

Analiză de situație

LUNA NAȚIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL



Iulie 2016

SCOPUL ANALIZEI:

Scopul analizei este de a furniza date relevante privind dimensiunea și caracteristicile consumului de alcool la nivel internațional și național și de a identifica grupurile vulnerabile care au nevoie de intervenții de sănătate specifice.

SCOPUL CAMPANIEI:

Scopul campaniei: Prevenirea debutului timpuriu al consumului de alcool în rândul copiilor și adolescenților și promovarea unui comportament responsabil față de consumul de alcool.

OBIECTIVELE CAMPANIEI IEC:

Obiectivul 1. Creșterea gradului de informare a copiilor, adolescenților și tinerilor cu privire la efectele consumului de alcool asupra sănătății și riscurile debutului timpuriu al consumului de alcool;

Obiectivul 2. Creșterea gradului de reponsabilizare a părinților cu privire la rolul familiei în formarea unui comportament responsabil față de consumul de alcool în rândul copiilor, adolescenților și tinerilor.

GRUP ȚINTĂ: copii, adolescenți, tineri sub vârsta de 25 ani
părinți

Mesaj cheie: Consumul de alcool în rândul adolescenților are consecințe grave asupra dezvoltării creierului și este corelat cu o rată crescută a sinuciderilor, violenței, accidentelor și bolilor fatale. Nu există o cantitate “sigură” de alcool care poate fi consumată de către adolescenți.



I. Date statistice și rezultate relevante ale studiilor la nivel internațional, european și național

Consumul de alcool în lume

Trendul consumului de alcool și efectele consumului dăunător de alcool asupra sănătății este dependent de contextul socio-economic și cultural al unei țări, de disponibilitatea alcoolului și de eficacitatea politicilor naționale în domeniul alcoolului. Efectele dăunătoare ale alcoolului asupra sănătății depind de volumul de alcool consumat, de pater-ul de consum și, uneori, de calitatea alcoolului consumat. (WHO, 2014. *Global status report on alcohol and health 2014*, p. XIII) Cu toate că țările dezvoltate înregistrează ratele cele mai înalte ale consumului de alcool, mortalitatea datorată problemelor legate de consumul de alcool este mai înaltă în țările sărace. (WHO, 2011. *Global status report on alcohol and health 2011*, p.X-XI)

Consumul de alcool este al treilea factor de risc pentru boală și moarte prematură (UE, 2016. *Committee of the Regions. 2016;. 8th Commission meeting, 10 May 2016. Working Document. Commission for Natural Resources. The need for and way towards an EU strategy on alcoho-related issues. COR-2016-01831-00-02-DT-TRA-EN.docx/content*) și al treilea factor de risc pentru boală și mortalitate în UE, după tabagism și hipertensiunea arterială. (WHO, 2009 citat în WHO, 2012. *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Andreson, Moller et Galea (eds), p.1*)

În general, nivelul socio-economic al unei țări este direct proporțional atât cu nivelul consumului de alcool, cât și cu ponderea episoadelor de consum excesiv de alcool. (WHO, 2014. *Global status report on alcohol and health 2014*, p.XIV)

În anul 2010, consumul mediu global de alcool a fost de 6,2 litri alcool pur/capita la persoane de peste 15 ani, echivalentul a 13,5 grame alcool pur/zi. (WHO, 2014. *Global status report on alcohol and health 2014*, p. XIII) Un sfert din acest consum (24,8%) este neînregistrat, reprezentând alcoolul produs în gospodării, obținut și comercializat în afara regimului guvernamental de control. (*ibidem*), potențial periculos datorită impurităților și a contaminării băuturilor. (WHO, 2011. *Global status report on alcohol and health 2011*, p.4) La nivel global, 50,1% din băuturile alcoolice consumate sunt băuturi spirtoase. (*ibidem*) Există o relație de proporționalitate inversă între nivelul total al consumului de alcool și ponderea consumului neînregistrat de alcool din consumul total, profil caracteristic țărilor sărace și a țărilor în curs de dezvoltare, unde consumul de alcool rămâne la cote înalte pe seama alcoolului produs ilegal în gospodării. (WHO, 2011. *Global status report on alcohol and health 2011*, p.5)

La nivel mondial, 61,7% din populația în vârstă de 15 ani și peste nu a consumat alcool în ultimele 12 luni, dar 16% s-au angajat în episoade de consum excesiv de alcool. (WHO, 2014. *Global status report on alcohol and health 2014*, p. XIV) În toate regiunile OMS, bărbații sunt mai frecvent

consumatori de alcool, experimentează de patru ori mai frecvent episoade de consum excesiv și au o pondere mai înaltă a disabilităților și mortalității. (WHO, 2011. *Global status report on alcohol and health 2011*, p.X)

UE este regiunea care înregistrează cele mai înalte rate ale consumului de alcool (*ibidem* p.29), cu un consum care, în anul 2009, a depășit dublul consumului mediu global. (WHO, 2012. *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Andreson, Moller et Galea (eds), p.1)

Aproximativ 266 milioane de europeni adulți de declară consumatori de alcool în cantități ce depășesc zilnic 20 g în rândul populației feminine și peste 40 g în rândul populației masculine, din care aproximativ 58 milioane (15%) sunt consumatori a unor cantități superioare acestora, 6% declarând un consum de peste 40 g (în rândul femeilor) sau 60 g pe zi (în rândul bărbaților). (European Commission, 2006. *Health and Consumer Protection Directorate General. Alcohol in Europe. A Public Health Perspective*, p.3) Evaluând prevalența anuală a dependenței de alcool, aceeași sursă citează un număr de 23 milioane de adulți, respectiv 5% din bărbați și 1% din femei. Deși multe femei stopează consumul de alcool pe durata sarcinii, 25%-50% din acestea continuă să bea, înregistrând uneori pattern-uri de consum dăunător. (*ibidem*)

Preferințele pentru băuturile alcoolice reflectă variații geografice importante:

- vinul, forma preferată de băutură alcoolică în țările europene și America de Sud (Argentina și Chile, ca țări producătoare de vin);
- berea, consumată de 36% dintre băutori, este preferată în emisfera vestică, cea mai mare parte a Europei de Nord, multe dintre țările Africii și Australia. În regiunea Africii sub-Sahariene, unde nivelele de consum sunt reduse, berea și băuturile spirtoase sunt consumate în proporții relativ egale;
- băuturile spirtoase, reprezentând peste 45% din totalul consumului înregistrat de alcool, sunt preferate de locuitorii Asiei de Sud-Est și ai Pacificului de Nord. (WHO, 2011. *Global status report on alcohol and health 2011*, p.6-7)

Caracteristici ale modelului de consum de alcool în Europa relevă:

- țările central-estice și estic europene, cu o apartenență relativ recentă la UE, caracterizate printr-un PIB inferior PIB-ului mediu al UE, înregistrează rate ale consumului de alcool este caracterizat superioare ratelor medii ale UE, cu nivele înalte ale consumului de alcool neînregistrat. Băuturile spirtoase ocupă o pondere importantă în cadrul tipului de alcool consumat, în timp ce preferințele pentru vin sau bere diferă în proporții semnificative. (WHO, 2012. *Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches*. Andreson, Moller et Galea (eds), p.10-12)

- țările central-vestice și vestic europene înregistrează un PIB care depășește cu aproximativ 10% PIB-ul mediu la nivelul UE. Cu excepția Franței, berea este băutura preferată. Modelul de consum este de tip mediteranean, iar toleranța socială pentru episoadele de ebrietate este redusă, cu excepția Marii Britanii și Irlandei, a căror pattern de consum și tradiție culturală sunt mai apropiate de modelul țărilor nordice. (*ibidem*)
- țările nordice și nord-est europene se definesc printr-un nivel de consum redus față de media UE, preferință pentru băuturi spirtoase, consum de alcool episodic (non-zilnic), dar cu o pondere înaltă a episoadelor de consum excesiv de alcool și o toleranță socială crescută pentru stările de ebrietate. (*ibidem*)
- țările sud europene se caracterizează printr-un model mediteranean de consum de alcool, cu preferință pentru consumul zilnic de vin, pondere redusă a episoadelor de intoxicație acută și toleranță socială redusă pentru starea de ebrietate. Cu excepția Ciprului și a Maltei, nivele de consum sunt înalte. (*ibidem*)

Consumul de alcool în România

În *Global Status Report on Alcohol and Health 2014* este prezentat un profil de țară. Conform acestui profil, în anul 2010, consumul de alcool pur/capita la populația în vârstă de 15 ani și peste a fost de 14,4 l, înregistrând o tendință crescătoare în ultimul deceniu. Din acest consum, 10,4 litri alcool reprezintă consumul înregistrat, iar 4 l reprezintă consumul de alcool neînregistrat, înregistrând o tendință stabilă. (*WHO, 2014. Global Status Report on Alcohol and Health, 2014. p.232*)

Consumul mediu de alcool pur în rândul bărbaților este de 22,6 l, respectiv 6,8l în rândul femeilor. (*ibidem*) Numai 14,3% din populația de peste 15 ani nu a consumat niciodată alcool. Consumul de alcool înregistrat exclusiv în rândul băutorilor este de 30,7 litri alcool pur per capita în rândul bărbaților și de 10,9 litri alcool pur per capita în rândul femeilor, media consumului de alcool în rândul populației băutoare fiind de 21,3 litri alcool pur per capita. (*ibidem*)

În anul 2010, prevalența episoadelor de consum dăunător de alcool a fost de 18,7 % în rândul bărbaților băutori (13,7 % din populația de sex masculin), respectiv de 2,7 % în rândul femeilor băutoare (1,7% din populația de sex feminin), ponderea cumulată a episoadelor de consum excesiv pentru ambele sexe fiind de 7,5% din populația generală, respectiv 11,1% din populația care se autodeclară băutoare. (*ibidem*)

Un procent de 14,3 din populație se declară abstinentă, reprezentând doar 7,6% din populația masculină și 29,3% dintre femei. (*ibidem*) Ponderi sensibil egale între cele două sexe se

înregistrează în rândul foștilor băutori, reprezentând 18,6% din populația de sex masculin în vârstă de 15 ani și peste și 17,4% din populația feminină. (*ibidem*) Aproximativ o treime din populație afirmă că nu a consumat alcool în ultimele 12 luni (32,4%).(*ibidem*)

Preferințele românilor pentru băuturile alcoolice se îndreaptă în principal spre bere (50% din băutori), vin (29%) și băuturi spirtoase (21%). (*ibidem*)

Analiza tipului de consumator din perspectiva echivalentului volumului de alcool indică:

- 18,4% băutori „light” (ușor), cu un consum săptămânal echivalent alcoolului conținut de maxim 2 sticle de bere;
- 27% sunt băutori „medium” (medii), care consumă săptămânal echivalentul alcoolului din 2–7 sticle de bere;
- 11% băutori „hard” (grei), care consumă săptămânal echivalentul alcoolului din peste 7 sticle de bere. (*MS. CSP Sibiu, 2005. Atitudini și Comportamente Legate de Stilul de Viață Sănătos. Raport Final*)

Consumul de alcool reprezintă apanajul mediului de proveniență urban pentru consumatorii „light”, respectiv al mediului rural pentru consumatorii „hard” (60%), majoritatea băuturilor fiind produse în propria gospodărie pentru ultima categorie. Consumatorii cu un nivel crescut de instruire se regăsesc preponderent în categoria bauturilor, consumul crescut de alcool fiind mai frecvent în rândul celor ce provin din familii sărace. (*ibidem*) Cu toate acestea, venitul personal situat peste medie se asociază cu un consumul mai mare de alcool. Influența pattern-ului de consum în funcție de regiunea geografică e semnificativă pentru intensitatea consumului. Astfel, transilvănenii înregistrează cel mai mare număr de abștinenți, bucureștenii sunt mai degrabă băutori „light”, iar moldovenii și muntenii sunt prezenți mai frecvent în zona consumului „medium” și „hard”.(*ibidem*)

II. Patologia asociată consumului de alcool

Alcoolul este implicat în producerea a peste 200 entități psihopatologice și somatice diferite, clasificate de ICD-10.(*WHO, 2014. Global status report on alcohol and health 2014, p.2*) Alcoolul este implicat în producerea tulburărilor neuropsihiatrice (epilepsie, depresie, anxietate și altele), a tulburărilor gastrointestinale (ciroză hepatică, pancreatită acută sau cronică), a cancerelor (de tub digestiv și sân), a bolilor cardiovasculare (ischemice, hemoragice, hipertensiune arterială), a sindromului alcoolic fetal, a diabetului zaharat, a bolilor infecțioase (ex. pneumonie, tuberculoză) și a vătămărilor intenționale și non-intenționale (auto și heteroagresivitate, suicid, omor). (*ibidem p.12*)

În anul 2012, 139 milioane DALY, reprezentând 5,1% din povara globală a bolii, s-au datorat deceselor premature și disabilităților atribuibile consumului de alcool, cea mai înaltă rată fiind înregistrată la nivelul UE. (*ibidem p.XIV*)

Rata poverii atribuibile consumului de alcool este de 7,4% în rândul bărbaților și de 1,4% în cazul femeilor. (*ibidem p.8*) Impactul poverii bolii asupra sexului masculin este consecința faptului că bărbații sunt mai rar abștinenți față de femei, beau mai frecvent și cantități mai mari de alcool. Cu toate acestea, impactul consecințelor sociale ale consumului de alcool și al pattern-ului de consum demonstrează prevalența mai mare a efectelor în rândul populației feminine. (*ibidem p.8*)

Alcoolul cauzează 3,3 milioane decese anual și afectează cu preponderență sexul masculin, fiind răspunzător de 7,6% din decesele în rândul bărbaților și 4% din decesele în rândul femeilor. (*ibidem p.XIV*) La nivel global, în anul 2012, s-a estimat că alcoolul a fost cauza a 5,9% din mortalitatea globală. (*ibidem*)

În anul 2004, peste 4 milioane DALY au fost pierduți datorită efectelor alcoolului, 15% înregistrându-se în rândul bărbaților și 4% în rândul femeilor. (UE, 2016. CNAPA. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016)*, p. 2))

Populația europeană tânără reprezintă în mod particular o populație la risc, cu o mortalitate de peste 10% în rândul femeilor și aproximativ 25% în rândul bărbaților în vârstă de 15-29 ani, ca urmare a pattern-urilor de consum nociv de alcool. (UE, 2006. *Commission of European Communities. Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions. Brussels, 2006. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*, p.6)

Accidentele rutiere pe fondul consumului de alcool sunt, de asemenea, o cauză de îngrijorare majoră la nivelul UE. Aproximativ 1 din 4 accidente rutiere sunt asociate consumului de alcool, cel puțin 10.000 persoane pierzându-și viața în fiecare ca urmare a evenimentelor rutiere în UE. (*ibidem*)

Costurile asociate consumului de alcool

Conform unui meta-studiu din 2006, care cuprinde mai multe studii efectuate la nivel european privind costurile legate de consumul de alcool, costurile societale ale consumului de alcool se ridică la aproximativ 1,3% din PIB-ul unei țări. (UE, 2016. *Committee of the Regions. 2016. 8th Commission meeting, 10 May 2016. Working Document. Commission for Natural Resources. The need for and way towards an EU strategy on alcohol-related issues*)

Costurile societale asociate consumului de alcool în UE, în 2010, au fost estimate la 155.8 miliarde € din care 45,2 mld datorate deceselor premature, 21,4 mld € pentru asistență de sănătate, 30 mld € datorate absenteismului și șomajului. La aceste costuri se adaugă costurile datorate acțiunilor în justiție pentru infracțiunile legate de consumul de alcool costs estimate la 33 mld €

anual în 2006. (UE, 2016. CNAPA. Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016), p. 2))

Povara bolii atribuibilă consumului de alcool în România

Prevalența tulburărilor induse de alcool în rândul populației de 15 ani și peste este de 2,4% (3,7% în rândul bărbaților și 1,1% în rândul femeilor), comparativ cu valoarea de 7,5% la nivelul UE. (WHO, 2014. *Global Status Report on Alcohol and Health, 2014. p.232*) Decalajul celor două valori indică o subraportare masivă a patologiei psihosomatice atribuibile consumului de alcool. În ceea ce privește dependența de alcool în România, datele relevă același fenomen al subraportării, valoarea acesteia fiind de 2% în rândul populației de peste 15 ani și peste (2% în rândul bărbaților și 0,6% în rândul femeilor), față de 4%, valoare înregistrată la nivelul UE. (*ibidem*)

Conform unei estimări prezentate de Ministerul Sănătății: „în România mor anual peste 17000 de oameni datorită consumului de alcool, iar peste jumătate dintre aceștia mor în perioada activă a vieții lor (între 20 și 64 de ani). (Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective, Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică și Control în Sănătatea Publică, Cabinet Ministru, 21 martie 2011) Mortalitatea la vârsta adultă (20-64 de ani), atribuibilă consumului de alcool în România este de trei ori mai mare la bărbați, respectiv de 1,5 ori mai mare la femei, comparativ cu UE 15 (statele membre până în 2004). (*ibidem*) Între cauzele de mortalitate atribuibile consumului de alcool se numără accidentele (mortalitate de trei ori peste media UE 15), bolile cardiovasculare (mortalitate de două ori media UE10 - statele membre noi - și de opt ori media UE15) și ciroza hepatică (mortalitate peste dublul țărilor UE15)”. (*ibidem*)

Ratele standardizate ale mortalității înregistrează următoarele valori în anul 2012: (*ibidem*)

- **Ciroză hepatică:** 65/100.000 locuitori la bărbați și 29,8/100.000 locuitori pentru femei; fracțiunea atribuibilă alcoolului fiind de 77,8% în cazul bărbaților și 60,9% în rândul femeilor;
- **Accidente de trafic rutier:** 18,9/100.000 locuitori de sex masculin și 4,7/100.000 locuitori de sex feminin; fracțiunea atribuibilă alcoolului fiind de 27,4% pentru bărbați și 7,8% pentru femei.

III. Tendințe și caracteristici ale consumului de alcool în rândul adolescenților și tinerilor sub 25 ani

Consumul de alcool la adolescenții europeni

În timp ce consumul mediu de alcool în UE a scăzut, ponderea adolescenților și adulților tineri afectați de efectele consumului nociv de alcool a crescut în ultima decadă în numeroase state membre UE. (UE. Commission of European Communities. Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions.Brussels, 2006. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm, p.6)

Conform anchetei *ESPAD 2011*, în medie 87% din populația în vârstă de 15-16 ani a consumat cel puțin o dată în viață alcool, 79% au consumat alcool în ultimele 12 luni și 57% în ultimele 30 zile înaintea aplicării chestionarului (*The Swedish Council for Information on Alcohol and other Drugs (CAN.) The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA.) Council of Europe. The 2011 ESPAD Report, p.11*)

Pattern-ul de consum înregistrează diferențe semnificative între diferite țări, astfel adolescenții danezi au declarat un consum în medie de trei ori mai mare cu ocazia ultimului de episod de consum de alcool față de omologii lor din Albania, Moldova, Muntenegru sau România, cele mai mari cantități de alcool consumate fiind identificate în țările nordice și insulele Britanice, iar mai reduse în locațiile sud-est europene. (*ibidem*)

Creșterile acestui tip de comportament au fost vizibile mai ales în rândul fetelor (în anul 2007, comparativ cu 2003), cu o creștere a prevalenței de la 35 % la 42 %, cu o scădere ușoară la valoarea de 38% în 2011. (*ibidem*) În rândul băieților, ponderea episoadelor de consum excesiv înregistrează o ușoară scădere în 2011 (43%) față de 2007 (45%) apropiindu-se de valoarea din 1995 (41%). (*ibidem*) Consumul de alcool la petreceri este adesea însoțit de utilizarea de droguri recreaționale, sporind riscurile rezultatelor negative în rândul tinerilor. (*ibidem*) În acest context, perspectivele politice trebuie să reflecte faptul că utilizarea combinată de droguri cu alcool a devenit o componentă cheie a problemelor legate de policonsumul de droguri cu care se confruntă societatea actuală. (*ibidem*)

În ceea ce privește vârstă de debut a consumului de alcool, aproximativ șase din 10 elevi declară că au ingerat primul pahar de alcool la vârsta de 13 ani sau mai devreme și 12 % din aceștia au experimentat primul episod de intoxicație alcoolică acută la această vârstă. (*ibidem p.13*)

Aproximativ 64% din adolescenții și tinerii sub 25 ani intervievați au declarat preferința pentru alcool ca mijloc de distracție, cu consecințe pozitive, iar 48% au declarat că alcoolul îi ajută să uite de probleme. Doar 42% au admis că alcoolul poate avea efecte dăunătoare asupra sănătății. (*ibidem p.80*) Posibilitatea ca alcoolul să fie cauza unor comportamente pe care „să le regrete mai

târziu” sau al unei “stări proaste” este admisă de numai 35% din repondenți, iar „problemele cu poliția” și “a nu fi în stare să-și controleze consumul de alcool” sunt indicate de 19%. (*ibidem* p.81)

Populația în vârstă de 15-25 ani din Danemarca înregistrează cele mai înalte nivele ale răspunsurilor care apreciază consecințele pozitive ale alcoolului (74%), fiind urmați de adolescenții și tinerii din Marea Britanie (65–68%), Republica Cehă, Irlanda și Lichtenstein, în timp ce populația tânără care înregistrează cele mai înalte niveluri ale expectanțelor negative ale consumului de alcool se află în Croația și Insulele Faroe (aproximativ 52%). (*ibidem*) Nu se remarcă diferențe semnificative în modelele de expectanță față de efectele consumului de alcool între băieți și fete. (*ibidem*)

Decesele care au legătură cu alcoolul reprezintă aproximativ 25 % din totalul deceselor în rândul tinerilor între 15 și 29 de ani. (*UE, 2014. Comisia Europeană. Consumul excesiv de alcool. O povară uriașă pentru sănătatea publică și societate, p.2).*

Consumul de alcool la adolescenții români

Datele existente în România pentru monitorizarea consumului de alcool sunt discontinue. În ultimii 10 ani, studii internaționale precum ESPAD 2007 și ESPAD 2011, cercetări efectuate în cadrul unor proiecte comune precum DRAIN (*MS, 2013. DRAIN 2011. Manual pentru prevenirea consumului de alcool în România DRAIN*), studiile și rapoartele anuale ale INSP au evaluat caracteristicile consumului de alcool în rândul populației generale (*INSP, 2005. Atitudini și comportamente legate de stilul de viață sănătos*), dar și obiceiurile legate de consumul de alcool în rândul copiilor și adolescenților (*INSP, 2013;2015. Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor. România*).

Proporția adolescenților de 16 ani care au consumat de-a lungul vieții vreo băutură alcoolică a fost de aproximativ 79%, în scădere față de 2007 (81%), 2003 (88%) și 1999 (85%) și sub media ESPAD care este de 87%. (*MS.MAI, SNSMPDS, ANA. ESPAD 2011. Rezultatele studiului național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri.-Sinteză, p. 2*)

În anul 2011, prevalența consumului de alcool din ultimele 12 luni cu valoarea de 72%, se află în scădere față de 74% în 2007, 79-80% în 1999 și 2003, media țărilor ESPAD fiind 79%. (*ibidem*) Consumul vreunei băuturi alcoolice în ultimele 30 de zile a scăzut în 2011 la 49%, față de 52% în 2007 și situându-se sub media europeană de 57%. (*ibidem*) Starea de ebrietate a fost experimentată de 33% dintre elevii de 16 ani, față de 35% în 2007, 52% în 2003 și 43% în 1999. Media țărilor ESPAD a fost de 47%. Proporția celor care au declarat că în ultimele 30 de zile au consumat cel puțin o dată minimum 5 băuturi la o ocazie a fost de 36% în 2011, în creștere ușoară față de 2007 (33%) și în creștere mai pronunțată față de 2003 și 1999 (24 și respectiv 27%). Valoarea se află cu 3 procente sub media europeană de 39%. (*ibidem*) Proporția celor care au raportat că au consumat mai mult de 5 băuturi la o ocazie, de peste 3 ori în ultimele 30 de zile, a

fost de 10% în 2011, în creștere față de 2007 (8%) dar în scădere ușoară față de 1999 și 2003 când a fost 11%. Valoarea națională se situează sub cea europeană (14%). (*ibidem*)

În România, studiul *DRAIN (2011)* identifică doar 11% dintre adolescenții de sex masculin și 26% dintre fete ca fiind abștinenți. (*Van Hoof et Moll., 2012. Adolescent Alcohol Consumption in Romania: A Blueprint for Measuring Alcohol (mis)Use. Rev cercet și interv soc, vol. 37, pp. 77-90*) Aproximativ 50% dintre adolescenții români afirmă că au început să consume alcool înainte de vârsta de 13 ani (*MS, 2013. DRAIN 2011. Manual pentru prevenirea consumului de alcool în România DRAIN, p.11*). Repondenții studiului *DRAIN* afirmă că procurarea băuturilor alcoolice este relativ facilă, alcoolul fiind disponibil în supermarket-uri, alimentare, restaurante, baruri, discoteci, unde este vândut inclusiv personanelor sub vârsta minimă legală (18 ani), care reușesc aproape întotdeauna să obțină alcool de la vânzătorii. (*Van Hoof et all. 2009. Selling alcohol to underage adolescents in Romania: Compliance with age restrictions in Pitesti. Revista de Cercetare si Interventie Sociala, 27, p.82-91.*)

În perioada 2006-2010, s-a înregistrat o creștere cu 6% a ponderii consumului săptămânal de alcool în cazul băieților. Valoarea identificată în anul 2014 (20,7%) este însă inferioară celei înregistrate în anul 2006 (21,6%). (*INSP. Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România, 2015, p.59*) În rândul fetelor, se observă o creștere mai puțin exprimată a consumului de alcool între 2006 și 2010, cu 2,3%, urmată de o scădere în 2014 (8,7%), valoarea fiind însă superioară celei din 2006 (8,4%). (*ibidem*) În ceea ce privește episoadele de consum dăunător de alcool, ponderea băieților care declară că au experimentat cel puțin două episoade de ebrietate pe parcursul vieții este superioară față de cea a fetelor. Atât pentru fete, cât și pentru băieți, se înregistrează o tendință fluctuantă, cu creșterea valorilor în perioada 2006-2010, urmată de înjumătățirea acestora în anul 2014 față de valorile din 2006. (*ibidem*) Pentru băieți se observă o creștere de 4,6 % între 2006 (23%) și 2010 (27,6%) și o descreștere în 2014 (13,9%). În cazul fetelor, se înregistrează o descreștere continuă lină de la 10,3% (2006) la 5,7% (2014). (*ibidem*)

V. Politici și strategii de intervenție

Politici și strategii de intervenție la nivel european

Strategia globală privind combaterea efectelor consumului dăunător de alcool are scopul de a ajuta guvernele și organismele implicate în combaterea efectelor nocive ale consumului de alcool să-și coordoneze acțiunile. Strategia UE privind alcoolul definește cinci teme prioritare relevante pentru orientarea strategiilor de prevenire a consumului dăunător de alcool în toate statele membre, complementare politicilor naționale în domeniul alcoolului și pentru care pot fi realizate

acțiuni comunitare convergente politicilor naționale: (*EU. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*)

1. Protejarea tinerilor, a copiilor și copiilor nenăscuți;
2. Reducerea morbidității și mortalității prin accidente de trafic;
3. Prevenirea tulburărilor psihopatologice datorate consumului de alcool în rândul adulților și prevenirea impactului negativ al consumului de alcool la locul de muncă;
4. Informarea, educarea și conștientizarea efectelor dăunătoare ale consumului de alcool și promovarea unui consum responsabil de alcool;
5. Crearea, dezvoltarea și susținerea bazelor de date comune.

Obiectivele principale ale intervențiilor pentru protejarea copiilor și tinerilor aflați sub vârsta minimă legală pentru consumul de alcool sunt:

- a) Întârzierea debutului consumului de alcool
- b) Reducerea și minimalizarea cantităților de alcool care ar putea fi consumate de către adolescenți
- c) Reducerea consecințelor pe care copiii le pot suferi în familiile afectate de alcoolism.
(*ibidem*)

Planul de acțiune privind consumul de alcool în rândul tinerilor și episoadele de consum excesiv de alcool sprijină realizarea obiectivelor *Strategiei UE privind alcoolul*, prin acțiuni concrete care vizează șase arii intervenție. Grupele de vârstă considerate ca “tinere” sunt: copiii nenăscuți, copiii, adolescenții și tinerii în vârstă de până la 25 ani.

- I.** Reducerea episoadelor de consum excesiv de alcool
- II.** Reducerea disponibilității și accesibilității adolescenților față de băuturile alcoolice
- III.** Reducerea expunerii adolescenților la marketingul și comercializarea băuturilor alcoolice
- IV.** Reducerea consecințelor negative ale consumului de alcool în timpul sarcinii
- V.** Asigurarea unui mediu sănătos și sigur pentru adolescenți
- VI.** Susținerea monitorizării și dezvoltarea cercetării

Planul de acțiune stabilește trei direcții de intervenție prioritare:

- a) Protejarea copiilor nenăscuți prin reducerea expunerii femeilor la alcool în timpul sarcinii;
- b) Protejarea copiilor de a fi expuși de către alții la consecințele dăunătoare ale consumului de alcool;
- c) Prevenirea și minimalizării consumului de alcool de către adolescenți până la împlinirea vârstei legale. (CNAPA. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) 2014-2016*, p.7-8)

Situația consumului de alcool și a efectelor sale nocive este monitorizată prin intermediul *Sistemului UE de informare privind sănătatea și consumul de alcool (EUSAH)*, care funcționează datorită cooperării dintre *Comisia Europeană* și *Organizația Mondială a Sănătății*, în cadrul programelor UE în domeniul sănătății publice. În acest context, se elaborează periodic profiluri de țară, cu detalii privind consumul de alcool și efectele sale asupra sănătății în fiecare țară. (CE. *Sănătatea Publică*) Coordonarea la nivelul UE se realizează de către *Comitetul pentru politicile și acțiunile naționale privind alcoolul (CNAPA)*, *Comitetul privind colectarea de date, indicatori și definiții* și *Forumul european privind sănătatea și consumul de alcool (EAHF)*. În anul 2006 a fost elaborat *Sistemul Global de Informare pentru alcool și sănătate (GISAH)*, care servește ca bază de date pentru sistemele informaționale regionale.

În luna martie 2015, Parlamentul European adoptă o rezoluție privind alcoolul (EU Parliament, 2015. Motion for a Resolution. European Parliament resolution on Alcohol Strategy) prin care solicită Comisiei Europene prezentarea Planului European de Acțiune pentru reducerea efectelor consumului dăunător de alcool și de a elabora Strategia Europeană privind Alcoolul 2016-2022. (EU Parliament, 2015. *At a glance Plenary 24 April 2015 EU Alcohol Strategy revisited*)

Politici și strategii de intervenție la nivel național

Documentele care orientează activitatea de promovare a unui stil de viață sănătos derivă din *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020* „Sănătate pentru prosperitate”, care preia liniile directoare ale Strategiei Europene OMS privind Sănătatea Copiilor și Adolescenților în Europa pentru anii 2014-2024, precum și prevederile “Programului XII de acțiuni al OMS pentru 2014-2019”.

Organizarea și desfășurarea campaniilor IEC sunt prevăzute de *Programul național de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate*. 1) Subprogramul de evaluare și promovare a sănătății și educație pentru sănătate; Domenii specifice: 1. intervenții pentru un stil de viață sănătos; 2. evaluarea stării de sănătate a populației generale. 1.1. Organizarea și desfășurarea

campaniilor IEC destinate celebrării zilelor mondiale/europene conform calendarului stabilit anual și campaniilor IEC cu teme stabilite pe baza unor priorități de sănătate specifice naționale: 2.1. Evaluarea stării de sănătate a copiilor și tinerilor 2.1.1.5. identificarea, cuantificarea și monitorizarea riscului specific pentru sănătate generat de comportamentele cu risc.

Consiliul național pentru coordonarea politicilor și acțiunilor de reducere a consumului dăunător de alcool în România coordonează politicile și acțiunile naționale de reducere a consumului dăunător de alcool, în acord cu prioritățile UE, ale OMS și cu situația pe plan național.

Strategia națională în domeniul politicii de tineret pentru perioada 2015-2020 abordează situația și politicile pentru tinerii de 14-35 de ani și ghidează politicile de tineret în direcția convergenței la nivel european. Fiecare dintre domeniile majore de intervenție are și grupuri-țintă de tineri cu caracteristici speciale. Astfel, pentru domeniul "Sănătate, sport și recreere", grupul țintă este reprezentat de tineri consumatori de droguri și/sau alcool; tinerii cu obiceiuri de dietă nesănătoasă, tinerii cu dizabilități, tinerele mame de 15-19 ani, tinerii infectați cu HIV/SIDA, tinerii afectați de diferite boli psihice, tinerii cu un stil de viață care nu include activități sportive sau culturale.

Parteneriate europene în cadrul unor proiecte de cercetare privind consumul de alcool în rândul unor comunități locale de elevilor din România au permis adoptarea unor experiențe europene de bună practică și dezvoltarea unor politici locale și naționale de prevenire a consumului de alcool, așa cum demonstrează proiectul DRAIN 2011. Manual pentru prevenirea consumului de alcool în România.

VI. Campanii IEC "LUNA NAȚIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL - IULIE" desfășurate în perioada 2012-2015

2012 "Fiți conștienți, alcoolul, distruge vieți!"

Tema campaniei: Informarea populației cu privire la efectele consumului de alcool asupra sănătății.

Scopul campaniei: Reducerea consumului dăunător de alcool de către populația generală și prevenirea consumului de alcool la adolescenți, tineri și gravide.

Grupul țintă: adolescenții, tinerii și gravidele

2013 "Alcoolul – destindere, dependență, dezastru!"

Tema campaniei: Informarea populației cu privire la efectele consumului dăunător de alcool asupra vieții sociale, familiale și profesionale.

Scopul campaniei: Promovarea consumului responsabil de alcool de către populația adultă și prevenirea consumului de alcool la adolescenți și tineri.

Grupul țintă: adolescenții și tinerii

2014 “Alcoolul – falsul prieten al familiei tale!”

Tema campaniei: Informarea populației cu privire la riscurile debutului timpuriu al consumului de alcool.

Scopul campaniei: Promovarea implicării părinților în prevenirea debutului consumului de alcool la copii și adolescenți.

Grupul țintă: populația generală, părinți

2015 “Spune NU alcoolului în timpul sarcinii! Protejează viața din tine!”

Tema campaniei: Informarea populației cu privire la efectele consumului de alcool în timpul sarcinii asupra sănătății fizice și psihice a copilului.

Scopul campaniei: Promovarea renunțării la consumul de alcool de către gravide și femei care intenționează să rămână însărcinate.

Grupul țintă: gravide, femei care intenționează să devină mămici

