



Institutul
Național de
Sănătate Publică

CAMPANIA

**Promovarea alimentației
sănătoase și a activității fizice**

SEPTEMBRIE-OCTOMBRIE

-Analiza de situație-

Alimentația nesănătoasă și lipsa activității fizice favorizează apariția unor factori de risc metabolici, precum creșterea tensiunii arteriale, hiperglicemia, dislipidemia și obezitatea. Acești factori pot conduce, în timp, la dezvoltarea bolilor cardiovasculare, care reprezintă principala cauză de mortalitate prematură în rândul bolilor netransmisibile.

2026



CUPRINS

1.DEFINIREA ȘI DESCRIEREA PROBLEMEI DE SĂNĂTATE

Error! Bookmark not defined.

Prevalența alimentației nesănătoase și a sedentarismului	5
Principalii factori de risc metabolici și relația cu alimentația nesănătoasă și sedentarismul	7
Impactul factorilor de risc asupra bolilor netransmisibile	8
Situația globală și europeană, comparativ cu situația din România	12
Determinanții comportamentelor alimentare și ai activității fizice	18
Inegalități (gen, vârstă, statut socio-economic)	21
Impactul alimentației nesănătoase și al sedentarismului asupra sănătății publice	23
Politici și inițiative privind alimentația sănătoasă și promovarea activității fizice	24
WHO Best Buys relevante pentru alimentația și activitatea fizică	26

2.ANALIZA POPULAȚIEI ȚINTĂ

Error! Bookmark not defined.

3.PREZENTAREA UNOR ACTIVITĂȚI UTILIZATE ÎN ALTE CAMPANII PENTRU

INFLUENȚAREA COMPORTAMENTULUI POPULAȚIEI ȚINTĂ	32
Bune practici relevante pentru campaniile de promovare a activității fizice și a alimentației sănătoase	38
Recomandări pentru implementarea unei campanii eficiente de promovare a alimentației sănătoase și a activității fizice	39

4.CONCLUZII



1. DEFINIREA ȘI DESCRIEREA PROBLEMEI DE SĂNĂTATE

Alimentația nesănătoasă și lipsa activității fizice favorizează apariția unor factori de risc metabolici, precum creșterea tensiunii arteriale, hiperglicemia, dislipidemia și obezitatea. Acești factori pot conduce, în timp, la dezvoltarea bolilor cardiovasculare, care reprezintă principala cauză de mortalitate prematură asociată bolilor netransmisibile (BNT).

BNT sunt afecțiuni de lungă durată, determinate de o combinație de factori genetici, fiziologici, de mediu și comportamentali. Principalele categorii de BNT includ bolile cardiovasculare (precum infarctul miocardic și accidentul vascular cerebral), cancerele, bolile respiratorii cronice (de exemplu, bronhopneumopatia obstructivă cronică și astmul) și diabetul.

BNT afectează în mod disproporționat populația din țările cu venituri mici și medii, unde anual se înregistrează aproape trei sferturi din totalul deceselor cauzate de aceste afecțiuni la nivel global (aproximativ 32 de milioane). Totodată, ele afectează persoane din toate grupele de vârstă, din toate regiunile și țările. Deși sunt frecvent asociate cu vârsta înaintată, aproximativ 18 milioane de decese cauzate de BNT survin înainte de vârsta de 70 de ani, mai multe decese decât toate celelalte cauze luate împreună.

Atât copiii și tinerii, cât și adulții și vârstnicii sunt expuși factorilor de risc care contribuie la apariția BNT, printre care se numără alimentația nesănătoasă, inactivitatea fizică, expunerea la fumul de tutun, consumul nociv de alcool și poluarea aerului.¹

Schimbările din producția și sistemele alimentare, urbanizarea rapidă și stilurile de viață în continuă transformare au dus la modificarea tiparelor alimentare. În prezent, oamenii consumă tot mai multe alimente procesate, bogate în grăsimi nesănătoase, zaharuri libere și sodiu, în timp ce mulți nu consumă suficiente fructe și legume sau nu obțin un aport adecvat de fibre alimentare. Această schimbare în alimentație are implicații semnificative asupra sănătății publice, contribuind la creșterea incidenței unor afecțiuni cronice, precum obezitatea, diabetul de tip 2 și bolile cardiovasculare. Compoziția exactă a unei diete diversificate, echilibrate și sănătoase variază în funcție de caracteristicile individuale (de exemplu, vârsta, sexul, stilul de viață și gradul de activitate fizică), contextul cultural, alimentele disponibile la nivel local și obiceiurile alimentare.

Totuși, principiile de bază ale unei diete sănătoase rămân aceleași și sunt în număr de patru:

- Adaptare la nevoile organismului: aport care satisface, fără a depăși, necesarul de micronutrienți și macronutrienți, astfel încât să se prevină deficiențele;
- Echilibru: aportul total de energie să fie echilibrat cu consumul energetic, cu un echilibru adecvat între cele trei surse principale de energie, proteine, grăsimi și carbohidrați;
- Moderație: aport limitat de nutrienți, ingrediente și alimente care pot fi dăunătoare sănătății;
- Diversitate: includerea unei game largi de alimente nutritive în cadrul și între grupele alimentare.

Carbohidrații din dietă ar trebui să provină în principal din cereale integrale, legume, fructe și leguminoase. Exemple de cereale integrale includ porumbul neprocesat, meiul, ovăzul, grâul și orezul brun. Exemple de leguminoase includ linte, năutul, fasolea și mazărea uscată. Fructele și legumele proaspete sunt alegeri excelente, dar și cele congelate și conservate sunt bune, cu condiția să nu conțină zaharuri adăugate sau exces de sodiu. Deși sucurile de fructe pot fi consumate, majoritatea dintre acestea, inclusiv cele fără zaharuri adăugate, conțin cantități semnificative de zaharuri libere, al căror consum ar trebui limitat pe tot parcursul vieții. Zaharurile libere includ monozaharide și dizaharide (de exemplu: zaharoză, fructoză, glucoză) adăugate în alimente și băuturi de către producători, bucătari sau consumatori, precum și zaharurile prezente în mod natural în miere, siropuri, sucuri de fructe și concentrate de suc de fructe. Reducerea consumului de zaharuri libere (și menținerea unui nivel scăzut al acestora) ar trebui să fie realizată fără a recurge la îndulcitori artificiali. Exemple de îndulcitori fără zahăr frecvent utilizați includ: acesulfam K, aspartam, advantam, ciclamați, neotam, zaharină, sucraloză, ștevia și derivați de ștevie. Toate persoanele cu vârsta de peste 10 ani ar trebui să consume cel puțin 400 de grame de fructe și legume pe zi. Cantitățile recomandate sunt mai mici pentru copiii sub 10 ani: cel puțin 250 de grame pentru copiii cu vârsta între 2 și 5 ani și cel puțin 350 de grame pentru copiii între 6 și 9 ani.

De asemenea, toate persoanele cu vârsta de peste 10 ani ar trebui să consume zilnic cel puțin 25 de grame de fibre alimentare naturale, așa cum se găsesc în alimentele integrale. Pentru copiii sub

¹ World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2025, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>



10 ani, cantitățile de fibre recomandate sunt mai mici: cel puțin 15 grame pentru copiii între 2 și 5 ani și cel puțin 21 de grame pentru copiii între 6 și 9 ani.

Consumul de zaharuri libere ar trebui limitat la mai puțin de 10% din aportul energetic zilnic total, ceea ce este echivalent cu 50 g pentru o persoană cu o greutate corporală sănătoasă care consumă aproximativ 2000 de calorii pe zi. Limitarea la 5% sau mai puțin din aportul energetic zilnic total poate oferi beneficii suplimentare pentru sănătate.

Grăsimile sunt nutrienți esențiali pentru buna funcționare a celulelor din organism, iar doi acizi grași – acidul linoleic și acidul α -linolenic – pot fi obținuți doar din alimentație. Prin urmare, la adulți, minimum 15% din energia consumată zilnic ar trebui să provină din grăsimi. Calitatea grăsimilor alimentare este importantă. Grăsimile nesaturate, care se regăsesc în alimente precum pește, avocado și nuci, precum și în uleiurile de floarea-soarelui, soia, rapiță și măsline, sunt preferabile grăsimilor saturate. Acestea din urmă sunt prezente în carnea grasă, unt, uleiul de palmier și de cocos, smântână, brânză și untură de porc. De asemenea, grăsimile trans, indiferent de sursă, ar trebui evitate. Acestea includ atât grăsimile trans industriale, care se găsesc în alimentele coapte și prăjite, precum și în gustările și produsele preambalate (de exemplu, pizza congelată, plăcinte, fursecuri, napolitane, uleiuri de gătit și creme tartinabile), cât și grăsimile trans provenite de la animalele rumegătoare (care se regăsesc în carne și produse lactate provenite de la vaci, oi, capre). Nu mai mult de 10% din aportul energetic total ar trebui să provină din grăsimi saturate și nu mai mult de 1% din energia totală din grăsimi trans de orice tip.

Pentru adulți, limitarea cantității totale de grăsimi din alimentație la 30% sau mai puțin din aportul energetic zilnic total, poate ajuta la prevenirea creșterii nesănătoase în greutate. Copiii au nevoi energetice unice pentru o creștere și o dezvoltare optimă pe parcursul copilăriei și adolescenței și, prin urmare, un aport total mai mare de grăsimi poate fi, de asemenea, acceptabil.

Proteinele furnizează elementele constitutive pentru multe dintre părțile structurale ale corpului, cum ar fi mușchii, precum și molecule funcționale, cum ar fi hormonii și enzimele.

Aportul de proteine de 10-15% din aportul energetic zilnic total este, în general, suficient pentru a satisface nevoile adulților (aproximativ 50-75 de grame pentru o persoană cu o greutate corporală sănătoasă care consumă aproximativ 2000 de calorii pe zi).

Aportul de proteine poate fi mai mare de 15% din aportul energetic zilnic total în timpul adolescenței, dar și pentru sportivi, culturști și alte persoane care își construiesc și/sau mențin în mod activ o masă musculară semnificativă. Consumul excesiv de proteine, însă, poate reprezenta o povară metabolică pentru organism, în special pentru rinichi.

Proteinele pot proveni dintr-un amestec de surse animale și vegetale. De asemenea, ar trebui luate în considerare gradul de digestie și calitatea proteinelor, în special în copilărie și adolescență. În anumite contexte, adoptarea surselor de proteine vegetale poate fi o opțiune preferabilă pentru a reduce riscul bolilor netransmisibile legate de alimentație la adulți. În alte contexte, consumul de alimente de origine animală este încă important pentru a favoriza aportul de nutrienți, în special la copii și femei însărcinate/care alăptează.

Sodiul și potasiul sunt minerale esențiale, dar un aport ridicat de sodiu este asociat cu creșterea tensiunii arteriale, care poate duce la boli cardiovasculare. Consumul de sare este ridicat în multe părți ale lumii, iar oamenii adesea nu sunt conștienți de cantitatea de sare pe care o consumă. Potasiul poate atenua efectele negative ale consumului crescut de sodiu asupra tensiunii arteriale.

În multe țări, cea mai mare parte a sării provine din alimente procesate (de exemplu, mâncăruri gata preparate; carne procesată precum bacon, șuncă și salam; brânză și gustări sărate) sau din alimente consumate frecvent în cantități mari (de exemplu, pâine). Sarea este adăugată alimentelor în timpul gătirii (de exemplu, bulion, cuburi de supă, sos de soia) sau când se servește masa (de exemplu, sare de masă).

La adulți, aportul de sare trebuie limitat la mai puțin de 5 grame pe zi (2 grame de sodiu pe zi). Pentru copii, cantitatea maximă de sodiu este mai mică și trebuie estimată în funcție de aportul energetic.

Aportul de sare poate fi redus prin limitarea cantității de sare și condimente cu conținut ridicat de sodiu (de exemplu, sos de soia, bulion) la gătit și prepararea alimentelor; prin evitarea prezenței pe masă a sării sau a sosurilor cu conținut ridicat de sodiu; prin limitarea consumului de gustări sărate și prin alegerea produselor cu un conținut mai scăzut de sodiu.

Un aport de potasiu de cel puțin 90 mmol/zi (3510 mg/zi) pentru adulți poate fi benefic. Pentru copii, cantitatea de potasiu este mai mică și trebuie estimată pe baza aportului energetic. Aportul de potasiu poate fi crescut prin consumul de fructe și legume proaspete.

Înlocuitorii de sare cu conținut scăzut de sodiu, în care o proporție din sodiu este de obicei înlocuită cu potasiu, sunt alternative la sarea de masă obișnuită.



Încurajați o dietă cu o varietate largă de alimente bogate în nutrienți, inclusiv fructe, legume, cereale integrale, leguminoase, nuci, semințe și alimente de origine animală cu conținut scăzut de grăsimi, pentru a asigura un aport adecvat de vitamine și minerale cheie.

Promovați consumul regulat de alimente bogate în micronutrienți - de exemplu, fasole sau carne slabă pentru a susține aportul de fier; legume cu frunze de culoare verde închis pentru a îmbunătăți nivelul vitaminei A; sau sare iodată pentru a evita deficitul de iod.

O varietate largă de alimente, inclusiv o varietate de fructe, legume, leguminoase, cereale integrale și proteine slabe, contribuie la asigurarea unei alimentații sănătoase. Dietele diverse, bazate pe o varietate largă de alimente, între și în cadrul grupelor alimentare, sunt asociate cu o probabilitate mai mare de a satisface necesarul de vitamine și minerale și un risc redus de boli netransmisibile legate de alimentație.²

Activitatea fizică include orice formă de mișcare a corpului care presupune consum de energie, fie că este vorba despre activități recreative, deplasarea pentru a ajunge la diverse destinații, sau activitățile desfășurate în cadrul muncii sau al îndatoririlor casnice ale individului. Activitatea fizică are efecte pozitive asupra sănătății și stării generale de bine, în timp ce lipsa acesteia crește riscul apariției bolilor netransmisibile și a altor probleme de sănătate. Combinându-se, inactivitatea fizică (prea puțină mișcare) și sedentarismul (prea mult timp petrecut pe scaun) contribuie la creșterea prevalenței BNT, generând, astfel, o povară a bolii semnificativă în populație și o presiune în creștere asupra sistemelor de sănătate. Inactivitatea fizică reprezintă unul dintre factorii principali de risc pentru mortalitatea cauzată de bolile netransmisibile. Persoanele care nu sunt suficient de active au un risc de deces cu 20% până la 30% mai mare comparativ cu cele care practică activități fizice conform recomandărilor OMS.

Ghidurile OMS privind activitatea fizică și comportamentele sedentare oferă recomandări pentru copii (începând cu vârsta de 5 ani), adolescenți, adulți, vârstnici, femei însărcinate și postpartum, precum și pentru persoanele care trăiesc cu afecțiuni cronice și dizabilități. Aceste recomandări se referă la cantitatea de activitate fizică necesară (în termeni de frecvență, intensitate și durată) pentru a aduce beneficii semnificative asupra sănătății și pentru a reduce riscurile pentru sănătate. Ghidurile subliniază că orice formă, nivel și durată de practicare a activității fizice este mai bună decât nicio activitate; toate tipurile de activitate fizică contează; toate grupele de vârstă ar trebui să limiteze sedentarismul; iar exercițiile de întărire musculară aduce beneficii tuturor. Nivelurile de activitate fizică recomandată de OMS (anul 2020):

- Copii și adolescenți: 60 de minute pe zi;
- Adulți și adulți vârstnici: 150-300 de minute pe săptămână. Adulții să practice de cel puțin 2 ori pe săptămână activități de întărire musculară, iar adulții vârstnici de cel puțin 3 ori pe săptămână activități pentru echilibru și forță;
- Gravidele și femeile postpartum: 150 de minute pe săptămână;
- Toți cei care pot să o facă, ar trebui să practice activitate fizică mai mult de 300 de minute pe săptămână.³

Prevalența alimentației nesănătoase și a sedentarismului

În raportul OCDE (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică) "Sănătatea pe scurt" (Health at a Glance) din noiembrie 2025, în capitolul privind nutriția și activitatea fizică se subliniază că o alimentație sănătoasă și echilibrată din punct de vedere nutritiv, care include cereale integrale, fructe, legume, leguminoase și nuci, este esențială pentru menținerea unei stări bune de sănătate și pentru reducerea riscului de apariție a bolilor netransmisibile. Includerea constantă a legumelor în alimentația zilnică poate contribui la menținerea unei greutate corporale sănătoase și la reducerea riscului de boli cardiovasculare, diabet și anumite tipuri de cancer. În 2024, costul economic global atribuit alimentației nesănătoase și bolilor netransmisibile a fost estimat la aproximativ 8,1 trilioane USD.

În medie, în cele 32 de țări OCDE, 59% dintre persoanele cu vârsta de 15 ani și peste au consumat legume zilnic în 2023. Țările cu cele mai ridicate rate ale consumului de legume au fost Coreea, Australia și Noua Zeelandă, toate înregistrând valori de peste 95% (**Figura 1**). În schimb,

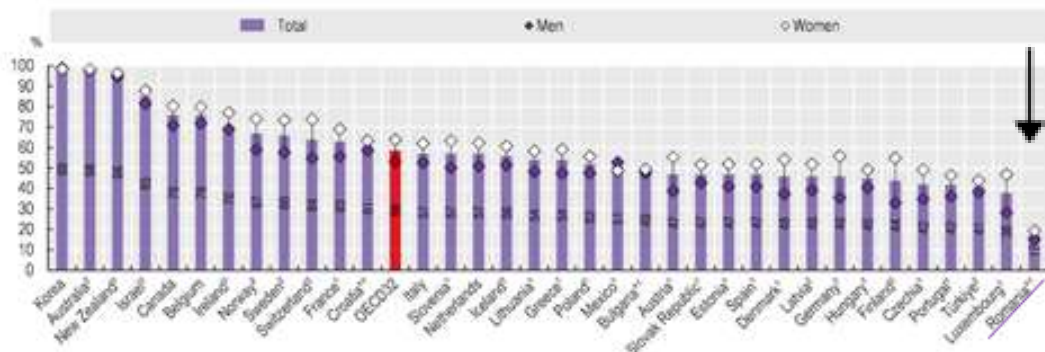
²World Health Organization. Healthy diet. Geneva: World Health Organization ; <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

³ World Health Organization. Physical activity. Geneva: World Health Organization; 2024 , <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>



Luxemburg, Turcia, precum și țara candidată România s-au numărat printre statele cu cele mai scăzute rate ale consumului zilnic de legume (41% sau mai puțin, respectiv 17% în România). În toate țările, cu excepția Mexicului, femeile au prezentat în mod constant rate mai ridicate de consum de legume comparativ cu bărbații.

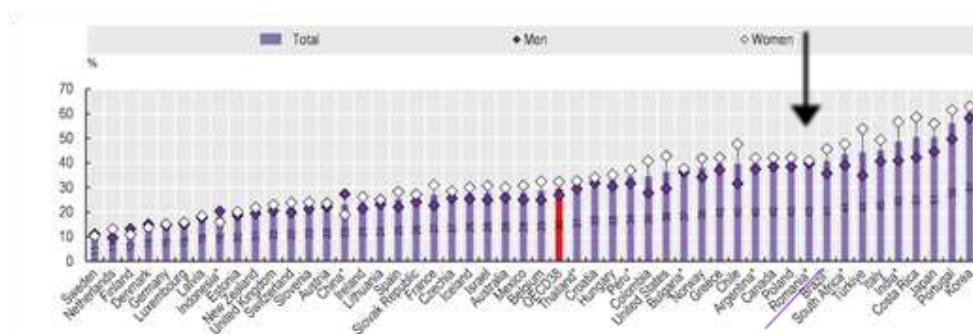
Figura 1 Distribuția ratei consumului zilnic de legume, în rândul persoanelor cu vârsta de 15 ani și peste, în țările OCDE, în anul 2023



Peste 35% dintre persoanele cu vârsta de 15 ani și peste din 9 țări OECD au raportat consumul de băuturi îndulcite cu zahăr în ziua sau noaptea precedentă.⁴

În anul 2022, 30% dintre persoanele cu vârsta de 18 ani și peste au raportat niveluri insuficiente de activitate fizică în 38 de țări OECD, incluzând activitatea desfășurată la locul de muncă, acasă, pentru transport și în timpul liber. Această proporție a variat de la 11% în Suedia și Țările de Jos până la peste 50% în țări precum Coreea, Portugalia, Japonia și Costa Rica (**Figura 2**). În România, 40% dintre adulți au desfășurat activitate fizică insuficientă, conform acestui raport. În medie, în țările OCDE, o proporție mai mare de femei (32%) decât de bărbați (27%) a raportat un nivel insuficient de activitate fizică.⁴

Figura 2 Distribuția ratei activității fizice insuficiente în rândul adulților, în țările OCDE, în anul 2022



OMS monitorizează în mod regulat tendințele privind inactivitatea fizică. Un studiu recent din 2024 a constatat că aproape o treime (31%) din populația adultă globală, adică 1,8 miliarde de adulți, sunt fizic inactivi. Aceasta înseamnă că nu îndeplinesc recomandările globale de cel puțin 150 de minute de activitate fizică de intensitate moderată pe săptămână. Aceasta reprezintă o creștere de 5 puncte procentuale între 2010 și 2022. Dacă această tendință continuă, se preconizează că proporția adulților care nu ating nivelurile recomandate de activitate fizică va ajunge la 35% până în 2030.

⁴ Organisation for Economic Co-operation and Development. **Nutrition and physical activity. In: Health at a Glance 2025: OECD Indicators, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025_8f9e3f98-en/full-report/nutrition-and-physical-activity_26acba0c.html



La nivel global, există diferențe semnificative de vârstă și gen în ceea ce privește nivelurile de inactivitate fizică. Astfel, femeile sunt mai puțin active decât bărbații, cu o medie de 5 puncte procentuale. Aceasta nu s-a schimbat din anul 2000.

81% dintre adolescenți (cu vârste între 11 și 17 ani) sunt fizic inactivi. Fetele adolescente sunt mai puțin active decât băieții adolescenți, 85% față de 78%, neîndeplinind recomandările OMS.³

Principalii factori de risc metabolici și relația cu alimentația nesănătoasă și sedentarismul

Factorii de risc metabolici reprezintă modificări fiziologice și biochimice care cresc probabilitatea apariției bolilor netransmisibile, în special a bolilor cardiovasculare, diabetului zaharat de tip 2 și anumitor forme de cancer. Aceștia apar ca rezultat al interacțiunii dintre predispoziția genetică, factorii de mediu și comportamentele individuale legate de stilul de viață, dintre care alimentația nesănătoasă și lipsa activității fizice au un rol determinant. Principalii factori metabolici identificați de Organizația Mondială a Sănătății (OMS) sunt:

- hipertensiunea arterială,
- excesul ponderal și obezitatea,
- hiperglicemia,
- hipercolesterolemia și
- alterările metabolismului lipidic.^{5, 6}

În ultimele decenii, tranziția nutrițională globală a determinat modificarea profundă a modelelor alimentare. Creșterea consumului de produse ultraprocesate, băuturi îndulcite cu zahăr, alimente bogate în sare și grăsimi saturate, concomitent cu reducerea consumului de fructe, legume, cereale integrale și fibre alimentare, a contribuit la creșterea prevalenței obezității și a tulburărilor metabolice. Aceste modificări sunt asociate cu creșterea inflamației sistemice, acumularea de țesut adipos visceral și apariția rezistenței la insulină.^{7, 8}

Sedentarismul amplifică efectele negative ale alimentației dezechilibrate prin reducerea consumului energetic, scăderea masei musculare active și afectarea metabolismului glucozei și lipidelor. Persoanele inactive fizic prezintă un risc mai mare de acumulare a grăsimii abdominale, hipertensiune arterială și dezvoltare a sindromului metabolic comparativ cu persoanele care respectă recomandările internaționale privind activitatea fizică.⁹

La adolescenți, expunerea precoce la acești factori de risc poate determina apariția unor modificări metabolice încă din perioada copilăriei. Obezitatea infantilă și adolescentină este asociată cu persistența excesului ponderal la vârsta adultă și cu apariția timpurie a hipertensiunii, dislipidemiilor și diabetului zaharat de tip 2.¹⁰

Asocierea mai multor factori metabolici determină o creștere exponențială a riscului de apariție a bolilor netransmisibile. De exemplu, prezența simultană a obezității abdominale, hipertensiunii și

⁵ World Health Organization. Noncommunicable diseases: Risk factors. Geneva: WHO; 2023, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

⁶ World Health Organization. Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2020, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44203>

⁷ Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. Public Health Nutrition. 2019;22(5):936–941, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30744710/>

⁸ GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2019 May 11;393(10184):1958–1972. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30954305/>

⁹ World Health Organization. WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour. Geneva: WHO; 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

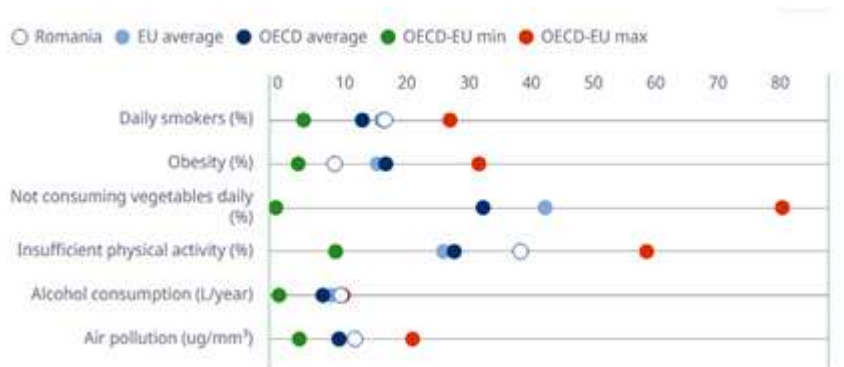
¹⁰ Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity. Obesity Reviews. 2016;17(2):95–107, <https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/predicting-adult-obesity-from-childhood-obesity-a-systematic-revi/>



hiperglicemiei crește mult probabilitatea apariției evenimentelor cardiovasculare comparativ cu prezența unui singur factor de risc.¹¹

În ceea ce privește **România**, în raportul OCDE publicat în aprilie 2026 se evidențiază faptul că în anul 2022, profilul general al factorilor de risc din România a fost mai puțin favorabil comparativ cu media țărilor din UE, respectiv din OCDE: un indicator a avut valoare mai mică decât media UE și anume obezitatea (10,50% în România, față de 17,40% media în UE), patru indicatori au avut valori mai mari decât media UE (activitatea fizică insuficientă: 40,40% în România față de 28% media în UE, fumatul, consumul de alcool, poluarea aerului), iar unul nu a fost disponibil în România (consumul zilnic de legume) (**Figura 4**). Unul dintre factorii de risc care se evidențiază ca fiind deosebit de îngrijorător este nivelul insuficient de activitate fizică.¹²

Figura 4 Factori de risc în România, țările UE și OECD, în anul 2022



Notă: Fumătorii zilnici reprezintă proporția populației care fumează zilnic (procent din populația cu vârsta de 15 ani și peste). Obezitatea (%) se referă la proporția populației care este obeză (date auto-raportate). Activitatea fizică insuficientă reprezintă proporția populației cu vârsta de 18 ani și peste care nu desfășoară un nivel suficient de activitate fizică (estimare brută). Lipsa consumului zilnic de legume se referă la proporția populației cu vârsta de 15 ani și peste care nu consumă legume zilnic.

Datele sunt pentru anul 2022 sau pentru cel mai apropiat an disponibil. Consumul de alcool se referă la aportul mediu anual de alcool pur, exprimat în litri per persoană cu vârsta de 15 ani și peste, pentru anul 2022 sau cel mai apropiat an disponibil. Poluarea aerului se referă la expunerea medie a populației, ponderată în funcție de distribuția acesteia, la particule fine în suspensie (PM2.5), exprimată în micrograme pe metru cub, în anul 2020.

Sursa: OECD Health Statistics 2025, <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html>; OECD data on exposure to air pollution (2025), <https://www.oecd.org/en/topics/environmental-statistics-accounts-and-indicators.html>; WHO Global Health Observatory data on physical activity, [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-\(crude-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-insufficient-physical-activity-among-adults-aged-18-years-(crude-estimate)-(-)).

Impactul factorilor de risc asupra bolilor netransmisibile

Prevalența obezității a crescut rapid în ultimele decenii. Conform OMS, în anul 2022 peste 1 miliard de persoane la nivel mondial prezentau obezitate, inclusiv aproximativ 890 milioane de adulți și peste 390 milioane de copii și adolescenți. Creșterea prevalenței obezității este considerată una dintre cele mai importante provocări actuale pentru sănătatea publică globală.¹³

Obezitatea este asociată cu un risc crescut pentru hipertensiune arterială, boală coronariană, accident vascular cerebral, insuficiență cardiacă, boală hepatică metabolică, apnee obstructivă de somn și anumite tipuri de cancer, inclusiv cancer colorectal, pancreatic, endometrial și de sân postmenopauză.¹⁴

În rândul adolescenților, obezitatea reprezintă un factor predictor important pentru obezitatea adultului. Studiile longitudinale arată că aproximativ 70% dintre adolescenții cu obezitate vor

¹¹ Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, et al. Harmonizing the metabolic syndrome. Circulation. 2009;120:1640–1645, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19805654/>

¹² Organisation for Economic Co-operation and Development. The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases. Paris: OECD Publishing; 2026, https://www.oecd.org/en/publications/the-health-and-economic-benefits-of-tackling-non-communicable-diseases_e20cbbc3-en.html

¹³ World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet. Geneva: WHO; 2024, <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight?utm>

¹⁴ Guh DP, Zhang W, Bansback N, et al. The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight. BMC Public Health. 2009;9:88, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19320986/>



păstra excesul ponderal la maturitate, ceea ce determină o expunere prelungită la factorii de risc metabolici și crește riscul de mortalitate prematură.¹⁵

În luna aprilie 2026, OCDE a publicat raportul intitulat „Beneficiile pentru sănătate și economie ale combaterii bolilor netransmisibile”, în care se arată că prevenirea îmbolnăvirilor generează beneficii sociale și economice semnificativ mai mari decât tratarea acestora într-un stadiu ulterior. Țările care reușesc să reducă factorii majori de risc pentru sănătate, precum obezitatea și consumul de tutun pot salva vieți, pot diminua presiunea asupra bugetelor de sănătate și pot obține câștiguri economice substanțiale. Conform estimărilor realizate pe baza modelului OCDE, „Planificarea strategică a sănătății publice în domeniul bolilor netransmisibile” (Strategic Public Health Planning for Non-Communicable Diseases-SPHeP), în absența acestor afecțiuni, cheltuielile pentru sănătate ar fi cu aproximativ 40% mai reduse, iar produsul intern brut (PIB) mediu ar fi cu aproape 4% mai ridicat în țările OCDE și în UE, pe parcursul următorilor 25 de ani.¹²

În **România**, nivelurile factorilor de risc sunt dinamice și influențate de determinanți sociali, culturali și economici, inclusiv de măsurile de politică publică. Analize realizate utilizând modelul SPHeP-NCD al OCDE indică faptul că, în perioada 2010–2022, modificările cumulate ale factorilor de risc au condus la creșterea incidenței cazurilor noi de boli netransmisibile, comparativ cu un scenariu în care nivelurile factorilor de risc din 2010 ar fi fost menținute. Ca urmare a acestor schimbări, se estimează că, în perioada 2026–2050, vor apărea, în medie, cu 40 656 mai multe cazuri noi de boli netransmisibile anual decât în scenariul în care factorii de risc ar fi rămas la nivelurile din 2010.

În viitor, prevalența bolilor netransmisibile va fi determinată de mai mulți factori.

În primul rând, nivelurile factorilor de risc din populație vor juca un rol decisiv în determinarea numărului de cazuri noi de boli netransmisibile.

În al doilea rând, progresele în depistarea precoce, tratament și managementul bolii vor conduce la o creștere a duratei de viață a persoanelor care suferă de aceste afecțiuni cronice. Deși acest fapt reprezintă un succes incontestabil al sănătății publice, el implică totodată o creștere a numărului de persoane care trăiesc cu boli netransmisibile, ceea ce va amplifica cererea de servicii medicale. În al treilea rând, îmbătrânirea populației va continua să accentueze povara acestor boli.

În România, chiar dacă prevalența factorilor de risc, ratele de supraviețuire și dimensiunea populației rămân constante la nivelurile actuale, analizele OCDE indică faptul că, până în anul 2050, s-ar înregistra:

- creștere cu 29% a numărului de cazuri de boli netransmisibile;
- creștere cu 60% a numărului de persoane care trăiesc cu cel puțin două boli netransmisibile concomitente;
- creștere cu 49% a cheltuielilor de sănătate per capita pentru boli netransmisibile.

Un număr mai redus de boli netransmisibile ar conduce la scăderea cheltuielilor pentru sănătate, la creșterea productivității forței de muncă și la consolidarea creșterii economice în România. Dacă cele patru boli netransmisibile (diabet, boli cardiovasculare, cancere, boală pulmonară obstructivă cronică) incluse în modelul SPHeP al OCDE ar fi eliminate, cheltuielile totale pentru sănătate ar fi, în medie, cu 40% mai mici în perioada 2026–2050.

Dacă România ar atinge nivelurile corespunzătoare quartilei inferioare a prevalenței actuale pentru toți cei șase factori de risc (și anume poluarea aerului, consumul nociv de alcool, obezitatea, activitatea fizică insuficientă, fumatul și alimentația nesănătoasă), începând cu anul 2026, atunci, în medie pentru perioada 2026–2050, comparativ cu proiecțiile actuale:

- ar exista cu 139 977 mai puține cazuri noi de boli netransmisibile pe an;
- mortalitatea prematură anuală (decese survenite înainte de vârsta de 75 de ani) ar fi cu 19,3% mai mică;
- cheltuielile totale anuale pentru sănătate ar fi cu 10,2% mai mici;
- forța de muncă ar câștiga echivalentul a 143 848 posturi cu normă întreagă ;
- produsul intern brut anual ar fi cu 3,2% mai mare.

Abordarea factorilor de risc pentru boli netransmisibile, precum alimentația nesănătoasă poate genera o serie de co-beneficii la nivel social, care depășesc domeniul sănătății, precum îmbunătățirea calității aerului și reducerea emisiilor.¹⁶

¹⁵ Ward ZJ, Long MW, Resch SC, et al. Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood. *New England Journal of Medicine*. 2017;377:2145–2153

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1703860?utm_source=chatgpt.com



În volumul 10 al revistei științifice *Public Health in Practice* (decembrie 2025) a fost publicat articolul intitulat „Inegalități în supraponderalitatea și obezitatea la copii: un apel la consolidarea măsurilor de politică publică la nivel structural”.

Prevalența excesului ponderal și a obezității în rândul copiilor și adolescenților din Europa reprezintă o criză continuă de sănătate publică, cu efecte semnificative pe termen scurt și lung asupra sănătății, bunăstării și societății în ansamblu. Articolul prezintă cele mai recente date privind prevalența obezității în regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății și evidențiază inegalitățile persistente, atât între țări, cât și în interiorul acestora, subliniind factorii de gen, geografici și socioeconomiici care contribuie la aceste diferențe.

Etiologia obezității este complexă și multifactorială, rezultând din interacțiuni între factori genetici, biologici, comportamentali și de mediu, inclusiv accesul crescut la alimente și băuturi procesate, care influențează comportamentele alimentare încă din copilărie.

Obezitatea infantilă reprezintă un predictor puternic al obezității la vârsta adultă, crescând riscul apariției multiplelor comorbidități asociate cu principalele cauze de mortalitate prematură.

Rezultatele a două studii europene recente, Inițiativa OMS Europa de Supraveghere a Obezității în Copilărie (COSI) și Studiul OMS privind Comportamentul Sănătos la Copiii de Vârstă Școlară (HBSC), continuă să evidențieze o prevalență ridicată a excesului ponderal și a obezității în rândul copiilor și adolescenților. În prezent, aproximativ unul din patru (25%) copii cu vârste între 7 și 9 ani este supraponderal sau obez, iar 22% dintre adolescenți prezintă aceeași situație, cu o tendință de creștere continuă.

În plus, au fost identificate disparități semnificative în ceea ce privește obezitatea infantilă, în funcție de sex, regiune și statut socio-economic, atât între țări, cât și în interiorul acestora. Aceste diferențe sugerează influența complexă a factorilor determinanți structurali și intermediari asupra dezvoltării și persistenței obezității la copii și adolescenți.

Datele COSI indică faptul că, în rândul copiilor cu vârste între 7 și 9 ani, prevalența supraponderalității și a obezității este mai ridicată în rândul băieților (26% și, respectiv, 12%) comparativ cu fetele (23% și, respectiv, 8%). Similar, datele HBSC arată o prevalență generală mai mare a supraponderalității și a obezității la băieți (27%) decât la fete (17%), diferențele de gen fiind observate la toate grupele de vârstă analizate (11, 13 și 15 ani) în majoritatea țărilor incluse în studiu.¹⁷

Bolile cardiovasculare (incluzând cardiopatia ischemică și accidentul vascular cerebral) au rămas principala cauză de mortalitate în România în 2022, reprezentând 56 % din totalul deceselor. Guvernul a introdus recent Strategia națională pentru combaterea bolilor cardiovasculare și cerebrovasculare 2024-2030, cu măsuri specifice pentru îmbunătățirea prevenirii, diagnosticării precoce și îngrijirii bolilor cardiovasculare.

Noua inițiativă de realizare a riscogramei la nivelul asistenței medicale primare, lansată în 2024, vizează depistarea precoce a afecțiunilor cronice și a factorilor de risc comportamentali la adulții cu vârsta de peste 40 de ani.

La fel ca alte țări din UE, România a cunoscut o schimbare demografică către o populație îmbătrânită în ultimele două decenii, în principal din cauza emigrației, a ratelor de fertilitate sub nivelul de înlocuire și a creșterii speranței de viață. Ponderele persoanelor în vârstă de 65 de ani și peste a crescut de la 13% în 2000 la 20% în 2023 și se preconizează că va crește în continuare până la 31% până în 2050.

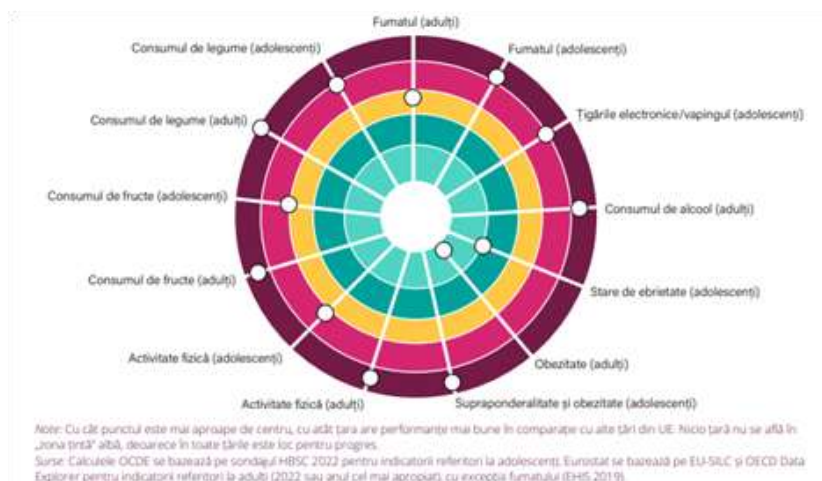
Conform estimărilor IHME, aproximativ 29% din totalul deceselor din România în 2021 ar putea fi atribuite factorilor de risc comportamentali, printre care fumatul, obiceiurile alimentare (de exemplu, consumul ridicat de zahăr și sare, combinat cu un consum redus de fructe și legume), consumul de alcool și activitatea fizică redusă. Țara noastră are rezultate mai slabe decât majoritatea țărilor UE în ceea ce privește mulți factori de risc (**Figura 5**).

¹⁶ OECD. The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases: Romania. Paris: OECD Publishing; 2026, https://www.oecd.org/en/publications/the-health-and-economic-benefits-of-tackling-non-communicable-diseases_cf2ee573-en/romania_d269cf68-en.html

¹⁷ World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): report on the sixth round of data collection, 2022–2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-11788-51560-78769>



Figura 5 Reprezentarea grafică a factorilor de risc comportamentali, în România, în anul 2021



Alimentația nesănătoasă și sedentarismul sunt principalii factori care contribuie la supraponderalitate și obezitate la noi în țară.¹⁸

În Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2020 au fost publicate date analizate de către specialiștii Centrului Național de Statistică și Informatică în Sănătate Publică (CNSISP), dar și date și informații ale Institutului Național de Statistică.

Raportul, prin informațiile privind nivelul și dinamica indicatorilor stării de sănătate și determinanților acestora pentru copiii și tinerii României, constituie o resursă pentru identificarea priorităților și fundamentarea deciziilor privind direcțiile de intervenție viitoare la nivel local și național.

Diabetul zaharat la copii 0-19 ani a avut o tendință de creștere în perioada 2016-2020, astfel în 2020 s-au înregistrat aproximativ 1,4% din total cazuri noi pe țară.

Tendința incidenței prin obezitate la copii 0 - 19 ani în perioada 2016 - 2020 a fost relativ staționară (**Figura 6**).¹⁹

Figura 6 Dinamica incidenței prin obezitate la copii 0-19 ani



Sursa: INSP - CNSISP

În lucrarea Promovarea activității fizice benefice pentru sănătate în întreprinderile mici și mijlocii (IMM-uri), OMS- Oficiul Regional pentru Europa arată că promovarea activității fizice la locul de muncă aduce beneficii semnificative pentru sănătate și starea de bine, contribuind totodată la creșterea productivității și a satisfacției profesionale. Instituirea și implementarea

¹⁸European Observatory on Health Systems and Policies, OECD. Romania: Country Health Profile 2025. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2025
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/romania-country-health-profile-2025?utm>

¹⁹ Institutul Național de Sănătate Publică. Raport Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2020. București: Institutul Național de Sănătate Publică; 2020
https://insp.gov.ro/download/cnepss/stare-de-sanatate/rapoarte_si_studii_despre_starea_de_sanatate/sanatatea_copii/rapoarte_nationale/Raport-National-de-Sanatate-a-Copii-si-Tinerilor-din-Romania-2020.pdf



programelor de activitate fizică în cadrul întreprinderilor mici și mijlocii (IMM-uri) reprezintă adesea o provocare, din cauza diversității nevoilor și a limitărilor specifice diferitelor contexte organizaționale.²⁰

Situația globală și europeană, comparativ cu situația din România

În Regiunea Europeană a OMS, alimentația nesănătoasă constituie unul dintre principalii factori de risc pentru bolile netransmisibile, fiind responsabilă pentru o proporție importantă a poverii bolilor cardiovasculare și metabolice.²⁰

Constrângerile financiare limitează accesul unei părți importante a populației Uniunii Europene la alimente sănătoase, inclusiv fructe și legume. Accesibilitatea redusă la aceste produse favorizează un consum alimentar insuficient, constituind un factor de risc pentru dezvoltarea bolilor netransmisibile și pentru mortalitatea prematură. În anul 2021, consumul insuficient de fructe și legume a fost asociat cu aproximativ 275 000 de decese la nivelul Uniunii Europene. Între anii 2017 și 2022, s-a observat o diminuare a proporției adulților din Uniunea Europeană care consumau zilnic fructe, cu 3,6%, în timp ce proporția celor care consumau zilnic legume proaspete a înregistrat o scădere și mai pronunțată, de 5,5%. La nivelul statelor membre ale Uniunii Europene, țările cu rate mai ridicate ale consumului zilnic de fructe și legume au înregistrat, în general, diferențe mai reduse între nivelurile de educație în ceea ce privește acest comportament alimentar. Spania, Slovenia, Malta și Luxemburg au prezentat cele mai mici disparități, diferența dintre persoanele cu cel mai înalt și cel mai scăzut nivel de educație fiind de sub 5 puncte procentuale în ceea ce privește prevalența consumului zilnic. În schimb, România s-a remarcat prin cea mai mare disparitate, de aproape 28 de puncte procentuale. Aceste rezultate sugerează că țările cu un nivel general mai redus al consumului de fructe și legume se confruntă, totodată, cu dificultăți mai mari în asigurarea unui acces echitabil la o alimentație sănătoasă pentru diferitele grupuri socioeconomice.

Analizând frecvența activității fizice într-o săptămână obișnuită, în anul 2022 aproximativ o cincime din populația Uniunii Europene a declarat că desfășoară zilnic activități fizice în timpul liber (în afara activităților profesionale), iar jumătate dintre respondenți au practicat astfel de activități de una până la șase ori pe săptămână. În mod îngrijorător, aproximativ o treime dintre locuitorii Uniunii Europene au declarat că nu desfășoară niciodată activități fizice în timpul liber. Prevalența inactivității fizice totale a prezentat diferențe importante între țările europene, evidențiindu-se un gradient geografic dinspre nord-vest către sud-estul Europei. Ratele inactivității au variat de peste zece ori, țări precum Finlanda, Țările de Jos, Danemarca, Suedia, Norvegia și Elveția raportând o prevalență a inactivității de sub 10%, România în jur de 40%.²¹

Conform datelor furnizate de Organizația Mondială a Sănătății (Global Health Observatory, 2022), prevalența nivelului insuficient de activitate fizică în rândul persoanelor cu vârsta cuprinsă între 60 și 69 de ani din România a fost de 46,73% la bărbați (**Figura 7**) și de 43,40% la femei (**Figura 8**). Cea mai mică prevalență din Europa la această grupă de vârstă a fost înregistrată în Suedia, atât la bărbați (12,14%), cât și la femei (9,73%).

²⁰ World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8209-47977-71019>

²¹ OECD/European Commission. Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2024, https://www.oecd.org/en/publications/2024/11/health-at-a-glance-europe-2024_bb301b77/full-report/component-28.html#indicator-d1e11651-28856d7ff9



Figura 7 Prevalența activității fizice insuficiente la *bărbați* de 60-69 ani

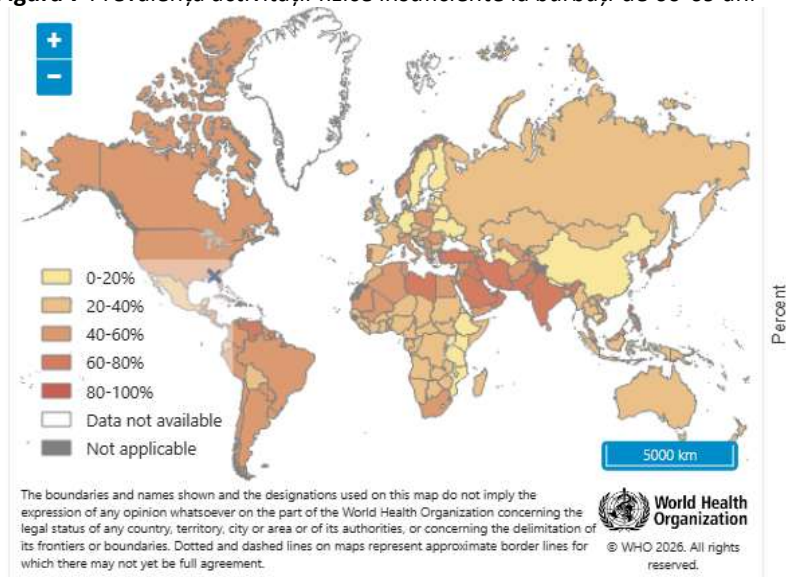
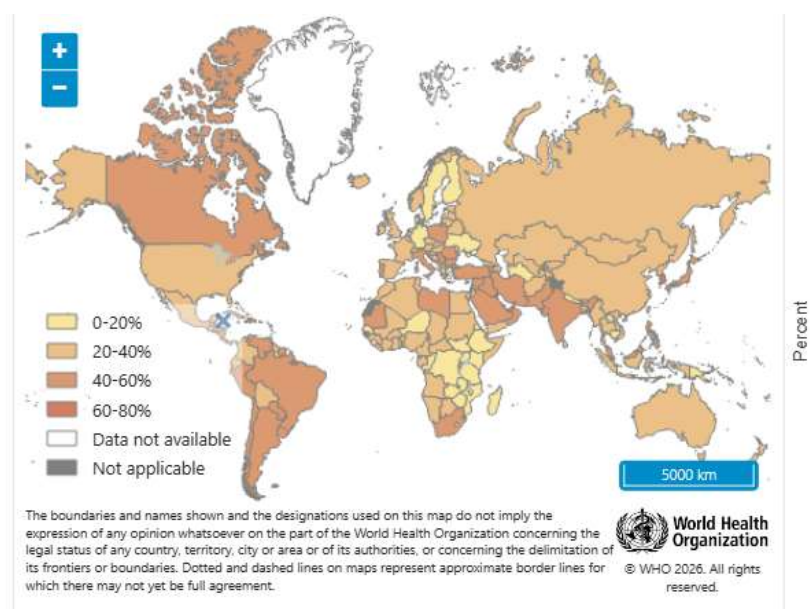


Figura 8 Prevalența activității fizice insuficiente la *femei* de 60-69 ani



Aceeași sursă indică faptul că, în grupa de vârstă 70–79 de ani, prevalența nivelului insuficient de activitate fizică în rândul bărbaților din România a fost de 58,23%, iar în rândul femeilor, de 57,85%. De asemenea, pentru această categorie de vârstă, Suedia a înregistrat cele mai scăzute niveluri de prevalență din Europa, respectiv 18,53% la bărbați și 17,21% la femei.

În cazul persoanelor vârstnice cu vârsta de peste 80 de ani, în România, prevalența nivelului insuficient de activitate fizică este mai ridicată în rândul femeilor (73,85%) comparativ cu bărbații (70,74%). De asemenea, în aceeași grupă de vârstă, cele mai mari valori ale prevalenței se înregistrează tot în rândul femeilor și în Suedia — țara europeană cu cea mai activă populație vârstnică — unde prevalența este de 30,38%, comparativ cu 28,74% în rândul bărbaților.²²

Raportul The Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report for Dietary, Physical Activity, and Sleep Behaviors: 2013–2023 evidențiază, într-o manieră semnificativă, evoluțiile din SUA privind sănătatea și starea de bine a adolescenților. Acest raport utilizează datele provenite din cadrul Youth Risk Behavior Survey (YRBS) pentru a analiza și descrie tendințele

²² World Health Organization Regional Office for Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057738>



comportamentale și experiențiale ale tinerilor în ceea ce privește alimentația, activitatea fizică și somnul.

În anul 2023, puțin peste jumătate dintre elevii de liceu au consumat zilnic fructe și legume și au băut apă plată de cel puțin trei ori pe zi. Mai puțin de o treime dintre elevi nu au consumat băuturi carbogazoase, iar mai puțin de jumătate au evitat consumul de băuturi energizante sau sportive. Aproximativ unul din patru elevi a luat micul dejun zilnic. Elevii de gen masculin au fost mai predispuși decât elevele să consume zilnic fructe, să ia micul dejun și să consume apă plată de cel puțin trei ori pe zi. În schimb, elevele au avut o probabilitate mai mare decât elevii de a nu consuma băuturi carbogazoase și băuturi sportive.

În ceea ce privește tendințele în perioada 2013–2023, s-a observat o scădere a proporției elevilor de liceu care consumă zilnic fructe, legume și micul dejun, deși în perioada 2021–2023 s-a înregistrat o ușoară creștere la ambele genuri. În același timp, a crescut proporția elevilor care consumă apă plată de cel puțin trei ori pe zi și care evită consumul de băuturi carbogazoase și sportive. De asemenea, s-a înregistrat o creștere a proporției elevilor de gen masculin ce nu consumă băuturi sportive.

În anul 2023, aproximativ unul din patru elevi de liceu a fost activ fizic timp de cel puțin 60 de minute zilnic. Puțin peste jumătate (52%) dintre elevii de liceu au făcut parte dintr-o echipă sportivă. Aproximativ unul din patru elevi a frecventat zilnic orele de educație fizică. De asemenea, aproximativ unul din șase elevi a îndeplinit recomandările atât pentru activitatea fizică aerobică, cât și pentru cea de întărire musculară.

Aproximativ unul din patru elevi a beneficiat de cel puțin 8 ore de somn într-o noapte obișnuită în perioada de școală.

În ceea ce privește tendințele practicării activității fizice din perioada 2013–2023, s-a înregistrat o scădere a procentului de elevi de liceu care au îndeplinit toate cele cinci comportamente legate de activitatea fizică (activitate fizică zilnică, activitate de întărire musculară, respectarea recomandărilor federale privind activitatea aerobică și cea de întărire musculară, participarea zilnică la orele de educație fizică și participarea la echipe sportive). Totodată, s-a observat o creștere a proporției elevilor care au efectuat exerciții de întărire musculară de cel puțin trei ori pe săptămână și care au participat zilnic la orele de educație fizică. În schimb, procentul elevilor care au dormit cel puțin 8 ore într-o noapte obișnuită în perioada de școală a scăzut.

Pentru perioada 2021–2023, aproximativ unul din șase elevi a îndeplinit recomandările federale atât pentru activitatea aerobică, cât și pentru cea de întărire musculară, aproximativ unul din patru elevi a participat zilnic la orele de educație fizică, iar puțin peste jumătate dintre elevi au făcut parte dintr-o echipă sportivă.²³

În România, studiul Identificarea, cuantificarea și monitorizarea riscului specific pentru sănătate generat de comportamentele cu risc (YRBSS-CDC), realizat de către INSP, sub coordonarea CRSP Cluj, a vizat evaluarea comportamentelor cu risc la elevii cu vârste cuprinse între 14 și 18 ani sau mai mult. Evaluările s-au realizat pe un eșantion de elevi la nivel național, reprezentativ statistic (peste 22000 elevi). S-a utilizat chestionarul Youth Risk Behavior Surveillance System, al CDC – SUA, tradus și adaptat particularităților socio-economice și cultural-educative din țara noastră.

Supravegherea comportamentelor cu risc pentru sănătate în rândul elevilor de liceu din România se realizează cu colaborarea personalului din compartimentele de promovarea sănătății și compartimentele de igienă școlară din cadrul DSP-urilor județene și a municipiului București, a personalului din cadrul inspectoratelor școlare județene și a municipiului București, a administratorilor unităților de învățământ de tip liceal incluse în eșantionul de studiu, a profesorilor diriginți ai claselor incluse în eșantion și a elevilor respondenți din 108 licee din țară.

Studiul a evaluat cele 6 arii comportamentale cu risc pentru sănătate, definitorii stilului de viață cu risc: fumat, consum de alcool-droguri, comportament alimentar cu risc, agresivitate-autoagresivitate, sedentarism, comportament sexual cu risc la elevii de liceu din România.

Perioada de desfășurare: octombrie-decembrie 2022 (anul școlar 2022-2023).

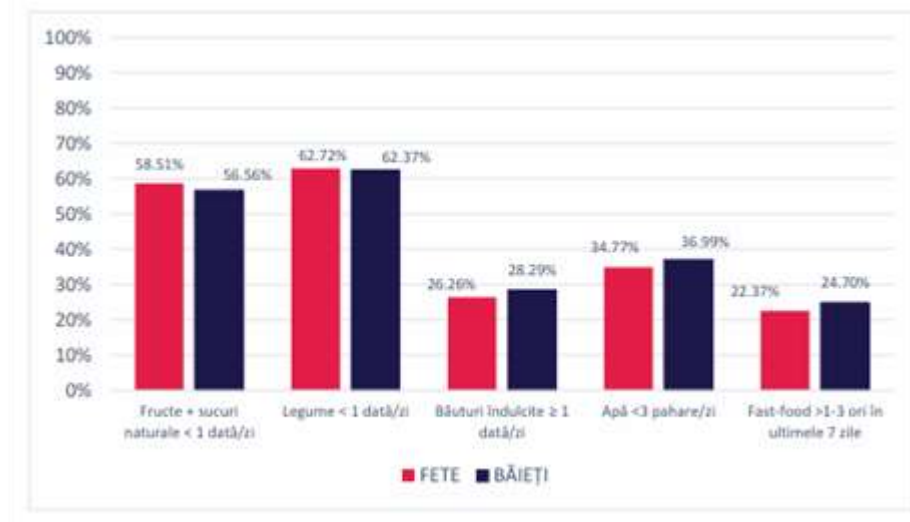
În ceea ce privește comportamentul alimentar și auto-percepția corporală, mai mult de 50% dintre respondenți consumă fructe, sucuri naturale sau legume < 1 dată/zi, aproximativ 60% consumă legume mai rar decât o dată pe zi, aproximativ un sfert consumă băuturi îndulcite > 1 dată/ zi și fast-food > 1-3 ori în ultimele 7 zile și o treime beau mai puțin de 3 pahare de apă/zi (**Figura 9**). Aceste date sunt îngrijorătoare prin prisma asocierii comportamentelor alimentare

²³Centers for Disease Control and Prevention. Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report for Dietary, Physical Activity, and Sleep Behaviors: 2013–2023 [Internet]. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services; 2024
<https://www.cdc.gov/yrbss/dstr/dietary-physical-sleep-behaviors.html>



precare cu riscul de boli cronice netransmisibile ulterior în viață. Aportul alimentar precar în timpul adolescenței a fost asociat cu un risc crescut de consecințe imediate asupra sănătății, cum ar fi creșterea în greutate, performanța academică redusă, mineralizarea osoasă slabă și dezvoltarea riscului pentru boli cronice în viața de adult. Aproape 25% dintre băieți și 15% dintre fete au prezentat suprapondere și obezitate, autopercepția corporală fiind relativ corectă la ambele sexe, datele referitoare la suprapondere și obezitate autopercepute și apreciate în baza IMC fiind asemănătoare. Comportamente alimentare nesănătoase, cum ar fi săritul peste mesele principale, inclusiv micul dejun și consumul frecvent de alimente și băuturi dulci au fost sugerate printre factorii care conduc la exces ponderal și obezitate la adolescenți.

Figura 9 Distribuția procentuală a subiecților cu comportamente alimentare nesănatoase în raport cu genul



Analiza nivelurilor de activitate fizică a relevat statistici la fel de îngrijorătoare ca la toate celelalte comportamente studiate. Mai puțin de 2 din 10 elevi de liceu din România sunt destul de activi fizic, conform recomandărilor OMS (**Figura 10**).

Figura 10 Distribuția (%) a respondenților în funcție de numărul de zile în care au practicat minim 60 de minute de activitate fizică moderată-intensă în fiecare din ultimele 7 zile anterioare completării chestionarului



S-au înregistrat diferențe semnificative atât în funcție de vârstă (scade activitatea fizică odată cu creșterea vârstei) cât și de gen (fetele sunt mai puțin active decât băieții) (**Figura 11**).

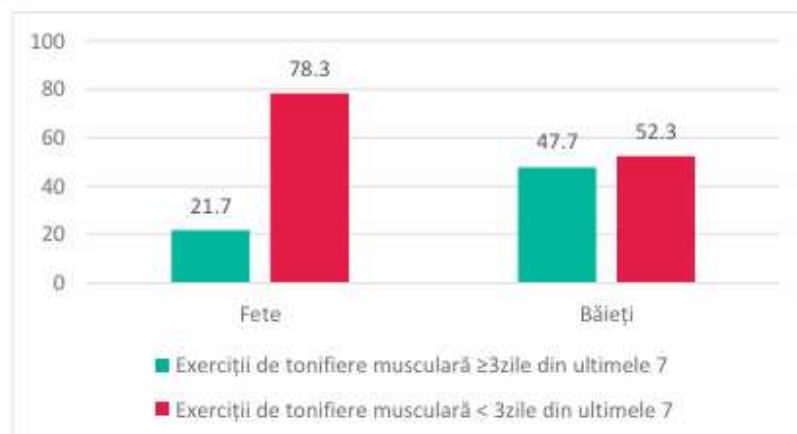


Figura 11 Distribuția respondenților care au practicat minim 60 de minute de activitate fizică moderată-intensă în fiecare din ultimele 7 zile anterioare completării chestionarului în funcție de vârstă și gen



Doar 21,7% dintre fete și 52,3% dintre băieți au efectuat exerciții de tonifiere musculară minim 3 zile din ultimele 7 anterioare completării chestionarului, conform recomandărilor OMS, diferența între genuri și scăderea odată cu avansarea în vârstă fiind și de această dată semnificative statistic (**Figura 12**). Participarea la orele de educație fizică și sport este crescută, aproape 90% dintre respondenți declarând că participă la aceste ore. Efortul fizic depus în cadrul acestor ore nu a fost însă cuantificat.

Figura 12 Distribuția procentuală (%) a respondenților în funcție de gen și efectuarea exercițiilor de tonifiere musculară conform recomandărilor OMS



În Raportul de implementare a metodologiei pe anul 2025, elaborat de INSP-CRSPM, privind monitorizarea consumului de aditivi alimentari în cadrul Programului Național II, Domeniul 4/1 privind protejarea sănătății publice prin prevenirea îmbolnăvirilor asociate factorilor de risc alimentari și de nutriție- Evaluarea stării de nutriție și a tipului de alimentație al populației, ca urmare a problemelor identificate a reieșit necesitatea introducerii mai largă a monitorizării cantitative a aditivilor utilizați în produsele alimentare. Astfel se va face protejarea populației împotriva efectelor datorate consumului inadecvat de aditivi alimentari, depistarea precoce și înlăturarea sau limitarea factorilor de risc pentru sănătatea populației. În cadrul metodologiei s-au desfășurat 3 activități:

- I. Continuarea studiului pilot început în 2024, pentru punerea la punct a unor metode, respectiv validarea și acreditarea analizelor;
- II. Determinarea sulfurilor din bere;



III. Aplicarea de chestionare în școli în vederea estimării consumului unor aditivi alimentari în rândul tinerilor.

Prin aplicarea acestor chestionare s-a dorit evaluarea consumul de bere, băuturi energizante, băuturi răcoritoare și cereale pentru mic dejun, produse care conțin aditivi alimentari, din categoria celor care fac obiectul metodologiei. De asemenea au fost evaluate obiceiurile de a citi eticheta alimentelor și cunoștințele elevilor despre aditivi alimentari. Chestionarele s-au aplicat la elevii claselor a XII-a ale liceelor din țară, respectiv tinerilor de 17-19 ani.

În ceea ce privește cantitatea de cereale pentru mic dejun consumată/săptămână de către elevi, majoritatea nu au putut specifica în ce cantitate au consumat aceste alimente (42,9% dintre băieți, 36,7% dintre fete), 24,7% dintre băieți (**Figura 13**) și 21,8% dintre fete nu au consumat deloc cereale la micul dejun (**Figura 14**)

Figura 13 Cantitatea de cereale pentru mic dejun consumată/săptămână de *băieți*

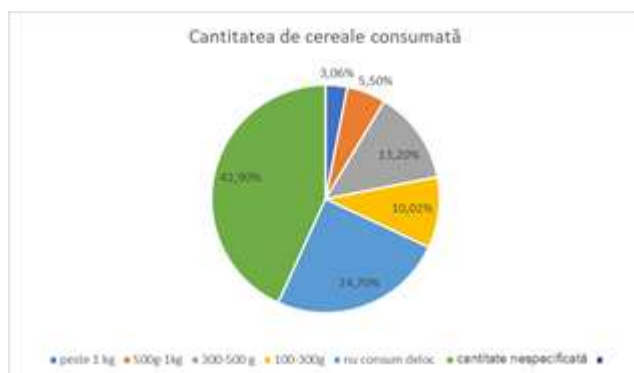


Figura 14 Cantitatea de cereale pentru mic dejun consumată/săptămână de către *fete*



Din totalul elevilor chestionați 142 fete (26,7%) și 129 băieți (26,3%) consumă băuturi energizante, majoritatea lor (44,3% băieți și 42,1% fete) nu au menționat cantitatea săptămânal consumată, iar un procent de 6,5% băieți și 2,2% fete au afirmat un consum peste 1l al acestor produse.

Doar un procent mic de elevi au afirmat că nu consumă băuturi răcoritoare, acesta fiind de 6,7% din băieți și 6,4% din fete. Un număr mare de elevi (39,05% băieți și 27,8 % fete) consumă săptămânal peste 1 l de băuturi răcoritoare.

272 băieți (55,6%) și 295 fete (55,5%) au afirmat că nu au cunoștințe despre aditivi, iar la întrebarea dacă citesc eticheta alimentelor au răspuns afirmativ 239 (48,8%) băieți și 230 fete (43,3%).

Una dintre concluziile care se desprinde în urma aplicării chestionarelor tinerilor de 17-19 ani este necesitatea unor ore de educație pentru sănătate în școli, de metode de monitorizare a consumului de aditivi, respectiv monitorizarea obiceiurilor alimentare și a modului de viață al elevilor, conștientizarea importanței citirii etichetelor, pentru a le asigura însușirea unor deprinderi sănătoase cu scopul de a preveni bolile cronice.



Având în vedere că supraponderalitatea și obezitatea în rândul copiilor sunt în creștere la nivel global, școlile se află în prima linie în abordarea acestei poveri. În anul 2025, aproximativ 1 din 10 copii și adolescenți de vârstă școlară – respectiv 188 de milioane – trăiau cu obezitate la nivel mondial, depășind pentru prima dată numărul copiilor subponderali.

Obiceiurile alimentare sănătoase se formează încă din primii ani de viață. Copiii petrec o parte semnificativă din zi la școală, ceea ce transformă acest mediu într-un cadru esențial pentru formarea unor comportamente alimentare durabile și pentru reducerea inechităților în domeniul sănătății și nutriției.

Determinanții comportamentelor alimentare și ai activității fizice

Declarația politică adoptată la reuniunea la nivel înalt a Adunării Generale a Națiunilor Unite din 25 septembrie 2025 evidențiază principalii factori de risc modificabili ai BNT: consumul de tutun și alcool, alimentația nesănătoasă, sedentarismul și poluarea aerului, precum și amploarea fenomenului obezității la nivel global, inclusiv în rândul copiilor și adolescenților. Declarația arată că aceste probleme constituie o prioritate globală și sunt influențate de factori sociali, economici și de mediu și necesită intervenții coordonate la nivel intersectorial.

În vederea implementării unor măsuri eficiente și sustenabile de promovare a unui stil de viață sănătos, statele sunt chemate să adopte măsuri urgente pentru combaterea determinantilor sociali, economici și de mediu ai BNT și ai sănătății mintale, prin reducerea sărăciei și a malnutriției, creșterea accesului la educație și protecție socială, îmbunătățirea condițiilor de muncă și reducerea poluării. De asemenea, se recomandă dezvoltarea unor politici publice și cadre legislative pentru promovarea alimentației sănătoase și prevenirea obezității, inclusiv prin etichetare nutrițională clară, limitarea grăsimilor trans, zahărului și sării, protejarea copiilor de marketingul alimentar agresiv, susținerea alăptării și promovarea activității fizice.²⁴

a. Determinanții individuali

Determinanții individuali includ caracteristicile biologice, psihologice și comportamentale ale persoanei care influențează alegerile alimentare și nivelul de activitate fizică. Printre aceștia se numără nivelul de educație pentru sănătate, cunoștințele despre alimentație, percepția riscului, preferințele alimentare, autoeficacitatea și capacitatea de autoreglare a comportamentului.²⁵

Persoanele cu cunoștințe limitate privind principiile nutriției pot avea dificultăți în interpretarea etichetelor alimentare, identificarea produselor cu conținut ridicat de zahăr, sare sau grăsimi saturate și evaluarea calității generale a dietei.²⁶

În rândul adolescenților, deciziile alimentare sunt influențate puternic de dezvoltarea identității personale, dorința de autonomie și influența grupului de prieteni. Adolescenții tind să prefere alimente rapide, produse de tip fast-food și băuturi îndulcite, în special atunci când acestea sunt asociate cu independența, socializarea și statutul în grup.²⁷

Bolile cronice asociate alimentației nesănătoase și sedentarismului apar de obicei după perioade lungi de expunere, astfel încât adolescenții și adulții tineri pot considera că riscurile sunt

²⁴ United Nations General Assembly. Political Declaration of the 4th High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases and the Promotion of Mental Health and Well-being: draft resolution submitted by the President of the General Assembly (A/80/L.34) [Internet]. New York: United Nations; 2025 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/4th-high-level-meeting-of-ncds/unlm4_draft_pd_a_80_l_34.pdf?sfvrsn=65f041c4_1&download=true

²⁵ Nutbeam D. Health literacy as a public health goal. Health Promotion International. 2000;15(3):259–267, <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108?login=false>

²⁶ Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al. Health literacy and public health. BMC Public Health. 2012;12:80, <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-12-80>

²⁷ Story M, Neumark-Sztainer D, French S. Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. Journal of the American Dietetic Association. 2002;102:S51, [https://www.jandonline.org/article/S0002-8223\(02\)90421-9/abstract](https://www.jandonline.org/article/S0002-8223(02)90421-9/abstract)



îndepărtate și irelevante pentru propria persoană. Această percepție reduce motivația pentru schimbarea comportamentală.²⁸

Astfel, **barierele** individuale care trebuie vizate includ:

- creșterea nivelului de educație nutrițională;
- dezvoltarea abilităților practice (citirea etichetelor, planificarea meselor);
- creșterea percepției riscului asociat sedentarismului;
- promovarea unor obiective realiste și accesibile privind activitatea fizică;
- combaterea ideii că un stil de viață sănătos este dificil sau costisitor.

b. Determinanții sociali și economici

Comportamentele alimentare și activitatea fizică sunt puternic influențate de condițiile sociale și economice în care trăiesc indivizii. Venitul, nivelul educației, ocuparea profesională și statutul social determină accesul la alimente sănătoase, servicii de sănătate, facilități sportive și oportunități pentru un stil de viață activ.²⁹

Venitul redus reprezintă una dintre principalele bariere pentru adoptarea unei alimentații sănătoase. În multe situații, alimentele cu densitate energetică mare și valoare nutritivă redusă (produse ultraprocesate, gustări dulci, băuturi zaharoase) sunt mai ieftine și mai accesibile decât alimentele proaspete, precum fructele, legumele și peștele. Această diferență economică favorizează alegerile alimentare nesănătoase în grupurile vulnerabile.³⁰

Insecuritatea alimentară influențează negativ calitatea dietei prin limitarea posibilității de a cumpăra alimente variate și nutritive. Persoanele cu resurse financiare reduse sunt mai expuse riscului de obezitate, deoarece strategiile alimentare adoptate în condiții de restricție economică favorizează alimentele ieftine, bogate în calorii, dar sărace în nutrienți.³¹

Nivelul educațional influențează atât cunoștințele despre sănătate, cât și capacitatea de a accesa și utiliza informațiile disponibile. Persoanele cu nivel educațional mai redus prezintă, în general, o prevalență mai mare a obezității, sedentarismului și bolilor cronice asociate.³²

Intervențiile de sănătate publică trebuie să evite transmiterea mesajului că alegerile alimentare sunt exclusiv rezultatul voinței individuale. Este necesară abordarea **barierelor** structurale prin măsuri precum educația nutrițională accesibilă, programe comunitare gratuite de activitate fizică și facilitarea accesului la alimente sănătoase pentru grupurile vulnerabile.

c. Determinanții de mediu (urbanism, acces și infrastructură)

Mediul fizic în care oamenii trăiesc, muncesc și învață influențează semnificativ nivelul activității fizice și alegerile alimentare. Conceptul de „mediu obezogen” descrie acele caracteristici ale mediului care favorizează consumul excesiv de calorii și reduc oportunitățile de mișcare.³²

În ceea ce privește alimentația, accesibilitatea magazinelor care comercializează alimente sănătoase influențează alegerile populației. Zonele caracterizate prin disponibilitate redusă a alimentelor proaspete și predominanța magazinelor cu produse ultraprocesate sunt denumite frecvent „pustiuri alimentare” (food deserts).³³

²⁸ Marteau TM, Hollands GJ, Fletcher PC. Changing human behavior to prevent disease. *Nature*. 2012;486:109–110,

https://www.researchgate.net/publication/230895724_Changing_Human_Behavior_to_Prevent_Disease_The_Importance_of_Targeting_Automatic_Processes

²⁹ Marmot M, Allen J, Bell R, et al. WHO European review of social determinants of health. *The Lancet*. 2012;380:1011–1029, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22964159/>

³⁰ Darmon N, Drewnowski A. Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in health. *Nutrition Reviews*. 2015;73:643–660, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4586446/>

³¹ FAO, IFAD, UNICEF, WFP & WHO. (2023). The State of Food Security and Nutrition in the World 2023: Urbanization, agrifood systems transformation and healthy diets across the rural–urban continuum. Rome: FAO, <https://www.fao.org/publications/fao-flagship-publications/the-state-of-food-security-and-nutrition-in-the-world/en>

³² Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments. *Preventive Medicine*. 1999;29:563–570, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091743599905856>

³³ Walker RE, Keane CR, Burke JG. Disparities and access to healthy food. *Health & Place*. 2010;16:876–884, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1353829210000584>



Urbanizarea rapidă a determinat creșterea utilizării transportului motorizat, reducerea deplasărilor active și diminuarea timpului petrecut în activități fizice cotidiene. Lipsa trotuarelor sigure, a pistelor pentru biciclete și a spațiilor verzi reduce posibilitatea populației de a realiza activitate fizică regulată.³⁴

Accesul la infrastructură sportivă reprezintă un determinant important, în special pentru copii și adolescenți. Școlile și comunitățile care oferă spații sigure pentru sport și recreere facilitează dezvoltarea unor comportamente active pe termen lung.³⁵

Așadar, **barierele** de mediu care trebuie vizate includ:

- lipsa spațiilor accesibile pentru activitate fizică;
- accesul redus la alimente sănătoase în anumite comunități;
- lipsa programelor locale de mișcare;
- absența unor politici școlare care să promoveze alimentația sănătoasă și activitatea fizică.

d. Determinanții comerciali (marketing, industria alimentară, disponibilitatea produselor ultraprocesate)

Factorii comerciali reprezintă un determinant important al comportamentelor alimentare, prin influența exercitată asupra disponibilității, accesibilității și atractivității produselor alimentare. Industria alimentară utilizează strategii complexe de marketing, promovare și poziționare a produselor, care pot influența preferințele și alegerile consumatorilor, în special în rândul copiilor și adolescenților.³⁶

Expunerea crescută la reclame pentru băuturi îndulcite, produse de tip fast-food și gustări hipercalorice este asociată cu un consum mai mare al acestor produse și cu un risc crescut de exces ponderal.³⁷

Copiii și adolescenții reprezintă o categorie vulnerabilă la influența marketingului alimentar, deoarece capacitatea lor de a analiza critic mesajele comerciale este mai redusă. Publicitatea utilizând personaje, influenceri, jocuri online și rețele sociale contribuie la normalizarea consumului de alimente cu valoare nutritivă redusă.³⁸

Astfel, **barierele** comerciale prioritare care trebuie abordate sunt:

- expunerea crescută la publicitatea alimentelor nesănătoase;
- lipsa informațiilor clare privind calitatea nutrițională a produselor;
- disponibilitatea crescută a produselor ultraprocesate în școli, magazine și spații publice;
- asocierea alimentelor nesănătoase cu recompense, socializare și stil de viață modern.

Conform OMS, mai mulți factori pot determina cât de activi sunt oamenii și nivelurile generale de activitate fizică în diverse grupuri populaționale. Acești factori pot fi legați de caracteristicile individuale ale persoanei sau de determinanți sociali, culturali, de mediu și economici mai largi, care influențează accesul și oportunitățile de a fi activ într-un mod sigur și plăcut (**Figura 15**).³

³⁴ Sallis JF, Cerin E, Conway TL, et al. Physical activity in relation to urban environments. The Lancet. 2016;387:2207–2217, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01284-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01284-2/abstract)

³⁵ WHO. School policy framework: implementation of physical activity. Geneva; 2008, : <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241596862>

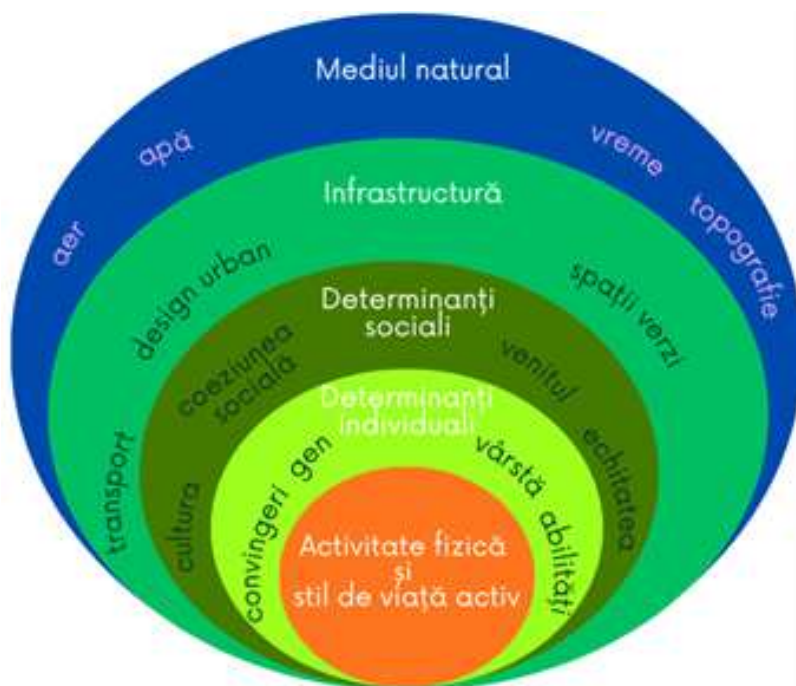
³⁶ World Health Organization. Food marketing exposure and power and their associations with food-related attitudes, beliefs and behaviours. Geneva: WHO; 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240041783>

³⁷ Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, et al. The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. Public Health Nutrition. 2018;21:5–17, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28322183/>

³⁸ WHO Regional Office for Europe. Tackling food marketing to children in a digital world. Copenhagen: WHO; 2016, <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289051176>



Figura 15 Influența determinantilor sociali și de mediu asupra nivelului de activitate fizică



În urma analizei de sinteză a 72 de studii științifice a fost evidențiată o relație complexă între accesul la diferite activități fizice și determinanții sociali, precum cultura, coeziunea socială, venitul, echitatea). Rezultatele arată că factorii socioeconomiци și calitatea infrastructurii (transport, design urban, spații verzi) destinate activității fizice joacă un rol semnificativ în facilitarea sau limitarea practicării activității fizice la nivel comunitar.

De asemenea, planificarea urbană eficientă este identificată ca un element esențial în creșterea oportunităților de activitate fizică, în special prin dezvoltarea unor medii favorabile deplasării pietonale, a infrastructurii pentru ciclism și prin asigurarea accesului la spații verzi și facilități sportive.³⁹

Inegalități (gen, vârstă, statut socio-economic)

Adoptarea comportamentelor sănătoase este influențată de inegalitățile sociale și economice. Persoanele cu nivel socio-economic redus prezintă o probabilitate mai mare de expunere la factori de risc precum alimentația dezechilibrată, sedentarismul și accesul limitat la servicii preventive.⁴⁰

Diferențele de gen influențează atât nivelul activității fizice, cât și comportamentele alimentare. În numeroase țări, femeile și fetele prezintă niveluri mai reduse de activitate fizică

³⁹ Høyer-Kruse J, Schmidt EB, Hansen AF, Pedersen MRL. The interplay between social environment and opportunities for physical activity within the built environment: a scoping review. BMC Public Health. 2024 Aug 30;24(1):2361. doi: 10.1186/s12889-024-19733-x. PMID: 39215315; PMCID: PMC11363614, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11363614/>

⁴⁰ Marmot M, Allen J. Social determinants of health equity. American Journal of Public Health. 2014;104–S519, <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2014.302200>



comparativ cu bărbații, din cauza responsabilităților familiale, normelor sociale, accesului diferit la facilități sportive și siguranței percepute a spațiilor publice.⁴¹

Studiile indică faptul că fetele consumă mai multe fructe și legume decât băieții, însă manifestă mai frecvent preocupări legate de greutate, cum ar fi dorința de a slăbi sau sentimentul de vinovăție asociat consumului excesiv de alimente. Normele de gen influențează aceste comportamente: fetele tind să mănânce porții mai mici, în timp ce băieții consumă mai mult pentru a-și dezvolta masa musculară. De asemenea, părinții încurajează adesea fiicele să mănânce mai puțin și pe fii să mănânce mai mult, reflectând stereotipurile culturale legate de alimentație și corp.⁴²

Vârsta reprezintă un alt determinant important. Adolescenții sunt vulnerabili din cauza influenței grupului de egali, expunerii la marketing digital și dezvoltării obiceiurilor alimentare pe termen lung. La adulți, barierele principale sunt lipsa timpului, stresul ocupațional și responsabilitățile familiale, iar la vârstnici predomină limitările funcționale și accesul redus la activități fizice adaptate.

Inegalitățile socio-economice trebuie luate în considerare în elaborarea campaniilor de sănătate publică, deoarece mesajele generale pot avea un impact redus dacă populația nu dispune de resursele necesare pentru aplicarea recomandărilor. Intervențiile trebuie să fie accesibile, incluzive și adaptate diferitelor grupuri populaționale. Schimbarea comportamentală durabilă apare atunci când persoanele au atât motivația, cât și posibilitatea reală de a adopta comportamente sănătoase.⁴¹

Copiii din familii cu venituri mici, cei aparținând minorităților etnice și cei care locuiesc în zone defavorizate sunt afectați disproporționat de obezitate. Acest model se menține în multe țări europene, unde diferențele socioeconomice rămân un factor determinant major al obezității infantile.

Motivele disparităților socioeconomice în ceea ce privește obezitatea sunt complexe. Insecuritatea alimentară reprezintă un factor cheie, gospodăriile cu venituri mici și cele aparținând minorităților etnice confruntându-se adesea cu dificultăți în accesarea și achiziționarea alimentelor nutritive, fiind nevoite să se bazeze pe opțiuni mai ieftine și mai puțin sănătoase.

Mediile obezogene contribuie semnificativ la aceste inegalități. Zonele defavorizate au, de regulă, mai multe puncte de vânzare de tip fast-food, un număr redus de comercianți care oferă produse proaspete și o expunere mai intensă la promovarea alimentelor nesănătoase. În plus, copiii din aceste grupuri vulnerabile sunt mult mai puțin predispuși să participe la activități fizice, din cauza unor factori precum constrângerile financiare sau de timp, care limitează accesul la sporturi organizate, precum și lipsa spațiilor verzi sigure pentru joacă și mișcare.

Relația dintre statutul socio-economic și obezitate este, totuși, influențată și de nivelul de dezvoltare al unei țări. Buoncristiano și colaboratorii săi au analizat datele a 127.487 de copii participanți la COSI și au identificat o relație inversă între prevalența excesului ponderal/obezității la copii și nivelul de educație al părinților în țările cu venituri ridicate, în timp ce în majoritatea țărilor cu venituri medii s-a observat relația opusă. Aceste rezultate sugerează că factorii contextuali mai largi, cum ar fi nivelul de dezvoltare economică al țării, trebuie, de asemenea, să fie luați în considerare atunci când se concep intervenții pentru reducerea inegalităților.⁴⁵

Nivelul de practicare a activităților fizice la copii și adolescenți este influențat de o combinație complexă de factori individuali (convingeri personale, gen, vârstă, abilități), sociali și de mediu. Cercetările recente arată că factorii externi – precum mediul urban, statutul socioeconomic, familia, școala sau siguranța cartierului – pot influența comportamentul fizic uneori chiar mai mult decât motivația personală sau predispozițiile individuale. Studiile arată că elevii proveniți din familii cu statut socioeconomic ridicat au, în general, acces mai bun la activități sportive organizate, cluburi, echipamente și spații sigure pentru mișcare. În schimb, copiii din medii defavorizate sunt mai expuși sedentarismului și au mai puține oportunități de practicare a exercițiului fizic.⁴³

⁴¹ Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Global trends in insufficient physical activity among adolescents. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 2020;4:23–35, <https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642%2819%2930323-2/fulltext>

⁴² Kelly CN, Da Rosa P, Remmele J, Tilenbaeva N, Arnold R, Oberhoffer-Fritz R, et al. Inequalities in childhood overweight and obesity: A call to strengthen upstream policy measures. *Obes Rev*. 2024;25(2):e13678 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666535225000564>

⁴³ Andersen OK, Gebremariam MK, Kolle E, Tarp J. Socioeconomic position, built environment and physical activity among children and adolescents: a systematic review of mediating and



Impactul alimentației nesănătoase și al sedentarismului asupra sănătății publice

Alimentația nesănătoasă și sedentarismul la copiii sub 15 ani trebuie considerate probleme de sănătate publică, nu doar comportamente individuale. Efectele lor se manifestă prin creșterea riscului de suprapondere și obezitate, afectarea sănătății cardiometabolice și mintale și, pe termen lung, prin creșterea probabilității de apariție a bolilor cronice netransmisibile⁴⁴. În același timp, aceste fenomene generează costuri directe pentru sistemele de sănătate și costuri indirecte pentru familii și economie. Investițiile în prevenție în copilărie pot avea astfel o dublă valoare: îmbunătățirea stării de sănătate a populației și reducerea poverii economice viitoare.⁴⁵ Datele europene indică faptul că adolescenții proveniți din familii cu statut socioeconomic mai redus sunt mai expuși alimentației nesănătoase, supraponderii și nivelurilor insuficiente de activitate fizică⁴⁶.

Adolescența reprezintă o perioadă critică pentru dezvoltarea organismului și formarea comportamentelor alimentare. Consumul frecvent de alimente ultraprocesate, băuturi îndulcite și produse cu un conținut ridicat de grăsimi saturate și zahăr favorizează excesul ponderal și obezitatea. Sedentarismul, determinat în principal de utilizarea excesivă a dispozitivelor electronice și reducerea activităților fizice, este asociat cu un risc crescut de boli cardiovasculare, diabet și afectarea sănătății mintale. Studiile arată că activitatea fizică regulată îmbunătățește funcțiile cognitive, performanța școlară și starea psihică a adolescenților⁴⁶.

La vârstnici, alimentația dezechilibrată contribuie la apariția malnutriției, sarcopeniei, osteoporozei și bolilor cronice. Deficiențele nutriționale afectează sistemul imunitar și cresc susceptibilitatea la infecții și complicații medicale. Sedentarismul accelerează pierderea masei musculare și a densității osoase, favorizează dizabilitatea funcțională și crește riscul de căderi și fracturi. Activitatea fizică regulată reduce mortalitatea, menține autonomia și îmbunătățește calitatea vieții persoanelor vârstnice⁴⁷.

Sedentarismul ocupațional a devenit o problemă majoră de sănătate publică, în special în rândul angajaților care desfășoară activități de birou. Timpul îndelungat petrecut în poziția șezând este asociat cu un risc crescut de boli cardiovasculare, diabet zaharat și mortalitate prematură, chiar și la persoanele care efectuează activitate fizică în timpul liber. Alimentația dezechilibrată și lipsa activității fizice determină scăderea productivității, reducerea capacității de concentrare, creșterea absenteismului și a concediilor medicale, precum și diminuarea performanței profesionale⁴⁸.

moderating effects. Int J Behav Nutr Phys Act. 2022 Dec 12;19(1):149.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9743748/>

⁴⁴ World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

⁴⁵ Onyimadu O, Violato M, Astbury NM, Hüls H, Heath L, Shipley A, et al. A systematic review of economic evaluations of interventions targeting childhood overweight and obesity. Obes Rev. 2023;24,

https://www.researchgate.net/publication/372449934_A_systematic_review_of_economic_evaluations_of_interventions_targeting_childhood_overweight_and_obesity

⁴⁶ World Health Organization Regional Office for Europe. The inequality epidemic: low-income teens face higher risks of obesity, inactivity and poor diet [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024 May 23, <https://www.who.int/europe/news/item/23-05-2024-the-inequality-epidemic-low-income-teens-face-higher-risks-of-obesity-inactivity-and-poor-diet>

⁴⁷ Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft AJ, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. Clin Nutr. 2019;38(1):10–47, https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guideline_on_clinical_nutrition_and_hydration_in_geriatrics.pdf

⁴⁸ Katzmarzyk PT, Powell KE, Jakicic JM, Troiano RP, Piercy K, Tennant B. Sedentary behavior and health: update from the 2018 Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Med Sci Sports Exerc. 2019;51(6):1227–1241, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31095080/>



În ceea ce privește impactul asupra economiei, OMS estimează că bolile netransmisibile reprezintă una dintre principalele cauze ale pierderilor economice la nivel global. Investițiile în prevenție, educație nutrițională și promovarea activității fizice sunt considerate unele dintre cele mai eficiente măsuri pentru reducerea acestor costuri. OMS estimează că, în absența reducerii nivelurilor actuale de inactivitate fizică în rândul populației generale, costul pentru sistemele de sănătate la nivel global ar putea ajunge la aproximativ 300 de miliarde USD în perioada 2020–2030, adică aproximativ 27 de miliarde USD anual, ceea ce evidențiază dimensiunea economică a inactivității fizice ca factor de risc pentru bolile netransmisibile³.

În vederea atenuării impactului alimentației nesănătoase și a sedentarismului asupra sănătății publice, OMS recomandă măsuri de prevenire:

- adoptarea unei diete echilibrate, bogate în fructe, legume, cereale integrale și proteine de calitate;
- limitarea consumului de alimente ultraprocesate și băuturi îndulcite;
- practicarea regulată a activității fizice conform recomandărilor OMS;
- implementarea programelor de educație pentru sănătate în școli și la locul de muncă;
- dezvoltarea politicilor publice care facilitează accesul la alimentație sănătoasă și activitate fizică⁹.

Politici și inițiative privind alimentația sănătoasă și promovarea activității fizice

Strategiile eficiente privind BNT se bazează pe trei piloni interdependenți, în funcție de profilurile specifice ale factorilor de risc și de prioritățile de sănătate ale fiecărei țări :

1. Creșterea nivelului de informare și educație.

Progresul sustenabil depinde și de faptul că indivizii dispun de cunoștințele, motivația și abilitățile necesare pentru a face alegeri mai sănătoase. Informarea, motivația și competențele comportamentale trebuie consolidate la toate nivelurile societății, de la relațiile interpersonale până la politicile publice.

2. Crearea unor medii care susțin alegeri mai sănătoase.

Mediile în care oamenii trăiesc, lucrează și învață influențează semnificativ riscul de apariție a bolilor netransmisibile. Politicile care creează medii favorabile sănătății — prin reducerea barierelor, abordarea impactului factorilor sociali, de mediu, economici, comerciali și de piață și prin creșterea accesibilității opțiunilor sănătoase — sunt esențiale pentru susținerea schimbării comportamentale și pentru modificarea normelor sociale.

3. Dezvoltarea unor sisteme de sănătate orientate spre prevenție și îngrijire.

Sistemele de sănătate, în special asistența medicală primară, pot interveni pe întregul parcurs al îngrijirii în cazul bolilor netransmisibile, nu doar în tratarea episoadelor acute. Medicii și furnizorii din medicina primară au un rol esențial în promovarea comportamentelor sănătoase, însă acest potențial este adesea insuficient utilizat. Totodată, asistența medicală primară este esențială pentru screening și depistarea precoce a bolilor, precum și pentru managementul pe termen lung, centrat pe pacient.⁴⁹

În volumul 61 al revistei The Lancet Regional Health – Europe (februarie 2026) a fost publicat articolul „Consolidarea sistemelor de monitorizare a bolilor netransmisibile în Europa printr-o abordare colaborativă între mai multe părți interesate: o prioritate cheie pentru promovarea elaborării politicilor bazate pe date”.

Articolul oferă o analiză amplă a monitorizării BNT în Europa, concentrându-se pe bolile cardiovasculare, cancer, diabet, boli respiratorii cronice și principalii factori de risc modificabili. Studiul se bazează pe trei surse complementare: Acțiunea comună a Uniunii Europene privind bolile cardiovasculare și diabetul (JACARDI, 32 de țări), Acțiunea comună pentru prevenirea bolilor netransmisibile (JA PreventNCD, 16 țări) și ancheta OMS privind capacitatea țărilor în domeniul bolilor netransmisibile (2023, 53 de state membre ale OMS din Regiunea Europeană).

Aceste surse oferă o evaluare cuprinzătoare a capacității de supraveghere, a infrastructurii existente și a lacunelor de date, evidențiind faptul că monitorizarea BN rămâne fragmentată,

⁴⁹ OECD (2026), The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/en/publications/the-health-and-economic-benefits-of-tackling-non-communicable-diseases_e20cbbc3-en.html



subfinanțată și limitată în ceea ce privește datele sensibile la echitate și integrarea cu politicile naționale. Consolidarea guvernancei, creșterea investițiilor și intensificarea colaborării transnaționale sunt esențiale pentru dezvoltarea unor sisteme interoperabile și orientate spre echitate, care să sprijine luarea deciziilor bazate pe dovezi, să asigure responsabilitatea instituțiilor și să protejeze dreptul la sănătate.

Disparitățile geografice în prevalența obezității infantile sunt parțial determinate de contexte politice și de politici publice naționale. De exemplu, Danemarca a implementat obligativitatea a 45 de minute de activitate fizică zilnică în toate școlile publice, iar Malta a introdus inițiative care vizează atât activitatea fizică, cât și nutriția în școli, inclusiv recomandări pentru achiziționarea de alimente sănătoase. Cu toate acestea, sunt necesare măsuri preventive suplimentare, care să abordeze și mediul obezogen în afara școlilor, pentru a reduce creșterea excesului ponderal și a obezității la copii și adolescenți.⁴⁵

Politicile viitoare ar trebui să vizeze factorii structurali care contribuie la obezitatea infantilă, precum insecuritatea alimentară, inegalitatea veniturilor și accesul limitat la alimente nutritive. Totuși, abordarea trebuie să fie dublă: pe de o parte, intervenții specifice pentru grupurile vulnerabile, cum ar fi reducerea insecurității alimentare și creșterea accesului la spații sigure pentru activitate fizică în zonele defavorizate; pe de altă parte, politici universale, precum taxele pe zahăr, sistemele de etichetare a alimentelor pe partea din față a ambalajului, restricțiile privind marketingul produselor nesănătoase și îmbunătățirea planificării urbane, inclusiv dezvoltarea orașelor pietonale, a pistelor de biciclete sigure și a accesului la spațiile verzi publice.

Marketingul alimentar, atât online, cât și offline, influențează preferințele, solicitările, achizițiile și comportamentul alimentar al copiilor, fiind predominant pentru produse nesănătoase și ultraprocesate. Acesta modelează, de asemenea, normele sociale ale copiilor și adolescenților în ceea ce privește consumul de alimente nesănătoase.

Promovarea activității fizice este esențială pentru prevenirea și reducerea prevalenței excesului ponderal și a obezității în rândul copiilor și adolescenților. Intervențiile școlare au beneficiat de o atenție considerabilă, însă spațiile verzi din afara școlilor, în special în mediul urban, pot stimula, de asemenea, activitatea fizică. Aceste spații oferă aer de calitate mai bună, protecție împotriva condițiilor meteorologice extreme și încurajează activitatea fizică atât în interiorul lor, cât și prin deplasarea activă către acestea. Dovezile sugerează un risc mai scăzut de obezitate pentru copiii care locuiesc în cartiere cu niveluri mai ridicate și mai variate de spații verzi, ceea ce subliniază necesitatea ca guvernele să prioritizeze îmbunătățirea acestor spații și extinderea gradului de înverzire, acordând atenție deosebită zonelor defavorizate.

Cluburile sportive reprezintă un cadru extracurricular important care oferă adolescenților oportunități de a-și crește nivelul de activitate fizică, iar investițiile în dezvoltarea acestora sunt esențiale. Participarea activă la cluburile sportive contribuie la îmbunătățirea condiției fizice a copiilor și adolescenților, reducând totodată comportamentele sedentare și timpul petrecut în fața ecranelor, factori care favorizează apariția excesului de greutate și a obezității în copilărie.

Deși practicile actuale recomandă implicarea activă a tinerilor în procesul de elaborare a politicilor, este necesar un sprijin suplimentar pentru statele membre, inclusiv în asigurarea faptului că tinerii marginalizați nu sunt neglijăți și că politicile răspund în mod corespunzător nevoilor și preocupărilor acestora.

O abordare multisectorială, preventivă și orientată spre cauze reprezintă soluția optimă pentru reducerea obezității infantile. Aceasta trebuie susținută prin voință politică, prin competența de a gestiona factorii determinanți comerciali ai sănătății, conflictele de interese și investițiile necesare pentru implementarea unor intervenții eficiente și durabile.⁴⁵

Adoptată în unanimitate de toate cele 53 de state membre în cadrul celei de-a 75-a sesiuni a Comitetului Regional pentru Europa al OMS, în octombrie 2025, strategia: Un început sănătos pentru o viață sănătoasă: o strategie pentru sănătatea și bunăstarea copiilor și adolescenților în Regiunea Europeană a OMS 2026–2030 oferă țărilor obiective clare și abordări fundamentate pe dovezi științifice, menite să îmbunătățească rezultatele în domeniul sănătății și să reducă inegalitățile. Scopul său este asigurarea că fiecare copil și adolescent beneficiază de acces la îngrijirea și sprijinul necesare pentru a se dezvolta în mod optim. Pe scurt, această strategie a OMS, realizată împreună cu UNICEF, reprezintă un plan regional pentru perioada 2026–2030 care stabilește cum ar trebui țărilor europene (inclusiv România) să îmbunătățească sănătatea copiilor și adolescenților.

Direcțiile majore includ:

-Investiții mai mari în sănătatea copiilor;



- Servicii medicale mai bune și accesibile tuturor;
- Protejarea copiilor de riscuri (ex: marketing nesănătos, mediu digital);
- Implicarea școlilor, familiei și comunității;
- Monitorizarea progresului (date și indicatori clari).

Așadar, România este astfel încurajată să își adapteze politicile de sănătate, să folosească recomandările OMS, să urmărească indicatorii propuși.⁵⁰

Alimentația sănătoasă în școli poate contribui la dezvoltarea unor obiceiuri alimentare benefice pe tot parcursul vieții, potrivit OMS, care a publicat un nou ghid global privind politici și intervenții bazate pe dovezi pentru crearea unor medii alimentare sănătoase în școli⁵¹.

Conferința Schools4Health „De la conștientizare la acțiune: Transformarea fiecărei școli într-o școală care promovează sănătatea”, și reuniunea experților în politici publice care a avut loc în decembrie 2025 la Bruxelles, a reunit experți în politici publice din cadrul OMS/Europa, UNESCO, UNICEF și Comisia Europeană, alături de profesioniști din domeniul sănătății publice și al educației din întreaga Europă. Mesajul a fost clar: este nevoie de o colaborare mai strânsă și de politici mai solide la toate nivelurile pentru a integra în mod structural, a sprijini și a extinde abordarea „Școală care promovează sănătatea”, în vederea îmbunătățirii rezultatelor educaționale, a stării de bine și a rezultatelor sociale pentru toți copiii și tinerii. Participanții au solicitat un angajament politic reînnoit la nivel european și național, o aliniere mai puternică între sectoare, precum și investiții specifice pentru a se asigura că fiecare școală poate deveni o școală care promovează sănătatea - nu doar câteva școli motivate. Conferința și reuniunea experților în politici publice s-au încheiat cu angajamentul de a construi o Rețea Europeană a Școlilor care Promovează Sănătatea, asociată OMS, și de a consolida cooperarea, a face schimb de politici, a implica școlile și a menține interesul și acțiunile în domeniul sănătății școlare în Europa. Un nou Grup de lucru tematic EuroHealthNet va facilita colaborarea continuă între membrii EuroHealthNet⁵².

Țara noastră a introdus recent măsuri pentru a încuraja o alimentație mai sănătoasă în rândul copiilor și adulților, cum ar fi taxarea băuturilor îndulcite cu zahăr și interzicerea vânzării de produse alimentare cu conținut ridicat de grăsimi, sare și zahăr în școli și în spațiile din apropierea acestora. Diferențele legate de nivelul de educație în ceea ce privește obezitatea și activitatea fizică sunt mari în România. Nivelul de educație influențează factorii de risc comportamentali în România, la fel ca în alte țări ale UE.¹⁸

În pofida implementării unui număr semnificativ de politici și strategii la nivel internațional, european și național, prevalența obezității și a comportamentului sedentar continuă să înregistreze o tendință ascendentă în numeroase state, inclusiv în România. Persistența acestei probleme este determinată de interacțiunea complexă dintre factori socioeconomici, disponibilitatea și accesibilitatea crescută a alimentelor ultraprocesate, expunerea intensă la marketingul produselor alimentare cu profil nutrițional nefavorabil și nivelul insuficient de activitate fizică la nivel populațional. Intervențiile cu cea mai mare eficacitate sunt cele integrate și multisectoriale, care combină educația pentru sănătate, politicile fiscale, măsurile de reglementare a industriei alimentare și dezvoltarea unor medii fizice și sociale favorabile adopării și menținerii unui stil de viață sănătos.

WHO Best Buys relevante pentru alimentația și activitatea fizică

Conceptul WHO Best Buys reprezintă un set de intervenții recomandate de OMS, cu eficiență demonstrată și raport favorabil între costuri și beneficii, destinate prevenirii și controlului BNT. Aceste măsuri urmăresc modificarea mediului alimentar, promovarea activității fizice și facilitarea adopării unor comportamente sănătoase la nivel populațional. OMS recomandă implementarea intervențiilor „Best Buys”, care includ politici privind reducerea consumului de sare și zahăr,

⁵⁰ World Health Organization Regional Office for Europe. Child and adolescent health and well-being strategy 2026–2030. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025, <https://www.who.int/europe/teams/policy-and-governance-for-health-through-the-life-course/child-and-adolescent-health-and-well-being-strategy--2026-2030>

⁵¹ World Health Organization. Global status report on physical activity 2022 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240118324>

⁵² EuroHealthNet. Making every school a health-promoting school. Brussels: EuroHealthNet; 2021, <https://eurohealthnet.eu/publication/making-every-school-a-health-promoting-school/>



eliminarea acizilor grași trans, restricționarea marketingului alimentelor nesănătoase adresat copiilor și promovarea activității fizice prin politici școlare și comunitare. Astfel:

În domeniul **alimentației sănătoase**, OMS recomandă:

- Reformularea politicilor pentru produse alimentare și băuturi mai sănătoase (de exemplu, eliminarea acizilor grași trans și/sau reducerea grăsimilor saturate, a zaharurilor libere și/sau a conținutului de sodiu)
- Etichetarea nutrițională pe partea frontală a ambalajului ca parte a unor politici complexe de etichetare nutrițională, pentru facilitarea înțelegerii de către consumatori și a alegerii alimentelor destinate unei alimentații sănătoase
- Politici privind achizițiile publice de alimente și serviciile de alimentație pentru promovarea dietelor sănătoase (de exemplu, reducerea consumului de zaharuri libere, sodiu și grăsimi nesănătoase și creșterea consumului de leguminoase, cereale integrale, fructe și legume)
- Comunicarea pentru schimbarea comportamentelor și campaniile mass-media pentru promovarea alimentației sănătoase (de exemplu, reducerea aportului de energie, zaharuri libere, sodiu și grăsimi nesănătoase și creșterea consumului de leguminoase, cereale integrale, fructe și legume)
- Politici pentru protejarea copiilor împotriva impactului nociv al marketingului produselor alimentare
- Protejarea, promovarea și susținerea practicilor optime de alăptare
- Taxarea băuturilor îndulcite cu zahăr ca parte a politicilor fiscale pentru promovarea unei alimentații sănătoase

Alte intervenții recomandate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS)

(pentru care nu sunt disponibile încă analize complete privind raportul cost-eficiență):

- Acordarea de subvenții pentru alimente și băuturi sănătoase (de exemplu, fructe și legume), ca parte a politicilor fiscale pentru promovarea unei alimentații sănătoase.
- Afișarea informațiilor nutriționale în meniurile restaurantelor și serviciilor de alimentație publică (de exemplu, indicarea caloriilor, a conținutului de zahăr, sare și grăsimi nesănătoase), pentru a ajuta consumatorii să facă alegeri mai sănătoase.
- Limitarea dimensiunilor porțiilor și ale ambalajelor pentru promovarea unei alimentații sănătoase (de exemplu, reducerea consumului excesiv de calorii, zaharuri libere, sare și grăsimi nesănătoase).
- Educație nutrițională și consiliere pentru adoptarea unei alimentații sănătoase în diferite contexte (de exemplu, în grădinițe, școli, locuri de muncă și spitale), pentru dezvoltarea unor obiceiuri alimentare corecte și durabile).

În domeniul **activității fizice**, OMS recomandă:

- Implementarea unor campanii de comunicare susținute, la nivelul întregii populații, bazate pe cele mai bune practici, pentru promovarea activității fizice, corelate cu programe comunitare și îmbunătățiri ale mediului înconjurător, care să faciliteze și să sprijine schimbarea comportamentală
- Evaluarea nivelului de activitate fizică, oferirea de sfaturi și sprijin pentru adoptarea unor obiceiuri mai sănătoase, ca parte a consultațiilor obișnuite la medicul de familie, prin intervenții simple și de scurtă durată.

Alte măsuri recomandate de OMS (pentru care nu există încă suficiente date privind raportul dintre costuri și beneficii):

- Implementarea unor politici de urbanism și transport, la toate nivelurile administrației publice, care să creeze cartiere accesibile și prietenoase cu mersul pe jos și bicicleta, prin existența unor zone cu funcții mixte (locuințe, servicii, spații de recreere), rețele conectate de trasee pietonale și pentru biciclete și acces echitabil la spații publice sigure și de calitate, care încurajează activitatea fizică și deplasarea activă
- Implementarea unor programe școlare complexe pentru promovarea mișcării, care să includă educație fizică de calitate, dotări și echipamente adecvate, sprijin pentru deplasarea activă către și de la școală (mers pe jos, bicicletă) și oportunități de activitate fizică pentru toți copiii, indiferent de nivelul de abilitate, atât în timpul programului școlar, cât și după acesta
- Îmbunătățirea infrastructurii pentru mersul pe jos și ciclism, asigurând acces sigur, echitabil și adaptat tuturor persoanelor, indiferent de vârstă sau capacitate fizică, inclusiv prin facilitarea utilizării altor forme de mobilitate activă (scaune rulante, trotinete, role etc.)



- Implementarea unor programe complexe de promovare a activității fizice la locul de muncă, care să includă măsuri precum pauze active, stimularea deplasării active, facilități pentru mișcare și educație pentru un stil de viață sănătos.

- Oferirea și promovarea activității fizice prin programe sportive și recreative la nivel comunitar, precum activități sportive accesibile tuturor, organizate în comunități, și evenimente gratuite de participare în masă, care să încurajeze implicarea persoanelor de toate vârstele și cu diferite niveluri de capacitate fizică

Aceste intervenții sunt considerate prioritare deoarece contribuie la reducerea riscului de obezitate, diabet zaharat de tip 2, boli cardiovasculare și anumite tipuri de cancer și pot fi implementate cu un raport cost-eficiență favorabil.⁵³

În domeniul alimentației, OMS recomandă o serie de intervenții care pot fi adaptate contextului din **România**:

În domeniul *alimentației sănătoase*:

1. Reformularea produselor alimentare

Reducerea conținutului de sare, zahăr liber, grăsimi saturate și eliminarea acizilor grași trans din produsele alimentare reprezintă una dintre intervențiile prioritare. În România, această măsură este relevantă deoarece consumul crescut de sare și produse ultraprocesate contribuie la prevalența hipertensiunii arteriale și a bolilor cardiovasculare.

Aplicarea reformulării produselor poate include colaborarea dintre autorități, industria alimentară și organizațiile profesionale pentru reducerea treptată a ingredientelor cu risc și dezvoltarea unor produse mai sănătoase.

2. Etichetarea nutrițională clară

Introducerea și promovarea etichetării nutriționale ușor de înțeles, inclusiv prin sisteme de tip etichetare frontală a ambalajului, poate ajuta consumatorii să aleagă produse mai sănătoase. Această intervenție este importantă pentru adolescenți și familii, deoarece deciziile alimentare sunt influențate frecvent de marketing și de disponibilitatea alimentelor cu valoare nutritivă redusă.

3. Politici fiscale pentru alimentație sănătoasă

Taxarea băuturilor îndulcite cu zahăr reprezintă una dintre intervențiile recomandate de OMS pentru reducerea consumului de zahăr și prevenirea obezității. În România, introducerea taxei pe produsele cu conținut ridicat de zahăr poate reprezenta o măsură de reducere a consumului și de stimulare a reformulării produselor alimentare.

În paralel, subvenționarea alimentelor sănătoase, precum fructele și legumele, poate facilita accesul populației vulnerabile la o alimentație echilibrată.⁶⁰

Promovarea *activității fizice* necesită intervenții la nivel individual, comunitar și instituțional. OMS recomandă dezvoltarea unor medii care facilitează mișcarea zilnică și reducerea timpului sedentar:

❖ În România, promovarea activității fizice la copii și adolescenți trebuie realizată în special prin școli și familie. Intervențiile recomandate includ:

- creșterea calității și atractivității orelor de educație fizică;
- introducerea pauzelor active între ore;
- dezvoltarea infrastructurii pentru mersul pe jos și bicicletă către școală;
- limitarea timpului excesiv petrecut în fața ecranelor;
- Implicarea părinților în formarea comportamentelor sănătoase.

Programele școlare care combină educația nutrițională cu activitatea fizică au demonstrat eficiență în prevenirea excesului ponderal și îmbunătățirea sănătății metabolice la copii și adolescenți.

❖ Pentru populația vârstnică din România, intervențiile trebuie orientate către menținerea independenței funcționale și prevenirea fragilității. Activitatea fizică regulată la vârstnici reduce riscul de căderi, îmbunătățește mobilitatea și contribuie la menținerea autonomiei. Exemple de bune practici includ:

- programe comunitare de mers pe jos;
- exerciții pentru echilibru și forță musculară;
- activități fizice adaptate în centre pentru seniori;
- consiliere nutrițională în medicina de familie;

⁵³ World Health Organization. Tackling NCDs: best buys and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2024. WHO publication, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091078>



-screening pentru risc de malnutriție și sarcopenie.⁹

❖ Locul de muncă reprezintă un mediu important pentru prevenția bolilor cronice, deoarece adulții petrec o mare parte din timp în activitate profesională. Sedentarismul ocupațional este asociat cu un risc crescut de obezitate, boli cardiovasculare și mortalitate prematură. Intervențiile recomandate includ:

- programe de activitate fizică la locul de muncă;
- pauze active în timpul programului;
- promovarea utilizării scărilor în locul liftului;
- facilitarea mersului pe jos sau cu bicicleta către serviciu;
- acces la opțiuni alimentare sănătoase în cantine și automate;
- campanii interne de educație pentru sănătate.

Studiile arată că programele multicomponente desfășurate la locul de muncă pot îmbunătăți sănătatea angajaților și pot reduce costurile asociate absenteismului și productivității scăzute.⁵⁴

Rolul instituțiilor din România:

Implementarea intervențiilor WHO Best Buys necesită colaborarea dintre Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică (INSP), Ministerul Educației, autoritățile locale, angajatori și organizațiile comunitare.

INSP are un rol important în monitorizarea factorilor de risc, dezvoltarea campaniilor de promovare a sănătății și furnizarea de date epidemiologice necesare fundamentării politicilor publice. Integrarea recomandărilor OMS în strategiile naționale poate contribui la reducerea poverii bolilor netransmisibile și la creșterea calității vieții populației.⁵⁵

În România, conceptul de WHO Best Buys nu este transpus într-o lege unică, ci este implementat prin strategii și politici naționale de sănătate, în concordanță cu recomandările OMS și ale Uniunii Europene.

Exemple de implementare a WHO Best Buys în România:

1. Promovarea alimentației sănătoase

-Legea nr. 123/2008 privind alimentația sănătoasă în unitățile de învățământ preuniversitar⁵⁶

-Ordinul MS nr. 1563/2008, care aprobă lista alimentelor nerecomandate preșcolarilor și școlarilor și principiile unei alimentații sănătoase⁵⁷

-Programul național „Masă sănătoasă”, care urmărește îmbunătățirea calității alimentației elevilor⁵⁸. În ultimii ani, cadrul legislativ din România a cunoscut o orientare tot mai pronunțată către promovarea sănătății în mediul școlar, prin consolidarea Programului național „Masă sănătoasă”, integrarea educației nutriționale în activitățile școlare și dezvoltarea unor mecanisme de monitorizare a calității intervențiilor.⁵⁹

⁵⁴ Proper KI, van Oostrom SH. The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes. *Occup Environ Med.* 2019;76(8):529-538, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31134284/>

⁵⁵ Institutul Național de Sănătate Publică. Raport național privind starea de sănătate a populației României. București: INSP; 2023, <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-evaluare-si-promovare-a-starii-de-sanatate-cnepss/starea-de-sanatate/rapoarte-si-studii-despre-starea-de-sanatate/starea-de-sanatate/>

⁵⁶ Parlamentul României. Legea nr. 123/2008 pentru o alimentație sănătoasă în unitățile de învățământ preuniversitar. Monitorul Oficial al României, <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/93557>

⁵⁷ Ministerul Sănătății Publice. Ordinul nr. 1.563 din 12 septembrie 2008 pentru aprobarea Listei alimentelor nerecomandate preșcolarilor și școlarilor și a principiilor care stau la baza unei alimentații sănătoase pentru copii și adolescenți <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocumentAfis/97359>

⁵⁸ Ministerul Educației și Cercetării. Programul Național „Masă sănătoasă” [Internet]. București: Ministerul Educației și Cercetării; 2024, https://www.edu.ro/masa_sanatoasa

⁵⁹ Guvernul României. Hotărârea nr. 1171/2025 privind instituirea Programului național „Masă sănătoasă” în anul 2026. București: Guvernul României; 2025, https://cdn.edupedu.ro/wp-content/uploads/2026/01/HG-NR.-1.171-Masa-Sanatoasa-2026-30-dec-2025.pdf?utm_source=chatgpt.com



2. Promovarea activității fizice

-Legea învățământului preuniversitar nr. 198/2023, care include educația fizică în curriculumul obligatoriu⁶⁰

-Strategii naționale de promovare a unui stil de viață activ și prevenire a bolilor netransmisibile⁶⁵

3. Prevenirea obezității și a bolilor cronice

Strategia Națională de Sănătate 2023–2030, care stabilește ca obiective reducerea factorilor de risc comportamentali (alimentație nesănătoasă, sedentarism, consum de tutun și alcool) și promovarea unui stil de viață sănătos, în acord cu recomandările OMS.⁶¹

4. Educație pentru sănătate

Campanii desfășurate de Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) și Ministerul Sănătății privind alimentația sănătoasă, activitatea fizică și prevenirea obezității, aliniate recomandărilor OMS.⁶²

2. ANALIZA POPULAȚIEI ȚINTĂ

Nutriția sănătoasă și activitatea fizică regulată reprezintă factori esențiali în prevenirea BNT și în menținerea calității vieții. Copiii (5-9 ani) și adolescenții (10-19ani) constituie două categorii vulnerabile, cu particularități distincte în ceea ce privește comportamentele de sănătate. De asemenea, stilul de viață al adulților activi profesional, dar și al vârstnicilor este un determinant major al sănătății acestora.

Profilul demografic, comportamental și social al **copiilor** în ceea ce privește alimentația sănătoasă și activitatea fizică este determinat de o interacțiune complexă între vârstă, sex, statut socioeconomic, familie, școală, grupul de egali și mediul fizic și digital. Copiii proveniți din familii cu resurse socioeconomice mai bune tind să aibă un acces mai favorabil la comportamente de sănătate, inclusiv consum mai frecvent de fructe și legume, mic dejun regulat și un stil de viață mai activ. În același timp, comportamentele sănătoase se formează precoce și sunt influențate puternic de mediul familial. Pe măsură ce copilul crește, autonomia, influența grupului de egali, școala și mediul digital devin tot mai importante. Din această perspectivă, promovarea sănătății copilului trebuie să urmărească nu doar modificarea comportamentului individual, ci și crearea unor medii familiale, școlare și comunitare care să facă alegerile sănătoase accesibile, atractive și ușor de menținut.⁶³

Barierile pentru alimentația sănătoasă și activitatea fizică regulată la copii sunt interdependente:

- preferințele și comportamentele individuale,
- modelele familiale,
- resursele economice,
- mediul alimentar,
- școala,
- grupul de egali,
- mediul digital,
- infrastructura comunitară^{64,65}

⁶⁰Parlamentul României. Legea învățământului preuniversitar nr. 198 din 4 iulie 2023 [Internet]. București: Monitorul Oficial al României; 2023,

<https://legislatie.just.ro/public/DetaliiDocument/271896>

⁶¹ Ministerul Sănătății. Strategia Națională de Sănătate 2023–2030. București: Ministerul Sănătății; 2023, https://ms.ro/media/documents/Anexa_1_-_SNS.pdf

⁶² Institutul Național de Sănătate Publică. Centrul Național de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate (CNEPSS): Calendar campanii. București: INSP., <https://insp.gov.ro/centrul-national-de-evaluare-si-promovare-a-starii-de-sanatate-cnepss/calendar-campanii/>

⁶³ Gautam N, Dessie G, Rahman MM, Khanam R. Socioeconomic status and health behavior in children and adolescents: a systematic literature review. Front Public Health. 2023;11:1228632. doi:10.3389/fpubh.2023.1228632., <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37915814/>

⁶⁴ Chatterjee P, Nirgude A. A systematic review of school-based nutrition interventions for promoting healthy dietary practices and lifestyle among school children and adolescents. Cureus. 2024;16(1):e53127, https://www.researchgate.net/publication/378126895_A_Systematic_Review_of_School-



Din acest motiv, promovarea unui stil de viață sănătos nu trebuie să se bazeze exclusiv pe responsabilitatea copilului, ci pe intervenții integrate care implică familia, școala, serviciile de sănătate, comunitatea și politicile publice.

Adolescența este o perioadă caracterizată prin creștere accelerată și dezvoltare biologică intensă. Necesitățile nutriționale sunt ridicate, fiind esențiale aporturile adecvate în special de proteine, vitamine și minerale. Cu toate acestea, studiile arată că majoritatea adolescenților nu respectă recomandările nutriționale, consumând frecvent alimente ultraprocesate și băuturi bogate în zahăr.

Sedentarismul este favorizat de utilizarea excesivă a tehnologiei și de reducerea activităților recreative. Comportamentele adolescenților privind un stil de viață sănătos sunt influențate de grupul de prieteni, mediul digital, accesibilitatea alimentelor nesănătoase. Aceste influențe contribuie la adoptarea unor obiceiuri nesănătoase pe termen lung.⁹

Studiul YRBSS România 2022-2023 a arătat că mai mult de 50% dintre respondenți au consumat fructe, sucuri naturale sau legume < 1 dată/zi, aproximativ un sfert au consumat consumă băuturi îndulcite > 1 dată/ zi și fast-food > 1-3 ori în ultimele 7 zile și o treime au băut mai puțin de 3 pahare de apă/zi. Mai puțin de 2 din 10 elevi de liceu din România erau destul de activi fizic, conform recomandărilor OMS, activitatea fizică scăzând odată cu înaintarea în vârstă, iar fetele erau mai puțin active decât băieții.

Vârstnicii prezintă un necesar caloric mai redus, dar au nevoie de o densitate nutrițională crescută. Malnutriția și dieta dezechilibrată sunt frecvent întâlnite în rândul lor. Un sfert dintre pacienții cu dietă dezechilibrată nu primesc suport sau consiliere nutrițională, deși au fost în contact cu profesioniști din domeniul sănătății.⁶⁶

Activitatea fizică practică regulat de către vârstnici contribuie la prevenirea bolilor cronice, menținerea mobilității, reducerea riscului de căderi. Cu toate acestea, nivelul de activitate fizică este redus în rândul vârstnicilor, la noi în țară doar aproximativ 1 din 2 practică activități fizice conform recomandărilor OMS (Global Health Observatory, 2022).

Izolarea socială și lipsa suportului comunitar influențează negativ comportamentele de sănătate. Accesul limitat la servicii medicale și mobilitatea redusă constituie bariere suplimentare.

Factori care împiedică adoptarea comportamentului sanogen de către vârstnici:

- Factori individuali: lipsa motivației, percepția scăzută a riscului, obiceiuri nesănătoase consolidate;

- Factori sociali: izolarea socială;

- Factori economici și de mediu: acces limitat la alimente sănătoase, urbanizare și sedentarism, lipsa infrastructurii pentru activitate fizică;

- Factori educaționali: nivel scăzut de cunoștințe legate de sănătate, dezinformare.⁶⁷

Adulții aflați în câmpul muncii sunt caracterizați de responsabilități profesionale și personale multiple, ceea ce limitează timpul alocat sănătății.

Alimentația adulților la locul de muncă este adesea influențată de: lipsa timpului, accesibilitatea alimentelor ultraprocesate, stresul profesional. Dieta nesănătoasă contribuie la creșterea riscului de obezitate, diabet și boli cardiovasculare (OMS).

Majoritatea adulților care lucrează nu respectă recomandările privind activitatea fizică.⁶⁸

Persoanele care desfășoară predominant activități sedentare la locul de muncă prezintă un risc mai mare de mortalitate prin toate cauzele (16%) și de mortalitate prin boli cardiovasculare (34%) comparativ cu persoanele care desfășoară activități fizice la locul de muncă. Acești angajați

Based Nutrition Interventions for Promoting Healthy Dietary Practices and Lifestyle Among School Children and Adolescents

⁶⁵ Ding X, Ding W. Children's social behaviors: developmental mechanisms and implications. Behav Sci (Basel). 2024;14(3):230, <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/3/230>

⁶⁶ Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A, et al. Risk factors for malnutrition in older adults: a systematic review of the literature based on longitudinal data. Adv Nutr. 2016;7(3):507-522. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4863272/?utm_source=chatgpt.com

⁶⁷ World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content>

⁶⁸ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/diet-and-physical-activity_12a34483.html



ar trebui să efectueze suplimentar între 15 și 30 de minute de activitate fizică zilnică, pentru a reduce acest risc crescut și pentru a atinge un nivel de risc similar cu cel al persoanelor care nu desfășoară activități sedentare la locul de muncă.⁶⁹

Sedentarismul la locul de muncă (statul prelungit pe scaun) este asociat cu riscuri crescute pentru sănătate:

- Boli cardiovasculare, inclusiv reducerea circulației periferice, cu risc de tromboză venoasă profundă (OMS 2024);

- Tulburări metabolice (crește riscul de obezitate și diabet zaharat de tip 2 prin reducerea consumului energetic și afectarea metabolismului glucozei (OMS 2024). Chiar și persoanele active fizic pot avea risc crescut dacă petrec multe ore pe scaun;

- Probleme musculo-scheletale (dureri lombare, cervicalgie, rigiditate musculară);

- Efecte asupra sănătății mintale (anxietate, stres și scăderea concentrării);

- Mortalitate prematură, cu până la 20–57% în unele studii populaționale⁷¹.

Factori care împiedică comportamentul sanogen în rândul populației active⁷¹:

- Factori individuali: lipsa motivației, oboseala, stresul;
- Factori organizaționali: program prelungit, lipsa facilităților pentru activitate fizică, cultura organizațională;
- Factori socio-economici: influența mediului profesional, costul alimentelor sănătoase.⁷⁰

3. PREZENTAREA UNOR ACTIVITĂȚI UTILIZATE ÎN ALTE CAMPANII PENTRU INFLUENȚAREA COMPORTAMENTULUI POPULAȚIEI ȚINTĂ

Promovarea unui stil de viață sănătos necesită intervenții adaptate caracteristicilor populației țintă. Campaniile moderne de sănătate publică utilizează o combinație de activități educaționale, comportamentale și organizaționale pentru a influența comportamentele legate de alimentație și activitate fizică.

Întâlnirea din februarie 2026 „Prima reuniune – Școli care promovează sănătatea: de la strategie la acțiune” (organizată de OMS Europa) a fost, practic, prima reuniune de implementare concretă a noii strategii pentru sănătatea **copiilor și adolescenților** (2026–2030). Una dintre concluziile principale a fost că școala este unul dintre cele mai importante locuri pentru prevenție și reducerea inegalităților. Un mesaj foarte important a fost că sănătatea copiilor nu ține doar de sistemul medical, că este nevoie de educație, sănătate, politici sociale, comunitate, deci de o cooperare între ministere și instituții. Întâlnirea a marcat relansarea unei rețele europene de „Școli care promovează sănătatea”, schimb de bune practici între țări, colaborare pe termen lung, totul pentru a accelera implementarea strategiei⁷¹.

Schools4Health (2023-2025) a fost un proiect finanțat prin programul EU4Health, care și-a propus să introducă, să consolideze și să susțină adoptarea abordării „școală care promovează sănătatea”. Schools4Health a demonstrat modul în care abordările de acest tip nu doar că îi îndrumă pe copii și adolescenți către stiluri de viață mai sănătoase, ci contribuie și la îmbunătățirea performanțelor educaționale și la reducerea inechităților, având totodată un rol în abordarea unor provocări complexe de la nivelul societății, precum schimbările climatice. Prin urmare, proiectul a implicat și factorii de decizie

⁶⁹ Gao W, Sanna M, Chen YH, Tsai MK, Wen CP. Occupational sitting time, leisure physical activity, and all-cause and cardiovascular disease mortality. JAMA Netw Open. 2024;7(1):e2350680. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10799265/>

⁷⁰ World Health Organization. Nearly 1.8 billion adults at risk of disease from not doing enough physical activity. Geneva: WHO; 2024. <https://www.who.int/news/item/26-06-2024-nearly-1.8-billion-adults-at-risk-of-disease-from-not-doing-enough-physical-activity>

⁷¹ World Health Organization Regional Office for Europe. From strategy to action: countries advance health-promoting schools agenda under new child and adolescent health strategy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2026 Feb 26. <https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2026/02/26/default-calendar/from-strategy-to-action--countries-advance-health-promoting-schools-agenda-under-new-child-and-adolescent-health-strategy>



politică și practicienii, atrăgându-le atenția asupra măsurilor pe care le pot lua pentru a promova sănătatea în școli. Conduc de EuroHealthNet, consorțiul a fost format din 13 parteneri din 10 țări (Belgia, Danemarca, Olanda, Germania, Grecia, Ungaria, Letonia, România, Slovenia și Spania), 16 școli pilot.⁷²

Și în România există școli care promovează sănătatea, în cadrul proiectului Schools4Health. Ele au fost incluse într-un studiu pilot, sub îndrumarea CRSP Cluj. Implementarea bunelor practici a prins contur în Cluj-Napoca prin două modele de bune practici: programul Better Movers and Thinkers (BMT)- Mai buni în mișcare și gândire – și Lifeskills – Abilități de viață. BMT s-a desfășurat în anul 2025 timp de 12 săptămâni, în 4 clase de intervenție. Copiii au învățat să se miște cu un scop, să își dezvolte coordonarea și disciplina și să construiască o conexiune mai puternică între corp și minte - susținând nu doar competențe de bază pentru activitatea fizică, ci și starea generală de bine. Mișcarea structurată, activitățile reflexive și strategiile de predare incluzive ajută elevii să se simtă mai încrezători, mai concentrați și mai implicați la școală. De asemenea, oferirea de instrumente practice cadrelor didactice poate face ca abordarea sănătății în școli să fie mai durabilă (de exemplu un manual pentru școli). Obiectivele proiectului :

1. Management, coordonare și evaluare externă
2. Înțelegerea contextului politicilor publice
3. Transferul și implementarea de bune practici
4. Comunicare și diseminare

Promovarea, consolidarea și susținerea programelor bazate pe conceptele școli care promovează sănătatea și abordarea sănătății și a stării de bine la nivelul întregii școli.⁷³

CIRCE-JA este un proiect de acțiune comună finanțat de Programul EU4Health al Uniunii Europene, care a început la 1 februarie 2023. Scopul său principal este de a transfera și implementa șase bune practici selectate în domeniul asistenței medicale primare în diferite state membre ale UE. Are la bază consolidarea rolului asistenței medicale primare, având în vedere provocările actuale. Consorțiul proiectului este condus de Serviciul de Sănătate din Spania și include 49 de organizații din 14 state membre ale UE. Au fost selectate șase bune practici pentru transfer din patru țări: Belgia, Portugalia, Slovenia și Spania. Acestea acoperă o gamă largă de abordări inovatoare, îngrijire integrată de sănătate, inclusiv pentru pacienți complecși și cu boli cronice, telemonitorizare la domiciliu și inițiative de promovare a sănătății, inclusiv pentru copii și tineri la risc. Aceste practici vor fi implementate în 45 de locații diferite din 12 state membre.

Metodologia CIRCE-JA se bazează pe o abordare științifică, bazată pe dovezi, practicile fiind adaptate cu succes la contexte noi. Aceasta include activități precum transferul de cunoștințe și programe pilot de implementare a practicilor. Proiectul se concentrează pe consolidarea capacității autorităților sanitare de a adopta aceste modele inovatoare de îngrijire și pe partajarea lecțiilor învățate pentru a promova o transformare durabilă și de succes a sistemului de sănătate în întreaga Europă. În România proiectul este coordonat de Ministerul Sănătății în comun cu Institutul Național de Sănătate Publică și U.M.F „Carol Davila” din București.⁷⁴

Una dintre bunele practici preluate a fost identificată în Slovenia: centre de promovare a sănătății, care oferă programe de intervenție privind stilul de viață, nutriția sănătoasă, activitatea fizică, fumatul și consumul de alcool. În peste 15 ani de programe de prevenire a BNT și de funcționare a centrelor de promovare a sănătății, mai mult de jumătate din populația adultă a fost supusă screeningului pentru factori de risc legați de stilul de viață. Intervențiile realizate la nivelul centrelor de medicină primară (care în Slovenia au servicii complexe de medicină de familie, obstetrică-ginecologie, pediatrie, asistenți medicali comunitari, moașe, stomatologi, farmaciști, fizioterapeuți, psihologi) au contribuit la reducerea cu 20% a mortalității prin boli cardiovasculare.⁷⁵

În rândul adolescenților, intervențiile se concentrează în principal în mediul școlar și digital. Campaniile digitale au devenit tot mai frecvente, utilizând aplicații mobile și platforme online pentru monitorizarea activității fizice și a comportamentelor alimentare. Studiile recente arată că intervențiile de tip eHealth, care includ feedback personalizat și interacțiune socială între utilizatori, pot îmbunătăți semnificativ stilul de viață al adolescenților. Scopul unui studiu spaniol din 2021 a fost de a evalua

⁷² EuroHealthNet. Schools4Health. Brussels: EuroHealthNet; 2025,

<https://eurohealthnet.eu/publication/schools4health/>

⁷³ Schools4Health. Promoting healthy schools in Romania: Schools4Health documentary. 2025,

https://schools4health.eu/updates-detail/1525/Promoting_healthy_schools_in_Romania_Schools4Health_documentary

⁷⁴ Asociația Română pentru Promovarea Sănătății – Proiecte, <https://arspms.ro/proiecte/>

⁷⁵ Best Practice Portal – Slovenia (BP6). National Health Fund (NFZ)

<https://circeja.nfz.gov.pl/bp6-slovenia>



eficacitatea unei aplicații de eHealth într-o populație de adolescenți, în ceea ce privește îmbunătățirea percentilelor indicelui de masă corporală (IMC) ajustate în funcție de vârstă și sex. Alte obiective ale studiului au fost examinarea relațiilor sociale ale adolescenților înainte și după intervenție, precum și identificarea liderilor de grup și analizarea profilurilor acestora, a obiceiurilor alimentare și de activitate fizică, precum și a modului de utilizare a aplicației web. Concluzia a fost că adolescenții din grupul de intervenție și-au modificat indicele de masă corporală (IMC) în direcția percentilei 50, îmbunătățindu-și alimentația și extinzându-și rețeaua socială după intervenție. Liderii de grup s-au evidențiat, de asemenea, ca lideri în ceea ce privește activitatea fizică și utilizarea aplicației.

În ceea ce privește activitatea fizică, programele școlare care promovează sportul zilnic, competițiile între elevi și inițiativele de tip „active school” contribuie la reducerea sedentarismului și la creșterea nivelului de mișcare la această categorie de vârstă.⁷⁶

O revizuire sistematică și meta-analiză din 2023 a analizat efectul intervențiilor de tip „active breaks” (pauze active) pentru întreruperea perioadelor prelungite de sedentarism în timpul orelor de școală, asupra activității fizice și a comportamentului sedentar la copii și adolescenți. Au fost incluse 9 studii clinice din 6 baze de date (Medline, Web of Science, Cochrane Library, SPORTDiscus, CINAHL și EMBASE), ce au evaluat efectele întreruperii sedentarismului prelungit în mediul școlar prin pauze active, asupra activității fizice din timpul orelor și/sau comportamentului sedentar. Variabilele studiate au fost activitatea fizică, comportamentul sedentar și activitatea fizică moderat-viguroasă. Au fost evaluați 2145 de copii cu vârste între 6 și 12 ani. S-a observat o mare heterogenitate în ceea ce privește durata intervențiilor (de la 5 la 60 de minute), frecvența (de la 1–3 ori pe zi până la 3 ori pe săptămână) și durata totală a programelor (de la 5 zile până la 3 ani). Meta-analizele realizate au evidențiat o îmbunătățire semnificativă atât a activității fizice, cât și a activității fizice moderate-viguroase. Concluzia a fost că întreruperea perioadelor prelungite de stat pe scaun prin intervenții școlare bazate pe activitate fizică (pauze active) poate contribui la creșterea nivelului de activitate fizică și a activității fizice moderate-viguroase în timpul programului școlar.⁷⁷

Un studiu publicat în 2020 în *American Journal of Health Promotion* a arătat că participarea la un club de activitate fizică desfășurat după programul școlar, de două ori pe săptămână, a atenuat creșterea procentului de grăsime corporală în rândul adolescentelor cu risc de obezitate.

În cazul **vârstnicilor**, intervențiile să fie orientate spre menținerea mobilității și prevenirea bolilor cronice. Programele comunitare de activitate fizică includ grupuri de mers pe jos, gimnastică ușoară, yoga și exerciții de echilibru, contribuind la prevenirea căderilor și la menținerea independenței funcționale.⁷⁸ Programul de exerciții Otago este benefic pentru îmbunătățirea funcției cognitive la adulții vârstnici, creșterea forței musculare a membrilor inferioare și a echilibrului dinamic și static, contribuind astfel la îmbunătățirea stabilității mersului și a controlului postural la această categorie de populație. Aceste efecte au beneficii semnificative în prevenirea căderilor la persoanele vârstnice. Conținutul de antrenament al programului Otago este alcătuit în principal din patru componente: activități de încălzire, exerciții de forță, antrenament al echilibrului și antrenament al mersului. Impactul programului de exerciții Otago asupra prevenirii căderilor la adulții vârstnici: o revizuire sistematică, publicat în 2022 a cuprins 34 de articole științifice din 2005 până în 2021, iar concluzia a fost că deși programul de exerciții Otago are efecte pozitive semnificative asupra îmbunătățirii stării de sănătate și a capacității fizice la persoanele vârstnice, asupra prevenirii căderilor și asupra recuperării funcției clinice, mecanismele neurale corespunzătoare implicate în prevenirea căderilor nu sunt încă pe deplin clarificate. În același

⁷⁶ Benavides C, Benítez-Andrades JA, Marqués-Sánchez P, Arias N. eHealth intervention to improve health habits in the adolescent population: mixed methods study, <https://arxiv.org/abs/2402.07923>

⁷⁷ Carrasco-Uribarren A, Ortega-Martínez A, Amor-Barbosa M, Cadellans-Arróniz A, Cabanillas-Barea S, Bagur-Calafat MC. Improvement of in-school physical activity with active school-based interventions to interrupt prolonged sitting: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36674388/>

⁷⁸ Robbins LB, Ling J, Wen F. Attending After-School Physical Activity Club 2 Days a Week Attenuated an Increase in Percentage Body Fat and a Decrease in Fitness Among Adolescent Girls at Risk for Obesity. *Am J Health Promot*. 2020 Jun;34(5):500-504. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11128087/?utm_source=chatgpt.com



timp, modul în care programul poate fi integrat cu tehnologii avansate pentru maximizarea beneficiilor sale reprezintă un domeniu care necesită investigații suplimentare în cercetările viitoare.⁷⁹

Educația nutrițională pentru vârstnici se realizează prin consiliere individuală și ateliere practice, având ca scop promovarea unei alimentații echilibrate și prevenirea malnutriției. Efectul unei intervenții de educație nutrițională asupra îmbunătățirii practicilor de diversificare alimentară și a statusului nutrițional al persoanelor vârstnice a fost subliniat în cadrul unui studiu randomizat controlat de tip cluster din anul 2023, desfășurat într-o comunitate de vârstnici peste 60 de ani. Intervenția a avut ca scop îmbunătățirea comportamentelor nutriționale, precum preferințele gustative, atitudinile, convingerile, auto-eficacitatea, preocupările legate de sănătate și satisfacția corporală. Programul de educație nutrițională a fost elaborat pe baza principiilor de educație nutrițională destinate persoanelor vârstnice și a arătat că intervenția a determinat îmbunătățirea semnificativă a diversității alimentare în rândul participanților, aceștia adoptând o dietă mai variată și mai echilibrată. De asemenea, s-au observat ameliorări ale indicatorilor de status nutrițional, sugerând o reducere a riscului de malnutriție în grupul intervențional comparativ cu grupul de control.⁸⁰

Pentru **adulții activi profesional**, locul de muncă reprezintă un cadru esențial pentru implementarea intervențiilor de sănătate. Programele de promovare a sănătății la nivel organizațional includ activități precum pauze active, programe de fitness, sesiuni de management al stresului și facilități pentru activitate fizică. Aceste intervenții sunt recomandate de Organizația Mondială a Sănătății ca metode eficiente de îmbunătățire a sănătății angajaților.⁸¹

Un studiu științific publicat în 2023 analizează eficiența intervențiilor de promovare a sănătății la locul de muncă centrate pe activitatea fizică și modul în care acestea, singure sau combinate cu alte componente (nutriție, educație) influențează sănătatea angajaților. Studiul a cuprins perioada 2013-2023 și a inclus 40 de studii clinice randomizate controlate. Intervențiile analizate s-au axat pe activitate fizică (componenta centrală), educație pentru sănătate, intervenții nutriționale, tehnologii digitale și monitorizare. Intervențiile directe de activitate fizică au cuprins exerciții la locul de muncă, promovarea mersului pe jos / ciclismului, provocări de grup (numărare de pași, urcat scări). S-au făcut și modificări ale mediului de lucru, de exemplu amplasarea strategică a echipamentelor (pentru mai multă mișcare), birouri reglabile pe înălțime, care îți permit să lucrezi atât stând pe scaun, cât și în picioare, utilizarea tehnologiei (wearables, aplicații). Jumătate dintre studii au utilizat scheme de intervenție multimodale, care au inclus două sau mai multe tipuri de intervenții. Cele mai frecvente durate ale intervențiilor au fost de 12 săptămâni (9 studii) și 24 de săptămâni (24 de studii). Analiza efectelor diferitelor intervenții de promovare a sănătății la locul de muncă centrate pe activitatea fizică a arătat că cele mai frecvent îmbunătățite rezultate au fost creșterea nivelului de activitate fizică (26/32), reducerea stresului psihologic (4/5) și îmbunătățirea obiceiurilor alimentare (12/19), peste 60% dintre studiile relevante raportând efecte pozitive. De asemenea, au fost observate frecvent îmbunătățiri ale compoziției corporale (16/29) și ale indicatorilor clinici de sănătate-tensiune arterială, colesterolemie, risc cardiovascular (15/27). Alte efecte observate: creșterea productivității, reducerea absenteismului, îmbunătățirea calității vieții, creșterea motivației și a aderenței la comportamente sănătoase.

Concluziile principale ale studiului s-au referit la faptul că intervențiile de promovare a sănătății la locul de muncă centrate pe activitatea fizică au efecte pozitive asupra îmbunătățirii stării de sănătate a angajaților și asupra promovării comportamentelor sănătoase, în special prin creșterea nivelului de activitate fizică și reducerea stresului psihologic. Cele mai bune rezultate apar când sunt implicate mai multe componente: activitate fizică, nutriție, educație pentru sănătate. Locul de muncă constituie mediul ideal pentru intervenții de sănătate care au la bază programe integrate, care utilizează tehnologia pentru monitorizare (aplicații mobile pentru nutriție și activitate fizică, feedback personalizat) și care sunt adaptate contextului organizațional.

⁷⁹ Yang Y, Wang K, Liu H, Qu J, Wang Y, Chen P, Zhang T, Luo J. The impact of Otago exercise programme on the prevention of falls in older adult: A systematic review. Front Public Health. 2022 Oct 20, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9631473/>

⁸⁰ Shuremu M, Abate KH, Belachew T. Effect of nutrition education intervention to improve dietary diversity practice and nutritional status of the older people: A cluster randomized controlled trial. Food Sci Nutr. 2023;11(11):7383-7395, https://www.researchgate.net/publication/373936118_Effect_of_nutrition_education_interventi_on_to_improve_dietary_diversity_practice_and_nutritional_status_of_the_older_people_A_clust_er_randomized_controlled_trial

⁸¹ World Health Organization. Health workforce [Internet]. Geneva: World Health Organization;; <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/occupational-health/health-workers>,



În domeniul nutriției, intervențiile la locul de muncă includ introducerea meniurilor sănătoase în cantine, etichetarea nutrițională a alimentelor și înlocuirea gustărilor nesănătoase cu opțiuni sănătoase. Aceste măsuri au demonstrat eficiență în reducerea riscului de obezitate și boli metabolice.⁸²

Ca și strategii de promovare, conform ghidurilor recente OMS (2023), Workplace physical activity promotion guide, intervențiile eficiente trebuie să se desfășoare atât la nivel individual, cât și organizațional și includ de exemplu:

- programe de wellness la locul de muncă, cum ar fi stretching zilnic la birou, fructe gratuite în pauza de masă, cursuri de nutriție, acces la psiholog;
- pauze active;
- facilități pentru activitate fizică;
- educație nutrițională.⁸³

În perioada 2015 –2020 au fost identificate 713 inițiative reale privind activitatea fizică la locul de muncă aplicate în contexte organizaționale reale.

Top 10 inițiative considerate cele mai fezabile pentru promovarea activității fizice favorabile sănătății în IMM-uri:

1. Deplasarea la locul de muncă cu bicicleta, ca mijloc de transport sănătos, economic și prietenos cu mediul.
2. Organizarea ședințelor de lucru care includ intervale dedicate activității fizice, precum mersul pe jos sau exercițiile de stretching.
3. Elaborarea unui pachet informativ care să includă, de exemplu, o hartă a traseelor sigure pentru deplasarea pietonală către și de la locul de muncă.
4. Încurajarea angajaților să se deplaseze pe jos la locul de muncă.
5. Trimiterea angajaților, de către managerul direct, către servicii de fizioterapie cu acces rapid.
6. Realizarea unui program zilnic de încălzire de 15 minute, urmat de adoptarea unor posturi de lucru adecvate.
7. Efectuarea unui control de sănătate și desfășurarea unui dialog individual cu un psiholog, în vederea conștientizării, reflecției și acțiunii asupra propriei stări de bine.
8. Utilizarea unor mesaje de stimulare pentru încurajarea folosirii scărilor.
9. Elaborarea de politici organizaționale și acordarea de stimulente pentru promovarea activității fizice la locul de muncă.
10. Încurajarea angajaților să formeze echipe sportive (de exemplu: volei, fotbal, baschet) și să participe la competiții cu echipe din alte organizații.⁸⁴

Într-un articol științific publicat în 2024, respectiv o analiză exploratorie a revizuirilor sistematice, referitor la activitatea fizică în intervențiile de promovare a sănătății la locul de muncă au fost incluse în total 17 revizui. Șase dintre acestea au avut ca obiectiv exclusiv evaluarea eficacității intervențiilor de promovare a activității fizice zilnice și de reducere a comportamentului sedentar. Pentru dezvoltări sustenabile în viitor, rezultatele actuale indică o nevoie puternică de consolidare conceptuală a promovării sănătății la locul de muncă în domeniul cercetării intervențiilor de activitate fizică. Prin urmare, atât promovarea sănătății la locul de muncă, precum și intervențiile de activitate fizică orientate spre sănătate trebuie să adopte o abordare cuprinzătoare, care să includă atât intervenții comportamentale, cât și intervenții de mediu.

JACARDI (Acțiunea comună privind bolile cardiovasculare și diabetul) reprezintă o inițiativă a Uniunii Europene menită să sprijine statele membre în reducerea poverii bolilor

⁸² Marin-Farrona M, Wipfli B, Thosar SS, Colino E, Garcia-Unanue J, Gallardo L, et al. Effectiveness of worksite wellness programs based on physical activity to improve workers' health and productivity: A systematic review. Syst Rev. 2023;12:87. doi:10.1186/s13643-023-02258-6., <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37226273/>

⁸³ Zhang S, Nie M, Peng J, Ren H. Effectiveness of Physical Activity-Led Workplace Health Promotion Interventions: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2025 May 29;13(11):1292. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40508905/>

⁸⁴ Rinne M, Bengoechea EG, Kunstler B, et al. Workplace physical activity practices in real life: a scoping review of grey literature for small- and medium-sized enterprises. Eur J Public Health. 2022;32(5):785-792, https://www.researchgate.net/publication/363082183_Workplace_physical_activity_practices_in_real_life_a_scoping_review_of_grey_literature_for_small-_and_medium-sized_enterprises



cardiovasculare și a diabetului, atât la nivel individual, cât și la nivelul sistemelor de sănătate. Proiectul JACARDI a fost lansat la Roma în 2023, având o durată de implementare de patru ani, reunește 21 de țări europene și include 143 de proiecte pilot de implementare a unor practici dovedite și eficiente în tratamentul bolilor cardiovasculare și diabetului zaharat.

Proiectele pilot JACARDI includ intervenții timpurii, menite să îmbunătățească nivelul de conștientizare al copiilor cu privire la riscul cardiovascular, precum și modele de prevenție implementate la locul de muncă. Acestea sunt completate de inițiative mai ample care vizează educația alimentară, promovarea mediilor sănătoase și asigurarea unui acces echitabil la servicii. De asemenea, utilizarea instrumentelor digitale în sănătate și a inteligenței artificiale poate contribui la creșterea eficienței intervențiilor, cu condiția ca acestea să fie integrate corespunzător în practica medicală curentă, să beneficieze de încrederea utilizatorilor și să fie susținute prin formare profesională adecvată.

Institutul Național de Sănătate Publică (INSP) este desemnat drept autoritate competentă din partea României în cadrul proiectului JACARDI, prin intermediul Ministerului Sănătății, și participă la realizarea obiectivelor stabilite în colaborare cu numeroase instituții, specialiști, cercetători și furnizori de servicii medicale din Uniunea Europeană.

Studiul pilot JACARDI în România se desfășoară în 3 localități din 3 județe (Călărași, Bihor, Bacău), unde sunt grupuri vulnerabile și incidență crescută de boli cardiovasculare și diabet și are ca scop îmbunătățirea alfabetizării medicale la pacienții cu diabet și/sau boală cardiovasculară bazată pe implementarea măsurilor corespunzătoare profilurilor respondenților. Protocolul intervențiilor la nivel individual constă în minim două vizite la domiciliu pentru fiecare beneficiar, cu minim două intervenții 1:1 din cele 8 validate și disponibile într-o broșură (activitate fizică, alimentație, consum de alcool, fumat, gestionarea bolii, greutate în exces, informare boli cardiovasculare, informare diabet), urmând ca la doua vizită să se evalueze rezultatele intervențiilor, prin aplicarea unor chestionare validate.

Pe parcursul celor patru ani de implementare, INSP și instituțiile partenere vor desfășura o serie de activități esențiale, orientate atât către populația generală, cât și către grupurile vulnerabile și zonele defavorizate, printre care:

- creșterea nivelului de informare și conștientizare privind diabetul, bolile cardiovasculare și factorii de risc asociați, precum și îmbunătățirea nivelului de educație pentru sănătate;

- îmbunătățirea colectării și calității datelor referitoare la bolile cardiovasculare și diabet, creșterea compatibilității acestora și promovarea bunelor practici în dezvoltarea și implementarea registrelor specifice;

- dezvoltarea și eficientizarea programelor de screening pentru depistarea precoce a diabetului și a bolilor cardiovasculare;

- optimizarea traseelor integrate de îngrijire pentru pacienții cu boli cardiovasculare și diabet, precum și consolidarea măsurilor de prevenție, prin implementarea unor proiecte pilot de servicii medicale integrate destinate persoanelor cu prediabet, diabet și afecțiuni cardiovasculare.

În anul 2025, în cadrul proiectului JACARDI România au fost elaborate 3 instrumente principale:

1. Manual pentru intervenții de promovare a sănătății pentru pacienții cu diabet și/sau boli cardiovasculare, în care sunt definite rolul și responsabilitățile asistentului medical comunitar în prevenția diabetului zaharat și a bolilor cardiovasculare: https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2025/11/JACARDI_Manual-AMC-2025.pdf

2. Broșura: Viața ta, sănătatea ta: Pași simpli pentru controlul diabetului și bolilor de inimă: https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2025/11/JACARDI_Brosura-IEC-2025.pdf

3. Site ABC sănătate, ce conține informații pentru pacienți și pentru profesioniști: <https://abc-sanatate.ro/>

Evaluarea sustenabilității proiectului va avea loc în țara noastră în lunile iunie-septembrie 2026.⁸⁵

⁸⁵ Institutul Național de Sănătate Publică. Acțiunea comună pentru bolile cardiovasculare și diabet (JACARDI). București: INSP; <https://insp.gov.ro/acasa/actiunea-comuna-pentru-bolile-cardiovasculare-si-diabet-jacardi/>



Bune practici relevante pentru campaniile de promovare a activității fizice și a alimentației sănătoase

Campaniile de promovare a unui stil de viață sănătos sunt cele mai eficiente atunci când combină educația pentru sănătate cu modificarea mediului în care oamenii trăiesc, învață și muncesc. OMS recomandă intervenții multicomponente, adaptate fiecărei categorii de populație și implementate simultan în școli, comunități, locuri de muncă și servicii de sănătate⁸⁶.

1. Bune practici în școli

Școala reprezintă unul dintre cele mai importante medii pentru formarea comportamentelor sănătoase. Dovezile științifice arată că programele care combină educația nutrițională cu activitatea fizică regulată și implicarea familiei au cel mai mare impact asupra prevenirii obezității la copii și adolescenți.

Printre intervențiile recomandate se numără:

- introducerea zilnică a minimum 60 de minute de activitate fizică moderată sau intensă;
- organizarea pauzelor active între ore;
- inclusiunea educației nutriționale în curriculum;
- eliminarea băuturilor îndulcite și a alimentelor ultraprocesate din automate și cantine;
- asigurarea accesului la apă potabilă gratuită;
- implicarea părinților prin ateliere și campanii de educație pentru sănătate.

Aceste măsuri contribuie la reducerea excesului ponderal, îmbunătățirea performanțelor școlare și dezvoltarea unor comportamente sănătoase pe termen lung.^{20,86}

2. Bune practici în comunitate

La nivel comunitar, intervențiile eficiente urmăresc crearea unui mediu care facilitează alegerea unui stil de viață sănătos. Acestea includ:

- amenajarea pistelor pentru biciclete și a traseelor pietonale;
 - dezvoltarea parcurilor și spațiilor verzi;
 - organizarea de evenimente sportive gratuite;
 - campanii locale de educație nutrițională;
 - piețe locale cu acces facil la fructe și legume;
 - colaborarea dintre autoritățile locale, școli, unități sanitare și organizații neguvernamentale.
- OMS evidențiază că intervențiile comunitare sunt mai eficiente atunci când sunt adaptate contextului local și implică participarea activă a populației, a liderilor comunitari și a instituțiilor locale⁸⁷.

3. Bune practici pentru adulți și la locul de muncă

Locul de muncă oferă oportunități importante pentru promovarea sănătății. Studiile arată că programele complexe desfășurate în mediul ocupațional reduc sedentarismul, cresc nivelul activității fizice și îmbunătățesc starea de sănătate și productivitatea angajaților.

Exemple de bune practici includ:

- pauze active de 5–10 minute la fiecare 60–90 de minute de lucru sedentar;
- amenajarea spațiilor pentru activitate fizică sau mers pe jos;
- utilizarea birourilor reglabile (sit–stand);
- promovarea mersului pe jos sau cu bicicleta către locul de muncă;
- oferirea unor opțiuni alimentare sănătoase în cantine și automate;
- programe de consiliere nutrițională și evaluare periodică a stării de sănătate⁸⁸.

⁸⁶ Brown T, Moore THM, Hooper L, Gao Y, Zayegh A, Ijaz S, et al. Interventions for preventing obesity in children. Cochrane Database Syst Rev. 2019;7(7):CD001871, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31332776/>,

⁸⁷ World Health Organization. Interventions on Diet and Physical Activity: What Works – Conclusion and implementation principles. Geneva: World Health Organization; 2009 <https://www.who.int/publications/i/item/interventions-on-diet-and-physical-activity-what-works-summary-report>

⁸⁸ Jiménez-Mérida MR, Vaquero-Abellán M, Alcaide-Leyva J, Cantón-Habas V, Raya-Cano E, Romero-Saldaña M. Effectiveness of multicomponent interventions and physical activity in the workplace to reduce obesity: a systematic review and meta-analysis. Healthcare (Basel). 2023;11(8):1160, <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/8/1160>



4. Bune practici pentru vârstnici

Pentru persoanele vârstnice, activitatea fizică trebuie adaptată capacității funcționale și afecțiunilor existente. OMS recomandă minimum 150–300 de minute de activitate fizică moderată pe săptămână, împreună cu exerciții pentru echilibru, forță musculară și flexibilitate, efectuate de cel puțin trei ori pe săptămână, pentru reducerea riscului de căderi și menținerea independenței funcționale.

Intervențiile recomandate includ:

- programe de gimnastică medicală și exerciții în grup;
 - mers organizat în comunitate;
 - dans, înot sau exerciții în apă;
 - activități desfășurate în centre de zi pentru vârstnici;
 - programe de educație privind alimentația sănătoasă și prevenirea malnutriției;
 - monitorizarea periodică a stării nutriționale și a nivelului de activitate fizică în medicina de familie.
- Participarea la activități fizice organizate contribuie nu doar la reducerea riscului cardiovascular și a fragilității, ci și la diminuarea izolării sociale și a simptomelor depresive⁷⁰.

Recomandări pentru implementarea unei campanii eficiente de promovare a alimentației sănătoase și a activității fizice

Conform OMS, o campanie eficientă trebuie să combine educația pentru sănătate, modificarea mediului și implicarea comunității, fiind adaptată particularităților fiecărui grup țintă. Intervențiile multicomponente au cea mai mare eficiență în schimbarea comportamentelor alimentare și a nivelului de activitate fizică^{2,3}.

➤ Recomandări în cazul copiilor:

- Educație nutrițională prin activități interactive și jocuri
- Implicarea părinților și a cadrelor didactice
- Creșterea accesului la gustări sănătoase și apă în școli
- Minimum 60 minute/zi de activitate fizică și limitarea timpului petrecut în fața ecranelor

➤ Recomandări în cazul adolescenților:

- Programe școlare care combină educația nutrițională cu activitatea fizică
- Utilizarea aplicațiilor mobile și a rețelelor sociale pentru creșterea motivației
- Promovarea sportului recreativ și a transportului activ (mers pe jos, bicicletă)
- Implicarea colegilor și a influencerilor pozitivi (profesioniști din sănătate) pentru schimbarea comportamentelor

➤ Recomandări în cazul vârstnicilor

- Promovarea dietei echilibrate, bogate în proteine, fructe și legume
- Exerciții de forță, echilibru și mers zilnic pentru prevenirea căderilor
- Activități de grup pentru reducerea izolării sociale și creșterea aderenței la program

➤ Recomandări la locul de muncă

- Politici care facilitează alegerea alimentelor sănătoase (cantine, automate).
- Pauze active și programe de exerciții la locul de muncă.
- Campanii de informare, provocări de tip „10.000 de pași” și stimulente pentru participare.
- Monitorizarea indicatorilor (participare, indice masa corporală, nivel de activitate fizică, satisfacția angajaților) pentru evaluarea eficienței intervenției.

4. CONCLUZII PRINCIPALE

1. Alimentația nesănătoasă și sedentarismul reprezintă factori majori de risc pentru dezvoltarea bolilor cronice netransmisibile și afectează sănătatea pe tot parcursul vieții. Tânăra generație, dar și vârstnicii sunt deosebit de vulnerabili, iar consecințele se extind asupra familiilor, locului de



muncă și economiei prin creșterea costurilor medicale, reducerea productivității și scăderea calității vieții.

2.Dovezile științifice arată că intervențiile complexe, care combină educația nutrițională, promovarea activității fizice și modificarea mediului de viață, sunt cele mai eficiente în prevenirea obezității și a bolilor asociate.

3.Implementarea unor politici publice coerente, susținute de colaborarea dintre autorități, instituțiile de învățământ, sistemul de sănătate, angajatori și comunitate, poate contribui la adoptarea unor comportamente sănătoase și la reducerea poverii bolilor netransmisibile.

4.Investițiile în promovarea unui stil de viață sănătos reprezintă o măsură eficientă atât pentru îmbunătățirea stării de sănătate a populației, cât și pentru reducerea costurilor economice și sociale pe termen lung, contribuind la dezvoltarea unei societăți mai sănătoase și mai productive.

5.Activitățile utilizate în campaniile de promovare a sănătății sunt eficiente atunci când sunt adaptate specificului populației țintă și integrate în mediile de viață ale acesteia.

