon J.Z. *Environmental tobacco smoke: respiratory and other health effects*. Clin Chest Med. 2007; 28: 559-73.
10. I.A.R.C. (Evaluating the Effectiveness of Smoke-free Policies. IARC Handbook of Cancer Prevention Volume 13-14). 2009.
11. Alberg A.J., Kouzis A., Genkinger J.M., Burke A.E., Hoffman S.C., Diener-West M., Helzlsouer K.J., Comstock G.W. *A prospective cohort study of bladder cancer risk in relation to active cigarette smoking and household exposure to secondhand cigarette smoke*. Am J Epidemiol. 2007; 165(6):660.
12. Hooker C.M., Gallicchio L., Genkinger J.M., Comstock G.W., Alberg A.J.. *A prospective cohort study of Rectal Cancer Risk in relation to active cigarette smoking and passive smoke exposure*. Annals of Epidemiology January 2008; 18(1), 28-35.
13. Zhang X., Shu X.O., Yang G., Lan Li H., Xiang Y.B., Gao Y.T., Li Q., Zheng W.. *Association of passive smoking husbands with prevalence of Stroke among Chinese women nonsmokers*. Am, J Epidemiol. 2005; 161: 213-218.
14. Yolton K., Dietrich K., Auinger P., Lanphear B.P., Hornung R.. *Exposure to environmental tobacco smoke and cognitive abilities among U.S. children and adolescents*. Environmental Health Perspectives 2005; 113, 98-103.

15. Sleiman M., Gundel L.A., Pankow J.F., Jacob P., Singer B.C., Destailats H. *Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards*. Environmental Sciences 2010; 1-6.
16. Lanphear B.P., Bearer C.F.: *Biomarkers in paediatric research and practice*. Arch Dis Child 2005; 90:594-600.
17. Spencer N., Blackburn C., Bonas S.. *Parent reported home smoking bans and toddler (18-30 month) smoke exposure: a cross-sectional survey*. Arch Dis Child 2005; 90:670-674.
18. Blackburn C., Spencer N., Bonas S., Coe C., Dolan A., Moy Rob.. *Effect of strategies to reduce exposure of infants to environmental tobacco smoke in the home: cross sectional survey*. (Papers) BMJ 2003; 327(8); 1-5.
19. W.H.O. 2008-2013 *Action plan for the Global strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases*. 2008.
20. The Cochrane Collaboration. *Legislative smoking bans for reducing secondhand smoke exposure smoking bans for reducing secondhand smoke exposure, smoking prevalence and ... news; Opportunities & Jobs; Other job opportunities*. Cochrane Collaboration Calendar. [www.cochrane.org/podcasts/issu...nd-smoke-exposure-smoking-prev](http://www.cochrane.org/podcasts/issu...nd-smoke-exposure-smoking-prev).
21. W.H.O. *Report on the global tobacco epidemic*, 2011. Warning about the dangers of tobacco.
22. Ministero della Salute – Istituto Superiore di Sanità. *Linee Guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*. Aggiornamento 2008. Roma.
23. Gruppo Passi, AUSL Rieti. *Sistemi di sorveglianza degli stili di vita per la Sanità Pubblica. Il contrasto alle malattie cronico - degenerative nella provincia di Rieti*. Report Aziendale Anni 2007-2010. Rieti, Settembre 2012.
24. Ccm. “*Verso una azienda senza fumo*” (2007) elaborato dal gruppo interregionale Ccm (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) “Area prevenzione dal tabagismo nei luoghi di lavoro”. 2007.

## Gruppo Aziendale Progetto 2.9.4.

“Promozione all’interno di Aziende pubbliche e private di modelli di intervento atti ad eliminare l’esposizione al fumo passivo e favorire la disassuefazione dell’abitudine al fumo”

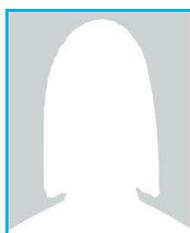
Deliberazione Aziendale n° 101/DG del 01 Febbraio 2012



### I Coordinatori Aziendali Progetto 2.9.4.

Dottor Gianluca Fovi

Dottoressa Felicetta Camilli



### I Collaboratori extra dipartimentali Progetto 2.9.4.

(da sinistra verso destra ed in ordine alfabetico)

Dottoressa Paola del Bufalo<sup>°</sup>

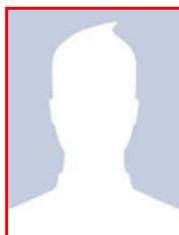
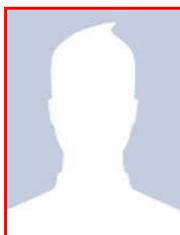
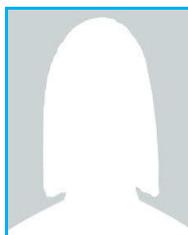
<sup>°</sup> Medici Competenti AUSL Rieti

Dottoressa Rita Le Donne\*

\* Pneumologia – San Camillo de’ Lellis

Dottor Ingegnere Erminio Pace<sup>^</sup>

<sup>^</sup> RSPP-SPP AUSL Rieti



### I Tecnici della Prevenzione Progetto 2.9.4.

(da sinistra verso destra ed in ordine alfabetico)

Dottor Michele Amorosi, Dottoressa Tiziana Cipriani, Dottor Donato di Carlo, Dottor Gabriele Fabri, Dottor Antonio Tavani<sup>°</sup>, Dottor Fabio Tomassini

<sup>°</sup> *Coordinatore Tecnici della Prevenzione AUSL Rieti*



### I Coordinatori Aziendali Progetto 2.9.4.

(da sinistra verso destra ed in ordine alfabetico)

Dottoressa Marina Casanica

Signora Veronica Riganelli<sup>°</sup>

Dottoressa Letizia Strinati\*

<sup>°</sup>Laureanda in Tecniche della Prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro (tirocinante)- “Sabina Universitas/La Sapienza”

\*Stagista Master di Alta Formazione – AUSL Rieti