



Key facts

**1** - Lo strumento di valutazione "*ODHIN assessment tool*" è uno strumento utilizzabile in tutto il mondo per valutare l'implementazione di programmi di Identificazione Precoce ed Intervento Breve (IPIB) rivolti al consumo di alcol a rischio o dannoso nei servizi di assistenza sanitaria primaria; è un ottimo esempio di rete, condivisione e collaborazione in tema di alcol tra diversi paesi ed a livello nazionale all'interno di ciascun paese.

Attraverso l'*ODHIN assessment tool* è possibile documentare la situazione attuale in Europa, contribuendo a fornire una descrizione di base dei servizi e delle infrastrutture disponibili per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol, individuando le aree che richiedono un ulteriore sviluppo o rafforzamento; fornendo un meccanismo per il monitoraggio della fornitura di tali servizi nel tempo; sollecitando la condivisione di informazioni e di esempi di buone pratiche; sollecitando partnership o la creazione di una coalizione nazionale / regionale finalizzata al raggiungimento di un consenso, di una visione condivisa sui servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

**2** - I risultati dell'*ODHIN assessment tool* sollecitano alcune priorità da integrare nei sistemi nazionali / regionali per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol:

- La presenza di una coalizione (o di un gruppo di esperti) a livello nazionale / regionale a sostegno della disponibilità e del miglioramento della gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol;
- Una strategia di comunicazione e informazione sull'impatto sanitario e sociale dell'alcol, inclusa la formazione continua, obbligatoria, del personale sociosanitario finalizzata ad integrare l'IPIB nella pratica quotidiana dei professionisti dell'assistenza sanitaria primaria, assicurando che il trattamento possa essere offerto a tutti coloro che ne necessitano;
- L'esistenza di un piano sanitario nazionale sull'alcol e di politiche scritte rivolte alla prevenzione dei disordini alcol-correlati e dell'alcoldipendenza, includente una strategia di ricerca e/o programmi di ricerca sul consumo rischioso e dannoso di alcol con finanziamenti mirati.



## Introduzione

L'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve (IPIB) nel consumo rischioso e dannoso di alcol nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria è un'occasione per comunicare ai pazienti i rischi e proporre modalità di consumo di alcol compatibili con uno stato di buona salute. Numerose sono le evidenze scientifiche internazionali, confermate da una recente revisione *Cochrane* (Kaner E, 2007), a sostegno del fatto che i programmi IPIB sono efficaci e costo-efficaci nel ridurre il consumo di alcol sia nell'assistenza sanitaria primaria che in altri contesti sanitari. Ciò nonostante, molti operatori dell'assistenza sanitaria primaria sono riluttanti a identificare e trattare i pazienti in relazione al consumo di alcol e tali interventi non sono ancora, se non raramente, integrati nella loro pratica clinica quotidiana. Pertanto, la sfida attuale è quella di integrare questo tipo di interventi nelle attività cliniche quotidiane dei professionisti della salute. Secondo le strategie per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), adeguati meccanismi di rilevazione periodica, rendicontazione e valutazione sono necessari per monitorare i progressi a vari livelli; sforzi particolari sono necessari per formulare una risposta globale per quanto concerne le problematiche alcol-correlate in particolare rispetto agli interventi in assistenza sanitaria primaria. Nell'ambito delle attività del progetto europeo ODHIN, è stato sviluppato uno strumento per una valutazione dei servizi attualmente disponibili a livello europeo e della gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol utilizzando l'identificazione precoce e l'intervento breve nell'assistenza sanitaria primaria.

## Metodologia

L'ODHIN *assessment tool* è un questionario per la raccolta di informazioni specifiche; è un adattamento di un precedente strumento di valutazione dei servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol in assistenza sanitaria primaria sviluppato nel 2004 nell'ambito delle attività del progetto europeo Primary Health care Project on Alcohol - PHEPA. L'*assessment tool* è stato concepito come uno strumento per l'identificazione dello stato dell'arte dell'implementazione e delle aree che necessitano di ulteriore sviluppo / rafforzamento; per monitorare l'adeguatezza dei programmi IPIB sul consumo rischioso e dannoso di alcol e fornire raccomandazioni per migliorare e ottimizzare l'offerta degli stessi.

In particolare, il questionario raccoglie elementi che consentono di:

- fornire una descrizione di base dei servizi ed infrastrutture per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol, individuando le aree dove i servizi richiedono ulteriore sviluppo e rafforzamento;
- fornire un meccanismo per il monitoraggio di tali servizi nel tempo;
- consentire la condivisione di informazioni e di esempi di buone pratiche tra paesi diversi;
- fornire un meccanismo per la creazione di una coalizione o un gruppo di ricerca nazionale per un consenso ed una visione condivisa sui servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol (se non disponibile).

Alle raccolte delle suddette informazioni, tramite l'utilizzo del questionario ODHIN *assessment tool* hanno partecipato 15 partner europei provenienti da 9 paesi (Catalonia-Spagna, Repubblica Ceca, Italia, Portogallo, Slovenia, Inghilterra-Regno Unito, Polonia, Svezia e Paesi Bassi) e circa 25



ricercatori. Inoltre, grazie all'attivazione di contatti con i responsabili scientifici di alcuni progetti europei in materia di alcol (AMPHORA, PHEPA II e VINTAGE), con esperti dei centri collaborativi sull'alcol e le problematiche alcol-correlate dell'OMS ed infine esperti della commissione per le politiche e le azioni sull'alcol "CNAPA", ulteriori 14 paesi europei (e circa 20 ricercatori) (Belgio, Cipro, Croazia, Estonia, Germania, Lettonia, Malta, Svizzera, Grecia, Finlandia, Irlanda, Islanda, Romania e FYROM -Ex Macedonia) hanno partecipato alla raccolta dati per un totale complessivo di 23 paesi europei.

L'ODHIN *assessment tool* è un questionario che include 24 domande distribuite in 7 sezioni principali, che coprono i seguenti argomenti:

1. Presenza di una coalizione nazionale o di un gruppo di lavoro.
2. Campagne di informazione e comunicazione tramite i "Media".
3. I servizi sanitari e le infrastrutture per il consumo rischioso e dannoso di alcol (sistema sanitario integrato, strutture per la qualità delle cure, la ricerca e le conoscenze sanitarie sull'alcol, le politiche e le strategie di assistenza sanitaria, strutture per la gestione del trattamento nell'ambito dei servizi sanitari, finanziamenti dei servizi sanitari e ripartizione di risorse).
4. Supporto alla fornitura di trattamento (sistemi di screening e di valutazione di qualità, protocolli, linee guida, il sistema nazionale di rimborso degli operatori sanitari).
5. Interventi e trattamento (la disponibilità e l'accessibilità).
6. Gli operatori sanitari (responsabilità clinica e fornitura di trattamento).
7. Gli utenti sanitari (conoscenze sul tema e la ricerca di aiuto).

## Risultati

### 1. PRESENZA DI UNA COALIZIONE NAZIONALE REGIONALE O DI UNA PARTNERSHIP

- Nel 2012, la maggior parte dei paesi partecipanti all'indagine (78,3%) hanno una coalizione nazionale / regionale o una partnership che si occupa della gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

### 2. CAMPAGNE DI COMUNICAZIONE - INFORMAZIONE ATTRAVERSO I "MEDIA"

- Le campagne di comunicazione - informazione attraverso i "media" sul consumo di alcol, in buona parte non sono disponibili, o non sono segnalate dai partecipanti all'indagine. Le campagne più comunemente segnalate come disponibili sono quelle tramite web, seguite da campagne su giornali / riviste e programmi radio; quando segnalate come disponibili, le campagne ricevono generalmente un finanziamento pubblico e sono attuate a livello nazionale.

### 3. INFRASTRUTTURE SANITARIE

#### Sistema Sanitario Integrato

- Secondo l'opinione personale degli esperti partecipanti all'indagine, la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol è scarsamente integrata nell'assistenza sanitaria primaria, pur con grandi differenze tra paesi.

#### Strutture per la qualità delle cure



- La maggior parte dei paesi partecipanti ha organizzazioni governative formali preposte: al monitoraggio del consumo rischioso e dannoso di alcol sulla popolazione (78,3%), alla revisione della sicurezza dei trattamenti farmacologici nella gestione dell'alcoldipendenza (68,2%); a fornire informazioni agli operatori sulla gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol (63,6%). Circa la metà dei paesi hanno strutture per il monitoraggio della qualità delle cure fornite per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol (57,1%) e per la preparazione di linee guida cliniche (56,5%); strutture per la revisione di costo-efficacia degli interventi nella gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol sono disponibili in Inghilterra, Finlandia, Portogallo, Svezia e Paesi Bassi (22,7%).

#### La ricerca e le conoscenze sanitarie sull'alcol

- Circa la metà dei paesi ha (ha avuto) un programma formale di ricerca per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol nel corso degli ultimi 10 anni, con finanziamenti specifici (43,5%), almeno in parte, da parte di organizzazioni governative (o non governative ma designate dal governo).
- In molti casi vi è una mancanza di formazione sulla gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol degli operatori sanitari a tutti i livelli di istruzione (in particolare per i farmacisti e dentisti), con grandi differenze tra i paesi. La tendenza per la maggior parte dei professionisti (ma non per i dentisti, ostetriche e farmacisti) è quella di avere una maggiore formazione sull'alcol e le problematiche alcol-correlate nel periodo post-laurea e nei programmi di formazione continua professionale rispetto all'istruzione universitario.

#### Le politiche sanitarie e le strategie per la diffusione e la gestione di programmi sul consumo rischioso e dannoso di alcol

- Nel 2012, politiche ufficiali sanitarie sulla gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol sono presenti nell'82,6% dei paesi partecipanti, per lo più come parte di una strategia politica più generale sull'alcol. Laddove tali politiche esistono, il supporto intensivo nella gestione dell'alcoldipendenza in centri di trattamento specializzati è incluso in tutti i paesi, una strategia per la formazione degli operatori sanitari nel 73,7%, una strategia per sostenere tali interventi in assistenza primaria nel 68,4%, mentre una strategia nazionale di ricerca finanziata è inclusa solo in circa la metà delle politiche sanitarie.
- Nella maggior parte dei paesi (82,6%) è presente un finanziamento pubblico dei servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol, che è generalmente rivisto periodicamente.
- Solo in Svizzera una percentuale delle tasse sull'alcol è destinata a finanziare i costi dei servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

#### 4. SUPPORTO ALLA FORNITURA DI TRATTAMENTO

##### Sistemi di Screening e di valutazione di qualità, i sistemi di follow-up e di invio per consulto/valutazione

- Gli strumenti di screening per l'identificazione del consumo di alcol spesso non sono disponibili ed ancor meno, i sistemi per il follow up dei pazienti ed il monitoraggio nel tempo degli interventi.

##### Protocolli e linee guida

- Circa tre su quattro paesi partecipanti hanno sviluppato, o stanno sviluppando, linee guida multidisciplinari per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol (73,9%). La maggior parte



sono linee guida a se stanti (e non parte di altre linee guida cliniche). Non sono riportati studi sul rispetto delle linee guida e sull'implementazione delle stesse.

#### Rimborsi per gli operatori sanitari

- La pratica più comune nei paesi partecipanti è l'inclusione di tale attività nello stipendio standard e non come "servizio aggiuntivo".

#### I protocolli, la formazione dei professionisti

- Nella maggior parte dei paesi ci sono linee guida o protocolli specifici per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol per gli operatori dei servizi per il trattamento dell'alcoldipendenza (81,8%), per i medici di medicina generale (65,2%), per gli psichiatri (59,1%), per i medici ospedalieri (55,0%) e per gli psicologi (50,0%).
- La formazione sulla gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol all'interno dei corsi di formazione professionale è disponibile nella maggior parte dei paesi e per diverse figure sanitarie professionali (fatta eccezione per ostetriche, farmacisti e dentisti); la disponibilità della suddetta formazione all'interno di programmi di educazione medica continua è nettamente inferiore per la maggior parte delle figure professionali.

## 5. INTERVENTO E TRATTAMENTO

### Disponibilità e accessibilità

- Nei paesi partecipanti, l'"*advice*" ai pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol è considerato accessibile principalmente nei servizi per l'alcoldipendenza, seguito da ambulatori specialistici, in medicina generale / di famiglia, nelle cliniche ospedaliere e, in misura minore, con la percentuale più bassa, nelle farmacie.

## 6. OPERATORI SANITARI

### Responsabilità clinica

- I partecipanti all'indagine, tra le varie figure professionali considerate, ritengono che gli interventi sul consumo rischioso e dannoso di alcol siano parte della pratica clinica routinaria degli operatori dei servizi per il trattamento dell'alcoldipendenza e dei medici psichiatri; il livello di consenso per le altre figure professionali è nettamente inferiore per altre figure professionali, in particolare, con i livelli di consenso più bassi, per i dentisti e farmacisti.

### Fornitura di trattamento

- Per quanto riguarda la fornitura di trattamento in assistenza sanitaria primaria, numerosi sono gli studi sul consumo di alcol (in 73,9% dei Paesi), seguiti da studi sull'uso del questionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) sulle attitudini degli operatori sanitari nella gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol, e sull'intervento minimo a pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol (52,4%, 50,0% e 50% rispettivamente), su come incrementare il coinvolgimento degli operatori sanitari nella suddetta gestione (45%), sull'efficacia degli interventi per il consumo rischioso e dannoso di alcol (36,8%) su protocolli e linee guida (27,8%). Pochi studi, indagini o pubblicazioni hanno interessato i criteri di qualità degli interventi (15,8%) ed il rapporto costo-efficacia degli interventi stessi (10,5%).



## 7. GLI UTENTI SANITARI

### Le conoscenze sul tema e la ricerca di aiuto

- Studi sulle conoscenze della popolazione sulla nocività del consumo rischioso e dannoso di alcol sono riferiti nel 38,1% dei paesi, mentre a conoscenza dei partecipanti non sono noti studi sulle conoscenze della popolazione sui metodi efficaci per ridurre il consumo di alcol.

### **Conclusioni per la politica e la ricerca**

Lo scopo dello strumento di valutazione ODHIN *assessment tool* è stato di sviluppare e testare un formato standard da utilizzare per la valutazione della disponibilità di servizi dedicati alla gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol a livello nazionale e / o regionale.

Lo strumento ha dimostrato di essere utile nel contribuire a:

- fornire una descrizione di base dei servizi e infrastrutture disponibili per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol, individuando le aree in cui i servizi necessitano ulteriore sviluppo e rafforzamento;
- fornire uno strumento per il monitoraggio di tali servizi nel tempo;
- sollecitare la condivisione di informazioni e di esempi di buone pratiche tra i paesi;
- sollecitare la formazione di una coalizione nazionale o partnership per un consenso ed una visione condivisa sui servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

Tale strumento e le attività associate hanno rappresentato un ottimo esempio di rete per la condivisione di opinioni ed interventi sul tema alcol tra i paesi e all'interno di ciascun paese a livello nazionale; l'attività è riuscita a coinvolgere ricercatori originariamente non inclusi nel progetto ODHIN che, volontariamente, hanno fornito informazioni supplementari sul proprio paese partecipando così alla costruzione di un consenso più esteso.

Lo strumento ODHIN *assessment tool* ha permesso di evidenziare che, nel 2012, l'IPIB non è una pratica diffusa tra le attività quotidiane degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria e che maggiori risorse sono necessarie per superare i principali ostacoli. In particolare, i risultati dell'indagine conoscitiva hanno evidenziato alcune priorità da integrare nei sistemi nazionali e regionali per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol:

- la costituzione di una coalizione o di una partnership a livello nazionale / regionale a sostegno della disponibilità e della gestione di attività di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol;
- l'integrazione delle pratiche di identificazione precoce ed intervento breve nel consumo rischioso e dannoso di alcol nell'assistenza sanitaria primaria, assicurando che il trattamento venga offerto a coloro che ne hanno bisogno, ampliando la disponibilità attualmente esistente di trattamento;
- l'attuazione di una strategia di comunicazione e di informazione sull'impatto dell'alcol a livello sanitario e sociale, inclusa la formazione continua obbligatoria degli operatori sanitari rivolta a fornire conoscenze ed a integrare l'IPIB nella pratica quotidiana dei professionisti della salute dell'assistenza sanitaria primaria con finanziamenti pubblici dedicati;
- programmi di formazione sulla gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol per gli operatori sanitari, considerato il basso livello di formazione nella maggior parte dei paesi e la mancanza totale di formazione per alcune professioni sanitarie;



- la disponibilità di un piano sanitario nazionale sull'alcol dedicato alla prevenzione dei disordini alcol-correlati e dell'alcoldipendenza, e di piani di ricerca strategici sulla gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol con finanziamenti dedicati;
- la disponibilità di linee guida e protocolli per gli operatori sanitari di diverse figure professionali e per diversi gruppi di popolazione;
- il sostegno a studi sul rispetto e sull'implementazione delle linee guida cliniche per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol;
- lo sviluppo di strumenti e strutture per la revisione del rapporto costo-efficacia degli interventi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol rispetto al monitoraggio sanitario dei bisogni degli utenti ed a ciò che gli operatori dell'assistenza sanitaria forniscono;
- l'attuazione di studi specifici per verificare la qualità ed il rapporto costo-efficacia degli interventi per il consumo rischioso e dannoso di alcol integrati da indagini conoscitive e di monitoraggio annuali e da relazioni delle attività da parte degli operatori dell'assistenza sanitaria sulla gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol e per valutare i professionisti della salute che ricevono una formazione specifica in materia di alcol e problematiche alcol-correlate;
- diffusione delle attuali fonti di conoscenza, dei risultati delle ricerche e di informazioni sulla prevenzione per gli operatori sanitari insieme alla fornitura di materiali ed incentivi volti a garantire che la prevenzione, l'identificazione precoce e l'intervento breve siano implementati nell'assistenza sanitaria primaria e supportati dai servizi specialistici per la cura dell'alcoldipendenza secondo una vera e propria rete di servizi disponibili e di competenze.

## Bibliografia

- European Commission. (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. Brussels, Commission of the European Communities, [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006\\_0625en01.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf)
- World Health Organization Regional Office for Europe (2011). European Alcohol Action Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. WHO, [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/147732/RC61\\_wd13E\\_Alcohol\\_111372\\_ver2012.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/147732/RC61_wd13E_Alcohol_111372_ver2012.pdf)
- World Health Organization (2010). Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. WHO, Geneva, [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf)
- World Health Organization (2008). 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHO, <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>
- Kaner E, Dickinson H, Beyer F, Pienaar E, Campbell F, Schlesinger C, et al. (2007). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, CD004148. DOI:10.1002/14651858.CD4148.pub3.
- Primary Health Project on Alcohol (PHEPA) (2004). Assessment tool for hazardous and harmful alcohol consumption, <http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/index.Html>



## Ringraziamenti

Le attività sullo studio di valutazione ODHIN *assessment tool* sono state possibili grazie al finanziamento della Commissione Europea, Settimo Programma Quadro (FP7/2007-2013), Grant Agreement n° 259268 – Optimizing delivery of healthcare intervention (ODHIN - <http://www.odhinproject.eu/>).

Il team ODHIN *assessment tool*: E.Scafato, C.Gandin, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy; A.Gual, S.Matrai, J.Reynolds, Fundacio Privada Clinic per a la Recerca Biomedica / Hospital Clinico Provincial de Barcelona, Spain; M.Laurant, M.Keurhorst, Radboud University Nijmegen Medical Centre, The Netherlands; P.Struzzo, Centro Regionale di Formazione per l'Area delle Cure Primarie, Italy; E.Kaner, D.Newbury Birch, P.Cassidy, K.Parkinson, P.Anderson, Newcastle University, Institute of Health and Society, United Kingdom; C.Drummond, P.De Luca, King's College London, United Kingdom; F.Spak, University of Gothenburg, Sweden; P.Bendtsen, Linkoping University, Sweden; J.Colom, L.Segura, J.Palacio, B.Baena, E.Díaz, Program on Substance Abuse, Public Health Agency of the Health Department - Generalitat de Catalunya, Barcelona, Spain; K.Brzozka, Polish State Agency for Prevention of Alcohol-related Problems, Poland; M.Kolsek, Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Slovenia; C.Ribeiro, Instituto da droga e da toxicoddependencia, SICAD General-Directorate for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies, Portugal; B.Steenkiste, G.Ronda, Maastricht University, The Netherlands; H.Sovinova, Statni Zdravotni Ustav, Czech Republic; A.Mierzecki, Pomeranian Medical University in Szczecin, Poland; C.Mathieu, Tobacco and alcohol political expert, FPS Public health, Bruxelles, Belgium; L.Samartzis, Cyprus Mental Health Services, Athalassa Hospital, Nicosia, Cyprus; M.Kuzman, Croatian National Institute of Public Health, Service for Youth Health Care and Drug Addiction Prevention, Zagreb, Croatia; T.Täht, Ministry of Social Affairs, Tallinn, Estonia; M.Jesse, National Institute for Health Development, Tallinn, Estonia; I.Saame, Department of Public Health, Tartu University, Tartu, Estonia; S.Dybowski, Federal Ministry of Health, Bonn, Germany; A.Pelne, The Center for Disease Prevention and Control of Latvia, Addiction disease risk analysis unit, Riga, Latvia; M.Mangani, Alcohol Services, Sedqa, Malta; M.Rueegg, Federal Department of Home Affairs, Federal Office of Public Health, Berne, Switzerland; I.Siamou, Greek REITOX Focal Point, Athens, Greece; M.Malliori, Greek Organisation against Drugs, Athens, Greece; I.Tuominen, H.Vorma, Ministry of Social Affairs and Health, Finland; P.Makela, National Health Institute, Finland; L.McCormack, Health Promotion Unit, Dept of Health, Ireland; R.Armstrong, Alcohol Health Service Executive, Ireland; J.Barry, Department of Public Health and Primary Care, Trinity College Centre for Health Sciences, Ireland; R.M.Jonsson, Directorate of Health, Reykjavik, Iceland; T.Ioana, Alliance for the Fight against Alcoholism and Toxicomanies, Bucarest, Romania; P.Vaskova, Psychiatric Hospital "Skopje", FYROM.