



INSTITUTUL NAȚIONAL
DE SĂNĂTATE PUBLICĂ



CENTRUL NAȚIONAL DE EVALUARE ȘI
PROMOVARE A STĂRII DE SĂNĂTATE



CENTRUL REGIONAL DE
SĂNĂTATE PUBLICĂ SIBIU

Analiză de situație

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

*Nu lăsa
alcoolul
să-ți hotărască
viitorul!*



Consumul de alcool în lume

Prevenirea consecințelor consumului dăunător de alcool reprezintă una dintre ariile de prioritate ale sănătății publice. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a introdus alcoolul ca prioritate a agendei de sănătate publică încă din anul 1980, în Programul *Sănătate pentru Toți*, în timp ce prima strategie de prevenire a efectelor consumului dăunător de alcool a fost lansată de Uniunea Europeană (UE) în anul 2006.

În Europa, alcoolul reprezintă al treilea factor de risc pentru boală și moarte prematură, după fumat și hipertensiunea arterială. (*WHO, 2012, p.1*)

Conform OMS, consumul anual de alcool este de 6,3 litri alcool pur per persoană în vârstă de 15 ani și peste, corespunzător a 13,5 grame de alcool pur pe zi. (*WHO, 2016, p.29*)

Cu un consumul total de alcool de 10,9 litri alcool pur per persoană în vârstă de 15 ani și peste, continentul european înregistrează cel mai înalt nivel al consumului de alcool. Alcoolul neînregistrat, produs în gospodării, obținut și comercializat în afara regimului guvernamental de control, reprezintă 1,9 litri alcool (aproximativ 17% din consumul total de alcool), ponderea acestuia fiind relativ constantă în ultimele două decenii (20,5% în 1990, 18,5% în 2012), valori mai înalte întâlnindu-se în țările Federației Ruse și limitrofe. (*Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. 2016, p. 145-146; Shield et al, 2016, p. VIII-IX*)

Între nivelul consumului de alcool și gradul de dezvoltare economică a unei țări (reflectat în Produsul Intern Brut) pe de o parte și consumului neînregistrat de alcool pe de altă parte există o relație invers proporțională, astfel, în țările sărace și cele în curs de dezvoltare, consumul de alcool rămâne la cote înalte pe seama alcoolului produs în gospodării. (*WHO, 2011, p.5; Shield et al, 2016, p.2*)

Tendințe ale consumului de alcool în ultimii 25 ani

Trendul consumului de alcool și efectele consumului dăunător de alcool asupra sănătății sunt dependente atât de contextul socio-economic și cultural al unei țări, de disponibilitatea alcoolului și de eficacitatea politicilor naționale în domeniul alcoolului, cât și de volumul de alcool consumat, de modelul de consum și, uneori, de calitatea alcoolului. Din acest motiv, povara bolilor și mortalității atribuibile alcoolului sunt mai înalte în țările sărace. (*WHO, 2011, p. X-XII; WHO, 2014, p. XIII*).

În ultimii 25 ani, consumul global de alcool a crescut cu 10% pe seama creșterii cantităților de alcool consumate în unele regiuni ale Asiei, China, India, Africa. Deși, în decursul ultimelor două decenii, regiunea europeană a înregistrat o reducere cu 11% a consumului de alcool, Europa continuă să fie continentul cu cel mai înalt nivel al consumului de alcool, fiind urmată de continentul american, China, unele țări din Africa, sud-estul Asiei și regiunea Mediteranei de est. (*Steffens R. et al, 2016, p.14*) În anul 2009, rata consumului de alcool în UE a depășit dublul consumului mediu global. (*WHO, 2012, p.1*)

Ultimele două decenii au adus schimbări semnificative în comportamentul consumatorilor de alcool europeni, având un impact decisiv asupra poverii bolilor și mortalității atribuibile alcoolului. La începutul anilor '90, țările mediteraneene dețineau primele ranguri ale consumului de alcool, în timp ce țările est europene înregistrau valori semnificativ sub media europeană. Tendința descrescătoare a consumului de alcool a început să devină manifestă începând din anul 1990 și s-a accentuat în special în ultimii ani ai intervalului 1990-2014, fiind semnificativă în țările mediteraneene (mai puțin cu 34% pentru toate țările mediteraneene) și central-vest europene (mai puțin cu 22%), în timp ce în țările din estul și sud-estul Europei consumul de alcool s-a menținut la un nivel relativ constant. Trendul descrescător al consumului s-a datorat în principal reducerii consumului de vin în țări ca Franța, Italia, Portugalia, Spania, cu o populație numeroasă, având până în deceniul trecut un consum preferențial tradițional de vin. (*Shield et al, 2016, p. 11*)

La nivel mondial, doar 61,7% din populația în vârstă de 15 ani și peste nu a consumat alcool în ultimele 12 luni. (*WHO, 2014, p. 33*) Peste 16% din populație s-a angajat în episoade de consum excesiv de alcool. (*ibidem, p. XIV*) În toate regiunile OMS, bărbații sunt mai frecvent consumatori de alcool, experimentează de patru ori mai frecvent episoade de consum excesiv și au o pondere mai înaltă a dizabilităților și mortalității atribuibile alcoolului. (*WHO, 2011, p. X-XII*)

Aproximativ 266 milioane de europeni adulți se declară consumatori de alcool în cantități de până la 20 g în rândul populației feminine, respectiv 40 g în rândul populației masculine. Aproximativ 58 milioane (15%) depășesc acest prag, 20 milioane (6%) consumă zilnic mai mult de 40 g alcool la femei sau 60 g alcool la bărbați, iar 23 milioane sunt dependenți de alcool (5,4% din bărbații de vârstă activă și 1,5 % din femei). (*Anderson & Baumberg, 2006, p.3; ARPS, 2013*)

Deși multe femei stopează consumul de alcool pe durata sarcinii, între 25% și 50% din gravide continuă să bea, înregistrând uneori modele de consum dăunător. (*Anderson & Baumberg, 2006, p. 3*)

Evaluarea modelului de consum de alcool

Evaluarea frecvenței consumului indică islandezii, maghiarii, estonienii și lituanienii ca fiind băutorii care consumă alcool mai rar decât o dată pe săptămână, dar cu un model de consum al unor cantități mari (consum excesiv), în timp ce bulgarii, portughezii, spaniolii, italienii și croații consumă alcool zilnic sau aproape zilnic. (*Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report, 2016, p. 74*)

Bulgarii cumulează cel mai mare număr de zile de consum de alcool într-un an (189 zile), urmați de portughezi, spanioli, italieni, croați. La polul opus se află lituanienii, care consumă alcool în medie 53 zile dintr-un an. Românii se situează la jumătatea spectrului frecvenței consumului de alcool. (*ibidem, p. 84*)

Preferințele pentru un anumit tip de băutură reflectă variații geografice importante, dar și modificări istorice ale obiceiurilor de consum. Sumarizând tiparele de consum ale europenilor adulți, statele europene pot fi grupate în *cluster*, cu modele de consum similare: (*WHO, 2012, p. 4*)

- țările central-estice și est europene, cu o apartenență relativ recentă la UE, înregistrează rate ale consumului de alcool superioare mediei UE, cu nivele înalte ale consumului de alcool

neînregistrat. Băuturile spirtoase ocupă o pondere importantă în cadrul tipului de alcool consumat, în timp ce preferințele pentru vin sau bere diferă în proporții semnificative.

- în țările central-vestice și vest europene cu excepția Franței, berea este băutura preferată. Modelul de consum este de tip mediteranean, iar toleranța socială pentru episoadele de ebrietate este redusă, cu excepția Marii Britanii și Irlandei, a căror model de consum și tradiție culturală sunt mai apropiate de cel al țărilor nordice;
- țările nordice și nord-est europene se definesc printr-un nivel de consum redus față de media UE, preferință pentru băuturile spirtoase, consum de alcool episodic (non-zilnic), episoade de consum excesiv de alcool și toleranță socială crescută pentru stările de ebrietate;
- țările sud europene se caracterizează printr-un model de consum de tip mediteranean, cu un consum de alcool regulat (zilnic sau aproape zilnic), frecvență redusă a episoadelor de intoxicație acută și toleranță socială redusă pentru starea de ebrietate. Cu excepția Ciprului și a Maltei, nivelele de consum sunt înalte.

America de Sud este regiunea care înregistrează, de asemenea, ponderi semnificative ale consumatorilor de vin, Argentina și Chile fiind țări tradițional producătoare de vin. (WHO, 2011, p. 6-7)

Berea, consumată de 36% dintre băutori, este preferată în emisfera vestică, cea mai mare parte a Europei de Nord, multe dintre țările Africii și Australia. În regiunea Africii sub-Sahariene, unde nivelele de consum sunt reduse, berea și băuturile spirtoase sunt consumate în proporții relativ egale.

Băuturile spirtoase, reprezentând peste 45% din totalul consumului înregistrat de alcool, sunt preferate de lituanieni (80,6% din băutori), danezi (78,1%) și bulgari, dar și de locuitorii Asiei de Sud-Est și ai Pacificului de Nord. (Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report, 2016, p. 78; WHO, 2011, p. 6-7)

Episoadele de consum excesiv de alcool

Consumul excesiv (de risc) de alcool definește consumul de alcool care conduce la intoxicație alcoolică acută, asimilat consumului ce depășește pragul de 60 g alcool pur la bărbați, respectiv 40 g alcool la femei, cu o ocazie. Noțiunea a fost introdusă pentru a estima ponderea consumului de alcool periculos pentru sănătate din cauza consecințelor medicale (acute și cronice), sociale și legale, având, din acest punct de vedere, o valoare înalt predictivă. Consumul episodic excesiv se referă la episoade de consum a unor cantități mari de alcool, cu o durată mai mare de o zi, alternând cu perioade de abținere sau consum ușor sau moderat de alcool. Locuitorii țărilor nordice, dar și românii, sunt între băutorii cu un consum episodic excesiv de alcool. (Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report, 2016, p. 94-96)

Contextul consumului de alcool

Deși băutul este prin excelență o activitate socială, contextul uzual al consumului de alcool este asociat cu rata poverii bolii atribuibile alcoolului. Consumul de alcool în compania prietenilor este considerat un factor mai puțin nociv decât consumul de alcool de unul singur. Băutul în localuri publice sau în spații exterioare (parcuri, pe străzi) este rar în țările aparținând blocului estic (România, Ungaria, Polonia, Estonia, Lituania). Aproximativ 95% din lituanieni, 92% din danezi și finlandezi, 60% din spanioli și americanii beau frecvent acasă. (*Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report, 2016, p. 119-136*)

Povara bolilor atribuibile alcoolului

Alcoolul este implicat în producerea a peste 200 boli diferite, clasificate în International Classification of Diseases 10 (ICD-10), între care tulburări neuropsihiatrice (epilepsie, depresie, anxietate și altele), boli gastrointestinale (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 (ex. pneumonie, tuberculoză), vătămări intenționale și non-intenționale (auto și heteroagresivitate, suicid, omor, intoxicații accidentale, accidente rutiere, domestice sau profesionale). (*WHO, 2014, p. 2-12*)

Din cei peste 266 milioane de europeni care consumă alcool cel puțin ocazional, 58 milioane sunt mari băutori, iar 23 milioane sunt dependenți de alcool (5,4% dintre bărbații și 1,5% dintre femeile din grupa de vârstă activă). (*Anderson & Baumberg, 2006, p. 3; ARPS, 2013*) Nouă din 10 persoane dependente de alcool nu primesc tratament. (*Rehm et colab. 2012, cit de ARPS, 2013*)

În 2012, 139 milioane DALY (5,1% din povara globală a bolii) s-au atribuit deceselor premature și dizabilităților atribuibile alcoolului, cea mai înaltă rată fiind înregistrată la nivelul UE. Peste 7,4% din povara bolilor atribuibile consumului de alcool s-a înregistrat în rândul bărbaților și 1,4% la femei. (*WHO, 2014, p.XIV*) Cu toate acestea, impactul consecințelor medico-sociale ale consumului de alcool este semnificativ mai mare în rândul populației feminine. Morbiditatea și mortalitatea asociate alcoolului au crescut semnificativ în rândul populației feminine față de valoarea înregistrată în urmă cu un deceniu. (*ibidem, p. 8; CNAPA, 2014, p. 2*)

Mai mult de 3 milioane decese anual sunt determinate de cauze asociate consumului de alcool, reprezentând mai mult de trei pătrimi din mortalitatea globală la nivelul regiunii europene OMS (7,6% din decese la bărbați și 4% din decese în rândul femeilor). (*Shield et al, 2016, p. 16*)

Deși în ultimii 25 ani consumul de alcool a scăzut în regiunea europeană OMS, povara mortalității atribuibile alcoolului înregistrează o creștere de 4% față de anul 1990, în principal prin contribuția mortalității înalte la nivelul țărilor din regiunea est europeană (+22% în anul 2013 față de 1990) și a țărilor sud-est europene (+65 față de anul 1990). Modelul de consum excesiv de alcool, caracteristic țărilor nordice,

țărilor baltice și României, precum și creșterea ratei mortalității globale la adulți și speranța de viață redusă (în mod particular în țările est europene) sunt principalii factori care determină acest decalaj. În țările în care scăderea consumului de alcool a fost semnificativă și stabilă, povara bolilor asociate consumului de alcool s-a redus proporțional. Astfel, în 2014, mortalitatea atribuibilă alcoolului a atins valoarea de 5% în țările central și vest europene (cu 25% mai puțin față de 1990), 12% în țările Mediteranei de sud (cu 27% mai puțin față de 1990) și 14% în țările central-est europene (cu 15% mai puțin față de 1990), reprezentând cele mai scăzute valori din ultimii 25 de ani. (*ibidem*, p. IX) La polul opus, se află țările est europene, cu nivele înalte și tendințe crescătoare ale consumului de alcool, unde decesele atribuibile alcoolului dețin peste 54% din decesele de toate cauzele. (*ibidem*, p. IX)

Povara mortalității atribuibile alcoolului

Bolile cardiovasculare, ciroza hepatică, cancerul și traumatismele intenționale și nonintenționale sunt principalele cauze de deces, deținând 88% din mortalitatea atribuibilă alcoolului (90% pentru sexul feminin și 87% pentru sexul masculin), respectiv 76% din mortalitatea de toate cauzele, contribuția cea mai importantă fiind atribuibilă bolilor cardiovasculare. (*ibidem*, p.16)

Mortalitatea prin boli cardiovasculare atribuibile alcoolului variază între 5% în țările central și central-vest europene și 54% în țările cu un nivel înalt al consumului și model de consum episodic excesiv (Belarus, Kazahstan, Kirgistan, Republica Moldova, Ucraina). Prevalența patologiei cardiace determinată de alcool este puternic subestimată, în condițiile în care este imposibil să poată fi corelate, în mod sistematic, simptomatologia cardiacă cu volumul și modelul consumului de alcool pentru fiecare pacient, dar și ca urmare a deficitului de studii epidemiologice serioase în majoritatea țărilor. ((*ibidem*, p.19; 32-36)

Ciroza hepatică înregistrează rate înalte ale mortalității în toate țările central-est și est europene, în special în regiunile unde există o producție tradițională de băuturi spirtoase din fructe cu semințe (Ungaria, România, Slovacia, Slovenia). Cele mai ridicate rate ale mortalității prin ciroză hepatică se întâlnesc în Kirgistan (475,4 cazuri/milion); Kazahstan, Turkmenistan și Uzbekistan, (aproximativ 340 cazuri/milion), hepatita B și C fiind, de asemenea, un factor de risc pentru aceste populații. La polul opus, se situează țările vest europene cu nivele reduse ale mortalității prin ciroză hepatică (între 41 și 155 cazuri/milion) și rate progresiv descrescătoare în ultimele decenii. Pe de altă parte, Republica Moldova, România și Slovacia înregistrează rate ale mortalității prin ciroză hepatică mai înalte decât cele așteptate pentru volumul de alcool consumat, fapt care poate fi asociat cu nivelele mari de consum al spirtoaselor obținute în gospodăriile din fructe ale căror semințe nu sunt separate în procesul de obținere a băuturii. (*ibidem*, p.18-27)

Cancerul asociat consumului de alcool are o pondere de peste 10% din totalul cancerelor și înregistrează valori înalte ale prevalenței în țările estice și central-est europene, unde consumul de alcool se menține la nivele înalte. Valori inferioare mediei europene se regăsesc în țările care au înregistrat reduceri semnificative și stabile ale consumului de alcool pe parcursul ultimelor decenii. (*ibidem*, p.18-19; 27-31)

Povara mortalității prin vătămări corporale s-a redus în perioada 1990-2014 cu 9% pentru vătămurile intenționale și cu 27% pentru cele nonintenționale. Lituania și România se află în topul țărilor cel mai

afectate de violența determinată de consumul de alcool. Deși în majoritatea țărilor europene ponderea tinerilor implicați în conflicte declanșate de consumul de alcool este disproporționată față de alte grupe de vârstă, în țările caracterizate prin episoade de consum excesiv de alcool (Lituania, România, Bulgaria) toate grupele de vârstă sunt afectate în proporții relativ egale. (*ibidem*, p.18-19; 36-51)

Costurile asociate consumului de alcool

Conform unui metastudiu din 2006, costurile societale ale consumului de alcool se ridică la aproximativ 1,3% din Produsul Intern Brut al unei țări. (*Committee of the Regions, 2016*) În anul 2010, la nivelul UE, costurile asociate consumului de alcool au fost estimate la 155,8 miliarde €, cuantumul major al acestora 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 estimate, în 2006, la 33 miliarde € anual. (*CNAPA, 2016, p. 2*)

Consumul de alcool în România

Conform profilului de țară prezentat în cel mai recent Raport asupra alcoolului și sănătății al OMS, în anul 2010, consumul de alcool pur/capita la populația în vârstă de 15 ani și peste a fost de 14,4 l, înregistrând o tendință crescătoare în ultimul deceniu. Din acest consum, 10,4 litri alcool reprezintă consumul înregistrat, iar 4 litri reprezintă consumul de alcool neînregistrat, menținut la un nivel constant. Consumul mediu de alcool pur în rândul bărbaților este de 22,6 litri, respectiv 6,8 litri în rândul femeilor. Consumul de alcool raportat exclusiv la populația consumatoare de alcool de 30,7 litri alcool pur per persoană în rândul bărbaților și de 10,9 litri alcool pur per persoană în rândul femeilor, media consumului de alcool în rândul populației băutoare fiind de 21,3 litri alcool pur per capita. Numai 14,3% din populația de peste 15 ani nu a consumat niciodată alcool (7,6% din bărbați și 29,3% dintre femei), în timp ce două treimi din populație consumă alcool regulat. (*WHO, 2014, p.232*)

Peste 28% din români depășesc pragul limită de 60/40 grame alcool pur consumat, iar peste 10% depășesc 120 grame alcool pur la bărbați sau 80 grame la femei ocazional, înscriindu-se în categoria băutorilor cu consum episodic excesiv extrem. Prevalența episoadelor de consum dăunător de alcool a fost de 18,7 % în rândul bărbaților băutori și 2,7 % în rândul femeilor, ponderea cumulată a episoadelor de consum excesiv pentru ambele sexe fiind de 7,5% din populația generală, respectiv 11,1% din populația care se autodeclară băutoare. (*Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report, 2016, p. 96*) Cu un volum de alcool cuprins între 75 și 100 g alcool consumat cu o ocazie, România ocupă locul 5 (după Islanda, Danemarca, Finlanda și Suedia) în topul țărilor cu un model de consum excesiv de alcool. (*ibidem*, p.95)

Berea este băutura preferată a românilor, pentru toate grupele de vârstă, fiind consumată de 70% din tinerii de 18-34 ani și aproximativ 60% din persoanele de 35-65 ani. Mai puțin de 60% din români consumă

vin. Consumul spirtoaselor este de 39% în rândul tinerilor sub 35 ani și aproximativ 42% pentru populația în vârstă de 35-65 ani. (*ibidem*, p. 78)

Peste 10% din români beau acasă, singuri, cel puțin o dată pe săptămână, dar mai puțin de o treime consumă alcool în compania membrilor familiei, aproximativ 50% consumă alcool în mod obișnuit în localuri publice și doar 9% beau în parcuri sau pe străzi. (*ibidem*, p. 118-135)

Influența regiunii geografice asupra modelului de consum are o semnificație relativă, transilvănenii înregistrând cel mai mare număr de abstenenți, bucureștenii sunt mai degrabă băutori „light” („ușori”, consum scăzut până la moderat), iar moldovenii și muntenii sunt prezenți mai frecvent în zona consumului „medium” (moderat) și „hard” („greu”, consum excesiv). Mai mult de jumătate (52%) dintre băutorii „hard” și 42% dintre consumatorii „medium” sunt fumători zilnici. (*MS. CSP Sibiu, 2005, p. 23-25*)

Povara bolii atribuibilă alcoolului în România

Conform rezultatelor studiilor internaționale, în România, 15.175 decese sunt cauzate în fiecare an consumului de alcool, din care 11.659 în rândul bărbaților și 3.516 în rândul femeilor. (*Rehm et colab. 2012, cit de ARPS, 2013*) Prevalența tulburărilor induse de alcool în rândul populației de 15 ani și peste este de 2,4% (3,7% în rândul bărbaților și 1,1% în rândul femeilor, valori inferioare mediei UE (7,4% la bărbați, respectiv 1,4% la femei), al căror decalaj față de media europeană ridică problema subraportării patologiei psihosomatice atribuibile alcoolului. În ceea ce privește dependența de alcool, 2% din românii în vârstă de 15 ani și peste sunt dependenți de alcool față de 4% la nivelul UE. (*WHO, 2014, p.232*)

Într-o notă din anul 2011, Ministerul Sănătății estimează valori superioare celor indicate de studiile internaționale: „în România mor anual peste 17.000 de oameni în urma consumului de alcool, iar peste jumătate dintre aceștia mor în perioada activă a vieții lor (între 20 și 64 de ani)... Mortalitatea la vârsta adultă (20-64 de ani), atribuibilă consumului de alcool în România, este de trei ori mai mare la bărbați, respectiv de 1,5 ori mai mare la femei, comparativ cu UE 15 (statele membre până în 2004)... Între cauzele de mortalitate atribuibile consumului de alcool se numără accidentele (mortalitate de trei ori peste media UE 15), bolile cardiovasculare (mortalitate de două ori media UE15 - statele membre noi - și de opt ori media UE 15) și ciroza hepatică (mortalitate peste dublul țărilor UE 15)”. (*MS, 2011*) Cu aceste valori, România înregistrează cea mai înaltă rată standardizată a mortalității atribuibile alcoolului din UE în rândul femeilor și locul 4 la bărbați (după Estonia, Letonia și Lituania). (*Rehm et colab. 2012, cit de ARPS, 2013*)

Peste 14% din anii potențiali de viață la femei și 25,4% la bărbați sunt pierduți prin decese atribuibile alcoolului. (*Furtunescu et al, 2013*) Aproximativ 4% din deficitul speranței de viață la femei și 18% la bărbați sunt puse pe seama consumului nociv de alcool, în condițiile în care România (alături de Ungaria și Letonia) înregistrează cea mai redusă speranță de viață din cele 28 state ale UE, cu un deficit de 11,8 ani față de media UE. (*Eurostat Statistics, 2014*)

În anul 2012, aproape 70.000 cazuri cu patologie asociată consumului de alcool au fost externate, totalizând 572.549 zile de spitalizare, un cost de 1.537,6 RON/caz (superior mediei

naționale a tarifului pe caz) și un cost total al asistenței de sănătate de rambursat de CNAS echivalent a 25 milioane €. (Furtunescu et al, 2013; ARPS, 2013)

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). Două treimi din cazurile internate au prezentat patologii hepatobiliară și aproape un sfert tulburări mentale induse de consumul de alcool. Aproape jumătate dintre aceste cazuri au prezentat complicații. Dintre cazurile spitalizate, 73,82% au fost reprezentate de tulburări ale sistemului hepatobiliar și ale pancreasului și 22,28% au fost tulburări mentale organice induse de alcool. Aproape jumătate (46,3%) din cazurile spitalizate au prezentat complicații. (*idem*)

Cel puțin 53% din români declară că au fost victime ale unor agresiuni pe fondul consumului de alcool, valoare care situează România pe locul 2, după Lituania, din punct de vedere al numărului victimelor violenței determinate de consumul de alcool și pe locul 3 (după Lituania și Bulgaria) din punct de vedere al ponderii femeilor ca victime în conflicte declanșate sub influența alcoolului. (*Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report, 2016, p. 18-194*)

Tendențe și caracteristici ale consumului de alcool în rândul adolescenților și tinerilor

Consumul de alcool la adolescenții și tinerii europeni

În timp ce consumul mediu de alcool în UE a scăzut, ponderea adolescenților și adulților tineri afectați de efectele consumului nociv de alcool a crescut în ultima decadă în numeroase state UE. Populația europeană tânără reprezintă în mod particular o populație la risc, cu o mortalitate de peste 10% în rândul femeilor și aproximativ 25% în rândul bărbaților în vârstă de 15-29 ani, ca urmare a modelelor de consum nociv de alcool. (*Commission of European Communities, 2006*)

Conform ESPAD 2011, în toate țările europene, cu excepția Islandei, peste 70% din adolescenții în vârstă de 15-16 ani au consumat alcool cel puțin o dată în viață. În peste 50% din cazuri, preferințele băieților se îndreaptă spre bere, iar ale fetelor spre băuturile spirtoase. Evaluarea frecvenței consumului de alcool indică 79% din adolescenți ca fiind consumatori de alcool în ultimele 12 luni și 37% în ultimele 30 zile. (*Hibell et al, 2011, cit. de Steffens & Sarrazin, 2016, p. 13*)

Aproximativ 60% din adolescenți au început să consume alcool înaintea vârstei de 13 ani, iar 12% din aceștia au experimentat primul episod de ebrietate la această vârstă. Identificarea vârstei de debut a consumului de alcool este esențială în planificarea strategiilor de intervenție, în condițiile în care debutul consumului de alcool înaintea vârstei de 15 ani este asociat cu un risc de 4 ori mai mare de a dezvolta

dependență la alcool de la o vârstă tânără, iar consumul de alcool înaintea vârstei de 13 ani induce un risc de 7 ori mai mare de a adopta un model de consum excesiv de alcool față de adolescenții care încep să consume alcool după vârsta de 17 ani.

Modelul de consum excesiv este experimentat constant de 39% din tineri, fiind mai frecvent în țările nordice, Marea Britanie, Irlanda, Franța, Monaco, Belgia, Estonia și Rusia. Amplificarea modelului de consum excesiv de alcool a fost semnificativă în rândul fetelor, cu o creștere a prevalenței de la 35 % în anul 2003 la 38% în 2011. Se poate concluziona că adolescenții consumă alcool mai rar decât adulții, dar în cantități mai mari. (Donaldson, 2009, cit de Steffens & Sarrazin, 2016, p. 15) În rândul băieților, ponderea episoadelor de consum excesiv înregistrează o ușoară scădere în 2011 (43%) față de 2007 (45%). (Hibell et al, 2012, p.11) Consumul de alcool la petreceri este adesea însoțit de utilizarea de droguri recreaționale, sporind riscurile consecințelor negative. În acest context, perspectivele politice trebuie să reflecte faptul că utilizarea combinată de droguri cu alcool a devenit o componentă cheie a problemelor legate de policonsumul de droguri cu care se confruntă societatea actuală. (Hibell et al, 2012, p.11)

Aproximativ 64% din adolescenții și tinerii sub 25 ani au declarat preferința pentru alcool ca mijloc de distracție, cu consecințe pozitive, iar 48% au afirmat că alcoolul îi ajută să uite de probleme. Doar 42% au admis că alcoolul poate avea efecte dăunătoare asupra sănătății. Posibilitatea ca alcoolul să fie cauza unor comportamente pe care „să le regrete mai târziu” sau al unei “stări proaste” este admisă de numai 35% din repondenți, iar „problemele cu poliția” și “a nu fi în stare să-și controleze consumul de alcool” sunt indicate de 19% din repondenți. (ibidem, p. 80-81)

Consumul de alcool în rândul părinților și defectele de parentaj ale părinților consumatori de alcool (la nivel clinic și subclinic) sunt factori determinanți ai comportamentului față de alcool al adolescentului. (Donaldson, 2009, cit de Steffens & Sarrazin, 2016, p.16)

Consumul de alcool la adolescenții români

Conform anchetei ESPAD 2011, proporția adolescenților de 16 ani care au consumat cel puțin o dată în viață o băutură alcoolică a fost de 79%, în scădere față de 2007 (81%), 2003 (88%) și 1999 (85%) și sub media țărilor ESPAD (87%). Prevalența consumului de alcool din ultimele 12 luni a fost de 72%, în scădere față de anii precedenți (74% în 2007, 79-80% în 1999 și 2003) și sub media țărilor ESPAD (79%). (MS.MAIANA, 2011, p. 2)

O anchetă efectuată în anul 2011 în cadrul unui proiect comun româno-olandez identifică doar 11% dintre adolescenții de sex masculin și 26% dintre fete ca fiind abștinenți. (Van Hoof & Moll, 2012)

Deși frecvența consumului regulat de băuturi alcoolice (cel puțin o dată în ultimele 30 de zile) a scăzut de la 52% (2007) la 49% (2011), ponderea episoadelor de consum excesiv de alcool a înregistrat o tendință crescătoare susținută (de la 27% în 1999 la 36% în 2011). De asemenea, a crescut numărul elevilor care s-au angajat în episoade de consum excesiv (mai mult de 5 băuturi la o ocazie, de peste 3 ori în ultimele 30 de zile) de la 8% (2007) la 10% (2011). În rândul fetelor, se observă o creștere mai puțin exprimată a consumului de alcool între 2006 și 2010, urmată de o scădere în 2014 (8,7%). În ceea ce privește episoadele

de consum dăunător de alcool, ponderea băieților care au experimentat cel puțin două episoade de ebrietate este superioară față de cea a fetelor. (INSP. CRSP Cluj, 2015, p. 59)

Un procent de 6,1% din elevi au experimentat alcoolul pentru prima dată înaintea vârstei de 9 ani, 5,26% la 9-10 ani și 6,31% după împlinirea vârstei de 17 ani. Trei din 100 de elevi au consumat alcool în incinta școlii, frecvența consumului la școală fiind mai mare în Moldova. (ibidem, p 29)

Ponderea medie a elevilor care au consumat alcool în ultimele 30 zile este 11,79%, valori superioare acestora regăsindu-se în Moldova (14,22%) și Banat (12,66%). (ibidem, p 32)

De trei ori mai puține fete consumă regulat alcool față de băieți, ponderea acestora rămânând la un nivel relativ stabil odată cu înaintarea în vârstă, în timp ce numărul adolescenților de sex masculin care consumă regulat alcool crește semnificativ odată cu vârsta (29,16% în clasa a IX-a și de 43,49% la elevii clasei a XII-a). (ibidem, p 36)

În România, un sfert dintre tinerii în vârstă de 18-34 ani au fost victime ale conflictelor declanșate de consumul excesiv de alcool. (Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report, 2016, p. 203)

Procurarea băuturilor alcoolice este relativ facilă, alcoolul fiind disponibil în supermarket-uri, alimentare, restaurante, baruri, discoteci, unde este vândut inclusiv persoanelor sub vârsta minimă legală (18 ani), care reușesc aproape întotdeauna să obțină alcool de la vânzători. (Van Hoof et al, 2009)

Politici și strategii de intervenție

Politici și strategii de intervenție la nivel european

Strategia globală privind combaterea efectelor consumului dăunător de alcool a UE, publicată în 2006, a fost concepută pentru a ajuta guvernele și organismele implicate în combaterea efectelor nocive ale consumului de alcool să-și coordoneze acțiunile pentru a reduce efectele negative ale alcoolului în Europa. Strategia accentuează impactul negativ pe care îl are abuzul de alcool asupra persoanelor, asupra familiilor și a societății, precum și asupra forței de muncă și a productivității. Strategia UE privind alcoolul definește cinci teme prioritare relevante pentru orientarea strategiilor de prevenire a consumului dăunător de alcool în toate statele membre, complementare politicilor naționale în domeniul alcoolului și pentru care pot fi realizate acțiuni comunitare convergente politicilor naționale: (WHO, 2013)

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

Obiectivele principale ale intervențiilor pentru protejarea copiilor și tinerilor aflați sub vârsta minimă legală pentru consumul de alcool sunt:

- Întârzierea debutului consumului de alcool;
- Reducerea și minimalizarea cantităților de alcool care ar putea fi consumate de către adolescenți;
- Reducerea consecințelor pe care copiii le pot suferi în familiile afectate de alcoolism. (*ibidem*)

Planul european de acțiune pentru reducerea consumului dăunător de alcool 2012-2020 include un set de opțiuni bazate pe dovezi, privind strategiile de reducere a consumului dăunător de alcool.

Planul de acțiune privind consumul de alcool în rândul tinerilor și episoadele de consum excesiv de alcool sprijină realizarea obiectivelor *Strategiei UE privind alcoolul*, prin acțiuni concrete care vizează șase arii (de) intervenție. Grupele de vârstă considerate “tinere” sunt: copiii nenăscuți, copiii, adolescenții și tinerii în vârstă de până la 25 ani.

Planul de acțiune stabilește trei direcții de intervenție prioritară:

- Protejarea copiilor nenăscuți prin reducerea expunerii femeilor la alcool în timpul sarcinii;
- Protejarea copiilor de a fi expuși de către alții la consecințele dăunătoare ale consumului de alcool;
- Prevenirea și reducerea consumului de alcool de către adolescenți până la împlinirea vârstei legale. (*CNAPA, 2014, p. 7-8*)

Strategia „Sănătate 2020”: un cadru european de politici pentru susținerea acțiunilor vizând sănătatea și bunăstarea populației la nivelul guvernului și societății stabilește o agendă ambițioasă și de perspectivă în domeniul ocrotirii sănătății populației. (*WHO, 2013*)

Situația consumului de alcool și a efectelor sale nocive este monitorizată prin intermediul *Sistemului UE de informare privind sănătatea și consumul de alcool (EUSAH)*, care funcționează datorită cooperării dintre *Comisia Europeană* și *Organizația Mondială a Sănătății*, în cadrul programelor UE în domeniul sănătății publice. În acest context, se elaborează periodic profiluri de țară, cu detalii privind consumul de alcool și efectele sale asupra sănătății în fiecare țară. Coordonarea la nivelul UE se realizează de către *Comitetul pentru politicile și acțiunile naționale privind alcoolul (CNAPA)*, *Comitetul privind colectarea de date, indicatori și definiții* și *Forumul european privind sănătatea și consumul de alcool (EAHF)*. În anul 2006, a fost elaborat *Sistemul Global de Informare pentru alcool și sănătate (GISAH)*, care servește ca bază de date pentru sistemele informaționale regionale.

În 2015, *Parlamentul European* a adoptat o rezoluție prin care a solicitat *Comisiei Europene* prezentarea *Planului European de Acțiune pentru reducerea efectelor consumului dăunător de alcool* și elaborarea *Strategiei Europene privind Alcoolul 2016-22*. (*EU Parliament, 2015*)

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*, precum și prevederile *Programului XII de acțiuni al OMS pentru 2014-2019*. Organizarea și desfășurarea campaniilor naționale de Informare-Educare-Conștientizare privind efectele consumului de alcool sunt prevăzute de Programul Național de Evaluare și Promovare a Sănătății și Educație pentru Sănătate. (MS, 2014)

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 UE, ale OMS 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 tineri consumatori de droguri și/sau alcool; tinerii cu obiceiuri de dietă nesănătoasă, 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. (MTS, 2015)

Parteneriatele europene în cadrul unor proiecte de cercetare privind consumul de alcool au permis adoptarea unor experiențe europene de bună practică și dezvoltarea unor politici locale și naționale de prevenire a consumului de alcool.

Campanii de Informare-Educare-Conștientizare desfășurate în perioada 2012-2016

“LUNA NAȚIONALĂ A INFORMĂRII DESPRE EFECTELE CONSUMULUI DE ALCOOL”

2012

“Fiți conștienți, alcoolul, distruge vieți!”

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



Referințe bibliografice:

1. WHO (2012). Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Anderson P, Moller M & Galea G. (eds). Copenhagen, Denmark:Regional Office for Europe; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf, accesat la 6 martie 2017.
2. 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 2017.
3. WHO (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Luxemburg (f.e); http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1; accesat la 12 aprilie 2017.
4. Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU. Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. (2016) Moskalewitz J, Room R, Thom B. (eds) (f.e)(f.l.); http://ncphp.government.bg/files/news/Comparative_monitoring_of_alcohol_epidemiology_across_the_EU.pdf; accesat la 3 aprilie 2017.
5. Shield KD, 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 2017.
6. WHO (2011). Global status report on alcohol and health 2010; Switzerland (f.e)(f.l.); http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.p; accesat la 8 mai 2017.
7. Steffens R, Sarrazin D. (2016). Guidance to reduce alcohol-related harm for young people. Background paper. Munster:LWL-Coordination Office for Drug-Related Issues; <http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/20/RARHA.WP5.T3.YoungPeople.pdf>; accesat la 10 aprilie 2017.
8. Anderson P, Baumberg Ben (2006). Alcohol in Europe. A Public Health Perspective. A report for the European Commission. Luxemburg:EC; http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf ; accesat la 10 aprilie 2017.
9. ARPS (2013). 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 2017.
10. 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; <https://www.stap.nl/.../european-committee-of-the-regions--the-ne>; accesat la 8 aprilie 2017.
11. CNAPA (2014). Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016); http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf; accesat la 8 aprilie 2017.
12. MS. CSP Sibiu (2005). Atitudini și Comportamente Legate de Stilul de Viață Sănătos. Raport Final (f.e.).
13. MS (2011). Notă referitoare la problematica consumului de alcool ca factor de risc asupra sănătății: situația actuală și obiective. 21 martie 2011.
14. Eurostat Statistics explained. Life expectancy at age 65, 2014 (years) YB16.png; [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_age_65_2014_\(years\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_age_65_2014_(years)_YB16.png); accesat la 10 aprilie 2017.
15. Furtunescu F, Galan A, Mihăescu C. (2017) Consumul de alcool generează internări de aproape 25 milioane de euro anual. Viața Medicală Nr. 19 (1425); http://www.viata-medicala.ro/Consumul-de-alcool-genereaz%C4%83-intern%C4%83ri-de-aproape-25-milioane-de-euro-anual.html*articleID_8020-dArt.html; accesat la 12 aprilie 2017.
16. 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.Brussels, 2006. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm; https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com_625_en.pdf; accesat la 8 mai 2017.
17. Hibell B, Guttormsson U, Ahlstrom S, Balakieva O, Bjarnason 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 2017.
18. MS. MAI. ANA (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.
19. 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; http://www.rcis.ro/images/documente/rcis37_04.pdf; accesat la 4 martie 2017.

20. 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-Copiilor-si-Tinerilor-din-Romania-2015.pdf>; accesat la 12 martie 2017.
21. MS. 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 2017.
22. Van Hoof J.J, Moll M, Constantinescu M (2009). Selling alcohol to underage adolescents in Romania: Compliance with age restrictions in Pitesti. Revista de Cercetare si Interventie Sociala, (27):82-91; http://www.rcis.ro/images/documente/rcis27_05.pdf ; accesat la 8 martie 2017.
23. WHO (2013). Strategia „Sănătate 2020”: un cadru european de politici pentru susținerea acțiunilor vizând sănătatea și bunăstarea populației la nivelul guvernului și societății. Copenhaga, Danemarca: Regional Office for Europe; http://www.ms.gov.md/sites/default/files/health2020_rom.pdf; accesat la 12 aprilie 2017.
24. WHO (2012). European action plan to reduce harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen, Denmark:Regional Office for Europe; http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf, accesat la 5 mai 2017.
25. At a glance Plenary 24 April 2015. EU Alcohol Strategy revisited. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2015/554195/EPRS_ATA\(2015\)554195_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2015/554195/EPRS_ATA(2015)554195_EN.pdf); accesat la 10 aprilie 2017.
26. MS (2014). Strategia Națională de Sănătate 2014-2020; <http://www.ms.ro/strategia-nationala-de-sanatate-2014-2020>; accesat la 12 aprilie 2017.
27. MTS (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 2017.