Institutul
Național de
Sănătate Publică

Analiză de situație Prevenția consumului de tutun și produselor emergente

Titlu campanie 2026: Respiră curat, alege sănătatea!

Propunere slogan:

„Fii informat! Fără nicotină, fără compromis!”

2026

Cap I Consumul de tutun ca problemă de sănătate publică 3
I.1.Prevalența consumului de produse de tutun la populația 15 ani și peste în România și statele membre ale UE 3
Prevalența consumului de tutun convențional la populația 15 ani și peste în România 3
Prevalența consumului de tutun convențional la populația 15 ani – comparații internaționale 6
Prevalența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația 15 ani și peste 10
Concluzii privind prevalența consumului de produse de tutun la adulți 15
I.2.Prevalența fumatului la adolescenți 15
Prevalența consumului de produse de tutun la adolescenții cu vârsta 11-15 ani (HBSC 2021/2022) 15
Prevalența consumului de produse de tutun convențional la adolescenții cu vârsta 11-15 ani (HBSC 2021/2022) 15
Prevalența utilizării țigărilor electronice la adolescenții cu vârsta 11-15 ani (HBSC 2021/2022) 19
Evoluția consumului de tutun la nivel global între anii 2018 și 2022 la adolescenții 11-15 ani, HBSC 2022 21
I.3.Prevalența consumului de tutun la adolescenții cu vârsta 15-16 ani (ESPAD 2024) 22
Consumul de produse de tutun convențional la adolescenții 15-16 ani, ESPAD 2024 23
Consumul dual de produse de tutun (convențional și țigări electronice) la adolescenții 15-16 ani, ESPAD 2024 .. 28
Concluzii privind prevalența consumului de produse de tutun la adolescenți 34
Cap II Impactul consumului de tutun asupra stării de sănătate la nivel individual 35
II.1.Impactul asupra sănătății al consumului convențional de tutun 35
II.2.Impactul asupra sănătății al produselor de tutun bazate pe tutun încălzit și țigărilor electronice 41
II.3.Aditivi utilizați în produsele din tutun - riscuri pentru sănătate 43
Cap III Consumul de tutun - impact asupra stării de sănătate la nivel populațional 44
Morbiditate și mortalitate atribuibilă fumatului 44
DALYs (Disability Adjusted Life Years) atribuibili fumatului 48
Costuri estimate ale consumului de tutun tradIțional 53
Cap IV Evoluția formelor de consum de tutun. Politici publice privind controlul tutunului în România în comparație cu alte țări europene 57
Cap V Identificarea și analiza suplimentară a grupurilor țintă în România 64
V.1.Consumul de produse de tutun la populația 15 -24 de ani 64
Consumul de produse de tutun convenționale la populația 15-24 de ani – EHIS 2019 64
Consumul de produse alternative de tutun (țigări electronice, HTP) la populația 15 - 24 de ani - EHIS 2019 66
V.2.Consumul de produse de tutun la adolescenții 14-18 ani, YRBSS 2022/2023 67
Consumul experimental de țigări la adolescenți 14-18 ani, YRBSS 2022/2023 68
Fumatul curent de țigări la adolescenții 14-18 ani, YRBSS 2022/2023 71
V.3.Consumul de țigări electronice sau produse de tutun încălzit la adolescenții 14-18 ani și peste, YRBSS 2022/2023 .. 75
Cap VI Intervenții eficiente pentru controlul fumatului și a utilizării produselor alternative de consum de tutun 78
Concluzii privind intervențiile și politicile eficiente care au contribuit la reducerea prevalenței consumului de tutun în rândul copiilor și adolescenților 84
Cap VII Concluzii – identificarea grupului țintă și intervenții propuse 85
Cap VIII Bibliografie 88

Cap I Consumul de tutun ca problemă de sănătate publică

Epidemia consumului de tutun reprezintă una dintre cele mai grave amenințări la adresa sănătății publice la nivel global, cu un impact devastator care se traduce în peste 8 milioane de decese anual în întreaga lume. Dintre acestea, peste 7 milioane de persoane mor ca urmare a consumului direct de tutun, în timp ce aproximativ 1,6 milioane de decese sunt provocate de expunerea involuntară a nefumătorilor la fumul de tutun (fumat pasiv)[1].

La nivelul Uniunii Europene, tutunul este cea mai importantă cauză prevenibilă de boală și deces, fiind asociat cu aproape 520.000 de decese în anul 2021. Același raport evidențiază că fumatul crește riscul pentru cancer, boli respiratorii și boli cardiovasculare, iar prevalența fumatului la tinerii europeni de 15–24 ani rămâne îngrijorătoare: 22,9% fumează zilnic sau ocazional, iar 14,8% fumează zilnic.[2]

În cadrul regiunilor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), Europa ocupă locul al doilea în ceea ce privește prevalența consumului de tutun, atât în rândul adulților (25,3%), cât și al adolescenților (10,8%). Această realitate evidențiază o problemă de sănătate publică persistentă și răspândită, ce afectează multiple segmente populaționale. [1]

În Regiunea Europeană a OMS, în anul 2022, 18,5% dintre femeile cu vârsta de peste 15 ani utilizau diferite produse din tutun, ceea ce reflectă o rată semnificativă de consum în rândul populației feminine adulte.[1]

De asemenea, aproximativ 10,8% dintre adolescenții cu vârste cuprinse între 13 și 15 ani consumau tutun în această regiune, ceea ce corespunde unui număr estimat de patru milioane de tineri afectați.[1]

Pe lângă impactul social și comportamental, consumul de tutun are implicații majore asupra sănătății. În anul 2020, 18% dintre decesele cauzate de boli netransmisibile (NCD) în Europa au fost atribuite consumului de tutun, evidențiind rolul central al acestui factor de risc în mortalitatea asociată bolilor cronice.[1]

Un aspect deosebit de îngrijorător este reprezentat de prevalența ridicată a consumului de tutun în rândul fetelor, Regiunea Europeană înregistrând cea mai mare rată medie globală în această subcategorie populațională. Acest fenomen necesită o atenție sporită și intervenții adaptate pentru prevenirea continuării tendințelor actuale.

I.1. Prevalența consumului de produse de tutun la populația 15 ani și peste în România și statele membre ale UE

Prevalența consumului de tutun convențional la populația 15 ani și peste în România

În România peste un sfert (26,81%) din populația rezidentă de 15 ani și peste fumează, 18,7% din aceasta fiind fumători zilnici și 8% fumători ocazionali (Figura I.1) [3]. Cei mai mulți fumători zilnici sunt în rândul persoanelor cu vârsta între 25 și 54 de ani (Figura I.2), atât în rândul bărbaților, cât și în rândul femeilor[3], date colectate în cadrul Anchetei asupra sănătății realizată prin interviu (SANPOP) în anul 2019, care reprezintă implementarea în sistemul statistic românesc a celei de a treia Anchete Europene de Sănătate prin Interviu (European Health Interview surveys -EHIS)[3].

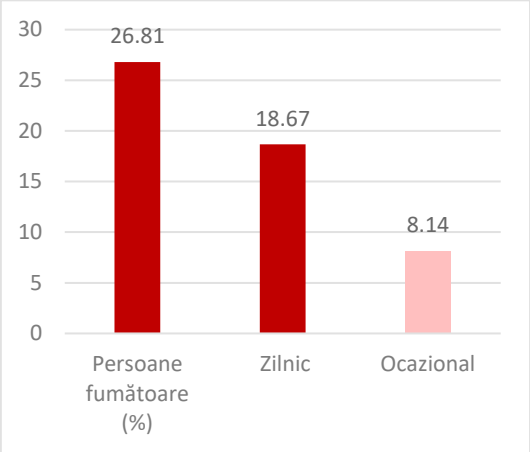


Figura I.1 Frecvența consumului de tutun, zilnic și ocazional la populația rezidentă de 15 ani și peste, Sursa: EHIS 2019[3]

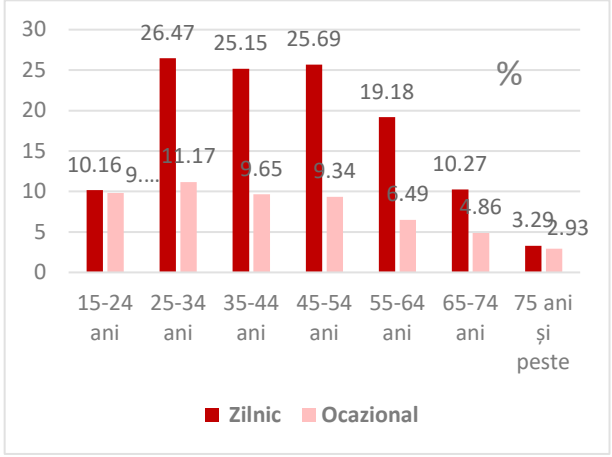


Figura I.2 Frecvența consumului de tutun, zilnic și ocazional la populația rezidentă de 15 ani și peste, pe grupe de vârstă, Sursa: EHIS 2019[3]

În cadrul studiului EHIS 2019 au fost prelucrate date de la un eșantion de 16186 de adulți, iar pentru ca acuratețea acestuia să fie cât mai mare, au fost incluse la categoria ,, fumat" toate produsele din tutun disponibile pe piață de la țigări clasice, țigări rulate manual, trabucuri, pipe, produse din tutun încălzit (IQOS sau GLO). Numărul mediu de țigări fumate zilnic a fost determinat ca raport între numărul total de țigări fumate într-o zi de fumătorii zilnici de țigări și numărul de persoane care fumează zilnic.

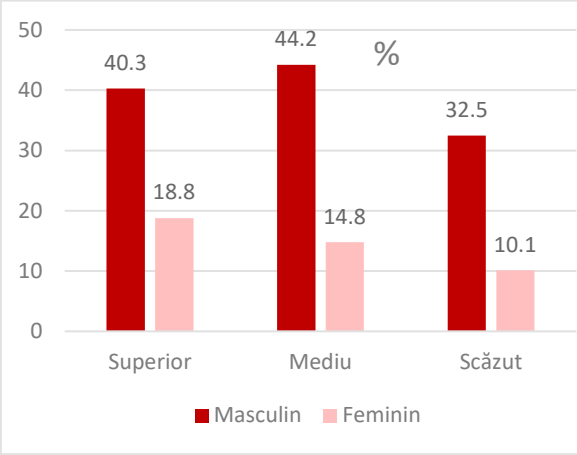


Figura I.3 Frecvența consumului de tutun, la populația rezidentă de 15 ani și peste, în funcție de nivelul de educație și gen, Sursa: Sursa: EHIS 2019[3]

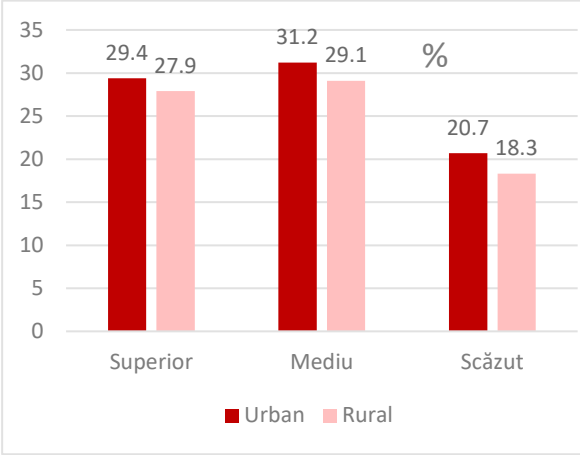


Figura I.4 Frecvența consumului de tutun, la populația rezidentă de 15 ani și peste, în funcție de nivelul de educație și mediul de rezidență, Sursa: Sursa: EHIS 2019[3]

În România, frecvența cea mai mare a consumatorilor de tutun se înregistrează la cei cu studii superioare (29%) și medii (30%), în rândul celor cu studii inferioare aceasta fiind de 19 procente. Ponderea fumătoarelor este mai mare la persoanele cu studii superioare (18,8%), față de cele cu studii medii (14,8%) sau cu nivel de educație scăzut (10,1%)(Figura I.3). În rândul populației masculine, ponderea fumătorilor cu studii medii (44,2%) este mai mare decât cea a fumătorilor cu un nivel de educație superior (40,3%) sau scăzut (32,5%)(Figura I.3).

În ambele medii de rezidență, urban și rural, cea mai mare pondere a fumătorilor se înregistrează în rândul persoanelor cu un nivel de educație mediu (31,2% în urban și 29,1 în rural)(Figura I.4).

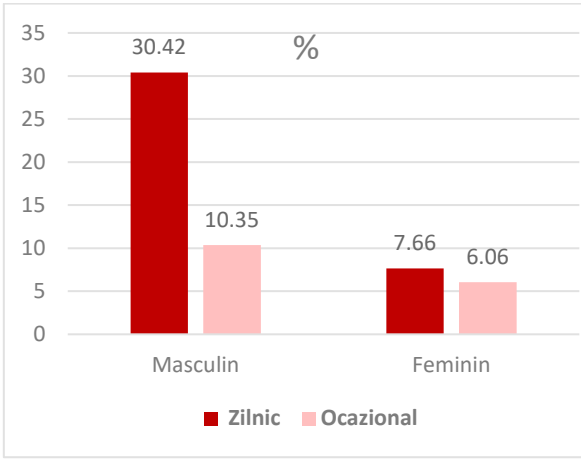


Figura I.5 Frecvența consumului de tutun, zilnic și ocazional la populația rezidentă de 15 ani și peste, în funcție de gen Sursa: EHIS 2019[3]

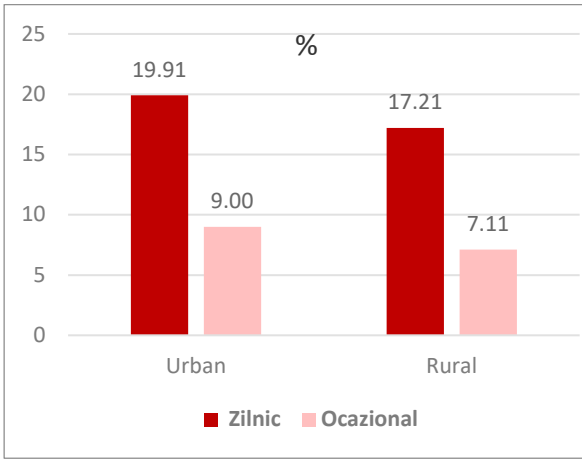


Figura I.6 Frecvența consumului de tutun, zilnic și ocazional la populația rezidentă de 15 ani și peste, pe medii de rezidență Sursa: EHIS 2019[3]

Din punct de vedere a repartiției în funcție de gen, ponderea fumătorilor zilnici de sex masculin este de 30,42%, de aproximativ 4 ori mai mare decât ponderea populației feminine care fumează zilnic, respectiv 7,66% (Figura I.5). Pe medii de rezidență, se constată că 19,9% dintre persoanele din mediul urban fumează zilnic, cu 2,7 puncte procentuale mai mult decât în rural (17,21%)(Figura I.6).

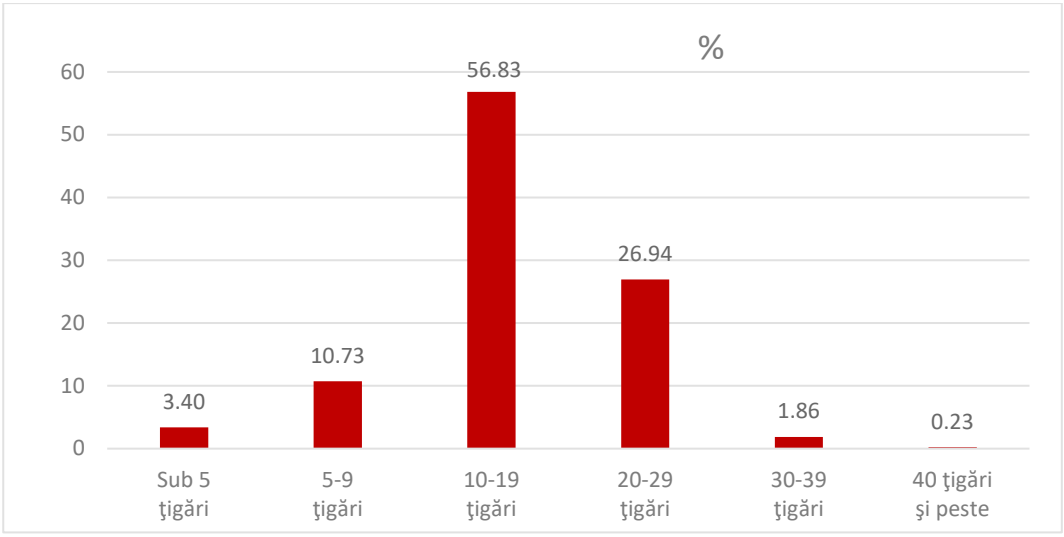


Figura I.7 Frecvența consumului de tutun zilnic la populația rezidentă de 15 ani și peste, în funcție de numărul de țigări fumate și grupe de vârstă, Sursa: EHIS 2019[3]

Din perspectiva numărului de țigări utilizate, 57% dintre adulții fumători zilnici fumează între 10 și 19 țigări pe zi și mai mult de un sfert dintre aceștia (27%) consumă între 20 și 29 de țigări zilnic (Figura I.7).

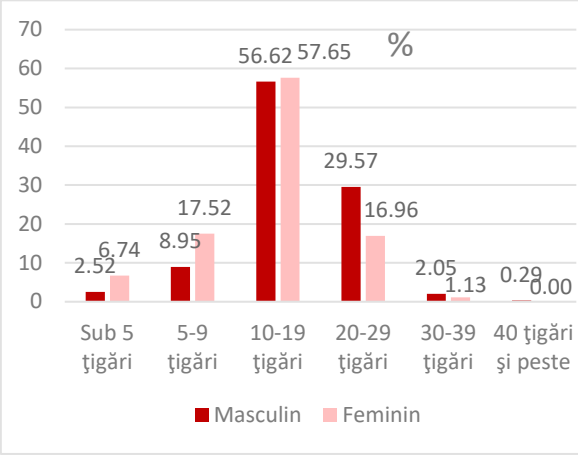


Figura I.8 Frecvența consumului de tutun zilnic la populația rezidentă de 15 ani și peste, în funcție de numărul de țigări fumate și gen, Sursa: EHIS 2019[3]

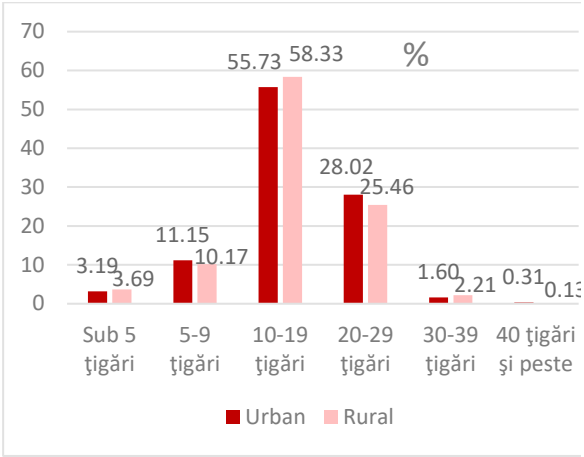


Figura I.9 Frecvența consumului de tutun zilnic la populația rezidentă de 15 ani și peste, în funcție de numărul de țigări fumate și mediul de rezidență, Sursa: EHIS 2019[3]

În ceea ce privește numărul de țigări fumate zilnic se observă că ponderea cea mai mare se înregistrează pentru 10-19 țigări/zi pentru ambele genuri (56,62% la bărbați și 57,65% la femei). 32% dintre bărbați și 18% dintre femei fumează zilnic mai mult de 20 de țigări/zi (Figura I.8).

În funcție de mediul de rezidență, frecvența cea mai mare a fumatului zilnic se înregistrează pentru 10-19 țigări/zi, fiind cu aproximativ 2 puncte procentuale mai mare în rural decât în urban (58% vs 56%). În schimb, în mediul urban se fumează mai intens când vine vorba de extreme, fiind vorba despre fumătorii ,,înrăiți" (20-29 de țigări pe zi) aceștia fiind mai mulți în urban decât rural și fumătorii ,,moderați" (5-9 țigări pe zi) cu o pondere ușor mai mare la oraș 11%, față de sat 10% (Figura I.9).

Prevalența consumului de tutun convențional la populația 15 ani – comparații internaționale

În România, prevalența fumatului a rămas apropiată de media UE și a înregistrat o reducere modestă în ultimii ani (19% în 2019 comparativ cu 20% în 2014). Cu toate acestea, România are una dintre cele mai mari disparități de gen în ceea ce privește fumatul zilnic în UE. În România, prevalența fumatului zilnic în rândul femeilor se clasează pe penultima poziție (8 % comparativ cu media UE de 14%), în timp ce, în rândul bărbaților, ocupă una dintre pozițiile cele mai înalte (31% comparativ cu media UE de 23%).[4]

Între 2014 și 2019, consumul de tutun în România a rămas relativ stabil, la 14 țigarete în medie per fumător pe zi în 2019 (comparativ cu 13 țigarete la nivelul UE). În România, Persoanele de genul masculin fumează, în medie, cu 2,8 țigări mai mult decât persoanele de genul feminin[3,4].

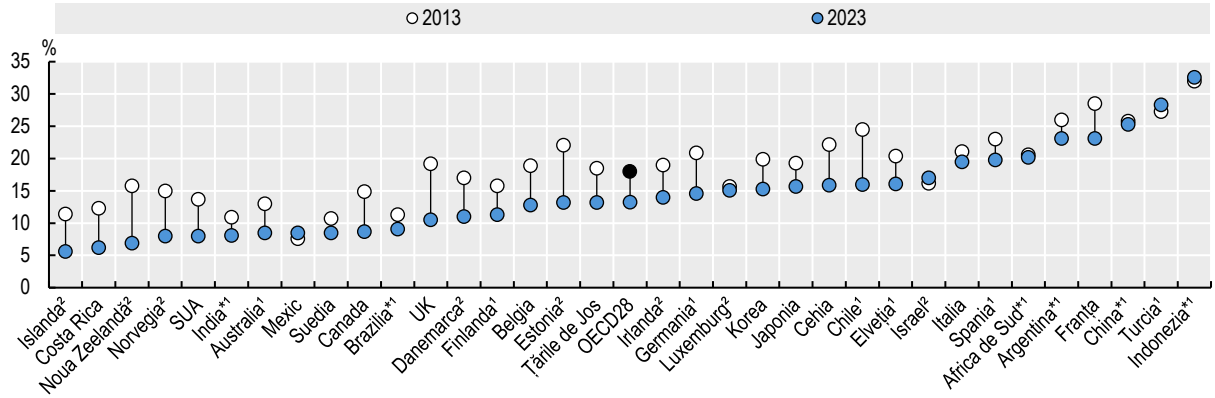
Prevalența standardizată în funcție de vârstă a consumului zilnic de tutun în rândul persoanelor cu vârsta de peste 15 ani din Regiunea Europeană a OMS a variat, în anul 2022, între 5,4% și 39,5%, evidențiind disparități semnificative între țările din regiune în ceea ce privește nivelurile de consum.[1]

Dacă în trecut consumul de tutun era în principal un fenomen asociat populației masculine, în prezent diferențele de prevalență între bărbați și femei s-au redus considerabil, ajungând la mai puțin de 5% în țări precum Danemarca și Islanda. Conform Raportului global OMS privind tendințele în

prevalența consumului de tutun 2000–2030[5], în anul 2022, un procent de 18,5% dintre femeile cu vârsta de 15 ani și peste din Regiunea Europeană a OMS utilizau produse din tutun.

Previziunile OMS pentru anul 2025 indicau o prevalență estimată de 30,6% în rândul bărbaților și 18,2% în rândul femeilor din Regiunea Europeană. Comparativ cu anul 2010, aceste valori ar reprezenta o reducere relativă de 22% pentru bărbați și de doar 9% pentru femei. Cu toate acestea, doar 11 țări din regiune se află în prezent pe traiectoria necesară pentru a atinge obiectivul global de reducere a consumului de tutun cu 30% până în 2025, ceea ce evidențiază nevoia urgentă de intensificare a eforturilor în domeniul controlului tutunului.[5]

❖ În contextul analizei comparative a prevalenței fumatului zilnic în rândul populației adulte (15 ani și peste) din statele membre UE, datele disponibile în raportul ***Sănătatea pe scurt: Europa 2025 (Health at a glance: Europe 2025)*** [6] evidențiază faptul că ratele fumatului în rândul adulților au scăzut în aproape toate țările UE în ultimul deceniu, în timp ce vapatul a crescut. În toate țările OECD, 14,8% dintre persoanele cu vârsta de 15 ani și peste au fumat zilnic în 2023.



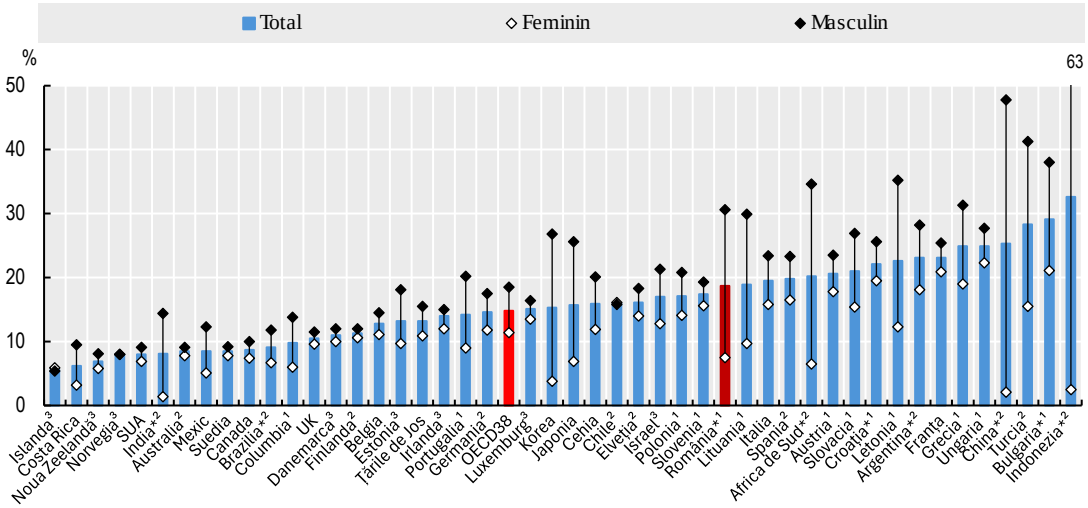
Nota: 1. Cele mai recente date din 2020-22. 2. Date din 2024. Țările cu date din 2019 nu sunt afișate. 2. Cele mai recente date din 2024.

Figura I.10 Evoluția ratelor fumatului zilnic în rândul populației 15 ani și peste, în anul 2013 și anul 2023 (sau cel mai apropiat an), *Media UE este neponderată, Sursa: OECD Health Statistics 2025 (bazat pe sondaje naționale sau pe European health interview surveys – EHIS 2019).

Proporția fumătorilor zilnici a fost cea mai mare în Turcia, Ungaria și Grecia, precum și în țările partenere/în curs de aderare Indonezia, Bulgaria și China, unde cel puțin una din patru persoane fuma zilnic. (Figura I.10).

Cele mai scăzute rate au fost observate în Islanda și Costa Rica, unde proporția fumătorilor zilnici era de 6% sau mai puțin (Figura I.10).

În toate țările OCDE, bărbații sunt mai predispuși să fumeze decât femeile: în medie, 18,5% dintre bărbați au fumat zilnic în 2023, comparativ cu 11,4% dintre femei. Unele țări prezintă disparități mari de gen – această diferență este cea mai pronunțată în Japonia, Coreea, Lituania, Letonia și Turcia, precum și în țările partenere Indonezia, China și Africa de Sud[6].



Nota: 1.Date din 2019. 2. Date din 2020-22. 3. Cele mai noi date din 2024

Figura I.11 Prevalența fumatului zilnic în rândul populației cu vârsta 15 ani și peste, pe sexe, în 2023 (sau cel mai apropiat an disponibil), *Media UE este neponderată, Sursa: OECD Health Statistics 2025 (bazat pe sondaj național sau pe European Health Interview surveys - EHIS).

Disparitățile de gen sunt marcante: în România frecvența fumatului zilnic în rândul bărbaților (30,6%) depășește valoarea medie UE de 22,3%, în timp ce în rândul femeilor aceasta se situează în jurul a 7,5%, semnificativ sub media UE pentru acest grup (14,8%). Cea mai mare prevalență a fumatului zilnic la genul masculin se înregistrează în Indonezia (62,7%) și Bulgaria (38%), iar cea mai mică în Islanda (5,4%). La genul feminin, pe primele locuri se situează Ungaria (22,3%) și Bulgaria (21,1%), iar pe ultimele locuri Suedia (8,5%), Portugalia (9%). România (7,5%) se află între țările valori mici ale prevalenței fumatului zilnic la femei (Figura I.11).[7]

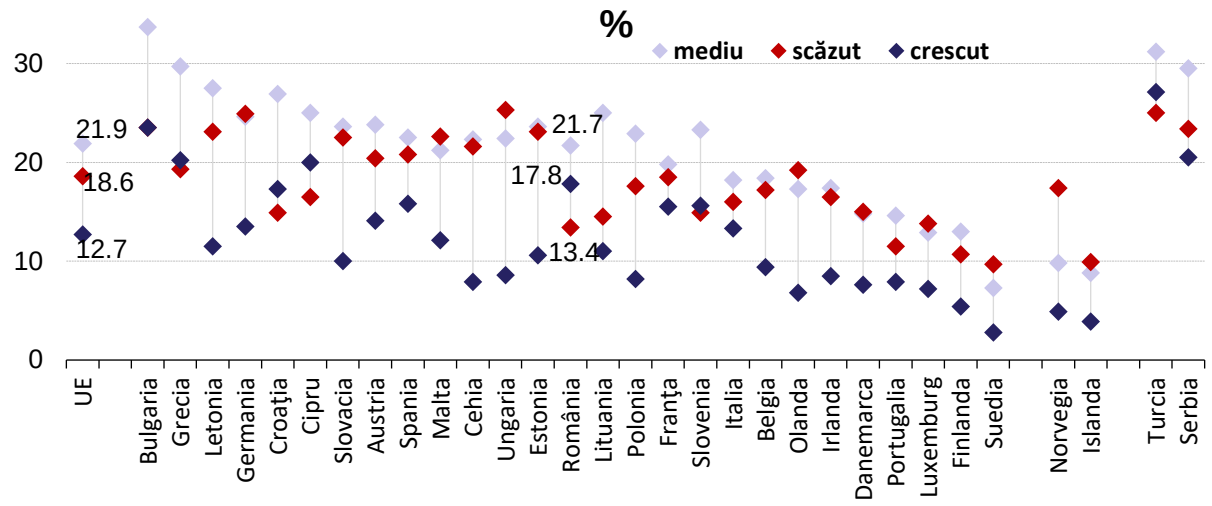
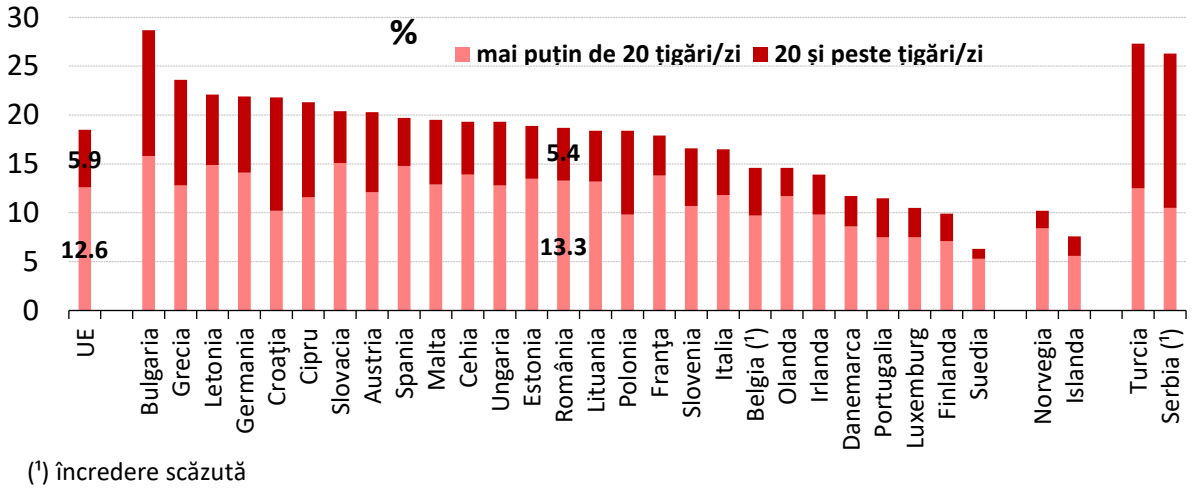


Figura I.12 Prevalența fumatului zilnic în rândul populației cu vârsta 15 ani și peste, în funcție de nivelul de instruire, Sursa: EUROSTAT, bazat pe EHIS 2019 (online data code: hlth_ehis_sk3e).

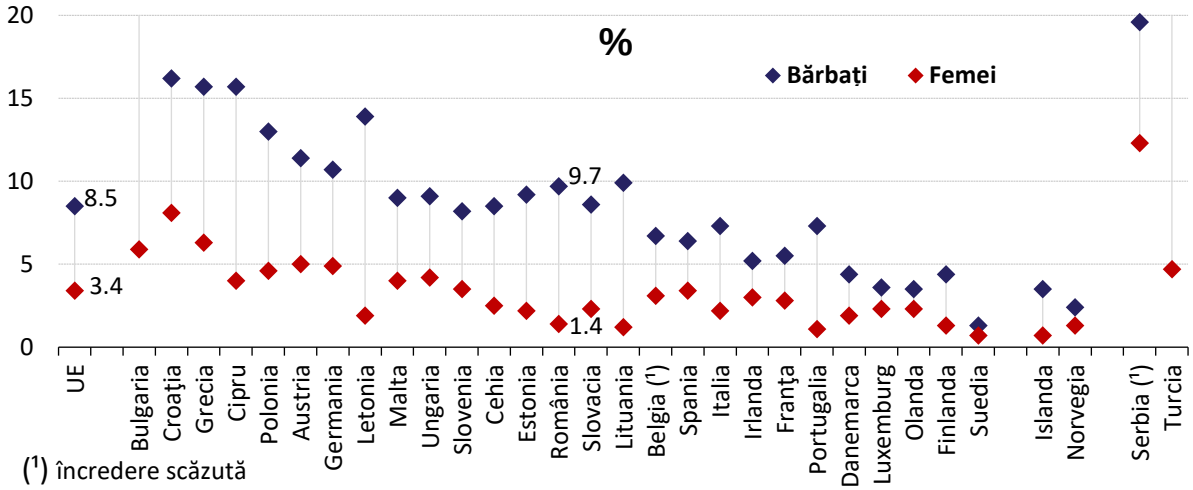
În România, ponderea fumătorilor zilnici din grupa de vârstă 15 ani și peste, cu studii medii (21,7%) este mai mare decât cea a fumătorilor cu un nivel de educație superior (17,8%) sau scăzut (13,4%). Ponderea fumătorilor zilnici în România se află sub media UE pentru consumatorii cu studii medii (21,9%) și scăzut (18,6%), și ușor peste media UE pentru consumatorii cu studii superioare (12,7%)(Figura I.13).



(1) încredere scăzută

Figura I.13 Prevalența fumatului zilnic în rândul populației cu vârsta 15 ani și peste, în funcție de numărul de țigări consumate, Sursa: EUROSTAT, bazat pe EHIS 2019, (online data code: hlth_ehis_sk3e).

În ceea ce privește numărul de țigări fumate zilnic, se observă că ponderea cea mai mare se înregistrează pentru mai puțin de 20 țigări/zi atât în România cât și la nivelul UE, cu diferență de 0,7 puncte procentuale în favoarea României. 5,4% dintre fumătorii zilnici din România fumează mai mult de 20 de țigări/zi, valoare ușor sub media UE de 5,9% (Figura I.14).



(1) încredere scăzută

Figura I.14 Prevalența fumatului zilnic în rândul populației cu vârsta 15 ani și peste, care consumă mai mult de 20 de țigări zilnic în funcție de gen, Sursa: EUROSTAT, bazat pe EHIS 2019, (online data code: hlth_ehis_sk3e).

În ceea ce privește fumătorii zilnici care fumează peste 20 de țigări/zi, se observă că ponderea cea mai mare se înregistrează pentru genul masculin atât în România cât și la nivelul UE. La această categorie de fumători, România se află peste media UE la genul masculin (9,7% vs 8,5%) și sub media UE pentru genul feminin (1,4% vs 3,4%) (Figura I.15).

Deși România se înscrie în tendința pozitivă de reducere a fumatului zilnic observată la nivelul UE, menținerea unei prevalențe ușor peste media europeană relevă oportunitatea de consolidare a politicilor existente, cu scopul apropierii de nivelurile scăzute înregistrate de statele membre cu cele mai bune rezultate.[7]

Prevalența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația 15 ani și peste

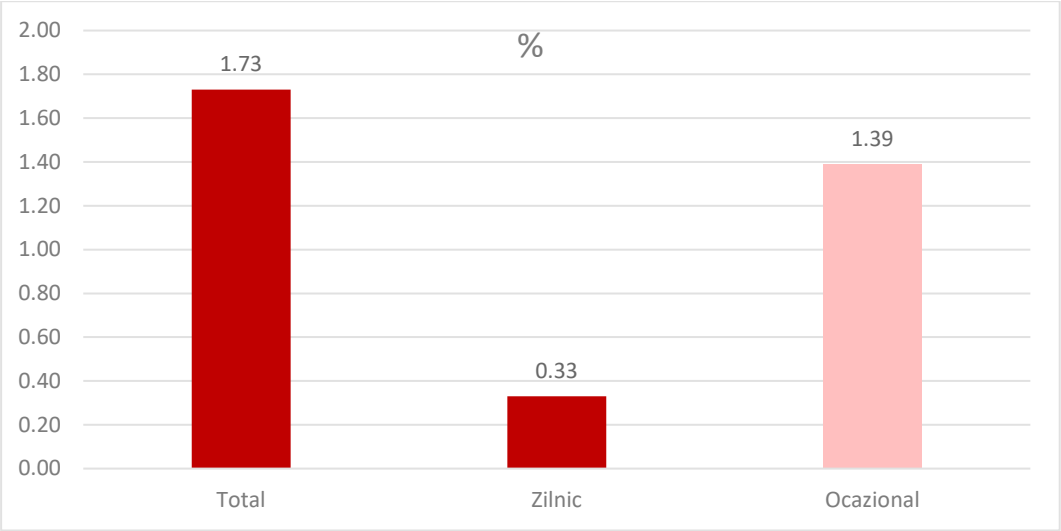


Figura I.15 Frecvența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația din grupa de vârstă 15 ani și peste, Sursa: EHIS 2019[3]

Conform datelor EHIS 2019, în România, 1,73% din populația de 15 ani și peste utiliza țigări electronice sau dispozitive electronice similare, dintre aceștia 0,33% fiind utilizatori zilnici și 1,39% utilizatori ocazionali de aceste dispozitive (Figura I.16).

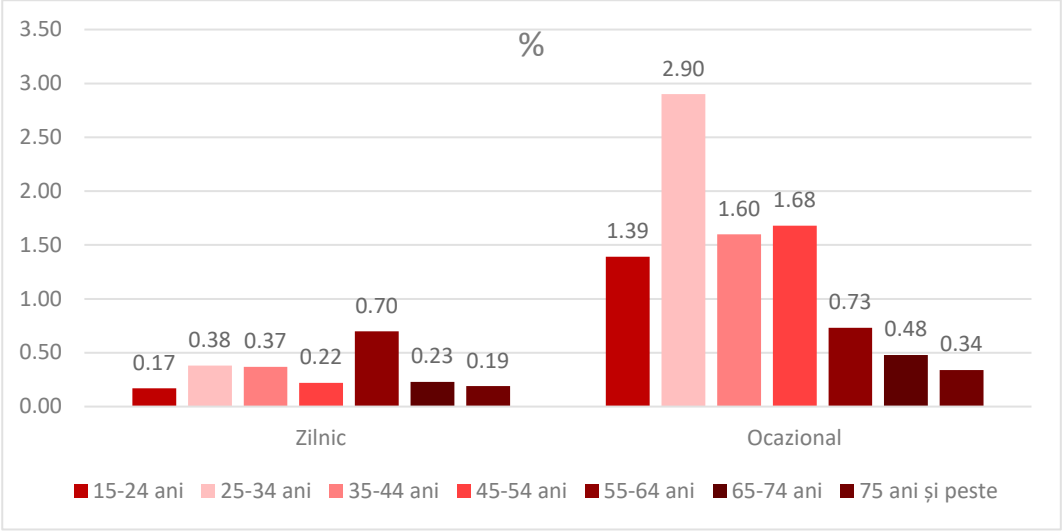


Figura I.16 Frecvența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația din grupa de vârstă 15 ani și peste, pe grupe de vârstă, Sursa: EHIS 2019[3]

Frecvența utilizării zilnice de țigări electronice sau dispozitive electronice similare are valori scăzute la toate grupele de vârstă, variind între 0,17% la 15–24 ani și 0,70% la 55–64 ani (Figura I.17). Frecvența utilizării ocazionale a acestor dispozitive este mai mare decât cea zilnică, atingând un maxim de 2,90% în rândul persoanelor de 25–34 de ani, urmat de 1,68% la grupa 45–54 de ani și 1,60% la 35–44 de ani. Proporțiile scad treptat după 55 de ani, ajungând la 0,34% în rândul persoanelor de 75 de ani și peste (Figura I.17).

Utilizarea ocazională de țigări electronice sau dispozitive electronice similare este mai prevalentă decât cea zilnică în toate grupele de vârstă, cu un vârf al consumului ocazional la adulții de vârstă mijlocie (25 – 34 de ani)(Figura I.17).

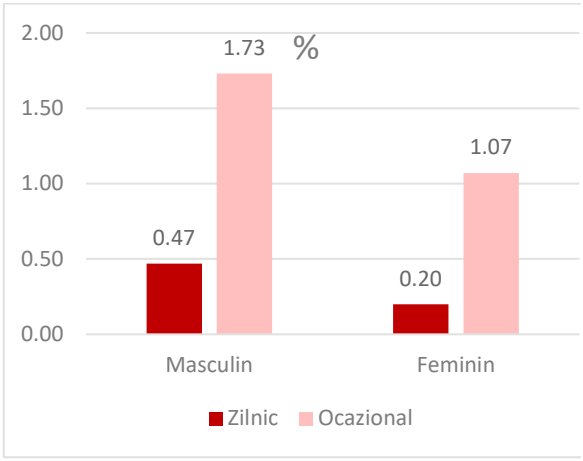


Figura I.17 Frecvența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația din grupa de vârstă 15 ani și peste, în funcție de gen, Sursa: EHIS 2019[3]

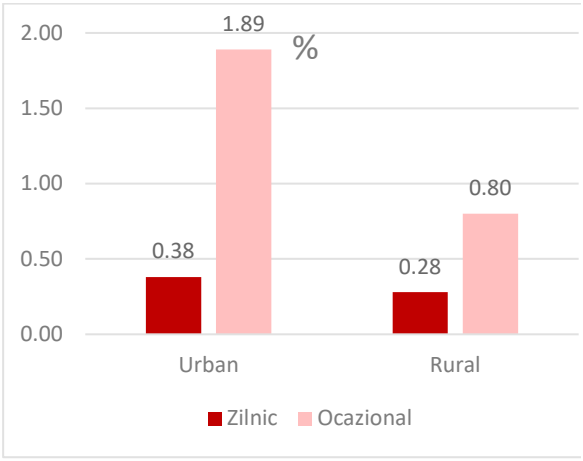


Figura I.18 Frecvența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația din grupa de vârstă 15 ani și peste, în funcție de mediul de rezidență, Sursa: EHIS 2019[3]

Ponderea utilizatorilor de țigări electronice sau dispozitive similare electronice de genul masculin este mai mare decât la genul feminin, atât pentru utilizarea zilnică (0,47% față de 0,20%), cât și pentru ocazională a acestor dispozitive (1,73%, respectiv 1,07%)(Figura I.18).

În funcție de mediul de rezidență, în România, frecvența utilizării de țigări electronice este mai mare în urban, atât pentru utilizarea zilnică (0,38% față de 0,28%), cât și pentru cea ocazională (1,89% vs 0,08%)(Figura I.19).

Astfel, în România, conform datelor EHIS 2019, frecvența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive similare electronice este mai mare la bărbați decât la femei și în mediul urban față de mediul rural.

Vapatul la adulți a crescut în majoritatea țărilor OECD. Folosit ca suport pentru renunțarea la fumat în unele țări, vapatul poate reprezenta de asemenea și o alegere inițială.

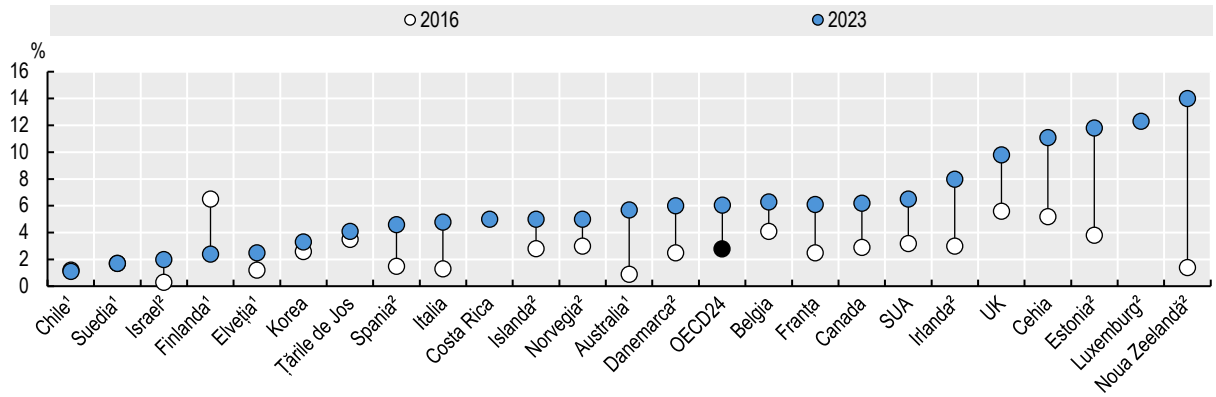


Figura I.19 - Utilizarea regulată a produselor pentru vapat la populația 15 ani și peste, în 2023 și 2016 (sau cel mai apropiat an disponibil), *Media UE este neponderată, Sursa: OECD Health Statistics 2025 (bazat pe sondaje naționale sau pe European Health Interview surveys - EHIS).

Între 2016 și 2023, ratele regulate de vaping au crescut în medie de la 3% la 6% în țările OECD cu date disponibile[6].

Cele mai mari creșteri au fost observate în Noua Zeelandă, unde 14% dintre persoanele cu vârsta de 15 ani și peste au raportat vapatul regulat în 2023, și Estonia, unde rata a fost de 12%[6].

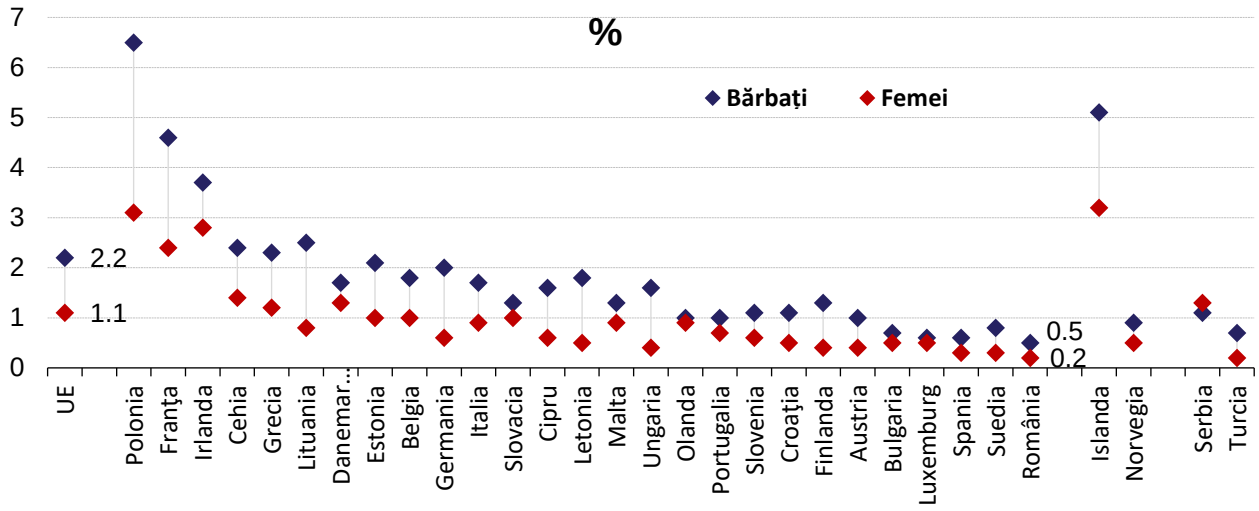


Figura I.20 Utilizarea regulată a produselor pentru vapat la populația 15 ani și peste, în funcție de gen, Sursa: EUROSTAT, bazat pe EHIS 2019, (online data code: hlth_ehis_sk6e) .

În România, în anul 2019, în rândul persoanelor cu vârsta de 15 ani și peste, frecvența de utilizare a țigării electronice și dispozitivelor similare, este de 0,2% la femei și 0,5% la bărbați, sub media europeană de 1,1% la genul feminin și respectiv 2,2% la genul masculin (Figura I.21).

❖ Un raport mai recent, ***Special Eurobarometer 539: Attitudes of European towards tabacco and related products*** **(Special EB 539)[8]**, desfășurat în mai - iunie 2023 în cele 27 de state membre ale UE, care apreciază atitudinea a 26358 de europeni față de tutun și produsele conexe, relevă că prevalența fumatului curent în România rămâne semnificativ peste media europeană.

1. *Frecvența consumului curent de produse de tutun convențional (Special EB 539, anul 2023)*

Astfel, 34% dintre respondenții români (n =1065) declară că fumează activ, comparativ cu 24% în media UE27, diferență care plasează România printre țările cu cele mai ridicate niveluri de consum de tutun tradițional, alături de Bulgaria (37%), Grecia (36%) și Croația (35%)(Figura I.22).

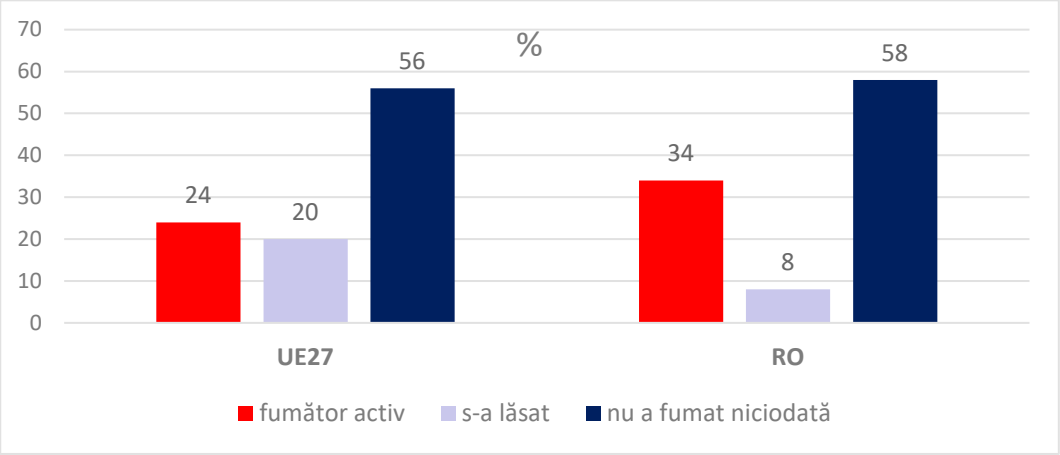


Figura I.21 Frecvența fumatului curent de produse convenționale de tutun, Ro vs UE27, Sursa: Special EB 539, 2023[9]

Analiza socio-demografică indică o prevalență crescută a fumatului curent de produse convenționale de tutun în rândul bărbaților din România (39%) față de femei (29%), ambele valori depășind considerabil media UE27 (de 28%, respectiv, 21%) (Figura I.23).

De asemenea, în România, grupa de vârstă 25–39 de ani înregistrează cea mai mare pondere de fumători activi (46% față de 32% în UE27), urmată de grupa de vârstă 40–54 de ani (42% comparativ cu 28% în UE27)(Figura I.24)[8].

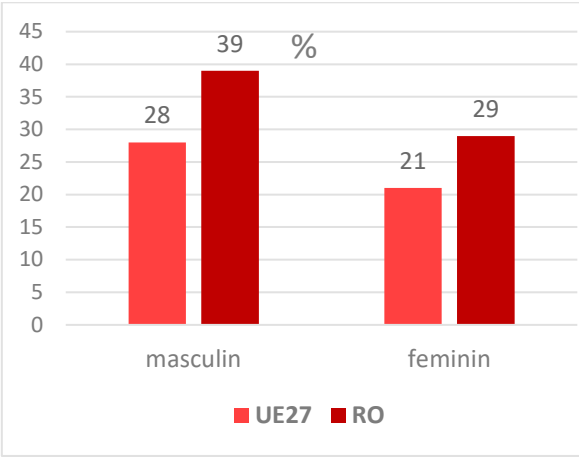


Figura I.22 Frecvența fumatului curent de produse convenționale de tutun, Ro vs UE27, în funcție de gen, Sursa: Special EB 539, 2023[9]

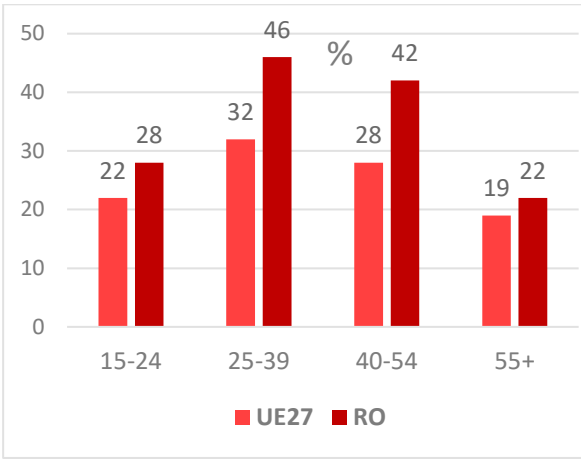


Figura I.23 Frecvența fumatului curent de produse convenționale de tutun, Ro vs UE27, pe grupe de vârstă, Sursa: Special EB 539, 2023[9]

Astfel, România se evidențiază printr-o prevalență a fumatului curent de produse convenționale de tutun superioară mediei europene UE27, o rată redusă de renunțare la fumat (8% față de 20% în UE27) și o diferență de gen mai accentuată decât în majoritatea statelor membre(Figura I.22, Figura I.23) [8].

În România, 42% dintre cei care fumătorii care folosesc tutun convențional declară că fumează între 11-20 de țigări/zi, iar 28% între 6-10 țigări/zi, în timp ce la nivelul UE27, dintre respondenții care obișnuiesc să fumeze în mod regulat (cel puțin în fiecare săptămână), aproape patru din zece (38%) consumau 11 - 20 țigări/zi, și aproximativ unul din patru (26%) fuma 6 - 10 țigări/zi[8].

2. Frecvența de utilizarea a țigărilor electronice și a produselor de tutun încălzit (Special EB 539, anul 2023)

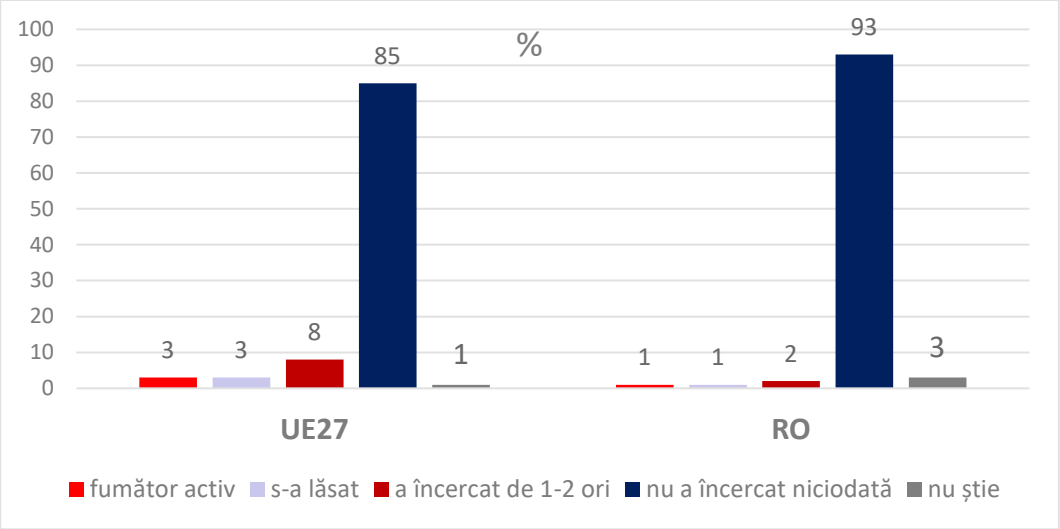


Figura I.24 Frecvența de utilizare a țigărilor electronice, Ro vs UE27,

Sursa: Special EB 539, 2023[9]

În ceea ce privește frecvența de utilizare a țigărilor electronice, aceasta este ușor mai scăzută în România, unde 1% dintre respondenți sunt utilizatori activi, față de 3% în media UE, iar 93% dintre respondenții din România afirmă că nu au încercat niciodată acest tip de produs, comparativ cu 85% dintre europeni (Figura I.25)[8].

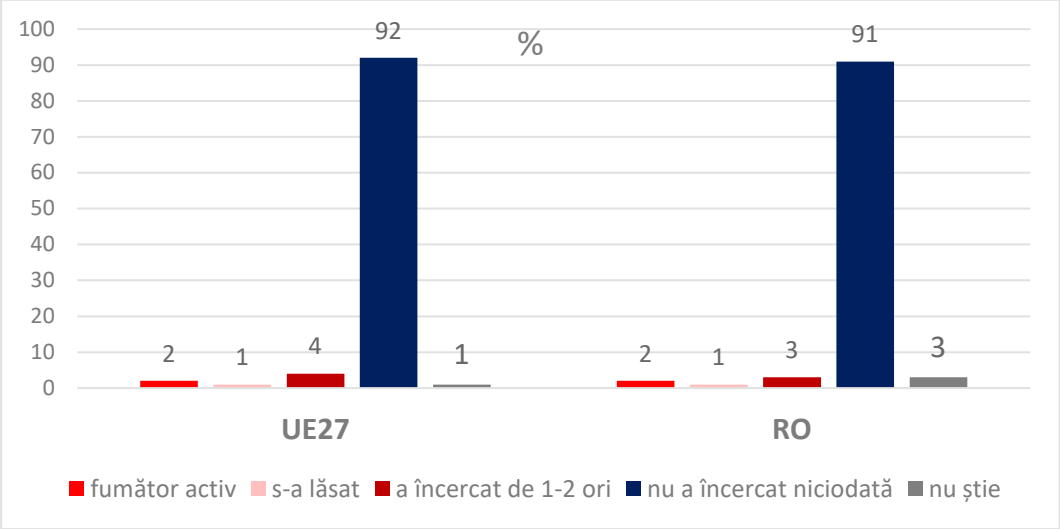


Figura I.25 Frecvența de utilizare a produselor din tutun încălzit HTPs, Ro vs UE27,

Sursa: Special EB 539, 2023[9]

În privința produselor din tutun încălzit (HTP), România înregistrează 2% utilizatori curenți și 3% care le-au încercat o dată sau de două ori, valori concordante cu media europeană (2% și respectiv 4%)(Figura I.26)[8].

Concluzii privind prevalența consumului de produse de tutun la adulți

1. Epidemia consumului de tutun continuă și astăzi să reprezinte o provocare majoră pentru sănătatea publică, nu doar la nivel european, dar și la nivel global, astfel consumului activ și pasiv de tutun fiindu-i atribuite numeroase decese, prevalență crescută în rândul tinerilor și a adulților, și poate cel mai important, impactul semnificativ asupra mortalității prin boli netransmisibile. Aceste aspecte subliniind importanța implementării unor politici de sănătate publică eficiente și a unor intervenții țintite, menite să reducă inițierea acestui obicei și totodată să sprijine procesul de renunțare la fumat în toate categoriile populaționale.
2. Datele prezentate arată că fumatul rămâne un comportament frecvent întâlnit în România, acesta afectând 26,8% din populația cu vârsta de peste 15 ani, prevalența cea mai ridicată fiind identificată la persoanele cu vârste cuprinse între 25 și 54 de ani, precum și în rândul persoanelor cu studii medii și superioare. Majoritatea fumătorilor consumând între 10 și 19 țigări pe zi, bărbații depășind chiar 20 de țigări zilnic.
3. Utilizarea țigărilor electronice și a dispozitivelor de vapat rămâne relativ redusă în România, comparativ cu media europeană, fiind predominant ocazională și mai frecvent întâlnită în rândul bărbaților, al adulților tineri și al populației din mediul urban. Cu toate că prevalența utilizării acestor produse alternative este inferioară cele înregistrate în majoritatea statelor europene, consumul de tutun convențional rămâne o problemă serioasă de sănătate publică.
4. România se situează peste media UE în ceea ce privește prevalența fumatului zilnic, în special în rândul bărbaților și al grupului de vârstă cuprins între 25-54 de ani, în timp ce rata de renunțare la fumat este considerabil mai redusă decât media UE.

I.2. Prevalența fumatului la adolescenți

Prevalența consumului de produse de tutun la adolescenții cu vârsta 11-15 ani (HBSC 2021/2022)

Adolescența este o perioadă de experimentare, uneori legată de participarea la comportamente dăunătoare sănătății, inclusiv consumul de tutun, de alcool și consumul de droguri ilicite. Fumatul în copilărie și adolescență are consecințe imediate și pe termen lung asupra sănătății, crescând pe termen scurt riscul de boli respiratorii, precum astmul, și, pe termen lung, riscul de boli cardiovasculare, alte boli respiratorii cronice și cancer.

Prevalența consumului de produse de tutun convențional la adolescenții cu vârsta 11-15 ani (HBSC 2021/2022)

Până în anul 2021, în Regiunea Europeană a OMS, aproximativ 10,8% dintre adolescenții cu vârste cuprinse între 13 și 15 ani consumau tutun, ceea ce corespunde unui număr estimativ de circa 4 milioane de tineri[1].

Conform celui mai recent sondaj ***Health Behaviour in School-age Children 2021/2022 (HBSC 2021/2022)****[10]*, care a colectat date privind consumul de substanțe în rândul copiilor și adolescenților

cu vârste de 11, 13 și 15 ani în țările UE și în alte câteva țări, se evidențiază diferențe semnificative între România și media internațională HBSC în ceea ce privește frecvența fumatului în rândul adolescenților din acest interval de vârstă.

În general, 13% dintre băieți și fete au raportat că au fumat țigări în timpul vieții lor și 8% în ultimele 30 de zile. Prevalența consumului atât pe parcursul vieții, cât și în ultimele 30 de zile a crescut semnificativ odată cu vârsta pentru băieți și fete în aproape toate țările și regiunile.[11]

Mai mult de unul din șase adolescenți (18%) au raportat că au folosit o țigară electronică cel puțin o dată în viață, iar 10% au făcut acest lucru în ultimele 30 de zile.[11]

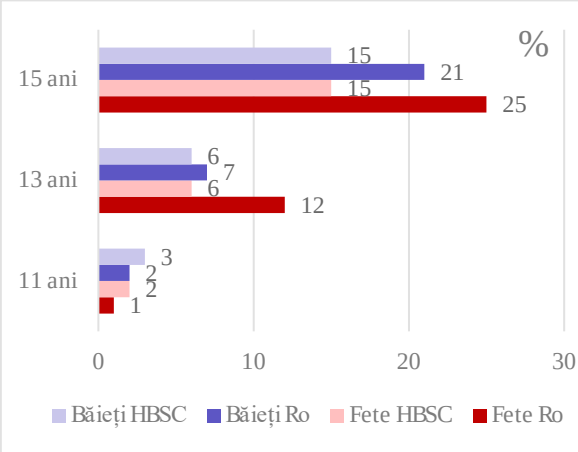


Figura I.26 Frecvența tinerilor 11-15 ani care au fumat produse din tutun convențional cel puțin o dată în ultimele 30 de zile, în funcție de gen, Sursa: HBSC 2022

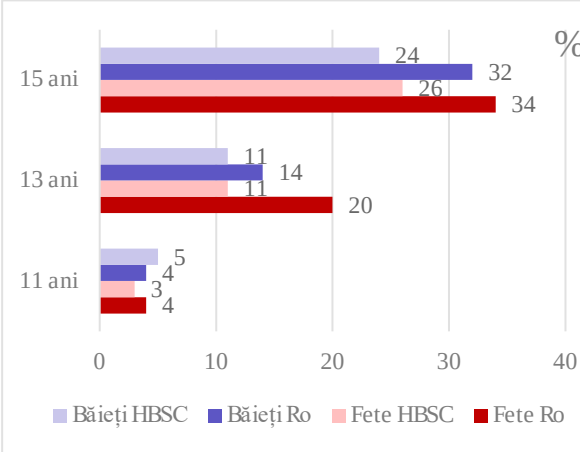


Figura I.27 Frecvența tinerilor 11-15 ani care au fumat produse din tutun convențional cel puțin o dată pe parcursul vieții, în funcție de gen, Sursa: HBSC 2022

În cazul fumatului curent (în ultimele 30 de zile înainte de participarea la sondaj), cât și al fumatului cel puțin o dată pe parcursul vieții, România înregistrează valori superioare mediei țărilor HBSC, cu diferențe mai accentuate la vârstele mai mari (la 13 ani și la 15 ani) și în rândul fetelor.

În ceea ce privește fumatul curent, proporția tinerilor care declară consum de tutun crește odată cu vârsta la ambele sexe. La adolescenții de 15 ani, 25% dintre fete și 21% dintre băieții din România au fumat cel puțin o dată în ultimele 30 de zile, comparativ cu 15% în medie la ambele genuri în țările HBSC. La fetele de 15 ani, prevalența fumatului curent este de peste cu 10 puncte procentuale în România, decât media HBSC, iar la băieții de 15 ani cu 6 puncte procentuale. Și la 13 ani, diferențele sunt considerabile, mai ales pentru fete, unde prevalența fumatului curent este de două ori mai mare în România decât media HBSC (12% vs 6%). La 11 ani, frecvența fumatului curent se aliniază țărilor HBSC, cu valori ușor sub medie la ambele genuri (Figura I.27).

În ceea ce privește fumatul de-a lungul vieții, la adolescenții de 15 ani, 34% dintre fete și 32% dintre băieții din România au fumat cel puțin o dată de-a lungul vieții, comparativ cu 26% și, respectiv, 24% în medie în țările HBSC. Și la 13 ani, frecvența fumatului experimental la ambele sexe este mai mare în România decât media HBSC, în special la fete unde valoarea este de aproape 2 ori mai mare în România (20%) decât media HBSC (11%)(Figura I.28).

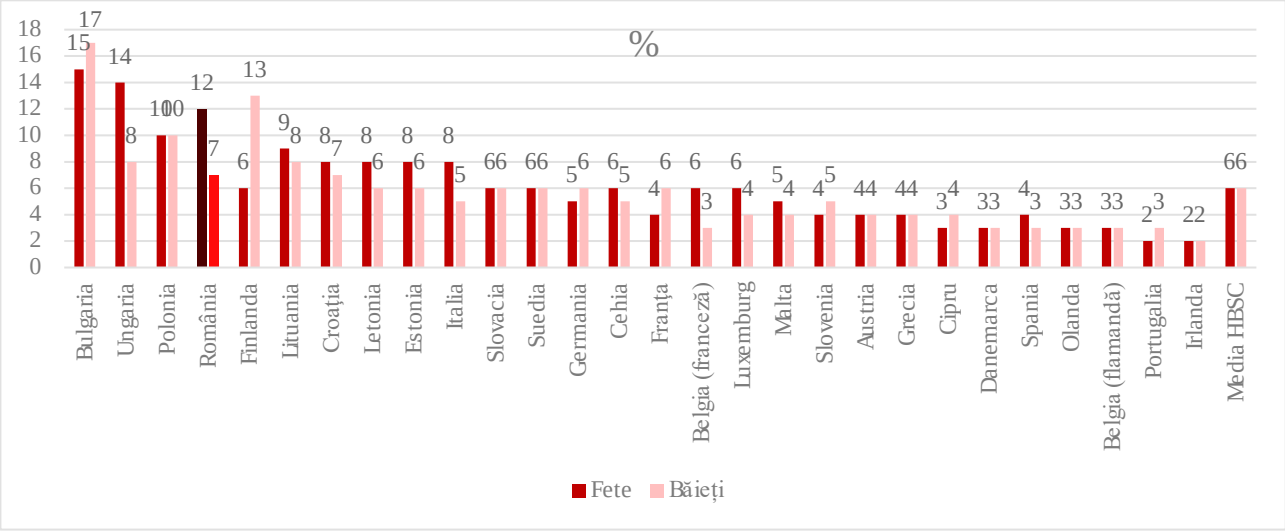


Figura I.28 Frecvența tinerilor de 13 ani care au fumat produse din tutun convențional cel puțin o dată în ultimele 30 de zile, în țările HBSC, Sursa: HBSC 2022

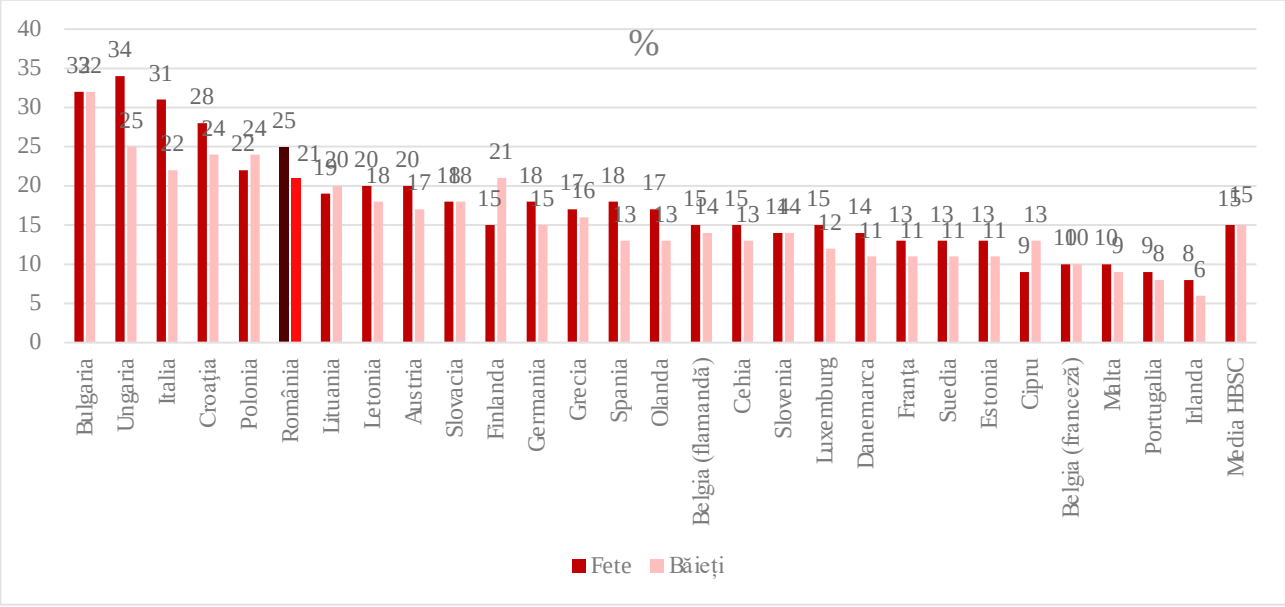


Figura I.29 Frecvența tinerilor de 15 ani care au fumat produse din tutun convențional cel puțin o dată în ultimele 30 de zile, în țările HBSC, Sursa: HBSC 2022

Din punct al prevalenței consumului curent de tutun convențional (în ultimele 30 de zile) între țările HBSC, România se află pe locul 4 la adolescenții de 13 ani și pe locul 5 la cei de 15 ani, în clasamentul țărilor HBSC (Figura I.29 și Figura I.30).

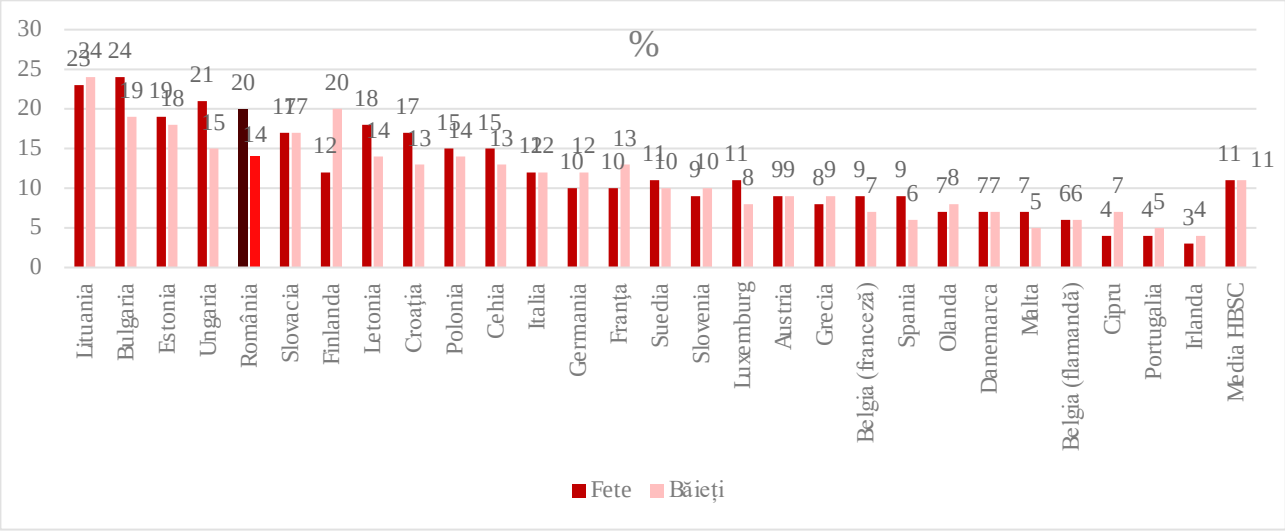


Figura I.30 Frecvența tinerilor de 13 ani care au fumat produse din tutun convențional de-a lungul vieții, în țările HBSC, Sursa: HBSC 2022

De asemenea, România ocupă locul 5 în ierarhia țărilor HBSC în cazul adolescenților de 13 ani care au fumat de-a lungul vieții (Figura I.31).

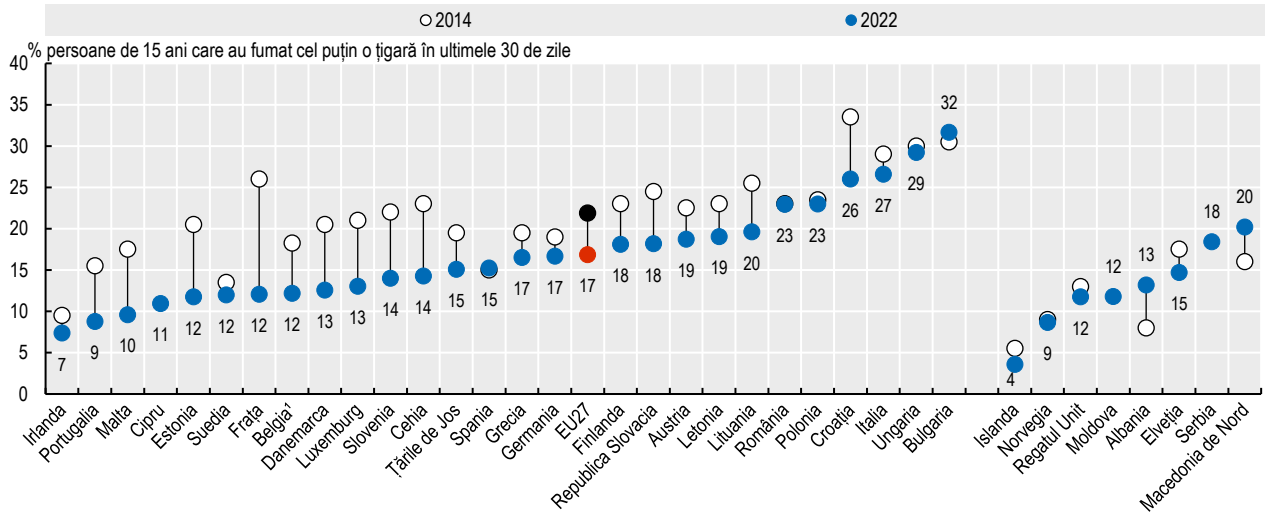


Figura I.31 Rata fumatului curent în rândul adolescenților de 15 ani, 2014 și 2022, *Media UE nu este ponderată Sursa: OECD Health at a Glace 2024, HBSC Data Browser - https://data-browser.hbsc.org/

Evoluția fumatului curent în rândul adolescenților de 15 ani ilustrează o scădere generală în Uniunea Europeană între anii 2014 și 2022, însă cu variații semnificative între statele membre.

Prevalența fumatului la adolescenții de 15 ani din România (de 23% și în 2014 și în 2022) s-a menținut constantă în această perioadă, fiind ușor mai crescută decât media UE27 de 22% din anul 2014 și semnificativ peste media UE27 de 17% din anul 2022. În context european, în anul 2022, țări precum Irlanda (7%), Portugalia (9%) și Malta (10%) înregistrează cele mai scăzute niveluri de ale frecvenței fumatului la această grupă de vârstă, în timp ce Ungaria (29%) și Bulgaria (32%) prezintă cele mai ridicate valori.

Diferența de gen în fumatul de tutun între băieți și fete de 15 ani este destul de mică în majoritatea țărilor. În medie, o proporție puțin mai mare de fete de 15 ani au raportat că au fumat în ultima lună în anul 2022 (18% față de 16% pentru băieți)[7,11].

Rata fumatului în rândul tinerilor de 15 ani a scăzut din 2014 în aproape toate țările UE, cu excepția Bulgariei, unde a crescut ușor, și a României și Spania, unde ratele au fost stabile.

Prevalența utilizării țigărilor electronice la adolescenții cu vârsta 11-15 ani (HBSC 2021/2022)

În același timp, utilizarea țigărilor electronice în rândul adolescenților din această grupă de vârstă (13 -15 ani) are o tendință ascendentă în majoritatea țărilor europene. Procentul de utilizatori la această grupă de vârstă variază între 0,7% în Uzbekistan (2021) și atinge un nivel alarmant de 23,3% în Bulgaria (2023). Tot mai multe state europene raportează în rândul tinerilor rate crescute ale utilizării țigărilor electronice care le depășesc pe cele ale fumatului tradițional, în unele cazuri diferența fiind de două sau chiar trei ori mai mare.[1]

Până în prezent, doar un număr redus de țări au inclus în anchete colectarea de date despre consumul de produse din tutun încălzit în rândul adolescenților. Valorile raportate oscilează între 3,1% în România (2017) și 13,7% în Italia (2022).[1]

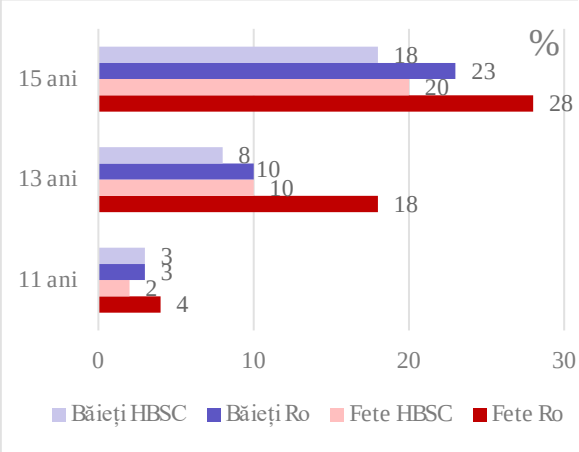


Figura I.32 Frecvența tinerilor 11-15 ani care au utilizat țigări electronice cel puțin o dată în ultimele 30 de zile, în funcție de gen, Ro vs media țărilor HBSC Sursa: HBSC 2022

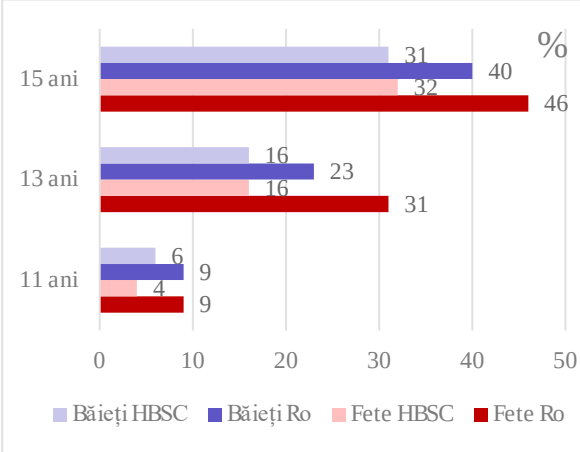


Figura I.33 Frecvența tinerilor 11-15 ani care au utilizat țigări electronice cel puțin o dată în viață, , în funcție de gen, Ro vs media țărilor HBSC, Sursa: HBSC 2022

La grupa de vârstă 11-15 ani, în ceea ce privește utilizarea țigărilor electronice, în ultimele 30 de zile, prevalența crește odată cu vârsta, atingând valori maxime la 15 ani – 28% în cazul fetelor din România și 23% pentru băieți, ambele procente depășind media țărilor HBSC (de 20% la genul feminin și 18% la genul masculin)(Figura I.33).

Pentru utilizarea ocazională (cel puțin o dată în viață) a țigărilor electronice, se observă o tendință similară, cu valori semnificativ mai ridicate în România comparativ cu media HBSC. La vârsta de 15 ani, 46% dintre fete și 40% dintre băieți din România au declarat că au utilizat cel puțin o dată în viață țigări electronice, față de 32% și, respectiv, 31% media țărilor HBSC. În concluzie, datele indică o prevalență mai ridicată a utilizării țigărilor electronice în rândul adolescenților români, în special în grupa de vârstă de 15 ani și mai ales în rândul fetelor, comparativ cu media țărilor HBSC (Figura I.34).

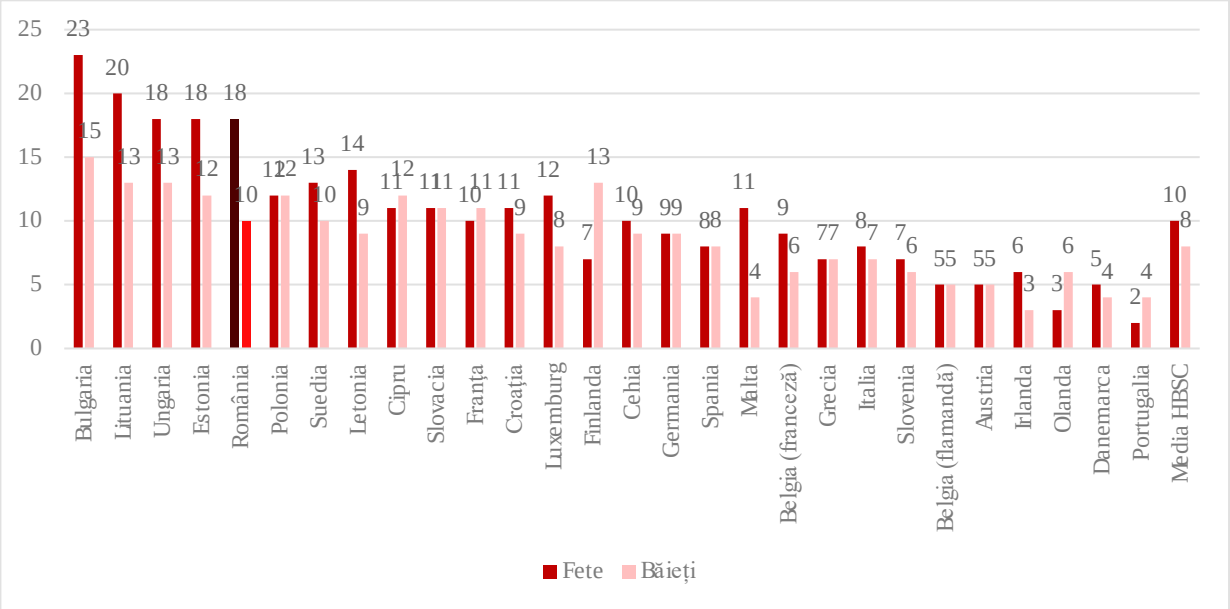


Figura I.34 Frecvența tinerilor de 13 ani care au utilizat țigări electronice cel puțin o dată în ultimele 30 de zile, în țările HBSC, Ro vs media țărilor HBSC Sursa: HBSC 2022

Din punct al prevalenței utilizării țigărilor electronice în ultimele 30 de zile, România se află pe locul 5 la adolescenții de 13 ani în clasamentul țărilor UE, pe locul 6 la vârsta de 11 ani și pe locul 7 la 15 ani(Figura I.35).

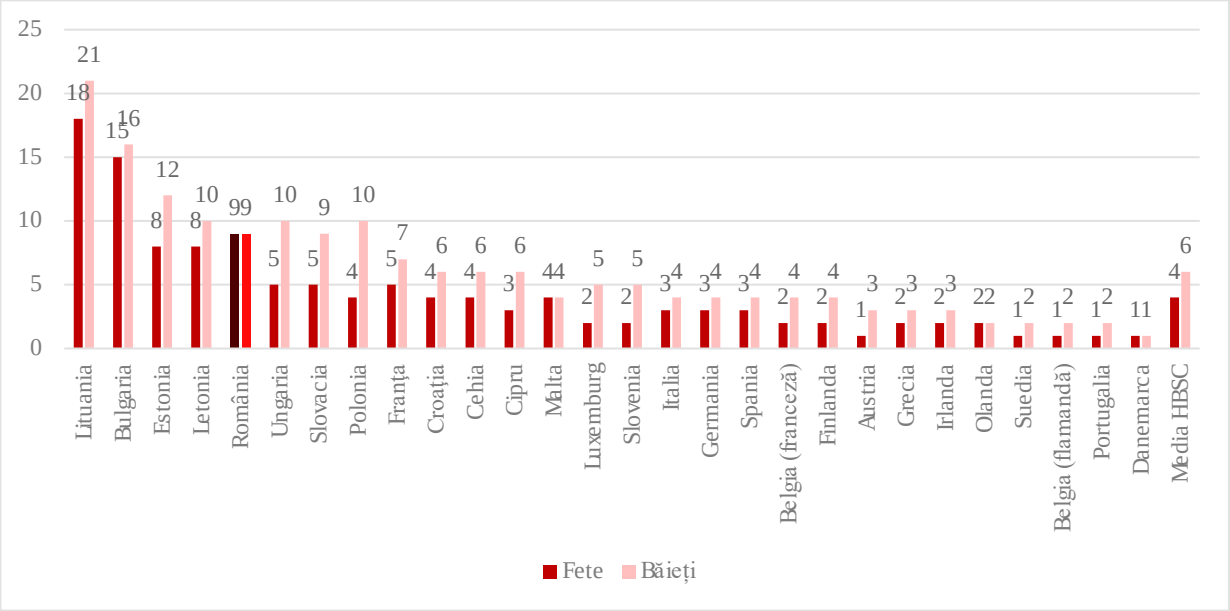


Figura I.35 Frecvența tinerilor de 11 ani care au utilizat țigări electronice de-a lungul vieții, în țările HBSC, Ro vs media țărilor HBSC Sursa: HBSC 2022

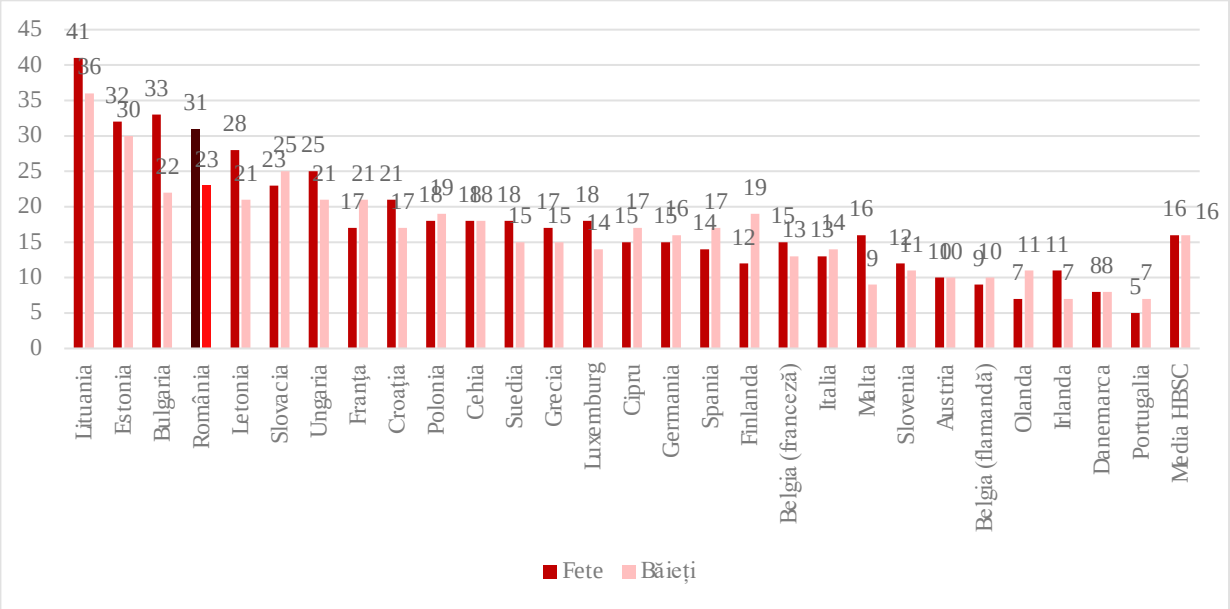


Figura I.36 Frecvența tinerilor de 13 ani care au utilizat țigări electronice de-a lungul vieții, în țările HBSC, Ro vs media țărilor HBSC Sursa: HBSC 2022

În clasamentul prevalenței utilizării țigărilor electronice de-a lungul vieții între țările UE, România se află pe locul 4 la adolescenții de 13 ani, pe locul 5 la cei de 11 ani și pe locul 7 la 15 ani(Figura I.36 și Figura I.37).

Aproximativ unul din cinci (22%) tineri de 15 ani din țările UE au raportat că au folosit țigări electronice în ultima lună în anul 2022.

În plus, 43 % dintre adolescenții din România au declarat că au folosit la un moment dat o țigară electronică, comparativ cu 35% dintre adolescenții din UE, în medie[4].

Evoluția consumului de tutun la nivel global între anii 2018 și 2022 la adolescenții 11-15 ani, HBSC 2022

În general, 2% dintre copiii de 11 ani au fumat țigări în ultimele 30 de zile, cea mai mare prevalență fiind observată în Bulgaria (13% dintre băieți și 11% dintre fete) și cele mai mici rate (mai puțin de 1%) în 23 de țări și regiuni. Aproximativ 5% dintre copiii de 13 ani au raportat că fumează actual, variind de la mai puțin de 1% dintre fetele din Islanda și Tadjikistan până la 17% dintre fetele din Danemarca (Groenlanda) și băieții din Bulgaria. Cincisprezece la sută dintre băieți și fete erau fumători actuali la vârsta de 15 ani, cu o prevalență variind de la sub 1% în rândul fetelor din Armenia la 52% dintre fetele din Danemarca (Groenlanda)[11].

Nu s-a găsit nicio diferență semnificativă în ceea ce privește fumatul actual între băieți și fete în majoritatea țărilor și regiunilor. Cu toate acestea, în grupa de vârstă cea mai tânără, prevalența a fost în general mai mare în rândul băieților decât al fetelor (cu excepția Danemarcei (Groenlanda) și Lituaniei, în timp ce în rândul tinerilor de 15 ani, fetele din șapte țări și regiuni au fost mai susceptibile decât băieții de a fi fumători actuali. Diferențele de gen s-au schimbat, de asemenea, odată cu vârsta pentru fumatul de țigări pe viață. La vârsta de 11 ani, băieții au raportat o prevalență mai mare a consumului pe parcursul vieții în 17 țări și regiuni, dar inversul s-a văzut la vârsta de 15 ani, fetele raportând o prevalență mai mare la 10[11].

Între 2018 și 2022, au existat dovezi ale scăderii fumatului pe parcursul vieții, în special în rândul băieților de 13 ani și al băieților și fetelor de 15 ani. A existat, de asemenea, o scădere mică, dar semnificativă, a fumatului în rândul băieților de 15 ani. Cu toate acestea, s-au observat unele diferențe la nivel de țară/regiune: în Macedonia de Nord și Republica Moldova, de exemplu, fumatul actual a crescut la ambele sexe și la toate grupele de vârstă (cu excepția băieților de 15 ani), în timp ce în Islanda a scăzut la băieții de toate vârstele și la fetele de 15 ani[11].

Ca și în cazul fumatului, utilizarea țigărilor electronice a crescut semnificativ odată cu vârsta atât la băieți, cât și la fete și în aproape toate țările și regiunile. În rândul băieților, consumul țigărilor electronice pe tot parcursul vieții a crescut de la 6% în rândul copiilor de 11 ani la 16% și, respectiv, 31% în rândul tinerilor de 13 și, respectiv, 15 ani. Un model similar a fost observat la fete (4%, 16% și 33% la fetele de 11, 13 și, respectiv, 15 ani). Cea mai mare utilizare pe parcursul vieții a fost observată în Lituania, cu o prevalență de aproape 60% la ambele sexe la vârsta de 15 ani[11].

Prevalența consumului actual de țigări electronice a crescut, de asemenea, semnificativ odată cu vârsta băieților, de la 3% în rândul copiilor de 11 ani, la 8% în rândul tinerilor de 13 ani, la 18% la 15 ani. O creștere similară a fost observată în rândul fetelor: de la 2% pentru copiii de 11 ani, la 10% pentru copiii de 13 ani, la mai mult decât dublu (21%) pentru fetele de 15 ani.[11]

În rândul tinerilor de 15 ani, prevalența consumului curent a variat substanțial între țări și regiuni, de la 2% în rândul băieților și sub 1% în rândul fetelor din Tadjikistan, la 34% și, respectiv, 36% în rândul băieților și fetelor din Lituania.[11]

Diferența de gen atât în ceea ce privește utilizarea țigărilor electronice pe parcursul vieții, cât și în ultimele 30 de zile a fost semnificativă în aproape toate țările și regiunile, Albania, Armenia și Regatul Unit prezentând-o în toate grupele de vârstă. Cea mai mare diferență de gen în rândul tinerilor de 15 ani a fost găsită în Armenia (36% băieți, 6% fete) și în ultimii 30 de zile (23% băieți, mai puțin de 1% fete). Consumul actual de țigări electronice în rândul copiilor de 11 ani a fost mai mare la băieți decât la fete în toate cele 15 țări și regiuni care au prezentat o diferență semnificativă de gen. În schimb, diferența de gen în rândul tinerilor de 15 ani a fost semnificativă statistic în 19 țări și regiuni, prevalența fiind mai mare în rândul fetelor în 14 dintre ele.[11]

O prevalență semnificativ mai mare a fumătorilor actuali a fost găsită atât în rândul băieților, cât și al fetelor din familii cu venit crescut din 10 țări și regiuni, în timp ce situația inversă a fost observată pentru ambele sexe în Canada, Cipru și Irlanda. În alte 19 țări și regiuni, diferențele în funcție de nivelul socio-economic al familiei au fost remarcate la unul dintre genuri: numai la băieți în 12 din 19 țări, cu o prevalență mai mare în rândul familiilor cu venit crescut în opt dintre acestea și numai la fete în șapte țări din 19, cu o prevalență mai mare în rândul familiilor cu venit crescut în trei dintre acestea[11].

I.3. Prevalența consumului de tutun la adolescenții cu vârsta 15-16 ani (ESPAD 2024)

❖ ***Proiectul european de cercetare în școli privind consumul de alcool și alte droguri, 2024***, (***European School Survey on Alcohol and Other Drugs - ESPAD 2024)*** [12] , desfășurat în 2024, marchează trei decenii de monitorizare a comportamentelor riscante ale adolescenților din întreaga Europă. Reprezintă cea de-a optulea rundă de colectare a datelor desfășurată în cadrul proiectului ESPAD

începând cu anul 1995, iar la această ediție recentă au participat un număr total de 113.882 de elevi cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani din 37 de țări europene.

Consumul de produse de tutun convențional la adolescenții 15-16 ani, ESPAD 2024

Inițierea precoce a fumatului zilnic la adolescenții de 15-16 ani, ESPAD 2024

În România 20,51% dintre cei intervievați declară că au fumat pentru prima dată, prima țigară la vârsta de 13 ani sau mai devreme (19,21% dintre băieți și 21,71% dintre fete). În medie, 14,88% dintre adolescenții ESPAD raportează că au fumat pentru prima dată la vârsta de 13 ani sau mai devreme, 15% dintre băieți și 14,71% dintre fete. Cele mai mari proporții sunt înregistrate în Slovacia (24,37%) și Kosovo (22,9%), în timp ce cele mai scăzute sunt în Islanda (6,37%) și Malta (7,13%).[12,13] În puțin peste jumătate dintre țări, inițierea timpurie (la vârsta de 13 ani) a fumatului este mai frecventă în rândul fetelor, în special în Bulgaria (23,18% față de 17,16%) și România (21,71% vs 19,21%).[12,13]

O altă cifră cheie este consumul zilnic raportat de elevii care au început să fumeze la o vârstă fragedă (13 ani sau mai devreme). În România, 5,4% dintre adolescenții de 15-16 ani intervievați declară că debutul fumatului zilnic a avut loc precoce, la vârsta de 13 ani sau mai devreme, valoare peste media de 3,64% în cazul adolescenților ESPAD. Cele mai mari proporții sunt înregistrate în Bulgaria (8,73%), Kosovo (6,61%), Slovacia (6,61%) și Ucraina (6,2%), în timp frecvențe scăzute sunt în Franța (1,42%), Danemarca (1,45%) și Suedia (1,63%)(Figura I.38)[13].

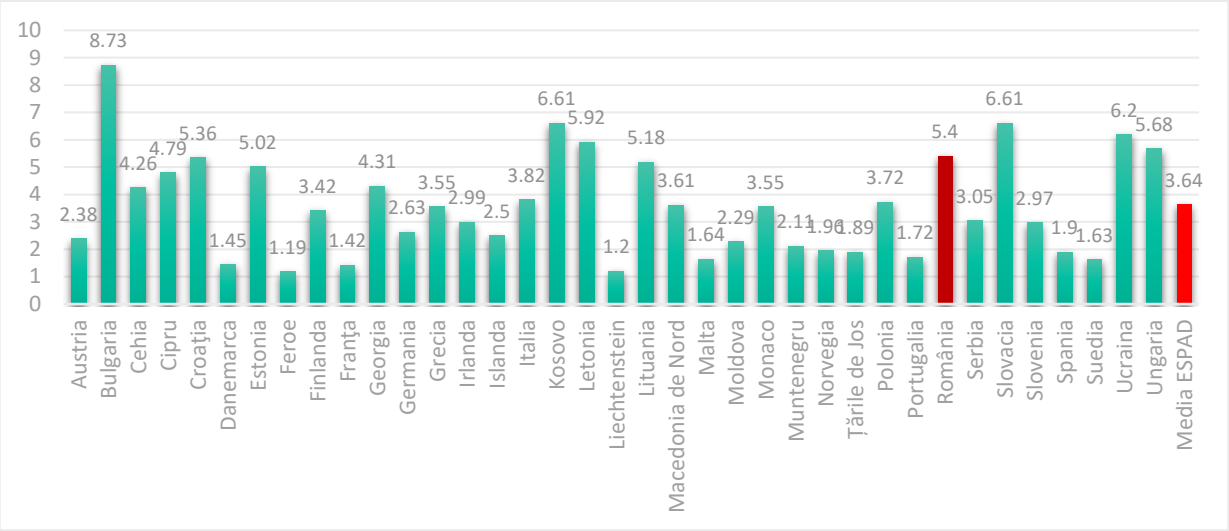


Figura I.37 Inițierea precoce (în jurul vârstei de 13 ani) a fumatului zilnic la adolescenții de 15-16 ani în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

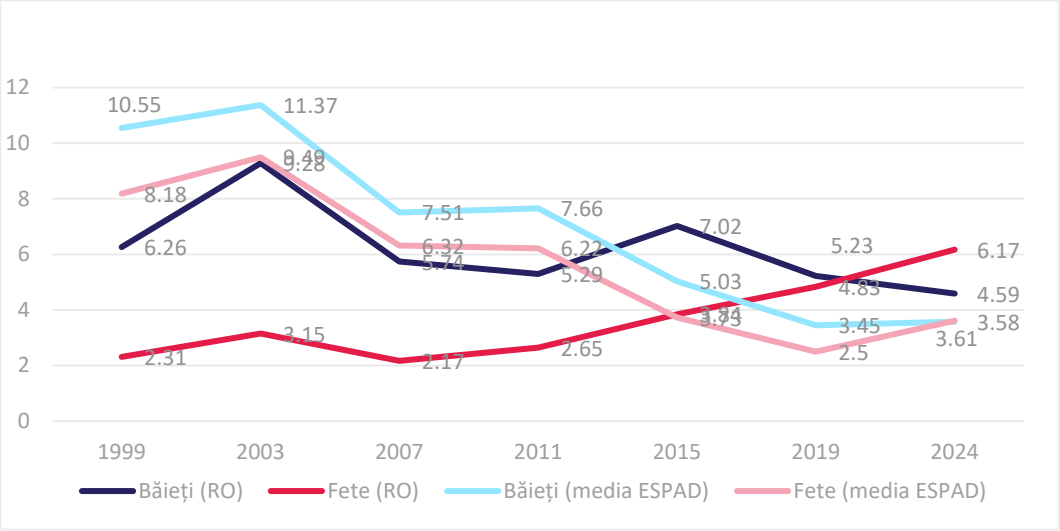


Figura I.38 Inițierea precoce (în jurul vârstei de 13 ani) a fumatului zilnic la adolescenții de 15-16 ani în perioada 1999 – 2024, în funcție de gen, Ro vs UE, Sursa: ESPAD 2024

În perioada 1999 – 2024, frecvența adolescenților de ambele sexe care inițiază fumatul zilnic precoce în țările ESPAD cunoaște un trend descrescător.

La nivelul țărilor ESPAD, procentul de fumători zilnici cu vârsta de 13 ani sau mai mică a scăzut de la primul ESPAD din 1999 la cel actual, ESPAD 2024 (de la 9,34% la 3,64%). Cu toate acestea, comparând cu datele de la ESPAD imediat anterior (ESPAD 2019), respectiv 2,97%, se poate remarca o creștere de 0,6 puncte procentuale. Prevalența în rândul adolescenților de genul masculin rămâne aproape constantă, astfel încât se poate concluziona că această creștere este determinată de fete, în rândul cărora rata crește de la 2,5% la 3,61%)(Figura I.39)[12].

În România se remarcă o evoluție favorabilă, de scădere, în cazul băieților de 15-16 ani (de la 6,26% în cadrul primului studiu ESPAD din 1999 la 4,59% în anul 2024), dar un trend crescător accentuat în cazul fetelor (de la 2,32% la 6,17%)(Figura I.39)[13].

- **<u>Gradul de accesibilitate la țigări la adolescenții de 15-16 ani, ESPAD 2024</u>**

În România 46% dintre respondenți afirmă că le este facil să obțină țigări (25,55% ușor și 20,28% foarte ușor). Mai mult de jumătate dintre elevii ESPAD (55%) consideră că țigările sunt destul de ușor sau foarte ușor de obținut (28,1%, respectiv 27,64%)[13]. Această percepție este cea mai ridicată în Danemarca (76%), urmată de Germania și Norvegia (70%). În schimb, cele mai scăzute proporții sunt raportate în Kosovo (32%) și Moldova (23%)[12].

În general, băieții sunt ușor mai predispuși decât fetele să perceapă țigările ca fiind ușor accesibile (56,76% față de 54,74%). Și în România se înregistrează aceeași tendință – 47,05% dintre băieți și 44,63% dintre fete afirmă că le este ușor să aibă acces la țigări atunci când își doresc[13].

- **Consumul zilnic de țigări la adolescenții de 15 – 16 ani (ESPAD 2024)**

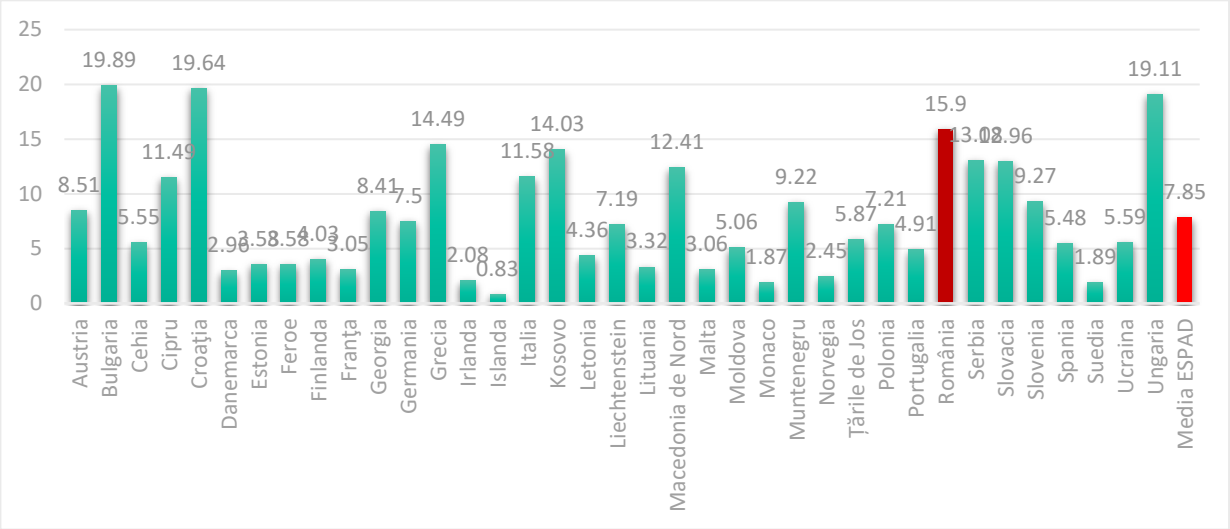


Figura I.39 Consum zilnic de țigări la adolescenții 15-16 ani în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

În România 15,9% dintre adolescenți consumă zilnic țigări (13,94% dintre băieți și 17,7% dintre fete)(Figura I.40 și Figura I.41)[13].

Consumul zilnic de țigări este raportat de 7,85% dintre elevii ESPAD, cu procente similare între sexe (8,11% dintre băieți și 7,55% dintre fete). Cele mai ridicate frecvențe sunt observate în Bulgaria (19,89%), Croația (19,64%), în timp ce cele mai scăzute sunt în Islanda (0,83%), Monaco (1,87%) și Suedia (1,89%) (Figura I.40)[13].

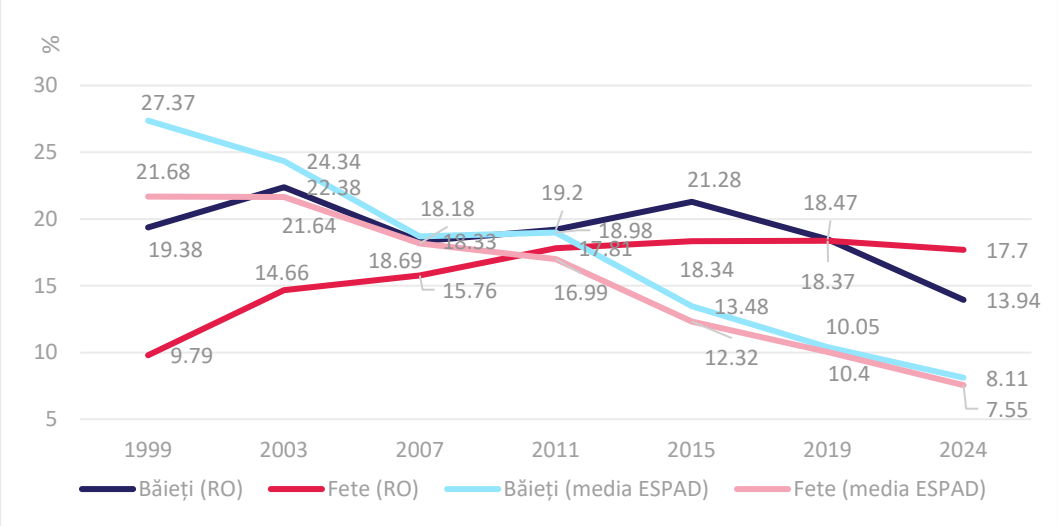


Figura I.40 Consum zilnic de țigări la adolescenții de 15-16 ani în perioada 1999-2024, în funcție de gen, Ro vs UE, în Sursa: ESPAD 2024

În perioada 1999 - 2024, contrar trendului descendent pronunțat al frecvenței consumatorilor zilnici de tutun dintre adolescenții de 15-16 ani în țările ESPAD, la ambele sexe, în România se înregistrează o scădere mai ușoară la genul masculin (de la 19,38% la 13,94%) dar și un trend accentuat crescător în cazul fetelor (de la 9,79% în 1999 la 17,7% în anul 2024)(Figura I.41)[13].

- **Consumul de țigări de-a lungul vieții la adolescenții 15-16 ani în țările ESPAD, ESPAD 2024**

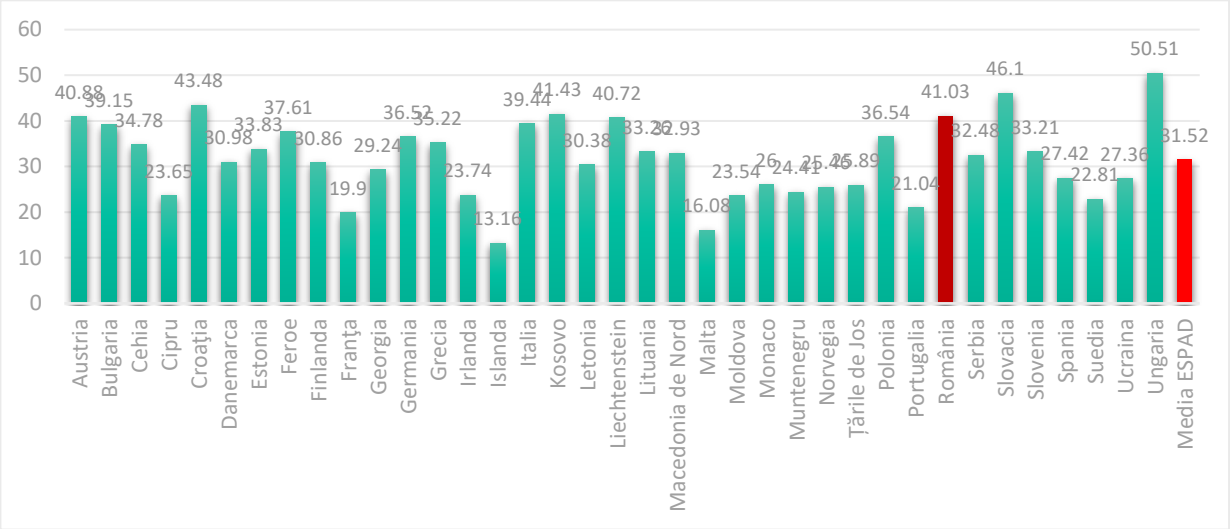


Figura I.41 Consumul de țigări de-a lungul vieții la adolescenții 15-16 ani în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

Principalele constatări ale ESPAD 2024, reiterează că, în pofida eforturilor de prevenție, consumul de țigări continuă să fie larg răspândit în rândul adolescenților din țările ESPAD, aproape unul din trei elevi fumând țigări cel puțin o dată în viață (32% în medie)(Figura I.42)[12].

România are o prevalență a fumatului de 41,03%, cu zece puncte procentuale peste media țărilor ESPAD (Figura I.42). Cele mai ridicate rate de prevalență de consum de tutun fumat de-a lungul vieții sunt observate în Ungaria (50,51%) și Slovacia (46,1%), în timp ce cele mai scăzute sunt în Islanda (13,16%) și Malta (16,08%)[13].

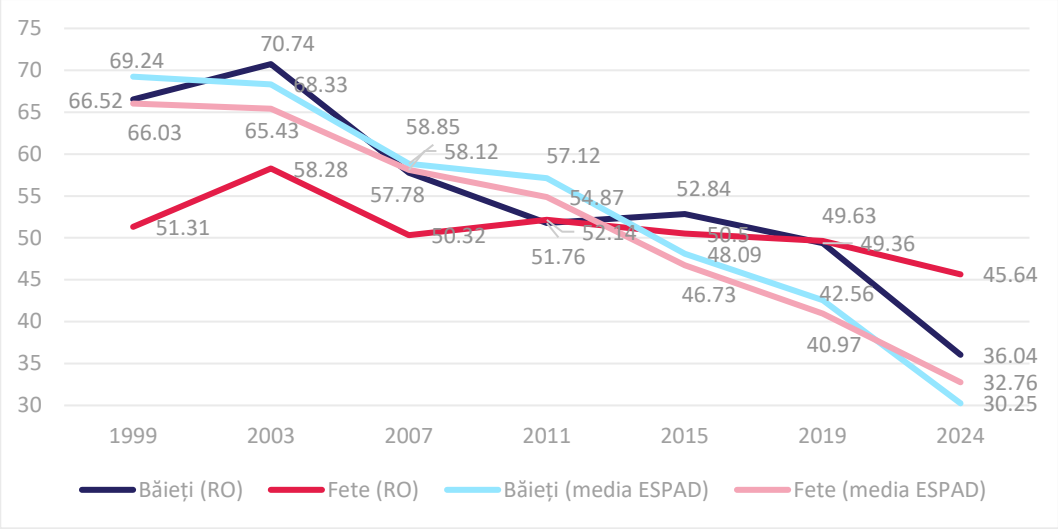


Figura I.42 Consumul de țigări de-a lungul vieții la adolescenții 15-16 ani în țările ESPAD, în funcție de gen, Ro vs UE, Sursa: ESPAD 2024

În țările ESPAD, diferențele de gen arată o prevalență a consumului de țigări de-a lungul vieții ușor mai mare în rândul fetelor (32,76%) față de 30,25% în rândul băieților. Această tendință este evidentă în mai mult de 2/3 din țări, țările cu cele mai mari diferențe fiind România (45,64% față de 36,04% băieți) și Bulgaria (46,27% față de 32,71%). În unele țări, această tendință este inversată, în special în Kosovo (47,04% în rândul băieților față de 36,17% în rândul fetelor) și Georgia (35,05% față de 23,82%)[12].

Între primul și ultimul sondaj ESPAD, în România, prevalența consumului de țigări de-a lungul vieții a avut un trend descendent (de la 57,38% în 1999 la 49,49% în 2019 și la 41,03% în 2024), însă mai

puțin pronunțat la fete decât la băieți (Figura I.43), și mai puțin accentuat față de media țărilor ESPAD la ambele genuri. În țările ESPAD, prevalența consumului de țigări de-a lungul vieții s-a înjumătățit (scăzând de la 67,77% la 31,52%), cea mai importantă scădere fiind între 2019 și 2024, cu aproape 10 puncte procentuale[12,13].

- **Consumul actual de țigări la adolescenții de 15-16 ani (ESPAD 2024)**

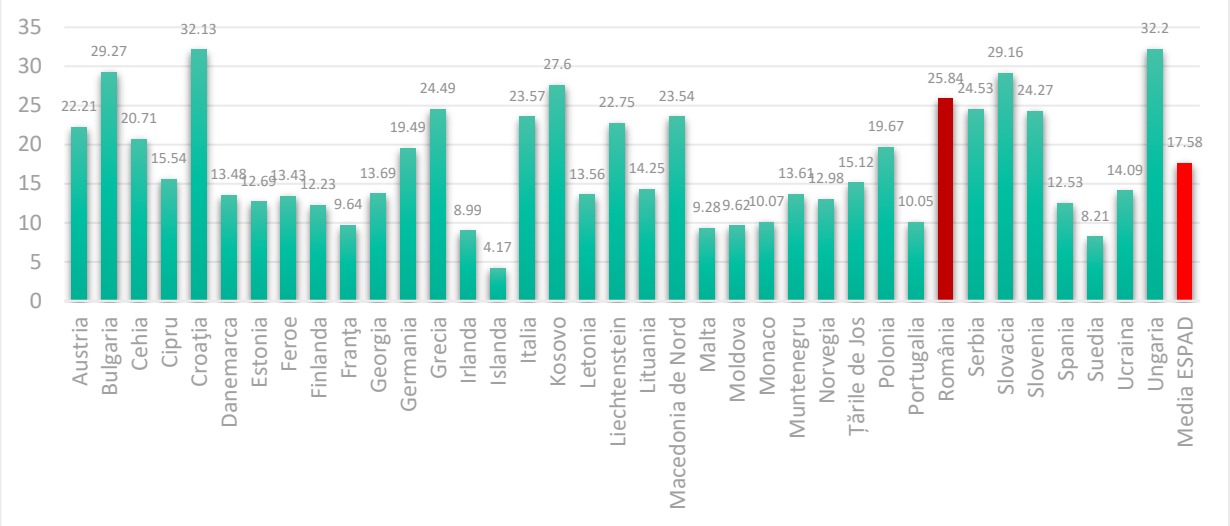


Figura I.43 Consum actual de țigări la adolescenții de 15-16 ani, în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

Consumul actual de țigări, definit ca fumat în ultimele 30 de zile, este declarat de 17,58% dintre elevi (media țărilor ESPAD), în România înregistrându-se o frecvență de 25,84%. Cea mai mare prevalență este observată în Croația (32,13%) și Ungaria (32,2%), în timp ce cea mai scăzută este în Islanda (4,17%) și Suedia (8,21%)(Figura I.44).

Fumatul actual este mai răspândit în rândul fetelor în mai mult de jumătate din țările ESPAD, cea mai mare diferență de gen fiind raportată în Bulgaria (33,57% la genul feminin față de 25,31% la genul masculin) și România (29,77% la fete față de 21,62% la băieți)(Figura I.45)[12]. Cu toate acestea, modelul este inversat în Kosovo (33,31% la băieți față de 22,55%) și Georgia (18,2% la genul masculin față de 9,47% la genul masculin), unde băieții au rate mai mari de fumat[12].

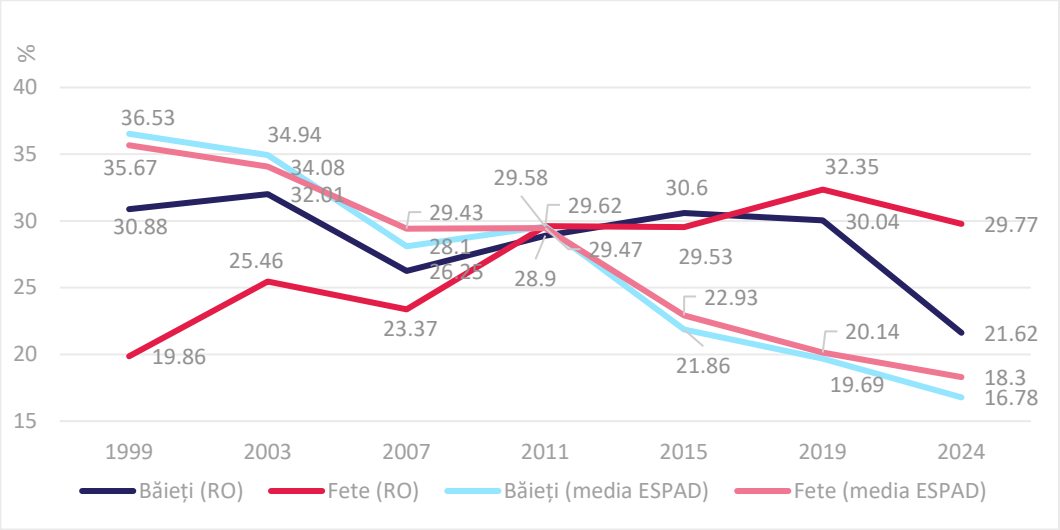


Figura I.44 Consum actual de țigări la adolescenții de 15-16 ani, în funcție de gen, în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

În România, frecvența consumului actual de țigări la adolescenții de 15-16 ani de genul masculin a rămas constantă până în 2019, apoi manifestă o ușoară tendință de scădere (de la 30.88% în 1999 la 30,04% în 2019 și la 21,62% în 2024), dar rămâne peste media țărilor ESPAD (16,78% în 2024). La adolescentele de 15-16 ani din România, însă, se remarcă un trend ascendent permanent între anul 1999 (19,86%) și 2019 (32,35%), la fel cu o tendință de ușoară descreștere între 2019 și 2024 (29,77%)(Figura I.45). Această tendință de scădere între 2019 și 2024 se poate datora anilor pandemici[13].

La ambele genuri, prevalența consumului actual de țigări scade în țările ESPAD de la 36.06% în 1999 la 19,89% în 2019, ajungând în anul 2024 la 17,58%. În România însă, crește de la 24,25% în 1999 la 31,25 în 2019 și scade ușor apoi la 25,84% în anul 2024. Din anul 2011, frecvența consumului actual de tutun depășește cu mult media țărilor ESPAD la ambele genuri (Figura I.45)[13].

Consumul dual de produse de tutun (convențional și țigări electronice) la adolescenții 15-16 ani, ESPAD 2024

- **Inițierea fumatului dublu de țigări/ țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani, ESPAD 2024**

Dacă luăm în considerare consumul cumulat de țigări și țigări electronice, în România 18,68% dintre cei intervievați declară că au fumat pentru prima dată, prima țigară la vârsta de 13 ani sau mai devreme (17,25% dintre băieți și 20,06% dintre fete). În medie, 15,96% dintre adolescenții ESPAD raportează că au fumat pentru prima dată la vârsta de 13 ani sau mai devreme, 15,42% dintre băieți și 16,46% dintre fete.

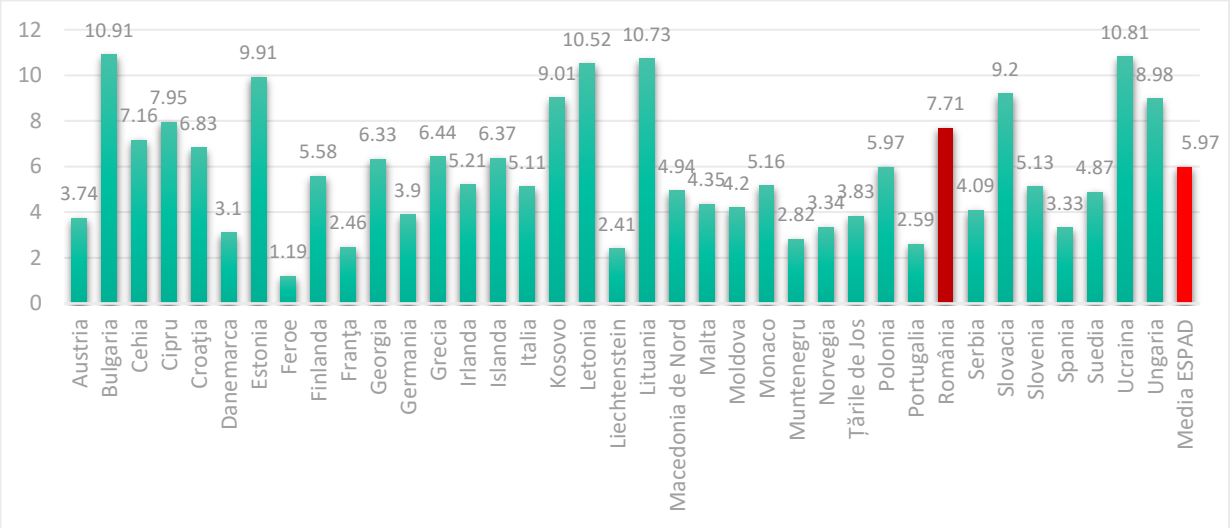


Figura I.45 Inițierea precoce (în jurul vârstei de 13 ani) a fumatului mixt (țigări și țigări electronice) la adolescenții de 15-16 ani, Sursa: ESPAD 2024

În ceea ce privește inițierea consumului mixt zilnic raportat de elevii care au început să fumeze la o vârstă fragedă (13 ani sau mai devreme), în România, 7,71% dintre adolescenții de 15-16 ani intervievați declară că debutul fumatului zilnic a avut loc precoce, la vârsta de 13 ani sau mai devreme, valoare peste media de 5,97% în cazul adolescenților ESPAD. Cele mai mari proporții sunt înregistrate în Bulgaria (10,91%), Lituania (10,73%) și Ucraina (10,81%), în timp frecvențe scăzute sunt în Franța (2,46%), Portugalia (2,59%), Muntenegru (2,82%) și Suedia (1,63%)(Figura I.46).[13]

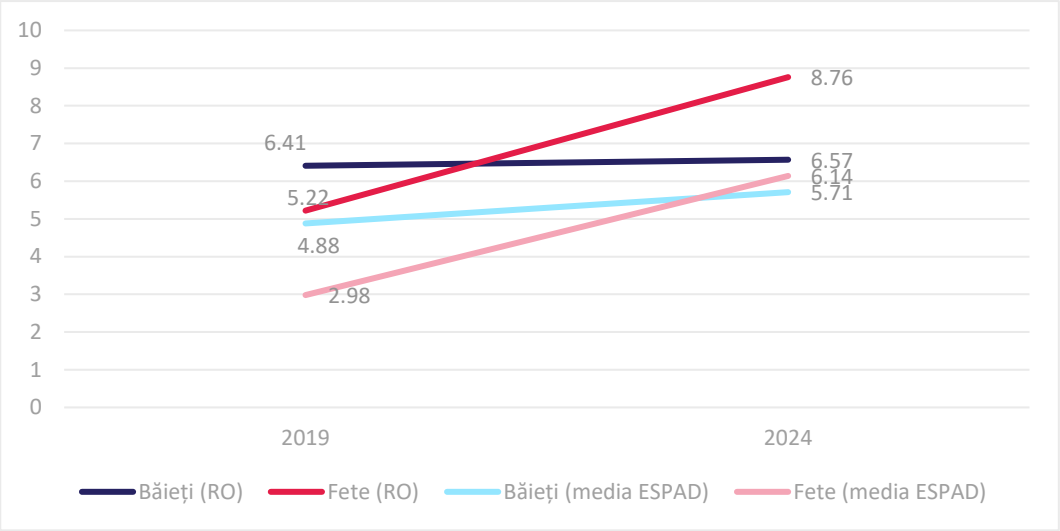


Figura I.46 Inițierea precoce (în jurul vârstei de 13 ani) a fumatului mixt (țigări și țigări electronice) la adolescenții de 15-16 ani, în funcție de gen, Sursa: ESPAD 2024

În perioada 2019 – 2024, frecvența adolescenților de ambele sexe care inițiază fumatul zilnic dublu de țigări/țigări electronice precoce (la vârsta prag de 13 ani) în țările ESPAD cunoaște un trend aproape constant la genul masculin, și o creștere accelerată la genul feminin.

La nivelul țărilor ESPAD, procentul de fumători zilnici cu vârsta de 13 ani sau mai mică a crescut de la primul ESPAD care raportează acest indicator (din 2019) la cel actual, ESPAD 2024 (de la 3,92% la 5,97%), iar în România creșterea a fost mai abruptă (de la 5,82% la 7,71%). La ambele genuri, în România, prevalența fumătorilor zilnici care inițiază consumul de țigări/țigări electronice se află mult peste media țărilor ESPAD. În rândul adolescenților de genul masculin se înregistrează o creștere ușoară (de la 6,41% în 2019 la 6,57% în 2024), peste media țărilor ESPAD (de 4,88% în 1999 și respectiv 5,71% în 2024).

- **Consumul zilnic de țigări/țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani (ESPAD 2024)**

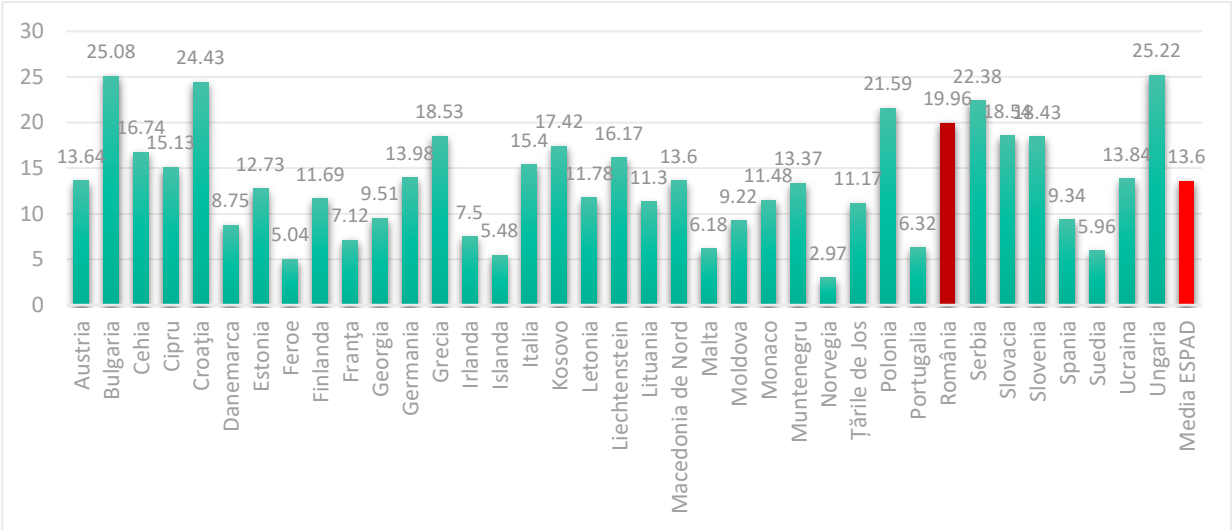


Figura I.47 Consum zilnic de țigări și țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani, în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

Când se ia în considerare consumul zilnic ca dublă utilizare (clasic + alternativ), prevalența crește față de prevalența pentru fumat la 19,96% în România (23,06% în rândul fetelor și 16,64% în rândul băieților), valoare situată peste media țărilor ESPAD de 13,6%. (Figura I.48 și Figura I.49)

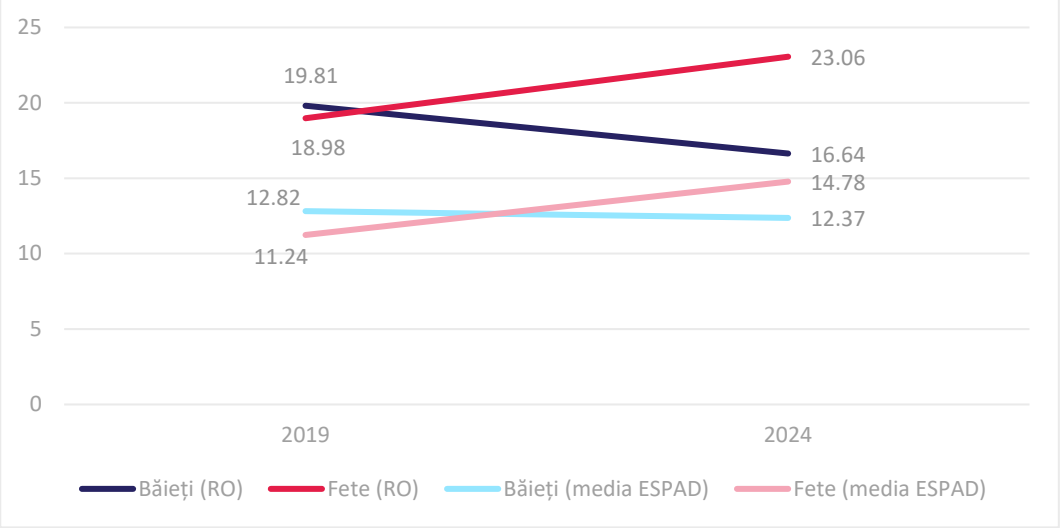


Figura I.48 Consum zilnic de țigări și țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani, în funcție de gen, în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

- **Consumul de țigări și țigări electronice de-a lungul vieții la adolescenții 15-16 ani, ESPAD 2024**

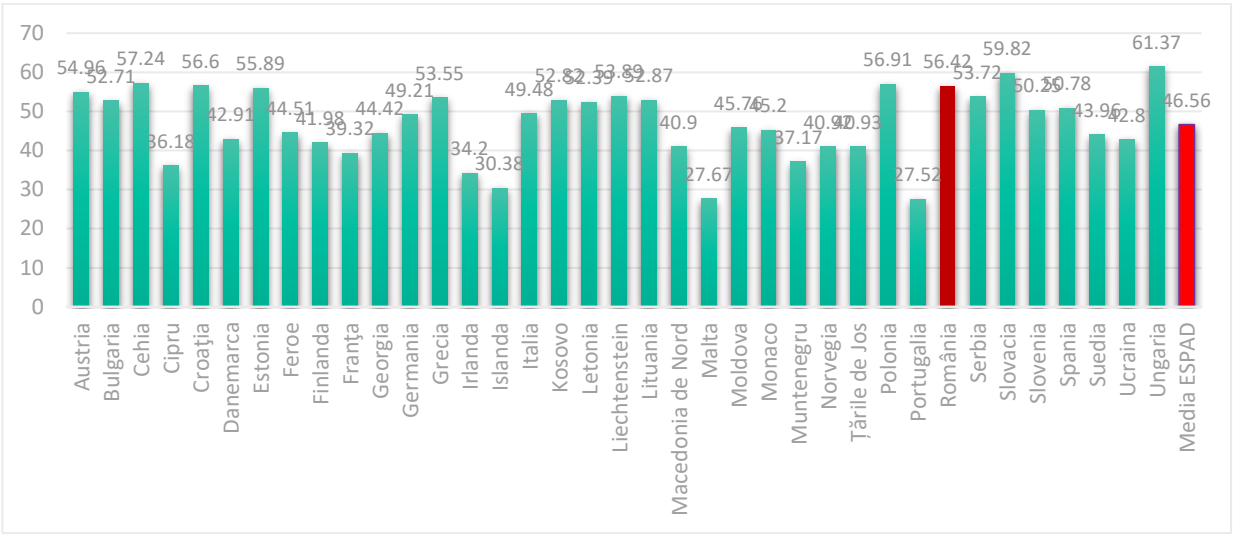


Figura I.49 Consumul de-a lungul vieții de țigări și țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani, în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

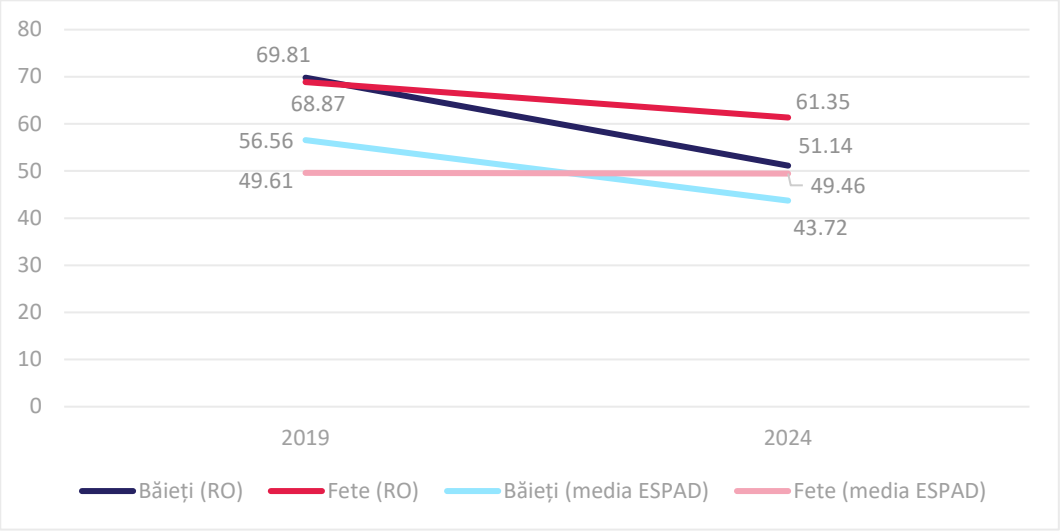


Figura I.50 Consumul de-a lungul vieții de țigări și țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani, în funcție de gen, în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

În cazul dublei utilizări a produselor de tutun (clasic + alternativ), prevalența consumului de-a lungul vieții crește față de prevalența pentru fumat, ajungând la 56,42% în România (61,25% la fete și 51,14% la băieți), valoare situată peste media țărilor ESPAD de 46,56%. (Figura I.50 și Figura I.51)

- **Consumul actual de țigări și țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani (ESPAD 2024)**

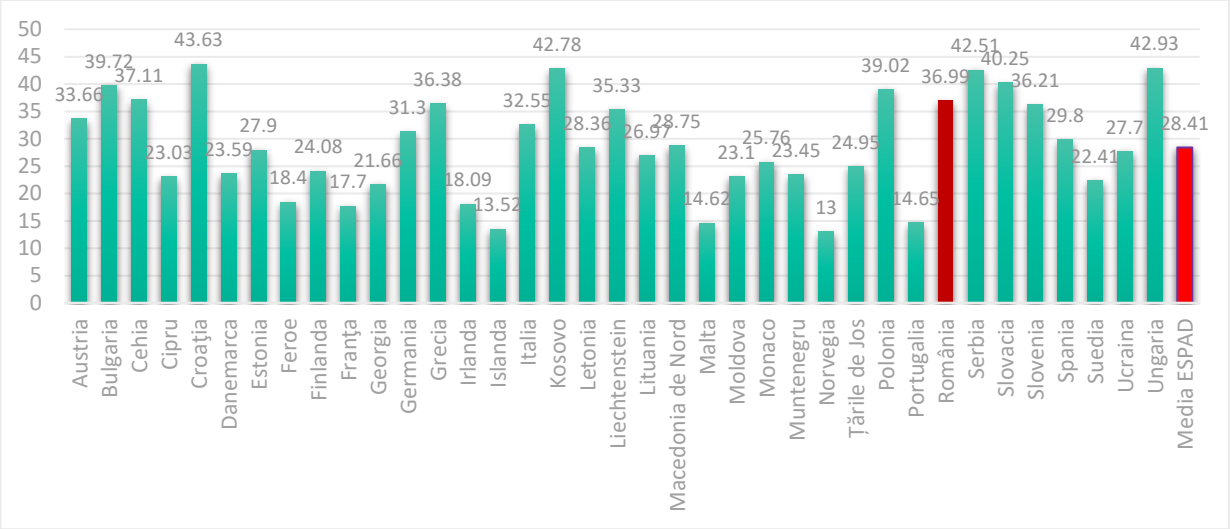


Figura I.51 Consum actual de țigări și țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani, în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

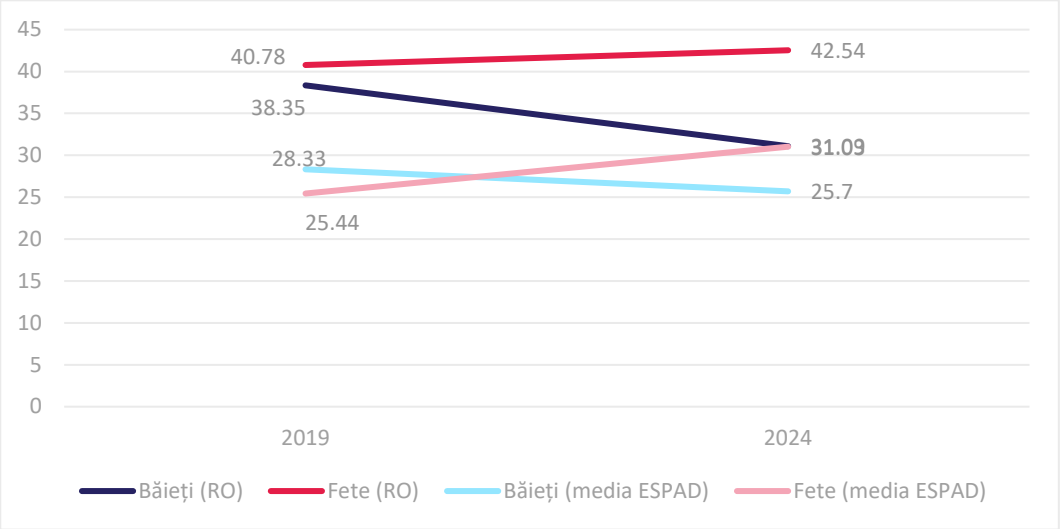


Figura I.52 Consumul actual de țigări și țigări electronice la adolescenții de 15-16 ani, în funcție de gen în țările ESPAD, Sursa: ESPAD 2024

Prevalența consumului actual de țigări și țigări electronice este de 36,99% în România (42,54% la fete și 31,09% la băieți), în timp ce media țărilor ESPAD este de 28,41%.(Figura I.52 și Figura I.53)

- **Evoluția consumului de tutun la nivel global între anii 2019-2024, conform ESPAD 2024**

Între primul și ultimul sondaj ESPAD, **prevalența consumului de țigări pe parcursul vieții** a scăzut constant, înjumătățind de la 68% la 32%, cea mai notabilă scădere având loc între 2019 și 2024 (o scădere de 10 puncte procentuale). În perioada de 30 de ani, scăderea prevalenței a fost mai mare în rândul băieților, de la 70% la 30%. Țările cu cele mai mari reduceri sunt Irlanda, Islanda și Suedia.

Tendința **ratei de consum de tutun în ultimele 30 de zile** arată, de asemenea, o scădere constantă, scăzând de la 33% la 18%, cu tendințe aproape identice între genul masculin și feminin.

Un model similar este observat în ceea ce privește **ratele fumatului zilnic**, frecvența a scăzut de la 20% la 8%. În timp ce proporția fumătorilor zilnici cu vârsta de 13 ani sau mai mică a scăzut, de asemenea, de-a lungul celor trei decenii (de la 10% în 1995 la 3,6% în 2024), o comparație între datele din 2019 și 2024 arată o ușoară creștere (plus 0,6%). Deoarece prevalența în rândul băieților rămâne neschimbată în ultimele două sondaje, această creștere este determinată de fete, a căror rată crește de la 2,5% la 3,6%, confirmând implicarea lor crescută în aproape toate modelele de fumat observate.

Deși fumatul convențional este cea mai comună formă de consum de tutun, concentrarea exclusiv pe acest subiect subestimează consumul de nicotină din cauza creșterii produselor alternative. Având în vedere atât țigările, cât și țigările electronice, consumul pe parcursul vieții crește de la 32% la 47%, cu creșteri majore înregistrate în Cehia și Estonia, în timp ce consumul curent crește de la 18% la 28%, cu o creștere notabilă în rândul fetelor atât în timpul vieții, cât și în prezent.

Când se ia în considerare consumul zilnic ca dublă utilizare (clasic + alternativ), prevalența crește de la 7,9% la 14% (15% în rândul fetelor față de 12% în rândul băieților), cu rate mai mari în Bulgaria și Ungaria (25%).

Consumul zilnic inițiat de la o vârstă fragedă arată, de asemenea, o creștere notabilă atunci când se ia în considerare dubla utilizare, crescând de la 3,9% la 6%. În acest caz, cele mai mari creșteri sunt observate în Lituania și Estonia, fiind din nou mai pronunțate în rândul fetelor.

În medie, 44% dintre elevii din țările ESPAD raportează că au folosit țigări electronice cel puțin o dată în viață, prevalența națională variind de la 22% în Portugalia la 57% în Ungaria.

În 13 din 37 de țări ESPAD, cel puțin jumătate dintre elevi au încercat țigările electronice, în timp ce în doar șase țări (Portugalia, Malta, Islanda, Macedonia de Nord, Muntenegru și Irlanda), mai puțin de o treime dintre elevi raportează că au consumat țigări electronice.

În general, fetele (46%) raportează o prevalență mai mare a utilizării țigărilor electronice decât băieții (41%), cu excepții din Kosovo, Georgia, Moldova, Macedonia de Nord, Ucraina și Portugalia. Cele mai mari diferențe de gen se găsesc în Liechtenstein și Malta, unde prevalența în rândul fetelor o depășește pe cea a băieților cu 13 puncte procentuale, și în Kosovo, unde, dimpotrivă, băieții raportează o creștere cu 12 puncte procentuale prevalență decât fetele (51% față de 39%).

În medie, 16% dintre studenți au încercat țigările electronice la vârsta de 13 ani sau mai puțin, cu cele mai mari proporții în Estonia (33%) și Lituania (31%) și cele mai scăzute în Portugalia (5,4%) și Muntenegru (7,4%). Utilizarea timpurie a țigărilor electronice este mai frecventă în rândul fetelor decât al băieților în majoritatea țărilor, cele mai mari diferențe fiind observate în Estonia (37% pentru fete față de 29% pentru băieți), Letonia (34% față de 27%) și Irlanda (18% față de 12%). În schimb, în Kosovo băieții raportează o prevalență cu 12 puncte procentuale mai mare decât fetele (25% față de 13%).

Un procent ridicat de elevi (60%) consideră că obținerea țigărilor electronice este ușoară sau foarte ușoară dacă doresc, cu diferențe mari între țări, variind de la 33% în Kosovo la 82% în Danemarca. În 20 de țări, această percepție este peste medie, cel puțin 60% dintre elevi considerând că țigările electronice sunt ușor accesibile. În medie, băieții și fetele raportează niveluri similare de disponibilitate percepută.

Utilizarea curentă a țigărilor electronice, definită ca utilizarea în ultimele 30 de zile, este raportată de 22% dintre elevi (19% pentru băieți și 25% pentru fete). Cele mai scăzute rate sunt observate în Portugalia (6,4%) și Malta (10%), în timp ce cele mai mari rate de utilizare actuală a țigărilor electronice sunt raportate în Polonia (36%) și Serbia (34%).

Utilizarea zilnică a țigărilor electronice variază de la o țară la alta, variind de la 1,5% în Insulele Feroe la 20% în Polonia. În 22 de țări, utilizarea zilnică a țigărilor electronice este notabil mai mare în rândul fetelor, în timp ce în doar două țări, și anume Kosovo (7,7% față de 5,8%) și Georgia (4,2% față de 1,2%), este mai mare în rândul băieților.

Popularitatea și prevalența utilizării țigărilor electronice au crescut brusc în ultimul deceniu, majoritatea țărilor ESPAD raportând o creștere din 2019.

Datele din 32 de țări care au colectat informații despre utilizarea țigărilor electronice atât pentru 2019, cât și pentru 2024 arată că consumul pe parcursul vieții a crescut de la 41% la 43%, în timp ce consumul curent a crescut de la 14% la 22% în această perioadă. Dintre aceste 32 de țări, 11 au raportat un procent mai mic de consum pe parcursul vieții, cele mai mari scăderi fiind observate în Monaco (de la 63% la 44%), Ucraina (de la 51% la 37%) și Lituania (de la 65% la 51%). Cele mai mari creșteri ale utilizării țigărilor electronice au fost găsite în Serbia (de la 18% la 51%) și Grecia (de la 35% la 52%).

Tendințe similare au fost observate pentru utilizarea actuală a țigărilor electronice, care a scăzut în special în Monaco și Lituania, în timp ce creșteri majore au fost înregistrate în Serbia (29 de puncte procentuale) și în Croația (20 de puncte procentuale).

Consumul de țigări clasice urmează o tendință descendentă constantă, pe fondul implementării unor politici publice în domeniul controlului tutunului în ultimele două decenii. Conform datelor agregate din 32 de țări, prevalența consumului de țigări de-a lungul vieții în rândul elevilor s-a redus la mai puțin de jumătate, scăzând de la 68% în 1995 la 32% în 2024. Cea mai pronunțată reducere a fost înregistrată în perioada 2019–2024, cu o scădere de 10 puncte procentuale, semnalând eficiența intervențiilor de sănătate publică și a reglementărilor legislative din ultimii ani.[14]

În contrast, utilizarea țigărilor electronice cunoaște o creștere îngrijorătoare. De la introducerea acestui indicator în cadrul studiului ESPAD, în anul 2019, consumul de e-țigări a înregistrat o tendință ascendentă în majoritatea țărilor. Datele provenite din 32 de state care au colectat informații comparabile în anii 2019 și 2024 arată că utilizarea curentă a crescut de la 14% la 22%, iar consumul de-a lungul vieții a urcat ușor, de la 41% la 43%.[14]

Un aspect remarcabil este diferența de gen în ceea ce privește consumul de țigări electronice: în 30 de țări participante, fetele raportează o prevalență mai mare a consumului de-a lungul vieții (46%) comparativ cu băieții (41%), ceea ce indică o schimbare de dinamică față de tiparul tradițional asociat fumatului convențional. Această evoluție accentuează nevoia unor intervenții specifice de prevenție și informare adaptate diferențiat pe gen.[14]

Concluzii privind prevalența consumului de produse de tutun la adolescenți

1. Adolescența reprezintă o perioadă de experimentare, prevalența fumatului și a utilizării țigărilor electronice având un nivel ridicat între 11 și 15 ani. Utilizarea țigărilor electronice în rândul adolescenților din grupa de vârstă 13- 15 ani are o tendință ascendentă în majoritatea țărilor europene. Până la vârsta de 13 ani, diferențele de gen scad sau chiar dispar în multe țări și regiuni, la 15 ani fetele raportând un consum de substanțe mai frecvent decât băieții, iar țigările electronice au devenit preferate în rândul adolescenților.
2. România se evidențiază printr-o prevalență a fumatului produse convenționale de tutun superioară mediei europene. La 15 ani, în România, fetele raportează niveluri ușor mai mari decât băieții atât pentru fumatul convențional, cât și pentru vaping. România ocupă locul 5 în ierarhia țărilor HBSC în cazul adolescenților de 13 ani care au fumat de-a lungul vieții.
3. Conform datelor studiului HBSC 2021/2022, prevalența consumului de tutun convențional și utilizării țigărilor electronice în rândul adolescenților români cu vârste cuprinse între 11 și 15 ani crește odată cu vârsta. Aceste rezultate sugerează o răspândire importantă a comportamentelor de consum de nicotină în rândul adolescenților și evidențiază o prevalență mai ridicată în rândul fetelor la vârsta de 15 ani. Dacă modelele actuale de consum de tutun persistă, se estimează că 5,6 milioane dintre tinerii de astăzi sub 18 ani vor muri prematur din cauza unei boli legate de fumat.

Cap II Impactul consumului de tutun asupra stării de sănătate la nivel individual

Dovezile epidemiologice și clinice disponibile demonstrează în mod consecvent că utilizarea produselor din tutun, indiferent de forma de consum, produce efecte nocive asupra majorității organelor și sistemelor organismului și se asociază cu reducerea speranței de viață, precum și cu deteriorarea calității vieții. În acest context, prevenirea inițierii consumului și reducerea prevalenței fumatului constituie obiective prioritare de sănătate publică.

Consumul de tutun rămâne una dintre cele mai importante cauze evitabile de morbiditate și mortalitate la nivel global. Potrivit OMS, tutunului cauzează anual peste 7 milioane de decese, dintre care peste 1,6 milioane sunt atribuite expunerii la fumat pasiv.[1,15]

Toate formele de consum de tutun sunt dăunătoare: țigările clasice, pipele de apă. produsele fără fum, precum și țigările electronice și produsele din tutun încălzit. Nu există un nivel sigur de expunere.

Produsele din tutun fumat, inclusiv pipele de apă (narghilea, shisha, hoohah), conțin peste 7000 de substanțe chimice, inclusiv cel puțin 250 de substanțe chimice cunoscute ca fiind toxice sau agenți cancerigeni. Utilizarea produselor din tutun fără fum poate duce la probleme de sănătate grave, uneori fatale. Fumătorii de tutun pe tot parcursul vieții pierd în medie cel puțin 10 ani de viață. Consumul de tutun sau expunerea la fumat afectează aproape toate organele corpului uman și are un impact negativ asupra sănătății de-a lungul vieții.[16,17]

În mod sugestiv, OMS a sintetizat efectele asupra sănătății într-un infografic intitulat „The Tobacco Body" care reprezintă o listă detaliată a efectelor negative ale tutunului asupra organismului uman, de la boli cardiovasculare la afecțiuni ale pielii, ochilor și fertilității. [17]

II.1. Impactul asupra sănătății al consumului convențional de tutun

Efecte asupra aparatului respirator

Fumatul este principalul factor de risc pentru boli pulmonare cronice precum bronhopneumopatia obstructivă cronică (BPOC) și cancerul pulmonar. Particulele toxice inhalate în timpul fumatului distrug progresiv țesutul pulmonar și reduc capacitatea de oxigenare a organismului. Potrivit Agenției Internaționale pentru Cercetare în Domeniul Cancerului (IARC), peste 80% din decesele prin cancer pulmonar sunt asociate fumatului activ.

Un fumător din cinci va dezvolta bronhopneumopatie cronică obstructivă (BPOC) pe parcursul vieții, în special cei care încep să fumeze în copilărie sau în adolescență, deoarece fumul de tutun încetinește semnificativ creșterea și dezvoltarea plămânilor. Per total, fumătorii sunt de 3–4 ori mai predispuși să dezvolte BPOC decât nefumătorii. Fumatul cauzează inflamarea și ruperea alveolelor pulmonare, ceea ce reduce capacitatea plămânilor de a prelua oxigen și de a elimina dioxidul de carbon. De asemenea, duce la acumularea de mucus purulent, rezultând o tuse dureroasă și dificultăți agonizante de respirație. Adulții care au fost expuși la fumat pasiv în copilărie – și, ca urmare, au suferit infecții respiratorii inferioare frecvente – prezintă risc de a dezvolta BPOC.[16,17]

Fumatul este cunoscut pentru faptul că agravează astmul bronșic la adulți, limitându-le activitatea, contribuind la incapacitate și crescând riscul de crize severe de astm care necesită îngrijiri medicale de urgență. Copiii de vârstă școlară ai părinților fumători sunt expuși efectelor nocive ale fumatului pasiv și prezintă risc de debut și de exacerbare a astmului, prin inflamarea căilor respiratorii.[17]

Consumul de produse convenționale de tutun cauzează pneumonie și toate simptomele respiratorii majore, inclusiv tuse, respirație șuierătoare și expectorație specifică. La fumători, dezvoltarea și funcția plămânilor sunt mult mai probabil afectate. Copiii ai căror părinți fumează prezintă simptome respiratorii similare și au o funcție pulmonară mai scăzută pe parcursul copilăriei. Sugarii născuți din mame care au fumat în timpul sarcinii sunt deosebit de vulnerabili, fiind expuși substanțelor chimice din tutun în stadii critice de dezvoltare intrauterină.[17]

Aproximativ un sfert din populația lumii are tuberculoză latentă, ceea ce îi expune riscului de a dezvolta forma activă a bolii. Fumatul dublează riscul ca tuberculoza latentă (destul de frecventă în populație) să progreseze către boala activă și, de asemenea, agravează evoluția naturală a bolii. Tuberculoza afectează plămânii, amplificând reducerea funcției pulmonare cauzată de fumat și crescând riscul de dizabilitate severă și deces prin insuficiență respiratorie.[17]

Impact cardiovascular

Consumul de tutun contribuie semnificativ la bolile cardiovasculare, inclusiv infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral. Nicotina și alte substanțe din fumul de tutun determină creșterea tensiunii arteriale, rigidizarea vaselor și formarea plăcilor ateromatoase, crescând riscul evenimentelor fatale[17].

Unul din trei decese la nivel mondial este atribuit bolilor cardiovasculare. Consumul de tutun și expunerea la fumul de tutun sunt factori majori care contribuie la aceste decese, provocând aproximativ 3 milioane de decese prin boli cardiovasculare la nivel global în fiecare an. Fumătorii au un risc de până la două ori mai mare de accident vascular cerebral și de patru ori mai mare de boală cardiacă în comparație cu nefumătorii. Fumul de tutun deteriorează arterele mari, cauzând formarea de placi aterosclerotice și formarea de cheaguri de sânge, restricționând astfel fluxul sanguin și ducând în final la infarcte miocardice și accidente vasculare cerebrale. Îngustarea vaselor de sânge, dacă nu este tratată, poate provoca cangrenă locală și poate necesita amputația zonelor afectate. [17]

Accidentul vascular cerebral, la fel ca boala cardiacă, prezintă un risc mare de deces, iar supraviețuitorii unui AVC pot suferi dizabilități grave, cum ar fi paralizia sau pierderea vederii ori a vorbirii. Consumul de tutun este nociv, indiferent de cantitate. Cei care fumează doar o țigară pe zi un risc incipient de a dezvolta boli cardiovasculare și accident vascular cerebral care reprezintă jumătate din riscul celor care fumează 20 de țigări pe zi. Cu toate acestea, nu doar fumatul activ și expunerea la fumul de tutun cresc riscul de boli cardiovasculare. Utilizarea produselor din tutun fără fum crește și ea riscul de deces prin infarct sau accident vascular cerebral.

Riscuri oncologice multiple

Tutunul, indiferent de forma de utilizare, este considerat cel mai important factor de risc pentru cancer, fiindu-i atribuite cca. 20% din decesele prin cancer la nivel mondial și aproximativ 70% din decesele prin cancer pulmonar. Fumatul contribuie la apariția a cel puțin 14 cancere, la nivel de: căi

respiratorii superioare și inferioare, întreg tractul gastro-intestinal, ficat, vezică urinară, col uterin, rinichi, leucemie, ovare.

Fumatul acționează asupra ADN-ului afectând gene cu rol cheie în protecția față de cancer. Țigările conțin agenți chimici care afectează ADN-ul cum sunt: benzen, poloniu-210, benzopirene și nitrozamine. Alți agenți potențează acțiunea carcinogenilor (de ex. crom) în timp ce alții interferă cu căile de reparare a ADNului alterat (de ex. arsenic și nichel)

OMS a clasificat toate formele de consum de tutun drept carcinogeni de grup 1, cu dovezi clare de cauzalitate. Fumătorii au un risc de până la 22 de ori mai mare de a dezvolta cancer pulmonar de-a lungul vieții decât nefumătorii. Fumatul este cauza principală a cancerului pulmonar, fiind responsabil de peste două treimi din decesele prin cancer pulmonar la nivel global și provocând aproximativ 1,2 milioane de decese în fiecare an. Nefumătorii expuși la fumul de țigară acasă sau la locul de muncă prezintă, de asemenea, risc crescut de a dezvolta cancer pulmonar.[16,17]

Consumului de tutun (atât prin ardere, cât și fără fum) i se datorează o parte semnificativă a poverii afecțiunilor cavității bucale. Ambele forme de tutun sunt cunoscute pentru că provoacă cancer oral. În multe țări, șansele de supraviețuire de peste cinci ani după un diagnostic de cancer oral sunt reduse. Cei care supraviețuiesc cancerului oral se confruntă adesea cu desfigurare facială considerabilă și pierderea capacității de a vorbi, a înghiți sau a mesteca. De asemenea, consumul de tutun crește riscul de boală parodontală, o boală inflamatorie cronică ce distruge treptat gingiile și osul maxilar, ducând la pierderea dinților. Fumatul și utilizarea produselor din tutun fără fum perturbă chimia cavității bucale, favorizând acumularea excesivă de placă bacteriană și îngălbenind dinții, cauzând totodată halenă (respirație urât mirositoare).[17]

Atât fumatul cât și consumul produselor de tutun fără fum cresc riscul de cancere ale capului și gâtului, inclusiv cancere ale buzelor, faringelui, laringelui și esofagului. Îndepărtarea chirurgicală a laringelui afectat de cancer poate duce la necesitatea realizării unei traheostomii. Radioterapia și chimioterapia pentru cancerul de gât au efecte extrem de nocive și debilitante, incluzând pierderea gustului, diminuarea secreției de salivă și creșterea mucusului în gât, ceea ce face alimentația dureroasă și uneori imposibilă.[17]

Consumul de tutun este, de asemenea, cunoscut ca fiind cauza a peste 10 alte tipuri de cancer. La fiecare fum de țigară, toxinele și substanțele carcinogene pătrund în organism. Dintre numeroasele substanțe chimice din fumul de tutun, cel puțin 70 sunt recunoscute ca fiind cancerigene. Fumătorii prezintă un risc semnificativ mai mare de a dezvolta leucemie mieloidă acută; cancer al cavităților nazale și al sinusurilor paranazale; cancer colorectal, renal, hepatic, pancreatic, gastric sau ovarian; precum și cancer al tractului urinar inferior (inclusiv vezica urinară, ureterele și bazinetul renal). Studii recente au demonstrat o legătură între fumat și un risc crescut de cancer mamar, în special în rândul fumătorilor înrăiți și al femeilor care încep să fumeze înainte de prima sarcină. Este cunoscut, de asemenea, faptul că fumatul crește riscul de cancer de col uterin la femeile infectate cu virusul papilloma uman (HPV).[17]

Riscul acestor cancere crește în mod obișnuit odată cu intensitatea și durata fumatului, din cauza expunerii continue la toxine și agenți cancerigeni.

Produsele de tutun fără fum conțin 28 de substanțe carcinogene, care pot provoca cancer al cavității bucale, al esofagului și al pancreasului. [17]

Continuarea consumului de tutun după un diagnostic de cancer agravează prognosticul bolii, deoarece toxinele din fumul de tutun pot modifica biologia celulară (ceea ce poate duce la recidiva tumorii), pot interfera cu acțiunea medicamentelor antineoplazice și pot crește complicațiile asociate tratamentului.[17]

Efecte asupra aparatului digestiv

Fumătorii sunt predispuși la tulburări gastrointestinale, precum ulcer gastric, boli inflamatorii intestinale (de exemplu, boala Crohn) și cancere ale tractului gastrointestinal. Boala inflamatorie intestinală este frecvent asociată cu crampe abdominale, diaree persistentă, febră și sângerări rectale.[17]

Efecte asupra sistemului imunitar

Substanțele conținute în fumul de tutun slăbesc sistemul imunitar, expunând fumătorii la un risc sporit de infecții pulmonare. În plus, fumătorii cu o predispoziție genetică la afecțiuni autoimune prezintă un risc crescut pentru mai multe boli, inclusiv poliartrită reumatoidă, boala Crohn, meningită bacteriană, infecții post-operatorii și cancere. Fumatul îi expune, de asemenea, pe indivizii imunocompromiși – cum ar fi cei care suferă de fibroză chistică, scleroză multiplă sau cancer – la un risc mai mare de complicații ale bolii de bază și de deces prematur. Efectele imunosupresoare ale tutunului cresc riscul persoanelor care trăiesc cu HIV de a dezvolta SIDA. În rândul fumătorilor seropozitivi HIV, speranța de viață este redusă în medie cu 12,3 ani, adică de peste două ori mai mult decât scăderea speranței de viață la persoanele seropozitive care nu fumează.[17]

Risc crescut pentru Diabet zaharat tip 2

Riscul de a dezvolta diabet de tip 2 este mai ridicat la fumători, risc care crește odată cu numărul de țigări fumate pe zi. Expunerea la fumul de țigară (fumatul pasiv) este asociată, de asemenea, cu un risc crescut de diabet de tip 2[17].

Risc crescut pentru demență

Fumatul este un factor de risc pentru demențe, un grup de tulburări care duc la declin mintal și pentru care în prezent nu există tratament eficient sau remediu. Boala Alzheimer este cea mai comună formă de demență și se estimează că 14% din cazurile de Alzheimer la nivel global pot fi atribuite fumatului[17].

Sănătatea reproductivă și prenatală

Orice formă de consum de tutun sau expunere la tutun în timpul sarcinii poate fi dăunătoare dezvoltării copilului.

Bebelușii născuți din femei care fumează, care folosesc tutun fără fum sau care sunt expuse la fumul de țigară în timpul sarcinii prezintă un risc mai mare de naștere prematură și de greutate mică la naștere.

Fumatul în timpul sarcinii este asociat cu greutate mică la naștere, naștere prematură, deces fetal neonatal și creșterea riscului de sindrom de moarte subită a sugarului. Copiii născuți prematur și cu greutate mică pot suferi complicații de sănătate pe parcursul întregii vieți, inclusiv un risc crescut de a dezvolta boli cronice la vârsta adultă.[17]

Femeile care fumează sau care sunt expuse la fumul de tutun în timpul sarcinii prezintă un risc crescut de avort spontan. Nașterile de făt mort sunt, de asemenea, mai frecvente, din cauza privării de oxigen a fătului și a anomaliilor placentare cauzate de monoxidul de carbon din fumul de tutun și de

nicotina din tutunul fumat și fără fum. Fumătoarele prezintă și un risc mai ridicat de sarcină extrauterină ectopică. Prin urmare, renunțarea la fumat și protejarea împotriva expunerii la fumul de țigară sunt deosebit de importante pentru femeile de vârstă reproductivă care își doresc copii, atât înainte, cât și pe durata sarcinii.[17]

Fumatul în timpul sarcinii este cunoscut ca factor care crește riscul de sindrom de moarte subită a sugarului, iar acest risc este și mai mare la copiii ai căror părinți continuă să fumeze după nașterea lor.[17]

La femei, consumul de tutun afectează fertilitatea și contribuie la dereglări hormonale.

Femeile care fumează sunt mai predispuse să aibă menstruații dureroase și simptome mai severe la menopauză. Menopauza survine cu 1–4 ani mai devreme la femeile fumătoare, deoarece fumatul reduce producția de ovule în ovare, ceea ce duce la pierderea mai timpurie a funcției de reproducere și, implicit, la niveluri scăzute de estrogen.

Fumatul poate deforma spermatozoizii și le poate deteriora ADN-ul, cauzând malformații congenitale. Unele studii au constatat că bărbații care fumează prezintă un risc crescut de a concepe un copil care va dezvolta cancer. Fumatul matern în stadiile incipiente ale sarcinii crește șansele ca bebelușul să se nască cu cheilopalatoschizis.[17]

Efecte asupra fertilității

Fumătorii au o probabilitate mai mare de a se confrunta cu infertilitate. Femeile care fumează sunt mai predispuse decât nefumătoarele să aibă dificultăți în a rămâne însărcinate, o perioadă mai lungă până la concepție și un risc crescut de avort spontan.

La bărbați, fumatul diminuează numărul, motilitatea și morfologia spermatozoizilor. Fumătorii care încearcă să conceapă un copil prin tehnici de reproducere asistată au rate de succes mult mai mici – uneori fiind necesar de două ori mai multe cicluri de fertilizare in vitro pentru a obține o sarcină – comparativ cu nefumătorii. S-a observat, de asemenea, că bărbații ale căror mame au fumat în timpul sarcinii au avut o concentrație mai mică a spermatozoizilor decât cei ale căror mame nu au fumat niciodată.[17]

Fumatul restricționează fluxul de sânge către penis, ceea ce poate provoca impotență. Disfuncția erectilă este mai frecventă la fumători și este foarte probabil să persiste sau să devină permanentă, cu excepția cazului în care bărbatul renunță la fumat din timp (la o vârstă tânără).[17]

Efecte asupra pielii și organelor de simț

Fumatul îmbătrânește prematur pielea, distrugând proteinele care îi conferă elasticitate, epuizând vitamina A și reducând circulația sângelui la nivelul pielii. Fumătorii sunt mai predispuși să dezvolte o piele uscată, aspră și ridată, în special în jurul buzelor și al ochilor. Fumatul crește riscul de a dezvolta psoriazis.[17]

Fumatul cauzează multe boli oculare care, netratate, pot duce la pierderea permanentă a vederii. Fumătorii sunt mai predispuși decât nefumătorii să dezvolte degenerescență maculară legată de vârstă, o afecțiune care provoacă pierderea ireversibilă a vederii. De asemenea, fumătorii au un risc mai mare de cataractă, iar dovezi recente sugerează că fumatul cauzează și glaucom. Fumul de tutun irită ochii și agravează *sindromul de ochi uscat* atât la fumători, cât și la persoanele expuse pasiv la fum, în special la cei care poartă lentile de contact.[17]

Fumatul practicat de părinți este cunoscut ca fiind o cauză a otitei medii la copiii sub 2 ani expuși la fumul de țigară acasă, otita medie cronică la copii fiind o cauză comună de pierdere dobândită a auzului și de surditate. Adulții fumători sunt mai predispuși să sufere pierderea auzului din cauza efectelor pe termen lung ale fumatului asupra alimentării cu sânge a cohleei. [17]

Efecte asupra sistemului osos

Monoxidul de carbon, prezent în fumul de tutun, se leagă de hemoglobina din sânge mult mai ușor decât oxigenul, reducând astfel cantitatea de oxigen livrată țesuturilor corpului.

Fumătorii sunt mai predispuși să piardă densitate osoasă, să sufere fracturi cu ușurință și să experimenteze complicații grave, precum vindecarea întârziată sau lipsa consolidării oaselor după fracturi.[17]

Tulburările de creștere la copii

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a publicat recent un nou document care evidențiază rolul nociv al consumului de tutun în tulburările de creștere la copii, o afecțiune care afectează aproape 150 de milioane de copii din întreaga lume - în mare parte în Africa și Asia - și care crește riscul de boli, dezvoltare întârziată și chiar deces.[18]

Copiii proveniți din familii în care părinții sunt fumători prezintă un risc crescut de întârziere a creșterii, probabilitatea apariției acestui fenomen fiind direct proporțională cu nivelul de expunere la fumul de tutun. Fumatul matern în timpul sarcinii este asociat în mod semnificativ cu o serie de complicații perinatale, precum nașterea prematură, greutatea mică la naștere și restricția de creștere intrauterină – factori recunoscuți ca predictori importanți ai tulburărilor de creștere până la vârsta de doi ani.

Expunerea intensă la fumul de țigară în perioada sarcinii produce efecte nocive asupra fătului, magnitudinea acestor efecte fiind direct proporțională cu creșterea numărului de țigări consumate de mamă. Impactul negativ nu se limitează la perioada neonatală, ci poate persista și după primele etape ale copilăriei. În același timp, literatura de specialitate evidențiază că renunțarea la fumat în timpul sarcinii are un efect benefic semnificativ, contribuind la îmbunătățirea parametrilor de creștere și dezvoltare ai copilului.

Întârzierea creșterii la copii (**stunting)** reprezintă o problemă complexă de sănătate publică, caracterizată printr-o înălțime raportată la vârstă cu mai mult de două deviații standard sub standardele de creștere internaționale. Această condiție reflectă nu doar impactul factorilor biologici și prenatali, ci și al mediului familial și comportamental, printre care expunerea la fumul de tutun ocupă un loc central.

Organizația îndeamnă guvernele să implementeze pe deplin Convenția-cadru OMS pentru Controlul Tutunului și măsurile MPOWER, printre care: protejarea femeilor însărcinate și a copiilor de fumatul pasiv; extinderea serviciilor de renunțare la fumat, în special pentru viitoarele mame și aplicarea legilor anti-fumat în toate spațiile publice închise.

OMS solicită și mai multă cercetare pentru a înțelege mecanismele prin care fumatul influențează creșterea copilului și pentru a demonstra beneficiile renunțării la tutun în prevenirea stuntingului.[19]

Expunerea pasivă

Fumatul pasiv cauzează efecte similare asupra sănătății, în special la copii, unde este asociat cu infecții respiratorii recurente, astm și otită medie cronică. OMS estimează că aproximativ 1 din 10 decese legate de tutun sunt cauzate de fumatul pasiv [20].

❖ *Beneficiile renunțării la tutun*

Abandonarea consumului de tutun poate reduce semnificativ riscul multora dintre aceste boli și, în unele cazuri, poate reduce riscul până la nivelul unei persoane care nu a fumat niciodată.[16,21] Nu este niciodată prea târziu ca o persoană să renunțe la consumul de tutun.

- în primele 20 de minute: frecvența cardiacă și tensiunea arterială scad;
- după 12 ore: nivelul monoxidului de carbon din sânge scade, normalizându-se;
- după 2 săptămâni – 3 luni: riscul de infarct miocardic începe să scadă, iar funcția pulmonară începe să se îmbunătățească;
- după 1 – 9 luni: tusea și dificultățile respiratorii se reduc;
- după 1 an: riscul suplimentar de boală coronariană scade la aproximativ jumătate față de cel al unui fumător;
- după 5 ani: riscul de accident vascular cerebral scade considerabil, ajungând ca în 5–15 ani de la renunțare să fie similar cu riscul unui nefumător;
- după 10 ani: rata de deces prin cancer pulmonar scade la aproximativ jumătate față de cea a unui fumător. De asemenea, se reduce semnificativ riscul de cancere ale gurii, gâtului, esofagului, vezicii urinare, rinichilor, colului uterin și pancreasului;
- după 15 ani: riscul de boală coronariană ajunge egal cu cel al unui nefumător.

Beneficiile renunțării la consumul de tutun pentru fumătorii de orice vârstă şi pentru cei care au dezvoltat deja o boală datorată fumatului în funcție de vârsta la care renunță:

- în jur de 30 ani - crește speranța de viață cu aproape 10 ani
- în jur de 40 ani - crește speranța de viață cu aproape 9 ani
- în jur de 50 ani - crește speranța de viață cu aproape 6 ani

II.2. Impactul asupra sănătății al produselor de tutun bazate pe tutun încălzit și țigărilor electronice

Apariția noilor produse legate de tutun și nicotină, inclusiv țigările electronice (țigări electronice), produsele încălzite din tutun și pliculețele cu nicotină, a ridicat îngrijorări cu privire la posibilele lor efecte asupra sănătății și rolul în inițierea și renunțarea la fumat.

Având în vedere timpul limitat în care aceste produse au fost disponibile pe piață, dovezile actuale sunt în mare parte limitate la rezultate de sănătate pe termen scurt și mediu, în timp ce există o lipsă de dovezi pe termen lung, pentru care rapoartele evaluate subliniază necesitatea unor cercetări suplimentare pentru a permite estimarea exactă a riscului. Țigările electronice nu sunt inofensive și sunt asociate cu rezultate adverse pe termen scurt și mediu asupra sănătății, inclusiv cele cardiovasculare și

respiratorii. Există, de asemenea, îngrijorări legate de inhalarea nicotinei, precum și a metalelor și a altor substanțe cu toxicitate neclară[2]. Produsele din tutun încălzite, deși există mai puține dovezi disponibile, au fost asociate cu riscuri similare pentru sănătate ca țigările electronice. La rândul lor, pliculețele de nicotină nu au suficiente dovezi privind efectele lor asupra sănătății din cauza timpului limitat petrecut pe piață.

Rolul acestor produse în inițierea și renunțarea la fumat este încă neclar, dar numeroase studii sugerând că țigările electronice pot acționa ca o "poartă de acces" către fumatul convențional, în special în rândul tinerilor[2].

În contextul intensificării eforturilor de reducere a fumatului convențional, produsele cu tutun încălzit (HTPs – Heated Tobacco Products) au fost promovate ca alternative „mai puțin nocive” de către industrie. Aceste produse funcționează prin încălzirea tutunului la temperaturi sub cele ale arderii tradiționale, eliberând un aerosol inhalabil ce conține nicotină și alte substanțe toxice. Cu toate acestea, datele științifice disponibile indică faptul că aceste produse nu sunt inofensive și pot avea efecte semnificative asupra sănătății.

Studiile independente au demonstrat că, deși aerosolul generat de HTPs conține mai puține substanțe cancerigene comparativ cu fumul țigărilor convenționale, nivelurile de nicotină rămân comparabile sau chiar mai ridicate în unele cazuri. De asemenea, sunt prezenți compuși toxici precum: acroleină, formaldehidă, benzen, care au potențial iritativ, inflamator sau carcinogen. Umectanți cum ar fi propilenglicolul și glicerolul sunt adăugați la tutun pentru a facilita formarea unui aerosol. [22].

Introducerea recentă a HTP-urilor pe piață și diversitatea produselor fac dificilă evaluarea adecvată a efectelor adverse pe termen lung asupra sănătății ale utilizării produselor, în special a riscului cancerigen.

Efecte asupra aparatului respirator și cardiovascular

Expunerea repetată la aerosolul HTP afectează funcția respiratorie. Au fost evidențiate modificări inflamatorii ale căilor respiratorii și stres oxidativ la utilizatorii exclusivi de HTP, similare cu cele observate la fumători activi[23].

În ceea ce privește sistemul cardiovascular, utilizarea HTPs determină creșterea acută a tensiunii arteriale și frecvenței cardiace, iar pe termen lung poate favoriza ateroscleroza subclinică[24] .

Riscuri oncologice

Deși riscul carcinogen al HTPs este inferior celui al țigărilor convenționale, nu este neglijabil. OMS avertizează că utilizarea acestor produse menține expunerea cronică la substanțe cu potențial cancerigen și contribuie la menținerea dependenței nicotinice, ceea ce reduce probabilitatea renunțării definitive la fumat.

Utilizarea în rândul adolescenților și efectele comportamentale

HTPs sunt adesea percepute de tineri ca fiind „mai sigure”, fapt exploatat prin designuri atractive și marketing agresiv. Datele Eurobarometru 2023[8] arată o creștere a inițierii fumatului prin produse cu tutun încălzit în rândul adolescenților din UE, mai ales în țările unde reglementările sunt mai permisive. Această tendință ridică îngrijorări serioase privind normalizarea consumului de nicotină și creșterea riscului de tranziție către fumatul convențional.

OMS afirmă ferm că produsele cu tutun încălzit nu sunt sigure și nu ar trebui promovate ca alternative inofensive, subliniind că nu există suficiente dovezi care să demonstreze că HTPs ajută

eficient la renunțarea la fumat și atrăgând atenția asupra riscului de „dublu consum” (HTPs + țigări convenționale)[25].

De asemenea, există tot mai multe dovezi că țigările electronice sunt asociate cu rezultate adverse asupra sănătății pulmonare și cardiovasculare[26-28]. Utilizarea țigărilor electronice a fost atribuită izbucnirii unor afecțiuni pulmonare EVALI în SUA, care au dus la peste 2.800 de spitalizări și 68 de decese [29]. Aceste constatări evidențiază potențialul țigărilor electronice de a provoca toxicitate pulmonară acută. Dovezile sugerează, de asemenea, că utilizarea țigărilor electronice poate fi asociată cu riscul de cancer pe termen lung, dincolo de efectul carcinogen cunoscut al nicotinei și al metaboliților săi. Analizele chimice ale vaporilor și lichidului din țigara electronică au confirmat prezența a tot atâtea substanțe cancerigene ca cele găsite în fumul de țigară[30]. O serie de studii au arătat că vaporii de țigară electronică conțin compuși carbonilici precum formaldehida, acetaldehida, acroleina și diacetilul, precum și metale cancerigene toxice, cum ar fi cromul, nichelul și plumbul (care provin în mare parte din elementele metalice de încălzire). Nivelurile de agenți cancerigeni specifici variază între diferitele produse, dar au fost identificate cel puțin 30 de substanțe cancerigene, fumatul fără fum/ electronic fiind introdus de IARC în rândul carcinogenelor certe (de grup 1). Mai multe studii preclinice evidențiază efectele biologice adverse ale vaporilor de țigară electronică, inclusiv stresul oxidativ și răspunsul inflamator în celulele epiteliale pulmonare[23,31].

II.3. Aditivi utilizați în produsele din tutun - riscuri pentru sănătate

Țigareta este produsul din tutun cel mai utilizat în Uniunea Europeană. Majoritatea oamenilor este conștientă că fumatul țigaretelor este periculos, că mii de compuși sunt produși şi eliberați în fum, câțiva din aceștia (de ordinul sute) fiind toxici. Însă, ceea ce nu este cunoscut la scară largă, este că majoritatea producătorilor de tutun adaugă, în țigarete şi alte ingrediente în afară de tutun, care afectează compoziția chimică a fumului. Aceste ingrediente sunt cunoscute ca fiind aditivi de tutun şi raportați ca utilizare pentru: a da țigaretei o aromă specifică; a controla arderea și a menține umiditatea tutunului, prevenind astfel uscarea.

Este foarte greu de stabilit efectul unui singur aditiv izolat, datorită efectului global, combinat, al tuturor chimicalelor prezente în fumul de țigaretă. Mai mult decât atât, produșii de ardere ai unor aditivi sunt cunoscuți ca fiind potenţatori indirecți ai efectelor nicotinei asupra creierului (nicotina fiind considerată ca principala răspunzătoare pentru crearea dependenței de fumat a oamenilor).

Aditivii specifici tutunului sunt reprezentați de 2 furfural, acetaldehida, compuși ai amoniacului, cacao, glicerol, propilenglicol, sorbitol, zaharuri, fibra de celuloză, guma guar, lemn dulce, mentol şi vanilie. La fumarea unei țigarete, majoritatea ingredientelor din tutun sunt complet arse rezultând o serie de compuşi. Aceștia includ un grup cunoscut sub numele de aldehide, cunoscute ca fiind iritante pentru gât (de ex. acroleina şi furfuralul) sau legate direct de cancerul uman (de ex. acetaldehida si formaldehida), hidrocarburile policiclice aromatice, α benzopirenul, benzenul etc. Agenția Internațională pentru Cercetarea Cancerului (IARC) a clasificat acetaldehida ca fiind un compus posibil cancerigen, în timp ce formaldehida este clasificată ca fiind, evident, cauzatoare de cancer. Pe de altă parte, acetaldehida poate crește dependența de țigarete datorită acțiunii unui produs de reacție, harman, (sinonim aribina, louturina – alkaloid) asupra creierului. Se consideră că, harmanul se comportă

la fel ca si medicamentele anti-depresive prin îmbunătățirea stării de spirit a persoanei. Aceasta înseamnă că dependența de fumat poate fi stimulată de efectul unor aditivi din țigarete.[32]

Cap III Consumul de tutun - impact asupra stării de sănătate la nivel populațional

Morbiditate și mortalitate atribuibilă fumatului

Fumatul este factor de risc pentru patru grupe de boli netransmisibile: cancerul, bolile cardiovasculare, diabetul zaharat de tip 2 și bolile respiratorii.

Conform datelor Global Burden of Diseases Study (IHME - GBD), decesele cauzate de boli cardio-vasculare și accident vascular cerebral reprezintă cauza principală de deces în lume, fiind strâns legate de consumul de tutun. Cancerul bronhopulmonar a fost mult timp principala cauză de deces prin cancer în rândul bărbaților și, în multe țări, este acum și principala cauză de deces prin cancer în rândul femeilor adulte, depășind chiar și cancerul de sân[33].

Boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC) este una dintre principalele cauze de deces din lume, iar mortalitatea din această cauză este în creștere în majoritatea țărilor. La nivel global 65% dintre decesele datorate BPOC pot fi atribuite consumului de tutun de orice formă[33].

Estimările Organizației Mondiale a Sănătății privind proporția îmbolnăvirilor și deceselor atribuibile fumatului, în cazul bolilor prezentate anterior, arată cât de mult din proporția de îmbolnăviri și decese pentru fiecare boală ar putea fi redusă dacă ar fi eliminat consumul de tutun.

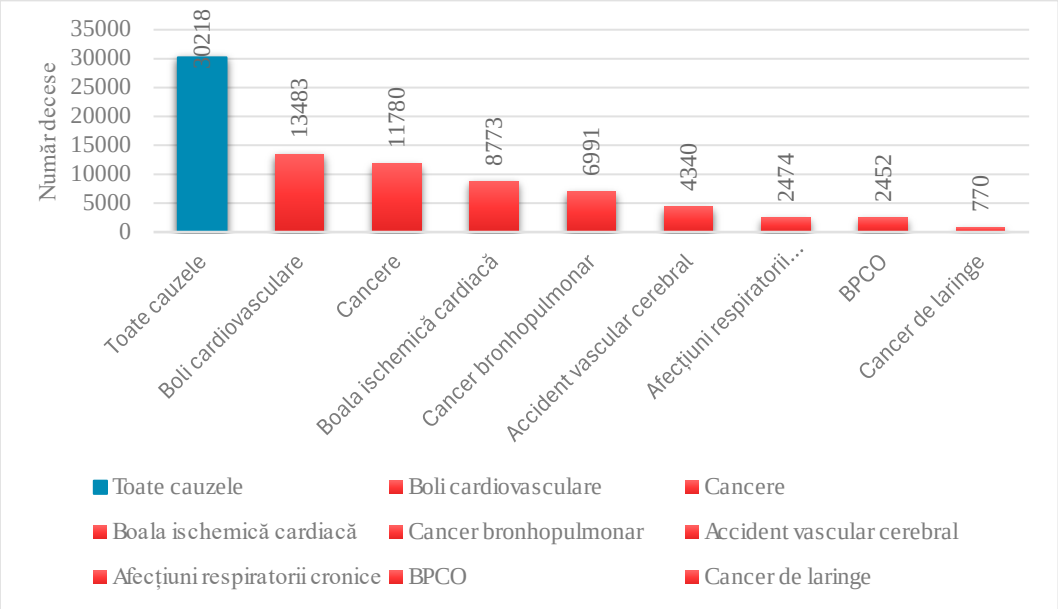


Figura III.1 Număr de decese (la toate vârstele) atribuibile consumului de tutun în România, pe cauze de deces, Sursa IHME, GBD 2023

În România un număr impresionant de decese, 13483 decese de cauză cardiovasculară și 11780 de decese consecutive neoplaziilor au fost atribuite consumului de tutun. Dintre decesele cauzate de bolile cardiovasculare, cele mai multe s-au datorat bolii ischemice cardiace (8773 decese) și AVC (4340 decese). În cazul mortalității prin cancere, ponderea cea mai mare a deceselor atribuite tutunului a fost pentru cancerul bronhopulmonar (6991 decese) și pentru cel de laringe (770 de decese)(Figura III.1).

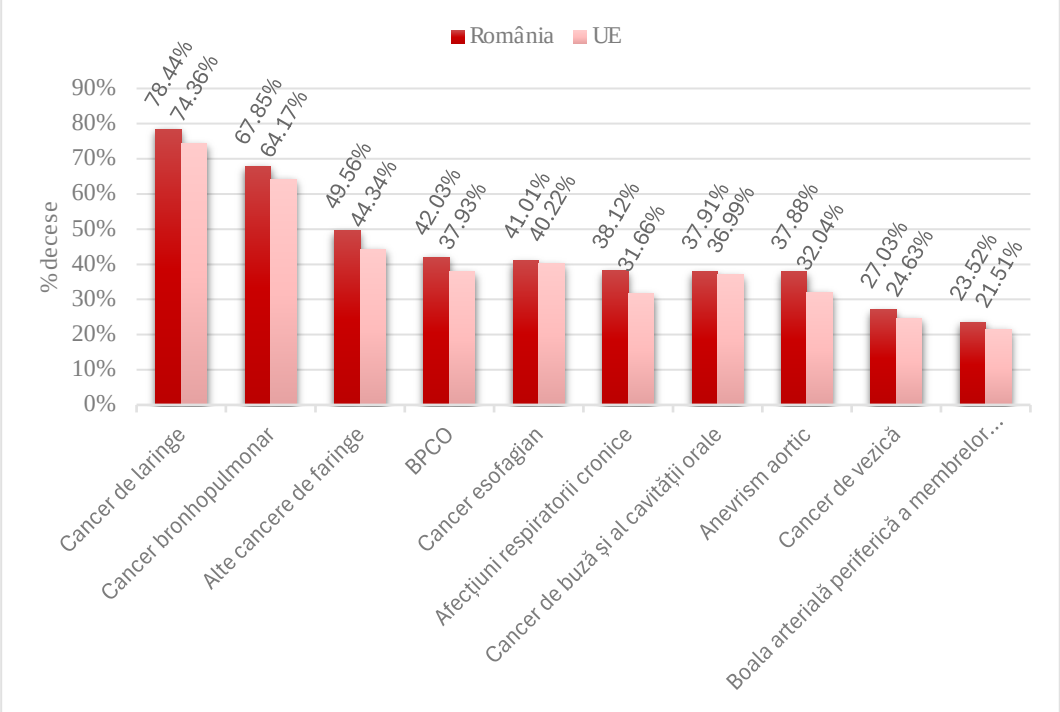


Figura III.2 Procent de decese atribuibile consumului de tutun, pe cauze de deces, România comparativ cu Europa, Sursa IHME, GBD 2023

Se evidențiază o povară semnificativă a consumului de tutun asupra mortalității în România, comparativ cu media europeană, pentru majoritatea cauzelor de deces analizate. În ansamblu, procentul de decese atribuibile consumului de tutun de o anumită cauză este similar sau ușor mai ridicat în România față de Europa, însă profilul cauzelor diferă printr-o contribuție mai mare a cancerelor și a bolilor respiratorii cronice.(Figura III.2)

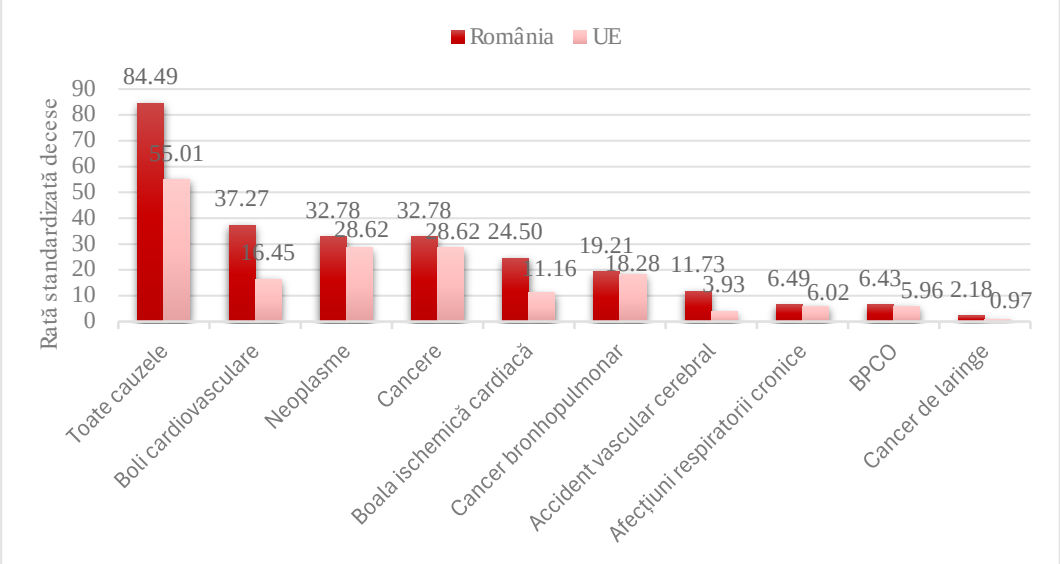


Figura III.3 Rate de deces standardizate cu vârsta atribuibile fumatului, pe cauze de deces, România comparativ cu Europa, Sursa IHME, GBD 2023

*Mortalitate standardizată cu vârsta, rate la 100000 loc

Ratele de mortalitate standardizate cu vârsta în România atribuibilă consumului de tutun, sunt peste media europeană atât pentru total decese de toate cauzele de boală (84,49 la 100000 locuitori vs 55.01 la 100000 locuitori), cât și în cazul bolilor cardiovasculare, neoplasmelor și afecțiunilor cronice respiratorii (Figura III.3).

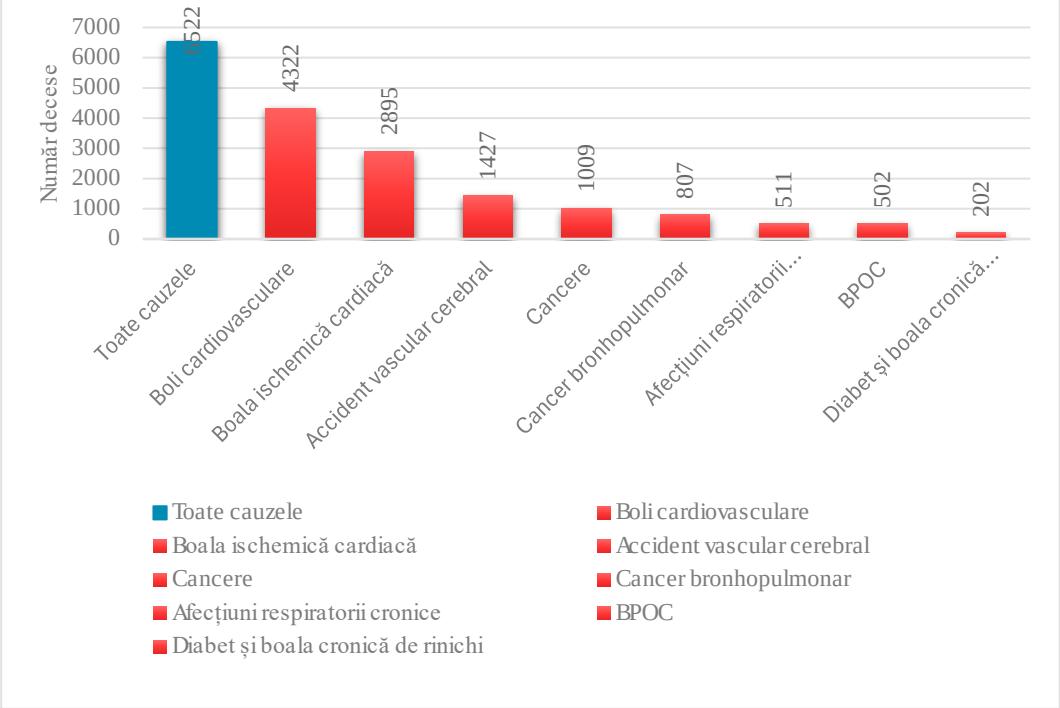


Figura III.4 Număr de decese (toate vârstele) atribuibile fumatului pasiv în România, pe cauze de deces, Sursa IHME, GBD 2023

În România, un număr de 4322 de decese de cauză cardiovasculară și 1009 de decese prin cancer au fost atribuite fumatului pasiv (Figura III.4).

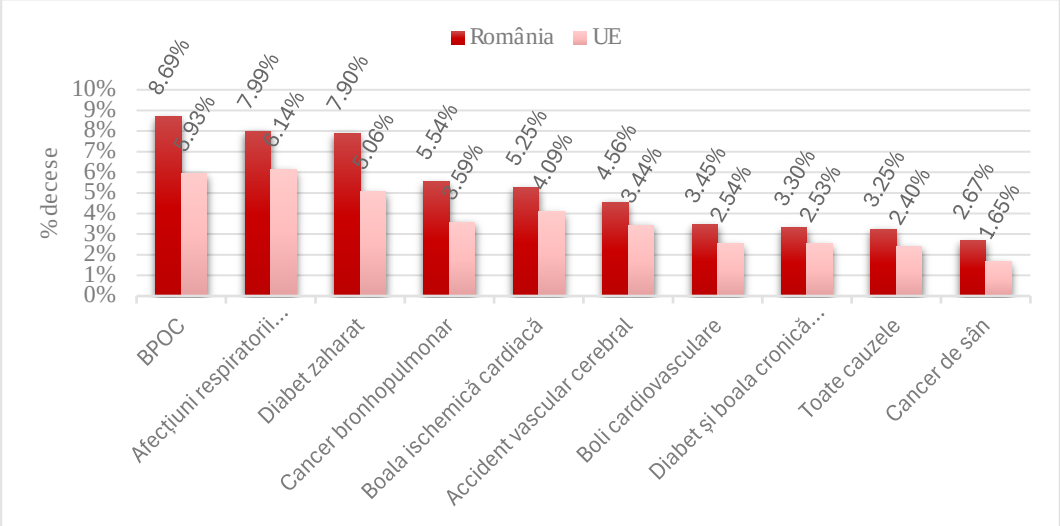


Figura III.5 Procent de decese atribuibile fumatului pasiv pe cauze de deces, România comparativ cu Europa Sursa IHME, GBD 2023

Procentul de decese de o anumită cauză atribuibile fumatului pasiv este mai mare în România față de media UE, profilul cauzelor de deces evidențiind o contribuție mai mare a bolilor respiratorii cronice, în special BPCO, dar și a diabetului zaharat și cancerului bonhopulmonar. România se află ușor sub media europeană numai pentru boala ischemică cardiacă. (Figura III.5)

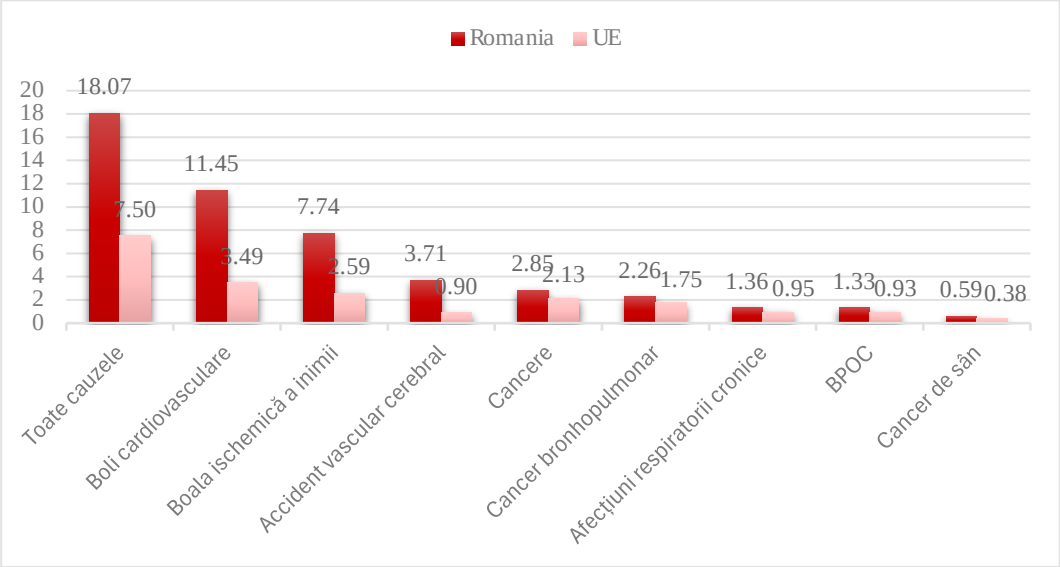


Figura III.6 Rate de mortalitate standardizată atribuibilă fumatului pasiv, pe cauze de deces, România comparativ cu Europa Sursa IHME, GBD 2023

***Mortalitate standardizată cu vârsta, rate la 100000 loc**

Ratele de mortalitate standardizate cu vârsta în România atribuibilă fumatului pasiv, sunt peste media europeană atât pentru total decese de toate cauzele de boală (18,07 la 100000 locuitori vs 7,50 la 100000 locuitori), cât și în cazul bolilor cardiovasculare, neoplasmelor și afecțiunilor cronice respiratorii (Figura III.6).

Tabel III-1 Ratele de mortalitate standardizată atribuibile fumatului în România, în funcție de cauze de deces și de gen, Sursa: GBD 2023, * *Mortalitate standardizată după vârsta, rate la 100000 loc***

	Ro - Mortalitate *		UE - Mortalitate *	
	Bărbați	**Femei**	**Bărbați**	**Femei**
Boli cronice netransmisibile (BNT)	**124,14**	**19,05**	**80,37**	**21,67**
Boli cardiovasculare	51,52	7,87	24,22	4,62
• Accident vascular cerebral	15,28	2,83	5,16	1,41
• Boala ischemică cardiaca	34,26	4,74	16,65	2,70
Neoplazii	59,19	9,47	44,88	13,49
• Cancer bronhopulmonar	35,17	5,20	27,93	9,19
Afecțiuni respiratorii cronice	11,78	1,30	9,20	2,74
• BPOC	11,73	1,27	9,14	2,70
Toate cauzele	**133,17**	**20,38**	**83,39**	**22,36**

Datele GBD 2023 evidențiază o povară considerabil mai mare a mortalității atribuibile fumatului în rândul bărbaților din România. Rata standardizată pentru toate cauzele este de 133,17 decese la 100.000 de locuitori, comparativ cu 83,39 la 100.000 în Uniunea Europeană, ceea ce înseamnă un nivel cu aproximativ 60% mai ridicat în România.

Diferența este și mai pronunțată pentru bolile cardiovasculare. În rândul bărbaților, mortalitatea cardiovasculară atribuibilă fumatului este de 51,52 la 100.000 în România, de peste două ori mai mare decât media UE, de 24,22 la 100.000. Pentru accident vascular cerebral, rata din România este aproape

de trei ori mai mare decât cea europeană, respectiv 15,28 față de 5,16 la 100.000. Mortalitatea prin boală ischemică cardiacă este, de asemenea, de aproximativ două ori mai mare în România: 34,26 față de 16,65 la 100.000.

În cazul neoplasmelor, mortalitatea atribuibilă fumatului în rândul bărbaților este cu aproximativ 32% mai mare în România decât în UE, respectiv 59,19 față de 44,88 la 100.000. Pentru cancerul bronhopulmonar, diferența este de aproximativ 26%, cu o rată de 35,17 la 100.000 în România, comparativ cu 27,93 la 100.000 în UE.

Analiza mortalității atribuibile consumului de tutun în România evidențiază disparități importante între sexe, cu o mortalitate standardizată după vârstă semnificativ mai mare la bărbați comparativ cu femeile (133,17 la 100.000 locuitori vs. 20,38 la 100.000 locuitori), diferența fiind de peste șase ori.

În anul 2023, rata standardizată după vârstă a mortalității atribuibile fumatului a fost considerabil mai mare la bărbații din România decât la nivelul Uniunii Europene, atât pentru toate cauzele, cât și pentru principalele categorii de boli. Diferențele cele mai importante au fost înregistrate pentru bolile cardiovasculare, accidentul vascular cerebral și boala ischemică cardiacă. Mortalitatea prin neoplasme și cancer bronhopulmonar atribuibilă fumatului a fost, de asemenea, mai ridicată în România. În rândul femeilor, mortalitatea totală, oncologică și respiratorie atribuibilă fumatului a fost mai redusă decât media UE, însă mortalitatea cardiovasculară a rămas mai mare. Aceste rezultate indică o povară deosebit de ridicată a fumatului asupra mortalității masculine din România și evidențiază importanța intervențiilor de prevenție și renunțare la fumat, inclusiv pentru reducerea riscului cardiovascular. (Tabel III-1).

DALYs (Disability Adjusted Life Years) atribuibili fumatului

Povara îmbolnăvirilor măsurată prin anii de viață ajustați pentru dizabilitate, DALYs (Disability Adjusted Life Years), care reprezintă suma anilor de viaţă pierduți prin decese premature și anilor trăiţi cu dizabilitate cauzată de prezenţa bolii, ajustați pentru gravitatea bolii, situează fumatul între principalii factori de risc care contribuie la deces prematur și dizabilitate (DALYs/100 000 loc) în 2023.

Tabel III-2 Primii 10 factori de risc care contribuie la deces prematur și dizabilitate (DALYs/100 000 loc) în 2013, 2023 și modificarea procentuală în perioada 2013 - 2023, rate standardizate cu vârsta
Sursa datelor: Institute of Health Metrics and Evaluation-GBD Compare, 2023[15]

Ierarhia în 2013	DALYs la 100000 loc.				Ierarhia în 2023	DALYs la 100000 loc.	% schimbare în perioada 2013-2023
Hipertensiune arterială	4519,91	①		①	Hipertensiune arterială	3680.61	-18.57%
Fumat	3142,85	②		②	**Fumat**	2817.9	-10.34%

Poluarea mediului cu particule în suspensie	1726.04	③		③	IMC crescut	1681.06	-0.02%
IMC crescut	1681.41	④		④	Glicemie a jeun crescută	1484.46	+3.52 %
LDL colesterol crescut	1638.64	⑤		⑤	Consum nociv de alcool	3079.95	+0.26%
Glicemie a jeun crescută	1433.99	⑥		⑥	LDL colesterol crescut	1359.55	-17.03%
Consum nociv de alcool	1258.44	⑦		⑦	Poluarea mediului cu particule în suspensie	1156.4	-33.0%
Dietă cu conținut crescut în sodiu	1180.22	⑧		⑧	Disfuncție renală	1128.77	+2.38%
Disfuncție renală	1102.55	⑨		⑨	Dietă cu conținut crescut în sodiu	1024.31	-13.21%
Temperaturi scăzute	980.14	⑩		⑩	Temperaturi scăzute	1015.33	+3.59%

În perioada 2013–2023, fumatul își menține poziția de al doilea factor de risc ca impact asupra poverii de boală în România, după hipertensiunea arterială sistolică ridicată. În anul 2023, fumatul înregistrează o valoare de 2817,90 DALYs la 100.000 locuitori, comparativ cu 3142,85 DALYs la 100.000 locuitori în anul 2013, evidențiind o reducere moderată a poverii atribuibile. Cu toate acestea, poziția ierarhică rămâne neschimbată, ceea ce indică persistența fumatului ca principal factor comportamental modificabil asociat mortalității premature și dizabilității în populația României[15].

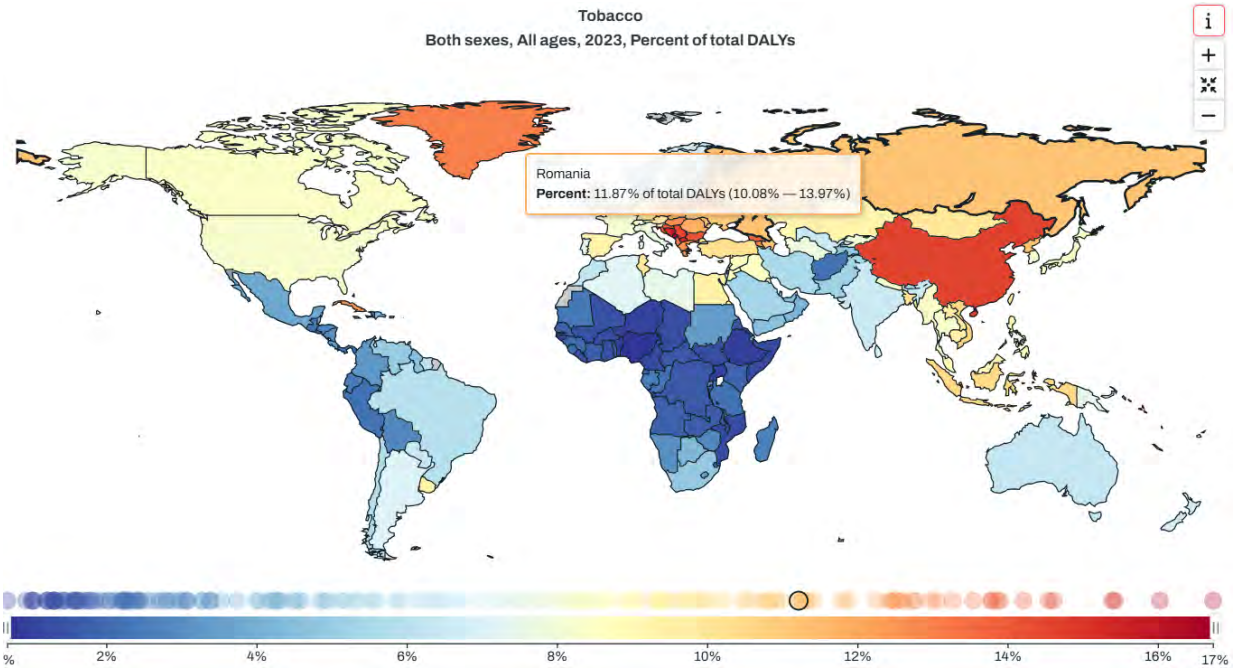


Figura III.7 Procentul anilor de viață ajustați pentru dizabilitate (DALYs) atribuiți consumului de tutun, Sursa: GBD 2023

La nivel mondial, o mare parte din povara îmbolnăvirilor estimată prin DALY se datorează consumului de tutun, România înregistrând un procent de 11.87% conform datelor din 2023[15]. (Figura III.8).

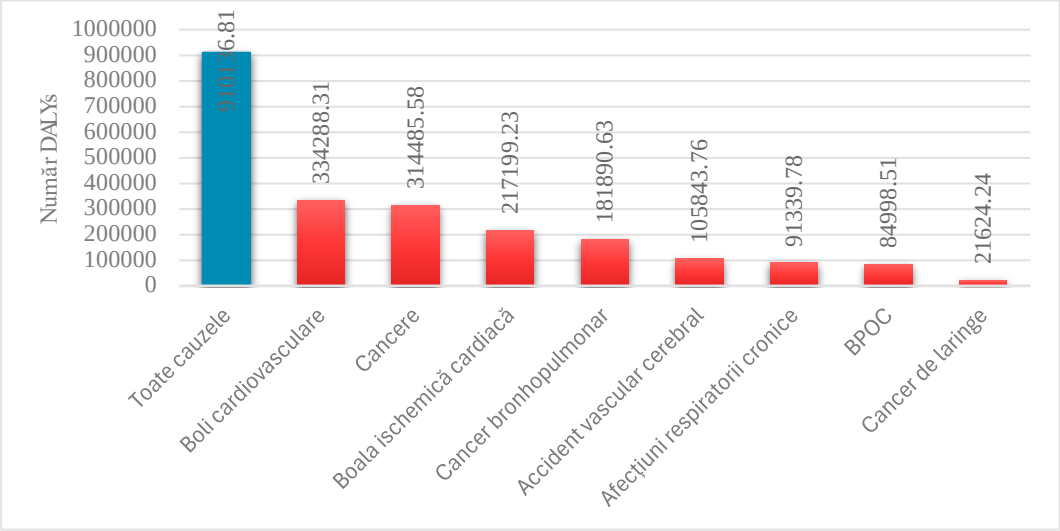


Figura III.8 Număr DALYs atribuibili consumului de tutun în România, pe cauze de boală, Sursa IHME, GBD 2023

Analizând distribuția numărului de ani de viață ajustați în funcție de dizabilitate (DALYs) atribuibili fumatului în România, pentru principalele categorii de afecțiuni și cauze de boală, se observă că principala contribuție o au DALYs datorați bolii ischemice cardiace (217199 DALYs), accidentelor vasculare cerebrale (105844 DALYs)), cancerului bronhopulmonar(181891 DALYs)), BPOC (84998 DALYs)) și cancerului de laringe (21624 DALYs)) (Figura III.9).

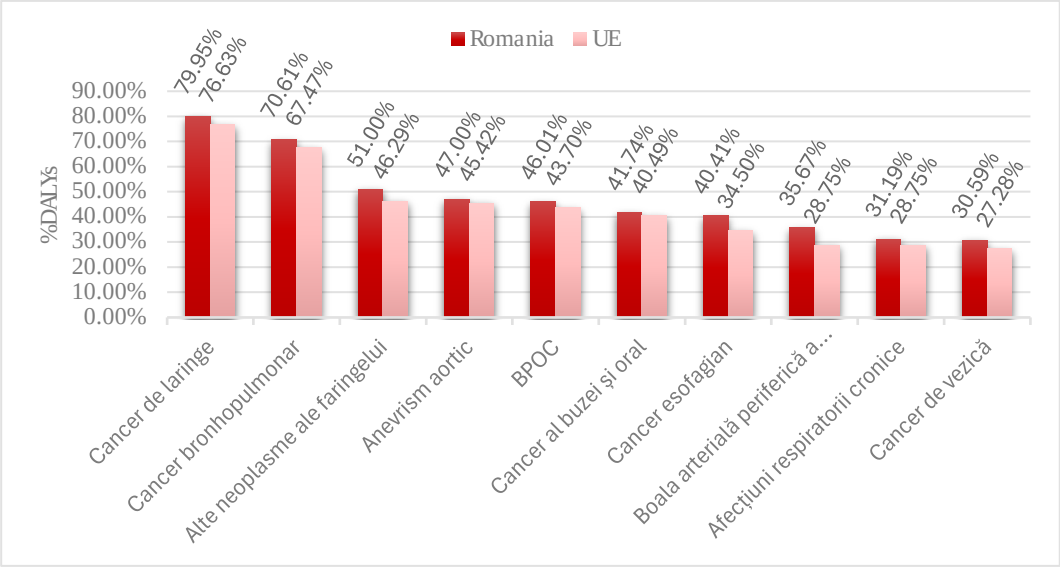


Figura III.9 Procent DALYs din total DALYs per cauze de boală, România comparativ cu media Europa, Sursa IHME, GBD 2023

În România, pierderea totală de ani sănătoși datorată fumatului este concentrată în principal în afecțiunile maligne și respiratorii, unde contribuția tutunului depășește 40–80% din totalul DALYs aferenți acestor boli.

Cele mai mari ponderi ale DALYs atribuiți fumatului se datorează: cancerului de laringe (79,95% în România vs. 76,63% în Europa), cancerului bronhopulmonar (70,61% vs. 67,47%), și altor neoplasme

ale faringelui (51% vs. 46,29%), anevrismului aortic (47% vs 45,42%) și BPOC (46,01% vs 43,70%) (Figura III.10).

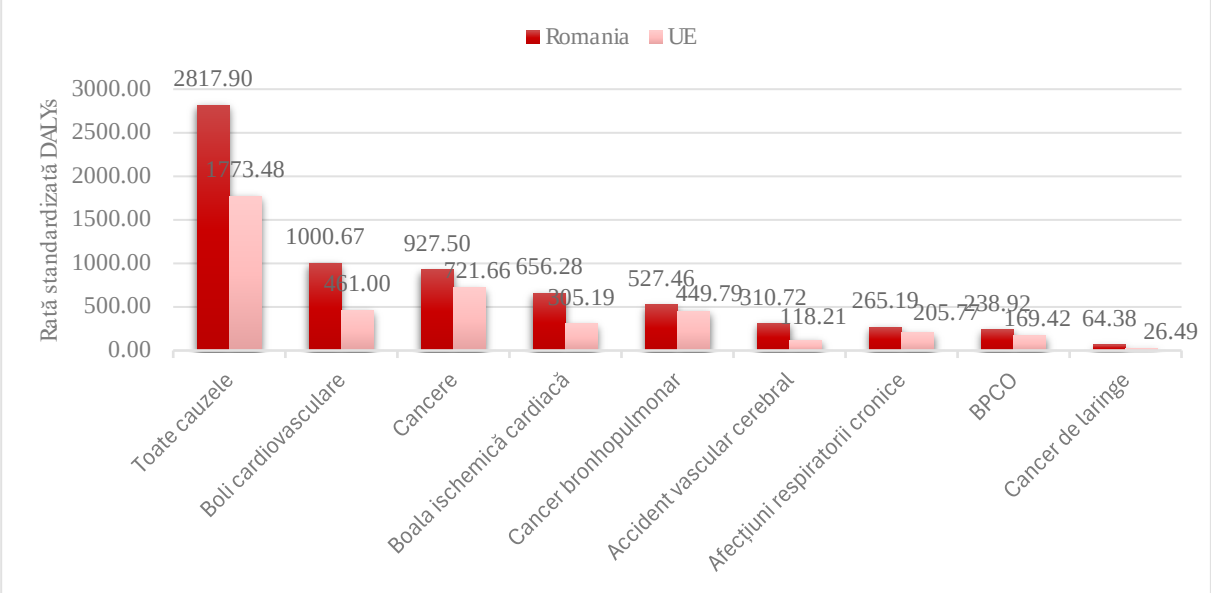


Figura III.10 Rate standardizate cu vârsta pentru DALYs per cauze de boală, România comparativ cu media Europa, Sursa IHME, GBD 2023

Ratele de DALYs standardizate cu vârsta în România, atribuibili fumatului pasiv, sunt peste media europeană atât pentru total decese de toate cauzele de boală (2817,90 la 100000 locuitori vs 1773,48 la 100000 locuitori), cât și în cazul bolilor cardiovasculare (1000,67 vs 461,10) neoplasmelor (927,50 vs 721,66) și afecțiunilor cronice respiratorii (265,19 vs 205,77) (Figura III.11).

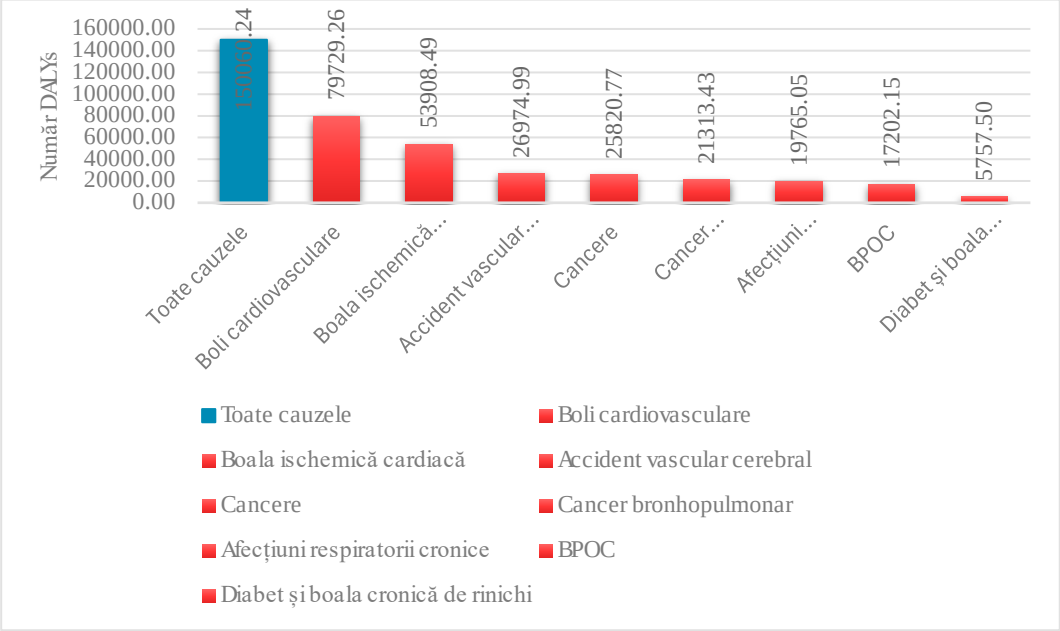


Figura III.11 Număr DALYs atribuibili fumatului pasiv, pe cauze de boală, România, Sursa IHME, GBD 2023

Cel mai mare număr de ani de viață pierduți din cauza dizabilității cauzate de boli atribuibile fumatului pasiv este aferent bolii ischemice cardiace (53908 DALYs), AVC (26975 DALYs), cancer bronhopulmonar (21313 DALYs) și BPOC (21313 DALYs)(Figura III.12).

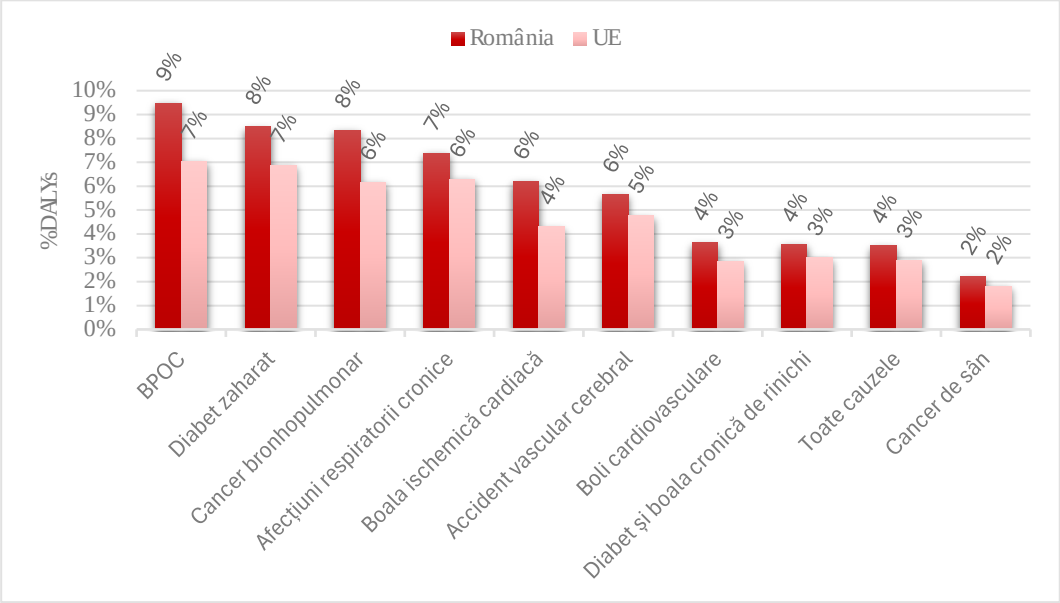


Figura III.12 Procent DALYs atribuibili fumat pasiv din total DALYs pe cauze de boală, România comparativ cu media Europa, Sursa IHME, GBD 2023

În România, cele mai mari ponderi ale DALYs atribuiți fumatului pasiv sunt în cazul BPOC (9%), diabet zaharat (8%), cancerul bronhopulmonar (8%), boala ischemică cardiacă și AVC (fiecare cu 6%) și boli cardiovasculare (4%) (Figura III.13).

Tabel III-3 Povara îmbolnăvirii (rate standardizate în funcție de vârstă) atribuibile fumatului în România, în funcție de cauze de îmbolnăvire și de gen, Sursa: GBD 2023

* ***Rate standardizate cu vârsta, DALYs la 100000 loc***

	Ro - DALYs *		UE - DALYs *	
	Bărbați	**Femei**	**Bărbați**	**Femei**
Boli cronice netransmisibile (BNT)	**3890,72**	**915,39**	**2345,83**	**888,64**
Boli cardiovasculare	1480,14	250,23	687,23	144,54
• Accident vascular	430,42	96,20	154,92	52,57
• Boala ischemică cardiaca	988,93	143,40	468,48	77,29
Neoplazii	1592,88	299,06	1075,83	362,92
• Cancer bronhopulmonar	930,78	152,37	662,35	236,52
Afecțiuni respiratorii cronice	399,61	89,36	248,86	115,78
• BPOC	385,24	74,89	229,54	94,18
Toate cauzele	**4207,84**	**969,06**	**2434,53**	**916,97**

Analiza comparativă a poverii îmbolnăvirii exprimate prin DALYs (ani de viață ajustați pentru dizabilitate) atribuiți consumului de tutun evidențiază diferențe marcate între sexe și între România și media Uniunii Europene[15].

În rândul bărbaților, rata standardizată a DALYs atribuibili fumatului pentru toate cauzele este de 4207,84 la 100.000 de locuitori în România, comparativ cu 2434,53 la 100.000 în UE. Povara este astfel cu aproximativ 73% mai mare în România.

Cele mai mari diferențe sunt observate pentru bolile cardiovasculare. La bărbați, rata DALYs atribuibilă fumatului este de 1480,14 la 100.000 în România, de peste două ori mai mare decât valoarea UE, de 687,23 la 100.000. Pentru accidentul vascular cerebral, rata din România este de aproape 2,8 ori mai mare, iar pentru boala ischemică cardiacă este de aproximativ 2,1 ori mai mare decât media UE.

Și povara oncologică este mai ridicată la bărbații din România. Rata DALYs prin neoplasme atribuibilă fumatului este cu aproximativ 48% mai mare decât în UE, iar pentru cancerul bronhopulmonar diferența este de aproximativ 41%. (Tabel III-3).

Datele GBD 2023 indică o povară semnificativ mai mare a anilor de viață ajustați pentru dizabilitate atribuibili fumatului în rândul bărbaților din România, comparativ cu media Uniunii Europene. Rata standardizată pentru toate cauzele este cu 72,8% mai mare, diferențele cele mai importante fiind observate pentru bolile cardiovasculare, accidentul vascular cerebral și boala ischemică cardiacă. La femei, rata totală a DALYs este doar ușor mai mare decât media UE, însă componenta cardiovasculară este considerabil mai ridicată. În schimb, ratele atribuibile neoplasmelor, cancerului bronhopulmonar și bolilor respiratorii cronice sunt mai scăzute la femeile din România decât la nivelul UE. (Tabel III-3).

Costuri estimate ale consumului de tutun tradIțional

Estimările privind efectele asupra sănătății tutunului sunt actualizate constant, însă costurile asociate consumului de tutun și produselor conexe pentru societate sunt mai greu de evaluat.

Un raport recent[34], bazat pe o abordare epidemiologică, a evaluat costurile consumului de tutun pentru întreaga UE, pornind de la identificarea celor mai frecvente boli pentru care tutunul este indicat ca unul dintre factorii responsabili și a riscurilor relative (RR) pentru fiecare dintre acestea în literatura de specialitate recentă.

Datele privind prevalența fumatului de tutun în țările europene au fost obținute din EHIS, iar fracțiunea atribuibilă fumatului (SAF – Smoking - Attributable Fraction) pentru fiecare dintre bolile enumerate a fost calculată și aplicată la costurile bolilor găsite în literatură. Principala limitare a analizei constă în includerea exclusivă a produselor tradiționale din tutun, întrucât datele disponibile nu permit, în prezent, estimarea costurilor asociate utilizării produselor emergente din tutun și nicotină. Deși există dovezi privind legătura dintre aceste produse și apariția unor afecțiuni specifice, informațiile sunt încă insuficiente pentru calcularea riscurilor relative, iar efectele lor pe termen lung asupra sănătății nu sunt pe deplin cunoscute.

O dificultate suplimentară este reprezentată de utilizarea concomitentă a produselor tradiționale și emergente. În aceste situații, atribuirea efectelor negative asupra sănătății unei singure categorii de produse este dificilă, deoarece acestea pot rezulta din consumul separat al fiecărui produs sau din interacțiunea și potențarea efectelor acestora.Riscurile relative (RR) pentru principalele afecțiuni asociate fumatului tradițional sunt prezentate în tabelul următor (Tabel III-4).

Tabel III-4 Riscurile relative (RR) pentru principalele afecțiuni asociate fumatului tradițional[34]

Afecțiune	Risc relativ*
Neoplazii	
• Oral	2.36
• Esofag	6.95
• Stomac	1.50
• Ficat	1.52
• Pancreas	1.80
• Laringe	3.03

• Bronhopulmonar	7.69
• Colul uterin	1.77
• Renal	1.47
• Vezica urinară	3.00
• Leucemie	1.53
• Colorectal	1.17
Boli cardiovasculare	
• Bola ischemică a inimii (BCI)	2.03
• Accident vascular cerebral (AVC)	1.75
Boală respiratorie	
• Pneumonie	1.52
• Bronșită și emfizem	2.96
• Boala pulmonară obstructivă cronică (BPCO)	6.46
Tulburări musculo-scheletale	
• Artrita reumatoidă	1.83
• Fractură de șold	1.42
Diabet zaharat	1.37

** RR sunt derivate numai din studii prospective (de cohortă). RR-ul pentru cancerul pulmonar, boala cardiacă ischemică, accidentul vascular cerebral și fractura de șold este calculat ca medie RR pentru bărbați și femei.*

În România, fracțiile atribuibile fumatului indică o contribuție deosebit de ridicată a consumului de tutun la apariția unor afecțiuni respiratorii, cardiovasculare și oncologice. Cele mai mari valori sunt observate pentru cancerul bronhopulmonar, aproximativ 56%, cancerul de esofagian 53%, și bronhopneumopatia obstructivă cronică 51%. Astfel, peste jumătate din povara acestor boli este estimată ca fiind atribuibilă fumatului.

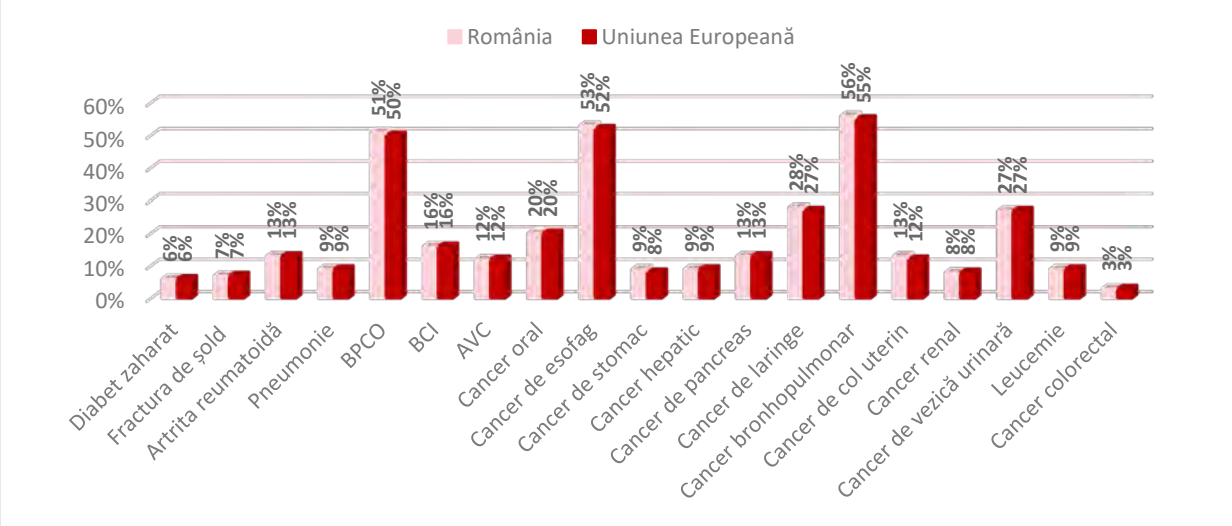


Figura III.13 Fracția atribuibilă fumatului (SAF), per afecțiuni, Ro și UE[34]

Pentru anul 2023, costurile estimate ale consumului de tutun (consumul direct al produselor tradiționale din tutun) au reprezentat 80,7 bilioane de EUR în UE, dintre care 40,4 bilioane EUR au fost costuri directe și 40,2 biloane EUR costuri indirecte (legate de îngrijire și pierdere de producție). Aceste constatări sunt de același ordin de mărime ca în studiile anterioare, după actualizarea lor pentru inflație și ajustarea pentru compoziția actualizată a țărilor UE-27.

Povara consumului de tutun nu se limitează la patologia oncologică, ci se extinde considerabil asupra bolilor metabolice, cardiovasculare și respiratorii, cu implicații importante pentru utilizarea resurselor medicale și pentru planificarea intervențiilor de prevenție. Diabetul zaharat generează cea

mai mare povară, cu costuri de 1869 mil EUR în România, urmat artrita reumatoidă și de afecțiunile cardiovasculare, respectiv boala cardiacă ischemică și accidentele vasculare cerebrale (Figura III.15).

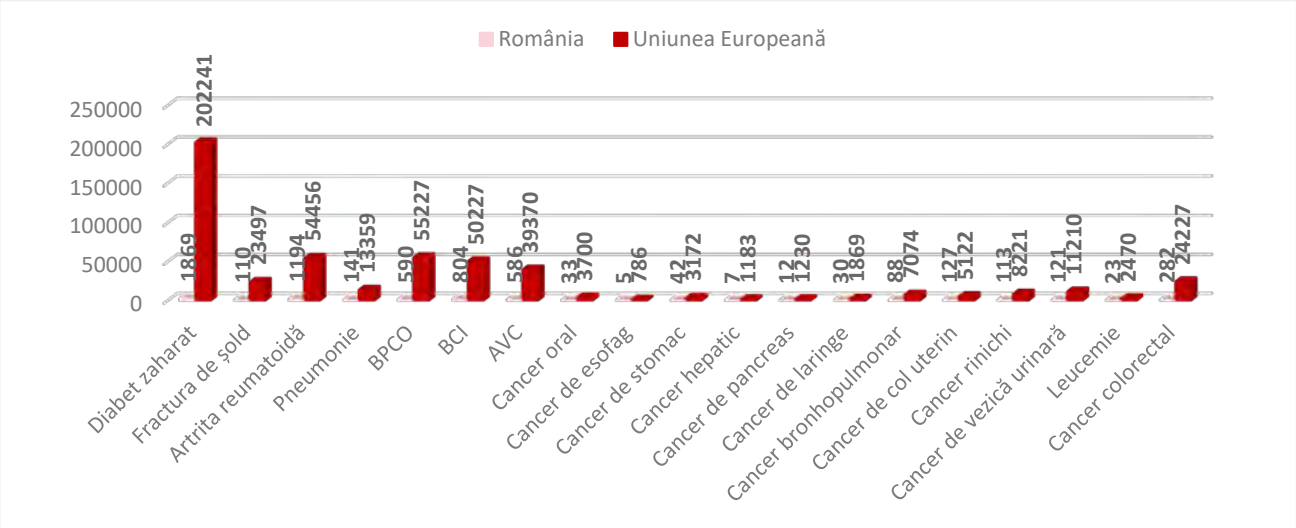


Figura III.14 Costuri (directe + indirecte) pentru afecțiune cauzate de fumat în țările europene (mil EUR, valori ajustate pentru inflație, 2023)[34]

Bola pulmonară obstructivă cronică (BPOC) are cea mai mare pondere în total (33,4% din costurile directe, Figura 1), urmată de diabet (21,7%) și bolile cardiace ischemice (8,8%)(Figura III.16).

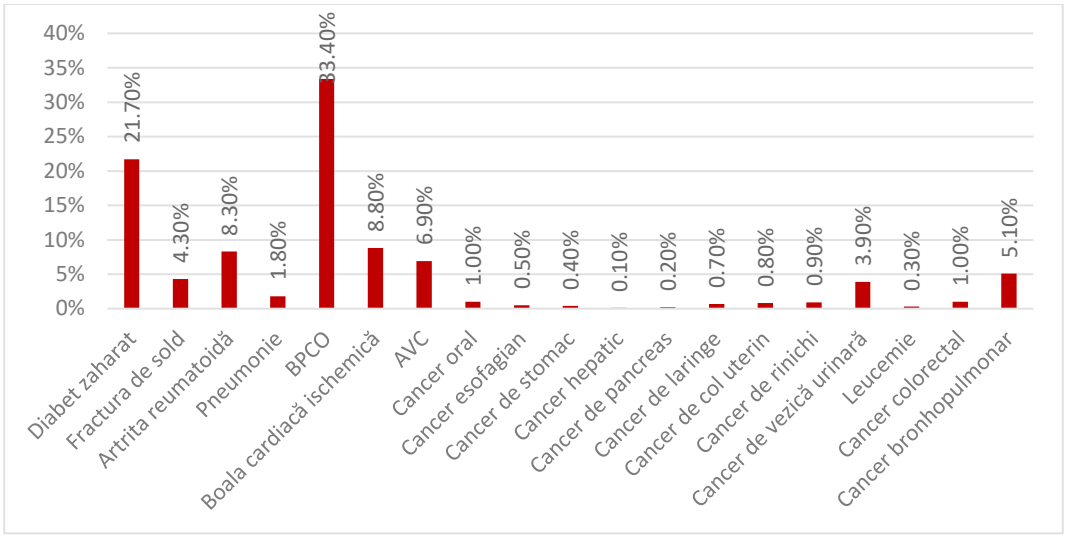


Figura III.15 Ponderea costurilor directe pentru sănătate asociate consumului de tutun, în funcție de afecțiunea cauzată de fumat[34]

Costurile atribuibile consumului de tutun în domeniul sănătății sunt heterogene între țări (Figura III.17). Aproximativ o treime din costurile pentru sănătate asociate consumului de tutun din UE este plătit de Germania, rezultat care se datorează unei combinații între prevalența ridicată a fumatului, nivelului ridicat al îngrijirilor medicale și costurilor indirecte în această țară. În cazul României, costurile pentru sănătate asociate consumului de tutun sunt estimate la aproximativ 1,1 miliarde EUR.

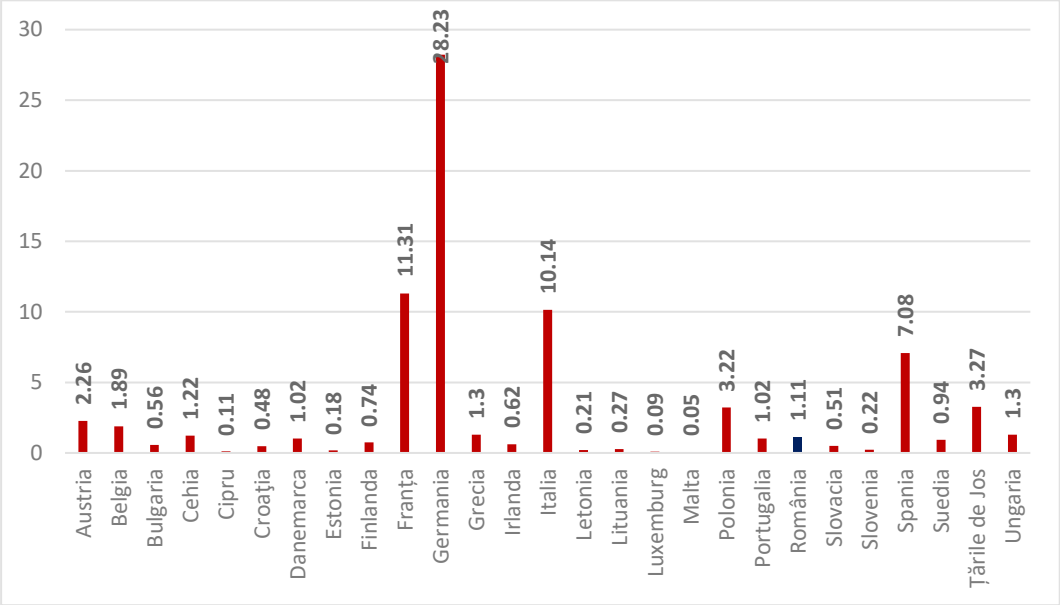


Figura III.16 Costurile pentru sănătate asociate consumului de tutun, pe țări (miliarde EUR)[34]

În ceea ce privește costul pe cap de locuitor (Figura III.18), media UE este egală cu 0,15 milioane EUR la 1.000 de locuitori. Germania are cel mai mare cost pe cap de locuitor (0,33 milioane EUR la 1 000 de locuitori), urmată de Austria (0,25 milioane EUR la 1 000 de locuitori). Cel mai mic cost pe cap de locuitor este înregistrat în România (0,06 milioane EUR la 1 000 de locuitori) și Polonia (0,087 milioane EUR la 1 000 de locuitori).

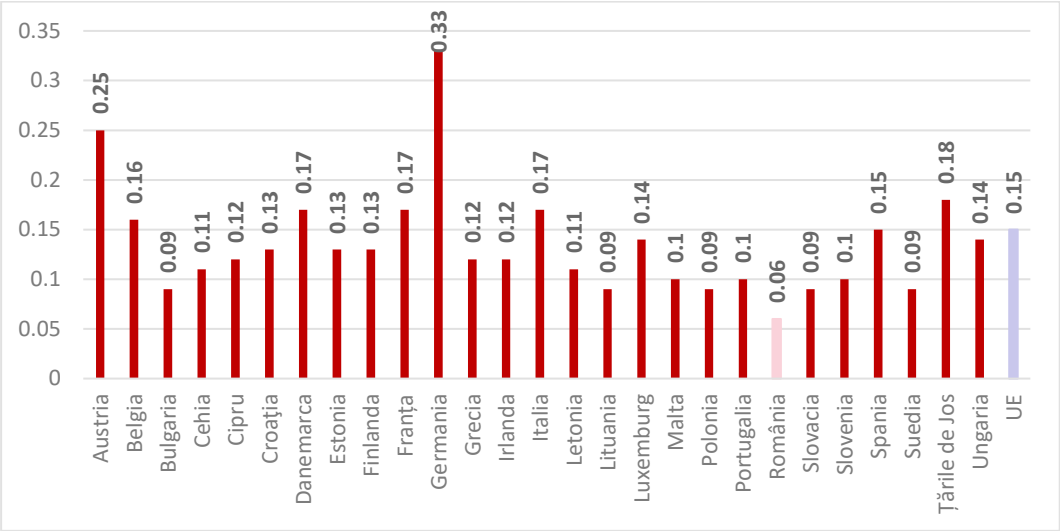


Figura III.17 Costurile pentru sănătate asociate consumului de tutun pe cap de locuitor, pe țări (milioane EUR la 1.000 de locuitori)[34]

Povara costurilor pentru sănătate asociate tutunului, ca procent din PIB (Figura III.19) este, în medie, de 0,47% pentru UE, variind între 0,11% (Luxemburg) și 0,68% (Germania). Ungaria și Croația urmează Germania în partea superioară a clasamentului, cu 0,66% și, respectiv, 0,63%. În cazul României, aceste costuri reprezintă aproximativ 0,34% din PIB, nivel inferior mediei UE și apropiat de valorile înregistrate în Slovenia și Portugalia.

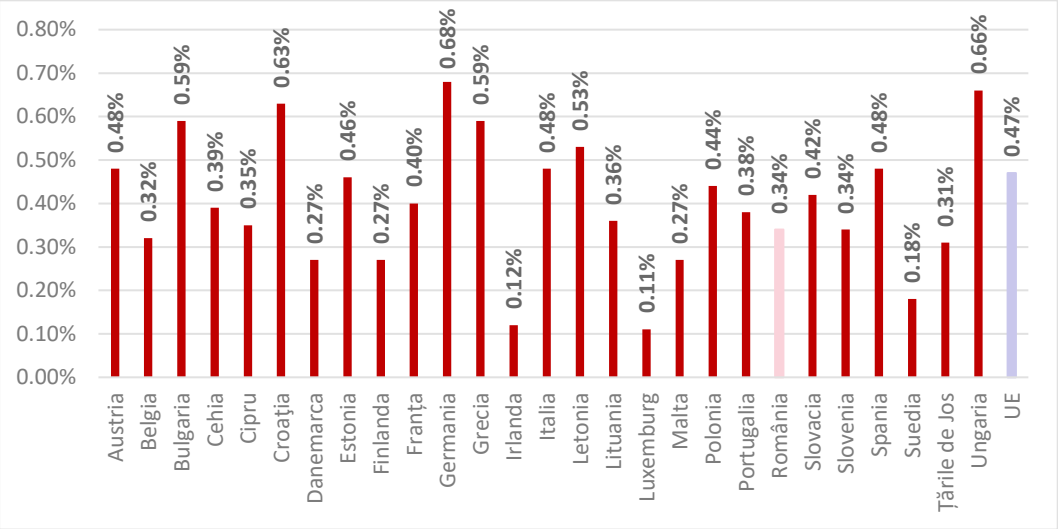


Figura III.18 Costurile pentru sănătate asociate consumului de tutun, ca procent din PIB, 2023[34]

Figura III.20 ilustrează ponderea costurilor directe asociate consumului de tutun în cheltuielile totale pentru sănătate, pe țări. La nivelul Uniunii Europene, aceste costuri reprezintă, în medie, 2,5% din totalul cheltuielilor pentru sănătate. Ponderea este deosebit de ridicată în Ungaria, unde ajunge la 5,7%, urmată de Croația și Bulgaria, ambele cu 4,4%. La polul opus, costurile directe asociate consumului de tutun dețin o pondere redusă în bugetul pentru sănătate din Suedia (0,8%), Irlanda (1,0%) și Luxemburg (1,1%). În România, costurile directe asociate consumului de tutun reprezintă aproximativ 3,2% din totalul cheltuielilor pentru sănătate, valoare situată peste media Uniunii Europene, de 2,5%. România se plasează astfel în jumătatea superioară a distribuției, la un nivel apropiat de Estonia și Slovacia, dar inferior celui înregistrat în Ungaria, Bulgaria sau Croația.

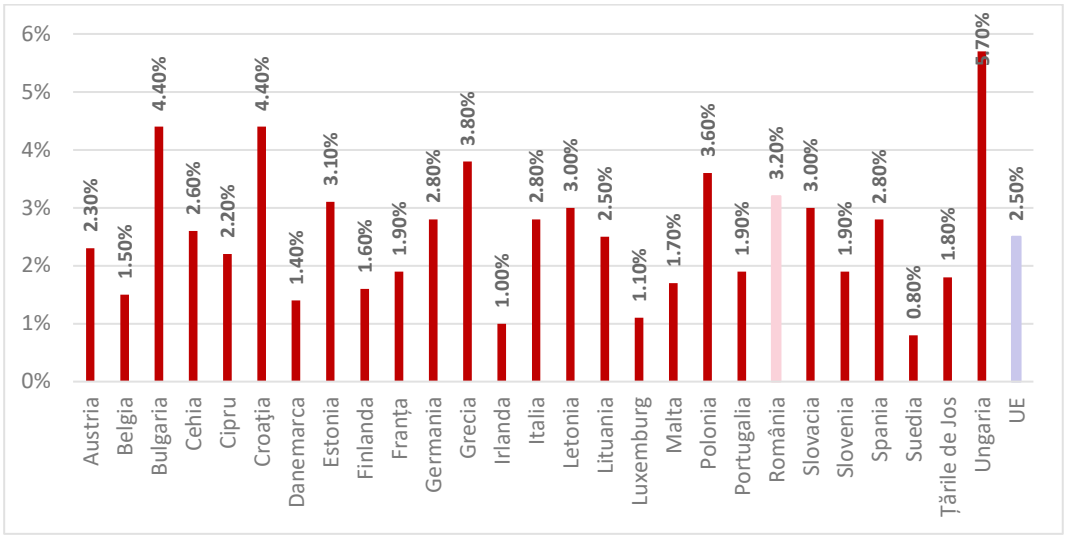


Figura III.19 Ponderea costurilor directe asociate consumului de tutun în cheltuielile totale pentru sănătate (%)[34]

Cap IV Evoluția formelor de consum de tutun. Politici publice privind controlul tutunului în România în comparație cu alte țări europene

Constatările celei mai recente evaluări a cadrului UE de control al tutunului[35] arată că normele UE privind controlul tutunului au contribuit la o scădere semnificativă a fumatului și a deceselor legate

de tutun în întreaga UE. În același timp, evaluarea evidențiază provocările din ce în ce mai mari legate de apariția rapidă a unor noi produse din tutun și nicotină, în special în rândul tinerilor.

Din 2012, ratele fumatului în UE au scăzut de la 28 % la 24 % din populație, cu un declin și mai accentuat în rândul tinerilor. De asemenea, decesele legate de tutun au scăzut substanțial, reflectând impactul pozitiv al unor norme mai stricte privind reglementarea produselor, interdicțiile de publicitate și avertismentele de sănătate. Armonizarea normelor la nivelul UE au îmbunătățit funcționarea pieței interne de consum de produse de tutun. Măsuri precum reglementarea și raportarea ingredientelor, cerințele de etichetare și ambalare, trasabilitatea și caracteristicile de securitate ale produselor din tutun, precum și normele transfrontaliere privind publicitatea și sponsorizarea au contribuit în mod semnificativ la buna funcționare a pieței interne și au sporit eficacitatea cadrului de control al tutunului.

Raportul identifică însă și deficiențe de legislație - Pe lângă riscurile continue pe care le prezintă produsele tradiționale din tutun, creșterea numărului de țigarete electronice, de produse din tutun încălzit și de pungi cu nicotină a introdus noi preocupări în materie de sănătate publică. Acestea reprezintă o amenințare deosebită pentru generațiile mai tinere, care sunt expuse riscului de dependență de nicotină și consecințelor pe termen lung asupra sănătății, nu în ultimul rând având în vedere caracteristicile atractive și promovarea online fermă a acestor produse[35].

Dovezile recente sugerează că popularitatea tot mai mare a produselor noi poate acționa ca o poartă către dependența de nicotină și, în unele cazuri, către fumatul tradițional, în special în rândul adolescenților, în ciuda faptului că consumul tradițional de tutun continuă să scadă.

Un aspect îngijorător rămâne caracterul evolutiv al publicității și al promovării. Deși publicitatea tradițională în mass-media a scăzut semnificativ din cauza restricțiilor UE, promovarea digitală, în special prin caracterul disimulat al acesteia, rămâne o provocare majoră în special pentru produsele noi[35].

În perioada 2019–2024, consumul de tutun sub diferitele sale forme a cunoscut evoluții distincte. Tendințele generale în România reflectă în linii mari pe cele europene – o ușoară scădere a fumatului clasic, concomitent cu apariția și creșterea utilizării noilor produse (țigări electronice, dispozitive de încălzire a tutunului), mai ales în rândul tinerilor.

Conform raportului privind *Epidemia globală de tutun, 2025[36]*, făcut public la Conferința Mondială pentru Controlul Tutunului de la Dublin 2025, OMS avertizând că încă sunt necesare acțiuni susținute pentru a menține și accelera progresul în controlul tutunului, pe măsură ce interferența tot mai mare a industriei provoacă politicile și eforturile de control al tutunului.[37]

Raportul[36] se concentrează pe cele șase măsuri dovedite de control al tutunului MPOWER pentru a reduce consumul de tutun, care provoacă peste 7 milioane de vieți pe an:

- **M (monitoring)** - monitorizarea consumului de tutun și politici de prevenire;
- **P (protect)** - protejarea oamenilor de fumul de tutun cu o legislație privind aerul fără fum;
- **O (offer)** - oferirea de suport pentru renunțarea la consumul de tutun;
- **W (warn)** - avertizarea cu privire la pericolele tutunului (etichetele ambalajelor și prin intermediul mass-media);
- **E (enforce)** - aplicarea interdicțiilor privind publicitatea, promovarea și sponsorizarea produselor de tutun; și
- **R (raise)** - creșterea taxelor pentru produsele de tutun.

Din 2007, 155 de țări au implementat cel puțin una dintre măsurile de control al tutunului MPOWER ale OMS pentru a reduce consumul de tutun la nivelul celor mai bune practici. Astfel, la acest moment peste 6,1 miliarde de oameni (trei sferturi din populație la nivel mondial), sunt protejați de cel puțin o astfel de politică, comparativ cu doar 1 miliard în 2007.

Patru țări au implementat pachetul complet MPOWER: Brazilia, Mauritius, Țările de Jos și Turcia. Șapte țări sunt la doar o măsură distanță de a realiza implementarea completă a pachetului MPOWER, ceea ce înseamnă cel mai înalt nivel de control al tutunului, inclusiv Etiopia, Irlanda, Iordania, Mexic, Noua Zeelandă, Slovenia și Spania. Cu toate acestea, există încă lacune majore, patruzeci de țări încă nu au nicio măsură MPOWER la nivel de bune practici și peste 30 de țări permit vânzarea de țigări fără avertismente obligatorii de sănătate.

Raportul OMS privind epidemia globală de tutun 2025 arată că cel mai mare impact l-au avut avertismentele sub formă grafică referitoare la efectele consumului de tutun asupra sănătății, una dintre măsurile cheie din cadrul Convenției-cadru a OMS pentru controlul tutunului (CCCT), care fac ca daunele tutunului să fie imposibil de ignorat:

- 110 țări le impun acum producătorilor – față de doar 9 țări în 2007 – protejând 62% din populația globală; iar
- 25 de țări au adoptat ambalajul neutru.

OMS avertizează, însă, că aplicarea legii este inconsecventă, iar ambalajele de tutun fără fum rămân slab reglementate.

Noul raport pune la dispoziție un nou portal de date care urmărește progresul pentru fiecare țară în parte în perioada 2007-2025.

În ciuda eficacității lor, 110 țări nu au mai desfășurat campanii anti-tutun din 2022. Cu toate acestea, 36% din populația globală trăiește acum în țări care au desfășurat campanii de bune practici, în creștere de la doar 19% în 2022.

Taxele, serviciile de asistare la renunțare și interdicțiile de publicitate s-au extins, dar încă sunt necesare multe îmbunătățiri:

- impozitare: 134 de țări nu au reușit să facă țigările mai puțin accesibile. Din 2022, doar 3 au crescut taxele la nivelul celor mai bune practici.
- renunțarea la fumat: doar 33% dintre oameni la nivel global au acces la servicii de renunțare acoperite la costuri.
- interdicții de publicitate: interdicțiile de bune practici există în 68 de țări, acoperind peste 25% din populația globală.

Aproximativ 1,3 milioane de oameni mor din cauza fumatului pasiv în fiecare an. 79 de țări au implementat medii complete fără fum, acoperind o treime din populația lumii. Din 2022, alte șase țări (Insulele Cook, Indonezia, Malaezia, Sierra Leone, Slovenia și Uzbekistan) au adoptat legi stricte antifumat, în ciuda rezistenței industriei, în special în locurile publice.

Dependența reinventată: ascensiunea noilor produse cu nicotină

În 2026, atenția OMS s-a concentrat asupra noilor produse cu nicotină, în special a nicotinei sintetice și a analogilor acesteia, considerate o provocare emergentă pentru sănătatea publică din cauza potențialului lor adictiv și a atractivității crescute în rândul tinerilor. Nicotina sintetică

reprezintă o formă de nicotină obținută prin procese chimice de laborator, fără a fi extrasă din planta de tutun. Deși structura sa chimică este similară nicotinei derivate din tutun, aceasta poate produce efecte biologice comparabile, activând receptorii nicotinici din sistemul nervos central și generând dependență. OMS subliniază necesitatea actualizării legislației pentru a reglementa toate produsele care induc dependență de nicotină, indiferent de sursa acesteia.

A existat o tendință în creștere de a reglementa utilizarea țigărilor electronice sau ENDS (Electronic Nicotine Delivery Systems). Numărul țărilor care reglementează sau interzic utilizarea ENDS a crescut de la 122 în 2022 la 133 în 2024, un semnal clar al atenției sporite acordate acestor produse. Cu toate acestea, peste 60 de țări încă nu au reglementări privind ENDS.[37]

Cel mai recent raport privind epidemia globală de tutun [38] – *Profilul de țară MPOWER România, din 4 decembrie 2025: Rezumatul măsurilor MPOWER din România* - evidențiază că România se confruntă în continuare cu o povară ridicată a consumului de tutun, în ciuda existenței unui cadru legislativ relativ bine dezvoltat. Prevalența fumatului rămâne una dintre cele mai ridicate din regiune, cu aproximativ 30% dintre persoanele de 15 ani și peste care consumă tutun, inclusiv 38,8% dintre bărbați și 21,3% dintre femei, conform estimărilor standardizate OMS.

Din perspectiva politicilor publice, România înregistrează progrese semnificative în implementarea măsurilor de reglementare. Este reglementată legislație privind mediile fără fum în toate spațiile publice majore (instituții sanitare, educaționale, locuri de muncă, restaurante, baruri și transport public), cu un sistem de sancțiuni aplicabil atât fumătorilor, cât și unităților. Totodată, legislația privind publicitatea produselor din tutun este extinsă, incluzând interdicții pentru TV, radio, internet și publicitate outdoor, precum și restricții asupra formelor indirecte de promovare.

În domeniul informării populației, România aplică măsuri solide privind ambalarea produselor din tutun. Legea impune avertismente de sănătate vizibile pe 65% din suprafața pachetelor, inclusiv imagini grafice și mesaje explicite privind efectele nocive ale fumatului. Aceste măsuri sunt aliniate standardelor internaționale și reprezintă unul dintre punctele forte ale politicii naționale[38].

Cu toate acestea, raportul evidențiază și deficiențe importante în implementarea politicilor de prevenție. În perioada 2022–2024 nu a fost derulată o campanie națională media anti-tutun consistentă, iar România nu dispune de o structură națională specializată dedicată exclusiv controlului tutunului. Activitățile de prevenție și educație pentru sănătate sunt astfel limitate și insuficient susținute la nivel populațional.

Referitor la componenta economică, taxarea produselor din tutun este moderată, cu taxe totale de aproximativ 66,5% din prețul de retail al țigărilor. Cu toate acestea, raportul arată că țigările nu au devenit mai puțin accesibile între 2014 și 2024, ceea ce indică o eficiență limitată a politicilor fiscale în reducerea consumului.

În ceea ce privește sprijinul pentru renunțare, România dispune de servicii de bază (linii telefonice de consiliere, terapii de substituție nicotinică și tratamente medicamentoase), însă acestea sunt acoperite doar parțial de sistemul de sănătate și nu sunt uniform accesibile în toate regiunile. Accesul la servicii rămâne astfel inegal, în special în mediul comunitar și în unitățile sanitare primare.

Concluziile raportului indică faptul că România are un cadru legislativ relativ bine dezvoltat în domeniile de reglementare, însă rămâne în urmă la capitolele de prevenție activă, campanii publice, guvernanță instituțională dedicată și reducerea accesibilității economice a produselor din tutun.

Aceste dezechilibre contribuie la menținerea unei prevalențe ridicate a fumatului în populație, comparativ cu media europeană.

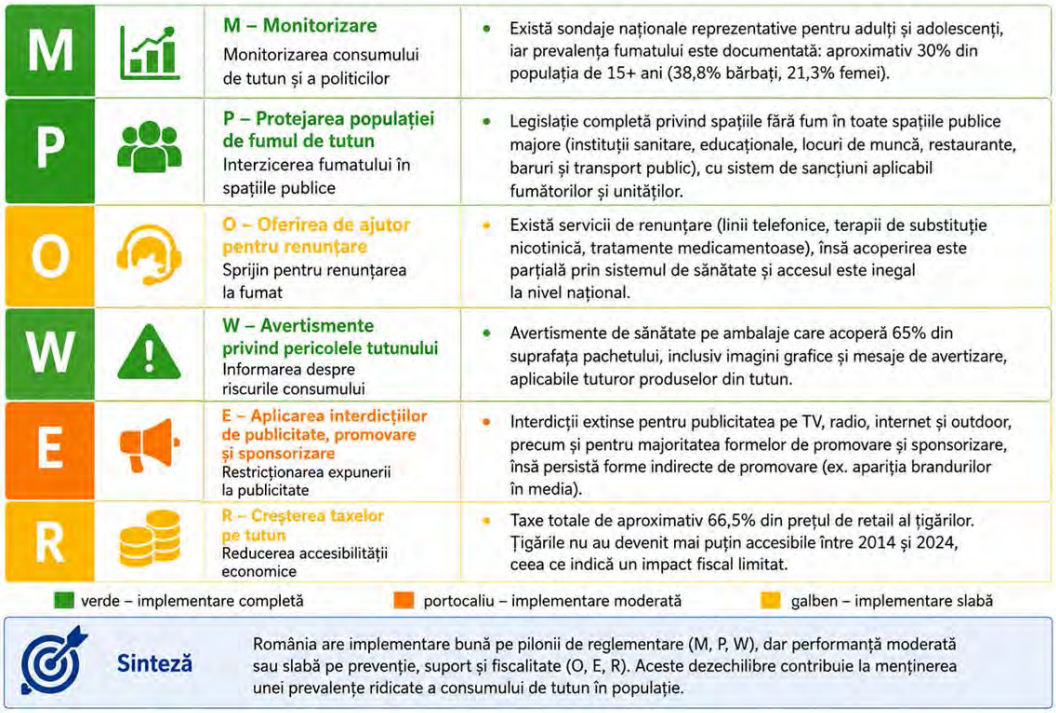


Figura IV.1 Constatări cheie ale raportului Profilul de țară MPOWER România, 2025: Rezumatul măsurilor MPOWER din România [38]

Măsuri pentru controlul tutunului adoptate în România (2019–2026)

România a implementat o serie de măsuri de control al consumului de tutun în ultimul deceniu (inclusiv interzicerea consumului de tutun în spațiile publice, etichete de avertizare ilustrate, interzicerea publicității și asistență pentru renunțarea la fumat).

Legislația privind tutunul a fost modificată recent pentru a transpune Directiva delegată (UE) 2022/2100 a Comisiei în ceea ce privește retragerea anumitor exceptări care vizează produsele din tutun încălzit, abordând comercializarea, vânzarea și ambalarea produselor din tutun, a țigaretelor electronice, a produselor din tutun încălzit și a produselor conexe. Legislația actualizată definește noile produse nereglementate anterior, cum ar fi „produs pentru inhalarea fără fum a înlocuitorilor de tutun”, „pungă cu nicotină pentru uz oral” și „dispozitiv electronic pentru încălzirea produselor pentru inhalare fără fum a înlocuitorilor de tutun” și interzice în mod specific vânzarea către copii cu vârsta mai mică de 18 ani, cu sancțiuni variind de la amenzi până la închiderea activității pentru nerespectarea obligațiilor legale. Aceasta conține, de asemenea, dispoziții privind publicitatea și vânzarea tutunului, a produselor din tutun și a dispozitivelor electronice în cadrul și în afara unităților de învățământ și impune instituțiilor de învățământ obligația de a elabora regulamente interne în vederea adoptării și respectării legii.[4]

În cadrul Scalei de control a tutunului, 2021, România s-a clasat pe locul al 8-lea din 37 de țări europene cu un scor de 61 de puncte din 100 posibile. Aceasta reprezintă o îmbunătățire a poziționării în clasament de la locul 12 în 2019 și a fost unul dintre cele mai bune rezultate în rândul țărilor din Europa Centrală[39]. Însă în cel mai recent raport al Scalei de control a tutunului, 2025,[40] publicat în 20 mai 2026, România înregistrează o scădere semnificativă a scorului față de ediția anterioară (cu aproximativ 25 puncte), situându-se într-o zonă inferioară a clasamentului european, deteriorare asociată în principal cu:

Constatări cheie – Tobacco Control Scale 2025 Europa

Poziționare generală România:

scădere semnificativă a scorului (cu 25 puncte față de 2021),

zona inferioară a clasamentului european privind implementarea politicilor de control al tutunului.

Factori principali ai scăderii:

Reglementare insuficientă a produselor din tutun încălzit

Lipsa ajustării fiscale la inflație

Deficiențe în controlul publicității și promovării indirecte

- reglementarea insuficientă a produselor din tutun încălzit,
- întârzieri în actualizarea politicilor fiscale în raport cu inflația,
- și implementarea mai slabă a unor măsuri de control al publicității și accesibilității produselor din tutun.

Același raport evidențiază că pentru prima dată 25 de țări dintre cele 37 evaluate au avut un scor mai mic în anul 2025 decât în 2021, fapt ce se datorează în principal la două motive: în mai multe țări produsele din tutun încălzit nu erau la fel de bine reglementate ca și țigările, iar în al doilea rând prețului țigărilor care nu era în mare parte adaptat la inflație. România (-25), Italia (-15), Grecia (-10) și Cehia (-9) au înregistrat cele mai semnificative scăderi ale scorului. Scăderile din România, Italia și Cehia se datorează în principal excluderii produselor din tutun încălzit din reglementările referitoare la restricționare și/sau publicitate.

În plus, în România, Programul național privind controlul tutunului (Programul Național „Stop Fumat"), finanțat și coordonat de Ministerul Sănătății, are sincope în furnizarea de medicamente pentru renunțarea la fumat și oferă doar consiliere psihologică la cerere. Prevenirea adoptării obiceiului de a fuma și intervențiile de scurtă durată pentru renunțarea la fumat sunt incluse în pachetul de servicii care urmează să fie furnizate în cadrul asistenței medicale primare, însă sunt necesare servicii specializate pentru renunțarea la fumat, care să ofere consiliere psihologică, terapie de substituție a nicotinei și medicamente prescrise. În plus, campaniile de educație pentru sănătate care vizează în principal minorii sunt organizate în mod inconsecvent și oportunist.[4]

Câteva dintre prevederile legislative importante sunt enumerate succint

- ***Ordonanța Guvernului nr. 16/2022*** - a introdus un calendar multianual de accizare pentru lichidele care conțin nicotină și pentru tutunul conținut în produsele din tutun încălzit. Măsura a reprezentat o schimbare de politică - fiscalitatea nu a mai vizat exclusiv țigaretele și produsele tradiționale, ci a început să includă explicit produse emergente

- ***Ordonanța Guvernului nr. 23/2023*** - a transpus Directiva delegată (UE) 2022/2100 și a introdus în legislația română definiția produsului din tutun încălzit. Prin retragerea anumitor exceptări, produsele din tutun încălzit pentru fumat au fost supuse interdicției aromelor caracteristice și cerințelor de etichetare aplicabile produselor din tutun pentru fumat.
- ***Legea nr. 296/2023*** a extins accizarea de la lichidele cu nicotină la lichidele cu sau fără nicotină și a inclus produse destinate inhalării fără ardere care conțin înlocuitori de tutun, cu sau fără nicotină.
- ***OUG nr. 43/2024*** a adăugat reguli tehnice pentru determinarea cantității accizabile în cazul unor produse cu substrat solid care conține nicotină. În 2026, Hotărârea Guvernului nr. 39/2026 a clarificat modul de calcul pentru produsele pe bază de înlocuitori de tutun încadrate la anumite coduri tarifare.

Prevederile ***Legii nr. 64/2024 pentru modificarea şi completarea unor acte normative din domeniul produselor din tutun (în vigoare de la 31 martie 2024)***, coroborate cu cele ale ***Legii nr. 232/2024 pentru modificarea Legii nr. 148/2000 privind publicitatea şi a art. 29 din Legea audiovizualului nr. 504/2002 (în vigoare de la 25 iulie 2024)*** extind interdicțiile de publicitate aplicabile produselor clasice de tutun și consolidează cadrul legislativ național privind controlul noilor produse cu nicotină, prin menținerea interdicției de vânzare către persoane sub 18 ani și extinderea acesteia asupra țigaretelor electronice (inclusiv de tip vape), produselor din tutun încălzit și pliculețelor cu nicotină pentru uz oral (pouch-uri). De asemenea, sunt întărite dispozițiile privind comercializarea, verificarea vârstei, precum și restricțiile de publicitate și promovare, inclusiv în proximitatea unităților de învățământ și în mediul audiovizual.

Legea nr. 90/2026 privind aprobarea Ordonanţei Guvernului nr. 23/2023 pentru modificarea şi completarea Legii nr. 201/2016 privind stabilirea condiţiilor pentru fabricarea, prezentarea şi vânzarea produselor din tutun şi a produselor conexe şi de modificare a Legii nr. 349/2002 pentru prevenirea şi combaterea efectelor consumului produselor din tutun, (în vigoare de la 12 iunie 2026), actualizează cadrul legislativ privind produsele din tutun și produsele conexe, cu accent pe adaptarea reglementărilor la noile produse cu nicotină.

Reglementări recente în România

● Legea 64/2024 şi Legea 232/2024:

⃠ extind interdicţiile de publicitate şi promovare şi asupra produselor emergente,

🛒 protecţia minorilor - menţinerea interdicţiei de vânzare către persoane sub 18 ani şi extinderea acesteia asupra ţigaretelor electronice (inclusiv de tip vape), produselor din tutun încălzit şi pliculeţelor cu nicotină pentru uz oral (pouch-uri).

● Legea nr. 90/2026:

🏭 extinderea definiţiilor legale pentru a include ţigaretele electronice, produsele din tutun încălzit, dispozitivele electronice de livrare a nicotinei şi pliculeţele cu nicotină pentru uz oral

Principalele noutăți constau în extinderea definițiilor legale pentru a include țigaretele electronice, produsele din tutun încălzit, dispozitivele electronice de livrare a nicotinei și pliculețele cu nicotină pentru uz oral. Prin această modificare, legislația românească recunoaște explicit noile forme de consum care nu implică arderea tutunului, dar care pot induce dependență de nicotină.

Figura IV.2 Piloni legislativi fundamentali în România

Cap V Identificarea și analiza suplimentară a grupurilor țintă în România

V.1.Consumul de produse de tutun la populația 15 -24 de ani

Consumul de produse de tutun convenționale la populația 15-24 de ani – EHIS 2019

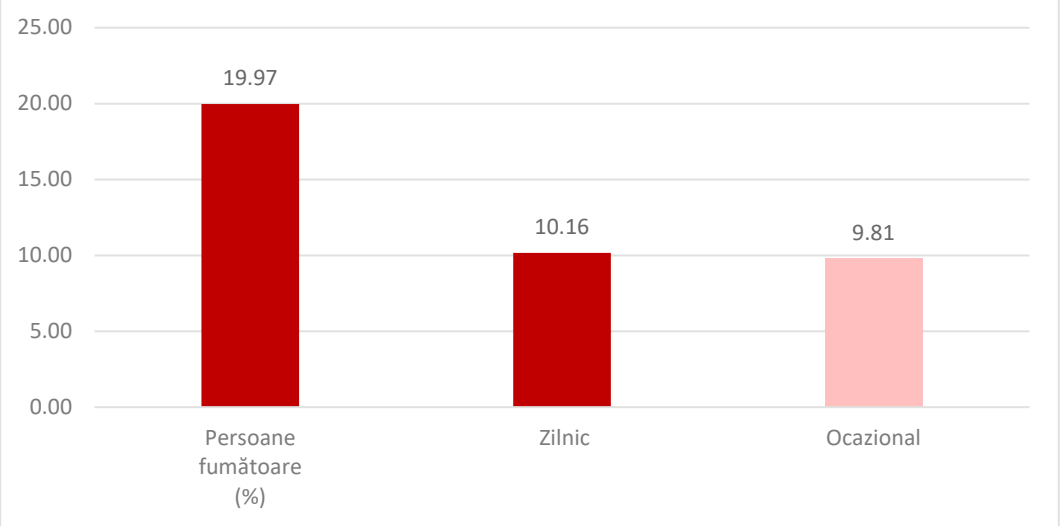


Figura V.1 Frecvența consumului de tutun, zilnic și ocazional la populația rezidentă de 15 – 24 ani din Rom#nia, Sursa: EHIS 2019[3]

Conform Anchetei asupra sănătății realizată prin interviu (SANPOP) în anul 2019, care reprezintă implementarea în sistemul statistic românesc a celei de a treia Anchete Europene de Sănătate prin Interviu (EHIS), aproape 1/5 din populația rezidentă de 15 - 24 ani fumează, 10% din aceasta fiind fumători zilnici (Figura V.1).

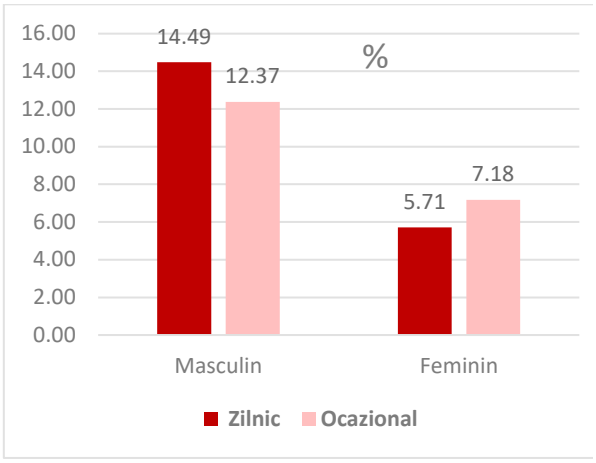


Figura V.2 Frecvența consumului de tutun, zilnic și ocazional la populația rezidentă de 15-24 de ani din România, pe genuri; Sursa: EHIS 2019[3]

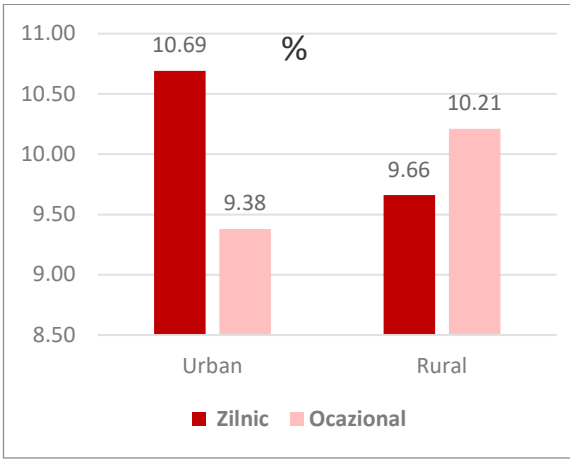


Figura V.3 Frecvența consumului de tutun, zilnic și ocazional la populația rezidentă 15-24 de ani din România, pe medii de rezidență; Sursa: EHIS 2019[3]

La grupa de vârstă 15-24 de ani, ponderea fumătorilor zilnici de sex masculin este de 14,49%, cu aproximativ 2 puncte procentuale mai mult decât ponderea populației feminine care fumează zilnic (Figura V.2). Pe medii de rezidență, se constată că 10,69% dintre persoanele din mediul urban fumează zilnic, cu 2,7 puncte procentuale mai mult decât în rural (9,38%) (Figura V.3).

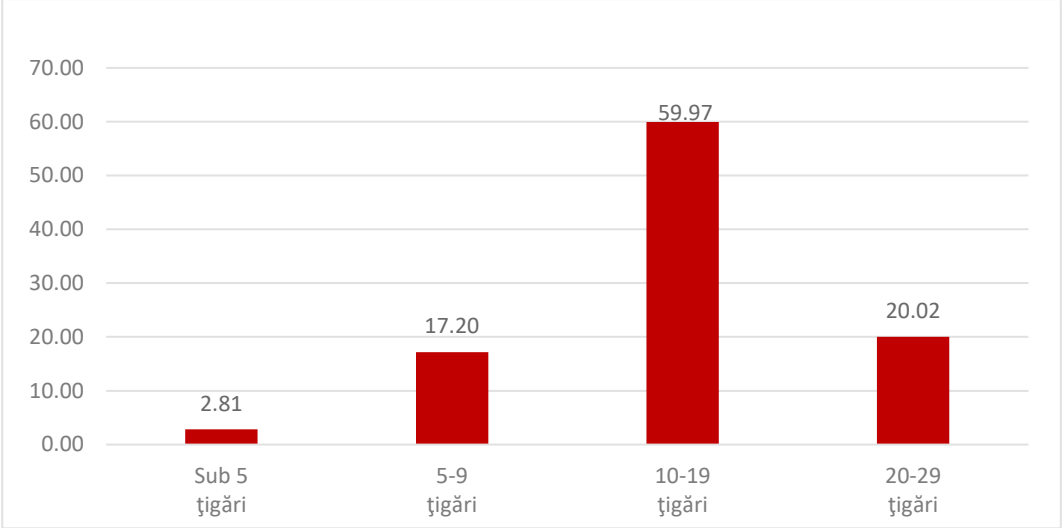


Figura V.4 Frecvența consumului de tutun zilnic la populația rezidentă de 15-24 de ani, în funcție de numărul de țigări fumate și grupe de vârstă, Sursa: EHIS 2019[3]

60% dintre fumătorii zilnici din grupa de vârstă 15-24 de ani fumează între 10 și 19 țigări pe zi, iar 20% consumă între 20 și 29 de țigări zilnic (Figura V.4).

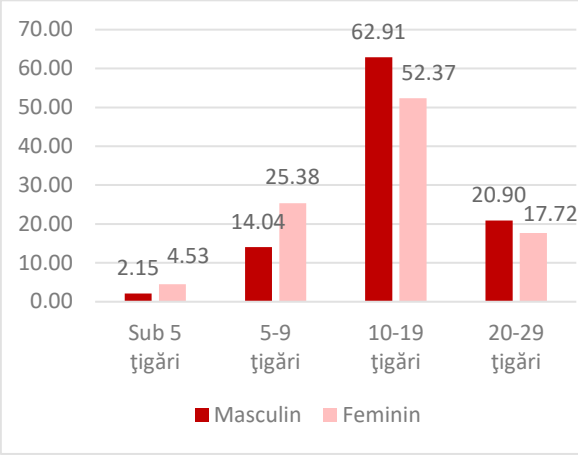


Figura V.5 Frecvența consumului de tutun zilnic la populația rezidentă de 15-24 de ani, în funcție de numărul de țigări fumate și gen, Sursa: EHIS 2019[3]

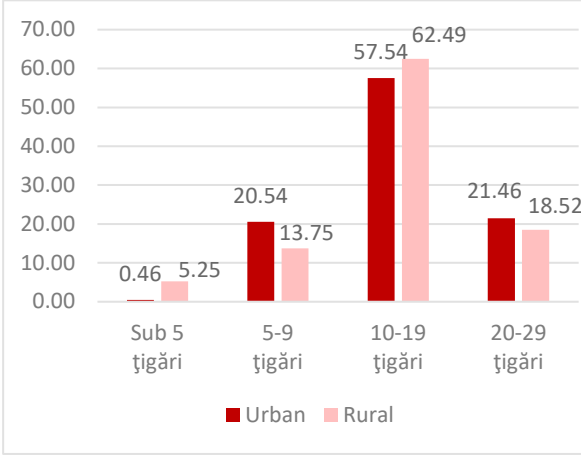


Figura V.6 Frecvența consumului de tutun zilnic la populația rezidentă de 15-24 de ani, în funcție de numărul de țigări fumate și mediul de rezidență, Sursa: EHIS 2019[3]

În ceea ce privește numărul de țigări fumate zilnic se observă că ponderea cea mai mare se înregistrează pentru 10-19 țigări/zi pentru ambele genuri (70% la bărbați și 52% la femei). 21%% dintre bărbați și 18% dintre femei fumează zilnic mai mult de 20 de țigări/zi, însă nu depășesc 30 de țigări/zi la această grupă de vârstă (Figura V.5).

În funcție de mediul de rezidență, frecvența cea mai mare a fumatului zilnic se înregistrează pentru 10-19 țigări/zi, fiind cu aproximativ 4 puncte procentuale mai mare în rural decât în urban (62% vs 58%). În mediul urban se înregistrează valori mai mari decât în rural pentru fumatul a 20-29 țigări/zi (21% vs 18%) și a 5-9 țigări/zi (21%, respectiv 14%)(Figura V.6).

Consumul de produse alternative de tutun (țigări electronice, HTP) la populația 15 - 24 de ani - EHIS 2019

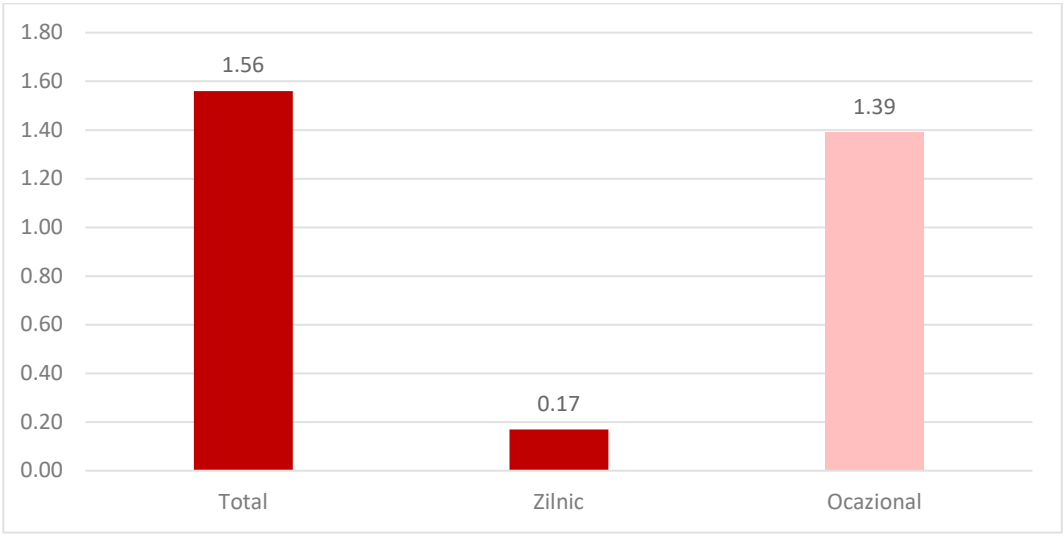


Figura V.7 frecvența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația din grupa de vârstă 15-24 de ani, Sursa : EHIS 2019[3]

Un procent de 1,56% din populația rezidentă de 15 - 24 ani utiliza țigări electronice sau dispozitive electronice similare, dintre aceștia fiind utilizatori zilnici un procent de 0,17%(Figura V.7).

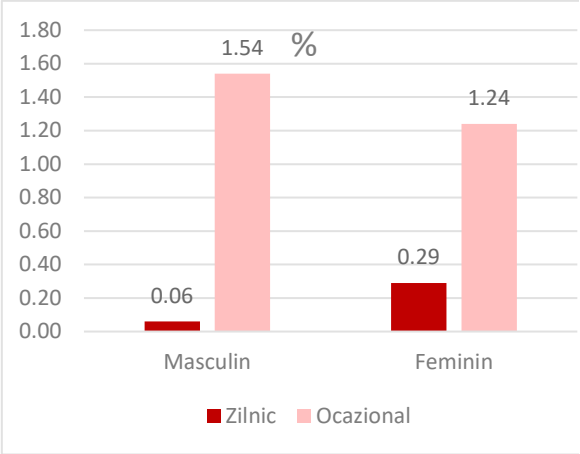


Figura V.8 Frecvența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația din grupa de vârstă 15-24 de ani, pe sexe, Sursa: EHIS 2019[3]

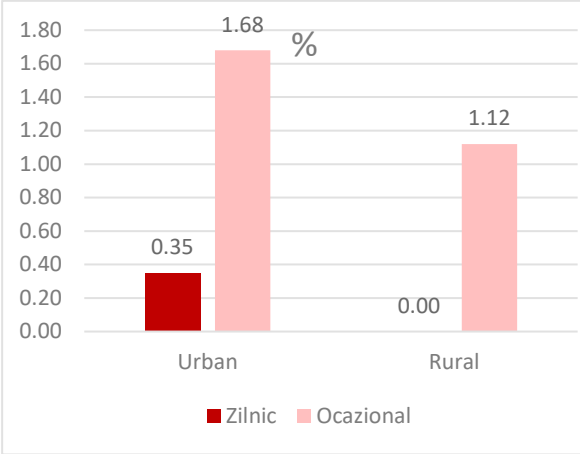


Figura V.9 frecvența utilizării zilnice și ocazionale de țigări electronice sau dispozitive electronice similare la populația din grupa de vârstă 15-24 de ani, pe medii de rezidență, Sursa: EHIS 2019[3]

La grupa de vârstă 15-24 de ani, ponderea utilizatorilor de țigări electronice sau dispozitive electronice de genul masculin este mai mare decât la genul feminin pentru utilizarea ocazională a acestor dispozitive (1,54%, respectiv 1,24%) și mult mai mică în cazul utilizării zilnice (0,06% la bărbați față de 0,29% la femei)(Figura V.8).

În funcție de mediul de rezidență, la grupa de vârstă 15-24 de ani, frecvența utilizării de țigări electronice este mai mare în urban atât pentru utilizarea zilnică, cât și pentru cea ocazională (1,68% vs 1,12%)(Figura V.9).

V.2.Consumul de produse de tutun la adolescenții 14-18 ani, YRBSS 2022/2023

Inițierea precoce a fumatului, în perioada copilăriei și adolescenței, constituie un factor de risc major, cu efecte negative atât imediate, cât și pe termen lung asupra sănătății. Acest comportament crește semnificativ probabilitatea de apariție a unor afecțiuni grave, precum bolile cardiovasculare, afecțiunile respiratorii și diferite forme de cancer.

Au fost prezentate în capitolul I, rezultatele **studiului Health Behaviour in School-age Children 2021/2022 (HBSC 2021/2022**), care analizează consumul de substanțe în rândul copiilor și adolescenților cu vârste de **11, 13 și 15 ani** în țările UE și în alte câteva țări și respectiv ale **studiului European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs 2024 (ESPAD),** care colectează date privind comportamentele la risc pentru sănătate de la adolescenții din grupa de **vârstă 15-16 ani**.

Un alt studiu de relevant la nivel național este ***Studiul privind comportamentele la risc în rândul adolescenților*** - ***YRBSS (Youth Risk Behavior Surveillance System)[41,42],*** derulat în România în anul școlar 2022-2023 ca metodă de a evalua și monitoriza comportamentele cu risc pentru sănătate la elevii de liceu, 14 -18 ani și peste. Instrumentul utilizat în cercetare a fost elaborat de CDC, dar a fost adaptat particularităţilor socio-economice şi cultural-educative din România. YRBSS 2022-2023 s-a desfășurat pe

un lot semnificativ de 22039 elevi din clasele IX - XII/XIII, dintre care 52,1% au fost fete (11481) şi 45,7% băieţi (10079).

Concluziile studiului sunt relevante pentru populația țintă. 2,4% dintre respondenți au încercat să fumeze prima țigară la vârsta de 8 ani sau înainte de vârsta de 8 ani, 3,2 % între 9 și 10 ani, 9,7% între 11 și 12 ani. Cea mai mare frecvență raportată a momentului încercării primei țigări a fost pentru grupele de vârstă 13-14 ani (25%) și 15-16 ani (29%).

Consumul experimental de țigări la adolescenți 14-18 ani, YRBSS 2022/2023

- *Consumul experimental de ţigări la elevii cu vârsta cuprinsă între 14 şi 18 ani sau mai mult (YRBSS 2022-2023)*

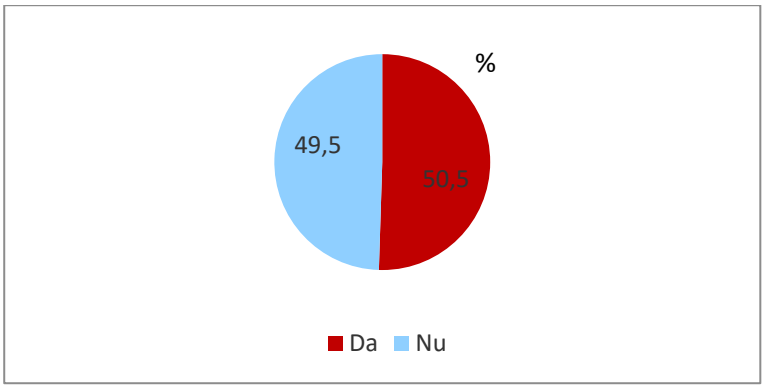


Figura V.10 Consumul experimental de ţigări la lotul de elevi 14-18 ani şi peste investigaţi (N=22039), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Mai mult de jumătate dintre elevii investigați (cu vârsta cuprinsă între 14 şi 18 ani sau mai mult), respectiv 49.5%, au raportat că au încercat vreodată să fumeze ţigări, chiar şi unul sau două fumuri (Figura V.14).

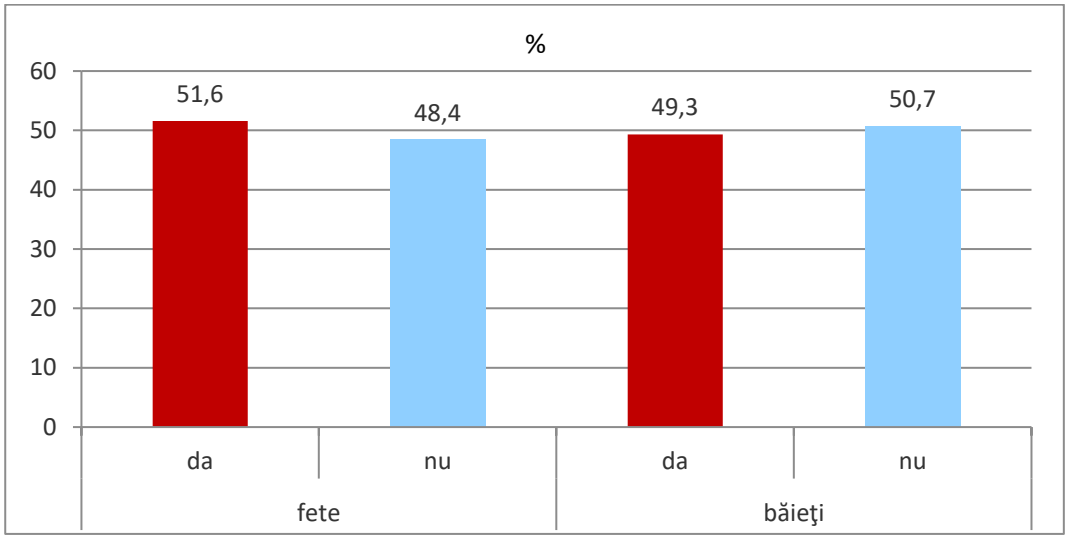


Figura V.11 Consumul experimental de ţigări la elevi cu vârsta cuprinsă între 14 şi 18 ani sau mai mult, pe sexe, (N=22039), Sursa: YRBSS (2022-2023)

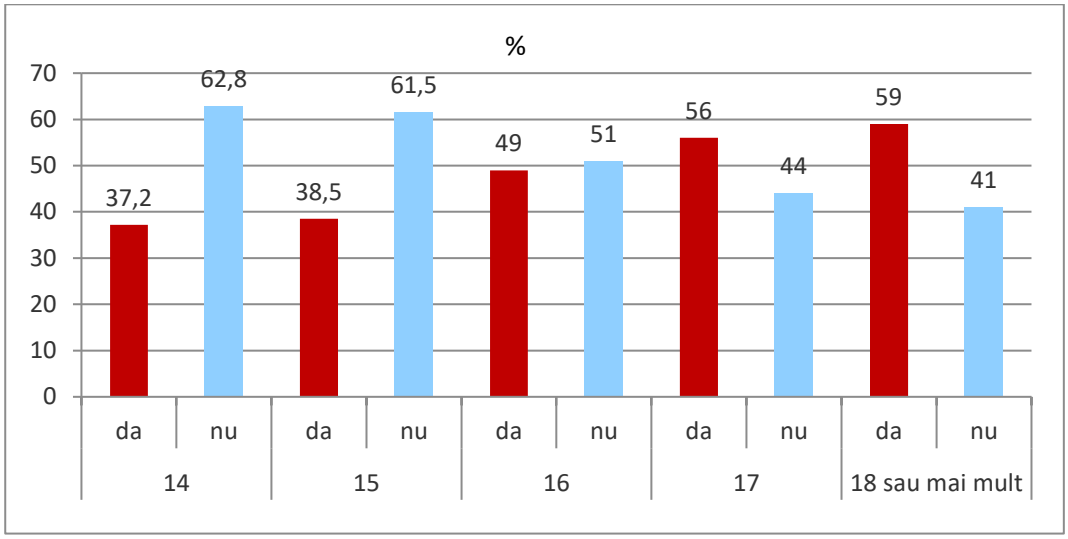


Figura V.12 Consumul experimental de ţigări la elevi cu vârsta cuprinsă între 14 şi 18 ani sau mai mult (N=22039), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Experimentarea fumatului diferă semnificativ în funcție de gen și crește pe măsura înaintării în vârstă. Astfel se constată că 51,6% fete au raportat că au încercat să fumeze ţigări vreodată, chiar şi unul sau două fumuri, versus 49,3% băieți (Figura V.15 și Figura V.16).

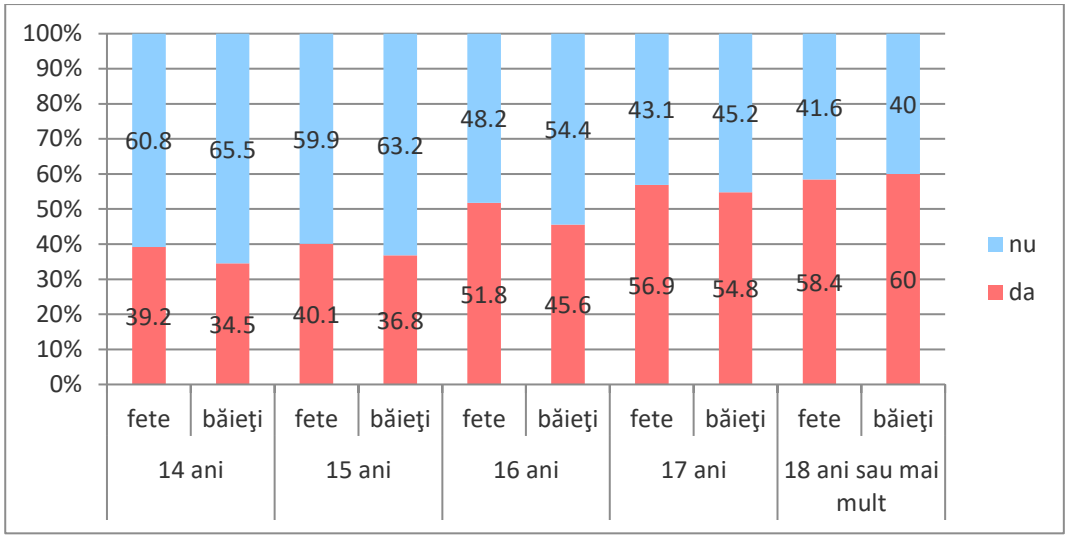


Figura V.13 Consumul experimental de ţigări la fete şi băieţi cu vârsta cuprinsă între 14 şi 18 ani sau mai mult (N=21560), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Proporţia fetelor care au experimentat pe parcursul vieţii fumatul este uşor mai crescută la vârstele cuprinse între 14-17 ani decât la băieţi, iar la 18 ani sau mai mult, proporţia băieţilor este puţin mai mare decât cea a fetelor (Figura V.17).

Procentul elevilor care nu au fumat niciodată o ţigară întreagă (dintre elevii care au încercat să fumeze ţigări, vreodată, chiar și numai unul sau două fumuri) este de 20,9%.

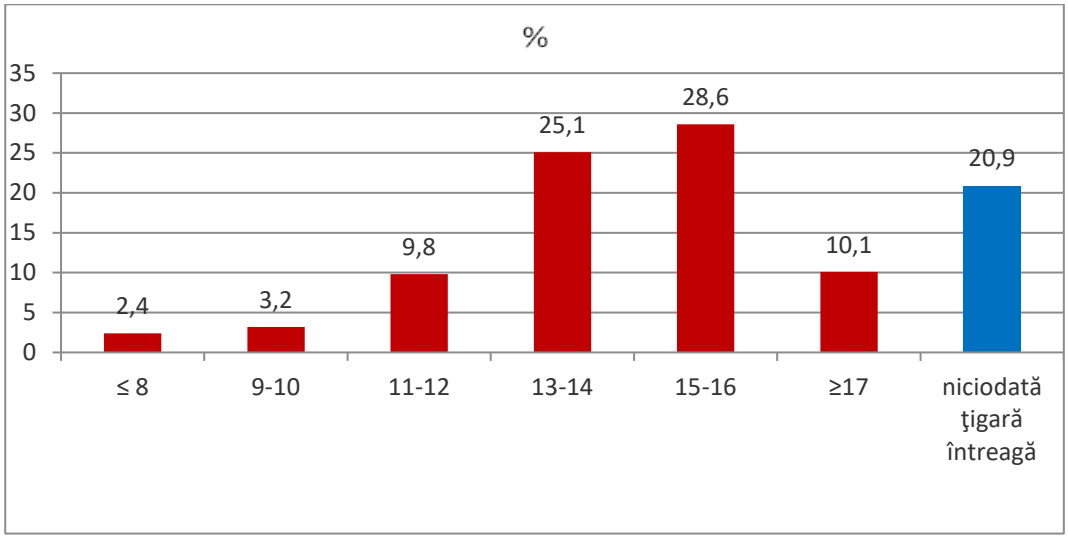


Figura V.14 Distribuția procentuală a respondenților care au experimentat fumatul, în funcție de vârsta debutului fumatului unei țigări întregi, Sursa: YRBSS (2022-2023)

Din numărul de elevi care au experimentat fumatul (N=11133), puțin peste 20% nu au fumat niciodată o ţigară întreagă, iar 5,6% au raportat că au fumat pentru prima dată o ţigară întreagă înainte de vârsta de 11 ani (la „8 ani sau mai puţin" sau la „9 sau 10 ani"). Cea mai mare frecvenţă raportată a vârstei la care s-a încercat prima țigară întreagă a fost pentru grupele de vârstă 13-14 ani (25,1%) și 15-16 ani (28,6%)(Figura V.18).

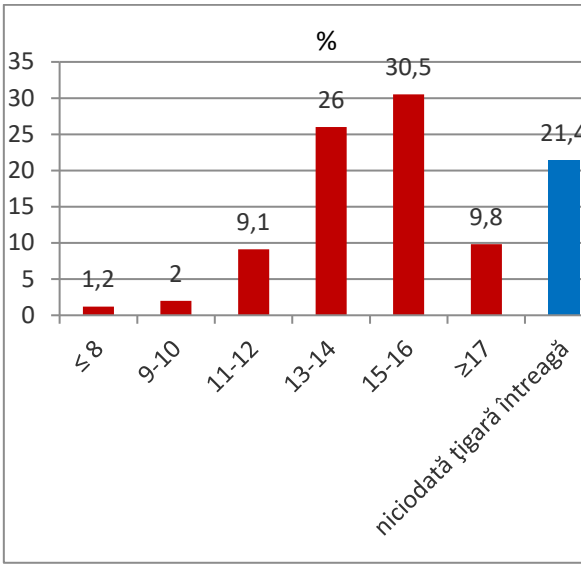


Figura V.15 Distribuția procentuală a respondenților de gen feminin care au experimentat fumatul, în funcție de vârsta debutului fumatului unei ţigări întregi (N= 5928), Sursa: YRBSS (2022-2023)

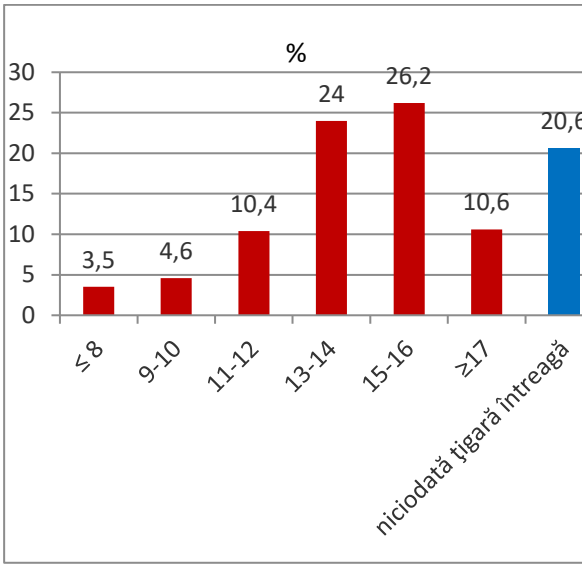


Figura V.16 Distribuția procentuală a respondenților de gen masculin care au experimentat fumatul, în funcție de vârsta debutului fumatului unei ţigări întregi (N=4969), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Dintre fetele care au experimentat fumatul, 30,5% au raportat că vârsta la care au fumat pentru prima dată o ţigară întreagă a fost de 15-16 ani, iar 3,2% la 10 ani sau mai puţin (Figura V.19).

8,1% dintre băieţii care au experimentat fumatul au raportat că vârsta la care au fumat pentru prima dată o ţigară întreagă a fost de 10 ani sau mai puţin, iar frecvența cea mai mare, de 26,2% s-a înregistrat la grupa de vârstă 15-16 ani (Figura V.20).

➢ ***Fumatul curent de ţigări la adolescenţii 14-18 ani şi peste(YRBSS 2022-2023)***

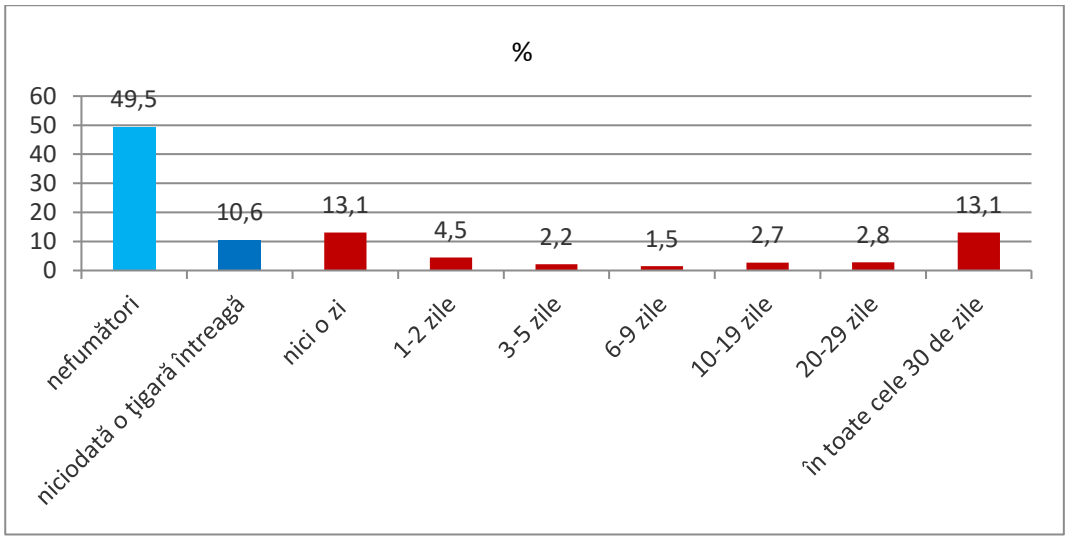


Figura V.17 Distribuţia procentuală a respondenţilor în funcţie de frecvenţa zilelor în care au fumat ţigări în intervalul standard de 30 de zile înaintea aplicării chestionarului, Sursa: YRBSS (2022-2023)

Aproape jumătate (49,5%) dintre cei 22039 de respondenţi s-au declarat a fi nefumători la momentul sondajului, iar 10,6% dintre elevii intervievaţi nu consumaseră niciodată o ţigară întreagă până atunci (Figura V.21).

Aproape 27% (26,9%) dintre elevii intervievaţi au declarat că sunt fumători curenţi de ţigări, fumând cel puţin în 1-2 zile ţigări în intervalul de 30 de zile înaintea aplicării chestionarului. O proporţie destul de mare (15,9%) este reprezentată de elevii care au raportat că fumează curent, în mod frecvent ţigări, cel puţin 20 de zile din ultimele 30 de zile înaintea aplicării chestionarului).

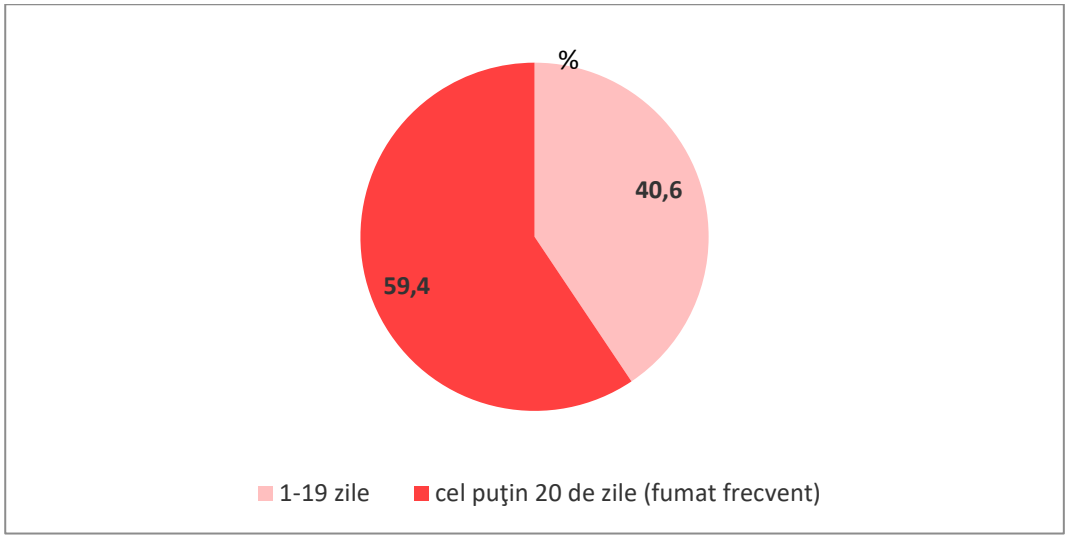


Figura V.18 Distribuţia procentuală a fumătorilor curenţi în funcţie de frecvenţa zilelor în care au fumat ţigări în intervalul standard de 30 de zile înaintea aplicării chestionarului (N=5925) Sursa: YRBSS (2022-2023)

Raportat la numărul total de fumători curenţi, aproape 60% dintre fumătorii curenţi (59,4%) au declarat că sunt fumători frecvenţi de ţigări, definiţi ca şi consum de ţigări minim 20 de zile în intervalul de 30 de zile înaintea sondajului (Figura V.22).

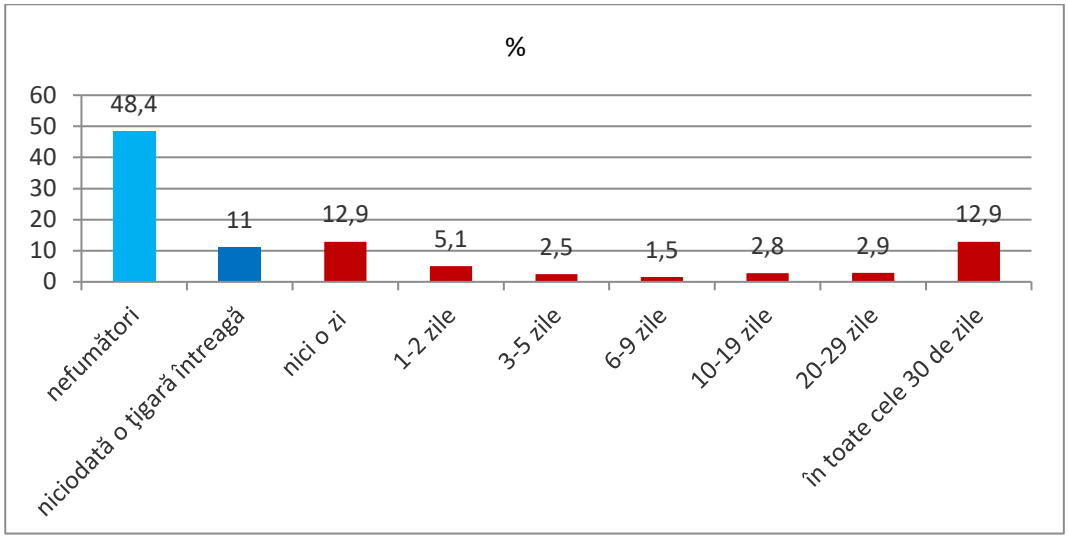


Figura V.19 Distribuția procentuală a fetelor în funcție de frecvenţa zilelor în care au fumat ţigări în intervalul standard de 30 de zile înaintea aplicării chestionarului (N=11481), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Proporţia fetelor care s-au declarat a fi fumătoare curente este de 27,7%, iar 15,8% au recunoscut că fumează, în mod frecvent. Raportat la numărul de fete fumătoare curent, proporţia celor care au fumat în mod frecvent (57.1%) depăşeşte 50% (Figura V.23).

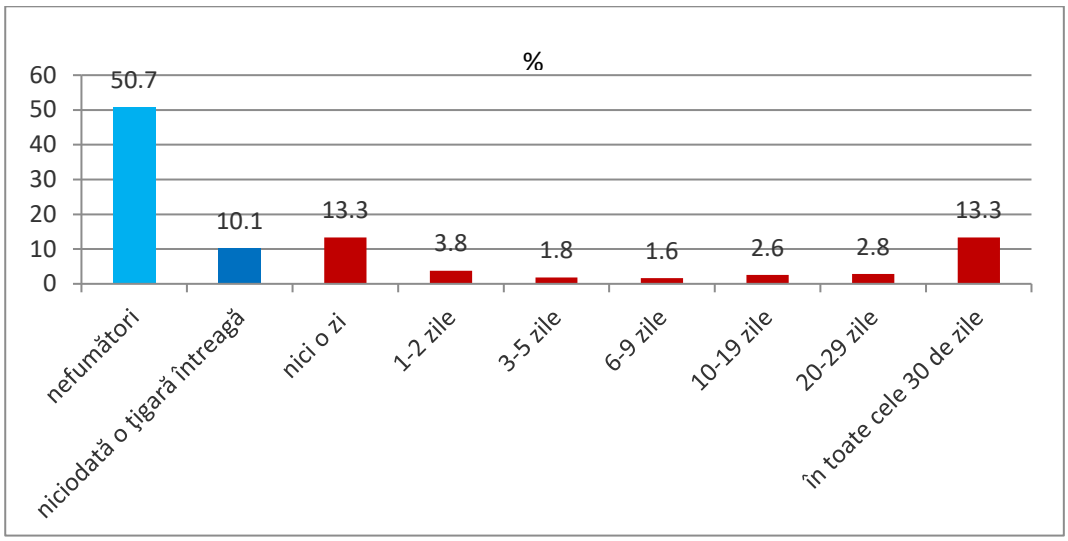


Figura V.20 Distribuția procentuală a băieţilor în funcție de frecvenţa zilelor în care au fumat ţigări, în intervalul standard de 30 de zile înaintea aplicării chestionarului (N=10079) Sursa: YRBSS (2022-2023)

Proporţia băieţilor care s-au declarat fumători curenţi este de 25,9%, iar 16,1% au recunoscut că fumează curent, în mod frecvent. Raportat la numărul de băieţi fumători curenţi, proporţia celor care fumează în mod frecvent (62,1%) depăşeşte jumătate.

Procentul adolescenților care **fumează frecvent** (cel puţin 20 de zile în ultimele 30 de zile) dintre cei care fumează în mod curent (cel puţin o zi în ultimele 30 de zile) diferă semnificativ între fete și băieţi ($p<0,001$), procentul fetelor (57,1%) fiind mai mic decât cel al băieţilor (62,1%)(Figura V.24).

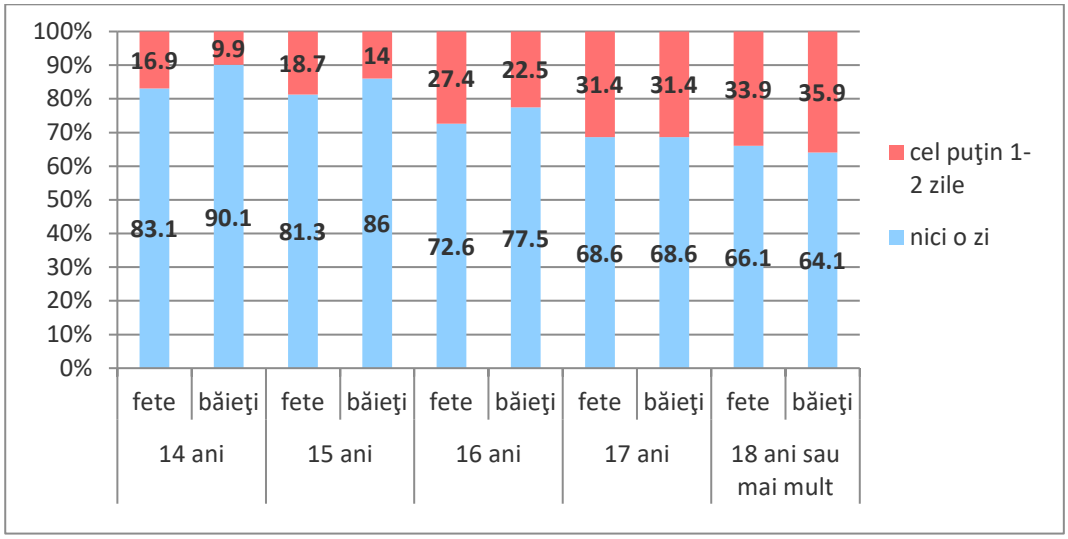


Figura V.21 Consumul curent de ţigări la fete şi băieţi cu vârsta cuprinsă între 14 şi 18 ani sau mai mult (N= 21560), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Se observă un trend ascendent al proporţiei elevilor care fumează ţigări în mod curent (cel puţin 1-2 zile în intervalul standard), în raport cu creşterea vârstei, atât la fete cât şi la băieţi (Figura V.25).

Consum zilnic de produse de tutun convențional în funcție de numărul de țigări fumate pe zi (YRBSS 2022-2023)

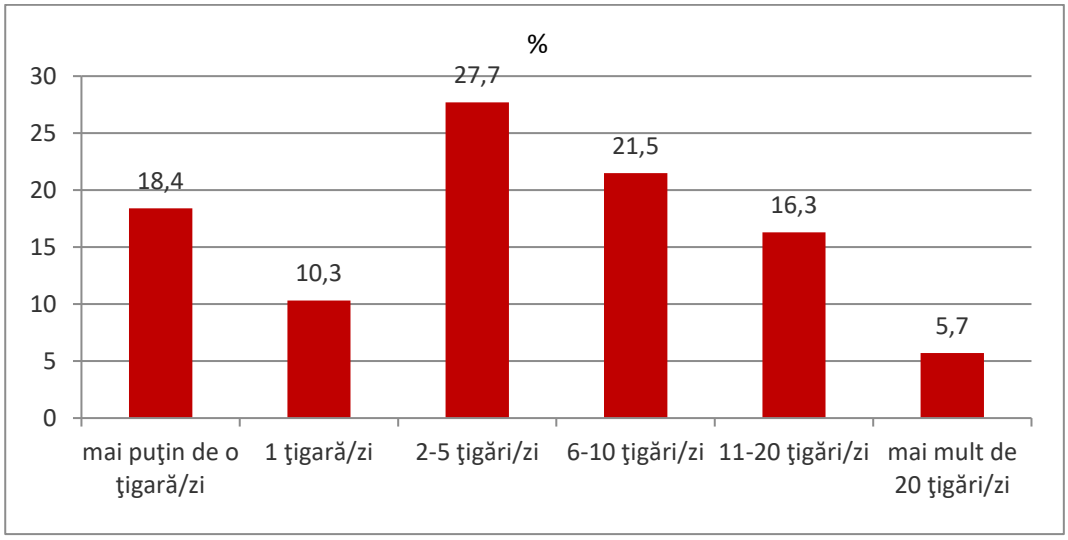


Figura V.22 Distribuţia procentuală a consumatorilor curenți 14-18 ani, în funcție de frecvenţa ţigărilor consumate/zi (în zilele în care fumează) în intervalul standard de 30 de zile, Sursa: YRBSS (2022-2023)

În ceea ce priveşte ***numărul de ţigări fumate pe zi*** (în zilele în care fumează), în ultimele 30 de zile, aproape 50% dintre elevii care fumează curent țigări au raportat un consum de 2-10 țigări/zi (în zilele în care fumează)(Figura V.26).

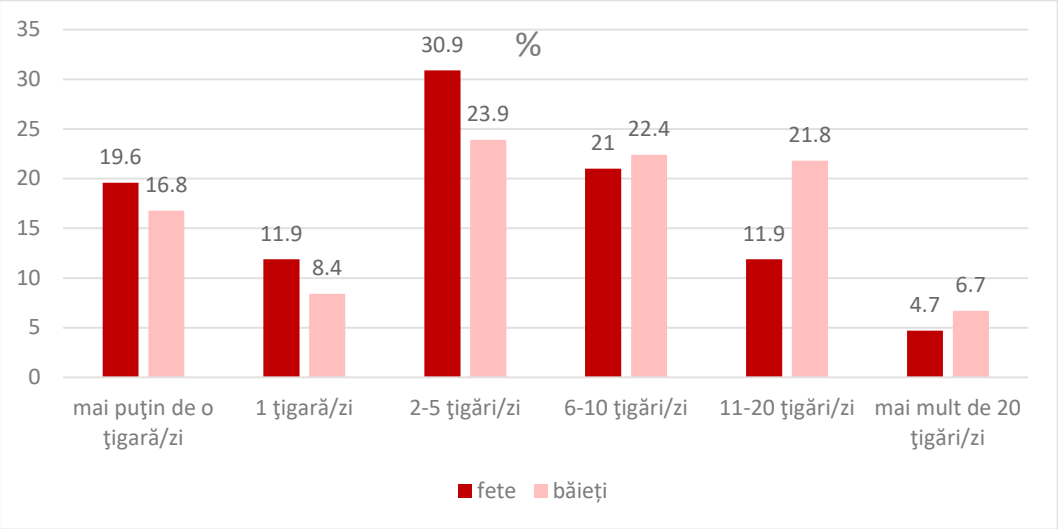


Figura V.23 Distribuţia procentuală a consumatorilor curenți 14-18 ani, pe sexe, în funcție de frecvenţa ţigărilor consumate/zi (în zilele în care fumează) în intervalul standard de 30 de zile, Sursa: YRBSS (2022-2023)

Distribuţia de frecvenţe a adolescenților care fumează în mod curent, în funcţie de numărul de ţigări consumate pe zi (în zilele care fumează), în ultimele 30 de zile, diferă semnificativ între băieţi și fete (Figura V.27) .

Dintre fetele care fumează curent, cele mai multe (30,9%) fumează între 2 şi 5 ţigări/zi (în zilele în care fumează), iar 37,6% fumează mai mult de 5 ţigări la zi.

Dintre băieţii care fumează în mod curent, 23,9% fumează între 2 şi 5 ţigări/zi, 22,4% între 6 şi 10 ţigări/zi şi 21,8% între 11şi 20 de ţigări/zi (în zilele în care fumează). Mai mult de jumătate dintre băieţii care fumează (50,9%) consumă peste 5 ţigări pe zi .

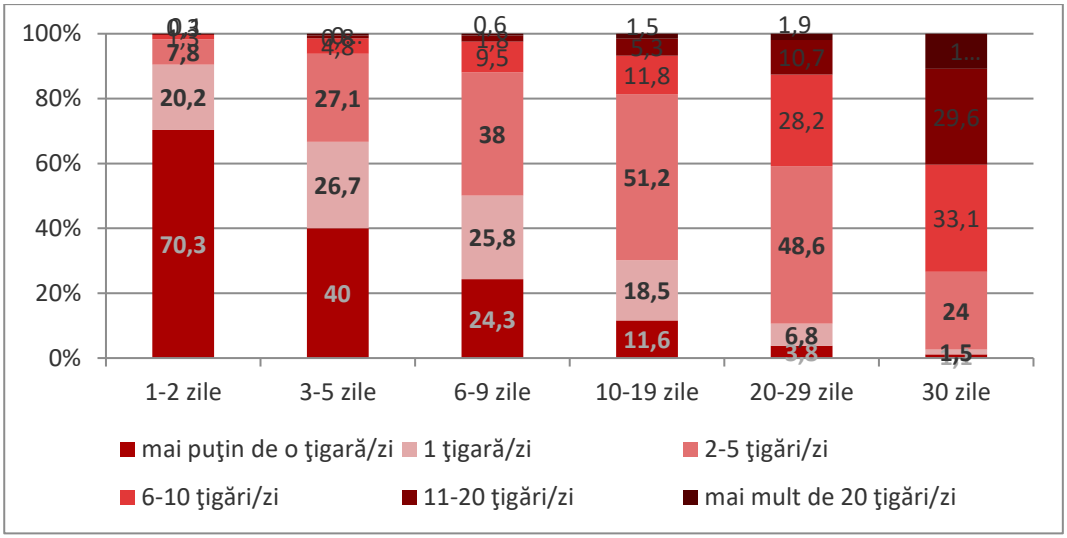


Figura V.24 Distribuţia procentuală a consumatorilor curenţi în funcţie de frecvenţa zilelor în care au consumat ţigări, şi de frecvenţa ţigărilor consumate/zi în intervalul standard (N=5925), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Distribuția frecvenței privind numărul de țigări consumate zilnic, în cadrul unui interval standard de 30 de zile, variază semnificativ în funcţie de numărul de zile în care au fost consumate ţigări (p<0,001). Se observă o relație pozitivă între frecvența consumului (număr de zile) și numărul de țigări fumate zilnic: pe măsură ce crește numărul de zile în care s-a fumat, crește și numărul mediu de țigări consumate în zilele respective (p < 0,001). Această tendință sugerează un model de intensificare a consumului în rândul fumătorilor mai frecvenți (Figura V.28).

V.3.Consumul de ţigări electronice sau produse de tutun încălzit la adolescenții 14-18 ani și peste, YRBSS 2022/2023

În cadrul studiului YRBSS 2022-2023 s-a urmărit obiectivarea consumul de ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit la elevii care au răspuns anterior că au fumat pe parcursul vieţii cel puţin o ţigară întreagă, respectiv 8802 adolescenți.

Consumul experimental de ţigări electronice/produse de tutun încălzit la adolescenții de 14-18 ani, YRBSS 2022/2023

Mai mult de trei sferturi (79,9%) dintre elevii care au fumat pe parcursul vieţii cel puţin o ţigară întreagă au folosit vreodată ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit.

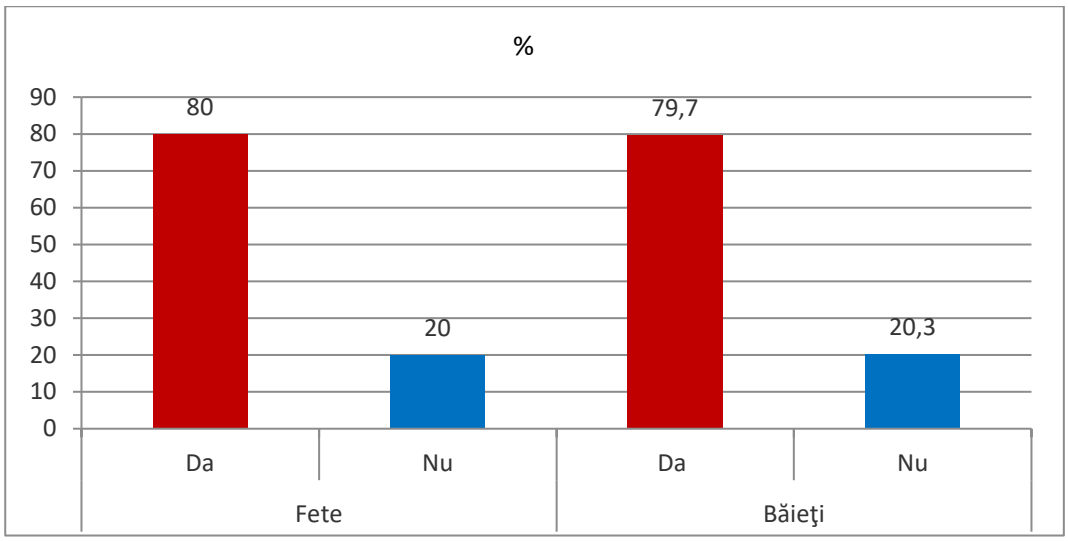


Figura V.25 Consumul experimental al noilor produse din tutun la fetele și băieții care au fumat pe parcursul vieţii cel puţin o ţigară întreagă (N=8607), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Procentele privind experimentarea noilor produse din tutun (țigări electronice și produse cu tutun încălzit) au fost comparabile între cele două genuri (80% în rândul fetelor și 79,7% în rândul băieților, p= 0,747), fără diferențe semnificative statistic. Acest fapt confirmă absența unei asocieri semnificative între gen și experimentarea noilor produse de tutun (Figura V.29).

Consumul curent de ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit la adolescenții 14-18 ani, YRBSS 2022/2023

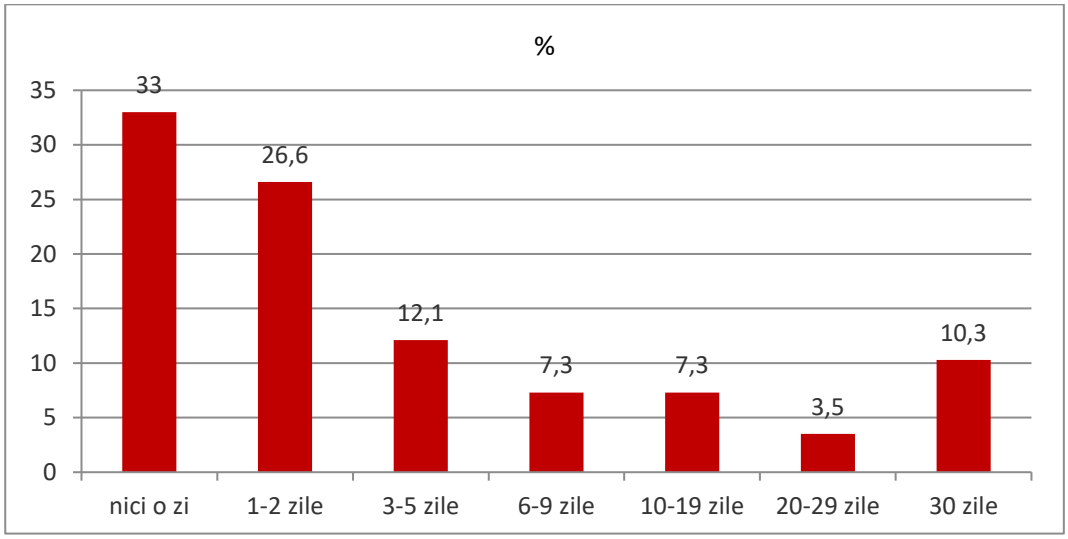


Figura V.26 Consumul curent de ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit printre elevii care au consumat vreodată aceste produse (N=7034), Sursa: YRBSS (2022-2023)

Dintre elevii care au experimentat utilizarea ţigărilor electronice sau a produselor din tutun încălzit (N = 7034), 67,1% au declarat că sunt consumatori curenți, adică au utilizat aceste produse în cel puțin 1–2 zile în cele 30 de zile anterioare aplicării chestionarului. În plus, 13,8% dintre respondenți au raportat un consum frecvent, definit ca utilizarea acestor produse în 20 până la 30 de zile din luna precedentă (Figura V.30).

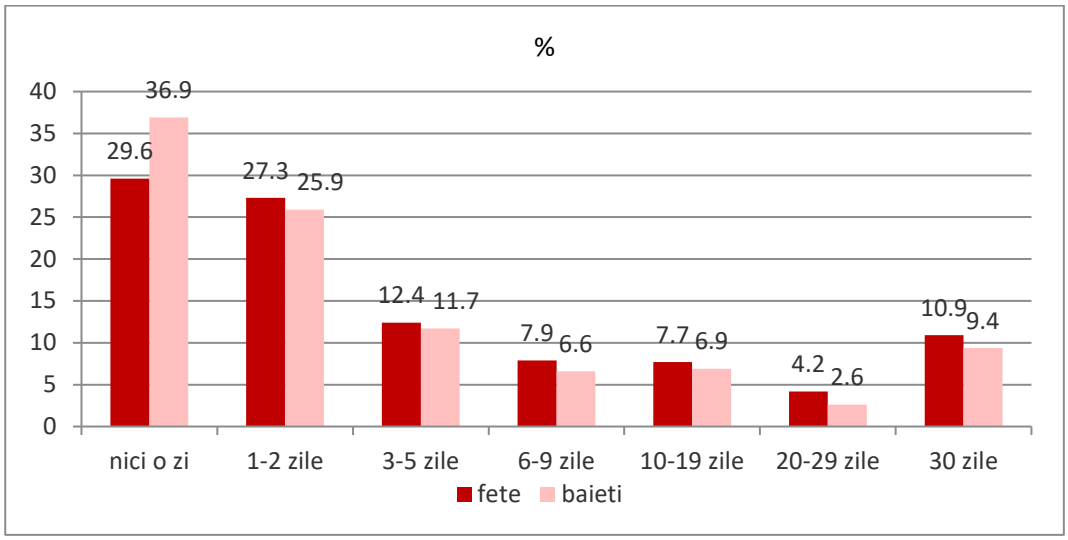


Figura V.27 Consumul curent de ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit printre adolescenții care au consumat vreodată aceste produse, pe sexe (N=3729 fete și N=3729), Sursa: YRBSS (2022-2023)

În rândul fetelor care au experimentat consumul noilor produse din tutun, 70,4% au declarat că le utilizează în mod curent, iar 15,1% raportează un consum frecvent, adică în 20–30 de zile din ultima lună. În rândul băieților care au experimentat noile produse din tutun cel puțin o dată, 63,1% au declarat că le utilizează în mod curent, iar 12% raportează un consum frecvent. Aceste date sugerează o tendință importantă de tranziție de la experimentare la utilizare regulată în rândul adolescenților de ambele sexe (Figura V.31).

Procentul adolescenților care în ultimele 30 de zile au consumat curent ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit în rândul celor care au consumat vreodată aceste produse diferă semnificativ între fete și băieţi (p<0,001), fiind mai mare pentru fete (70,4%) decât pentru băieţi (63,1%).

Procentul adolescenților care în ultimele 30 de zile au consumat frecvent ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit în rândul celor care au consumat vreodată aceste produse diferă semnificativ între fete și băieţi (p<0,001), fiind mai mare pentru fete (15,1%) decât pentru băieţi (12%). Diferenţele procentelor sunt semnificative statistic pentru categoriile de vârstă 15 ani (73,9% fete vs. 65,1% băieți) și 17 ani (69,2% fete vs 64,6% băieți).

Procentul adolescenților care în ultimele 30 de zile au consumat în mod curent ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit în rândul celor care au consumat vreodată aceste produse nu diferă semnificativ între categoriile de vârstă studiate, nici pentru fete (p=0,111) și nici pentru băieţi (p=0,469).

Procentul adolescenților care în ultimele 30 de zile au consumat frecvent ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit în rândul celor care au consumat vreodată aceste produse diferă semnificativ între categoriile de vârstă studiate atât pentru fete (p=0,038), cât și pentru băieţi (p=0,032). În cazul fetelor, procentele diferă semnificativ între vârstele consecutive 16 ani și 17 ani (p=0,015).

Aceste rezultate evidențiază o tendință alarmantă: fetele care experimentează ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit sunt mai susceptibile decât băieții să continue consumul și să îl transforme într-un comportament regulat sau frecvent. În plus, creșterea frecvenței utilizării odată cu vârsta, în special în cazul fetelor, sugerează o posibilă escaladare a dependenței sau a normalizării consumului în această categorie de populație.

Se observă că fetele prezintă rate semnificativ mai mari de consum curent și frecvent de produse noi de tutun comparativ cu băieții.

Sintetizând concluziile studiului YRBSS (2022-2023), se constată că:

1. Mai mult de 50 de elevi de liceu din 100 au experimentat fumatul.
2. Procentul elevilor care au experimentat fumatul a crescut odată cu vârsta.
3. Mai mult de o fată din 100 și mai mult de 3 băieți din 100, dintre cei care au experimentat vreodată fumatul, au consumat pentru prima dată o țigară întreagă la vârsta de 8 ani sau mai puțin.
4. În ceea ce privește elevii care au experimentat fumatul, cea mai mare frecvență raportată a vârstei fumatului primei țigări întregi a fost grupa de 15-16 ani, urmată de grupa de vârstă 13-14 ani.
5. Aproape 27 de elevi din 100 sunt fumători curenți de țigări.
6. Băieții consumatori curenți de țigări tind să fumeze mai multe țigări/zi (în zilele în care fumează) comparativ cu fetele.
7. La fumătorii curenți de țigări s-a observat o tendință ascendentă a numărului de ţigări consumate pe zi în raport cu creșterea numărului de zile în care fumează.
8. Aproape 11 din 100 de fumători curenți care au fumat zilnic (în ultimele 30 de zile înaintea chestionării), au fumat mai mult de 20 de țigări/zi.
9. Mai mult de15 elevi din 100 au fumat în mod curent la şcoală (în ultimele 30 de zile înaintea chestionării).
10. Mai mult de trei sferturi dintre elevii care au fumat pe parcursul vieţii cel puţin o ţigară întreagă au folosit vreodată ţigări electronice sau produse cu tutun încălzit.

11. Fetele care experimentează țigări electronice sau produse cu tutun încălzit sunt mai susceptibile decât băieții să continue consumul și să îl transforme într-un comportament regulat sau frecvent. În plus, creșterea frecvenței utilizării odată cu vârsta, în special în cazul fetelor, sugerează o posibilă escaladare a dependenței sau a normalizării consumului în această categorie de populație.

Cap VI Intervenții eficiente pentru controlul fumatului și a utilizării produselor alternative de consum de tutun

PREVIZIUNILE INDICĂ FAPTUL CĂ TUTUNUL VA UCIDE PÂNĂ LA UN MILIARD DE OAMENI ÎN ACEST SECOL

Printre intervențiile eficiente pentru reducerea expunerii la fum de țigară se numără măsurile legislative de interzicere a fumatului în spațiile publice închise, de interzicere a vânzării de produse de tutun către persoanele în vârstă de sub 18 ani și și restricționarea publicității, promovării și sponsorizării produselor din tutun. Aceste măsuri fac parte din cadrul amplu de control al tutunului, având ca obiectiv reducerea expunerii populației la factori de risc evitabili și protejarea sănătății publice.

La nivelul Uniunii Europene, **Directiva 2014/40/UE privind produsele din tutun**, transpusă în legislația națională prin **Legea nr. 201/2016**, stabilește cadrul normativ privind fabricarea, prezentarea și vânzarea produselor din tutun și a produselor conexe. Directiva urmărește armonizarea reglementărilor între statele membre și reducerea diferențelor legislative, în scopul consolidării protecției sănătății publice.

În ultimii ani, implementarea acestei directive a fost asociată cu o serie de măsuri de sănătate publică cu impact asupra prevalenței fumatului, în special în rândul copiilor și adolescenților, incluzând majorarea taxelor pe produsele din tutun, restricții privind accesul minorilor la produsele din tutun, introducerea avertismentelor combinate de sănătate și eliminarea aromelor caracteristice pentru anumite categorii de produse din tutun.

În ceea ce privește protecția mediului**, Directiva (UE) 2019/904 privind reducerea impactului anumitor produse din plastic asupra mediului** vizează inclusiv filtrele de țigarete și anumite produse de tip de unică folosință, acestea fiind identificate ca surse semnificative de poluare. În România, directiva a fost transpusă prin **Ordonanța Guvernului nr. 6/2021** privind reducerea impactului anumitor produse din plastic asupra mediului.

Referitor la produsele din tutun încălzit, cadrul legislativ european a fost consolidat prin **Directiva delegată (UE) 2022/2100**, care a extins reglementările privind produsele din tutun încălzit, inclusiv în ceea ce privește interzicerea anumitor arome caracteristice și aplicarea avertismentelor de sănătate pe ambalaje. La nivel național, aceste prevederi au fost integrate prin **Ordonanța Guvernului nr. 23/2023** și ulterior consolidate prin **Legea nr. 90/2026.**

În ultimele două decenii și în România au fost adoptate politici progresive de control al tutunului. Printre acestea se numără interzicerea totală a fumatului în spațiile publice interzicerea publicității și a vânzării către minori și majorarea accizelor. Cu toate acestea, programele de prevenire și cele de sprijin pentru

renunțarea la fumat sunt implementate încă predominant oportunist, ceea ce limitează impactul lor populațional.

Planul European de Combatere a cancerului – o "generație fără tutun", (Direcții viitoare – TPD3)

Planul European de Combatere a Cancerului urmărește crearea unei „generații fără tutun” până în anul 2040, obiectiv susținut inclusiv prin viitoarea revizuire a Directivei privind produsele din tutun (TPD3), care va consolida reglementarea produselor din tutun și a produselor alternative cu nicotină. Planul european de combatere a cancerului a stabilit un obiectiv ambițios de a crea o **„generație fără tutun”** în care mai puțin de 5% din populație să folosească tutun până în 2040. Este imperios ca țările semnatare să aplice cât mai rapid convenția cadru OMS – FCTC [43], întrucât previziunile indică faptul că tutunul va ucide până la 1 miliard de oameni în acest secol.

În ceea ce privește evoluția pe termen scurt, perspectiva legislativă în România este marcată de două inițiative majore aflate în circuitul parlamentar. Prima urmărește extinderea definiției legale a „fumatului” prin includerea explicită a vaporilor și aerosolilor, măsură ce va atrage interzicerea totală a dispozitivelor de tip vape în toate spațiile publice închise, inclusiv în sectorul HoReCa. Cea de-a doua inițiativă vizează descurajarea consumului în rândul tinerilor prin instituirea de sancțiuni contravenționale directe pentru minorii depistați de organele de ordine consumând tutun sau înlocuitorii acestuia în spațiile publice, indiferent de locul în care aceștia sunt identificați.

Un alt punct îngrijorător actual este asociat creșterii utilizării țigărilor electronice, mai ales în rândul tinerilor. Din perspectiva controlului tutunului, sunt multe provocări ridicate de riscurile date de aceste produse noi de fumat. Trecerea de la fumatul convențional la fumatul cu dispozitive electronice nu înseamnă trecerea la un produs care produce daune într-o măsură mai mică, ridicându-se astfel problema utilizării acestor produse noi mai ales în rândul adolescenților. Dacă adolescenții se îndreaptă către aceste produse noi, ca rezultat al unor tehnici de marketing țintite către ei, prin atragerea lor prin utilizarea unor arome și percepția că țigara electronica este o ”alternativă mai sigură”, există riscul ca toate progresele înregistrate în controlul epidemiei tabagice să fie pierdute .

În prezent toate țările se confruntă cu situația generată de produsele noi emergente de tipul ENDS (Electronic Nicotine Delivery Systems) și HTP (Heated Tobacco Products). Marketingul și comercializarea acestor dispozitive pot permite să ocolirea unor interdicții de publicitate și consum în spații publice.

Campaniile de marketing pentru a introduce ENDS și HTP în consum au un caracter susținut, dispozitivele de încălzire fiind comercializate ca produse sofisticate, de înaltă tehnologie, care oferă utilizatorilor o modalitate de a se bucura de produse din tutun „cu risc redus” și „fără fum”. În cadrul strategiei de promovare, marketingul prin intermediul rețelelor sociale a fost un element cheie. Conform datelor din cel mai recent raport al OMS referitor la produsele nou emergente, există riscul ca folosirea țigărilor electronice și a produselor de fumat bazate pe fumat încălzit în locuri publice unde fumatul este interzis să ”renormalizeze” fumatul în spații publice. Conferința părților la Convenția - Cadru a OMS privind Controlul Tutunului recunoaște că produsele de fumat bazate pe tutun încălzit (HTP) sunt de

asemenea produse din tutun și, prin urmare, consideră a fi necesar să fie supuse prevederilor acestei convenții.

Intervenții și politici școlare „fără nicotină și tutun” și pentru prevenirea consumului la tineri

- *Exemplu: Ghidul “Freedom from nicotine and tabaccoȘ guide for schools” și setul de instrumente pentru aplicarea acestuia “Nicotine-and tobacco-free schools: policy development and implementation toolkit” - Școli fără nicotină și tutun: instrumente de dezvoltare și implementare a politicilor, OMS,2023* [44,45]

În anul 2023, OMS a elaborat un ghid de intervenții necesare pentru a controla consumul de tutun și produse alternative în școli, precum și un set de instrumente pentru realizarea dezideratului unităților școlare fără nicotină și tutun. Aceste materiale reiterează că simpla interzicere a utilizării nicotinei și a produselor din tutun în incinta școlii ar putea să nu fie suficientă. Astfel, ghidul propune instrumente concrete și proceduri pe care toți membrii comunității școlare le pot urma pentru a se bucura de un mediu fără nicotină și tutun: interzicerea consumului oricăror produse cu nicotină în incinta școlii; interzicerea vânzării, publicității și promovării directe sau indirecte a produselor din tutun în școală și în vecinătatea acesteia; precum și respingerea oricărei forme de sponsorizare sau interacțiune cu industria tutunului.

Sunt identificate ca și componentele esențiale pentru implementarea cu succes a politicilor fără nicotină și tutun în școală: educația preventivă, comunicare, sprijinirea în renunțarea la produsele pe bază de nicotină și tutun, dar și monitorizarea și evaluarea implementării măsurilor agreate. Pașii recomandați de către materialele OMS sunt:

- Adoptarea unei politici școlare „fără nicotină și tutun”
  - elaborarea unei politici școlare „fără nicotină și tutun”
  - evaluarea resurselor disponibile pentru implementarea politicilor
- Organizarea educației preventive privind consumul de nicotină și tutun și furnizarea de instruire privind implementarea politicii proprii
  - instruirea elevilor, profesorilor și personalului școlii în implementarea politicii proprii
- Elaborarea și implementarea unui plan de diseminare a politicii la nivelul școlii
  - crearea unui mediu școlar fără nicotină și tutun și comunicarea despre noua politică
  - lansarea politicii școlare „fără nicotină și tutun” și organizarea unei campanii de conștientizare
- Aplicarea efectivă a politicii „fără nicotină și tutun” în școală
- Promovarea intervențiilor pentru renunțarea la nicotină și tutun în școală
  - furnizarea de intervenții scurte pentru renunțarea la fumat
    - Monitorizarea și evaluarea rezultatelor politicii școlare fără nicotină și tutun

Integrarea educației preventive vizând consumul de nicotină și tutun în programele școlare va crește gradul de conștientizare și nivelul de informare al elevilor cu privire la problemele legate de consumul nicotină și tutun, cum ar fi: tipuri de nicotină și produse din tutun; aspecte negative asupra sănătății ale consumului de nicotină și tutun; efectele asupra sănătății ale expunerii la fumat pasiv și la aerosolii țigărilor electronice; consecințele sociale, economice și de mediu ale producției și consumului

de tutun; tactici înșelătoare și manipulări utilizate de industria tutunului pentru a atrage tinerii; și nu în ultimul rând, beneficiile unei vieți fără consum de nicotină și tutun.

În condițiile în care nu toate școlile au capacitatea și resursele de a implementa simultan toate componentele unei politici școlare fără nicotină și tutun, acestea pot alege să introducă treptat componentele enumerate anterior. Indiferent de abordarea adoptată, consecvența în acțiuni și atenția la feedback-ul comunității sunt esențiale pentru generațiile viitoare fără nicotină și tutun.

Intervențiilor școlare vizând reducerea utilizării de țigarete electronice (vaping) și HTP în rândul tinerilor

Eficacitatea intervențiilor școlare asupra consumului de țigarete electronice (vaping) la tineri este încă în curs de evaluare. Un studiu sistematic recent[46] a rezumat dovezile privind eficacitatea intervențiilor de prevenire a vapingului în rândul copiilor și tinerilor. Studiul a centralizat articolele publicate între 1 ianuarie 2004 și 1 septembrie 2022 care au raportat mai mult de un rezultat privind prevenirea vapingului în rândul persoanelor cu vârsta sub 21 de ani: prevalența/incidența vapingului, intențiile de inițiere, cunoștințele/atitudinile și prevalența/intențiile de inițiere a utilizării altor produse din tutun. Treizeci și nouă de publicații au îndeplinit criteriile de eligibilitate descriind intervenții la nivel individual (monitorizare parentală, jocuri video, mesaje text, teme de mesaje grafice, asistență medicală), nivel general, intervenții educaționale, politici/interdicții fără vaporizare) și intervenții la nivel comunitar (implicarea rețelelor sociale, campanii în mass-media). Rezultatele au fost mixte. În școli, introducerea de politici care interzic țigările electronice a avut efecte diferite: unele studii au raportat o creștere paradoxală a utilizării dispozitivelor de tip e-țigară după introducerea interdicțiilor (OR $\approx$ 3,3), în timp ce altele au evidențiat o reducere a prevalenței și a susceptibilității la vaping în școlile cu reglementări anti-vaping mai stricte (OR $\approx$ 0,5 comparativ cu instituțiile fără astfel de politici). Per ansamblu însă, meta-analiza nu a găsit dovezi solide că programele școlare obișnuite reduc semnificativ inițierea vaping-ului pe termen lung. Rezultatele de prevenire a inițierii utilizării țigaretelor electronice a fost observată pentru o monitorizare parentală ridicată; cu toate acestea, proiectele de studiu transversal au exclus afirmațiile cauzale.

Ceea ce părut promițător sunt intervențiile ce dezvoltă abilitățile socio-emoționale ale elevilor și programele de tip „lideri de la egal la egal”, deși și acestea necesită evaluări suplimentare.

Dintre intervențiile identificate, 14 au fost furnizate individual, 19 au fost în școală și 6 au fost efectuate la nivel comunitar. Schimbarea prevalenței/incidenței utilizării țigărilor electronice, raportat în 19 articole (dintre care 4 disponibile on-line) a fost rezultatul principal. 9 studii au raportat o altă prevalență/ incidență a consumului de tutun, 23 de studii au evaluat intențiile de inițiere a țigaretelor electronice, 6 studii au evaluat intențiile de inițiere a altor produse din tutun și 26 de studii au evaluat cunoștințele și atitudinile privind riscurile legate de țigara electronică

O altă analiză sistematică[47] a avut ca obiectivele principale evaluarea eficacității intervențiilor pentru prevenirea utilizării țigărilor electronice la copii și adolescenții cu vârsta de până la 19 ani care nu au fost anterior consumatori, în raport cu nicio intervenție, practică obișnuită sau o intervenție alternativă; precum și evaluarea eficacității intervențiilor pentru încetarea utilizării țigărilor electronice la copii și adolescenții de până la 19 ani care raportează utilizarea curentă de țigări electronice, comparativ cu nicio intervenție, practică obișnuită sau o intervenție alternativă. Analiza a vizat

suplimentar și examinarea efectului unor astfel de intervenții asupra utilizării de către copii și adolescenți a altor produse din tutun (de exemplu, țigări, trabucuri și tutun de mestecat) și descrierea efectelor adverse neintenționate ale intervenției asupra indivizilor (de exemplu, sănătatea fizică sau mintală a indivizilor) sau asupra organizațiilor. Au fost inventariate bazele de date CENTRAL, Ovid MEDLINE, Ovid Embase, Ovid PsycINFO, EBSCO CINAHL, Clarivate Web of Science Core Collection, Google Scholar până la data de 1 mai 2023, dar și platformele dedicate trialurilor clinice (WHO International Clinical Trials Registry Platform; US National Institutes of Health Ongoing Trials Register ClinicalTrials.gov). Studiul a vizat utilizarea curentă de țigară electronică (definită ca utilizare în ultimele 30 de zile) și utilizarea de-a lungul vieții. Dintre cele 110 studii evaluate cu text integral, 88 au fost considerate neeligibile pentru includere din următoarele motive: rezultat inadecvat (27 de studii); aspecte negative legate de intervenție (12 studii); de designul studiului (31 de studii); și de participanți (18 studii). Numai 22 de studii aflate încă în derulare și neavând rezultate publicate au fost considerate potențial eligibile. Nu au fost identificate studii cu date publicate care să fie eligibile pentru includerea în revizuire, fapt care are implicații majore atât pentru practica curentă cât și pentru cercetare. Din cauza lipsei de date empirice privind eficacitatea intervențiilor disponibile, nu pot fi formulate concluzii solide care să fundamenteze deciziile autorităților, ale practicienilor sau ale cercetătorilor privind tipurile de programe de promovare a sănătății ori alte acțiuni adecvate pentru prevenirea sau renunțarea la utilizarea țigărilor electronice în rândul adolescenților. În absența unor astfel de dovezi, factorii de decizie și practicienii se bazează numai pe cadrele de orientare și declarațiile de consens existente, cum ar fi Convenția-Cadru a OMS pentru controlul tutunului. Analiza sistematică concluzionează că având în vedere lipsa dovezilor privind eficacitatea intervențiilor pentru prevenirea sau încetarea utilizării țigărilor electronice la copii și adolescenți, orice cercetare în acest domeniu ar avea o valoare științifică și practică substanțială.

Soluții bazate pe dovezi - Intervențiile de Tip „Best Buys”

Din perspectiva managementului sănătății publice, documentul Organizației Mondiale a Sănătății - „Tackling NCDs: Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases” (2024) — reprezintă standardul de aur în stabilirea priorităților strategice pentru controlul bolilor netransmisibile (BNT).

Pentru ca o intervensie să fie clasificată ca „Best Buy”, aceasta trebuie să întrunească cumulativ criterii stricte de impact epidemiologic demonstrat și un raport cost-eficiență incremental (ICER) de $\leqslant$ 100 USD per an de viață sănătos câștigat (HLY - Healthy Life Year) în statele cu venituri mici și medii, dovedindu-și astfel fezabilitatea universală, sustenabilitatea fiscală și un randament optim al investiției în sănătate

Best buys: Intervenții eficiente cu analiză cost-eficiență ≤ 100 $ per HLY câștigat în țările cu venituri mici și medii	Majorarea taxelor de consum (accizelor) și a prețurilor pentru produsele din tutun. Implementarea de avertismente de sănătate grafice de mari dimensiuni pe toate pachetele de tutun, însoțite de ambalaje neutre/standardizate[1]. Adoptarea și aplicarea unor interdicții cuprinzătoare privind publicitatea, promovarea și sponsorizarea produselor din tutun[1]. Eliminarea expunerii la fumul de tutun la mâna a doua în toate locurile de muncă interioare, spațiile publice și mijloacele de transport în comun[1]. Implementarea de campanii media de masă eficiente, care educă publicul cu privire la daunele fumatului/consumului de tutun și ale fumului la mâna a doua, încurajând schimbarea de comportament[1]. Asigurarea de sprijin eficient la nivelul întregii populații, cu costuri acoperite (inclusiv consiliere scurtă, linii telefonice naționale gratuite de asistență pentru renunțare și servicii de tip mCessation), pentru renunțarea la tutun, adresat tuturor consumatorilor de tutun[2].
Intervenții eficiente cu analiză cost-eficiență ≥ 100 $ per HLY câștigat în țările cu venituri mici și medii	Asigurarea de intervenții farmacologice eficiente, cu costuri acoperite, pentru toți consumatorii de tutun care doresc să renunțe, prin utilizarea terapiei de substituție nicotinică (TSN), a bupropionului și a vareniclinei[2].
Alte intervenții recomandate din ghidurile OMS (pentru care nu este disponibilă o analiză cost-eficacitate)	Stabilirea unui sistem de urmărire și localizare (trasabilitate) pentru a sprijini eliminarea comerțului ilicit cu produse din tutun, în conformitate cu Articolul 8 din Protocolul pentru eliminarea comerțului ilicit cu produse din tutun. Interzicerea publicității, promovării și sponsorizării transfrontaliere a tutunului, inclusiv a celei realizate prin mijloace moderne de comunicare.

[1] Necesită capacitate instituțională pentru implementarea și aplicarea reglementărilor și a legislației.
[2] Necesită furnizori de servicii medicale instruiți în număr suficient și un sistem de sănătate eficient.

Figura VI.1 Recomandări tip "Best Buy"

Intervenții bazate pe implicarea părinților pentru a ameliora comportamentele la risc în rândul adolescenților

O analiză sistematică a literaturii*[48]* a avut ca obiectiv evaluarea eficacității intervențiilor efectuate asupra părinților tinerilor care experimentează mai multe comportamente la risc, sintetizând rezultatele unor studii din bazele de date MEDLINE, Embase, PsycInfo, Scopus, CINAHL Cochrane publicate în perioada 2010-2021. Au fost considerate eligibile acele studiile care au vizat în mod direct părinții și au evaluat rezultatele la adolescenți cu vârsta cuprinsă între 11-18 ani care experimentau mai mult de 2 comportamente la risc cum ar fi: consumul de alcool, fumatul, alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică, sedentarismul dar și somnul deficitar. Din 11975 de studii identificate, au fost eligibile 46 de publicații din 36 de studii clinice randomizate (n = 28322 tineri, n = 7385 părinți). Intervențiile bazate pe părinți au fost asociate cu îmbunătățirea activității fizice moderate până la viguroasă a adolescenților (Odds Ratio (OR) = 1,82, 95% CI = 1,18, 2,81; p = 0,007) și reducerea timpului petrecut în

fața ecranelor (SMD = -0,39, 95% CI = -0,62, -0,16, p = 0,0009). Cu toate acestea, au existat unele dovezi care au arătat că intervențiile bazate pe părinți pot crește probabilitatea consumului de tutun pe termen mediu (OR = 1,47, CI 95% = 0,99, 2,18, p = 0,06) sau probabilitatea consumului de tutun în ultima lună pe termen lung (OR = 1,46, 95% CI = 1,12, 1,90; p = 0,005).

O revizuire sistematică recentă și meta-analiză[49], efectuată în perioada 2022-2023 în bazele de date PubMed, Medline, Web of Science, Embase, PsycINFO, Google Scholar, ClinicalTrials.gov, EU Clinical Trials Register, și în WHO international clinical trials registry, a vizat studii experimentale sau cvasi-experimentale care au raportat inițierea fumatului în rândul celor care nu au fumat niciodată, renunțarea la fumat în rândul fumătorilor și efectele diferențiale în subgrupurile socio-economice cu o perioadă de urmărire de cel puțin 6 luni, corelat cu tipul de intervenție parentală. După screening-ul a 6748 de înregistrări, au fost incluse în analiză 36 de studii, bazate pe 29 de intervenții unice (27 de prevenire a fumatului și 2 de renunțare la fumat). Estimarea riscului relativ de inițiere a fumatului în rândul copiilor și adolescenților care au participat la intervenții de prevenire a fumatului cu implicarea părinților, comparativ cu lotul de control, a fost de 0,84 (CI 95%: 0,76, 0,94). Rezultatele privind renunțarea la fumat și aspectele de echitate au fost neconcludente din cauza numărului insuficient de studii. Astfel, s-a avansat ideea că intervențiile de prevenire a fumatului la copii și adolescenți în care părinții sunt implicați activ par a fi eficiente, dar calitatea generală a dovezilor a fost considerată moderată.

Concluzii privind intervențiile și politicile eficiente care au contribuit la reducerea prevalenței consumului de tutun în rândul copiilor și adolescenților

- Intervenții eficiente contribuit la reducerea prevalenței fumatului în rândul copiilor și adolescenților

Printre intervențiile eficiente pentru reducerea expunerii la fum de țigară se numără măsurile legislative:

- măsurile legislative de interzicere a fumatului în spațiile publice,
- de interzicere a vânzării de produse de tutun către persoanele în vârstă de sub 18 ani
- restricțiile privind publicitatea pentru produsele de tutun
- majorarea taxelor pe produsele din tutun
- restricții privind achiziționarea de către tineri a produselor de tutun
- interzicerea aromelor caracteristice din țigări
- avertismente combinate de sănătate pentru produsele din tutun.

Programele de renunțare la fumat și programele de prevenire a fumatului în rândul copiilor sunt oferite însă în mod oportunist.

Cap VII Concluzii – identificarea grupului țintă și intervenții propuse

Coroborând rezultatele studiilor prezentate în cadrul analizei actuale, **grupul țintă principal** al campaniei de informare, educare și comunicare planificate pentru anul 2026 trebuie să fie constituit din **adolescenții cu vârste cuprinse între 10 și 16 ani**, iar **grupurile țintă secundare** trebuie să includă: **părinții adolescenților, profesorii din ciclul gimnazial** și **personalul medico-sanitar** implicat în prevenția consumului de tutun și produse conexe.

Evidențele actuale sugerează că atât în România, cât și la nivel global, adolescenții și tinerii sunt mai susceptibili la adicția de produsele de tutun în comparație cu persoanele din grupe de vârstă mai mari. Astfel, prevenirea începerii fumatului rămâne una dintre strategiile cheie de control al epidemiei de fumat, iar grupul țintă căruia trebuie să i se adreseze măsurile preventive este reprezentat de **adolescenți**.

Prevenirea începerii fumatului de către adolescenți, înainte de apariția adicției poate să conducă, pe termen lung la prevalențe mai mici ale fumatului la vârste mai înaintate, prin consolidarea unor modele sociale care încurajează menținerea statutului de nefumător.

În ciuda scăderii consumului de produse convenționale de tutun din ultimii ani, pandemia de coronavirus 2019 (COVID-19) ar fi putut provoca o nouă creștere a consumului a acestui comportament.

Utilizarea țigărilor electronice (denumite în mod obișnuit vape) a crescut, o tendință care este deosebit de proeminentă în rândul adolescenților, mai al ales fetelor, în mare parte datorită expunerii lor la medii online care promovează țigările electronice prin publicitate direcționată. Prevalența în creștere a acestor produse reprezintă o problemă semnificativă de sănătate publică din cauza riscurilor potențiale pentru sănătatea pe care le prezintă, în special pentru tineri.

Deși, istoric, băieții au raportat în mod constant niveluri mai ridicate de consum de produse convenționale din tutun decât fetele în trecut, datele din cele mai recente sondaje privind comportamentele de risc ale adolescenților sugerează o convergență de gen în multe țări și regiuni. În România se înregistrează o inversare în ceea ce privește genul, prevalența fumatului și consumului de țigări electronice la genul feminin este mai mare decât la băieți. Se remarcă creșterea prevalenței odată cu vârsta este observată atât pentru consumul de produse de tutun pe tot parcursul vieții, cât și pentru consumul actual de tutun.

Fumatul a arătat o prevalență mai mare în rândul adolescenților din familii cu nivel socio - economic scăzut, în timp ce consumul de țigări electronice a fost mai răspândite în rândul adolescenților cu nivel socio-economic crescut.

Astfel, se evidențiază necesitatea unor intervenții de prevenire adaptate diferențiat pe gen și vârstă, precum și intensificarea mesajelor de informare privind riscurile reale asociate utilizării produselor alternative de tutun, deseori percepute ca fiind mai puțin nocive. Se recomandă integrarea acestor mesaje în strategii educaționale și campanii de sănătate publică care să țintească în mod specific ***adolescentele***, având în vedere tendințele de creștere a consumului de produse din tutun în cazul acestora.

Toate intervențiile ar trebui să fie bazate pe dovezi, în conformitate cu standardele internaționale, adaptate, sensibile la gen, adecvate dezvoltării și etice.

Inițiativele de prevenire a consumului de tutun în rândul adolescenților trebuie dezvoltate cu precădere în mediul școlar. Punerea în aplicare a unor politici și programe eficiente în școli este un element important al acțiunii preventive pentru a oferi educație, conștientizare a sănătății, dezvoltarea competențelor, monitorizare și punerea în aplicare.

Caracteristicile recomandate pentru o intervenție în școală:

• minimum 4–6 sesiuni interactive, urmate de activități de consolidare, în locul unei prezentări unice;

• conținut specific pentru țigarete electronice, HTPs și alte produse emergente, nu simpla adaptare a materialelor despre țigări convenționale;

• corectarea percepțiilor normative – elevii tind să supraestimeze consumul colegilor;

• dezvoltarea abilităților de refuz, luarea deciziilor, gestionarea stresului și rezistența la presiunea grupului;

• analiza marketingului digital, a influencerilor, aromelor, designului și afirmațiilor de tip „mai sigur”;

• activități conduse de profesori instruiți, completate de educație “între egali” (peer-to-peer), fără prezentarea demonstrativă a dispozitivelor;

• componentă pentru elevii care consumă deja, bazată pe intervenție scurtă, interviu motivațional și trimitere către sprijin adecvat;

•evaluare la început și imediat după program și la 6–12 luni, utilizând indicatori precum inițierea, consumul în ultimele 30 de zile, intenția, percepția riscului și expunerea la marketing.

Programele școlare singure însă pot să nu fie eficiente în reducerea adoptării comportamentelor de consum de substanțe. Astfel, sunt necesare acțiuni cuprinzătoare la mai multe niveluri, inclusiv familii, comunități, centre de tineret și spitale, alături de căi puternice de trimitere care să ofere serviciile necesare tinerilor.

În prevenirea consumului de nicotină, componenta parentală trebuie să urmărească:

• informarea părinților despre tipurile de produse, semnele consumului, conținutul de nicotină și riscurile produselor utilizate discret;

• stabilirea unor reguli familiale clare și consecvente privind tutunul, vapingul, HTPs și pliculețele cu nicotină;

• modelarea unui comportament fără tutun și nicotină de către adulți și evitarea expunerii copiilor la fum și aerosoli;

• comunicarea calmă, repetată și adaptată vârstei, bazată pe întrebări și ascultare, nu doar pe avertismente și sancțiuni;

• monitorizarea accesului la surse financiare, a cumpărăturilor online, livrărilor și expunerii la conținut promoțional pe rețele sociale, cu respectarea progresivă a autonomiei adolescentului;

• recunoașterea factorilor asociați – stres, anxietate, probleme școlare, presiunea grupului – și solicitarea sprijinului consilierului sau medicului;

• participarea părinților la elaborarea politicii școlare și la activitățile de prevenție, astfel încât mesajele familiei și școlii să fie coerente.

Pentru ca intervențiile din cadrul campaniilor de prevenire a consumului de tutun în rândul adolescenților să fie eficiente și sustenabile, este esențial ca acestea să fie completate de un set coerent

și bine fundamentat de măsuri legislative, educaționale și sociale. Aceste măsuri trebuie să aibă ca obiectiv atât limitarea accesului și atractivității produselor din tutun și nicotină, cât și creșterea nivelului de conștientizare în rândul populației tinere cu privire la riscurile reale asociate consumului acestor produse, indiferent de forma sub care sunt prezentate (tradiționale, electronice sau încălzite).

Țigările electronice creează dependență și ar trebui depuse eforturi pentru a reduce disponibilitatea lor pentru tineri prin interzicerea reclamelor, a promoțiilor și a aromelor și prin reglementarea altor elemente și componente care cresc toxicitatea, atractivitatea și dependența țigărilor electronice pentru tineri.

Un prim pilon esențial constă în **consolidarea cadrului legislativ** privind vânzarea produselor din tutun. Este necesară menținerea și întărirea reglementărilor care interzic vânzarea acestor produse către minori, prin impunerea unor sancțiuni clare pentru comercianții care încalcă legea. În același timp, se impune verificarea implementării interzicerii comercializării de produse din tutun în proximitatea unităților de învățământ, pentru a reduce expunerea directă a elevilor la puncte de vânzare și pentru a elimina normalizarea accesului la aceste produse în spațiile frecventate de minori.

De asemenea, o măsură benefică implementată deja în unele țări, este reglementarea comercializării țigaretelor electronice și a produselor din tutun încălzit, prin impunerea unor restricții similare celor aplicate tutunului convențional: **limitarea vânzării în funcție de vârstă și interzicerea promovării agresive a acestora în spații accesibile minorilor**.

Un alt element esențial îl reprezintă **diminuarea atractivității produselor destinate consumului de tutun**, mai ales în formele lor moderne (vape-uri, produse încălzite, țigări electronice cu arome). În acest sens, este de evaluat restricționarea utilizării aromelor atractive, precum cele de fructe, mentol sau asemănătoare dulciurilor, special concepute pentru a atrage adolescenții și care joacă un rol semnificativ în inițierea consumului în rândul tinerilor.

Totodată, este necesară consolidarea utilizării **ambalajului neutru, fără elemente grafice atractive, însoțit de avertismente vizuale de impact**, care să informeze în mod direct și nedistorsionat asupra riscurilor de sănătate asociate fiecărui tip de produs.

Campania IEC trebuie să includă **mesaje clare și adaptate vârstei** despre pericolele asociate consumului de produse cu nicotină, în special în formele percepute ca „mai sigure” (vape-uri, produse din tutun încălzit). Este esențial ca tinerii să înțeleagă că, deși aceste produse pot fi comercializate ca alternative la fumatul tradițional, ele nu sunt lipsite de riscuri și pot duce la dependență nicotinică, tulburări respiratorii, afectarea dezvoltării cognitive și expunere la substanțe toxice. Integrarea acestor teme în curricula școlară, prin programe de educație pentru sănătate livrate de profesori instruiți și, acolo unde este posibil, cu sprijinul personalului medical, ar aduce un real beneficiu. Activitățile educative din cadrul campaniei trebuie să promoveze modele pozitive de comportament, să încurajeze gândirea critică și să ofere tinerilor instrumente concrete pentru a rezista presiunilor de grup sau strategiilor de marketing agresiv.

Succesul acestor măsuri depinde însă și de **implicarea activă a părinților, cadrelor didactice, profesioniștilor din sănătate publică și autorităților locale**, care pot acționa ca vectori de influență și susținere a comportamentelor sănătoase.

Astfel, Campania IEC 2026 trebuie să vizeze instruirea acestor grupuri în ceea ce privește identificarea timpurie a riscurilor, oferirea de sprijin psihologic și susținerea adolescenților în deciziile lor de a nu începe să consume produse din tutun sau de a renunța la acest comportament nesanogen.

Abordarea combinată prin reglementări stricte, educație constantă și reducerea atractivității produselor din tutun poate crea un mediu social, legislativ și educațional favorabil prevenirii inițierii consumului de tutun și consolidării unei generații de tineri informată, autonomă și orientată spre un stil de viață sănătos.

Cap VIII Bibliografie

1. WHO. Regional Office for Europe - Status of tobacco use in the Region. Available online: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/tobacco (accessed on 28th July).
2. Perez-Cornago, A., Sarasa-Renedo, A., Jarach, C., Wollgast, J., Maragkoudakis, P. . Health outcomes associated with the use of e-cigarettes, heated tobacco products, and nicotine pouches. *Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2026* **2026**, doi:10.2760/0061469.
3. INS. *Starea de sănătate a populației din România -2019*; 2021.
4. OECD. *European Cancer Inequalities Registry - Profil de țară privind cancerul, 2025*; online, 2025.
5. WHO. *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030*; Geneva, 2024.
6. OECD. *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*; 2025.
7. OECD. *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*; Paris, 2024.
8. EC. *Special Eurobarometer SP539: Attitudes of Europeans towards tobacco and related products*; internet, 2024.
9. EUROBAROMETER. *Special Eurobarometer 539 -Attitudes of Europeans towards tobacco and related products* European Union online, 2023.
10. HBSC. Health Behaviour in School-aged Children study (2023), Data browser (findings from the 2021/22 international HBSC survey). Available online: https://data-browser.hbsc.org. (accessed on september).
11. Charrier L; van Dorsselaer S; Canale N, B.T.; Kilibarda B; RI, C. *A focus on adolescent substance use in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey.*; Copenhagen, 2024.
12. ESPAD. *Key findings from the 2024 European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)*; online, 2025.
13. ESPAD. ESPAD Data portal - Tobacco, 2024. **2025**.
14. ESPAD. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD): 30 years. *New ESPAD survey results: Teen substance use down, but new risks emerging* **2025**.
15. IHME. Global Burden of Disease Study 2023. Available online: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/ (accessed on
16. WHO. Regional Office for Europe - Effects of tobacco on health, Key facts. Available online: https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/effects-of-tobacco-on-health (accessed on August 4th).

17. WHO. The tobacco body. Available online: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-19.1 (accessed on 10th July).
18. WHO. WHO warns that tobacco use is linked to child stunting. Available online: https://www.who.int/news/item/09-09-2025-who-warns-that-tobacco-use-is-linked-to-child-stunting (accessed on September 9).
19. WHO. *Tobacco and stunting*; WHO: Geneve, 2025.
20. Flor, L.S.; Anderson, J.A.; Ahmad, N.; Aravkin, A.; Carr, S.; Dai, X.; Gil, G.F.; Hay, S.I.; Malloy, M.J.; McLaughlin, S.A.; et al. Health effects associated with exposure to secondhand smoke: a Burden of Proof study. *Nat Med* **2024**, *30*, 149-167, doi:10.1038/s41591-023-02743-4.
21. INSP. *Proiect „Consolidarea rețelei naționale de furnizori de îngrijiri primare de sănătate pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, copii și adulți (inclusiv populație vulnerabilă)" - Ghid de prevenție pentru medicul de familie - Intervenții preventive integrate adresate stilului de viață - Fumatul. Consumul de alcool*; București, 2023.
22. WHO. *Heated Tobacco Products - a brief*; 2020.
23. Bravo-Gutierrez, O.A.; Falfan-Valencia, R.; Ramirez-Venegas, A.; Sansores, R.H.; Ponciano-Rodriguez, G.; Perez-Rubio, G. Lung Damage Caused by Heated Tobacco Products and Electronic Nicotine Delivery Systems: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* **2021**, *18*, doi:10.3390/ijerph18084079.
24. Znyk, M.; Jurewicz, J.; Kaleta, D. Exposure to Heated Tobacco Products and Adverse Health Effects, a Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* **2021**, *18*, doi:10.3390/ijerph18126651.
25. WHO. *Heated tobacco products: summary of research and evidence of health impacts*; Geneva, 2023.
26. INSP. *EVIDENȚE DESPRE ȚIGARETA ELECTRONICĂ ȘI EFECTELE UTILIZĂRII ASUPRA SĂNĂTĂȚII*; București, 2019.
27. ESC. European Society of Cardiology: Vaping must be included in the next EU smoking ban. *The ESC supports the Council Recommendations on smoke - and aerosol-free environments* **2024**.
28. Kundu, A.; Feore, A.; Sanchez, S.; Abu-Zarour, N.; Sutton, M.; Sachdeva, K.; Seth, S.; Schwartz, R.; Chaiton, M. Cardiovascular health effects of vaping e-cigarettes: a systematic review and meta-analysis. *Heart* **2025**, *111*, 599-608, doi:10.1136/heartjnl-2024-325030.
29. Wiens, T.; Taylor, J.; Cole, C.; Saravia, S.; Peterson, J.; Lunda, M.; Margetta, J.; D'Heilly, P.; Holzbauer, S.; Lynfield, R. Lessons Learned From the E-cigarette, or Vaping, Product Use-Associated Lung Injury (EVALI) Outbreak Response, Minnesota, 2019-2020. *Public Health Rep* **2022**, *137*, 1053-1060, doi:10.1177/00333549211051394.
30. Sahu, R.; Shah, K.; Malviya, R.; Paliwal, D.; Sagar, S.; Singh, S.; Prajapati, B.G.; Bhattacharya, S. E-Cigarettes and Associated Health Risks: An Update on Cancer Potential. *Adv Respir Med* **2023**, *91*, 516-531, doi:10.3390/arm91060038.
31. Li, X.; Yuan, L.; Wang, F. Health outcomes of electronic cigarettes. *Chin Med J (Engl)* **2024**, *137*, 1903-1911, doi:10.1097/CM9.0000000000003098.
32. SCENIHR. Final Opinion on Additives used in tobacco products (Opinion 1) - Tobacco Additives I **2016**.
33. WHO. The Tobacco Atlas: Challenge - Health Effects. **2024**.
34. Salari, P., Maragkoudakis, P.-A., Wollgast, J. The health-related costs attributable to tobacco in the EU. *Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2026,* **2026**, doi:10.2760/5833286.

35. EC. Commission evaluation of the EU tobacco control framework highlights progress and emerging public health challenges. **2026**.
36. WHO. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2025: warning about the dangers of tobacco*; Geneva, 2025.
37. WHO. Tobacco control efforts protect 6.1 billion people – WHO's new report. Available online: https://www.who.int/news/item/23-06-2025-tobacco-control-efforts-protect-6.1-billion-people-who-s-new-report (accessed on 15th July).
38. WHO. Country profile Romania - Summary of MPOWER measures in Romania. Available online: https://www.who.int/publications/m/item/tobacco-2025-romania-country-profile (accessed on May 28th).
39. Joossens L; Olefir L; Feliu A; E, F. *The Tobacco Control Scale 2021 in Europe*; Catalan Institute of Oncology: Brussels, 2022.
40. Joossens L., A.H., Roman E,. *The Tobacco Control Scale 2025 in Europe*; Brussels, 20 May 2026 2026.
41. INSP. *Metodologie evaluarea comportamentelor la risc- studiu YRBSS*; București, 2024.
42. INSP. *Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS), România 2022-2023*; 2023.
43. FCTC, W. WHO FRAMEWORK CONVENTION ON TOBACCO CONTROL. Available online: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1 (accessed on
44. WHO. Nicotine- and tobacco-free schools: policy development and implementation toolkit. **2023**.
45. WHO. Freedom from nicotine and tobacco: guide for schools. **2023**.
46. Mylocopos, G.; Wennberg, E.; Reiter, A.; Hebert-Losier, A.; Filion, K.B.; Windle, S.B.; Gore, G.; O'Loughlin, J.L.; Grad, R.; Eisenberg, M.J. Interventions for Preventing E-Cigarette Use Among Children and Youth: A Systematic Review. *American journal of preventive medicine* **2024**, *66*, 351-370, doi:10.1016/j.amepre.2023.09.028.
47. Barnes, C.; Turon, H.; McCrabb, S.; Hodder, R.K.; Yoong, S.L.; Stockings, E.; Hall, A.E.; Bialek, C.; Morrison, J.L.; Wolfenden, L. Interventions to prevent or cease electronic cigarette use in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* **2023**, *11*, CD015511, doi:10.1002/14651858.CD015511.pub2.
48. Champion, K.E.; Gardner, L.A.; McCann, K.; Hunter, E.; Parmenter, B.; Aitken, T.; Chapman, C.; Spring, B.; Thornton, L.; Slade, T.; et al. Parent-based interventions to improve multiple lifestyle risk behaviors among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine* **2022**, *164*, 107247, doi:10.1016/j.ypmed.2022.107247.
49. Rifat, M.A.; Orsini, N.; Qazi, B.; Galanti, M.R. Smoking Prevention and Cessation Programs for Children and Adolescents Focusing on Parental Involvement: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Adolesc Health* **2025**, *76*, 532-541, doi:10.1016/j.jadohealth.2024.10.032.

Adresa: str. Dr. Leonte Anastasievici nr. 1-3, sector 5, cod poștal 050463,
București, România
Telefon secretariat: +4 0213 183 620, +4 0213 183 619
Fax: +4 0213 123 426
E-mail: directie.generala@insp.gov.ro

INSP