



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

DIRECȚIA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A JUDEȚULUI ARAD

310036-Arad, str. Andrei Șaguna, nr. 1-3

Tel. 0257. 254. 438 ; Fax: 0257. 230. 010

web: www.dsparad.ro, e-mail: dspj.ar@rdslink.ro

Operator date cu caracter personal nr.34651

Nr. înreg. 6.116 /19.06.2020

Către

Toate cabinetele de medicină de familie Toate centrele rezidențiale Toți asistenții medicali comunitari și mediatorii sanitari

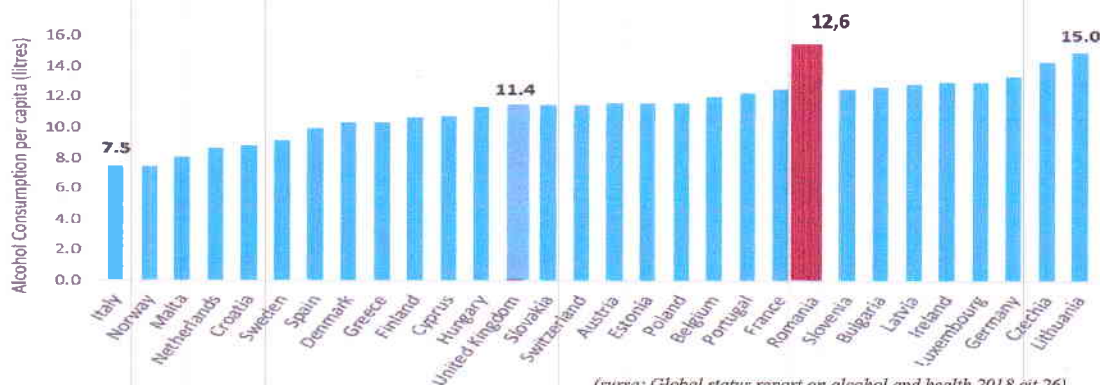
În luna iunie, Ministerul Sănătății prin Programul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății finanțează și organizează campania „Luna națională a informării despre efectele consumului de alcool”, campanie care aduce în atenția publică problematica consumului de alcool pentru populația generală (inclusiv copiii/ tineri cu vârsta sub 18 ani, gravide și femei care planifică o sarcină).

I. DATE STATISTICE INDICATORI RELEVANȚI LA NIVEL EUROPEAN, NAȚIONAL ȘI JUDEȚEAN PRIVIND NIVELUL ȘI DINAMICA FENOMENULUI

Date statistice la nivel european privind consumul de alcool

La nivel european, aproximativ 58 milioane de indivizi sunt mari băutori, iar 23 milioane sunt dependenți de alcool (5,4% din bărbații de 18-64 ani și 1,5% din femei).^[Anderson et al, 2006 cit. 24] Nouă din 10 persoane dependente nu primesc tratament.^[Rehm et al, cit. 24] Ultimele două decenii au adus schimbări semnificative în comportamentul europenilor față de alcool, având un impact decisiv asupra morbidității și mortalității datorate alcoolului. În Europa, tendința descrescătoare a consumului a început din anul 1990, nivelul înregistrând o reducere cu mai mult de o treime în țările mediteraneene și cu un sfert în țările central și vest-europene. În estul și sud-estul Europei, consumul s-a menținut la un nivel constant.^[25] Frecvența episoadelor de consum excesiv de alcool a scăzut cu aproximativ 10 procente (de la 52,8% în anul 2000 la 42,6% în 2016). Importante reduceri ale consumului s-au înregistrat, în ultimul deceniu, în Federația Rusă (de la 18,7 litri în 2005 la 11,7 litri în 2016), Republica Moldova (de la 21,6 litri în 2005 la 15,1 litri în 2016) și Belarus (de la 15,3 litri în 2005 la 11,2 litri în 2016).^[6]

Figura nr. 5. Consumul de alcool în Uniunea Europeană, Elveția și Norvegia, 2016

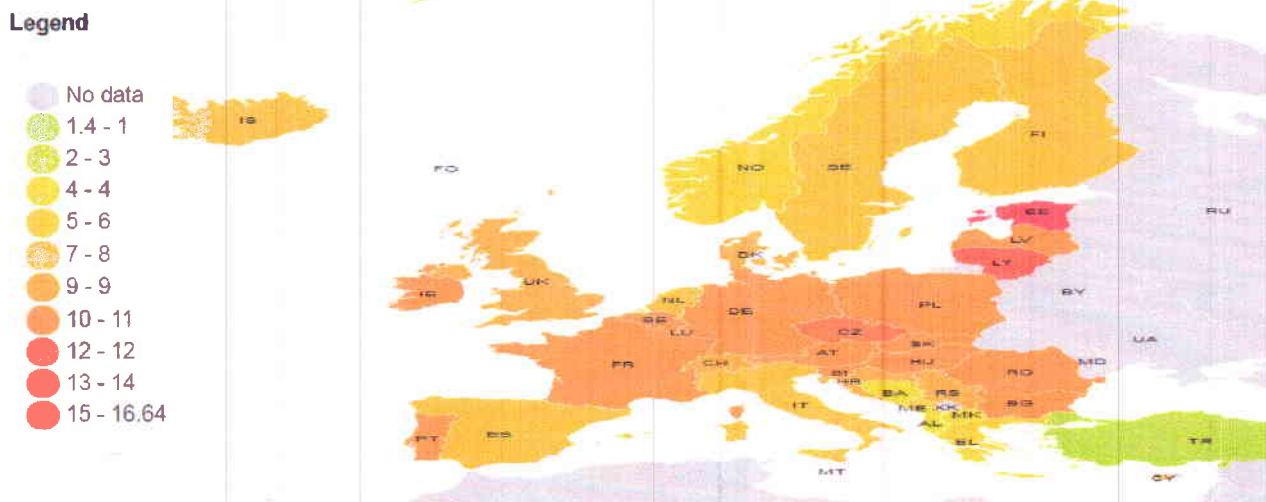


(sursa: Global status report on alcohol and health 2018 cit.26)

În țările central-estice și est-europene, nivelul de consum este superior mediei Uniunii Europene (UE) și sunt preferate băuturile spirtoase. În țările din sudul Europei, modelul de consum este de tip mediteranean (consum zilnic sau aproape zilnic de alcool, în cantități reduse sau moderate), episoadele de ebrietate (abuz de alcool) sunt rare, iar toleranța socială pentru starea de ebrietate este redusă.

Prin excepție de la acest model, Cipru și Malta au un nivel redus de consum de alcool. În țările central-vestice și vest-europene există un model de consum de tip mediteraneean, iar băutura cel mai frecvent consumată este berea (cu excepția Franței). Marea Britanie și Irlanda au un model de consum asemănător țărilor scandinave. În țările nordice și nord-est europene, nivelul de alcool consumat este inferior mediei UE, există o toleranță socială crescută pentru stările de ebrietate, iar modelul de consum este de tip episodic excesiv (cu perioade mai lungi de o zi în care sunt consumate cantități mari de alcool, alternând cu perioade de abținere sau consum redus până la moderat).^[27]

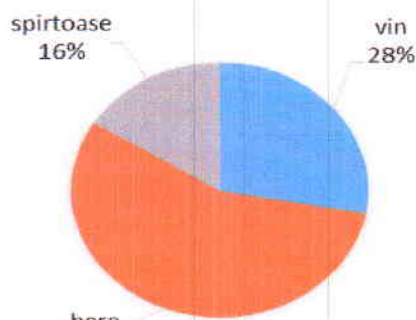
Figura nr. 6. Consumul de alcool (litri/capita) înregistrat în Europa în anul 2015



Sursa: European Core Health Indicators (ECHI)

Date statistice la nivel național privind consumul de alcool

Figura nr. 7. Consumul de alcool pe tipuri de băuturi alcoolice, la populația 15 ani+, 2016



(sursa: după Global status report)

Conform ultimului Raport al OMS (2018), în România, consumul de alcool raportat la efectivul populației în vârstă de 15 ani și peste (consumatoare și neconsumatoare de alcool) a fost de 12,6 litri/capita (în anul 2016). Consumul de alcool raportat *exclusiv la populația băutoare* a fost de 26,6 litri la bărbați și 9 litri la femei. Aproape 70% din populația în vârstă de 15 ani și peste a consumat alcool în ultimele 12 luni (80% din bărbați și 54,5% din femei). Doar 6,5% din bărbați și 19% din femei nu au fost abștinenți pe toată durata vieții. Mai puțin de unul din 10 foști băutori renunță la alcool. Deși nivelul consumului de alcool a scăzut progresiv (de la 15 litri în anul 2010 la 12,6 litri în 2016), România depășește cu peste 3 procente mediile europene ale consumului pentru toți anii de studiu. În ultimul deceniu, consumul de alcool neînregistrat a scăzut de la 7 litri în 2010 la 2.2 litri în 2016.^[6]

Conform datelor OMS pentru anul 2016, 1,3% din populația României în vârstă de 15 ani și peste este dependentă de alcool (2% din bărbați și 0,6% din femei).^[22] Mai mult de jumătate (56%) din români preferă berea, 28% vinul și 16% băuturile spitoase.^[6] Jumătate din consumatorii de alcool din România au un consum de risc, prevalența episoadelor de consum excesiv fiind una dintre cele mai înalte din Europa (67,2% în rândul bărbaților și de 31,2% în rândul femeilor).^[6]

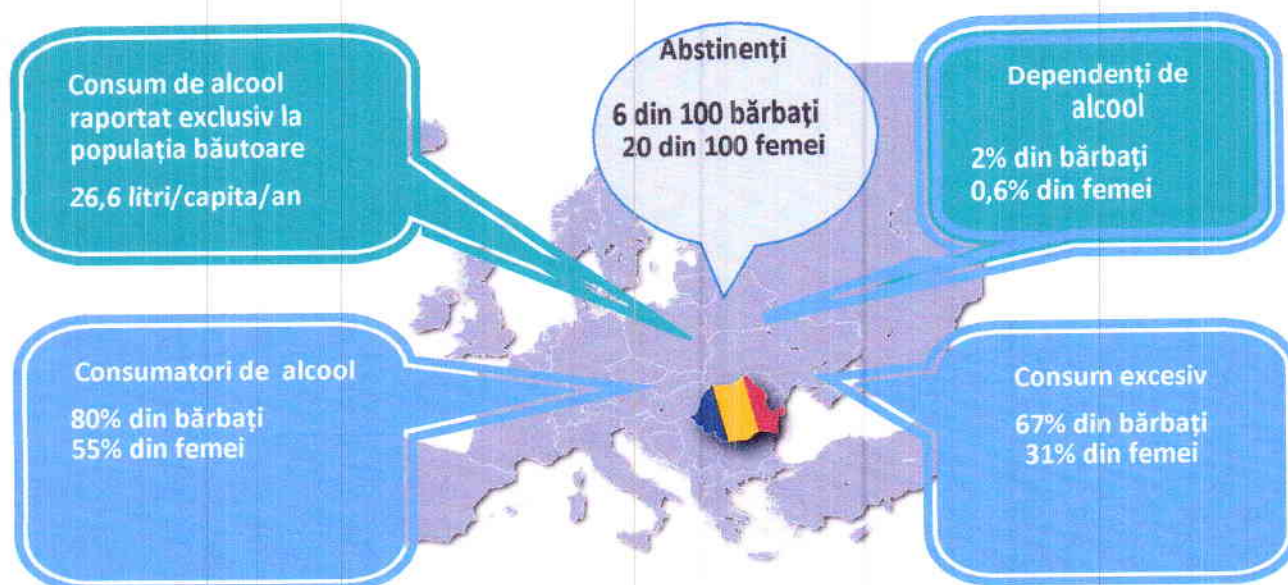
⁶WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018:XIII-XV,47; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> [accesat 24 apr 2019].

²²Gritner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. (2013) Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels — results from an international study; *Eur J Public Health* 30(13):2332–39. Abstract; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22562712> [accesat 24 apr 2019]

²³Institute of Alcohol Studies (2017) Gritner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. (2013) Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels — results from an intSocioeconomic groups' relationship with alcohol; <http://www.ias.org.uk/Alcohol-knowledge-centre/Socioeconomic-groups/Factsheets/Socioeconomic-hip-with-alcohol.aspx#sendnote4syn> [accesat 24 apr 2019]

²⁴Furtunescu F, Galan A, Mihăescu-Pinția C. (2013) ARPS. Studiu privind impactul economic al consumului dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România. Ce știm și ce nu știm despre consumul dăunător de alcool în România? (Ea.)(EL); <http://www.arps.ro/sites/default/files/Fact-sheet-rezultate-studiu.pdf> [accesat 26 apr 2019]

²⁵Shield K.D, Rylett M, Rehm J. (2016) Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014. Copenhagen, Denmark:Regional Office for Europe.IX; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/319122/Public-health-successes-and-missed-opportunities-1990-19902014.pdf?ua=1 [accesat 22 apr 2019].



Tabelul nr. Consumul de alcool (litri/capita) înregistrat în România în perioada 2011-2015

2011	2012	2013	2014	2015
10.40	10.55	10.59	10.46	10.40

Sursa: European Core Health Indicators (ECHI)

Indicatori relevanți la nivel european, național și județean privind nivelul și dinamica fenomenului consumului de alcool

Povara bolii este un indicator sintetic al impactului asupra sănătății a unei boli sau unui factori de risc. Povara bolii exprimă numărul anilor de viață sănătoși pierduți ca urmare a morții premature datorită unei anumite boli sau a anilor de viață trăiți cu incapacitate datorită bolii (Disability-adjusted life years, *DALY*). Datele naționale cu privire la povara bolii datorată alcoolului sunt inconsecvente și adesea contradictorii, atât datorită lipsei unor studii sistematice și a diferenței între metodologiile de cercetare ale instituțiilor europene și a celor de la nivel național, cât și ca efect al subdiagnosticării și/sau a subraportării.^[24]

Mortalitatea

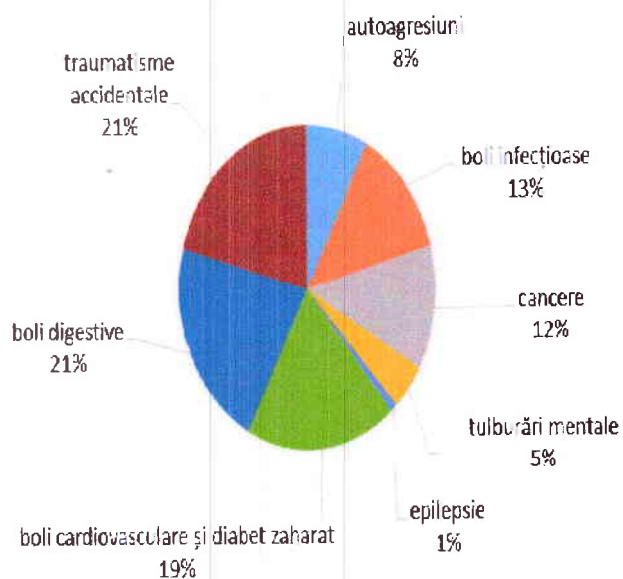
În fiecare an, mai mult de 3 milioane de decese (5,8% din decesele de toate cauzele) sunt asociate alcoolului. În anul 2016, aproximativ 2,3 milioane de bărbați și 0,7 milioane de femei și-au pierdut viața datorită unor cauze legate de consumul de alcool. În rândul bărbaților, principalele cauze de deces și incapacitate datorate alcoolului (în ordinea frecvenței) sunt traumatismele, bolile digestive și tulburările neuropsihice, în timp ce la populația feminină bolile cardiovasculare, bolile digestive și traumatismele ocupă primele ranguri în ierarhia mortalității atribuibile alcoolului.^[6]

⁶WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018:284. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> [accesat 25 feb 2020]

²²WHO (2019) Global Health Observatory. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). <https://www.who.int/gho/alcohol/en/> [accesat 25 feb 2020]

²⁷WHO (2014) Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. Copenhagen:WHO Regional Office for Europe, 2014. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_data/asset/a=1influence [accesat 22 apr 2019].

Figura nr. 7. Ponderea (%) pe cauze a deceselor datorate alcoolului, 2016



(sursa: după *Global status report on alcohol and health 2018*^[6])

Deși, în ultimii 25 de ani, consumul de alcool a înscris o curbă descendentă în regiunea europeană, ponderea deceselor datorate alcoolului a crescut cu 4 procente față de anul 1990, pe seama creșterii mortalității în țările est și sud-est europene, unde mai mult de jumătate din toate decesele sunt legate de consumul de alcool.^[ibidem]

Morbiditatea

Conform ultimul Raport asupra sănătății al OMS, în întreaga lume, 132,6 milioane DALY au fost atribuiți alcoolului (5,1 % din totalul DALY). Din aceștia, 107,7 milioane s-au datorat morților premature și 24,9 milioane bolilor și traumatismelor asociate consumului de alcool.^[ibidem]

Cele mai înalte nivele ale bolilor datorate alcoolului se întâlnesc la populația africană. În regiunea europeană, 10,8% din totalul DALY sunt atribuiți alcoolului, cele mai scăzute valori fiind în regiunea Mediteranei de Est (0,7% din totalul DALY sau 322 DALY la 100.000 de locuitori).^[ibidem]

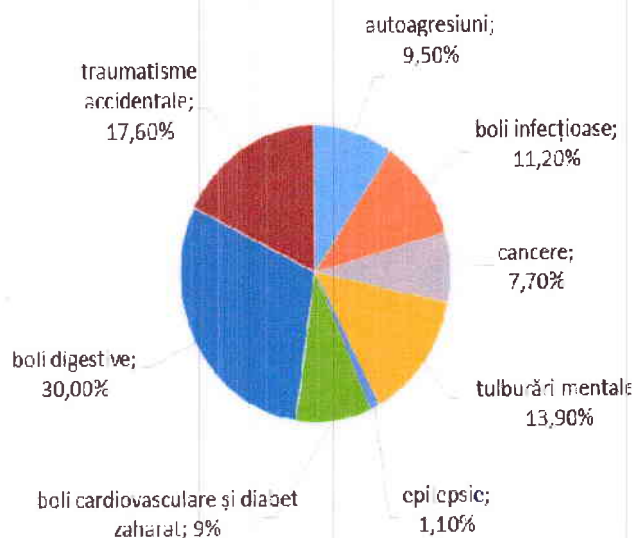
Regiuni OMS	Prevalența dependenței de alcool (%)	Prevalența tulburărilor mentale induse de alcool (%)
Africa	1,3	3,7
America de Nord și de Sud	4,1	8,2
Asia de Sud-Est	2,9	3,9
Europa	3,7	8,8
Regiunea Mediteranei de Est	0,4	0,8
Regiunea Pacificului de Vest	0,3	4,7
Global	2,6	5,1

(sursa: după WHO. GISAH, 2019^[21])

Conform datelor OMS, anual, consumul abuziv de alcool cauzează 1,2 milioane de decese prin boli digestive și cardiovasculare, și 0,4 milioane de decese prin cancer.^[ibidem] Aproximativ 0,9 milioane de decese s-au datorat traumatismelor asociate consumului de alcool, incluzând: 370.000 de morți în accidente rutiere, 150.000 de morți prin autoagresiune și aproximativ 90.000 de decese ca urmare a violenței fizice. Cu toate că cel mai înalt nivel al consumului de alcool se înregistrează în regiunea europeană, mortalitatea datorată alcoolului are cele mai înalte rate în rândul populațiilor africane sărace (70,6 decese la 100.000 de locuitori). Locuitorii regiunii Mediteranei de Est înregistrează cele mai puține morți datorate alcoolului (7 decese la 100.000 de locuitori). În ansamblu, alcoolul a fost răspunzător de 8,1% din decesele premature (*evitabile*) ale populației de 60-69 de ani și de 13,2% din decesele adulților tineri de 20-39 ani.^[ibidem]

Figura nr. 8. Povara bolii pe cauze de boală, % din povara

⁶WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018:XV-XVI; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> [accesat 25 feb 2020]
²⁴Furtunescu F, Galan A, Mihăescu-Pinția C. (2013) ARPS. Studiu privind impactul economic al consumului dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România. Ce știm și ce nu știm despre consumul dăunător de alcool în România? (f.e.)(f.1); <http://www.arps.ro/sites/default/files/Fact-sheet-rezultate-studiu.pdf> [accesat 25 feb 2020]



(sursa: după *Global status report on alcohol and health 2018*^[6])

europene (mai puțin cu 22% față de 1990), în timp ce, în estul și sud-estul Europei reducerile au fost neesențiale.^[25] Deși bărbații consumă alcool mai frecvent și în cantități mai mari, efectul alcoolului asupra sănătății (în termeni de morbiditate și mortalitate) este mai înalt în rândul populației feminine.^[ibidem] Comisia Europeană estimează că reducerea cu un litru a consumului de alcool determină o scădere cu un procent a mortalității la bărbații din țările central și sud-europene și cu 3 procente în țările nordice.^[28]

Povara bolii datorată alcoolului în România

În România, în anul 2017, nivelul mortalității datorate alcoolului a fost de 44,33 decese la 100.000 de locuitori în rândul populației de 15-49 ani, de 308 decese la 100.000 locuitori la grupa de vârstă 50-59 ani și de 793 decese la 100.000 la populația de peste 70 ani. Decesele atribuite alcoolului au reprezentat 0,24% din decesele de toate cauzele (cumulate pentru toate grupele de vârstă), reprezentând 0,37% din mortalitatea la toate vârstele în rândul bărbaților și 0,1% la femei.^[29]

În spațiul european, cele mai scăzute valori ale mortalității sunt înregistrate în țările mediteraneene. Populația în vârstă de 15-49 ani deține vârful de mortalitate atribuibilă alcoolului (1,54% din totalul deceselor la bărbați și 0,88% din decesele la femei), ratele mortalității fiind de 2 până la 3 ori mai mici în intervalul de vârstă 50-69 ani. ^[idem]

Tulburările induse de alcool au produs 55.328,9 DALY (0,73% din DALY de toate cauzele, respectiv 0,99% din totalul DALY la bărbați și 0,49% din DALY la femei). Intervalul de vârstă cel mai afectat de consecințele alcoolului a fost 15-49 ani, care a cumulat aproximativ jumătate din totalul DALY atribuit alcoolului. Prevalența tulburărilor induse de alcool a fost de 1,85% (pentru toate vârstele), în rândul bărbaților ratele morbidității fiind duble față de femei.^[idem] Prevalența tulburărilor mentale datorate alcoolului a fost de 2,8% în rândul ambelor sexe (4,5% la bărbați și 1,4% din femei).^[21] Aproximativ jumătate din cirozele hepatice la bărbați și un sfert din cirozele hepatice la femei, care au condus la deces, s-au datorat alcoolului (6.366 de cazuri). Cancerelor datorate alcoolului au provocat 4.676 de decese, prevalența deceselor prin cancer atribuibile alcoolului fiind de 11,8 cazuri la 100.000 de locuitori în rândul bărbaților și 4,8 cazuri la 100.000 de locuitori la femei.^[6] În anul 2012, aproape 70.000 de pacienți au fost spitalizați datorită unor tulburări asociate consumului de alcool, totalizând 572.549 de zile de spitalizare și un cost al serviciilor medicale echivalent cu aproximativ 25 milioane de euro. Peste 70% din cazuri au fost boli ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului și aproape un sfert tulburări mentale induse de consumul de alcool. Aproape jumătate (46,3%) dintre cazurile spitalizate au prezentat complicații.^[24]

⁶WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018:XIII-XV; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> [accesat 25 feb 2020]

²³WHO (2019) Global Health Observatory. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). <https://www.who.int/gho/alcohol/en/> [accesat 25 feb 2020]

²⁴Furtunescu F, Galan A, Mihăescu-Pinția C. (2013) ARPS. Studiu privind impactul economic al consumului dăunător de alcool asupra sistemului de sănătate din România. Ce știm și ce nu știm despre consumul dăunător de alcool în România? (f.e.)(f.1); <http://www.arps.ro/sites/default/files/Fact-sheet-rezultate-studiu.pdf> [accesat 25 feb 2020]

²⁵Shield K.D, Rylett M, Rehm J. (2016)ix. [accesat 24 apr 2019]

²⁶European Commission (2006) Alcohol in Europe A public health perspective. A report for the European Commission. The use of alcohol in Europe. Aut: Anderson P, Baumberg B; https://ec.europa.eu/health/archives/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf [accesat 22 apr 2019]

²⁷Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). GBD Compare Data Visualization 2017; <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> [accesat 22 apr 2019]

II. REZULTATE RELEVANTE ALE STUDIILOR INTERNAȚIONALE, EVIDENȚE UTILE PENTRU INTERVENȚILE ÎN DOMENIUL SĂNĂȚĂII PUBLICE

a) ALCOOL

Bolile cardiovasculare

Bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de mortalitate la nivel global. Rolul alcoolului ca factor de risc versus factor protectiv față de boala cardiovasculară, precum și mecanismele sale de acțiune la nivelul sistemului cardiovascular au făcut obiectul a numeroase studii, în ultimele trei decenii.

În ceea ce privește boala coronariană, mai multe studii prospective extensive desfășurate în Marea Britanie,^[Doll et al, 1994 cit.30] Japonia,^[Kitamura et al, 1998 cit.30] Germania^[Keil et al, 1997 cit.30] și SUA^[Fuchs et al, 1994 cit.30] au identificat o asociere între reducerea riscului de deces prin boală coronariană și consumul redus până la moderat de alcool. Generalizarea rezultatelor este însă grevată de definiția variată a noțiunii de „consum moderat” de alcool. De exemplu, în ultimul studiu citat, un consum „ușor până la moderat” a fost echivalent atât consumului de una până la trei doze de băutură pe săptămână, cât și consumului de una până la două doze de băutură pe zi. Dacă studiul influenței tipului de băutură alcoolică (vin/berce/spirtoase) a condus la rezultate divergente, modelul de consum excesiv a fost cert asociat cu riscul de boală cronoariană.^[Doll, 1997; Rimm et al, 1996 cit.30]

În ciuda evidențelor, rezultatele ar putea să nu fie aplicabile consumatorilor de alcool cu vârste mai tinere deoarece studiile au fost efectuate asupra unor subiecți de vârstă adultă mijlocie sau înaintată, aflați în condiții socio-economice stabile.^[ibidem]

Riscul accidentului vascular cerebral este influențat în mod diferit de alcool: reducerea capacității de coagulare a sângelui (prin scăderea trombocitelor) ar putea avea un efect protectiv față de accidentul vascular ischemic, dar ar putea crește riscul accidentului vascular hemoragic.^[Hillbom et Juvela, 1996 cit.30]

Aceste asocieri au fost cert confirmate doar pentru sexul feminin^[You et al, 1997 cit.30] și pentru populația în vârstă de 16-40 de ani (de ambele sexe). În rândul acestor populații, consumul unor cantități crescute de alcool (în mod particular starea de ebrietate) a fost corelat cu riscul de accident vascular cerebral într-un interval scurt de timp de la consum.^[Hillbom, 1995 cit.30] Un alt studiu comunică o frecvență crescută a accidentelor vasculare cerebrale pe perioada week-end-ului, în rândul consumatorilor tineri, posibil ca urmare a episoadelor de consum excesiv de alcool.^[Haapaniemi et al, 1996 cit.30]

Bolile ficatului

Rolul alcoolului în patogeneza bolilor hepatice (hepatita alcoolică și ciroza) a fost confirmată de numeroase studii, riscul afectării hepatice fiind proporțional cu cantitatea de alcool consumată.^[Edwards et al, 1994; Thun et al, 1997; Fuchs et al, 1995; Parrish et al, 1993 cit.30] Mai multe studii au identificat un gradient de gen, sexul feminin având o susceptibilitate mai mare față de efectele hepatice ale alcoolului.^[Naveau et al, 1997; NIAA, 1997 cit.30]

Cancerale

O monografie a Agenției internaționale de cercetare a cancerului, bazată pe analiza sistematică a 154 de studii efectuate începând din anii 1930 până în prezent, confirmă asocierea certă dintre alcool și anumite tipuri de cancer, incluzând cancerul localizat la nivelul capului și gâtului (gură, faringe, laringe), tract digestiv (esofag, stomac, colon, rect) și sân.^[10] Certe asocieri au fost demonstrate între cancerul de gură, faringe și laringe și consumul de lungă durată a unor cantități mari de băuturi spirtoase.^[Doll et al, 1993 cit.30] Unele studii sugerează că asocierea fumatului aduce un risc suplimentar^[Hashibe et al, 2007 cit.10] sau constituie însăși factorul declanșator al cancerului laringian, de colon și rect.^[Yamada et al, 1997 cit.29] Câteva studii sugerează o relație lineară între riscul de apariție al cancerului de sân și cantitatea de alcool consumată (începând de la 10 grame de alcool/zi)^[Allen et al, 2009; cit.30] sau terapia hormonală substituivă în postmenopauză.^[Zumoff, 1997 cit.30]

Aportul unor doze mari de etanol este în mod cert legată, prin mecanisme variate, de scăderea rezistenței organismului față de infecțiile microbiene și virale, determinând un risc crescut pentru bolile de natură inflamatorie. Relația dintre consumul cronic de alcool și infecțiile pulmonare sau hepatita alcoolică (prin mecanism inflamator) au fost îndelung studiate.^[8]

¹⁰IARC (2010). Consumption of alcoholic beverages. Upload 2018; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304390/> [accesat 25 apr 2019]

⁸National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000) 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health: Highlights from Current Research" (PDF). June 2000. *Economie teoretică și aplicată*. XVII.4(545):4-17. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/10thspecialreport.pdf> [accesat 25 apr 2019]

Infecțiile

Tulburările neuropsihice

Consumul de alcool în context social sau în scop recreațional este în mare măsură influențat de tradițiile culturale, contextul consumului și așteptările subiective ale individului față de efectele alcoolului. Cel mai adesea, beneficiile de natură psihosocială ale alcoolului raportate de subiecți au fost: reducerea stresului psihic, bună dispoziția, creșterea sociabilității și starea de relaxare fizică și psihică.^[Leigh & Stacy, 1991 cit.30] Cu toate că reducerea stresului este un factor protector cunoscut pentru bolile cardiovasculare, eficacitatea alcoolului în reducerea frecvenței bolilor datorate stresului nu a fost investigată. Numeroase studii au demonstrat însă că persoanele care utilizează alcoolul pentru a-și diminua starea de stress au un risc mai înalt de consum abuziv și de dependență alcoolică.^[Castaneda & Cushman, 1989; Kessler et al, 1996 cit.30] La indivizii care suferă de tulburări de dispoziție (depresie, manie) sau anxietate, chiar și cantitățile moderate de alcool pot avea un nociv, putând produce accentuarea simptomelor și posibile reacții adverse datorită interacțiunii cu medicația psihotropă.^[Castaneda et al, 1996 cit.30] Cantitatea de alcool consumată nu este un factor cert pentru predicția riscului de dependență alcoolică deoarece susceptibilitatea față de alcoolism variază semnificativ de la un individ la altul, fiind în parte condiționată genetic. Este dovedit însă că dependența de alcool este un factor de risc pentru toate tipurile de tulburări de dispoziție și anxietate.^[Kessler et al, 1996 cit.30]

Traumatismele

Riscul rănilor voluntare și accidentale prin agresiuni fizice, căderi, accidente rutiere sau incendii este proporțional cu doza de alcool consumată, începând de la doze relativ reduse.^[Cherptel, 1992; Freedland et al, 1993; Hingson et Howland, 1993; Hurst et al, 1994 cit.30] Cantitatea de alcool consumată cu aproximativ 6 ore înaintea incidentului și modul de consum (abuziv) au fost identificați ca factori de risc pentru comportamentul violent.^[Vinson et al, 1995 cit.32] De asemenea, este dovedit faptul că alcoolul amplifică manifestarea unor trăsături de personalitate de tip impulsiv sau antisocial asociate comportamentului agresiv.^[Martin & Bachman, 1997; Zhang, 1997 cit.30]

Morbiditatea și dizabilitatea

Cuantificarea nivelelor morbidității și incapacității datorate alcoolului este dificilă, în primul rând datorită deficitului indicatorilor de măsurare a acestor fenomene și a lipsei unei specificități reale a acestora. În țările dezvoltate, cel mai fidel indicator de morbiditate este rata spitalizărilor.

Rezultatele studiilor cu privire la autopercepția stării de sănătate a demonstrat că atât persoanele abstinente, cât și consumatorii excesivi de alcool își evaluează mai frecvent starea de sănătate ca fiind nesatisfăcătoare spre deosebire de persoanele care consumă alcool în cantități reduse sau moderate.^[Fillmore et al, 1998; Lipton, 1994; Neff & Husaini, 1982; Poikolainen et al, 1996; Murray & Lopez, 1996 cit.30] Impactul alcoolului asupra calității vieții este cu mult mai mare decât impactul său asupra mortalității, cu variații considerabile la grupuri populaționale diferite. Astfel, alcoolul este răspunzător pentru 3,5 procente din povara datorată tuturor cauzelor de boală, 1,5 procente din mortalitatea de toate cauzele, 2,1 procente din totalul anilor de viață pierduți prin decese premature și 6 procente din totalul anilor trăiți cu dizabilitate.^[Murray & Lopez, 1996 cit.30]

Mortalitatea

O meta-analiză a 16 studii asupra mortalității de toate cauzele a descoperit o relație nonliniară (sub forma unei curbe asemănătoare literei „J”) între cantitatea de alcool consumată și nivelul mortalității la ambele sexe. Cel mai redus risc de mortalitate a fost asociat unui consum mediu de 10 grame (mai puțin de o doză) de alcool pe zi pentru bărbați și chiar mai puțin în cazul femeilor. În rândul bărbaților, riscul de deces în cazul unui consum de aproximativ 30 grame (două doze) de alcool pe zi nu diferă față de cel al abștinenților, în timp ce aportul a peste 40 grame de alcool pe zi se asociază cu un risc semnificativ mai înalt.

La femei, aportul a aproximativ 20 grame (între una și două doze) de alcool pe zi a condus la o amplificare a riscului de deces comparativ cu femeile abștinate, curba riscului crescând progresiv cu creșterea dozei zilnice de alcool. La un consum mediu de 40 grame (între trei și patru doze) de alcool pe zi, riscul de deces este cu 50% mai înalt comparativ cu persoanele abștinate.^[30] Analiza a 25 de cauze de mortalitate în cadrul unui studiu desfășurat în perioada 1982–1990 a descoperit că modificarea (creșterea sau scăderea) consumului cu 1 litru de alcool pur /capita determină o modificare (creștere sau scădere) cu 1 procent a mortalității generale.^[Her & Rehm, 1998 cit.30]

⁸Visnevschi A. (2009) Alcoolul, metabolismul și imunitatea. *Arta Medica* 2009; 4(37):43-47. <http://www.artamedica.md/articles/37/visnevschi.pdf> [accesat 25 feb 2020]

¹⁰IARC (2010). Consumption of alcoholic beverages. Upload 2018; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304390/> [accesat 26 apr 2019]

³⁰National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000) 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health: Highlights from Current Research" (PDF). June 2000. *Economie teoretică și aplicată* XVII.4(545):4-17. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/10thspecialreport.pdf> [accesat 25 apr 2019]

III. ANALIZA GRUPURILOR POPULAȚIONALE LA RISC

a). EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL

1. *Copii și tineri cu vârsta sub 18 ani*
2. *Gravide și femei care planifică o sarcină*

1. *Copii și tineri cu vârsta sub 18 ani*

Protejarea tinerilor, a copiilor și copiilor nenăscuți este prima dintre cele cinci arii prioritare de intervenție ale *Strategiei globale privind combaterea efectelor consumului dăunător de alcool*^[31] la nivelul statelor membre și unul dintre obiectivele *Strategiei de Dezvoltare Durabilă 2030*.^[6]

În toate regiunile globului, mai mult de un sfert (26,5% sau 155 milioane) din adolescenții cu vârste între 15 și 19 ani, consumă alcool. Consum episodic excesiv de alcool este mai redus în rândul adolescenților decât la populația generală, pentru ca la vârsta de 20-24 ani să înregistreze o creștere alarmantă, în special la sexul masculin.^[6] Consumul de alcool la petreceri este adesea însoțit de utilizarea de droguri recreaționale, sporind riscurile consecințelor negative.^[32]

Tinerii și adulții tineri sunt în mod special expuși efectelor pe termen scurt ale consumului excesiv de alcool, unul din zece decese la femeile de 15-29 ani și unul din patru decese în rândul bărbaților de aceeași vârstă se datorează alcoolului.^[30] Aproximativ 80% din tinerii europeni de 15-16 ani (cu excepția Islandei) au consumat alcool cel puțin o dată în viață, cu variații între 35 și 96%, cele mai înalte rate de consum fiind în Republica Cehă, Albania și Ungaria, iar cele mai mici în Islanda, Macedonia și Norvegia.^[33]

În rândul adolescenților europeni se înregistrează cele mai înalte nivele ale consumului regulat de alcool (43,8%), urmați de omologii lor de pe continentul american (38,2%) și de cei din regiunea Pacificului de Vest (37,9%).^[6] Până la 66% din adolescenții din Austria, Cipru, Danemarca sau Grecia consumă alcool zilnic sau aproape zilnic, cel mai redus nivel al consumului regulat fiind înregistrat în Islanda (9%).^[Donaldson, 2009 cit. 33] Aproximativ 13% din adolescenți afirmă că au experimentat un episod de ebrietate în ultimele 30 de zile. Băieții sunt mai frecvent consumatori de alcool față de fete, ponderi înalte ale consumului în rândul fetelor fiind raportate în Flandra (77%), comparativ cu Albania sau Macedonia (51%). Consumul episodic excesiv (mai mult de 5 porții de alcool la băieți și 4 porții la fete) este mai frecvent în rândul tinerilor din țările nordice (39%).^[33] În general, băieții consumă bere și, în mai mică măsură vin, în timp ce fetele preferă spirtoasele.^[34] Pentru 64% din adolescenți și tineri, alcoolul este un mijloc de distracție, în timp ce 48% beau ca să uite de probleme.

Aproximativ 60% din adolescenți afirmă că au gustat prima băutură înaintea vârstei de 13 ani, iar 12% au experimentat primul episod de ebrietate la această vârstă.^[Donaldson, 2009 cit. 31] Cu cât vârsta de debut a consumului de alcool este mai timpurie, cu atât mai puternică este relația sa cu alcoolismul cronic, cu consumul de lungă durată, cu abținerea de scurtă durată și recăderile multiple după o perioadă de abținere, precum și cu prezența unor consecințe de ordin medical.

Cea mai înaltă vulnerabilitate față de efectele alcoolului și față de dependența de alcool este asociată cu consumul de alcool înaintea vârstei de 15 ani, ipoteză puternic susținută de numeroase studii efectuate în ultimul deceniu. Prevalența dependenței de alcool este de peste 40% din persoanele care au început să bea înaintea vârstei de 15 ani, 39% din cele au băut de la vârsta de 15 ani și de 31% din cele care au început să bea după vârsta de 16 ani sunt dependente de alcool. Pe perioada copilăriei și adolescenței, fiecare an de vârstă fără alcool scade riscul de dependență cu 8 până la 14 procente.^[31] Conform unui studiu din 2006, tinerii care au consumat alcool înaintea vârstei de 13 ani au un risc de șapte ori mai mare de a abuza de alcool la vârsta adultă comparativ cu cei încep să bea după vârsta de 17 ani. Pe de altă parte, în rândul adolescenților care consumă alcool înaintea vârstei de 14 ani, s-a observat că creșterea nivelului de stres este mai mare este asociată cu creșterea proporțională a aportului de alcool.^[Hignson, 2006 cit. 31] Alte studii sugerează că vârsta la care un individ experimentează primul episod de beție este mai relevantă pentru predicția tulburărilor ulterioare legate alcool decât vârsta de debut a consumului.^[Agrawal (f.a) cit. 31]

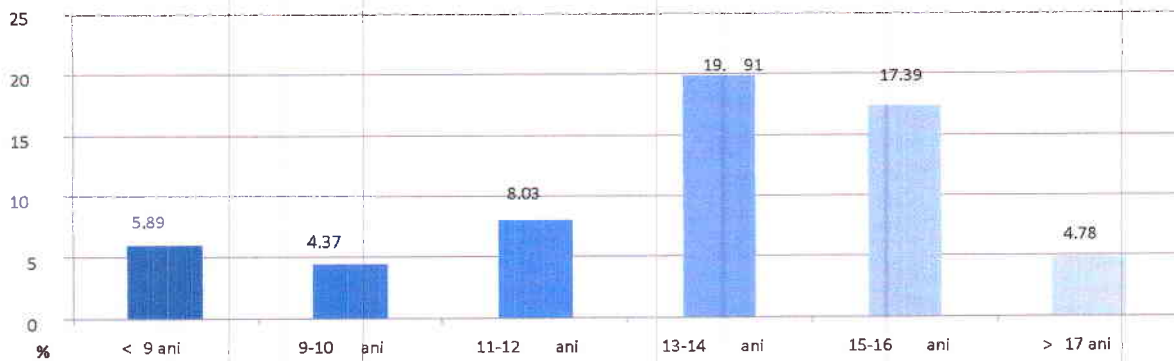
⁶Vișnevschi A. (2009) Alcoolul, metabolismul și imunitatea. *Arta Medica* 2009; 4(37):43-47; <http://www.artamedica.md/articles/37/visnevschi.pdf> [accesat 22 apr 2019]

¹⁰IARC (2010). Consumption of alcoholic beverages. Upload 2018; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK304390/> [accesat 26 apr 2019]

¹¹National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2000) 10th Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health: Highlights from Current Research" (PDF). June 2000. *Economie teoretică și aplicată*. XVII.4(545):4-17. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/10thspecialreport.pdf> [accesat 25 feb 2020]

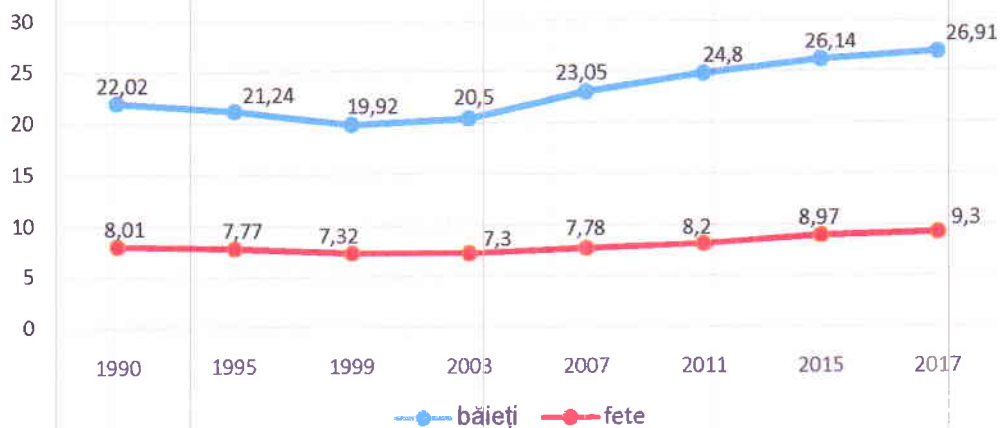
În România, prevalența consumului de alcool a urmat o curbă descendentă lentă în perioada 2010-2016, reducându-se cu 2 procente în cazul băieților și cu 5 procente în cazul fetelor. Aproximativ 6% din tinerii sub 18 ani au început să consume alcool la înaintea vârstei de 9 ani, 4,37% între 9 și 10 ani și doar 4,78% după vârsta de 17 ani. În profil european, România este una dintre țările cu un nivel înalt al consumului ocazional de alcool.^[37] Începând din anul 2003, a crescut numărul deceselor datorate alcoolului la grupa de vârstă 5-19 ani, anii 2016 și 2017 înregistrând două vârfuri de mortalitate (13,84% din mortalitatea totală în 2016, 13,77% în 2017), atât excesul mortalității, cât și cel al morbidității fiind de circa 3 procente față de mediile europene la băieți, dar fără diferențe semnificative în rândul fetelor.^[29]

Figura nr. 9. Distribuția vârstei de debut a consumului de alcool



(sursa: după Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2017^[29])

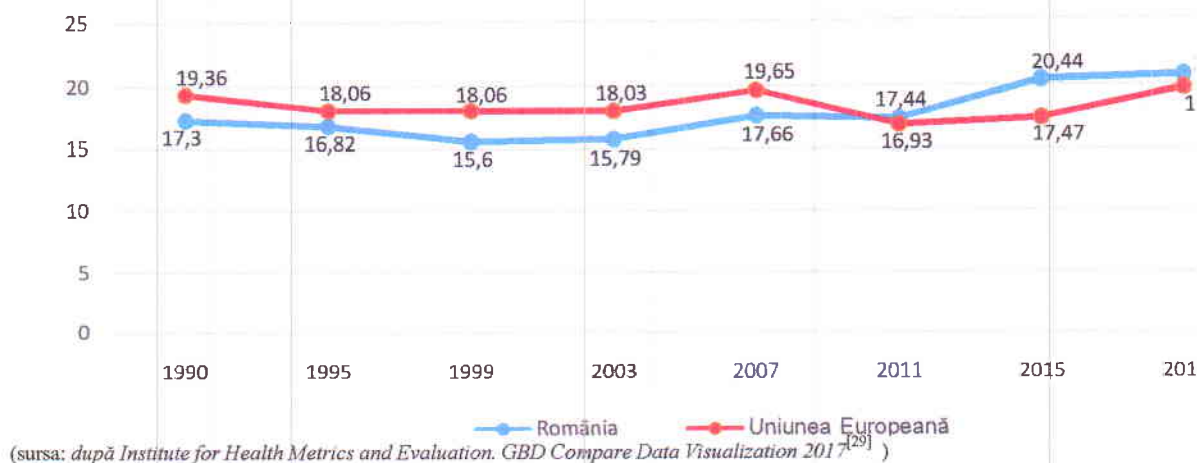
Figura nr. 10. Mortalitatea datorată alcoolului (% din mortalitatea totală), pe sexe, 5-19 ani, 1990-2017



(sursa: după Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Compare Data Visualization 2017^[29])

⁶WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018:XIII-XV; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> [accesat 25 feb 2020]
²⁸European Commission (2006) Alcohol in Europe A public health perspective. A report for the European Commission. The use of alcohol in Europe. Aut: Anderson P, Baumberg B; https://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf [accesat 24 apr 2019]
³¹WHO (2012) European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf [accesat 24 apr 2019]
³²EMCDDA (2015) ESPAD 2015. Alcohol use. <http://www.espad.org/report/situation/alcohol-use> [accesat 24 apr 2019]
³³Steffens, R. & Sarazin, D. (2016). Guidance to reduce alcohol-related harm for young people. Background paper. Münster: LWL-Coordination Office for Drug-Related Issues Stolle M, Sack P-M, Thomasius R. (2009). Binge Drinking in Childhood and Adolescence. Epidemiology, Consequences and Interventions. Dtsch Arztebl Int 2009 May 106(19):323-28; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689602/> [accesat 24 apr 2019]
³⁴Donaldson L. (2009) Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People. (f.e.) (f.l.); <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/.../110256.pdf> [accesat 26 apr 2019]

Figura nr. 11. Mortalitatea datorată alcoolului (% din mortalitatea totală) în România și UE (nivele comparative), ambele sexe, 5-19 ani, 1990-2017

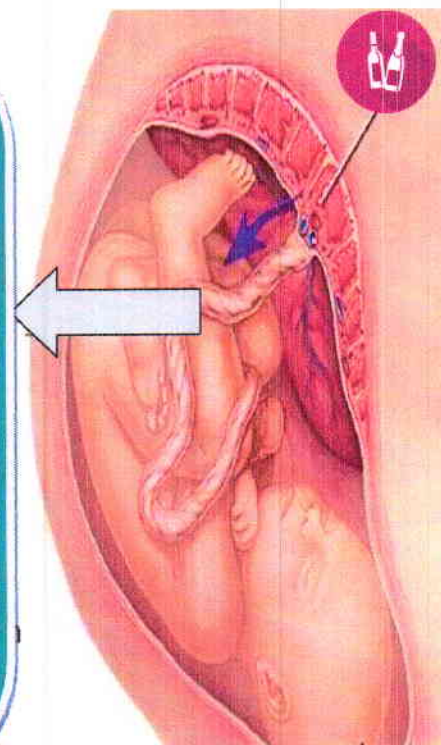


2. Gravide și femei care planifică o sarcină

Consumul de alcool de către gravide este un factor de risc pentru evoluția sarcinii, fiind asociat cu moartea fătului, avort spontan, naștere prematură, deficit de creștere intrauterină a fătului, greutate mică la naștere a nou-născutului. După naștere, copiii expuși alcoolului în timpul sarcinii pot prezenta un spectru format din 428 de tulburări ireversibile ale dezvoltării fizice și neuropsihice, cu manifestare pe parcursul întregii vieți, tipul și severitatea acestora fiind diferite de la un individ la altul. Forma cea mai gravă a este reprezentată de *sindromul alcoolic fetal*.^[Patra et al, 2010; Henriksen et al, 2004 cit. 6] La nivel global, una din 10 gravide consumă alcool, iar 20% din acestea au consum de risc. Aproximativ 119.000 de copii se nasc în fiecare an cu tulburări datorate alcoolului, iar una din 67 de gravide care consumă alcool va da naștere unui copil cu sindrom alcoolic fetal. În regiunea europeană, cele mai înalte nivele ale consumului de alcool în sarcină se înregistrează în Islanda, Belarus, Danemarca, și Marea Britanie și Federația Rusă.^[37] Dacă legătura dintre consumul excesiv de alcool al mamei și sindromul alcoolic fetal este confirmată de numeroase studii, datele cu privire la beneficiile consumului de alcool în cantități reduse sunt extrem de puține.^[ibidem]

Sindromul alcoolic fetal reprezintă o tulburare de dezvoltare gravă și ireversibilă cauzată de expunerea fătului la alcool în perioada prenatală, fiind cea mai cunoscută cauză a retardării mintale a viitorului copil. Semnele și simptomele sindromului alcoolic fetal includ: malformații (ale capului, feței, organelor interne, oaselor și articulațiilor), retard mental și tulburări de comportament.^[37]

Sindromul alcoolic fetal poate fi prevenit prin abținerea față de alcool pe durata sarcinii.



Conform studiilor, nou-născuții ai căror mame consumă în medie 12 grame (o doză) de alcool pe săptămână, în primul trimestru de sarcină, nu asociază riscuri suplimentare comparativ cu descendenții mamelor abstinente.^[Alati et al, 2009,2013; Donaldson, 2009 cit. 36] O meta-analiză a 25 de studii a demonstrat că aportul unor cantități reduse (de până la 32 grame) de alcool pe săptămână nu a influențat riscul de apariție a complicațiilor legate de sarcină, cu trei excepții: un studiu extensiv din SUA a identificat un risc crescut de dezlipire prematură a placentei, dar și o scădere a riscului de pre-eclampsie, iar un studiu britanic comunică un efect detrimental asupra capacităților intelectuale ale viitorului copil.^[Saitu et al, 2011; Sayal, 2009 cit. 36] Asocierea fumatului și caracteristicile etnice constituie factori de risc pentru greutatea mică la naștere, deși ponderea specifică a fiecăruia dintre cei doi factori este dificil de cuantificat.^[Phung, 2003 cit. 36]

Consumul de până la 32 grame de alcool pe săptămână a fost asociat cu o creștere de 10 procente a riscului de naștere prematură și de 8 procente a riscului de greutate mică la naștere. Prin comparație, fumatul ușor până la moderat (mai puțin de 20 de țigarete pe zi) este asociat cu o incidență cu 22% a riscului de naștere prematură.^[Nykjaer, 2014 cit. 36] O sursă importantă de confuzie și polemică atât în rândul cercetătorilor, cât și al femeilor gravide este înțelegerea diferită a noțiunii de „consum redus” de alcool și rolul diferit al vulnerabilității față de alcool al fiecărui organism. În concluzie, datele privind efectul cantităților reduse de alcool comparativ cu abținerea sunt limitate. Pe de altă parte, nici un studiu nu a demonstrat un efect benefic al alcoolului în cantități reduse versus abținerea în perioada sarcinii.^[36]

Conform celor mai prestigioase instituții de cercetare în domeniul alcoolului, nu există un tip de băutură alcoolică sau o cantitate sigură de alcool care să poată fi consumată fără a exista riscul unor efecte negative asupra sarcinii și dezvoltării fătului. Orice femeie care este însărcinată sau care planifică o sarcină ar trebui să înceteze imediat consumul de alcool. Gravidele care au consumat alcool înainte de a afla de existența sarcinii ar trebui să consulte imediat medicul pentru a monitoriza evoluția sarcinii.^[37]

Cu deosebită considerație,

**DIRECTOR EXECUTIV
DR. TIMIȘ HOREA SORIN**



**DIRECTOR EXECUTIV ADJUNCT
ÎN SĂNĂTATE PUBLICĂ
DR. STOICA ADRIANA**

Întocmit, Dr. Avram Carmen

⁶WHO (2018) Global Status Report on Alcohol and Health 2018:5; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1> [accesat 25 feb 2020]

³⁶Popova S, Lange S, Shield K et al. (2016) Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;387:978–87. doi:10.1016/S0140-6736(15)01345-8 [accesat 24 apr 2019]

³⁷Popova S. (2017) Counting the costs of drinking during pregnancy. In *Bulletin of Health Organization* 2017.; <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.17.030517> [accesat 24 apr 2019]

²⁵Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). GBD Compare Data Visualization 2017. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> [accesat 25 feb 2020]

³¹Steffens, R. & Sarrazin, D. (2016). Guidance to reduce alcohol-related harm for young people. Background paper. Münster: LWL-Coordination Office for Drug-Related Issues Stolle M, Sack P-M, Thomasius R. (2009). Binge Drinking in Childhood and Adolescence. *Epidemiology, Consequences and Interventions*. *Dtsch Arztebl Int* 2009 May 106(19):323-28; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2689602/> [accesat 24 apr 2019]

³⁷INSP.CNEPSS (2018) Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2017 [accesat 25 feb 2020]

²⁹Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). GBD Compare Data Visualization 2017. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> [accesat 25 feb 2020]