



INSTITUTUL NAȚIONAL
DE SĂNĂTATE PUBLICĂ



CENTRUL NAȚIONAL DE EVALUARE ȘI
PROMOVARE A STĂRII DE SĂNĂTATE



CENTRUL REGIONAL DE
SĂNĂTATE PUBLICĂ SIBIU

LUNA NAȚIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL

Analiză de situație



Iulie 2018

Alcoolul și sănătatea publică

Conform Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), după fumat și hipertensiunea arterială, alcoolul este al treilea factor de risc pentru boală și moarte prematură pentru populația generală din Uniunea Europeană (UE). (WHO, 2014:3; Lammerich & Kullas, 2015:4) Pentru adolescenții și tinerii cu vârsta cuprinsă între 10 și 24 ani, alcoolul este însă principalul factor de risc, fiind responsabil pentru 7% din anii de viață trăiți cu incapacitate sau pierduți prin deces prematur. (Marshall, 2014:160–164)

Alcoolul este implicat în producerea a peste 200 de boli diferite, între care: tulburări neuropsihiatrice (epilepsie, depresie, anxietate și altele), boli digestive (ciroză hepatică alcoolică, pancreatită acută și cronică, gastropatie alcoolică), cancere (de tub digestiv și sân), boli cardiovasculare (ischemice, hemoragice, hipertensiune arterială), sindrom alcoolic fetal, diabet zaharat, boli infecțioase (pneumonie, tuberculoză și altele), traumatisme (auto și heteroagresivitate, suicid, omor, intoxicații accidentale, accidente rutiere, domestice sau profesionale). (WHO, 201:2-12) Pe lângă impactul asupra sănătății, consumul excesiv de alcool poate avea consecințe sociale dramatice: probleme relaționale (deteriorarea relațiilor familiale, separare, divorț, abuz și neglijare a copiilor), pierderea prietenilor, dificultăți materiale, pierderea locului de muncă, pierderea locuinței, excludere socială, probleme legale (amenzi, închisoare), comportament sexual nepotrivit (sex neprotejat, viol, sarcină nedorită). (WHO, 2014:18)

Din punct de vedere al percepției consumatorului de alcool, există o discrepanță între consecințele pe care le resimte consumatorul însuși (cum ar fi prețul alcoolului, deteriorarea relațiilor familiale și sociale, probleme la locul de muncă) și costurile sociale suportate de societate, familie sau alte persoane ca urmare a deciziei sale de a bea (de exemplu, costurile serviciilor de sănătate, diminuarea venitului familiei). În mare măsură, această percepție se datorează faptului că multe dintre consecințele negative ale consumului (de exemplu bolile cronice, tulburările mentale sau degradarea relațiilor familiale) apar în timp. Această „percepție inadecvată pe care consumatorii și persoanele dependente de alcool o au asupra riscurilor” a fost subliniată de către Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT) pentru a justifica importanța politicilor europene și naționale în domeniul alcoolului. (Lammerich & Kullas, 2015:8; OEDT, 2015:20)

Prevenirea consecințelor consumului dăunător de alcool reprezintă una dintre prioritățile agendei politice a Organizației Mondiale a Sănătății încă din anul 1980 și una dintre ariile cheie ale intervențiilor în domeniul sănătății publice la nivel național.

Consumul dăunător de alcool (excesiv, de risc, periculos)

OMS definește consumul excesiv de alcool ca fiind consumul a cel puțin 60 grame alcool pur la bărbați sau 40 grame alcool pur la femei, cel puțin o dată în ultimele 30 de zile. În alte studii, consumul dăunător este

descriș ca fiind consumul a cel puțin 5 băuturi alcoolice cu o ocazie, cel puțin o dată unele în ultimele 30 de zile. (Steffens & Sarrazin, 2016:10, Hibell et al, 2012:11)

Consumul excesiv de alcool reprezintă consumul cu cele mai înalte riscuri din punct de vedere al consecințelor medicale, sociale și legale, având, din acest punct de vedere, o valoare înalt predictivă. Locuitorii țărilor nordice, ai țărilor baltice, dar și românii sunt între băutorii cu un model de consum de tip excesiv. (RARHA, 2016:145-46)

ROMÂNIA

România ocupă locul 5 în topul țărilor cu un model de consum de alcool de tip excesiv. (RARHA, 2016:95-96)

Consumul de alcool

UE este “centrul industriei de alcool”, furnizând un sfert din producția globală de alcool și peste jumătate din producția de vin. Producția și comercializarea alcoolului furnizează aproximativ 9 miliarde € în economia globală Europei, la care se adugă 25 de miliarde € obținute în urma regimurilor guvernamentale de taxare și impozitare, aceste beneficii fiind puțin influențate de politicile de prevenție în domeniul alcoolului. Pe de altă parte, un număr important de persoane sunt angajate în sectoare economice legate de producția și comercializarea alcoolului, de exemplu restaurante și baruri. (European Commission, 2006:47)

La nivel global, consumul anual de alcool este de 6,3 litri de alcool pur/persoană în vârstă de 15 ani și peste. (WHO, 2016:29) Cu 10,9 litri de alcool pur/persoană, Europa este regiunea cu cel mai înalt nivel al consumului, urmată de continentul american, China, unele țări din Africa, sud-estul Asiei și regiunea Mediteranei de est. (RARHA, 2016:145-46; Shield et al, 2016:VIII-IX; WHO, 2012:1, WHO, 2016:14) Aproximativ 266 milioane de europeni în vârstă de peste 15 ani consumă zilnic cantități reduse sau moderate de alcool (de până la 40 grame la bărbați și 20 grame la femei), iar 58 milioane (15% din europeni) depășesc acest prag. Aproximativ 20 milioane de persoane (6% din europeni) consumă mai mult de 60 grame de alcool la bărbați sau 40 grame la femei (consum dăunător, excesiv, de risc), 23 milioane de persoane sunt dependente de alcool (5% din bărbații

ROMÂNIA

În România, consumul de alcool la populația în vârstă de 15 ani și peste este de 14,4 litri de alcool pur per persoană pe an, cu o evoluție crescătoare în ultimul deceniu. Din acest consum, 25% este reprezentat de alcoolul neînregistrat, produs în gospodării, în afara regimului guvernamental de control. Consumul de alcool realizat exclusiv de populația băutoare este de 21,3 litri de alcool pur/persoană/an. Aproximativ 92% din bărbați și 70% din femei au consumat cel puțin o dată în viață alcool, în timp ce două treimi din populație consumă alcool în mod regulat.

România ocupă locul III în UE după cantitatea de alcool consumată și locul II în rândul țărilor cu cel mai dăunător model de consum.

Băutura preferată a românilor este berea. Mai puțin de 60% din români consumă vin. Băuturile spirtoase sunt consumate de 39% din băutorii sub 35 ani și aproximativ 42% de cei în vârstă de 35-65 ani. (WHO, 2014; RARHA, 2016:78, 95-96, 232)

Europei și 1% din femei). (European Commission, 2006:3; Furtunescu et al, 2013) Nouă din 10 persoane dependente nu primesc tratament. (Rehm et al cit. Furtunescu et all, 2013) În toate regiunile, bărbații sunt mai frecvent consumatori de alcool, experimentează de patru ori mai frecvent episoade de consum excesiv. (WHO, 2011:X-XII)

Ultimele două decenii au adus schimbări semnificative în comportamentul europenilor față de alcool, având un impact decisiv asupra poverii bolilor și mortalității atribuibile alcoolului. Tendința descrescătoare a consumului de alcool a început din anul 1990, țările mediteraneene înregistrând o reducere cu mai mult de o treime a volumului de alcool consumat, iar țările central și vest europene cu aproape un sfert. În țările est și sud-est europene consumul s-a menținut la un nivel constant. (Shield et al, 2016:11)

Între diferitele state și regiuni europene există diferențe substanțiale în ceea ce privește volumul și modelele de consum. În țările central-estice și est europene nivelul de consum este superior mediei UE și sunt preferate băuturile spirtoase. În țările central-vestice și vest europene, modelul de consum este mediteranean (consum zilnic sau aproape zilnic a unor cantități moderate sau reduse de alcool), frecvența episoadelor de ebrietate este redusă, iar băutura preferată este berea (cu excepția Franței). Marea Britanie și Irlanda au un tipar de consum mai apropiat de cel al țărilor nordice. În țările nordice și nord-est europene volumul de alcool consumat este inferior mediei UE, caracteristice fiind toleranța socială crescută pentru stările de ebrietate și consumul 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). În țările sud europene, modelul de consum este mediteranean, nivelul de consum este înalt (cu excepția Ciprului și a Maltei), iar toleranța socială pentru starea de ebrietate este redusă. (WHO, 2011:6-7)

Povara bolii atribuibilă alcoolului

Deși este larg acceptat faptul că dozele mici de alcool ar avea un efect benefic asupra sistemului cardiovascular, nivelul acestor doze nu este stabilit cu exactitate. În general, o reducere a riscului cardiovascular a fost observată pentru doze zilnice în jur de 10 grame de alcool pur (o doză de băutură), în timp ce cantitățile ce exced 20 grame de alcool (două doze de băutură) se asociază cu creșterea riscului coronarian și scăderea efectului cardioprotector. (European Commission, 2006:4) Între nivelul consumului de alcool și consecințele sale medicale și sociale există o relație de proporționalitate directă. În fiecare an, mai mult de 3 milioane de decese sunt asociate consumului de alcool, reprezentând mai mult de trei sferturi din mortalitatea regiunii europene supravegheate de OMS. (Shield et al, 2016:16) Bolile cardiovasculare, ciroza hepatică, cancerul și traumatismele intenționale și nonintenționale sunt responsabile de 76% din mortalitatea de toate cauzele, respectiv 88% din mortalitatea atribuibilă alcoolului. (ibidem:16)

Consumul dăunător de alcool este răspunzător anual de 17.000 de morți în accidente de trafic (unul dintre trei accidente), 27.000 de morți accidentale (accidente domestice sau profesionale, căderi, înec), 2.000 de omucideri (patru din zece crime), 10.000 de sinucideri (una din șase cazuri), 45.000 de decese prin ciroză hepatică, 50.000 de decese prin cancer (din care 11.000 datorate cancerelor de sân la femei), 200.000 de morți legate boala depresivă și alte 17.000 datorate altor tulburări mentale. (European Commission, 2006:2-6) În 2012,

139 milioane DALY (ani de viață trăiți cu incapacitate sau pierduți prin deces prematur) au fost atribuiți alcoolului, cea mai înaltă rată fiind înregistrată în UE. (WHO, 2014:XIV) Cu toate că, în ultimii 25 ani, consumul de alcool a scăzut în regiunea europeană, povara mortalității atribuibile alcoolului s-a accentuat cu 4 procente față de anul 1990 pe fondul nivelelor înalte ale mortalității din țările est europene și sud-est europene. În aceste țări, decesele legate de alcool reprezintă mai mult de jumătate din decesele de toate cauzele. (ibidem: IX)

În regiunile în care tendința de scădere a consumului de alcool a fost semnificativă și stabilă, povara bolilor asociate consumului de alcool s-a redus proporțional. În 2014, mortalitatea atribuibilă alcoolului a atins un minim istoric în țările central și vest europene (5%), semnificând o reducere cu 25% față de 1990). În țările Mediteranei de sud (12%) povara bolii s-a redus cu 27% față de 1990), iar în țările central-est europene cu 15% față de 1990 (14%). (ibidem:IX)

Deși bărbații consumă alcool mai frecvent și în cantități mai mari, impactul consecințelor medico-sociale, în termeni de morbiditate și mortalitate, sunt semnificativ mai înalte în rândul populației feminine. (ibidem:8; CNAPA, 2014:2)

Numeroase consecințe dramatice ale consumului de alcool afectează direct sau indirect alte persoane: 60.0000 de nou-născuți cu greutate mică la naștere, 16% din cauzele de abuz și neglijare a minorului, între 5 și 9 milioane de copii care trăiesc în familii aflate la risc datorită consumului de alcool, 10.000 de adulți decedați în accidente de trafic (alții decât persoana care a consumat alcool). (European Comission, 2006:2-6)

Conform unei estimări a Comisiei Europene, o reducere a consumului de alcool cu un litru ar conduce la o scădere cu 1% a mortalității la bărbați în țările central și sud europene și cu 3% în țările nordice. (European Commission, 2006:2-6))

ROMÂNIA

Datele cu privire la povara bolii atribuibilă alcoolului sunt inconsecvente și adesea contradictorii datorită lipsei studiilor sistematice și a diferenței între metodologiile de cercetare. Conform OMS (2014), peste 15.000 de decese se datorează anual consecințelor medicale ale consumului de alcool. Prevalența tulburărilor induse de alcool în rândul populației de 15 ani și peste este semnificativ sub media UE, ceea ce ridică problema subdiagnosticării sau a subraportării. În România, prevalența bolilor legate de alcool este de 2,4%, iar ponderea alcoolismului este de 1,3% versus 7,5%, respectiv 4% la nivelul UE. Conform Ministerului Sănătății (2011), valorile la nivel național sunt superioare celor comunicate în studiile internaționale. „În România, mor anual peste 17.000 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 [...] atribuibilă consumului de alcool în România este de trei ori mai mare la bărbați, respectiv de 1,5 ori mai mare la femei, comparativ cu UE 15 [...] accidentele (mortalitate de trei ori peste media UE 15), bolile cardiovasculare (mortalitate de două ori media UE15 - statele membre noi - și de opt ori media UE 15) și ciroza hepatică (mortalitate peste dublul țărilor UE 15)”. România înregistrează cea mai înaltă rată standardizată a mortalității atribuibile alcoolului din UE în rândul femeilor și locul 4 la bărbați. Peste 14% din anii potențiali de viață în rândul populației feminine și 25,4% la bărbați sunt pierduți prin decese legate de alcool. Aproximativ 4% din deficitul speranței de viață la femei și 18% la bărbați este atribuit alcoolului, în condițiile în care România înregistrează una dintre cele mai reduse speranțe de viață din UE. România ocupă locul 2 (după Lituania) din punct de vedere al victimelor agresiunilor fizice legate de consumul de alcool. (Ministerul Sănătății, 2011; Rehm et colab. cit; Furtunescu et all, 2013; Eurostat Statistics, 2014; WHO, 2014:232; RARHA, 2016:18-19, 36-51)

Costurile sociale ale alcoolului

Costurile sociale ale alcoolului produc o împovărare socială în creștere. În anul 2003, costurile sociale tangibile (măsurabile) ale alcoolului au fost estimate la 125 miliarde € (între 79 miliarde € și 220 miliarde €, în funcție de variabilele luate în calcul), incluzând 17 miliarde € costurile îngrijirilor de sănătate și 5 miliarde € costul tratamentului și prevenției dependenței de alcool. (Committee of the Regions, 2016; European Commission, 2006:2-6) În anul 2010, costurile sociale ale alcoolului au fost estimate la 155,8 miliarde €, cuantumul major fiind datorat deceselor premature (45,2 miliarde €), îngrijirilor de sănătate (21,4 miliarde €), șomajului (17,6% miliarde €), absenteismului (11,3 miliarde €). La acestea, se adaugă costurile datorate acțiunilor în justiție (33 miliarde €). (CNAPA, 2016:2)

Dincolo de costul imposibil de cuantificat al suferinței psihologice a membrilor familiei, costurile intangibile datorate durerii, suferinței și morții ca urmare a problemelor medicale sociale și legale (traumatisme fizice, omucideri) atribuibile alcoolului au fost estimate la 270 miliarde € (între 150 miliarde € și 760 miliarde €, în funcție de metoda de calcul), 68 miliarde € fiind suportate de familiile alcoolicilor. (European Commission, 2006:2)

ROMÂNIA

În anul 2012, au fost externate aproape 70.000 de cazuri cu patologie asociată consumului de alcool, totalizând 572.549 zile de spitalizare, cu un cost mediu de 1.537,6 RON/caz (superior mediei naționale a tarifului pe caz) și un cost total al asistenței de sănătate de rambursat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate echivalent a 25 de milioane €. La această sumă, reprezentând exclusiv costurile îngrijirilor de sănătate pe durata spitalizării, se adaugă costuri suplimentare (datorate asistenței primare și ambulatorii, asistenței de urgență, concediilor medicale, precum și costurile induse de accidente rutiere care au avut drept cauză consumul de alcool).

(Furtunescu et al, 2013; idem 2017)

Consumul de alcool în rândul tinerilor

Conform OMS și Fondului Internațional pentru Urgențe ale Copiilor al Națiunilor Unite, “adolescenții” reprezintă grupa de populație cu vârsta cuprinsă între 10 și 19 ani, iar “tinerii” cuprind persoanele din grupa de vârstă 15-24 ani. Adolescenții și tinerii formează un grup populațional descris consensual prin termenul de “populație tânără”, reprezentând aproximativ 30% din populația globului. (Hibell et al, 2009). Tinerii manifestă o tendință naturală spre un comportament de explorare în toate domeniile vieții, care poate conduce la comportamentele de risc, pe fondul unei cunoașteri încă insuficiente și a unor curențe în accesul la informare și consiliere. Alcoolul este substanța de abuz cel mai frecvent utilizată de către tineri. (ibidem). Consumul de alcool la petreceri este adesea însoțit de utilizarea de droguri recreaționale, sporind riscurile consecințelor negative. (Hibell et al, 2012:11) Tinerii și adulții tineri sunt în mod special expuși efectelor pe termen scurt ale consumului excesiv de alcool, unul din zece decese în rândul tinerelor de 15-29 ani și unul din patru decese în rândul bărbaților tineri se datorează alcoolului. (Comisia Europeană, 2006:2-6)

Aproape toți tinerii europeni în vârstă de 15-16 ani (80%, 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. (ESPAD, 2016, Steffens & Sarrazin, 2016:13) Consumul regulat de alcool a fost declarat de 48% din adolescenți, cu variații între 66% (Austria, Cipru, Danemarca și Grecia) și 9% în Islanda. 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 tinerelor belgiene din Flandra (77% față de 51% în Albania și Macedonia). În ceea ce privește vârsta de debut, aproximativ 60% din adolescenți afirmă că au testat prima lor băutură alcoolică înaintea vârstei de 13 ani, iar 12% au experimentat primul episod de ebrietate la această vârstă. Modelul de consum excesiv este mai frecvent în rândul tinerilor din țările nordice (39%). (Donaldson cit. Steffens & Sarrazin, 2016:15) În timp ce frecvența episoadelor de consum excesiv este în ușoară scădere în rândul băieților (43% în 2011 versus 45% în 2007), în rândul fetelor are loc o amplificare a acestui model de consum (35% în 2003 versus 38% în 2011). În general, băieților consumă bere, în timp ce fetele preferă spirtoasele. (Hibell et al, 2012:11, Donaldson cit. Steffens & Sarrazin, 2016:15) Pentru 64% din adolescenți și tineri alcoolul este apreciat ca mijloc de distracție, în timp ce 48% beau ca să uite de probleme. Mai puțin de jumătate din tineri (42%) au admis că alcoolul poate avea efecte dăunătoare asupra sănătății. Posibilitatea ca alcoolul să determine comportamente pe care persoana „să le regrete mai târziu” sau să producă „stări proaste” este acceptată doar de o treime din tineri. Mai puțin de unul din cinci tineri consumatori de alcool consideră că ar putea avea „problemele cu poliția” sau că ar putea „să nu mai fie în stare să-și controleze consumul”. În jur de 6 din zece adolescenți sunt implicați în violențe fizice și 4% în activități sexuale neprotejate. (ibidem:80-81; Van Hoof & Moll, 2012:77-90)

ROMÂNIA

Aproximativ 84% din băieții și 12% dintre fetele în vârstă de 16 ani au consumat cel puțin o dată în viață o băutură alcoolică, în scădere față de 2007 (81%), 2003 (88%) și 1999 (85%) și sub media UE (87%). Ponderea elevilor care au consumat prima lor băutură alcoolică înaintea vârstei de 9 ani și cea a celor au început să consume alcool după împlinirea vârstei de 17 ani sunt sensibil egale (aproximativ 6%). Cel puțin o dată în viață s-au îmbătat 16% dintre băieți și 7% dintre fete. Unul din 5 băieți s-a îmbătat prima dată înaintea vârstei de 13 ani. Ponderea băieților care s-au îmbătat în ultimele 30 de zile este cu 9 procente superioară față de cea a fetelor. Episoadele de ebrietate sunt mai puțin frecvente în rândul adolescenților români decât la media adolescenților europeni (26% versus 39%). În timp ce numărul băieților care încep să consume alcool crește odată cu înaintarea în vârstă, dublându-se în decursul celor patru ani de liceu, ponderea consumului în rândul fetelor nu este influențată de vârstă. Un sfert dintre tinerii în vârstă de 18-34 ani au fost victime ale violențelor fizice asociate alcoolului. În ultimii 10 ani, a scăzut atât procentul adolescenților care consumă regulat alcool (52% în 2007, 47% în 2015), cât și frecvența episoadelor de consum excesiv (27% în 1999, 36% în 2011, 12% în 2015). În profil european, adolescenții români se situează în categoria băutorilor moderați, însă datele trebuie interpretate cu precauție deoarece „elevii români sunt tentați să ofere răspunsurile pe care le consideră dezirabile social, ceea ce înseamnă că nivelul consumului de alcool este probabil mai mare decât cel raportat.” (Hibell et al, 2009; Ministerul Sănătății 2011; Hibell et al, 2012; Van Hoof & Moll, 2012; ESPAD, 2016; INSP. CRSP Cluj, 2015:36-59; RARHA, 2016:203)

Alcoolul și grupurile vulnerabile

Definirea noțiunii de „grup vulnerabil”

Conceptul de grup vulnerabil derivă din principiile universale ale drepturilor omului și se referă la segmente de populație care se confruntă cu atitudini și comportamente discriminatorii și/sau au nevoie de o atenție specială pentru a nu fi exploatare. Grupurile vulnerabile sunt clasificate în funcție de variabile sociale sau individuale ca: gen, etnie, dizabilitate, vârstă, mediu de rezidență, nivel de venituri, grad de instruire. Între aceste grupuri există suprapuneri. Grupurile vulnerabile se confruntă cu probleme specifice pentru care politicile generale ar putea să nu fie eficiente, fiind necesare politici „selective”, integrate și particularizate pentru nevoile lor.

Cu toate că grupurile vulnerabile au reprezentat priorități ale agendelor politice europene și naționale în ultimul deceniu, în documentele oficiale europene sau naționale, nu există un consens cu privire la noțiunea de grup vulnerabil. Termenul de grup vulnerabil este utilizat pentru a sublinia inegalitatea de șanse în diferite domenii ale vieții sociale sau discriminarea pe baza originii rasiale ori etnice. Intervențiile adresate populațiilor vulnerabile au fost inconsecvente, exprimând un decalaj important între voința politică și punerea în practică. România este una dintre țările europene care a înregistrat în ultimii ani progrese semnificative în domeniul politicii sociale adresate grupurilor vulnerabile.

Deși identificarea grupurilor vulnerabile este un punct de pornire important pentru intervențiile din sfera sănătății publice, numeroase dovezi sugerează că intervențiile ar trebui să se concentreze în principal asupra factorilor generatori de vulnerabilitate, cu prevalență ridicată în rândul acestor populații, de exemplu nivelul redus de educație sau dezagregarea familială.

Consecințele consumului de alcool la grupurile vulnerabile

Deși este evident că anumite grupuri sociale sunt mai predispuse efectelor consumului dăunător de alcool, nu există un tipar al riscurilor alcoolului în relație cu inegalitățile sociale, acestea fiind specifice fiecărei țări. Factori ca statutul economic, nivelul de educație, genul, apartenența etnică sau mediul de rezidență influențează vulnerabilitatea față de alcool a diferitelor grupuri sociale. În rândul populațiilor expuse la mai mulți factori de vulnerabilitate, disparitățile legate de alcool sunt mai pronunțate. (WHO, 2014:4) Consecințele consumului de alcool prezintă un gradient social, fiind invers proporționale cu statusul socioeconomic. Astfel, deși populația din grupurile dezavantajate consumă, în general, mai puțin alcool și are un număr mai mare de abstinenți decât populația avantajată economic, riscurile asociate consumului sunt mult mai mari. Acest gradient social este cu deosebire relevant în ceea ce privește mortalitatea și morbiditatea. Disparitățile din toate domeniile ale vieții (de exemplu nivelul de educație, satisfacția legată de profesie, venitul total al familiei și venitul personal, condițiile de locuit), modelul de consum de tip dăunător și, uneori, tipul alcoolului consumat amplifică acest gradient. (WHO, 2014:4; Blas & Kurup, 2010)

Grupurile vulnerabile din România

În legislația românească, grupurile vulnerabile sunt descrise implicit sau explicit printr-o serie de termeni în relație cu incluziunea/excluziunea socială, însumând o varietate de categorii sociodemografice și de probleme sociale (persoane defavorizate, marginalizate, aflate în situații de dificultate sau de risc, excluse social sau supuse riscurilor de excluziune socială sau persoane vulnerabile). În sensul oferit de *Memorandumul Comun în Domeniul Incluziunii Sociale (2005)*, grupurile vulnerabile includ: copilul în situație de risc ridicat (sărăcie, vulnerabilitate la procesele de dezagregare socială, delincvență juvenilă); tinerii de peste 18 ani care nu mai sunt cuprinși în sistemul de ocrotire a copiilor fără familie; persoanele cu handicap; persoanele de etnie romă aflate în situații de risc ridicat; vârstnicii în situație de risc ridicat. (Guvernul României, 2005) *Strategia Națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020* nominalizează principalele grupuri vulnerabile din România ca fiind: persoanele sărace, copiii și tinerii lipsiți de îngrijire și sprijin parental, persoanele vârstnice singure sau dependente, romii, persoanele cu dizabilități, alte grupuri vulnerabile, persoanele care trăiesc în comunități marginalizate. (Guvernul României, 2015:24)

**GRUPURILE VULNERABILE
DIN ROMÂNIA**

„persoane sau familii care sunt la risc de a și pierde capacitatea de satisfacere a nevoilor zilnice de trai din cauza unor situații de boală, dizabilitate, sărăcie, dependență de droguri sau alcool ori a altor situații care conduc la vulnerabilitate economică și socială”
Legea 219/2015 privind economia socială

România este una dintre țările cu cel mai mare declin demografic din lume, deficit estimat la mai mult de 15% până în anul 2050. Din punct de vedere al nivelului sărăciei și al condițiilor de locuire proporțional cu nivelul veniturilor, România ocupă locul II în UE (World Bank, 2015:3-4) și penultimul loc în grupa țărilor cu dezvoltare umană ridicată, în clasamentul Indicelui Dezvoltării Umane pentru 2016 (pentru 182 de țări). (UNDP, 2016) În perioada 2012-2013, în categoria persoanelor vulnerabile era inclus un număr de 1,85 milioane de romi, aproximativ 1,4 milioane de copii săraci (cu vârste între 0 și 17 ani), peste 725.000 de persoane în vârstă de peste 80 de ani, 687.000 de copii și adulți cu dizabilități care trăiesc în gospodării și alți 16.800 care trăiesc în instituții, peste 62.000 de copii cuprinși în sistemul de protecție specială (centre de plasament sau servicii de îngrijire familială) și aproximativ 1.500 de copii abandonați în unități medicale. (Guvernul României, 2015:24)

Alcoolul și tinerii din grupurile vulnerabile

Grupurile identificate ca vulnerabile pot fi predispuse la un debut precoce al consumului de alcool, la un model dăunător de consum din punct de vedere al frecvenței și/sau al cantității, precum și la consecințe medico-sociale mai severe și consumul altor substanțe de abuz (tutun, droguri ilegale). Factorii adversi care acționează în timpul copilăriei și adolescenței tind să aibă un efect negativ asupra diferitelor domenii de dezvoltare, cum ar fi: capacitățile intelectuale, de comunicare și de limbaj sau abilitățile sociale și emoționale. Mediul deprivat, veniturile reduse ale părinților și nivelul de trai redus, nivelul educațional scăzut, locurile de muncă stresante sau șomajul părinților, lipsa adăpostului sunt factori cheie asociați unei game largi de consecințe negative asupra sănătății și

dezvoltării copilului și a viitorului adult. Aceste efecte devin mai evidente odată cu înaintarea în vârstă. (EuroHealthNet, 2015)

Deoarece factorii care condiționează vulnerabilitatea sunt diferiți de la un stat la altul, cuantificarea populației tinere vulnerabile este dificil de realizat, cel mai adesea, statisticile făcând referire la numărul tinerilor aflați în sistemul de protecție de stat a copiilor și tinerilor sau la tinerii infractori. Foarte puține țări estimează dimensiunea populațiilor de tineri vulnerabili dintr-o perspectivă mai amplă. OEDT, agenție UE care monitorizează politicile și intervențiile pentru grupurile vulnerabile de tineri cu vârste între 15 și 24 de ani în 30 de țări UE, a nominalizat grupurile vulnerabile de tineri ca populație țintă pentru intervențiile în domeniul consumului de droguri și alcool. (OEDT, 2008:1)

Consumul de alcool de la o vârstă timpurie este asociat în principal cu consecințele pe termen scurt ale consumului de alcool cum sunt moartea prin intoxicație etanolică acută, traumatisme (accidente rutiere, căderi, înec), sinucidere, agresiuni fizice (bătăi, viol), tulburări în dezvoltarea sistemului nervos, probleme școlare (rezultate școlare slabe, absenteism), alcoolism la vârsta adultă, risc de dezvoltare a altor dependențe (droguri, tutun) sau a altor comportamente de risc. (Van Hoof et Moll, 2010; Steffens & Sarrazin, 2016:9-11)

Cu cât vârsta de debut a consumului de alcool este mai timpurie, cu atât mai puternică este relația sa cu alcoolismul cronic, cu recăderile multiple după o perioadă de abținere, cu abținerea de scurtă durată și cu consumul de lungă durată, precum și cu prezența unei simptomatologii clinice importante. Cea mai înaltă vulnerabilitate față de efectele alcoolului și dependența de alcool este asociată cu debutul folosirii alcoolului înainte de împlinirea vârstei de 15 ani. Această ipoteză este puternic susținută de studii longitudinale care au evaluat consumul de alcool al mai multor cohorte în decursul ultimului deceniu. Conform unui studiu din 2009, prevalența dependenței de alcool crește odată cu precocitatea vârstei de debut a consumului, fiind de peste 40% în rândul persoanelor care au început să bea înainte vârstei de 15 ani, de 39% în rândul celor care au băut la 15 ani și de 31% în rândul celor care au început să bea după vârsta de 16 ani. Riscul de alcoolism se reduce cu 8 până la 14 procente cu fiecare an de vârstă câștigat fără consum de alcool. (Donaldson, 2009) Adolescenții care încep să consume regulat alcool înainte vârstei de 15 ani au un risc de a dezvolta dependență de patru ori mai mare și un risc semnificativ pentru alte tulburări psihosomatice decât cei care nu consumă regulat până la vârsta de 20 ani. (Stolle et al, 2009) Conform unui studiu din 2006, adolescenții care au început să bea înainte vârstei de 13 ani au un risc de șapte ori mai mare de a angaja în episoade de consum excesiv de alcool de mai mult de șase ori într-o lună față de cei care au început să bea după vârsta de 17 ani. (Hingson et al, 2006) Studii similare indică faptul că tinerii care consumă alcool înainte vârstei de 14 ani au tendința de a consuma de trei ori mai mult alcool și de a resimți mai mulți stresori decât cei care consumă alcool după vârsta de 18 ani. Pe de altă parte, în rândul adolescenților băutori, cu cât nivelul de stres este mai mare, cu atât mai mare este cantitatea de alcool ingerată, această asociere fiind cea foarte intensă în grupul celor care au început să bea înainte de a împlini 14 ani. (Pitkänen et al, Dawson et al, cit. Hingson et al, 2006).

Alte studii sugerează că vârsta la care un individ experimentează primul episod de intoxicație etanolică acută este mai relevantă pentru predicția tulburărilor legate alcool la vârsta adultă decât vârsta de debut a consumului. (Agrawal cit. Steffens & Sarrazin, 2016:9-11)

Copilul în situație de risc ridicat. Un studiu de identificare a nevoilor grupurilor defavorizate, cu risc de marginalizare și excluziune socială efectuat pe 1.200 de persoane din 5 județe aparținând la 5 regiuni de dezvoltare din România a identificat o pondere semnificativă a categoriilor sociale vulnerabile, cu o suprareprezentare a tinerilor (47,2%) în cadrul populației vulnerabile față de ponderea tinerilor în populația generală (31%). (Bădoiu, 2016) Aproape o treime dintre copiii țării trăiesc în sărăcie persistentă, rata sărăciei în rândul copiilor fiind cu aproximativ 10 procente mai mare decât cea calculată pentru populația generală. În timp ce rata sărăciei în populația generală a scăzut în perioada 2008-2012, rata sărăciei în rândul copiilor a crescut cu aproximativ un procent. (Guvernul României, 2015:24) În 2012, mai mult de jumătate din copiii din zonele rurale trăiau în sărăcie (versus 17% în mediul urban). Mai mult de 2% din populația de copii și tineri s-a aflat în sistemul de protecție de stat, una dintre cele mai înalte rate din UE. (EMCDDA, 2008:18) Copiii străzii reprezintă un fenomen caracteristic orașelor mari. Între 10.000 și 11.000 de copii trăiesc pe străzi, aproape jumătate din aceștia fiind în București. Aproape toți copiii străzii (95%) sunt consumatori de alcool. Dintre copiii de etnie romă, 80% se află în sărăcie. (ibidem) În prezent, în România, delincvența juvenilă înregistrează o rată substanțial mai redusă în comparație cu alte țări europene, dar cuantificarea indicatorului în profil european este dificilă datorită diferențelor cu privire la criteriile de încadrare a fenomenului. Statisticile furnizează cifre care variază între 1.701 de minori delicvenți în Luxemburg și 85.467 în Regatul Unit. (ibidem) Vulnerabilitatea copilului este rezultatul dezagregării familiale cuplate cu sărăcia, scăderea controlului social și starea precară de sănătate. Estimarea numărului copiilor din familii vulnerabile este grefată de carența unei definiții oficiale, consensual fiind considerate vulnerabile acele familii în care există abuz de alcool sau droguri (al unuia sau multor membri), abuz parental sau conflicte, relații disfuncționale și/sau dificultăți materiale grave. Copiii proveniți din aceste familii au risc ridicat de tulburări mentale, abuz de substanțe și dependență la vârsta adolescenței. (Velleman & Templeton, 2007:79–89; Sumnall et al, 2006) Atitudinea față de alcool este puternic mediată de modelul parental. Între 50 și 70 % dintre consumatorii de droguri au avut cel puțin un părinte consumator de alcool, o influență aproape la fel de importantă având-o consumul de alcool în rândul rudelor sau prietenilor. (Hoffmann & Su, 1998: 1351–64; Hibel et al, 2004) Mai mult de jumătate din copiii proveniți din familii monoparentale sau cu mai mulți copii se află la risc de sărăcie. (Bădoiu, 2016) Alături de Lituania, Olanda, Slovacia și Polonia, România se confruntă cu un număr mare al copiilor cu probleme școlare (absenteism, probleme de disciplină, abandonarea studiilor). (EMCDDA, 2008:17)

Tinerii de peste 18 ani care părăsesc sistemul de ocrotire a copiilor fără familii se confruntă cu dificultăți de integrare socială datorită lipsei pregătirii profesionale, a locuinței, a unui loc de muncă și a suportului social. (Bădoiu, 2016)

Tinerii din comunitățile sărace și cele aflate la distanță de municipiile reședință de județ au resimțit în mai mare măsură discriminările legate de accesul la educație și carieră, iar cei proveniți din familii numeroase au resimțit discriminările legate de locuire, obținerea unui loc de muncă și servicii de sănătate. (ibidem) După grupul copiilor aflați în sărăcie, tinerii între 18 și 24 de ani reprezintă al doilea grup social ca mărime aflat la risc de sărăcie, rata sărăciei evoluând cu 7 procente în perioada 2008-2012. (Guvernul României, 2015:24) Pe de altă parte, factorii culturali și ambientali pot influența inegalitățile în ceea ce privește consecințele consumului de alcool.

De exemplu, consumul episodic excesiv de alcool este frecvent la tinerii francezi din mediul rural agricol decât la în rândul celor cu ambii părinți șomeri. În Finlanda abuzul de alcool este însă mai frecvent la tinerii din mediul urban. (WHO, 2014:4, Legleye et al, 2013: 359–66)

Tinerii de etnie romă au un risc de sărăcie substanțial mai ridicat decât restul populației, la care se adaugă riscul de excludere și de marginalizare, stocul educațional scăzut și deficitul de calificare. Diferențele etnice influențează, de asemenea, modelul de consum. În Spania, tinerii romi consumă mai mult alcool decât populația non-romă, în timp ce în Slovacia episoadele de beție sunt mai rare în rândul tineri romi față de cei cu altă apartenență etnică. (Carrasco-Garrido et al, 2011; WHO, 2014:4)

Tinerii fără adăpost reprezintă populația cea mai expusă consumului de substanțe de abuz, alcoolul fiind cea mai răspândită dintre acestea. Ponderea consumatorilor de alcool lipsiți de locuință variază între 30 și 70%, aproape unul din cinci având un consum de tip dăunător. (EMCDDA, 2008)

Politici și strategii de intervenție

Politici și strategii de intervenție la nivel european

În 1992, OMS a inițiat primul plan de acțiune în domeniul prevenirii efectelor dăunătoare ale consumului de alcool pentru cele 52 de state membre ale Regiunii Europene. În 2001, la Stockholm, Suedia, a fost organizată prima conferință ministerială adresată consumului de alcool în rândul tinerilor, *copiii și tinerii* fiind identificați ca grupuri țintă prioritare ale intervențiilor adresate consumului de alcool. În același timp, în ultimele două decenii, OMS a susținut politicile de promovare a echității în domeniul sănătății. În anul 2005, a fost înființată Comisia privind Determinanții Sociali ai Sănătății care a adus un „progres remarcabil în ceea ce privește justificarea studiului inegalităților în domeniul sănătății și a relației dintre politică și sănătate”. (Dragomirișteanu, 2010) *Tratatul de la Lisabona* (2007) a consolidat rolul UE în coordonarea activităților de sănătate publică ale statelor membre și a definit atenția acordată grupurilor vulnerabile ca problemă cheie. (ibidem) Prima *Strategie globală privind combaterea efectelor consumului dăunător de alcool*, lansată în 2006, a fost concepută pentru a ajuta guvernele statelor UE să-și coordoneze acțiunile pentru a reduce efectele negative ale alcoolului. Strategia accentuează impactul negativ pe care îl are abuzul de alcool asupra individului, a familiei și a societății. Protejarea tinerilor, a copiilor și copiilor nenăscuți este prima dintre cele cinci arii prioritare, pentru care sunt furnizate obiective de intervenție la nivelul statelor membre. *Obiectivele principale* ale intervențiilor sunt: întârzierea debutului consumului de alcool, reducerea și minimizarea cantităților de alcool consumate de către adolescenți și reducerea consecințelor pe care copiii le pot suferi în familiile afectate de alcoolism. (WHO, 2013) Strategia europeană “*Sănătatea 2020*” stabilește o agendă ambițioasă și de perspectivă în domeniul ocrotirii sănătății populației, centrată pe bolile netransmisibile și pe factorii de risc, ca priorități în perioada 2012-2020. (WHO, 2013; WHO, 2010) La a 63-a Adunare a OMS, a fost prezentat *Planul European de Acțiune Pentru Reducerea Consumului Dăunător de Alcool*

2012-2020 care oferă dovezi științifice și modele de bună practică privind strategiile de reducere a consumului dăunător de alcool. (idem) Planul de acțiune privind consumul de alcool în rândul tinerilor și episoadele de consum excesiv de alcool trasează acțiuni concrete adresate grupelor de vârstă "tinere": copiii nenăscuți, copiii, adolescenții și tinerii în vârstă de până la 25 ani. (CNAPA, 2014:7-8)

Strategia Europeană privind Alcoolul 2016-2022, elaborată în 2015, păstrează temele prioritare și obiectivele primei Strategii în domeniul alcoolului, susținând îndeplinirea Planului European de Acțiune 2012-2020, adoptat de către toate statele membre ale UE. (Lammerich & Kullas, 2016)

Strategia UE în materie de droguri 2013-2020 oferă cadrul politic general și prioritățile pentru politica UE în domeniul drogurilor și răspunde noilor provocări identificate în ultimii ani, printre care tendința în creștere a politoxicomaniei. (Consiliul European, 2013)

Politici și strategii de intervenție la nivel național

Documentele care orientează activitatea de promovare a unui stil de viață sănătos derivă din *Strategia Națională de Sănătate 2014-2020 „Sănătate pentru prosperitate”*, care preia liniile directoare ale *Strategiei Europene OMS privind Sănătatea Copiilor și Adolescenților în Europa pentru anii 2014-2024* și prevederile *Programului XII de acțiuni al OMS pentru 2014-2019*. (Ministerul Sănătății, 2013)

Organizarea și desfășurarea campaniilor naționale de Informare-Educare-Conștientizare (IEC) privind efectele consumului de alcool sunt prevăzute de *Programul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate* prin *Subprogramul de Evaluare și Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate; domeniu specific: intervenții pentru un stil de viață sănătos*. Campaniile IEC sunt finanțate de către Ministerul Sănătății, iar suportul metodologic este asigurat de către Institutul Național de Sănătate Publică. *Consiliul național pentru coordonarea politicilor și acțiunilor de reducere a consumului dăunător de alcool în România* coordonează politicile și acțiunile naționale de reducere a consumului dăunător de alcool în acord cu prioritățile OMS la nivelul UE și cu situația pe plan național.

Strategia națională în domeniul politicii de tineret pentru perioada 2014-2020 abordează situația și politicile pentru tinerii de 14-35 de ani și ghidează politicile de tineret în direcția convergenței la nivel european. Pentru domeniul "Sănătate, sport și recreere", grupul țintă este reprezentat de tinerii consumatori de droguri și/sau alcool, tinerii cu dizabilități, tinerele mame de 15-19 ani, tinerii infectați cu HIV/SIDA, tinerii afectați de diferite boli psihice, tinerii cu un stil de viață care nu include activități sportive sau culturale. (Ministerul Tineretului și Sportului, 2015)

Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018 are ca obiectiv prevenirea consumului de droguri, inclusiv tutun, alcool și substanțe noi cu proprietăți psihoactive în rândul grupurilor vulnerabile și a populației școlare, prin abordarea factorilor psihosociologici generatori de vulnerabilitate. (Guvernul României, 2015*)

Campanii de Informare-Educare-Conștientizare desfășurate în perioada 2012-2017

“LUNA NAȚIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL”

- **2012** *“Fiți conștienți, alcoolul, distruge viați!”*

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

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

Grupul țintă: adolescenții, tinerii și gravidele

- **2013** *“Alcoolul – destindere, dependență, dezastru!”*

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

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

Grupul țintă: adolescenții și tinerii

- **2014** *“Alcoolul – falsul prieten al familiei tale!”*

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

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

Grupul țintă: populația generală, părinți

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

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

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

Grupul țintă: gravide, femei care intenționează să devină mămici

- **2016** *“Alcoolul îți poate schimba viața...ÎN RĂU!”*

Tema campaniei: Informarea populației cu privire la efectele consumului de alcool asupra sănătății fizice și psihice a copilului, adolescentului și adultului.

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

Grupul țintă: copii, adolescenți, tineri sub 25 ani, părinți

- **2017** *“Nu lăsa alcoolul să-ți hotărască viitorul!”*

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

Scopul campaniei: Promovarea unui comportament responsabil față de consumul de alcool.

Grupul țintă: adolescenți, tineri sub 25 ani

Referințe bibliografice:

1. Furtunescu 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.l.); <http://arps.ro/wp-content/uploads/2013/12/Fact-sheet-rezultate-studiu.pdf>; accesat la 8 mai 2018.
2. Bădoiu V. (2016). Studiul de identificare a nevoilor grupurilor defavorizate, cu risc de marginalizare și excluziune socială. Raport de cercetare. <http://www.agenda21.org.ro/download/STUDIU.pdf>; accesat la 12 aprilie 2018.
3. Blas E, Kurup A. (eds)(2010). Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y; accesat la 12 mai 2018
4. Carrasco-Garrido P, Lopez de Andres A, Barrera Hernandez V, Jimenez-Trujillo I, Jimenez-Garcia R. (2011). Health status of Roma women in Spain. *Eur J Pub Health*. 21(6):793-98. <https://academic.oup.com/eurpub/article/21/6/793/493583>; accesat la 12 mai 2018.
5. CNAPA (2014). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) 2014-2016; (f.e.)(f.l.); http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf; accesat la 12 aprilie 2018.
6. Commission of European Communities (2006). Communication From The Commission To The Council, The European Parliament, The European Economic And Social Committee And The Committee Of The Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm. (f.e.) Brussels; https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com_625_en.pdf; accesat la 18 aprilie 2018.
7. Consiliul European (2013). Strategia Uniunii Europene în materie de droguri 2013-2020; <http://www.consilium.europa.eu/ro/documents-publications/publications/european-union-drugs-strategy-2013-2020/>; accesat la 12 mai 2018.
8. Donaldson L. (2009). Guidance on the Consumption of Alcohol by Children and Young People. (f.e.)(f.l.); http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130104153257/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_110256.pdf; accesat la 8 mai 2018.
9. Dragomirișteanu A. (2010). Reducerea inechităților în sănătate: prioritate pentru politicile și măsurile Europene. *Management in Health*, vol 14 No 3 (2010). <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/article/view/141/359>; accesat la 8 mai 2018.
10. EMCDDA (2008). Drugs and vulnerable groups of young people. Identifying groups most at risk of developing drug problems. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/499/EMCDDA_SI08_vulnerable-young_121281.pdf; accesat la 12 aprilie 2018.
11. EMCDDA (2016). ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; <http://www.espad.org/sites/espad.org/files/TD0116475ENN.pdf>; accesat la 12 aprilie 2018.
12. EuroHealthNet (2015). Îmbunătățirea echității în domeniul sănătății prin acțiuni pe parcursul vieții Rezumatul privind statisticile și recomandările din proiectul DRIVERS. Aut: Åberg M, Bergqvist Y.K, Ford R, Hagan S, Hoven H, Jones S et al. Goldblatt P, Siegrist J, Lundberg O, Marinetti C, Farrer L, Costongs C (eds). London: UCL Institute of Health Equity; https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/health-gradient/DRIVERS_Recommendations_Romanian.pdf; accesat la 8 mai 2018.
13. European 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 la 12 mai 2018.
14. European Committee of the Regions (2016). The 8th Commission meeting, 10 May 2016. Working Document. Commission for Natural Resources. The need for and way towards an EU strategy on alcohol-related issue; <http://cor.europa.eu/en/activities/opinions/pages/opinion-factsheet.aspx?OpinionNumber=CDR%201831/2016>; accesat la 12 aprilie 2018.
15. Eurostat Statistics explained (2016). Life expectancy at age 65. YB16.png; http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics; accesat la 10 aprilie 2018.
16. Furtunescu F, Galan A, Mihăescu C. (2017) Consumul de alcool generează internări de aproape 25 milioane de euro anual. *Viața Medicală* (19): 1425; http://www.viata-medicala.ro/Consumul-de-alcool-genereaza%20C4%83-internari-de-aproape-25-milioane-de-euro-anual.html*articleID_8020-dArt.html; accesat la 12 aprilie 2018.
17. General Secretariat of the Council (2013). European Union Drugs Strategy 2013–2020. Luxembourg: Publications Office of the European Union; http://www.consilium.europa.eu/media/30727/drugs-strategy-2013_content.pdf; accesat la 12 aprilie 2018.
18. Guvernul României (2005). Memorandumul Comun în Domeniul Incluziunii Sociale; http://www.mmuncii.ro/pub/imagemanager/images/file/Domenii/Incluziune%20si%20asistenta%20sociala/Proiecte_cu_finatare_externa/2%20-%20JIM_Romania.pdf; accesat la 12 mai 2018.
19. Guvernul României (2007). Planul Național de Dezvoltare 2007-2013, Axa Prioritară 6: Promovarea incluziunii sociale, promovarea ocupării și incluziunii sociale și întărirea capacității administrative; http://discutii.mfinante.ro/static/10/Mfp/pnd/documente/pnd/PND_2007_2013.pdf; accesat la 8 mai 2018.
20. Guvernul României (2015)*. Programul național de prevenire și asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2015-2018; <https://lege5.ro/Gratuit/g43demztgq/programul-national-de-prevenire-si-asistenta-medicala-psihologica-si-sociala-a-consumatorilor-de-droguri-2015-2018-din-19082015>; accesat la 12 mai 2018.
21. Guvernul României (2015). Strategia națională privind incluziunea socială și reducerea sărăciei pentru perioada 2015-2020; http://www.mmuncii.ro/j33/images/Documente/Familie/2016/SF_BancaMondiala_RO_web.pdf; accesat la 18 aprilie 2018.
22. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T et al. (2004). The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group; [http://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkpozje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=898675](http://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkpozje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=898675)
23. Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, Balakieva O, Bjamson T, Kokkavi A. et al. (2009) The 2007 ESPAD Report. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf; accesat la 8 mai 2018.
24. Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, Balakieva O, Bjamson T, Kokkavi A. et al. (2012) The 2011 ESPAD Report. Stockholm, Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs; http://www.espad.org/sites/espad.org/files/The_2011_ESPAD_Report-FULL_2012_10_29.pdf; accesat la 2 mai 2018.
25. Hingson R.W, Heeren T, Winter M. (2006). Age at Drinking Onset and Alcohol Dependence. Age at Onset, Duration, and Severity. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(7):739-746; <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/205204>; accesat la 12 mai 2018.
26. Hoffmann J.P, Su S. (1998). Parental substance use disorder, mediating variables and adolescent drug use: a non-recursive model. *Addiction* 93(9): 1351–1364, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1360-0443.1998.93913516.x>; accesat la 18 aprilie 2018.
27. INSP. CNEPSS (2015). Raportul Național de Sănătate a Copiilor și Tinerilor din România 2015. București: Ed. Univ. "Carol Davila"; <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/01/Raport-National-de-Sanatate-a-Copiiilor-si-Tinerilor-din-Romania-2015.pdf>; accesat la 12 mai 2018.
28. Lammerich S, Kullas M. (2016). Alcohol Strategy 2016–2022 A feasible tool for consumer protection?; https://www.cep.eu/Studien/cepInput_Alkoholstrategie/cepInput_Alcohol_Strategy.pdf; accesat la 12 mai 2018.

29. Legea 219/2015 privind economia socială (actualizată 2018); <https://lege5.ro/Gratuit/g4ztombzqg/legea-nr-219-2015-privind-economia-sociala/2>; accesat la 12 mai 2017.
30. Legleye S, Janssen E, Spilka S, Le Nézet O, Chau N, Beck F. (2013). Opposite social gradient for alcohol use and misuse among French adolescents. *Int J Drug Policy* 2013 Jul;24(4):359–366; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23352334>, accesat la 12 mai 2018.
31. Marshall (2014). Adolescent Alcohol Use: Risks and Consequences. *Alcohol and Alcoholism*.49(2):160–164; <https://academic.oup.com/alcac/article/49/2/160/205895>, accesat la 8 mai 2018.
32. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). A study by the Spanish Ministry of Health shows the Roma population in Spain have a worse health situation than the general population; <https://www.gitanos.org/actualidad/archivo/118713.html>; accesat la 12 mai 2018.
33. Ministerul Tineretului și Sportului (2015). Strategia Națională în domeniul tineretului 2015-2020; <http://gov.ro/ro/guvernul/sedinte-guvern/comunicat-de-presa-privind-strategia-nationala-in-domeniul-politicii-de-tineret-pentru-perioada-2015-2020>; accesat la 8 mai 2018.
34. Ministerul Sănătății (2011). Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective. 21 martie 2011.
35. Ministerul Sănătății (2013). Strategia națională de sănătate 2014-2020; http://www.adrvaanderen.be/wp-content/uploads/2014/10/Anexa-1-Strategia-Nationala-de-Sanatare_886_1761.pdf; accesat la 12 mai 2018.
36. Ministerul Sănătății (2014). Strategia Națională de Sănătate 2014-2020; <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatare-2014-2020>; accesat la 12 aprilie 2018.
37. Ministerul Sănătății (2011) Rezultatele studiului național în școli privind consumul de tutun, alcool și droguri. (ESPAD 2011)-Sinteză (f.e.)(f.l.); <http://www.ana.gov.ro/studii/Sinteza%20rezultatelor%20studiului%20ESPAD%202011.pdf>; accesat la 10 aprilie 2017.
38. Ministerul Sănătății. INSP. CRSP Cluj (2009). Identificarea, cuantificarea și monitorizarea comportamentelor cu risc pentru sănătate la elevi (fumat, consum de alcool, droguri, comportament alimentar, activitate fizică, agresiuni fizice. Sinteză națională pentru anul 2009 (f.e); http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2014/12/SINTEZA.YRBSS_.2009.pdf; ccesat la 8 martie 2018.
39. OEDT (2008). Rezumat – extras. Drogurile și grupurile vulnerabile de tineri.RO:3; http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/930/downloads/att_64236_RO_VulnerableGroupsSummary_RO2008Final.pdf; accesat la 25 aprilie 2018.
40. RARHA (2016) Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. Moskalewitz J, Room R, Thom B. (eds) (f.e)(f.l.); <http://www.rarha.eu/NewsEvents/LatestNews/Lists/LatestNews/Attachments/36/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20%20across%20the%20EU%20%E2%80%93%202018.pdf>; accesat la 13 aprilie 2018.
41. Shield 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; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/319122/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-19902014.pdf?ua=1; accesat la 8 mai 2018.
42. Steffens, R. & Sarrazin, D. (2016). Guidance to reduce alcohol-related harm for young people. Background paper. Münster: LWL-Coordination Office for DrugRelated IssuesStolle 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 la 12 mai 2018.
43. Sumnall H, Jones L, Burrell K, Witty K, McVeigh J, Bellis M. (2006). Annual Review of Drug Prevention, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool. https://www.drugsandalcohol.ie/6196/1/NCCDP_annual_report_2006.pdf, accesat la 2018.
44. UNDP (2016). Human Development Reports; <http://hdr.undp.org/en/countries>, accesat la 29 aprilie 2018.
45. Van Hoof J.J, Moll M. (2012). Adolescent Alcohol Consumption in Romania: A Blueprint for Measuring Alcohol (mis)Use. *Rev cercet și interv soc:* (37):77-90; https://www.rcis.ro/images/documente/rcis37_04.pdf; acesat la 4 martie 2018.
46. Velleman R, Templeton L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*,13(2), 79-89. doi:10.1192/apt.bp.106.002386 WHO (2012). European action plan to reduce harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen:Regional Office for Europe; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1, accesat la 5 mai 2018.
47. WHO (2013). Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being. Copenhagen:Regional Office for Europe; http://md.one.un.org/content/dam/unct/moldova/docs/pub/Health2020-Short_ENG_2.pdf; accesat la 12 aprilie 2018.
48. WHO (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_file/0003/247629/Alcohol-and-Inequities.pdf?ua=1influence; accesat la 10 aprilie 2018.
49. WHO (2016). World health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs. France; http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/; accesat la 12 aprilie 2018.
50. World Bank (2015). Locuirea în România. Către o strategie națională în domeniul locuirii. <http://documents.worldbank.org/curated/en/722941468586112365/pdf/106856-WP-v1-P150147-ROMANIAN-PUBLIC-RomaniaHousingRASOutputFinalHousingAssessmentROM.pdf>, accesat la 2 mai 2018.