



Il fumo passivo: aspetti igienico-sanitari, legislativi e tecnologici.

2° corso

Manuale
per il personale
dei Servizi
dei Dipartimenti di
Prevenzione delle
Aziende Sanitarie
del Veneto

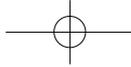


VENETO SENZA FUMO



centro regionale
di riferimento
per la prevenzione





Il fumo passivo: aspetti igienico-sanitari, legislativi e tecnologici. Secondo corso.

Manuale per il personale dei Servizi dei Dipartimenti di Prevenzione della Aziende Sanitarie del Veneto.

A cura di: Luca Sbrogiò, Federica Michieletto,
Daniela Marcolina, Elizabeth Tamang, Simone Zevrain.

Conegliano (TV), settembre 2006.

Iniziativa editoriale afferente al Programma Regionale
"Prevenzione delle patologie fumo correlate" (D.G.R.
Veneto n. 944 del 18/3/2005),
Coordinato dalla Direzione Prevenzione - Regione del
Veneto e dal Centro Regionale di Riferimento per la
Prevenzione, Dipartimento di Prevenzione - Az. ULSS 12
Veneziana

Coordinamento organizzativo:

Anna Brichese, Elena Ciot, - Servizio per i Programmi
Regionali di Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione -
Az. ULSS 7 Pieve di Soligo (TV)
Annarosa Pettenò - Centro Regionale di Riferimento per la
Prevenzione, Dipartimento di Prevenzione - Az. ULSS 12
Veneziana

I contributi del presente volume sono stati presentati in
occasione del convegno: "Il fumo passivo: aspetti igienico-
sanitari, legislativi e tecnologici", tenutosi a Venezia, nella
Scuola Grande di San Giovanni Evangelista, il 14 ottobre
2004.

Grafica: Elda Danese

Stampa: Grafiche Battivelli srl - Conegliano (TV)

Tiratura: 500 copie

© Direzione per la Prevenzione - Regione del Veneto
Tutti i diritti sono riservati. È possibile riprodurre in toto o
in parte il presente manuale purchè non a scopo di lucro,
citando gli autori e richiedendo preventivamente
l'autorizzazione al proprietario dei diritti.
Veneto.



INDICE

- 7 ① La pianificazione regionale, *Federica Michieletto*
- 15 ② Ruolo dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica, *Luca Sbrogiò*
- 21 ③ Il Ruolo dei Servizi SPISAL per il controllo del fumo di sigaretta nei luoghi di lavoro, *Daniela Marcolina*
- 29 ④ Ruolo professionale dei TdP, *Alessandro Urdich*
- 39 ⑤ Ruolo professionale dei TdP: la capacità di fare salute su ogni fronte, *Mario Antonio Buzzoni*
- 47 ⑥ Normativa vigente e sua interpretazione. Integrazione e rapporti con legislazione, norme e regolamenti vigenti, *Rita Dondi*
- 57 ⑦ L'esperienza applicativa della Regione Emilia Romagna, *Maurizio Laezza*
- 65 ⑧ Impianti di ventilazione, *Luigi Bontempi*
- 95 ⑨ Cosa vigilare e come: proposte operative per i TdP del Veneto, *Mario Rossini*
- 103 ⑩ Cosa vigilare e come: proposte operative per i TdP del Veneto, *Ugo Stoppato*
- 109 ⑪ Cosa vigilare e come: proposte operative per i TdP del Veneto, *Daniela Marcolina*

1

La pianificazione regionale: "Strategie per il controllo del fumo passivo"

Federica Michieletto

*Direzione per la Prevenzione
Regione del Veneto*

Il fumo di tabacco danneggia la salute anche delle persone che non fumano: il fumo “passivo” (o ETS: Environmental Tobacco smoke) viene inalato involontariamente dalle persone che stanno a contatto con uno o più fumatori attivi ed è il principale inquinante degli ambienti chiusi. Esso è costituito da oltre 4.000 sostanze chimiche, di cui una quarantina sono cancerogene tanto che l’Agenzia internazionale di ricerca sul cancro (IARC) lo ha classificato come agente cancerogeno per l’uomo.

Le strategie regionali di controllo del fumo passivo si articolano in due obiettivi specifici:

1. facilitare l’applicazione della normativa che limita il fumo di tabacco negli ambienti di vita e di lavoro soggetti a limitazione normativa.

A tal fine viene formato il personale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Az. ULSS del Veneto sugli aspetti igienico-sanitari, legislativi e tecnologici del fumo di tabacco attraverso corsi di formazione a cadenza annuale.

2. ridurre l’esposizione al fumo passivo nei seguenti ambienti:
 - a) negli ambienti domestici;
 - b) negli ambienti di lavoro;
 - c) negli ambienti scolastici;
 - d) negli ambienti sanitari.

2a) Prevenzione del fumo passivo negli ambienti domestici

Per quanto attiene alla riduzione dell’esposizione al fumo passivo negli ambienti domestici, è attivo il programma di counselling ostetrico “Mamme libere dal fumo”, nato nel luglio 2002 grazie alla collaborazione tra la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT) e la Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche (FNCO). Tale sinergia è stata valorizzata e arricchita dall’impegno istituzionale della Regione del

Veneto che identifica nel controllo dell’esposizione al fumo passivo in ambito domestico, una fondamentale azione strategica come riportato nella Delibera di Giunta Regionale n. 4076/2003. Scopo del Programma è di favorire l’intervento standardizzato del personale ostetrico, finalizzato al sostegno motivazionale alla disassuefazione delle donne in gravidanza ed il successivo follow-up delle donne fumatrici e delle loro famiglie, con particolare riferimento al periodo gestazionale e puerperale. Il follow-up prevede un rinforzo nel corso di ogni successivo contatto con la donna ed il monitoraggio a sei mesi ed un anno. In tal modo si favorisce la creazione di un ambiente domestico libero dal fumo attraverso norme comportamentali essendo l’abitazione un ambiente in cui non è possibile intervenire con la normativa.

Il programma è oggi particolarmente avanzato nel Veneto. Oltre ai materiali prodotti dalla LILT, necessari allo sviluppo del programma (il manuale per gli operatori, l’opuscolo per le famiglie, il bindello per la cameretta del bambino), la Regione del Veneto ha predisposto un cd-rom, contenente il kit formativo, che permetterà alle ostetriche formatrici di formare le colleghe (circa 900), un poster che segnerà le Unità Operative aderenti al programma ed infine a tutte le neo-mamme del Veneto verrà consegnato un bavaglino con la scritta: “Nato libero dal fumo”.

Nel 2004 ben 13 Az. ULSS (sulle 21 totali) del Veneto hanno attivato i corsi di formazione per le ostetriche del territorio. Nel 2005 verranno attivati i corsi E.C.M. per formare tutte le rimanenti ostetriche del Veneto. Sempre nel 2005 verrà sperimentato in quattro Az. ULSS (8, 12, 20, 21) del Veneto il software per il monitoraggio del programma stesso.

2b) Prevenzione del fumo passivo negli ambienti di lavoro

Per favorire la protezione dei non fumatori negli ambienti di lavoro, un gruppo di lavoro creato nell'ambito del "Piano triennale di Prevenzione e Promozione della Sicurezza e della Salute negli Ambienti di Lavoro" ha predisposto il manuale dal titolo "Verso una azienda libera dal fumo", ad uso dei dirigenti aziendali.

2c) Prevenzione del fumo passivo negli ambienti scolastici

Per contrastare l'esposizione al fumo passivo negli ambienti scolastici, la Regione del Veneto ha messo a punto il manuale dal titolo "Verso una scuola libera dal fumo", ad uso dei dirigenti scolastici. Il manuale è suddiviso in tre capitoli:

- nel primo capitolo vengono descritti gli aspetti epidemiologici del tabagismo nel Veneto ed in Italia, il ruolo dell'Istituzione scolastica nel favorire la creazione di un ambiente libero dal fumo; infine la scuola viene vista anche come luogo di lavoro ed in quanto tale soggetta alla legge 626/94 con il conseguente obbligo per il dirigente scolastico (datore di lavoro) di garantire la salute dei propri subordinati (personale docente, amministrativo ed ausiliario).
- il secondo capitolo illustra le modalità organizzative di applicazione del divieto di fumo nella scuola;
- nel terzo capitolo vengono esposti i progetti educativi regionali attualmente disponibili per prevenire il tabagismo fra i giovani.

Nel gennaio 2005 il manuale sarà distribuito ai referenti per il programma regionale di prevenzione delle patologie fumo-correlate, nominati dalle Aziende ULSS del Veneto. Essi si faranno carico di consegnarlo ai dirigenti scolastici del territorio della propria Az. ULSS.

2d) Prevenzione del fumo passivo negli ambienti sanitari

Nel 1988 l'ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dato avvio al programma "Health Promoting Hospitals", tradotto in italiano con "Ospedali per la Promozione della Salute", con lo scopo di favorire la trasformazione organizzativa e funzionale degli ospedali da luoghi di cura a luoghi che promuovono la salute nel territorio collaborando con le istituzioni locali e la comunità servita.

A partire dal 1995 molti ospedali del Veneto hanno aderito a questo Programma, dando origine alla Rete Veneta degli ospedali per la promozione della Salute, che è stata la prima rete italiana.

Per quanto attiene la prevenzione del fumo passivo, la Rete Veneta HPH ha sviluppato il progetto "Ospedali e Servizi Socio Sanitari senza fumo" che ha come obiettivo generale "ottenere che negli ospedali e nei servizi socio-sanitari non si fumi, in modo da proteggere la salute dei pazienti e del personale e da costituire un esempio di comportamento sano per la comunità". Tale obiettivo viene perseguito attraverso lo sviluppo delle seguenti azioni:

- adozione di segnaletica comune;
- corsi per smettere di fumare;
- alleanze con i SerT, Distretti Socio Sanitari, Servizi di Educazione e Promozione della salute;
- avvio di una specifica campagna per le giovani generazioni ("chi non fuma...VINCE!")
- alleanze con i Comuni, Province, Scuole, Volontariato (in particolare Lega Italiana Lotta contro i Tumori).

ATTIVITA' DEL MINISTERO DELLA SALUTE CONTRO TABAGISMO E FUMO PASSIVO

L'ordinamento giuridico italiano contiene varie norme dirette a tutelare la salute dai rischi connessi all'esposizione anche passiva al fumo, alcune delle quali non erano adeguatamente rispettate anche a causa di dubbi interpretativi ed applicativi. In relazione ai quesiti posti da vari soggetti interessati all'applicazione della legge 11 novembre 1975, n. 584, e della direttiva del presidente del Consiglio dei Ministri 14 dicembre 1995, il Ministero della Salute ha emanato la **Circolare n. 4 del 28 marzo 2001 - Interpretazione delle leggi vigenti in materia di divieto di fumo.**

Un importante svolta a livello normativo a riguardo del contrasto del fumo passivo è stata impressa dalla **Legge 3/2003**, avente ad oggetto "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione". L'articolo 51 "Tutela della salute dei non fumatori" contiene la previsione del divieto di fumo nei locali chiusi, ad eccezione di quelli privati non aperti ad

utenti o al pubblico e quelli riservati ai fumatori e come tali contrassegnati. Tali divieti entreranno in vigore dal 10 gennaio 2005.

Il D.P.C.M. del 23 dicembre 2003 definisce le caratteristiche tecniche dei locali per fumatori.

INDAGINE DOXA - IL FUMO PASSIVO NEI LOCALI PUBBLICI

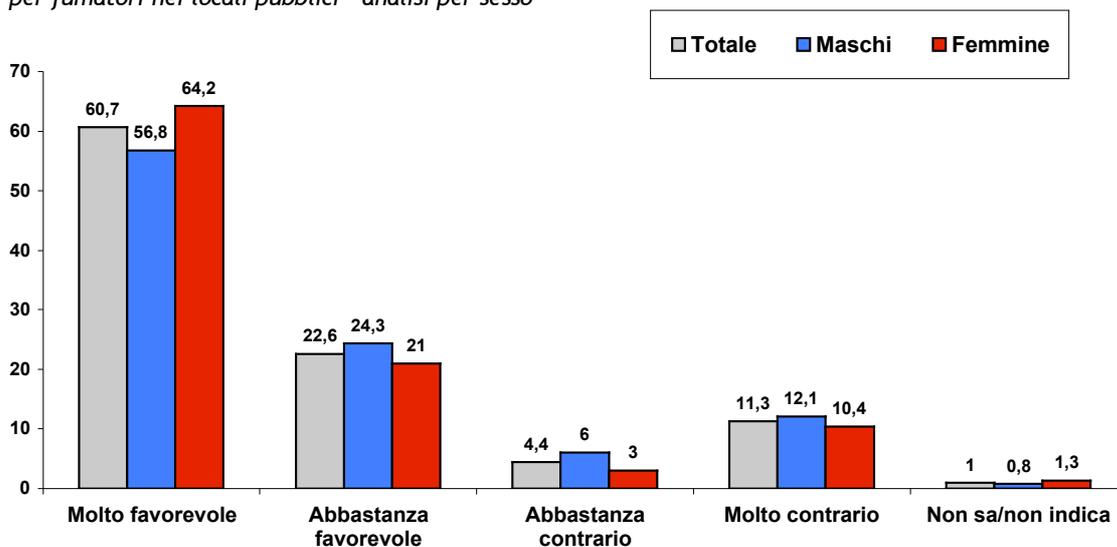
Vengono di seguito presentati i principali risultati di uno studio che l'Istituto DOXA ha condotto nel mese di aprile 2001, per incarico dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, volto a verificare le opinioni e gli atteggiamenti degli italiani adulti verso il fumo nei locali pubblici.

Per quest'indagine sono state condotte 1.009 interviste telefoniche ad un campione nazionale rappresentativo della popolazione italiana adulta (15 anni ed oltre) con in casa il telefono fisso.

L'universo di riferimento è costituito da circa 49,2 milioni di individui di 15 anni ed oltre.

Figura 1

Atteggiamento nei confronti della creazione di spazi per fumatori nei locali pubblici - analisi per sesso



10

Come illustrato nella figura 1, l'83,5% degli italiani adulti dichiara di essere favorevole alla creazione di spazi per fumatori nei locali pubblici ed al divieto di fumare al di fuori di essi (in particolare il 60,7% si dichiara "molto favorevole" ed il 22,6% "abbastanza favorevole").

Le donne sembrano avere un atteggiamento lievemente più favorevole in proposito rispetto agli uomini: il 64,2% delle donne dichiara di essere "molto favorevole", rispetto al 56,8% degli uomini. Ciò è in parte dovuto al fatto che le donne sono, mediamente, meno fumatrici degli uomini.

Solamente l'11,3% degli intervistati si dichiara decisamente contrario alla creazione di spazi per fumatori.

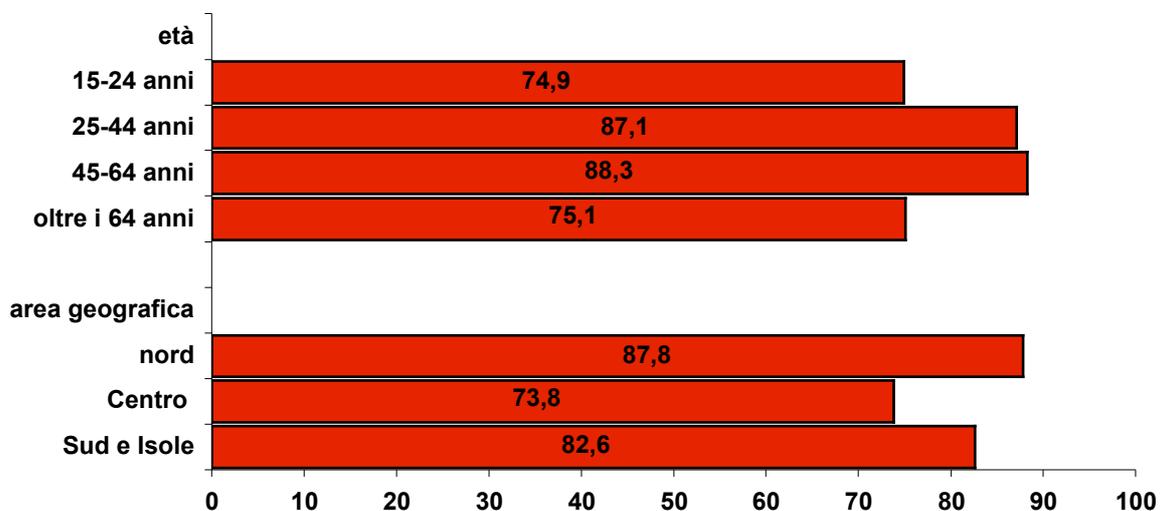


Figura 2

Favorevoli alla creazione di spazi per fumatori nei locali pubblici - analisi per età ed area geografica

La figura 2 mostra che risultano più favorevoli:

- gli adulti tra i 25 e i 64 anni (87% circa di "molto o abbastanza favorevoli") rispetto ai soggetti di altre fasce d'età;
- i residenti delle regioni del Nord (87,8%), Sud e Isole (82,6%) rispetto ai residenti nel Centro Italia (73,8%).

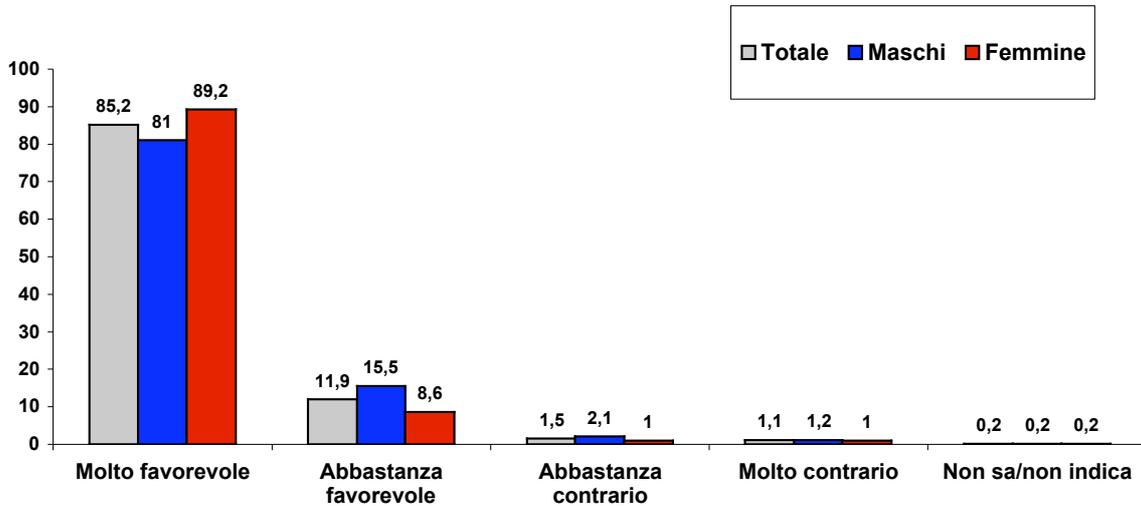
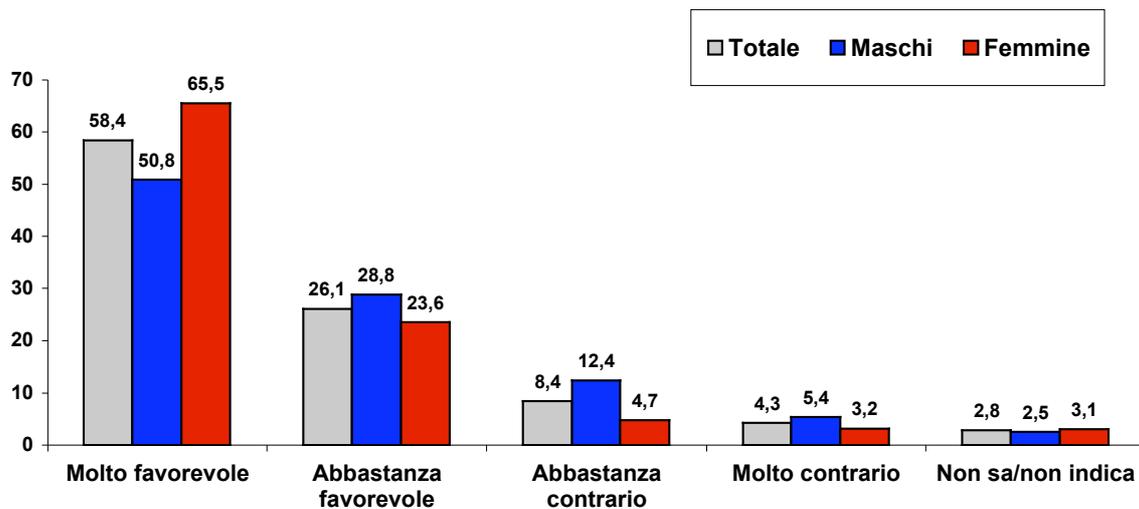


Figura 3

Importanza attribuita al rispetto del divieto di fumo negli uffici e nei locali pubblici - analisi per sesso

Molto elevato e diffuso in modo uniforme tra gli intervistati è il consenso sull'importanza che il divieto di fumo negli uffici e nei locali pubblici venga rispettato: il 97,1% del campione ritiene che sia "molto o abbastanza importante" che tale divieto venga fatto rispettare. In particolare le donne risultano lievemente più sensibili al problema (l'89,2% delle femmine ritiene il problema molto importante, rispetto all'81,0% dei maschi).

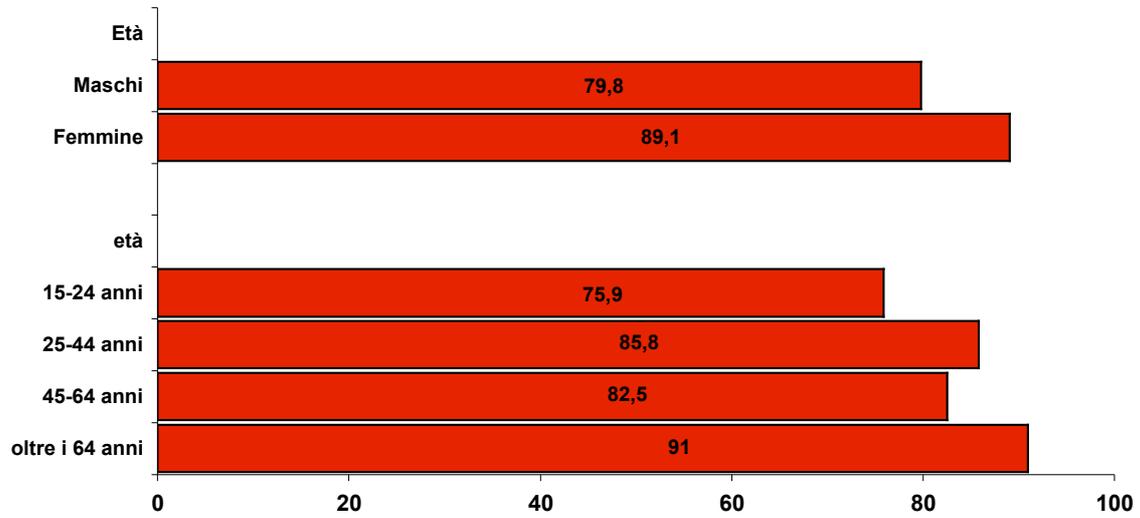
12

**Figura 4**

Atteggiamento verso l'estensione del divieto di fumare a tutte le aziende - analisi per sesso

L'84,5% del campione si dichiara favorevole al fatto che il divieto di fumare venga esteso a tutte le aziende private: in particolare il 58,4% si dichiara molto favorevole ed il 26,1% abbastanza favorevole.

Da notare che solo una quota trascurabile degli intervistati (pari al 4,3%) si dichiara fermamente contrario al divieto di fumare nelle aziende.



L'adesione risulta più alta tra le donne (89,1% del campione, contro il 79,6% di pareri favorevoli fra i maschi) e tra gli anziani (91,0% di favorevoli fra i soggetti con più di 64 anni, contro il 75,9% registrato tra i più giovani).

Figura 5

Atteggiamento nei confronti dell'estensione del divieto di fumare a tutte le aziende - analisi per sesso e fasce d'età

2

Ruolo dei servizi di
igiene e sanità
pubblica
"Piano Triennale dei
Servizi di Igiene e
Sanità Pubblica del
Veneto"

Luca Sbrogiò

*Dipartimento di Prevenzione
Azienda ULSS 9 Treviso*

I SERVIZI DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA E IL TABACCO

Con il Piano Triennale dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica 2002-2004 la Regione del Veneto ha inteso rinnovare gli ambiti di attività, la metodologia e l'organizzazione della Sanità Pubblica regionale rendendola più rispondente ai problemi di salute ed alle aspettative dei cittadini veneti. Tale pianificazione ha innanzitutto rivisto criticamente alla luce della "prevenzione basata sulle prove di efficacia" (EBP) le pratiche tradizionali, dismettendo quelle obsolete, inutili o dannose. L'azione di riorientamento dei Servizi ha dato quindi spazio alla prevenzione delle malattie cronicodegenerative (patologia cardiocircolatoria, patologia neoplastica) e dei traumi nei luoghi di vita e di lavoro (incidenti stradali, domestici, paradomestici) che affianca la consolidata prevenzione delle malattie infettive. In questo contesto la modifica degli stili di vita correlati a patologia assume un ruolo di grande importanza e, naturalmente, il controllo del fumo di tabacco è centrale in relazione alla gravità del quadro epidemiologico connesso al suo consumo.

Nell'ambito del controllo del tabagismo, quali sono le competenze dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

Si può distinguere una competenza professionale (ciò che i professionisti che lavorano nei Servizi di Igiene e Sanità pubblica "sanno fare") da una competenza istituzionale (intesa come attribuzione di responsabilità specifica - "è compito di..."-) identificata con provvedimento specifico.

Competenza professionale

La competenza professionale sul tema nei SISP è garantita da:

- medici specialisti igiene e medicina preventiva (disciplina igiene, epidemiologia e sanità pubblica);
- assistenti sanitari;
- tecnici della prevenzione.

Nel dettaglio:

Lo specialista in Igiene e medicina preventiva

- è un medico, e come tale ha le competenze di diagnosi, cura e riabilitazione che sono proprie di ogni abilitato alla professione, ancorchè di ambito generico;
- specialista in igiene e medicina preventiva, (disciplina in igiene, epidemiologia e sanità pubblica). In tale veste il medico segue un percorso universitario finalizzato alla conduzione delle seguenti attività specialistiche:- analisi dei bisogni di salute e delle aspettative socio-sanitarie della popolazione;
 - valutazione e controllo dei fattori influenti la salute;- pianificazione, realizzazione e valutazione di interventi di prevenzione, promozione della salute e sanità pubblica;
 - analisi organizzativa ed organizzazione di servizi sanitari.

Tali attività possono essere condotte in autonomia operativa, garantendo direttamente livelli a medio-bassa complessità. Se inserito in un contesto a rete e con opportuni sostegni e supervisione, le attività possono assumere complessità medio-alta.

Assistente sanitario

- Secondo il profilo professionale, l'Assistente Sanitario: è l'operatore addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute. L'attività è rivolta alla persona, alla famiglia e alla collettività; individua i bisogni di salute e le priorità di intervento preventivo, educativo e di recupero.
- [...] Collabora alla definizione delle metodologie di comunicazione, ai programmi ed a campagne per la promozione e l'educazione sanitaria. Come si evince dal profilo, l'Assistente Sanitario svolge attività sia personalizzate (rapporto diretto con un singolo assistito) che su comunità, con utilizzo professionale delle tecniche che sono volte ai cambiamenti comportamentali. Il percorso universitario fornisce le conoscenze necessarie con applicazione specifica al contesto sanitario (counselling, ecc.)

Tecnico della prevenzione

Secondo il profilo professionale:

- è l'operatore sanitario che è responsabile nell'ambito delle proprie competenze, di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale, nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene e sanità pubblica e veterinaria.
- Il tecnico della prevenzione ha caratteristiche professionali che risultano specifiche tra i professionisti della salute, con particolare riferimento al ruolo di Ufficiale di Polizia Giudiziaria nell'espletamento di attività di vigilanza loro affidata. Peraltro va sottolineato che nel tempo a tale funzione (eredità del "vigile sanitario") si è affiancata con sempre maggiore forza una moderna visione di supporto ad azioni preventive e di promozione della salute.

Competenza istituzionale

In generale, le competenze istituzionali dei Dipartimenti di Prevenzione sono definite nella seguente normativa:

- L. 833/78 e successive integrazioni;
- Accordo 22 novembre 2001 tra Governo, Regioni e Province Autonome sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- DGR 3415/2002 (Organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione).

Nel dettaglio vale la pena richiamare alcuni articoli:

L. 833/78 - Istituzione del SSN

- **Art. 2. Gli obiettivi:**
 1. Formazione di una **moderna coscienza sanitaria** sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e della comunità;
 2. la **prevenzione delle malattie** e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
 5. la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro.

- **Art. 2. Il SSN persegue:**
 - **d. la promozione della salute** nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, [...]
- **Art. 20. Attività di prevenzione.**
- **Art. 21. Organizzazione dei servizi di prevenzione.**

L. 229/99 (riforma ter del SSN)

- **Art. 7 bis:**
 1. [...] il Dipartimento di prevenzione è la struttura operativa dell'USL che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di **promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.**
- **Art. 7 ter (funzioni garantite direttamente dal DP):**
 - 1**b) tutela della collettività** dai rischi sanitari degli **ambienti di vita** anche con riferimento agli effetti sanitari degli **inquinanti ambientali**;
 - 1**c) tutela della collettività e dei singoli** dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli **ambienti di lavoro**;
 2. funzioni inerenti le attività di promozione della salute e di **prevenzione delle malattie cronico-degenerative** alla cui realizzazione il DP contribuisce con altri Servizi e Dipartimenti aziendali
- **Art. 7 quater:**
 - il DP ha autonomia organizzativa e contabile;
 - l'organizzazione è definita a livello regionale.

Accordo 22 novembre 2001 tra Governo, Regioni e Province Autonome sui LEA

A riguardo della “Prevenzione collettiva”, assicurata dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione, vengono definite le seguenti funzioni:

Tutte le funzioni previste dalla normativa, tra cui:

- Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita:
- valutazione dell’impatto sulla salute umana dei fattori di nocività, pericolosità e di deterioramento negli ambienti di vita e indicazione delle misure idonee di tutela della salute umana;
- tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici in relazione alle diverse utilizzazioni con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico.

Appare evidente che è posta enfasi sulle attività di analisi, strategia complessiva, valutazione nonché azioni specifiche volte alla creazione e mantenimento di ambienti igienicamente rispondenti alla normativa e alle indicazioni scientifiche disponibili.

Organizzazione regionale

DGR 3415 del 29 novembre 2002

“Organizzazione delle aziende sanitarie. Linee guida per la predisposizione dell’atto aziendale e per l’organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle aziende UU.LL.SS.SS.”

Ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto afferiscono i seguenti Servizi:

- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, Servizio Prevenzione Igiene Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Servizi Veterinari;
- E’ inoltre inserito nell’organizzazione dipartimentale il Servizio Educazione e Promozione della Salute.

L’organizzazione citata “dota” il Dipartimento di tutte le attività che sono specificamente attribuite ai singoli Servizi. In particolare va

ricordato che la DGRV 2482 del 8 luglio 1997 “Linee di indirizzo per lo sviluppo delle attività di educazione e promozione della salute nelle Aziende Socio-Sanitarie” di istituzione dei SEPS attribuiva ad essi il coordinamento e lo sviluppo dei programmi regionali di prevenzione del tabagismo.

IL RUOLO DEL SISP

Riassumendo in una logica di Servizio quanto sopra riportato, la semplice considerazione delle competenze professionali possedute dagli operatori sanitari dei SISP (o, se si vuole, del Dipartimento di Prevenzione nel suo complesso) e le competenze istituzionali a vario titolo attribuite al SISP/DP è lecito formulare il seguente ambito di operatività offerto alla popolazione assistita:

- analisi epidemiologica e valutazione;
- progettazione ed attuazione di interventi per la rimozione dei fattori di rischio;
- coordinamento di figure professionali;
- vigilanza, controllo, notifica e contestazione;
- educazione/counselling alla persona;
- comunicazione alla comunità.

SISP E TABACCO

Il ruolo del SISP in tema di prevenzione e controllo del tabagismo è definito nella DGR 3015 del 10/10/2003 di pianificazione regionale (Piano SISP) con particolare riferimento alla Scheda Tematica 2.4 “Fumo di Tabacco” (http://www.regione.veneto.it/NR/rdonlyres/B37917A2-709F-4A67-B791-ABF0AA4C9A99/0/Scheda_2_4.pdf)

In tale documento sono definite le linee di lavoro per le quali è chiesto un preciso impegno ai SISP del Veneto. In dettaglio:

LINEE di LAVORO per i SISP

1 Analisi epidemiologica

a) Specifiche valutazioni epidemiologiche:

- prevalenza abitudine al fumo;
- prevalenza esposizione al fumo passivo

nell'età infantile;

- analisi dei determinanti (inizio abitudine al fumo, mancata adesione e percorsi di disassuefazione, ecc.);
- analisi della mortalità per cancro del polmone e patologie fumo-correlate.

b) Supporto alle valutazioni interventi informativi e formativi condotti da personale dell'Az. ULSS o da esterni.

2. Marketing sociale (obiettivo PSN 2003 - 2005)

- sensibilizzazione e informazione attraverso periodici richiami su organi di stampa;
- produzione di materiale informativo adeguato ai target;
- organizzazione e partecipazione alle iniziative nazionali e locali sul tema;
- effettuazione e valutazione iniziative concordate con alcuni stakeholders (scuole, comuni, ecc.).

3. Promozione strategie intersettoriali contro il fumo

- COSTRUZIONE RETE INTRA ed EXTRAZIENDALE (Comuni, ecc.)
- CONTROLLO FUMO PASSIVO sostegno attivo all'applicazione normativa sul fumo
- COUNSELLING ordinario antitabagico, in associazione ad altre iniziative di counselling condotte dal personale SISP

4. Formazione specifica degli operatori coinvolti

CONCLUSIONI

Con tali attività i SISP del Veneto concorrono allo sviluppo delle scelte strategiche di intervento per il controllo del tabagismo ed al raggiungimento degli obiettivi regionali definiti dalla DGR 3231 del 15 novembre 2002 ad oggetto "Piano strategico regionale di intervento contro il fumo" e successive integrazioni.

Le scelte strategiche sono:

- la promozione della scelta di non fumare;
- la prevenzione dell'abitudine;

- la protezione dei non fumatori;
- l'offerta di cura ai fumatori.

Gli obiettivi che i SISP concorrono a raggiungere sono:

- migliorare le conoscenze e la sorveglianza delle abitudini al fumo, dei fattori che l'influenzano e degli effetti sulla salute;
- monitorare e valutare i programmi di prevenzione e controllo su scala locale e concorrere alle attività di valutazione regionali;
- raggiungere la popolazione generale con messaggi in grado di modificare l'accettazione sociale del fumo;
- aumentare negli operatori sanitari (dipendenti e convenzionati) la consapevolezza del fumo come malattia, in modo da introdurre stabilmente nella routine clinica tutte le attività di diagnosi e terapia;
- promuovere e facilitare l'applicazione della normativa che limita il fumo di tabacco negli ambienti di vita e di lavoro soggetti a limitazioni normative.

Dunque le caratteristiche di questa malattia fanno sì che il fumo sia il principale problema di sanità pubblica che affligge la popolazione della nostra regione. I Dipartimenti di Prevenzione ed i SISP, come sopra descritto, hanno le capacità professionali ed organizzative per poter contribuire efficacemente alla riduzione della patologia fumo correlata.

3

Il Ruolo dei Servizi SPISAL per il controllo del fumo di sigaretta nei luoghi di lavoro

Daniela Marcolina
SPISAL, Azienda ULSS 1 Belluno

Parole chiave:

fumo di sigaretta, ambiente di lavoro, prevenzione, educazione alla salute

Introduzione

Il rischio collegato al fumo di sigaretta è ben noto e il posto di lavoro è una delle sedi dove è possibile intervenire con successo sia per evitare esposizione a fumo passivo, sia per promuovere una maggiore conoscenza dei danni e limitare il numero di sigarette consumate. Numerosi studi dimostrano che il divieto di fumare all'interno degli ambienti di lavoro ha determinato una diminuzione del consumo di sigarette, oltre che l'eliminazione dell'esposizione a fumo passivo. Le attuali politiche di sanità pubblica per i luoghi di lavoro, accanto all'azione di controllo, valorizzano molto 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. L'abitudine al fumo di tabacco rappresenta sicuramente uno dei determinanti della salute che può essere affrontato efficacemente con questa strategia. In questa logica, il datore di lavoro può svolgere un ruolo attivo nella promozione della salute tra i propri dipendenti, attraverso interventi di tipo restrittivo ed educativo, mentre ai Servizi di Sanità Pubblica spetta il compito di implementare e favorire queste politiche aziendali di prevenzione.

Il fumo di sigaretta e l'ambiente di lavoro

L'ambiente di lavoro è un importante luogo di esposizione e quindi causa di morbi-mortalità 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. Esiste inoltre un'importante percentuale di lavoratori che pur non fumando subisce l'esposizione a fumo passivo. Un recente studio ha stimato che ogni anno in Italia muoiono 324 persone per tumore polmonare e 235 per malattie ischemiche cardiache a causa dall'esposizione a fumo passivo in ambiente lavorativo. E' stato inoltre calcolato che oltre 2.000 bambini nascono sottopeso per esposizione a fumo passivo sul posto di lavoro della madre durante la gravidanza. Si tratta di morti tutte teoricamente prevenibili con provvedimenti di restrizione del fumo (Forastiere, 2002). Inoltre, in un ambiente di lavoro in cui si fuma si vengono a creare i seguenti rischi:

- a) rischio infortunistico e danni al patrimonio aziendale;
- b) rischio di interazione tra fumo di sigaretta ed altre sostanze tossiche;
- c) rischio da esposizione fumo passivo.

Visto in questi termini il fumo può essere considerato uno fra i più diffusi fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro.

L'impatto delle politiche di prevenzione

La promozione della salute sui posti di lavoro comprende, secondo la dichiarazione di Lussemburgo (1997), adottata dalla Rete Europea per la promozione della salute sul lavoro, misure rivolte all'individuo e all'ambiente. Essa coniuga la strategia della riduzione del rischio con quella dell'intensificazione della tutela della salute (approccio globale), si basa sulla cooperazione multisetoriale e multidisciplinare, favorendo la motivazione e la responsabilità di tutti i soggetti aziendali. Ciò permette di integrare la promozione della salute nelle decisioni principali e in tutti i settori dell'organizzazione aziendale determinando un cambiamento reale nella qualità della vita dei lavoratori. Il Piano Sanitario Nazionale ha inserito la lotta al tabagismo tra gli obiettivi diretti a promuovere e stili di vita salutari e intervenire sui luoghi di lavoro con programmi di prevenzione del tabagismo

rappresenta una inusuale opportunità di raggiungere un importante numero soggetti, circa il 60% della popolazione, e contribuire a ridurre, oltre ai danni da fumo, anche infortuni e patologie correlate al lavoro. Occorrono tuttavia programmi di prevenzione innovativi basati su un approccio globale alla salute dei lavoratori comprendente la riduzione dei fattori di rischio occupazionale, interventi sulla qualità dell'ambiente, sull'organizzazione del lavoro, sulle relazioni interpersonali e sui comportamenti individuali che influiscono sullo stato di salute. In pratica servono sia azioni di tipo restrittivo che interventi di educazione alla salute, attuati con il consenso e la collaborazione di tutti i soggetti aziendali e supportati dai Servizi Pubblici. Le politiche aziendali possono effettivamente prevenire l'esposizione a ETS sul posto di lavoro (Sorensen, 1993) e favorire la percezione che il fumo è socialmente inappropriato nei luoghi di lavoro (Abrams, 1992). La proibizione del fumo oltre a ottenere ambienti liberi dal fumo e la protezione dal fumo passivo di tutti i dipendenti, porta anche ulteriori benefici: nelle aziende dove è stato introdotto il divieto si è misurata una più alta percentuale di fumatori che smettono e che riducono il consumo giornaliero di tabacco, specialmente quando le regole vengono reiterate e fatte rispettare. Gli ambienti liberi dal fumo sono associati ad una riduzione nella prevalenza dell'abitudine al fumo del 38% e ad una riduzione del consumo di sigaretta da parte di fumatori (- 3.1 al giorno) che combinati insieme determinano una riduzione del consumo di sigarette del 29% (Moskowitz, 2000, Brenner, 1994). Con il decremento dell'esposizione si è visto una concomitante sostanziale riduzione dei sintomi respiratori e una migliorata funzione polmonare (Eisner, 1998). In breve, le politiche no smoking negli ambienti di lavoro concorrono a migliorare la salute della popolazione. Il comportamento nei confronti del fumo appare, però, fortemente influenzato dalla cultura del gruppo, dall'organizzazione aziendale e dalla tolleranza o riprovazione sociale e dalle caratteristiche dell'ambiente di lavoro. Riguardo all'esposizione

professionale, alcuni studi hanno indicato che nei fumatori esposti a sostanze tossiche presenti sul posto di lavoro sono più motivati a smettere, preoccupati del duplice rischio (individuale e lavorativo). Pertanto, l'efficacia delle politiche per il controllo del fumo nei luoghi di lavoro può essere innalzata in presenza di interventi coordinati che:

- hanno lo scopo di promuovere la cessazione dall'abitudine al fumo tra i singoli fumatori;
- si sviluppano in un contesto sociale di supporto;
- coinvolgono il management nell'assicurare un ambiente salubre sia riguardo ai rischi professionali che all'esposizione ETS;
- si inseriscono nell'ambito di iniziative pubbliche di controllo del fumo.

In tal modo è possibile muoversi oltre il livello individuale nella salute dei lavoratori.

La politica di prevenzione contro il fumo di tabacco nei luoghi di lavoro della Regione Veneto

Nella Regione Veneto la politica di prevenzione nei luoghi di lavoro è organizzata attraverso Piani Triennali contenenti indirizzi di lavoro e linee programmatiche per le attività dei Servizi. Il Piano Triennale 2002-2004 (DGR n° 3881 del 31.12.2001 "Linee di indirizzo per la pianificazione delle attività in materia di prevenzione e promozione della salute negli ambienti di lavoro a valere per il triennio 2002-2004" e DGR n° 2200 del 08.08.2002 "Attuazione della DGR N° 3881/01 approvazione del Piano Triennale. Impegno di spesa") aveva posto come obiettivi principali i seguenti punti:

- Rafforzare la rete regionale degli attori della sicurezza con il fine di promuovere la diffusione delle migliori pratiche di prevenzione e di promozione della salute
- Promuovere il coordinamento e la qualificazione delle azioni di formazione di sicurezza negli ambienti di lavoro attraverso la definizione di percorsi certificabili
- Rendere più omogenea e qualificata la attività

di vigilanza degli SPISAL attraverso programmi su obiettivi prioritari e il coordinamento delle azioni e la condivisione delle metodologie e degli strumenti di lavoro

- Riorientare le risorse abbandonando pratiche inefficaci, definendo le priorità degli interventi sulla base dell'evidenza epidemiologica e della verifica dell'efficacia, definendo indicatori dei L.E.A. misurabili
- Affermare le linee di lavoro innovative relative a problematiche emergenti quali l'ergonomia, il mantenimento al lavoro delle categorie deboli, il mobbing e la promozione della salute in generale.

Gli aspetti indicati nell'ultimo punto sono risultati particolarmente innovativi per i Servizi SPISAL, storicamente incentrati nelle attività di vigilanza, e hanno, quindi, avuto bisogno di un'area di programmazione specifica dedicata alla Promozione della salute nei luoghi di lavoro (Delibera Regionale n° 3723 del 5 dicembre 2003) nella quale venissero definiti finalità, obiettivi e strategie operative. Nel documento, infatti, è stato chiarito l'obiettivo generale, individuato nella promozione all'interno dell'ambiente di lavoro una cultura orientata all'assunzione di stili di vita e comportamenti sicuri e responsabili, e sono stati indicati gli obiettivi specifici della nuova politica di prevenzione:

- Aumentare le possibilità di scelta dei cittadini lavoratori verso stili di vita e politiche a favore della salute con proposte alle aziende produttive del territorio regionale inerenti il consumo di bevande alcoliche e il fumo di tabacco
- Orientare l'organizzazione del lavoro delle aziende produttive del territorio regionale a favore del collocamento dei disabili e della prevenzione dei rischi psicosociali
- Migliorare le condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori interinali
- Partecipare alla "Rete delle scuole sicure", alla "Rete delle aziende sane" e alla "Rete delle agenzie pubbliche e private per l'inserimento lavorativo dei disabili" contribuendo allo sviluppo delle stesse.

I Servizi SPISAL sono stati invitati a sperimentare le nuove strategie di lavoro articolate in quattro tipologie di progetti:

- L'alcool in ambiente di lavoro
- Il fumo in ambiente di lavoro
- I rischi psico-sociali in ambiente di lavoro
- I disabili e il loro inserimento in ambiente di lavoro

Per quanto riguarda il fumo, il progetto si prefigge di:

- Sensibilizzare il datore di lavoro e i soggetti della prevenzione aziendale ed aiutarli nella predisposizione di un adeguato regolamento aziendale e delle conseguenti misure di controllo
- Promuovere l'informazione sui rischi professionali correlati al fumo e i diritti e doveri dei lavoratori
- Promuovere corrette abitudini di vita e di lavoro correlate al fumo
- Coinvolgere i medici competenti per contrastare l'abitudine al fumo nei luoghi di lavoro
- Favorire il coinvolgimento delle altre strutture sanitarie interessate al problema (SERT) per attuare strategie comuni di sostegno alle aziende che vogliono incentivare i propri dipendenti a smettere di fumare
- Verificare l'adeguamento delle ditte a quanto previsto dalla normativa vigente

La regia centrale del progetto permette la realizzare degli strumenti comuni di lavoro in particolare ricordiamo che è stata realizzata la guida per il datore di lavoro per attuare la politica di controllo del fumo di sigaretta, il questionario per la rilevazione, e il materiale divulgativo. Inoltre è in programmazione la formazione dei medici competenti, mentre quella del personale dei servizi SPISAL è già stata avviata con l'effettuazione del corso per "animatori della promozione della salute"

La politica aziendale per il controllo del fumo di sigaretta

L'attuazione della legge 3/2003 ha contribuito a diminuire considerevolmente l'esposizione a fumo passivo soprattutto in quegli ambienti poco protetti dalle normative precedenti (Gorini, 2005). Tuttavia, pur in presenza di leggi che supportano il divieto di fumo e di una ormai forte sensibilità al problema nella società, non è sufficiente la disposizione da parte della direzione della azienda per ottenere un ambiente di lavoro libero da fumo. Un ambiente di lavoro senza fumo è frutto di una politica organica, cioè di un insieme di provvedimenti che prevedano oltre ai divieti, interventi informativi che coinvolgano tutti i lavoratori e momenti educativi e di sostegno per chi vuole smettere. Una buona politica aziendale dovrebbe tentare di eliminare o controllare l'esposizione dei lavoratori al fumo passivo, senza criminalizzare i fumatori, ma perseguendo i seguenti fini:

- favorire la conoscenza dei rischi per la salute determinati dal fumo attivo e passivo;
- favorire la consapevolezza da parte di tutti i soggetti (datore di lavoro, dipendenti ed utenti, sia fumatori che non) dei propri diritti e responsabilità;
- favorire la creazione e il mantenimento di posti di lavoro salubri e sicuri nei confronti di tutti i fattori di rischio;
- migliorare lo stato di salute dei propri dipendenti favorendo stili di vita corretti (riduzione dell'abitudine al fumo);
- migliorare il clima lavorativo.

Tali obiettivi possono essere raggiunti attraverso un approccio di comunità nel quale tutti i soggetti interessati condividono lo scopo e partecipano attivamente alla sua realizzazione. Il primo passo consiste nella costituzione di un gruppo di lavoro di comunità (datore di lavoro, responsabile per la sicurezza aziendale, medico competente, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, operatori di sanità pubblica, esperti) che avvii una attività di rilevazione della prevalenza dell'abitudine al fumo tra i lavoratori e costituisca il centro di progettazione e

realizzazione di un programma antifumo aziendale, caratterizzato da molteplici interventi:

- regolamento interno (divieto di fumo nei luoghi di lavoro e negli comuni, modalità di controllo e sanzioni)
- decidere se allestire gli spazi per fumatori
- sensibilizzare sui danni da fumo, anche passivo
- counselling del medico competente
- incentivi a smettere di fumare
- aiuti a chi vuole smettere di fumare anche attraverso il sostegno di programmi di gruppoterapia
- monitorare l'attuazione del progetto e valutare i risultati.

La collaborazione fra forze interne all'azienda ed esterne è molto importante, tuttavia è necessario che in tutte le iniziative risultino chiari la piena titolarità dell'intervento da parte della Direzione Aziendale e il ruolo dei vari partecipanti al gruppo di lavoro.

Ruolo del Responsabile del Servizio di Prevenzione Protezione Aziendale (RSPP)

Il primo passo del RSPP è quello di riconoscere il fumo di sigaretta come un rischio per la salute dei lavoratori e di inserirlo nel documento di valutazione dei rischi. E' molto importante, infatti, che il problema venga affrontato come qualsiasi altro rischio professionale, perché obbliga la dirigenza aziendale a impegnare risorse per la predisposizione delle misure di bonifica del rischio e impegna i dipendenti a rispettare le disposizioni aziendali adottate per combattere tale rischio.

Ruolo del Medico Competente (MC)

La figura del MC deve diventare il riferimento per tutte le azioni di prevenzione, di educazione e di disassuefazione. Egli può:

- raccogliere le informazioni sulla abitudine al

fumo del lavoratore (scheda anamnestica, questionario di Fagerstrom, questionario sulla dipendenza);

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

risorse per la predisposizione delle misure di bonifica del rischio e impegna i dipendenti a rispettare le disposizioni aziendali adottate per combattere tale rischio.

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

Il RLS ha il compito di favorire la comprensione e la applicazione delle misure di tutela della salute dei lavoratori che in questo caso sono particolarmente delicate interferendo con le abitudini o libertà personali. Inoltre la regolamentazione del fumo pone anche questioni di tipo contrattuale (pause, supporti ai fumatori che intendono smettere, ecc.), per cui è opportuno ottenere la condivisione dei rappresentati sindacali. Il RLS dovrà impegnarsi nel far accettare presso i propri colleghi gli obiettivi generali della politica aziendale, ricordando ai fumatori i loro doveri (rispetto delle regole), ma anche il diritto di tutti i dipendenti di lavorare in un ambiente salubre.

Ruolo del Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Ambienti di Lavoro delle ULSS

Il Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ha come compito istituzionale quello di promuovere la salute nei luoghi di lavoro. Questa funzione viene esercitata attraverso gli strumenti della vigilanza, della assistenza e della informazione ed educazione alla salute. Rientra, quindi, pienamente tra i compiti del Servizio quello di promuovere conoscenze, comportamenti e atteggiamenti favorevoli alla salute, in riferimento non solo ai rischi derivanti dalle lavorazioni in senso stretto, ma anche a quelli connessi alle abitudini personali, nel momento in cui queste possono influire direttamente o indirettamente sulla sicurezza e salubrità del posto di lavoro. In virtù di questa premessa, senza peraltro dimenticare la competenza in materia di controllo della normativa di salute e sicurezza sul lavoro e di divieto di fumo, i Servizi dovrebbero organizzarsi in modo da implementare i programmi di prevenzione, offrendo alle aziende:

- collaborazione alla valutazione iniziale qualitativa della diffusione dell'abitudine al fumo presso le aziende;
- collaborazione alla stesura di un progetto (analisi del problema, obiettivi, risorse e i vincoli, tempi e modalità delle azioni, indicatori di processo e di risultato);
- contributi alla realizzazione degli interventi educativi;
- attivando l'intervento degli altri Servizi della Azienda ULSS (es. Ser.T, centri antifumo) o di Associazioni particolari (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori);
- collaborazione alla valutazione dei risultati;
- favorendo la diffusione dei risultati dell'iniziativa all'esterno, presso strutture pubbliche e private, associazioni di categoria e organizzazioni sindacali;
- indicazioni su aspetti di tipo tecnico-impiantistico (es. impianto ventilazione di una sala per fumatori);

Vantaggi di una politica aziendale per il controllo del fumo di sigaretta

Esistono forti incentivi economici per l'adozione di norme per aziende senza fumo. Il costo per lo stato e per le aziende dello sviluppo delle regole per luoghi di lavoro senza fumo sono di molto inferiori ai guadagni che queste normative offrono. I benefici economici derivanti da una migliore produttività sono ben documentati per lavoratori e aziende (Briss, 2000, Stave, 1991). Oltre ai benefici strettamente economici, ci sono anche vantaggi di immagine, di visibilità e di politica sociale per le aziende che vogliono impegnarsi nel campo etico.

Conclusioni

Il luogo di lavoro costituisce un setting particolarmente favorevole ad interventi di promozione della salute e l'abitudine al fumo di tabacco è sicuramente uno dei fattori determinanti della salute che può essere affrontato efficacemente con questa strategia in quanto:

- la maggior parte della popolazione adulta, compresi i fumatori, impiega la gran parte del suo tempo al lavoro;
- nelle comunità lavorative le persone imparano a responsabilizzarsi rispetto agli altri, favorendo la realizzazione personale e la partecipazione sociale;
- l'acquisizione di conoscenze e i cambiamenti negli stili di vita dei lavoratori si ripercuotono favorevolmente nella vita familiare e sociale, moltiplicando i benefici delle azioni intraprese;
- la consapevolezza dell'interazione del fumo di sigaretta con l'esposizione a sostanze tossiche presenti sul posto di lavoro può innalzare la motivazione a smettere.

L'attuale normativa di tutela dal fumo passivo fornisce l'occasione per contrastare questo fattore di rischio tra i più diffusi e pericolosi per la salute umana, rafforzando gli interventi di

promozione della salute con azioni restrittive delle abitudini personali a fumare e i Servizi di Sanità Pubblica devono essere pronti a cogliere questa opportunità.

Bibliografia

- Forastiere F, Lo Presti E, Agabiti N, Rapiti E, Perucci CA. Impatto sanitario dell'esposizione a fumo ambientale in Italia. *Epidemiol Prev* 2002;26:18-29
- Moskowitz JM, Lin Z, Hudes ES, The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking cessation. *Am J Public Health*. 2000;90:757-761
- Brenner H, Fleischle B. Smoking regulations at the workplace and smoking behavior: a study from Southern Germany. *Prev Med*. 1994;23:230-234
- Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders respiratory health after establishing smoke-free bars and taverns. *JAMA*. 1998; 280:1909-23
- 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
- Stave GM, Jackson GW, Effect of total work-site smoking ban on employee smoking and attitudes. *J Occup Med*. 1991;31:884-90
- Sorensen G, Lando H, Pechace TF. Promoting smoking cessation at the workplace. *J Occup Med*. 1993;35:121-126
- Abrams DB, Biener L. Motivational characteristics of smokers at the workplace: a public health challenge. *Prev Med*. 1992;21:679-87
- Gorini G, Gasparrini A, Fondelli MC, et al. Environmental tobacco smoke (ets) exposure in Florence hospitality venues before and after the smoking ban in Italy. *J Occup Environ Med* 2005;47 (12):1208-10

4

Ruolo professionale dei TdP

Alessandro Urdich
Segretario regionale UNPISI Veneto

Concetto d'igiene nel tempo

- Partendo dalla preistoria, indubbiamente è difficile pensare ad un'idea precisa di come in quel periodo vivevano in rapporto all'igiene. Quel che è certo che il tutto si tramandava in generazione in generazione, con l'esperienza. Il solo spulciarsi ad esempio era una forma primordiale di pulizia, necessaria in quel contesto.
- Nell'antichità l'igiene dei Greci e dei Romani aveva un significato purificatore, ricordiamo le Terme pubbliche dove trascorrevano molto tempo a bagnarsi sotto gli auspici della dea Igea, protettrice della salute, dal cui nome è derivata la parola "igiene", usanza diffusa anche in oriente con rituali religiosi.

Nel Medio Evo (fine 1200) specialmente nelle città il senso dell'igiene personale era molto vivo e l'usanza di fare il bagno era diffusa.

- Un passo indietro, per quanto riguarda la pulizia personale, venne fatto nel periodo Rinascimentale. Soprattutto a causa della condizione diffusa che uno strato di sporcizia avrebbe costituito una buona protezione dalle malattie e quindi entrò in uso un'igiene personale che faceva a meno dell'acqua.

Nel 18° secolo tornano in uso i gabinetti comuni nelle case e si impose il divieto di gettare escrementi dalle finestre, una pratica che era divenuta normale; inoltre, le autorità cittadine invitarono gli abitanti a gettare le immondizie in appositi carretti col cassonetto ribaltabile. E' di quell'epoca inoltre la scoperta della candeggina. Nel 19° secolo il concetto di igiene e salute cambia; con lo sviluppo dell'urbanistica vengono progettate le prime fosse biologiche, le stanze da bagno nelle case. Si diffuse la pratica della pulizia personale quotidiana con acqua e sapone, contribuendo ad arginare malattie contagiose, come la peste, il colera, la febbre tifoide, il tifo, la febbre gialla, ecc.

- Verso la metà '800 misure adeguate di igiene permisero di diminuire la febbre puerperale a seguito delle prime procedure di asepsi in

chirurgia.

Nasce il concetto di igiene come sinonimo di prevenzione, ove le parole chiave saranno nel tempo pulizia e vaccinazione.

- Mentre nel 20° secolo l'igiene ha iniziato a radicarsi nei comportamenti, delle persone, e nonostante ciò c'erano ancora delle aree di territorio con elevate problematiche igienico sanitarie.

Ieri: Storia del Vigile sanitario T.U.LL.SS

Siamo passati rapidamente da un concetto di igiene e salute presente nei vari contesti storici, dove le leggi o i regolamenti emanati dalla Amministrazione centrale o/e locale venivano fatte rispettare dalle forze governative presenti in quel contesto storico. Con la nascita della figura del Vigile sanitario comunale prevista dal R.D. 6 luglio 1890 n° 7042 viene così a crearsi una figura specifica di controllore, per le varieguate problematiche igienico sanitarie. Successivamente fu emanato il T.U.LL.SS. r.d. 1265 del 27/07/1934 che prevedeva la figura del Vigile sanitario provinciale, che era semplicemente un'ausiliario dell'Ufficiale Sanitario.

- Indubbiamente queste figure nel contesto storico in cui vivevano svolgevano compiti di indubbia rilevanza sociale per le problematiche sanitarie esistenti all'epoca, ma caratterizzato da un atteggiamento di decisa repressione sotto il profilo sanzionatorio nei confronti di chi non rispettava la normativa in vigore. Bisogna tenere presente che parliamo degli anni fine secolo 19° inizio del 20° secolo, periodo in cui l'età media era molto bassa non certo i 77 anni di oggi e in cui la causa principale di morte era riconducibile a malattie epidemiche, e ad infezioni di vario tipo: in sostanza si moriva facilmente e molte volte senza conoscerne la causa.
- Tutto ciò era da collegare alla particolare situazione socioeconomica di quel periodo storico che vedeva la maggioranza della

popolazione vivere in uno stato di indigenza dove denutrizione e sporcizia erano diffusi, nonostante i miglioramenti dovuti al progresso tecnico e sociale. In sostanza vivevano già meglio rispetto a quarant'anni prima.

A partire dagli anni '50 con lo sviluppo economico e sociale che si andava via più diffondendo - grazie al periodo di stabilità post-bellico si sono create le condizioni per un più diffuso benessere con indubbi risvolti sullo stato della salute pubblica.

- Il processo di trasformazione della salute pubblica nel nostro paese proseguì con la L. 833/78.

Viene istituito il S.S.N. moderno, con introduzione di concetti fondamentali dell'attività di prevenzione svolta dalle ULSS.

Con il D.Lgs. 502/92 e s.m.i. con D. Lgs. 517/93 dove si parla (all'art.7quater) dell'organizzazione dei dipartimenti, viene descritta la rispettiva articolazione in aree dipartimentali di sanità pubblica, lavoro, veterinaria.

Oggi

Nascita e definizione delle Professioni Sanitarie e ruolo e responsabilità professionale del Tecnici della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro.

- D.M n° 58 17/01/97
- L. 42 26/02/99
- L. 251/2000

- La figura del TdP è un'evoluzione dell'operatore professionale collaboratore (con attribuzioni previste dall'art. 25 del DPR 07/09/1984 n. 821) inquadrato nel personale di vigilanza ed ispezione delle Unità Sanitarie Locali di cui al DPR 20/12/1979 n. 761 e al D.M.S. 30/01/1982 art. 81.
- L'operatore di vigilanza ed ispezione, in passato era suddiviso in due ruoli di collaboratore e coordinatore.

Con il Decreto Ministeriale 17 gennaio 1997, n. 58 che stabilisce il **“Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale del tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (G.U. 14 marzo 1997, n. 61).”** Avviene una straordinaria trasformazione della figura e del ruolo dell'Ispettore d'igiene.

Il Ministro della Sanità

Visto l'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517; Ritenuto che, in ottemperanza alle precitate disposizioni, spetta al Ministro della sanità di individuare con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili, relativamente alle aree del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione; Ritenuto di individuare con singoli provvedimenti le figure professionali; Ritenuto di individuare la figura del tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; Visto il parere del Consiglio superiore di sanità, espresso nella seduta del 15 maggio 1996; Udito il parere del Consiglio di Stato espresso nella adunanza generale del 19 dicembre 1996; Vista la nota, in data 17 gennaio 1997, con cui lo schema di regolamento è stato trasmesso, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, al Presidente del consiglio dei ministri;

Adotta il seguente regolamento:

Art. 1

1. E' individuata la figura professionale del tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, con il seguente profilo: il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, è responsabile, nell'ambito delle proprie competenze, di tutte le attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di

- igiene e sicurezza ambientale nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene di sanità pubblica e veterinaria.
2. Il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, operante nei servizi con compiti ispettivi e di vigilanza è, nei limiti delle proprie attribuzioni, ufficiale di polizia giudiziaria; svolge attività istruttoria, finalizzata al rilascio di autorizzazioni o di nulla osta tecnico sanitari per attività soggette a controllo.
 3. Nell'ambito dell'esercizio della professione, il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro:
 - a) istruisce, determina, contesta e notifica le irregolarità rilevate e formula pareri nell'ambito delle proprie competenze;
 - b) vigila e controlla gli ambienti di vita e di lavoro e valuta la necessità di effettuare accertamenti ed inchieste per infortuni e malattie professionali;
 - c) vigila e controlla la rispondenza delle strutture e degli ambienti in relazione alle attività ad esse connesse;
 - d) vigila e controlla le condizioni di sicurezza degli impianti;
 - e) vigila e controlla la qualità degli alimenti e bevande destinati all'alimentazione dalla produzione al consumo e valuta la necessità di procedere a successive indagini specialistiche;
 - f) vigila e controlla l'igiene e sanità veterinaria, nell'ambito delle proprie competenze, e valuta la necessità di procedere a successive indagini;
 - g) vigila e controlla i prodotti cosmetici;
 - h) collabora con l'amministrazione giudiziaria per indagini sui reati contro il patrimonio ambientale, sulle condizioni di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e sugli alimenti;
 - i) vigila e controlla quant'altro previsto da leggi e regolamenti in materia di prevenzione sanitaria e ambientale, nell'ambito delle proprie competenze.
 4. Il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro svolge con autonomia tecnico professionale le proprie attività e collabora con altre figure professionali all'attività di programmazione e di organizzazione del lavoro della struttura in cui opera. E' responsabile dell'organizzazione della pianificazione, dell'esecuzione e della qualità degli atti svolti nell'esercizio della propria attività professionale.
 5. Il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro partecipa ad attività di studio, didattica e consulenza professionale nei servizi sanitari è nei luoghi dove è richiesta la sua competenza professionale; contribuisce alla formazione del personale e collabora direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo e alla ricerca.
 6. Il tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro svolge la sua attività professionale, in regime di dipendenza o libero professionale, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, presso tutti i servizi di prevenzione, controllo e vigilanza previsti dalla normativa vigente.
- Art. 2**
1. Il diploma universitario di tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, conseguito ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione.
- Con Legge del 26 febbraio 1999, n. 42**
 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 1999” all’Art. 1 (Definizione delle professioni sanitarie), viene definita la denominazione non più in “Professione sanitaria ausiliaria” alle dipendenze del medico provinciale, sancita dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie R.D. n° 1265/34 ma è diventata una vera e propria “Professione Sanitaria”.
 Mentre all’Art. 4. viene ben chiarito l’equipollenza dei titoli pregressi:

(Diplomi conseguiti in base alla normativa anteriore a quella di attuazione dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni)

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto-legge 13 settembre 1996, n. 475, convertito, con modificazioni, dalla legge 5 novembre 1996, n. 573, per le professioni di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa, che abbiano permesso l'iscrizione ai relativi albi professionali o l'attività professionale in regime di lavoro dipendente o autonomo o che siano previsti dalla normativa concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale o degli altri comparti del settore pubblico, sono equipollenti ai diplomi universitari di cui al citato art. 6 comma 3 del D.Lgs n. 502 del 1992, e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base.

Per finire la rapida analisi legislativa riguardante la figura del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro si ricorda il Decreto del 27 luglio 2000 che sancisce per l'ennesima volta e determina, come riportato dalla norma "...per assicurare certezza alle situazioni" l'equipollenza dei titoli pregressi. In sostanza questa ultima conferma legislativa, fa da spartiacque tra il vecchio e il nuovo inteso come requisito necessario all'accesso alla professione e alla formazione post-base del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro.

Nella normativa successiva come ad es. la **Legge 251/2000** la quale disciplina le professioni sanitarie come riportato all'art.4 comma 1 che

sancisce le competenze già elencate dal D.M. 58/97, e nel seguente comma 2 dello stesso articolo viene ribadita la **diretta responsabilità e gestione delle attività di competenza professionale**, mentre all'

art. 6 comma 2, l'istituzione della nuova qualifica del dirigente e relativo accesso al ruolo, cosa che non è mai stata attuata.

In fine ricordiamo il **DMS 29 marzo 2001** il quale suddivide le figure professionali in 4 aree:

- 1- Professione sanitarie infermieristiche e professione sanitarie ostetriche;
- 2- Professione sanitarie riabilitative;
- 3- Professione sanitarie tecnico diagnostica e tecnico assistenziale;
- 4- Professione sanitarie della prevenzione;

All'art. 5 trova posto nella fattispecie della "professioni tecniche della prevenzione" le seguenti figure professionali:

- a) Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
- b) Assistente sanitario.

Progresso culturale e formativo

Nel corso dell'evoluzione storico culturale della figura professionale del TdP, la formazione inizialmente avveniva sul campo, poi arrivarono gli attestati Accademici necessari a svolgere tale funzione che ha trasformato la figura dell'allora Vigile sanitario dalla fine '900 ad oggi nel 3° millennio, in un professionista sanitario moderno, dinamico e di elevato spessore professionale che è il Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro.

- In sostanza si è passati dall'obbligo di avere la

licenza di scuola media inferiore come previsto da una Circolare del Ministero degli Interni n° 64 del 04/08/1939, ai diplomi di scuola media superiore di “Perito Agrario” - “Perito Industriale”- “Geometra” sanciti dal DPR 162/82 e dalla L.19/11/1990 n° 341.

L'istituzione della formazione universitaria delle professioni sanitarie in base all'Art. 6, comma 3, del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. pone le basi per i nuovi profili professionali il loro riordino e l'evoluzione della formazione e pone il problema della equipollenza dei titoli conseguiti con Ordinamento precedente. E come abbiamo visto precedentemente il problema sottolineato sopra è stato risolto dal punto di vista legislativo con l'emanazione dei sopra citati Decreti e Leggi.

- **Il diploma di laurea** (previsto col Decreto MURST del 2 aprile 2001, ma di fatto determinato dalla riforma universitaria di cui al DM 509/1999 “Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli Atenei” che ha modificato l'assetto formativo dei percorsi di studio universitari, istituendo i corsi di Laurea triennali con trasformazione dei Diplomi Universitari.

Equipollenza

Come anticipato sopra, per chi svolgeva i compiti di operatore di vigilanza ed ispezione nel ruolo sanitario (art. 4 42/99) e per chi aveva conseguito i diplomi universitari biennali sopra citati, v'è stata l'equipollenza al Diploma Universitario di “Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro” con l'emanazione del D.M. 27/07/2000.

- In seguito la L. 08/01/2002 al 10° comma dell'art.1 definisce che “ I diplomi, conseguiti in base alla normativa precedente, dagli appartenenti alle professioni sanitarie di cui alle leggi 26 febbraio n° 42 e 10 agosto 2000 n° 251 e i diplomi di assistente sociale sono validi ai fini dell'accesso ai corsi di laurea specialistica, ai master ed agli altri corsi

post-base.....” e l'ultimo Decreto Moratti 9 luglio 2004 “Modalità e contenuti prova di ammissione ai corsi di laurea specialistica delle professioni sanitarie per l'anno 2004/2005” conferma se pur indirettamente ma con richiamo normativo l'equipollenza e l'accesso alla formazione post-base del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro.

Quali prospettive

Ad oggi le richieste della figura professionale del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro non avviene solamente all'interno del servizio sanitario compresa ARPA ma anche da parte di Enti di estrazione diversa come Comuni e Province.

Cosa di più elevato interesse riguarda la richiesta del settore privato, che ha già potuto valutare ed apprezzare il Professionista in questione per la preparazione e la capacità di analisi tecnico scientifica, requisiti necessari per lo svolgimento di una professione con un ruolo di elevata responsabilità valutativa e decisionale.

Ruolo Istituzionale dei Tecnici della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro

Normativa negli ambienti di lavoro

Il fumo passivo e i rischi per la salute dei lavoratori che ne subiscono gli effetti-danno costituiscono sempre più un problema rilevante, che deve trovare adeguata risposta da parte del datore di lavoro. Facendo una breve ma significativa rassegna normativa di prevenzione vigente iniziando dall'art. 32 della Costituzione che riconosce il diritto alla salute come diritto fondamentale, costituzionalmente garantito, dell'individuo e interesse della collettività.

Segue in ordine di importanza giuridica l'articolo 2087 del c.c. il datore di lavoro deve prestare la massima attenzione per la protezione della salute ed integrità psico-fisica del lavoratore. L'articolo menzionato prevede esplicitamente a carico del datore di lavoro l'obbligo contrattuale generale di sicurezza, ai sensi del quale «L'imprenditore è tenuto ad adottare nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro, rispettando non solo le specifiche norme prescritte dall'ordinamento in relazione al tipo specifico di attività imprenditoriale e lavorativa, ma anche quelle che si rivelino necessarie in base alla particolarità del lavoro, all'esperienza e alla tecnica» (Cassazione civile sez. Lavoro - Sentenza 23 gennaio 1999, n. 653 - Pres. Rapone - Rel. Amoroso - P.M. Sepe conf. - Ric. Papilio S.a.s. c. Inail).

La norma è riaffermata con il D.lgs 626/94: Gli articoli 1, 3, 4, 31 D.lgs. n. 626/94 e l' art. 9 D.P.R. n. 303/1956 impongono ai datori di lavoro, come ha affermato in modo deciso la Corte Costituzionale, l'obbligo di «attivarsi per verificare che in concreto la salute dei lavoratori sia adeguatamente tutelata» e quindi anche l'obbligo di proteggere in via preventiva i non fumatori nei luoghi di lavoro, come si evince

dalla rapida esamina degli articoli seguenti:

Art. 1 (Campo di applicazione)

Il presente decreto legislativo prescrive misure per la tutela della salute e per la sicurezza dei lavoratori durante il lavoro, in tutti i settori di attività privati o pubblici.

L'articolo 3 comma 1 lett. b) del D. Lgs. n. 626/94 impone di ridurre i rischi al minimo, quando non è tecnicamente possibile eliminarli, e l'adempimento di questa prescrizione può prevedere «varie misure possibili » e diverse «modalità (dislocazioni, locali, impianti, fino ad eventuali divieti)». La precisazione di tali modalità «discende, oltre che dal rispetto delle prescrizioni legislative, dalle diligenti valutazioni del datore di lavoro in corrispondenza alle diverse circostanze in cui viene prestata l'attività lavorativa, nonché dal controllo dei lavoratori, degli ispettori e del giudice del lavoro» [sentenza n. 399 dell'11 dicembre 1996 (depositata il 20 dicembre 1996) della Corte Costituzionale (Pres. Granata)]. c. riduzione dei rischi alla fonte;

Art. 4 (Obblighi del datore di lavoro, del dirigente e del preposto)

1. Il datore di lavoro, in relazione alla natura dell'attività dell'azienda ovvero dell'unità produttiva, valuta tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, anche nella scelta delle attrezzature di lavoro e delle sostanze o dei preparati chimici impiegati, nonché nella sistemazione dei luoghi di lavoro.

Art. 31 (Requisiti di sicurezza e di salute)

1. Ferme restando le disposizioni legislative e regolamentari vigenti e fatte salve le disposizioni di cui all'art. 8, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i luoghi di lavoro costruiti o utilizzati anteriormente all'entrata in vigore del presente decreto devono essere adeguati alle prescrizioni

di sicurezza e salute di cui al presente titolo entro il 1° gennaio 1997.

2. Se gli adeguamenti di cui al comma 1 richiedono un provvedimento concessorio o autorizzatorio il datore di lavoro deve immediatamente iniziare il procedimento diretto al rilascio dell'atto ed ottemperare agli obblighi entro sei mesi dalla data del provvedimento stesso.

3. Sino a che i **luoghi di lavoro** non vengano **adeguati**, il datore di lavoro, previa consultazione del rappresentante per la sicurezza, adotta misure alternative che garantiscono un livello di sicurezza equivalente.

4. Ove vincoli urbanistici o architettonici ostino agli adeguamenti di cui al comma 1, il datore di lavoro, previa consultazione del rappresentante per la sicurezza, adotta le misure alternative di cui al comma 3. **Le misure, nel caso di cui al presente comma, sono autorizzate dall'organo di vigilanza competente per territorio.**

Art. 9 D.P.R. n. 303/1956; (Areazione dei luoghi di lavoro chiusi)

- **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 areazione.**
- Se viene utilizzato un impianto di aerazione, esso deve essere sempre mantenuto funzionante. Ogni eventuale guasto deve essere **segnalato da un sistema di controllo**, quando ciò è necessario per salvaguardare la salute dei lavoratori.
- Se sono utilizzati impianti di condizionamento dell'aria o di ventilazione meccanica, essi devono funzionare in modo che i lavoratori non siano esposti a correnti d'aria fastidiosa.
- **Qualsiasi sedimento o sporcizia** che potrebbe comportare un pericolo immediato per la salute dei lavoratori dovuto all'inquinamento dell'aria respirata **deve essere eliminato rapidamente.**

La normativa negli ambienti di vita

Già nel 1934 con l'emanazione del r.d. n° 2316/34 "Testo unico delle leggi sulla protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia" all'art. 25 " *chi vende o somministra tabacco a persona minore degli anni 16 è punito con la sanzione amministrativa fino a £ 40.000. E' vietato ai minori degli anni 16 di fumare in luogo pubblico sotto pena della sanzione amministrativa di £ 4.000.*"

Successivamente è stata emanata la Legge 11 novembre 1975 n. 584 che si occupa del divieto di fumare in determinati locali quali Amm. ed Enti Pubblici. e sui mezzi di trasporto, e protegge i non fumatori contro gli inconvenienti del fumo che si producono in alcuni locali quali corsie di ospedali, aule scolastiche, mezzi adibiti al trasporto pubblico, locali adibiti a pubblica riunione e in una serie di locali di divertimento.

Inoltre l'Ente ha la facoltà con propria autonomia regolamentare e disciplinare ad estendere tale divieto in aree e luoghi diversi da quelli previsti dalla Norma.

La Direttiva 14 dicembre 1995 della Presidenza del Consiglio dei Ministri estende questi divieti a tutti i locali aperti al pubblico appartenenti alla pubblica amministrazione, alle aziende pubbliche ed ai privati esercenti pubblici servizi; Va pure segnalata la circolare del Ministero della sanità n. 69 del 5 ottobre 1976, nella quale si formulano interessanti precisazioni sull'ambito di applicazione della Legge n. 584 dell'11 novembre 1975.

Con la Legge n° 3 del 16/01/2003 "Tutela della salute dei non fumatori" art. 51 divieto generalizzato di non fumare. Tale normativa prevede il divieto di fumare ovunque, escludendo i locali privati e quelli per fumatori per ovvie ragioni costituzionali. Inoltre al comma 7 del citato articolo non è stato individuato l'organo competente all'accertamento delle infrazioni.

Mentre il DPCM DEL 23 DICEMBRE 2003 Attuazione dell'art.51, comma 2 legge 16.gennaio 2003 n°3 come modificato l'art.7 della legge 21.ottobre 2003, n°306 in materia di "Tutela della salute dei non fumatori" nel quale vengono riportati i requisiti tecnici dei locali per fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e dei modelli dei cartelli connessi al divieto di fumo.

Considerazioni

Fatta una rapida panoramica delle competenze e responsabilità di intervento e valutative che deve fare il Tecnico della Prevenzione negli ambienti di lavoro, è indubbio che rimane da capire il ruolo dello stesso in quegli ambienti di vita in cui troviamo sia il datore/e/o/lavoratore che l'utente/cliente in poche parole i fruitori dei servizi, bar, ristoranti, ipermercati, discoteche, ecc.

E' indispensabile la figura professionale del Tecnico della Prevenzione nell'Ambiente e nei luoghi di lavoro nella fase di valutazione dei progetti, nella verifica dell'idoneità degli stessi dal punto di vista igienico sanitario, ma anche parte attiva nel predisporre linee guida in conformità alla normativa vigente. Attivare e condividere un approccio con le categorie interessate in un percorso comune in grado di poter meglio definire le diverse e variegata tipologie.

Considerando il fatto che nelle nostre città da nord a sud dell'Italia i locali sono collocati in aree centrali storiche e quindi protette dal punto di vista architettonico, con le più disparate diversificazioni strutturali, di conseguenza diventa difficile realizzare impianti idonei e spazi riservati ai fumatori.

La parte formativa è cosa importante e risolutiva a mio giudizio, può essere fatta da noi Tecnici della Prevenzione considerata la nostra elevata professionalità e rivolta ai conduttori dei locali e delle strutture ricettive bar Ipermercati in

collaborazione con le Associazioni di categoria di riferimento. Facendo così si ha un aumento del livello di sensibilizzazione che coinvolge non solo i gestori ma anche i loro collaboratori dipendenti, in quanto permetterebbe in una fase successiva di trasmettere la conoscenza acquisita. Dobbiamo tenere presente che il sapere non è proprio ma deve essere divulgato o condiviso da tutti.

Conclusioni

Per il TdP, in particolare, si è aperto un nuovo scenario che vede nella prevenzione l'elemento cardine attraverso il quale devono ruotare le attività di verifica e controllo per perseguire l'elemento "salute". Non si potrà, dunque, pensare più alla repressione per cambiare i comportamenti errati dei cittadini, ma si dovrà agire per diffondere sempre più comportamenti e stili di vita orientati alla salute nostra e degli altri.

I comportamenti etici del TdP tesi a proteggere la salute della collettività e a promuovere la cultura della sicurezza. Considerato che il nostro compito deve essere quello di prevenire i comportamenti non conformi, al fine anche di evitare gli ingenti costi sociali che questi ribaltano sulla collettività, è opportuno agire nel rispetto della normativa che andrà in vigore prossimamente con maggiore consapevolezza da parte nostra sulla priorità della prevenzione sulla repressione e soprattutto sottolineerei in maggiore sintonia con l'utente-titolare per la semplice ragione che tutto ciò che è condiviso risulta più facile da attuare e far rispettare. Questa situazione "virtuosa" sarebbe sicuramente agevolata se fosse a sua volta supportata da una attività formativa a monte per quanto riguarda i TdP e a valle per creare un terreno favorevole al recepimento all'orientamento della vita salubre.

5

Ruolo professionale
dei TdP
"La capacità di fare
salute su ogni
fronte"

Mauro Antonio Buzzoni
Presidente nazionale UNPISI

Accolgo con profondo senso di responsabilità e soddisfazione all'invito del Segretario del Veneto, Alessandro, Urdich per l'ospitalità offertami in questa occasione.

Colgo l'opportunità per ringraziare, direttamente, tutte le Istituzioni che hanno contribuito all'iniziativa, affrontando l'importante problema sul "Fumo Passivo" e sulla relativa attività di controllo e prevenzione che potrebbe consentire al Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro nuovi campi di applicazione e di intervento.

Prima di tutto consentitemi, senza alcuna presunzione ma semmai per aprire un confronto costruttivo: di descrivervi la nostra "attività" attraverso i provvedimenti di legge (Decreto 58/97 e le Leggi 42/99 e 251/00) che hanno favorito la realizzazione di un processo d'emancipazione e valorizzazione professionale, "cultural-operativa" della figura del Tecnico della Prevenzione nell'ambiente nei luoghi di lavoro; di assolvere i doveri Statutari evidenziando scopi e finalità della nostra Associazione, sicuro di non cadere in omissioni e sovrapposizioni perché la nostra storia è la stessa della categoria professionale che rappresentiamo attraverso il talento, la passione e la guida illuminata di quanti ci hanno preceduto e portato la nostra Unione non solo, ad essere la prima in ambito nazionale, ma a svolgere un ruolo da protagonista nel settore della prevenzione sanitaria e ambientale; di evidenziarvi quanto sia fondamentale e importante per il futuro della nostra categoria e per la nostra pubblica visibilità, possedere, oggi, oltre ad una "Identità storica" una "Scuola Universitaria".

L'U.N.P.I.S.I. (Unione Nazionale del Personale Ispettivo Sanitario d'Italia) riunisce e rappresenta sul piano nazionale gli operatori qualificati ad assolvere le funzioni ispettive e di vigilanza igienico sanitaria.

La categoria rappresentata è costituita dai

"Tecnici della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro" (ex Vigili Sanitari - R.D. 6 luglio 1890 n° 7042) capillarmente distribuiti sull'intero territorio nazionale presso i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie AA.SS.LL e delle Agenzie Regionali Prevenzione e Ambiente (ARPA).

I Tecnici della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro svolgono, nei suddetti Ambiti, gli elevati compiti istituzionali affidati dal "D.M. Sanità 17 gennaio, n.58" che noi riteniamo sia, non solo una norma di riferimento e di ordinamento della figura ma, un autentico patto di fiducia ed impegno che ci lega in modo indissolubile alla Società.

La conquista della totale fiducia del consumatore / utente verso le Istituzioni, anche, attraverso lo svolgimento della nostra professione sanitaria è, infatti, da sempre il motto per l'U.N.P.I.S.I..

Rappresenta, per la categoria, testimonianza inequivocabile la medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica. Conferita nel 1966 con Decreto del Presidente della Repubblica.

L'U.N.P.I.S.I. non è un Sindacato.

L'U.N.P.I.S.I. da 40 anni sostiene e propone: la cultura dei "Tecnici della Prevenzione nell'ambiente nei luoghi di lavoro", trasversalmente ad ogni polemica, come deve essere la cultura; il suo riconoscimento, se ve ne fosse ancora bisogno, in alcune realtà marginali, la sua capacità di fare salute su ogni fronte.

Per quanto premesso, il mio contributo, o quanto vorrei trasmettervi, non vuole essere una voce in difesa della categoria ma, invece, in favore della sua crescita culturale e della propria volontà di essere professionalmente preparata e all'altezza dei propri compiti istituzionali.

E' per questa ragione che l'associazione permanentemente persegue, ed evolve, il proprio

programma culturale attraverso i propri Organi Ufficiali quali una rivista tecnico scientifica: "SALUTE E PREVENZIONE - Vigilanza Igienico Sanitaria -" ed un sito Web: www.unpisi.it

Perché crediamo, la nostra "Unione" meriti un'ulteriore vivacità professionale, più vasta, costituita dalla capacità di trasmettere agli altri la nostra esperienza, di confrontarsi sul modo quotidiano di agire.

Ecco perché deve giungere esplicito a tutti i colleghi l'invito a contribuire con "scritti" e rendere una vera fonte di aggiornamento professionale i nostri Organi Ufficiali. La rivista ed il sito non sono un qualcosa che "fanno" gli altri ma è il frutto del nostro quotidiano ben operare.

Molta è la strada percorsa ma, ancora alcune le mete da raggiungere e riguardano l'Università, l'organizzazione dei nostri Servizi e gli Albi e Ordini Professionali. (Ci stiamo arrivando).

Traguardi questi, che possono essere raggiunti attraverso: la piena consapevolezza che tutte le buone Leggi viste pubblicate saranno veramente "buone" quando saranno totalmente applicate e verificate sul campo; un'attenta riflessione su tutte quelle condizioni che hanno consentito di valorizzare la professionalità, recuperare la capacità e la dignità professionale.

Certo una "dignità" costituita da molteplici aspetti che riguardano nel loro complesso tutte le diverse facce della nostra figura professionale.

Sicuramente, non mi riferisco a quella dignità legata al fare bene il proprio lavoro, cui può alludere, il lettore, fraintendendo le mie parole.

Quella "dignità" su cui richiamo la nostra Unione e attenzione è, innanzi tutto, per quanto favorevolmente statuito dalle normative suddette, "la capacità di realizzare un'implementazione della crescita professionale

consapevole della categoria".

Tutto questo per consentirci di partecipare in modo propositivo discutendo "insieme" di Sanità Pubblica in sinergia con le altre figure coinvolte appartenenti ora al mondo Accademico ora alle Istituzioni.

Dobbiamo ripensare all'organizzazione del futuro della nostra Scuola e dei nostri Dipartimenti, poiché il nostro punto di osservazione, sull'attività di vigilanza ed ispezione, è dalla "trincea", quindi a stretto contatto con il consumatore / utente e più vicino, di conseguenza, alla realtà e come tale una osservazione indispensabile per stabilire le strategie.

Per riuscire ad ottenere questo non possiamo ragionare a scatola chiusa e per primi noi, " (1) attori per la prevenzione della salute", in questo processo di emancipazione professionale, non dobbiamo aspettare che tutto ci sia risolto o si componga automaticamente, ma occorre " (2) cementare i nostri intenti, tutti uniti, fino a dare un segnale preciso di come vogliamo che siano fatte le cose".

Le gratificanti definizioni e concetti, e qui ringrazio l'autorevole contributo e le parole spese per la categoria, sono state suggerite, in un convegno organizzato a Roma dall'UN.P.I.S.I., rispettivamente dal "(1) Prof. Antonio Boccia "(Presidente del Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza") e dalla "(2) Dott.ssa Rosaria Marino "(Direttore Generale ARPA Lazio).

Il Dirigente Medico nella sua relazione, contestualmente, raccomandava di non fare, noi Tecnici della Prevenzione, "... lo stesso errore dei Medici con la Legge 833/78... allorché pensavano di essere i soli a gestire la Sanità...".

Credo fermamente in un processo continuo di

trasformazione della Sanità e ritengo di scongiurare un possibile “autogol” per la categoria affermando che non possiamo e non dobbiamo pensare di essere “vigilancentrici” e di conseguenza essere gli unici protagonisti delle attività tecniche di prevenzione.

Sia l’operatore di Sanità sia chi ha la responsabilità di dirigere non potrà prescindere, nella sua attività, da un solido e congruo bagaglio di capacità e specifiche conoscenze tecnico - giuridiche, e occorre ammettere che talora è indispensabile “compendiare” ciò con le conoscenze medico scientifiche.

Non possiamo costruire muri perimetrali isolatori ai nostri futuri Servizi (Legge 251/00) precludendoci la possibilità di lavorare, in gruppo, a fianco con il personale della Dirigenza Medica.

“Tutti” dobbiamo esprimere in modo inequivocabile la volontà di cooperazione, di esigenza di lavoro di gruppo al fine del raggiungimento di un sempre più elevato livello di erogazione di Pubblico servizio in termini di prevenzione.

Ciò non è e non sarà motivo di preoccupazione giacché è naturale che la nostra autonomia tecnica operativa crescerà in maniera direttamente proporzionale con la crescita intellettuale della nostra professionalità e prestazione sanitaria.

Tuttavia occorre mettere fine alle “mezze misure” e all’utilizzo “a corrente alternata” del Tecnico della Prevenzione nell’ambiente nei luoghi di lavoro poiché, il Decreto 58/97 ha definitivamente e chiaramente sancito denominazione, funzioni, mansioni e competenze.

Più grave sarebbe se questi “nuovi Operatori Professionali” fossero figli dei loro capi burocrati “vecchia maniera” legati al “carroccio del passato”, propensi all’immobilismo e a pensare

che il “vigile” è solo un esecutore di ordini, un portaborse o un’autista; e che per comodità respingesse il confronto con una categoria che giorno dopo giorno cresce in professionalità e specializzazione.

Voglio ribadire a gran voce che i grandi cambiamenti portano con loro grandi opportunità, a noi: devono consentire di rimuovere i fattori di ritardo, ed essere quindi attori di rinnovamento, motivati, disponibili, forieri di stimoli ambiziosi, determinati e consapevoli di contribuire al raggiungimento dei risultati raggiungibili.

Dall’attenta lettura del Decreto 58/97 si può rilevare come la nostra figura “non tolga nulla” alle competenze e conoscenze specialistiche possedute dalla Dirigenza Medica, anzi “dà valore aggiunto” proponendo realizzazione di moderni modelli organizzativi.

La volontà del Legislatore pare chiara e determinata ad assegnare alla nostra figura professionale un ruolo particolarmente significativo nella tutela della salute negli ambienti e nei luoghi di lavoro.

Il riconoscimento di Legge segue in modo esplicito la trasformazione culturale richiesta ai singoli operatori che hanno l’obbligo di aggiornamento continuo, in spazi e settori sempre più ampi.

Ponendo in essere poi con le Leggi 42/99 e 251/00 condizioni esplicitamente dirette ad assicurare una maggiore efficienza del sistema attraverso un uso più efficace, economico e produttivo delle risorse e, nel caso specifico, con il Decreto 58/97, le premesse per ottenere una Sanità costituita da “ulteriori professionisti”. Sono certo che il “nuovo professionista” dotato di propria autonomia tecnico-professionale, che contribuisce ad elevare il livello intellettuale della prestazione sanitaria, saprà eseguire le valutazioni di responsabilità affidate con capacità tecnica preventiva e cognitiva di valutazione e di rilievo; di illeciti amministrativi e penali, nell’ambito delle proprie competenze. Contribuendo alla risoluzione delle confusioni e sovrapposizioni di competenze, attraverso

l'adozione di Regolamenti aziendali concernenti un "Decalogo etico deontologico", poiché tali conflittualità sono sia sintomatiche di una prestazione non perfetta sia l'antitesi della sinergia con ricadute economiche sulla collettività.

In un momento in cui, oggi, prevale il concetto di "management" delle Aziende Sanitarie è importante cogliere l'attimo di un uso più proporzionato e corretto delle risorse, per le attività tecniche di prevenzione, tenendo conto del relativo costo beneficio, inteso come "impatto economico" della prestazione tecnico sanitaria, in altre parole della vigilanza ed ispezione.

Tutto questo non può che portare un gran beneficio al Sistema Sanità poiché io credo in ciò che già anni fa (1997 l'anno del Decreto 58) fu detto da un Dirigente ai Dirigenti che non accettavano di buon grado un personale di vigilanza consapevole e coscientemente autonomo.

"Più cresce il bagaglio professionale del personale collaboratore maggiore è lo sforzo manageriale richiesto al ruolo Dirigenziale" (Claudio Biglia).

Tuttavia, è fondamentale e necessario un processo continuo mirato a "riacculturare" tutta la nostra categoria, attualmente in servizio, con moderni ed efficaci sistemi didattici che garantiscono una formazione permanente, in sintonia con i tempi, per tutte le aree specialistiche di lavoro.

Mantenendone, parallelamente, direttamente i rapporti con le Università assicurandone le necessarie docenze per le attività didattiche tecnico pratiche e di tirocinio degli iscritti ai corsi di laurea in Tecniche della Prevenzione. Ci deve sostenere intellettualmente la determinazione e definizione degli ordinamenti universitari didattici di base e di specializzazione del Corso di Laurea in Tecniche della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, specialmente per chi ha vissuto, all'inizio della carriera, sulla propria pelle, i disagi per avere ottenuto la propria formazione

professionale attraverso un percorso ed una preparazione da "autodidatta".

Non era certo un requisito richiesto quello del possesso della cultura del Dirigente, ma noi abbiamo acquisito, tuttavia, l'esperienza e la sicurezza del sapere fare il "mestiere quotidiano" con abnegazione diligenza, grazie, anche, a quel sapere e nozioni proprie che ogni operatore sanitario ha vicendevolmente tramandato.

Parallelamente alle leggi favorevoli per la nostra professione sanitaria e agli aggiornamenti normativi che riguardano ogni settore di competenza il 2000 è stato per la vigilanza l'anno della svolta. E' ancora sotto i nostri occhi il profondo cambiamento, avvenuto in pochi anni, delle tecnologie e dei processi economici che hanno cambiato il mercato dei servizi distributivi con l'ingresso, nel mercato globale, di efficienti grandi distributori internazionali. Si contrappone, ad un elevato e moderno modello privato il nuovo sistema di "fare la vigilanza" che eleva culturalmente, in un concetto di evoluzione del controllo pubblico, la prestazione sanitaria introducendo, come caratteristica peculiare, la reciproca collaborazione tra Autorità (preposte al controllo), imprenditori e consumatori / utenti. Più che mai, oggi, la vigilanza igienico sanitaria diventa parametro indicatore di valutazione dell'efficienza efficacia della nostra azione tecnico sanitaria preventiva.

In modo particolare l'introduzione di complesse normative che riguardano tutti i campi di applicazione e specializzazione (quali ad esempio D.L.vo 626/94 - D.L.vo 758/94 D.L.vo 155/97 D.L.vo 507/99 ecc.) impongono per gli organi di vigilanza, ora più che mai, elevati livelli di formazione professionale, non solo sul piano delle conoscenze in campo igienico - sanitario, ma soprattutto nella capacità di interpretare e gestire nuovi istituti giuridici con un elevato grado di discrezionalità.

Il Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro deve in modo particolare oggi avere la capacità di decidere, tradurre il suo agire in provvedimenti immediatamente operativi secondo responsabilità che trascendono dal tradizionale percorso gerarchico.

Si aprono scenari nuovi e ambiti diversi di intervento, per ogni materia di specializzazione.

L'attività di vigilanza deve essere moderna in linea con i tempi e con gli aggiornamenti scientifici e tecnologici.

E' parimenti indispensabile che disponga di omogenei protocolli operativi, di attrezzature e strumentazione adeguate e che individui per ogni tipo di attività tecnica di prevenzione le professionalità necessarie, trasversalmente ai Servizi del Dipartimento (multidisciplinare, multiprofessionale, multisetoriale) e superi la tendenza di utilizzare il Tecnico della Prevenzione in modo esclusivo e unidisciplinare (secondo l'attenta lettura degli atti della Conferenza Stato Regioni, dove, nella seduta del 1/08/02 ha approvato le linee guida per la prevenzione sanitaria e l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione delle ASL).

E' ormai difficile ed improponibile, oggi, pensare di potere effettuare un'ispezione prescindendo: dalla verifica di un piano di valutazione dei rischi; dai livelli di mantenimento di igienicità delle strutture e delle attrezzature utilizzate; dalle verifiche della sicurezza degli ambienti; degli impianti e dei macchinari utilizzati; dalla verifica di un piano di autocontrollo; ecc...

Non è necessario, a mio avviso, inoltrarmi in modo specifico sull'argomento del "Fumo passivo", lascio agli esperti designati tale incarico.

La problematica in esame, almeno per le attività autorizzate (esercizi, spacci, ecc.), soggette a vigilanza, per similitudine, non cambia,

sostanzialmente l'approccio sistematico del Tecnico della Prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; ritengo, sia sostenuto da normative preesistenti, tecniche, funzionali e giuridiche, che ne confermano capacità e competenze.

Ritengo, invece, indispensabile, e non procrastinabile, che siano indicate le figure che devono eseguire le verifiche ed i controlli (e/o le rispettive competenze), con riferimento al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23/12/2003 in attuazione dell'art. 51, comma 2 della Legge 16/1/03 n° 3 e la Legge 584/75, nei luoghi e negli spazi, in ogni modo, contenitori di persone (stazioni, centri commerciali ecc.), non specificatamente disciplinati e, presumibilmente, soggetti ad una attività di vigilanza sanitaria "indiretta".

Spero, di avere dato, un contributo per una riflessione sull'argomento.

Vorrei, tuttavia, soffermarmi a riflettere, ancora, sulla seguente definizione, riportata dalla norma di riferimento: "Tutela della salute dei non fumatori".

Per aiutare la mia curiosità e per avere un parametro immediato di valutazione ho digitato, collegandomi ad un motore di ricerca, sul Web, le definizioni: "fumo passivo"; "passive smoke"; "second hand smoke".

Il risultato della ricerca e del numero di siti (almeno 254.000) che trattano, richiamano ed illustrano l'argomento è allarmante, se ve ne fosse ancora bisogno, confermano quanto sia sentito il problema e quanto rilevante sia il rischio significativo sanitario per i non fumatori attraverso la visualizzazione di dati scientifici, citazioni e dimostrazioni delle più svariate fonti, agenzie ed associazioni.

Facile dire a parole cosa si deve fare. Occorre garantire più elevati livelli sia di

46

erogazione di pubblico servizio sia di sicurezza a tutela della salute consolidandone tutte quelle attività di verifica e controllo (prevenzione e repressione) che agiscano attraverso nuovi programmi di ricerca e strategia (scientifica e tecnologica) di corretta formazione e sensibilizzazione diretta al cittadino (educazione sanitaria) ecc.

Come qualcuno giustamente ha detto: “non basta fare il bene, bisogna anche farlo bene”.

Occorre dimostrare, attraverso i fatti, i risultati, in altre parole, “la capacità di fare salute su ogni fronte”.

La nostra “figura” è nell’intero panorama l’unica “professione sanitaria”, che pur facendo salute, non esegue una attività diretta ed invasiva sull’uomo ma, si occupa a 360° (“dalle stalle alle stelle”) di tutto quello al medesimo correlato e circostante.

Quando ero studente, rammento che il mio Professore era solito farci fare l’analisi grammaticale e logica, per facilitarne la nostra sintesi e comprensione, di frasi e definizioni attinenti ad un concetto che voleva illustrarci.

Ricordo a me stesso, e scrivo: “Tecnico della Prevenzione nell’ambiente e nei luoghi di lavoro...”

6

Normativa vigente e sua interpretazione. Integrazione e rapporti con legislazione, norme e regolamenti vigenti

Rita Dondi

*Direzione generale
Affari istituzionali e legislativi
Servizio qualità, semplificazione e
innovazione dell'azione amministrativa e
dei Servizi di interesse generale
Regione Emilia Romagna*

1. Introduzione

I principali argomenti trattati nella presente relazione riguardano, in sostanza: la normativa in materia di divieto di fumare, la giurisprudenza costituzionale in materia, gli aspetti procedurali relativi all'applicazione della normativa riguardante il divieto di fumo, i locali nei quali si applica il divieto di fumo e la vigilanza sul divieto di fumo.

Di seguito verranno brevemente commentate le disposizioni normative contenute nell'art. 51 della L. n. 3 del 16.01.2003 "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione", attraverso l'analisi dei singoli commi dell'articolo, nonché le principali disposizioni contenute nei provvedimenti di attuazione dello stesso (l'accordo Stato-Regioni 24.07.2003 e il D.P.C.M. 23.12.2003).

2. La normativa in materia di divieto di fumare

COMMA 1, art. 51 della L. n. 3 del 2003

E' vietato fumare nei locali chiusi, ad eccezione di:

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

La grande novità introdotta da questa disposizione riguarda il ribaltamento dell'ottica, rispetto alla normativa precedente, attraverso cui considerare il divieto di fumare. Si passa da una precisa elencazione dei singoli luoghi nei quali è vietato fumare (L. 584/75), alla previsione di un divieto generalizzato "nei locali chiusi".

Da una prima lettura del comma 1, sembrerebbe non applicarsi il divieto nei luoghi di lavoro che non siano aperti ad utenti o al pubblico (es.

fabbriche). La norma, infatti, non prevede espressamente la tutela della salute del "cittadino lavoratore", occupandosi sostanzialmente della salute del cittadino non fumatore che entra in un ambiente aperto ad utenti o al pubblico.

Inoltre, la definizione non univoca di "luoghi privati non aperti ad utenti o al pubblico" determina qualche dubbio interpretativo. Si pensi, a titolo esemplificativo, al problema di considerare aperti o no al pubblico luoghi quali: le camere di albergo, i circoli privati (il recente disegno di legge della Provincia di Bolzano, per esempio, prevede espressamente che tra i "locali chiusi, aperti al pubblico" siano compresi anche i circoli privati).

Si ricorda che i "locali aperti al pubblico" erano definiti dalla precedente normativa (Dir. P.C.M. del 14.12.1995) come locali ai quali la generalità degli amministrati e degli utenti accede, senza formalità e senza bisogno di particolari permessi negli orari stabiliti.

Ai fini del rafforzamento della tutela della salute dei cittadini, le Regioni, con proprie leggi, possono estendere il divieto di fumare anche ad altri luoghi, per esempio, prevedendo espressamente l'applicazione del divieto:

- nei cortili delle scuole, così accogliendo le raccomandazioni dell'O.M.S.;
- nei luoghi di lavoro privati, in coerenza con l'interpretazione estensiva della Consulta (sent. n. 399 del 1996) delle norme a tutela dei lavoratori, secondo la quale anche se nel diritto positivo non esiste un divieto assoluto e generalizzato di fumare in ogni luogo di lavoro chiuso, già esistono nell'ordinamento disposizioni intese a proteggere la salute dei lavoratori da tutto ciò che è atto a danneggiarla, compreso il fumo passivo.

COMMA 2, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Gli esercizi e i luoghi di lavoro di cui al comma 1, lettera b), devono essere dotati di impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria

regolarmente funzionanti. Al fine di garantire i livelli essenziali del diritto alla salute, le caratteristiche tecniche degli impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria sono definite, entro centottanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di recepimento di un accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, su proposta del Ministro della salute. Con lo stesso provvedimento sono definiti i locali riservati ai fumatori nonché i modelli dei cartelli connessi all'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo.

Il testo storico del comma 2 prevedeva che le caratteristiche tecniche degli impianti per la ventilazione ed il ricambio di aria fossero definite con regolamento. Tuttavia, alla luce delle modifiche del Titolo V della Costituzione, che assegna alla competenza legislativa concorrente delle Regioni la materia della "tutela della salute" (art. 117, comma terzo, Cost.), lo Stato non risulta più competente ad emanare regolamenti nelle materie assegnate alle Regioni.

Infatti, nel testo vigente, il legislatore prevede l'emanazione di un semplice "provvedimento" per la definizione dei locali riservati ai fumatori, di recepimento di un Accordo tra lo Stato e le Regioni, finalizzato al raggiungimento di posizioni unitarie nella materia, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della L. 131 del 2003.

Si evidenzia, inoltre, che le caratteristiche tecniche degli impianti non possono essere considerate livelli essenziali delle prestazioni (L.E.P.), di competenza esclusiva statale ai sensi dell'art. 117, comma secondo, lettera m), della Costituzione.

L'Accordo previsto al comma 2 è stato stipulato il 24 luglio 2003 e sostanzialmente prevede: la non obbligatorietà, per legge, della predisposizione di locali per fumatori; l'obbligatorietà, invece, del divieto di fumo in tutti i locali previsti dalla legge; l'esplicito riferimento ai luoghi di lavoro, ai quali

si considera esteso il divieto di fumare; specifiche caratteristiche tecniche dei locali per fumatori (per es. i locali devono essere contrassegnati da idonei cartelli e separati dagli ambienti limitrofi; devono essere dotati di mezzi meccanici di ventilazione forzata e, quando in uso, devono essere mantenuti in depressione per garantire che la direzione del flusso d'aria sia orientata verso detti locali); l'applicazione del divieto di fumo in presenza di unico locale; il divieto di fumare in caso di guasto dell'impianto di ventilazione nei locali per fumatori e la segnalazione del guasto mediante l'affissione di idonei cartelli; l'affissione di idonei cartelli nei locali in cui è vietato fumare.

L'Accordo 24 luglio 2003 è stato recepito dal D.P.C.M. 23 dicembre 2003 (atto non regolamentare), nel quale sono definiti: le caratteristiche dei locali per fumatori; i requisiti tecnici dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria; i modelli dei cartelli da apporre nei locali in cui è vietato fumare; i modelli dei cartelli da apporre nei locali per fumatori.

Le Regioni, nell'ambito della propria competenza legislativa, potrebbero stabilire l'introduzione di ulteriori modelli di cartelli, rispetto a quelli già previsti nel D.P.C.M. 23.12.2003. Per esempio, accanto al cartello standard di divieto, potrebbero essere introdotti cartelli informativi, o contenenti slogan di sensibilizzazione.

COMMA 3, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Negli esercizi di ristorazione, ai sensi del comma 1, lettera b), devono essere adibiti ai non fumatori uno o più locali di superficie prevalente rispetto alla superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio.

Il D.P.C.M. 23.12.2003 chiarisce che la superficie

destinata ai fumatori negli esercizi di ristorazione deve essere inferiore alla metà della superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio. La formulazione del comma in analisi determina problemi interpretativi legati ai concetti di esercizi di ristorazione e di superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio.

Gli esercizi di ristorazione, secondo il parere del 27.05.04 del Ministero della Salute, sono da intendersi tutti gli esercizi di pubblico ristoro (anche i bar), discostandosi così dall'accezione legale di esercizi di ristorazione ai sensi dell'art. 5, comma 1, lett. a), della L. 287/91.

La dizione di superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio, utilizzata dal legislatore, consente di considerare, ai fini del calcolo della superficie complessiva, anche l'eventuale area di somministrazione all'aperto. Preferibile sarebbe stata la dizione di "superficie complessiva chiusa riservata al pubblico".

I dubbi interpretativi qui brevemente illustrati possono essere superati con l'intervento di disposizioni legislative regionali.

COMMA 4, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, su proposta del Ministro della salute, possono essere individuati eventuali ulteriori luoghi chiusi nei quali sia consentito fumare, nel rispetto delle disposizioni di cui ai commi 1, 2 e 3. Tale regolamento deve prevedere che in tutte le strutture in cui le persone sono costrette a soggiornare non volontariamente devono essere previsti locali adibiti ai fumatori.

Esempi di strutture in cui le persone sono costrette a soggiornare non volontariamente, potrebbero essere le carceri, o i reparti di psichiatria (ricoveri coatti).

Perplessità sussistono sulla coerenza di utilizzo della fonte regolamentare da parte dello Stato al fine di attuare la disciplina in oggetto e sulla

mancata previsione di termini per l'emanazione del regolamento in oggetto che, a tutt'oggi, non risulta essere stato ancora emanato.

COMMA 5, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Alle infrazioni al divieto previsto dal presente articolo si applicano le sanzioni di cui all'articolo 7 della della legge 11 novembre 1975, n. 584, come sostituito dall'articolo 52, comma 20, della legge 28 dicembre 2001, n. 448.

Le sanzioni previste dall'art. 7 della L. 584/75 sono le seguenti:

da euro 25 a euro 250 per chi trasgredisce al divieto di fumare (art. 1). La sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di donna in stato di gravidanza, di lattanti o di bambini fino a 12 anni; da euro 200 a euro 2.000 per chi, tenutovi per legge, regolamento o disposizioni di autorità, non curi l'osservanza del divieto esponendo, in posizione visibile, cartelli riproducenti la norma con l'indicazione della sanzione (art. 2, comma 3). La somma è aumentata della metà nel caso in cui gli impianti di condizionamento non siano funzionanti o non siano condotti in maniera idonea o non siano perfettamente efficienti (art. 5, primo comma, lettera b).

Il comma 5 richiama integralmente l'art. 7 della L. 584/75 riguardante le sanzioni, tuttavia l'articolo 51 e il D.P.C.M. 23.12.2003 introducono ulteriori obblighi rispetto a quelli sanzionati dall'art. 7.

L'art. 7 della L. 584/75 sanziona i responsabili delle strutture nei casi di inottemperanza degli obblighi riguardanti:

la cura dell'osservanza del divieto, mediante l'esposizione di cartelli di divieto di fumare; la cura del mantenimento in funzione, dell'idonea conduzione e della perfetta efficienza degli impianti di condizionamento. Dubbi sorgono sulla sanzionabilità dei nuovi obblighi dei responsabili delle strutture,

introdotti dall'art. 51 e dal D.P.C.M. 23.12.2003. Dal momento che tali obblighi non sono stati previsti dall'art. 7, le corrispondenti sanzioni non risultano essere state espressamente individuate. Per esempio, le specifiche disposizioni riguardanti i requisiti strutturali dei locali per fumatori (segnaletica da apporre all'interno dei locali per fumatori, dotazione di ingresso con porta automatica, ecc); le disposizioni riguardanti la superficie destinata ai fumatori negli esercizi di ristorazione, ecc.

Ai fini di un più completo inquadramento della tematica inerente alle sanzioni sul divieto di fumo, sembra opportuno citare la Sentenza della Consulta n. 361/2003. Da tale sentenza si evince che:

con le leggi n. 584 del 1975 e n. 3 del 2003 sono state previste varie fattispecie di illecito amministrativo, al fine della tutela della salute. Tali previsioni devono essere assunte come principi fondamentali, stante la loro finalità di protezione della salute umana, bene che per sua natura deve essere protetto in modo uniforme su tutto il territorio nazionale; al legislatore nazionale è riconosciuto il potere di prevedere le fattispecie da sanzionare e quindi, parallelamente, deve essergli riconosciuto anche il potere di determinare le sanzioni per il caso di violazioni dei divieti e degli obblighi stabiliti (principio del parallelismo tra i due poteri); le Regioni, quindi, non possono modificare gli importi previsti a livello statale.

Le Regioni risultano però competenti ad individuare ulteriori fattispecie da sanzionare. In questo caso ad esse è riconosciuto anche il potere di determinare le sanzioni per il caso di violazioni dei divieti e degli obblighi stabiliti. Resta infine aperta alle Regioni la possibilità di colmare le lacune delle disposizioni statali, nei casi in cui siano individuati degli obblighi e non le relative sanzioni.

COMMA 6, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Al fine di consentire una adeguata attività di

informazione, da attivare d'intesa con le organizzazioni di categoria più rappresentative, le disposizioni di cui ai commi 1, 2, primo periodo, 3 e 5 entrano in vigore decorso un anno dalla data di entrata in vigore del provvedimento di cui al comma 2.

Le disposizioni riguardanti il divieto di fumare, la predisposizione dei locali per fumatori e degli impianti di ventilazione e ricambio d'aria, nonché l'applicazione delle relative sanzioni entrano in vigore decorso un anno dall'entrata in vigore del D.P.C.M. 23.12.2003.

La data esatta di entrata in vigore sarebbe quindi stata il 29 dicembre 2004 (il D.P.C.M. 23.12.2003 non ha natura regolamentare, ma amministrativa e quindi, non essendo sottoposto alla vacatio legis - art. 10 Preleggi -, inizia a produrre i propri effetti dal giorno stesso della pubblicazione nella G.U., avvenuta il 29 dicembre 2003). Tuttavia, a seguito dell'intervento dell'art. 19 del D.L. 9 novembre 2004, n. 266 "Proroga o differimento di termini previsti da disposizioni legislative", il suddetto termine è stato prorogato al 10 gennaio 2005.

COMMA 7, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Entro centoventi giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nella Gazzetta Ufficiale, con accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute di concerto con i Ministri della giustizia e dell'interno, sono ridefinite le procedure per l'accertamento delle infrazioni, la relativa modulistica per il rilievo delle sanzioni nonché l'individuazione dei soggetti legittimati ad elevare i relativi processi verbali, di quelli competenti a ricevere il rapporto sulle infrazioni accertate ai sensi dell'articolo 17 della legge 24 novembre 1981, n. 689, e di quelli deputati a irrogare le relative sanzioni.

L'accordo Stato-Regioni previsto al comma 7 a

tutt'oggi non è stato stipulato e quindi anche se già dal gennaio 2005 potranno applicarsi le disposizioni riguardanti le sanzioni, si dovrà necessariamente continuare ad applicare il vecchio sistema sanzionatorio.

L'accordo dovrà fornire le linee generali del sistema sanzionatorio, lasciando alla normativa statale e regionale, per le rispettive competenze, l'individuazione degli specifici modelli organizzativi. Le Regioni, nel caso in cui intendano adottare modelli organizzativi propri, dovranno necessariamente legiferare in tal senso. Secondo il principio di continuità dell'ordinamento giuridico, in attesa dell'elaborazione del un nuovo sistema sanzionatorio, si applicano le disposizioni attualmente esistenti (circolare Min. Sanità n. 4 del 2001).

Nelle Pubbliche amministrazioni, l'agente accertatore - funzionario competente alla vigilanza e all'accertamento dell'infrazione - in caso di trasgressione, compila il modulo di contestazione e ne dà copia al trasgressore. Trascorso inutilmente il termine di 60 gg. per il pagamento in misura ridotta, l'agente presenta il rapporto, con la prova delle eseguite contestazioni o notificazioni (art. 17 L. 689/81) al Prefetto (art. 9 L. 584/75) o all'autorità competente individuata con legge regionale, nel caso in cui il divieto si riferisca a luoghi, locali o mezzi su cui si esercita la competenza regionale (Sent. n. 1034/88 Consulta).

Nei locali condotti da privati, il responsabile della struttura, o il soggetto da lui incaricato, richiama i trasgressori all'osservanza del divieto e cura che le infrazioni siano segnalate ai pubblici ufficiali ed agenti competenti a norma dell'art. 13 L. 689/81 (quindi anche gli U.P.G.). In proposito, si ricorda che la Cassazione Civile, Sez. I, con sentenza n. 9913 del 12.11.1996, stabilisce che i vigili della Polizia Municipale sono competenti all'accertamento di tutte le violazioni punite con sanzioni amministrative. Il pubblico ufficiale/agente accerta l'infrazione, compila il modulo di contestazione e presenta il rapporto all'autorità competente nei casi previsti.

A seguito della stipula dell'Accordo Stato-Regioni e dell'emanazione di apposite leggi regionali, le singole Regioni potranno individuare disposizioni proprie riguardanti:

- le procedure di accertamento delle sanzioni,
- la modulistica,
- l'individuazione dei soggetti competenti ad elevare i processi verbali, dell'autorità competente a ricevere il rapporto, e ad irrogare le sanzioni.

COMMA 8, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Le disposizioni di cui al presente articolo non comportano maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato.

COMMA 9, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Rimangono in vigore, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 3, 5, 6, 8, 9, 10 e 11 della legge 11 novembre 1975, n. 584.

Il legislatore ha utilizzato la tecnica di fare salve le disposizioni della L. 584/75 non incompatibili con il nuovo assetto normativo, invece di abrogare espressamente quelle divenute incompatibili.

Ne consegue l'insorgenza di dubbi interpretativi riguardanti, in particolare, gli articoli 3, 5, e 2, comma 3, della L. 584/75.

Alcuni dubbi sorgono sulla compatibilità con il nuovo impianto normativo delle disposizioni, ancora in vigore, contenute nell'art. 3 della L. 584/75. Tale articolo disciplina la procedura per ottenere l'esenzione (deroga) dall'osservanza del divieto di fumo, così come era formulato nella L. 584 (richiesta di autorizzazione al sindaco), per i conduttori dei locali indicati all'articolo 1, lettera b), che intendano installare impianti di condizionamento o ventilazione. Si pensi, per esempio, alle sale da ballo. Se si considerasse

ancora in vigore l'art. 3 verrebbe a consolidarsi un sistema in realtà non pienamente compatibile con la nuova normativa. Questa infatti, rispetto alla L. 584, estende il divieto di fumo a tutti i locali chiusi, prevede le eccezioni e definisce (attraverso il DPCM) le caratteristiche tecniche delle aree dove si può fumare. Sembrerebbe, quindi, che i gestori non possano più chiedere la deroga al fine di installare semplicemente impianti di condizionamento, ma che debbano attenersi alle nuove disposizioni di legge.

L'art. 5 della L. 584/75 resta in vigore e prevede la sanzionabilità dei conduttori dei locali, ed in particolare:

alla lettera a) si riferisce all'obbligo di curare l'osservanza del divieto, esponendo i cartelli di divieto, così come previsto all'art. 2, comma 3 (viene qui richiamato un articolo che il comma 9 non considera ancora in vigore), alla lettera b) si riferisce al caso in cui gli impianti di "condizionamento" (il D.P.C.M. 23.12.2003 ora parla di impianti di ventilazione e di ricambio d'aria) non siano condotti in maniera idonea o non siano perfettamente efficienti.

Sussistono dubbi circa l'abrogazione dell'art. 2, comma 3, dal momento che l'art. 5 e l'art. 7 lo richiamano espressamente, mentre il comma 9 non lo elenca tra quelli ancora in vigore. Se fosse ancora in vigore, agli obblighi dei conduttori ivi previsti dovrebbero essere aggiunti anche quelli relativi all'osservanza delle disposizioni del D.P.C.M. 23.12.2003 nel caso in cui vengano allestite le aree per fumatori.

Conseguentemente, anche le ipotesi sanzionatorie previste all'art. 5 dovrebbero essere integrate, visto che tale articolo non contempla le inadempienze relative alle nuove disposizioni contenute nel DPCM 23.12.2003 nel caso in cui vengano allestite le aree per fumatori.

In conclusione, ferma restando la competenza delle Regioni a disciplinare legislativamente questi ambiti, sarebbe auspicabile un intervento del legislatore nazionale finalizzato all'abrogazione espressa o alla modifica degli articoli non più compatibili con le nuove disposizioni.

COMMA 10, art. 51 della L. n. 3 del 2003

Restano ferme le disposizioni che disciplinano il divieto di fumo nei locali delle pubbliche amministrazioni.

Dalla formulazione del comma 10 non risulta sufficientemente chiaro che cosa si intenda per pubbliche amministrazioni e se le disposizioni che restano ferme siano quelle previste dalla Dir. P.C.M. 14.12.1995.

Più coerente con il nuovo sistema proposto dall'articolo 51 sarebbe stata una formulazione che si fosse limitata ad indicare le sole Amministrazioni dello Stato o gli enti di competenza/rilevanza statale.

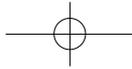
Nell'ipotesi in cui l'intenzione del legislatore fosse stata quella di fare salvo il precedente sistema di accertamento (agenti accertatori) nelle P.A., lo strumento più idoneo a questo scopo sarebbe stato l'accordo Stato-Regioni già previsto al comma 7 dell'art. 51.

3. Conclusioni

Nel gennaio del 2005 entreranno in vigore le disposizioni di cui ai commi 1, 2, primo periodo, 3 e 5, riguardanti il divieto di fumare, la predisposizione dei locali per fumatori e degli impianti di ventilazione e ricambio d'aria, nonché l'applicazione delle relative sanzioni. Ad oggi, tuttavia, non è ancora stato stipulato l'Accordo tra Stato e Regioni per definire le procedure per l'accertamento delle infrazioni, la relativa modulistica, l'individuazione dei soggetti legittimati ad elevare i processi verbali, a ricevere il rapporto, ad irrogare le sanzioni.

Si dovrà quindi continuare ad applicare il sistema attualmente esistente.

Le Regioni sono titolari della competenza legislativa concorrente in materia di tutela della salute, e quindi sono legittimate a colmare le lacune della normativa statale, mentre non



possono abbassare le tutele previste dalle disposizioni statali, essendo vincolate dalle norme di principio nella materia (sentenza Consulta 361/2003).

Le Regioni possono invece prevedere disposizioni legislative il cui contenuto si sostanzia in un ulteriore rafforzamento della tutela della salute



7

L'esperienza
applicativa della
Regione Emilia
Romagna
"Contenuti del
Progetto di legge"

Maurizio Laezza

*Direzione generale Sanità e Politiche sociali
Servizio salute mentale, dipendenze
patologiche e salute nelle carceri
Regione Emilia Romagna*

Le novità apportate dalle disposizioni contenute nel presente progetto di legge, - rispetto alle disposizioni normative statali in materia - sono sostanzialmente finalizzate ad una estensione della tutela della salute dei cittadini della Regione Emilia-Romagna, non scendendo mai al di sotto dei livelli di tutela contenuti nelle previsioni statali:

- 1) la legge della Regione Emilia-Romagna promuove un approccio globale al tabagismo, prevedendo appositi interventi di tipo preventivo, terapeutico e di controllo del fumo passivo. Al tabagismo viene riconosciuta dignità di malattia, in quanto dipendenza patologica, e ai fumatori, in quanto pazienti, è garantito l'accesso gratuito ai servizi di cura del Sistema sanitario regionale. La legge dello Stato si limita a normare il divieto di fumo;
- 2) nei luoghi di lavoro privati la tutela dai danni da fumo passivo viene estesa anche ai lavoratori. La legge dello Stato vieta di fumare nei locali chiusi, ad eccezione di quelli privati non aperti ad utenti o al pubblico (non prende espressamente in considerazione i soggetti che vi prestano attività lavorativa);
- 3) negli Istituti scolastici vengono aumentati i dispositivi a tutela della salute dei minori, prevedendo l'estensione del divieto di fumo anche ai cortili (secondo una specifica raccomandazione dell'O.M.S.) e non consentendo la costituzione di locali per fumatori;
- 4) i livelli di tutela per i non fumatori vengono elevati anche per quanto attiene alla regolamentazione relativa ai locali riservati ai fumatori: la previsione nazionale che i locali riservati ai fumatori siano di superficie prevalente rispetto alla superficie complessiva dell'esercizio è limitata agli esercizi di ristorazione. La legge regionale, invece, prevede, da un lato, l'ampliamento delle tipologie dei locali per i quali si applicano le disposizioni specifiche (si parla di esercizi aperti al pubblico, rispetto alla dicitura nazionale "esercizi di ristorazione") e dall'altro, individua in modo più restrittivo la superficie complessiva rispetto alla quale calcolare l'area per i locali riservati ai fumatori. Si passa dal concetto di "superficie complessiva di somministrazione dell'esercizio" - definizione che consente di computare, ai fini del calcolo globale della superficie, anche aree di somministrazione all'aperto - al concetto di "superficie complessiva chiusa riservata al pubblico";
- 5) è stato inserito un apposito articolo dedicato agli esercizi liberi dal fumo, che prevede il coinvolgimento attivo dei conduttori degli esercizi aperti al pubblico ai fini dell'effettiva applicazione delle disposizioni contenute nella presente legge. Nello stesso articolo è previsto anche un dispositivo premiante che offre particolare visibilità a quei locali che scelgono di non allestire aree per fumatori;
- 6) la legge regionale, rispetto alla normativa nazionale vigente, definisce un sistema di vigilanza sul rispetto del divieto di fumo centrato sulla responsabilizzazione dei datori di lavoro, prevedendo specifici obblighi e corrispondenti sanzioni inerenti la cura dell'osservanza del divieto di fumo;
- 7) la Regione definisce, altresì, un apposito modello per l'esercizio delle funzioni di vigilanza e applicazione delle sanzioni, attribuendo specifici compiti ai Comuni e alle Aziende USL, in analogia con i compiti istituzionali di cui gli stessi risultano essere già titolari;
- 8) per quanto riguarda le fattispecie da sanzionare, accanto a quelle già individuate a livello statale, la legge regionale ne introduce di ulteriori (es. in caso di inadeguatezza dei requisiti tecnici previsti per i locali per fumatori e di mancato rispetto del divieto di costituzione di aree per fumatori sui mezzi di trasporto pubblico regionali e negli Istituti scolastici);

9) al fine di promuovere un approccio basato sulla sensibilizzazione e sul consenso sociale piuttosto che sulla repressione, si prevede, nei primi sei mesi di attuazione della legge, nei luoghi di lavoro pubblici e privati, comprese le scuole, di applicare le sanzioni connesse alla violazione del divieto di fumo con gradualità nei confronti di chi vi svolge attività continuativa di lavoro o di studio (richiamo scritto alla prima infrazione e sanzione amministrativa per le successive).

Articolo 1. Finalità ed obiettivi

Viene evidenziato l'approccio globale della legge al tabagismo negli ambiti della prevenzione, della cura e della tutela dai danni del fumo sia attivo che passivo.

Negli ambienti di lavoro, per quanto riguarda la riduzione dei rischi da fumo passivo, è prevista una forte integrazione degli aspetti normativi generali con i dispositivi specifici in materia di prevenzione e protezione dai rischi lavorativi.

Articolo 2. Programma pluriennale per la lotta al tabagismo

La Regione Emilia-Romagna ritiene che debba essere promossa e perseguita una progettualità specifica sul tabagismo nell'ambito della programmazione integrata delle attività relative al settore sanitario ed al settore sociale, attraverso un programma triennale d'intervento organico e multidisciplinare ispirato ai principi della partecipazione e della intersectorialità, secondo le raccomandazioni dell'O.M.S., la programmazione locale degli interventi per la lotta al tabagismo è inserita all'interno dei procedimenti relativi ai Piani per la salute e ai Piani di zona. Gli interventi devono essere di comprovata efficacia secondo le linee guida internazionali, nazionali ed i metodi della medicina basata sulle evidenze.

Articolo 3. Prevenzione del tabagismo

Sono definite le caratteristiche generali degli interventi di prevenzione del tabagismo che devono mirare a coinvolgere e valorizzare all'interno della collettività una pluralità di soggetti significativi e di riferimento formativo, in particolare per i giovani.

Si introduce un importante principio che riguarda il ruolo dell'Ente Regione in merito alla non accettazione di sponsorizzazioni da parte dell'industria del tabacco, con l'invito ad Enti locali ed altri Enti pubblici e privati regionali ad assumere comportamenti analoghi.

Viene ribadito il valore fondamentale degli accordi tra Enti locali e Aziende USL per la realizzazione di specifiche campagne di prevenzione del tabagismo.

Si promuove nei luoghi di lavoro la filosofia d'intervento raccomandata dall'O.M.S che mira a creare "ambienti favorevoli alla salute" attraverso la combinazione di:

- iniziative formative e informativo-educative
- offerte di aiuto per cessare l'abitudine al fumo
- applicazione delle norme di divieto di fumo.

Viene promosso l'inserimento nel Piano di offerta formativa delle scuole dell'obbligo di programmi educativi di prevenzione del tabagismo nell'ambito delle attività curricolari.

Sono previste specifiche azioni di sensibilizzazione rivolte ai rivenditori per una attenta applicazione delle norme che vietano la vendita di tabacco ai minori.

Sono infine promosse iniziative specifiche all'interno delle carceri per la prevenzione del tabagismo, d'intesa con gli organi dell'amministrazione penitenziaria operanti sul territorio regionale.

Articolo 4. Supporto e assistenza alla disassuefazione dal tabagismo

Si definisce che gli interventi di supporto e assistenza alla disassuefazione dal tabagismo devono essere realizzati in un'ottica di

integrazione delle diverse competenze professionali e attraverso il concorso delle istituzioni pubbliche, del privato sociale e del volontariato. Presso le Aziende sanitarie vengono previsti appositi centri antifumo deputati alla disassuefazione dal tabagismo, stabilendo modalità di accesso gratuite per tutti i fumatori. Viene promossa la formazione degli operatori sanitari in tema di prevenzione, cura e controllo del tabagismo.

Articolo 5. Divieto di fumare

La presente legge, al fine di estendere la tutela della salute dei cittadini, prevede che il divieto di fumo debba insistere in tutti gli ambienti chiusi pubblici e privati, compresi quindi anche i luoghi di lavoro privati, ampliando così di fatto la portata delle previsioni normative statali, le quali, utilizzando la formulazione che fa riferimento ai luoghi privati "non aperti ad utenti o al pubblico" (art. 51, comma 1, lettera a), della legge 16 gennaio 2003, n. 3, "Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione") non comprende necessariamente i soggetti che vi svolgono attività di lavoro, i quali, per altro, sono i più esposti al rischio ambientale da fumo passivo. Si è pertanto ritenuto necessario ridefinire l'estensione del divieto di fumo in termini inequivocabili.

Il divieto insiste su tutti i mezzi di trasporto pubblico regionale e locale e loro pertinenze. Per quanto riguarda le scuole viene accolta la raccomandazione dell'O.M.S di applicare il divieto anche ai cortili, raccomandazione che ha il valore di una chiara indicazione di carattere educativo oltre che preventivo.

Nelle carceri l'applicazione del divieto è regolamentata da accordi specifici con gli organi dell'amministrazione penitenziaria operanti sul territorio regionale.

Le procedure per l'applicazione del divieto nelle università sono disciplinate da appositi accordi.

Articolo 6. Aree per fumatori

I requisiti di adeguatezza delle aree per fumatori e dei relativi impianti di aspirazione e filtrazione dell'aria sono conformi a quanto previsto dall'accordo in attuazione dell'articolo 51, comma 2 della Legge n. 3 del 2003, fatta salva l'applicazione del D.P.C.M. 23 dicembre 2003. L'avvenuta attivazione delle aree riservate ai fumatori deve essere comunicata, ai fini della vigilanza e controllo, alla competente Azienda USL.

L'allestimento di aree per fumatori non è consentita sui mezzi di trasporto pubblico regionale e locale. Ne è vietata l'istituzione anche nelle scuole, in coerenza con quanto stabilito all'articolo 5, comma 3, sul divieto di fumo nei cortili degli istituti.

La presente legge stabilisce che in tutti gli esercizi aperti al pubblico, e non solo negli esercizi di ristorazione come previsto dall'articolo 51, comma 3 della Legge n. 3 del 2003, l'area su cui insiste il divieto di fumo deve essere di superficie prevalente rispetto alla superficie complessiva chiusa riservata al pubblico.

Articolo 7. Esercizi liberi dal fumo

La Regione Emilia-Romagna, nell'ambito delle politiche complessive inerenti la promozione della salute, ritiene che debba comunque essere premiata la scelta di non istituire aree per fumatori. Gli esercizi aperti al pubblico che opteranno per la non istituzione di aree riservate ai fumatori beneficeranno di adeguata visibilità come "Esercizi liberi dal fumo", nelle campagne informative antifumo rivolte alla popolazione generale, indicate all'articolo 2, comma 3. I conduttori degli esercizi aperti al pubblico concorrono a rendere effettiva l'applicazione del divieto di fumo nei loro locali sensibilizzando gli utenti all'osservanza della norma e richiedendo, ove del caso, l'intervento delle autorità competenti ad accertare e contestare gli illeciti amministrativi.

Articolo 8. Obblighi dei responsabili

L'articolo responsabilizza i datori di lavoro, i responsabili delle strutture pubbliche o private, ed i loro eventuali delegati, al compito di curare l'affissione di apposita cartellonistica di divieto, di vigilare sul rispetto del divieto stesso, di curare l'applicazione della sanzione in caso di violazione, (direttamente o richiedendo l'intervento dei soggetti competenti) e di ottemperare alle disposizioni previste all'articolo 6, nel caso vengano allestite aree per fumatori. In particolare, l'attribuzione ai datori di lavoro della responsabilità di vigilare affinché i lavoratori rispettino il divieto di fumo si ritiene essere punto di forza per migliorare l'efficacia complessiva del sistema normativo, in coerenza con i principi generali contenuti nel D.Lgs 626 del 1994 e con quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale n.399/1996 in tema di tutela dai danni da fumo passivo in ambiente lavorativo.

I datori di lavoro sono, inoltre, tenuti a svolgere compiti specifici inerenti la promozione e la tutela della salute dei lavoratori: devono infatti fornire informazioni ai dipendenti sui rischi derivanti dal fumo attivo e passivo, sulle misure di prevenzione del fumo adottate nell'ambiente di lavoro e sulle modalità efficaci per smettere di fumare. I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza devono essere consultati preventivamente in merito alle misure da adottare per l'applicazione della presente legge.

Articolo 9. Vigilanza e applicazione delle sanzioni

L'articolo 9 attribuisce i compiti inerenti la vigilanza ed applicazione delle sanzioni relative alla violazione del divieto di fumo ai Comuni ed alle Aziende USL, fermo restando quanto previsto per i soggetti responsabili di cui all'articolo 8 e le competenze degli ufficiali ed agenti di polizia giudiziaria.

Agli operatori delle Aziende USL e della polizia municipale competono inoltre l'accertamento e a

verbalizzazione delle violazioni degli obblighi dei responsabili secondo le attribuzioni previste ai commi 2 e 3.

La diversa attribuzione delle competenze prevista dalla legge, in merito all'accertamento delle violazioni, tiene conto di funzioni affini già svolte rispettivamente dalle Aziende USL (prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro) e dai Comuni (polizia urbana).

Articolo 10. Sanzioni

Il provvedimento prevede le seguenti sanzioni in caso di violazione della legge ai sensi dell'art. 7 della L. 11/11/1975, n. 584, tenuto conto della sentenza della Corte Costituzionale n. 361/2003:

- a) da euro 25,00 a euro 250,00, nei casi in cui non venga rispettato il divieto di fumo previsto all'art. 5; tale misura è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni;
- b) da euro 200,00 a euro 2.000,00 a coloro che contravvengono agli obblighi dei responsabili previsti all'articolo 8, comma 1, lettere a), b), c) e comma 2, lettere a) e b);
- c) le somme previste alla lettera b) sono aumentate della metà per coloro che contravvengono alle disposizioni inerenti le aree per fumatori previste all'articolo 6, commi 1, 3 e 4.

I proventi delle sanzioni, fermo restando quanto disciplinato dalla normativa nazionale per le Amministrazioni statali ed enti pubblici su cui lo Stato esercita le proprie competenze organizzative esclusive, vengono attribuiti ai Comuni e alle Aziende USL, secondo i casi previsti.

Articolo 11. Monitoraggio e valutazione

E' prevista, da parte della Regione, una apposita attività di monitoraggio nel tempo e di valutazione d'impatto della legge in riferimento

alle finalità e agli obiettivi che intende perseguire.

Articolo 12. Norma finanziaria

Gli oneri derivanti dall'accesso gratuito ai centri antifumo sono a carico del Fondo sanitario regionale.

Articolo 13. Norme finali e transitorie

Gli articoli 1, 2, 3, 4, 11, 12, 13 e le disposizioni contenute all'articolo 5, comma 4, relative alle azioni informative e di sensibilizzazione degli studenti e del personale docente e non docente delle scuole, entrano in vigore il 15° giorno successivo alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna. I restanti articoli, ad esclusione delle disposizioni contenute al comma 3 dell'articolo 5, acquistano efficacia decorsi tre mesi dalla data di entrata in vigore del regolamento regionale, di cui al comma 4 del presente articolo, al fine di fornire una ampia e diffusa informazione ai cittadini sui contenuti del provvedimento.

Le disposizioni di cui all'articolo 5, comma 3, relative all'estensione del divieto di fumo ai cortili delle scuole, entrano in vigore decorso un anno dalla data di entrata in vigore del regolamento regionale, al fine di consentire il pieno svolgimento delle azioni informative e di sensibilizzazione sopra citate.

Inoltre, nei luoghi di lavoro pubblici e privati, comprese le scuole, viene introdotto il principio della gradualità dell'applicazione delle sanzioni connesse alla violazione del divieto di fumo, al fine di promuovere un approccio basato sull'informazione, la sensibilizzazione e la crescita della partecipazione, fermi restando gli obblighi della vigilanza ed accertamento delle infrazioni. In tali luoghi, infatti, limitatamente ai primi sei mesi di attuazione della legge, la gradualità nell'applicazione delle sanzioni, nei confronti di chi vi svolge attività continuativa di lavoro o di studio, si sostanzia nell'irrogazione della sanzione amministrativa del richiamo

scritto, comunicato al trasgressore, per la prima infrazione e nell'irrogazione della sanzione pecuniaria solo per le infrazioni successive. Un apposito regolamento regionale previsto al comma 4, da emanare entro sei mesi dalla data di pubblicazione della presente legge, definirà aspetti particolari inerenti le procedure, i criteri e le modalità di applicazione della legge.

8

**Impianti di
ventilazione
“Prove tecniche di
verifica ambienti
dove siano previste
aree riservate ai
fumatori secondo il
protocollo proposto
da A.I.C.A.R.R.”**

Luigi Bontempi

*Consulente su tematiche legate
all'indoor air qualità
Tecnica Bontempi snc*

- **Strategie di intervento**

La principale strategia d'intervento attuale è quella di ventilare l'ambiente interno in modo più o meno massiccio con aria prelevata all'esterno. Inoltre esiste l'assioma che più aria esterna si utilizza migliore risulta essere la qualità dell'aria interna. Ovviamente ciò è vero soltanto quando l'aria esterna è di buona qualità, ma soltanto recentemente si va a valutare il grado di purezza dell'aria nell'ambiente esterno. Spesso si lavava e si lava ancora oggi, una superficie sporca (il locale interno) con un panno anch'esso sporco (l'aria esterna) creando così una sovrapposizione di "sporco" più pericoloso di quello che si voleva eliminare. Quindi la cosa principale da tenere in considerazione è quella di utilizzare sempre "panni" puliti e nel caso non lo fossero, provvedere e predisporre accorgimenti quali la loro preventiva pulizia e igienizzazione.

- **Le normative e le linee guida attuali**

La qualità dell'aria interna è oggetto di normativa tecnica in Italia dal 1995 con la norma UNI 10339, ora sostituita per gli ambienti non residenziali dalla norma europea EN 13779. In alcuni settori specifici esistono delle leggi regolamentari specifiche, alcune di esse ancora valide e di riferimento per il settore di appartenenza. Nel 2001 sono state pubblicate in Gazzetta Ufficiale le linee guida per l'ambiente indoor "Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati" redatte a cura del Ministero della Salute, delle regioni e delle province autonome in seno all'accordo del 27/09/2001. In tale documento il governo centrale delega le regioni a stabilire regolamenti, linee guida ecc. affinché venga messo in essere tutto quanto è possibile per la salvaguardia della salute negli ambienti indoor. In particolare "Anche se alcuni obiettivi strategici risultano di non facile realizzazione, la principale finalità del documento è essenzialmente quella di promuovere ed implementare le iniziative di

promozione della salute e di prevenzione dei rischi "indoor", nella programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, seguendo il principio di sussidiarietà e di cooperazione tra Stato, Regioni ed Enti locali e creando un'occasione di dialogo, di concertazione e coordinamento tra i diversi livelli organizzativi istituzionali".

- **Metodologie utilizzabili**

Le normative di riferimento internazionali comprese quelle europee descrivono due principali metodi d'intervento principali. Tutti e due i metodi sono volti al fine di ottenere in ambiente una concentrazione d'inquinanti tale da rappresentare un rischio per la salute accettabile a seconda delle tipologie e alla destinazione d'uso degli ambienti stessi, in linea con le direttive e gli intendimenti per l'aria esterna. Le metodologie utilizzate sono il "metodo prescrittivo" e il "metodo prestazionale".

Metodo prescrittivo

Questa metodologia d'intervento prevede tassi minimi di ventilazione con aria esterna per differenti destinazioni d'uso di determinati ambienti. Esso parte dal presupposto che predeterminate quantità d'aria esterna siano sufficienti a diluire tutti gli inquinanti prodotti all'interno e che quindi utilizzare tali quantità sia di fatto sufficiente allo scopo. La valutazione e certificazione di un impianto di ventilazione realizzato in base a questa metodologia è nella semplice misurazione delle portate d'aria esterna e dalla verifica della presenza di filtri con un grado di separazione degli inquinanti particellari variabile in funzione della destinazione d'uso del locale stesso (vedi fig.3). Le normative internazionali che descrivono questo metodo sono:

- **UNI 10339** "Impianti aeraulici a fini di benessere"
- **EN 13779** "Ventilation for non-residential buildings Performance requirements for

ventilation and room-conditioning systems”

- **PrEN 14788** “Ventilation in residential buildings”
- **ASHRAE STD 62-2001** “Ventilation for acceptable indoor air quality”
- “Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati”
- (G.U. n°276 del 27/11/01 supplemento ordinario n°252)

L'impianto deve assicurare:

- Un'immissione di aria esterna pari o maggiore ai valori minimi determinati in relazione alla destinazione d'uso e alla soluzione adottata per la diffusione dell'aria in ambiente.
- Le portate minime di aria esterna, o nei casi specificati quelle di estrazione, vengono riferite al numero di persone presenti o alla superficie utile in pianta o al volume dell'ambiente.
- Una filtrazione minima convenzionale dell'aria (esterna e ricircolata) tramite impiego di filtri di classe appropriata, per ciascun tipo di locale.
- Una movimentazione dell'aria (nel volume convenzionale occupato) con velocità comprese entro i limiti previsti.

Quantificazione dell'aria esterna

- UNI 10339
- EN13779
- Ashrae std 62-2001
- Regolamenti d'igiene locali e/o regionali

Verifica dei sistemi filtranti sull'aria esterna e su quella di ricircolo per la diluizione e la rimozione degli inquinanti particolati aerodispersi

- EN 779-2002
- EN 1822

Metodo prestazionale

Questa metodologia non prevede, se non in maniera indicativa, una determinazione

predittiva dei soli tassi di ventilazione con aria esterna e un uso dei filtri in funzione dell'ambiente in cui sono utilizzati, ma semplicemente determinando un obiettivo di qualità da ottenere e mantenere. Detto in altri termini questa metodologia impiantistica deve assicurare che: **“L'impianto di ventilazione e di trattamento dell'aria deve assicurare che all'interno dell'ambiente considerato non vi siano sostanze inquinanti in concentrazioni tali da arrecare danno alle persone che ci vivono o lavorano”**. Tale metodologia prevede tutti gli usi corretti della tecnologia disponibile per arrivare ad un solo obiettivo di qualità fissato e determinato da altri enti preposti a tale compito (OMS). La valutazione e certificazione di un impianto di ventilazione realizzato in base a questa metodologia sono le prestazioni reali dell'impianto stesso, prestazioni legate alla verifica della presenza in ambiente di sostanze inquinanti in concentrazioni tali da essere un rischio ritenuto accettabile per la salute delle persone presenti.

Le normative internazionali che descrivono questo metodo sono:

- **EN 13779** Ventilation for non-residential buildings Performance requirements for ventilation and room-conditioning systems
- **ASHRAE STD 62-2001** Ventilation for acceptable indoor air quality (IAQ Procedure)
- “Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati”
- Air Quality Guidelines for Europe OMS
- D.L.vo 626/94 (presenza di lavoratori)
- Direttive comunitarie (OMS guidelines)

Quantificazione dell'aria esterna

- EN13779
- Ashrae std 62-2001
- Regolamenti d'igiene locali e/o regionali

Valutazione della sua qualità

- EN13779
- Linee guida nazionali
- Air Quality Guidelines for Europe OMS

Definizione e caratteristiche chimico-fisiche degli inquinanti aerodispersi

- Linee guida nazionali per l'aria esterna
- Air Quality Guidelines for Europe OMS

Verifica dei sistemi filtranti sull'aria esterna, su quella di ricircolo e su quella secondaria per la diluizione e la rimozione degli inquinanti aerodispersi

- EN 779-2002 (vedi fig.1 e 2)
- EN 1822 (vedi tabella 1)

Le tipologie di ventilazione negli impianti che utilizzano il metodo prestazionale:

- Parziale ventilazione con aria esterna opportunamente filtrata
La quantità e la qualità determinata da:
EN 13779,
STD 62-2001 Ashrae,
Linee guida OMS Europa
- Parziale ventilazione con aria di ricircolo opportunamente filtrata
La quantità e la qualità determinata da:
EN 13779
STD 62-2001 Ashrae
- Parziale ventilazione con aria secondaria opportunamente filtrata
Quantità e qualità determinata dalla norma europea EN 13779
- Introduzione di un sistema filtrante o depurante dell'aria
 - ▶ Ubicazione
 - ▶ Filtri dell'aria utilizzati
 - ▶ Manutenzione e gestione

I filtri dell'aria e loro certificazione

La norma EN779

La figura 1 descrive la classificazione dei filtri in base alla norma europea EN 779. La loro classificazione varia a secondo del loro potere di separazione (F) in relazione ad una particella avente un diametro 0,4 micron di una sostanza marker (DEHS). Il valore di efficienza viene espresso come valore medio tra quando il filtro è nuovo e quindi la sua efficienza è bassa e quando ha raggiunto la sua perdita di carico massima, cioè quando la sua efficienza è massima (vedi fig.2). Nel caso in cui il filtro in prova non raggiunga il 20% di efficienza iniziale, esso sarà classificato nelle categorie "G" e si dovrà valutarlo con un altro sistema di valutazione, il quale prevede l'utilizzo di una polvere sintetica e di una valutazione di ordine gravimetrico e non più numerico come nel caso di valutazione "F". Quindi è bene sapere che l'efficienza di un filtro nuovo non è quella della sua valutazione media ed impressa sul filtro stesso. In caso di richiesta comunque il produttore del filtro in questione è tenuto a mostrare il verbale di prova che illustra tutte le efficienze riportate durante la prova di certificazione europea.

Figura 1

Table 1

Classification of the filters according to EN 779

Class	Final pressure drop	Average arresstance (A_m) of synthetic dust	Average efficiency (E_m) of 0,4 μ m particles
	Pa	%	%
G1	250	$50 \leq A_m < 65$	-
G2	250	$65 \leq A_m < 80$	-
G3	250	$80 \leq A_m < 90$	-
G4	250	$90 \leq A_m$	-
F5	450	-	$40 \leq E_m < 90$
F6	450	-	$60 \leq E_m < 90$
F7	450	-	$80 \leq E_m < 90$
F8	450	-	$90 \leq E_m < 90$
F9	450	-	$95 \leq E_m < 90$

Note: The characteristics of atmospheric dust vary widely in comparison with those of the synthetic loading dust used in the tests. Because of this the test results do not provide a basis for predicting either operational performance or life. Loss of media charge or shedding of particles or fibres can also adversely affect efficiency (see annexes A and B).

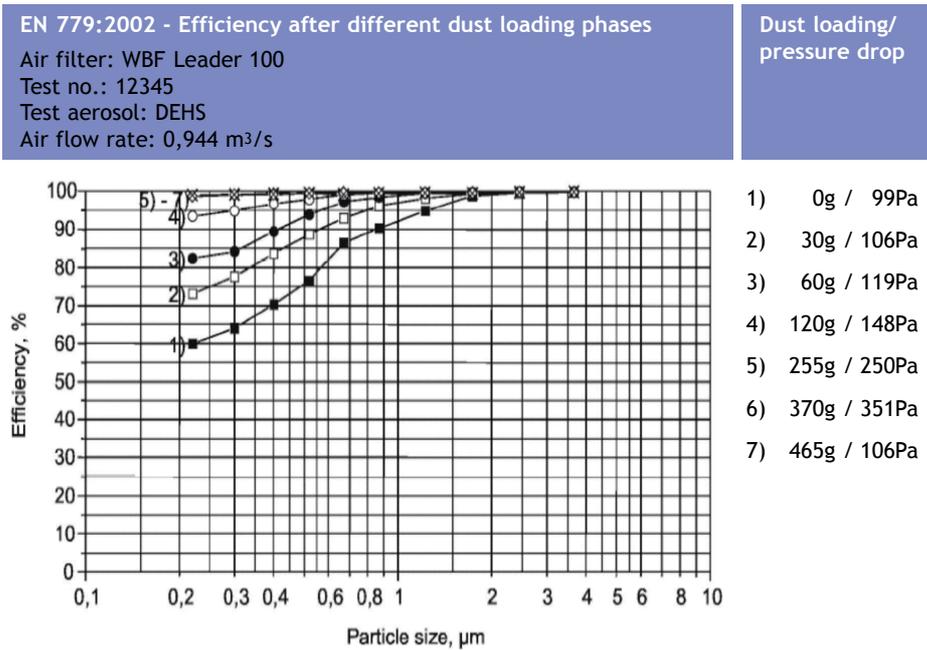


Figura 2

La norma EN1822

Nel caso in cui il filtro abbia prestazioni migliori di quelle appena descritte, esso va valutato con un altro metodo di certificazione che vediamo riprodotto nella tabella 1 e che appartiene alla norma europea EN 1822. Il metodo di prova consente di rilevare in due fasi l'efficienza di filtrazione nei confronti delle particelle aventi dimensione critica. La prima fase della prova è rivolta all'esame delle prestazioni del media

filtrante ad una velocità corrispondente alle condizioni effettive di funzionamento del filtro e consiste nella determinazione della particella di massima penetrazione (MPPS). La seconda fase consiste nel provare il filtro finito in modo da determinare l'efficienza di filtrazione nei confronti delle particelle MPPS; in questo modo il filtro assoluto può essere classificato di grado HEPA (H) oppure di grado ULPA (U) secondo la tabella 1 riportata sotto.

EN 1822 "High efficiency air filters"		
Most Penetrating Particle Size (HEPA and ULPA)		
Classificazione dei filtri	Efficienza integrale MPPS	Efficienza locale MPPS
H10	85	---
H11	95	---
H12	99,5	---
H13	99,95	99,75
H14	99,995	99,975
H15	99,9995	99,9975
H16	99,99995	99,99975
H17	99,999995	99,9999

Tabella 1

72

Nella seguente figura 3 è rappresentata la classe di filtri utilizzabili e il numero minimo di stadi di filtrazione per le varie tipologie di locali, secondo un progetto di aggiornamento della UNI 10339. la classificazione dell'aria indoor, come descritto nella seguente tabella 7.

Figura 3

CLASSIFICAZIONE DEGLI EDIFICI PER CATEGORIE	Classe di filtri		Numero minimo di stadi di filtrazione
	minima	consigliata	
EDIFICI ADIBITI A RESIDENZA E ASSIMILABILI			
abitazioni civili	G4	F7	1
collegi, luoghi di ricovero, case di pena, caserme, conventi	G4	F7	1
alberghi, pensioni	G4	F7	1
EDIFICI PER UFFICI E ASSIMILABILI			
uffici in genere e sale di riunione	F6	F7	2
centri elaborazione dati	F6	F9	2
OSPEDALI, CLINICHE, CASE DI CURA E ASSIMILABILI			
degenze corsie	F7	F8	2
visita medica	F7	F8	2
soggiorni, terapie fisiche	F6	F8	2
reparti sterili, reparti infettivi, sale operatorie	*H10	*	*3
EDIFICI ABITATIVI ED ATTIVITA' RICREATIVE. ASSOCIATIVE E DI CULTO			
cinematografi, teatri, sale Bingo	F6	F7	2
sale congressi	F6	F7	2
musei, biblioteche	F7	F9	2
luoghi di culto	G4	F7	2
bar in genere	F6	F5	2
ristoranti (sale pranzo)	F6	F7	2
sale da ballo	F6	F5	2
cucine (aria immessa)	F6	G4	1 o 2
EDIFICI COMMERCIALI E ASSIMILABILI			
grandi magazzini, supermercati, negozi in genere	G4	F6	1 o 2
negozi alimentari, aree lavorazione alimenti in supermercati	F6	F6	2
banche, uffici postali (aree destinate al pubblico)	F6	F6	2
quartieri fieristici	G4	F6	1
EDIFICI ADIBITI AD ATTIVITA' SPORTIVE			
piscine, saune ed assimilabili	G4	F6	2
palestre ed assimilabili	G4	F6	1
EDIFICI ADIBITI AD ATTIVITA' SCOLASTICHE			
aule in genere	F6	F7	2
laboratori	F6	F8	2

Manutenzione e pulizia

E' necessaria la creazione di protocolli d'intervento relativi alla manutenzione dei sistemi di ventilazione. Essi possono essere redatti sotto forma di guide che prevedano l'ispezione dei filtri, il controllo dei sistemi di climatizzazione, le verifiche periodiche di tutti i sistemi interessati, ed in particolar modo dopo l'effettuazione di qualsiasi modifica all'impianto stesso.

I sistemi di condizionamento dell'aria e di ventilazione devono essere progettati, costruiti ed installati in modo tale da consentire la pulizia di tutte le superfici interne e di tutti i componenti, in conformità alle disposizioni della EN12097 e di altre normative di riferimento. Ciò costituisce premessa indispensabile affinché tali sistemi possano funzionare ed essere sottoposti a manutenzione in modo tale che i requisiti igienici siano permanentemente rispettati.

A questo proposito devono essere effettuate ispezioni tecniche e manutentive regolari insieme a frequenti controlli igienici da parte del personale interno all'azienda addetto alla manutenzione e ispezioni igieniche ulteriori a intervalli di tempo maggiori da parte di personale specializzato.

Si deve registrare ogni controllo. In particolare il primo controllo deve avvenire contestualmente all'attivazione dell'impianto al fine di accertare che lo stesso sia stato posto in opera pulito (assenza di detriti e polvere di cantiere etc.) Il limite ammissibile per il particolato depositato nei condotti d'aria considerati puliti, privi di rivestimento interno, è 0,1 g/m², le procedure per la prova, almeno per quanto riguarda le

condotte non coibentate, sono quelle per aspirazione, secondo la metodologia descritta in NADCA - National Air Duct Cleaners Association (1996) "Mechanical Cleaning of HVAC systems - Specifications - Developed for Architects, Consulting Engineers, Facility Managers" Section 15891,2/96, Washington, DC.

Si raccomanda di controllare regolarmente i sistemi impiantistici per evidenziare eventuali contaminazioni e di pulirli, se necessario, ricorrendo a personale qualificato. Un sistema può essere mantenuto pulito solo quando tutte le superfici del sistema (in particolare dei condotti d'aria) non presentano accumuli di particolato ritenuti non accettabili.

La contaminazione può essere riferita sia alla presenza di agenti patogeni ben individuati (ad esempio quelli classificati a maggior rischio nella 626/94), sia al superamento delle concentrazioni limite della carica micotica e batterica.

Per le condotte pulite, prive di rivestimento interno, il NADCA fornisce i seguenti valori limite: carica batterica <30.000 CFU/g, carica micotica < 15.000 CFU/g.

Il limite per la contaminazione ammissibile nei condotti d'aria è 1 g/m²; le procedure per la prova, almeno per quanto riguarda le condotte non coibentate, sono quelle per aspirazione, secondo la metodologia descritta in NADCA.

Si raccomanda di ispezionare regolarmente i filtri e, se vi è una evidente contaminazione, di rimpiazzarli, senza considerare la loro vita utile (da "Linee guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati" (G.U. n°276 del 27/11/01 supplemento ordinario n°252).



NADCA (National Air Duct Cleaning Association)

Superfici aerauliche

- | | | | |
|--|----------------------|-------------------------|------------------|
| ● Max partic. Depositato
-attivazione impianto- | 0,1 g/m ² | ● Concentrazioni limite | carica batterica |
| | | < 30.000 CFU/g | |
| ● Max partic. Depositato
-contaminazione ammissibile- | 1 g/m ² | ● Concentrazioni limite | carica micotica |
| | | < 15.000 CFU/g | |



Figura 4

Nella figura 4 sono rappresentate due condotte d'aria, in quella di destra viene rappresentato un canale pulito, in quella di sinistra è rappresentato un canale il quale contiene sulla sua superficie interna una particolato depositato superiore ai 9 g/m².

UNI 10381-01 05/1996

- La norma specifica i criteri di classificazione delle condotte per impianti aeraulici in funzione del loro impiego, della velocità con la quale l'aria circola nelle stesse, della pressione e della tenuta; essa fornisce inoltre i dati per la progettazione, il dimensionamento e la posa in opera delle condotte. Nelle due appendici vengono fornite inoltre indicazioni inerenti la determinazione delle classi di tenuta e l'ordinazione delle condotte.

UNI 10381-02 05/1996

- La norma fornisce indicazioni in merito alla classificazione, alle dimensioni ed alle caratteristiche costruttive dei componenti impiegati nella realizzazione delle condotte

negli impianti aeraulici di cui alla UNI 10381-1. Nell'appendice informativa viene fornita una rappresentazione dei tipi più comuni di componenti per condotte a sezione rettangolare e circolare.

UNI ENV 12097 04/1999

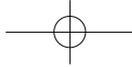
- Requisiti relativi ai componenti atti a facilitare la manutenzione delle reti delle condotte. La norma, sperimentale, specifica le dimensioni, la forma ed i criteri di collocazione delle aperture, delle botole di accesso ed ispezione e delle porte di accesso per la pulizia e la manutenzione delle condotte di alimentazione ed estrazione dell'aria.

UNI EN 13403 03/2004

- Ventilazione degli edifici - Condotti non metallici - Rete delle condotte realizzata con condotti di materiale isolante (en).

UNI EN 12237 06/2004

- Ventilazione degli edifici - Reti delle condotte - Resistenza e tenuta delle condotte circolari di lamiera metallica (en).



**LA CONDIZIONE AMBIENTALE E' ACCETTABILE
QUANDO:**

“Linee guida per tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati”G.U. n°276 del 27/11/01 supplemento ordinario n° 252

- I parametri microclimatici sono nella normalità.
- I contaminanti interni specifici sono in concentrazioni non dannose.
- L'80 % delle persone sono soddisfatte della qualità dell'aria.



NUOVA NORMA EUROPEA EN13779

Definizioni scopi e finalità

La norma europea EN 13779 dal titolo:

“Ventilazione per ambienti non residenziali - prestazioni richieste per i sistemi di ventilazione e condizionamento dei locali” recentemente approvata e ratificata dai paesi aderenti alla comunità europea è stata recepita in sede UNI (Ente Italiano per la normazione). Questa norma sostituisce e aggiorna la norma italiana UNI 10339 nelle parti aventi le stesse finalità e gli stessi riferimenti. La nuova norma infatti non contempla l’ambiente residenziale, descritto invece nella vecchia norma UNI 10339. In sede europea attualmente, è allo studio una norma specifica per tali ambienti.

La nuova norma EN 13779 utilizza e fa riferimento ad altre normative già in essere, tra le quali:

- ENV 12097 (Ventilation for buildings - Ductwork - Requirements for ductwork components to facilitate maintenance of ductwork systems),
- EN 12237 (Ventilation for buildings - Ductwork - Strength and leakage of circular sheet metal ducts),
- EN 12599-2000 (Ventilation for buildings - Test procedures and measuring methods for handing over installed ventilation and air conditioning systems),
- CR 12792 (Ventilation for buildings - Symbols and terminology)
- EN ISO 7730 Moderate thermal environments - Determination of the PMV and PPD indices and specification of the conditions for thermal comfort (ISO 7730:1994).

Gli spazi negli ambienti considerati sono rappresentati in fig.5 e descritti nella tabella 2. Nella fig. 5 sono rappresentate le varie tipologie di aria.

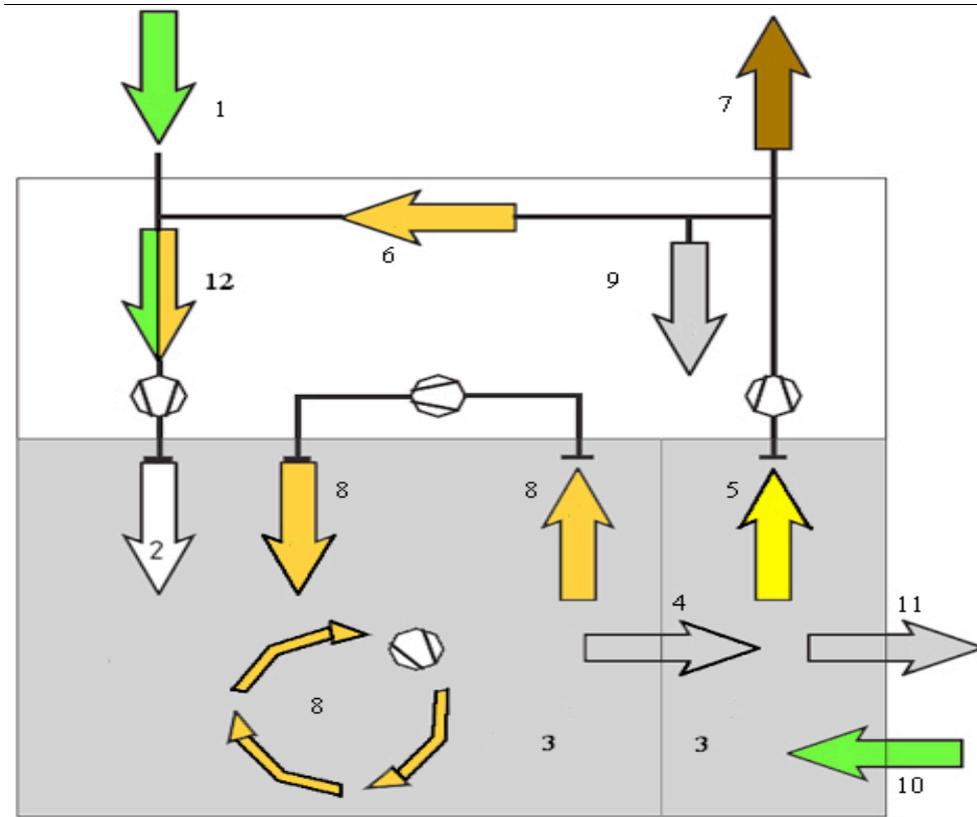


Figura 5

1	Esterna	Aria esterna che entra nell'ambiente prima di qualsiasi trattamento
2	Trattata	Aria che entra nell'ambiente dopo un qualsiasi trattamento
3	Interna	Aria interna dell'ambiente trattato
4	Trasferimento	Aria interna che passa da una stanza trattata ad un'altra stanza trattata
5	Estratta	Aria estratta dalla stanza trattata
6	Ricircolata	Aria che ritorna al sistema di trattamento
7	Espulsa	Aria espulsa all'esterno
8	Secondaria	Aria presa da una stanza e reimpressa nella stessa stanza dopo un qualsiasi trattamento
9	Perdita	Flusso d'aria dovuto a perdite nei percorsi del sistema
10	Infiltrazioni	Flusso d'aria che entra dovuto a infiltrazioni con l'esterno
11	Exfiltrazioni	Flusso d'aria che esce dovuto a infiltrazioni con l'esterno
12	Miscelata	Aria miscelata composta da due o più flussi diversi

Tabella 2: le definizioni

Efficienza di ventilazione

La nuova norma descrive un nuovo parametro finalizzato a valutare il grado di miscelazione dell'aria introdotta in ambiente. A tale scopo mette in relazione la concentrazione di un determinata sostanza presente in ambiente in rapporto alla sua concentrazione nell'aria estratta nello stesso.

Tale rapporto è evidenziato nella fig.6 dove:

\mathcal{E}_v : Efficienza di ventilazione

C_{EHA} : Concentrazione di un determinato inquinante nell'aria espulsa

C_{IDA} : Concentrazione di un determinato inquinante nell'aria interna della zona occupata

C_{SUP} : Concentrazione di un determinato inquinante nell'aria d'apporto

Figura 6

$$\mathcal{E}_v = \frac{C_{EHA} - C_{SUP}}{C_{IDA} - C_{SUP}}$$

La classificazione dell'aria

Aria estratta

Nella tabella 3 seguente viene evidenziata la classificazione dell'aria estratta (ETA) in base al contenuto e alla natura degli inquinanti presenti.

Tabella 3

Classificazione dell'aria estratta ETA		
Categoria	Descrizione	Esempi
Aria che contiene inquinanti in basse concentrazioni		
ETA 1	Aria proveniente da ambienti dove la fonte principale degli inquinanti sono i materiali da costruzione, gli arredi e l'aria proveniente dalla zona occupata. Nella quale zona, la fonte è la stessa con l'aggiunta della sola attività metabolica degli occupanti. In questi ambienti il fumo di tabacco è assente e proibito.	Uffici, piccoli magazzini, spazi per servizio pubblico, aule, scale, corridoi, stanze per riunione, spazi commerciali senza emissione supplementare di inquinanti.
Aria che contiene inquinanti in moderate concentrazioni		
ETA 2	Aria proveniente da ambienti occupati come nella categoria ETA 1 ma con maggiore concentrazione di inquinanti, i quali sono provenienti dalle attività umane interne e dove il fumo di tabacco è consentito.	Sale da pranzo, cucine per la preparazione calda di bevande, depositi, magazzini in uffici, stanze d'hotel, spogliatoi.
Aria che contiene inquinanti in alte concentrazioni		
ETA 3	Aria proveniente da ambienti in cui l'umidità emessa, processi e attività, prodotti chimici ecc. riducono sostanzialmente la qualità dell'aria.	Bagni e lavatoi, saune, cucine, laboratori di chimica, stanze con attrezzature per la copiatura e stampa, stanze progettate specialmente per i fumatori.
Aria che contiene inquinanti in concentrazioni molto alte		
ETA 4	Aria che contiene inquinanti nocivi alla salute in concentrazioni significativamente più alte di quelli permessi in ambiente indoor.	Cappe professionali, scarico griglie cucine, garage, trafori, parcheggi, stanze per vernici e solventi, lavanderie a secco, stanze con derrate alimentari scadute, sistemi di pulizia centralizzata, stanze per fumatori e determinati laboratori di chimica.

Aria espulsa

Nella tabella 4 viene evidenziata la classificazione dell'aria espulsa (EHA) nell'ambiente esterno.

Classificazione dell'aria espulsa EHA	
EHA 1	Aria che contiene inquinanti in basse concentrazioni
EHA 2	Aria che contiene inquinanti in moderate concentrazioni
EHA 3	Aria che contiene inquinanti in alte concentrazioni
EHA 4	Aria che contiene inquinanti in concentrazioni molto alte

Tabella 4

Aria esterna

Nella tabella 5 è illustrata la classificazione dell'aria esterna. L'aria esterna viene classificata

in funzione della presenza in determinate concentrazioni di inquinanti di natura gassosa che di natura particolata (PM).

Classificazione dell'aria espulsa ODA	
ODA 1	Aria pulita che solo saltuariamente contiene inquinanti
ODA 2	Aria che contiene inquinanti particolati (PM) in concentrazione elevata
ODA 3	Aria che contiene inquinanti gassosi in concentrazione elevata
ODA 4	Aria che contiene inquinanti particolati e gassosi in concentrazioni elevate
ODA 5	Aria che contiene inquinanti particolati e gassosi in concentrazioni molto elevate

Tabella 5

L'aria esterna è classificata nella categoria ODA 1 quando le concentrazioni degli inquinanti presenti sono al di sotto di quelle fissate nelle linee guida per la qualità dell'aria dell'OMS nello standard edito nel 1999. Essa rimane nella categoria ODA 1 anche se temporaneamente tali valori vengono sporadicamente superati. L'aria esterna viene invece classificata nella categoria ODA 2 e ODA 3 nel caso in cui essa contenga concentrazioni di inquinanti particolati

o gassosi rispettivamente, superiori fino a un fattore di 1,5 i limiti stabiliti dallo standard OMS. Quando invece entrambe le tipologie superano le soglie dello standard OMS, la categoria dell'aria esterna risulta essere ODA 4.

L'aria esterna viene classificata in categoria ODA 5 quando entrambe le tipologie di inquinanti superano di un fattore 1,5 lo standard OMS. Nella fig. 7 sono descritte alcune tipologie di inquinanti nelle loro concentrazioni medie annuali.

Figura 7

Description of location	Concentration					
	CO ₂ ppm	CO mg m ⁻³	NO ₂ µg m ⁻³	SO ₂ µg m ⁻³	Total PM mg m ⁻³	PM ₁₀ µg m ⁻³
Rural area; no significant sources	350	<1	5 to 35	<5	<0,1	<20
Smaller town	375	1 to 3	15 to 40	5 to 15	0,1 to 0,3	10 to 30
Polluted city center	400	2 to 6	30 to 80	10 to 50	0,2 to 1,0	20 to 50

Note: The given values for the air pollutants are annual concentrations and should not be used for the design of systems. Maximum concentrations are higher. For further information, use local measurements and national guidelines.

Aria di apporto

L'aria di apporto che entra nella zona trattata è divisa in due categorie : SUP 1 e SUP 2 essa può essere solo proveniente dall'esterno (SUP 1) o in parte ricircolata (SUP 2).

La cosa importante da tenere in considerazione è che essa non veicoli concentrazioni di inquinanti elevate, le quali possono determinare concentrazioni troppo elevate nell'ambiente indoor .

Aria interna

L'aria interna relativamente alla zona occupata, viene classificata in 4 categorie descritte nella tabella 6.

Tabella 6

Classificazione dell'aria interna IDA	
IDA 1	Aria interna di alta qualità
IDA 2	Aria interna di media qualità
IDA 3	Aria interna di moderata qualità
IDA 4	Aria interna di bassa qualità

L'esatta definizione delle categorie dipende dalla natura delle sorgenti degli inquinanti e degli effetti di questi ultimi, quindi essa risulta essere molto difficoltosa nella sua espressione e comunque risulta fuori dagli scopi propri della norma.

La norma prevede 5 modi diversi utilizzabili per la classificazione dell'aria indoor, come descritto nella seguente tabella 7.

Tabella 7

Le metodologie per la classificazione	
1	Classificazione secondo la concentrazione di CO ₂
2	Classificazione secondo la qualità percepita
3	Classificazione secondo tassi di ventilazione con aria esterna
4	Classificazione secondo tassi di ventilazione con aria esterna per ambienti non occupati

1) Classificazione secondo la concentrazione di CO₂ in ambiente

Questa metodologia può essere applicata convenientemente quando le sorgenti di

inquinanti sono in relazione ai soli bioeffluenti umani. Le concentrazioni ambientali di CO₂ riportate nella tabella 8 sono da considerare in aggiunta a quelle esterne di riferimento.

Tabella 8

Classificazione secondo la concentrazione di CO ₂ (Valori da aggiungere a quelli esterni -ppm-) (5.2.5.2)		
Categoria	Valori di riferimento	Default
IDA 1	≤ 400	350
IDA 2	400 - 600	500
IDA 3	600 - 1000	800
IDA 4	> 1000	1.200

2) Classificazione secondo la percezione della qualità dell'aria nella zona occupata

Il metodo illustrato nella tabella 9 è di difficile

attuazione pratica una descrizione più approfondita di tale metodologia è riportata nello standard CR 1752.

Classificazione secondo la qualità percepita (decipol - Cr 1752) (5.2.5.3)

IDA 1	≤ 1,0	0,8
IDA 2	1,0 - 1,4	1,2
IDA 3	1,4 - 2,5	2
IDA 4	> 2,5	3

Tabella 9

3) Classificazione secondo valori di aria esterna per persona

Questo metodo è proporzionale al tasso di occupazione degli ambienti. L'aria di apporto esterna è dimensionata in caso di comuni luoghi di lavoro quali gli uffici dove l'attività metabolica delle persone è pari a 1,2 met. In

tutti gli altri casi in cui l'attività metabolica è superiore si deve applicare un fattore di correzione pari a: met./1,2.

Nella fig. 8 sono illustrati i volumi d'aria per persona nei loro valori tipici e di accordo tra le parti oppure i valori da applicare in assenza di accordo tra le parti (default value).

Category	Unit	Rate of outdoor air per person			
		Non-smoking area		Non-smoking area	
		Typical range	Default value	Typical range	Default value
IDA 1	m ³ .h ⁻¹ .person ⁻¹	>54	72	>108	144
	l.s ⁻¹ .person ⁻¹	>15	20	>30	40
IDA 2	m ³ .h ⁻¹ .person ⁻¹	36-54	45	72-108	90
	l.s ⁻¹ .person ⁻¹	10-15	12,5	20-30	25
IDA 3	m ³ .h ⁻¹ .person ⁻¹	22-36	29	43-72	58
	l.s ⁻¹ .person ⁻¹	6-10	8	12-20	16
IDA 4	m ³ .h ⁻¹ .person ⁻¹	<22	18	<43	36
	l.s ⁻¹ .person ⁻¹	<6	5	<12	10

Figura 8

Le colonne con i riferimenti ad un ambiente con fumatori (smoking area) non sono da tenere in considerazione in quanto in Italia esiste una legge più restrittiva della normativa europea

stessa e quindi le prescrizioni da seguire sono espresse in tale documento legislativo (legge 3 del 16/01/03).

4) Classificazione secondo valori di aria esterna per superficie

Nella fig.9 vengono riportati i valori di ventilazione con aria esterna in funzione dei m² di superficie, esso deve essere applicato solo per

ambienti dove non è prevista l'occupazione umana.

Con questa metodologia di classificazione non è prevista la categoria IDA 1.

Category	Unit	Rate of outdoor or transferred air per unit floor area	
		Typical range	Default value
IDA 1	m ³ .h ⁻¹ .m ⁻²	*	*
	l.s ⁻¹ .m ⁻²	*	*
IDA 2	m ³ .h ⁻¹ .m ⁻²	>2,5	3
	l.s ⁻¹ .m ⁻²	>0,7	0,83
IDA 3	m ³ .h ⁻¹ .m ⁻²	1,3-2,5	2
	l.s ⁻¹ .m ⁻²	0,35-0,7	0,55
IDA 4	m ³ .h ⁻¹ .m ⁻²	<1,3	1
	l.s ⁻¹ .m ⁻²	<0,35	0,28

Figura 9

5) Classificazione secondo livelli di concentrazione di inquinanti specifici

Questa metodologia di classificazione utilizza le concentrazioni di inquinanti massime accettabili nell'ambiente indoor secondo gli standard di qualità di riferimento (OMS). Tale metodica è anche citata nella relazione introduttiva del documento pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 276 del 27/11/2001 dal titolo "Linee-guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati". Questo documento è stato redatto in accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Presupponendo che la tutela della salute delle persone, intesa come rischio "zero", è ottenibile soltanto in assenza di inquinanti, il documento citato specifica "...dal momento che il raggiungimento di una situazione senza rischi appare improbabile, l'obiettivo della gestione della qualità dell'aria dovrebbe mirare a minimizzare i rischi per la salute. Ciò presuppone

una caratterizzazione adeguata di tali rischi." Prosegue poi affermando che "dal punto di vista igienico-sanitario una condizione ambientale è da considerare accettabile non solo quando i principali parametri microclimatici sono nell'intervallo di normalità e nell'aria non sono presenti contaminanti specifici in concentrazioni dannose ma, soprattutto, quando la grande maggioranza delle persone esposte (80% o più) sono soddisfatte della qualità dell'aria." Le quantità accettabili in funzione del tempo di esposizione delle concentrazioni inquinanti ambientali sono descritte e indicate nelle linee guida dell'OMS pubblicate nella loro seconda edizione nel 2000 "Air Quality Guidelines for Europe".

Categoria	Descrizione
IDA - C 1 Nessun controllo	Impianto sempre in funzione
IDA - C 2 Controllo manuale	Impianto che funziona manualmente
IDA - C 3 Controllo a tempo	Impianto che funziona secondo tempi previsti.
IDA - C 4 Controllo in base all'occupazione	Impianto che funziona secondo la presenza (interruttori di presenza, sensori radar e infrarosso, ecc.)
IDA - C 5 Controllo in base alla presenza (numero di persone)	Impianto che funziona secondo secondo le persone presenti nell'ambiente.
IDA - C 6 Controllo diretto	Impianto che funziona secondo sensori di parametri ambientali. (parametri climatici e concentrazioni inquinanti)

Tabella 10

Tipologia e funzione del sistema di climatizzazione

Nella tabella 10 sono descritti i possibili tipi di controllo della qualità dell'aria interna

Nella figura 10 sono descritte le varie tipologie degli impianti a seconda della funzione.

Category	System-controlled function					Name of the system	Colour code for supply air
	Ventilation	Heating	Cooling	Humidification	Dehumidification		
THM - C 0	■	□	□	□	□	Pure ventilation system	Green
THM - C 1	■	■	□	□	□	Ventilation system with heating or air heating system	Red
THM - C 2	■	■	□	■	□	Partial room conditioning system with humidification	Blue
THM - C 3	■	■	■	□	■	Partial room conditioning system with cooling	Blue
THM - C 4	■	■	■	■	■	Partial room conditioning system with cooling and humidification	Blue
THM - C 5	■	■	■	■	■	Full room conditioning system	Violet

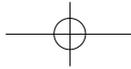
Figura 10

Le condizioni di pressione negli ambienti

Le differenze di pressione nei vari ambienti possono aiutare a tener sotto controllo e tenere confinati gli inquinanti prodotti. Tali differenze di pressione sono in relazione alle quantità d'aria immesse rispetto alle quantità d'aria estratte. Nella tabella 11 successiva sono illustrate le condizioni e le definizioni di pressione tra gli ambienti.

Tabella 11

Categorie	Descrizione (situazioni senza vento o effetto camino)
PC 1	Depressione ≤ 6 Pa
PC 2	Leggera Depressione da -2 a -6 Pa
PC 3	Bilanciata da -2 a +2 Pa
PC 4	Leggera sovrappressione da +2 a +6 Pa
PC 5	Sovrappressione > 6 Pa



La zona occupata

I requisiti climatici e di purezza dell'aria per gli ambienti indoor sono da riferirsi alla "zona occupata". La zona non occupata non è soggetta a criteri di valutazione quali il comfort e la salubrità. La determinazione della zona occupata la si può effettuare visionando la figura 11 e 12.

Distance from the inner surface of		Typical range	Default value
Floors (lower boudary)	A	000 to 0,20	0,05
Floors (upper boudary)	B	1,30 to 2,00	1,80
External windows and doors	C	0,50 to 1,50	1,00
HVAC appliances	D	0,50 to 1,50	1,00
External doors	E	0,50 to 0,75	0,50
Internal walls	F	0,50 to 0,75	0,50
Doors, transit zones etc.	G	Special agreement	-

Figura 11

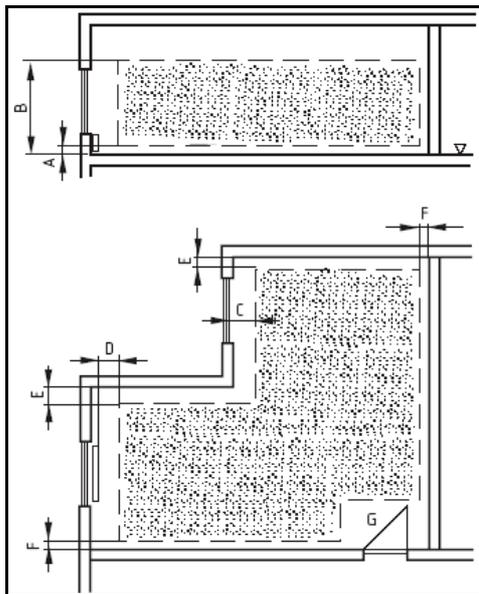


Figura 12

La velocita' dell'aria

Le velocità massime dell'aria nella zona occupata sono elencate nella figura 13. I rilievi della velocità dell'aria devono essere effettuati misurandoli per un tempo non inferiore ai 3 minuti in accordo con la norma EN 13182.

Local air temperature (°C)	Typical range	Default value (Dr=15%)
$\theta_a=20$	0,10 to 0,16	$v \leq 0,13$
$\theta_a=21$	0,10 to 0,17	$v \leq 0,14$
$\theta_a=22$	0,11 to 0,18	$v \leq 0,15$
$\theta_a=24$	0,13 to 0,21	$v \leq 0,17$
$\theta_a=26$	0,15 to 0,25	$v \leq 0,20$

Figura 13



TASSO DI OCCUPAZIONE

I valori tipici di riferimento per tassi di occupazione nelle varie tipologie di ambiente sono descritti nella figura 14.

Kind of use	Floor area per person in m ² .person ⁻¹ *)	
	Typical range	Default value
Landscaped office room	7 to 20	12
Small office room	8 to 12	10
Meeting room	2 to 5	3,0
Department store	3 to 8	4,0
Classroom	2 to 5	2,5
Hospital ward	5 to 15	10
Hotel bedroom	5 to 20	10
Restaurant	1,2 to 5	1,5

Figura 14

Le quantità dell'aria estratta

Nella figura 15 successiva sono elencate le quantità minime d'aria che debbono essere estratte nelle varie tipologie d'ambiente.

Kind of use	Unit	Typical range	Default value
Kitchen			
- simple use (e.g. kitchen for making hot drinks)	m ³ .h ⁻¹	>72	108
	l.s ⁻¹	>20	30
- professional use	*	*	*
Toilet/waschroom**			
- per room (minimum)	m ³ .h ⁻¹	>24	36
	l.s ⁻¹	>6,7	10
- per floor area	m ³ .h ⁻¹ .m ⁻²	>5,0	7,2
	l.s ⁻¹ .m ²	>1,4	2,0

Figura 15

* I tassi di estrazione aria dalla cucina saranno progettati secondo la situazione specifica.

** in uso per almeno 50% del tempo. Con tempi di esercizio più corti sono necessari tassi più alti. I valori più bassi sono possibili con l'aria estratta direttamente dal gabinetto (valore tipico: 10 - 20 m³/h per locale)

Il rumore ambientale

I livelli di pressione sonora generati dal sistema di climatizzazione ammissibili all'interno degli ambienti sono elencati nella figura 16. Questi

valori sono da ritenersi valori medi e non addizionabili con il rumore esterno, in assenza di persone e con solo gli arredi all'interno dell'ambiente.

Building	Type of space	Sound pressure level [dB(A)]	
		Typical range	Default value
Child care institutions	Nursery schools	30 to 45	40
	Day nurseries	30 to 45	40
Places of assembly	Auditoriums	30 to 35	33
	Libraries	28 to 35	30
	Cinemas	30 to 35	33
	Court rooms	30 to 40	35
	Museums	28 to 35	30
Commercial	Retail shops	35 to 50	40
	Department stores	40 to 50	45
	Supermarkets	40 to 50	45
	Computer rooms, large	40 to 60	50
	Computer rooms, small	40 to 50	45
Hospitals	Corridors	35 to 45	40
	Operating theatres	30 to 48	40
	Wards	25 to 35	30
	Bedrooms night-time	20 to 35	30
	Bedrooms daytime	25 to 40	30
Hotels	Lobbies	35 to 45	40
	Reception rooms	35 to 45	40
	Hotel rooms (during night-time)	25 to 35	30
	Hotel rooms (during daytime)	30 to 40	35
Offices	Small offices	30 to 40	35
	Conference rooms	30 to 40	35
	Landscaped offices	35 to 45	40
	Offices cubicles	35 to 45	40
Restaurants	Cafeterias	35 to 50	40
	Restaurants	35 to 50	45
	Kitchens	40 to 60	55
Schools	Classrooms	30 to 40	35
	Corridors	35 to 50	40
	Gymnasiums	35 to 45	40
	Teacher rooms	30 to 40	35
Sport	Covered sports stariums	35 to 50	45
	Swimming baths	40 to 50	45
General	Toilets	40 to 50	45
	Cloakrooms	40 to 50	45

Figura 16

Attività' metabolica delle persone

Il calore prodotto dalle persone all'interno degli ambienti è composto da : calore sensibile (radiante e convettivo) e calore latente (emissione di vapore). Ai fini della determinazione della temperatura ambientale soltanto la frazione sensibile è rilevante. Nella figura 17 seguente sono elencate le grandezze inerenti a quanto appena affermato in funzione dell'attività svolta.

Activity	Total heat		Sensible heat
	Met ¹⁾	W.person ⁻¹ ²⁾	W.person ⁻¹
Recycling	0,8	80	55
Seated, relaxed	1,0	100	70
Sedentary activity (office, school, laboratory)	1,2	125	75
Standing, light activity (shopping, laboratory, light industry)	1,6	170	85
Standing, medium activity (shop assistant, machine work)	2,0	210	105
Walking on the level:			
2 km h ⁻¹	1,9	200	100
3 km h ⁻¹	2,4	250	105
4 km h ⁻¹	2,8	300	110
5 km h ⁻¹	3,4	360	120

Figura 17

1) 1 met=58 W .m⁻²

2) rounded values for a human body with a surface of 1,8 m² .person

I filtri dell'aria

I filtri dell'aria vengono utilizzati in funzione della qualità dell'aria esterna e in riferimento alla categoria di qualità dell'aria indoor che si vuole ottenere. Le varie situazioni specifiche sono rappresentate nella tabella 12.

Qualità dell'aria esterna	Qualità dell'aria interna			
	IDA 1	IDA 2	IDA 3	IDA 4
ODA 1	F9	F8	F7	F6
ODA 2	F7 + F9	F6 + F8	F6 + F7	G4 + F6
ODA 3	F7 + F9	F8	F7	F6
ODA 4	F7 + F9	F6 + F8	F6 + F7	G4 + F6
ODA 5	F7 + GF* + F9	F6 + GF* + F8	F6 + F7	G4 + F6

Tabella 12

L'utilizzo di prefiltri può ridurre il carico di polveri all'interno delle unità di trattamento aria aiutandoli a tenere e rimanere puliti i loro componenti.

Il corretto posizionamento della presa d'aria esterna è utile e necessario al fine di evitare la presenza di umidità sulla superficie dei filtri. Nel caso venga montato soltanto un filtro esso deve essere posizionato dopo la sezione ventilante, previa omogeneizzazione del flusso d'aria in transito.

Nel caso invece si prevedano due o più filtri essi debbono essere disposti prima e dopo la sezione di trattamento dell'aria. I filtri montati a monte del sistema di trattamento devono essere sostituiti entro un anno. Per le sezioni filtranti poste a valle del sistema di trattamento esse non possono rimanere in uso per più di due anni. Esse devono essere inoltre verificate periodicamente con controllo visivo il caso di presenza di umidità

superficiale onde evitare la proliferazione batterica. Tale proliferazione batterica va ridotta il più possibile minimizzando il rischio di contaminazione, riducendo l'umidità relativa nelle condotte a valori inferiori all' 80%.

La classe di filtrazione minima consigliata è F5 + F7, anche se è preferibile un F7 + F9.

I filtri di classe min. F5 devono essere montati sull'aria estratta per impedire la contaminazione dei sistemi e dei componenti dell'impianto. In caso di ricircolo dell'aria i filtri dovrebbero essere della stessa classe di quelli montati sull'aria esterna.

Le persone addette alla manutenzione dei filtri debbono essere protette e vestite in maniera adeguata.

Le unità di recupero del calore vanno protette con sistemi filtranti non inferiori F6. Le classi di filtrazione utilizzabili nelle sezioni di recupero del calore sono raffigurate in figura 18.

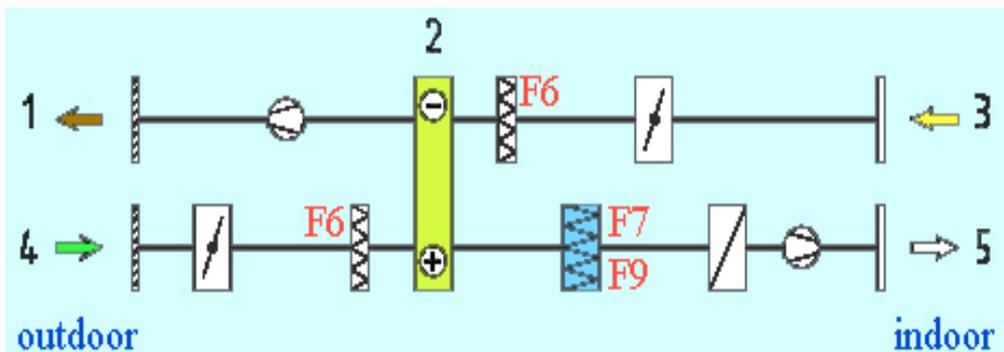


Tabella 18

Il recuperatore:

1. Aria espulsa
2. Pacco di scambio
3. Aria estratta
4. Aria esterna immessa
5. Aria trattata immessa

Riutilizzo dell'aria estratta e dell'aria di trasferimento

Al fine di ottenere una riduzione dei consumi energetici è possibile riutilizzare in ambienti diversi la stessa aria purché essa non sia fonte e quindi carica di sostanze inquinanti.

In riferimento alla classificazione dell'aria estratta ed espulsa è stata redatta la tabella 13.

Categoria	Commenti sul riutilizzo
ETA 1	Possibilità di essere utilizzata in ricircolo e in trasferimento
ETA 2	Possibilità di essere utilizzata solo in trasferimento verso locali più sporchi (bagni, garage e simili)
ETA 3	Non può essere riutilizzata
ETA 4	Non può essere riutilizzata

Tabella 13

Altri fattori inseriti nella nuova norma e qui non descritti sono :

- La potenza ventilante
- L'aspetto e i carichi termici
- Umidità relativa
- Illuminazione
- Posizionamento dell'aria espulsa e dell'aria immessa
- Isolamenti termici e le tenute dell'impianto
- Le pressioni e la tenuta dell'edificio
- I canali
- La ventilazione controllata
- Consumi energetici
- Perdite di pressione nei componenti dell'impianto
- Gli spazi per gli impianti
- L'installazione e la manutenzione
- Gli aspetti economici, investimenti, la gestione e i costi energetici

IL FUMO DI TABACCO AMBIENTALE

Attuazione della legge sul fumo di tabacco (art. 51 comma 2 legge n° 3 16-01-2003)

Quali sono i punti focali che sono contenuti nel documento denominato "Allegato A" del D.P.C.M. 23-12-2003 che sono specifici e sono rivolti alla tutela della salute delle persone che non fumano?

Come un impianto di ventilazione può assolvere il compito richiestogli dal legislatore?

Quali sono i requisiti minimi che deve avere per garantire la salvaguardia dei non fumatori e non creare situazioni di disagio ambientale per i fumatori?

Un impianto di ventilazione è in grado di tutelare la salute dei non fumatori? Ecc.

Per rispondere dal punto di vista impiantistico e tecnologico a queste e ad altre domande si è dato avvio ai lavori per la realizzazione di un progetto di norma UNI specifica per gli ambienti destinati ai soli fumatori.

Tale progetto di norma UNI è attualmente in fase di discussione ai tavoli tecnici organizzati dal C.T.I. (Comitato Termotecnico Italiano) quale organo delegato da U.N.I (Ente Nazionale Italiano di Unificazione).

Il C.T.I. infatti ha istituito recentemente un GDL Fumo (GL02-GC1-SC5) apposito per la stesura della norma Tecnica dal titolo:

"Requisiti degli impianti di ventilazione e climatizzazione a servizio degli ambienti in cui sia consentito fumare"

Il GDL Fumo è attualmente Coordinato da L. Bontempi e da G. Loperfido, partecipano alla stesura del documento anche tecnici ed esperti dei vari settori interessati, tra i quali:

- Progettisti e consulenti tecnici
- Associazioni di industrie di settore
- Imprese di costruzione, gestione e manutenzione impianti
- Produzione filtri e depuratori dell'aria
- Università ecc.

Con il supporto di:

- Istituti medici e oncologici
- Responsabili della prevenzione
- Responsabili o delegati delle Regioni ecc.

Premessa e finalità del progetto di norma:

- 1) Evitare che il fumo ambientale presente possa migrare in altri ambienti limitrofi.
- 2) Migliorare il comfort ambientale nei locali destinati ai fumatori.
- 3) Ridurre il più possibile la concentrazione ambientale delle sostanze inquinanti prodotte dal fumo di tabacco.
- 4) Gli impianti tecnici non sono finalizzati alla tutela della salute dei presenti, siano essi fumatori o non fumatori.

Evitare che il fumo ambientale presente possa migrare in altri ambienti limitrofi

Come l'impianto di ventilazione deve essere realizzato e quale tipologia di locale è in grado di rispondere adeguatamente a questa finalità che è la base del provvedimento di legge.

I punti in discussione:

- **Separazione fisica dei locali con fumatori da quelli senza fumatori**

Il locale deve essere chiuso su tutti i lati ed avere pareti a tutta altezza.

- **Messa in depressione/sovrapressione dei locali**

Il locale destinato ai fumatori deve essere in depressione (min. 5Pa) rispetto ai locali adiacenti, ovviamente con chiusi i passaggi e le porte tra i locali. Non tutti i locali possono però essere adiacenti ed avere aperture rivolte a quelli per fumatori (cucine, bagni, alcuni vani tecnici, ecc.).

- **Utilizzo di porte divisorie con chiusura automatica**

Le porte di transito tra locali con fumatori e locali per non fumatori devono essere a chiusura automatica per evitare il più

possibile che le sostanze prodotte in locale possano andare incidentalmente in altri locali.

- **La ventilazione in assenza di fumatori**
L'impianto di ventilazione deve essere realizzato e fatto funzionare in modo tale che sia ridotto il rischio che il locale per fumatori possa trovarsi in sovrappressione in caso di un suo spegnimento per assenza di persone fumatrici.
- **Locale per fumatori accessibile solo volontariamente**
Il locale per fumatori deve essere accessibile alle sole persone che volontariamente intendono entrarci e non essere un passaggio obbligato per tutte le persone presenti.
- **L'aria contenente fumo non è riciclabile**
Negli impianti centralizzati e non di ventilazione e di climatizzazione, l'aria proveniente dai locali per fumatori non può essere riutilizzata in altri ambienti, ma essa va espulsa all'esterno. Le definizioni, le tipologie, la natura e qualità di aria di ricircolo, aria estratta e aria espulsa sono indicate e chiarite nella nuova norma europea EN13779.
- **Le modalità dell'espulsione all'esterno**
L'aria espulsa all'esterno deve essere quantificata e qualificata secondo la norma europea EN13779. Il punto di emissione in ambiente non deve essere causa di inquinamento in ambienti limitrofi.

I punti sopra elencati sono gli unici che garantiscono, se rispettati, che il fumo di tabacco non possa essere presente anche negli ambienti smoke-free. L'assenza di questo inquinante è la sola condizione che garantisca la tutela della salute del non fumatore (fonte OMS).

Migliorare il comfort ambientale nei locali destinati ai fumatori

L'impianto di ventilazione deve essere realizzato e fatto funzionare in modo da non creare situazione di disagio per le persone che vi si risiedono, siano essi fumatori che non fumatori. I parametri di comfort ambientale sono descritti nella normativa di riferimento europea.

Le portate, le velocità, la temperatura, la qualità e le modalità con cui viene immessa e veicolata all'interno dei locali l'aria sono criteri finalizzati a creare situazioni ambientali il più possibile confortevoli e non forieri di disagio generalizzato.

I punti in discussione:

- **Modalità della ventilazione meccanica**
La quantità elevata di aria di ventilazione non deve essere veicolata nella zona occupata con velocità superiori a quelle prescritte dalle norme specifiche. A tale scopo sarà necessario creare diversi punti di immissione, localizzandoli in modo adeguato alla topografia del locale da ventilare.
- **Dislocazione dei punti d'immissione e aspirazione dell'aria nei locali (efficienza di ventilazione)**
Oltre a indicare i punti di immissione dell'aria di ventilazione ordinaria e supplementare, è necessario fornire i dati relativi ai punti di aspirazione ed espulsione, affinché l'aria immessa svolga al meglio il suo compito di rimozione degli inquinanti presenti.
- **La velocità dell'aria nella zona occupata**
Come già precedentemente affermato le velocità dell'aria presente nella "zona occupata" non devono essere superiori a quelle elencate nella norma europea EN13779. Nella stessa norma è descritta e quantificata la parte del locale che è virtualmente la zona occupata.
- **La temperatura e l'umidità dell'aria immessa**
L'aria immessa nel locale per fumatori deve

avere ovviamente dei requisiti di temperatura, umidità, e purezza in linea con le normative e leggi di riferimento. In caso che l'aria esterna o quella di trasferimento non siano conformi a queste normative e leggi, si renderà necessario predisporre tutti gli accorgimenti tecnici affinché questi requisiti vengano rispettati.

- **L'indice di affollamento ... sulla base di 0,7 pers./m²**

Il volume d'aria supplementare di ventilazione deve essere commisurato alla prevista presenza di un determinato numero di persone. Il numero di persone previste deve essere quantificato su un indice di affollamento non inferiore a 0,7 pers/m² di superficie utile del locale stesso.

- **La ventilazione dimensionata per il numero di persone previste per ogni tipologia di locale**

L'impianto di ventilazione funzionerà al massimo delle sue capacità anche in presenza di un numero inferiore di persone rispetto a quello massimo previsto. Infatti esso non potrà avere una regolazione in portata d'aria, ma solo un dispositivo di acceso e spento.

Ridurre il più possibile la concentrazione ambientale delle sostanze inquinanti prodotte dal fumo di tabacco

Il diritto alla salute di ogni cittadino è garantito dalla costituzione e quindi anche negli ambienti per soli fumatori tale diritto va garantito per coloro i quali debbano sostare in questa tipologia di ambienti per ragioni di lavoro o altro. Quindi, pur tuttavia non garantendo la tutela della salute, l'impianto di ventilazione supplementare deve essere in grado di ridurre le sostanze inquinanti prodotte quanto più è possibile.

I punti in discussione:

- **La ventilazione naturale e/o meccanica di base**

I tassi di ventilazione di base sono già previsti per ogni tipologia di ambiente,

nelle attuali normative di riferimento.

- **Ventilare con min. 30 L/s/pers. d'aria aggiuntiva**

L'aria di ventilazione supplementare è quantificata in 30 l/sec/pers. Minimo.

- **La natura e la qualità dell'aria aggiuntiva**

Come già precedentemente affermato la qualità dell'aria di ventilazione supplementare deve avere determinati requisiti di purezza.

- **La ventilazione con aria esterna e la ventilazione con aria di trasferimento**

Entrambe queste tipologie d'aria devono soddisfare determinati requisiti richiesti dalla normative e da leggi di riferimento.

- **I sistemi di filtrazione e pulizia dell'aria. Il loro posizionamento e la loro manutenzione**

Quando la qualità dell'aria di ventilazione supplementare non soddisfa i requisiti normativi, essa deve essere adeguatamente filtrata e depurata il più possibile, mediante l'utilizzo di opportuni sistemi filtranti. Il testo legislativo prevede l'utilizzo di mezzi filtranti adeguati in tutti i casi. La tipologia dei filtri da utilizzare sono in relazione alla loro durata e quindi alla loro manutenzione nel tempo, la quale deve essere puntuale e corretta nonché registrata su appositi registri.

- **Ventilazione con aria secondaria ... un possibile utilizzo (EN13779)**

Questo tipo di ventilazione, non previsto dal testo legislativo in quanto non ancora in essere sul piano normativo al momento della stesura del testo stesso, ma invece previsto nella nuova norma europea EN13779 che prende il posto della norma nazionale UNI10339, può convenientemente soddisfare, da un lato le volontà del legislatore nel voler tutelare la salute dei non fumatori, dall'altro le necessità di coloro i quali vogliono creare spazi per fumatori garantendo nel contempo, sia una diminuzione delle sostanze inquinanti al pari di altri sistemi e sia un costo

d'impianto ed un costo energetico ragionevole. Per approfondire questo punto si veda la prova effettuata sul campo e illustrata in seguito.

Gli impianti tecnici non sono finalizzati alla tutela della salute dei presenti, siano essi fumatori o non fumatori

I punti in discussione

- **Il fumo di tabacco ambientale è considerato cancerogeno per l'uomo**
Dal 2002 il fumo ambientale o fumo passivo è considerato cancerogeno per l'uomo di classe uno e quindi per garantire la tutela della salute delle persone rispetto a questo inquinante al pari di altre sostanze della stessa classe, il solo modo è quello di non produrlo o evitare di venirne a contatto. Quindi l'impianto tecnico di ventilazione può evitare che le persone vengano accidentalmente in contatto con il fumo di tabacco, ma non può garantire con nessun volume d'aria la tutela della salute delle persone che si trovano in locali con la presenza di questo inquinante.
- **Non esiste una concentrazione di tutela**
Come già precedentemente affermato, la ventilazione con qualsiasi portata non potrà che ridurre solamente le concentrazioni ambientali a valori sempre più ridotti. Spetta ad altri indicare quali valori rappresentano i limiti accettabili e se questi limiti stabiliti possano garantire la salute delle persone esposte.

La norma in fase di elaborazione dovrà inoltre indicare e specificare anche i seguenti punti:

- La progettazione, l'installazione, la manutenzione ed il collaudo dei sistemi tecnici effettuati secondo la legislazione vigente.
- Valutazione e verifica degli impianti tecnici adottati, secondo le direttive legislative locali, nazionali ed europee.

9

**Cosa vigilare e
come: proposte
operative per i TdP
del Veneto.
La vigilanza nelle
strutture sanitarie
e socio sanitarie**

Mario Rossini

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Azienda ULSS 20 Verona

Il Direttore Generale dell'ULSS 21 di Legnago con delibera del giugno 2003 ha incaricato i Tecnici della Prevenzione operanti nel Servizio Igiene e Sanità Pubblica a svolgere la vigilanza e l'accertamento delle violazioni al divieto di fumo in tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie dell'azienda.

Con tale provvedimento è stato altresì approvato il nuovo regolamento sul divieto di fumo nelle strutture dell'Azienda che, in particolare, norma:

- art. 1 - i destinatari del divieto di fumo;
- art. 2 - i locali in cui si applica il divieto di fumo (tutti i locali, con esclusione di quelli "non aperti al pubblico" ed in cui operi un solo lavoratore);
- art. 3 - competenza dei Direttori di struttura in ordine all'applicazione del divieto di fumo (fare esporre i cartelli di divieto, come da all. 1);
- art. 4 - individuazione del personale incaricato dell'accertamento delle violazioni (Tecnici della Prevenzione operanti nel SISP);
- art. 5 - sanzioni;
- art. 6 - oblazione (pagamento alla Tesoreria del Comune nel cui territorio la sanzione è stata accertata);
- art. 7 - contestazione, notificazione e comunicazione della trasgressione all'autorità competente all'applicazione della sanzione (il verbale di accertamento, come da all. 2, viene redatto in triplice copia);
- art. 8 - scritti difensivi (da indirizzare al Sindaco);
- art. 9 - pagamento della contravvenzione (il trasgressore non può pagare direttamente all'accertatore ma solo al Comune).

A seguito dell'incarico ricevuto, i Tecnici della Prevenzione sono stati organizzati per turni di vigilanza che prevedono controlli almeno quindicinali negli ospedali e mensili nelle altre strutture sanitarie e socio sanitarie. Oltre all'accertamento di eventuali violazioni

(finora sono state comminate sei contravvenzioni) i tecnici verificano la presenza dei previsti cartelli di divieto e l'assenza di portacenere nelle zone soggette a divieto e continuano nell'opera di sensibilizzazione dei dipendenti (in particolare Direttori di struttura e Capo sala) circa il rispetto dei divieti nei loro reparti.

Si riporta di seguito in forma integrale il regolamento che disciplina il divieto di fumare, adottato nell'Azienda ULSS 21 - Legnago.

REGOLAMENTO PER IL DIVIETO DI FUMO NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE DELL'AZIENDA ULSS n.21 - LEGNAGO E DISCIPLINA DEL PROCEDIMENTO SANZIONATORIO

ART. 1 - OGGETTO

Il presente Regolamento disciplina il divieto di fumare nei locali e sui mezzi di trasporto utilizzati dall'ULSS n.21 - Legnago, in attuazione della Legge n.584 dell'11/11/1975 e successive modifiche e integrazioni, della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14/12/1995 e della Circolare interpretativa del Ministero della Sanità n.4 del 28/03/2001. Disciplina, altresì, il procedimento sanzionatorio in applicazione della Legge 24/11/1981, n.689.

I destinatari del divieto di fumo sono i dipendenti nonché tutti i soggetti che svolgono a vario titolo attività all'interno delle strutture dell'ULSS n.21 - Legnago, i ricoverati, gli utenti in generale e i visitatori.

Le misure organizzative necessarie per l'applicazione del divieto sono adottate da questa Amministrazione secondo i criteri di cui

agli articoli successivi. Per quanto non previsto dal presente regolamento si fa rinvio alla normativa vigente in materia.

ART. 2 - LOCALI IN CUI SI APPLICA IL DIVIETO DI FUMO

- e) Il divieto va applicato nella totalità degli ambienti (corridoi di accesso compresi), ove vengono rese prestazioni di carattere sanitario e sociale siano esse di ricovero, cura, visite ambulatoriali, rilascio di certificazioni, autorizzazioni e simili; siano essi di proprietà dell'Ente o comunque utilizzati ad altro titolo.
- f) Vanno assimilati ai sopradescritti ambienti gli sportelli o uffici "aperti al pubblico", che svolgono cioè la loro attività abituale a diretto contatto con l'utente anche se trattasi di attività di carattere non sanitario nonchè ingressi, sale riunioni, atri, servizi igienico-sanitari, biblioteche, ascensori, scale di disimpegno ed autoveicoli autorizzati dall'Azienda per trasporto collettivo di utenti.
- g) Il divieto si applica altresì ai luoghi di lavoro al chiuso destinati alla permanenza di più persone, ancorchè non si tratti di locali "aperti al pubblico", quando venga avanzata richiesta al Responsabile della relativa struttura da parte di uno o più lavoratori che svolgono la propria attività nel locale interessato.

Compatibilmente con la disponibilità di spazi, in accordo alla normativa sopra citata ed a quanto previsto dal Decreto Ministeriale del 18/05/1976, la Direzione Aziendale potrà individuare, appositi locali da destinare ai fumatori.

ART.3 - COMPETENZE DEI DIRETTORI IN ORDINE ALL'APPLICAZIONE DEL DIVIETO DI FUMO

I sottoindicati Direttori di Struttura sono tenuti ad esporre o far esporre cartelli di divieto nei locali di seguito specificati:

il Direttore del Dipartimento Distretti in tutti gli ambienti dei punti sanità e dei servizi socio-sanitari che gli competono;

il Direttore del Dipartimento di Prevenzione in tutti i locali della sede del dipartimento stesso e dei servizi afferenti;

il Direttore Medico di Ospedale per le aree sanitarie (ambulatori e degenze) e per quelle amministrative (uffici, corridoi, aule didattiche e altri locali) dei Presidi Ospedalieri di Bovolone, Legnago, Nogara e Zevio.

I predetti Direttori devono predisporre l'esposizione di appositi cartelli, all'uopo predisposti, completi delle indicazioni fissate dalla Direttiva del 14/12/1995:

2. divieto di fumo;
3. indicazioni sulla norma che impone il divieto (Legge n.584/1995 e D.P.C.M. 14/12/1995);
4. sanzioni applicabili (l'art.52, comma 20, della Legge n. 448 del 28/12/2001 - Legge Finanziaria 2002);
5. soggetto cui spetta vigilare sull'osservanza del divieto e di accertare le infrazioni.

ART.4 - INDIVIDUAZIONE DEL PERSONALE INCARICATO DELL'ACCERTAMENTO DELLE VIOLAZIONI

E' data disposizione di vigilare sull'osservanza del divieto ed accertare eventuali infrazioni agli "Operatori Professionali/Tecnici della Prevenzione" in forza al Dipartimento di Prevenzione. L'elenco, fornito dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, con i nominativi dei tecnici incaricati è tenuto dall'URP di sede che provvederà a predisporre un atto formale di nomina.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione dovrà comunicare all'URP eventuali sostituzioni, entro 5 giorni dalla cessazione per qualsiasi causa dell'incarico.

Spetta altresì ai Direttori di cui all'art.3 del presente Regolamento, accertare eventuali violazioni ed elargire le relative sanzioni a carico delle persone incaricate di far osservare il divieto di fumo che non ottemperino alle disposizioni di legge e del presente Regolamento.

ART.5 - SANZIONI

Per effetto dell'art.7 della Legge 11/11/1975, n.584, come modificato dall'art.52 - comma 20 - della Legge n.448 del 28/12/2001 (Legge Finanziaria 2002), i trasgressori al divieto di fumo sono soggetti alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma di Euro 25 a Euro 250. La misura della sanzione è raddoppiata qualora la violazione sia commessa in presenza di una donna in evidente stato di gravidanza o in presenza di lattanti o bambini fino a dodici anni. Le persone cui spetta far osservare il divieto di fumo e non ottemperino alle disposizioni di legge e del presente Regolamento, sono soggette al pagamento di una somma da Euro 200 a Euro 2.000.

ART.6 - OBLAZIONE

Ai sensi dell'art.16 della Legge n.689/1981, il trasgressore è ammesso all'oblazione ridotta se il versamento viene effettuato entro 60 giorni dalla contestazione immediata o, se questa non vi è stata, dalla notifica 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.

Nel caso della sanzione relativa al divieto di fumo è più favorevole il pagamento del doppio del minimo, pari a 50 Euro. Nel caso in cui 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 l'oblazione consiste nel pagamento di 100 Euro. Le persone cui spetta far osservare il divieto di fumo e che non ottemperino alle disposizioni di

legge e del presente Regolamento sono ammesse a pagare, con effetto liberatorio, entro il termine di 60 giorni, la somma di 400 Euro.

La somma sopra indicata dovrà essere versata direttamente o con bollettino di C/C postale, alla Tesoreria del Comune nel cui territorio la sanzione è stata accertata. Inoltre, sarà cura dell'interessato trasmettere copia della ricevuta di versamento al Dipartimento di Prevenzione (Servizio Igiene Pubblica).

A tal proposito, con la nota della Regione Veneto del 27/03/2002 (prot. n.16293/50-03.00) a firma del Segretario Regionale Sanità e Sociale, inviata ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie e, per conoscenza, ai Sindaci dei Comuni del Veneto, si danno chiarimenti in termini di normativa sul divieto del fumo e si identifica quale autorità competente ad applicare la sanzione ed a ricevere i rapporti difensivi di cui all'art.18 Legge n.689/1991, il Comune nel cui territorio la sanzione è stata accertata.

Qualora il pagamento non abbia avuto luogo entro il termine di 60 giorni si procederà ai sensi dell'art.9 del presente Regolamento.

ART.7 - CONTESTAZIONE, NOTIFICAZIONE E COMUNICAZIONE DELLA TRASGRESSIONE ALL'AUTORITÀ COMPETENTE ALL'APPLICAZIONE DELLA SANZIONE

La violazione, quando sia possibile, deve essere contestata immediatamente al trasgressore. Le persone incaricate dovranno esibire al trasgressore il tesserino di riconoscimento.

In mancanza della contestazione personale al trasgressore, gli estremi della violazione debbono essere notificati agli interessati entro il termine di 30 giorni dall'accertamento, mediante Raccomandata A/R.

La contestazione dell'infrazione viene verbalizzata dal personale incaricato, utilizzando

100

l'apposito modulo (allegato A) in triplice copia. La prima copia verrà consegnata al trasgressore, la seconda verrà tenuta dal Dipartimento di Prevenzione mentre la terza verrà inviata all'ufficio competente del Comune nel cui territorio è stata accertata l'infrazione.

ART.8 - SCRITTI DIFENSIVI

Ai sensi dell'art.18 della Legge 689/1981, entro 30 giorni dalla data di contestazione o notificazione della violazione, l'interessato può far pervenire al Sindaco del Comune competente nel cui territorio è stata accertata l'infrazione, scritti difensivi e documenti e può chiedere di essere sentito dalla medesima autorità.

ART.9 - PAGAMENTO DELLA CONTRAVVENZIONE

Ai sensi delle leggi vigenti il personale incaricato di vigilare che ha accertato l'infrazione non può ricevere direttamente il pagamento dal trasgressore.

Quest'ultimo dovrà essere avvisato che dovrà versare la contravvenzione al Comune nel cui territorio è stata accertata la trasgressione e di **trasmettere** copia della ricevuta di pagamento al Dipartimento di Prevenzione (Servizio Igiene Pubblica).

Il Dipartimento di Prevenzione dovrà accertarsi che il trasgressore abbia trasmesso la ricevuta di c/c attestante l'avvenuto versamento della sanzione entro il termine di 60 giorni dalla contestazione immediata o, se questa non vi è stata, dalla data della notificazione degli estremi della violazione.

Qualora non sia stato effettuato il pagamento in misura ridotta entro il termine di 60 giorni, come disposto dalla Legge 24/11/1981, n. 689, si procederà ad inoltrare rapporto completo di processo verbale e proposta di ordinanza-ingiunzione al Sindaco del Comune nel cui territorio è stata accertata la trasgressione.



VERBALE DI ACCERTAMENTO DI INFRAZIONE DEL DIVIETO DI FUMO
Legge 11.11.1975, n.584 art.1 e successive modificazioni e integrazioni.
VIOLAZIONE AMMINISTRATIVA Legge 24.11.1981, n.689.

In data alle ore nei locali di

 il sottoscritto incaricato
 dell'accertamento delle infrazioni al divieto di fumo,

HA ACCERTATO

che il/la Sig./Sig.ra
 nato/a il
 residente a via

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

.....

Per la violazione accertata è prevista una sanzione da Euro 25 a Euro 250. 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 a dodici anni (art.52 Legge n.448/2001).

Il trasgressore ha la facoltà di pagare, entro 60 (sessanta) giorni dalla notifica degli estremi della violazione, un importo pari al doppio del minimo previsto dalla legge. Pertanto, per la violazione accertata potrà versare la somma di:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Euro 50 | <i>in quanto violazione semplice</i> |
| <input type="checkbox"/> Euro 100 | <i>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 a dodici anni</i> |

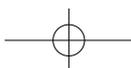
La somma sopraindicata dovrà essere versata con bollettino di C/C postale n°
 intestato alla Tesoreria del Comune di oppure direttamente alla
 Tesoreria comunale di presso la Banca
 citando sempre gli estremi del presente verbale. Una copia della ricevuta del versamento dovrà essere trasmessa al
 Dipartimento di Prevenzione Aulss 21, Servizio Igiene Pubblica, via Frattini 48 - Legnago (VR).
 Tel. 0442/634218 -634203 fax 0442/634208.

Trascorsi i termini suddetti saranno adottati i provvedimenti di cui al 2° comma dell'art.18 della L.689/1981, quali
 l'ingiunzione di pagamento della somma dovuta da parte del Comune di 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 al Sindaco scritti difensivi e/o documenti e chiedere di essere
 sentito *in merito alla sanzione* .

IL VERBALIZZANTE

.....
 (firma)

L'interessato all'atto della contestazione dichiara





VIETATO FUMARE

LEGGE 11 NOVEMBRE 1975 n.584 art. 1
DPCM 14 DICEMBRE 1995 art.3

Sanzione amministrativa da € 25,00 a € 250,00
(Legge 28 Dicembre 2001 n.448, art.52 comma20).

La misura della sanzione è raddoppiata qualora
sia commessa in presenza

di donne in evidente stato di gravidanza

o in presenza di lattanti o bambini fino a 12 anni.

Delegati all'accertamento e alla contestazione delle violazioni:

Operatori Professionali / Tecnici della Prevenzione

10

**Cosa vigilare e come:
proposte operative
per i TdP del Veneto.
Il caso delle
discoteche**

Ugo Stoppato

*Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Azienda ULSS 21 Legnago*

L. 11-11-1975 n. 584**Divieto di fumare in determinati locali e su mezzi di trasporto pubblico.****Art. 1**

È vietato fumare:

- a) ... omissis;
- b) , nelle sale chiuse di spettacolo cinematografico o teatrale, nelle sale chiuse da ballo,

L. 16-1-2003 n. 3**Art. 51 comma 1**

È vietato fumare nei locali chiusi, ad eccezione di:

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

comma 9

Rimangono in vigore, in quanto compatibili, le disposizioni di cui agli articoli 3, 5, 6, 8, 9, 10 e 11 della Legge 11 Novembre 1975 n. 584.

L. 11-11-1975 n. 584**Art. 3 comma 1**

Il conduttore di uno dei locali indicati all'articolo 1, lettera b), può ottenere l'esenzione dall'osservanza del disposto dell'articolo 1 della presente legge ove installi un impianto di condizionamento dell'aria o un impianto di ventilazione rispettivamente corrispondenti alle caratteristiche di definizione e classificazione determinate dall'Ente nazionale italiano di unificazione (UNI).

NORMA U.N.I. 10339

L. 11-11-1975 n. 584**Art. 3 comma 2**

A tal fine deve essere presentata al sindaco apposita domanda corredata del progetto dell'impianto di condizionamento contenente le caratteristiche tecniche di funzionamento e di installazione.

L. 11-11-1975 n. 584**Art. 3 comma 3**

L'esenzione dall'osservanza del divieto di fumare è autorizzata dal sindaco, sentito l'ufficiale sanitario.

L. 11-11-1975 n. 584**Art. 3 Quarto comma**

Il Ministro per la sanità dovrà emanare, entro centottanta giorni dalla data di pubblicazione della presente legge, sentito il Consiglio superiore di sanità, disposizioni in ordine ai limiti di temperatura, umidità relativa, velocità e tempo di rinnovo dell'aria nei locali di cui all'articolo 1, lettera b), in base ai quali dovranno funzionare gli impianti di condizionamento o di ventilazione.

D.M. 18 maggio 1976.

L. 11-11-1975 n. 584**Art. 5**

Ferme le sanzioni pecuniarie previste dalla presente legge, l'autorità di pubblica sicurezza può adottare le misure di cui all'articolo 140 del regolamento per la esecuzione del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza 18 giugno 1931, n. 773, approvato con R.D. 06/05/1940 n. 635, nei casi:

- a) che si contravvenga alle norme di cui all'articolo 2, terzo comma;
- b) che gli impianti di condizionamento non siano funzionanti o non siano condotti in maniera idonea o non siano perfettamente efficienti.

L. 11-11-1975 n. 584**Art. 2**

Coloro cui spetta per legge, regolamento o disposizioni di autorità assicurare l'ordine all'interno dei locali indicati al precedente articolo 1, lettera a) e b), nonché i conduttori dei locali di cui alla lettera b) di tale articolo, curano l'osservanza del divieto, esponendo, in posizione visibile, cartelli riproducenti la norma con l'indicazione della sanzione comminata ai trasgressori.

R.D. 6-5-1940 n. 635

Approvazione del regolamento per l'esecuzione del testo unico 18 giugno 1931, n. 773 delle leggi di pubblica sicurezza.

140. Qualora non siano osservate le disposizioni del § 14 del presente regolamento, il Questore può sospendere, per un periodo da tre giorni a tre mesi, o revocare la licenza di cui all'art. 68 della legge, salvo le sanzioni penali.

Nel caso di revoca della licenza, non si può far luogo a concessione di una licenza nuova, se non sia trascorso un anno dal giorno della revoca. La licenza revocata ad un coniuge non può di regola essere concessa all'altro coniuge, né ai figli, né ai genitori del titolare della licenza revocata

I sig.ri Sindaci dei Comuni commissione provinciale pubblico spettacolo associazione commercianti

Ad oggi hanno risposto 10 comuni 11 ditte autorizzate per l'attività di trattenimenti danzanti/musicali

Nessuna esenzione al divieto di fumo rilasciata Sopralluoghi conoscitivi dei locali e degli impianti concordati ed eseguiti con i gestori degli stessi

Ricircolo dell'aria ad inizio serata Successiva riduzione "ad esperienza" del ricircolo ed azionamento di estrattori

Assenza dei cartelli di divieto

Assenza dei rilevatori di temperatura ed umidità che dovrebbero attivare la segnaletica luminosa se esente

A difficoltà a mantenere un livello di umidità compreso tra il:

40% e il 60% senza refrigerazione

40% ed il 50% con refrigerazione

Assenza di indicazioni tecniche e di "vissuto" in merito ai criteri da seguire per la collocazione dei dispositivi per il controllo dell'umidità

Per i locali con ridotta altezza interna,

inconvenienti da velocità eccessiva dell'aria in prossimità dei punti di immissione

Difficoltà ad individuare i percorsi delle

condotte a causa di:

► *allestimenti scenici coprenti*

► *cambi di gestione del locale in assenza di documentazione circa la rete delle condotte.*

Quesiti**DOMANDA**

I pubblici esercizi che dispongono di un solo locale potranno derogare alla legge?

RISPOSTA

No. I pubblici esercizi "monocali" dovranno rispettare la legge e, pertanto, vietare il fumo. Non è possibile realizzare un locale per soli fumatori

DOMANDA

Nel caso di un esercizio pubblico, è possibile realizzare la sala per fumatori tramite l'installazione di pareti in materiale plastico o legno o vetro?

RISPOSTA

Sì, a condizione che entrambi i nuovi locali presentino caratteristiche igienico-sanitarie conformi ai requisiti minimi previsti da leggi e regolamenti. (altezza interna, rapporti di aeroilluminazione ecc.). Per eseguire tali opere è sufficiente depositare un'istanza c/o l'Ufficio Tecnico Edilizia Privata del Comune, utilizzando una specifica procedura semplificata. In merito al materiale utilizzato, va tenuto presente l'aspetto della sicurezza.

DOMANDA

Oltre al deposito dell'eventuale istanza c/o l'Ufficio Tecnico Edilizia Privata del Comune (solo nel caso di realizzazione di nuovi locali), vi sono incombenze amministrative legate all'installazione dell'impianto di ventilazione?

RISPOSTA

Sì, la realizzazione di un impianto di ventilazione è soggetta al deposito c/o gli uffici comunali competenti, della documentazione

prevista in materia di **risparmio energetico e di impatto acustico**, redatta da tecnici professionisti iscritti al rispettivo Collegio o Ordine.

Inoltre, trattandosi di modifica di locali soggetti all'autorizzazione sanitaria (Bar, Ristoranti ecc.), l'installazione di detti impianti deve essere preventivamente comunicata ai sensi dell'art. 27 del D.P.R. 327/80

DOMANDA

Ci sono altre attenzioni che è opportuno che l'esercente valuti prima di realizzare la stanza per i fumatori?

RISPOSTA

Nell'interesse dell'esercente, è opportuno che venga richiesto al progettista non solo il dimensionamento dell'impianto ma anche il costo energetico di mantenimento dello stesso.

DOMANDA

Un esercizio dispone di due locali, uno per non fumatori e uno per fumatori. Per accedere ai servizi igienici il cliente può passare nel locale per fumatori?

RISPOSTA

No, l'area per fumatori non può essere passaggio obbligato per non fumatori.

DOMANDA

Gli alberghi sono soggetti alle disposizioni sul divieto di fumare nei pubblici esercizi?

RISPOSTA

Si. L'albergo è un pubblico esercizio a tutti gli effetti ed in esso si devono rispettare le norme sul fumo. Riteniamo che, al contrario, nelle camere di albergo, essendo considerate dalla dottrina e dalla giurisprudenza come domicilio del cliente non vi sia l'obbligo di osservare la normativa.

Sul punto è stato chiesto il parere al Ministero della Salute.

DOMANDA

I circoli privati sono soggetti anch'essi alle norme sul divieto di fumare?

RISPOSTA

Si, se i circoli, ancorchè asseriti come privati, presentano almeno uno dei seguenti elementi:

- pagamento del biglietto d'ingresso effettuato di volta in volta anche da non soci o rilascio, senza alcuna formalità particolare, di tessere associative a chiunque acquisti o meno il biglietto d'ingresso;
- pubblicità di singoli spettacoli o singoli trattenimenti a mezzo giornali, manifesti o altri mezzi di diffusione destinati all'acquisto o alla visione della generalità dei cittadini;
- complessità del locale in cui si svolge l'attività tale da apparire pressoché univoca la destinazione all'esercizio di un'attività imprenditoriale;
- rilevante numero delle persone che accedono ai locali del circolo rispetto alle specifiche finalità istituzionali;
- ubicazione dei locali in cui si somministrano alimenti e bevande con accesso diretto dalla pubblica via.

DOMANDA

Se il locale che si intende riservare ai fumatori è già dotato di sola aerazione artificiale, è possibile conteggiare il ricambio d'aria dell'impianto esistente?

RISPOSTA

All'impianto esistente, che dovrà essere conforme alle norme U.N.I., dovrà essere aggiunta la portata d'aria prevista dal DPCM 23/12/2003.

DOMANDA

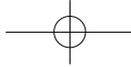
E' possibile ricircolare, previa filtrazione, anche in minima parte, l'aria proveniente dal locale per fumatori, al fine di ridurre i consumi per il riscaldamento/raffreddamento?

RISPOSTA

L'aria proveniente dai locali per fumatori non è riciclabile

DOMANDA

La presa per l'ingresso dell'aria può essere costituita da una finestra o parte di essa



108

mantenuta costantemente aperta

RISPOSTA

L'aria in ingresso deve essere idoneamente filtrata e posta possibilmente all'altezza di almeno 4 mt. in rispetto delle norme U.N.I., pertanto la presa deve essere costituita da apposita struttura e localizzata in zona che garantisca una buona qualità dell'aria prelevata.

DOMANDA

Il cameriere utilizza entrambi le mani per portare al tavolo le consumazioni. E' possibile potenziare l'impianto di aspirazione, così da evitare l'installazione della porta del locale fumatori?

RISPOSTA

Il vano per fumatori deve essere dotato di porta di chiusura automatica, abitualmente in posizione di chiusura.



11

**Cosa vigilare e come:
proposte operative per i
TdP del Veneto: Ambienti
di lavoro senza fumo:
primi risultati di un
intervento di promozione
della salute nelle aziende
dell'ULSS n° 1 di Belluno**

Daniela Marcolina

SPISAL Azienda ULSS 1 Belluno

Premessa

Il Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS n° 1 di Belluno già da tempo conduce interventi educativi mirati a combattere le principali cause di tumore, fra cui il fumo di sigaretta. Il fumo rappresenta il più grave problema di sanità pubblica: ogni giorno nel mondo il fumo uccide 8.000 persone. Esso è la causa di molte delle malattie degenerative croniche più diffuse: l'80-90% delle malattie respiratorie croniche, l'80-85% dei cancri del polmone, il 25-43% delle malattie coronariche circa, di tutte le morti per cancro sono causate dal fumo. Metà delle persone che muoiono a causa del fumo hanno un'età compresa fra i 40-60 anni costituiscono il 50% delle morti evitabili che avvengono in quella fascia di età. Poiché si tratta di persone attive e pienamente inserite nelle realtà lavorativa si è ritenuto necessario attivare una campagna di informazione e sensibilizzazione sui rischi da fumo di sigaretta nei vari ambienti di lavoro. Si è voluto, quindi, sensibilizzare sia i datori di lavoro che i lavoratori sul rischio legato al fumo di tabacco, richiamare i preposti all'osservanza dei divieti imposti dalle norme di sicurezza, ricordare l'opportunità che nei luoghi di lavoro si adottino misure adeguate per la protezione dei non fumatori.

Il progetto è consistito in incontri preliminari con le direzioni aziendali, somministrazione di questionari, interventi educativi fra i lavoratori, con gli obiettivi di:

1. favorire l'adeguamento delle ditte a quanto previsto dalla normativa vigente in materia di fumo e sostanze pericolose presenti nel ciclo produttivo;
2. promuovere corrette abitudini di vita e di lavoro;
3. conoscere quale è il livello di consapevolezza del fumo come fattore di rischio fra i lavoratori.

Materiali e metodi

Per illustrare il progetto e cercare l'adesione delle aziende, nel periodo novembre-dicembre 2002 sono stati organizzati 5 incontri invitando i dirigenti delle grandi e medie aziende, ossia quelle con numero di addetti superiore a 30. I relatori, medici specialisti in pneumologia e in medicina del lavoro, hanno illustrato i danni da fumo di sigaretta attivo e passivo e la normativa antifumo vigente in Italia. E' stato inoltre presentato il progetto con le offerte di collaborazione che l'ULSS intendeva fornire alle ditte che vi aderivano, rappresentate sia da iniziative di informazione rivolte a dirigenti e lavoratori, sia da corsi per smettere di fumare. In quell'occasione sono stati distribuiti due questionari: con il primo è stato chiesto alle aziende quali iniziative erano state messe in atto per affrontare il problema del fumo di sigaretta all'interno dello stabilimento; il secondo, destinato ai dipendenti, aveva lo scopo di indagare sulle abitudini e sugli atteggiamenti dei lavoratori nei confronti del fumo.

Risultati e Discussione

Sono state invitate in totale 660 aziende, ma agli incontri hanno partecipato 50 persone in rappresentanza di 40 ditte. Il 50% delle aziende presenti agli incontri hanno aderito all'iniziativa, restituendo nei mesi seguenti il questionario aziendale e quello personale dei lavoratori. Complessivamente sono stati elaborati 19 questionari aziendali e 1.271 questionari personali.

In due ditte è stato possibile attuare, a conclusione dell'indagine conoscitiva, anche gli interventi informativi ed educativi coinvolgendo 130 dipendenti. Si sono organizzati degli incontri con piccoli gruppi di lavoratori a cui sono stati illustrati i risultati del questionario ed è stato presentato il quadro normativo in materia di fumo e ambiente di lavoro. L'incontro si è concluso con l'informazione sui rischi causati dal fumo di sigaretta e sulle possibilità di smettere, consegnando a ciascuno l'opuscolo informativo elaborato allo scopo.

a) Indagine conoscitiva aziendale

Le 19 ditte che hanno partecipato all'indagine appartengono prevalentemente al settore produttivo (metalmecchaniche, occhialerie, chimico, edilizia) eccetto due aziende del terziario (servizi bancari). Si tratta, in ogni caso, di aziende di grandi dimensioni con un numero di dipendenti mediamente superiore a 100. Le risposte all'indagine sono riportate nella tabella seguente (Tabella 1). L'80% delle aziende interpellate aveva già intrapreso una politica aziendale contro il fumo di sigaretta e ne aveva informato i propri dipendenti. Per l'informazione alle maestranze è stata adottata nel 75% dei casi la tecnica dei cartelli riportanti il divieto e solo in tre aziende si era proceduto illustrando le disposizioni aziendali attraverso riunioni.

Nelle aziende intervistate il divieto di fumo era stato esteso a tutti i locali di produzione, solo due ditte (10% delle aziende intervistate) avevano limitato il divieto ad alcuni reparti. Infatti, la maggior parte delle aziende, vista anche la tipologia produttiva, ha formalizzato tali limitazioni in applicazione a divieti già vigenti per la sicurezza sul lavoro (pericoli d'incendio o uso di sostanze chimiche). Solo nel 20% dei casi (quattro ditte) il divieto è stato imposto su richiesta dei lavoratori, indipendentemente dalla presenza di rischi specifici.

Il 74% delle aziende non aveva attrezzato alcuna area per i fumatori, lasciando libertà di fumare solo all'esterno, ma in 5 ditte, pari al 26%, era stato individuato un locale apposito, dotato di ventilazione forzata.

Alla domanda riguardante l'inserimento del problema "fumo passivo" nel rapporto di valutazione dei rischi come previsto dal D.Lgs. 626/94, solo il 15% ha risposto affermativamente.

Quesiti	risposte affermative	risposte negative	non risposto
* Esiste una politica aziendale antifumo?	15	4	
** I lavoratori sono stati informati di questa politica?	16	2	1
Sono presenti spazi attrezzati per fumatori?	5	14	
Il fumo passivo è stato inserito nella valutazione dei rischi aziendale?	3	14	2

Tabella 1
Quadro sinottico delle risposte al questionario aziendale

Motivazione	n° risposte
Scelta aziendale	13
Pericolo d'incendio	11
Presenza di prodotti chimici tossici	3
Richiesta dei lavoratori	4
Altro	1

* *Motivi per i quali l'azienda ha introdotto il divieto di fumo*

Modalità	n° risposte
Cartelli	15
Avviso in bacheca	6
Riunioni	3
Materiale informativo	2

** *Modalità di informazione ai lavoratori*

b) Indagine conoscitiva sui lavoratori

Il questionario rivolto ai lavoratori aveva lo scopo di acquisire informazioni sul numero dei fumatori e sulle loro abitudini a fumare in azienda e di conoscere l'atteggiamento di tutte le maestranze riguardo l'esposizione a fumo passivo.

Hanno risposto al questionario 1.271 lavoratori appartenenti a 18 aziende, tutte del comparto produttivo. Il campione risulta equamente distribuito fra i due sessi, anche se c'è una modesta prevalenza di quello maschile (623 maschi contro 547 femmine). Tuttavia è doveroso segnalare che a questa domanda c'è stato un elevato numero di mancate risposte: 102 persone pari all'8%.

Il campione esaminato è composto da lavoratori addetti ai reparti produttivi (70%, pari a 890

operai), mentre gli impiegati rappresentano il restante 30%.

La maggior parte dei lavoratori (66%) riconosce che l'azienda ha intrapreso iniziative contro il fumo di sigarette nell'ambiente di lavoro, utilizzando soprattutto la segnaletica di divieto. Tuttavia, c'è discordanza di opinione sul rispetto di tali divieti: infatti un terzo ritiene che vengono rispettati, un terzo afferma il contrario e un terzo non risponde.

Nel campione in esame la percentuale di fumatori risulta essere del 23%, pari a 287 persone, equamente rappresentata fra i due sessi: infatti i maschi fumatori rappresentano il 23,7% sul totale dei lavoratori intervistati e le femmine il 22,5% sul totale delle donne lavoratrici; gli ex fumatori sono in totale 153 pari al 12% del campione (figura 1).

114

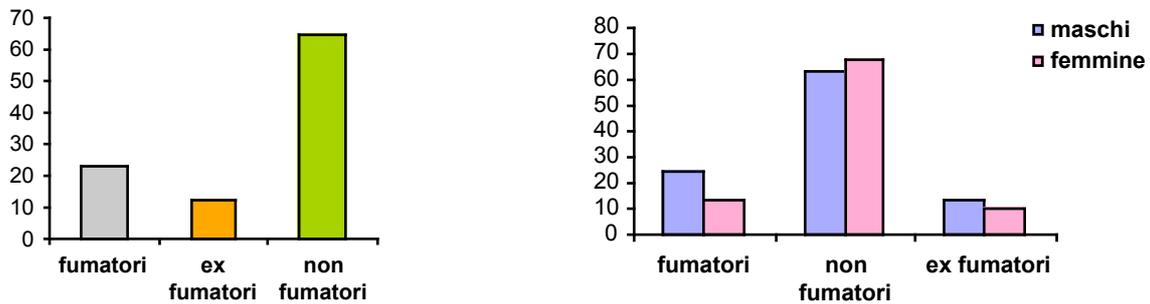


Figura 1

Abitudini al fumo di sigaretta della popolazione intervistata

La percentuale di fumatori (23%) risulta più bassa rispetto a quella di altre popolazioni lavorative, che si stima essere intorno al 40% negli uomini e al 30% nelle donne, ma anche alla popolazione generale italiana la cui media è del 26,6%.

L'elemento che si discosta maggiormente dalla media nazionale è il dato sui fumatori di sesso maschile che nella nostra indagine raggiunge solo il 23,7%, molto inferiore a quella nazionale che è del 31,1%. La popolazione femminile del nostro campione, invece, ha lo stesso tipo di comportamento di quella nazionale. Una possibile spiegazione a questo fenomeno potrebbe essere il fatto che trattandosi di aziende di tipo produttivo con presenza di inquinanti professionali respiratori importanti per le mansioni svolte dalle maestranze maschili, i lavoratori di sesso maschile siano stati maggiormente sensibilizzati ed educati ad

eliminare gli altri fattori di rischio concorrenti quali, appunto, il fumo di sigaretta; mentre per le maestranze femminili sia prevalso il falso fattore "dell'emancipazione" che le ha spinte a emulare, per quanto riguarda le abitudini al fumo, il comportamento dei colleghi maschi. In rapporto all'età si nota una netta prevalenza dei giovani fumatori, infatti fra i lavoratori con meno di 25 anni c'è la percentuale più alta di fumatori, pari al 36%, mentre le altre fasce si attestano intorno al 17-25%. Interessante risulta il fatto che i soggetti tra i 45 e i 55 anni fumano meno di tutti gli altri (16,8%) e hanno anche la più alta percentuale di ex fumatori (17%) rispetto alle altre fasce di età (figura 2). Nelle varie fasce di età il comportamento al fumo fra i due sessi è diverso: fra i giovani e gli anziani la percentuale dei fumatori maschi è sensibilmente maggiore rispetto alle femmine, ma nella classe

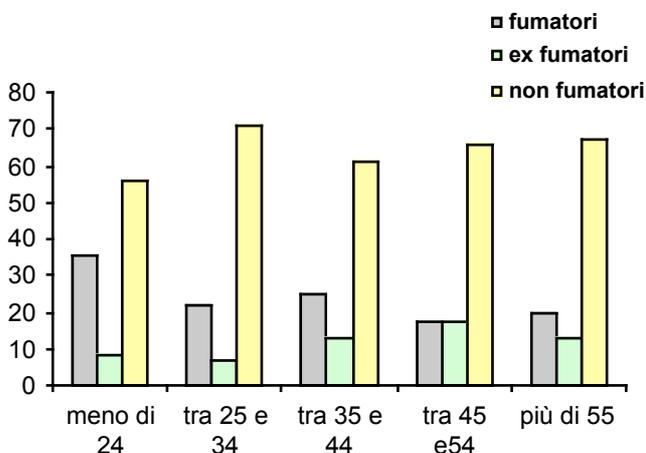


Figura 2

Abitudini al fumo dei lavoratori intervistati in rapporto all'età

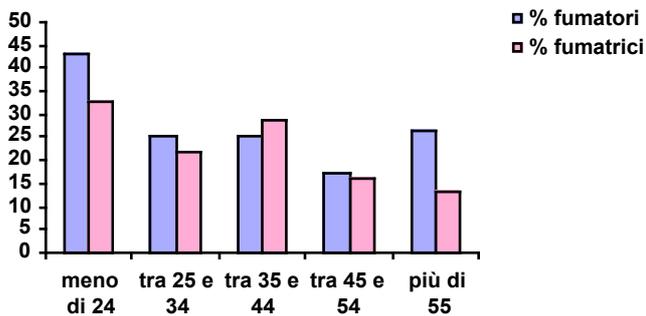


Figura 3

Fumatori correnti fra uomini e donne nelle varie classi di età

Indipendentemente dal sesso, che risulta equamente distribuita fra le due categorie professionali considerate, l'abitudine al fumo di sigaretta prevale maggiormente negli operai addetti ai reparti produttivi, dove raggiunge il 24%, rispetto agli impiegati che si attestano al 18%.

Le domande poste ai fumatori hanno permesso di acquisire informazioni utili per capire la localizzazione e del problema nelle singole aziende e le conseguenze nei rapporti con i lavoratori non fumatori. In generale è emerso

che quasi tutti (85%) i lavoratori fumatori dichiarano di fumare durante il lavoro, ma solo nelle pause. I posti dove questi fumatori si ritrovano per fumare sono prevalentemente all'esterno (36%) o nella sala fumatori (31%), ma esiste una quota di fumatori che utilizza spazi comuni: servizi igienici, spogliatoi e corridoi. Esiste, comunque, una percentuale non indifferente dell'11%, pari a 140 persone, che afferma di fumare anche sul posto di lavoro, in reparto o in ufficio (figura 4).

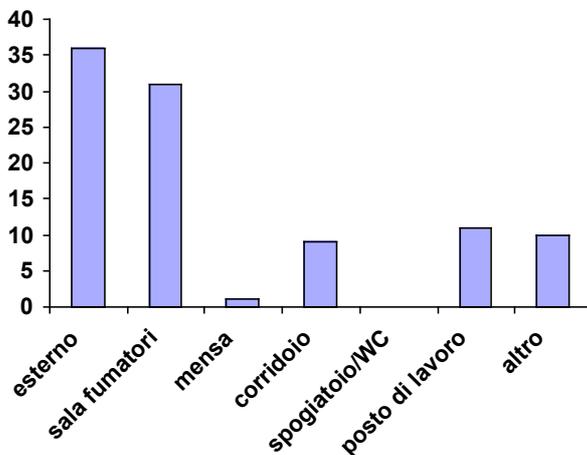


Figura 4

Luoghi utilizzati dai lavoratori per fumare

Qualunque sia il posto scelto per fumare, più della metà dei fumatori lo fa in presenza di colleghi non fumatori, creando loro disagio. Infatti solo il 20% dei lavoratori intervistati è indifferente o tollerante nei confronti dei fumatori, mentre il restante 80% è infastidito dal fumo dei colleghi e vorrebbe fare qualcosa per

farli smettere. È comprensibile, quindi, che la maggioranza dei lavoratori intervistati (il 77% che corrisponde all'incirca alla totalità dei lavoratori non fumatori) è favorevole a iniziative aziendali contro il fumo e individuano nel divieto l'iniziativa più opportuna anche se attuato con diversi livelli di rigidità: il 50% ritiene che si

dovrebbe porre il divieto in tutti gli ambienti, il restante 50% concorda sulla necessità del divieto mitigato, però, dalla presenza di locali per fumatori.

Le ultime domande rivolte ai fumatori erano mirate a valutare la fattibilità di interventi a sostegno di coloro che volevano smettere. Il risultato è incoraggiante, in quanto una percentuale rilevante di fumatori, pari al 26% corrispondente a 330 persone, vorrebbe smettere di fumare e parteciperebbe volentieri ad iniziative di disassuefazione.

c) Incontri in azienda

Rispetto alle 18 aziende che hanno coinvolto i propri dipendenti nella compilazione del questionario, solo in due si sono potuti organizzare i successivi incontri informativi/educativi con le maestranze. Complessivamente si sono coinvolti 130 lavoratori attraverso incontri di due ore con piccoli gruppi di lavoratori (non superare alle 20 unità); in questo modo si è potuto sviluppare sufficientemente l'argomento e coinvolgere i partecipanti in una costruttiva discussione. La suddivisione in piccoli gruppi ha determinato le maggiori resistenze da parte delle aziende, perché significava interrompere la produzione nei vari reparti per molte ore. Per superare queste obiezioni si è suggerito di inserire gli incontri nel programma di informazione e formazione sulla sicurezza aziendale, reso obbligatorio dal Decreto 626/94. In questo modo si è ottenuto un duplice vantaggio: la partecipazione massiva da parte dei lavoratori e la garanzia per l'azienda di aver assolto ad un obbligo di legge. L'analisi separata delle risposte al questionario per le due aziende interessate ha evidenziato la presenza di problemi diversi per ciascuna azienda, che sono stati affrontati prima con la direzione aziendale, individuando la modalità di intervento più adatta. Successivamente, durante gli incontri, le soluzioni proposte sono state discusse con i lavoratori, ottenendone la condivisione.

In un caso si trattava della presenza di fumatori all'interno dei reparti di produzione dove c'era la contemporanea presenza di prodotti infiammabili con conseguente elevato pericolo per la sicurezza. Negli ambienti di lavoro (reparti di produzione) da tempo era esposta la cartellonistica riportante il divieto di fumo, ma non era stata sufficiente a scoraggiare l'abitudine di alcuni fumatori.

Nell'altro, il problema era rappresentato dal notevole disagio evidenziato dalla maggioranza dei lavoratori, sia non fumatori che fumatori, conseguente alla presenza del fumo di sigaretta nei servizi igienici. L'azienda aveva da tempo introdotto il divieto di fumo nei reparti di produzione ottenendone il rispetto, ma non era stato regolamentato il divieto negli altri ambienti comuni, nonostante la presenza di un locale riservato ai fumatori.

Nel primo caso il nostro intervento è servito soprattutto a spiegare il concetto di pericolosità del fumare per la sicurezza aziendale e ad accrescere il senso di responsabilizzazione collettiva.

Nel secondo si è dato risalto alle risposte del questionario e cioè che la maggioranza dei lavoratori dell'azienda non voleva che si fumasse nei luoghi comuni dell'azienda. Questo dato ha permesso di ribaltare il pregiudizio che il fumo non creasse fastidi e che il suo divieto fosse richiesto solo da una piccola minoranza.

In entrambe le aziende il nostro intervento ha ottenuto, comunque, un risultato positivo immediato, rappresentato dalla istituzione di un sistema aziendale che regola il fumo di sigaretta all'interno dell'azienda. E' previsto un controllo a distanza di un anno per la verifica dei risultati sulle abitudini al fumo di sigaretta fra i lavoratori.

Conclusioni

Lo scopo del progetto avviato dallo SPISAL era quello di sensibilizzare il mondo del lavoro al problema del fumo passivo. La bassa percentuale di aziende presenti agli incontri conferma che in

ambito lavorativo il problema è scarsamente sentito. Le aziende che hanno partecipato agli incontri e aderito al progetto rappresentano le realtà produttive più sensibili ai problemi di salute dei lavoratori, ciononostante, le risposte dell'indagine dimostrano che manca una precisa consapevolezza del problema. Il fatto che pochi abbiano inserito il fumo passivo nel documento di valutazione dei rischi dimostra che esso non viene percepito come un rischio per la salute dei lavoratori: il fumo di sigaretta in azienda viene affrontato perché esiste qualche norma che impone il divieto, oppure quando c'è una richiesta da parte dei lavoratori. Lo dimostra il fatto che il nostro intervento in azienda è stato richiesto solo dalle due aziende dove il fumo era diventato un problema importante per l'azienda, vuoi per i risvolti di sicurezza o per le tensioni sociali interne.

Un aspetto molto interessante della ricerca è stato quello di aver documentato che il fumo in azienda è un'abitudine che interessa una piccola minoranza di lavoratori i quali, però, infastidiscono e ledono i diritti di molti. La soluzione individuata dagli intervistati è quella di agire attraverso provvedimenti normativi restrittivi, tuttavia si sa che i soli divieti non sono sufficienti per risolvere il problema. E' necessario, quindi, insistere sulla informazione, sensibilizzazione ed educazione. La questione va affrontata: a livello del singolo fumatore, aumentando la sua volontà a smettere, a livello del non fumatore favorendo la consapevolezza del suo diritto alla salute; a livello di società (ambiente di lavoro, ambiente familiare, etc) favorendo la realizzazione di interventi di promozione della salute che vadano oltre il mero rispetto delle leggi ma che attivino un processo di sviluppo e mantenimento di cambiamenti personali, organizzativi e istituzionali che facilitino il mantenimento della salute. Per questo motivo la regione Veneto ha varato il Piano triennale degli SPISAL di "Promozione della salute nei luoghi di lavoro" che prevede la combinazione di sforzi congiunti realizzati da datori di lavoro, lavoratori e

istituzioni per migliorare la salute e il benessere delle persone nei luoghi di lavoro.

Bibliografia

- h) Ceglie D.: "Facciamo attenzione al fumo passivo". Ambiente e sicurezza sul lavoro. N° 2 1997; pp. 90-91.
- i) Dubino R.: "Fumo passivo nei luoghi di lavoro". Il sole 24 Ore - Ambiente e Sicurezza. Pirola; n° 1/2000; pp.38-41.
- j) Forestiere F., Lo Presti E., Agabiti N. et al: "Valutazione quantitativa dell'impatto sanitario dell'esposizione a fumo passivo in Italia". Dipartimento di Epidemiologia ASL RM3 via Santa Costanza, 53 00198 Roma, e-mail: epiambl@aslazio.it
- k) Gaffuri E: "L'esposizione a fumo passivo negli ambienti confinati". Federazione Medica, n° 1-1992; pp 25-30.
- l) IARC volume 83, in corso di stampa. Riassunto disponibile sul sito IARC: <http://monographs.iarc.fr>
- m) Invernizzi G. Ruprecht A. Mazza R. et al.: "La misurazione in tempo reale del articolato fine prodotto da fumo di sigaretta negli ambienti indoor. Risultati di uno studio pilota" Epidemiologia e Prevenzione gen. Feb. 2002 pp. 30-34.
- n) Marchetti A., Settelle I., Parente A. et al: "Disciplina normativa e giurisprudenziale del fumo nei luoghi di lavoro"; Folia Medica n° 71/2000; pp. 647-653.
- o) Tratto G.: "Il fumo nei luoghi di lavoro". Ambiente e sicurezza sul lavoro; n° 7/8- 1997; pp. 35-40.
- p) De Falco G.: "Quale tutela per il non fumatore ? la risposta in una sentenza". Ambiente e sicurezza sul lavoro n° 7/8 2002; pp. 12-16.