

# Il percorso terapeutico dei Disturbi da Alcol e del Gioco Patologico nelle nuove unità funzionali della Casa di Cura Colle Cesarano

*Vittorio De Luca, Giovanna Raimondo*

Casa di Cura Colle Cesarano

Tivoli, 29 Maggio 2014



# PREMESSA: CORNICE LEGISLATIVA

- Delle 12 Case di Cura neuropsichiatriche attive nel Lazio nel 2010, 10 avevano dei posti letti riconosciuti in Doppia Diagnosi, per un totale di 199 p.l. sul territorio regionale
- Le nuove normative (D.G.R. 424/06; DCA 48/09; DCA 101/10) già dal 2006 hanno mirato ad una riqualificazione dell'intero sistema assistenziale delle Case di Cura:
  - Puntando ad una diversificazione dell'offerta sanitaria inserendo Strutture Terapeutico-Riabilitative (*comunità*) e Socio-Riabilitative all'interno dell'offerta sanitaria delle Case di Cura
  - Inserendo in alcune Case di Cura i Reparti ad alta intensità (*acuzie*)
  - Eliminando i posti letti in Doppia Diagnosi
  - Dando la possibilità di sviluppare moduli specifici per il trattamento di particolari condizioni cliniche



# I NUOVI REPARTI

## **B1: trattamento pazienti acuti**

- 30 posti letto
- Indicazione: ricovero al termine o in alternativa a quello in SPDC
- Durata indicativa: max 30 gg
- Indicazione e autorizzazione del DSM

## **B2: trattamento pazienti subacuti**

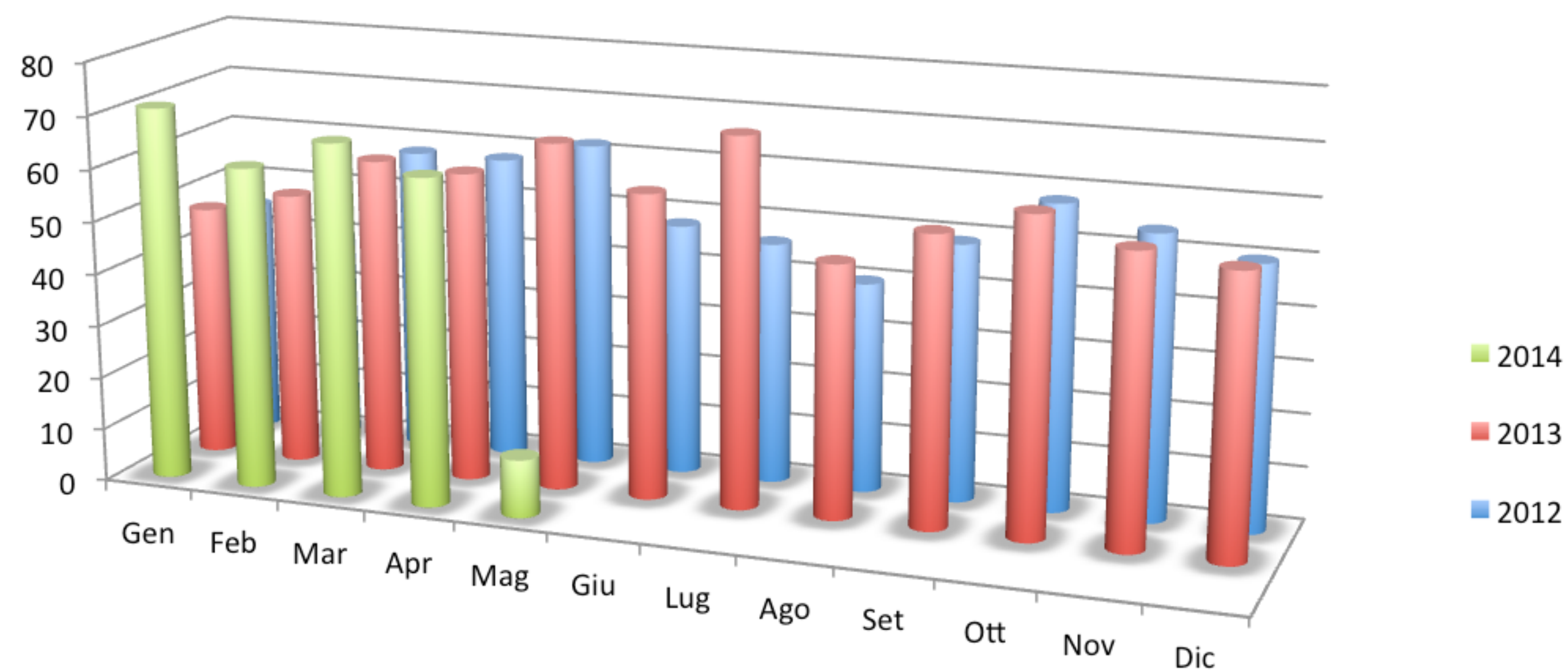
- 20 posti letto per pazienti in condizioni di acuzie/post-acuzie
- Durata indicativa: max 60 gg
- Indicazione e autorizzazione del DSM (in futuro UVM ?)





# LA CASA DI CURA

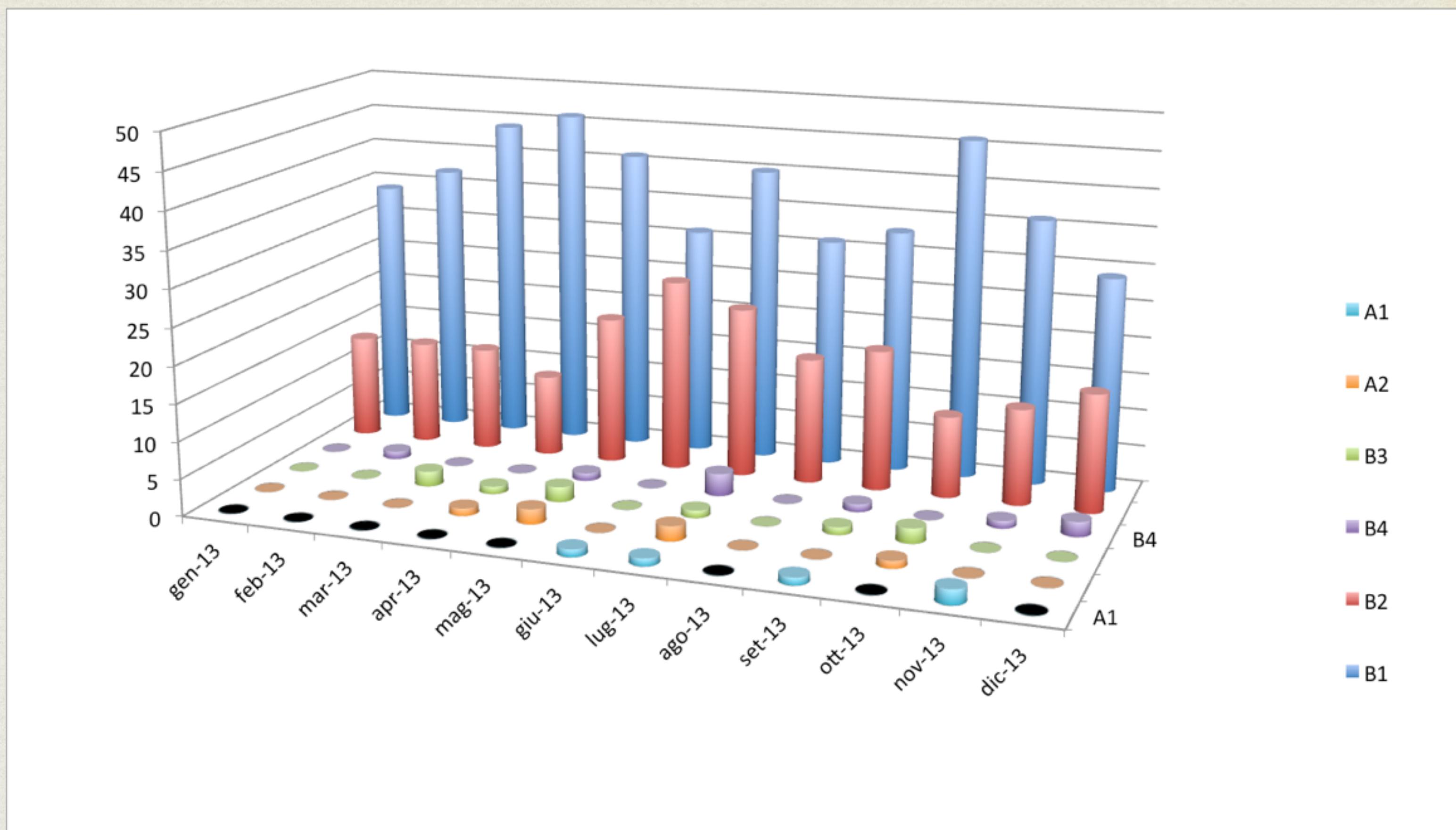
- 684 ricoveri nel 2013
- 260 nei primi 4 mesi del 2014
- 57 ca/mese
- 98% entra nei reparti B1 e B2
- Media di ricovero circa 1 mese
- Età media: 49 aa
- Primi ricoveri: 329 (48%)





# LA CASA DI CURA

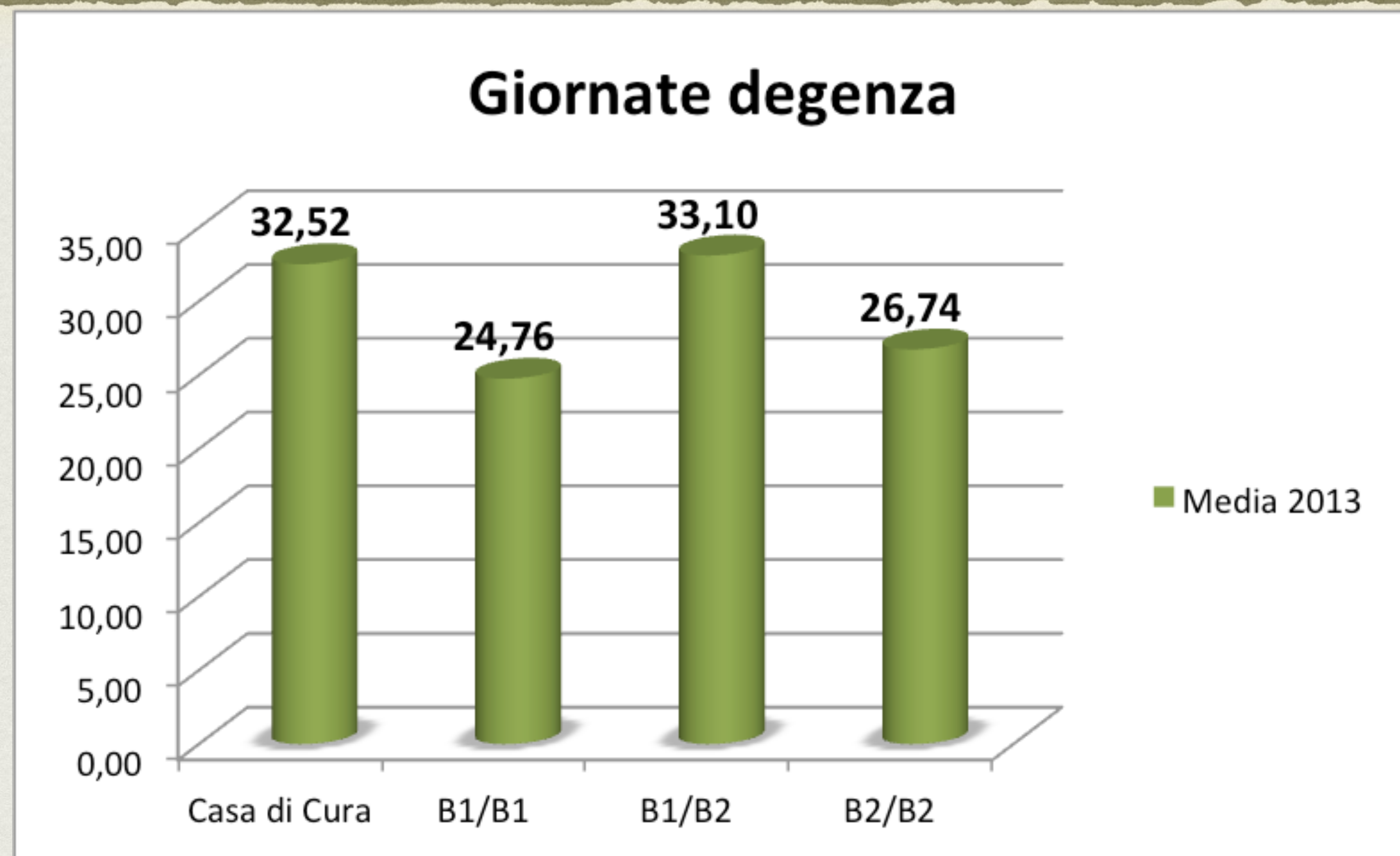
- 684 ricoveri nel 2013
- 260 nei primi 4 mesi del 2014
- 57 ca/mese
- 98% entra nei reparti B1 e B2
- Media di ricovero circa 1 mese
- Età media: 49 aa
- Primi ricoveri: 329 (48%)





# LA CASA DI CURA

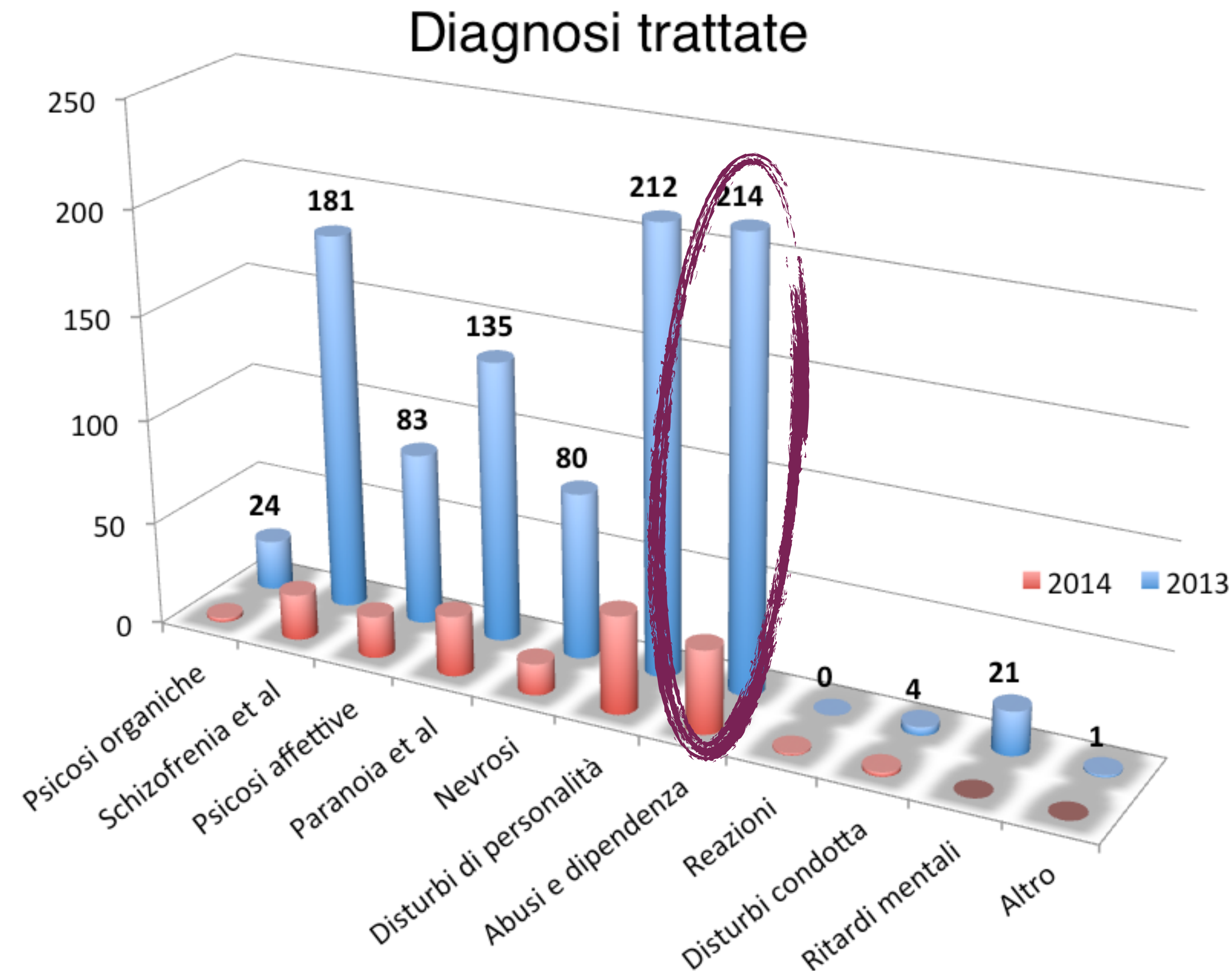
- 684 ricoveri nel 2013
- 260 nei primi 4 mesi del 2014
- 57 ca/mese
- 98% entra nei reparti B1 e B2
- Media di ricovero circa 1 mese
- Età media: 49 aa
- Primi ricoveri: 329 (48%)





# LA DOPPIA DIAGNOSI

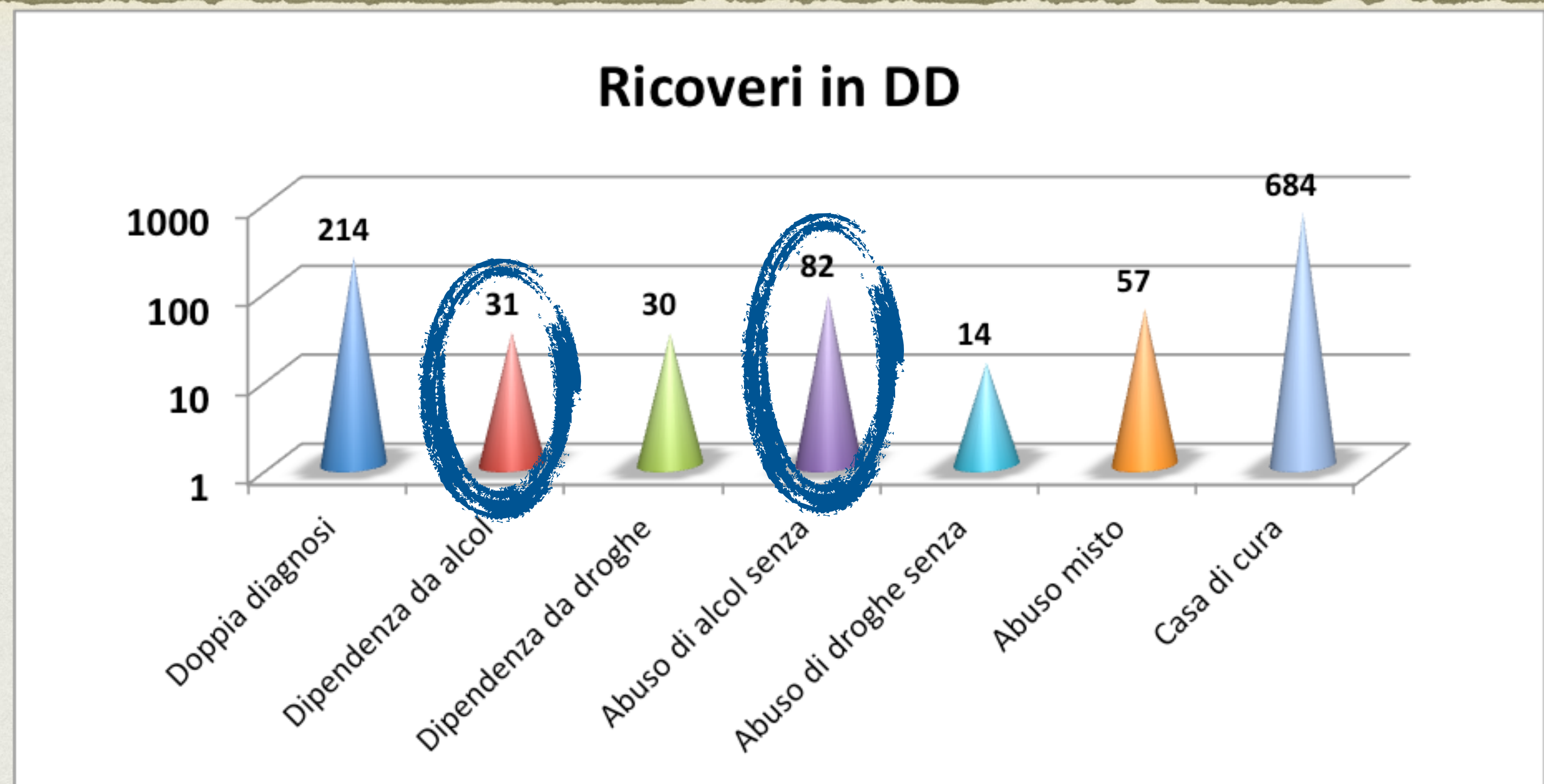
- Componente doppia diagnosi: 30,9 %
- Tempistica di ricovero: 26,5 gg
- Età media: 45,4 aa
- Primi ricoveri: 118 (55%)





# I DISTURBI DA ALCOL

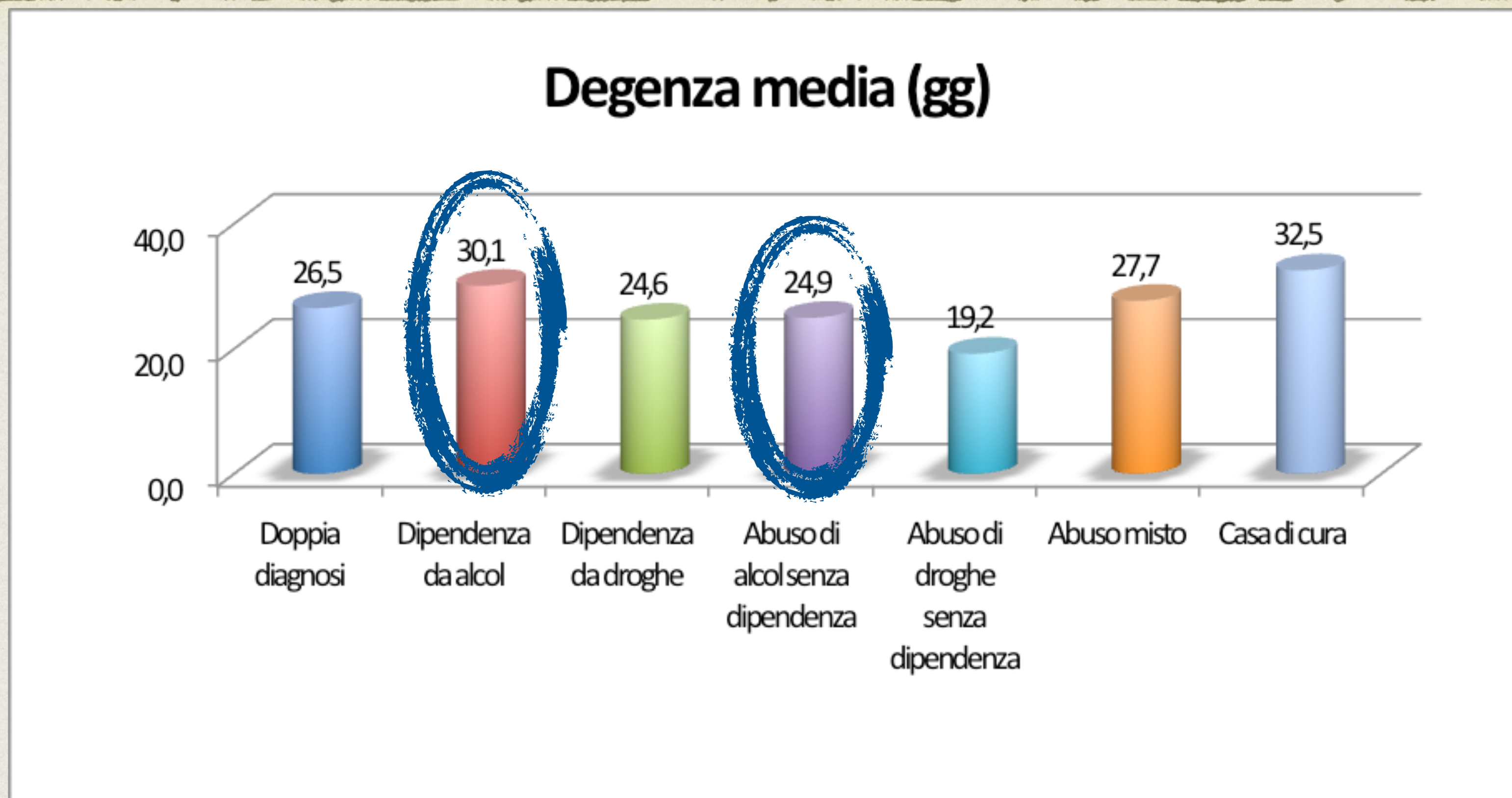
- 113/684 (16,5%) in esclusiva o prevalenza
- Tempistica di ricovero: dai 25 ai 30 gg
- Età media: 47-50 aa
- Primi ricoveri: 54/329 (16,4%)





# I DISTURBI DA ALCOL

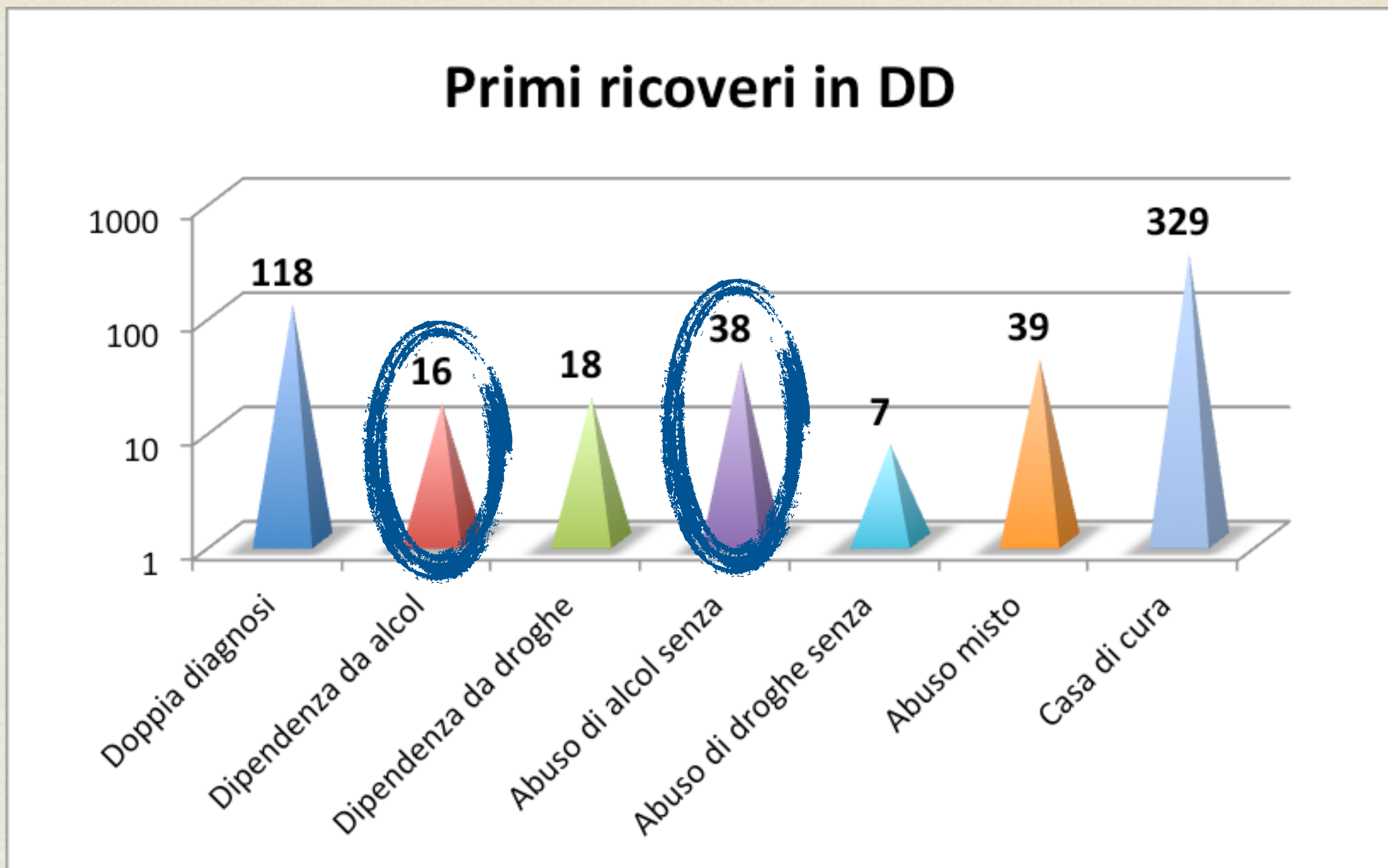
- 113/684 (16,5%) in esclusiva o prevalenza
- Tempistica di ricovero: dai 25 ai 30 gg
- Età media: 47-50 aa
- Primi ricoveri: 54/329 (16,4%)





# I DISTURBI DA ALCOL

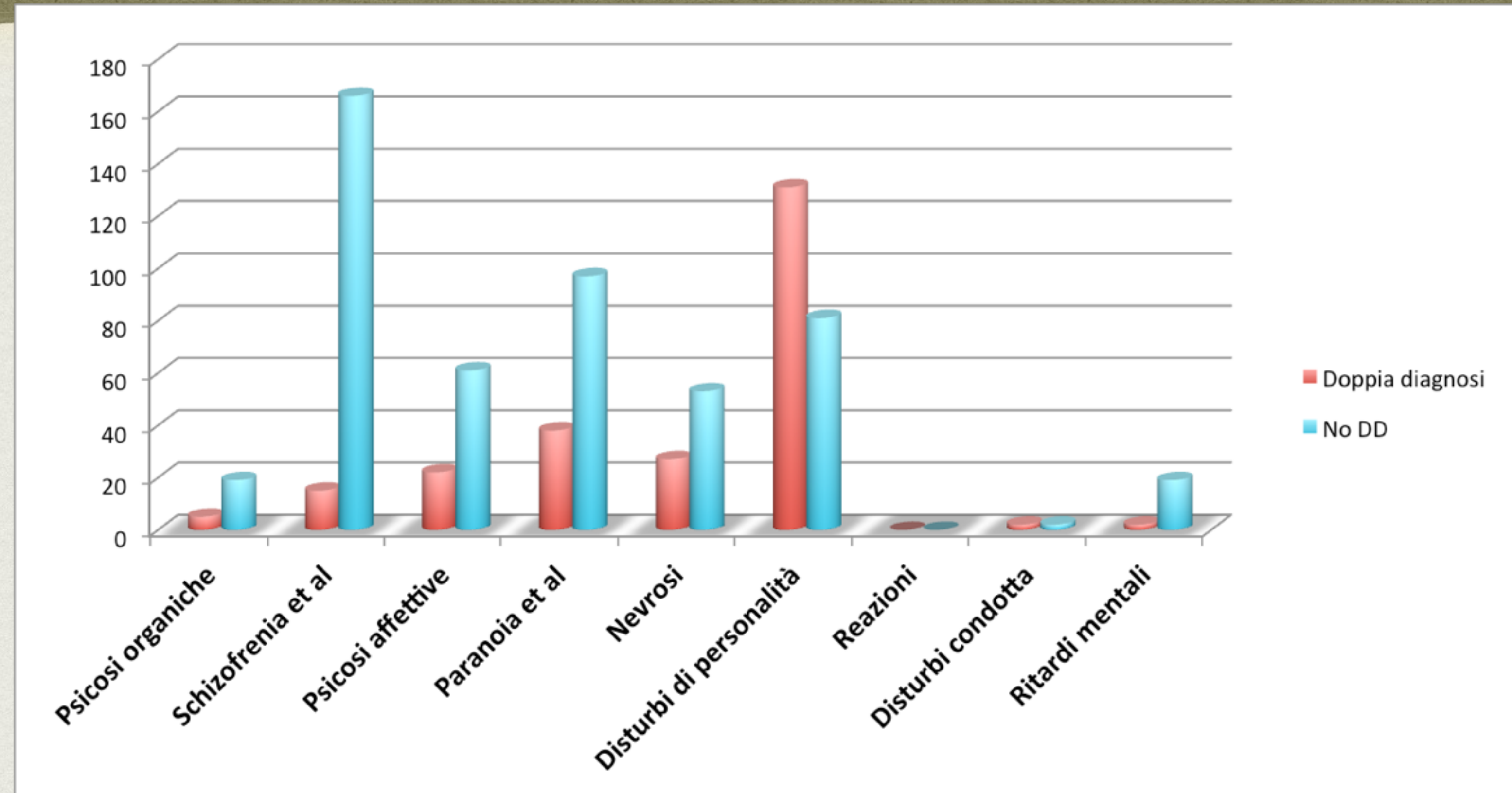
- 113/684 (16,5%) in esclusiva o prevalenza
- Tempistica di ricovero: dai 25 ai 30 gg
- Età media: 47-50 aa
- Primi ricoveri: 54/329 (16,4%)





# LE SECONDE DIAGNOSI

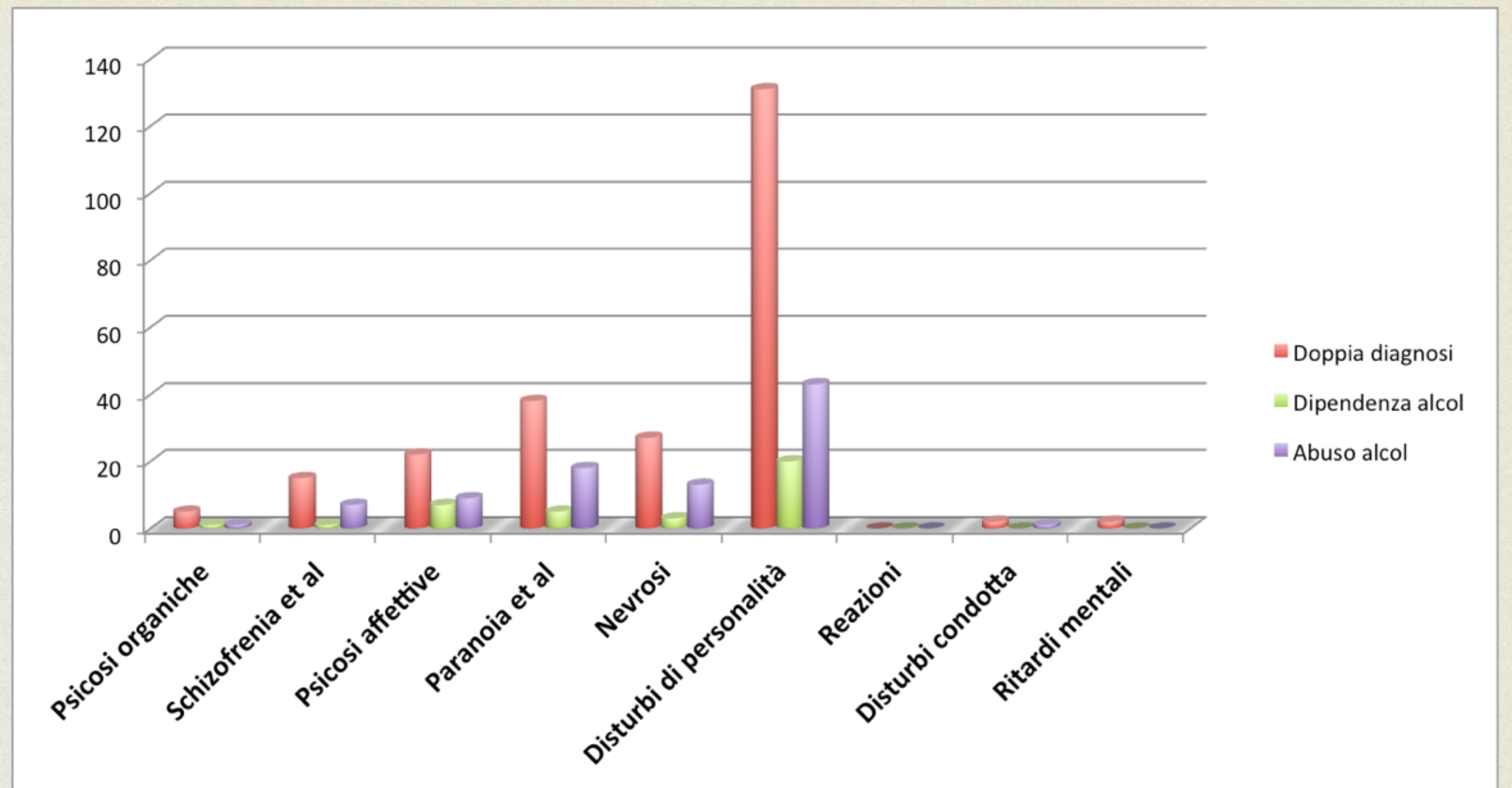
- Prevalenza di **disturbi di personalità**, ma comorbidità con virtualmente tutti i disturbi psichiatrici





# LE SECONDE DIAGNOSI

- Prevalenza di **disturbi di personalità**, ma comorbidità con virtualmente tutti i disturbi psichiatrici





# PERCORSO DOPPIA DIAGNOSI (2014)

- Preaccettazione (**regolamento**)
- Tox screen (ingresso)
- Disintossicazione/disassuefazione
- Intervento psicoterapico di gruppo
- Stabilizzazione farmacologica
- Intervento psico-socio-riabilitativo
  - Finalizzazione inserimento S.R.T.R.
  - Ri-collegamento inviante





# L'U.F. DISTURBI DA ALCOL

- **10 p.l. fase acuta e post-acuta**
- Trattamento farmacologico disturbi acuti alcol-correlati
- Trattamento farmacologico comorbidità psichiatrica
- Trattamento psicologico disturbi associati
- Interventi psicologici individuali, familiari e gruppale
- Contatto e partecipazioni a gruppi di auto-aiuto (AA, ANCA)
- **Inquadramento neurologico patologia associata ad alcol**
- **Valutazione danno epato-splenico associato**
- **Attività riabilitativa e motoria**
- **Inquadramento craving e impostazione terapia anticraving**



**COLLE  
CESARANO**  
Gestione GERESS

*Casa di Cura accreditata  
con il Servizio Sanitario Nazionale*

**UNITÀ  
FUNZIONALE  
DISTURBI  
DA ALCOL**





# OBIETTIVI DEL RICOVERO IN CDC

## 1. Valutare la compromissione organica

- a. Grado di intossicazione
- b. Parametri metabolici (elettroliti, plasmaproteine)
- c. Stato di malnutrizione

## 2. Valutare la persistenza dei sintomi specifici

- a. Sintomi astinenziali
- b. Craving

## 3. Valutare i sintomi psichiatrici associati

- a. Alterazioni della coscienza
- b. Alterazioni del sensorio
- c. Alterazioni del pensiero

## 4. Affrontare le componenti psicopatologiche

- a. Dimensioni impulsiva, umore e ansia
- b. Personalità sottostante



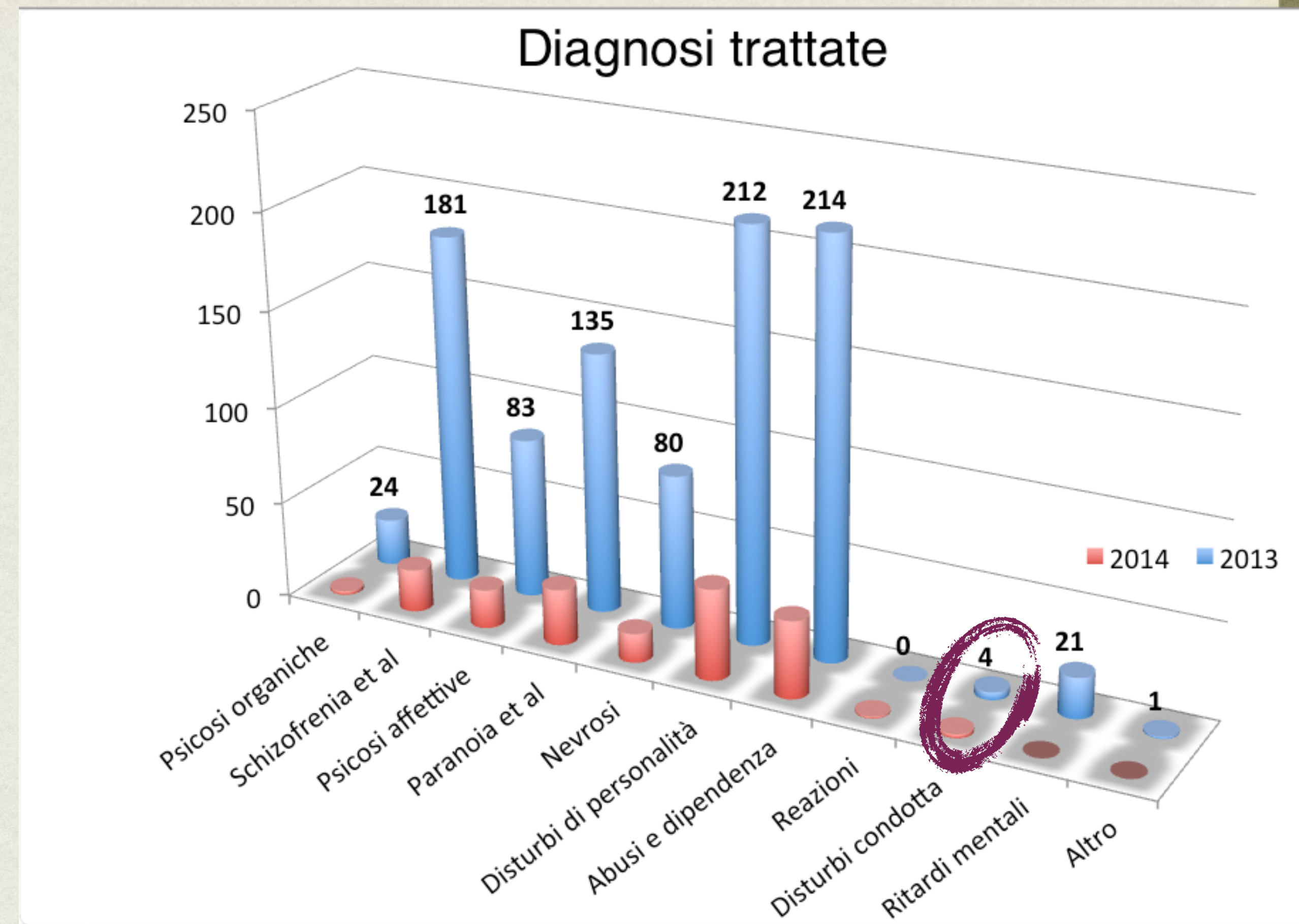
# L'INTERVENTO FARMACOLOGICO

- Disintossicazione
- Farmacoterapia anticraving/antiastinenziale
- Stabilizzazione farmacologica
- Valutazione psicopatologica dimensionale
- Farmacoterapia del disturbo psichiatrico maggiore/disturbo di personalità



# LA COMPONENTE GIOCO PATOLOGICO

- Una minima parte dei pazienti ricoverati nel 2013 presentava una diagnosi esplicita di Gioco Patologico (0,3%)
- Ciononostante il gioco patologico era presente in molti pazienti con DD
- Anche una quota di popolazione psichiatrica non-DD presentava condotte di gioco patologico





# L'U.F. GIOCO PATOLOGICO

- **5 p.l. Fase acuta e post-acuta**
- Trattamento farmacologico del craving per il gioco patologico
- Inquadramento diagnostico e trattamento della comorbidità psichiatrica associata al gioco patologico (**Doppia Diagnosi**)
- Trattamento psicologico dei disturbi psichiatrici associati
- Interventi psicologici individuali, familiari e gruppali
- Attività riabilitative dedicate
- Contatto e partecipazioni a gruppi di auto-aiuto (GA, Progetto Orthos)





# Disturbo da gioco d'azzardo

A. Comportamento problematico ... gioco d'azzardo indicato da 4 o più delle seguenti (in **12 mesi**):

1. .. quantità crescenti di denaro
2. .. irrequieto o irritabile quando tenta di smettere
3. .. ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere
4. .. spesso preoccupato dal gioco .. (*polarizzazione ideativa*)
5. .. spesso gioca quando si sente a disagio
6. .. rincorre le perdite
7. .. mente per occultare l'entità del coinvolgimento
8. .. messo in pericolo relazioni affettive, lavorative o sociali
9. .. conta sugli altri per *risollevarsi economicamente*

Tolleranza

Astinenza

Elementi emotivi e  
cognitivi

Compromissione  
relazionale

B. Criterio esclusione Episodio Maniacale



# OBIETTIVI DEL RICOVERO IN CDC

1. Allontanare dal contesto del gioco
2. Consentire un'elaborazione del problema
3. Valutare la persistenza dei sintomi specifici
  - a. Irrequietezza e inquietudine da interruzione del gioco
  - b. Craving
4. Valutare ulteriori psicopatologiche
  - a. Dimensioni impulsiva, umore e ansia
  - b. Personalità sottostante
5. Valutare i sintomi psichiatrici maggiori
  - a. Alterazioni della coscienza
  - b. Alterazioni del sensorio
  - c. Alterazioni del pensiero



# L'INTERVENTO FARMACOLOGICO

- Farmacoterapia anticraving
- Stabilizzazione farmacologica
- Valutazione psicopatologica dimensionale
- Farmacoterapia del disturbo psichiatrico maggiore/disturbo di personalità



# FOCUS SPECIFICI DELLA FARMACOTERAPIA

- Razionale per una corretta farmacoterapia psichiatrica dimensionale:





# FOCUS SPECIFICI DELLA FARMACOTERAPIA

Impulsività/  
Disforia

## Stabilizzanti dell'umore

Vecchia generazione (Ac. Valproico, Carbamazepina, Lamotrigina)

Nuova generazione (Antipsicotici atipici: Quetiapina, Asenapina)

Ansia  
Irrequietezza

**"Tranquillanti maggiori e minori"** Benzodiazepine, Antipsicotici tipici

**Antidepressivi**

**Stabilizzanti dell'umore** Gabapentin/ Pregabalin

Umore  
depresso

## Antidepressivi

SSRI

SNRI

Altri (TCA, NARI, NASSA)



# LE INDAGINI SUL CRAVING

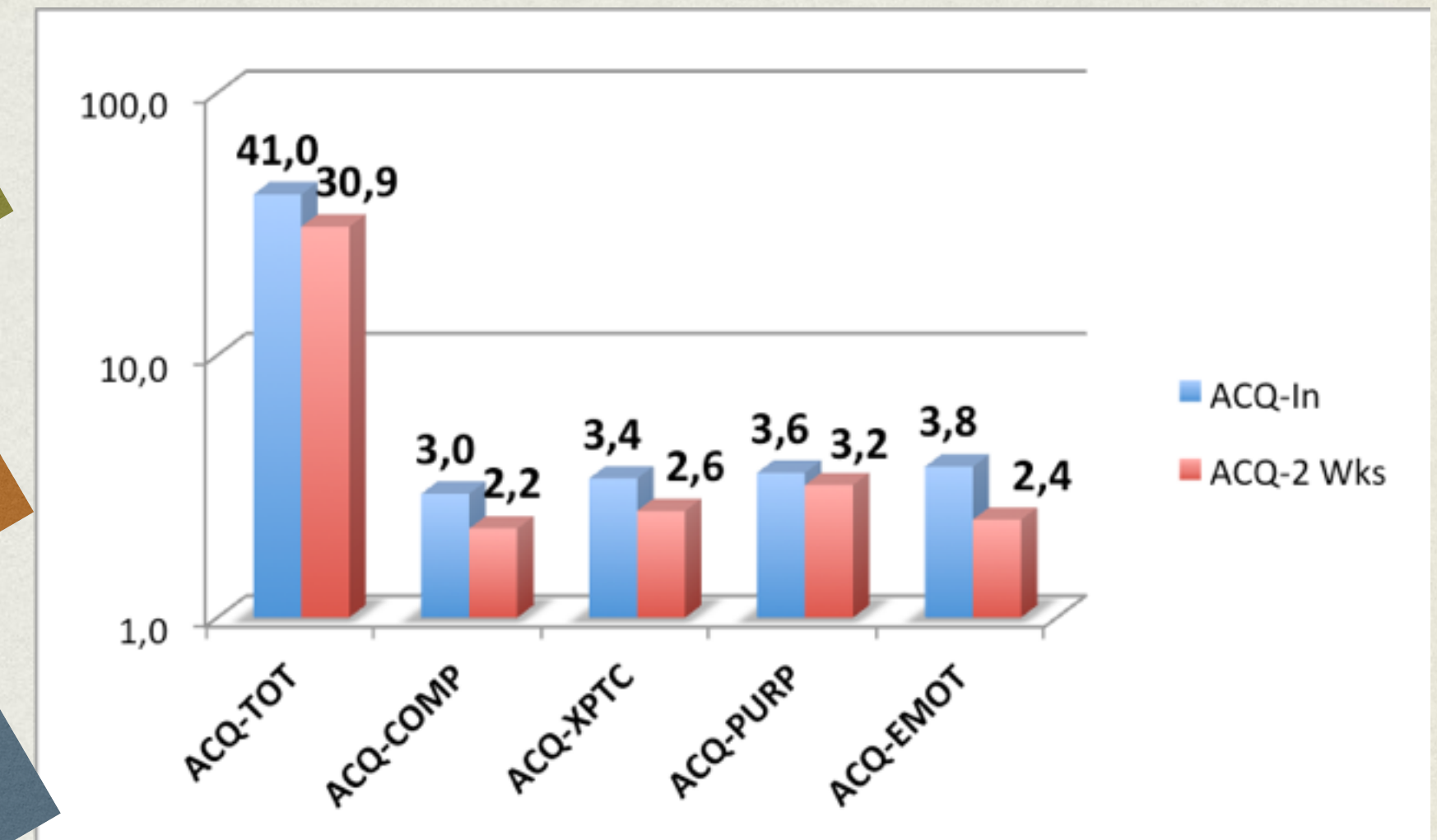
- Modelli dimensionali e interventi collegati
- ACQ SF *Alcohol Craving Questionnaire-12* (Singleton et al, 1997)
  - **Compulsività** Desiderio e spinta preventivi rispetto alla perdita di controllo (*obsessive*)
  - **Aspettativa** Desiderio e spinta in vista dei benefici del bere (*reward*)
  - **Determinazione** Desiderio e spinta accoppiati a determinazione e decisione
  - **Emotività** Desiderio e spinta allo scopo di sollievo da affetti negativi o astinenza (*relief*)

SSRIs, Topiramato

Naltrexone, GHB,  
Nalmefene

Intervento  
psicologico (?)

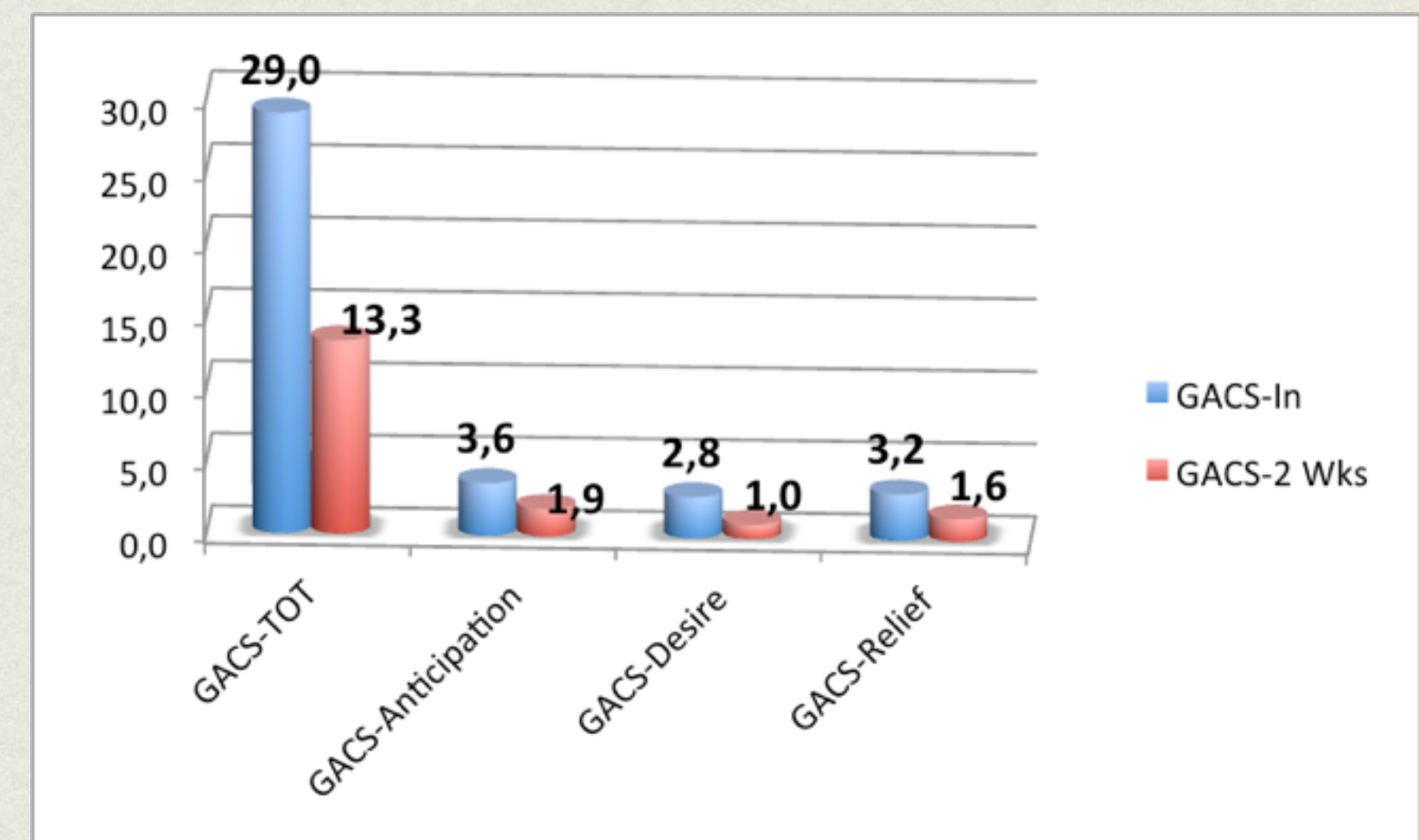
Acamprosato, GHB





# LE INDAGINI SUL CRAVING

- Modelli dimensionali e interventi collegati
- GACS *Gambling Craving Scale-9* (Young & Wohl et al, 2009)
- **Anticipazione** (*obsessive c.*)
- **Desiderio** (*reward c.*)
- **Sollievo** (*relief c.*)





# I PUNTI CRITICI

- L'ambiguità della richiesta progettuale nei casi di “pazienti medicalizzati”: funzione di “pit stop” o rinforzo positivo di un uso patologico delle strutture?
- La difficoltà di gestione dei pazienti con comorbidità di altri abusi (farmacologica, analisi della domanda, intervento psicologico)
- La necessità della circolazione delle informazioni nei casi dei pazienti che associano disturbi psichiatrici misconosciuti agli invianti
- La necessità di costruire una rete con i servizi tanto più solida quanto più i pazienti sono problematici



# IL CROSSROAD ISTITUZIONALE

- Per ricoverare in Casa di Cura è necessaria una presa in carico dal CSM
- Per l'inserimento in Comunità è necessaria una presa in carico dai Servizi (molto spesso congiunta)
- Di solito un inserimento in comunità è preceduto da un ricovero in Casa di Cura
- Di solito i ricoveri in SPDC prevedono una stabilizzazione in Casa di Cura
- Di solito il ricovero in Medicina Interna non prevede trasferimenti e non include prese in carico dei Servizi
- I giocatori fanno fatica a pensarsi come "tossicodipendenti", ma ancor di più come pazienti psichiatrici





# CONCLUSIONI

- L'intervento in Casa di Cura per i Disturbi da Alcol e il Gioco Patologico prevede necessariamente un'integrazione con i servizi territoriali
- L'intervento per questi disturbi si avvantaggia delle competenze dovute all'esperienza di gestione delle doppie diagnosi ma necessita di differenziazione specialistica
- Una differenziazione negli strumenti, nelle tempistiche e nelle progettualità. Una differenziazione nella logistica?
- La presenza di comorbidità psichiatriche rende più complesso il trattamento, ancor più necessaria l'integrazione e la comunicazione tra agenzie, e più frequenti le ricadute
- Quale futuro per le Doppie (e triple, quadruple) Diagnosi?



# RINGRAZIAMENTI

- **Raccolta e analisi dei dati**

- Vincenza MONTEMURRO, Mauro FOLCHI

- **Equipe clinica**

- Medici psichiatri: Barbara FORONI, Giovanna PAOLETTI
- Psicologi: Cinzia DE MARON, Daniela RUGGIERO, Maria Grazia LEDOTI
- Tecnico Riabilitazione Psichiatrica: Virginio CERINI
- Consulenze specialistiche: Anna DOMINICI, Marco GISMANT, Giuseppe GRANATA
- Gli infermieri professionali, OSS e OTA dei Reparti B1 e B2
- La Caposala: Grazyna KARYS