INSTITUTUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

CENTRUL NAȚIONAL DE EVALUARE ȘI PROMOVARE A STĂRII DE SĂNĂTATE

CENTRUL REGIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ SIBIU

Analiză de situaţie

LUNA NAŢIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL

Iulie 2016

SCOPUL ANALIZEI:

Scopul analizei este de a furniza date relevante privind dimensiunea şi caracteristicile consumului de alcool la nivel internaţional şi naţional şi de a identifica grupurile vulnerabile care au nevoie de intervenţii de sănătate specifice.

SCOPUL CAMPANIEI:

Scopul campaniei: Prevenirea debutului timpuriu al consumului de alcool în rândul copiilor şi adolescenţilor şi promovarea unui comportament responsabil faţă de consumul de alcool.

OBIECTIVELE CAMPANIEI IEC:

Obiectivul 1. Creşterea gradului de informare a copiilor, adolescenţilor şi tinerilor cu privire la efectele consumului de alcool asupra sănătăţii şi riscurile debutului timpuriu al consumului de alcool;

Obiectivul 2. Creşterea gradului de reponsabilizare a părinţilor cu privire la rolul familiei în formarea unui comportament responsabil faţă de consumul de alcool în rândul copiilor, adolescenţilor şi tinerilor.

GRUP ŢINTĂ: copii, adolescenţi, tineri sub vârsta de 25 ani
părinţi

Mesaj cheie: *Consumul de alcool în rândul adolescenţilor are consecinţe grave asupra dezvoltării creierului şi este corelat cu o rată crescută a sinuciderilor, violenţei, accidentelor si bolilor fatale. Nu există o cantitate "sigură" de alcool care poate fi consumată de către adolescenţi.*

I. Date statistice şi rezultate relevante ale studiilor la nivel internaţional, european şi naţional

Consumul de alcool în lume

Trendul consumului de alcool şi efectele consumului dăunător de alcool asupra sănătăţii este dependent de contextul socio-economic şi cultural al unei ţări, de disponibilitatea alcoolului şi de eficacitatea politicilor naţionale în domeniul alcoolului. Efectele dăunătoare ale alcoolului asupra sănătăţii depind de volumul de alcool consumat, de patter-ul de consum şi, uneori, de calitatea alcoolului consumat. (*WHO, 2014. Global status report on alcohol and health 2014, p. XIII)* Cu toate că ţările dezvoltate înregistrează ratele cele mai înalte ale consumului de alcool, mortalitatea datorată problemelor legate de consumul de alcool este mai înaltă în ţările 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 şi 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 towars an EU strategy on alcoho-related issues. COR-2016-01831-00-02-DT-TRA-EN.docx/content*) şi al treilea factor de risc pentru boală şi mortalitate în UE, după tabagism şi 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 ţări este direct proporţional atât cu nivelul consumului de alcool, cât şi 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)*, potenţial periculos datorită impurităţilor şi 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 relaţie de proporţionalitate inversă între nivelul total al consumului de alcool şi ponderea consumului neînregistrat de alcool din consumul total, profil caracteristic ţărilor sărace şi a ţărilor 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 populaţia în vârstă de 15 ani şi 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)* In toate regiunile OMS, bărbaţii sunt mai frecvent

consumatori de alcool, experimentează de patru ori mai frecvent episoade de consum excesiv şi au o pondere mai înaltă a disabilităţilor şi mortalităţii. *(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 depăşit 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 adulţi de declară consumatori de alcool în cantităţi ce depăşesc zilnic 20 g în rândul populaţiei feminine şi peste 40 g în rândul populaţiei masculine, din care aproximativ 58 milioane (15%) sunt consumatori a unor cantităţi superioare acestora, 6% declarând un consum de peste 40 g (în rândul femeilor) sau 60 g pe zi (în rândul bărbaţilor). *(European Commission, 2006. Health and Consumer Protection Directorate General. Alcohol in Europe. A Public Health Perspectice, p.3)* Evaluând prevalenţa anuală a dependenţei de alcool, aceeaşi sursă citează un număr de 23 milioane de adulţi, respectiv 5% din bărbaţi şi 1% din femei. Deşi multe femei stopează consumul de alcool pe durata sarcinii, 25%-50% din acestea continuă să bea, înregistrând uneori pattern-uri de consum dăunător. (*ibidem*)

Preferinţele pentru băuturile alcoolice reflectă variaţii geografice importante:

- vinul, forma preferată de băutură alcoolică în ţările europene şi America de Sud (Argentina şi Chile, ca ţări producătoare de vin);
- berea, consumată de 36% dintre băutori, este preferată în emisfera vestică, cea mai mare parte a Europei de Nord, multe dintre ţările Africii şi Australia. În regiunea Africii sub-Sahariene, unde nivelele de consum sunt reduse, berea şi băuturile spirtoase sunt consumate în proporţii relativ egale;
- băuturile spirtoase, reprezentând peste 45% din totalul consumului înregistrat de alcool, sunt preferate de locuitorii Asiei de Sud-Est şi 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:

- ţările central-estice şi estic europene, cu o apartenenţă relativ recentă la UE, caracterizate printr-un PIB inferior PIB-ului mediu al UE, înregistrează rate ale consumului de alcool este caracterizat suprioare 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 preferinţele pentru vin sau bere diferă în proporţii semnificative. *(WHO, 2012. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Andreson, Moller et Galea (eds), p.10-12)*

- ţările central-vestice şi vestic europene înregistrează un PIB care depăşeşte cu aproximativ 10% PIB-ul mediu la nivelul UE. Cu excepţia Franţei, berea este băutura preferată. Modelul de consum este de tip mediteraneean, iar toleranţa socială pentru episoadele de ebrietate este redusă, cu excepţia Marii Britanii şi Irlandei, a căror pattern de consum şi tradiţie culturală sunt mai apropiate de modelul ţărilor nordice. *(ibidem)*
- ţările nordice şi nord-est europene se definesc printr-un nivel de consum redus faţă de media UE, preferinţă pentru băuturi spirtoase, consum de alcool episodic (non-zilnic), dar cu o pondere înaltă a episoadelor de consum excesiv de alcool şi o toleranţă socială crescută pentru stările de ebrietate. *(ibidem)*
- ţările sud europene se caracterizează printr-un model mediteraneean de consum de alcool, cu preferinţă pentru consumul zilnic de vin, pondere redusă a episoadelor de intoxicaţie acută şi toleranţă socială redusă pentru starea de ebrietate. Cu excepţia Ciprului şi 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 ţară. Conform acestui profil, în anul 2010, consumul de alcool pur/capita la populaţia în vârstă de 15 ani şi peste a fost de 14,4 l, înregistrând o tendinţă crescătoare în ultimul deceniu. Din acest consum, 10,4 litri alcool reprezintă consumul înregistrat, iar 4 l reprezintă consumul de alcool neînregistrat, înregistrând o tendinţă stabilă. *(WHO, 2014. Global Status Report on Alcohol and Health, 2014. p.232)*

Consumul mediu de alcool pur în rândul bărbaţilor este de 22,6 l, respectiv 6,8l în rîndul femeilor. *(ibidem)* Numai 14,3% din populaţia 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 bărbaţilor şi de 10,9 litri alcool pur per capita în rândul femeilor, media consumului de alcool în rândul populaţiei băutoare fiind de 21,3 litri alcool pur per capita. *(ibidem)*

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

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

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

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

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

- 18,4% băutori „light" (uşor), cu un consum săptamânal echivalent alcoolului conţinut 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 saptamânal echivalentul alcoolului din peste 7 sticle de bere. *(MS. CSP Sibiu, 2005. Atitudini şi Comportamente Legate de Stilul de Viaţă Sănătos. Raport Final)*

Consumul de alcool reprezintă apanajul mediului de provenienţă urban pentru consumatorii „light", respectiv al mediului rural pentru consumatorii „hard" (60%), majoritatea băuturilor fiind produse în propria gospodarie pentru ultima categorie. Consumatorii cu un nivel crescut de instruire se regăsesc preponderent în categoria bautorilor, 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. Influenţa pattern-ului de consum în funcţie de regiunea geografice e semnificativă pentru intensitatea consumului. Astfel, transilvănenii înregistrează cel mai mare număr de abstinenţi, bucureştenii sunt mai degrabă băutori „light", iar moldovenii şi muntenii sunt prezenţi mai frecvent în zona consumului „medium" şi „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 şi altele), a tulburărilor gastrointestinale (ciroză hepatică, pancreatită acută sau cronică), a cancerelor (de tub digestiv şi sân), a bolilor cardiovasculare (ischemice, hemoragice, hipertensiune arterială), a sindromului alcoolic fetal, a diabetului zaharat, a bolilor infecţioase (ex. pneumonie, tuberculoză) şi a vătămărilor intenţionale şi non-intenţionale (auto şi 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 bărbaţilor şi de 1,4% în cazul femeilor. *(ibidem p.8*)Impactul poverii bolii asupra sexului masculin este consecinţa faptului că bărbaţii sunt mai rar abstinenţi faţă de femei, beau mai frecvent şi cantităţi mai mari de alcool. Cu toate acestea, impactul consecinţelor sociale ale consumului de alcoolşi al pattern-ului de consum demonstrează prevalenţa mai mare a efectelor în rândul populaţiei feminine. *(ibidem p.8*)

Alcoolul cauzează 3,3 milioane decese anual şi afectează cu preponderenţă sexul masculin, fiind răspunzător de 7,6% din decesele în rândul bărbaţilor şi 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 pierduţi datorită efectelor alcoolului, 15% înregistrându-se în rândul bărbaţilor şi 4% în rândul femeilor. (*UE, 2016. CNAPA. Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016), p. 2)*)

Populaţia europeană tânără reprezintă în mod particular o populaţie la risc, cu o mortalitate de peste 10% în rândul femeilor şi aproximativ 25% în rândul bărbaţilor 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 puţin 10.000 persoane pierzându-şi viaţa 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 towars an EU strategy on alcoho-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 asistenţă de sănătate, 30 mld € datorate absenteismului şi şomajului. La aceste costuri se adaugă costurile datorate acţiunile în justiţie pentru infracţiunile legate de consumului 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 şi peste este de 2,4% (3,7% în rândul bărbaţilor şi 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 şi peste (2% în rândul bărbaţilor şi 0,6% în rândul femeilor), față de 4%, valoare înregistrată la nivelul UE. *(ibidem)*

Conform unei estimări prezentate de Ministerul Sănătăţii: „în România mor anual peste 17000 de oameni datorită consumului de alcool, iar peste jumătate dintre aceştia mor în perioada activă a vieţii lor (între 20 şi 64 de ani). (*Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătăţii: situaţia actuală şi obiective, Ministerul Sănătăţii, Direcţia de Sănătate Publică şi 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 bărbaţi, 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 - şi de opt ori media UE15) şi ciroza hepatică (mortalitate peste dublul ţărilor UE15)”. (*ibidem*)

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

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

III. Tendinţe şi caracteristici ale consumului de alcool ân rândul adolescenţilor şi tinerilor sub 25 ani

Consumul de alcool la adolescenţii europeni

În timp ce consumul mediu de alcool în UE a scăzut, ponderea adolescenţilor şi adulţilor tineri afectaţi 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 şi 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 diferenţe semnificative între diferite ţări, astfel adolescenţii danezi au declarat un consum în medie de trei ori mai mare cu ocazia ultimului de episod de consum de alcool faţă de omologii lor din Albania, Moldova, Muntenegru sau România, cele mai mari cantităţi de alcool consumate fiind identificate în ţările nordice şi insulele Britanice, iar mai reduse în locaţiile sud-est europene. (*ibidem*)

Creşterile acestui tip de comportament au fost vizibile mai ales în rândul fetelor (în anul 2007, comparativ cu 2003), cu o creştere a prevalenţei de la 35 % la 42 %, cu o scădere uşoară la valoarea de 38% în 2011. (*ibidem*) În rândul băieţilor, ponderea episoadelor de consum excesiv înregistrează o uşoară scădere în 2011 (43%) faţă de 2007 (45%) apropiinde-se de valoarea din 1995 (41%). (*ibidem*) Consumul de alcool la petreceri este adesea însoţit de utilizarea de droguri recreaţionale, 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 priveşte vârstă de debut a consumului de alcool, aproximativ şase din 10 elevi declară că au ingerat primul pahar de alcool la vârsta de 13 ani sau mai devreme şi 12 % din aceştia au experimentat primul episod de intoxicaţie alcoolică acută la această vârstă. (*ibidem p.13*)

Aproximativ 64% din adolescenţii şi tinerii sub 25 ani intervievaţi au declarat preferinţa pentru alcool ca mijloc de distracţie, cu consecinţe pozitive, iar 48% au declarat că alcoolul îi ajută să uite de probleme. Doar 42% au admis că alcoolul poate avea efecte dăunătoare asupra sănătăţii. (*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 repondenţi, iar „*problemele cu poliţia*" şi "*a nu fi în stare să-şi controleze consumul de alcool*" sunt indicate de 19%. (*ibidem p.81*)

Populaţia în vârstă de 15-25 ani din Danemarca înregistrează cele mai înalte nivele ale răspunsurior care apreciază consecinţele pozitive ale acoolului (74%), fiind urmaţi de adolescenţii şi tinerii din Marea Britanie (65–68%), Republica Cehă, Irlanda şi Lichtenstein, în timp de populaţia tânără care înregistrează cele mai înalte niveluri ale expenctanţelor negative ale consului de alcool se află în Croaţia şi Insulele Faroe (aproximativ 52%). (*ibidem*) Nu se remarcă diferenţe semnificative în modelele de expectanţă faţă de efectele consumului de alcool între băieţi şi 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 adolescenţii români

Datele existente în România pentru monitorizarea consumului de alcool sunt discontinui. În ultimii 10 ani, studii internaţionale precum ESPAD 2007 şi 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 *şi* rapoartele anuale ale INSP au evaluat caracteristicile consumului de alcool în rândul populaţiei generale (*INSP, 2005. Atitudini şi comportamente legate de stilul de viaţă sănătos),* dar şi obiceiurile legate de consumul de alcool în rândul copiilor şi adolescenţilor (*INSP, 2013;2015. Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor. România).*

Proporţia adolescenţilor de 16 ani care au consumat de-a lungul vieţii vreo băutură alcoolică a fost de aproximativ 79%, în scădere faţă de 2007 (81%), 2003 (88%) şi 1999 (85%) şi sub media ESPAD care este de 87%. *(MS.MAI, SNSPMPDS, ANA. ESPAD 2011. Rezultatele studiului naţional în şcoli privind consumul de tutun, alcool şi droguri.-Sinteză, p. 2)*

În anul 2011, prevalenţa consumului de alcool din ultimele 12 luni cu valoarea de 72%, se află în scădere faţă de 74% în 2007, 79-80% în 1999 şi 2003, media ţărilor ESPAD fiind 79%. *(ibidem)* Consumul vreunei băuturi alcoolice în ultimele 30 de zile a scăzut în 2011 la 49%, faţă de 52% în 2007 şi situându-se sub media europeană de 57%. *(ibidem)* Starea de ebrietate a fost experimentată de 33% dintre elevii de 16 ani, faţă de 35% în 2007, 52% în 2003 şi 43% în 1999. Media ţărilor ESPAD a fost de 47%. Proporţia celor care au declarat că în ultimele 30 de zile au consumat cel puţin o dată minimum 5 băuturi la o ocazie a fost de 36% în 2011, în creştere uşoară faţă de 2007 (33%) şi în creştere mai pronunţată faţă de 2003 şi 1999 (24 şi respectiv 27%). Valoarea se află cu 3 procente sub media europeană de 39%. *(ibidem)* Proporţia 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 creştere faţă de 2007 (8%) dar în scădere uşoară faţă de 1999 şi 2003 când a fost 11%. Valoarea naţională se situează sub cea europeană (14%). *(ibidem)*

În România, studiul *DRAIN (2011)* identifică doar 11% dintre adolescenţii de sex masculin şi 26% dintre fete ca fiind abstinenţi. (*Van Hoof et Moll.,2012. Adolescent Alcohol Consumption in Romania: A Blueprint for Measuring Alcohol (mis)Use. Rev cercet şi interv soc, vol. 37, pp. 77-90)* Aproximativ 50% dintre adolescenţii 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).* Repondenţii 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 reuşesc aproape întotdeauna să obţină alcool de la vânzători. *(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 creştere cu 6% a ponderii consumului săptămânal de alcool în cazul băieţilor. Valoarea identificată în anul 2014 (20,7%) este însă inferioară celei înregistrate în anul 2006 (21,6%). (*INSP. Raportul Naţional de Sănătate a Copiilor şi Tinerilor din România, 2015, p.59)* În rândul fetelor, se observă o creştere mai puţin 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 priveşte episoadele de consum dăunător de alcool, ponderea băieților care declară că au experimentat cel puţin două episoade de ebrietate pe parcursul vieţii este superioară faţă de cea a fetelor. Atât pentru fete, cât şi pentru băieţi, se înregistrează o tendinţă fluctuantă, cu creşterea valorilor în perioada 2006-2010, urmată de înjumătăţirea acestora în anul 2014 faţă de valorile din 2006. (*ibidem*) Pentru băieți se observă o creștere de 4,6 % între 2006 (23%) și 2010 (27,6%) şi o descreştere 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 şi strategii de intervenţie

Politici şi strategii de intervenţie 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 defineşte 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 intervenţiilor pentru protejarea copiilor şi tinerilor aflaţi sub vârsta minimă legală pentru consumul de alcool sunt:

a) Întârzierea debutului consumului de alcool
b) Reducerea şi minimalizarea cantităţilor de alcool care ar putea fi consumate de către adolescenţi
c) Reducerea consecinţelor pe care copiii le pot suferi în familiile afectate de alcoolism. (*ibidem*)

Planul de acţiune privind consumul de alcool în rândul tinerilor şi episoadele de consum excesiv de alcool sprijină realizarea obiectivelor *Strategiei UE privind alcoolul*, prin acţiuni concrete care vizează şase arii intervenţie. Grupele de vârstă considerate ca "tinere" sunt: copiii nenăscuţi, copiii, adolescenţii şi tinerii în vârstă de până la 25 ani.

I. Reducerea episoadelor de consum excesiv de alcool

II. Reducerea disponibilităţii şi accesibilităţii adolescenţilor faţă de băuturile alcoolice

III. Reducerea expunerii adolescenţilor la marketingul şi comercializarea băuturilor alcoolice

IV. Reducerea consecinţelor negative ale consumului de alcool în timpul sarcinii

V. Asigurarea unui mediu sănătos şi sigur pentru adolescenţi

VI. Susţinerea monitorizării şi dezvoltarea cercetării

Planul de acţiune stabileşte trei direcţii de intervenţie prioritară:

a) Protejarea copiilor nenăscuţi prin reducerea expunerii femeilor la alcool în timpul sarcinii;

b) Protejarea copiilor de de a fi expuşi de către alţii la consecinţele dăunătoare ale consumului de alcool;

c) Prevenirea şi minimalizării consumului de alcool de către adolescenţi 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* şi *Forumul european privind sănătatea și consumul de alcool* (EAHF). În anul 2006 a fost elaborat *Sistemul Global de Informare pentru alcool şi sănătate* (GISAH), care serveşte ca bază de date pentru sistemele informaţionale regionale.

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

Politici şi strategii de intervenţie la nivel naţional

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

Organizarea şi desfăşurarea campaniilor IEC sunt prevăzute de *Programul național de evaluare si promovare a sănătății si educație pentru sănătate.* 1) Subprogramul de evaluare şi promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate; Domenii specifice: 1. intervenţii pentru un stil de viaţă sănătos; 2. evaluarea stării de sănătate a populaţiei generale. 1.1. Organizarea și desfăşurarea

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

Consiliul naţional pentru coordonarea politicilor şi acţiunilor de reducere a consumului dăunator de alcool în Romania coordonează politicile şi acţiunile naţionale de reducere a consumului dăunător de alcool, în acord cu prioritățile UE, ale OMS şi cu situaţia pe plan national.

Strategia naţională în domeniul politicii de tineret pentru perioada 2015-2020 abordează situaţia şi politicile pentru tinerii de 14-35 de ani şi ghidează politicile de tineret în direcţia convergenţei la nivel european. Fiecare dintre domeniile majore de intervenţie are şi grupuri-ţintă de tineri cu caracteristici speciale. Astfel, pentru domeniul "Sănătate, sport şi recreere", grupul ţintă este reprezentat de tineri consumatori de droguri şi/sau alcool; tinerii cu obiceiuri de dietă nesănătoasă, tinerii cu dizabilităţi, tinerele mame de 15-19 ani, tinerii infectaţi cu HIV/SIDA, tinerii afectaţi de diferite boli psihice, tinerii cu un stil de viaţă care nu include activităţi sportive sau culturale.

Parteneriate europene în cadrul unor proiecte de cercetare privind consumul de alcool în rândul unor comunităţi locale de elevilor din România au permis adoptarea unor experienţe europene de bună practică şi dezvoltarea unor politici locale şi naţionale de prevenire a consumului de alcool, aşa 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" desfăşurate în perioada 2012-2015

2012 "Fiţi conştienţi, alcoolul, distruge vieţi!"

Tema campaniei: Informarea populaţiei cu privire la efectele consumului de alcool asupra sănătăţii.

Scopul campaniei: Reducerea consumului dăunător de alcool de către populaţia generală şi prevenirea consumului de alcool la adolescenţi, tineri şi gravide.

Grupul ţintă: adolescenţii, tinerii şi gravidele

2013 "Alcoolul – destindere, dependență, dezastru!"

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

Scopul campaniei: Promovarea consumului responsabil de alcool de către populaţia adultă şi prevenirea consumului de alcool la adolescenţi și tineri.

Grupul ţintă: adolescenţii şi tinerii

2014 " Alcoolul – falsul prieten al familiei tale!"

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

Scopul campaniei: Promovarea implicării părinţilor în prevenirea debutului consumului de alcool la copii şi adolescenţi.

Grupul ţintă: populaţia generală, părinţi

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

Tema campaniei: Informarea populaţiei 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 ţintă: gravide, femei care intenţionează să devină mămici