



PromoSan-CRSPB



## Ziua Mondială fără Tutun (World No Tobacco Day - WNTD) 31 mai 2018

### 2. Analiza de situație

#### Fumatul astăzi: tribut semnificativ de dizabilitate și deces prin bolile cardiovasculare

##### Sumar

##### Rezumat

1. Preambul
2. Prevalența recentă a fumatului
3. Decesele și povara morbidă BCV atribuibile fumatului
4. Măsurile MPOWER – replică OMS la epidemia tabagică
5. România recentă: morbi-mortalitatea BCV totală sau atribuibilă fumatului
6. România vs UE 2015: decesele BCV atribuibile fumatului și alți factori de risc
7. România 2016: status-ul aplicării MPOWER
7. Concluzii
9. Bibliografie

Rezumat. Evidențele sugerează că în ultima decadă fumatul **în lume** a scăzut moderat pe seama țărilor cu venituri mari. Cel mai mult fumează bărbații din țările cu venituri mijlocii și femeile din țările cu venituri mari. Date recente pentru Regiunea Euro-OMS indică fumat mai frecvent la bărbații din zonele Sud & Est decât în zonele Nord & Vest și la femeile din Vest & Sud (exceptând socio-culturile islamice) față de Est; în context, UE stătea mai bine la bărbați și mai rău la femei. În lume, BCV continuă să reprezinte cauza de deces numărul 1, cu mortalitatea specifică mai mare în țările cu venituri mici și mijlocii. În Euro-OMS BCV au generat aproape 1/2 din totalul deceselor, în timp ce în UE ceva mai mult de 1/3. Deși incidența standardizată a BCV înregistrează o anumită scădere, BCV erau încă responsabile de procentaje importante din DALYs pierduți în Europa 2015. Între 1 și 3 din 10 decese prin BCV sunt atribuibile fumatului. Dacă fumează, femeile sunt supuse unui risc de deces BCV mai mare decât bărbații. Până în 2017 măsurile pachetului MPOWER – OMS au reușit să contracareze diferite aspecte ale epidemiei tabagice mondiale pentru circa 4 din 10 persoane, contribuțiile cele mai însemnate venind de la aplicarea pe ambalaje a avertismentelor de sănătate și campaniile mass-media anti-fumat.

Deși românii fumează la cote vecine mediei UE, ponderea deceselor tutun-dependente era în 2016 superioară țărilor cu HDI înalt. **România** a înregistrat progrese modice în 2016 față de 2015 în privința morbi-mortalității BCV. Decesele prin boli atribuibile fumatului au scăzut în 2016 față de 2010 cu circa 17%. În 2012 tributul BCV plătit fumatului de români se ridica la 13% dintre diagnostice și la circa 12% dintre decese. Date standardizate 2015 arătau pentru România prevalențe BCV superioare mediilor UE la ambele genuri; după procentajul deceselor BCV atribuibile, fumatul ocupa locul 2 între 3 FR comportamentali (după alimentație) – ca și în UE. Poziționările variate ale României față de cele mai bune practici MPOWER comporta în 2016 următoarea

ordine de merit: **P** – Protecția față de fumul asociat cu consumul de tutun; **O** - Oferirea de ajutor pentru renunțare; **E** - Interdicțiile privind publicitatea; **R** - Creșterea taxării tutunului și **W**- Avertismentele pe ambalaje. Locul onorant atribuit criteriului P este datorat Legii 15/2016 ce a interzis complet fumatul în toate spațiile publice închise, tentativele de până acum de a o submina eșuând până în prezent. Scăderea, fie și modică, a morbi-mortalității BCV în 2016 poate reflecta efectele Legii 15 coroborate cu efortul promotorilor sănătății pentru cunoașterea/aplicarea întocmai a acesteia.

## 1. Preambul

Ziua Mondială Fără Tutun (ZMFT), se celebrează în fiecare 31 mai sub auspiciile OMS pentru a conștientiza publicul și decidenții politicilor de sănătate în privința poverii sociale enorme (boli/dizabilități/decese premature) atrasă de consumul de tutun și a stimula modificări comportamentale și contramăsuri legislative specifice.

În 2018 atenția se îndreaptă către ucigașul nr. 1 al omenirii - bolile cardiovasculare, pentru care fumatul reprezintă un risc redutabil.

**Tema** ZMFT din acest an, *Tutunul și bolile cardiovasculare\**, focalizează pe bolile asociate fumului [1] și are drept **scop** sporirea conștientizării riscului indus de fumat pentru bolile cardiace, accidentul vascular cerebral și alte boli ale aparatului circulator – reprezentând în ansamblu principala cauză de deces în lume [2].

Previziunile sunt îngrijorătoare: 1 miliard de oameni riscă să-și piardă viața în acest secol dacă nu se întreprind măsuri mai ferme împotriva consumului de tutun [3]. Deși o serie de strategii eficiente pentru controlul/prevenirea fumului sunt deja definite, dificultatea rămâne aceea de a convinge decidenții sociali - de a le adopta și publicul - de a le pune în practică pe cele ce îl privesc.

## 2. Prevalența recentă a fumului

Pentru vârstele 15+ ani, OMS estimează că prevalența globală a fumului curent (zilnic sau ocazional) la bărbați a scăzut moderat de la 39% în 2007 la 35% în 2015, scăderi mai importante (34% → 29%) fiind înregistrate în țările cu venituri mari. În același interval prevalența globală a fumului la femei a scăzut ușor (8% → 6%), menținându-se sub 5% în țările cu venituri mici și medii. Cel mai mult fumează bărbații din țările cu venituri medii și femeile din țările cu venituri mari [4].

Pentru Regiunea Euro-OMS, în 2015 sau ultimul an acoperit cu date, se înregistrau la bărbații de 15+ ani prevalențe ale fumului semnificativ mai ridicate în zonele Sud & Est (date naționale în clasa > 41%) decât în zonele Nord & Vest (clasele 22-26% sau < 22%). În privința femeilor de 15+ ani, prevalența fumului înregistra în Vestul și Sudul regiunii (exceptând socio-culturile islamice) procente mai ridicate (clasele 17-21% și > 21%) decât în Est (clasele sub 17%). Mai concret, în Euro-OMS, media prevalenței fumului la cohortele 15+ ani era de 38%, semnificativ mai mare decât media UE - 28%. **România**, cu 37%, se poziționa mai rău decât media UE, fiind mai aproape de media Euro-OMS. Pentru femei, Euro-OMS înregistra în medie o prevalență inferioară - circa 16% - mediei UE - 18%. **România** era apropiată de media Euro-OMS și se poziționa mai bine față de media UE [5].

În privința adolescenților, prevalențele fumului în 2013-14 la băieții de 15 ani dintr-o selecție de 51 țări Euro-OMS (incluzând UE) pentru care existau date se încadrau între 2,5% - Armenia și 30% - Bulgaria, cu **România** pe locul 3 cel mai rău cu 20%. La fete, prevalențele fumului se încadrau între 2% - Armenia și 22% - Italia. **România** se situa pe locul 8 dinspre extrema defavorabilă cu 17% [5].

\*

Sumarizând, evidențele sugerează că în ultima decadă fumatul în lume a scăzut moderat (pe seama țărilor bogate) - la bărbați și ușor - la femei. Cel mai mult fumează bărbații din țările cu venituri medii și femeile din țările cu venituri mari. Date recente pentru Regiunea Euro-OMS indică fumat mai frecvent la bărbații din zonele Sud & Est decât în zonele Nord & Vest și la femeile din Vest & Sud (exceptând socio-culturile islamice) față de Est. În context, UE stătea mai bine la bărbați și mai rău la femei. Într-un euro-grup de 51 de țări (incluzând UE) cu date din

2013-14 pentru adolescenții de 15 ani, băieții/fetele din România se găseau pe locurile 3/8 cele mai rele.

### **3. Decesele și povara morbidă BCV atribuibile fumatului**

În 2015 BCV reprezentau cauza numărul 1 de deces la nivel global: 17,7 milioane (mil.) victime reprezentând 31% din total. Dintre acestea, circa 7,4 mil. au fost cauzate de boala cardiacă ischemică (IHD), iar 6,7 mil. de accidentul vascular cerebral (AVC). Din cele 17 mil. de decese premature (sub vârsta de 70 de ani) cauzate de BNT, 37% erau cauzate de BCV, iar 82% se înregistrau în țările cu venituri mici și mijlocii [6].

În Euro-OMS, BCV au cauzat circa 3,9 mil. (45% din total), iar în UE circa 1,8 mil. - 37% din total. Atât mortalitatea IHD cât și cea prin AVC erau în general mai mari în Europa Centrală și de Est decât în Europa de Nord, Sud și Vest.

Datele standardizate cu vârsta sugerează că în ultimul deceniu cazurile noi BCV au prezentat o anumită scădere în Europa, către 11,3 mil. în Euro-OMS și 6,1 mil. în UE în 2015, când, totuși, BCV erau încă responsabile pentru circa 64 mil. DALYs pierduți (23% din total) în Euro-OMS și 26 mil. (19% din total) în UE [5].

\*

Global, decesele atribuite fumatului sunt în creștere: până în 2030 fumatul va fi probabil responsabil pentru 8 milioane decese anual, iar povara se deplasează treptat către țările cu venituri mici și mijlocii. Proporția deceselor cauzate de fumat este deocamdată mai mare în țările bogate: -18%, depășind efectele HTA - 17% sau pe cele ale supraponderii & obezității - 8,4% (conform unor date publicate în 2013) [7].

În 2016, consumul de tutun a generat peste 7,1 mil. decese (din care 5,1 milioane bărbați și 2 milioane femei), adică aproximativ 12% din totalul deceselor în lume. 6,3 mil. decese au fost atribuite fumatului activ, iar 884 000 fumatului pasiv [3].

De notat că fumatul pasiv provoacă la adulți boli cardiovasculare și respiratorii de gravitate comparabilă cu cele cauzate de fumatul activ, în timp ce la femeile gravide determină scăderea greutatei la naștere sau moartea subită a nou-născutului. Fumatul pasiv provoacă anual peste 890.000 decese premature. Aproape jumătate dintre copiii lumii respiră în mod regulat aerul poluat de fumat în spațiile publice (cu titlu de ilustrație, copiii reprezentau 28% din decesele cauzate de fumatul pasiv în 2004) [8].

\*

Același articol din 2013 arăta că, pe mapamond, între 10 și 30% din mortalitatea BCV era cauzată de fumat, iar circa 29% din totalul deceselor atribuite tutunului erau de cauză cardiovasculară. Raportul între riscul de deces al fumătorului curent (zilnic sau ocazional) și riscul celui niciodată-fumător se ridica la 3,2 femei/2,6 bărbați pentru totalul BCV, 3,6/3,1 – IHD, 3,2/1,7 – atac cerebral și 3,1/2,1 – alte boli vasculare: dacă fumează, femeile apar supuse unui risc de deces BCV mai mare decât bărbații [7].

Ultimele evaluări din 2016 arătau că aprox. 16% dintre decesele prin boli ischemice cardiace (IHD) și 20% dintre decesele prin bolile cerebrovasculare erau atribuibile fumatului, în timp ce 35% din totalul deceselor atribuite tutunului erau de pe urma IHD – 22% sau AVC – 12%, principalele subcauze de deces BCV [3].

Însfârșit, în 2015, pe date standardizate, DALYs pierduți atribuibili fumatului proveneau în principal de la BCV (41,2%), urmate de cancer (27,6%) și bolile respiratorii cronice (20,5%). Pe genuri, BPOC la femei și IHD la bărbați contribuiau în principal la DALYs pierduți atribuibili fumatului [9].

\*

Sumarizând, în lume, BCV continuă să reprezinte cauza de deces numărul 1, cu mortalitatea specifică mai mare în țările cu venituri mici și mijlocii. În Euro-OMS BCV au generat aproape jumătate din totalul deceselor, în timp ce în UE ceva mai mult de o treime. Deși incidența standardizată a BCV înregistrează o anumită scădere, BCV erau încă responsabile de procentaje importante din DALYs pierduți în Europa 2015.

Global, decesele atribuite fumatului sunt în creștere, iar această tendință va continua către 2030, povara deplasându-se treptat de la țările bogate către țările cu venituri mici și mijlocii. Fumatul pasiv continuă să contribuie semnificativ la decesele premature (în special dintre gravide, noii-născuți și copii expuse/și).

Între 1 și 3 din 10 decese prin BCV sunt atribuibile fumatului, iar circa 1/3 din totalul deceselor atribuite tutunului sunt de cauză BCV. Dacă fumează, femeile sunt supuse unui risc de deces BCV mai mare decât bărbații.

#### **4. Măsurile MPOWER – replica OMS la epidemia tabagică**

Măsurile privind controlul tutunului MPOWER<sup>1</sup> - replica FCTC OMS împotriva epidemiei tabagice - au reușit să acopere până în 2017 un total de 3,2 miliarde de persoane (43% din populația lumii), de circa șapte ori mai mult decât în 2007 [4]. Dintre acestea, peste 1,3 miliarde de persoane, sau 18% din populația lumii, erau protejate de măsuri anti-fumat și legi naționale cuprinzătoare privind fumatul [8].

Până în 2017 peste 1/3 dintre țări aplicaseră două sau mai multe măsuri MPOWER la cel mai înalt nivel, în timp ce alte 42 de țări aplicaseră începând cu 2015 cel puțin o măsură suplimentară sau una adusă la cel mai înalt nivel, acoperind 2,3 miliarde de persoane [4].

Bilanțul **MPOWER** 2016 privind politicile de prevenire specifice arată că ordinea după ponderea populației acoperite era următoarea: aplicarea pe pachete a avertismentelor (47%), urmată de campaniile mass media anti-fumat (44%), în timp ce sporirea taxelor și accizelor aplicate tutunului acoperea doar 10% din populația lumii. Dinamica 2014-16 evidențiază cele mai mari progrese în aplicarea pe pachete a avertismentelor de sănătate (+27%), urmată de aplicarea programelor de renunțare la fumat (+18%), în timp ce instituirea spațiilor publice libere de tutun sau campaniile mass media anti-fumat au înregistrat progrese modeste sau chiar regres (+1%), respectiv (-12%).

În privința măsurii **P**, în 2016 se semnalau spații publice fără fum de tutun în Rusia și câteva dintre Noile State Independente, Peninsula Arabică, Australia, Canada și cea mai mare parte din America de Sud. Din fericire, România făcea parte din acest grup.

Tratamentul împotriva dependenței de tutun cf. măsurii **O**, avea în 2016 cea mai mare acoperire în America de Nord, Brazilia, Marea Britanie, India și Australia.

În privința mesajelor și etichetelor de avertizare pentru sănătate (măsura **W**) Canada, America de Sud, Regiunea Euro-OMS și Australia aveau cele mai bune rezultate în 2016. România se poziționa în rândul acestora. Campaniile mass media anti-fumat, parte a aceleiași măsuri, înregistrau cele mai bune rezultate în SUA, UK, Norvegia, Turcia, China și Australia.

Însfârșit măsura **E**, de impunere a interdicțiilor privind publicitatea pentru tutun, precum și măsura **R** privind creșterea taxării, înregistrau în 2016 cele mai bune rezultate în majoritatea țărilor europene și în Argentina [4].

\*

Sumarizând, până în 2017 măsurile pachetului MPOWER – OMS au reușit să contracareze în diferite grade epidemia tabagică mondială pentru circa 4 din 10 persoane, contribuțiile cele mai însemnate venind de la aplicarea pe ambalaje a avertismentelor de sănătate și campaniile mass-media anti-fumat.

#### **5. România recentă: morbi-mortalitatea BCV totală sau atribuibilă fumatului**

În 2015, ponderea adulților (15+ ani) fumători zilnici era de 36,9% pentru bărbați, mai mare decât media țărilor cu index de dezvoltare umană (HDI) ridicat, și de 22,7% pentru femei, de asemenea mai ridicată decât în țările HDI.

În privința deceselor cauzate de tutun, acestea au înregistrat în 2016 ponderea de 20,7% pentru bărbați, iarăși superioară mediei țărilor HDI, în timp ce pentru femei ponderea a fost de 7,6%, din nou mai mare decât media țărilor HDI [3].

În privința morbidității BCV, în 2016 față de 2014-2015 se înregistra o scădere cu circa o zecime a procentului de cazuri noi din totalul pacienților BCV aflați în evidențele medicilor de familie. În același an, numărul total al deceselor cauzate de BCV a scăzut cu circa 3,5 % față de 2015, cu decremente relativ echilibrate între IHD, AVC și HTA. În privința DALYs pierduți atribuibili BCV, aceștia înregistrau în 2016 o scădere de circa 1% față de 2015 [10].

\*

În 2010 circa 43.000 de români au murit din cauza unei boli cauzate de fumat. Aproape ¼ din decesele la bărbați și circa 1/12 din cele înregistrate la femei au fost provocate de tutun, peste media țărilor cu venituri mijlocii. Ordinea mortalităților specifice tutun-dependente era: cancerul (pulmonar și alte tipuri), AVC, IHD, alte boli vasculare, bolile respiratorii [11].

În 2016 peste 36 000 de persoane încă decedau prin boli de pe urma fumatului. Cu toate acestea, peste 28 000 de copii de 10-14 ani și 3 818 000 de persoane de sau peste 15 ani continuau să fumeze zilnic. Analizii

---

<sup>1</sup>**MPOWER: Monitorizarea consumului; Protecția față de fumul de țigară; Oferirea ajutorului pentru renunțarea la fumat; Avertizarea (Warn) privind efectele fumatului; Impunerea (Enforce) interzicerii publicității și promovării produselor de tutun; Creșterea (Raise) taxelor la tutun.**

internaționali apreciază că reacția modestă în față epidemiei tabagice protejează industria tutunului și va duce la creșterea numărului de decese din tutun în anii viitori [3].

\*

În România 2012 povara morbidă atribuită exclusiv fumatului înregistra procente de 13% dintre diagnosticile BCV, 43% dintre diagnosticile de boli respiratorii și 33% dintre diagnosticile de cancer [12], în timp ce tributul în decese plătit fumatului activ sau pasiv în 2015 se ridică la 18 732 pentru BCV; 11 841 -cancer și 3 646 -BPOC [13].

Pe date efective, am calculat că circa 12% din mortalitatea BCV se putea atribui consumului de tutun.

\*

Sumarizând, deși românii fumează la cote vecine mediei UE, în 2016 ponderea deceselor tutun-dependente era superioară țărilor cu HDI înalt. În 2016 România a înregistrat progrese modice față de 2015 în privința morbi-mortalității BCV. Decesele prin boli atribuibile fumatului (în ordine: cancerle, AVC, IHD, alte boli vasculare, bolile respiratorii) au scăzut în 2016 față de 2010 cu circa 17%. În 2012 tributul BCV plătit fumatului de români se ridică la 13% dintre diagnosticile și la circa 12% dintre decese.

### **6. România vs UE 2015: decesele BCV atribuibile fumatului și altor factori de risc**

Pe date standardizate din 2015, în România prevalența BCV era la bărbați de 8182 cazuri/100 000, față de 6308 cazuri în UE, în timp ce pentru femei raportul România - UE era de 6120 cazuri vs 4921. Pe subcauze, la bărbați IHD ocupau prima poziție, urmate de bolile vasculare periferice (PVD) și de AVC, în timp ce la femei ierarhia era: PVD, IHD și AVC, atât în România cât și în UE.

La bărbați, după procentajul deceselor atribuibile, fumatul (17%) ocupă locul 2 între factorii de risc (FR) comportamentali și locul 5 într-o selecție de 8 principali FR pentru BCV - în urma HTA (62,7%) și alimentației (56,6%), în timp ce în UE fumatul se poziționa pe locul 6 (13,6%) între FR selectați, păstrând locul 2 între cei comportamentali. La femei, fumatul (8,2%) ocupa locul 2 între FR comportamentali și locul 6 între toți FR selectați - în urma HTA (62,8%) și alimentației (48,7%), în timp ce în UE, fumatul ocupa același loc 6 (7,7%) între toți FR selectați și locul 2 între FR comportamentali [5].

\*

Sumarizând, pe date standardizate 2015 ce arătau pentru România prevalențe BCV superioare mediilor UE la ambele genuri, în țara noastră, după procentajul deceselor atribuibile BCV, fumatul ocupa locul 2 între 3 FR comportamentali (după alimentație) – ca și în UE - și locul 5/6 într-o selecție de 8 principali FR la bărbați/femei, față de ierarhizarea 6/6 ce marchează un ușor avantaj pentru UE .

### **7. România 2016: status-ul aplicării MPOWER**

Status-ul aplicării măsurilor MPOWER în România înregistra în 2016 poziționări variate față de cele mai bune practici internaționale.

**P** Protecția față de fumul asociat cu consumul de tutun. **Situația RO:** România este menționată printre țările cu cele mai bune rezultate [4].

**O** Oferirea de ajutor pentru renunțare. **Situația RO:** linie telefonică națională de asistență; disponibile: NRT (nicotine replacement therapy) și servicii medico-psihologice pentru renunțare (acoperite parțial din fonduri publice) – în apropierea bunelor practici internaționale.

**W** Avertismentele pe ambalaje. Pachetul simplu, uniformizat (neutru), cu un avertisment de sănătate vizibil - cea mai bună practică internațională. **Situația RO:** Procentul pachetului acoperit de avertismente: **65%**; Ambalarea uniformizată (neutră): **Nu**

**E** Interdicțiile privind publicitatea prin toate formele directe și indirecte - cea mai bună practică internațională. **Situația RO:** Interdicțiile directe: • Televiziunea și radioul național • Televiziunea și radioul internațional • Revistele și ziarele locale • Publicitatea în exterior prin panouri • Publicitatea pe internet. Interdicții indirecte: • Produsele non-tutun identificate cu brand-urile de tutun • Apariții în televiziune și în filme (plasare de produse).

**R** Creșterea taxării tutunului. Standardul OMS: accizele - minimum 70% din prețul de vânzare cu amănuntul; **Situația RO:** accizele reprezintă 55,16% din prețul de vânzare cu amănuntul [3].

Legea 15/2016 a influențat pozitiv progresul implementării măsurilor MPOWER în România, prin interzicerea completă a fumatului în toate spațiile publice închise - incluzând locurile de muncă (în particular cele din sănătate, învățământul de toate gradele, protecția copilului), mijloacele de transport în comun și locurile de joacă pentru copii (spații închise sau deschise); un spațiu este închis când este delimitat de un plafon și minimum doi pereți; interzicerea, țigaretelor electronice în mijloacele de transport în comun; punerea la dispoziția ministerelor și organizațiilor non-guvernamentale cu atribuții specifice spațiilor de minimum 30 de minute săptămânal la posturile radio/TV - pentru combaterea consumului de tutun [14].

Datorită acestei legi România a făcut un salt substanțial pe scala europeană privind Controlul Tutunului (TCS): locul 7 în 2016, față de locul 19 în 2013 [15].

\*

Sumarizând, poziționările variate ale României cu referire la standardele mondiale cele mai înalte de aplicare a măsurilor MPOWER comporta în 2016 următoarea ordine de merit: P – Protecția față de fumul asociat cu consumul de tutun; O - Oferirea de ajutor pentru renunțare; E - Interdicțiile privind publicitatea; R - Creșterea taxării tutunului și W- Avertismentele pe ambalaje. Locul onorant atribuit criteriului P este datorat Legii 15/2016 ce a interzis complet fumatul în toate spațiile publice închise, încercările de până acum (de sorginte inclusiv parlamentară, din păcate) de a o submina eșuând până în prezent.

### **8. Concluzii**

BCV continuă să reprezinte cauza numărul 1 de deces în lume cu circa 1/3 din total.

În 2016, fumatul (activ sau pasiv) a generat circa 12% din totalul mondial al deceselor.

Fumatul contribuie notabil la decesele prin BCV, numai BPOC și cancerul pulmonar acuzând efecte specifice mai importante.

În România 2015, prevalența standardizată BCV era net superioară la ambele genuri mediei UE, în timp ce ierarhizarea subcauzelor era aceeași: IHD, PVD (vasculare periferice), AVC la bărbați și PVD, IHD și AVC la femei.

Circa 12% dintre decesele efective prin BCV în România sunt atribuibile fumatului.

Pe date standardizate 2015, contribuția fumatului (locul 2 după alimentație între riscurile comportamentale) la mortalitatea BCV era net superioară la bărbați și superioară la femei în România față de media UE.

Legea românească 15/2016 a adus la nivelul cel mai înalt parte din măsurile MPOWER și a făcut posibil un salt substanțial al României pe Scala Europeană privind Controlul Tutunului. Scăderea, fie și modică, a morbi-mortalității BCV în 2016 poate reflecta efectele Legii 15 precum și efortul promotorilor sănătății pentru cunoașterea/aplicarea întocmai a acesteia.

### **9. Bibliografie**

[1]. Site-ul oficial OMS: <http://www.who.int/tobacco/en/>

[2]. Modificat PromoSan-CRSPB după sursa: site-ul oficial OMS 2018:

<http://www.who.int/mediacentre/events/2018/world-no-tobacco-day/en/>

[3]. \*\*\* Tobacco Atlas. Sixth edition:

[https://tobaccoatlas.org/wpcontent/uploads/2018/03/TobaccoAtlas\\_6thEdition\\_LoRes.pdf](https://tobaccoatlas.org/wpcontent/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes.pdf)

Copyright ©2018 The American Cancer Society, Inc.

[4]. WHO Report on the global tobacco epidemic, 2017

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255874/1/9789241512824-eng.pdf?ua=1&ua=1>

[5]. European Cardiovascular Disease Statistics, 2017: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>

[6]. Site-ul oficial OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>

- [7]. Rigotti N A, Clair C. Managing tobacco use: the neglected cardiovascular disease risk factor: European Heart Journal, Volume 34, Issue 42, 7 November 2013: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/34/42/3259/519402>
- [8]. Site-ul oficial OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/>
- [9]. \*\*\* Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015., Vol 389, Issue 10082, 13–19 May 2017, Pages 1885-1906: The Lancet: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30819-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30819-X.pdf)
- [10]. Anuarul de Statistică Sanitară al României 2016, publicat 2017: [http://www.dsparad.ro/Statistica/Anuar\\_2016.pdf](http://www.dsparad.ro/Statistica/Anuar_2016.pdf)
- [11]. Szabó Á, Lázár E, Burián H, et al. The economics of tobacco and Tobacco Taxation in Romania. The UMPH of Târgu Mureș, România 2016: <http://ensp.org/wp-content/uploads/2016/11/English-report-online-version-14.11.2016.pdf>
- [12]. Prelucrări PromoSan CRSPB după Ciobanu M, Ciolompea T, Bogdan M. Impactul economic al fumatului asupra sistemului public de sănătate din România în anul 2012. Fundația Medicală ”Pneuma”, 2014: [http://www.aureliacristea.ro/uploads/files/Studiul\\_final\\_print.pdf](http://www.aureliacristea.ro/uploads/files/Studiul_final_print.pdf)
- [13]. Life Expectancy & Probability of Death Data Visualization. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington Seattle, WA
- [14]. Legea 15/2016: [http://www.ana.gov.ro/legislatie%20secundara/Legea%20349\\_2002%20pt%20prev%20si%20co%20mbaterea%20efectelor%20consumului%20produselor%20din%20tutun.pdf](http://www.ana.gov.ro/legislatie%20secundara/Legea%20349_2002%20pt%20prev%20si%20co%20mbaterea%20efectelor%20consumului%20produselor%20din%20tutun.pdf)
- [15]. Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale 2016 in Europe: <http://www.tobaccocontrolscale.org/wp-content/uploads/2017/03/TCS-2016-in-Europe-COMPLETE-LoRes.pdf>