Il discorso però è finito a livello di queste strutture premianti. Poi si è scoperto qualcosa di molto diverso e di abbastanza sconvolgente. Questa figura che vi faccio vedere è una figura di una sezione di encefalo di ratto saggittale, in cui si vede che esiste uno stretto pertugio, che è una struttura ventricolare, e attorno si vede questa struttura rosea. Questo è quello che tecnicamente viene chiamato il grigio periacruduttale. E quello che si è scoperto prima curiosamente sull'uomo, e poi anche sull'animale, è che, se voi infliggete uno stimolo elettrico al grigio periacruduttale esiste esattamente il fenomeno opposto. Il ratto non cerca più il premio, ma fugge. Ma in compenso che cosa ottiene? Ottiene un profondo stato di analgesia. E c'è una tesi recente che dice: ma scusate, ma uno non piglia l'eroina per prendere analgesia? Ma perché non potremmo immaginare allora che una iperattività di questa struttura avversiva desse una striscia analgesica che in realtà comporta una cosa di questo genere? Le strutture sono molto complesse. In realtà quello che si è visto è che questo grigio periacruduttale, per esempio, manda un fortissimo impulso inibitorio alla periferia attraverso i nuclei del rafeo dorsale che sono poi i nuclei sierotoninergici. Ma, cosa ancora più rilevante, che cosa si è scoperto? Che quando il soggetto va in withdrowal, in crisi astinenziale, viene classicamente stimolato il sistema di stress, quello adrinocorticotrofico. Allora quando giustamente il professor VIRGILI diceva "non vale un grammo della tua adrenalina", ecco che allora ci ricordiamo che probabilmente i sensation seeking, i risk taking behaviour, non cercano il premio, cercano la sensation, cioè cercano il withdrowal, cioè cercano l'attivazione del sistema avversivo, che è un discorso radicalmente diverso.

Una mia vecchia amica che ha sposato cinque uomini mi diceva: look Enzo, tutti gli uomini sono uguali dalla testa in giù. Allora il discorso è: vediamo se possiamo salire sopra il limbico, smettiamo di essere animali olfattivi e appetitivi e vediamo se possiamo arrivare alla corteccia. Come si fa a esplorare la corteccia? Come mostra questa figura tratta da Internet, che dobbiamo al NAIDA, c'è una tecnica spettacolare, estremamente rilevante, che si chiama il brain imagining, cioè noi possiamo vedere le aree cerebrali attivate quando noi andiamo a usare queste Pet o Spec o risonanze magnetiche. E viene fuori che cosa? Che evidentemente abbiamo un corteccia prefrontale che è di gran lunga superiore a quella di tutti gli animali del creato. E questo forse spiega perché l'addiction è qualche cosa di estremamente umano. Perché noi solo abbiamo questa estrema estensione della corteccia prefontale. Mentre il ratto non ne ha ed è estremamente difficile trovarlo.

Viene fuori anche quello che a volte è evidente, è che la corteccia orbito frontale, quella che dà la moria dei frontali, perché quando un soggetto di morbi frontali diventa irresponsabile, spending money e diventa un soggetto che non sa prevedere il proprio comportamento, in realtà ciò è collegato con tutte le strutture soggiacenti del tipo dopaminergico. C'è una interposizione cerebrale che non era stata finora considerata, che sono i corpi striati. Il corpo striato viene sempre considerato una struttura motoria. Dalle ricerche più recenti, lo striatosoma in realtà, il corpo striato è una corteccia. Non è una corteccia laminare, ma è una corteccia. E allora qualcuno dice: guardate che se volete avere una decisione fra premi, che è poi il discorso dell'iterazione e della tossicodipendenza, dovete pensare al circuito striotalamocorticale. Se si va a cercare con la risonanza magnetica qual è la struttura che viene attivata nell'ossessivo - compulsivo classico, la struttura attivata è di tipo prefrontale. E se viceversa andiamo a vedere che cosa succede in un soggetto che è in craving per cocaina, ecco che le strutture cortico - frontali, e per la verità anche quelle un po' sotto, vengono tutte stimolate. Per cui esiste una conclusione, in questo momento azzardata, finale che dice: l'addiction è una brain disease, l'addiction è una malattia (disease) del circuito talamostriocorticalico. E questa è in realtà la spiegazione del motivo per il quale un soggetto sarebbe impossibilitato a svolgere le sue decisioni. Concludo solo dicendo che rimane sempre l'equivoco. Se un soggetto ha un craving e libera dopamina, se un soggetto ha un craving e si attiva la corteccia prefrontale, questo è un epifenomeno o è la realtà del fenomeno? E se la realtà

del fenomeno è questa, la domanda è: che cosa è mutato nei nostri neuroni per cui il soggetto non è più capace di volere? Perché ha questa volipatia dalla quale non riesce più a fuggire? Che cosa è cambiato nella sua struttura neuronale? E qui il discorso andrebbe molto lontano, se ci rifacciamo all'epilessia. Nell'epilessia c'è un silenzio, questo silenzio è addirittura ipometabolico, ogni tanto scatta lo spike epilettico e le spiegazioni sono due: o come quando voi stimolate elettricamente una corteccia addirittura i canali ionici rimangono affetti per un mese, e allora se continuo a dare cocaina si tiene aperto un canale ionico per un mese, o viceversa, qualcuno dice, nell'epilessia, è morto qualche interneurone che dovrebbe fare da inibitore. Non muore tanto l'interneurone, quanto la struttura glutaminacea che lo stimola.
Qualcuno proprio due mesi fa, è andato a misurare il contenuto di neuroni nel talamo di soggetti ossessivo - compulsivi e li ha trovati mancanti. E l'ultima figura, che viene dal NAIDA, vi illustra una cosa estremamente interessante e preoccupante: se voi continuate a dare metanfetamina nei ratti, non solo evidentemente nuocete ai famosi nuclei dopaminergici, ma avete addirittura una moria a livello del frontale. Il che ripropone il problema finale. L'addiction o i comportamenti iterativi sono una brain disease, sono semplicemente una ipereccitazione funzionale o c'è qualche cosa di anatomico, lesivo, che instaura qualche cosa di irreversibile? Però il farmacologo, che ormai da tanti anni si occupa di tossicodipendenza, di fronte al successo innegabile che un trattamento psicoterapico - comportamentale porta nel recupero dei tossicodipendenti, cerca una scappatoia dicendo: può darsi che l'addiction sia una brain disease, può darsi che si debbano cercare dei farmaci molto selettivi che in questo momento non possediamo, però non dimentichiamoci che il cervello, a differenza di tutti gli altri organi, è un organo che sa autoripararsi. Il cervello è un plastico, il suo grande vantaggio è di poter rifare i circuiti magari devastati. E' questa speranza che lascio alla meditazione di tutti.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Non ho commenti, perché come al solito il professore oltre a essere travolgente nell'esposizione riesce a sintetizzare anche decenni e decenni di studi, di lavori, di fatiche e di risultati maturati molto faticosamente. Darei subito la parola alla dottoressa Laura TIDONE, responsabile del SERT di Bergamo che ci parlerà della centralità dei meccanismi di addiction nei disturbi del comportamento alimentare.»

Dr.ssa Laura TIDONE:- «Entrambi i relatori che mi hanno preceduto hanno forse non tanto casualmente, parlato di anoressia e di bulimia. Questo tema apparentemente così diverso da quello della conferenza, in realtà spero di dimostrare che è perfettamente centrato, anche perché se è una novità in Italia parlare di disturbi del comportamento alimentare, di anoressia e di bulimia, nell'ambito di un convegno che si occupa di patologie da dipendenza, non è così raro e così strano in altri paesi del mondo. I disturbi da abuso e da dipendenza sono trattati quasi ovunque nell'ambito della psichiatria e sono classificati insieme all'anoressia e alla bulimia nei manuali psichiatrici. Credo che analogie importanti ci possano aiutare a comprendere meglio i fenomeni di cui ci occupiamo tutti i giorni.
Il disturbi del comportamento alimentare sono comunque un'area di studio multidisciplinare come per altro sono multidisciplinari i nostri interventi. In realtà negli ultimi anni è acquisizione comune che gli aspetti neuroendocrini e psichiatrici assimilino i disturbi del comportamento alimentare a qualunque altro comportamento di addiction. Do per scontato e faccio mio tutto ciò che dicevano i due relatori che mi hanno preceduto, anche perché la mia formazione è in entrambi i settori; tratterò l'argomento in modo molto più semplificato, dando anche per scontato il Corano della dopamina di cui parlava il professor GORI. Nel settore dei disturbi del comportamento alimentare o in generale nei meccanismi dell'assunzione di cibo esistono, come per l'assunzione di qualunque altra sostanza, dei loci di elaborazione centrale, degli stimoli periferici e dei mediatori tra segnali peri-

ferici e loci di elaborazioni. E questi mediatori sono gli stessi implicati nelle vie del piacere, nelle vie della gratificazione, dell'abuso e della dipendenza. Per semplificare parliamo principalmente di dopamina e di sierotonina. A me interessa incentrare il discorso sui meccanismi di dipendenza, di craving, di timing e di addiction, che sono appunto il ponte che può collegare la neuroendocrinologia e la psichiatria. Praticamente, sono il ponte che lega anche i discorsi precedenti, che abbiamo sentito finora. Come diceva il professor GORI, nessuno di noi ancora sa quanto piccole siano queste parti che abbiamo scoperto, tuttavia ci hanno fatto fare enormi passi avanti anche solo nel riconoscimento delle vie fisiologiche, né sappiamo se nasce prima l'uovo o la gallina, ovvero se si tratta di alterazioni permanenti di queste vie fisiologiche, cosa che sembra supportata dal fatto che anche dopo anni dalla guarigione di una addiction resterebbe un'alterazione dell'andamento del timing dei trasmettitori, o se queste alterazioni si attuano in seguito ad altri fenomeni che vanno al di là della genetica o della struttura di ciascuno di noi. Comunque possiamo dire che soggetti che hanno familiarità, e questo l'ha già detto il professor GORI, per disturbi dell'umore, dipendenza da farmaci, dipendenze alimentari e alcolismo, presentano maggior rischio per disturbi del comportamento alimentare. Anche nell'assunzione di cibo, in fisiologia questi mediatori tra segnali periferici e loci centrali hanno un timing, il timing sierotonina dopamina. La fame normalmente insorge lentamente e ritmicamente. In tutti i fenomeni di addiction, come sapete, questi ritmi sono alterati o sono accelerati. Nello studio che è stato fatto, abbastanza approfondito, anche sui fumatori accaniti di nicotina, il timing, l'intervallo di insorgenza del desiderio, del craving, è molto accelerato. Nei disturbi del comportamento alimentare, il timing della riassunzione di cibo è molto, molto accelerato. E sembra direttamente correlato, tra tutte le altre cose possibili che non sappiamo, ai livelli di dopamina. Il craving cresce rapidamente, fa interrompere qualunque altra attività sempre in meno di quattro ore.
Questo aumento del turn over di dopamina sembra condurre ad una diminuzione del livello di soddisfazione e il vomito agisce un po' come il narcan, accelera il turn over e permette di riiniziare il ciclo molto rapidamente, quindi di riprovare desiderio, craving, gratificazione e soddisfazione.
Donne con disturbi del comportamento alimentare hanno maggior prevalenza di abuso di alcool e di sostanze e le donne tossicodipendenti hanno maggior prevalenza di questi disturbi. Sono esperienze abbastanza nuove in Italia, ma molto diffuse soprattutto nei paesi anglosassoni e in altre parti del mondo. Perché istituire un'unità operativa sui disturbi alimentari nel dipartimento delle dipendenze? Perché abbiamo già visto che la eziopatogenesi è comune, l'addiction e il craving sono analoghi, quindi i trattamenti sono sovrapponibili, salvo i farmaci specifici per ogni sostanza.
Uno dei temi forti di questa conferenza che è il trattamento delle altre forme di addiction, cibo, fumo, gioco di azzardo, sensation seeking behaviour, favorisce un approccio di normalizzazione alle patologie di abuso e di dipendenza, che al contrario che in altri paesi, in Italia fa così fatica ad avviarsi.
Vi do qualche cifra sul dipartimento e sui tempi dedicati all'unità operativa, che in due anni ha trattato 240 soggetti, con disturbi del comportamento alimentare, nell'ambito di più di 5700 soggetti trattati, con 120 operatori e sette sedi nella provincia di Bergamo. In stretta relazione con gli aspetti descrittivi e psichiatrici che sono tutt'altro che in contraddizione con un tentativo di spiegazione di tipo biologico, è evidente, anche se non esaustivo certamente, che il sistema dopaminergico svolge questo ruolo centrale nell'iniziare, mantenere e concludere ogni comportamento relativo all'assunzione di sostanze esterne o addirittura ogni comportamento finalizzato a trovare piacere dalla relazione con oggetti esterni. Questo nella via fisiologica. Quanto sia poi grandemente importante o minimamente importante la dopamina a noi non interessa tanto in questo momento quanto il sapere che la dopamina in questo momento è un indice sicuramente della risposta di gratificazione. La dopamina sembra in particolare correlata, oltre a tutte le altre cose a cui si era accennato, alla via di ricerca e di soddisfazione di piaceri intensi e istin-

tuali che sono caratterizzati da cravig e da timing, cioè dall'insorgenza ritmica, in cui il ritmo è importante per ottenere la soddisfazione. L'altro aspetto molto importante verso cui difficilmente in Italia si riesce ancora a iniziare ad avere consapevolezza, è che la differenziazione delle sostanze, che di fatto sono tutte semplici o complessi composti chimici, cibo, farmaci, droghe, è puramente convenzionale, ed è puramente nostra, dal punto di vista biologico ha certamente minor rilevanza. Questo è il classico esempio del ratto dove release di dopamina o comunque fenomeni di gratificazione hanno meccanismi di riproduzione assolutamente analoghi e sovrapponibili in presenza di sostanze gratificanti, alcool, eroina, cibo. L'altro aspetto importante è che il riconoscimento di queste vie biochimiche legate alla ricerca del piacere, sia fisiologiche che patologiche, è totalmente compatibile con altre chiavi di lettura. Sono aspetti differenti di una stessa possibile lettura, che ha come unico vantaggio quello di rendere meno ideologica e più pacata ogni riflessione e ogni atto relativo allo studio e al trattamento dell'uso, dell'abuso e della dipendenza.
Che obiettivi ci diamo per il lavoro futuro? Primo: il riconoscimento sempre più preciso e dettagliato delle vie fisiologiche, nella consapevolezza che l'uso e l'abuso di sostanza non fanno altro che mimare ciò che in natura è presente, attivando sistemi che fisiologicamente sono già predisposti. Un altro aspetto estremamente importante è il riconoscimento della relatività della norma fisiologica e degli equilibri di benessere individuale, ove la distinzione tra uso, misuso, abuso o dipendenza va fatta non in base alla sostanza, al comportamento, alla scelta individuale, ma in base alla valutazione diagnostica, complessa, specialistica dell'impatto in quel determinato soggetto e in quel determinato momento della sua vita. L'affinamento delle capacità diagnostiche sempre più centrate non tanto sulla sostanza quanto sul craving, sul timing e sul grado di addiction. Serve una diagnosi specialistica il più possibile mirata e poco ideologica.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Anche su questo tema sicuramente ci sarà da fare attenzione, lavoro, sforzo, destinandogli dei fondi per il futuro, perché è in evoluzione consistente. E la questione dei disturbi alimentari riguarda non più solamente il sesso femminile, ma anche quello maschile. Mi risulta che anche tra i bambini tra i dieci e i quindici anni, tra i maschietti comincia a esserci una certa consistenza di problemi di questo tipo. Daremmo ora la parola al dottor Marco TOSI, che è il referente per le tossicodipendenze della regione Lombardia. Il dottor TOSI ci parlerà dei problemi legati al sistema di allerta rapido, che è una necessità di salute pubblica oltre che un'opportunità per tutti gli sforzi che si fanno nel contrasto all'offerta.»

Dott. Marco TOSI:- «Il mio compito di oggi è quello di cercare di convincervi, se mai ce ne fosse bisogno, della bontà, o meglio della necessità, di dotarsi di sistemi di allerta rapida. Fare prevenzione nel campo delle nuove droghe non è cosa semplice, almeno per tre motivi, ma sicuramente non solo per questi. Primo motivo è quello di una diffusione, socializzazione dell'uso di certe sostanze, non soltanto le nuove droghe, tale per cui comunque i rischi di un uso, di un qualche cosa che, può essere dannoso, talora non è dannoso, certamente vengono comunque sottovalutati. L'uso di sostanze che nella stragrande maggioranza dei casi, non costringono, non legano a comportamenti di tipo illegale, è il secondo motivo per il quale ci troviamo in un profondo sommerso. Il terzo punto riguarda la prevenzione, e mi riferisco in particolare ai servizi; ha iniziato sicuramente a muoversi nel mondo del divertimento, nel mondo della notte, certamente in modo non tanto non adeguato, quanto piuttosto ancora un po' limitato.
Le tappe sostanziali per riuscire a fare un lavoro di prevenzione in questo ambito sono, anche in questo caso, almeno tre. Quella di conoscere di più le cose da un punto di vista soprattutto tossicologico, farmacologico. Essere più efficaci, nel senso di andare a fare delle azioni di prevenzione mirate e creare sinergie tra tutti gli operatori del mondo del divertimento, del mondo della notte, ma non solo di questo, perché sicuramente sappia-

mo che, se alcuni fenomeni sono più diffusi in certi ambiti, lo sono, quasi altrettanto, in altri ambiti ancora poco esplorati. Questo diventa il concetto forte di un sistema di allerta rapido, il fatto di mettere in piedi un qualche cosa che sia di protezione della salute pubblica. Che si muova poi attraverso degli interventi di tipo educativo e preventivo. Quindi un qualche cosa che non vuole avere a che fare con criteri di tipo ideologico, quanto piuttosto di tipo scientifico. Sappiamo benissimo delle polemiche sorte in Italia direi molto di meno in altri paesi europei, rispetto al fatto di poter mettere in piedi sistemi di questo tipo. Credo però, e ne sono profondamente convinto, che l'unico criterio su cui ci debba muovere è quello pragmatico, quello scientifico.

Focalizziamoci proprio sul primo dei tre punti, quello della maggiore conoscenza. Una maggiore conoscenza ci potrebbe dare sicuramente una serie di dati enormi, e importanti in più, vorrebbe dire identificare le sostanze in circolazione, perché non sappiamo assolutamente che cosa c'è in circolazione. Vuol dire identificare anche nuove sostanze sconosciute, quelle che non si trovano, ad esempio, nelle tabelle perché non sono ancora state identificate e non vengono quindi ancora classificate come droga. Identificare nuove combinazioni di sostanze, nuove tendenze all'uso, quindi certamente con un criterio di tipo chimico, tossicologico, che però non sia soltanto fine a sé stesso, ma porti a conoscere di più chi usa queste sostanze per poter arrivare a progetti di tipo preventivo assolutamente più mirati. E conoscere, non ultimo, i contesti dell'uso. Anche la stessa pastiglia con le stesse stampigliature può contenere sostanze assolutamente diverse. In uno degli ultimi incontri all'istituto mi aveva abbastanza colpito il fatto che vi fosse del Voltaren: qui viene citata dell'aspirina, altre sostanze, talune quanto meno più innocue, altre certamente molto di meno. Non mi soffermo sul perché e come queste sostanze possano fare danno e quindi perché sia necessario avere maggiore conoscenza rispetto a questo.

Vi illustro rapidamente un percorso metodologico da dove partire, che cerchiamo di mettere in atto in regione Lombardia, un percorso che non è ovviamente soltanto nostro, perché siamo stati preceduti, ma qui non è una questione di paternità, da altre Regioni. Hanno trovato, e troviamo anche noi, una serie di difficoltà nel riuscire a portarlo avanti. Partiamo però quanto meno dall'esistente. Un esistente che io reputo, e non soltanto nella nostra regione, sufficientemente ricco. Mi riferisco al sistema dei servizi pubblici e privati, mi riferisco, per chi lo ha, come noi, a un progetto regionale strategico sulle nuove droghe, così come abbiamo attivato un gruppo tecnico regionale. Mi porto ora dall'ambito regionale a quello nazionale. Non siamo soli, ci sono dei progetti specifici sul Fondo Nazionale Droga. Quelli ad esempio che hanno attivato una serie di interventi con unità mobili o addirittura all'interno di discoteche; ci troviamo in ottima compagina, con l'Istituto Superiore di Sanità e con i progetti del Ministero della Sanità. Per cui la nostra volontà, il nostro desiderio è quello di potere creare veramente un percorso di rete, sia nazionale che territoriale.

Come abbiamo cominciato a muoverci? Con una serie di confronti. Nel corso di un convegno a metà ottobre, il Mosa Neurosalute, abbiamo invitato alcuni relatori esteri proprio per ragionare insieme, da Austria, Francia, Germania, Svizzera; la Francia poi non ha potuto esserci. Quello che abbiamo ricavato è la possibilità di poter mettere in piedi questi sistemi, ma anche le grosse difficoltà che loro stessi hanno avuto nel riuscire a mantenere attivi sistemi di questo tipo. Abbiamo avuto anche un primo incontro con la Procura della Repubblica di Milano che ci ha un po' gelati, nel senso che come primo approccio non è stato particolarmente positivo su questo argomento. Questo è stato il punto di partenza rispetto ad un progetto che cominciamo a vedere nella prossima diapositiva. Qui ci troviamo di fronte una questione di omonimia. MDMA, è una sigla che ho visto ieri sui volantini Movimento Di Massa Antiproibizionista. Quello di cui parlo è invece il Monitoraggio Droghe Manifestazioni di Abuso. Anche qui nessun problema di paternità, l'importante è che per tutti l'obiettivo sia quello di muoverci verso un contrasto a quello che possa essere un danno alla salute. Allora, da un punto di vista metodologi-

co abbiamo provato a suddividere questo progetto in diverse fasi. Una fase di fattibilità, nella quale attualmente ci troviamo, quella di arrivare a una definizione degli accordi con partner, protocolli operativi e arrivare poi a una sperimentazione e infine mettere a regime questo. Ci limitiamo alla prima fase, che è quella nella quale ci troviamo. Il problema veramente grosso credo sia quello di risolvere i vincoli normativi relativi all'acquisizione delle sostanze, alla detenzione, il termine non vorrebbe essere più questo, ma in questo momento è detenzione, e al trasporto delle sostanze ai laboratori di analisi. Bisogna individuare, come secondo punto, territori regionali significativi, dove ci sia già una storia di interventi di tipo preventivo, proprio perché questo non deve essere fine a sé stesso, ma servire poi a un intervento di tipo preventivo. E definire evidentemente dei protocolli molto operativi, molto concreti, sulle modalità di raccolta, sul trasporto dei campioni e sulle relative autorizzazioni. Allora ci si dice: dobbiamo andare a definire chi esegue le analisi. Anche questo non è un problema propriamente piccolissimo. Definire quali analisi eseguire e definire il tipo di informazioni da divulgare. Infine, non ultimo però, le modalità di informazione: un'idea che è venuta non soltanto a noi, è quella di poterle mettere in rete, spartirle attraverso un sito web. Forse non è l'unica modalità, forse se ne possono aggiungere anche altre. Anche in questo senso crediamo fondamentale per poter riuscire, altrimenti la cosa è destinata al fallimento, fare una serie di accordi molto forti con chi lavora in certi ambienti, come ad esempio il Sindacato Italiano Locali da Ballo.

Vediamo ora chi possono essere i destinatari di queste informazioni che siamo riusciti ad acquisire: tra i servizi di cura potrebbero essere certamente il pronto soccorso degli ospedali, ma certamente anche i luoghi di divertimento tramite i gestori, i potenziali consumatori, i negozi di tendenza. Insomma tutti quei luoghi nei quali ci possa essere utilità a poter restituire le informazioni avute. Certamente per poter lavorare in un ambito di questo tipo è obbligatorio dotarsi anche di un comitato di supervisione e in questo senso ringrazio sicuramente BRICOLO, GORI, MACCHIA per l'apporto che ci hanno dato nel proporre questo progetto, e collegarsi evidentemente con i centri di riferimento, sia di tipo nazionale, sia di tipo europeo.

Quali sono i tre fattori critici. In questo momento è una scommessa, perché anche altri tentativi nazionali non sono riusciti, non sono andati a buon fine. Allora, risolvere i vincoli normativi credo che sia il punto principale. A livello nazionale o locale. Certamente un qualche cosa di diverso a livello nazionale sarebbe l'ottimale. Dall'esperienza dei relatori delle altre nazioni, si è visto che tante volte quelli che sono riusciti a portare avanti un processo di questo tipo hanno fatto accordi locali. Il secondo punto sicuramente è quello di cercare di uscire il più possibile da discorsi ideologici, perché si tratta di una questione di salute pubblica e non di altro. E il terzo punto è definire e concordare chi esegue le analisi tra i molti laboratori esistenti di tipo universitario o non universitario; è importante che si arrivi ad una definizione di questo, proprio per evitare dei conflitti di interesse. E' una scommessa, però perché non iniziare? Nel senso che da un punto di vista pragmatico, abbiamo ancora lo stop di tipo normativo, cominciamo però a muoverci, a proporre e direi a creare una cultura su questo argomento. Perché non cominciare allora a stilare, a promuovere degli accordi e dei protocolli regionali e locali? Perché non cominciare a mettere in rete - in questo mi riferisco ad esempio anche a dei progetti sul Fondo Droga del Ministero della Sanità - i laboratori di analisi, perché non cominciare a muoverci anche sul comitato scientifico per arrivare ad un sito Internet? Un'apertura che c'è stata nel corso del dibattito di ieri mattina, sia da parte del professor VERONESI, da parte del Ministro TURCO e anche dell'onorevole FASSINO, sembrerebbe riferirsi proprio a questo. Chiederei che venga portata domani in sede di conferenza la richiesta di potersi attivare, anche velocemente, su questo settore.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Devo dire che questo è un tema, come ha detto il dottor TOSI, spinoso. Per due motivi: primo perché ci sono dei problemi di fattibilità a

cui il dottor TOSI accennava e che speriamo possano essere in qualche modo risolti o se non altro avviati a soluzione con l'impegno che il governo ieri, nei fatti, ha preso. E il secondo aspetto riguarda un impegno che ufficialmente il nostro paese ha preso con l'Europa. Perché uno dei settori è quello dello ill warning sistem, che si aggancia alla joint action, una convenzione siglata anche dal nostro paese con gli altri quattordici dell'Unione Europea in ambito del Consiglio d'Europa. Penso che questo discorso meriti impegno per cercare una soluzione, perché deve essere trovata, anche in collaborazione con l'impegno che le forze dell'ordine stanno mettendo in questo settore. Quindi non si tratta assolutamente di prevaricare, né di invadere campi di altri, non si tratta di assumersi competenze che altri hanno, ma semplicemente di guardare una finalità diversa, che questo tipo di attività comporta. Darei la parola al dottor Giuseppe LA PERA, andrologo dell'ospedale San Vincenzo di Roma, che ci parlerà dei disturbi sessuali che possono condurre i giovani all'abuso di sostanze. Con il dottor LA PERA stiamo lavorando nell'ambito del gruppo interregionale su problemi che riguardano la sfera sessuale.»

Dott. Giuseppe LA PERA:- «Ringrazio gli organizzatori di questa riunione per avermi invitato a presentare questi dati e a raccontarvi questa esperienza, che è partita da alcune osservazioni cliniche che ho avuto nel corso della mia esperienza di andrologo, dove ho incontrato alcuni ragazzi.
Qui l'abbiamo chiamato Mario, ma è un nome di fantasia: è un ragazzo che è venuto a fare una visita andrologica e al quale ho chiesto perché aveva chiesto questo tipo di visita specialistica e mi ha detto che da circa un anno ha dei disturbi dell'erezione e voleva fare qualcosa. Sembrava una visita normale, delle tante che io faccio. Dopo di che, invece, nel colloquio è uscito fuori che faceva uso di sostanze. Gli ho detto: "Ma fai uso di sostanze?". E lui mi ha detto: "Sono in cura presso un SERT e faccio il metadone". E allora gli ho chiesto ancora: "Che tipo di droga hai usato e a che età hai cominciato?". E lui mi ha raccontato che aveva cominciato a diciassette anni, poi a diciotto aveva fatto il salto con l'eroina e poi si è fatto un po' di tutto. Allora sono tornato un po' sul disturbo sessuale e gli ho chiesto: "Ma vuoi precisarmi meglio qual è il tuo disturbo? E sorprendentemente mi ha detto che il problema per il quale era lì è che non aveva più quella reazione immediata di fronte a delle situazioni potenzialmente erotiche ed era questo quello che lo disturbava, rispetto invece al problema più importante, che è venuto fuori dopo e cioè: "Riesci ad avere rapporti penetrativi?". E lui, a ventisette anni, non aveva mai avuto rapporti sessuali completi. Cioè era più preoccupante per lui il primo problema che non il secondo. E allora ho chiesto come erano le sue prestazioni prima di iniziare a fare abuso di qualsiasi sostanza e lui mi ha detto che erano un disastro, cioè ha iniziato a usare le sostanze proprio per compensare la frustrazione di questi suoi insuccessi e usava le sostanze per non avere desiderio sessuale. E allora ho cominciato a fare un po' più sistematicamente questo tipo di domande e ho scoperto che c'era anche un altro ragazzo che invece aveva il problema opposto, nel senso che aveva un'ansia da prestazione e con l'eroina riusciva ad avere delle prestazioni sessuali migliori, perché l'eroina gli funzionava da sedativo e quindi non entrava nel circuito ansia da prestazioni, impotenza e impotenza ansia da prestazioni. E poi ho incontrato ancora un altro ragazzo, Francesco, trent'anni, anche lui aveva dei problemi sessuali, soffriva di eiaculazione precoce e usava le sostanze per ritardare il riflesso. E a questo punto è scattata un po' l'anima del ricercatore, cioè queste erano risposte aneddotiche, casuali, cioè come uno può iniziare a drogarsi perché ha una delusione della propria squadra di calcio, cioè per un fatto assolutamente indipendente. O effettivamente questo era un fenomeno che aveva una razionalità e quindi poteva essere una delle tante cause importanti? E qui è venuto l'incontro positivo con la dottoressa MACCHIA e gli altri colleghi, il dottor TAGE, il dottor GIANNOTTI, e abbiamo cominciato a valutare in maniera più scientifica se i disturbi sessuali potessero essere un cofattore di rischio nella tossicodipendenza. A questa ricerca hanno partecipato tantissimi centri, a cui va il mio ringraziamento, che hanno tutti

partecipato con grande passione e veramente è stato entusiasmante collaborare con loro, che hanno fatto un lavoro straordinario. Abbiamo cominciato a utilizzare delle metodiche validate con dei questionari standardizzati a livello internazionale dallo NIH per misurare i disturbi sessuali. Questo questionario si chiama IIF e abbiamo analizzato, in quattro regioni italiane, dieci SERT, reclutando 228 soggetti maschi. L'età di inizio della tossicodipendenza era diciassette, ventinove anni. La sostanza primaria era l'eroina, il 72% per cento. Questa è una delle prime domande incluse in questo questionario, che ha un'elevata sensibilità, un'alta specificità ed è tradotto in quindici lingue in tutto il mondo, tra cui anche l'italiana, grazie alla Società Italiana di Andrologia che è molto attiva in questo settore. La risposta è abbastanza confortante, nel senso che solo le ultime tre sono normali e la percentuale di quelle che rientrano nel patologico è abbastanza nella norma. Anche il livello di desiderio sessuale in questi ragazzi, prima di iniziare a usare sostanze, era abbastanza normale, in quanto chi ricadeva in quella quota patologica era inferiore all'un per cento. Quando invece andiamo ad analizzare i negatori della capacità erettile, attraverso la domanda Q3 di questo questionario, e cioè la capacità di penetrare la partner, ci accorgiamo che la percentuale dei ragazzi che prima di iniziare ad usare le sostanze aveva dei disturbi è intorno al venti per cento e in questo questionario vanno considerate normali le risposte "il più delle volte" e "quasi sempre". Così pure per quest'altra domanda, sulla capacità di mantenere l'erezione dopo la penetrazione. Anche qui il questionario considera normali coloro che rispondono a questa domanda "il più delle volte" o "quasi sempre". E noi vediamo che abbiamo invece circa un venticinque per cento dei ragazzi che ricade in quella che è la fascia del patologico. Vado al confronto con i dati nazionali della popolazione generale per osservare che i tassi di prevalenza della disfunzione erettile, in questa popolazione, prima di iniziare ad usare le sostanze, erano intorno al ventidue, ventitré per cento, contro un tasso generale della popolazione attesa del 2 per cento. Noi abbiamo dei dati nazionali sui problemi di impotenza, che dovrebbe essere chiamata disfunzione erettile, pubblicati proprio a gennaio di quest'anno, che indicano che su questa fascia d'età, la prevalenza attesa di questo disturbo è del due per cento. Quindi abbiamo un fattore 10 che ci ha meravigliato molto e ci ha fatto porre alcune domande. Abbiamo anche indagato sul problema dell'eiaculazione precoce, secondo varie definizioni, perché ancora su questo argomento non c'è un accordo generale, e abbiamo utilizzato la definizione della CAPLAN, cioè la capacità di saper controllare il riflesso eiaculatorio e decidere il momento dell'orgasmo. E abbiamo visto che c'è circa il ventisette per cento dei ragazzi che non ha questa capacità e sorprendentemente c'è una fascia, il tredici per cento, che non sa rispondere a questa domanda. Abbiamo utilizzato anche un'altra definizione, riconosciuta a livello internazionale, e cioè se l'eiaculazione avvenisse entro i primi quindici secondi dalla penetrazione, a questa risposta il dieci per cento ha risposto di no, cioè avveniva entro dieci secondi. Per cui ci siamo trovati con questo scenario: una popolazione maschile giovane con un elevato desiderio sessuale, questo appunto è normale, ma con un'elevata frequenza dei disturbi sessuali. E quindi le nostre prime conclusioni, che derivano proprio da un'osservazione diretta, è che effettivamente i disturbi sessuali sono estremamente frequenti nei giovani che poi accedono alle droghe. Il problema dei disturbi sessuali è sottostimato, non viene affrontato. Poiché c'è questa grossa differenza fra il tasso atteso e il tasso osservato, questo ci fa pensare che potrebbe essere effettivamente un cofattore di rischio e quindi una delle cause dell'inizio dell'abuso, sostanzialmente attraverso una serie di fattori: per una mancanza di informazioni, perché un giovane che ha sedici, diciassette anni non sa a chi chiederle. Mentre le ragazze hanno un punto di riferimento perché quando comincia il ciclo mestruale vanno dal ginecologo, quindi per qualsiasi problema che riguarda la sfera sessuale hanno un punto di riferimento, perché ci vengono accompagnate dai genitori, a dodici, tredici anni, per i ragazzi questo tipo di approccio non c'è e sono soli, perché la scuola non dà informazioni, coi genitori non parlano di questo argomento e l'unico punto di riferimento probabilmente è il compagno

di banco che gli racconta delle "balle", cioè che ha avuto delle prestazioni eccezionali e gli dà informazioni assolutamente imprecise. Uno dei meccanismi alla base dell'assunzione di sostanze potrebbe essere quello compensativo, un altro meccanismo è quello di tentare di migliorare le proprie prestazioni con questi farmaci, perché in alcuni casi purtroppo funzionano. Quindi questo tipo di osservazione va contro il pensiero comune, cioè quello dell'utilizzo di questa droga per ottenere delle prestazioni super, cioè sesso, droga e rock and roll; non è questo lo scenario. Invece lo scenario è quello di una persona che non ha le normali capacità, che vuole tentare di risolvere il suo problema attraverso questo meccanismo. Ma se fosse questa la realtà, allora si tratterebbe di dare delle informazioni a livello scolastico per ottenere una prevenzione primaria, perché attraverso la diffusione delle informazioni è possibile oggi curare questi disturbi con altri farmaci, senza andare a cercare altre droghe; si potrebbe probabilmente salvare una parte cospicua dei ragazzi che poi sono preda di persone che gli promettono delle esperienze fantastiche.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Grazie per la presentazione di questi risultati che sono veramente interessanti, anche perché aprono un ulteriore spaccato sulle possibilità di intervento a livello preventivo e fanno riflettere su come sia estremamente opportuno dare anche nell'ambito dei servizi un'informazione ai ragazzi circa l'opportunità di rivolgersi a degli specialisti per questi eventuali problemi. Devo dire anche che con l'aiuto del dottor LA PERA, come gruppo tecnico interregionale sulle droghe sintetiche, abbiamo creato una mappatura di riferimenti nell'ambito di ciascuna regione che forniremo ovviamente ai referenti regionali di modo che tutti servizi e le strutture, sia pubbliche che private, possano avere un riferimento su dove mandare i propri ragazzi per problemi particolari. Darei allora subito la parola all'ultimo intervento previsto prima del dibattito, quello del dottor Mauro CROCE, che è il responsabile educazione alla salute della ASL 14 della regione Piemonte, psicologo del SERT di Verbania, vice presidente della associazione ALEA. E parlerà di dipendenza e compulsività da gioco d'azzardo patologico e del ruolo dei SERT.»

Dott. Mauro CROCE:- «E' certamente rischioso parlare di gioco d'azzardo in questo contesto. Comunque il primo ragionamento rispetto al gioco d'azzardo è che esso costituisce un grandissimo business. Questi sono i dati relativi al volume del gioco d'azzardo in Italia. Sono in Euro. Nell'ultimo anno gli introiti per gioco d'azzardo sono stati di circa 36.000 miliardi. Sto parlando del gioco ufficiale con esclusione del video poker. Trentaseimila miliardi è più del cinquanta per cento del bilancio della pubblica istruzione. È previsto dal CENSIS, che saranno 45.000 entro quest'anno. A questi dati vanno aggiunti i diciottomila miliardi stimati nel gioco illegale, legato al toto nero, alle bische clandestine, eccetera.
Siamo di fronte certamente ad un fenomeno di grande diffusione. Una famiglia media italiana spende in media un milione e ottocentomila lire in gioco d'azzardo. Quindi emerge un dato di grande diffusione, di sostanziale non patologia, non problematicità del gioco, e un grande dato di sviluppo imprenditoriale intorno a questo gioco; a giorni partirà un nuovo gioco per gli italiani, il bingo. Accanto agli interessi di ordine economico che il gioco coglie - è una forma di tassazione tra le più gradite, ad esempio, Cavour diceva che il gioco d'azzardo è la tassa degli stupidi - esistono tuttavia una serie di preoccupazioni, di attenzioni, sia che riguardano la sfera etica ma soprattutto la sfera clinica, relative ai sempre più visibili e presenti danni e problemi legati al gioco d'azzardo. I costi sociali del gioco d'azzardo, il social impact of gambling, vede una quota di persone che nel gioco d'azzardo ci restano dentro. I costi sono legati alla minore produttività, al giro di denaro che va a organizzazioni criminali, ai danni al sistema familiare del soggetto e, anche studi criminologici lo evidenziano, all'attitudine da parte del giocatore a intraprendere frodi, furti. Da non ultimo gli elementi che ha il giocatore pato-

logico, sono momenti di forte depressione, tentativi di suicidio, nervosismo, ansia e anche già nell'82, è già stata segnalata una dipendenza da gioco d'azzardo. Cioè giocatori d'azzardo ospedalizzati dimostravano sintomi come quelli da astinenza, cioè mal di testa, diarrea, sudori freddi, incubi. Dunque, il gioco d'azzardo costituisce un fenomeno sociale e funzionale in un certo senso. Sono tanti gli studi e le osservazioni che ci dicono come il gioco d'azzardo possa svolgere delle funzioni di devianza istituzionalizzata, sia il ritratto di una cultura dominata da due diversi modelli valoriali: un modello prudenziale e invece un modello di azione, di dimostrazione, di determinazione, di coraggio, e quindi come il gioco d'azzardo svolga una serie di funzioni sociali, socializzanti, svolga una funzione ludica, compensativa per molte persone, ma anche una funzione di tipo regressivo. Queste sono ad esempio le tesi di IMBUCCI, che purtroppo devo riassumere in maniera molto affrettata. Ciò che è interessante notare è che il fenomeno del gioco d'azzardo è sempre meno un fenomeno sociale e sempre più sta diventando un fenomeno asociale. Il preludio di questo sono stati i video poker. L'avvento della tecnologia nel gioco d'azzardo ha prodotto nel cambiamento dell'uso sociale del gioco d'azzardo per cui non solo si gioca a scopa tra amici, ma si gioca soli contro una macchinetta. Non solo, il futuro del gioco d'azzardo è quello del gioco on line, ci sono oltre cinquecento casinò on line, il trading on line per molti sta diventando una forma di gioco d'azzardo, non c'è più la funzione del gruppo, così come tanti studi l'hanno evidenziato, che ha sì il compito di spingere la persona a giocare, ma di controllare le derive in certi momenti, soprattutto nei giochi a somma zero, quando si gioca tra amici e la posta è divisa tra gli amici. Il gioco d'azzardo sta diventando sempre di più un fenomeno di solitudine acuta, un fenomeno in cui ognuno, in ogni momento della giornata e in ogni luogo, non ci sono più i luoghi deputati al gioco d'azzardo, ad alta soglia, ma qualsiasi luogo è il luogo del gioco d'azzardo, compresa, come il futuro ci sta profilando, la propria casa, il telefono cellulare e così via. Questo evidentemente pone problemi, così come è un problema il fatto che il tipo di gioco d'azzardo al quale si ricorre sempre più ultimamente è il gioco di alea, per cui non si gioca contro l'altro, l'agon, per dimostrare se sei preparato, sfidare l'altro e prepararsi a questa sfida, ma si gioca contro sé stessi, si gioca e si cerca il destino. Gli americani parlano di giochi di luck contrapposti ai giochi di skill; noi europei ci riferiamo a CALUAT che ha fatto una distinzione un po' più complessa dei giochi, che non posso in questo momento riassumere, ma certamente l'impulso a giocare è dettato dal chiedere alla fortuna e così via.

Un altro elemento interessantissimo è quello che il gioco d'azzardo è sempre meno un fenomeno legato allo stereotipo romantico che vede Dostoesvkij insieme ad una baronessa russa a scialacquare, decadenti, a un tavolo verde le loro fortune, presi da questa bramosia e in un certo senso ci affascina o ci lascia indifferenti, ma sempre più è il nostro vicino di casa che si gioca più banalmente uno stipendio al video poker del bar sotto l'angolo. Questa è la dimensione del gioco d'azzardo che in un certo senso segue la droga, con qualche anno di distanza, per cui da fenomeno d'elité, come in Pittigrilli, Dostoesvkij, Puskin, Schweig e altri, da "Gioco all'alba", con Schintzler, è sempre più un fenomeno aculturale, asociale, solitario e di profonda insoddisfazione per lo stesso giocatore che si domanda il senso di quello che sta combinando. Certamente abbiamo a disposizione un sequenza d'interpretazioni che risparmio in questa sede: perché ora si gioca di più, perché si gioca in questo modo. Esiste comunque un altro elemento, il rapporto tra offerta di gioco e presenza di patologia. Tutti gli studi indicano che maggiori sono le offerte di gioco, maggiore è la presenza di patologia e di possibilità di farsi male al gioco d'azzardo. Anche se in questa sede bisognerà anche cominciare a ragionare sul fatto che non si può parlare di gioco d'azzardo in senso generico, ma bisognerà distinguere fra i diversi giochi. Ci sono giochi a più alta addiction, ad esempio soprattutto quelli che offrono la possibilità di rifarsi in breve tempo. E questi sono i giochi che creano più facilmente la rincorsa alla perdita, la tolleranza, l'aumentare il denaro per rifarsi di quanto si era perso, il distacco dalle forme di controllo precedenti. Tenete pre-

sente che se si giocherà e si gioca con la carta di credito e presto con tessere a scalare il denaro, mancherà anche il controllo psicologico esercitato dal fatto di vedere che il portafoglio è vuoto. E i giocatori di video poker che vedo mi raccontano delle scene interessantissime su questo portafoglio, per cui l'amico resta fermo a controllare la macchinetta di video poker, mentre tu vai al bancomat più vicino a prendere i soldi per ricominciare. Quindi la realtà è questa.
Qual è l'incidenza dei giocatori patologici? Già la distinzione tra giocatori patologici, giocatori sociali o giocatori problematici è non è molto accettata dalla maggior parte degli studiosi. Tuttavia se accettiamo come definizione patologica quella del DSM4, gli studi epidemiologici ci dicono che va dall'1,5 al tre per cento della popolazione la presenza dei giocatori patologici. Un quattro/cinque per cento sarebbe quella dei giocatori problematici. La domanda, ma ci sono diverse posizioni nella letteratura, è se il giocatore problematico, colui che gioca forte, ma comunque riesce ad avere più o meno un controllo della situazione, sia l'anticamera del giocatore patologico, oppure se sia uno stato di cronicità.
Conosco delle persone di sessanta, sessantacinque anni che sono stati dei forti giocatori problematici, di ramino pokerato, ma che con l'avvento del video poker sono diventati giocatori patologici. "Vede dottore, io almeno allora mi divertivo, c'erano i miei amici. Adesso non mi diverto più, non mi controllo più" e così via. Quindi l'incidenza è senz'altro interessante. Si tratta di ragionare in questa sede, sulle forme di riduzione del danno da gioco d'azzardo. Ammesso che non è possibile una forma di proibizionismo assoluto, non è neanche possibile una situazione nella quale è il mercato che detta le regole del gioco d'azzardo. E quindi si tratterà di studiare dei sistemi di accesso diverso, ci sono 134.000 posti in Itali, dove, fino qualche mese fa, era possibile giocare d'azzardo. I bar ad esempio. Allora si tratterà di studiare delle forme di questo genere, di controllo del social impact of gambling, di controllo del tipo di gioco, di riduzione di giochi ad alta tossicità e anche di limitazione e monitoraggio con studi appositi e cose di questo genere. In questo senso, come è stato per le discoteche, si tratterà di confrontarci con gli imprenditori del gioco. Le sovrapposizioni, le amplificazioni, le migrazioni tra gioco d'azzardo e uso di sostanze sono fin troppo note dalla clinica di tutti noi e la letteratura ce lo dice con grande evidenza. Credo che i SERT, ad esempio, possano e debbano cominciare ad aprire uno spazio di attenzione su questo tema, perché il giocatore patologico o problematico, a seconda delle scuole, spesso non sa come e dove rivolgersi, non sa neanche se può essere preso sul serio su questo tema. Credo che il primo elemento di discussione possa essere quello di ragionare intorno a quali meccanismi servono per studiare una riduzione del danno; serve uno studio dell'impatto sociale del gioco d'azzardo, che abbia molta attenzione, ma anche molta precisione intorno a questa cosa. Bisogna anche cominciare a tessere una rete d'aiuto per le persone che incappano in questo vizio. Certamente non assumendo una posizione manichea e proibizionista, il gioco è un'attività splendida di svago, di sfida a sé stessi e non è un caso, perché il giocatore di alea rincorre la donna, rincorre la fortuna che è sempre bendata.
I video poker. Potrei raccontare tantissime scene anche divertenti, il video poker è questa donna alla quale ti dedichi tutto il giorno, poi vai un attimo fuori, perché non hai più una lira, passa lì il primo cretino e gli fa la scala reale. Queste sono le simbologie. Allora credo che sia utile cominciare a prendere seriamente questa forma di patologia o di sofferenza, come io preferisco definirla, e cominciare anche ad attrezzarsi a rispondere a tutte queste cose qua. Mi scuso se sono andato un po' oltre, ma come dice un grande giocatore d'azzardo, il gioco è come l'amore, non è difficile entrarci dentro, il difficile è uscirne, anche parlarne.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Mi sembra che anche questo intervento abbia arricchito il panorama delle forme dell'abuso e ci abbia dato anche degli input su cui basare riflessioni e dibattito. Abbiamo concordato con il dottor BRICOLO di aprire un pic-

colo spazio dedicato al dibattito.»

Marica FERRI:- «Lavoro all'agenzia di sanità pubblica della regione Lazio. La mia, più che una domanda, è un invito rivolto al dottor TOSI. Noi abbiamo un progetto che è speculare al suo sull'allarme rapido, partecipiamo anche al gruppo interregionale tecnico sulle droghe sintetiche. L'invito era quello di raccogliere le altre regioni che si stanno impegnando su questo stesso tema e cercare appunto di cogliere le parole, l'apertura che lei ha dato per cercare di andare avanti, perché penso che siamo più o meno tutti fermi allo stesso livello di progettazione, per cercare un modo conciliante di aggirare le norme esistenti.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Penso che la risposta Marco sia implicita. Dato che non ci sono altre domande, diamo spazio alle relazioni successive.»

Dr.ssa Patrizia CIRINO:- «Sono un'antropologa, vengo dalla regione Umbria, da Perugia. E faccio parte di un'associazione Onlus che si chiama Rita 3000, che è un acronimo per Ricerca Interventi Tossicodipendenze e Abusi. Voglio dirvi che stamattina sono abbastanza contenta di aver sentito qui dentro delle cose che ho sentito fuori perché sono anche stata alla "contro conferenza" o a quella che non è stata una contro conferenza, ma un incontro e un dibattito pubblico. Mi ha fatto molto piacere l'intervento del dottor TOSI che è assolutamente in linea con i movimenti che stanno fuori e quindi mi dispiace dire che è stato un peccato che ieri non avete colto l'occasione offerta di comunicare in una maniera diversa, però forse ci sarà un terreno d'incontro in un altro momento con progetti specifici, mentre la domanda, finita la premessa, è rivolta all'endocrinologo di cui purtroppo non ricordo il nome. Il suo lavoro mi sembra particolarmente interessante, però vorrei capire se le persone che lei ha intervistato, e di conseguenza ha trattato, erano tutti assuntori di eroina o di altre sostanze, perché mi piacerebbe capire che tipo di incroci si possono fare. Lei, se non sbaglio, ha parlato di un soggetto di ventisette anni in cura, il metadone si prende quando si assume eroina, e poi ha parlato di disturbi in generale. Allora la mia domanda è: questi disturbi, è una domanda interlocutoria non soltanto provocatoria, sono legati e connessi, come io credo, al mondo degli oppiacei o lei ha fatto un'analisi e una ricerca anche con assuntori di altre sostanze, come eccitanti?.»

Dott. Giuseppe LA PERA:- «Per rispondere alla sua domanda bisogna ribadire un concetto. La domanda delle prestazioni sessuali è fatta a delle persone in un periodo storico importante della loro vita, cioè quando non prendevano nessun tipo di sostanza. Quindi non stiamo parlando degli effetti tossici sulla sessualità dell'eroina, della cocaina o delle varie altre sostanze. Quella è una fase successiva. E sicuramente ci sono delle interazioni, ma non era questo che ci interessava documentare, perché è stato già descritto in molti altri lavori. Quello che non è stato mai descritto finora era se queste persone che poi accedono alla droga, nel periodo in cui ancora non lo facevano, quindi erano liberi da un'interazione farmacologica, avevano una percentuale più elevata di disturbi sessuali rispetto ai loro coetanei che poi non fanno uso di droga. La risposta nel nostro caso è che effettivamente questi ragazzi hanno una maggiore prevalenza di disturbi sessuali, e questo è un dato osservato e ne siamo abbastanza certi. Non siamo ancora certi, perché lo stiamo ancora appurando, però la nostra sensazione è che sia cosi, che questa sia una delle possibile cause di ingresso alla tossicodipendenza. E questa è la frase forte sulla quale stiamo cercando di studiare, perché se effettivamente è questo il passaggio, cioè ho un problema sessuale, non so dove andarmi a curare, trovo una persona che mi dice: ti do una cosa che ti fa fare il "botto", allora abbiamo una fortissima possibilità di intervento attraverso l'informazione. Per quanto riguarda più nel dettaglio quello che lei mi ha chiesto, ho passato una diapositiva molto velocemente; questa popola-

zione che noi abbiamo esaminato quando si è presentata al SERT, per circa il 75% per cento faceva uso di eroina, nel dieci/ quindici per cento faceva uso di cocaina e il resto di altro tipo di sostanze. Questa è la distribuzione. Quindi la stragrande maggioranza del campione era composta da persone che facevano uso di eroina.»

Ten. Col. GASBARRI:- «Sono uno psichiatra e anche uno psicoterapeuta. Anche noi nel nostro ambito, anche se è un peculiare, quello delle forze armate, svolgiamo attività di prevenzione per quanto riguarda le tossicodipendenze. E di questo parlerò in un'altra sessione, oggi pomeriggio, per cui probabilmente sarà lì che svilupperò più ampiamente questo tema. Però volevo fare due riflessioni su alcuni spunti che mi hanno fornito i relatori. Il primo spunto è quello dell'endocrinologo. Anche dal nostro versante, noi vediamo molti soggetti nell'ambito della visita di leva: confermo che c'è una coesistenza fra disturbi della sessualità e disturbi da uso di sostanze. Questo viene confermato anche dalle nostre osservazioni. Vorrei anche aggiungere, da psicoterapeuta di indirizzo cognitivistico - comportamentale, che da questo punto di vista le due cose, cioè il disturbo della sessualità e il disturbo da uso di sostanze, vengono un po' inquadrate in una cosiddetta, come noi la chiamiamo, organizzazione di significato personale di tipo DAP, cioè da disturbo alimentare psicogeno; le due cose probabilmente non sono consequenziali ma sono delle manifestazioni, degli epifenomeni di un'organizzazione di personalità similare. Nella mia esperienza da psicoterapeuta, anche in ambito civile, ho notato come molto spesso al disturbo alimentare delle ragazze fa da contraltare il disturbo della sessualità dei ragazzi, in una organizzazione di significato personale di tipo DAP. Questo poi mi induce a chiedere alla dottoressa di Bergamo se loro utilizzano nel trattamento esclusivamente psicofarmaci, perché nella mia pratica ho trovato estremamente pericoloso dare dei farmaci a delle persone che già sono tendenzialmente portate a una dipendenza. E molto spesso anzi è stata proprio una mia esigenza primaria evitare questo aspetto e fare il trattamento esclusivamente psicoterapico, magari prendendo lo spunto dai disturbi della sessualità. Ad esempio, un caso che sto seguendo adesso di un ragazzo che è venuto da me proprio per un disturbo della sessualità e poi nel corso delle sedute psicoterapeutiche è emerso anche l'uso di sostanze, prende giornalmente cannabinoidi e cocaina. Però mi è parso estremamente pericoloso un trattamento psico - farmacologico per individui di questo tipo.»

Dr.ssa Laura TIDONE:- «Per qualunque tipo di abuso di sostanza, non vedo nessuna controindicazione al trattamento farmacologico di nessun tipo e di nessun genere, se la premessa è questa. L'importante è effettuare una diagnosi iniziale, nei confronti di qualunque soggetto presenta problemi di abuso e di dipendenza, sulla sua possibilità di mantenere in modo utile, nella sua situazione personale, una condizione drug free, o se questa condizione drug free non gli può implicare sofferenza, magari rischio di suicidio, e una valutazione diagnostica di questo. Per cui una persona va stabilizzata con dei farmaci, cioè dato per scontato che in quel momento è più importante avere una stabilizzazione che impedisca qualunque forma di ricaduta e di cronicizzazione, piuttosto che ottenere una sospensione dell'uso di qualunque sostanza. Accanto a questa prima fase di diagnosi si può o no accostare qualunque altro trattamento, una psicoterapia di tipo cognitivista, psico - dinamica, non è una contraddizione. Il farmaco è utile per stabilizzare una situazione o anche per valorizzare la necessità di stabilizzare una condizione metabolica o forse anche nel confermare alla persona che ha visto giusto in questa specie di tentativo di autoterapia. Il farmaco ha semplicemente questa funzione: stabilizzare una forma di dipendenza quando la sospensione può essere più pericolosa, più rischiosa, fino ad episodi di suicidio che abbiamo visto tutti. È questo e non è in contraddizione col resto.»

Dott. Giuseppe LA PERA:- «Ringrazio il tenente colonnello per la domanda che mi ha

posto, volevo solo precisare che non sono endocrinologo, sono urologo, e mi occupo di andrologia. Il disturbo sessuale è un fenomeno concomitante o conseguente all'assunzione di sostanze? E allora bisogna dire che a questo nessuno può dare, a oggi, una risposta, neppure dire che sia un fenomeno concomitante. Sarebbe un errore dare per assodato che sia un fenomeno concomitante, cioè che c'è una patologia che porta contemporaneamente sia alla tossicodipendenza sia al disturbo sessuale. Perché questo ci fa perdere una parte delle possibilità di interesse. Non a caso se noi andiamo ad rianalizzare un po' la storia della medicina, le prime osservazioni di BRADFORD-HILL sull'associazione tra cancro del polmone e fumo sono degli anni '60, e per anni si è discusso questo. Ci sono voluti trent'anni per arrivare alla dimostrazione che c'era una relazione forte, conseguente, non concomitante, tra cancro del polmone e fumo. Ora, se nel nostro caso questi due fenomeni fossero conseguenti, cioè da un disturbo sessuale si passa alla tossicodipendenza, non in tutti casi ovviamente perché la tossicodipendenza ha un'origine multifattoriale, ma è una parte significativa, allora noi perdiamo una grande possibilità. Possiamo aspettare trent'anni per arrivare a una dimostrazione scientifica e non fornire queste informazioni o nelle scuole o agli stessi genitori, che possono nel loro colloquio con i figli chiedere come va l'attività sessuale e portarli dallo specialista. Perché i ragazzi, come ho detto oggi, non hanno uno specialista di riferimento. Anzi, fino a poco tempo fa, c'era la visita di leva dei tre giorni per cui lì, anche se a grandi linee, si potevano identificare delle patologie dell'appartato genitale o avere un momento comunque medico generale con un ragazzo di diciott'anni. Oggi con la nuova legge non ci saranno nemmeno queste e le ragazze da questo punto di vista saranno avvantaggiate. E allora dico: non perdiamo questa opportunità, perché tenere nel cassetto questa informazione fino a che non si arriva alla dimostrazione scientifica potrebbe significare effettivamente ritardare un grosso momento di prevenzione che poi ha un basso costo, perché stiamo parlando di informazione e non dovrebbe avere un grosso costo. È molto più costoso e difficile recuperare un tossicodipendente.»

Prof. Enzo GORI:- «Vorrei dare qualche cifra. A proposito del consumo di sostanze afrodisiache, per esempio nelle discoteche; ho in mente una casistica inglese su circa mille club, in cui in fondo, allo zero sei per cento di consumo c'è il Viagra, che viene usato proprio come sostanza da uomini della notte. E poi, viceversa, c'è l'altro dato che è da esaminare, e cioè che molto spesso i ragazzi che usano ecstasy qualche volta dicono di associarci il Viagra. Perché in qualche modo li aiutano in questo rapporto sessuale. Comunque tutta la storia della droga e sesso è una storia estremamente complicata, come tutti sanno, perché evidentemente è molto difficile stabilire se una sostanza è pro - erotica o anti - erotica. Proprio l'esempio ultimo, classico è quello dell'ecstasy. Perché è una sostanza che dovrebbe facilitare il contatto con l'altra persona e quindi in linea di massima una sostanza entactogena o simpatogena, è una sostanza che dovrebbe a tutti i costi provocare il rapporto erotico, mentre in realtà esaminando il racconto di molti, finisce che è anti - erotica. E che qualcuno addirittura prende il Viagra e proprio il rapporto non c'è. Amerei sentire un commento dello psichiatra, o del professor BRICOLO o di qualcun altro, sul rapporto tra questi disturbi della sessualità e consumo di droga. Perché non mi pare che possano essere assunti così semplicemente. Mi piacerebbe capire se dietro il disturbo di sessualità c'è un disturbo di personalità. Perché questa è la cosa fondamentale da capire. La domanda è: qual è il disturbo psichico che sta dietro? C'è o non c'è? Perché altrimenti il rapporto di causa - effetto è molto diverso.
Volevo fare un commento sulla bulimia e l'anoressia. Cioè vorrei una conferma. A me risulta, TIDONE, che gli anoressici sono molto meno proni ad usare sostanze da abuso dei bulimici. E vorrei sapere se questo è un dato che corrisponde alla tua esperienza. E viceversa mi piacerebbe molto suggerirti di vedere se si potesse fare uno studio di attivazione orbitococliofrontale in un bulimico, perché mi risulta che non ci sia in letteratura, mentre il craving da fame sarebbe molto interessante da documentare a livello ence-

falico, proprio perché tu dici che ha dei ritmi. Mi piacerebbe molto vedere se si potesse in qualche modo avere un riscontro obiettivo del craving, che sarebbe poi un indicatore indiretto del rialzo di dopamina. Ma sarebbe molto più localizzato a livello encefalico. Mentre a chi ha parlato in maniera direi così interessata e quasi personale sul gambling, vorrei chiedere: ma esistono esperienze dell'uso di farmaci tipo Prozac, che possono sminuire l' impulsività del gioco? Esistono dati di possibile terapia con Prozac e sostanze analoghe? Perché questo potrebbe essere un altro approccio per il giocatore patologico.»

Roberto DI BIASI:- «Sono dell'Arcobaleno, della comunità di Capodarco di Roma. Una domanda al dottor Mauro CROCE relativamente al gambling on line, al quale prima stava accennando. La mia è una domanda relativa alle Internet addictive disorder. Non so se, stando almeno al DSM4, in quest'ultima sindrome ci possono essere delle relazioni eziologiche fra il gambling patologico e Internet addictive disorder e se si può, nell'eventualità che ci siano delle relazioni, parlare di doppia diagnosi.»

Dott. Mauro CROCE:- «Su Internet e gioco d'azzardo gli studi sono prevalentemente, almeno quelli che io conosco, di GRIFFITH, un inglese, che è colui che più si è occupato di questa situazione. Lui dice che c'è una sovrapposizione e un reciproco influenzamento, cioè il soggetto Internet addict è più favorevolmente e facilmente portato a diventare un gambler addict. Cioè spende più ore e in queste è più facilmente portato a fare quello, e viceversa. I soggetti che si avvicinano a Internet per giocare d'azzardo sono rari. Tra l'altro devo dire che, da questi studi inglesi, si segnala come il gioco d'azzardo, grazie a Internet, si possa giocare anche sul posto di lavoro. Dal posto di lavoro, chiunque è collegato a Internet, scommette ai cavalli (gli inglesi) oppure gioca ai Casinò, che poi vanno ponendo dei problemi fiscali di controllo tremendi. Quasi tutti hanno sede alle isole Caiman, Curaçao, eccetera. Esiste una sovrapposizione, è certamente possibile parlare di doppia diagnosi, però è una reciproca amplificazione; chi è dentro Internet gioca più facilmente d'azzardo su Internet, chi gioca d'azzardo su Internet più facilmente è predisposto evidentemente ad accedere a siti di questa natura.
Per quanto riguarda il discorso dei trattamenti farmacologici, non è il mio ambito favorito di intervento, ci sono degli studi. Hanno una casistica bassissima, sette casi su dieci, a quello che so io; c'è il Tevarin ad esempio. Di solito comunque questo apre il discorso dei trattamenti per i giocatori d'azzardo: quello farmacologico è uno dei possibili, non lo vedo come il maggiore, spesso associato ad altro. Sono più i gamblers anonimi.»

Prof. Renato BRICOLO:- «Chiudiamo qui il dibattito e andiamo con gli interventi. Se resta del tempo riapriremo un dibattito generale alla fine e a quel punto sarà possibile fare i confronti arricchendoci anche di altri temi. Lascerei solo un minuto a Maria Teresa TORTI che ha chiesto un intervento e poi passerei al resto.»

Dr.ssa Teresa TORTI:- «Nel rapporto tra comportamenti sessuali e comportamenti di consumo di sostanze, comportamenti a rischio, forse dimentichiamo una cosa. C'è una componente nelle nuove condotte a rischio di piacere senza desiderio. Prima volevo citare una frase di Calvino in "Ti con Zero", che recita: "Su questo stato di desiderio è meglio essere più precisi: si verifica uno stato di desiderio quando da uno stato di soddisfazione si passa da uno stato di crescente soddisfazione e quindi subito dopo a uno stato di insoddisfacente soddisfazione, cioè di desiderio. Non è vero che lo stato di desiderio si verifichi quando manca qualcosa, ma quando c'è qualcosa". La mia sensazione nelle ricerche sul campo condotte all'interno dei territori dove rischio e piacere si coniugano felicemente, la dimensione che sembra mancare è la dimensione del desiderio. E allora credo che all'interno di questa conferenza, se vogliamo ragionare anche in termini di prevenzione, e non solo di clinica o di cura, l'aspetto da tenere in conto è che in questa

società sempre più bulimica di merci e di consumo, viene meno la possibilità della dimensione di latenza del desiderio, del concepire il desiderio come attesa, giusto come limen, come soglia e quindi di legare a questo il piacere. Allora credo che la patologia più "significativa" in questo rapporto tra condotte a rischio e piacere, tra comportamenti sessuali e assunzione di sostanze non sia tanto una correlazione puramente comportamentale tra due condotte, ma sia la dimensione psico - sociale, la dimensione simbolica e culturologica che fa sì che molte persone rincorrono il piacere anche attraverso strade chimiche, proprio perché il piacere non riescono a connetterlo con una dimensione più autentica e pulsionale del desiderio. E' un tema a cui credo che sia anche legato il futuro delle nuove generazioni.»

Chairman Dr.ssa Teodora MACCHIA:- «Diamo la parola al dottor Alessandro COACCI, responsabile del SERT di Follonica, che ci parlerà di un'attività estremamente interessante, l'applicazione sperimentale del Protocollo d'intesa tra il governo e il Sindacato Italiano Locali da Ballo in dieci discoteche della Toscana.»

Dott. Alessandro COACCI:- «Lo scopo di questo mio intervento è illustrare l'applicazione delle linee guida del Protocollo di intesa tra Governo e il Sindacato Imprenditori Locali da Ballo siglato in data 7 dicembre '99. E finalizzato alla costituzione di un albo di qualità delle discoteche. Abbiamo voluto realizzare in via sperimentale un progetto denominato Discoteche doc, che rispondesse in modo dettagliato e preciso ai requisiti chiesti alle discoteche. Ma che soprattutto esaltasse l'idea innovativa che caratterizza questo nuovo modello di fare prevenzione, fare degli operatori delle discoteche dei tutor che promuovessero idee di comportamento e modelli positivi. L'avventura Discoteche doc è iniziata il 12 aprile del 2000 presso la regione Toscana, con la presentazione di questo progetto ai rappresentanti del Sindacato Imprenditori Locali da Ballo. C'è da dire che sia la regione Toscana, sia i rappresentanti degli imprenditori locali da ballo sono due realtà già fortemente sensibilizzate a questo tipo di progettualità in quanto negli anni precedenti avevano collaborato con un altro progetto denominato On the road again. L'adesione e l'interesse riscontrato in questa occasione ci ha incoraggiato e stimolato nella nostra iniziativa e così abbiamo voluto enfatizzare in particolare il binomio divertimento/benessere attraverso lo slogan "notti sicure". Successivamente è stata presa una decisione: quella di realizzare questa esperienza in una provincia della Toscana, e abbiamo scelto Grosseto, dove sono state arruolate volontariamente dieci tra le discoteche più importanti della nostra costa. Più importanti perché facevano oltre mille e cinquecento presenze a sera. Il coinvolgimento della regione Toscana, delle prefetture e ovviamente del Sindacato Imprenditori Locali da Ballo è stato determinante per la riuscita di questa nostra iniziativa. Ma vediamo ora quali sono i requisiti che la discoteca doc deve avere: diffusione di messaggi e materiali informativo, riduzione dell'impatto acustico e visivo, politica dei prezzi delle bevande, primo intervento sanitario, corso di formazione al personale che opera nell'ambito delle discoteche, presenza di un locale di decompressione. E quali sono gli obiettivi primari che il progetto persegue? Prevenzione estesa a tutta la popolazione giovanile dai rischi derivanti dall'uso di droghe, in particolare quelli collegati alla guida di autoveicoli. I cosiddetti incidenti del sabato sera, che poi non sono del sabato sera ma di tutte le sere. Vediamo quali sono gli obiettivi secondari: diffondere l'idea di un corretto stile di vita, impedire, o per lo meno limitare, la presenza e il consumo di droghe, svolgere sistematica attività di informazione, attivare interventi di riduzione dei rischi. Particolare attenzione è stata posta alla realizzazione dei corsi di formazione rivolti al personale che opera all'interno delle discoteche. In quanto, come già evidenziato, questi operatori si propongono quali messaggeri di una nuova cultura da diffondere nell'ambito dei locali notturni. I corsi, svolti dal personale dell'azienda sanitaria con varie professionalità, medici, psicologi, assistenti sociali, sociologi, hanno riscosso un successo superiore ad ogni aspettativa, al punto che le ore di lezione