



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 30.1.2007
COM(2007) 27 definitivo

LIBRO VERDE

Verso un'Europa senza fumo: opzioni per un'iniziativa dell'Unione europea

(presentato dalla Commissione)

INDICE

I.	INTRODUZIONE.....	4
II.	MOTIVAZIONI.....	5
1.	Considerazioni di carattere sanitario.....	5
1.1.	Le conseguenze per la salute dell'esposizione al fumo passivo	5
1.2.	Livelli d'esposizione.....	6
1.3.	Effetti di un'iniziativa antifumo	7
2.	Considerazioni economiche	7
2.1.	Costo economico.....	7
2.2.	Effetti di un'iniziativa antifumo	8
2.3.	Possibili conseguenze non intenzionali.....	8
3.	Considerazioni sociali	8
3.1.	Sostegno del pubblico alle leggi antifumo	8
3.2.	Incidenza sul consumo di tabacco.....	9
3.3.	Incidenza sull'equità sociale	9
4.	La spinta ad agire	9
III.	LE NORMATIVE IN VIGORE.....	10
1.	DISPOSIZIONI NAZIONALI	10
2.	DISPOSIZIONI COMUNITARIE IN VIGORE.....	11
IV.	GLI OBIETTIVI DI UN'INIZIATIVA A FAVORE DI AMBIENTI SENZA FUMO ¹²	
1.	DIVIETO GENERALE.....	13
2.	DIVIETO CON DEROGHE.....	14
2.1.	Deroghe per gli esercizi di ristorazione	15
2.2.	Deroghe per i caffè e bar in cui non sono somministrati alimenti	15
2.3.	Locali per fumatori chiusi, con impianti di aerazione separati	16
V.	LE OPZIONI DI INTERVENTO	17
1.	Mantenimento dello status quo	17
2.	Misure volontarie	18
3.	Metodo aperto di coordinamento	19
4.	Raccomandazione della Commissione o del Consiglio	20

5.	Legislazione vincolante.....	21
VI.	OSSERVAZIONI CONCLUSIVE	21
VII.	ANNEXES.....	23

I. INTRODUZIONE

L'esposizione al fumo di tabacco presente negli ambienti, o "fumo passivo" resta nell'Unione europea una causa diffusa di sovramorbidità e sovrarmortalità, che ha costi rilevanti per l'insieme della società.

Un'azione coordinata per una "Europa senza fumo" è una delle priorità della politica della Commissione nei settori della sanità, dell'ambiente, del lavoro e della ricerca. Nel suo piano d'azione "Ambiente e salute" (2004-2010), la Commissione si è impegnata ad "agire per migliorare la qualità dell'aria negli ambienti interni e in particolare ad adoperarsi perché il fumo sia vietato in tutti i luoghi di lavoro, ricorrendo a strumenti giuridici e a iniziative di promozione della salute a livello europeo e nazionale".

Sono già state adottate misure importanti destinate a promuovere nell'UE gli ambienti senza fumo. All'inizio degli anni '90 alcune direttive in materia di salute e sicurezza sul luogo di lavoro hanno introdotto restrizioni per quanto riguarda il fumo sul luogo di lavoro. A queste direttive si sono affiancate la risoluzione del Consiglio del 1989¹ e la raccomandazione sulla prevenzione del fumo del 2002², che invita gli Stati membri ad assicurare la protezione dall'esposizione al fumo passivo nei luoghi di lavoro, nei locali pubblici e nei trasporti pubblici. Oltre a queste azioni sul piano legislativo, due campagne antifumo nei media – "Sentitevi liberi di dire no" (2001-2004) e "HELP: per una vita senza fumo" (2005-2008) – hanno avuto come obiettivo di mettere in evidenza i rischi del fumo passivo e promuovere stili di vita senza fumo, in particolare fra i giovani.

Le differenze tra le legislazioni nazionali sono notevoli. La Commissione considera eccellenti esempi i provvedimenti adottati da Irlanda, Italia, Malta, Svezia e da parte del Regno Unito ed esorta tutti gli Stati membri a procedere sollecitamente all'introduzione di misure efficaci che proteggano i cittadini dagli effetti nocivi del fumo passivo.

Sul piano internazionale, la convenzione quadro dell'OMS sulla lotta contro il tabagismo, firmata da 168 parti e ratificata da 141³, tra cui la Comunità europea, riconosce che "è scientificamente dimostrato che l'esposizione al fumo del tabacco è causa di morte, malattie e invalidità". La convenzione impegna la Comunità e i suoi Stati membri a contrastare l'esposizione al fumo nei luoghi di lavoro chiusi, nei mezzi di trasporto pubblico e nei locali pubblici.

Questo Libro verde si propone di avviare un ampio processo di consultazione e un pubblico dibattito, cui sono chiamati a partecipare le istituzioni dell'UE, degli Stati membri e della società civile, sul modo migliore per contrastare il fumo passivo nell'UE.

La Commissione analizzerà accuratamente i commenti ricevuti in risposta a questo Libro verde e sulla base di tale analisi deciderà quali ulteriori passi intraprendere. Entro il primo semestre 2007 sarà pubblicata una relazione che riassumerà i risultati della consultazione. Parallelamente proseguiranno, nel quadro del piano d'azione per la salute e l'ambiente, i lavori sulla qualità dell'aria negli ambienti interni.

II. MOTIVAZIONI

1. CONSIDERAZIONI DI CARATTERE SANITARIO

1.1. Le conseguenze per la salute dell'esposizione al fumo passivo

Il fumo di tabacco presente negli ambienti contiene oltre 4 000 sostanze chimiche, di cui più di 50 sono riconosciute come cancerogene e molte sono agenti tossici. Non è stato possibile determinare una soglia di esposizione al di sotto della quale il fumo passivo sia da considerarsi privo di rischi né si ritiene probabile che nuove ricerche, in futuro, permettano di stabilire tale soglia.

Il fumo passivo è stato classificato come **noto agente cancerogeno per l'uomo** dall'Agenzia per la protezione dell'ambiente degli Stati Uniti nel 1993, dal Dipartimento della sanità e i servizi sociali degli Stati Uniti nel 2000 e dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'OMS nel 2002. Inoltre, è stato classificato come **agente cancerogeno sul luogo di lavoro** dai governi finlandese (2000) e tedesco (2001). Recentemente, l'Agenzia per la protezione dell'ambiente della California ha classificato il fumo di tabacco un "**inquinante tossico dell'aria**".

Vari studi hanno confermato i gravi rischi che il fumo passivo comporta per la salute e la vita.⁴ È stato accertato che l'esposizione cronica al fumo passivo causa molte delle stesse malattie provocate dal fumo attivo, tra cui il cancro del polmone, malattie cardiovascolari e malattie dell'infanzia.

Da uno studio realizzato dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'OMS risulta che il rischio di ammalarsi di cancro al polmone è più elevato del 20-30% per i non fumatori che vivono con un fumatore e del 12-19% per le persone esposte al fumo passivo nel luogo di lavoro.⁵ Meno evidente è il nesso di causalità tra l'esposizione al fumo passivo e altri tipi di cancro.

È stato dimostrato che il rischio di cardiopatie coronariche è maggiore del **25-30%** per i non fumatori che vivono con un fumatore⁶ (e uno studio recente indica che questa cifra potrebbe in realtà essere più elevata)⁷. Dati sempre più numerosi sembrano inoltre dimostrare un nesso causale tra fumo passivo e ictus cerebrale nei non fumatori, anche se ulteriori ricerche sono necessarie per una stima del rischio.⁸

Il fumo passivo è all'origine di **malattie respiratorie**⁹ ed è una fonte importante di esacerbazione dell'asma, delle allergie e delle pneumopatie ostruttive croniche, che ha come conseguenza l'esclusione sociale e professionale. Secondo una recente indagine paneuropea, uno dei massimi desideri per il futuro espressi dalle persone affette da asma grave è quello di poter respirare aria sana.¹⁰

Il fumo passivo è particolarmente pericoloso per i **bambini** ed è associato alla morte improvvisa del lattante, alla polmonite, alla bronchite, all'asma e ai sintomi respiratori e alle patologie dell'orecchio medio. L'esposizione al fumo passivo durante la **gravidanza** può avere come conseguenze una riduzione del peso della nascita, un aborto spontaneo o un parto prematuro¹¹.

Le ricerche più recenti indicano che l'esposizione al fumo passivo determina un rischio quasi doppio di contrarre la degenerazione maculare senile, prima causa di perdita della vista nell'UE.¹²

Per la maggior parte degli effetti nocivi per la salute del fumo passivo si osserva una relazione dose-risposta lineare, ossia il rischio aumenta proporzionalmente all'esposizione. Rispetto al fumo attivo il livello di rischio individuale è inferiore (per esempio 1,2 contro 20 per il cancro del polmone). Tuttavia, dato il gran numero di persone esposte, il carico di morbosità è elevato.

Inoltre, per le cardiopatie **la relazione dose-risposta è non lineare**. Il fumo passivo comporta un rischio di cardiopatie che è pari quasi al 50% di quello a cui è soggetto chi fuma 20 sigarette al giorno. Anche quantità molto piccole di fumo di tabacco possono avere effetti immediati sulla coagulazione e sulla formazione di emboli ed effetti a lungo termine sullo sviluppo dell'arteriosclerosi, tutti fattori importanti nelle malattie cardiache.¹³ Le conseguenze sono rilevanti: le malattie cardiache costituiscono nell'Unione europea la principale causa di decesso, tra i fumatori come tra i non fumatori.

Secondo le stime (prudenti) più recenti, elaborate congiuntamente dalla Società europea di pneumologia (European Respiratory Society), dalla Fondazione britannica per la ricerca sul cancro (Cancer Research UK) e dall'Institut National du Cancer in Francia, il fumo passivo causa ogni anno nei 25 paesi dell'UE la morte di **oltre 79.000 adulti**. È dimostrato che il fumo passivo nel **luogo di lavoro** nel 2002 ha causato nell'UE oltre **7.000 decessi**, mentre l'esposizione **in casa** è stata all'origine di altre **72.000 decessi**. Queste stime comprendono i decessi causati da malattie cardiache, malattie cerebrovascolari, cancro del polmone e alcune malattie respiratorie imputabili al fumo passivo, ma non tengono conto dei decessi di adulti conseguenti ad altre malattie collegate all'esposizione al fumo passivo (come la polmonite), né dei decessi di bambini, né della rilevante morbosità grave, sia acuta che cronica, causata dal fumo passivo.¹⁴

1.2. Livelli d'esposizione

I principali luoghi di esposizione cronica e intensa al fumo passivo sono la **casa** e il **luogo di lavoro**.¹⁵ Secondo il rapporto del 1998 del Sistema informativo sull'esposizione professionale agli agenti cancerogeni (**CAREX**), il fumo passivo era nei 15 paesi allora appartenenti all'Unione europea la seconda forma più comune di esposizione ad agenti cancerogeni (dopo la radiazione solare). Negli anni 1990-93 circa 7,5 milioni di lavoratori europei erano esposti al fumo passivo durante almeno il **75% del loro tempo di lavoro**.¹⁶

Da un'inchiesta svolta nel 2001-2002 in una serie di luoghi pubblici di sette città europee è risultato che il fumo di tabacco era presente nella maggior parte dei luoghi esaminati (locali destinati ad attività di svago e ristoro, mezzi di trasporto, ospedali ed edifici scolastici). Le concentrazioni più elevate di fumo passivo sono state misurate nei bar e nelle discoteche; quattro ore passate in una discoteca rappresentavano un'esposizione equivalente a quella subita in un mese da una persona che vive con un fumatore.¹⁷ I **livelli** di esposizione estremamente elevati riscontrati nei locali pubblici sono stati confermati da altri studi, che hanno accertato

per il personale dei bar un'esposizione media almeno tre volte superiore a quella subita da chi vive in un alloggio in cui sia presente un fumatore.¹⁸

Negli ultimi anni l'entrata in vigore di leggi antifumo ha portato in alcuni Stati membri all'eliminazione quasi totale dell'esposizione in certi luoghi di lavoro, ma nei paesi in cui non vi sono severe restrizioni l'esposizione rimane elevata, in particolare per quanto riguarda i locali pubblici di svago e ristoro.¹⁹

Per stimare l'esposizione al fumo passivo nell'UE, il gruppo di esperti UE sul biomonitoraggio umano²⁰ ha raccomandato di includere la cotinina (un importante biomarcatore dell'esposizione al fumo passivo) nell'elenco dei candidati per il futuro progetto pilota dell'UE sul biomonitoraggio umano. Gli Stati membri hanno appoggiato questa raccomandazione in più occasioni.

1.3. Effetti di un'iniziativa antifumo

Un'iniziativa a favore di ambienti senza fumo avrebbe come effetto, oltre a quello di proteggere la popolazione dai danni provocati dall'esposizione al fumo passivo, quello di ridurre il consumo complessivo di tabacco. La riduzione del fumo passivo e attivo avrebbe come conseguenza una **riduzione delle malattie e della mortalità** causata da patologie quali il cancro del polmone, le cardiopatie coronariche, le malattie respiratorie e le malattie cerebrovascolari, e quindi un aumento della speranza di vita. Anche se ci vorranno fino a 30 anni perché si manifestino interamente gli effetti benefici per la salute, miglioramenti sensibili, in particolare della salute respiratoria e cardiovascolare, potrebbero aversi nel giro di 1-5 anni.

Il progetto CHOICE dell'OMS considera il divieto di fumare nei luoghi pubblici come **la seconda forma d'intervento più efficace**, dopo gli aggravii fiscali, per ridurre la mortalità e la morbosità dovute al tabagismo (si veda l'allegato I).

2. CONSIDERAZIONI ECONOMICHE

2.1. Costo economico

I dati provenienti da alcuni Stati membri (Regno Unito, Irlanda) e da altri paesi permettono di affermare che l'esposizione al fumo passivo genera costi privati e sociali enormi, ma il costo complessivo per l'Unione europea deve ancora essere stimato. Il costo per **l'economia nel suo insieme** comprende i costi diretti connessi all'aumento della spesa sanitaria dovuto alle malattie causate dal fumo e i costi indiretti derivanti dalle perdite di produttività e di entrate fiscali e contributive conseguenti all'uscita dalla popolazione attiva di fumatori e vittime del fumo passivo.²¹

Il costo economico è particolarmente elevato per **i datori di lavoro**; vi concorrono la minore produttività dei lavoratori dovuta alle "pause sigaretta" e all'aumento delle assenze per malattia, i danni degli incendi provocati da sigarette, i costi supplementari di pulizia e manutenzione connessi al fumo.²² In Canada, il costo annuale aggiuntivo per dipendente fumatore, rispetto a un dipendente equivalente non fumatore, è stato stimato nel 1995 in 2.565 dollari canadesi. Le perdite subite dai datori di lavoro scozzesi a causa della minore produttività, dei tassi d'assenteismo più

elevati e dei danni provocati da incendi accidentali di cui sono responsabili i fumatori rappresentavano nel 1997, secondo le stime, una quota del prodotto interno lordo scozzese compresa tra lo 0,51% e lo 0,77%. In Irlanda il dato corrispondente era stimato per il 2000 tra l'1,1 e l'1,7% del PIL.²³

2.2. Effetti di un'iniziativa antifumo

A lungo termine, il miglioramento della salute derivante da provvedimenti intesi a limitare il fumo potrebbe avere **effetti economici rilevanti**. Secondo le valutazioni d'impatto effettuate dal governo britannico, i benefici netti a lungo termine di un'efficace normativa antifumo sarebbero compresi tra 1,714 e 2,116 miliardi di sterline all'anno.²⁴ In Scozia, Galles e Irlanda del Nord i benefici netti dei divieti di fumo ammonterebbero, rispettivamente, a 4,387 e 2,096 miliardi di sterline su un periodo di 30 anni e a 1,101 miliardi di sterline su un periodo di 20 anni.²⁵

2.3. Possibili conseguenze non intenzionali

Poiché i provvedimenti antifumo indurranno alcuni fumatori a smettere di fumare o a fumare meno, **l'industria del tabacco** potrebbe subire una **diminuzione dei profitti** e, di conseguenza, potrebbe aversi in questo settore una perdita di posti di lavoro. Questo settore, tuttavia, concorre per una quota relativamente modesta all'occupazione totale dell'UE. Nel 2000 gli addetti del settore (coltivazione del tabacco, trasformazione e fabbricazione) rappresentavano lo 0,13% del totale degli occupati dell'UE-15.²⁶ Inoltre, il denaro attualmente destinato al tabacco sarà probabilmente speso per altri beni e servizi, e questo contribuirà a creare occupazione in altri settori.

Una minore spesa per il tabacco significherà anche per gli Stati membri una **diminuzione del gettito delle imposte** (accise e IVA) gravanti sulle sigarette. È da notare, tuttavia, che nella maggior parte dei paesi UE il gettito di queste imposte, per quanto cospicuo, rappresenta una quota relativamente esigua del gettito fiscale complessivo (tra l'1 e il 5%). Le eccezioni sono la Repubblica ceca, la Polonia e la Grecia, paesi in cui nel 1999 le imposte sulle sigarette rappresentavano rispettivamente il 6, 7 e 9% del gettito fiscale dello Stato.²⁷ Il divieto di fumare comporterebbe, oltre a una riduzione dei costi sociali del fumo, un aumento del reddito disponibile delle famiglie di fumatori e l'incremento del gettito dell'IVA risultante dagli investimenti e dalle spese che tali famiglie potrebbero effettuare impiegando il reddito supplementare compenserebbe in parte i minori introiti.

È da prevedere un calo di produttività per i fumatori che attualmente possono fumare sul luogo di lavoro e che continueranno a fumare, recandosi all'esterno degli edifici per la "pausa sigaretta".

3. CONSIDERAZIONI SOCIALI

3.1. Sostegno del pubblico alle leggi antifumo

Quasi il 70% dei cittadini dell'UE non fuma²⁸ e risulta da inchieste che la maggior parte dei fumatori desidera smettere di fumare²⁹.

Secondo il recente **sondaggio Eurobarometro** sull'atteggiamento degli europei nei riguardi del fumo³⁰, i tre quarti degli europei sono consapevoli del fatto che il fumo rappresenta un rischio per la salute dei non fumatori e il 95% ammette che fumare in presenza di una donna incinta può essere molto pericoloso per il nascituro.

Dall'indagine risulta che **le misure intese a vietare il fumo incontrano un ampio consenso tra i cittadini dell'UE** (cfr. allegato III). Più di quattro persone interrogate su cinque sono favorevoli al divieto di fumare nei luoghi di lavoro (86%) e nei luoghi pubblici chiusi (84%). La maggioranza degli europei è inoltre a favore del divieto di fumare nei bar (61%) e nei ristoranti (77%). Il divieto di fumare nei bar e nei ristoranti trova il massimo sostegno (rispettivamente più dell'80% e più del 90%) nei quattro Stati membri in cui questo divieto è già in vigore. Questa è un'ulteriore indicazione del fatto che il sostegno ai provvedimenti antifumo tende ad aumentare nel periodo che precede la loro introduzione, e cresce ancora dopo che sono entrati in vigore.³¹

3.2. Incidenza sul consumo di tabacco

I provvedimenti antifumo hanno come importante effetto indiretto quello di sensibilizzare il pubblico ai pericoli del fumo attivo e passivo e di contribuire a **“debanalizzare” il fumo**. Una diversa percezione del fumo potrebbe portare a un cambiamento dei comportamenti, e in particolare:

- facilitare per i fumatori la decisione di smettere di fumare o di ridurre il fumo e aiutarli a persistere nella loro decisione³²;
- dissuadere adolescenti e giovani dal cominciare a fumare³³; particolarmente efficace dovrebbe rivelarsi il divieto di fumare nei luoghi di divertimento, dove spesso i giovani “sperimentano” la sigaretta;
- dissuadere i fumatori dal fumare in presenza di non fumatori, in particolare di bambini e donne incinte, anche quando non ci sono divieti legali (per esempio in casa e in automobile)³⁴. Questo è importante perché i danni maggiori sono subiti dai bambini, che sono esposti al fumo passivo in casa, dove la legge non può intervenire.

3.3. Incidenza sull'equità sociale

I provvedimenti antifumo potrebbero anche contribuire ad attenuare le conseguenze per la salute delle diseguaglianze socioeconomiche. Poiché la probabilità di essere un fumatore e di essere esposto al fumo passivo è sensibilmente più elevata per le persone con basso livello d'istruzione, basso reddito e bassa qualificazione professionale, si può ritenere che a trarre i maggiori benefici dal divieto di fumare nei luoghi pubblici sarebbero le classi sociali meno favorite.

4. LA SPINTA AD AGIRE

In quanto firmataria della convenzione quadro **dell'OMS sulla lotta contro il tabagismo**, la Comunità ha l'obbligo giuridico di sostenere ogni iniziativa tendente a bandire il fumo dai luoghi pubblici. L'articolo 8 della convenzione impegna le parti ad “adottare e attuare (...) efficaci misure legislative, esecutive, amministrative e/o

d'altra natura, che assicurino una protezione dall'esposizione al fumo di tabacco nei luoghi di lavoro chiusi, nei mezzi di trasporto pubblico, nei locali pubblici e, ove opportuno, in altri luoghi pubblici." Nella prima conferenza delle parti della convenzione, svoltasi nel febbraio 2006, è stato deciso di predisporre una serie di orientamenti sul divieto di fumare nei luoghi pubblici da sottoporre all'esame della seconda conferenza delle parti, in programma nel primo semestre 2007.

Nella sua raccomandazione del 2002 sulla prevenzione del fumo e su iniziative per rafforzare la lotta contro il tabagismo, il **Consiglio dell'Unione europea** ha invitato la Commissione "a esaminare in quale misura le disposizioni di cui alla presente raccomandazione risultano efficaci e a considerare la necessità di ulteriori azioni, in particolare se nel mercato interno dovessero apparire disparità nei settori oggetti della presente raccomandazione". Inoltre, nella riunione del **comitato di regolamentazione "tabacco"**³⁵ del settembre 2005, gli Stati membri hanno convenuto che un'iniziativa della Commissione in forma di Libro verde o di comunicazione contribuirebbe a diffondere le buone pratiche e ad appoggiare le iniziative nazionali miranti ad introdurre il divieto di fumare nei luoghi pubblici.

Il **Parlamento europeo** ha manifestato il suo apprezzamento per "la volontà espressa dalla Commissione di continuare ad agire per porre fine al tabagismo nei locali chiusi" e la ha invitata "a classificare il fumo di tabacco nell'ambiente come agente cancerogeno della classe 1" nella sua risoluzione del febbraio 2005 sul piano d'azione della Commissione per l'ambiente e a salute³⁶.

Il valore aggiunto dell'azione dell'UE è stato riconosciuto anche nel rapporto "**Tabacco o salute nell'Unione europea**" redatto per la Commissione da un gruppo di esperti.³⁷ L'opportunità di un intervento a livello europeo è stata messa in evidenza anche da due progetti paneuropei sull'inquinamento dell'aria degli ambienti interni, finanziati dal programma comunitario sulla sanità pubblica. Il **rapporto INDEX** pubblicato dal Centro comune di ricerca dell'UE ha individuato cinque sostanze chimiche (presenti nel fumo di tabacco) che devono essere regolamentate in via prioritaria negli ambienti interni e ha raccomandato il "divieto di fumare in tutti i locali pubblici e nei luoghi di lavoro"³⁸. La stessa raccomandazione è contenuta nel **rapporto THADE**³⁹, secondo cui il fumo di tabacco è il fattore che più contribuisce, negli edifici in cui si fuma, alla concentrazione di particolato negli ambienti interni.

III. LE NORMATIVE IN VIGORE

1. DISPOSIZIONI NAZIONALI

In tutti gli Stati membri si osserva una netta tendenza a regolamentare il fumo nei luoghi pubblici, indotta, tra l'altro, dalle normative esistenti a livello europeo e internazionale. In tutti gli Stati membri esiste attualmente una qualche forma di regolamentazione mirante a limitare l'esposizione al fumo passivo e i suoi effetti nocivi per la salute. Portata e natura delle regolamentazioni variano notevolmente.

Il divieto assoluto di fumare **in tutti i luoghi pubblici chiusi e in tutti i luoghi di lavoro**, compresi bar e ristoranti, è già in vigore in Irlanda (marzo 2004) e in Scozia (marzo 2006). In Irlanda del Nord, Inghilterra e Galles, una legislazione antifumo completa entrerà in vigore entro l'estate 2007.

Le **leggi antifumo** in vigore in Italia (gennaio 2005), a Malta (aprile 2005) e in Svezia (giugno 2005) prevedono la possibilità di realizzare locali isolati riservati ai fumatori, dotati di impianti di aerazione separati. Legislazioni analoghe entreranno in vigore in Francia nel febbraio 2007 (con un periodo transitorio per gli esercizi di ristorazione fino a gennaio 2008) e in Finlandia nel giugno 2007. Dal gennaio 2007 il divieto di fumo è in vigore anche in Lituania (con l'eccezione di "club per fumatori" dotati di speciali attrezzature).

Vari altri Stati membri (tra cui Belgio, Cipro, Estonia, Finlandia, Paesi Bassi, Slovenia e Spagna) hanno vietato il fumo in tutti i luoghi pubblici chiusi e in tutti i luoghi di lavoro, **ad eccezione del settore della ristorazione**, ove si applicano restrizioni parziali.

Nella maggior parte degli Stati membri sono in vigore norme che vietano o limitano il fumo nei **principali luoghi pubblici** (ospedali, scuole, uffici della pubblica amministrazione, teatri, cinema, mezzi di trasporto pubblico). Meno frequenti sono le restrizioni nei luoghi di lavoro. Il grado di coerenza di queste disposizioni varia: si può andare da semplici risoluzioni o accordi volontari, fino a leggi che prevedono sanzioni severe in caso di inosservanza.

In conseguenza dell'incompletezza delle norme o della loro inapplicazione, le pubbliche amministrazioni e i datori di lavoro sono spesso citati in giudizio da cittadini per i danni causati alla loro salute dal fumo passivo⁴⁰.

In diversi Stati membri le normative nazionali sono rafforzate da disposizioni più severe adottate **a livello regionale e/o locale**. Il quadro giuridico è inoltre integrato da misure di autoregolamentazione, grazie alle quali un numero crescente di luoghi di lavoro, scuole, ospedali, mezzi di trasporto pubblico ecc. introducono su base volontaria il divieto di fumo. Si cerca sempre più di incoraggiare il personale a smettere di fumare e di mettere in risalto l'idea che la salubrità degli ambienti interni è un diritto fondamentale di ogni cittadino e di ogni lavoratore.

2. DISPOSIZIONI COMUNITARIE IN VIGORE

A livello dell'Unione europea la questione degli ambienti senza fumo è stata oggetto di **risoluzioni e raccomandazioni non vincolanti**, con le quali gli Stati membri sono stati esortati ad assicurare una protezione adeguata dall'esposizione al fumo passivo. In particolare, la **risoluzione del Consiglio del 1989** (89/C 189/01) relativa al divieto di fumare nei luoghi accessibili al pubblico⁴¹ invitava gli Stati membri ad adottare misure dirette a introdurre il divieto di fumare nei locali chiusi accessibili al pubblico e in tutti i mezzi di trasporto pubblico. Più di recente, con la **raccomandazione del Consiglio 2003/54/CE** sulla prevenzione del fumo e su iniziative per rafforzare la lotta contro il tabagismo⁴² è stato chiesto agli Stati membri di applicare misure efficaci che garantiscano una protezione dall'esposizione al fumo di tabacco negli ambienti interni dei luoghi di lavoro, nei luoghi pubblici e sui mezzi di trasporto pubblico.

La **direttiva quadro concernente la salute e la sicurezza nel luogo di lavoro** (89/391/CEE)⁴³, pur non facendo esplicitamente riferimento al fumo di tabacco, riguarda tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori⁴⁴ e impone a ogni

datore di lavoro di valutare i rischi esistenti sul luogo di lavoro e di adottare idonee misure di prevenzione e protezione.

Inoltre, una serie di direttive particolari in materia di salute e sicurezza sul lavoro che stabiliscono "**prescrizioni minime**" relative a rischi specifici e contengono disposizioni miranti a garantire la **protezione dei lavoratori dal fumo passivo** (si veda il paragrafo seguente). Queste direttive devono essere recepite dagli Stati membri nelle rispettive legislazioni e correttamente applicate. Secondo quanto prevede il trattato, gli Stati membri possono adottare disposizioni più severe.

La direttiva relativa alle prescrizioni minime di sicurezza e di salute per i luoghi di lavoro (89/654/CEE)⁴⁵ e le direttive relative ai cantieri temporanei o mobili (92/57/CEE)⁴⁶, alle industrie estrattive per trivellazione (92/91/CEE)⁴⁷ e alle industrie estrattive (92/104/CEE)⁴⁸ impongono ai datori di lavoro di assicurare l'aerazione dei luoghi di lavoro chiusi e di proteggere i non fumatori dal disagio provocato dal fumo del tabacco nei locali e nelle zone di riposo.

Le **direttive sulla protezione dei lavoratori dall'esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni** (2004/37/CE)⁴⁹ e all'**amianto** (83/477/CEE)⁵⁰ vietano il fumo nelle zone in cui i lavoratori possono essere esposti, rispettivamente, ad agenti cancerogeni o mutageni e a polveri di amianto. La **direttiva sulla sicurezza e la salute sul lavoro delle lavoratrici gestanti** (92/85/CEE) impone ai datori di lavoro di adottare le misure necessarie per proteggere dall'esposizione al monossido di carbonio le lavoratrici gestanti, puerpere e in periodo di allattamento.

Alcuni componenti del fumo passivo (arsenico, 1,3-butadiene, benzene e ossido di propilene) sono classificati come sostanze cancerogene nell'allegato 1 della **direttiva sulle sostanze pericolose** (67/548/CEE)⁵¹. Il fumo di tabacco come tale non rientra nel campo d'applicazione della legislazione comunitaria sui prodotti chimici, che riguarda soltanto le sostanze e i preparati **immessi sul mercato** negli Stati membri.⁵²

IV. **GLI OBIETTIVI DI UN'INIZIATIVA A FAVORE DI AMBIENTI SENZA FUMO**

È essenziale definire innanzitutto gli **obiettivi** di un'iniziativa dell'UE a favore di ambienti senza fumo. Data la gran varietà di luoghi in cui può aversi un'esposizione al fumo passivo, per essere efficace un'azione dovrà avere una portata generale e non essere circoscritta a determinati luoghi o ambienti.

La soluzione più radicale consisterebbe quindi nel proporre un divieto totale **in tutti gli ambienti chiusi o pressoché chiusi dei luoghi di lavoro e dei luoghi pubblici**, compresi i mezzi di trasporto pubblico. Le restrizioni potrebbero anche essere estese alle aree esterne in prossimità dell'entrata degli edifici ed eventualmente ad altri spazi pubblici aperti in cui le persone si trovano a stretto contatto, come stadi, sale di spettacolo, pensiline d'attesa alle fermate degli autobus, marciapiedi delle stazioni ferroviarie ecc. Eccezioni molto limitate potrebbero essere previste per i luoghi di soggiorno prolungato (locali per fumatori in case di cura, unità psichiatriche, istituti penitenziari ecc.).

Un approccio più blando sarebbe quello di proporre un divieto totale di fumare in tutti gli ambienti chiusi o pressoché chiusi dei luoghi di lavoro e dei luoghi pubblici,

prevedendo però **eccezioni per determinati tipi di locali**, che potrebbero essere autorizzati ad allestire spazi chiusi riservati ai fumatori, per i quali sarebbero stabilite precise norme, in particolare per quanto riguarda l'aerazione. Le deroghe potrebbe riguardare:

- gli esercizi di ristorazione (bar e ristoranti),
- gli esercizi ricettivi che non effettuano servizio di ristorazione.

L'efficacia di un'iniziativa a favore di ambienti senza fumo verrebbe accresciuta da **misure di sostegno** adottate dall'UE e/o dagli Stati membri, che potrebbero ad esempio consistere in campagne di sensibilizzazione incentrate sul diritto di respirare aria senza fumo e sui pericoli del fumo di passivo e nel mettere a disposizione delle persone che desiderano smettere di fumare terapie di cessazione (comportamentali e farmacologiche).

1. DIVIETO GENERALE

Vantaggi

Il divieto generale di fumare è l'opzione che permetterebbe la **massima riduzione dell'esposizione al fumo passivo** e dei danni che ne derivano e porrebbe i cittadini europei in condizioni di uguaglianza per quanto riguarda la tutela del loro diritto di respirare aria salubre negli ambienti interni, come è riconosciuto dall'OMS.⁵³

Studi effettuati nei paesi in cui vige un divieto di fumo generale dimostrano che la qualità dell'aria degli ambienti interni è migliorata sostanzialmente da quando il divieto è entrato in vigore. La riduzione dell'esposizione al fumo passivo è stata particolarmente significativa nei locali di ristoro e svago⁵⁴ e si è tradotta nel giro di alcuni mesi in un sensibile miglioramento della salute respiratoria dei lavoratori del settore⁵⁵ e in un notevole calo dell'incidenza degli attacchi cardiaci e della connessa mortalità.⁵⁶

Un divieto generale sarebbe inoltre, più di ogni altra opzione, suscettibile di **debanalizzare il fumo** nella società e creerebbe un ambiente capace di indurre i fumatori a limitare il fumo o a smettere di fumare e di dissuadere i giovani dal cominciare a fumare.

Un'analisi di 35 studi sull'efficacia delle leggi antifumo dimostra che un divieto generale che garantisca la salubrità dell'aria nei locali pubblici può portare a una riduzione del 10% circa della prevalenza del tabagismo nell'insieme della popolazione.⁵⁷ Da un'analisi di 26 studi condotti in luoghi di lavoro è risultato inoltre che il divieto totale di fumare nei luoghi di lavoro ha avuto per effetto una riduzione della prevalenza del tabagismo del 3,8% e una diminuzione del consumo pari a 3,1 sigarette al giorno per fumatore.⁵⁸

Che il divieto generale abbia come conseguenza una **riduzione del fumo attivo** è provato da quanto si è constatato nei paesi in cui è stato introdotto un tale divieto, ossia un calo delle vendite di tabacco (dell'8% in Italia e del 14% in Norvegia) accompagnato da un aumento significativo dei tentativi di smettere di fumare.⁵⁹ In Irlanda, l'80% degli ex fumatori ha indicato la nuova legislazione come motivo della

loro decisione di smettere di fumare e l'88% ha dichiarato che la legge li aveva aiutati a non ricominciare.⁶⁰ Nonostante si temesse il contrario, il divieto di fumare in tutti i luoghi pubblici sembra avere indotto a fumare di meno anche nelle abitazioni, specialmente in presenza di bambini.⁶¹ In Irlanda, la quota delle famiglie in cui non si fuma è aumentata dell'8% dopo l'entrata in vigore del divieto.⁶²

Sul piano sociale, a trarre i maggiori benefici da questa opzione sarebbero le **classi meno abbienti**, in cui il tabagismo è più diffuso e che contano un maggior numero di occupati nel settore ricettivo e della ristorazione.

Per quanto riguarda **l'applicazione**, un divieto generale sarebbe più facile da far rispettare che restrizioni parziali. Il tasso di rispetto della legge superiore al 90% in Italia e in Irlanda dimostra che un divieto totale è rispettato quasi automaticamente in quanto la pressione sociale esercita un forte influsso sul comportamento dei fumatori e riduce drasticamente la necessità di un'azione coercitiva delle autorità.

Svantaggi

È probabile che un divieto generale di fumare in tutti i luoghi pubblici e i luoghi di lavoro incontri l'opposizione di alcuni Stati membri e possa quindi essere più difficile da approvare e da applicare. Questa opzione è anche quella a cui l'industria del tabacco e, nella sua maggioranza, il settore ricettivo e della ristorazione si sono dichiarati più opposti.

Sono stati espressi timori circa la possibilità che il divieto di fumare nei bar e nei ristoranti **nuoccia alle attività di questo settore**. I dati di cui si dispone, tuttavia, indicano che dove il divieto è in vigore non si è avuta alcuna ripercussione negativa sull'occupazione o sul fatturato del settore.⁶³ In Irlanda nel 2005 il volume d'affari dei caffè e dei bar è aumentato leggermente (dello 0,1%), con un'inversione della tendenza al calo in atto da prima che la legge antifumo entrasse in vigore.⁶⁴ Può essere utile citare alcune statistiche anche se riguardano paesi non appartenenti all'UE. In Norvegia, ad esempio, si è avuta una leggera diminuzione (0,8%) del fatturato degli esercizi di ristorazione, ma è probabile sia stata causata da vari altri fattori, il compreso il tempo.⁶⁵ A New York e in California il settore della ristorazione sembra aver tratto beneficio dalle leggi antifumo.⁶⁶ Questo è confermato da un'analisi internazionale compiuta su 97 studi, da cui risulta che nessun effetto economico negativo è stato rilevato sulla base di dati oggettivi relativi ad esempio alle imposte sul volume d'affari o all'occupazione.⁶⁷

2. DIVIETO CON DEROGHE

Vantaggi

Questa opzione porterebbe comunque a una riduzione del fumo attivo e passivo e a una debanalizzazione del tabagismo maggiori di quelle che si avrebbero se nessuna misura fosse adottata.

Un divieto che preveda la possibilità di deroghe potrebbe essere più accettabile in alcuni Stati membri, specie per l'industria, e quindi potrebbe essere più facile raggiungere un compromesso. Gli Stati membri sarebbero comunque liberi di

adottare o mantenere legislazioni nazionali più severe che non prevedano la possibilità di deroghe.

Nel caso in cui fossero previste deroghe, potrebbero essere adottate prescrizioni minime per i locali chiusi riservati ai fumatori, riguardanti ad esempio l'aerazione.

Svantaggi

Rispetto al divieto generale, questa opzione comporterebbe minori benefici sul piano della salute e sul piano sociale.

Le persone più vulnerabili continuerebbero ad essere esposte al fumo passivo. Una regolamentazione parziale potrebbe comportare per gli Stati membri e/o i datori di lavoro il rischio di essere denunciati dai cittadini per i danni subiti dalla loro salute a causa del fumo passivo.

Le deroghe ridurrebbero l'effetto di debanalizzazione del fumo che potrebbe essere ottenuto da un divieto totale. Come dimostrano dati rilevati in più paesi, le leggi che ammettono il fumo in alcuni luoghi hanno sui comportamenti un'efficacia ridotta della metà rispetto alle leggi che prevedono un divieto generale.⁶⁸ Applicare disposizioni diverse secondo il tipo di locale sarebbe più complicato e costoso che applicare un divieto generale e richiederebbe una segnaletica più complessa e maggiori controlli.

2.1. Deroghe per gli esercizi di ristorazione

A causa della massiccia esposizione al fumo passivo, i lavoratori del settore della ristorazione sono soggetti a rischi di particolare gravità, superiori del 50% nel caso del cancro del polmone⁶⁹. Questi lavoratori continuerebbero ad essere esposti al fumo passivo. Gli stessi rischi correrebbero i clienti dei bar e dei ristoranti.

Secondo i dati dell'indagine sulle forze di lavoro 2004, gli addetti del settore della ristorazione in 15 Stati membri dell'UE erano quasi 4,3 milioni, ossia il 3% dell'occupazione totale di questi paesi (per gli altri 10 Stati membri non si hanno dati). I giovani e le donne sono occupati in questo settore in proporzioni rilevanti.⁷⁰

Secondo la valutazione d'impatto effettuata dal governo scozzese, nel caso in cui fosse adottata questa opzione il calo dei decessi conseguente alla riduzione del tabagismo attivo e passivo sarebbe, rispettivamente, dell'ordine di metà e di un quarto del calo che si avrebbe se fosse applicato un divieto totale.⁷¹

2.2. Deroghe per i caffè e bar in cui non sono somministrati alimenti

Questa opzione non proteggerebbe dall'esposizione al fumo passivo né le categorie professionali più vulnerabili né i clienti dei caffè e bar. Potrebbero darsi anche casi di esercizi disposti a rinunciare a servire pasti pur di aggirare il divieto di fumo.

Inoltre, rischierebbero di accentuarsi le disegualianze esistenti in fatto di salute: studi recenti effettuati nel Regno Unito indicano che i livelli di esposizione al fumo passivo sono sensibilmente più elevati nei locali situati in quartieri popolari.⁷² A ciò si aggiunge il fatto che, nel Regno Unito, gli esercizi che non servono alimenti sono

situati in zone popolari e che in queste zone i locali verrebbero in tal modo incentivati a servire soltanto bevande alcoliche.⁷³

Secondo la valutazione d'impatto effettuata dal governo britannico, i benefici per la salute di questa opzione sarebbero equivalenti al 40 % di quelli che deriverebbero da un divieto generale (considerando che attualmente nel 10-30% dei locali non sono somministrati alimenti).⁷⁴

2.3. Locali per fumatori chiusi, con impianti di aerazione separati

È dimostrato che le tecnologie attualmente in uso (basate sulla mescolanza e sulla diluizione) riducono in misura marginale l'inquinamento da fumo ambientale negli esercizi di ristorazione e in altri ambienti interni.⁷⁵ Studi eseguiti in ambienti controllati, come la "camera ambientale" *Indoortron* del Centro comune di ricerca della Commissione europea hanno permesso di accertare che l'aumento del tasso di ricambio dell'aria non porta a un miglioramento significativo della qualità dell'aria interna.⁷⁶ Se la ventilazione per spostamento è più efficace, a quanto risulta da alcuni studi recenti finanziati dall'industria del tabacco⁷⁷, **l'eliminazione completa del fumo di tabacco mediante la ventilazione non è possibile.**⁷⁸

La **prima conferenza delle parti** della convenzione quadro sulla lotta contro il tabagismo è giunta alla conclusione unanime che "è dimostrato che le soluzioni tecniche non proteggono dall'esposizione al fumo di tabacco."⁷⁹ L'American Society of Heating, Refrigerating and Air Conditioning Engineers (**ASHRAE**) – un organismo internazionale di normazione in materia di qualità dell'aria interna e ventilazione – ha affermato in un suo documento del 2005 sui mezzi di lotta contro il fumo passivo che il solo modo efficace di eliminare i rischi per la salute derivanti dall'esposizione al fumo passivo è quello di vietare il fumo negli ambienti interni.⁸⁰

La separazione fisica tra fumatori e non fumatori con la creazione di **locali chiusi per fumatori** può accrescere l'efficacia dei sistemi di aerazione nelle zone riservate ai non fumatori.⁸¹ Questa soluzione non protegge però i frequentatori dei locali per fumatori né il personale (camerieri, addetti alle pulizie) che deve accedervi .

Un altro elemento a sfavore dei locali riservati ai fumatori è il loro **costo finanziario elevato**, che potrebbe porre in condizioni di svantaggio i piccoli esercizi⁸². Inoltre, il funzionamento e la manutenzione di locali per fumatori muniti di impianti di aerazione richiedono una complessa infrastruttura di **ispezione e controllo**. È accertato che gli impianti di aerazione, quando sono utilizzati, spesso non rispondono ai requisiti stabiliti dalla legge.⁸³

Se dovesse essere considerata praticabile l'opzione della deroga per gli esercizi che dispongono di locali aerati riservati ai fumatori, tali locali dovrebbero rispondere ai seguenti requisiti:

- essere completamente chiusi e isolati dalle zone per non fumatori,
- essere muniti di un impianto di aerazione distinto da quello delle zone per non fumatori,

- avere una pressione dell'aria negativa per evitare la diffusione del fumo di tabacco nelle altre zone,
- nessun'altra attività all'infuori del fumo dovrebbe esservi consentita, in modo da ridurre al minimo la necessità per il personale di recarvisi per espletare le loro mansioni.⁸⁴

A Malta, in Italia e in Svezia, dove è prevista la possibilità di creare locali per fumatori con aerazione separata, sono pochi gli operatori che hanno scelto di far uso di questa possibilità.

V. LE OPZIONI DI INTERVENTO

Diverse opzioni d'intervento sono possibili per raggiungere gli obiettivi della lotta contro il fumo. L'opzione da preferire dovrebbe essere quella che permette di realizzare meglio gli obiettivi e al tempo stesso ridurre i costi e gli oneri. Le opzioni di carattere normativo considerate sono presentate qui di seguito in un ordine corrispondente a un livello crescente di intervento da parte dell'Unione europea (dal mantenimento del livello di intervento attuale alla creazione di un nuovo quadro vincolante basato su una normativa comunitaria).

Queste opzioni **non sono tra loro incompatibili**, possono anzi essere complementari. Ad esempio, una raccomandazione della Commissione può stimolare le parti interessate e gli Stati membri a introdurre forme di autoregolamentazione le quali, a loro volta, possono porre le basi di un quadro normativo vincolante e/o integrarlo (ad esempio, applicandosi a luoghi per i quali non sono ancora in vigore disposizioni di legge o a cui si applica una deroga al divieto di fumare).

I vari strumenti avrebbero una diversa portata. Mentre la normativa comunitaria in materia di protezione dei lavoratori si applicherebbe ai luoghi pubblici che sono luoghi di lavoro – nei limiti previsti dal trattato – un divieto generale di fumare in tutti i luoghi pubblici potrebbe essere incoraggiato da misure non vincolanti (come una raccomandazione della Commissione o del Consiglio), da disposizioni di legge adottate da Stati membri e/o da misure volontarie delle parti interessate.

Per essere efficace, ogni legge deve contenere disposizioni che permettano d'imporre e controllarne l'**applicazione**. L'adozione di misure legislative a livello europeo, nazionale o regionale dovrebbe essere preceduta da una **consultazione pubblica** e da **campagne d'informazione** nonché da un'**analisi dell'impatto**.

1. MANTENIMENTO DELLO STATUS QUO

Questa opzione implica che l'Unione europea non adotterebbe nessuna nuova iniziativa, ma **continuerebbe le azioni in corso** nel quadro dei diversi programmi comunitari (sanità pubblica, ricerca, occupazione) per quanto riguarda il fumo passivo. Gli interventi legislativi in questo campo sarebbero di competenza degli Stati membri e si porrebbero nel seguito della convenzione quadro per la lotta contro il tabagismo.

Le risorse non destinate all'elaborazione e all'attuazione di nuove iniziative potrebbero essere impiegate per rendere più efficace l'applicazione delle raccomandazioni e delle direttive comunitarie sulla salute e la sicurezza sul luogo di lavoro. In particolare, potrebbe essere svolta un'azione di orientamento diretta a datori di lavoro, lavoratori dipendenti e autorità competenti degli Stati membri al fine di migliorare l'applicazione della direttiva-quadro (89/391/CEE) che, pur non contenendo un esplicito riferimento al fumo passivo, riguarda tutti i rischi per la salute e la sicurezza dei lavoratori, anche quelli derivanti dal fumo.

Potrebbero anche essere attuate iniziative di carattere non legislativo per promuovere ambienti senza fumo, come campagne d'informazione e di educazione, creazione di reti, ecc. L'attuale campagna antifumo "HELP", proseguirà fino al 2008 e potrebbe essere seguita da un'altra iniziativa di sensibilizzazione.

Inoltre, le attività riguardanti la qualità dell'aria negli ambienti interni, e quindi anche il fumo passivo, continueranno per dare seguito all'azione 12 del piano d'azione per l'ambiente e la salute. Le risorse necessarie per realizzare i diversi progetti in questo settore proverranno dal programma strategico pluriennale LIFE + per il periodo 2007-2010⁸⁵, dal settimo programma quadro comunitario della Comunità europea per la ricerca⁸⁶ e dal programma per la sanità pubblica⁸⁷.

Gli Stati membri conserverebbero il diritto di decidere se e come adottare misure di divieto, tenendo conto delle specificità nazionali e delle differenze culturali. La tendenza allo sviluppo di ambienti senza fumo molto probabilmente si manterrebbe e verrebbe consolidata dall'emanazione di linee direttrici nell'ambito della convenzione quadro. Alcuni governi nazionali, tra cui quelli di Danimarca, Germania, Lettonia, Portogallo e Slovenia, hanno già annunciato la loro intenzione di rafforzare in un prossimo futuro le normative nazionali antifumo.

È tuttavia prevedibile che questa opzione sarà la meno efficace dal punto di vista della riduzione dell'esposizione al fumo passivo e dei danni che ne derivano. I progressi realizzati nei vari Stati membri rischierebbero di essere diseguali. Una regolamentazione parziale lascerebbe le categorie di persone più vulnerabili esposte al fumo passivo nei locali pubblici chiusi, con il conseguente rischio di cause intentate dai cittadini per i danni alla salute provocati dal fumo passivo.

Gran parte dell'opinione pubblica, che attende un'iniziativa dell'Unione europea contro il fumo, rischierebbe di essere delusa. Mantenere lo status quo significherebbe anche perdere l'occasione di sfruttare l'attuale spinta politica a favore di ambienti senza fumo.

2. MISURE VOLONTARIE

Questa opzione consisterebbe nell'incoraggiare le parti interessate ad adottare orientamenti volontari comuni a livello europeo per favorire la diffusione degli ambienti senza fumo. Potrebbero essere incentivate iniziative settoriali (riguardanti ad esempio i settori dello svago e della ristorazione), puntando tra l'altro sul concetto di responsabilità sociale delle imprese.

Per facilitare il dibattito potrebbe essere istituita una vasta piattaforma che vedrebbe la partecipazione della società civile, degli operatori economici, dei rappresentanti delle istituzioni dell'UE, degli Stati membri e delle organizzazioni internazionali. Una piattaforma del genere è stata creata l'anno scorso per i problemi dell'alimentazione e dell'attività fisica e un'analoga iniziativa è stata proposta di recente in vista dell'elaborazione di una strategia europea in materia di bevande alcoliche.

Un'altra possibilità sarebbe di incoraggiare le parti sociali europee (organizzazioni dei datori di lavoro e sindacali) a negoziare autonomamente un accordo sul fumo nei luoghi di lavoro, sulla base dell'articolo 138 del trattato. L'autoregolamentazione fondata sul dialogo sociale europeo ha raggiunto diversi risultati e portato tra l'altro le parti sociali ad adottare di comune accordo oltre 300 testi.

In teoria, l'autoregolamentazione potrebbe essere più rapida e più flessibile delle vie legislative tradizionali e dar modo ai settori e alle imprese interessati di influire più direttamente sull'adozione dei provvedimenti. Potrebbe anche favorire lo sviluppo del senso di responsabilità e il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati. Tuttavia, i progressi realizzati dipenderebbero dalla volontà delle parti di rispettare l'impegno assunto e dall'efficacia dei meccanismi d'applicazione.

Negli Stati membri in cui questa via è stata sperimentata, purtroppo, gli accordi volontari si sono rivelati poco efficaci. In particolare nel settore dello svago e della ristorazione, le misure volontarie non hanno permesso di raggiungere l'obiettivo principale, quello di ridurre sostanzialmente l'esposizione al fumo passivo.

Nel Regno Unito, ad esempio, cinque anni dopo la conclusione di un accordo volontario tra il ministero della sanità e le principali associazioni del settore della ristorazione, il divieto di fumo era stato introdotto in meno dell'1% dei bar⁸⁸. In Spagna la legge del 2006 ha dato ai bar e ristoranti con superficie inferiore a 100 m² la possibilità di vietare il fumo su base volontaria. I primi dati disponibili indicano che solo il 10% circa degli esercizi di questo tipo hanno deciso di farlo.⁸⁹ A Parigi il regime volontario che permette ai 12.452 caffè, *bistrots* e *brasseries* della città di vietare il fumo al loro interno è stato adottato da soli 30 esercizi.⁹⁰

3. METODO APERTO DI COORDINAMENTO

Questa opzione consisterebbe nel coordinare le iniziative degli Stati membri mediante il cosiddetto "metodo aperto di coordinamento". Gli Stati membri sarebbero in questo modo indotti a perseguire una maggiore convergenza delle loro leggi senza dover ricorrere a un'armonizzazione diretta (che resterebbe comunque possibile).

Questa opzione potrebbe includere:

- lo scambio di esperienze e di **buone pratiche** riguardanti l'adozione di provvedimenti efficaci a livello nazionale, regionale e locale;
- la definizione di obiettivi e di orientamenti comuni sulla base di esperienze positive realizzate sia negli Stati membri che al di fuori dell'Unione europea, a

cui potrebbe accompagnarsi la fissazione di scadenze e di modalità di verifica e d'applicazione;

- la traduzione di questi orientamenti in piani d'azione nazionali miranti a ridurre l'esposizione al fumo passivo, con calendari specifici per il conseguimento degli obiettivi a breve, medio e lungo termine;
- verifiche, valutazioni ed esame periodici, ad esempio in forma di relazioni annuali presentate dagli Stati membri.

Alcuni paesi hanno già adottato leggi antifumo, altri hanno espresso l'intenzione di farlo. Gli Stati membri devono affrontare problemi comuni, come l'opposizione di alcuni settori, lo scetticismo dell'opinione pubblica e l'inosservanza delle leggi in vigore. Un coordinamento a livello dell'Unione europea permetterebbe a ciascuno Stato membro di trarre profitto dalle esperienze degli altri e metterebbe in moto un proficuo processo di scambio.

Tuttavia, la messa in atto di misure antifumo resterebbe affidata a un impegno volontario e non vi sarebbero sanzioni in caso di inosservanza di tali misure. Per essere efficace, il sistema presupporrebbe un articolato meccanismo di vigilanza e una forte pressione del pubblico.

4. RACCOMANDAZIONE DELLA COMMISSIONE O DEL CONSIGLIO

Questa opzione consisterebbe nell'esercitare una pressione sugli Stati membri, per mezzo di una raccomandazione della Commissione o del Consiglio basata sull'articolo 152 del trattato CE, in cui sarebbero precisate le linee d'azione da seguire, affinché adottino una legislazione antifumo. Si potrebbe ricorrervi indipendentemente dall'esistenza di sistemi di autoregolamentazione adottati dagli Stati membri (opzione 3) e/o dall'industria (opzione 2), o nell'ambito di essi.

Una raccomandazione non avrebbe carattere vincolante, ma sarebbe un chiaro segnale lanciato dalla Commissione o dal Consiglio sulla necessità di agire per eliminare il fumo passivo in Europa. Farebbe della questione una delle massime priorità politiche per tutti gli Stati membri e darebbe un sostegno alle loro iniziative.

L'efficacia di questa opzione dipenderebbe in larga misura dalla chiarezza degli indirizzi espressi dall'Unione europea e dagli obblighi di informazione esistenti. Obiettivi precisi, con scadenze e indicatori specifici (ad esempio, potrebbe essere indicata una percentuale di luoghi di lavoro in cui si applica il divieto di fumare da raggiungere entro una certa data e in un determinato settore) avrebbero certamente un'efficacia maggiore di raccomandazioni generiche. Inoltre, l'obbligo di predisporre un sistema di monitoraggio e di rendere pubblici i risultati creerebbe una pressione sociale a favore di un maggiore rispetto della legge e di disposizioni più severe.

Questa opzione lascerebbe libertà d'azione agli Stati membri, col rischio però che qualcuno di essi intenda questa libertà come libertà di non agire affatto.

5. LEGISLAZIONE VINCOLANTE

Un'azione comunitaria in questo campo potrebbe consistere nell'adozione di misure legislative vincolanti. Una legislazione vincolante imporrebbe a tutti gli Stati membri l'obbligo di assicurare una protezione di base dai rischi di esposizione al fumo passivo per mezzo di disposizioni comparabili, chiare e facili da far rispettare.

Da un lato, un processo legislativo consente consultazioni formali e il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati in approfonditi negoziati, il che può dare maggiore efficacia ai provvedimenti adottati. Dall'altro, la via legislativa rischia di essere relativamente lunga e il risultato finale può essere difficile da prevedere.

La base giuridica della legislazione potrà essere esattamente stabilita soltanto quando saranno state definite la natura e la portata dei provvedimenti da adottare, e questa scelta dovrà tenere conto dei risultati della consultazione pubblica.

Alcune possibilità possono già ora essere indicate, indipendentemente da quelli che saranno i risultati della consultazione pubblica.

- Una prima possibilità sarebbe la revisione delle direttive in vigore basate sulla direttiva quadro 89/391/CEE sulla salute e la sicurezza sul luogo di lavoro. In questa ipotesi, in particolare, si potrebbe estendere il campo d'applicazione della direttiva 2004/37 sulla protezione dei lavoratori dagli agenti cancerogeni e mutageni includendovi il fumo passivo e/o inserire nella direttiva 89/654/CEE relativa alle prescrizioni minime di sicurezza e di salute disposizioni più severe riguardanti la protezione dei lavoratori dal fumo di tabacco.
- Una seconda possibilità consisterebbe nell'adottare una direttiva specifica concernente il fumo nei luoghi di lavoro.
- Una terza possibilità da considerare – benché non riguardi direttamente la protezione dal fumo passivo – sarebbe quella di modificare la direttiva sulle sostanze pericolose (67/548/CEE)⁹¹ per classificare come agente cancerogeno il fumo passivo, che in tal caso rientrerebbe automaticamente nel campo d'applicazione della direttiva sugli agenti cancerogeni e mutageni.

Nelle prime due ipotesi i provvedimenti avrebbero un ambito d'applicazione limitato ai luoghi di lavoro; potrebbero valere per tutti i luoghi di lavoro o soltanto per alcune categorie e dovrebbero comunque interessare i lavoratori esposti in misura pericolosa al fumo passivo.

L'adozione di uno strumento legislativo nell'ambito delle attribuzioni conferite dal trattato non precluderebbe alla Comunità la possibilità di emanare misure collaterali di natura non vincolante, che potrebbero contribuire all'obiettivo generale di protezione dal fumo passivo in tutti i settori.

VI. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Tenuto conto del fatto che esistono prove scientifiche irrefutabili dei danni causati dal fumo passivo e degli effetti sulla riduzione del consumo complessivo di tabacco

dei provvedimenti diretti a garantire la salubrità dell'aria negli ambienti interni, la Commissione è del parere che un'azione comunitaria di portata generale sarebbe in grado di apportare i massimi benefici per la salute della popolazione; inoltre, porrebbe tutti gli operatori economici in condizioni di parità. I successi ottenuti dalle politiche antifumo attuate in vari paesi dimostrano la proficuità e la praticabilità di questa opzione.

Restano da determinare le forme più opportune che dovrà assumere un intervento dell'Unione europea diretto a favorire lo sviluppo delle legislazioni antifumo, tenendo anche conto dell'evoluzione in atto negli Stati membri, alcuni dei quali si sono di recente impegnati a introdurre il divieto di fumo negli spazi pubblici.

La Commissione invita le istituzioni dell'Unione europea, gli Stati membri e tutti i cittadini, le associazioni e gli organismi interessati a esprimere il loro parere sulle questioni sollevate in questo Libro verde. In particolare, la Commissione gradirebbe avere una risposta alle seguenti domande.

Domande

- 1) Quale dei due indirizzi proposti nella sezione IV sarebbe preferibile seguire per attuare un'efficace politica antifumo: un divieto totale di fumare nei luoghi pubblici e nei luoghi di lavoro chiusi o un divieto accompagnato da deroghe per determinate categorie di luoghi? Si prega di indicare i motivi della preferenza.
- 2) Quale delle opzioni descritte nella sezione V sarebbe più auspicabile e più appropriata per favorire lo sviluppo di spazi senza fumo? Quale forma d'intervento dell'Unione europea ritenete necessaria per raggiungere gli obiettivi antifumo?
- 3) Ci sono altri dati quantitativi o qualitativi riguardanti gli effetti sanitari, sociali o economici delle politiche antifumo di cui tener conto?
- 4) Avete altri commenti o suggerimenti a proposito di questo Libro verde?

Le risposte sono da inviare entro il 1° maggio 2007 (dipreferenza via e-mail) al seguente indirizzo:

Commissione europea

Direzione generale Salute e tutela dei consumatori

Unità C6 – Misure sanitarie

E-mail: sanco-smoke-free-consultation@ec.europa.eu

Indirizzo postale: B-1040 Bruxelles

Fax: (+ 32)2 298 42 04

Tutte i contributi inviati in risposta a questo Libro verde saranno pubblicati, salvo diversa disposizione degli autori, sul sito web della Commissione.

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

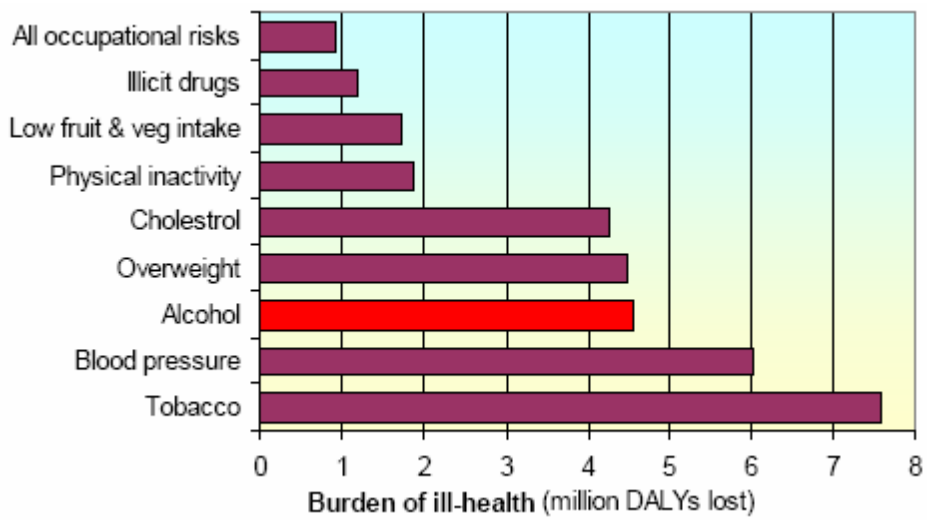
Source:

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).

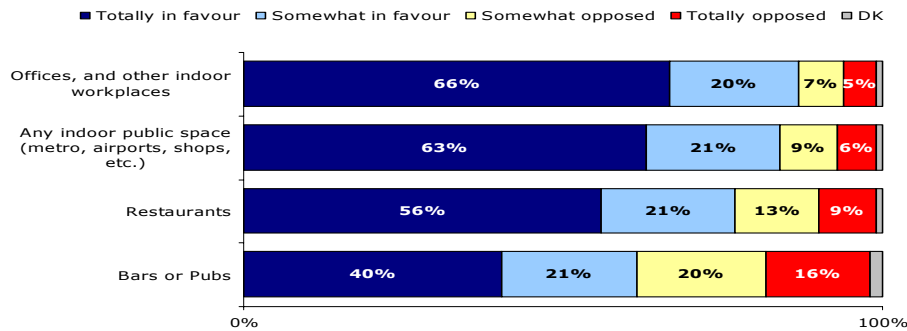
ANNEX II: Global burden of ill-health



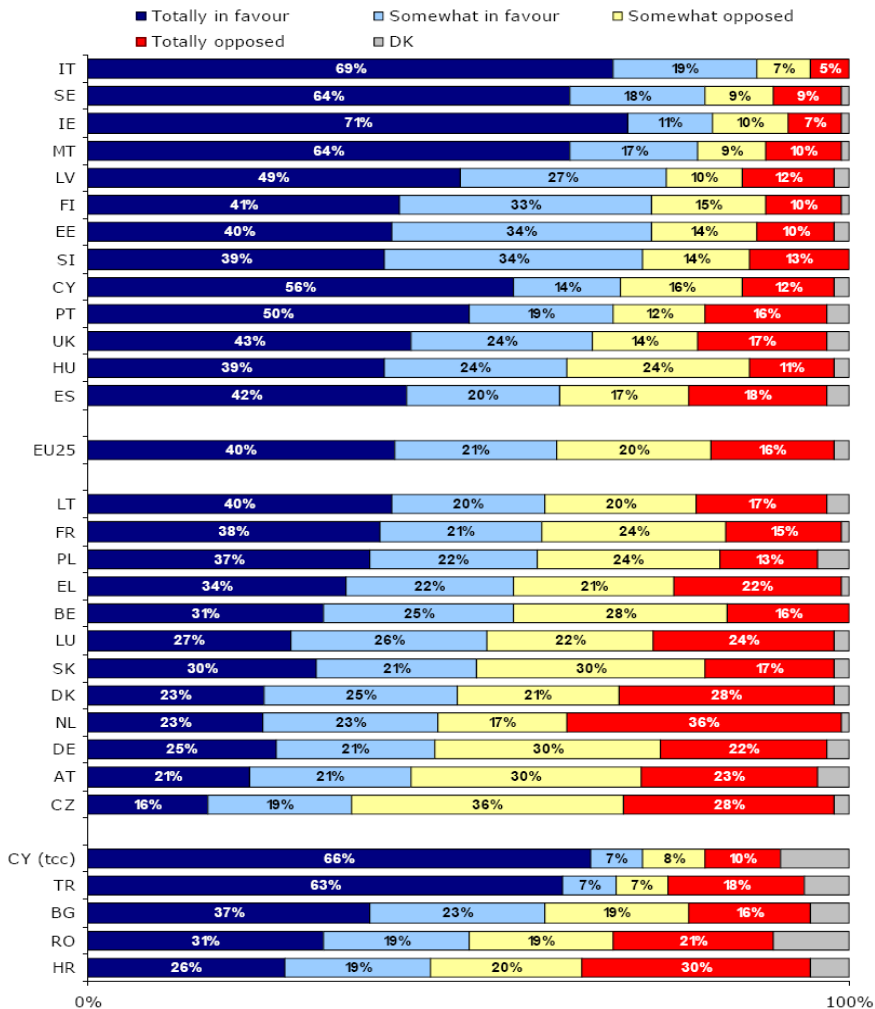
Source: WHO's Global Burden of Disease Study 2004

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 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2..
- 2 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31-34.
- 3 As of 18 December 2006.
- 4 **The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke : a report of the Surgeon 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 **International Agency for Research on Cancer (2002), *op. cit.***
- 6 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. *Epidemiology.* 2004 Nov;15(6):660-70.
- 12 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, Parnley 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 The Implementation Group on Human Biomonitoring (HBM) has been set up to implement Action 3 of the Action Plan on Environment and Health ("Develop a coherent approach to biomonitoring in Europe"). It consists of governmental experts in the field of human biomonitoring.
- 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: Regulatory Impact Assessment. <http://www.scotland.gov.uk/consultations/health/shscrc-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 The ASPECT report. '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 "Attitudes of Europeans towards tobacco", Special Eurobarometer 239, January 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. Review.
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 Regulatory Committee set up under Article 11 of the Directive 2001/37/EC.
36 European Parliament Resolution (P6_TA(2005)0045) of 23 February 2005 on the European
Environment and Health Action Plan 2004-2010.
37 The ASPECT report. '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 For an overview of court cases see: "Smoke free workplaces: Improving the health and well-being of
people at work". Brussels: European Network for Smoking Prevention (ENSP), 2001, pp. 84-97.
41 OJ C 189, 26.7.1989, p. 1-2.
42 OJ L 22, 25.1.2003, p. 31-34.
43 OJ L 183, 29.6.1989, p. 1-8.
44 See the Judgment of the Court in case C-49/00 Commission v. Italy, paras 10-18.
45 OJ L 393, 30.12.1989, p. 1-12.

46 OJ L 245, 26.8.1992, p. 6–22.
47 OJ L 348, 28.11.1992, p. 9–24.
48 OJ L 404, 31.12.1992, p. 10–25. In addition, this Directive bans smoking in areas subject to particular
fire or explosion hazards as well as in underground mineral-extracting industries.
49 OJ L 158, 30.4.2004, p. 50–76.
50 OJ L 263, 24.9.1983, p. 25–32.
51 OJ 196, 16.8.1967, p. 1–98.
52 It should be noted that currently there is a proposal aiming at modifying the Directive (COM 2003-644)
but it does not cover the issue of possible classification of ETS as carcinogenic category 1 or 2.
53 World Health Organisation. The right to healthy indoor air. Report of a WHO meeting, Copenhagen,
Denmark; 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.
Repace 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.
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.
57 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.
58 Fichtenberg CM and Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour:
systematic review. *BMJ* 2002;325:188-191.
59 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>.
60 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.

61 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.

62 <http://www.dhs.ca.gov/tobacco/documents/pubs/SecondHandSmoke.pdf>

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.

63 <http://www.imt.ie/displayarticle.asp?AID=11000&NS=1&CAT=18&SID=1>

Joossens L. "Economic impact of a smoking ban in bars and restaurants", Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke-free Europe,

64 http://www.ersnet.org/ers/default.aspx?id_fiche=232472&id_langue=3&id_dossier=56222

Annual retail sales index published by Central Statistics Office Ireland

65 http://www.cso.ie/releasespublications/documents/services/current/rsi_retrospective1.xls

Lund K.E. Konsekvenser for omsetning, besøksfrekvens, 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 omgevingstabaksrook 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 Annex 1 to Decision 15 of the First Conference of the Parties on elaboration of guidelines for implementation of Article 8 of the Convention.
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.
COM(2004) 0621 final - COD 2004/0218.
COM(2005) 0119 final - COD 2005/0043.
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. Spain: going smoke free. *Tob Control*. 2006 Apr;15 (2):79-80.
- 90 'Voluntary smoke-free plan not working in Paris' - *Guardian*, 16/02/05
<http://www.guardian.co.uk/france/story/0,11882,1415452,00.html>.
- 91 *OJ* 196, 16.8.1967, p. 1-98.