



COMISIA COMUNITĂȚILOR EUROPENE

Bruxelles, 30.1.2007
COM (2007) 27 final

CARTE VERDE

Către o Europă fără fum de tutun: opțiuni privind politicile comunitare

(prezentată de către Comisie)

CUPRINS

I.	INTRODUCERE	4
II.	JUSTIFICAREA ACȚIUNII	5
1.	Considerente legate de sănătate	5
1.1.	Consecințele expunerii la fumul de tutun din mediul ambiant pentru sănătate	5
1.2.	Nivelul expunerii.....	6
1.3.	Impactul inițiativei împotriva fumatului	7
2.	Aspecte economice	7
2.1.	Consecințe economice.....	7
2.2.	Impactul inițiativei împotriva fumatului	8
2.3.	Riscuri legate de consecințe involuntare.....	8
3.	Aspecte sociale.....	8
3.1.	Sprijin public pentru legislația împotriva fumatului	8
3.2.	Impact asupra consumului de tutun.....	9
3.3.	Impact asupra egalității sociale	9
4.	Moment propice acțiunii	9
III.	cadrul de reglementare actual.....	10
1.	Dispoziții naționale	10
2.	dispoziții comunitare în vigoare.....	11
IV.	DOMENIUL DE APLICARE A INIȚIATIVEI PRIVIND INTERZICEREA FUMATULUI	12
1.	REGLEMENTĂRI PRIVIND INTERZICEREA GENERALĂ A FUMATULUI.....	13
2.	Reglementări privind interzicerea fumatului cu anumite derogări	15
2.1.	Derogări pentru sectorul autorizat hotelier și al localurilor de alimentație publică... ..	16
2.2.	Derogări pentru barurile și cafenelele care nu servesc mâncare	16
2.3.	Spații închise cu sistem de ventilație separat	16
V.	OPȚIUNI PRIVIND POLITICILE COMUNITARE	18
1.	SITUAȚIA DE <i>STATUS QUO</i> CONTINUĂ.....	18
2.	MĂSURI VOLUNTARE.....	19
3.	METODĂ DESCHISĂ DE COORDONARE.....	20

4.	RECOMANDAREA COMISIEI SAU A CONSILIULUI.....	21
5.	LEGISLAȚIE OBLIGATORIE.....	21
VI.	CONCLUZIE - OBSERVAȚII.....	22
VII.	ANNEXES.....	24

I. INTRODUCERE

Expunerea la fumul de tutun din mediul ambiant (FTMA) – numită de asemenea „fumat la mâna doua” și „fumat pasiv” - reprezintă încă la ora actuală o sursă răspândită de morbiditate și mortalitate în Uniunea Europeană, implicând costuri semnificative pentru societate, în general.

Eforturile coordonate către o „Europă fără fum de tutun” reprezintă una dintre prioritățile Comisiei în cadrul politicii privind sănătatea publică, mediul, ocuparea forței de muncă și cercetarea. În Planul său de acțiune privind mediul și sănătatea (2004-2010), Comisia s-a angajat să „dezvolte acțiuni menite să îmbunătățească calitatea aerului, îndeosebi prin încurajarea interzicerii fumatului în toate locurile de muncă prin recurgerea atât la mecanisme legale, cât și la inițiative de promovare a sănătății la nivel european, precum și la nivel național”.

Au fost făcuți deja pași semnificativi în vederea promovării mediilor fără tutun în UE. La începutul anilor 90, o serie de directive comunitare privind sănătatea și securitatea la locul de muncă au definit anumite restricții privind fumatul la locul de muncă. Acestea au fost complementate de Rezoluția din 1989¹ a Consiliului și de Recomandarea din 2002² privind interzicerea fumatului care îndemnau statele membre să ofere protecție împotriva expunerii la fumul de tutun din mediul ambiant în locurile de muncă interioare, spațiile publice închise și transporturile publice. Pe lângă acțiunea legislativă, două campanii antifumat întreprinse în mediile de comunicare – „Feel free to say no” (2001-2004) și „HELP: Pentru o viață fără tutun” (2005-2008) – aveau ca scop evidențierea efectelor dăunătoare ale fumatului pasiv și promovarea modului de viață fără tutun, mai ales în rândul tinerilor.

Legislațiile naționale diferă considerabil de la un stat membru la altul. Comisia salută exemplele excelente date de Irlanda, Italia, Malta, Suedia și o parte a Regatului Unit și încurajează toate statele membre să facă progrese rapide privind introducerea de măsuri eficiente în scopul de a proteja cetățenii de efectele dăunătoare ale fumatului pasiv.

La nivel internațional, Convenția-cadru WHO pentru controlul tutunului (FCTC), semnată de 168 de părți și ratificată de 141 părți³, inclusiv Comunitatea Europeană, „recunoaște că probele științifice au stabilit, în mod inechivoc, că expunerea la fumul de tutun provoacă moartea, boli și dizabilități”. Convenția obligă Comunitatea și statele sale membre să abordeze problema expunerii la fumul de tutun în locurile de muncă interioare, transporturile publice și spațiile publice interioare.

Scopul prezentei Cărți verzi este acela de a lansa un proces de consultare generală și de a deschide o dezbatere publică, care să implice instituțiile europene, statele membre și societatea civilă, asupra celui mai bun mijloc de a aborda problema fumatului pasiv în UE.

Comisia va efectua o analiză aprofundată a observațiilor primite în legătură cu prezenta Carte verde și pe această bază, va lua decizii privind acțiuni viitoare eventuale. Raportul de sinteză al rezultatelor consultării este așteptat în prima jumătate a anului 2007. În același timp, vor fi continuate pe larg lucrările legate de calitatea aerului interior, ca urmare a Planului de acțiune privind sănătatea și mediul.

II. JUSTIFICAREA ACȚIUNII

1. CONSIDERENTE LEGATE DE SĂNĂTATE

1.1. Consecințele expunerii la fumul de tutun din mediul ambiant pentru sănătate

FTMA conține peste 4 000 de substanțe chimice, inclusiv peste 50 de carcinogeni cunoscuți și mulți agenți toxici. Nu a fost stabilit un nivel de siguranță legat de expunerea la FTMA și nu se așteaptă ca cercetările viitoare să identifice un asemenea nivel.

În 1993, FTMA a fost clasat ca fiind un **agent cancerigen pentru om cunoscut** de către Agenția pentru protecția mediului a Statelor Unite. Iar în anul 2000, de către Departamentul Sănătății și Serviciilor Sociale și de Centrul internațional de cercetări asupra cancerului OMS în 2002. În plus, a fost clasat ca fiind un **agent cancerigen la locul de muncă** de către guvernul finlandez (2000) și de guvernul german (2001). Recent, Agenția pentru protecția mediului din California a clasat fumul de tutun ca fiind un „**contaminant toxic al aerului**”.

Numeroase cercetări recente au confirmat riscurile grave pentru sănătate și viață asociate cu fumatul pasiv⁴. Expunerea îndelungată la fumatul pasiv fost stabilită ca fiind cauza aceluiași boli ca și cele cauzate de fumatul activ, inclusiv cancer la plămâni, boli cardiovasculare și boli pediatrice.

O analiză efectuată de către WHO-IARC a constatat că nefumătorii care trăiesc cu un fumător se confruntă cu un risc cu 20-30% mai mare de a dezvolta cancer pulmonar. Riscul suplimentar de expunere la locul de muncă a fost estimat la 12-19%⁵. Legătura între expunerea la FTMA și alte tipuri de cancer este mai puțin clară.

Conviețuirea cu un fumător mărește riscul de a dezvolta o cardiopatie coronariană în rândul nefumătorilor cu **25-30%**⁶ (un studiu recent arată că această cifră poate, de fapt, să fie mai mare)⁷. De asemenea, există din ce în ce mai multe probe care arată că fumatul pasiv este relaționat cu una dintre cauzele accidentelor vasculare cerebrale înregistrate la nefumători, chiar dacă sunt necesare cercetări suplimentare pentru a putea estima riscurile⁸.

Fumatul pasiv este asociat cu **boli respiratorii**⁹ și reprezintă o sursă majoră de exacerbare pentru persoanele care suferă de astm, alergii sau boli pulmonare obstructive cronice, ceea ce duce la excludere socială și la locul de muncă. Un sondaj paneuropean recent efectuat în rândul persoanelor care prezentau simptome de astm sever arată că una dintre marile lor dorințe este ca, în viitor, să poată respira aer curat¹⁰.

Fumatul pasiv este un pericol mai ales pentru **copii mici și nou-născuți**, asociat cu moartea subită, pneumonie, bronșită, astmul și simptome respiratorii, precum și cu boli ale urechii mijlocii. Expunerea la FTMA a **femeilor însărcinate** poate cauza un deficit de greutate la naștere, moartea fetală și naștere prematură¹¹.

Cercetările recente sugerează că expunerea la FTMA aproape dublează riscurile de dezvoltare a unei degenerări maculare legate de vârstă – cauza principală a pierderii vederii în UE¹².

Majoritatea efectelor negative asupra sănătății cauzate de FTMA arată o relație liniară doză-reacție, cu alte cuvinte, riscul crește odată cu creșterea expunerii. Nivelul riscului individual este mai mic față de fumatul activ (de ex. 1,2 și respectiv 20, pentru cancerul pulmonar). Cu toate acestea, faptul că un număr mare de persoane duce la un pericol mare de îmbolnăvire.

În plus, **relația doză-reacție** pentru bolile cardiace este **neliniară**. Fumatul pasiv implică un risc de boli cardiace care reprezintă aproape jumătate din cel pentru o persoană care fumează 20 de țigarete pe zi. Chiar și mici cantități de fum de tutun pot avea un efect imediat asupra coagulării și formării obstrucțiilor arterelor, precum și efecte pe termen lung în dezvoltarea arterosclerozei – toți fiind factori importanți în bolile cardiace¹³. Acesta este o sursă de impact major: bolile cardiace reprezintă cauza de mortalitate cea mai răspândită în UE, atât în rândul fumătorilor, cât și al nefumătorilor.

Conform celor mai recente studii – conservative – efectuate printr-un parteneriat între *European Respiratory Society*, *Cancer Research UK* și *Institut National du Cancer* din Franța, **mai mult de 79 000 de adulți** decedează în fiecare an ca urmare a fumatului pasiv, în cele 25 de țări ale UE. Există probe conform cărora fumatul pasiv **la locul de muncă** a fost responsabil de **7 000 de decese** în UE în 2002, în timp ce expunerea **în locuință** a fost responsabilă pentru alte **72 000 de decese**. Aceste estimări cuprind decesul ca urmare a unei boli cardiace, accident vascular cerebral, cancer pulmonar și câteva boli respiratorii provocate de fumatul pasiv. Cu toate acestea, aceste estimări omit decesele adulților cauzate de alte condiții legate de expunerea la FTMA (cum ar fi pneumonia), decesul infantil, precum și morbiditatea semnificativă gravă, atât acută cât și cronică, cauzate de fumatul pasiv¹⁴.

1.2. Nivelul expunerii

Locurile principale de expunere cronică și intensivă sunt **locuința** și **locul de muncă**¹⁵. Conform raportului **CAREX** (Information System on Occupational Exposure to Carcinogens) din 1998, FTMA era a doua dintre cele mai comune forme de expunere la agenți cancerigeni (după radiațiile solare) în UE-15. Aproape 7,5 milioane de lucrători europeni au fost afectați de fumatul pasiv timp de cel puțin **75% din timpul lor de lucru** în perioada 1990-1993¹⁶.

Un studiu efectuat într-o serie de locuri publice, în șapte orașe europene în perioada 2001-2002, arată că fumul de tutun era prezent în majoritatea locurilor publice studiate, inclusiv centre de recreare și hoteluri, mijloace de transport, spitale și instituții de învățământ. Cele mai ridicate niveluri de FTMA au fost constatate în baruri și discoteci, o expunere de patru ore într-o discotecă echivalând cu conviețuirea cu un fumător timp de o lună¹⁷. Niveluri extrem de ridicate au fost constatate în localuri hoteliere și confirmate de alte studii care arătau că expunerea medie a personalului barurilor este de cel puțin trei ori mai mare față de expunerea înregistrată într-o locuință de fumători¹⁸.

Recent, legislația împotriva fumatului a dus la o eliminare aproape totală a expunerii la locul de muncă în câteva state membre și în anumite tipuri de localuri, în timp ce în țări care nu dispun de restricții generale, expunerea înregistrează niveluri ridicate, în special în sectorul hotelier și al recreării¹⁹.

În scopul de a estima nivelul expunerii la FTMA la nivel european, Grupul de experți al UE pentru biomonitorizarea umană²⁰ a recomandat includerea cotininei (un biomarcator major al expunerii la FTMA) pe lista candidaților pentru viitorul Proiect-pilot al UE asupra biomonitorizării umane. Statele membre au sprijinit această recomandare în numeroase rânduri.

1.3. Impactul inițiativei împotriva fumatului

Acțiunea pentru crearea de spații fără fum de tutun nu numai că ar proteja persoanele de efectele dăunătoare ale expunerii la FTMA, dar ar contribui totodată la reducerea consumului de tutun al întregii populații. Efectele asupra sănătății ca urmare a fumatului pasiv și activ ar include **reducerea bolilor și mortalității** rezultând din tipurile de boli majore - îndeosebi cancerul pulmonar, cardiopatii coronariene, boli respiratorii și accidente vasculare cerebrale - și o speranță de viață mai mare. În pofida faptului că beneficiile complete în materie de sănătate s-ar putea manifesta într-o perioadă de până la 30 de ani, ameliorări majore, în special în ceea ce privește sănătatea respiratorie și cardiovasculară, pot avea loc într-o perioadă de 1-5 ani.

Proiectul CHOICE, gestionat de OMS, a identificat spațiile publice fără fum de tutun ca fiind **a doua formă de intervenție ca eficiență** în vederea reducerii mortalității și morbidității legate de consumul de tutun, după mărirea impozitelor (Anexa I).

2. ASPECTE ECONOMICE

2.1. Consecințe economice

Datele furnizate de statele membre (Regatul Unit, Irlanda) și de statele din afara UE sugerează că expunerea la FTMA implică costuri private și sociale enorme, chiar dacă consecințele globale privind UE-27 rămâne să fie estimate. Consecințele asupra **economiei în general** cuprind costurile directe legate de cheltuielile sporite pentru îngrijirea medicală pentru boli cauzate de tutun și costurile indirecte legate de pierderea de productivitate și din impozitele pe venit, precum și contribuțiile la securitatea socială nepercepute în rândul fumătorilor și al victimelor fumatului pasiv care, altfel, s-ar afla într-un loc de muncă remunerat²¹.

Consecințele economice sunt grave îndeosebi pentru **angajatori** și cuprind o productivitate scăzută a lucrătorilor datorată pauzelor pentru fumat și absențelor pe caz de boală crescânde; daune provocate de incendierea datorată produselor pentru fumat, precum și cheltuieli legate de operațiuni de curățire și redecorare în urma efectelor fumului²². În Canada, costurile anuale pe angajat fumător, comparate cu cele pentru un angajat nefumător, au fost estimate la 2 565 \$ canadieni în 1995. Pierderile înregistrate de angajatorii scoțieni în 1997 datorită scăderii productivității, ratei ridicate a absentismului și incendiilor provocate accidental de fumat, au fost estimate între 0,51% și 0,77% din produsul intern brut scoțian. În Irlanda, estimarea echivalentă se situa între 1,1 – 1,7% din PIB în anul 2000²³.

2.2. Impactul inițiativei împotriva fumatului

Pe termen lung, îmbunătățirea potențială a sănătății ca urmare a politicii împotriva fumatului ar putea avea un **efect economic major**. Evaluările reglementare ale impactului efectuate de guvernul Regatului Unit estimau beneficiile pe termen lung ale unei legislații generale împotriva fumatului la 1 714-2 116 miliarde £ pe an²⁴. În Scoția, Țara Galilor și Irlanda de Nord, beneficiile nete legate de interzicerea fumatului au fost estimate la 4 387 și 2 096 miliarde £ pe o perioadă de 30 de ani și respectiv la 1 101 miliarde £ pe o perioadă de 20 de ani²⁵.

2.3. Riscuri legate de consecințe involuntare

Având în vedere că politicile împotriva fumatului vor motiva anumiți fumători să renunțe la fumat sau să fumeze mai puțin, ar putea să se înregistreze **pierderi ale profiturilor din industria tutunului** și, în consecință, pierderi de locuri de muncă în această industrie. Cu toate acestea, locurile de muncă din industria tutunului reprezintă un procent relativ scăzut din totalul forței de muncă a UE. În anul 2000, forța de muncă legată de industria tutunului (creșterea tutunului, prelucrarea și fabricarea) reprezenta 0,13% din forța de muncă totală a UE-15²⁶. Mai mult, sumele cheltuite la ora actuală în industria tutunului pot fi cheltuite pentru alte bunuri și servicii, generând astfel locuri de muncă în alte sectoare ale economiei.

O reducere a nivelurilor fumatului activ va însemna, de asemenea, **pierderi ale veniturilor înregistrate de statele membre în urma impozitării** (accize pe tutun și TVA). Cu toate acestea, ar trebui menționat faptul că în majoritatea statelor UE, chiar dacă impozitarea tutunului generează venituri semnificative în termeni de pondere globală în cadrul totalului bugetului de stat, aceasta nu constituie o parte considerabilă a acestuia (1-5%). Excepțiile sunt Republica Cehă, Polonia și Grecia unde veniturile din accizele pe tutun aplicate de guvern reprezentau 6, 7 și respectiv 9 %, în 1999²⁷. Pe lângă o reducere a costurilor sociale legate de fumat, venitul disponibil al familiilor de fumători ar crește dacă ar fi introdusă interzicerea fumatului, iar veniturile din TVA datorate cheltuielilor și investițiilor alternative ale acestor familii ar compensa, în parte, veniturile pierdute.

Pot fi înregistrate pierderi ale productivității fumătorilor cărora li se permite la ora actuală să fumeze la locul de muncă și care vor continua să fumeze în timpul pauzelor de fumat, în afara clădirii.

3. ASPECTE SOCIALE

3.1. Sprijin public pentru legislația împotriva fumatului

Aproximativ 70% din cetățenii UE nu fumează²⁸, iar studiile arată că majoritatea fumătorilor vor să se renunțe la fumat²⁹.

Conform recentului **Sondaj Eurobarometru** privind „Atitudinea europenilor față de fumat”³⁰, trei sferturi din europeni sunt conștienți ca fumul de tutun reprezintă un risc pentru sănătatea nefumătorilor, în timp ce 95% recunosc că fumatul lângă o femeie însărcinată poate fi un pericol major pentru copil.

Rezultatele sondajului arată că **politicile împotriva fumatului sunt populare în rândul cetățenilor UE** (vezi Anexa III). Mai mult de patru din cinci respondenți sunt în favoarea interzicerii fumatului la locul de muncă (86%) și în alte spații publice interioare (84%). Majoritatea europenilor sunt, de asemenea, în favoarea interzicerii fumatului în baruri (61%) și restaurante (77%). Sprijinul pentru localuri (80%) și restaurante (90%) în care nu se fumează este cel mai ridicat în cele patru state membre care au interzis deja fumatul în sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică. Acest lucru indică, încă o dată, că sprijinul acordat politicilor împotriva fumatului tinde să crească în timpul pregătirii punerii în aplicare a acestora, și crește și mai mult după punerea lor în aplicare³¹.

3.2. Impact asupra consumului de tutun

Un beneficiu indirect important al politicilor împotriva fumatului este faptul că acestea măresc gradul de conștientizare al indivizilor privind pericolele fumatului activ și pasiv, contribuind la „denormalizarea” fumatului în cadrul societății. Schimbarea percepției ar putea duce la o schimbare a atitudinii față de fumat, și în special ar putea să:

- Faciliteze decizia fumătorilor de a renunța la fumat sau să micșoreze consumul de tutun și sprijinirea acestora pe parcursul procesului de renunțare³².
- Descurajeze copiii și tinerii să înceapă să fumeze³³. Interzicerea fumatului în spațiile de recreare – unde tinerii „experimentează” adeseori fumatul – ar putea avea cel mai mare impact.
- Împiedice fumătorii să fumeze în jurul nefumătorilor, îndeosebi lângă copii și femei însărcinate, chiar și atunci când nu există restricții legislative în această materie (ex. în locuințe și autovehicule private)³⁴. Acest lucru este important deoarece pericolul major vizează copiii expuși fumatului pasiv în locuințe, care reprezintă un spațiu pe care legiferarea nu îl poate aborda.

3.3. Impact asupra egalității sociale

Politicile împotriva fumatului ar putea, de asemenea, să contribuie la reducerea inegalităților socio-economice privind sănătatea. Având în vedere posibilitatea că de a fi un fumător sau de a fi expus(ă) la fumatul pasiv crește semnificativ pentru cei care au un nivel de educație scăzut, venituri mai mici și o categorie profesională inferioară, o acțiune asupra mediilor unde nu se fumează ar trebui să aducă cele mai mari beneficii grupurilor celor mai defavorizate ale societății.

4. MOMENT PROPICE ACȚIUNII

În virtutea statutului său de parte a **Convenției-cadru WHO pentru controlul tutunului (FCTC)**, Comunitatea are obligația legală de a întreprinde acțiuni asupra mediilor fără fum de tutun. În conformitate cu articolul 8 al FCTC, fiecare parte s-a angajat să „adopte și să pună în aplicare (...) măsuri legislative, executive, administrative și/sau altele eficiente, care să stabilească protecția împotriva expunerii la fumul de tutun din mediul ambiant în locuri de muncă interioare, transport public, spații publice interioare și, dacă este cazul, în alte spații publice”. Cu ocazia primei

Conferințe a părților FCTC din februarie 2006, s-a hotărât elaborarea unor orientări privind mediile fără fum de tutun care urmează să fie prezentate cu ocazia celei de-a doua Conferințe a părților, în cea de-a doua jumătate a anului 2007.

Consiliul Uniunii Europene, în Recomandarea sa din 2002 privind prevenirea fumatului și inițiativele menite să îmbunătățească controlul tutunului, a invitat Comisia să „țină seama de modul în care măsurile stabilite în prezenta recomandare sunt eficiente, și necesitatea de a întreprinde acțiuni viitoare, îndeosebi se examineze disparități pe piața internă, în domeniile acoperite de prezenta recomandare”. În plus, cu ocazia întrunirii **Comitetului de reglementare a tutunului**³⁵ din septembrie 2005, statele membre au decis că o inițiativă a Comisiei, sub forma unei Cărți verzi sau Comunicări, ar contribui la răspândirea bunelor practici și ar stimula eforturile naționale către spații în care nu se fumează.

Parlamentul European a salutat „dorința Comisiei de a acționa pentru a pune capăt fumatului în spațiile închise” și a încurajat-o, în rezoluția sa asupra Planului de acțiune al Comisiei privind mediul și sănătatea din februarie 2005, „să claseze fumul de tutun din mediul ambiant ca fiind un agent cancerigen de gradul 1”.³⁶

Valoarea adăugată a acțiunii UE a fost, de asemenea, recunoscută în Raportul „**Tutun sau sănătate în Uniunea Europeană**”, pregătit pentru Comisie de un consorțiu alcătuit din experți în materie de control al tutunului³⁷. Dorința de a interveni la nivel european a fost subliniată în continuare prin două proiecte paneuropene privind poluarea aerului, sprijinit în cadrul Programului comunitar privind sănătatea publică. **Raportul INDEX**, publicat de către Centrul comun de cercetare al UE, a stabilit o listă care cuprinde cinci agenți chimici prioritari (toți sunt prezenți în fumul de tutun) care trebuie să fie reglementați în spații interioare și a recomandat „interzicerea fumatului în toate spațiile interioare aflate sub jurisdicție publică și în locurile de muncă”³⁸. Aceeași recomandare a fost formulată în **raportul THADE**³⁹, care a identificat FTMA ca fiind factorul care contribuie cel mai mult la concentrarea de particule în clădirile unde se fumează.

III. CADRUL DE REGLEMENTARE ACTUAL

1. DISPOZIȚII NAȚIONALE

În statele membre se înregistrează o tendință evidentă pentru spațiile în care fumatul este interzis, promovată, printre altele, de dispoziții legale la nivelul UE și internațional. În prezent, în toate statele membre există o anumită formă de reglementare destinată să restricționeze expunerea la fumul de tutun din mediul ambiant (FTMA) și să reducă efectele dăunătoare ale acestuia asupra sănătății. Domeniul de aplicare și caracterul acestor reglementări cunosc variații semnificative.

În Irlanda (martie 2004) și Scoția (martie 2006) a fost deja instituită o interdicție generală a fumatului în **toate spațiile publice închise și la toate locurile de muncă**, inclusiv baruri și restaurante. În Irlanda de Nord, Anglia și Țara Galilor, în vara lui 2007 urmează să intre în vigoare o legislație privind interzicerea totală a fumatului.

Legislația privind interzicerea fumatului cu anumite derogări instituită în Italia (ianuarie 2005), Malta (aprilie 2005) și Suedia (iunie 2005) permite angajatorilor să înființeze spații izolate special amenajate pentru fumat cu sisteme de ventilație separate. Măsuri similare urmează să intre în vigoare în Franța în februarie 2007 (cu o perioadă de tranziție pentru sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică până în ianuarie 2008) și în Finlanda în iunie 2007. Fumatul va fi interzis în Lituania (cu excepția „cluburilor pentru fumatul trabucurilor și pipei”, special amenajate) din ianuarie 2007.

Alte state membre au interzis fumatul în toate spațiile publice închise și în toate spațiile de la locul de muncă, **cu excepția sectorului hotelier și al localurilor de alimentație publică** în care se aplică restricții parțiale. Printre acestea se numără Belgia, Cipru, Estonia, Finlanda, Țările de Jos, Slovenia și Spania.

Cea mai mare parte a statelor membre au reglementări care interzic sau restricționează fumatul în **locurilor publice principale**, precum unitățile medicale, instituțiile de învățământ și de administrație publică, teatre, cinematografe și transportul public. Restricțiile privind interzicerea fumatului la locul de muncă sunt mai puțin frecvente. Forța coercitivă a măsurilor poate varia de la o rezoluție sau un acord voluntar până la o lege strictă care să prevadă sancțiuni în cazul încălcării acesteia.

Ca urmare a caracterului incomplet al reglementărilor și a nepunerii în aplicare a acestora, autoritățile publice și angajatorii s-au confruntat adesea cu procese intentate de cetățeni care se plâng de efectele dăunătoare asupra sănătății acestora cauzate de fumatul pasiv⁴⁰.

În anumite state membre, dispozițiile la nivel național sunt întărite de reglementări mai stricte **la nivel regional și/sau local**. Cadrul juridic este, de asemenea, completat de măsuri de autoreglementare și se observă că într-un număr crescând de locuri de muncă, instituții de învățământ, spitale, mijloace de transport public etc. se optează în mod voluntar pentru interzicerea fumatului. Din ce în ce mai multe eforturi se depun în vederea încurajării personalului să renunțe la fumat, precum și a promovării conceptului de aer curat în spațiile închise ca drept fundamental pentru toți cetățenii și angajații.

2. DISPOZIȚII COMUNITARE ÎN VIGOARE

La nivelul UE, problema spațiilor în care fumatul este interzis a făcut obiectul **unor rezoluții și recomandări care nu au caracter obligatoriu** și care au încurajat statele membre să asigure protecție corespunzătoare împotriva expunerii la fumul de tutun din mediul ambiant (FTMA). În special, **Rezoluția Consiliului 89/C 189/01⁴¹ din 1989** cu privire la interzicerea fumatului în locuri deschise publicului a invitat statele membre să adopte măsuri de interzicere a fumatului în spațiile publice și în orice tip de mijloace de transport. Mai recent, **Recomandarea Consiliului 2003/54/CE⁴²** privind prevenirea fumatului și inițiativele de îmbunătățire a controlului tutunului a solicitat statelor membre să pună în aplicare măsuri eficiente care să ofere protecție împotriva expunerii la fumul de tutun din mediul ambiant în spațiile închise de la locul de muncă, în spațiile publice închise și în mijloacele de transport.

Directiva cadru privind securitatea și sănătatea lucrătorilor la locul de muncă (89/391/CEE)⁴³, deși nu face referire în mod explicit la fumul de tutun, acoperă toate riscurile privind sănătatea și securitatea lucrătorilor⁴⁴. Aceasta prevede ca fiecare angajator să evalueze riscurile de la locul de muncă și să introducă măsuri adecvate de prevenire a riscurilor și de protecție.

Pe lângă aceasta, o serie de directive distincte privind protecția sănătății lucrătorilor și securitatea la locul de muncă stabilesc „**cerințe minime**” pentru riscuri specifice și includ anumite dispoziții care asigură **protecția lucrătorilor împotriva FTMA** (a se vedea alineatul de mai jos). Statele membre vor transpune aceste directive în dreptul intern și le vor pune în aplicare în mod corespunzător. În conformitate cu tratatul, statele membre au dreptul de a lua măsuri mai stricte.

Directiva privind cerințele minime de securitate și sănătate la locul de muncă (89/654/CEE)⁴⁵, precum și directivele privind cerințele minime de securitate și sănătate care se aplică pe șantierele temporare sau mobile (92/57/CEE)⁴⁶, în industria extractivă de foraj (92/91/CEE)⁴⁷ și în industria extractivă de suprafață și în subteran (92/104/CEE)⁴⁸ prevăd ca angajatorii să asigure un sistem de ventilație și suficient aer proaspăt în spațiile închise de la locul de muncă și să protejeze nefumătorii de disconfortul cauzat de prezența fumului de tutun în încăperile și spațiile destinate repausului.

Directiva privind agenții cancerigeni sau mutageni (2004/37/CE)⁴⁹ și **directiva privind expunerea la azbest** (83/477/CEE)⁵⁰ interzic fumatul în zonele în care se manipulează agenți cancerigeni/mutageni și, respectiv, azbest. **Directiva privind introducerea de măsuri pentru promovarea îmbunătățirii securității și sănătății la locul de muncă în cazul lucrătoarelor gravide, care au născut de curând sau care alăptează** (92/85/CEE) prevede ca angajatorii să ia măsuri în vederea protejării femeilor gravide și a celor care alăptează de expunerea la monoxid de carbon.

Anumite componente ale FTMA (și anume arsenic, 1,3-butadienă, benzen și oxid de propilenă) sunt clasificate ca substanțe cancerigene în anexa 1 la **directiva privind substanțele periculoase** (67/548/CEE)⁵¹. Fumul de tutun ca atare nu intră în domeniul de aplicare a legislației UE privind substanțele chimice, deoarece dispozițiile acestei legislații se aplică numai acelor substanțe și preparate chimice care sunt **introduse pe piață** în statele membre⁵².

IV. **DOMENIUL DE APLICARE A INIȚIATIVEI PRIVIND INTERZICEREA FUMATULUI**

Domeniul de aplicare reprezintă un element esențial în dezvoltarea unei inițiative UE privind interzicerea fumatului. Având în vedere marea varietate a locurilor în care există o expunere la FTMA, o politică eficientă de interzicere a fumatului ar trebui să dispună de o metodă de abordare generală și să nu ia în considerare numai anumite tipuri de întreprinderi sau spații.

Metoda de abordare cu gradul cel mai ridicat de generalitate ar fi propunerea unei interziceri totale a fumatului în **toate spațiile de la locul de muncă și în spațiile publice închise sau aproape închise**, inclusiv în mijloacele de transport public. De asemenea, restricțiile ar putea fi extinse la spațiile deschise din jurul intrărilor în clădiri și, eventual, la alte spații publice deschise în care persoanele se află, șezând

sau în picioare, foarte aproape unele de celelalte, precum stadioanele și locurile pentru divertisment în aer liber, stațiile de autobuz, peroanele din gări etc. S-ar putea lua în considerare excepții foarte limitate pentru anumite locuri în care oamenii își desfășoară existența cotidiană (de exemplu, încăperi special amenajate pentru fumat în locații precum centrele de îngrijire de lungă durată, unitățile psihiatrice, închisori etc.).

O metodă de abordare mai puțin restrictivă ar fi propunerea unei interziceri totale a fumatului în toate spațiile de la locul de muncă și spațiile publice închise sau aproape închise, dar cu câteva **derogări acordate anumitor categorii de localuri**. Pentru aceste localuri s-ar putea stabili cerințe minime privind spațiile închise pentru fumat, precum și standarde privind ventilația. Eventualele derogări ar putea include:

- sectorul autorizat hotelier și al localurilor de alimentație publică (restaurante, baruri și cafenele),
- localuri din sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică care nu servesc mâncare.

Acțiunile privind stabilirea unor spații în care fumatul este interzis ar da cele mai bune rezultate în cazul în care ar fi însoțite de **măsuri de sprijinire** la nivelul UE și/sau al statelor membre. Astfel de „politici de sprijinire” ar include campanii de conștientizare care să evidențieze dreptul cetățenilor la un aer nevieciat de fumul de tutun, riscurile fumatului pasiv, precum și accesul sporit la terapiile pentru renunțarea la fumat (atât comportamentale, cât și farmacologice) pentru persoanele care doresc acest lucru.

1. REGLEMENTĂRI PRIVIND INTERZICEREA GENERALĂ A FUMATULUI

Avantaje

Dintre toate opțiunile, aceasta ar oferi **gradul cel mai ridicat de reducere a expunerii la FTMA** și a efectelor dăunătoare aferente și ar asigura egalitatea cetățenilor europeni în ceea ce privește dreptul acestora de a respira un aer curat în spațiile închise, după cum se recunoaște de către OMS⁵³.

Studii din țările în care fumatul este interzis indică o îmbunătățire semnificativă a calității aerului în spațiile închise după intrarea în vigoare a interzicerii fumatului. Reducerea expunerii la FTMA a fost deosebit de importantă în special în localurile din sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică și în centrele de agrement⁵⁴ și s-a reflectat într-o îmbunătățire semnificativă a sănătății sistemului respirator al lucrătorilor din sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică⁵⁵, precum și într-o diminuare importantă a cazurilor de infarct și a mortalității datorate acestuia,⁵⁶ în decursul a câtorva luni de la punerea în aplicare a acestei politici.

De asemenea, reglementările generale ar deține cel mai ridicat potențial de **denormalizare a fumatului** în societate și ar crea un mediu care să încurajeze fumătorii să reducă fumatul sau să renunțe la acesta și, în același timp, care să descurajeze tinerii să înceapă să fumeze.

O analiză a 35 de studii privind eficiența politicilor de interzicere a fumatului a ajuns la concluzia că dispozițiile legislative generale referitoare la aerul curat în spațiile publice pot reduce răspândirea fumatului în rândurile întregii populații cu aproximativ 10%⁵⁷. În același sens, o analiză a 26 de studii privind locul de muncă a arătat că în locurile de muncă în care există o interzicere totală a fumatului se observă o reducere în răspândirea fumatului de 3,8% și o diminuare cu 3,1 a numărului de țigarete fumate pe zi de către un fumător permanent⁵⁸.

Faptul că interzicerea generală a fumatului este asociată cu **reducerea fumatului activ** a fost confirmat de exemple din țările în care fumatul este interzis în spațiile publice și în care s-a observat că scăderea vânzărilor produselor din tutun (de exemplu, cu 8% în Italia și cu 14% în Norvegia) a fost însoțită de o creștere semnificativă a încercărilor de a renunța la fumat, la scurt timp după introducerea noilor reglementări⁵⁹. În Irlanda, 80% dintre foștii fumători au invocat noua legislație drept motiv pentru renunțarea la fumat, în timp ce 88% au declarat că legislația i-a ajutat să nu reînceapă să fumeze⁶⁰. În ciuda existenței temerilor privind producerea unui efect contrar, interzicerea fumatului în toate spațiile publice pare să fi redus nivelul fumatului în locuințe, mai ales în prezența copiilor de vârstă mică⁶¹. În Irlanda, proporția locuințelor în care nu se fumează a crescut cu 8% după intrarea în vigoare a interzicerii fumatului⁶².

În ceea ce privește impactul social, avantajele acestei opțiuni s-ar adresa persoanelor care provin din **grupurile socio-economice defavorizate** și pentru care există o probabilitate mai ridicată să fumeze și să fie angajate în sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică.

În ceea ce privește **punerea în aplicare**, o interzicere generală a fumatului ar fi mai ușor de realizat decât restricțiile parțiale. Nivelul de peste 90% de respectare a dispozițiilor legislative corespunzătoare în Italia și Irlanda arată că o interzicere totală a fumatului se aplică aproape în întregime de la sine, din moment ce factorul de presiune socială devine o barieră importantă în calea fumatului și reduce considerabil necesitatea luării unor măsuri coercitive de către autoritățile oficiale.

Dezavantaje

O interzicere totală a fumatului în toate spațiile publice și la locul de muncă ar putea provoca un curent de **opoziție** în unele state membre și, astfel, adoptarea și punerea în aplicare a acesteia ar putea fi îngreunată. Aceasta este, de asemenea, opțiunea față de care industria tutunului și cea mai mare parte a sectorului hotelier și al localurilor de alimentație publică s-au declarat în mod clar ca fiind cel mai puțin favorabile.

Au existat temeri cu privire la **posibilitatea unor efecte negative pentru sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică** care ar decurge din interzicerea fumatului în baruri și restaurante. Cu toate acestea, datele care provin din zonele în care fumatul este interzis demonstrează că nu există un impact negativ de ansamblu asupra ocupării forței de muncă sau asupra veniturilor în acest sector⁶³. În Irlanda, volumul vânzărilor în baruri și cafenele a înregistrat o ușoară creștere (cu 0,1%) în 2005, inversând astfel o tendință descendentă care începuse să se manifeste înaintea intrării în vigoare a legislației privind interzicerea fumatului⁶⁴. În acest sens, ar fi utilă citarea unor statistici chiar dacă acestea se referă la state care nu fac parte din UE. De exemplu, în Norvegia s-a înregistrat o ușoară scădere cu 0,8% a vânzărilor în localurile care servesc mâncare și băutură, dar acest lucru se poate datora unei serii

de alți factori, precum vremea⁶⁵. În New York și California, cea mai mare parte a sectorului hotelier și al localurilor de alimentație publică pare să fi beneficiat de reglementările privind interzicerea fumatului⁶⁶. Acest lucru este confirmat de o analiză internațională a 97 de studii care nu a identificat nici un impact economic negativ în aceste studii bazate pe date obiective precum impozitul asupra vânzărilor și cifrele referitoare la ocuparea forței de muncă⁶⁷.

2. REGLEMENTĂRI PRIVIND INTERZICEREA FUMATULUI CU ANUMITE DEROGĂRI

Avantaje

Această opțiune ar putea duce la o reducere a fumatului activ, cât și a fumatului pasiv, precum și la o denormalizare a utilizării tutunului care ar fi mai importante decât în cazul în care nu s-ar lua nici o măsură.

Legislația care include anumite derogări ar putea fi mai acceptabilă pentru unele state membre, mai ales pentru industria respectivă, și, astfel, s-ar ajunge mai ușor la un compromis. În același timp, fiecare stat membru ar dispune de libertatea de a adopta sau continua să aplice dispoziții de drept intern mai stricte care să nu prevadă derogări.

Derogările ar putea fi completate de cerințe minime privind spațiile închise pentru fumat, precum și de standarde privind ventilația.

Dezavantaje

În ceea ce privește avantajele pentru sănătate și sociale, această măsură ar fi mai puțin eficientă decât reglementările generale privind interzicerea fumatului.

Unele dintre grupurile cele mai vulnerabile ar fi în continuare expuse la FTMA. O interzicere parțială ar putea implica riscul ca statelor membre și/sau angajatorilor să li se intenteze procese de către cetățeni care se plâng de efectele dăunătoare asupra sănătății acestora cauzate de fumatul pasiv.

Derogările ar diminua efectul procesului de denormalizare a fumatului care s-ar putea realiza printr-o interzicere totală. Datele internaționale arată că reglementările care permit fumatul în unele zone au asupra comportamentului privind fumatul, aproape jumătate din efectul pe care îl au politicile de interzicere totală a fumatului⁶⁸.

De asemenea, punerea în aplicare a unor dispoziții distincte pentru locuri diferite ar fi mai complicată și mai costisitoare decât în cazul unei interziceri totale și ar necesita măsuri de afișare a avertismentelor și controale sporite.

2.1. Derogări pentru sectorul autorizat hotelier și al localurilor de alimentație publică

Din cauza unei expuneri majore la FTMA, angajații din sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică sunt supuși unor riscuri grave ale fumatului pasiv, cu 50% mai mari în ceea ce privește cancerul pulmonar⁶⁹. Această categorie profesională ar fi în continuare expusă fumatului pasiv. Clienții localurilor care servesc mâncare și băutură ar fi supuși aceluiași tip de risc pentru sănătate.

Potrivit datelor pentru 2004 din ancheta privind forța de muncă, aproape 4,3 milioane de persoane erau angajate în baruri, cafenele, restaurante și în sectorul de alimentație publică (HORECA) în 15 state membre ale UE, ceea ce reprezenta 3% din totalul forței de muncă din aceste țări (nu există date privind celelalte 10 state membre). În sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică lucrează un procentaj semnificativ de tineri și femei⁷⁰.

Evaluarea impactului acestei opțiuni realizată de către guvernul scoțian a estimat că scăderea numărului deceselor datorată reducerii fumatului activ și pasiv ar fi de respectiv o jumătate și un sfert din scăderea numărului deceselor care s-ar înregistra în urma opțiunii de interzicere totală a fumatului⁷¹.

2.2. Derogări pentru barurile și cafenelele care nu servesc mâncare

Această opțiune nu ar reuși să protejeze cele mai vulnerabile categorii profesionale de expunerea la fumatul pasiv și nici clienții barurilor și cafenelelor. De asemenea, ar apărea riscul ca barurile să nu mai servească mâncare pentru a eluda dispozițiile privind interzicerea fumatului.

În plus, ar exista riscul agravării inegalităților existente privind sănătatea: studii recente din Regatul Unit arată că nivelul de expunere la FTMA este considerabil mai ridicat în barurile din comunitățile defavorizate decât în cele din zonele mai bogate⁷². Pe lângă aceasta, majoritatea localurilor autorizate care nu servesc mâncare sunt situate în zone defavorizate și barurile din aceste zone vor avea motive mai puternice să nu mai servească decât alcool⁷³.

Evaluarea impactului acestei opțiuni, realizată de către guvernul britanic, a estimat că avantajele pentru sănătate în acest caz ar fi de 40% din avantajele pe care le-ar înregistra o interzicere totală a fumatului (pornind de la ipoteza că, în prezent, între 10% și 30% dintre baruri nu servesc mâncare)⁷⁴.

2.3. Spații închise cu sistem de ventilație separat

Datele demonstrează că tehnologiile folosite în prezent (bazate pe procedee de amestecare și de diluare) au un impact limitat asupra nivelului de poluanți FTMA din industria din sectorul hotelier și al localurilor de alimentație publică și din alte spații închise⁷⁵. În plus, studii realizate în spații controlate, precum „încăperea climatică” INDOORTRON UE au demonstrat că intensificarea gradului de reînnoire a aerului

nu ar duce la o îmbunătățire semnificativă a calității acestuia în spațiile închise⁷⁶. Chiar dacă unele studii de caz recente finanțate de către industria tutunului⁷⁷ au afirmat că ventilația prin deplasarea aerului ar fi mai eficientă, **evacuarea totală a fumului de tutun prin ventilație este imposibilă**⁷⁸.

Prima conferință a părților la Convenția-cadru pentru controlul tutunului a ajuns la acordul (unanim) că „există date concludente că metodele tehnice nu oferă protecție împotriva expunerii la fumul de tutun”⁷⁹. În același sens, Societatea americană a inginerilor din domeniul încălzirii, refrigerării și climatizării (**ASHRAE** - American Society of Heating, Refrigerating, and Air Conditioning Engineers), organism normativ internațional pentru calitatea aerului din spațiile închise și ventilare, a adoptat un document de poziție în 2005 privind metodele de luptă împotriva fumului pasiv. Concluzia acestui document era că singurul mod eficient de a elimina riscurile pentru sănătate cauzate de expunerea la FTMA este interzicerea fumului în spațiile închise⁸⁰.

Separarea fizică a fumătorilor de nefumători prin stabilirea de **încăperi închise special amenajate pentru fumat** poate mări eficiența sistemelor de ventilație din partea pentru nefumători a clădirilor⁸¹. Totuși, această metodă nu protejează persoanele care se află în încăperea amenajată pentru fumat și nici personalul (precum chelneri sau personalul de întreținere a curățeniei) care trebuie să intre în încăperea având în vedere natura serviciului acestuia.

O altă temere privind încăperile special amenajate pentru fumat este **costul** ridicat care ar putea duce la apariția unei situații inechitabile pentru micii operatori⁸². Pe lângă aceasta, funcționarea și menținerea încăperilor ventilate amenajate pentru fumat implică o infrastructură considerabilă de **control și monitorizare**. Datele arată că, atunci când se folosesc sisteme de ventilație, acestea nu reușesc adesea să fie în conformitate cu normele stabilite prin lege⁸³.

În cazul în care încăperile ventilate amenajate pentru fumat ar fi considerate drept o opțiune viabilă pentru locurile care beneficiază de o derogare, acestea ar trebui să îndeplinească următoarele cerințe:

- să fie complet închise și izolate de spațiile pentru nefumători,
- să fie echipate cu un sistem de ventilație separat față de cel pentru spațiile pentru nefumători,
- să existe o presiune negativă a aerului pentru a preveni răspândirea fumului de tutun în alte spații,
- nici o altă activitate decât fumatul nu ar trebui permisă în aceste încăperi în vederea reducerii la minimum a nevoii ca angajații să desfășoare activități legate de serviciu în aceste spații⁸⁴.

În Malta, Italia și Suedia, țări care permit crearea unor încăperi special amenajate pentru fumat, cu sistem de ventilație separat, majoritatea operatorilor au ales să nu folosească această opțiune.

V. OPȚIUNI PRIVIND POLITICILE COMUNITARE

Câteva **opțiuni diferite privind politicile comunitare** sunt disponibile pentru atingerea obiectivelor antifumat. Scopul ar trebui să fie găsirea unei opțiuni prin care să se atingă cel mai bine aceste obiective, reducându-se în același timp costurile și taxele. Opțiunile de reglementare descrise mai jos sunt enumerate într-o ordine care reflectă un nivel în creștere al intervențiilor posibile ale Uniunii Europene (începând cu continuarea stadiului prezent al activității și până la dezvoltarea unui nou cadru legislativ obligatoriu al Uniunii Europene).

Aceste opțiuni privind politicile comunitare **nu se exclud reciproc** și se pot completa una pe cealaltă. De exemplu, o recomandare a Comisiei ar putea reprezenta un stimulent pentru inițiative de autoreglementare în rândul părților interesate și al statelor membre. Instrumentele de autoreglementare, pe de o parte, ar putea servi ca elemente de bază și/sau drept completare la regimul juridic obligatoriu (de exemplu, acoperirea locurilor unde legislația nu a intrat încă în vigoare sau a celor scutite de la interzicerea fumatului).

Trebuie remarcat faptul că domeniul de aplicare al diverselor instrumente de politică variază. Astfel, în timp ce legislația Uniunii Europene privind protecția lucrătorilor are ca sferă de aplicare spațiile publice, atâta timp cât este vorba despre locurile de muncă încadrate în limitele impuse de tratat, o interdicție totală a fumatului în toate locurile publice ar putea fi încurajată prin măsuri neobligatorii (precum recomandări ale Comisiei sau ale Consiliului), prin măsuri legislative adoptate de către statele membre și/sau prin măsuri voluntare adoptate de către părțile interesate.

Pentru a fi eficient, orice instrument de reglementare trebuie să fie, de asemenea, prevăzut cu o modalitate viabilă de **punere în aplicare** și un regim transparent de **monitorizare**.

Introducerea măsurilor de reglementare, la nivelul Uniunii Europene sau la nivel național/regional, trebuie însoțită în prealabil de o **dezbatere publică, de campanii de informare**, precum și de o **evaluare a impactului**.

1. SITUAȚIA DE *STATUS QUO* CONTINUĂ

Această opțiune reprezintă lipsa activităților noi din partea Uniunii Europene, **care continuă lucrările actuale** privitor la fumatul pasiv, în conformitate cu diversele programe comunitare (Sănătate publică, Cercetare, Ocuparea forței de muncă). Evoluția reglementărilor în acest domeniu este lăsată în sarcina statelor membre și a Convenției - cadru pentru controlul tutunului (FCTC).

Resursele obținute din elaborarea și aplicarea oricărei noi inițiative de politică ar putea fi folosite pentru a asigura aplicarea adecvată a recomandărilor existente ale Uniunii Europene privind sănătatea și securitatea la locul de muncă. În special, ar putea fi elaborate orientări pentru angajatori, angajați și autoritățile competente ale statelor membre, în scopul asigurării unei mai bune aplicări a Directivei - cadru (89/391/CEE), care – nereferindu-se în mod explicit la fumul de tutun din mediul ambiant (FTMA) – acoperă deja toate riscurile legate de securitatea și sănătatea la locul de muncă, inclusiv fumul de tutun.

De asemenea, s-ar putea întreprinde eforturi pentru promovarea spațiilor unde fumatul este interzis, prin intermediul altor mijloace decât legislația, cum ar fi campaniile de informare și educare, inițiative privind crearea de rețele, etc. Campania actuală anti-tabac „HELP” se va desfășura până în 2008 și ar putea fi urmată de o altă inițiativă de conștientizare în acest sens.

În plus, acțiunile privitoare la calitatea aerului din interior, inclusiv FTMA, vor continua ca rezultat al acțiunii 12 a Planului de acțiune pentru protecția mediului și a sănătății. Resursele necesare pentru diferitele proiecte în acest domeniu vor veni de la programul strategic multi anual Life+⁸⁵, 2007-2010, de la cel de-al șaptelea program – cadru de cercetare al Comunității Europene⁸⁶ și de la programul de sănătate publică⁸⁷.

Statele membre își rezervă dreptul de a decide dacă și cum să introducă măsuri împotriva fumatului, în funcție de circumstanțele și diferențele culturale. Tendința spre mediile unde nu se fumează va continua, în mod cel mai probabil, accentuată de întocmirea proiectului și publicarea orientărilor Convenției Cadru pentru Controlul Tutunului. Câteva guverne naționale, printre care se numără cele ale Danemarcei, Germaniei, Letoniei, Portugaliei și Sloveniei, și-au anunțat deja intențiile de a întări legislația împotriva fumatului în viitorul apropiat.

Totuși, dintre toate opțiunile, aceasta se așteaptă a fi cea mai puțin eficientă în reducerea expunerii la FTMA și a daunelor pe care le poate produce. Progresele în acest sens în diferite state membre se așteaptă să fie neuniforme. Ca rezultat al legislației incomplete, multe grupuri vulnerabile pot rămâne expuse la FTMA în spațiile publice interioare. Acest lucru ar putea prezenta un risc de litigiu din partea cetățenilor care ar reclama punerea în pericol a sănătății ca urmare a fumatului pasiv.

Luând în considerare așteptările de amploare în legătură cu inițiativa împotriva fumatului, există riscul dezamăgirii publicului. Continuarea situației de status quo ar reprezenta, de asemenea, o ocazie pierdută de a profita de tendința politică actuală spre zonele din Uniunea Europeană unde fumatul este interzis.

2. MĂSURI VOLUNTARE

Această opțiune ar consta în încurajarea părților implicate să adopte orientări voluntare comune la nivel european în ce privește răspândirea spațiilor unde nu se fumează. Ar putea fi promovate abordări sectoriale (de exemplu, în industria activităților de agrement și în alimentația publică). Responsabilitatea socială a întreprinderilor ar putea fi folosită ca bază de dezvoltare în acest domeniu.

În scopul facilitării discuțiilor, este posibilă organizarea unui proces – platformă vast, care să reunească societatea civilă și operatorii economici, precum și reprezentanții instituțiilor Uniunii Europene, ai statelor membre și ai organizațiilor internaționale. O astfel de platformă a fost stabilită anul trecut în domeniul alimentației și activității fizice. Un proces similar a fost propus recent pentru dezvoltarea unei vaste strategii a Uniunii Europene privind alcoolul.

O altă opțiune ar fi reprezentată de încurajarea partenerilor sociali europeni (angajatori și organizații sindicale) de a negocia un acord autonom privitor la fumatul la locul de muncă, în conformitate cu articolul 138 din tratat. Autoreglementarea prin

dialog social european a avut ca rezultat o varietate de efecte, inclusiv adoptarea a peste 300 de texte comune de către partenerii sociali europeni.

În mod ideal, autoreglementarea ar putea fi mai rapidă și mai flexibilă decât căile legislative tradiționale, oferind sectoarelor și întreprinderilor în cauză posibilitatea de a avea o influență mai directă asupra politicilor adoptate. Aceasta poate, de asemenea, crea un simț al responsabilității și al proprietății în rândul părților interesate. Totuși, progresul realizat depinde de dorința părților interesate de a angajamentul asumat și de eficacitatea mecanismelor de punere în aplicare. Dovezi din partea statelor membre sugerează, din păcate, faptul că acordurile voluntare nu au fost eficiente în domeniul controlului tutunului. În special în sectorul hotelier și al activităților de divertisment, măsurile voluntare nu au atins scopul cheie reprezentat de reducerea semnificativă a expunerii la FTMA.

De exemplu, în Regatul Unit, după cinci ani de acord voluntar încheiat între Ministerul Sănătății și principalele asociații hoteliere, s-a constatat lipsa fumatului în mai puțin de 1% dintre baruri⁸⁸. În Spania, legislația adoptată în anul 2006 le-a acordat barurilor și restaurantelor cu o suprafață mai mică de 100 m² libertatea de a opta pentru sau împotriva fumatului. Ultimele dovezi arată faptul că doar aproximativ 10% dintre localuri au decis să facă acest lucru⁸⁹. În Paris, un program voluntar având ca scop încurajarea celor 12 452 de cafenele, bistrouri și braserii de a se declara zone unde nu se fumează, a fost adoptat doar de 30 dintre aceste localuri⁹⁰.

3. METODĂ DESCHISĂ DE COORDONARE

Această opțiune include eforturile de coordonare ale statelor membre privitor la spațiile unde fumatul este interzis, utilizând așa-numita „metodă deschisă de coordonare”. Statele membre ar fi astfel încurajate să își stabilească propriile legi antifumat mai convergente fără a exista nevoia unei armonizări directe (cu toate că acest lucru ar rămâne o posibilitate).

Aceasta ar putea cuprinde următoarele elemente:

Schimbul de experiențe și cele **mai bune practici** de stabilire a politicilor eficiente antifumat la nivel național, regional și local,

- Convenirea asupra unor obiective și orientări ale Uniunii Europene bazate pe experiențe reușite atât în cadrul statelor membre cât și în afara Uniunii Europene. Acestea ar putea fi însoțite de termene relevante, împreună cu condițiile pentru monitorizare și punere în aplicare,
- Transformarea acestor orientări în planuri naționale de acțiune în scopul reducerii expunerii la FTMA cu calendare specifice pentru atingerea scopurilor pe termen scurt, mediu și lung,
- Supravegherea periodică, evaluarea și controlul reciproc, de exemplu sub forma raporturilor anuale din partea statelor membre.

Câteva state și regiuni au adoptat deja măsurile împotriva fumatului iar altele și-au exprimat deja intenția de a o face. Statele membre, de asemenea, se confruntă cu provocări comune, ca de exemplu, opunere din partea industriei, scepticism public și

neconformitatea cu cerințele existente. Coordonarea Uniunii Europene poate avea un rol esențial în determinarea unui proces de învățare reciprocă și împărtășire a celor mai bune practici între statele membre.

Totuși, angajamentul în ceea ce privește obiectivele antifumat rămâne voluntar și nu se impun sancțiuni pentru nerespectarea scopurilor convenite. Eficacitatea sistemului ar depinde de intensitatea supravegherii multilaterale și a presiunii la același nivel.

4. RECOMANDAREA COMISIEI SAU A CONSILIULUI

Această opțiune constă în încurajarea statelor membre să adopte legislația internă împotriva fumatului, coordonată de o recomandare completă a Comisiei sau a Consiliului privitoare la spațiile în care fumatul este interzis, conform articolului 152 CE care stabilește căi de acțiune propuse. Această opțiune ar putea fi folosită în mod independent sau ca parte a sistemelor de autoreglementare în rândul statelor membre (opțiunea 3) și/sau în cadrul industriei (opțiunea 2).

Deși nu ar avea caracterul obligatoriu, o astfel de recomandare ar reprezenta o specificare clară din partea Comisiei sau a Consiliului privitor la faptul că este necesară luarea de măsuri în vederea eliminării fumatului pasiv în Europa. O astfel de recomandare ar introduce problema ca prioritate pe agenda politică în toate statele membre ale Uniunii Europene și ar oferi astfel sprijin acțiunilor întreprinse de statele membre.

Eficiența acestei opțiuni depinde într-o mare măsură de claritatea orientărilor comunitare și de cerințele de raportare. Stabilirea de obiective clare însoțite de termene și indicatori specifici (de exemplu, o recomandare ca un procent anume al locurilor de muncă să adopte politica antifumat pentru un anumit an sau sector) ar avea, cu siguranță, un impact mai mare decât recomandările de o natură mai generală. De asemenea, cerința de a pune în aplicare un sistem de supraveghere și de a face publice rezultatele ar crea o presiune publică pentru o punere în aplicare mai drastică și pentru dezvoltarea unei politici mai riguroase.

În timp ce această opțiune ar oferi flexibilitate statelor membre, ar exista riscul principal ca unele dintre acestea să aleagă lipsa totală de acțiune.

5. LEGISLAȚIE OBLIGATORIE

O acțiune a Comunității în acest domeniu ar putea cuprinde adoptarea de măsuri legislative obligatorii. Legislația obligatorie ar impune o bază executorie transparentă și comparabilă de protecție privind riscul de expunere la FTMA pe tot teritoriul statelor membre.

Pe de altă parte, un proces legislativ asigură consultări formale și negocieri ferme, implicând toate părțile, ceea ce poate avea ca rezultat o politică mai robustă. Pe de altă parte, calea legislativă pare a fi relativ lungă și rezultatul final ar putea fi dificil de prevăzut.

Bazele juridice exacte ale legislației ar putea fi determinate doar în momentul în care se va defini natura reală și sfera de aplicare a instrumentului, iar această alegere va trebui să ia în considerare rezultatele dezbaterii publice.

În acest stadiu, se pot menționa deja câteva opțiuni fără a afecta rezultatul dezbaterii publice.

- Revizuirea directivelor existente conform Directivei - cadru 89/391/CEE privitor la securitatea și sănătatea lucrătorilor la locul de muncă. Această opțiune ar putea cuprinde, în special, extinderea sferei de aplicare a Directivei 2004/37 privind expunerea la agenți cancerigeni sau mutageni la locul de muncă (pentru a acoperi FTMA) și/sau întărirea cerințelor referitoare la protecția lucrătorilor împotriva fumului de tutun în Directiva 89/654/CEE privind cerințele minime de securitate și sănătate la locul de muncă.
- O altă opțiune este adoptarea unei directive separate privind fumatul la locul de muncă.
- Cu toate că nu are legătură directă cu protecția împotriva fumatului pasiv, o opțiune plauzibilă este modificarea Directivei referitoare la substanțele periculoase (67/548/CEE)⁹¹ pentru a clasifica FTMA drept agent cancerigen. Aceasta ar plasa automat FTMA în domeniul de aplicare al Directivei privind expunerea la agenți cancerigeni sau mutageni la locul de muncă.

Primele două opțiuni se aplică doar în cazul locurilor de muncă. Acestea s-ar putea aplica fie în cazul tuturor locurilor de muncă, fie doar pentru anumite categorii de locuri de muncă și trebuie să asigure faptul că toți lucrătorii care sunt expuși la niveluri nocive de FTMA sunt protejați în mod adecvat.

În cele din urmă, adoptarea unui instrument legislativ în limitele tratatului nu va constitui o piedică în calea Comunității în a adopta măsuri adiacente a căror natură nu este neobligatorie și care ar putea contribui la asigurarea scopului general de protecție împotriva FTMA în toate sectoarele.

VI. CONCLUZIE - OBSERVAȚII

Ținând cont de dovezile științifice neechivoce ale efectelor nefaste produse ca urmare a fumatului pasiv și de impactul politicilor referitoare la calitatea aerului în incinte și la interzicerea generală a fumatului, Comisia consideră faptul că politica cu cel mai vast domeniu de aplicare aduce cel mai mare beneficiu sănătății publice. Acest lucru ar crea, de asemenea, condiții egale pentru toți operatorii. Câteva exemple care au avut succes în ceea ce privește politica complexă de interzicere a fumatului, în prezent în vigoare peste tot în lume, au făcut dovada faptului că această opțiune este viabilă și aplicabilă,

Nivelul dezirabil de implicare a Uniunii Europene în promovarea legislației împotriva fumatului rămâne o problemă deschisă și este, de asemenea, legată de evoluțiile curente înregistrate în statele membre, iar unele dintre acestea au luat, de curând, decizia să acționeze în favoarea interzicerii fumatului în spațiile publice.

Comisia face apel la toate instituțiile Uniunii Europene, la statele membre și la toți cetățenii interesați, partide și organizații, să depună răspunsuri la problemele ridicate în această Carte Verde. Comisia este interesată, în special, de opiniile părților implicate, aduse cu privire la următoarele întrebări:

Întrebări

- (1) Care dintre cele două abordări sugerate în secțiunea IV ar fi mai potrivită, din punctul de vedere al sferei sale de aplicare, pentru inițiativa împotriva fumatului: o interdicere totală a fumatului în toate spațiile publice și locurile de muncă închise sau o interdicere cu derogări acordate unor categorii selecționate de locații? Vă rugăm să indicați motivul (motivele) alegerii dumneavoastră.
- (2) Care dintre opțiunile de politică descrise în secțiunea V ar fi cea mai potrivită pentru promovarea interzicerii fumatului în spațiile publice? Ce formă de intervenție a Uniunii Europene considerați că este necesară pentru a se îndeplini obiectivele legate de eliminarea fumatului?
- (3) Există alte informații cantitative sau calitative referitoare la impactul asupra sănătății, social sau economic al politicilor anti-tabac care ar trebui luate în considerare?
- (4) Aveți comentarii suplimentare sau sugestii privitor la Cartea Verde?

Răspunsurile la aceste întrebări trebuie trimise până la 1 mai 2007, la următoarea adresă (preferabil prin e-mail):

Comisia Europeană

Direcția generală pentru Sănătate și Protecția Consumatorilor

Unitatea C6– Măsuri Sanitare

Poștă electronică: sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu

Adresă poștală: B-1040 Brussels

Fax: (+32) 2 298 42 04

Toate răspunsurile la această Carte Verde vor fi publicate pe pagina web a Comisiei, cu excepția cazului în care respondentul face o declarație contrară.

VII. ANNEXES

Annex I: Cost effectiveness of various tobacco-control measures in European Region A*

Interventions: Codes_and Descriptions	Cost per year (I\$, millions) per one million_population [i.e. cost per capita]	DALYs** averted per year per one million population	Average Cost per DALY averted
TOB-2: Excise tax on tobacco products: 80% of supply price (global average)	0,22	1 939	111
TOB-3: Excise tax on tobacco products: 300% of supply price (highest regional rate)	0,22	4 641	46
TOB-4: Excise tax on tobacco products: 600% of supply price (double the highest regional rate)	0,22	6 723	32
TOB-5: Clean indoor air law enforcement	0,67	742	908
TOB-6: Comprehensive ban on tobacco advertising	0,27	561	473
TOB-7: Information dissemination	0,55	670	816
TOB-8: Nicotine replacement therapy	2,35	670	3 511
TOB-9: Combination (TOB4 + TOB7)	0,76	7 093	107
TOB-10: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB7)	1,43	7 467	192
TOB-11: Combination (TOB4 + TOB6 + TOB7)	1,03	7 372	139
TOB-12: Combination (TOB4 + TOB6)	0,48	7 032	68
TOB-13: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6)	1,15	7 415	156
TOB-14: Combination (TOB4 + TOB5 + TOB6 + TOB7)	1,70	7 725	220
TOB-15: Combination (ALL)	4,05	7 981	508

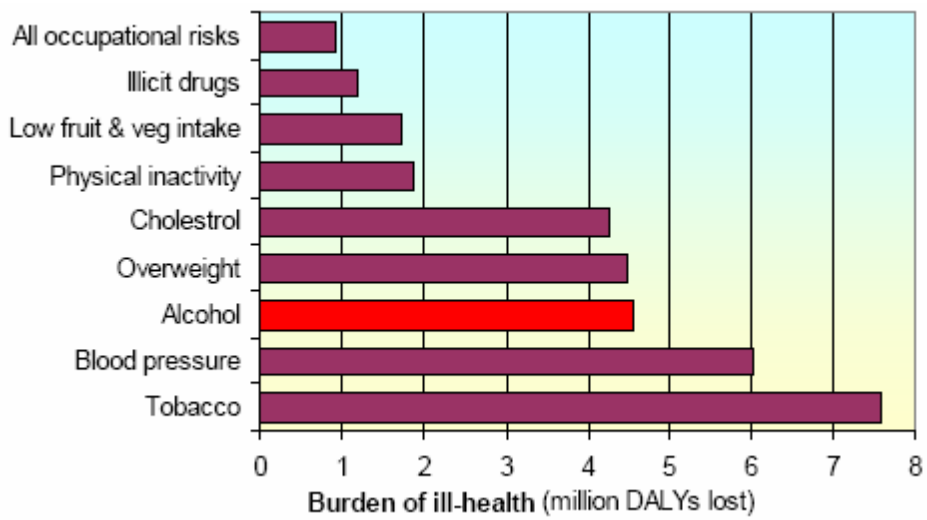
Source:

WHO-CHOICE webpage: http://www.who.int/choice/results/tob_eura/en/index.html

* **European Region A:** Andorra, Austria, Belgium, Croatia, Cyprus, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Iceland, Ireland, Israel, Italy, Luxembourg, Malta, Monaco, Netherlands, Norway, Portugal, San Marino, Slovenia, Spain, Sweden, Switzerland

** **DALYs** = Disability Adjusted Life Years (the sum of years of potential life lost due to premature mortality and the years of productive life lost due to disability).

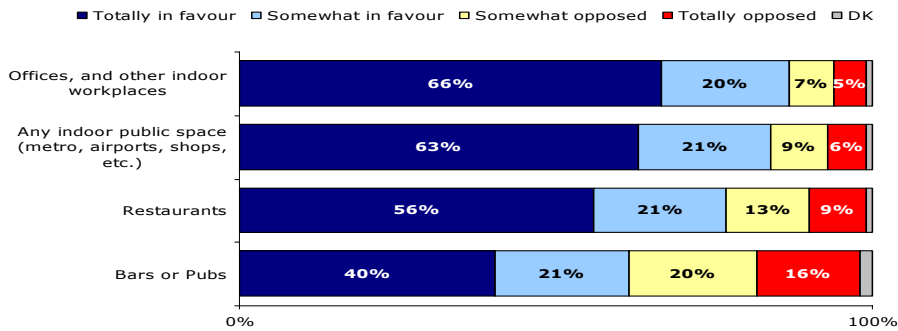
Annex II: Global burden of ill-health



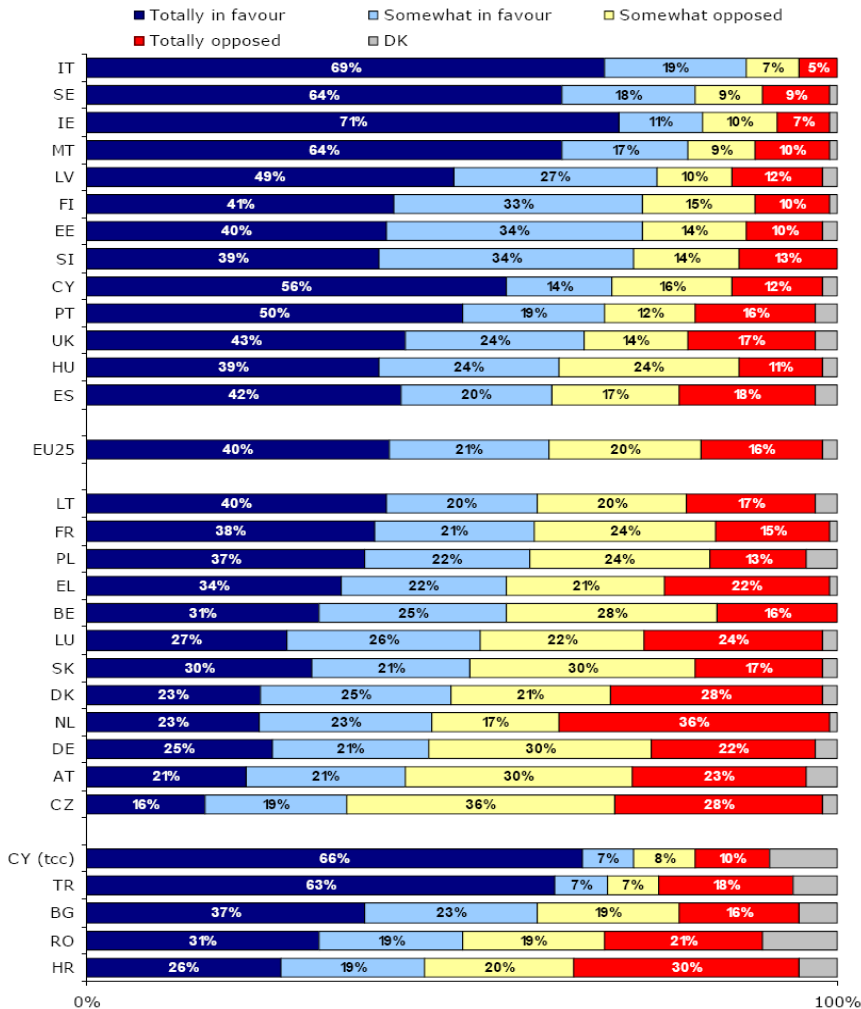
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

Annex III: Support for smoke-free policies

**Q8. Are you in favour of smoking bans in the following places?
(EU25)**



**Q8.2 Are you in favour of smoking bans in the following places?
Answer: Bars or Pubs**



Source:

“Attitudes of Europeans towards tobacco”, Special Eurobarometer 239, January 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf

Annex IV: References

-
- 1 JO C 189, 26.7.1989, p. 1.
2 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31-34).
3 De la 18 decembrie 2006.
- 4 Consecințele asupra sănătății în urma expunerii involuntare la fumul de tutun: Un raport al chirurgului general.
- Atlanta, GA: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe, Smokefree Partnership (February 2006) http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
- Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
- ‘Going smoke-free: The medical case for clean air in the home, at work and in public places’, Royal College of Physicians of London, (July 2005).
- Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH), ‘Secondhand Smoke: Review of evidence since 1998’, (November 2004) <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/10/14/75/04101475.pdf>
- International Agency for Research on Cancer (2002). Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. Volume 83, Lyon, IARC, World Health Organization.
- ‘Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health’,(1998) <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/tobacco/report.htm>
- 5 Agenția internațională pentru cercetarea privind cancerul (2002).
- Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health*. 1998 Jul;88(7):1025-9.
- 6 Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *BMJ* 1997;315: 973-80.
- He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Hughes J, Whelton PK. Passive smoking and the risk of coronary heart disease—a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999;340: 920-6.
- Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Cardiol*. 1998 Jan;31(1):1-9.
- 7 Whincup P et al (2004). Passive smoking and the risk of coronary heart disease and stroke: prospective study with cotinine measurement *BMJ* 329 (7459) pp 200-205.
- 8 Bonita R, Duncan J, Truelsen T, Jackson RT, Beaglehole R. Passive smoking as well as active smoking increases the risk of acute stroke. *Tob Control*. 1999 Summer;8(2):156-60.
- You RX, Thrift AG, McNeil JJ, Davis SM, Donnan GA. Ischemic stroke risk and passive exposure to spouses' cigarette smoking. Melbourne Stroke Risk Factor Study (MERFS) Group. *Am J Public Health*. 1999 Apr;89(4):572-5.

-
- 9 Jaakkola JJ, Jaakkola MS. Effects of environmental tobacco smoke on the respiratory health of adults. Scand J Work Environ Health. 2002;28 Suppl 2:52-70.
- 10 European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients' Associations, A European patient perspective on severe asthma, Fighting for breath. http://www.efanet.org/activities/documents/Fighting_For_Breath1.pdf . 2005.
- 11 WHO International consultation on ETS and Child Health – 1999:
http://www.who.int/tobacco/health_impact/youth/ets/en/print.html
- 12 Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, Eskenazi B, Bernert JT Jr, Graham S, Pearl M, Pirkle J. Environmental tobacco smoke and pregnancy outcome. Epidemiologie. 2004 Nov;15(6):660-70.
- Khan JC et al. (2006): Smoking and age-related macular degeneration: the number of pack years of cigarette smoking is a major determinant of risk for both geographic atrophy and choroidal neovascularisation. British Journal of Ophthalmology 2006;90;75-80.
- 13 Law MR, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischemic heart disease. Prog Cardiovasc Dis. 2003 Jul-Aug;46(1):31-8.
- Glantz S, Parmley W. Even a little secondhand smoke is dangerous. JAMA 2001;286:462–3.
- Pechacek TF, Babb S. How acute and reversible are the cardiovascular risks of secondhand smoke? BMJ. 2004 Apr 24;328(7446):980-3.
- 14 Jamrozik K., "An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe", Lifting the smokescreen., *op.cit.*
- 15 Phillips K, Howard D, Browne D, et al. Assessment of personal exposure to environmental tobacco smoke in British nonsmokers. Environ Int 1994;20:693–712.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Stockholm by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. Scand J Work Environ Health 1996;22 (suppl 1) :1–24.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Barcelona by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. Environ Int 1997;23:173–96.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of air quality in Turin by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. Environ Int 1997;23:851–71.
- Phillips K, Bentley M, Howard D, et al. Assessment of air quality in Paris by personal monitoring of nonsmokers for respirable suspended particles and environmental tobacco smoke. Environ Int 1998;24:405–25.
- Phillips K, Howard D, Bentley M, et al. Assessment of environmental tobacco smoke and respirable suspended particle exposures for nonsmokers in Lisboa by personal monitoring. Environ Int 1998;24:301–24.
- 16 CAREX/Finnish Institute of Occupational Health: Occupational Exposure to Carcinogens in the European Union in 1990-93 (1998).
- 17 Nebot M, Lopez MJ, Gorini G, Neuberger M, Axelsson S, Pilali M, Fonseca C, Abdennbi K, Hackshaw A, Moshammer H, Laurent AM, Salles J, Georgouli M, Fondelli MC, Serrahima E, Centrich F, Hammond SK. Environmental tobacco smoke exposure in public places of European cities. Tob Control. 2005 Feb;14(1):60-3.
- 18 Jarvis M. *Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff*. London: Department of Epidemiology and Public Health, University College, 2001.

-
- Jarvis MJ, Foulds J, Feyerabend C. Exposure to passive smoking among bar staff. *Br.J Addict.* 1992;87:111-3.
- Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA* 1993;270:490-3.
- Wakefield M, Cameron M, Inglis G, Letcher T, Durkin S. Secondhand smoke exposure and respiratory symptoms among casino, club, and office workers in Victoria, Australia. *J Occup Environ Med.* 2005 Jul;47(7):698-703.
- 19 A 24-Country Comparison of Levels of Indoor Air Pollution in Different Workplaces. Conducted by: Roswell Park Cancer Institute, Department of Health Behavior; International Agency for Research on Cancer; Division of Public Health Practice, Harvard School of Public Health; September 2006.
- 20 Grupul pentru punerea în aplicare a biomonitorizării umane (HBM) a fost înființat în scopul de pune în aplicare Acțiunea 3 a Planului de acțiune privind mediul și sănătatea („Elaborarea unei abordări coerente a biomonitorizării în Europa”). Acest grup întrunește experți ai guvernelor în domeniul biomonitorizării umane.
- 21 D.F.Behan, M.P. Eriksen, Y. Lin. Economic Effects of Environmental Tobacco Smoke, 2005.
- 22 Ludbrook A., Bird S., Van Teijlingen E. (2005) International Review of the Health and Economic Impact of the Regulation of Smoking in Public Places. NHS Health Scotland: Edinburgh.
- 23 Lok P. Smoking and the bottom line. The costs of smoking in the workplace. Ottawa, The Conference Board of Canada, 1997.
- Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee in Scotland. *Tob Control* 2000; 9: 187–192.
- Madden D.: Setting the Appropriate Tax on Cigarettes in Ireland. Working paper series, Wp0/05, Centre for Economic Research, October 2002.
- Ross H, " Economics of smoke free policies", *Lifting the smokescreen, op.cit.*
- 24 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill, <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>
- 25 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Evaluare reglementară asupra impactului. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shsrc-04.asp>
- The smoke-free premises etc (Wales) Regulations 2007. Annex B: Draft Regulatory Appraisal www.smokingbanwales.co.uk/english/download.php?id=1170
- Integrated Impact Assessment Overview of the Draft Smoking (Northern Ireland) Order 2006. <http://www.dhsspsni.gov.uk/smoking-consultation-06-eqia.pdf>
- 26 Raportul ASPECT. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004, p. 72.
- 27 *Ibidem*, p. 85.
- 28 The European Community Health Indicator no 23, "Regular Smokers": http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm.
- 29 Fong GT, Hammond D, Laux FL, Zanna MP, Cummings KM, Borland R, Ross H. The near-universal experience of regret among smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res.* 2004 Dec;6 Suppl 3:S341-51.
- 30 „Atitudinea europenilor față de fumat”, Eurobarometru special 239, Ianuarie 2006, http://ec.europa.eu/health/ph_information/documents/ebs_239_en.pdf
- 31 Jones S, Muller T., “Public attitudes to smoke-free policies in Europe”, *Lifting the smokescreen, op. cit.*
- Borland R, Yong HH, Siahpush M, Hyland A, Campbell S, Hastings G, Cummings KM, Fong GT. Support for and reported compliance with smoke-free restaurants and bars by smokers in four countries: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii34-41.
- 32 Chapman S, Borland R, Scollo M, Brownson RC, Dominello A, Woodward S. The impact of smoke-free workplaces on declining cigarette consumption in Australia and the United States. *Am J Public Health.* 1999 Jul;89(7):1018-23.

Hopkins DP, Briss PA, Ricard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, Alao MO, McKenna JW, Sharp DJ, Harris JR, Woollery TA, Harris KW; Task Force on Community Preventive Services. Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *Am J Prev Med.* 2001 Feb;20(2 Suppl):16-66. Revizuire.

Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.

Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592-609.

33 Wakefield MA, Chaloupka FJ, Kaufman NJ, et al. Effect of restrictions on smoking at home, at school, and in public places on teenage smoking: cross sectional study. *BMJ* 2000;321:333-337.

Siegel M, Albers AB, Cheng DM, Biener L, Rigotti NA. Effect of local restaurant smoking regulations on progression to established smoking among youths. *Tob Control.* 2005 Oct;14(5):300-6.

Farkas A, Gilpin E, White M, et al. Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA* 2000;284:717-22.

Wakefield M and Forster J. Growing evidence for new benefit of clean indoor air laws: reduced adolescent smoking. *Tob. Control*, October 1, 2005; 14(5): 292 – 293.

34 Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control.* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii42-50.

Borland R, Mullins R, Trotter L, White V. Trends in environmental tobacco smoke restrictions in the home in Victoria, Australia. *Tob Control.* 1999 Autumn;8(3):266-71.

Merom D, Rissel C. Factors associated with smoke-free homes in NSW: results from the 1998 NSW Health Survey. *Aust N Z J Public Health.* 2001 Aug;25(4):339-45.

35 Comitet de reglementare înființat în virtutea articolului 11 din Directiva 2001/37/CE.

36 Rezoluția Parlamentului European (P6_TA(2005)0045) din 23 februarie 2005 asupra Planului de acțiune privind mediul și sănătatea 2004-2010.

37 Raportul ASPECT. 'Tobacco or Health in the European Union - Past, Present and Future', European Commission 2004.

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf

38 Kotzias, D. et al. 2005, The INDEX project: Critical appraisal of the setting and implementation of indoor exposure limits in the EU, Joint research Centre, Ispra, Italy.

http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2002/pollution/fp_pollution_2002_frep_02.pdf

39 Franchi, M. et al. 2003. Towards Healthy Air in Dwellings in Europe - The THADE Report. European Federation of Allergy and Airways Diseases Patients Associations (EFA).

http://ec.europa.eu/comm/health/ph_projects/2001/pollution/fp_pollution_2001_frep_02.pdf

40 Pentru o privire de ansamblu a jurisprudenței în acest domeniu, a se vedea: "Smoke free workplaces: Improving the health and well-being of people at work". Bruxelles: European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001, pp. 84-97.

41 JO C 189, 26.7.1989, pp. 1-2.

42 JO L 22, 25.1.2003, pp. 31-34.

43 JO L 183, 29.6.1989, pp. 1-8.

44 A se vedea hotărârea Curții în cazul C-49/00 Comisie v. Italia, paras 10-18.

45 JO L 393, 30.12.1989, pp. 1-12.

46 JO L 245, 26.8.1992, pp. 6-22.

47 JO L 348, 28.11.1992, pp. 9-24.

-
- 48 JO L 404, 31.12.1992, pp. 10-25. Pe lângă aceasta, prezenta directivă interzice fumatul în zonele care prezintă pericole specifice de incendiu sau explozie, precum și în industria extractivă în subteran.
- 49 JO L 158, 30.4.2004, pp. 50-76.
- 50 JO L 263, 24.9.1983, pp. 25-32.
- 51 JO 196, 16.8.1967, pp. 1-98.
- 52 Trebuie menționat faptul că există în prezent o propunere de modificare a directivei (COM 2003-644) care însă nu acoperă tema referitoare la o posibilă clasificare a ETS în categoria substanțelor cancerigene 1 sau 2.
- 53 Organizația Mondială a Sănătății. Dreptul la un aer ambiental curat. (The right to healthy indoor air) Raportul unei reuniuni a OMS, Copenhaga, Danemarca; 2000. URL http://www.euro.who.int/air/activities/20030528_9
- 54 Mulcahy M, Evans DS, Hammond SK, Repace JL, Byrne M. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine levels in bars. *Tob. Control.* 2005 Dec;14(6):384-8.
- Gorini, G, Environmental Tobacco Smoke (ETS) Exposure in Florence Hospitality Venues Before and After the Smoking Ban in Italy. *J Occup Environ Med.* 2005 Dec;47(12):1208-10.
- How Smoke-free Laws Improve Air Quality: A Global Study of Irish Pubs”, March 2006, Harvard School of Public Health, Roswell Park Cancer Institute, HSE-West, RIFTFS, OTC.
- Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.
- Repache J. Respirable particles and carcinogens in the air of Delaware hospitality venues before and after a smoking ban. *J Occup Environ Med.* 2004 Sep;46(9):887-905.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Indoor air quality in hospitality venues before and after implementation of a clean indoor air law--Western New York, 2003. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004 Nov 12;53(44):1038-41.
- Farrelly MC, Nonnemaker JM, Chou R, Hyland A, Peterson KK, Bauer UE. Changes in hospitality workers' exposure to secondhand smoke following the implementation of New York's smoke-free law. *Tob Control.* 2005 Aug;14(4):236-41.
- McNabola A, Broderick B, Johnston P, Gill L. Effects of the smoking ban on benzene and 1,3-butadiene levels in pubs in Dublin.. *J Environ Sci Health A Tox Hazard Subst Environ Eng.* 2006 May;41(5):799-810.
- 55 Menzies D et al., Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA.* 2006 Oct 11; 296(14):1742-8.
- Eisner MD, Smith AK, Blanc PD. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA.* 1998 Dec 9;280(22):1909-14.
- Eagan TML, Hetland J and Aarø LE. Decline in respiratory symptoms in service workers five months after a public smoking ban. *Tobacco Control* 2006;15:242-246.
- Allwright S. et al. Legislation for smoke-free workplaces and health of bar workers in Ireland: before and after study. *BMJ.* 2005 Nov 12;331(7525):1117. Erratum in: *BMJ.* 2006 Jan 21;332(7534):1.
- 56 Barone-Adesi F, Vizzini L, Merletti F, Richiardi L. Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2006 Oct;27(20):2468-72. Epub 2006 Aug 29.
- Sargent RP, Shephard RM, Glantz SA. Reduced incidence of admissions for myocardial infection associated with public smoking ban: before and after study. *BMJ* 2004;328:977-80.

-
- 57 Bartecchi, C., et al. A city-wide smoking ordinance reduces the incidence of acute myocardial infarction. in American Heart Association Annual Scientific Sessions. 2005. Dallas, TX.
- 58 Levy DT, Friend KB. The effects of clean indoor air laws: what do we know and what do we need to know? *Health Educ Res* 2003; 18: 592–609.
- 59 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
- 60 Gallus S, Zuccaro P, Colombo P, Apolone G, Pacifici R, Garattini S, La Vecchia C. Effects of new smoking regulations in Italy. *Ann Oncol.* 2006 Feb;17(2):346-7. Lund, M., Lund K.E., Rise, J., Aarø, L.E., Hetland, J. (2005). Smoke-free bars and restaurants in Norway. Oslo/Bergen 2005: SIRUS/HEMIL, <http://www.globalink.org/documents/2005smokefreebarsandrestaurantsinNorway.pdf>.
- 61 Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A, Anderson S, Cummings KM, Allwright S, Mulcahy M, Howell F, Clancy L, Thompson ME, Connolly G, Driezen P. Reductions in tobacco smoke pollution and increases in support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: findings from the ITC Ireland/UK Survey. *Tob Control.* 2006 Jun;15 Suppl 3:iii51-8.
- Ministry of Health. 2006. After the Smoke has Cleared: Evaluation of the Impact of a New Smokefree Law. Wellington: Ministry of Health.
- California Department of Health Services, Tobacco Control Section. Indoor and Outdoor Secondhand Smoke Exposure. Sacramento: California Department of Health Services. <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf>
- 62 The 2004 Irish smoking ban: is there a ‘knock-on’ effect on smoking in the home?” D.Evans, and C Byrne. Health Service Executive, Western Area. <http://www.imt.ie/displayarticle.asp?AID=11000&NS=1&CAT=18&SID=1>
- 63 Joossens L. “Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants”, *Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe*, http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222
- 64 Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls
- 65 Lund K.E. Konsekvenser for omsetning, besrksfrekvens, trivsel og etterlevelse. Oslo 2006: SIRUS, <http://www.sirus.no/cwobjekter/SIRUSskrifter0106.pdf>
- 66 NYC Department of Finance, NYC Department of Health & Mental Hygiene, NYC Department of Small Business Services, NYC Economic Development Corporation, “The State of Smoke-Free New York City: A One-Year Review”, March 2004, <http://www.nyc.gov/html/doh/pdf/smoke/sfaa-2004report.pdf>.
- Cowling D W, Bond P. Smoke-free laws and bar revenues in California - the last call, *Health Economics*, 2005; 14 (12); 1273 – 81.
- 67 Scollo, M., Lal, A., Hyland, A. & Glantz, S. (2003) Review of the quality of studies on the economic effects of smoke-free policies on the hospitality industry. *Tobacco Control*, 12, 13-20.
- 68 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
- 69 Siegel M. Involuntary smoking in the restaurant workplace. A review of employee exposure and health effects. *JAMA.* 1993 Jul 28;270(4):490-3.
- 70 Eurostat, Statistics in Focus, Industry, Trade & Services, 32/2005, “Employment in hotels and restaurants in the enlarged EU still growing”. <http://europa.eu.int/rapid/pressReleasesAction.do?reference=STAT/05/127&type=HTML&aged=0&language=EN&guiLanguage=en>
- 71 The Smoking, Health and Social Care (Scotland) Act 2005 (Prohibition of Smoking in Certain Premises) Regulations 2005: draft. Annex C: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shsrc-04.asp>

-
- 72 Edwards R. et al. Levels of second hand smoke in pubs and bars by deprivation and food-serving status: a cross-sectional study from North West England. *BMC Public Health* 2006, 6:42
- 73 Woodall AA et al. The partial smoking ban in licensed establishments and health inequalities in England: modelling study, 18 August 2005.
IFF Research among a representative sample of 1,252 publicans and managers of pubs and bars throughout England and Wales carried out between 27 July and 11 August 2005. jointly commissioned by Action on Smoking and Health (ASH) and Cancer Research UK.
- 74 Partial Regulatory impact assessment – smokefree aspects of the Health Bill,
<http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/19/31/04121931.pdf>
- 75 Repace, J., "An air quality survey of respirable particles and particulate carcinogens in Delaware hospitality venues before and after a smoking ban," Bowie, MD: Repace Associates, Inc., February 7, De Gids W.F., Opperhuizen A., RIVM report 340450001/2004 "Reductie van blootstelling aan omgevingstabakrook in de horeca door ventilatie en luchtreiniging", 2003.

Repace, J. (2000). Can Ventilation Control Secondhand Smoke in the Hospitality Industry? California Department of Health Services.
- 76 Kotzias D et al (2005) Ventilation as a means of controlling exposure workers to environmental tobacco smoke (ETS). European Commission Joint Research Centre, Italy.

Kotzias D et al (2003) Report on Preliminary results on the impact of various air exchange rates on the levels of environmental tobacco smoke (ETS) components. ISPRA – IHCP Physical and Chemical Exposure Unit, 2003. Online at http://www.jrc.cec.eu.int/pce/pdf/tobacco_draft_report.pdf
- 77 Jacobs, P., de Jong, P. and de Gids, W.F., (2006) 'Decentralised smoke displacement system using recirculation and filtration', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.
de Gids, W.F. and Jacobs, P. (2006) 'An investigation into the possible reduction in Environmental Tobacco Smoke (ETS) in the day-to-day operations of the hospitality industry', Netherlands Organisation for Applied Scientific Research.

Environmental Tobacco Smoke monitoring in Toronto restaurants and bars, Report prepared by Stantec Consulting Ltd., July 2004.
- 78 Repace J, Johnson K. Can Displacement Ventilation Control Secondhand ETS?, ASHRAE: Fall 2006.

Chapter 10. Control of Secondhand Smoke Exposure. In: The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon General, op. cit.
- 79 Anexa 1 la Decizia 15 a Primei conferințe a părților la convenție, referitoare la elaborarea liniilor directoare pentru punerea în aplicare a articolului 8 al convenției.
http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop1/FCTC_COP1_DIV8-en.pdf
- 80 Samet, J.; Bohanon, Jr., H.R.; Coultas, D.B.; Houston, T.P.; Persily, A.K.; Schoen, L.J.; Spengler, J.; Callaway, C.A., "ASHRAE position document on environmental tobacco smoke," American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE), 30 June 2005.
- 81 Ibidem
- 82 De Gids W.F., Opperhuizen A., *op. cit.*
- 83 Wong S (2004) Results of the Designated Smoking Room (DSR) Air Flow Compliance Checks in York Region February - April 2003. Presentation, 11th April 2003.
- 84 New technologies, for example catalysing paints, have been developed with a capacity to reduce odours, tobacco smoke, ozone, nitrogen and sulphate oxides and organic volatile compounds. Once definitely tested and verified, these new catalysing paints could be used as a complementary technology in smoking rooms.
- 85 COM(2004) 0621 final - COD 2004/0218.

-
- 86 COM(2005) 0621 final - COD 2005/0218.
87 COM(2006) 234 final - COD 2005/0042A.
88 The Public Places Charter on smoking. Industry progress report. The Charter Group, April 2003.
89 Fernandez E. Spania: a ales lipsa fumului. Control tabac 2006 aprilie;15(2):79-80.
90 „Planul voluntar fără fum nu funcționează în Paris”- Guardian, 16/02/05
<http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>.
91 JO 196, 16.8.1967, p. 1–98.