

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

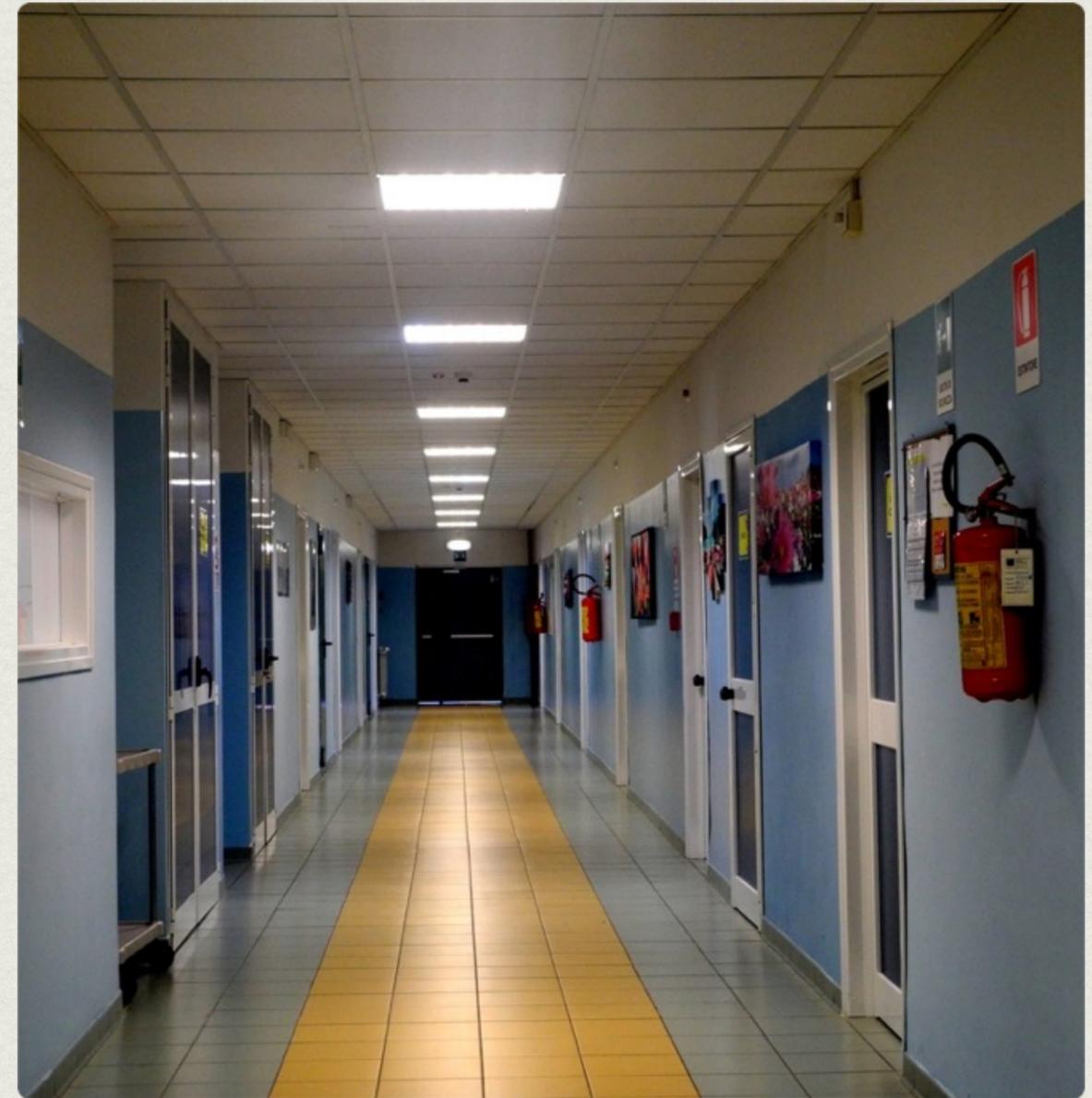
I NUOVI REPARTI

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

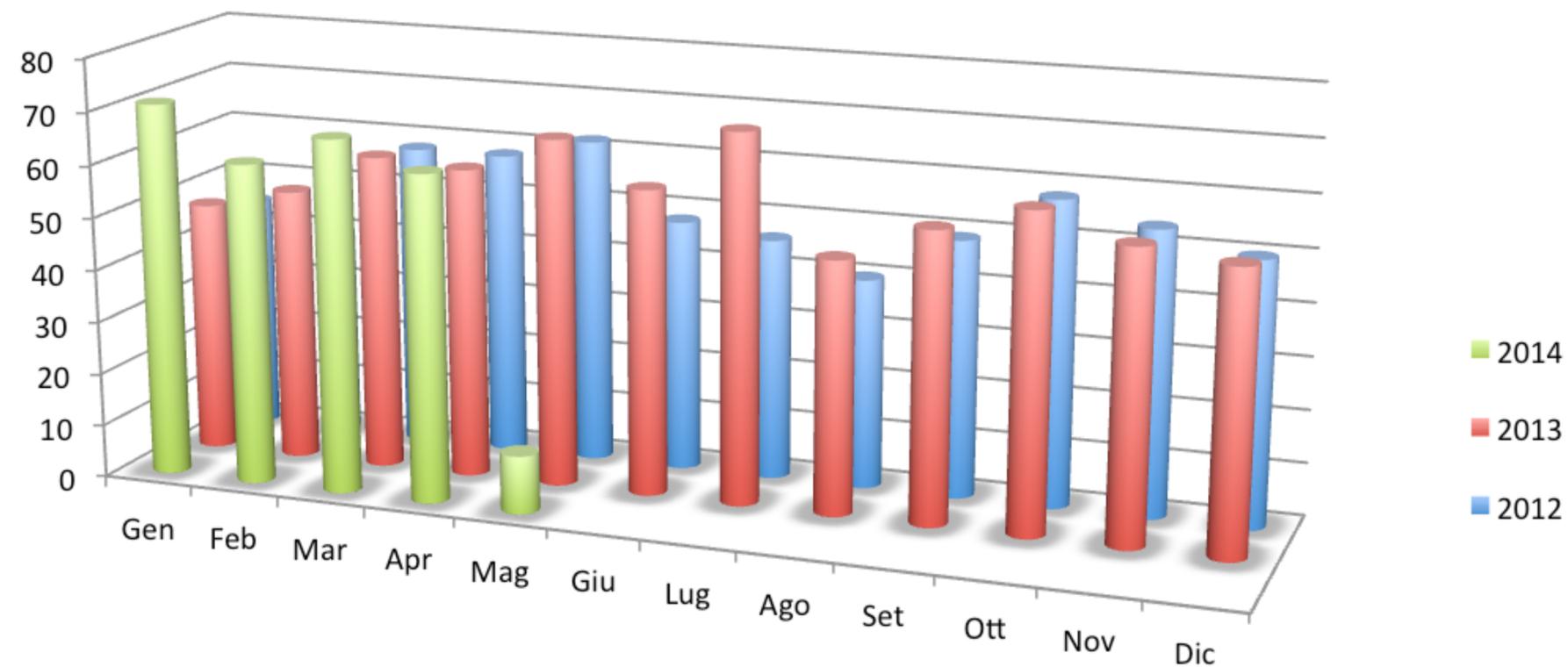
B2: trattamento pazienti subacuti

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



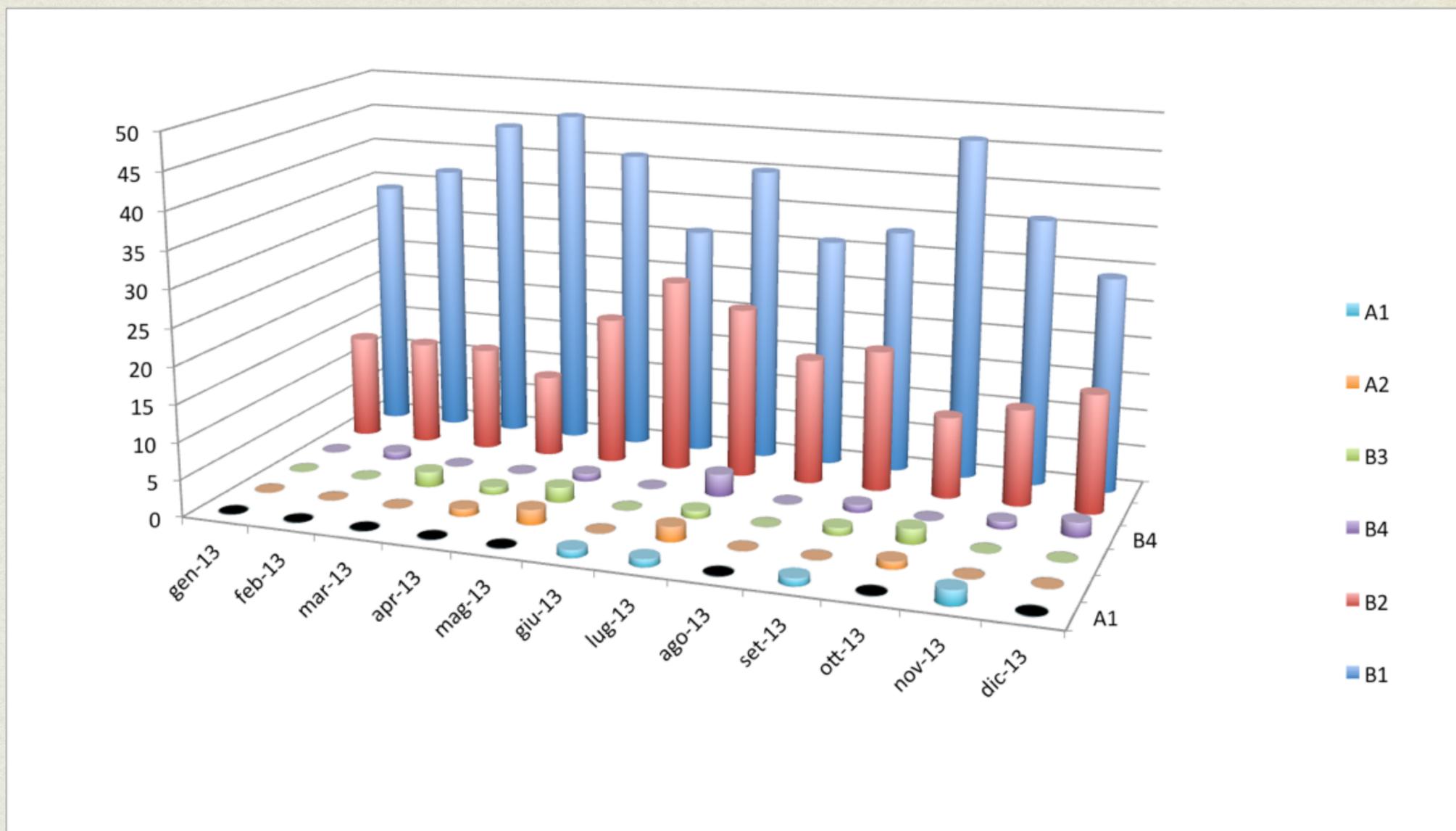
LA CASA DI CURA

- 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%)



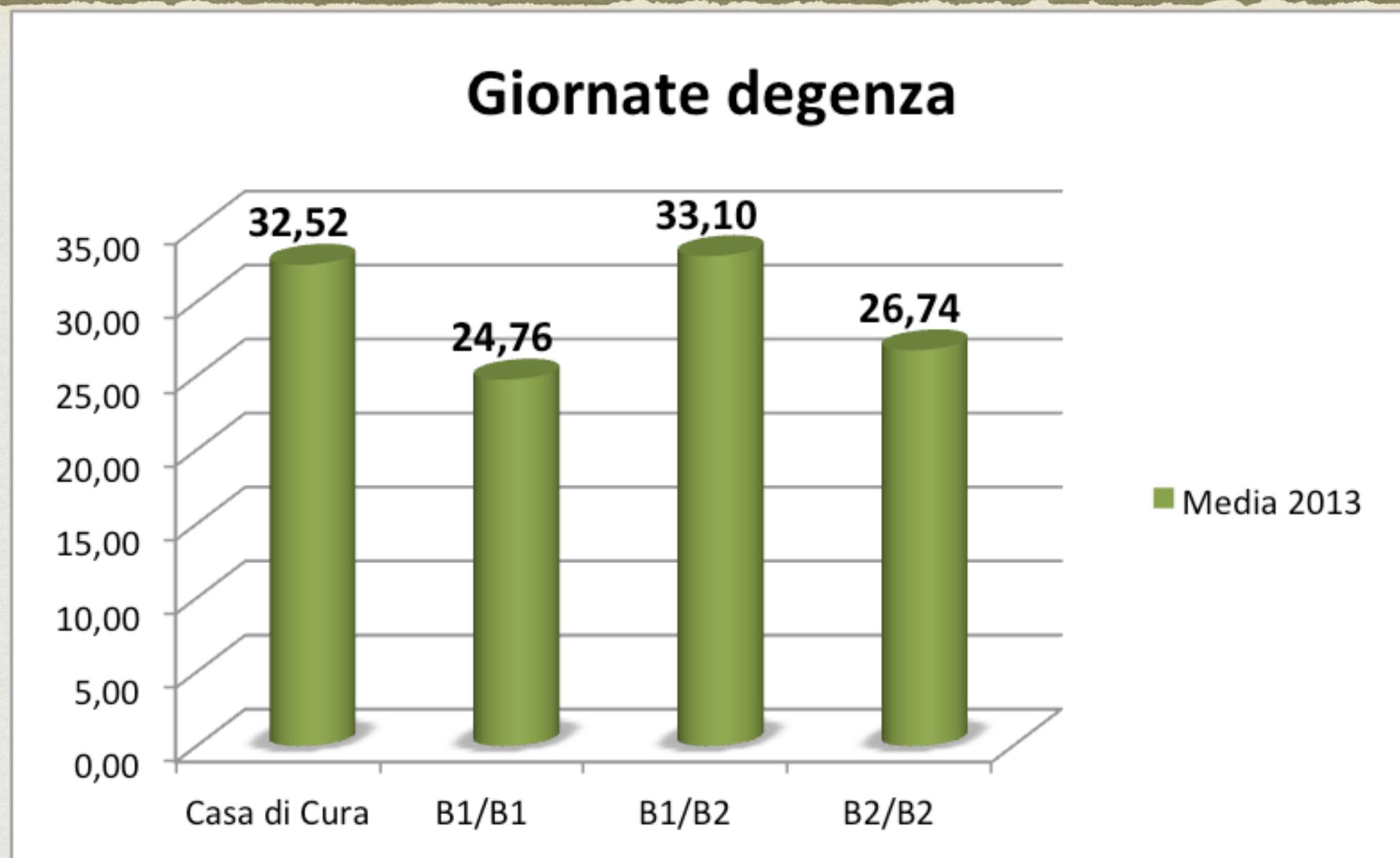
LA CASA DI CURA

- 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%)



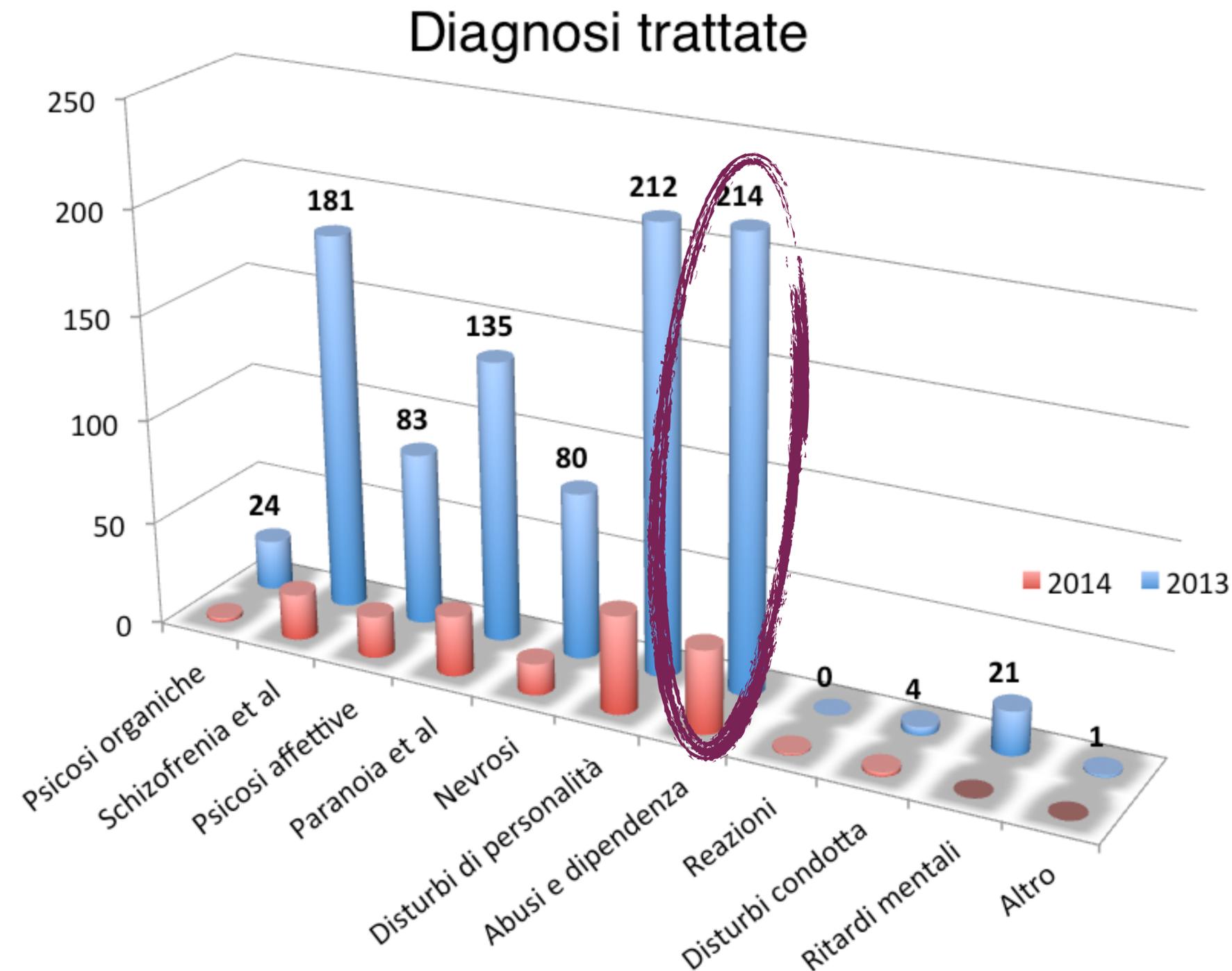
LA CASA DI CURA

- 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%)



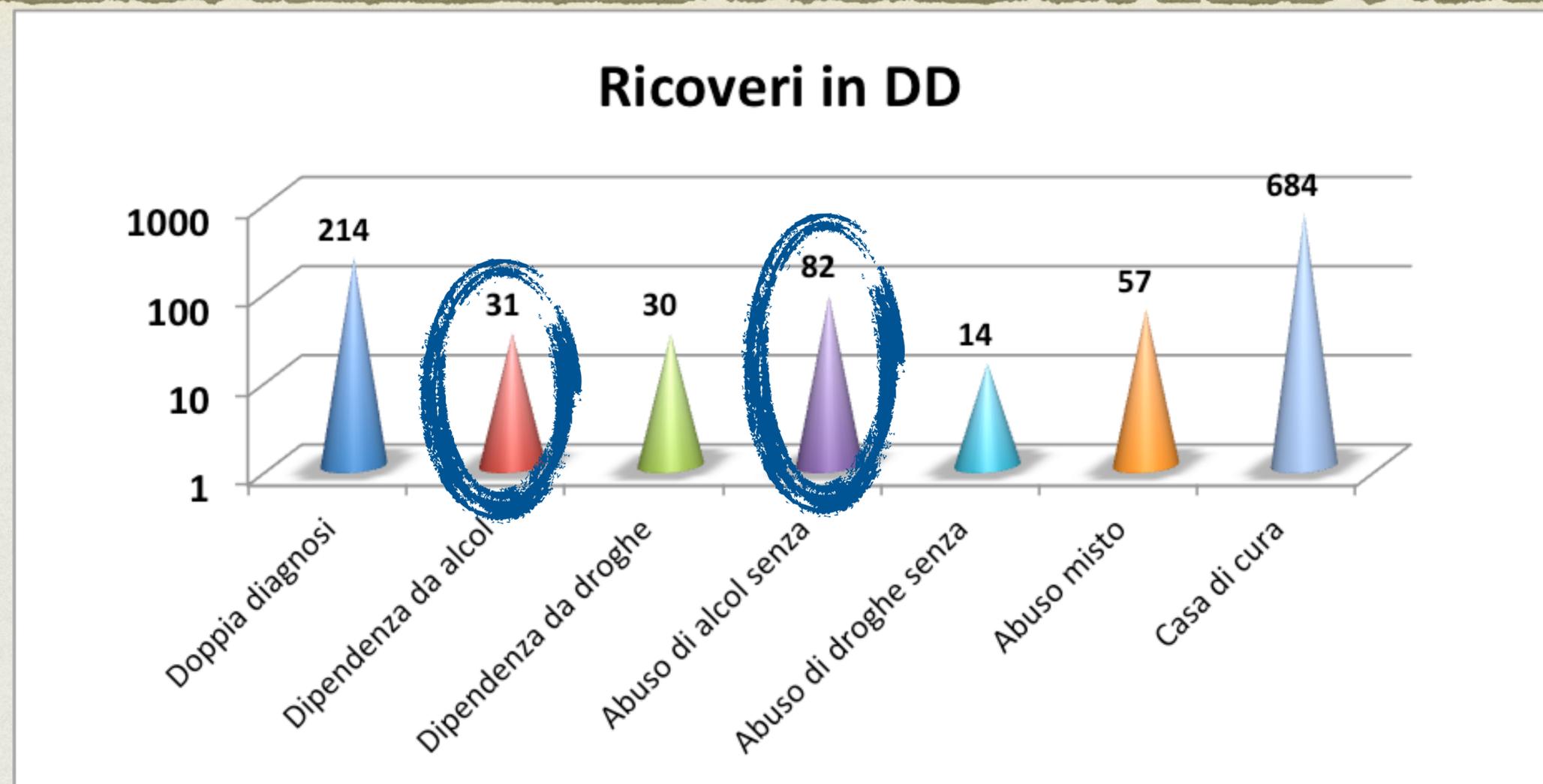
LA DOPPIA DIAGNOSI

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



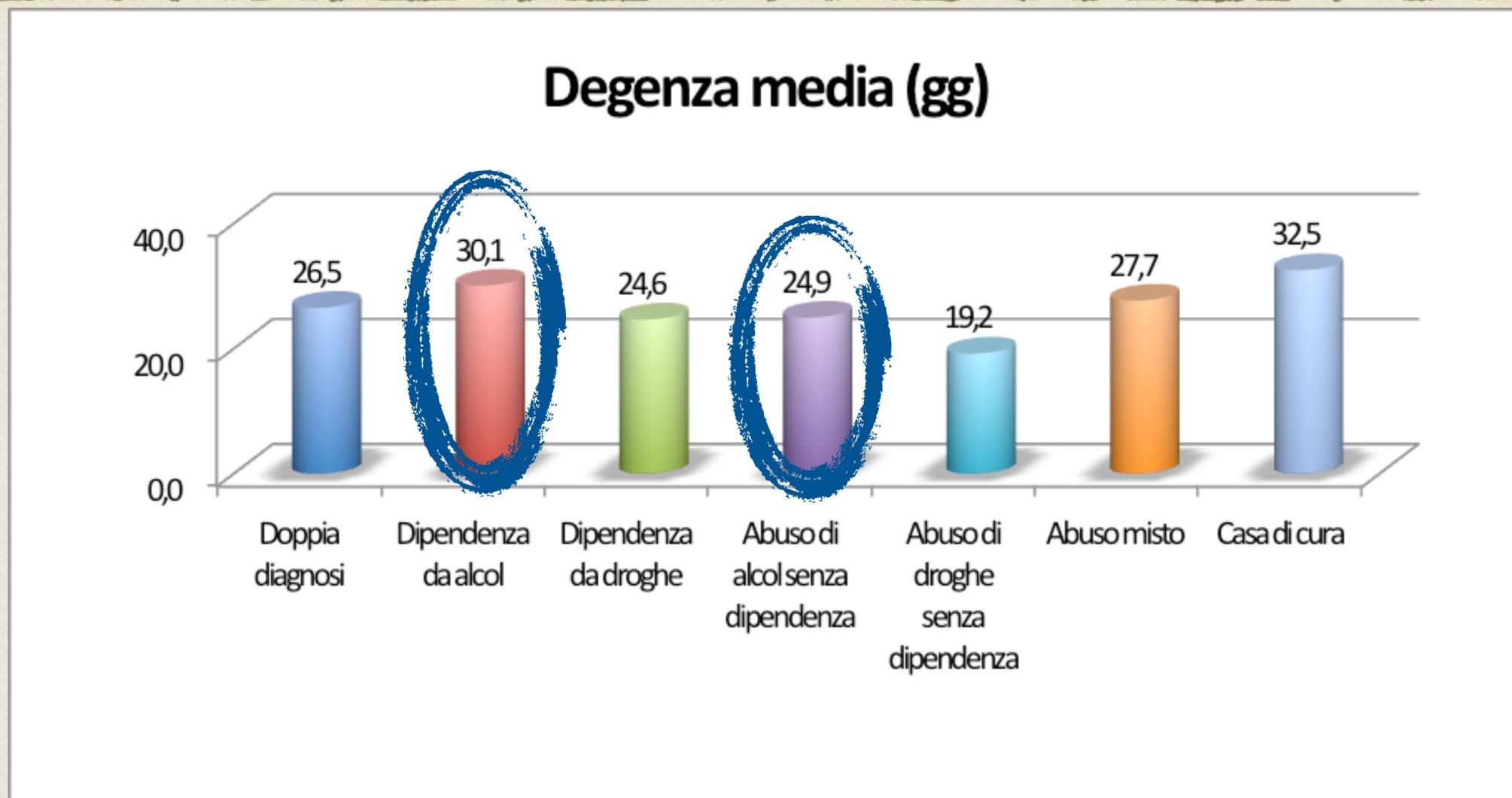
I DISTURBI DA ALCOL

- 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%)



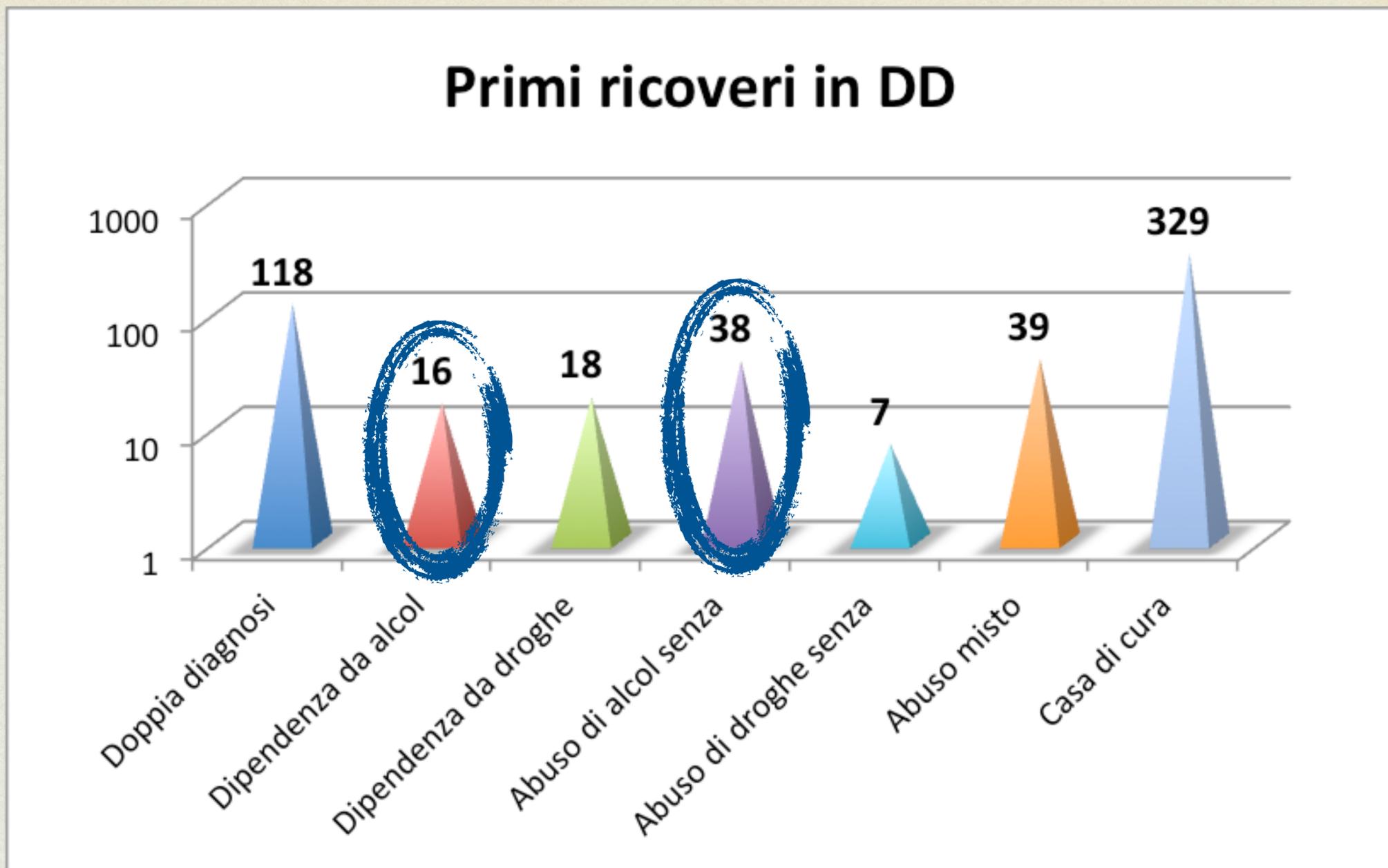
I DISTURBI DA ALCOL

- 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%)



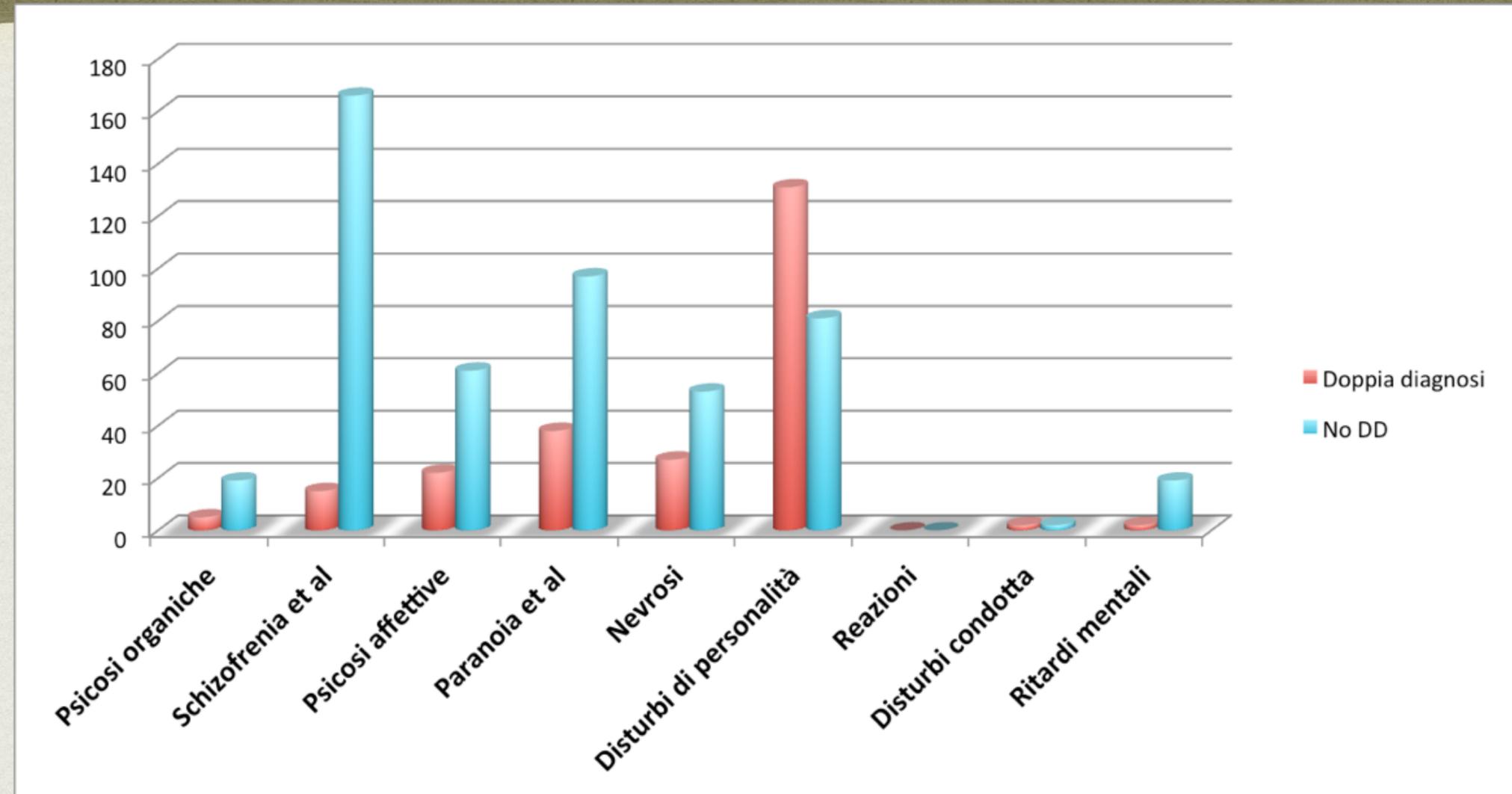
I DISTURBI DA ALCOL

- 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%)



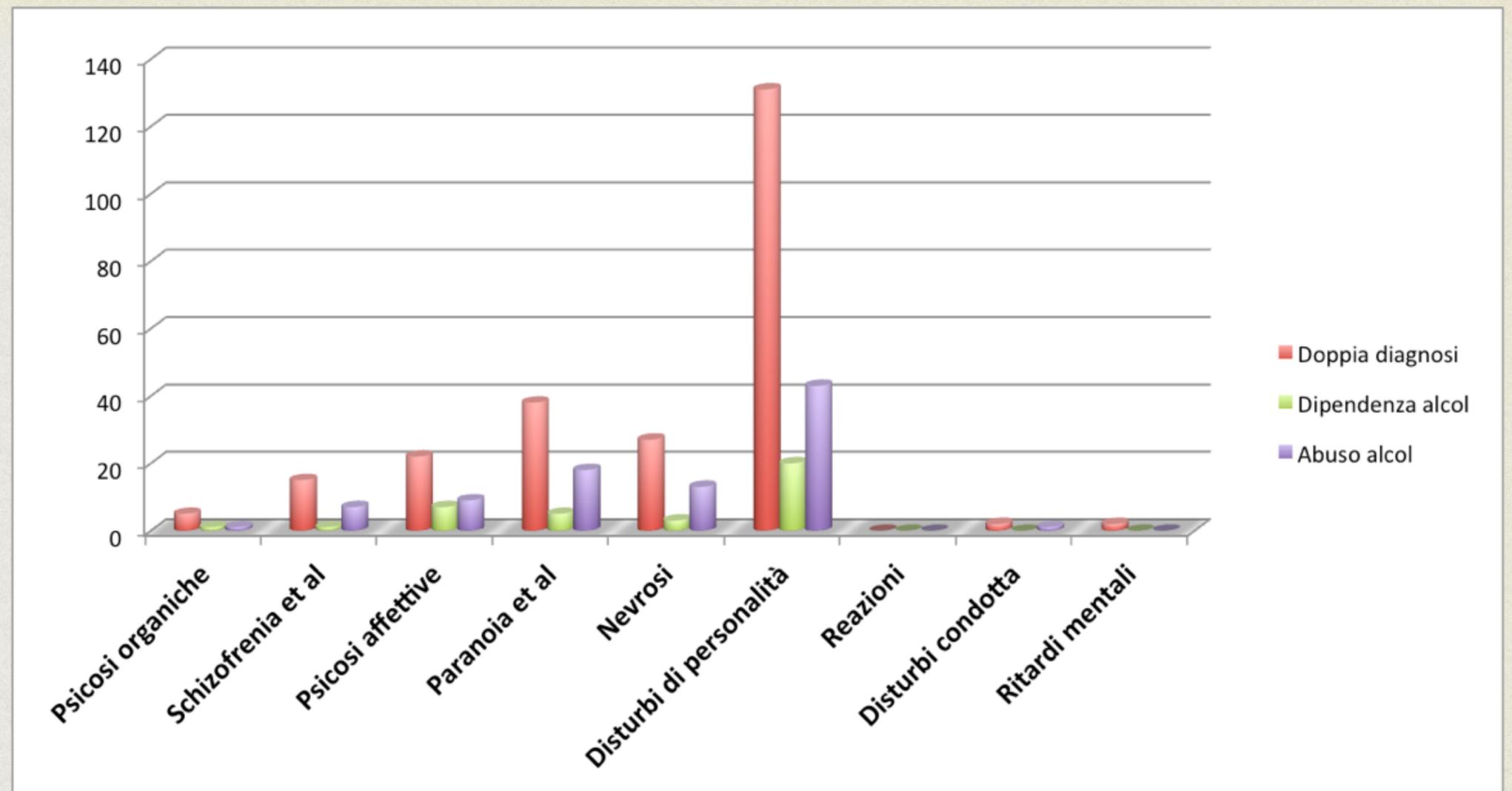
LE SECONDE DIAGNOSI

- 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

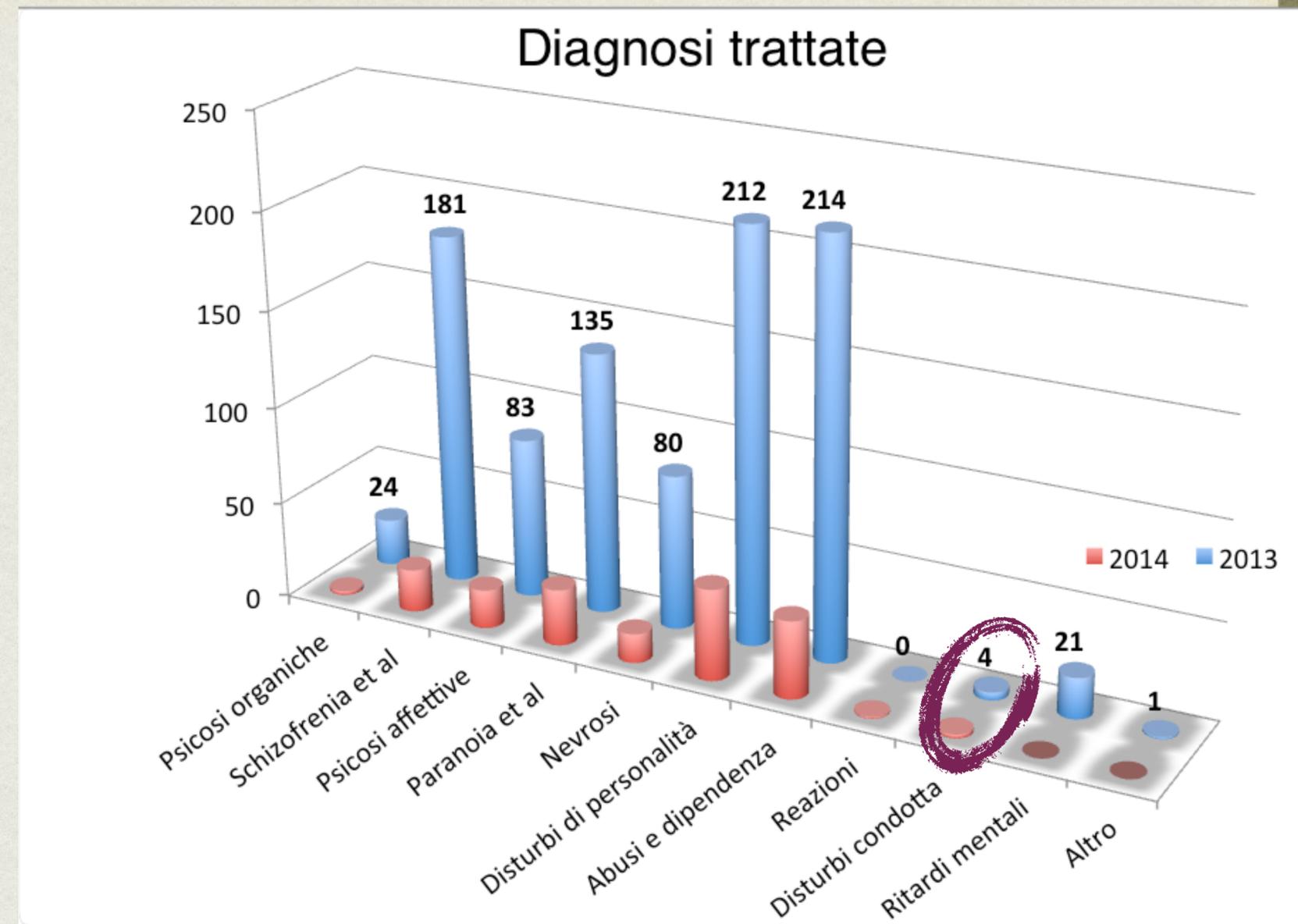
- a. Dimensioni impulsiva, umore e ansia
- b. Personalità sottostante

L'INTERVENTO FARMACOLOGICO

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

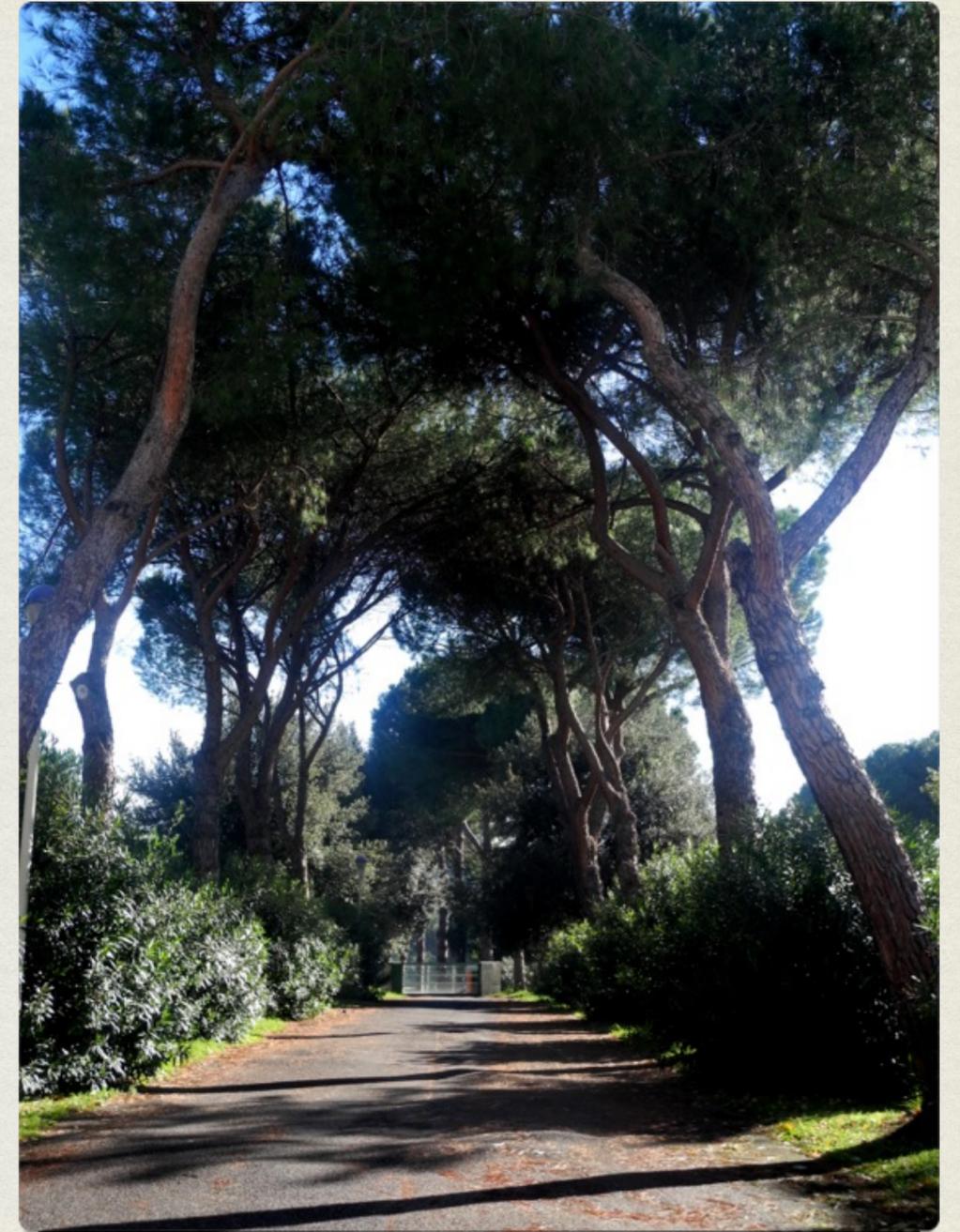
LA COMPONENTE GIOCO PATOLOGICO

- 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

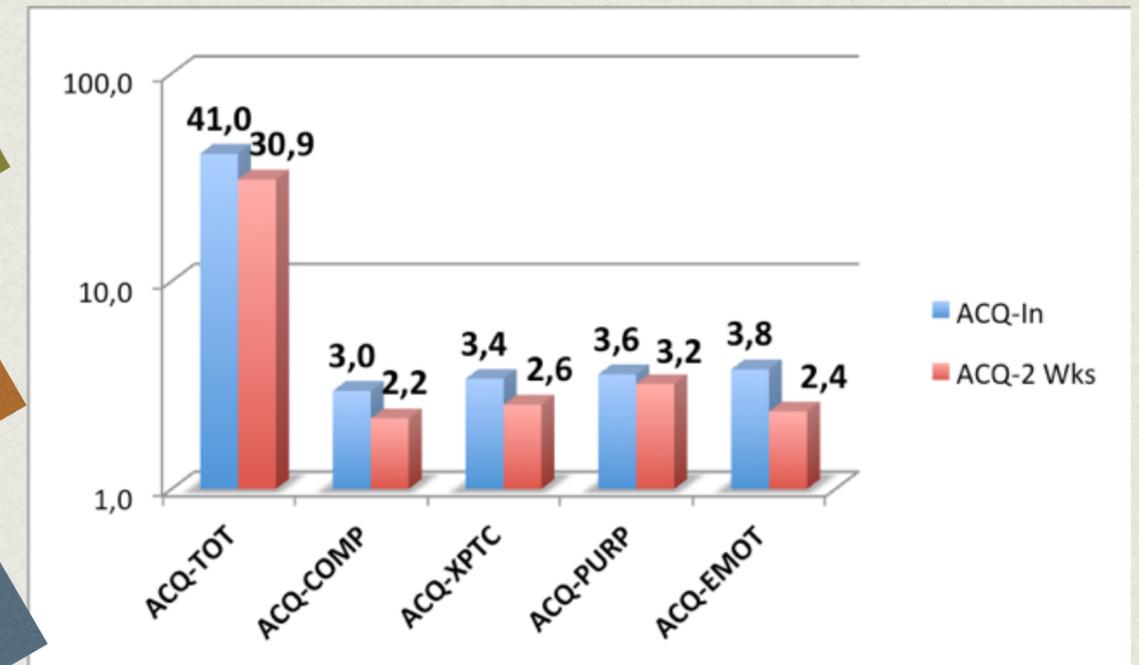
- Modelli dimensionali e interventi collegati
- ACQ SF *Alcohol Craving Questionnaire-12* (Singleton et al, 1997)
 - **Compulsività** Desiderio e spinta preventivi rispetto alla perdita di controllo (*obsessive*)
 - **Aspettativa** Desiderio e spinta in vista dei benefici del bere (*reward*)
 - **Determinazione** 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

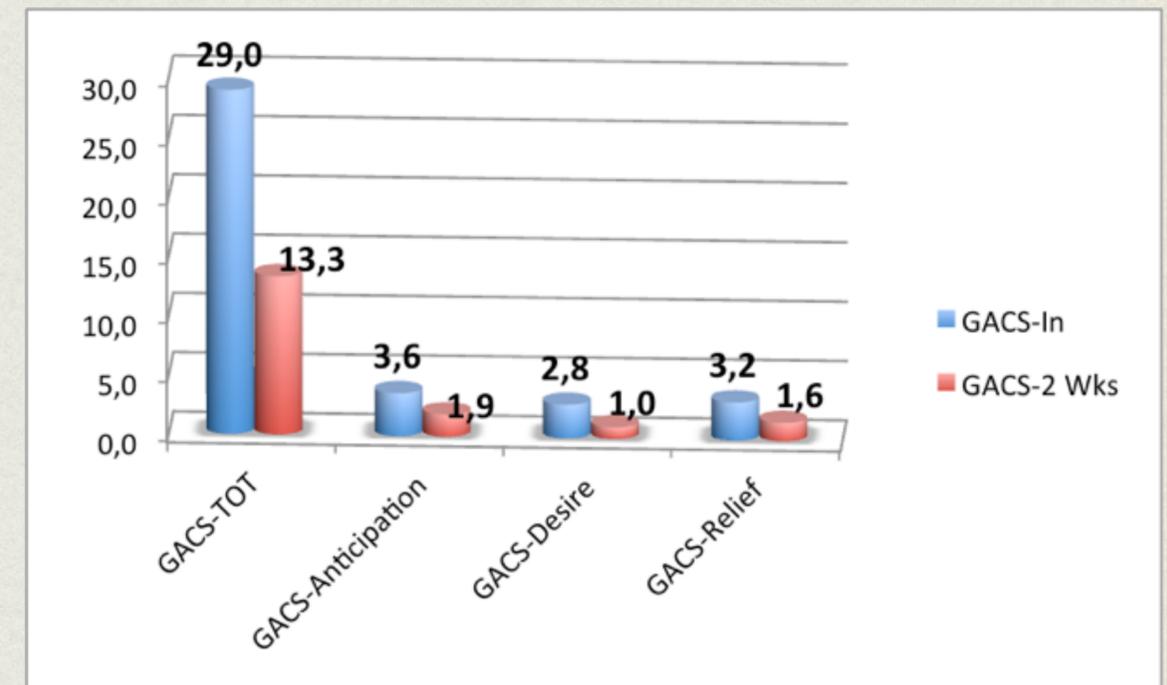
Intervento
psicologico (?)

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