

PONTIFICIA ACCADEMIA DELLE SCIENZE

Conferenza

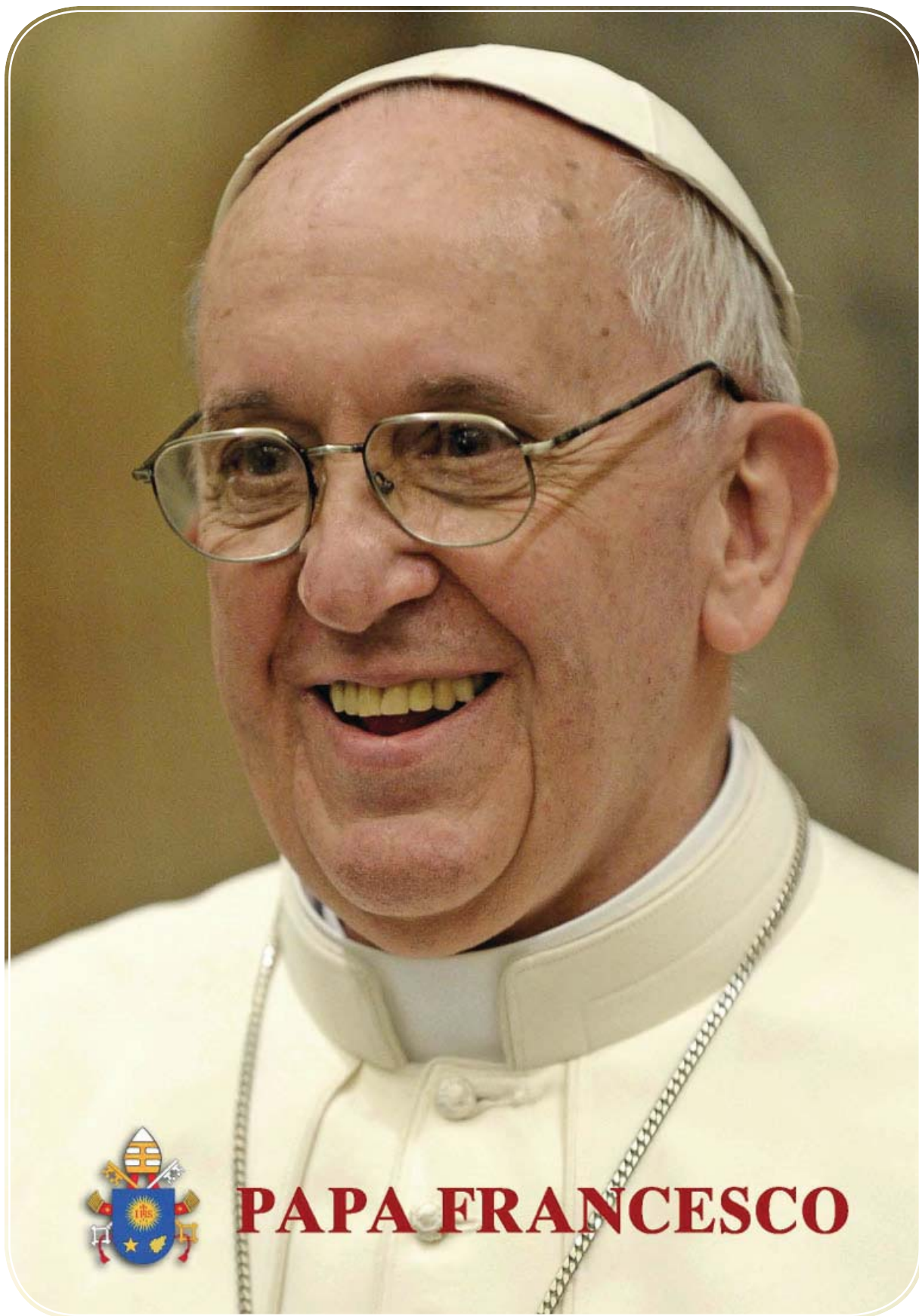
Alcoldipendenza

un fenomeno da contrastare
per il bene dell'individuo e della società

14 gennaio 2014 – Casina Pio IV – Vatican City



VATICAN CITY 2014



Introduzione	Pag. 3
Programma	Pag. 5
Elenco dei Relatori	Pag. 6
Curricula vitae dei Relatori	Pag. 7
Abstracts	Pag. 14



The Pontifical Academy of Sciences, whose purpose is to promote the progress of the sciences for the common good of the human person, in its Conference of 14 January 2014 at its headquarters in the Vatican, would like to focus on the harmful use of alcohol and alcohol dependence, a global problem which compromises both individual and social development.

Alcohol consumption has been identified as the world's third largest risk factor for the burden of disease and for premature mortality. In the European Union (EU) alcohol consumption is more than double the global average and it is the second leading cause of ill health and premature death.

Heavy drinking has many adverse consequences. Various reports have stressed the negative impact of excessive alcohol use on several parameters related to health and well-being. Apart from being a drug of dependence, alcohol has been known for many years as a cause of some 60 different types of disease and condition, including injuries, mental and behavioural disorders, gastrointestinal conditions, cancers, cardiovascular diseases, immunological disorders, lung diseases, skeletal and muscular diseases, reproductive disorders and pre-natal harm, including an increased risk of prematurity and low birth weight. Alcohol is an intoxicant affecting a wide range of structures and processes in the central nervous system; it is neurotoxic to brain development, leading to structural changes in the hippocampus in adolescence and reduced brain volume in middle age. In recent years, overwhelming evidence has confirmed that both the volume of lifetime alcohol use and the combination of frequency of drinking and amount drunk per incident increase the risk of alcohol-related harm, largely in a dose-dependent manner, with the higher the alcohol consumption, the greater the risk. Worldwide, the harmful use of alcohol results in 2.5 million deaths each year, of which a significant proportion occurs in the young. A recent report indicated that in the EU, 1 in every 7 deaths in men and 1 in every 13 deaths in women in the group aged 15-64 years was due to alcohol consumption.

The impact of alcohol consumption reaches deep into society, since it harms the well-being and health of people around the drinker due to drink-driving, violence, etc. There are many social and economic burdens resulting from the effects of alcohol on individuals, families, workplaces and society as a whole. These include societal harms such as divorce, family problems, workplace problems, and vandalism; and also economic damages, such as individual costs, lost workplace productivity, increased health care costs, etc. These effects add up to a staggering number of alcohol-attributable social costs, which can be estimated at €155.8 billion a year in Europe. To this must be added the intangible, non-monetary costs such as pain and emotional suffering.

One of the most severe consequences of alcohol consumption is alcohol dependence, a maladaptive pattern of alcohol use in which individuals lose control over their drinking. Alcohol dependence is characterized by craving, tolerance, a preoccupation with alcohol and continued drinking despite harmful consequences. Different neurotransmission circuits have been discussed in order to understand the neurobiology of alcohol dependence. The dopaminergic mesolimbic circuits and the opioid system seem to be of great importance for the genesis and maintenance of alcohol dependence, but other CNS circuits and neurotransmitter systems have also been shown to be of high importance. This particularly applies to the

GABA, glutamate, endocannabinoid and serotonin systems. The process of dependence occurs through alcohol reinforcing properties and neuroadaptation: continuous alcohol use affects a wide range of brain neurotransmitter systems, including the opioid receptor system, leading to adaptive, long-lasting changes which might lead to continued alcohol intake. Factors that are known to influence the risk of alcohol dependence include, amongst others, genetic predisposition, pharmacological history, stress and social interactions.

In the EU, it is estimated that there are almost 15 million alcohol-dependent people, that are responsible for most of the damage because of the serious acute and chronic consequences of the disorder. Recent studies have shown that alcohol dependence is responsible for 60-70% of the total alcohol-related societal costs and that accounts for 62% of all alcohol-attributable net deaths. Despite the well-established harms caused by alcohol, treatment rates for alcohol-dependent patients are very low: less than 10% of people with alcohol dependence in Europe receive treatment.

This is greatly due to the dominance of abstinence-oriented treatment approaches. For many patients, abstinence from alcohol is not a realistic goal: it is often difficult for alcohol-dependent patients to initiate abstinence, many are either not interested in abstinence or unable to commit to abstinence at the time of entering treatment. Therefore posing abstinence as the only viable treatment goal is associated with low treatment participation and a large treatment gap.

This situation endorses the need for additional treatment options and aims, such as Reduced-Risk Drinking (RRD). Follow-up studies show that mortality, morbidity, and other types of harm will decrease by reducing daily alcohol consumption and the number of heavy drinking days. The option of RRD brings patients into treatment who would not be inclined to be treated; it engages patients into treatment early in their course of disorder, and keeps them at consumption levels with reduced adverse consequences. What is more, alcohol-dependent patients who are not yet ready or not yet able to commit to total abstinence may seek to reduce the amount they are drinking per occasion and work toward a goal of abstinence: therefore alcohol use reduction might be an intermediary aim to prepare individuals for the final goal of complete abstinence. Changing emphasis towards reduction in consumption as opposed to abstinence could help to fulfill the unmet need in alcohol dependence. Increasing treatment coverage is a realistic goal, and would provide measurable results in lowering alcohol-related harms, even in the short term.

It can be concluded that alcohol dependence is a major public health and social problem in the world and in Europe. The health, safety and socioeconomic problems attributable to alcohol can be effectively reduced. As stated in the WHO "Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol" *"Reducing the harmful use of alcohol by effective policy measures and by providing a relevant infrastructure to successfully implement those measures is much more than a public health issue. Countries are challenged to formulate effective strategies to address the negative health and social consequences of the harmful use of alcohol. Workable solutions exist and the global strategy provides a portfolio of policy options and interventions that should be considered for implementation in each country in order to make our communities healthier, safer and more pleasant places in which to live, work and spend our leisure time"*.

La Pontificia Accademia delle Scienze, il cui scopo è quello di promuovere il progresso delle scienze per il bene dell'individuo, alla Conferenza del 14 gennaio 2014, nella sua sede centrale in Vaticano, vorrebbe focalizzarsi sul consumo dannoso di alcol e sulla dipendenza da alcol, un problema globale che compromette lo sviluppo individuale e sociale.

Il consumo di alcol costituisce il terzo fattore di rischio nel mondo per carico di malattia e mortalità prematura. Nell'Unione Europea (UE) il consumo di alcol è più del doppio della media mondiale ed è la seconda causa di malattia e morte prematura.

L'elevato consumo di alcol ha molte conseguenze negative. Vari studi hanno sottolineato l'impatto negativo dell'uso eccessivo di alcol su diversi parametri relativi alla salute e al benessere. Oltre ad essere una sostanza causa di dipendenza, l'alcol è stato conosciuto per molti anni come responsabile di circa 60 differenti tipi di malattie e condizioni, tra cui lesioni, disturbi mentali e comportamentali, disturbi gastrointestinali, tumori, malattie cardiovascolari, disturbi immunologici, malattie polmonari, malattie scheletriche e muscolari, disordini riproduttivi e danni prenatali, tra cui un aumento del rischio di nascite premature e basso peso alla nascita. L'alcol è una sostanza tossica che interessa una vasta gamma di strutture e processi del sistema nervoso centrale; è neurotossico per lo sviluppo cerebrale, portando a cambiamenti strutturali dell'ippocampo in adolescenza e alla riduzione del volume del cervello nella mezza età. Negli ultimi anni, numerose evidenze hanno confermato che sia il volume di alcol consumato nella vita sia la combinazione di frequenza di consumo e quantità bevuta per singola occasione aumentano il rischio di danni alcol correlati, in gran parte in modo dose-dipendente, con la conferma che maggiore è il consumo di alcol, maggiore è il rischio. In tutto il mondo, il consumo dannoso di alcol si traduce in 2,5 milioni di morti ogni anno, di cui una quota significativa si verifica nei giovani. Un recente rapporto ha indicato che nell'UE, 1 ogni 7 decessi negli uomini e 1 ogni 13 decessi nelle donne nel gruppo di età 15-64 anni è dovuto al consumo di alcol.

L'impatto del consumo di alcol colpisce in profondità la società, in quanto danneggia il benessere e la salute delle persone che circondano il bevitore a causa per esempio della guida in stato di ebbrezza, della violenza, ecc. Il carico sociale ed economico derivante dagli effetti dell'alcol sugli individui, sulle famiglie, nei luoghi di lavoro e nella società nel suo insieme è elevato. Questo include danni sociali come il divorzio, problemi familiari, problemi sul posto di lavoro e atti di vandalismo e anche danni economici, come costi individuali, bassa produttività sul posto di lavoro, aumento dei costi sanitari, ecc. Questi effetti si sommano a un numero impressionante di costi sociali attribuibili all'alcol, che possono essere stimati in 155,8 miliardi di € all'anno in Europa. A ciò si aggiungono costi intangibili, non monetari come il dolore e la sofferenza emotiva.

Una delle più gravi conseguenze del consumo di alcol è la dipendenza da alcol, una modalità disadattiva del consumo di alcol in cui gli individui perdono il controllo sul loro consumo di alcol. La dipendenza da alcol è caratterizzata da *craving*, tolleranza, preoccupazione per l'alcol e dal continuare a bere nonostante le conseguenze dannose. Diversi circuiti di neurotrasmissione sono stati discussi per comprendere la neurobiologia della dipendenza da alcol. I circuiti mesolimbici dopaminergici e il sistema oppioide sembrano avere grande importanza nella genesi e nel mantenimento della dipendenza da alcol, ma altri circuiti e sistemi di neurotrasmissione del sistema nervoso centrale hanno dimostrato avere grande importanza. Ciò vale in particolare per i sistemi di GABA, glutammato, endocannabinoidi e serotonina. La dipendenza si sviluppa a seguito delle proprietà dell'alcol di produrre rinforzo e neuroadattamento:

l'uso continuo di alcol produce effetti su un vasto numero di sistemi di neurotrasmettitori cerebrali, incluso il sistema dei recettori per gli oppioidi, portando ad un neuroadattamento duraturo che può causare l'assunzione continua di alcol. Fattori noti che possono influenzare il rischio di dipendenza da alcol, tra gli altri, sono la predisposizione genetica, una storia farmacologica, lo stress e interazioni sociali.

Nella UE, si stima vi siano quasi 15 milioni di persone alcol-dipendenti, responsabili della maggior parte del danno a causa delle gravi conseguenze acute e croniche della patologia. Recenti studi hanno dimostrato che la dipendenza da alcol è responsabile del 60-70% dei costi sociali totali alcol-correlati e rappresenta il 62% di tutti i decessi netti attribuibili all'alcol.

Nonostante i danni ben definiti causati dall'alcol, le percentuali di trattamento dei pazienti alcol-dipendenti sono molto basse: meno del 10% delle persone con dipendenza da alcol in Europa riceve un trattamento. Questo è dovuto principalmente alla dominanza di approcci terapeutici orientati all'astensione. Per molti pazienti, l'astensione dall'alcol non è un obiettivo realistico: è spesso difficile per i pazienti dipendenti da alcol iniziare un percorso volto all'astensione, molti non sono interessati all'astensione o sono incapaci di impegnarsi nel raggiungimento dell'astensione al momento in cui cominciano il trattamento. Pertanto considerare l'astensione come unico obiettivo possibile del trattamento è associato ad una scarsa partecipazione al trattamento e ad un ampio *gap* nel trattamento.

Questa situazione evidenzia la necessità di ulteriori opzioni e obiettivi di trattamento, come la riduzione del consumo di alcol (*Reduced-Risk Drinking - RRD*). Studi di *follow-up* mostrano che la mortalità, morbidità e altri tipi di danni diminuirebbero, riducendo il consumo di alcol giornaliero e il numero di giorni con elevato consumo di alcol. La possibilità del RRD porta i pazienti, che non sarebbero predisposti, a entrare in trattamento; il RRD coinvolge i pazienti nel trattamento nelle fasi iniziali del disturbo, e li mantiene a livelli di consumo di alcol a cui corrispondono conseguenze negative ridotte. Inoltre, i pazienti alcol-dipendenti che non sono ancora pronti o non ancora in grado di impegnarsi per il raggiungimento dell'astensione totale possono cercare di ridurre la quantità di alcol che consumano in ogni occasione e lavorare verso l'obiettivo dell'astensione: pertanto la riduzione del consumo di alcol potrebbe essere un obiettivo intermedio per preparare le persone all'obiettivo finale della completa astensione. Spostare l'enfasi verso la riduzione del consumo di alcol, invece che sull'astensione, potrebbe contribuire a colmare il bisogno insoddisfatto nel trattamento della dipendenza da alcol. Aumentare la percentuale di trattamento è un obiettivo realistico e fornirebbe risultati misurabili nel ridurre i danni alcol-correlati, anche nel breve termine.

È possibile concludere affermando che la dipendenza da alcol è un importante problema di salute pubblica e sociale nel mondo e in Europa. La salute, la sicurezza e i problemi socioeconomici attribuibili all'alcol possono essere efficacemente ridotti. Come indicato dall'OMS nel *report "Strategia Globale per ridurre l'uso dannoso di alcol"* "Ridurre il consumo dannoso di alcol con misure politiche efficaci e fornendo infrastrutture rilevanti per implementare con successo tali misure, è molto più di un problema di salute pubblica. I paesi sono chiamati a formulare strategie efficaci per affrontare le conseguenze negative sanitarie e sociali derivate dal consumo dannoso di alcol. Soluzioni praticabili esistono e la strategia globale offre un portafoglio di opzioni politiche e interventi che dovrebbero essere considerati per la loro attuazione in ogni paese al fine di rendere le nostre comunità più sane, più sicure e avere luoghi più piacevoli in cui vivere, lavorare e trascorrere il nostro tempo libero".

Moderatori: S.E. Rev.ma Mons. Marcelo Sánchez Sorondo, Prof. Stefano Maria Zuccaro

10.30 Saluti Inaugurali

S. Em.za il Sig. Cardinale Raffaele Farina, S.E. Rev.ma Mons. Marcelo Sánchez Sorondo

10.45 Implicazioni etiche e morali delle dipendenze

S. Em.za il Sig. Cardinale Óscar Andrés Rodríguez Maradiaga

11.05 Cambiamento, valori, futuro e impegno sociale nella lotta all'alcoldipendenza

Prof. Claudio Mencacci

11.25 Epidemiologia ed impatto alcol-correlato tra cura e prevenzione

Prof. Emanuele Scafato

11.45 Riduzione verso astensione: le nuove strategie per il trattamento dell'alcoldipendenza

Prof. Luigi Janiri

12.05 Discussione

12.35 Conclusioni

S.E. Rev.ma Mons. Marcelo Sánchez Sorondo, Prof. Stefano Maria Zuccaro



S. Em.za il Sig. Cardinale Raffaele Farina

Presidente della Commissione Referente per lo IOR
Archivista e Bibliotecario Emerito di Santa Romana Chiesa

Prof. Luigi Janiri

Professore di Psichiatria e Direttore della Scuola di Specializzazione di Psichiatria
Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico A. Gemelli, Roma

Prof. Claudio Mencacci

Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Neuroscienze
Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli e Oftalmico, Milano
Presidente SIP, Società Italiana di Psichiatria

S. Em.za il Sig. Cardinale Óscar Andrés Rodríguez Maradiaga

Presidente di Caritas Internationalis
Arcivescovo di Tegucigalpa

S.E. Rev.ma Mons. Marcelo Sánchez Sorondo

Cancelliere della Pontificia Accademia delle Scienze
Cancelliere della Pontificia Accademia delle Scienze Sociali

Prof. Emanuele Scafato

Presidente SIA, Società Italiana di Alcolologia
Vice Presidente EUFAS, European Federation of Addictions Societies

Prof. Stefano Maria Zuccaro

Ufficiale Sanitario dello Stato della Città del Vaticano
Coordinatore Scientifico della Conferenza



RAFFAELE FARINA

Il Cardinale Raffaele Farina, S.D.B., Archivista e Bibliotecario Emerito di Santa Romana Chiesa, è nato a Buonalbergo, diocesi di Ariano Irpino-Lacedonia e provincia di Benevento (Italia), il 24 settembre 1933.

È entrato nel noviziato salesiano di Portici (Napoli) il 15 agosto 1947. Ha emesso i voti perpetui nella congregazione fondata da San Giovanni Bosco il 25 settembre 1954, sempre a Napoli. È stato ordinato sacerdote a Torino il 1° luglio 1958.

Ha ottenuto la licenza in teologia presso il Pontificio Ateneo Salesiano di Torino nel 1958 e ha ottenuto l'abilitazione all'insegnamento di storia e filosofia nei licei e negli istituti magistrali, presso la facoltà di storia e filosofia dell'università di Napoli nel 1961.

Docente di storia ecclesiastica e patrologia nello studentato teologico salesiano di Castellammare di Stabia (Napoli) nel 1962-1963, ha conseguito nel 1965 il dottorato in storia ecclesiastica, presso la facoltà di storia ecclesiastica della Pontificia Università Gregoriana, con una tesi su Eusebio di Cesarea, premiata con medaglia d'oro.

Nel 1969 ha ottenuto una borsa di studio (Dozentenstipendium) della Humboldt-Stiftung della Repubblica Federale di Germania, per una ricerca biennale su "Origene: la regalità di Cristo nel Commento a Matteo", svolta presso il Franz-Josef-Dölger-Institut dell'università di Bonn.

Nel 1965 ha iniziato il lavoro come docente di storia ecclesiastica antica e metodologia critica nella facoltà di teologia della Pontificia Università Salesiana a Roma. È stato poi ordinario di storia della Chiesa nella facoltà di teologia dal 1976 al 1997, anno in cui è stato proclamato docente emerito.

Decano della facoltà di teologia della Pontificia Università Salesiana nel 1973-1975 è stato rettore tra il 1977 e il 1983 e nuovamente tra il 1992 e il 1997.

Tra le sue attività, ricordiamo quella di membro del Pontificio Comitato di Scienze Storiche dal 1981 (segretario dal 1981 al 1989), membro della direzione scientifica della Corona Patrum della Società Editrice Internazionale di Torino dal 1979 al 1997, direttore della rivista Salesianum per il periodo 1977-1983 e 1992-1997.

Dal 1984 al 1990 è stato direttore dell'archivio salesiano centrale di Roma. Nel 1986 è stato nominato sotto-segretario del Pontificio Consiglio della Cultura, carica che ha mantenuto fino al 1991. Dal 1992 al 2006 è stato presidente della commissione editoriale della Libreria Editrice Vaticana e, dal 1992 al 1997, presidente del comitato animatore dei rettori dei Pontifici atenei romani. Nel medesimo periodo ha rivestito anche il ruolo di rappresentante della Santa Sede presso la C.R.E. - Associazione delle università europee.

Prefetto della Biblioteca Apostolica Vaticana dal 24 maggio 1997, è stato eletto vescovo titolare di Oderzo il 15 novembre 2006 e il 16 dicembre successivo ha ricevuto l'ordinazione episcopale dalle mani del cardinale segretario di Stato Tarcisio Bertone.

Il 25 giugno 2007 è stato nominato Archivista e Bibliotecario di Santa Romana Chiesa ed elevato alla dignità di arcivescovo ad personam. L'annuncio è stato dato da Benedetto XVI durante la visita alla Biblioteca Apostolica Vaticana e all'Archivio Segreto Vaticano.

È membro delle seguenti accademie, associazioni e comitati: Associazione dei professori di storia ecclesiastica in Italia, dalla fondazione avvenuta nel 1971; Association international d'études patristiques dal 1980; Associazione archivistica italiana, dal 1984; Pontificia accademia teologica romana dal 1995; commissione teologico-storica del grande Giubileo dell'anno 2000 (negli anni 1995-1999); Associazione italiana per lo studio della santità, dei culti e dell'agiografia dal 1997; Pontificia Accademia delle Scienze dal 1997; comitato scientifico della «Rivista internazionale di diritto comune» dal 1998. È inoltre ordinario dell'Istituto nazionale di studi romani dal 23 novembre 1999, corrispondente dei Monumenta Germaniae Historica dal 2000, membro della Società romana di storia patria dal 2000 ed emerito del Comité international de paléographie latine dal 2000.

È stato insignito della croce al merito del governo della Repubblica Federale Tedesca (ottobre 1991) ed è stato nominato dal ministro della Cultura della Repubblica francese Commandeur de l'Ordre des Arts et des Lettres (17 luglio 2000). È Cavaliere di Gran Croce al merito della Repubblica italiana (24 giugno 2005).

Archivista e Bibliotecario emerito di Santa Romana Chiesa dal 9 giugno 2012. Il 26 giugno 2013 Papa Francesco lo ha nominato Presidente della Pontificia Commissione referente sull'Istituto per le Opere di Religione. Da Benedetto XVI creato e pubblicato Cardinale nel Concistoro del 24 novembre 2007, della Diaconia di San Giovanni della Pigna.



LUIGI JANIRI

Luigi Janiri è nato a Roma il 22 aprile del 1956.

FORMAZIONE

1980 - Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università Cattolica del S. Cuore
1984 - Diploma di Specializzazione in Neurologia presso l'Università Cattolica del S. Cuore
1989 - Diploma di Specializzazione in Psichiatria presso l'Università Cattolica del S. Cuore

TITOLI E RUOLI ACCADEMICI

1988-1992 - Ricercatore, Istituto di Psichiatria e Psicologia della Facoltà di medicina e Chirurgia, Università Cattolica del S. Cuore
2005 - Professore Associato, Istituto di Psichiatria e Psicologia dell'Università Cattolica del S. Cuore
È incaricato di molteplici insegnamenti di psichiatria all'interno di diversi Corsi di Laurea per le professioni sanitarie
Dal 2000 al 2001 è coordinatore didattico di corso integrato presso il D.U. per Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica e Psico-sociale
Dal 2008 - Direttore della Scuola di Specializzazione di Psichiatria
Dal 2011 - Condirettore del Centro Interuniversitario Humanitas di Psicopsicologia e Medicina del Lavoro
2012 - Visiting Professor alla Universidad de Buenos Aires-UBA, Unidad Academica de Posgrado en Psiquiatria "Prof. Alfredo Lanari", Buenos Aires, Argentina

ATTIVITÀ OSPEDALIERA

1984-1988 - Medico Interno Universitario, Servizio Farmacodipendenze, Policlinico "A. Gemelli" di Roma
1988-1992 - Assistente Istituto di Psichiatria e Psicologia dell'Università Cattolica del S. Cuore
1992-1997 - Aiuto, Istituto di Psichiatria e Psicologia, U.C.S.C. (responsabile dell'Unità di Alcolologia)
1998-ora - Dirigente medico, Servizio Day-Hospital di Psichiatria Clinica e Tossicodipendenza del Policlinico "A. Gemelli" di Roma
dal 2001: coordinatore della Sezione di Alcolologia, Servizio Day-Hospital di Psichiatria Clinica e Tossicodipendenza del Policlinico "A. Gemelli" di Roma
dal 2005: Dirigente medico di II livello Dipartimento di Geriatria, Neuroscienze e Ortopedia dell'Università Cattolica del S. Cuore

RICERCA E PRODUZIONE SCIENTIFICA

Nel corso della sua carriera il Professor Janiri ha collaborato con molti gruppi di ricerca internazionali fra cui: St. George Hospital Medical School di Londra, Institute of Psychiatry, King's College Hospital di Londra, Centre Hospitalier Sainte-Anne di Parigi, Università di Monaco. È inoltre Socio Fondatore del Consiglio Direttivo Nazionale della Società di Psichiatria delle Dipendenze (SIPDip) e del Chair della Section on Ecology, Psychiatry and Mental Health della World Psychiatric Association (WPA). Autore di 217 articoli in rivista, ha scritto anche capitoli in volumi ed abstract. È inoltre curatore di volumi a diffusione nazionale, ha collaborato ad un dizionario medico e ad un'opera enciclopedica oltre a due volumi editi a scopo didattico.

RICONOSCIMENTI E RUOLI ISTITUZIONALI

Più volte vincitore del Premio della Sezione Addiction dell'ECNP Congress nel 2012 vince il premio FINTECO (Società Membro della World Psychiatric Association) per l'attività scientifica come Chair della WPA Section on Ecology Psychiatry & Mental Health. È anche prima membro e poi coordinatore presso la Consulta Nazionale sull'alcol e sui problemi alcol correlati.

Curricula Vitae dei Relatori

Conferenza
Alcoldipendenza
un fenomeno da contrastare
per il bene dell'individuo e della società
14 gennaio 2014 - Casina Pio IV - Vatican City

CLAUDIO MENCACCI

Claudio Mencacci è nato il 15 dicembre del 1953.

FORMAZIONE

1978 - Laurea in Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano

1982 - Specializzazione in Psichiatria, Università degli Studi di Milano

ATTIVITÀ OSPEDALIERA

1995-1999 - Primario Unità Operativa Psichiatria, Azienda Ospedaliera di Melegnano, Milano

1998-1999 - Responsabile Dipartimento Salute Mentale, Azienda Ospedaliera di Melegnano, Milano

Dal 1999 è direttore del Dipartimento di Neuroscienze dell'Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano

INCARICHI UNIVERSITARI

Professore a contratto, Facoltà Medica dell'Università degli Studi di Milano

1995 - oggi Professore a contratto, Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Università di Perugia

SOCIETÀ E FONDAZIONI

Segretario Generale della Società Italiana di Psichiatria

Coordinatore Nazionale di numerosi Corsi di Aggiornamento per la Società Italiana di Neuropsicofarmacologia

Consigliere e Membro del Comitato Scientifico della Fondazione Amico Charly

Vice Presidente della Fondazione Idea 2004

RUOLI ISTITUZIONALI

2003 Membro Osservatorio Nazionale Salute Mentale del Ministero della Salute

2004 Esperto del Consiglio Superiore di Sanità 2004

Membro Commissione Nazionale Disagio Adolescenza del Ministero Pubblica Istruzione

È inoltre fondatore e direttore del Centro Depressione Donna PO M. Melloni e del Centro per la ricerca sulla Diagnosi e il Trattamento della Depressione e dell'Ansia del Fatebenefratelli di Milano. Dirige la Rivista Ufficiale di Neuropsicofarmacologia e presiede il Coordinamento Nazionale dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.



ÓSCAR ANDRÉS RODRÍGUEZ MARADIAGA

Il Cardinale Óscar Andrés Rodríguez Maradiaga, S.D.B., Arcivescovo di Tegucigalpa (Honduras), è nato a Tegucigalpa il 29 dicembre 1942.

Appartiene alla Congregazione Salesiana dal 3 maggio 1961. Ha ricevuto l'ordinazione sacerdotale in Guatemala il 28 giugno 1970.

Ha compiuto gli studi elementari e secondari nell'Istituto Salesiano San Miguel (1949-1959). È stato maestro elementare nella scuola Masterrer (El Salvador), 1962. Professore nella scuola media di fisica e matematica, scienze naturali e chimica (1965), si è laureato in filosofia nell'Istituto «Don Rua», El Salvador, nel 1965.

Si è laureato in teologia presso il Pontificio Ateneo Salesiano, a Roma, nel 1970.

Si è laureato in teologia morale presso la Pontificia Università Lateranense nel 1974. Ha ottenuto il Diploma in psicologia clinica e in psicoterapia a Innsbruck, in Austria, nel 1975. Ha condotto gli studi di pianoforte nel Conservatorio di San Salvador, tra il 1960 e il 1963. Gli studi di armonia e di composizione li ha compiuti in Guatemala e a Newton (New Jersey, negli Stati Uniti d'America) tra il 1967 e il 1970.

È stato maestro elementare e professore nell'Istituto Salesiano «Rinaldi» (San Salvador, 1963); professore di chimica, fisica e musica nel Collegio Salesiano «San José» (Santa Ana, El Salvador) nel 1964-1965; professore di chimica e fisica presso l'Istituto Salesiano «San Miguel» (Honduras) nel 1966; professore di musica sacra per 13 anni, professore di chimica nel Collegio Salesiano Don Bosco (Guatemala) nel 1971-1972; professore di teologia morale ed ecclesiologia nell'Istituto Teologico Salesiano (Guatemala) nel 1971-1975; Segretario della facoltà di teologia dell'Università «Francisco Marroquín» (Guatemala) nel 1974-1976; Rettore dell'Istituto Filosofico Salesiano (Guatemala) nel 1975-1978.

È stato eletto Vescovo titolare di Pudenziana e Ausiliare di Tegucigalpa il 28 ottobre 1978 ed ha ricevuto l'ordinazione episcopale a Tegucigalpa l'8 dicembre 1978. È stato Amministratore Apostolico della Diocesi di Santa Rosa de Copán, in Honduras, dal 1981 al 1984.

Nominato Arcivescovo di Tegucigalpa l'8 gennaio 1993, è stato anche Amministratore Apostolico della Diocesi di San Pedro Sula tra il 1993 e il 1995.

Vice-presidente di Caritas Honduras dal 1979 al 1988, è stato Segretario Generale della Conferenza Episcopale dell'Honduras (1980-1988) e dal 1997 è Presidente della Conferenza Episcopale dell'Honduras.

Nel Consiglio Episcopale Latinoamericano (CELAM) è stato Membro della Commissione Episcopale del Dipartimento di Educazione (1979-1981); Delegato della Conferenza Episcopale dell'Honduras (1979-1987); Responsabile della Sezione di Pastorale Giovanile, (1981-1985); Presidente del Dipartimento di Vita Consacrata (1985-1987); Responsabile del Segretariato della Pastorale della Mobilità Umana (1987-1991); Segretario generale (1987-1991); Presidente del Comitato Economico (1991-1995). È stato Presidente del CELAM dal 1995 al 1999.

Dal giugno 2007 è Presidente di Caritas Internationalis.

Tra le onorificenze ricevute, l'Ordine civile «José Cecilio del Vall» (1985); l'Ordine della «Gran Cruz con Placa de Oro» del Sovrano Congresso Nazionale dell'Honduras (1995); l'Ordine della «Gran Cruz» delle Forze Armate (1995); la «Medaglia al merito» delle Forze di Sicurezza Pubblica (1996); il «Caballero de la Paz» a Malaga, Spagna (1998); la Medaglia «Caritas Christi», dell'Arcidiocesi di Boston (1999); l'«Hoja de Liquidambar» del municipio di Tegucigalpa (1999).

Il 13 aprile 2013 Papa Francesco lo ha nominato Membro, con funzione di coordinatore, del gruppo di Cardinali per consigliarlo nel governo della Chiesa universale e per studiare un progetto di revisione della Costituzione Apostolica Pastor bonus sulla Curia Romana.

Dal B. Giovanni Paolo II creato e pubblicato Cardinale nel Concistoro del 21 febbraio 2001, del Titolo di Santa Maria della Speranza.

È Membro:

- delle Congregazioni: per il Clero; per l'Educazione Cattolica;
- dei Pontifici Consigli: della Giustizia e della Pace; delle Comunicazioni Sociali; Cor Unum;
- della Pontificia Commissione per l'America Latina;
- del Consiglio Speciale per l'America della Segreteria Generale del Sinodo dei Vescovi.



MARCELO SÁNCHEZ SORONDO

Marcelo Sánchez Sorondo è nato a Buenos Aires, Argentina, l'8 settembre del 1942, è un teologo, filosofo e vescovo cattolico che dal 5 ottobre 1988 ricopre l'incarico di Cancelliere della Pontificia Accademia delle Scienze e della Pontificia Accademia delle Scienze Sociali.

Ordinato sacerdote il 7 dicembre 1968 nell'Arcidiocesi di Buenos Aires, si è laureato in Teologia presso la Pontificia Università San Tommaso d'Aquino nel 1974 e in Filosofia presso l'Università di Perugia nel 1976.

Dal 1976 al 1998 è stato professore di Storia della Filosofia nella Pontificia Università Lateranense (Città del Vaticano), dove ha ricoperto il ruolo di Ordinario dal 1982 ed è stato eletto Decano della Facoltà per tre periodi consecutivi dal 1987 al 1996. Nominato da Giovanni Paolo II Cappellano di Sua Santità l'11 dicembre 1987; il 18 gennaio 1989 è stato anche nominato socio ordinario della Pontificia Accademia di San Tommaso d'Aquino.

Dal 1998 è Professore Ordinario di Storia della Filosofia alla Libera Università Maria Santissima Assunta (Roma) e nello stesso anno è stato nominato Presidente del corso di Laurea in Scienze della Formazione nella medesima Università.

Nel marzo di 1999 è stato nominato da Sua Santità prelado segretario della Pontificia Accademia di San Tommaso d'Aquino. Ha tenuto corsi trimestrali sui risultati delle sue ricerche all'Università di Salamanca (1978 e 1980), all'Università di Santiago de Compostela (1982) e diverse conferenze e seminari in altre università italiane (Perugia, Macerata, Napoli) ed estere (Washington, Mosca, Gerusalemme, Toronto, Montréal). Il 19 marzo 2001 è stato consacrato da Sua Santità Giovanni Paolo II Vescovo titolare di Vescovio (co-consacranti i cardinali Angelo Sodano e Giovanni Battista Re).

Riconoscimenti: Cavaliere di Gran Croce della Repubblica Italiana (1999); Ufficiale della Legione d'Onore, Francia (2000 e 2002), Gran Maestro dell'Ordine di Rio Branco, Brasile (2004); Ufficiale della Repubblica d'Austria (2004); Cavaliere della Repubblica del Cile (2006); Premio "Francesco Vito", Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano (2001); Premio "Pablo Neruda", Cile (2004); "Bernardo O'Higgins" Grand'Ufficiale, Cile (2005); Premio dell'Associazione Internazionale dei Medici Cattolici (2010); Membro dell'Accademia dei Georgofili (2008); Membro dell'Accademia Italiana del Vino (2010).

Ricerca scientifica: I suoi primi studi sono incentrati su un esame innovativo della funzione primaria del concetto di partecipazione all'approccio teologico di San Tommaso d'Aquino, in modo particolare sul punto cruciale della questione della "partecipazione dell'uomo nella natura divina".

La principale e originale conclusione era che l'uomo, in quanto essere libero, "causa sui", nell'ordine generale di ri-creazione è causa non solo della propria crescita, ma anche della comunicazione della grazia divina ad un altro essere umano, che liberamente accetta quella grazia.

Da convinto seguace della corrente filosofica contemporanea che propende per la riabilitazione di Aristotele, ha sottolineato che il filosofo nativo di Stagira è stato il primo ad esporre una teoria positiva sulla realtà spirituale, che inizia con l'esperienza umana di attività superiori come la sensazione, il pensiero, il desiderio e il piacere. Aristotele, attraverso queste meta-categorie di potenza ed energia, che pure servono in una prima fase a spiegare il movimento, accede a una spiegazione metafisica dell'uomo come essere vivente, della sofferenza e del libero arbitrio - questioni ampiamente trattate dalla filosofia moderna. Attingendo ai più recenti sviluppi della ricerca critica nella struttura del pensiero di Aristotele (N. Hartman, P. Ricoeur e il suo stesso insegnante C. Fabro), ha esaminato le diverse interpretazioni di questo filosofo, in particolare quelle proposte durante il periodo medievale da Tommaso d'Aquino e in epoca moderna da Hegel.

Nel suo "Encyclopaedia" (§ 482) Hegel osserva giustamente che nessun concetto è stato più frainteso di quello di "libertà", che esprime l'essenza dello spirito. Questa è stata la nuova idea antropologica da cui il mondo classico, tra cui Aristotele, era lontano anni luce. Per questo motivo, ha recentemente sostenuto il concetto di "libertà conseguita" ovvero la libertà raggiunta tramite la verità (Giovanni Paolo II), che è diventato il nuovo criterio per l'ermeneutica della storia, della cultura e delle religioni. Ha anche prospettato che la "libertà conseguita", in quanto vera qualità dell'essere umano e non mera potenzialità, dovrebbe anche essere il criterio da impiegare nell'analisi della storia cristiana.



EMANUELE SCAFATO

Nato a Taranto l'11 gennaio 1959, è Dottore in Medicina e Chirurgia, Gastroenterologo ed Epidemiologo.

QUALIFICHE

- Direttore del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti, CNESPS
- Direttore del WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, CNESPS
- Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol, CNESPS

FORMAZIONE

- 1985 - Laurea con lode in Medicina e Chirurgia, Università "La Sapienza", Roma
- 1990 - Specializzazione con lode in Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "La Sapienza", Roma

INCARICHI

- 2012-2013 - Docente Scuola Nazionale sulle Dipendenze (National School on Addiction), Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga. Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, Roma
- 2010 - Professore di Epidemiologia e Statistica, Master "Alcol e tabacco: stili di vita e patologie correlate", Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze
- 2005 - Direttore del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti - CNESPS - Istituto Superiore di Sanità
- 2003 - Ispettore Istituto Superiore di Sanità per l'esercizio della vigilanza sui laboratori preposti al controllo sanitario antidoping sulle competizioni e sulle attività sportive
- 2001 - Direttore del WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Health Problems presso l'ISS
- 2000 - Consultant WHO Short Term Consultant. Alcohol Drug and Tobacco Unit. Health Promotion Department. Regional Office for Europe, Copenhagen
- 2000 - Direttore Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS (in collaborazione interdipartimentale del CNESPS con l'OssFAD del Dipartimento del Farmaco sino al 2005)
- 1997 - Primo Ricercatore Istituto Superiore di Sanità, Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica

INCARICHI ISTITUZIONALI

Commissioni Nazionali

- 2008 - Membro della Consulta degli Esperti e degli Operatori Sociali sulle Tossicodipendenze
- 2008 - Esperto Gruppo di Lavoro per la preparazione di un Disegno di Legge di revisione della Legge Basaglia (Legge 180/1978)
- 2008-2007 - Esperto riunioni tra il Ministero della Salute e una delegazione ristretta in rappresentanza del tavolo di consultazione per l'etichettatura e pubblicità delle bevande alcoliche di cui al programma nazionale Guadagnare Salute. Settore Alcol
- 2007 - Membro del Sottocomitato Scientifico Alcol del Centro Controllo Malattie (CCM) per l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), Ministero della Salute, Dipartimento Prevenzione e Comunicazione

Commissioni Europee

- 2010 - Esperto su designazione del Directorate General for Health and Consumers - DG SANCO - of the European Commission per il "Seminar on Youth drinking and binge drinking: mapping, understanding and preventing a problem", Bruxelles
- 2009 - Esperto su designazione del WHO per il "Monitoring systems for alcohol, drugs and other psychoactive substance use: review of current practices", Valencia
- 2009 - Esperto su designazione del WHO per "WHO Technical Regional Consultation on Global Strategy to Reduce Harmful Use of Alcohol" Copenhagen

PROGETTI INTERNAZIONALI

- 2000-2004 - Ricerca sull'alcol. Istituto Superiore di Sanità-National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) del National Institute of Health (NIH). Aree di ricerca del "U.S. - Italy Science and Technology agreement" (Principal Investigator e referente nazionale)
- 2001-2003 - OCSE-OECD. Organisation for Economic Co-operation and Development). Paris. OECD Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs. Social Policy Division (Country Researcher):
 - Study of cross-national differences in the treatment of ageing-related diseases.
 - Study of cross-national differences in treatments, costs and outcomes in Ischemic Heart Disease.
 - Differences in treatment of stroke in OECD Countries
 - Study of cross-national differences in treatments, costs and outcomes in Breast Cancer



STEFANO MARIA ZUCCARO

Il Prof. Stefano Maria Zuccaro è nato a Roma nel 1949.

FORMAZIONE

Laurea in Medicina: Università di Roma nel 1975 (magna cum laude)

Specializzazione: Geriatria e Gerontologia, Direttore dei Dipartimenti di Geriatria, Oncologia e Broncopneumologia, Ospedale Israelitico di Roma

Ufficiale Sanitario dello Stato del Vaticano e Medico della Comunità Salesiana del Vaticano

STAGE CLINICI E INCARICHI ACCADEMICI

1975-1977 - 3° Clinica di Medicina Interna dell'Università di Roma

1977-1980 - Assistente Medico, Ospedale Addolorata di Roma

1980-1985 - Assistente Medico, Ospedale Israelitico di Roma

dal 1985 Direttore del Dipartimento di Geriatria dell'Ospedale Israelitico di Roma

dal 2005 Direttore dell'Unità per Alzheimer della ASL di Roma D

Nel 1990 è stato eletto membro del Consiglio di Amministrazione della Società Italiana di Geriatria Ospedaliera – SIGOSS, nel 1994 Segretario Nazionale e dal 2002 al 2006 Presidente della stessa Società. Nel 2010 è stato nominato Presidente Onorario del SIGOSS

1980-1992 - è stato Assistente Medico presso la Direzione dei Servizi Sanitari di Città del Vaticano ed è tuttora Ufficiale Sanitario dello Stato del Vaticano.

1996-2004 - Professore Associato della Scuola di Specializzazione in Geriatria e Gerontologia dell'Università "La Sapienza" di Roma.

Dal 2009 è Membro della Commissione del Ministero della Salute "Cure Palliative e Terapia del Dolore" e del Gruppo di Lavoro Geriatrico creato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Dal 2006 è Membro della Commissione Etica dell'Istituto IRCCS San Raffaele e dell'Ospedale Israelitico di Roma.

Il Prof. Zuccaro ha partecipato in qualità di Relatore ad oltre 100 Convegni Nazionali e Internazionali.

Dal 2002 al 2006 è stato Redattore della rivista "Geriatria" - Edizione CESI.

Ha pubblicato più di 50 lavori scientifici.

In collaborazione con il Prof. Massimo Palleschi ha scritto quattro libri sulla Geriatria (Geriatria, Ed. SEU; Geriatria: rivoluzione nella sanità e negli ospedali, Ed. CESI; Rapporto sulla cronicità in Italia, Ed. CESI; Linee guida di Terapia Geriatrica, Ed. CESI).



Changes, future, values and social commitment in the prevention of the alcohol dependence

C. MENCACCI, G. MIGLIARESE

The increase in the prevalence of addictions observed in recent years suggests to implement specific projects for the prevention of these disorders. Preadolescence and adolescence represent a particularly important period for the prevention of different mental disorders, as the incidence for almost all psychiatric disorders increases in this period. Even for alcohol addiction adolescence represents an important period in defining preventive programs: several studies show that problems with alcohol abuse occurring at young age are strong predictors for alcohol-dependence in adulthood. Adolescence, with its unexpressed potential, it is a period of increased sensibility to several factors such as risky behaviors, violence, physical and chemical trauma (including the abuse of alcohol, especially if repeated). Different studies have found a reduction in cognitive performance, changes in microstructure of the central nervous system (CNS), and a discrepancy in the activation pattern of brain function in adolescents with alcohol-related disorders (including subthreshold alcohol disorders) compared to controls. Different hypotheses have been made to explain the importance and the specific sensitivity of this period for the wellness in adulthood. Biologically, in adolescence there is a global maturation and reorganization of the CNS (that comes to full maturity at around 24 years old). Psychologically, is well-known the difficult way that conducts from the childish identity to the adult identity, and that requires the detachment from family models and the establishment of a new identity based on responsibility. During the adolescence people begins to deepen its knowledge, specific skills are strengthened and the relational modalities and skills in dealing with situations are defined. Therefore, protecting adolescents is one of the most important keys to improve the access to adulthood, preserving all the tasks that can be put into crisis by various "traumatic" factors and by the onset of the psychopathology.

Whether as a real addiction or as a sporadic behavior, the abuse of alcohol in young age is definitely a "traumatic" factor. Alcohol, with its inhibitory function on CNS (and disinhibitory effect on the behaviour), is one of the substances of easier access and greater distribution in the youth population. The health burden related to the use of alcohol in the course of adolescence is extremely high and alcohol is the main risk factor for disability and premature mortality for young people. In Italy, 13.6 % of 11-15 years boys consume alcohol and the risk of binge drinking is higher in young people (18-24 years) than in other period of life. According to the World Health Report the excess of alcohol is the cause of one in four deaths in the age group between 15 and 29 years. The relationship between alcohol and psychopathology is complex and partly two-way. Some studies have suggested that a particular temperamental constellation characterized by high levels of impulsivity associated with a weakness of the executive functions could represent an endophenotype that exposes the subjects to the risk for alcohol dependence. Moreover, the presence of anxiety or depressive symptoms is often a decisive factor for the use of substances as a self-treatment. At the same time the use of substances in adolescence can facilitate the onset psychopathology in vulnerable people with an increased risk of drug abuse and depressive disorders in adulthood.

The paradigm of alcohol addiction permits to state some additional considerations keeping the problem in a broader context. In the last 30 years we have assisted at profound changes in the social system and at the crisis of the references on which it was based: the cultural changes were complemented and facilitated by a hyperbolic development of technologies. The combination of these factors is now a central aspect for understanding the transformations of psychopathology and some authors have talked about a "bio-psycho-socio- technological paradigm" as a new paradigm in psychiatry. One of the most important and interesting aspects of these changes is certainly represented by the modification of the concept of space and time. The new possibilities related to the network modify the concept of space, creating a virtual space characterized by fluid boundaries (it's important, especially for young people, the proliferation of virtual game sites, such as "Second Life", or communities of players like "World of Warcraft"), and a drastic reduction of the distances (consider, for example, the video-conferencing, the chats, the social networks). Even the concept of time, and mostly of the concept of waiting, it has been totally reshaped: the simultaneity, expressed primarily in interpersonal relationships (both real and virtual), changed deeply the characteristic of working and of the entire pace of life, leading to an impressive increase in the personal and professional demands. The influence of these changes on the relational and affective development of adolescents is difficult to quantify, although it could act favoring a comprehensive reshaping of the process of identity development and subsequently on the psychic manifestations. The latest, in fact, result from the complex interaction between the human biological structure, with all its limited potentiality, and the demands of the environment. So, the modification in the concept of time should be reflected on the competence to wait, which is essential in the tolerance to frustration, and the modification of the concept of space would facilitate the proliferation of virtual relationships where it is not possible to fully experience the pain of rejection and of abandonment, and consequently to deal with failures and loss. The recent increase of the prevalence of stress-related disorders seems to confirm that the current demands of the social environment are often overwhelming the ability of the individual. The use of factors "empowering" the capabilities (such as narcotics excitatory) or "anxiolytic" factors, able to facilitate the management of stress (such as alcohol, opioids, drugs) fits perfectly in the described context. It can be assumed that the trend towards the creation of new hypertrophic bonds (such as dependencies) is facilitated by the anxiety associated with new technological and social realities, and that the young, "digital natives", are the most exposed to these risks.

Concluding, the increasing frequency of the dependencies that we observe clinically would have a link with the profound changes we have witnessed in the last 30 years. These disorders can bring out the psychopathology in vulnerable subjects, but, at the same time, if a psychiatric disorder is already present, they may exacerbate the clinical picture, prognosis, and the functional outcome. Then, it becomes a primary objective working on a protective system of values and social commitment to the contrast to the alcohol dependence.

Huurte T et al. *Adolescent risk factors for excessive alcohol use at age 32 years. A 16-year prospective follow-up study.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010 Jan;45(1):125-34.

Jacobus J, Tapert SF. *Neurotoxic effects of alcohol in adolescence.* Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:703-21.

Stautz K, Cooper A. *Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: a meta-analytic review.* Clin Psychol Rev. 2013 Jun;33: 574-92

Epidemiology and impact of alcohol use: bridging the gap between care and prevention

E. SCAFATO

Alcohol consumption is a major risk factor for burden of disease. Alcohol use disorders represent a very frequent detrimental health consequences associated with drinking. In the European Union, the most recent statistics estimate that alcohol dependence alone caused more than 60% of all alcohol attributable mortality burden. Alcohol consumption is one of the main risk factors for health, one of the major causes of liver cirrhosis, and the second leading cause of premature death in Europe, in addition to being the cause of hundred of illnesses and pathological conditions, around 60 the most relevant including cancer. There are consistent national and international research evidences that have confirmed the correlation between high alcohol consumption and an increased risk of morbidity and mortality.

In Europe, approximately 15% of the population are estimated as engaged in hazardous drinking. Binge drinking (more than 5-6 drinks in one 2-3 hours drinking session) is currently widespread to increasingly larger segments of the population involving not only young persons but also the adults. In Europe, approximately 55 million persons are considered to be hazardous drinkers and at least 23 million persons already alcohol dependent. Each year, alcohol consumption is responsible for 195,000 deaths, with tangible costs of 125 billion Euro per year (1.3% of Europe's GNP) and intangible costs of approximately 270 billion Euro. Furthermore, excessive alcohol consumption harms not only drinkers themselves but also their families and persons in their social network. It is currently estimated that in Europe 5-9 million children live in families with alcohol problems. Alcohol is a toxic, a drug that has been demonstrated to be involved in violent behaviour episodes (1 out of 4 homicides and 1 out of 6 suicides are alcohol-related in Europe), abuse, abandonment, loss of social opportunities, incapacity to create stable relationships, invalidity, accidents in the workplace and road accidents.

Although several strategies and action plans are ongoing since the last twenty years across Europe the proportion of alcohol dependents having access to any form of treatment is relatively low if compared to the huge number of risky drinkers. Cultures, norms, models or modalities of pharmaceutical drugs assumption but also lack of professional training and still missing treatment guidelines may help understand the gap to be filled. At the same time it is still far to be reached the goal to integrate early identification and brief intervention in the daily practice of General Practitioners as the most recent AMPHORA and ODHIN EU projects have pointed out in the Amphora Manifesto and several reports and e-book presented to the European Commission. Treatment research shows that early intervention in primary care is feasible and effective, and a variety of behavioural and pharmacological interventions are available to treat alcohol dependence. This evidence suggests that treatment of alcohol-related problems should be incorporated into a public health response to alcohol problems. The challenge is to increase the awareness among the general population about alcohol-related impact on health but also to widen the capacity of health systems and services in empowering addicted people to better deal with the support of professionals hopefully ensuring a larger access to renewed health care models valuing the need to support a multidisciplinary approach to reach better health as well as social outcomes.

World Health Organization. *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.

Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. *Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders*. *Lancet* 2009; 373: 2223-2233.

World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Geneva: World Health Organization; 2010.

World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

Rehm J, Shield K, Rehm M, Gmel GJ, Frick U. *Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease: potential gains from effective interventions for alcohol dependence*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2012.

Rehm J, Scafato E. *Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries*. *Addiction*. 2011 Mar;106 Suppl 1:4-10. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03323.x.

Scafato E et al. In: Heather N editor. *WHO Collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care - Report on Phase IV*. Geneva, Switzerland: World Health Organization - Department of Mental Health and Substance Abuse; 2005, p. 131-144.



Drinking reduction versus abstinence: new strategies in the treatment of alcohol dependence

L. JANIRI

Alcohol is an essential cause of many categories of diseases, but even more conditions where alcohol is a component cause may be mentioned. If this is the part of burden attributable to the toxic effects of the substance, there is the other side of the problem pertaining to the subject's relationship with the object. Alcohol dependence may be defined as a maladaptive pattern of alcohol use in which individuals lose control over their drinking. It is diagnosable according to DSM-5 by means of a set of criteria and symptoms useful also to assess the severity of the addictive disorder (1). Alcohol dependence is one of the negative consequences of alcohol use, but it is primarily a psychopathological condition which needs to be addressed by adequate therapeutic approaches.

Many studies show that alcohol-related health and behavioral problems decrease by reducing daily alcohol consumption and the number of heavy drinking days (2). In this perspective treatment strategies aimed at obtaining reduced-risk drinking (RRD) as an additional option for those patients who are unable or unwilling to totally abstain from alcohol would be an important resource to prevent harmful consequences of the drinking behavior itself. A recent review provides some empirical support to conclude that: (a) RRD is a viable treatment goal at least for some problem and dependent drinkers and even as a provisional step towards abstinence; (b) abstinence and non-abstinence-based treatments appear to be equally effective; (c) allowing patients to choose their treatment goal increases the success rate (2). In fact, it is clear that assuming abstinence as the only possible indication for alcoholics is associated with low treatment participation and retention, high risk of failure and high rates of dropouts.

Up to now most pharmacological and rehabilitative programs for relapse prevention in alcohol abuse or dependence require detoxification and abstinence maintenance. Thus a treatment gap exists for individuals who do not wish or are not able to comply with such programs, at least in a given phase of their addiction history. In spite of the broad diffusion of abstinence-based rehabilitative treatments, such as self-help groups (Alcoholics Anonymous) or clubs, a psychosocial support should be available also for this type of patients. In addition, it emerges from the studies on RRD how important is to pursue a downward shift of the drinking risk level in dependent individuals (2, 3).

There are certain contraindications to RRD including: (a) the client's unwillingness to set a non-abstinence goal; (b) the presence of medical or psychological conditions that may be exacerbated by continued alcohol ingestion; (c) use of medications that are considered dangerous when combined with alcohol; (d) a history of repeated, failed attempts at reduced-risk drinking; (e) pregnancy; (f) breastfeeding; and (g) a history of severe alcohol withdrawal symptoms (3).

1) American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing.

2) van Amsterdam J, ven den Brink W (2013). *Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence*. *J Psychopharmacol* 27: 987-97.

3) Ambrogne JA (2002). *Reduced drinking as a treatment goal: what clinicians need to know*. *J Subst Abuse Treat* 22: 45-53.



SEDE

La Conferenza si svolgerà presso:
Casina Pio IV
Vatican City

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

OIC srl - Organizzazione Internazionale Congressi



Viale G. Matteotti, 7
50121 Firenze
Tel. ++39 055 50351
Fax ++39 055 5001912
g.intrieri@oic.it