

**Analiza de situație în România,
ocazionată de campania**

**LUNA NAȚIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE EFECTELE
CONSUMULUI DE ALCOOL**

Iulie 2015



SCOPUL ANALIZEI:

Scopul analizei este de a furniza date relevante privind dimensiunea și caracteristicile consumului de alcool la nivel internațional și național în scopul realizării unor campanii de informare – educare – conștientizare a populației.

SCOPUL CAMPANIEI:

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

OBIECTIVELE CAMPANIEI:

- **Obiectivul 1.** Informarea, educarea și conștientizarea femeilor însărcinate cu privire la efectele expunerii prenatale la alcool asupra dezvoltării fizice și psihice a copilului
- **Obiectivul 2.** Informarea, educarea și conștientizarea femeilor care doresc să devină mămici asupra riscurilor consumului de alcool pe durata sarcinii
- **Obiectivul 3.** Promovarea renunțării la consumul de alcool în rândul gravidelor

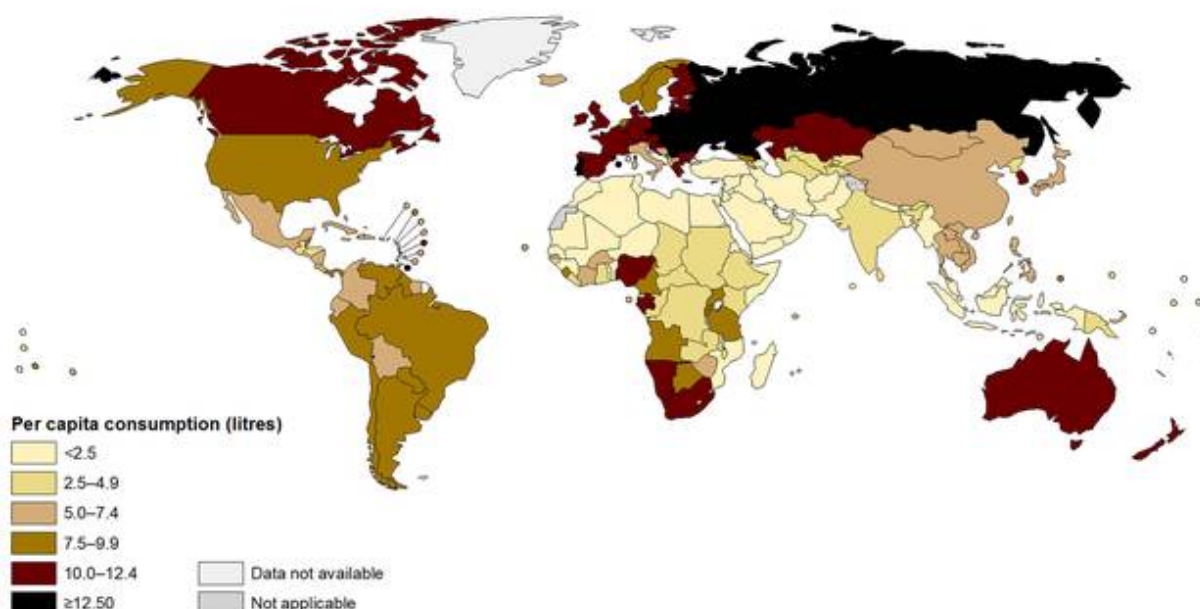
I. Date statistice la nivel internațional, european și național privind nivelul și dinamica consumului de alcool

Situația consumului de alcool în lume

În anul 2010, consumul mediu global de alcool a fost de 6.2 litri alcool pur/capita 15 ani +, echivalentul a 13.5 grame alcool pur/zi. Un sfert din acest consum (24.8%) este neînregistrat, reprezentând alcoolul produs în gospodărie, obținut și comercializat în afara regimului guvernamental de control. La nivel global, 50.1% din băuturile alcoolice consumate sunt băuturi spirtoase. (*Global status report on alcohol and health 2014, p. XIII*)

Consumul casnic de alcool este asociat cu riscuri importante asupra stării de sănătate datorită impurităților cu potențial nociv și a contaminării necunoscute a băuturilor. Există nivele înalte ale consumului neînregistrat de alcool deopotrivă în regiunile cu nivele înalte ale consumului total de alcool și în țările sărace și în curs de dezvoltare, unde nivelul consumului înregistrat de alcool este redus. (*Global status report on alcohol and health 2011, p. 4-5*)

Figura nr. 1. Situația consumului de alcool în lume în 2010 (litri alcool pur, 15 ani+)



Sursa: *Global status report on alcohol and health 2014, p. 29*

Aproximativ 16.0% din consumatorii de alcool în vârstă de 15 ani + declară că au experimentat episoade de consum excesiv de alcool (peste 5 pahare de băuturi alcoolice la o ocazie, cel puțin o dată pe săptămână). Deși există variații semnificative în ceea ce privește prevalența nebăutorilor în diferite regiuni monitorizate de OMS, studiile arată că nivelul de dezvoltare economică a unei țări este corelat direct proporțional cu nivelul consumului de alcool și cu prevalența episoadelor de consum excesiv de alcool și invers proporțional cu ponderea populației neconsumatoare de alcool. (*idem p. XIII*)

OMS atenționează asupra tendinței de creștere a consumului de alcool la adolescenții și tinerii din întreaga lume. În 71% din regiunile monitorizate de OMS se înregistrează tendințe crescătoare stabile ale consumului de alcool la adolescenți (persoane aflate sub limita minimă pentru consumul de alcool!) după o perioadă de supraveghere de 5 ani (2001-2005).

Evaluarea tendințelor consumului de alcool la populația tânără (18-25 ani) identifică 80% tendințe crescătoare ale consumului. (*Global status report on alcohol and health 2011, p. 4*)

Preferințele consumatorilor pentru băuturile alcoolice sunt:

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

Situația consumului de alcool în UE

Europa este regiunea cu cel mai ridicat consum de alcool pe locuitor din lume. (*Special Barometer 331. EU Citizens' attitudes towards alcohol, TNS Opinion & Social, 2009, p. 4*)

În ultimii 40 de ani s-a înregistrat o armonizare a consumului de alcool în statele UE, cu creșteri în centrul și nordul Europei și o scădere în sudul Europei. Consumul mediu în statele noi ale UE este de asemenea apropiat, deși există totuși diferențe semnificative. Majoritatea europenilor consumă alcool, dar 15% se abțin. (*Alcoolul în Europa – din perspectiva Sănătății Publice, p. 2*)

UE este regiunea care înregistrează cele mai înalte rate ale consumului de alcool. Belarus ocupă primul loc în ceea ce privește consumul de alcool/capita, cu o rată de 17.5 litri alcool pur/an, urmată de Republica Moldova cu 16.8 litri. Australia și Canada înregistrează, de asemenea, nivele înalte ale consumului de alcool, 12.2 litri, respectiv 10.2 litri/an. Consumul mediu de alcool în Statele Unite ale Americii este de 9.2 litri. În nordul Africii și Orientul Mijlociu, rata medie a consumului de alcool este de 2.5 litri/capita, numeroase țări înregistrând un consum mai mic de 1 litru alcool/capita. (*Global status report on alcohol and health 2014, p. 29*)

O ierarhie a țărilor în funcție de nivelul de consum de alcool relevă topul celor mai mari consumatori de alcool din lume: (*Global status report on alcohol and health 2014, p. 29, The heaviest drinking countries in the world, USA Today, WSJ, 17 mai 2014*)

1. Belarus

Consum de alcool per capita: 17,5 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 34,7%
Speranța de viață la naștere: 72,1 ani

2. Republica Moldova

Consum de alcool per capita: 16,8 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 33,1%
Speranța de viață la naștere: 81,4 ani

3. Lituania

Consum de alcool per capita: 15,4 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 30,9%
Speranța de viață la naștere: 73,9%

4. Rusia

Consumul de alcool per capita: 15,1 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 30,5%
Speranța de viață la naștere: 70,5 ani

5. România

Consum de alcool per capita: 14,4 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 8,9%
Speranța de viață la naștere: 68,7 ani

6. Ucraina

Consum de alcool per capita: 13,9 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 34,4%
Speranța de viață la naștere: 70,9 ani

7. Andorra

Consum de alcool per capita: 13,8 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 3,9%
Speranța de viață la naștere: N/A

8. Ungaria

Consumul de alcool per capita: 13,3 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 6,7%
Speranța de viață la naștere: 75,1 ani

9. Cehia

Consumul de alcool per capita: 13 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 36,5%
Speranța de viață la naștere: 78,1 ani

10. Slovacia

Consumul de alcool per capita: 13 litri
Decese cauzate de consumul de alcool: 7,7%
Speranța de viață la naștere: 76,1 ani

Patologia generată de consumul de alcool

Separat de dependența de droguri, alcoolul este cauza pentru mai mult de 60 de tipuri diferite de afecțiuni sau stări patologice, incluzând traumatisme, tulburări mentale și de comportament, afecțiuni gastro-intestinale, cancere, afecțiuni cardiovasculare, tulburări imunologice, afecțiuni pulmonare, musculo-scheletale, reproductive sau efecte dăunătoare asupra sarcinii, incluzând un risc crescut pentru pre-/dismaturitate. (*Alcoolul în Europa – din perspectiva Sănătății Publice, p. 7-8*)

Pentru majoritatea situațiilor, alcoolul mărește riscul creând dependență, cu cât este mai mare consumul de alcool cu atât riscul este mai mare. În cazul anumitor boli, cum ar fi cardiomiopatia, sindromul de detresă respiratorie acută și afectarea musculară, efectul dăunător apare numai în cazul unui nivel ridicat al consumului de alcool, dar chiar și la acest nivel ridicat, alcoolul sporește riscul și gravitatea acestor cazuri, într-o manieră legată de doza consumată. Frecvența și cantitatea de alcool consumată în exces sunt importante în creșterea riscului în ceea ce privește traumatismele sau afecțiunile cardio-vasculare (afecțiuni coronariene, infarct). (*ibidem*)

Consumul de alcool în doză mică reduce riscul afecțiunilor cardiace, deși măsura în care acest risc este redus și nivelul consumului de alcool în această situație sunt încă dezbătute. Studiile de calitate arată că, în afara altor influențe, cel mai mic risc de morbiditate apare la cel mai mic nivel de consum de alcool. Cel mai redus risc apare la un consum mediu, zilnic, de 10 g de alcool. La peste 20 g de alcool/zi, riscul de afecțiuni coronariene crește. La vârste înaintate, reducerea riscului este mai mică. Se consideră că alcoolul reduce riscul pentru bolile cardiace, mai mult decât un anumit tip de băutură. Există dovezi că alcoolul administrat în doze mici ar putea reduce riscul producerii demenței vasculare, litiazei biliare, deși aceste constatări nu sunt susținute în toate studiile.

Riscul decesului în urma consumului de alcool reprezintă o balanță între riscul de îmbolnăviri sau riscul de agravare a afecțiunilor provocate de alcool și reducerea riscului de afecțiuni cardiace (care apar cel mai adesea la vârstele înaintate), prin consumul de alcool. Această balanță demonstrează, cel puțin în Marea Britanie, că nivelul consumului de alcool, cu riscul cel mai scăzut de deces este zero sau aproape de zero grame la femei până la vârsta de 65 de ani, și mai puțin de 5 g de alcool consumat zilnic la femeile de/peste 65 de ani. În cazul bărbaților, nivelul consumului de alcool, cu gradul de risc cel mai scăzut de deces, este zero până la vârsta de 35 de ani, aproximativ 5 g de alcool consumate zilnic în cazul bărbaților de vârstă mijlocie, și mai puțin de 10 g consumate zilnic în cazul celor ce depășesc vârsta de 65 de ani (și probabil revine la consum zero la vârste foarte înaintate). În schimb, reducerea sau stoparea consumului conduce la efecte benefice la marii consumatori de alcool. În cazul afecțiunilor cronice, precum ciroza hepatică sau depresia, reducerea sau chiar întreruperea consumului este asociată cu o rapidă îmbunătățire a stării de sănătate. (*ibidem*)

Alcoolul afectează cu preponderență sexul masculin, fiind cauza a peste 6,2% din totalul deceselor în rândul reprezentanților acestui sex și 1,1% în cazul femeilor. Rata poverii atribuibile

consumului de alcool este de 7,4% în rândul bărbaților și de 1,4% în cazul femeilor. (*Global status report on alcohol and health 2011, WHO, 2011, p. X*)

Situația consumului de alcool în România

Datele existente în România pentru monitorizarea consumului de alcool sunt extrem de sărace și discontinue. Singurele studii care s-au efectuat în România în ultimii 10 ani au fost studii internaționale precum ESPAD (*Anchetă în școlile europene privind consumul de alcool și alte droguri*) sau HBSC (*Comportamente legate de sănătate la copiii școlari*). (Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective”, Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică și Control în Sănătatea Publică, Cabinet Ministru, 21 martie 2011)

În *European Status Report on Alcohol and Health 2014* este prezentat un profil de țară. Conform acestui raport, consumul de alcool pur/capita 15 ani+ a crescut în perioada 2008-2010 la 10.4 litri, față de 8.8 litri, consum înregistrat în perioada 2003-2005, în timp ce rata consumului de alcool neînregistrat s-a menținut la valoarea de 4 litri/capita 15 ani+. Consumul mediu de alcool înregistrat în anul 2010 în rândul băutorilor (de ambele sexe) este de 21.3 litri alcool pur/capita 15 ani +. Consumatorii de alcool de sex masculin au înregistrat un consum de 30.7 litri/capita, depășind de aproximativ trei ori consumul de alcool în rândul femeilor (10.9 litri).

14.3% din populația 15 ani + nu a consumat niciodată alcool. Aproximativ 18% din populația 15 ani + au renunțat la consumul de alcool, iar 32.4% se declară abștinenți în ultimele 12 luni.

În anul 2010, prevalența episoadelor de consum dăunător de alcool a fost de 18.7 % în rândul bărbaților băutori (13.7 % din populația de sex masculin), respectiv de 2.7 % în rândul femeilor băutoare (1.7% din populația de sex feminin).

Prevalența tulburărilor induse de alcool este de 2.4% în rândul populației 15 ani + comparativ cu valoarea de 7.5% la nivelul UE. Decalajul celor două valori indică o subevaluare și subraportare masivă a patologiei psihosomatice atribuibile consumului de alcool. În ceea ce privește dependența de alcool, datele relevă același fenomen al subevaluării și subraportării, valoarea acesteia fiind de 2% în rândul populației 15 ani + în România față de 4.0%, valoare înregistrată la nivelul UE.

Figura nr. 2. Situația consumului de alcool în România

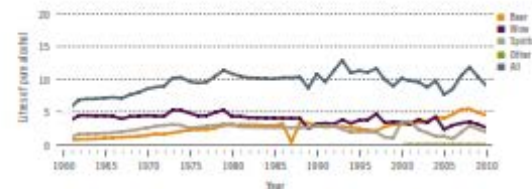
Romania

Total population: 21 861 000 ▶ Population aged 15 years and older (15+): 85% ▶ Population in urban areas: 57% ▶ Income group (World Bank): Upper middle income

ALCOHOL CONSUMPTION: LEVELS AND PATTERNS

Recorded alcohol per capita (15+) consumption, 1961–2010

Data refer to litres of pure alcohol per capita (15+).



Recorded alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) by type of alcoholic beverage, 2010



Alcohol per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)

	Average 2003–2005	Average 2008–2010	Change
Recorded	8.8	10.4	↗
Unrecorded	4.0	4.0	→
Total	12.8	14.4	↗
Total males / females		22.6 / 0.8	
WHO European Region	11.3	10.5	

Total alcohol per capita (15+) consumption, drinkers only (in litres of pure alcohol), 2010

Males (15+)	30.7
Females (15+)	10.9
Both sexes (15+)	21.3

Abstainers (%), 2010

	Males	Females	Both sexes
Lifetime abstainers (15+)	7.6	20.7	14.3
Former drinkers* (15+)	18.6	17.4	18.0
Abstainers (15+), past 12 months	20.2	38.1	32.4

*Persons who used to drink alcoholic beverages but have not done so in the past 12 months.

Prevalence of heavy episodic drinking* (%), 2010

	Population	Drinkers only
Males (15+)	13.8	18.7
Females (15+)	1.7	2.7
Both sexes (15+)	7.5	11.1

*Consumed at least 60 grams or more of pure alcohol on at least one occasion in the past 30 days.

Patterns of drinking score, 2010

LEAST RISK < 1 2 3 4 5 > MOST RISK

HEALTH CONSEQUENCES: MORTALITY AND MORBIDITY

Age-standardized death rates (ASDR) and alcohol-attributable fractions (AAF), 2012

	ASDR*		AAF (%)	
Liver cirrhosis, males / females	60.0	29.8	77.8	60.9
Road traffic accidents, males / females	18.9	4.7	27.4	7.8

*Per 100 000 population (15+).

Years of life lost (YLL) score*, 2012

LEAST < 1 2 3 4 5 > MOST

*Based on alcohol-attributable years of life lost.

Prevalence of alcohol use disorders and alcohol dependence (%), 2010*

	Alcohol use disorders**	Alcohol dependence
Males	3.8	2.0
Females	1.1	0.6
Both sexes	2.4	1.3
WHO European Region	7.5	4.0

*12-month prevalence estimates (15+).

**Including alcohol dependence and harmful use of alcohol.

POLICIES AND INTERVENTIONS

Written national policy (adopted/ revised) / National action plan	Yes (2005/2010) / Yes
Excise tax on beer / wine / spirits	Yes / Yes / Yes
National legal minimum age for off-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	18 / 18 / 18
National legal minimum age for on-premise sales of alcoholic beverages (beer / wine / spirits)	18 / 18 / 18
Restrictions for on-/off-premise sales of alcoholic beverages: Hours / places, density	No, No / Yes, No
Specific events / intoxicated persons / petrol stations	Yes / Yes / No

National maximum legal blood alcohol concentration (BAC) when driving a vehicle (general / young / professional), in ‰	Zero tolerance
Legally binding regulations on alcohol advertising / product placement	Yes / Yes
Legally binding regulations on alcohol sponsorship / sales promotion	No / No
Legally required health warning labels on alcohol advertisements / containers	Yes / No
National government support for community action	Yes
National monitoring system(s)	Yes

© World Health Organization 2014

European Status Report on Alcohol and Health 2010, citat de Centrul de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate, în ceea ce privește modelele de consum pentru anul 2005, OMS identifică următorul model de consum în România: un consum de băuturi alcoolice reprezentat de bere și băuturi spirtoase în mod egal (câte 39% dintre consumatori), respectiv vin (22% dintre consumatori). *(Traducere după Raportul Stării Privind Alcoolul și Sănătatea la Nivel European 2010 al OMS, Centrul de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate, pg. 1-6)*

Publicația britanică *The Economist* (ed 14 februarie 2011), citând un raport al OMS publicat la 11 februarie 2011, identifică următorul profil al consumatorilor de alcool la români 15 ani +: băuturi spirtoase 39%; bere 39%; vin 22%.

Morbiditatea generată de consumul de alcool în România

Datorită fragmentării sistemului informațional privind morbiditatea și a inconsistenței datelor despre consum, se cunosc doar estimări realizate în studii internaționale, care au utilizat în special datele referitoare la mortalitate.

Din punct de vedere al poverii bolii atribuibile consumului de alcool, România se caracterizează printr-un risc mediu (scor 3 pe o scală de la 1 la 5). *(Traducere după Raportul Stării Privind Alcoolul și Sănătatea la Nivel European 2010 al OMS, Centrul de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate, pg. 4)*

Conform unei estimări prezentate de Ministerul Sănătății: „în România mor anual peste 17000 de oameni datorită consumului de alcool, iar peste jumătate dintre aceștia mor în perioada activă a vieții lor (între 20 și 64 de ani).

Mortalitatea la vârsta adultă (20-64 de ani), atribuibilă consumului de alcool este de trei ori mai mare la bărbați și respectiv de 1,5 ori mai mare la femei, în România, comparativ cu UE 15 (statele membre până în 2004).

Între cauzele de mortalitate atribuibile consumului de alcool se numără accidentele (mortalitate de trei ori peste media UE 15), bolile cardiovasculare (mortalitate de două ori media UE10 - statele membre noi - și de opt ori media UE15) și ciroza hepatică (mortalitate peste dublul țărilor UE15)”. *(Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective, Ministerul Sănătății, Direcția de Sănătate Publică și Control în Sănătatea Publică, Cabinet Ministru, 21 martie 2011)*

Ratele standardizate ale mortalității la persoanele 15 ani + (la 100.000 locuitori) înregistrează următoarele valori pentru intervalul 2000-2005:

- ❖ Ciroză hepatică: între 60,2-71,6 la bărbați, 28,1-33,1 la femei;
- ❖ Boala alcoolică a ficatului: 6,1-9,2 la bărbați, 1,8-2,4 la femei;
- ❖ Accidente de trafic rutier: 19,4-21,5 la bărbați, 5,4-6,8 la femei;
- ❖ Otrăviri: 5,7-7,8 la bărbați, 2,7-3,6 la femei;
- ❖ Violențe: 4,2-6,6 la bărbați, 1,4-2,3 la femei.

(Traducere după Raportul Stării Privind Alcoolul și Sănătatea la Nivel European 2010 al OMS, Centrul de Evaluare și Promovare a Stării de Sănătate, pg. 5)

II. Rezultate relevante din studiile naționale, europene, internaționale

- ❖ Tinerii consumă cantități mai mari de alcool în cursul aceluiași episod față de persoanele adulte (25 % dintre tineri beau peste 5 doze de alcool în cadrul unui episod, față de numai 11% adulți);
- ❖ În timp ce consumul de alcool la populația adultă este relativ constant în perioada 2000-2005, în rândul tinerilor și adolescenților se manifestă o tendință crescătoare importantă (71% pentru adolescenți, 80% pentru tineri);
- ❖ Există o tendință lent crescătoare a consumului de alcool la nivel mondial, față de ultimele decenii;
- ❖ Europa este regiunea cu cei mai mulți consumatori de alcool din lume;
- ❖ Ponderea consumului de alcool neînregistrat este importantă (aproximativ 30% din consumul total de alcool), dificil de estimat și însoțită de grave riscuri pentru sănătate datorită impurităților și contaminării;
- ❖ Aproximativ 90% dintre băutori consumă alcool în mod constant pe tot parcursul anului;
- ❖ În România, în perioada 2003-2005 a fost înregistrat un consum total de 15,3 litri alcool pur/locuitor în vârstă de 15 ani + / an, valoare superioară mediei UE pentru același interval de studiu, 12,2 litri alcool pur/locuitor;
- ❖ Cantitatea de alcool consumată în România de persoanele care se autodeclară băutoare este mare (31,75 litri alcool pur la bărbați, 15,02 litri alcool pur la femei);
- ❖ Există asocieri intens semnificative statistic între consumul de alcool și statutul ocupațional, nivelul socio-economic, marital și statutul de fumător.

III. RISCURILE UNUI CONSUM ABUZIV DE BĂUTURI ALCOOLICE

Alcoolul este un agent dăunător care afectează o gamă largă de structuri și procese de la nivelul sistemului nervos central, care prin acțiunea lor conjugată asupra personalității, comportamentului și așteptărilor socio-culturale, reprezintă factor cauzal în vătămările intenționate sau neintenționate care se produc atât asupra consumatorilor, cât și a celor din jur. Aceste răni și vătămări includ violența între persoane, suicidul, omuciderea și accidente secundare consumului de alcool. Consumul de alcool este un factor de risc pentru comportament sexual dăunător, boli cu transmitere sexuală și transmiterea infecției HIV.

Mai mult, alcoolul are efect teratogen, producând o serie de efecte negative asupra fătului, incluzând greutate mică la naștere, afectarea funcțiilor cognitive și alte distrofii datorate consumului de alcool. Acesta are efect neurotoxic asupra creierului aflat în dezvoltare, conducând la modificări structurale ale hipocampusului în adolescență, reducerea volumului creierului la adult. Alcoolul este un drog care creează dependență, similar altor substanțe aflate sub control internațional. Alcoolul este de asemenea imunosupresor, crescând riscul bolilor transmisibile, inclusiv TBC. Băuturile alcoolice și etanolul sunt considerate a avea potențial carcinogen, conform Agenției Internaționale pentru Studiul Cancerului. *(Traducere după Raportul Stării Privind Alcoolul și Sănătatea la Nivel European 2010 al OMS)*

În 2007, Agenția Internațională pentru Studiul Cancerului a concluzionat că există o legătură causală între alcool și cancerul cavității orale, faringe, laringe, esofag, ficat, colon, rect și sân la femeie (Baan et. al., 2007, IARC, 2010). În toate aceste cancere a existat o legătură între doză și răspuns, riscul de cancer crescând cu cât volumul de alcool ingerat este mai mare (Rehm et al., 2010). De exemplu, în ceea ce privește cancerul de sân la femei, pentru fiecare 10g de alcool pur plus pe zi, crește riscul relativ de cancer de sân cu 7%. Riscul de apariție a cancerului de laringe, faringe sau esofag, datorită consumului de alcool este mult mai crescut decât în alte tipuri de cancer (de aproximativ 100% pentru un consum mediu de aproximativ 50 de g de alcool pur pe zi). Printre mecanismele cauzale ar fi incriminat, pentru unele tipuri de cancer, efectul toxic al acetaldehidei, care este un metabolit al alcoolului. *(Traducere după Raportul Stării Privind Alcoolul și Sănătatea la Nivel European 2010 al OMS, pg.5-6)*

Consumul de alcool este asociat cu o creștere a complicațiilor bolilor cardio-vasculare, incluzând boala hipertensivă (Taylor et. al., 2009), AVC hemoragic (Patra et al., 2010) și fibrilație

arterială (Samokhavalov, Irving & Rehm, 2010). Consumul cronic de alcool a fost asociat cu complicații ale bolilor cardio-vasculare. Dar, în medie, consumul moderat de alcool are un efect protectiv asupra bolilor ischemice (Roerecke & Rehm, comunicat de presă). Acest efect a fost observat în mod egal, atât la persoanele care beau doar bere, cât și la persoanele care beau doar vin. Însă acest efect protectiv dispare la persoanele care relatează un episod ocazional de consum în cantități mari. La tineri, nu există niciun efect protectiv, deoarece orice cantitate de alcool la tineri crește riscul de boală ischemică. (*Traducere după Raportul Stării Privind Alcoolul și Sănătatea la Nivel European 2010 al OMS pg. 6-7*)

Adulții tineri (în special bărbații) prezintă cel mai mare risc de deces datorită consumului în exces de alcool. Creierul adolescenților este în mod particular sensibil la consumul de alcool și cu cât debutul consumului de alcool este mai tardiv, cu atât este mai puțin probabil, ca ulterior în viața de adult să apară probleme legate de consumul de alcool sau dependență de alcool (*Norberg, Bierut & Grucza, 2009*).

Sindromul alcoolic fetal este o tulburare gravă de dezvoltare cauzată de expunerea fătului la alcool în perioada prenatală, având ca și caracteristici clinice: malformații cranio-faciale caracteristice, retard de creștere (întârziere în creșterea intrauterină și eșecul de a prospera postnatal), disfuncția SNC (tulburări cognitive, dificultăți de învățare sau comportament hiperactiv). (*Astley SJ, Clarren SK. Diagnostic Guide for Fetal Alcohol Syndrome and Related Conditions: The 4-Digit Diagnostic Code. Seattle: University of Washington, FAS Diagnosis and Prevention Network*)

Expunerea prenatală la alcool este de interes pentru sănătatea publică din următoarele motive: retardul mental este o principală cauză, tulburările sindromului alcoolic fetal sunt asociate cu anomalii fizice și de neurodezvoltare, anomaliile survin în toate grupurile socio-economice și se întâlnește la toate rasele și etniile. Nu se cunoaște exact cantitatea de alcool care poate determina apariția acestui sindrom, fiind descrise cazuri cu consum ocazional, până la consumul cronic de alcool.

În ceea ce privește tratamentul sindromului alcoolic fetal, cel mai important este prevenția, cu evitarea expunerii materne la alcool pe perioada sarcinii, corectarea defectelor congenitale asociate, tratamentul deficiențelor cognitive și comportamentale cu medicamente psihoactive, educație specială. (*Centers for disease Control. Update: Trends in fetal alcohol syndrome - United states, 1979-1993. Morbidity and Mortality Weekly Report 44, 249-251*)

Prognosticul tulburării este rezervat, majoritatea pacienților având probleme de sănătate mintală (95%). La vârstă școlară, majoritatea pacienților vor deveni consumatori nocivi de alcool

și/sau alte droguri de abuz, vor înregistra eșec școlar, tulburări de comportament cu delincvență (60%), comportament sexual inadecvat (52%). La vârsta adultă, majoritatea pacienților vor fi incapabili de a trăi independent (82%).

IV. Evidențe utile pentru intervenții la nivel național, european și internațional

- ❖ Impactul consumului nociv de alcool este mai mare în rândul generațiilor mai tinere de ambele sexe;
- ❖ Nivelul efectelor nocive ale alcoolului, mai ales în rândul persoanelor vulnerabile, pe șosele și la locul de muncă, rămâne ridicat în statele membre. Potrivit estimărilor, 15 % din populația adultă a UE consumă alcool la un nivel nociv și în mod periodic, între cinci și nouă milioane de copii din familiile din UE sunt afectate negativ de alcool, iar consumul nociv și periculos de alcool este factorul care cauzează aproximativ 16 % din cazurile de neglijări ale copiilor și de abuzuri împotriva acestora și aproximativ 60000 de nașteri de copii subponderali în fiecare an sunt cauzate de consumul nociv de alcool;
- ❖ În ultimii 40 de ani s-a înregistrat o uniformizare a nivelului consumului de alcool, cu creșteri în centrul și nordul Europei, precum și o scădere considerabilă a consumului în sudul Europei;
- ❖ Modul de comercializare a alcoolului, alături de influența altor factori relevanți, precum rolul familiei și mediul social este un factor care crește probabilitatea ca adolescenții și copiii să înceapă să consume alcool sau să consume cantități mai mari odată ce au ajuns consumatori;
- ❖ Disponibilitatea alcoolului a crescut în UE în perioada 1996-2004. Politicile naționale adecvate de stabilire a prețului la alcool, mai ales atunci când sunt asociate altor măsuri preventive, pot influența nivelul consumului nociv de alcool și efectele nocive asociate, în special în rândul tinerilor;
- ❖ Aspectele privind alcoolul sunt de importanță comunitară, dat fiind elementul transfrontalier și efectul negativ asupra dezvoltării economice și sociale, precum și asupra sănătății publice.

V. Acte normative în vigoare la nivel național și menționarea prevederilor acestor acte specifice

ORDIN nr. 62 din 21 martie 2011

pentru abrogarea Ordinului ministrului agriculturii, pădurilor și dezvoltării rurale nr. 192/2009 privind producerea băuturilor alcoolice fermentate nedistilate, altele decât berea și vinul, destinate consumului uman ca atare, MINISTERUL AGRICULTURII ȘI DEZVOLTĂRII RURALE , **PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL** nr. 200 din 22 martie 2011

NORME METODOLOGICE din 3 martie 2011

privind eliberarea certificatelor de clasificare, a licențelor și brevetelor de turism*

EMITENT: MINISTERUL DEZVOLTĂRII REGIONALE ȘI TURISMULUI

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 182 bis din 15 martie 2011

ORDIN nr. 1.591 din 30 decembrie 2010 (*actualizat*)

pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012 (actualizat până la data de 5 mai 2011*)

DECIZIE nr. 1.583 din 7 decembrie 2010

referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 87 alin. (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 195/2002 privind circulația pe drumurile publice

HOTĂRÂRE nr. 1.369 din 23 decembrie 2010

privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2010-2012

ORDIN nr. 1.162 din 31 august 2010 pentru aprobarea Normelor minime privind aptitudinile fizice și mentale necesare pentru conducerea unui autovehicul

ORDIN nr. 1.110 din 30 decembrie 2010 (*actualizat*)

pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate pentru anii 2011 și 2012 (actualizat până la data de 5 mai 2011*)

HOTĂRÂRE nr. 882 din 18 august 2010

privind organizarea și funcționarea Autorității Naționale pentru Protecția Consumatorilor

HOTĂRÂRE nr. 769 din 28 iulie 2010

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii viei și vinului în sistemul organizării comune a pieței vitivinicole nr. 244/2002

DECIZIE nr. 417 din 15 aprilie 2010

referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 78 alin. (2) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 195/2002 privind circulația pe drumurile publice

ORDIN nr. 268 din 8 decembrie 2010

privind procedura de examinare pentru obținerea permisului de conducere

ORDIN nr. 420/C din 22 februarie 2011

privind condițiile în care persoanele condamnate pot presta muncă pe bază de voluntariat

DECIZIE nr. 74 din 27 ianuarie 2011

referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 15 și art. 21 alin. (1) din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor

ORDIN nr. 101 din 21 ianuarie 2008

privind aprobarea modelului și conținutului formularelor utilizate pentru declararea impozitelor, taxelor și contribuțiilor cu regim de stabilire prin autoimpunere sau reținere la sursă

ORDIN nr. 73 din 27 ianuarie 2011

pentru modificarea Ordinului președintelui Agenției Naționale de Administrare Fiscală nr. 101/2008 privind aprobarea modelului și conținutului formularelor utilizate pentru declararea impozitelor, taxelor și contribuțiilor cu regim de stabilire prin autoimpunere sau reținere la sursă

ORDIN nr. 62 din 21 martie 2011

pentru abrogarea Ordinului ministrului agriculturii, pădurilor și dezvoltării rurale nr. 192/2009 privind producerea băuturilor alcoolice fermentate nedistilate, altele decât berea și vinul, destinate consumului uman ca atare

HOTĂRÂRE nr. 49 din 19 ianuarie 2011

pentru aprobarea Metodologiei-cadru privind prevenirea și intervenția în echipă multidisciplinară și în rețea în situațiile de violență asupra copilului și de violență în familie și a Metodologiei de intervenție multidisciplinară și interinstituțională privind copiii exploatați și aflați în situații de risc de exploatare prin muncă, copiii victime ale traficului de persoane, precum și copiii români migranți victime ale altor forme de violență pe teritoriul altor state

ORDIN nr. 40 din 15 februarie 2011

pentru modificarea Ordinului ministrului agriculturii și dezvoltării rurale nr. 143/2010 privind componența și funcționarea Comitetului pentru Organizațiile Interprofesionale pentru Produsele Agroalimentare, precum și procedurile de recunoaștere, monitorizare și control, retragere a recunoașterii, extindere a acordurilor interprofesionale și delegare de atribuții pentru organizațiile interprofesionale pentru produsele agroalimentare

ORDIN nr. 29 din 4 februarie 2011

privind competențele de achiziție a produselor și serviciilor în Ministerul Administrației și Internelor

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 6 din 2 februarie 2011

pentru stimularea înființării și dezvoltării microîntreprinderilor de către întreprinzătorii tineri

ACT ADIȚIONAL nr. 2 din 14 martie 2011

la Contractul Colectiv de Muncă Unic la Nivelul Ramurii Construcții de Mașini pe anii 2008-2010, înregistrat la Ministerul Muncii, Familiei și Egalității de Șanse sub nr. 710/02/18.01.2008, înregistrat la M.M.F.P.S. - S.D.S. sub nr. 160 din data de 28.03.2011

ORDIN nr. 2.142 din 10 august 2010

pentru aprobarea procedurii privind marcarea băuturilor alcoolice și a produselor din tutun comercializate în regim duty-free

DECIZIE nr. 1.583 din 7 decembrie 2010

referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 87 alin. (5) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 195/2002 privind circulația pe drumurile publice

ORDIN nr. 1.468 din 12 februarie 2010 (*actualizat*)

pentru aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a Gărzii Financiare (actualizat până la data de 3 iunie 2010*)

HOTĂRÂRE nr. 1.369 din 23 decembrie 2010

privind aprobarea Planului de acțiune pentru implementarea Strategiei naționale antidrog în perioada 2010-2012

DECIZIE nr. 1.069 din 16 septembrie 2010

referitoare la excepția de neconstituționalitate a dispozițiilor art. 15-19 din Ordonanța Guvernului nr. 2/2001 privind regimul juridic al contravențiilor

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 195 din 12 decembrie 2002 (*republicată*)

privind circulația pe drumurile publice*)

HOTĂRÂRE nr. 769 din 28 iulie 2010

pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Legii viei și vinului în sistemul organizării comune a pieței vitivinicole nr. 244/2002

VI. Date privind politicile, strategiile, planurile de acțiune și programele existente la nivel european și național



Carta europeană privind alcoolul a Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), adoptată în 1995 de toate statele membre ale UE, afirmă principiul etic conform căruia toți copiii, adolescenții și tinerii au dreptul de a crește într-un mediu protejat față de consecințele negative ale consumului de alcool.

CARTA EUROPEANĂ OMS ÎN DOMENIUL ALCOOLULUI

În promovarea Planului European de Acțiune în domeniul Alcoolului, Conferința de la Paris a făcut apel la toate Statele Membre să redacteze politici de alcool cuprinzătoare și să implementeze programe care să dea naștere, după caz, în culturile lor diferite și în mediile social, juridic și economic, la următoarele principii etice și țeluri, cu mențiunea că acest document nu conferă drepturi legale:

1. Orice persoană are dreptul la o familie, comunitate și o viață profesională ferită de accidente, violență și alte consecințe negative ale consumului de alcool.
2. Orice persoană are dreptul la informare și educație validă imparțială, încă de la o vârstă timpurie, cu privire la consecințele consumului de alcool asupra sănătății, familiei și societății.
3. Toți copiii și adolescenții au dreptul de a crește într-un mediu ferit de consecințele negative ale consumului de alcool și, pe cât se poate, de promovarea băuturilor alcoolice.
4. Toate persoanele afectate de consumul de alcool riscant și dăunător și membrii familiilor lor au dreptul la tratament și îngrijire accesibilă.

5. Toate persoanele care nu doresc să consume alcool sau care nu pot consuma din motive de sănătate sau de altă natură au dreptul să fie ocrotiți de presiuni de a bea sau să fie sprijiniți în comportamentul lor de a nu bea.

Prin articolul 152 din *Tratat, Consiliul Uniunii Europene* prevede ca obiectiv prioritar asigurarea unui nivel ridicat de protecție a sănătății umane de către toate instituțiile comunitare prin definirea și punerea în aplicare a tuturor politicilor și activităților Comunității.

În același spirit, Curtea Europeană de Justiție a reamintit în repetate rânduri faptul că sănătatea publică se numără printre interesele protejate prin Articolele 30 din Tratat și că statelor membre le revine responsabilitatea, în limitele impuse, de a decide cu privire la nivelul de protecție a sănătății pe care urmăresc să îl asigure prin politicile și legislația națională.

Activitatea depusă sub auspiciile Rezoluției Adunării Mondiale a Sănătății a fost materializată prin proiectul de strategie globală privind reducerea consumului nociv de alcool, prezentat cu ocazia reuniunii Comitetului Executiv privind „**Strategiile de reducere a consumului nociv de alcool**”. Cu această ocazie, Consiliul UE reafirmă faptul că **statelor membre le revine responsabilitatea principală pentru politica națională în materie de alcool** și că, prin intermediul Strategiei UE privind alcoolul, Comisia poate continua să sprijine și să completeze politicile naționale în materie de sănătate publică. De asemenea, Consiliul UE invită statele membre și Comisia să continue activitatea de întocmire de rapoarte periodice privind progresele înregistrate atât la nivelul UE, cât și la nivel național, începând în anul 2008.

În formularea **politicilor de intervenție** în domeniul consumului de alcool, Consiliul UE consideră următoarele premise: (*Concluziile Consiliului din decembrie 2009 privind alcoolul și sănătatea, Jurnalul Oficial al Uniunii Europene, p. 16/302*)

- ❖ în Strategia UE, în materie de alcool se recunoaște existența unor obiceiuri culturale diferite legate de consumul de alcool în diferitele state membre și că, prin urmare, măsurile adoptate trebuie să țină seama de rezultatul analizelor naționale de impact;
- ❖ este necesar să se acorde consiliere și sprijin copiilor, adolescenților și tinerilor și/sau familiilor care resimt efectele nocive ale alcoolului;
- ❖ este necesar ca grupa de vârstă începând cu 60 de ani să fie inclusă în sistemele de informare actuale în statele membre ale UE și la nivelul UE;

- ❖ este necesar să se examineze caracteristicile comportamentale ale femeilor și bărbaților din grupe de vârstă diferite pentru o mai bună adaptare a măsurilor de prevenire a consumului de alcool, pentru a se aborda în mod corespunzător diferitele tipuri de riscuri;
- ❖ inegalitățile în materie de sănătate bazate pe factorii sociali sunt strâns legate de consumul de alcool, printre alți factori, atât în ceea ce privește cauzele, cât și consecințele. Consumul nociv de alcool reprezintă, în sine, un binecunoscut factor cauzal sau de risc pentru anumite boli transmisibile și netransmisibile și are impact asupra sănătății forței de muncă.

Directii europene privind limitarea consumului de alcool

Strategia EU de susținerea a statelor membre în vederea reducerii efectelor dăunătoare ale consumului de alcool (2006) este o strategie care nu își propune armonizarea legislației, ci definirea ariilor prioritare de intervenție relevante la nivelul statelor membre și pentru care pot fi realizate acțiuni comunitare convergente politicilor naționale: (*European Parliamentary Research Service*)

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

Politici UE în domeniul prevenirii efectelor dăunătoare ale consumului de alcool

- ❖ Recomandările Consiliului Europei (2001/458/EC of 5 June 2001) cu privire la consumul de alcool în rândul tinerilor, în particular al copiilor și adolescenților

- ❖ Concluziile Consiliului Europei din 5 iunie 2001 cu privire la Strategia Comunitară de reducere a efectelor dăunătoare ale consumului de alcool
- ❖ Concluziile Consiliului Europei din 2 iunie 2004 cu privire la alcool și populația tânără
- ❖ Strategia EU de susținere a statelor membre în vederea reducerii efectelor dăunătoare ale consumului de alcool/ European Commission, COM (2006)

Conform Strategiei OMS, opțiunile politice și de intervenții au fost grupate în următoarele arii:

- Leadership, conștientizare și implicare
- Reacție din partea serviciilor de sănătate
- Acțiune comunitară
- Politici și măsuri pentru combaterea conducerii de autovehicule sub influența alcoolului
- Reglementări privind disponibilitatea alcoolului
- Controlul pieții de desfacere a alcoolului
- Politica prețurilor
- Reducerea impactului asupra sănătății publice a produselor alcoolice ilicite și a intoxicației cu alcool
- Monitorizare și supraveghere

(The European Alcohol Action Plan 2012 – 2020; 8th Meeting of the Committee on National Alcohol Policy and Action Luxembourg 1-2 March 2011)

În anul 2006 a fost elaborat Sistemul Global de Informare pentru alcool și sănătate (GISAH), care servește ca bază de date pentru sistemele informaționale regionale. GISAH poate fi accesat consultând următorul link: www.who.int/globalatlas/alcohol.

La nivel național, Agenția Națională Antidrog a coordonat din anul 2003 politicile naționale antidrog (inclusiv alcoolul) și a asigurat, potrivit legislației, coordonarea în domeniu între instituțiile, organizațiile guvernamentale și neguvernamentale implicate în activitățile din Strategia Națională Antidrog.

În *Strategia Națională Antidrog 2005-2012*, Planul de Acțiune în vederea implementării SNA, având ca element cheie - menținerea consumului de droguri, inclusiv alcool și tutun, în România, la un nivel scăzut și eficientizarea măsurilor de combatere a criminalității. Obiectivul

general a fost: prevenirea consumului de alcool în rândul adolescenților din grupa de vârstă 15-17 ani, prin dezvoltarea atitudinilor personale și sociale. (*Strategia Națională Antidrog 2005-2012, emitent Guvernul, Monitorul Oficial nr. 112 din 3 februarie 2005, <http://www.ana.gov.ro/rom/strategia1.htm>*)

Din punct de vedere legislativ, direcțiile prevăzute de documentele Uniunii Europene sau ale OMS sunt în linii mari incluse în actele normative românești.

Astfel, există prevederi legislative care reglementează:

- ❖ controlul producției și al vânzării;
- ❖ accizele;
- ❖ vârsta minimă de vânzare / consum al băuturilor alcoolice (18 ani);
- ❖ restricții privind vânzarea băuturilor alcoolice după anumite ore, la evenimente publice sau către persoanele aflate în stare de ebrietate;
- ❖ concentrația de alcool în sânge în timpul conducerii unui vehicul (toleranță zero);
- ❖ publicitatea;
- ❖ tratamentul alcoolismului.

(“Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective”, Ministerul Sănătății. Direcția de Sănătate Publică și Control în Sănătatea Publică, Cabinet Ministru, 21 martie 2011)

Gradul de implementare / încălcare a legislației în aceste direcții nu este cunoscut (nu există rapoarte publice de monitorizare / evaluare). De asemenea, unele prevederi sunt ambigue sau ar trebui actualizate. De exemplu, în Legea nr. 61 din 1991 pentru sancționarea faptelor de încălcare a unor norme de conviețuire socială, a ordinii și liniștii publice cu modificările și completările ulterioare interzice servirea minorilor cu băuturi alcoolice în localurile publice și consumul acestor băuturi de către minori în anumite locuri publice, nu este interzisă explicit vânzarea băuturilor alcoolice către minori în toate tipurile de magazine.

(“Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective”, Ministerul Sănătății. Direcția de Sănătate Publică și Control în Sănătatea Publică, Cabinet Ministru, 21 martie 2011)

Ținând cont că problematica privind consumul de alcool este fără îndoială una intersectorială, iar Ministerul Sănătății trebuie să aibă un rol major, de coordonare a politicilor naționale privind controlul consumului și deoarece sistemul de sănătate suportă, probabil, cele

mai multe costuri tangibile induse de consumul de alcool, au fost propuse spre aprobare următoarele **activități pe anii 2014-2015**:

1. modificarea/actualizarea cadrului legislativ pentru definirea clară a responsabilităților instituționale.
2. elaborarea unei strategii naționale privind controlul consumului de alcool. Documentul strategic poate să includă alcoolul, alături de droguri și tutun (propunem ca acest aspect să se decidă într-o etapă ulterioară), dar esențial este ca obiectivele viitoarei strategii să fie realiste, fezabile, implementate și să contribuie vizibil la controlul consumului de alcool.
3. proiectarea și implementarea unui sistem informațional unitar și sustenabil, în acord cu indicatorii europeni care se construiesc și care să furnizeze dovezi pentru fundamentarea politicilor naționale în viitor.
4. campanii de informare, educare, comunicare pentru prevenirea consumului dăunător de alcool.

(“Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective”, Ministerul Sănătății. Direcția de Sănătate Publică și Control în Sănătatea Publică, Cabinet Ministru, 21 martie 2011)

VII. Analiza grupurilor populaționale pentru identificarea acelor grupuri care au nevoie de intervenții de sănătate specifice

Pentru identificarea grupurilor vulnerabile față de consumul nociv de alcool vor fi identificați indivizii/grupurile la care se manifestă factorii predispozanți ai consumului de alcool (factori de risc de ordin personal, familial, social):

- ❖ tentația specifică vârstei la adolescenți și tineri;
- ❖ istoric familial de consum și abuz de alcool;
- ❖ comportament rebel, în căutare de senzații tari, comportament rezistent la autoritatea parentală/socială sau sentimente de vinovăție sau eșec;
- ❖ afecțiuni psihice precum deficitul de atenție asociat cu hiperreactivitate, tulburările de comportament, depresia cronică, represiia (ascunderea anumitor sentimente), sindromul stresului posttraumatic sau tulburările anxios depresive;

- ❖ debutul timpuriu al consumului de alcool și/sau tutun la vârste fragede;
- ❖ viața familială dezorganizată (conflicte sau abuzuri fizice sau sexuale, stres psihic intens);
- ❖ implicare parentală inadecvată (libertatea educațională acordată de părinți în ceea ce privește experimentarea consumului de alcool sau pedepsele excesive);
- ❖ procurarea relativ ușoară a alcoolului;
- ❖ informațiile eronate din media;
- ❖ anturajul nepotrivit;
- ❖ femei gravide.

