



DE CE NU TREBUIE SA FIE MODIFICATA LEGEA NR.15/2016

**PUNCTUL DE VEDERE AL SOCIETATILOR PROFESIONALE
MEDICALE IN LEGATURA CU INITIATIVELE DE MODIFICARE A
LEGII PENTRU PREVENIREA SI COMBATEREA EFECTELOR
PRODUSELOR DIN TUTUN
(text in extenso)**

Cuprins

I.Introducere	3
II.2. Impactul dramatic al fumatului asupra sanatatii	4
II.2.1. Date epidemiologice.....	4
II.2.2. Fumatul pasiv si fumatul involuntar (“la mana a treia”)	6
II.2.3. Efectele nocive ale fumatului asupra copiilor	8
III. Mecanismele efectelor nocive ale fumatului	9
1. <i>Actiunea Nicotinei</i>	9
2. <i>Actiunea Monooxidului de carbon</i>	10
3. <i>Actiunea Gudronului si a altor substante cancerigene</i>	10
4. <i>Actiunea substantelor aditive</i>	10
IV.Legea nr. 15/2016 (Legea de modificare a Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea si combaterea efectelor produselor din tutun)	11
V. Critica criticilor formulate in massmedia la adresa prevederilor Legii nr.15/2016	12
<i>V.1. Legea nr. 15/2016 ar fi excesiv de severa („cea mai dura lege antifumat din Europa”)</i>	12
<i>V.2. Legea nr. 15/2016 ar fi „discriminatorie”, „nu ar respecta dreptul individual de a fuma”</i>	12
<i>V.3. Legea nr. 15/2016 „nu ar respecta art. 26 din Constitutia Romaniei care garanteaza dreptul individual de a dispune de propria persoana”</i>	13
<i>V.4. Legea nr. 15/2016 nu ar respecta dreptul de asociere al fumatorilor</i>	13
<i>V.5. Implementarea acestei legi ar conduce la un impact economic national negativ</i>	13
VI. Critica propunerilor de modificare a Legii nr.15/2016	14
VI.1. Critica amendamentele propuse de domnul Senator Daniel Fenechiu.....	15
<i>VI.1.1. ”Redefinirea spațiului public închis:</i>	15
<i>VI.1.2. „Crearea de camere special amenajate care să servească exclusiv fumatului și activităților asociate fumatului, cum ar fi de exemplu consumul de cafea, băuturi calde sau băuturi răcoritoare, etc.”</i>	18
<i>VI.1.3. „Permișiunea ca fumătorii să se constituie în asociații sau cluburi de fumători care pot amenaja spații speciale destinate exclusiv fumatului și activităților asociate fumatului</i>	19
VI.2. Critica amendamentelor propuse de Domnul Senator Sorin Bota	
<i>VI.2.1. ”Permișiunea de a fuma în cazinouri”</i>	19
<i>VI.2.2. ”Permișiunea de a fuma pe terase (în spații cu maxim 3 pereți)”</i>	20
VII. Concluzii	20
VIII. Comentarii finale	20
BIBLIOGRAFIE	22

I.Introducere.

Incepand cu 17 Martie 2016 Romania s-a inscris in randul tarilor beneficiare ale unei legi moderne (Legea nr. 15/2016) al carei scop este protejarea cetatenilor sai impotriva efectelor devastatoare ale fumatului (1). Aceasta Lege, care interzice complet fumatul in spatiile publice inchise, ne permite tuturor astazi sa lucram la locurile de munca, sa intram in restaurante, cluburi, etc. fara a fi intoxicati de fumul gros de tigara care ne agresa, pana recent, sanatatea noastra si a copiilor nostri. O lege care a inlaturat discriminarea majoritatii de 74% de nefumatori ai tarii care, pana recent, era silita la fumat pasiv si/sau involuntar prin incalcarea dreptului lor constitutional la sanatate. O lege care protejeaza inclusiv angajatii acestor stabilimente siliti, pana recent, sa inhaleze zilnic, fara voia lor, acelasi aer toxic. O lege care nu ingradeste nici unui fumator dreptul constitutional de a dispune de propria persoana. In consecinta - o lege a carei corectitudine a fost inteleasa de majoritatea zdrobitoare a cetatenilor tarii, inclusiv de fumatori, dovada rezultatele sondajelor care indica, la 2 saptamani de la implementarea legii faptul ca 80% dintre cetateni sunt de acord cu aceasta forma a ei si si dovada implementarea rapidaa legii, fara probleme majore, pe intreg teritoriul national.

In totala discrepanta cu aceasta realitatea a trebuit insa sa constatam intensificarea, de catre o parte a presei, a unei campanii negative declansata spre sfarsitul anului 2015 si centrata pe prezentarea in mod obsesiv a acestei Legi drept "cea mai dura lege din Europa" (2), o lege "discriminatorie" pentru fumatori incercandu-se acreditarea unei scindari (indusa de implementarea Legii) a societatii romanesti intr-un grup discriminat (fumatorii) si un grup intolerant (nefumatorii) precum si a unui « impact » economic catastrofal pe care aceasta lege l-ar produce (3)(4). Din pacate insa, si pe baza acelorasi motivatii, asistam la initiative ale unor membri ai Parlamentului Romaniei de a propune o "relaxare" a prevederilor Legii 15/2016 prin introducerea unor amendamente (5).

Urmarind aceste evolutii am ajuns la concluzia ca la baza acestei campanii negative se afla in special ignorarea, pe de o parte, a impactului real pe care fumatul il provoaca nu numai fumatorilor activi dar si celor din jurul lor si, pe de alta parte, ignorarea unor prevederi legislative. Drept urmare, avem ferma convingere ca in ciuda recunoasterii unanime a nocivitatii fumatului adevarata magnitudine a efectelor sale devastatoare este mult subestimata atat de publicul larg cat si de initiatorii tentativelor de modificare a Legii nr. 15/2016. Daca acesta lipsa de informare poate fi inteleasa apare insa surprinzatoare ignorarea completa, in aceasta campanie, atat a modului in care a fost pregatita si dezbatuta aceasta lege cat si a unor prevederi Constitutionale si ale motivatiilor unor decizii recente ale Curtii Constitutionale. Nu putem trece cu vederea ca toate acestea sunt completate de imixtiunile mai mult sau mai putin voalate ale reprezentantilor industriei tutunului (care, intre altele, au participat ilegal la discutiilor din Comisiile de Sanatate ale Parlamentului Romaniei).

Aparent, toata acesta campanie de intoxicare a opiniei publice este declarata ca avand obiectivul a "relaxa" prevederile unei legi considerata prea "dura" pentru minoritatea de 24% de fumatori ai tarii. In realitate, la o analiza atenta a amendamentelor propuse se poate constata, nu fara surpriza, ca autorii lor ignora complet, pe de o parte, rezultatele studiilor stiintifice si, pe de alta parte, prevederile Constitutionale fundamentale care garanteaza

dreptul la sanatate a tuturor cetatenilor tarii.

In consecinta Societatea Romana de Cardiologie, Societatea Romana de Pneumologie, si Fundatia Romana a Inimii, aflate in parteneriat oficial incepand cu data de 14 Decembrie 2014, considera ca este de datoria lor sa aduca la cunostinta opiniei publice punctul lor de vedere asupra tentativelor de modificare a Legii nr. 15/2016 in speranta ca o foarte buna cunoastere a realitatilor stiintifice si legislative legate ne va asigura linistea implementarii unei Legi care nu poate fi decat benefica pentru toti cetatenii tarii, fie ei fumatori sau nu.

II.2. Impactul dramatic al fumatului asupra sanatatii.

II.2.1. Date epidemiologice. Fumatul este un drog. Este un drog prin faptul ca induce dependenta si afecteaza grav starea de sanatate a fumatorului. Tigara contine peste 4000 de compusi dintre care cel putin 50 sunt cancerigeni (6). Spre deosebire de drogurile legalizate **fumatul este singurul drog care ii afecteaza nu numai pe ‘consumatori’ (fumat activ) dar si pe cei aflati in preajma lui** prin doua modalitati: **fumat pasiv** si fumat involuntar (fumat “la mana a treia”).

Practic fumatul afecteaza toate organele fumatorului. Efectul nociv al fumatului este inasa mult mai sever decat cel al drogurilor “ilegale”. Fumatul **provoaca anual mai multe decese decat accidentele de circulatie, sinuciderile, crimele, excesul de alcool sau consumul de droguri ilegale la un loc ! (figura nr. 1)**. Fumatul este factor de risc de deces pentru 6 din cele 8 dintre principalele cauze de mortalitate din lume (figura nr.2). **Anual, peste 42.000 de romani mor prin boli cauzate de fumat (respectiv 75/zi)** (7). Aproximativ 90% dintre cancerile pulmonare sunt datorate fumatului (8).Riscul de a contracta un cancer pulmonar este de 26 de ori mai mare pentru un barbat fumator si de 13 in comparatie cu nefumatorii (9). Riscul creste cu numarul de tigari fumate el fiind de 5 ori mai mare la cei care fumeaza 1-4 tigarete pe zi, de 12 ori mai mare pentru 8-12 tigarete/zi, de 24 de ori mai mare la peste 25 tigarete pe zi, de 39 de ori la peste 42 tigarete pe zi (10a, 10b).

Fumatul este principala cauza de infarct la populatia tanara. Pana la varsta de 55-60 de ani fumatul esteraspunzator de inducerea a 70% dintre infarcte in populatia Romaniei (figura nr.3)(11). Riscul de infarct creste progresiv cu numarul de tigari fumate. Cu fiecare tigara riscul creste de 1,056 ori. La peste 15 tigari pe zi riscul creste de 2,5 ori iar la peste 40 tigari pe zi riscul devine de 9 ori mai mare comparativ cu nefumatorii (12)

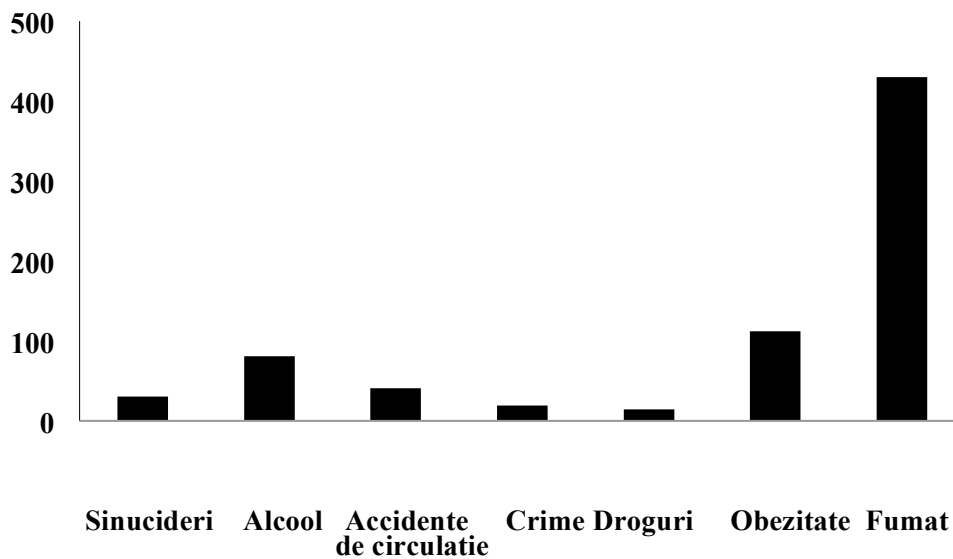


Figura nr. 1. Cauze evitabile de deces (mii de pacienti, Statele Unite ale Americii)
 Sursa: (AIDS) HIV/AIDS Surveillance Report 1998; (Alcohol) McGinnis MJ, Foege WH. Review: Actual Causes of Death in the United States. JAMA 1993; 270:2207-12; (Motor vehicle) National Highway Transportation Safety Administration, 1998; (Homicide, Suicide) NCHS, vital statistics, 1997; (Drug Induced) NCHS, vital statistics, 1996; (Smoking) SAMMEC, 1995

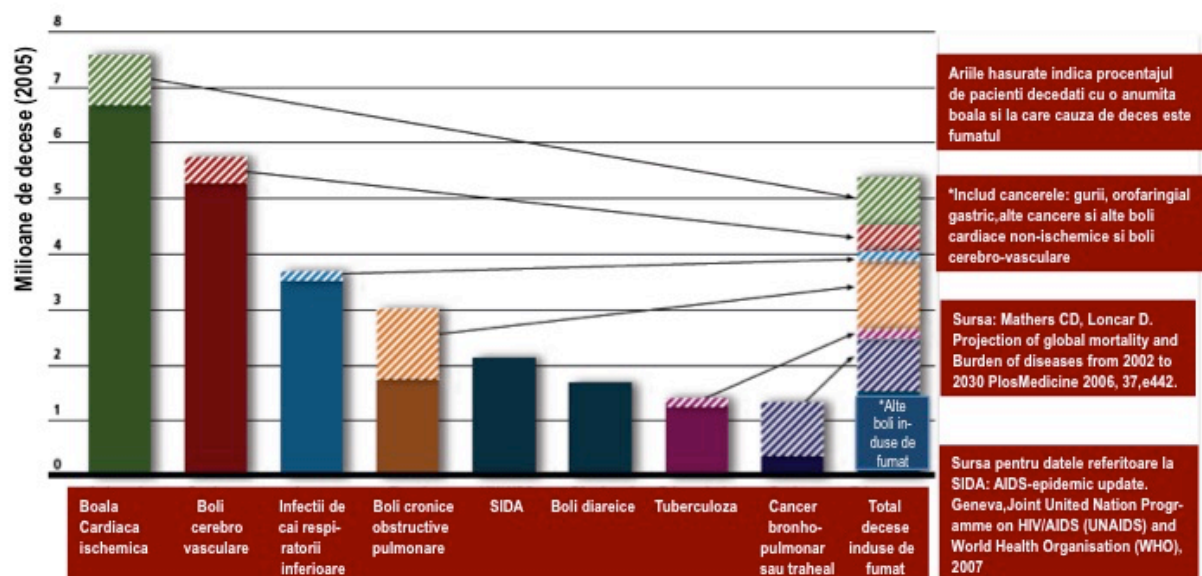


Figura nr. 2. “Contributia” fumatului la rata de deces prin principalele 8 cauze de mortalitate din lume. (NB: fumatul este un factor de risc de deces prin 6 din cele 8 boli!; Peste 5 milioane de decese sunt cauzate anual de fumat. Dintre acestea 650.000 se produc in Europa. In Romania anual decedeaza aproximativ 30.000 de pacienti prin boli cauzate de fumat, respectiv 75/zi)

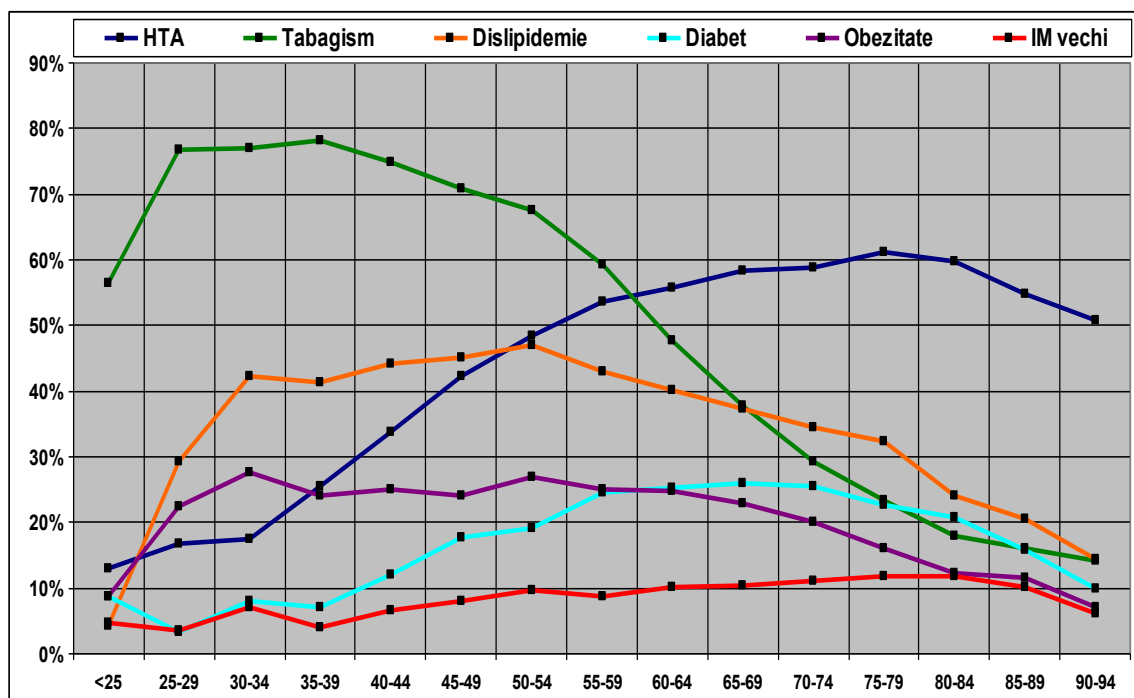


Figura nr. 3. Factori de risc pentru infarctul de miocard in populatia Romaniei - Registrul Ro-STEMI. (HTA=hipertensiune arteriala; IM = infarct de miocard). NB:fumatul este principala cauza de infarct pana la varsta de 60 de ani. Ulterior ponderea hipertensiunii arteriale o depaseste pe cea a fumatului. Motivul: speranta de viata a fumatorilor este cu 10 ani mai redusa decat a nefumatorilor. Drept urmare un numar semnificativ mai redus de fumatori ajung la varste mai inaintate)(11).

II.2.2. Fumatul pasiv si fumatul involuntar (“la mana a treia”)

Fumatul pasiv (nefumatori care inhaleaza fumul de tigara provenit de la nefumatori) este la fel de nociv ca si fumatul activ. Multe toxine sunt prezente în fumul lateral în concentrații mai înalte decât în cel principal, inhalat direct de catre fumator; într-o cameră se regăsește 85% din fumul creat de curentul lateral (6). Astfel, curentul lateral nefiltrat permite apariția unor concentrații de 50 de ori mai mari de nitrosamine față de curentul principal (6). De aici și impactul la distanță pentru fumătorul pasiv al expunerii la fumul de țigară. După o oră de fumat într-o cameră închisă, nefumătorul care se află în aceeași încăpăre cu cel care fumează, inhalează cantități egale de nitrozamine cu cele existente în 15 țigări filtrate (6). Conform Autorității în Sănătate și Securitate (HSA) din Irlanda, „există dovezi convingătoare că lucrul alături de alți angajați fumători crește riscul de apariție a cancerului pulmonar cu 20-30% la persoanele nefumătoare”. Tot HSA afirmă că riscul bolilor cardiace crește cu 25-35% la angajatii ai caror colegi sunt fumatori. Usor de inteles, riscul cel mai mare il au angajatii nefumatori din turism, hoteluri si restaurante, angajații ai căror colegi sunt fumători. Aceste date explica severitatea legii antifumat adoptata in unele tari cum ar fi Anglia si Irlanda. În fiecare an în Marea Britanie se înregistrează aproximativ 600 de decese care se datorează cancerului pulmonar și 12.000 de cazuri de boli cardiace la nefumători care pot fi atribuite fumatului pasiv. Expunerea la fumat pasiv a condus la 600.000 de decese premature in toata lumea in anul 2010.

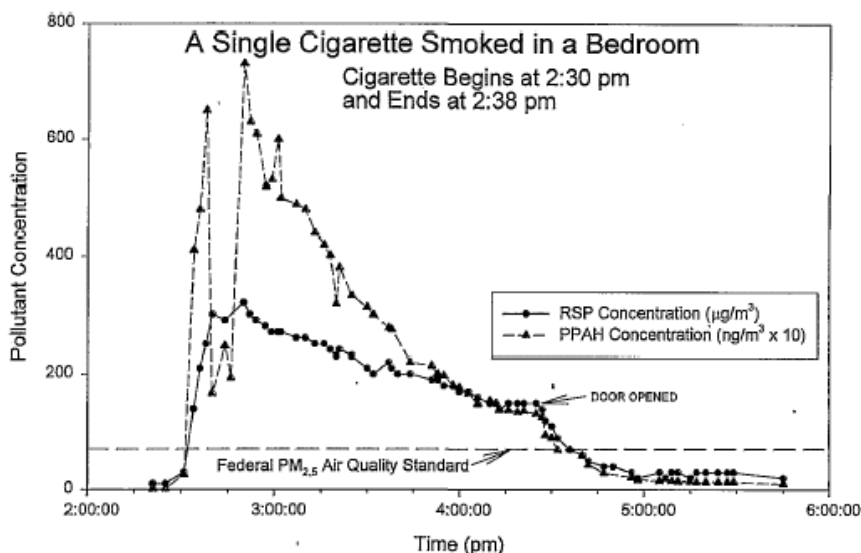


Figura nr. 4. Efectul unei singure țigari fumate într-o camera: sunt necesare aproximativ 2 ore pentru a se putea ajunge la nivelul minim de siguranță admis atât pentru particulele respirabile (13)

Fumatul involuntar (fumatul “la mana a treia”). Fumatul “la mana a treia” este indus de “...reziduul, aparent invizibil , depus pe părul și hainele fumătorului , dar și pe covorașe, canapele , etc și care poate persista mult timp chiar dacă camera este aerisită. Acesta conține metale grele, carcinogene și substanțe radioactive . . .” (14).

Fumatul înafara casei reduce dar nu protejează complet locuința fumătorului de fumat pasiv și expunerea copiilor la fumat pasiv (15)

Fumatul “la mana a treia” se realizează pe trei cai (asa numita triada, 3R):

1. **Ramane:** particulele din fumul de țigară se depun pe suprafețele din jurul locului unde s-a fumat. Aceste particule conțin aproximativ 11 substanțe cancerigene și alte substanțe toxice și iritante (nicotina, cianuri, plumb, arsenic, hidrocarburi aromatice, substanțe radioactive);

2. **Retransforma:** substanțele din particulele depuse se pot retransforma în fază de gaz. În urma acestui proces denumit “ off-gasing” , reziduul de tutun depozitat pe suprafețe continuă eliminarea de toxine în atmosferă, chiar și după încetarea fumatului propriu-zis;

3. **Reactioneaza:** substanțele degajate reactionează cu oxidul nitric din si cu ozonul din atmosfera rezultând nitrosamine cu potențial, formaldehidă și alte substanțe chimice cu potențial cancerigen (16). Contaminarea fumătorului involuntar (“la mana a treia”) se face prin inhalare, contactul pielii cu produsele din tutun si prin ingestia acestora.

În consecință, fumatul involuntar („fumatul la mana a treia”) se produce în casele fumătorilor (membri familiei acestora) în apartamente / case locuite anterior de fumători (o casa ramane contaminata chiar si la 2 luni de la parasirea ei de catre fumatori)(15) în complexe de garsoniere unde fumatul este permis, în automobilele fumătorilor (mașini second-hand !) în camerele de hotel. În hoteluri expunerea personalului la fumat “la mana a treia” este mai mare decât a locatarilor ocazionali (17).

În plus, într-un studiu efectuat în 2009 în (Boston, USA) a identificat faptul ca 89% dintre locuințele nefumătorilor erau contaminate cu nicotina provenita din locuințele fumătorilor existente în același bloc (18)

II.2.3. Efectele nocive ale fumatului asupra copiilor

Exista dovezi incontestabile potrivit carora incidenta bolilor respiratorii (astm bronic, infectii acute si cronice de cai respiratorii) este semnificativ mai mare la copiii expusi fumatului pasiv (cu alte cuvinte a copiilor care traiesc in acelasi stabiliment cu adulti fumatori). Studiile au aratat expunerea la fumat pasiv a copiilor are repercursiuni asupra calitatii vietii lor deoarece acestia se imbolnavesc mai frecvent si absenteaza mai des de la scoala (19-23).

Majoritatea fumatorilor activi incep sa fumeze inca inainte de a deveni majori. Spre exemplu, in figura nr. 5 se poate vedea rezultatul unei supravegheri efectuate în SUA pe o perioadă de 11 ani. Peste 50% dintre fumători au început să fumeze înainte de 18 ani, de regulă la 14 – 15 ani (24). Acest fapt este binecunoscut de multa vreme de catre industria tutunului motiv pentru care tinta predilecta a acesteia sunt copiii si adolescentii. Ca lucrurile stau asa iata urmatoarele citate provenite de la reprezentanti ai industriei tutunului:

Phillip Morris: *„Adolescentul de astazi este clientul nostru potential de maine si majoritatea fumatorilor incep sa fumeze in adolescenta. Comportamentul fata de fumat al adolescentilor este in mod particular important pentru Phillip Morris” (25).*

RJ Reynolds: *„Dovezile prezente indica faptul ca segmentul de populatie 14-18 ani este un segment in crestere al populatiei de fumatori. RJR-T trebuie sa stabileasca repede un brand nou de succes pe aceasta piata pentru mentinerea pe termen lung a pozitiei noastre”(26).*

Remarci similare pot fi gasite la reprezentantii Brown&Williamson (27), Lorillard Tobacco (28) si U.S. Tobacco (29).

Din acest motiv, pentru companiile producatoare de tigari, copiii si tinerii sunt tinta predilecta de promovare a produselor lor in ciuda faptului ca neaga aceasta implicare si in ciuda restrictiilor impuse de-alungul timpului (30)(31). De altfel, concluzia foarte recenta care a reiesit in urma unui proces intentat de Guvernul SUA Companiei Phillip Morris a constatat in faptul ca „incepand din anii 1950 si pana in prezent companiile producatoare de tutun au „marchetat” in mod intentionat minorii din SUA (tineri de sub 21 de ani, sublinierea noastra) cu scopul de a recruta fumatori care sa asigure viitorul economic al industriei tutunului (32).

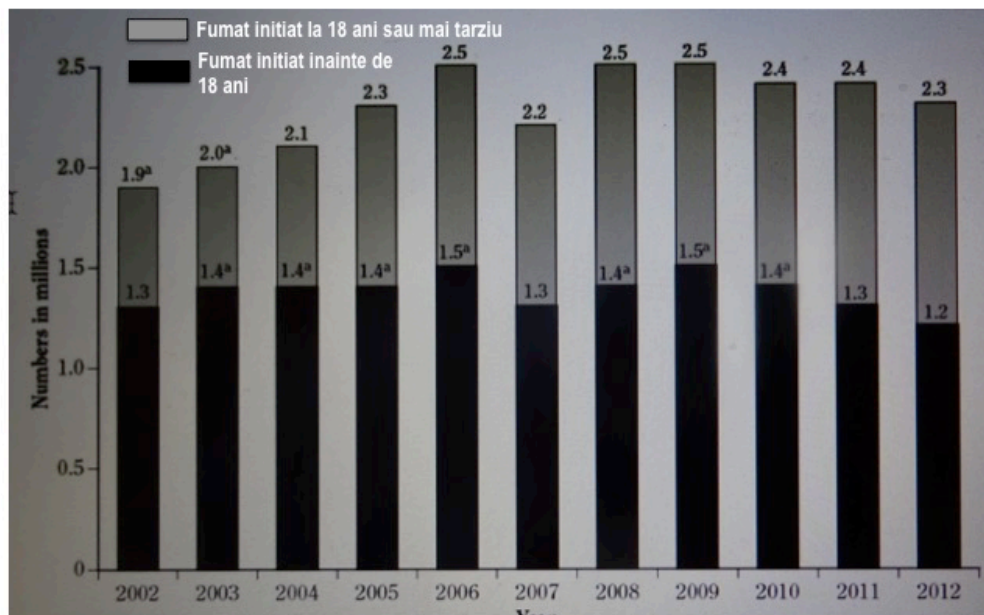


Figura nr.5. Vârsta de inițiere a fumatului în populația Statelor Unite ale Americii ,12-18 ani și, respectiv, peste 18 ani (studiu efectuat pe o perioadă de 11 ani)(24).

În plus (și extrem de important) este clar dovedit faptul că în timpul sarcinii unei mame fumatoare **fatul fumează pasiv, practic, la fel de intens ca și mama sa**. Fumatul în timpul sarcinii conduce la un risc crescut de naștere prematură, de malformații congenitale, de mortalitate perinatală crescută și de moarte subită a noului născutului (33)(34).

III. Mecanismele efectelor nocive ale fumatului

Efectele nocive ale fumatului se realizează prin (6):

5. Acțiunea Nicotinei:

- stimulează producția unei substanțe numite dopamina de către un centru aflat în creier. Dopamina este responsabilă pentru senzația de "bine", de "satisfacție" a fumătorului. Diminuarea cantității de dopamina va duce la dispariția acestor senzații și înlocuirea lor cu agitație, nervozitate ceea ce îl va determina pe fumător să fumeze o nouă țigară. Apare, deci, dependența de fumat.
- stimulează glanda suprarenală pentru a produce o cantitate mai mare de adrenalină. Sub acțiunea adrenalinei tensiunea arterială crește iar ritmul inimii se accelerează;
- reduce cantitatea de oxid nitric produsă de endoteliu (stratul intern al arterelor). Astfel este indusă o disfuncție endotelială care se manifestă prin reducerea elasticității arterelor și prin reducerea considerabilă a capacității arterelor de a se opune depunerilor de colesterol în peretii lor. Apare deci, și se accelerează procesul de ateroscleroză care conduce la îngustarea arterelor și chiar la blocarea (ocluzia) lor fapt care va declanșa un infarct (dacă ocluzia se produce pe arterele inimii) un accident vascular cerebral (dacă ocluzia se produce pe arterele creierului) sau o "arterită" la nivelul membrului inferior care poate

duce pana la gangrena care necesita amputatie. Dat fiind accelerarea procesului de ateroscleroza la fumatori arterele acestora sunt de obicei cu 10 ani mai “batrane” comparativ cu arterele nefumatorului. Se poate spune, deci, ca fumatorul este cu 10 ani mai batran “in interior” decat varsta sa cronologica.

d. creste cantitatea de colesterol “rau”, reduce colesterolul “bun” si creste cantitatea de trigliceride; aceste actiuni completeaza efectul aterosclerotic al fumatului.

6. **Actiunea Monooxidului de carbon:** acesta se leaga de hemoglobina (substanta aflata in globulele rosii si care este raspunzatoare de transportul de oxigen in organism sub forma de oxihemoglobina). Monoxidul de carbon se leaga de o parte din hemoglobina (in functie de concentratia de monoxid) pe care o transforma in carboxihemoglobina si care nu mai poate capta oxigenul. In felul acesta cantitatea de oxihemoglobina scade fapt care reduce capacitatea de efort a fumatorului si oxigenarea organelor sale.
7. **Actiunea Gudronului si a altor substante cancerigene** (hidrocarburi aromatice polinucleare, amine aromatice, nitrozamine, particole radioactive – poloniu radioactiv- aldehide, arsenic etc.)
8. **Actiunea substantelor aditive:** au efect de potentare a dependentei de nicotina si au efect toxic;

In concluzie, prin multiple actiuni, fumatul afecteaza grav toate organele fumatorului. Riscul extrem de ridicat de a induce cancer, in special pulmonar, precum si accelerarea rapida a aterosclerozei, fapt care conduce la accidente cardiovasculare (infarct de miocard, accident vascular cerebral) sunt cauzele majore pentru care speranta de viata a fumatorului este cu 10 ani mai redusa decat cea a nefumatorului (figura nr. 5) (35).

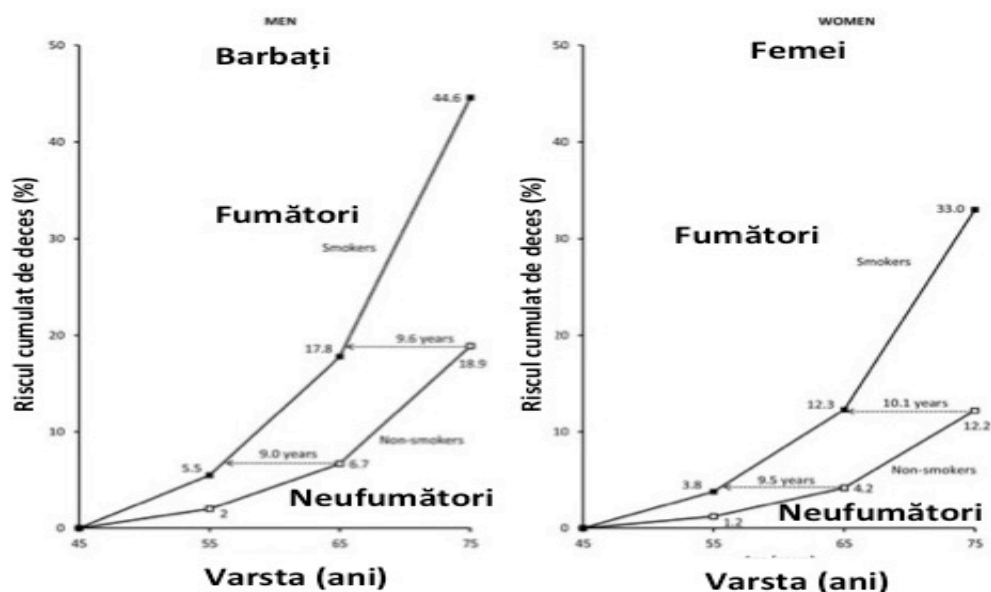


Figura nr.4.Studiu prospectiv efectuat in Australia care a inclus 204,953 de persoane cu vârste între 45 si 75 de ani. Rata estimată de deces este de departe semnificativ mai mare la fumători. Practic, speranta de viata a acestora este cu 10 ani mai redusa decat cea a nefumatorilor (35).

IV.Legea nr. 15/2016 (Legea de modificare a Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea si combaterea efectelor produselor din tutun)

Necesitatea modificarii Legii nr. 349/2002 (forma anterioara a “Legii antifumat”)(36) a aparut urmare a constatarii ineficientei acesteia prin imposibilitatii separarii complete, in spatiile publice inchise (restaurante, cluburi, baruri, etc.) a spatiilor destinate fumatorilor de cele destinate nefumatorilor. Crearea de “zone” pentru fumatori/nefumatori in acelasi spatiu inchis (“modalitate” de aplicare a Legii nr.349) s-a dovedit a fi mai degraba o gluma in urma careia majoritatea de 74% a nefumatorilor din Romania a fost discriminata fiind practic obligata sa fumeze pasiv in aceste spatii. Modificarea acestei Legi a devenit astfel fireasca rolul ei fiind de a respecta o prevedere constitutională majora, respectiv garantarea dreptului la sanatate.

Legea nr. 15/2016 (1) este rezultatul unei initiative introduse la nivelul Parlamentului Romaniei inca din anul 2011. Reluarea dezbaterii amendamentelor de modificare s-a produs la inceputul anului 2015. Pe tot parcursul acestui an proiectul de modificare a fost dezbaturat in Comisiile de specialitate ale Parlamentului Romaniei ocazie cu care a fost facuta si analiza de impact economic a acestei Legi. Proiectul de modificare a fost puternic sustinut de o Coalitie formata din 250 de ONG-uri (Coalitia “Romania Respira”)(37).

Societatile Romane de Cardiologie si Pneumologie precum si Fundatia Romana a Inimii au semnat, la data de 14 Decembrie 2014, un protocol de cooperare in lupta antifumat, avand initial un proiect propriu. Odata aparuta initiativa de modificare a Legii nr. 349 cele trei organizatii s-au alaturat acestui demers, devenind membri foarte activi ai Coalitiei. In aceasta calitate ele au participat la dezbaterile Comisiilor de specialitate, au intocmit petitii si puncte de vedere proprii care au fost adresate Presedintiei Romaniei si membrilor Parlamentului Romaniei (38)(39)(40).

Seriozitatea cu care a fost pregatit proiectul de modificare a Legii nr. 349 a fost reflectata de majoritatea categorica (81%) cu care noua forma a Legii a fost votata la 16 Decembrie 2015 precum si de respingerea in unanimitate de catre Curtea Constitutionala, la 27 Ianuarie 2016 (Decizia nr. 29) a unei incercari de blocare a ei prin intermediul unei sesizari de neconstitutionalitate depusa de un numar de 33 de senatori (41).

Incepand cu 17 Martie 2016, data la care Legea nr. 15/2016 a inceput sa se aplice, Romania s-a inscris in randul tarilor beneficiare ale unei legi moderne care protejeaza cetatenilor sai impotriva efectelor devastatoare ale fumatului. De retinut ca unele tari vecine (Ungaria, Bulgaria si Republica Moldova) au adoptat legi antifumat inaintea Romaniei.

In esenta, Legea nr.15/2016 interzice complet fumatul in toate spatiile publice inchise precum si in spatiile de joaca pentru copii. Singurele exceptii admise sunt celulele penitenciarelor de maxima siguranta si spatiile special amenajate din zona de tranzit a aeroporturilor internationale.

V. Critica criticilor formulate in massmedia la adresa prevederilor Legii nr.15/2016

Atat pe parcursul elaborarii ei cat si dupa adoptare Legea nr. 15/2016 a fost – si mai este - „atacata” prin opinii individuale exprimate intr-o buna parte a massmediei. In rezumat, criticile la adresa Legii pot fi sistematizate astfel:

V.1. Legea nr. 15/2016 ar fi excesiv de severa („cea mai dura lege antifumat din Europa”)

Raspuns: o parte a massmediei a incercat si incearca sa acrediteze ideea ca Legea antifumat din Romania ar fi “cea mai dura lege antifumat din Europa”. In sprijinul acestei afirmatii nu se aduce insa nici un argument !. De altfel acesta nici nu exista ! Dimpotriva, intr-un recent “clasament” al “duritatii” legilor antifumat Romania este devansata de Anglia, Irlanda, Grecia, Finlanda, Franta, Ungaria, Croatia, Lituania, Bulgaria. De retinut faptul ca tari vecine Romaniei (respectiv Ungaria si Bulgaria) au legi antifumat considerate ca fiind mai „severe” comparativ cu legea adoptata in Romania (42).

V.2. Legea nr. 15/2016 ar fi „discriminatorie”, „nu ar respecta dreptul individual de a fuma” fumatorii fiind „aruncati in strada, in frig si in ploaie”. Drept urmare se solicita crearea de spatii speciale pentru fumatori

Raspuns: in decizia Curtii Constitutionale nr. 29/27.01.2016 se specifica (41):

-,27. Critica formulată în raport cu principiul constituțional al egalității în drepturi pornește de la o premisă falsă, respectiv aceea a existenței unor drepturi specifice/distincte ale fumătorilor, a căror exercitare trebuie asigurată în mod egal pentru toate persoanele care fumează. Or, Constituția nu consacră dreptul la fumat și nici drepturi specifice ale fumătorilor, astfel că nu se poate susține existența unei discriminări privind fumătorii sau între fumători prin reglementarea unor spații în care este interzis/permis fumatul” ... scopul legii nu a fost interzicerea fumatului, ci stabilirea unui cadru legal pentru ca acest comportament să nu aducă atingere drepturilor fundamentale ale persoanelor, deopotrivă fumători și nefumători”

-29. Nu se aduce astfel atingere prevederilor art. 26 alin. (2) din Constituție referitoare la dreptul persoanei de a dispune de ea însăși, întrucât nicio dispoziție a legii criticate nu interzice fumatul, acest comportament ținând de libera opțiune a fiecărei persoane. Scopul principal al reglementării este de a combate efectele consumului de tutun, indiferent dacă este vorba de fumători sau nefumători.”

De altfel, inca din Art. 1 al Legii se specifica: “... Prezenta lege stabilește unele măsuri privind prevenirea și combaterea consumului produselor din tutun prin interzicerea completă a fumatului în toate spațiile publice închise...având ca scop protejarea sănătății persoanelor fumătoare și nefumătoare de efectele dăunătoare ale fumatului ...

Apare cu claritate caracterul protectiv larg al Legii, caracter care nu se limiteaza la nefumatori ci si la fumatori. Acest caracter este subliniat in mod repetat de Curtea Constitutionala!. In consecinta, este clar faptul ca Legea nr. 15 este o lege antifumat si nicidecum o lege antifumatori. Dreptul la fumat NU este prevazut in Constitutie (deci, neexistand, nu poate fi incalcat) iar Legea NU interzice fumatorilor sa fumeze.

V.3. Legea nr. 15/2016 „nu ar respecta art. 26 din Constitutia Romaniei care garanteaza dreptul individual de a dispune de propria persoana”. Forme de exprimare aparute in mass media/rețelele de socializare: libertatea ”de a se sinucide”; dreptul ”de a face ce vreau eu”; chestiune de alegere personală: „Dacă vrem să ne sinucidem cu țigările, ne sinucidem. Dacă îmi convine, stau lângă un fumător, dacă nu, plec de lângă el (Domnul Senator PNL Cristian Bodea” (43)

Raspuns: citam din aceeași decizie a Curtii Constitutionale (41):

- 30. ... dreptul persoanei de a dispune de ea însăși nu are caracter absolut, acesta fiind condiționat chiar de textul constituțional care îl reglementează: „persoana fizică are dreptul să dispună de ea însăși, dacă nu încalcă drepturile și libertățile altora, ordinea publică și bunele moravuri. Ca urmare, exercitarea unei opțiuni personale, în speță aceea de a fuma, trebuie să țină seamă de drepturile celor care nu au această opțiune. Atât fumătorii, cât și nefumătorii pot frecventa spațiile vizate de legiuitor prin interdicția reglementată. Or, având în vedere consecințele fumatului asupra vieții și sănătății, fumătorii sunt cei care trebuie să își adapteze comportamentul, astfel încât să nu încalce drepturile fundamentate ale celor care nu au această opțiune.

V.4. Legea nr. 15/2016 nu ar respecta dreptul de asociere al fumătorilor.

Raspuns: din aceeași decizie a Curtii Constitutionale aflam:

32. Nu poate fi reținută nici pretinsa încălcare a dreptului de asociere, întrucât nu este prevăzută nicio interdicție pentru nicio persoană, după criteriul opțiunii de a fuma, de a se asocia, în condițiile art. 40 alin. (1) din Constituție, „în partide politice, în sindicate, în patronate și în alte forme de asociere”. De altfel, dreptul constituțional invocat nu are incidență în cauză; obiceiul de a fuma sau dorința de a degusta produse din tutun (sens în care sesizarea face vorbire de inițiativa constituirii unor „spații pentru degustarea produselor din tutun) nu este de natură să determine calificarea persoanelor care fumează ca alcătuind o asociație.*

V.5. Implementarea acestei legi ar conduce la un impact economic national negativ

In mod repetat detractorii Legii antifumat din Romania amintesc faptul ca industria fumatului este al doilea contribuabil la bugetul statului. Unii dintre acestia afirma ca aceasta Lege a fost adoptata in graba, fara a se face o analiza de impact economic (44-46). Sub o forma sau alta se sugereaza un colaps al economiei romanesti in urma adoptarii acestei Legi.

Raspuns:

1. Nici o tara care a adoptat o lege antifumat nu a intrat in colaps economic.
2. Nici un calcul economic nu poate pune inaintea dreptului la sanatate interesele economice individuale sau de grup care incalca articolele constitutionale nr. 22, 34, 35, 49 referitoare la apararea sanatatii cetatenilor tarii (a se vedea mai jos).

3. NU industria tutunului este al doilea plătitor la bugetul de stat ci victimele acestei industrii, care platesc pentru pachetele de țigari. Din banii lor (si nu din cei ai industriei!) se retin accizele, etc.

4. Industria tutunului „contribuie” la bugetul statului prin „alterarea” bugetelor fumătorilor. Este cunoscut faptul ca ea mai mare prevalenta a fumatului este inregistrata rândul populatiei cu educatie mai redusa și cu venituri mici (25). Un calcul simplu arata ca un cetățean roman care are salariul minim pe economie si care fumeaza un pachet de țigari pe zi (al cărui preț variaza între 13 și 17 lei) cheltuiește minim 400 de lei pentru țigari ceea ce

înseamnă minim 55% din cei 724 de RON cât este venitul net minim pe economie (!!!). Adică el „contribuie” la bugetul statului cu mai mult de jumătate din salariul sau net pentru a-și menține dependența față de un drog !. La un salariu net de 2000 RON fumătorul unui pachet de țigări pe zi cheltuiește 20% din venitul sau lunar net pentru fumat !.

5. În consecință, prin interzicerea fumatului la locurile de muncă și în toate spațiile publice se poate ușor deduce faptul că numărul de țigări fumate de către un fumător se va reduce, fapt care îi mai reduce din riscul de boli cronice severe și îi ameliorează bugetul. Prin urmare membrii Parlamentului României ar să susțină această lege care vine în folosul celor care i-au trimis în Parlament și NU să acționeze împotriva lor!

6. A sugera faptul că economia României se „sprijină” pe veniturile obținute de către industria tutunului echivalează cu a sugera că economia României este dependentă de comercializarea unui drog iar statul Român ar trebui să accepte să fie complice la comercializarea unui drog.

7. Acuzatiile din massmedia potrivit cărora adoptarea Legii nr. 15/2016 a fost făcută fără existența unui studiu de impact economic este falsă. Acest studiu există și a fost analizat în comisiile de specialitate ale Parlamentului României în pregătirea formei finale a Legii antifumat. Acest studiu a fost prezentat pentru prima dată în Octombrie 2014 de către Doamna Doctor Magdalena Ciobanu, expert în Ministerul Sănătății pentru controlul tutunului. Datele acestui studiu sunt elocvente: în anul 2012 în România au fost diagnosticate 11.644 persoane cu **cancer pulmonar**, în creștere cu 9,6% față de anul 2008, dintre care **marea majoritatea au murit** (mai precis, 10.071 persoane) din cauza acestei maladii, cu 8,2% mai mult decât în 2008; **55% dintre decesele prin boli respiratorii cronice și 19% dintre decesele prin boli cardiovasculare** ale românilor sunt **atribuite fumatului**. 1.89 milioane de români au fost internați în spital, în anul 2012, din cauza bolilor atribuibile fumatului. Dintre aceștia, 550.142 de pacienți au avut boli cauzate direct de fumat, În 2012, **sistemul public de sănătate din România a plătit 1,2 miliarde lei pentru afecțiunile cauzate de fumat**. Circa 40% dintre adulții români spuneau, la data efectuării studiului, că sunt expuși fumatului pasiv la domiciliu, iar 27,6% dintre adulți sunt expuși fumatului pasiv la locul de muncă, potrivit studiului (http://www.economica.net/peste-42-000-de-romani-mor-anual-din-cauza-bolilor-provocate-de-fumat--cheltuim-1-2-mld--lei-pe-an-ca-sa-tratam-fumatorii_113694.html#ixzz45Y4vXPRq).

8. În cele 2 săptămâni de la debutul aplicării acestei legi nu s-a semnalat nici un efect economic negativ semnificativ.

9. Dat fiind efectele nocive incontestabile ale tutunului și având în vedere procentul extrem de redus din PIB dedicat sănătății în România cerem Parlamentului României să adopte o lege prin care să se prevadă preluarea de către industria tutunului a costurilor de îngrijire ale pacienților cu boli induse de tutun. Practic comercializarea tutunului poate fi echivalată cu un atentat la integritatea fizică și psihică a fumătorilor.

VI. Critica propunerilor de modificare a Legii nr.15/2016

Aproape imediat după debutul implementării Legii nr. 15/2016 unii membri ai Parlamentului României au pornit o campanie având drept scop modificarea acesteia într-o formă mai relaxată. Această campanie s-a concretizat în depunerea a două grupuri de amendamente, respectiv cele propuse de domnul senator Daniel Fenechiu și cele propuse de un domnul senator Sorin Bota. Pentru înțelegerea, în continuare, a punctului nostru de vedere în fața acestor inițiative reamintim aici faptul că statul are obligația constituțională de a-și

proteja cetatenii prin masuri legislative. In consecinta orice discutie asupra modificarii actualei forme a Legii nr. 15/2016 trebuie sa plece de la respectarea a urmatoarele articole din Constitutia Romaniei:

- art. 22 alin. (1)]... ***dreptul la viață și dreptul la integritate fizică și psihică al persoanei***

- art. 34 alin. (1) și (2)]...***dreptul la ocrotirea sănătății, instituind totodată obligația statului de a lua măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății publice dreptul oricărei persoane la un mediu înconjurător sănătos și echilibrat ecologic,***

-art. 35 alin. (1) și (2) ... ***obligația statului de a asigura cadrul legislativ pentru exercitarea acestui drept,***

- art 49 alin 1: ***dreptul copiilor și tinerilor la un regim special de protecție și de asistență în realizarea drepturilor lor [art. 49 alin. (1)].***

VI.1. Critica amendamentelor propuse de domnul Senator Daniel Fenechiu:

VI.1.1. Redefinirea spațiului public închis.

Conform Legii nr.15/2016 spatiul inchis este definit drept spatiul delimitat de minim doi pereti si un acoperis. In acceptiunea domnului senator Daniel Funeriu definitia ar trebui corectata astfel: „spațiul încadrat cu pereți de jur împrejur”

Raspuns: definiția spațiului public închis inclusă în legea nr. 15/ 2016 este **identica cu definiția recomandată de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) în Convenția Cadru pentru Controlul Tutunului (49)**, tratat ratificat de România prin Legea nr. 332/ 2005 (50), și în Ghidul aceleiași organizații pentru aplicarea articolului 8 al Convenției Cadru pentru Controlul Tutunului.

Această definiție a fost elaborată pentru a sluji obiectivului central al Legii: protecția sănătății publice. România, ca stat care a ratificat Convenția Cadru, și-a asumat răspunderea, conform articolului 8, că *”va adopta și va implementa în zonele de jurisdicție națională existente, stabilite de legea națională, și va promova activ la nivelul său de autoritate adoptarea și implementarea unor măsuri eficiente legislative, executive, administrative și/sau de altă natură, asigurând protecția împotriva expunerii la fumul de tutun la locurile de muncă interioare, în mijloacele de transport public, locurile publice interioare și, după caz, în alte locuri publice.”* De asemenea, România și-a asumat și motivul menționat în Convenția Cadru care a condus la aceasta decizie: *”dovezile științifice au stabilit clar faptul că expunerea la fumul de tutun provoacă moartea, diverse boli și invaliditatea (49).*

Toate măsurile din domeniul sănătății publice se iau pe baza dovezilor științifice care fie atestă/cuantifica efectul pe care un anumit factor îl are asupra sănătății umane. Datoria experților din domeniul sanatații este de a aduce la cunostinta legislativului toate aceste dovezi stiintifice astfel incat responsabilii guvernamentali și politici să aiba posibilitatea de a lua decizii al caror scop trebuie sa fie protectia maxima a sănătății cetatenilor tarii, în virtutea dreptului universal la sănătate și a obligației statului de a apăra sănătatea cetățenilor.

In mod specific la problema in discutie mentionam aici ca in majoritatea studiilor stiintifice efectul fumatului in spatii complet inchise sau in spatii semi-inchise / semi-deschise se cuantifica prin concentrația de nicotină și de particule solide fine respirabile (cu diametre

de 2,5 μm , 5 μm sau 10 μm) generate în fumul de tutun. În unele studii s-au determinat și unele substanțe chimice carcinogene care provin preponderent din fumul de tutun. Iată rezultatele celor mai relevante studii:

- Un studiu realizat concomitent în 8 țări europene între 2009 și 2011, a arătat că, în medie, nivelul nicotinei în aerul din fața spațiilor publice în care fumatul este interzis, este de aproape 10 ori mai mare în cazul spațiilor semi-deschise (cu acoperiș și/ sau 1 perete) comparativ cu spațiile total deschise (concentrație medie de 4,23 mg/m³ față de 0,58). Chiar și în interiorul spațiilor publice în care nu se fumează, concentrația de nicotină este considerabil mai mare dacă afară se fumează în spații semi-deschise (1,44 mg/m³) față de situația în care afară se fumează în spații deschise (0,40 mg/m³). Cu alte cuvinte persoanele aflate în spații închise situate în vecinătatea unor spații semi-deschise destinate fumătorilor sunt supuse fumatului involuntar (fumat ”la mana a treia”) (51)(52)
- Un studiu realizat în Merlbourne, Australia, în 2007 a măsurat expunerea la fumul de tutun degajat pe terasa a 69 de restaurante. Concentrația de PM 2,5 a crescut în interiorul restaurantului (în care NU se fuma) de fiecare dată când pe terasă se fuma, ajungându-se și la valori de 60 de ori mai mari (de la 8.4 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ la 483.9 $\mu\text{g}/\text{m}^3$) în cazul teraselor cu mulți fumători. S-a calculat că, în medie, expunerea crește cu aproximativ 30% pentru fiecare persoană care fumează în jurul punctului de observație (până la 1 metru de acesta). În cazul în care terasa este acoperită, expunerea crește suplimentar în medie cu 50% ! (53)(54).
- Un studiu realizat în fața unor clădiri publice, restaurante, cafenele, dar și în aer liber (parcuri) și în care s-a măsurat concentrația medie a particulelor respirabile din fumul de tutun, a demonstrat că spațiile deschise sunt cele care asigură protecția maximă față de fum: concentrația este aproape zero atunci când există curenți de aer sau la distanță mai mare de 2 metri față de fumător. În schimb, nivelul particulelor măsurate lângă fumător atunci când acesta fumează este aproape la fel de mare ca în camerele în care se fumează (55).
- Dovada incontestabilă a expunerii la fum de tutun atunci când stai pe o terasă unde se fumează deși în interiorul localului nu se fumează, a fost adusă încă din 2009: cotinina (produs de degradare a nicotinei) măsurată în saliva nefumătorilor care au stat în zona pentru fumat a teraselor barurilor ori restaurantelor a crescut cu 162%, respectiv 102% după 6 ore de expunere. Prin comparație, în cazul nefumătorilor care au stat pe o terasă în care nu se fuma, cotinina salivară a crescut cu doar 16% (56).

În rezumat, studiile științifice au demonstrat indubitabil că *singura modalitate de a asigura protecția majorității nefumătoare față de efectele fumatului pasiv este ca fumătorii să fumeze în aer liber, în spații complet deschise, aflate la distanță de intrarea în clădiri*. Din acest motiv legislația unor țări (Anglia, spre exemplu) permite fumatul doar în aer liber și la distanță de intrarea în spațiile publice. Expertii români care au susținut inițiativa de modificare a Legii nr. 349/2002 au considerat că trecerea de la un sistem extrem de permisiv (respectiv „separarea” – care s-a dovedit a fi complet ineficientă - a spațiului public închis în „sector” pentru fumători și „sector” pentru nefumători) la unul extrem de restrictiv (prin care

să se permită fumatul doar în aer liber și la distanța de intrarea în spațiul public închis) este dificil de implementat în România. În consecință, a fost propusă soluția intermediară prin care cetățenii pot fuma în spații care să fie **acoperite și delimitate de cel mult un perete**. Aceste spații pot fi organizate fie la intrarea în clădiri fie pot fi de sine stătătoare, în aer liber (terase organizate cu mese și scaune).

În consecință definiția de spațiu public închis propusă de domnul Fenechiu („spațiu înconjurat de pereți de jur împrejur”) nu poate fi acceptată nici din punct de vedere științific și nici din punct de vedere tehnic și juridic, deoarece:

Din punct de vedere științific singura modalitate dovedită științific a fi eficientă împotriva expunerii nefumătorilor la fumat pasiv este ca fumătorii să fumeze strict în aer liber. În oricare altă situație imaginată (spații semideschise, cu 2/3 pereți și un acoperis), NU poate fi evitată agresiunea la adresa sănătății nefumătorilor prin fumat pasiv nici în cadrul acestui spațiu și nici înafara lui (detalii în paragraful V.1.1. al textului extins). Din acest motiv în Anglia este interzis fumatul la o distanță mai mică de 100 de metri de un spațiu public închis.

Din punct de vedere tehnic definiția domnului Fenechiu creează premiza apariției, spre exemplu, de spații care să aibă doi/trei pereți și un acoperis și care să fie considerate drept spații publice (semi)deschise. În consecință toate terasele restaurantelor, cluburilor, discotecilor care ar îndeplini aceste criterii ar deveni spații cu fumat permis. Fiind declarate, astfel, spații deschise ar urma ca nefumătorii să fie din nou siliti să fumeze pasiv indiferent unde ar dori să stea: pe terasă sau în interiorul stabilimentului.

Din punct de vedere juridic această definiție ar anula obiectivul central al unei legi antifumat, respectiv protecția atât a nefumătorilor cât și a fumătorilor. Într-un spațiu semiînchis gradul de expunere la fumat ar crește și pentru fumători. Practic această definiție conduce la încălcarea articolelor 22, 34, 35 și 49 din Constituția României referitoare la asigurarea dreptului la sănătate

Chiar și experiența recentă a noastră, românilor, demonstrează inutilitatea acestor spații din punct de vedere al expunerii. Celebrele ”cuști” care existau în aeroporturi sau în mall-uri și care sunt oferite acum ca model de ”civilizație” și tratare adecvată a fumătorilor, s-au dovedit inutile din perspectiva ”retenției” fumului în interior și a ventilației: ușile erau frecvent deschise, mirosul de tutun izbea pe oricine mergea pe lângă ele, iar în interior mirosea mereu foarte urât. Angajații care trebuiau să intre în interior pentru a servi clienții cu mâncare și băutură erau expuși fumului ca în orice alt loc închis în care se fuma.

În concluzie, pe baza analizei legislațiilor altor țări și experienței naționale în aplicarea legii 349/ 2002, soluția adoptată în legea nr. 15/ 2016 pentru a defini ”*spațiul public închis*” **asigură, în condițiile actuale, cea mai mare garanție pentru protejarea sănătății cetățenilor români față de fumul de tutun.** Această protecție este absolut necesară, România fiind, după Grecia, Statul Membru al Uniunii Europene cu cei mai mulți cetățeni expuși la fum de tutun atunci când merg la restaurant (59% dintre cetățenii români care au fost la restaurant în ultimele 6 luni au fost expuși la fum de tutun) ori la un bar (80% dintre cetățenii români care au fost în baruri în ultimele 6 luni au fost expuși la fum de tutun)(57).

Subliniem faptul că aceasta nu este, totuși, soluția ideală. Din perspectiva sănătății publice, ”standardul de aur” ar fi soluția adoptată de mai multe orașe și state din SUA și anume interdicția de a fuma la mai puțin de 100 metri de intrarea într-o clădire, combinată cu

măsura din Marea Britanie prin care se interzice fumatul în mașina personală în care este transportat un minor.

Considerăm că actualele prevederi, oferind fumătorilor posibilitatea de a fuma în aer liber, în afara spațiilor publice închise, stând pe un scaun lângă o masă și având un acoperiș deasupra capului și un paravan lateral protector față de vânt și ploaie, asigură un cadru legal care să satisfacă și dorința de comoditate a fumătorilor dar și protecția celor din jurul lor față de efectul toxic incontestabil al fumului de tutun. Protecția nu este maximală, însă considerăm că, în acest moment al dezvoltării sociale a României și având în vedere experiențele anterioare, legea 15/ 2016 este cea mai bună soluție ce se poate obține pentru a proteja dreptul cetățenilor români la sănătate.

In aceste conditii redefinirea spatiului public inchis in conformitate cu criteriile sugerate in amendamentul domnului Fenechiu nu pot fi acceptata.

VI.1.2. Crearea de camere special amenajate care să servească exclusiv fumatului și activităților asociate fumatului, cum ar fi de exemplu consumul de cafea, băuturi calde sau băuturi răcoritoare, etc.

Raspuns: -Acest amendament, intentionat ambiguu, este de neacceptat deoarece:

1. Lasa la latitudinea oricui sa inteleaga ce doreste din mentiunea „etc”. In consecinta prin aceasta mentiune se poate intelege „bauturi alcoolice”. Altfel spus se preconizeaza crearea de cafenele, baruri, restaurante, cluburi „unicamerale” (nu se specifica dimensiunea lor) exclusiv destinate fumatului.

Am demonstrat mai sus faptul ca crearea unor spații/ camere/ locuri destinate fumatului în interiorul spațiilor publice închise nu asigură protecția celor care se află în afara spațiilor respective care continua sa fie „agresionati” prin fumat pasiv sau/si involuntar („la mana a treia”). Practic:

-Din punct de vedere stiintific, particulele de tutun emise într-un astfel de spatiu care ar fi destinat strict fumatorilor s-ar raspandi si in spatiile in care se afla nefumatorii. Aceasta cu atat mai mult cu cat este indubitabil demonstrat că nici o masura destinata sa asigure ventilatia spațiilor în care se fumează (inclusiv crearea unei presiuni negative) nu este complet eficienta;

- Din punct de vedere tehnic desi aceste „camere” ar fi exclusiv destinate fumatorilor acest amendament nu interzice accesarea spatiului de catre nefumatori. Si nici nu o poate face deoarece ar discrimina nefumatorii, incalcandu-le dreptul de acces in toate spatiile publice. In consecinta, spre exemplu, orice fumator va putea intra in aceste stabilimente insotit de membrii nefumatori ai familiei, incalcandu-le acestora dreptul la sanatate. Orice mica aniversare organizata de un grup va avea acelasi efect. Alternativa ar fi ca, in momentul in care in stabiliment intra nefumatori, fumatorii sa fie obligati sa stinga imediat tigara. Cum am specificat mai sus aceasta actiune nu inlatura expunerea nefumatorului la fumat pasiv/involuntar. In plus, deoarece nefumatorii sunt majoritari este de presupus ca fumatorii vor fi obligati permanent sa NU fumeze in acel spatiu comercial dat fiind prezenta permanenta a nefumatorilor (ONG-urile se pot organiza in acest sens!), ceea ce anuleaza din start aceasta „initiativa”. (De retinut: Legea actuala NU restrictioneaza accesul fumatorilor in nici un spatiu ci doar le impune sa nu fumeze in aceste spatii). In plus, acceptarea acestor spatii ar conduce la un risc si mai mare al fumatorilor pentru contractarea de boli

cardiovasculare si/sau respiratorii deoarece concentratia particulelor generate de tutun ar creste enorm in aceste spatii. Cu alte cuvinte ei sunt expusi la fumat excesiv. Cei mai afectati de aceasta masura ar fi fumatorii tineri si foarte tineri care mai degraba ar trebui sa fie consiliati sa renunte la fumat decat sa li se creeze spatii in care expunerea la tutun este exponential mai mare decat cea data de fumatul in aer liber. Ori, statul este obligat, prin Constitutie, sa intreprinda toate masurile care pot duce la protectia sanatatii tuturor cetatenilor sai (deci si a fumatorilor);

-Din punct de vedere juridic acest amendament este discriminatoriu pentru personalul angajat al stabilimentului respectiv, ignorand, din nou, articolele constitutionale care garanteaza dreptul lor la sanatate. Este usor de intuit ca in fata acestei realitati ar putea fi sugerata "solutia" angajarii strict a fumatorilor in aceste stabilimente. Aceasta "solutie" este insa nula prin faptul ca incalca egalitatea cetatenilor in dreptul de a munci, discriminand nefumatorii;

In acelasi sens este semnificativa motivatia Curtii Constitutionale a Republicii Turcia (!). Aceasta *„a statuat că interzicerea fumatului în cafenele nu este contrară Constituției, ci reprezintă o măsură de precauție necesară și legitimă care vizează garantarea dreptului de a trăi într-un mediu sănătos. Dispozițiile constituționale care garantează dreptul la viață și dreptul de a trăi într-un mediu sănătos, echilibrat impun obligații pozitive pentru stat. Fumatul în spațiile închise este cunoscut ca fiind dăunător nu doar pentru sănătatea fumătorilor, ci și a celorlalți. Multe țări au interzis fumatul în locurile publice, în scopul de a proteja sănătatea publică. Ca urmare, Curtea a decis că interzicerea fumatului în cafenele este o măsură de precauție necesară și legitimă pentru a proteja dreptul de a trăi într-un mediu sănătos. Aceasta nu încalcă drepturile comerciale ale proprietarilor de cafenele (deciziile E.2010/58, K.2011/8 din 6 ianuarie 2011)”*.

VI.1.3. Permisieunea ca fumătorii să se constitute în asociații sau cluburi de fumători care pot amenaja spații speciale destinate exclusiv fumatului și activităților asociate fumatului.

Consideram ca toata argumentatia noastra de pana acum a raspuns deja la aceasta propunere. In sinteza reamintim aici decizia Curtii Constitutionale nr. 29/27.01.2016

32. Nu poate fi reținută nici pretinsa încălcare a dreptului de asociere, întrucât nu este prevăzută nicio interdicție pentru nicio persoană, după criteriul opțiunii de a fuma, de a se asocia, în condițiile art. 40 alin. (1) din Constituție, „în partide politice, în sindicate, în patronate și în alte forme de asociere”. De altfel, dreptul constituțional invocat nu are incidență în cauză; obiceiul de a fuma sau dorința de a degusta produse din tutun (sens în care sesizarea face vorbire de inițiativa constituirii unor „spații pentru degustarea produselor din tutun”) nu este de natură să determine calificarea persoanelor care fumează ca alcătuind o asociație.

In rest toate observatiile noastre de la punctele V.1.1. si V.1.2. sunt suficiente pentru a respinge categoric acest amendament.

VI.2. Critica amendamente propuse de Domnul Senator Sorin Bota (48):

Amendamentele propuse de acest grup de parlamentari sunt urmatoarele:

VI.2.1. Permisieunea de a fuma în cazinouri

Comentariul de mai jos, facut pe marginea petiției adresate membrilor Parlamentului Romaniei in Noiembrie 2015 este mai bun decat oricare dintre raspunsurile pe care le-am putea da: „*Am lucrat mai multi ani intr-un mare cazinou din sudul Floridei-US.Desi compania a facut eforturi deosebite pentru limitarea efectelor nocive ale fumatului in spatiul de joc unde aveam si eu local de muncă,am avut nesansa unei operatii pe cord deschis,medicii implantându-mi patru bypass-uri ca sa-mi salveze viata.*”. Comentariile facute la adresa amendamentelor domnului Daniel Fenechiu se aplica, in totalitate, si la aceasta propunere. Este evident ca acest amendament incalca dreptului la sanatate al personalului cazinoului. O eventuala angajarea strict a fumatorilor este discriminatorie.

VI.2.2.Permisiunea de a fuma pe terase (în spații cu maxim 3 pereți)

Este de neacceptat din aceleasi motive prezentate in argumentatia impotriva amendamentelor depuse de domnul senator Daniel Fenechiu.

VII. Concluzii:

1.Campania impotriva proaspat adoptatei Legi n3.15/2016 si initiativele parlamentare de „relaxare” a acesteia se bazeaza pe ignorarea datelor stiintifice si a prevederilor constitutionale referitoare la dreptul fundamental la sanatate;

2. **Singura modalitate de protectie deplina a nefumatorilor la fumat pasiv (fumat „la mana a doua / la mana a treia”) este interzicerea completa a fumatului in spatiile publice inchise.** Separarea fumatorilor de nefumatori, masurile de curatare (filtrare) a aerului si de ventilatie nu pot elimina expunerea nefumatorilor la fumat pasiv (58)(59)(60).

3. Amendamentele propuse in vederea modificarii legii nr. 15/2016 in sensul aparent de creare de facilitati minoritatii fumatoare conduc, de fapt, la anulara completa a prevederilor acestei Legi. Practic obiectivul acestor amendamente este de revenire la starea de fapt anterioara in care majoritatea de 74% de nefumatori a tarii era discriminata in raport cu dreptul ei la sanatate de catre minoritatea fumatoare. **Introducerea acestor amendamente ar insemna incalcarea tuturor articolelor constitutionale asupra apararii sanatatii tuturor cetatenilor tarii, atat fumatori cat si nefumatori si reintoarcerea la vechea forma a legii care, in esenta, insemna continuarea discriminarii majoritatii nefumatoare de catre minoritatea fumatoare.**

4. In consecinta nu exista nici o motivatie reala, obiectiva, care sa impuna modificarea acestei legi.

VIII. Comentarii finale.

1.**Dreptul la sanatate este un drept fundamental. Acest drept nu este negociabil,** sub nici o forma, si se afla inaintea oricaror interese individuale sau de grup. In consecinta este inadmisibil să fie prevăzute norme juridice în vederea manifestării unui obicei particular al unor cetățeni, care, în plus, contravine și prevederilor constitutionale care obliga obligației Statul de a asigura protejarea sănătății cetățenilor săi.

2. Eforturile intregii comunitati trebuie sa fie indreptatea spre educatie care sa conduca la descurajarea fumatului, in special in randul tinerilor. Reducerea numarului celor care „consume” acest drog nu poate avea decat efecte benefice asupra starii de sanatate a intregii populatii precum si efecte economice benefice majore prin reducerea substantiala de imbolnaviri datorate tutunului si, prin aceasta, reducerea enormului efort bugetar destinat, in

prezent, ingrijirii victimelor fumatului. Prin urmare efortul parlamentarilor ar trebui sa se desfasoare in acest sens, de protectie a sanatatii celor care i-au trimis in Parlament si nu impotriva lor, prin initiative anti-sanatate.

3. Avem toate motivele sa fim convinsi de faptul ca, in urma constientizarii corecte a impactului urias negativ pe care fumatul il are asupra TUTUROR cetatenilor tarii (fumatori si nefumatori) si a sensului corect al prevederilor constitutionale mentionate in acest text orice cetatean de buna credinta al Romaniei va concluziona ca Legea nr. 15/2016 inseamna nu numai un mare pas inainte in protejarea sanatatii intregii populatii a tarii dar si faptul ca ea trebuie imediat implementata si nicidecum modificata in sensul unei relaxari a ei.

4. Experienta Romaniei si a altor tari care au implementat mai demult legi antifumat, ne face sa fim optimisti in ceea ce priveste popularitatea legii nr. 15/2016. Sondajele prezente indica faptul ca 80% din populatia tarii este de acord cu aceasta lege. In acest context este relevant de mentionat aici faptul ca daca in Irlanda anului 2004, cand a fost adoptata legea antifumat, 67% din populatie sprijinea aceasta lege in 2005 legea avea deja sprijinul a 93% dintre cetateni (61). In Uruguay legea antifumat este sprijinita astazi de 8 din 10 cetateni, incluzand si 2/3 dintre fumatori (62). Chiar si in Kenya 95% din populatia adulta sprijina aceasta lege (63).

Din partea Societatii Romane de Cardiologie

Dr. Gabriel Tatu-Chitoiu, Presedinte.

Din partea Societatii Romane de Pneumologie

Prof. Dr. Florin Mihaltan, Presedinte.

Din partea Fundatiei Romane a Inimii

Prof. Dr. Ioan Mircea Coman, Presedinte.

BIBLIOGRAFIE

1. Legea nr. 15/2016 privind modificarea și completarea Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun. <http://lege5.ro/Gratuit/heytnbzga/legea-nr-15-2016-privind-modificarea-si-completarea-legii-nr-349-2002-pentru-prevenirea-si-combaterea-efectelor-consumului-produselor-din-tutun>.
2. <http://www.profit.ro/profitul-tau/entertainment/romania-a-adoptat-cea-mai-dura-legislatie-anti-fumat-din-ue-majoritatea-statelor-permit-exceptii-la-interzicerea-fumatului-in-baruri-si-restaurante-14704098>
3. <http://m.academiakatavencu.info/social/fumatorii-sunt-mai-buni--iar-nefumatorii-au-belit-o--39507>
4. https://youtu.be/LpVefBi_UTg
5. <http://stirileprotv.ro/stiri/actualitate/legea-antifumat-modificata-in-comisia-juridica-fumatul-va-fi-posibil-la-terase-si-in-camere-special-amenajate.html>
6. Fumatul și sănătatea publică în România. Cunoștințe, atitudini și practici legate de consumul de produse din tutun în rândul populației generale din România. Sudiu realizat de **Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, în cadrul proiectului „Combaterea consumului de tutun prin conștientizarea populației cu privire la riscul fumatului pasiv și efectele acestuia asupra sănătății”**, 2004.
7. Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study, realizat de Institute for Health Metrics and Evaluation - University of Washington, 2014
http://www.economica.net/peste-42-000-de-romani-mor-anual-din-cauza-bolilor-provocate-de-fumat--cheltuim-1-2-mld--lei-pe-an-ca-sa-tratam-fumatorii_113694.html#ixzz45Y3SsN3D
8. Horn, L; Pao W, Johnson DH (2012). „Chapter 89”. în Longo, DL. *Harrison's Principles of Internal Medicine* (ed. 18th). McGraw-Hill. ISBN 0-07-174889-X.
9. Darby S, Hill D, Auvinen A, et al.
- 10a. Bjartveit K, Tverdal A. Health consequences of smoking 1–4 cigarettes per day (link is external) . *Tob Control* 2005;14(5):315-20.
- 10b. Pope CA, Burnett RT, Turner MC, et al. Lung cancer and cardiovascular disease mortality associated with ambient air pollution and cigarette smoke: shape of the exposure-response relationships (link is external) . *Environ Health Persp* 2011;119(11):1616-21.
11. Primul raport al Registrului Român pentru infarctul miocardic acut cu supradenivelare de segment ST. Editura Amaltea, 2009.
12. Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, Diaz R, Rashed W, Freeman R, Jiang L, Zhang X, Yusuf S, INTERHEART Study Investigators
Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet*. 2006;368(9536):647.
13. Ott et al. *J. Air & Waste Manage. Assoc*, 2003
14. Rabin, Roni. *A New Cigarette Hazard: 'Third-Hand Smoke'*, *The New York Times*, Jan. 3, 2009.
15. Matt GE et al. *Tob Control*. 2004 Mar;13(1):29-37.
16. Sleiman M, Gundel LA, Pankow JF, Jacob P, Singer BC, Destailats H (April 2010). "Formation of carcinogens indoors by surface-mediated reactions of nicotine with nitrous acid, leading to potential thirdhand smoke hazards". *Proc. Natl. Acad. Sci. U.S.A.* **107** (15):

6576–81. doi:10.1073/pnas.0912820107

17. Leslie Zellers & Samantha K. Graff, Tobacco Control Legal Consortium, *Workplace Smoking: Options for Employees and Legal Risks for Employers* (2008).

18. Tob Control doi:10.1136/tc.2009.029728

19. Tiffany A. Kreaev Indoor Concentrations of Nicotine in Low-Income, Multi-family Housing: Associations with Smoking Behaviors and Housing Characteristics.

20. Mannino DM, Siegel M, Husten C, Rose D, Etzel R. Environmental tobacco smoke exposure and health effects in children: results from the 1991 National Health Interview Survey. *Tob Control*. 1996;5(1):13.

21. Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, Pine-Abata H, Chen Y, Cook DG, Britton JR, McKeever TM. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2012;129(4):735.

22. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National C, 2006.

23. California Environmental Protection Agency (Cal EPA) and Air Resources Board. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant. California Environmental Protection Agency; Sacramento, 2005.

24. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, National Survey on Drug Use and Health, 2002-2012. **Date preluat**
di **“The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress** A Report of the Surgeon General **Executive Summary** . U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Public Health Service, Office of the Surgeon General Rockville, MD , 2014

25. Phillip Morris, Special Report, “Young Smokers: Prevalence, Trends, Implications and Related Demographic Trends”, March 31, 1981, Bates No. 1000390803.

26. RJ Reynolds, “Planned Assumptions and Forecast for the Period 1977-1986,” March 15, 1976, Bates No. 502819513 -953227. Brown & Williamson, Memo by RL Johnson, Brand Manager, to Executive Vice President Pittman, February 21, 1973, Bates No. 680135996.

28. Lorillard, Memo from executive TL Achey to former Lorillard President Curtis Judge re Newport brand, August 30, 1978, Bates No. TINY0003062

29. Freedman, A, “Juiced up: How a tobacco giant doctors snuff brands to boost their ‘kick,’” *Wall Street Journal*, October 26, 1994 [quoting former UST sales representative.

30. *U.S. V. Philip Morris USA, Inc., et al.*, No. 99-CV-02496GK (U.S. Dist. Ct., D.C.), Final Opinion, August 17, 2006, <http://www.tobaccofreekids.org/reports/doj/FinalOpinion.pdf>. Paragraph 2717.

31. *U.S. V. Philip Morris USA, Inc., et al.*, No. 99-CV-02496GK (U.S. Dist. Ct., D.C.), Final Opinion, August 17, 2006, <http://www.tobaccofreekids.org/reports/doj/FinalOpinion.pdf>. Paragraph 3296.

32. *U.S. V. Philip Morris USA, Inc., et al.*, No. 99-CV-02496GK (U.S. Dist. Ct., D.C.), Final Opinion, August 17, 2006, <http://www.tobaccofreekids.org/reports/doj/FinalOpinion.pdf>.

33. The health consequences of involuntary smoking: A report of the Surgeon General US Department of Health and Human Services (USDHHS)

34. Pollack HA. Sudden infant death syndrome, maternal smoking during pregnancy, and the cost-effectiveness of smoking cessation intervention. *Am J Public Health*. 2001;91(3):432.

35. Banks *et al.* *BMC Medicine* 2015 13:38 doi:10.1186/s12916-015-0281-z

36. Legea nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun. <http://lege5.ro/Gratuit/heztcobz/legea-nr-349-2002-pentru-prevenirea-si-combaterea-efectelor-consumului-produselor-din-tutun>.
37. Calitia Romania Respira. www.romaniarespira.ro
38. Dr. Gabriel Tatu-Chitoiu (Societatea Romana de Cardiologie) Prof. Dr. Florin Mihaltan (Societatea Romana de Pneumologie); Conf. Dr. Ioan Mircea Coman (Fundatia Romana a Inimii) Aurelia Cristea, Deputat, Intitiator al modificarii Legii 349/2002, Cornel Radu-Longhin, Secretar General European Network for Smoking and Tobacco Prevention aisbl. LEGEA ANTIFUMAT - CRITICA CRITICILOR EI. O scrisoare deschisa adresata tuturor. Analiza a sesizarii de neconstitutionalitate depusa la Curtea Constitutionala in legatura cu Legea nr. 349/2002 – modificata - referitoare la prevenirea si combaterea efectelor produselor din tutun http://www.petitiononline.com/legea_antifumat_-_critica_criticilor_ei.
39. SOCIETATEA ROMANA DE CARDIOLOGIE, SOCIETATEA ROMANA DE PNEUMOLOGIE. 3 Noiembrie 2015 Apel catre DOMNUL KLAUS IOHANNIS, PRESEDINTELE ROMANIEI GUVERNUL ROMANIEI PARLAMENTUL ROMANIEI.40. SOCIETATEA ROMANA DE CARDIOLOGIE, SOCIETATEA ROMANA DE PNEUMOLOGIE, FUNDATIA ROMANA A INIMII. 18 Noiembrie 2015. Apel catre PARLAMENTUL ROMANIEI. http://www.petitiononline.com/apelul_societatilor_romane_de_cardiologie_si_pneumologie
41. Decizia CCR nr. 29/2016 - asupra obiecției de neconstituționalitate a dispozițiilor Legii pentru modificarea și completarea Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun (respinsă). <http://legeaz.net/monitorul-oficial-196-2016/decizie-ccr-29-2016-legea-fumatului>.
42. The best and the worst countries to eat, drink, smoke & vape in the eu (2016) <http://nannystateindex.org>
43. <http://www.digi24.ro/Stiri/Digi24/Actualitate/Stiri/Legea+antifumat+se+modifica+Fumatu+l+va+fi+posibil+in+camere+spec>
44. Interviu Doamna Gilda Lazar, RFI, 24 Noiembrie 2015. <http://www.rfi.ro/asculata-la-rfi-ro-83027-gilda-lazar-jti-regulile-din-ce-ce-mai-stricte-din-industria-tutunului-duc>
45. <http://m.academiacatavencu.info/social/fumatorii-sunt-mai-buni--iar-nefumatorii-au-belit-o--39507>.
46. <http://www.tvrplus.ro/editie-intre-bine-si-rau-431682>
47. Amendamentele Senatorului Daniel Fenechiu la legea nr. 15/2016. <http://www.evz.ro/deputatul-daniel-fenechiu-sustine-fumatul-in-spatii-publice-inchise-noile-reglementari-ce-pot-fi-aduse-legii-antifumat.html>
48. Amendamentele Senatorului Sorin Bota. <http://www.agerpres.ro/politica/2016/03/31/proiect-fumatul-ar-putea-fi-permis-in-cazinouri-si-pe-terasele-care-au-maximum-trei-pereti-12-58-52>
49. Organizatia Mondiala a Sanatatii. Conventia cadru pentru controlul tutunului (2003) <http://www.cdep.ro/proiecte/2005/300/50/4/ax354.pdf>
50. LEGEA nr. 332 din 15 noiembrie 2005 privind ratificarea Conventiei-cadru WHO pentru controlul tutunului, adoptata la Geneva, Elvetia, la 21 mai 2003 .PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 1.088 din 2 decembrie 2005 http://www.ana.gov.ro/legislatie%20internationala/Legea%20332_2005.pdf

51. PLoS One. 2012;7(8):e42130. doi: 10.1371/journal.pone.0042130. Epub 2012 Aug
52. López MJ et al. Exposure to secondhand smoke in terraces and other outdoor areas of hospitality venues in eight European countries.
53. Tob Control. 2010 Feb;19(1):19-23. doi: 10.1136/tc.2009.030544. Epub 2009 Oct.
54. Cameron M et al. Secondhand smoke exposure (PM2.5) in outdoor dining areas and its correlates.
55. Klepeis NE. Real-time measurement of outdoor tobacco smoke particles. J Air Waste Manag Assoc. 2007 May;57(5):522-34
56. Sureda X, et al. Environ Health Perspect. 2013 Jul;121(7):766-73. doi: 10.1289/ehp.1205806. Epub 2013 May 7. Secondhand tobacco smoke exposure in open and semi-open settings: a systematic review.
57. Eurobarometru mai 2015, DG SANTE
58. U.S. Surgeon General. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General* (2006).
59. American Society of Heating Refrigerating and Air Conditioning Engineers (ASHRAE). Environmental tobacco smoke: Position document. Atlanta: ASHRAE, 2005.
60. Leavell NR, Muggli ME, Hurt RD, Repace J. Blowing smoke: British American Tobacco's air filtration scheme. British Medical Journal 2006;332(7535):227-29.
61. Office of Tobacco Control. Smoke-Free Workplaces in Ireland; A One-Year Review. Clane: Office of Tobacco Control, 2005.
62. World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: Implementing smoke-free environments. Geneva: World Health Organization, 2009.
63. Ministry of Health – Kenya. Press Release. New poll: Kenyans express overwhelming support for tobacco control measures. Nairobi: Ministry of Health – Kenya, 2007.