

# Recovery, qualità della vita, ICF: la riabilitazione psicosociale nel trattamento dell'alcolismo

di Mauro Cibir, Luciano Pasqualotto, Cristiano Chiamulera,  
Giovanna Grillo e Paola Carozza

## Introduzione

Gli strumenti della medicina hanno sviluppato la capacità di tenere sotto controllo sintomi e sindromi che in passato avrebbero condotto a morte: oggi un gran numero di persone convive con le proprie malattie in un equilibrio più o meno stabile. Spesso queste condizioni "croniche" conducono a una diminuzione del funzionamento personale e sociale, alla perdita delle capacità di vita autonome, del senso di autoefficacia e spesso della speranza, in definitiva a un deterioramento della qualità della vita (QdV).

L'evoluzione verso gradi diversi di disagio personale e ambientale non è infrequente nel contesto dei disturbi da uso di alcol (DUA)/sostanze (DUS) e appare particolarmente marcata in presenza di una situazione psichiatrica comorbide (doppia diagnosi). Data questa situazione è sempre più importante e urgente adottare anche nella cura di queste condizioni un approccio che non veda salute e malattia come polarità contrapposte ma come elementi da tenere in equilibrio in modo soddisfacente per la persona.

Analogamente agli altri DUS nella cura dell'alcolismo è tradizionalmente prevalso l'atteggiamento secondo il quale una volta raggiunta l'astensione, considerata come endpoint ottimale del processo di cura, il recupero del funzionamento nella vita quotidiana fosse automatico o quasi: da qui la centratura degli sforzi sulla prevenzione della ricaduta e sulla riduzione dei fattori di ricaduta. La pratica clinica insegna che spesso le cose non vanno in questo modo: vi sono pazienti

---

*Il processo riabilitativo orientato al recovery si avvia con la fase di costruzione di una relazione di partnership con il paziente, a cui segue la valutazione condivisa di quanto egli sia "pronto" per la riabilitazione e, se non lo è, di come prepararlo.*

---

che raggiungono l'astensione ma hanno grosse difficoltà a recuperare livelli di funzionamento accettabili, come pure vi sono pazienti che non raggiungono mai un'astensione stabile. L'astensione è spesso il punto di partenza per rendersi conto delle numerose altre necessità fondamentali per una sufficiente QdV, quali l'affettività, la socialità, la soddisfazione lavorativa, la spiritualità, la pienezza di senso del proprio tempo. È per dare una risposta alle frequenti situazioni di questo tipo che è importante introdurre la riabilitazione psicosociale anche nei programmi di trattamento dei DUA.

La moderna riabilitazione psicosociale può fornire il paradigma teorico e gli strumenti operativi per costruire percorsi orientati al recovery anche nel campo dei DUA/DUS. Non si tratta della mera proposta di nuovi interventi ma di un modo diverso di pensare al paziente e al suo percorso: il cuore della questione non è tanto l'applicazione delle tecniche validate, pur numerose nella moderna riabilitazione, ma la trasformazione del proprio modo di pensare e di agire nello spirito del recovery.

Un intervento, per essere definito autenticamente riabilitativo, deve rispettare le seguenti condizioni (Cibir,

2020a):

- essere personalizzato, cioè tarato sulle attese e capacità dell'individuo
- essere condotto con modalità relazionali di tipo motivazionale centrate sull'empowerment
- sviluppare abilità spendibili nella vita reale
- essere programmato e valutato con strumenti obiettivi (es. ICF-Recovery)
- coinvolgere la famiglia e l'ambiente sociale.

Già queste caratteristiche danno un'indicazione delle discontinuità della moderna riabilitazione rispetto ad attività "riabilitative" presenti nei luoghi di cura, spesso scarsamente agganciate a questi principi.

Gli ambiti in cui più frequentemente si applica la riabilitazione psicosociale, e quindi quelli in cui abbiamo maggiori evidenze, sono *salute e comportamento di malattia, casa, occupazione e tempo libero, relazioni e rete sociale*. Parlando specificamente di DUS/DUA a questi vanno aggiunti *l'uso di alcol/sostanze* (prevenzione della ricaduta) e il tema del *benessere* (riabilitazione al piacere).

## Alcol, malattia, disabilità

I DUA sono associati a un notevole carico di malattia e disabilità (WHO, 2008). Il carico di malattia (*burden of disease*) è definito come impatto negativo di una malattia su una popolazione in termini di cattivo stato di salute, rischio di decesso, costo delle cure o altri indici accreditati. Il *disability-adjusted life year* o DALY (in italiano: attesa di vita corretta per disabilità) è una misura

della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura espressa come anni di vita aggiustati per la disabilità. Poiché i DUA sono spesso non fatali, per questi disturbi la componente disabilità dei DALY è più importante di quella della mortalità (Rehm et al., 2003).

Nel complesso, data l'elevata prevalenza di DUA e la loro importanza per la salute pubblica, specialmente nei paesi sviluppati è sorprendente che relativamente pochi studi abbiano esaminato la disabilità ad essi associata, e come i risultati di questi studi siano notevolmente eterogenei (Rehm et al., 2017; Samkhvalov et al., 2010).

La situazione descritta può essere dovuta a vari fattori, in particolare:

- i diversi studi considerano campioni non omogenei. Se si analizzano popolazioni in trattamento il carico di malattia e disabilità è molto maggiore rispetto a campioni di popolazione generale reclutati a fini epidemiologici

- l'alcol ha un impatto causale su numerose condizioni morbose sia fisiche che mentali

- l'osservazione delle malattie e disabilità alcol-correlate è frammentata tra professionisti/istituzioni diverse sulla base dell'organo/apparato/funzione colpito e questo provoca una notevole difficoltà rispetto alla raccolta dei dati

- solo una parte delle malattie e disabilità alcol-correlate è totalmente attribuibile all'alcol. In molte situazioni l'alcol è un cofattore in situazioni morbose che possono avere etiologia multipla (es. cirrosi epatica, depressione), con la conseguenza di differenze tra gli Autori nella valutazione del nesso di causalità

- lo stesso soggetto può presentare livelli assai diversi di disabilità a seconda del fatto che la valutazione venga fatta in situazione di intossicazione o di sobrietà
- la disabilità associata al DUA varia tra le culture in base alle diversità nei modelli di consumo e alla risposta sociale al consumo stesso (Room et al., 2001).

La valutazione del carico di malattia e di disabilità nei pazienti con DUS/DUA ci consentirebbe di impostare

correttamente l'attività dei servizi ad essi dedicati. Tuttavia, a fronte della diffusa percezione di una crescita del bisogno di interventi riabilitativi, non ci risulta che in letteratura questi aspetti siano stati sufficientemente valutati.

Uno dei pochi studi che hanno cercato di chiarire il bisogno di attività riabilitative nell'area delle dipendenze in Italia ha visto coinvolti tutti i pazienti dei Servizi per le Dipendenze (SerD) e delle Comunità Terapeutiche (CT) della Provincia di Venezia, attraverso la valutazione della presenza di gravi problematiche nelle aree dell'abitare, del lavoro, del supporto familiare: il 35% dei soggetti presentava almeno un criterio, il 7% due criteri, il 10% presentava grave problematicità in tutte e tre le aree; quest'ultimo dato saliva al 31,8% nei soggetti con doppia diagnosi (Manzoni et al., 2013).

Questi dati ci confermano come una quota rilevante di pazienti con DUS/DUA afferenti al sistema dei SerD abbisognino di interventi di riabilitazione e di supporto sociale.

### Riabilitazione e recovery

Già Bleuer, all'inizio del Novecento, aveva osservato come una rilevante quota di pazienti schizofrenici, anche con sintomi psicotici attivi, presentasse un buon adattamento sociale: nasceva il concetto di "guarigione sociale", cioè cominciava a farsi strada l'idea che ciò che conta è la vita delle persone, non una teorica normalità contrapposta alla patologia. Nel secondo dopoguerra il concetto di salute fu riformulato in termini di benessere, superando la mera assenza di malattia; compito dei sistemi sociali e sanitari non era solo curare la malattia ma anche eliminare i fattori di rischio, in una ricerca di benessere in cui il paziente era quasi completamente passivo "oggetto" dell'assistenza. La successiva crisi del welfare "costringe" a enfatizzare il ruolo attivo del cittadino nella tutela e nella riconquista della propria salute, e in particolare della salute mentale. È in questo contesto che si fanno strada concetti come resilienza, empowerment,

fronteggiamento, competenza, funzionamento, QdV e, alla base di tutto, il concetto di recovery (Farkas, 2007). L'applicazione di questi concetti alla pratica terapeutica e riabilitativa nell'ambito della salute mentale ha dato origine alla moderna riabilitazione psicosociale, detta anche riabilitazione centrata sul recovery.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la riabilitazione psicosociale un processo che deve fornire agli individui che abbiano un danno, una disabilità o un handicap dovuto a un disturbo mentale, tutte le opportunità per raggiungere il proprio livello ottimale di funzionamento (WHO, 2001).

Il termine recovery è stato in passato tradotto con recupero (come nel logo di Alcolisti Anonimi Italia) ma a nostro parere la traduzione più adeguata è "guarigione funzionale": il raggiungimento di una condizione di equilibrio con la malattia che consenta una vita soddisfacente dal punto di vista personale e relazionale. Tuttavia, anche una lettura di questo tipo è insoddisfacente: nel recovery è compreso infatti il concetto del "riappropriarsi", lo sviluppo di un processo che permetta una riappropriazione del senso del proprio esistere, una capacità di riavere una gestione positiva della propria vita attraverso lo sviluppo guidato verso la scoperta di proprie capacità e attitudini sopite o la faticosa acquisizione di nuove abilità sociali.

Il concetto di recovery va ben oltre quello di guarigione clinica, centrato sull'assenza di sintomi e/o sulla *restitutio ad integrum* anatomo-funzionale, e risulta essere più utile di quest'ultimo, specie ove si affrontino patologie di lunga durata. Per la definizione del recovery è centrale la valutazione del funzionamento e della QdV.

Il funzionamento è definito come la capacità di interagire con l'ambiente, integrandosi positivamente. L'efficacia dei processi riabilitativi è condizionata dalla partecipazione attiva del paziente: in quest'ottica diviene quindi centrale il concetto di empowerment (valorizzazione, conferimento di importanza, protagonismo) per garantire un

processo di crescita basato su autostima, autoefficacia, autodeterminazione. Per QdV si intende la *percezione* che ciascuna persona ha della propria posizione nel contesto dei sistemi culturali e di valori nei quali è inserita e in relazione alle proprie finalità, aspettative, standard e interessi. Gli ambiti principali che descrivono la QdV sono: stato di salute fisico e psichico, livello di indipendenza personale, relazioni sociali, rapporto con l'ambiente, credenze personali. La QdV è stata misurata con indicatori oggettivi, riguardanti le condizioni ambientali e sociali, ma oggi si preferiscono metodi soggettivi, centrati sulla personale esperienza delle condizioni di vita. Numerosi studi ci dicono che una volta garantita la sopravvivenza materiale (soglia di povertà) la QdV risulta legata prevalentemente a esperienze soggettive quali l'autorealizzazione, l'autostima, il piacere, l'armonia interna, l'amore, la libertà. Una pratica orientata al recovery identifica dunque un approccio di salute mentale che incorpori l'autodeterminazione e l'assistenza individualizzata come principi fondanti. Valori come speranza, autoefficacia, inclusione sociale, definizione degli obiettivi e autogestione del paziente diventano particolarmente rilevanti attraverso questo approccio, permeando gli standard di trattamento. Applicare il concetto di recovery significa allontanarsi da una comprensione superficiale della malattia mentale (termine in cui vanno inclusi a pieno titolo i DUS e i DUA) come patologia o assumere semplicisticamente che la cura sia solo un processo finalizzato alla stabilizzazione sintomatologica; in questo senso il recovery è un approccio olistico al benessere.

### Ambiente terapeutico e ambiente di vita

Secondo la visione riabilitativa la malattia e la disabilità sono risultati di fattori complessi, che comprendono le condizioni ambientali, sia fisiche che relazionali. Lo stesso sintomo sarà più o meno inabilitante a seconda dell'ambiente in cui si sviluppa: la difficoltà a deambulare sarà diversa se il terreno è liscio o accidentato, o se siamo

supportati o derisi dalla gente attorno; un sintomo psichico o l'uso di sostanze saranno assai diversi se affrontati in un ambiente accogliente e rassicurante rispetto ad uno stigmatizzante. Lo stesso effetto delle terapie può cambiare a seconda dell'ambiente in cui si realizza: l'efficacia di una terapia per l'alcolismo è assai minore in un ambiente in cui l'uso di alcol è diffuso e incentivato. L'intervento riabilitativo non riguarda dunque solo la malattia, le sue cause e i suoi sintomi, ma anche l'ambiente in cui si sviluppa. Tale ambiente può essere modificato per renderlo più funzionale al recovery: non a caso un aspetto fondamentale della riabilitazione in CT è l'ambiente fisico e relazionale in cui si svolge la quotidianità (Cibin, 2020b); si possono altresì fornire al paziente *ausili* utili ad affrontare meglio l'ambiente così com'è: la carrozzina per il disabile motorio, un gruppo di volontari che ti accolga come pari, un lavoro ove siano accettate risorse e limiti.

La riabilitazione centrata sul recovery non va molto d'accordo con artificiose diatribe di "competenza": che si tratti di una disturbo mentale "tradizionale" o di un DUA/DUS o della commistione dei due nei quadri compositi della "doppia diagnosi" gli interventi riabilitativi e i processi che essi inducono nell'individuo sono analoghi. Il recovery in quanto condizione dinamica e personale non è legato all'"etichetta" che abbiamo imposto al paziente, alla porta da cui è entrato, alla più o meno effettiva integrazione dei trattamenti; questi fattori non cambiano la sostanza della riabilitazione centrata sul recovery né le caratteristiche professionali di chi ad essa fa riferimento. Nel programmare e valutare gli interventi riabilitativi bisogna tenere conto delle caratteristiche del paziente, del suo quadro psicopatologico e comportamentale: ad esempio, se prevale un'alterazione della percezione della realtà o un'alterazione del tono dell'umore o ancora un comportamento di addiction. È necessario individualizzare i percorsi sulla base dell'intrecciarsi dei fattori psicopatologici e ambientali, e comunque tenendo sempre presente che ciò che facciamo deve essere spendibile nella vita "vera" del paziente. In un servizio o in una

comunità organizzata secondo i principi descritti tutto il personale, anche quello non direttamente dedicato alle attività riabilitative in senso stretto, deve essere orientato al recovery, sia nell'applicazione delle tecniche terapeutiche quali farmacoterapia e psicoterapia che nello spirito che anima il gruppo di lavoro. Una farmacoterapia recovery-oriented deve tenere presente gli obiettivi riabilitativi, cercando di ottenere un equilibrio tra la necessità di attenuare i sintomi e quella di conservare le capacità motivazionali e il funzionamento, cercando comunque la consapevolezza e la partecipazione attiva del paziente. Si tratta di una pratica non facile sia perché richiede al medico di reimpostare il proprio atteggiamento clinico, sia perché spesso si scontra con le richieste istituzionali (e purtroppo a volte anche dei familiari) di avere un paziente che non crei problemi; la crescente richiesta di una psichiatria che garantisca il controllo sociale e la continua minaccia di azioni legali sicuramente non giova alla pratica orientata al recovery. In un contesto riabilitativo è molto importante stimolare l'acquisizione da parte del paziente di un ruolo attivo anche rispetto alla farmacoterapia: fornire accurate informazioni sul farmaco che si intende utilizzare, motivare la scelta di quel farmaco a quel dosaggio, in quelle condizioni (ad esempio, la scelta di affidare la somministrazione a una persona di fiducia), stimolare il paziente ad osservarne gli effetti e a suggerire modificazioni, individuare situazioni in cui la farmacoterapia si è rivelata particolarmente utile (ad esempio, situazioni ad alto rischio superate grazie alla copertura farmacologica). In questo modo il paziente acquisirà sempre maggiore competenza nella gestione del farmaco, permettendone così un utilizzo più efficace e sempre più mirato sulle situazioni a rischio.

### Astinenza, ricaduta, recovery

Nella storia del trattamento dei DUA l'astensione dall'alcol è sempre stato il primo obiettivo e il presupposto

per il raggiungimento di successivi obiettivi di recovery. Tuttavia, da un lato nella pratica clinica quotidiana ci confrontiamo spesso con pazienti che non possono/non vogliono raggiungere tale obiettivo, dall'altro in letteratura sono frequentemente segnalate situazioni di benessere raggiunte da pazienti non astinenti. Nello Studio Combine (Anton et al., 2006) ad esempio la categoria *good clinical outcomes* viene definita con un set di indicatori comprendenti sia il consumo di alcol che parametri fisiologici, laboratoristici e di funzionamento e vengono inclusi sia pazienti che hanno raggiunto e mantengono l'astensione dall'alcol che soggetti che bevono moderatamente senza incorrere in problemi.

D'altro canto, nella pratica clinica non è infrequente il caso di soggetti astinenti da alcol e sostanze che non possono essere considerati in recovery, in quanto conservano rilevanti problemi nel funzionamento personale e sociale. In questo ambito può anche essere utile ricordare la distinzione di Alcolisti Anonimi tra astensione (astenersi volontariamente, spesso con sforzo se non addirittura con sofferenza dall'alcol) e sobrietà (atteggiamento di distacco dalle sostanze): la sobrietà è di più dell'astensione in quanto comporta il raggiungimento della serenità rispetto all'alcol, un atteggiamento di distacco verso tutto ciò che può alterare lo stato mentale, e, nelle forme più evolute, la consapevolezza che il non uso di sostanze non è un di meno, ma un di più, un arricchimento personale. Il tema è difficile e si presta a fraintendimenti. Ricordiamo come le conoscenze neurobiologiche sulle addiction ci mettono in guardia da facili entusiasmi rispetto alla possibilità di ritorno al bere sociale degli alcolisti (Chiamulera & Cibi, 2014).

È ampiamente accettato che l'alcolismo non sia semplicemente un problema di comportamento legato all'assunzione di alcol: la dipendenza è un disturbo ricorrente con ricadute causate da fattori farmacologici e ambientali che possono innescare il desiderio di alcol e portare alla perdita di controllo (Monti et al., 2000).

Un importante determinante farmacologico della ricaduta è la riesposizione all'etanolo ("effetto primo bicchiere"), che agisce come innesco per episodi di desiderio compulsivo e perdita di controllo. Il fenomeno è ampiamente noto e suoi determinanti e fattori di rischio, processi e meccanismi cerebrali sono stati studiati utilizzando modelli sperimentali (Martin-Fardon & Weiss, 2013); esso è il risultato del neuroadattamento nelle aree limbiche del cervello, che si manifesta come una forte reattività anche a basse quantità di alcol (deWit, 2000).

Fattori non farmacologici, che includono varianti ambientali (es. stimoli contestuali e condizionati) e personali (es. stimoli sensoriali olfattivi e gustativi, neurovegetativi), possono innescare una ricaduta nel bere in modo simile ai fattori farmacologici. I pazienti alcolisti che continuano ad assumere alcol, se pur in quantità ridotte, sono comunque esposti ai processi descritti, e quindi a rischio di tornare alla situazione di perdita di controllo rispetto al bere. L'evidenza accumulata negli ultimi 10-15 anni sulla memoria di droghe e alcol non fornisce alcuna prova che la riduzione del consumo possa cancellare i ricordi emotivi e appetitivi consolidati durante la dipendenza. La "reversibilità" del comportamento alcolico da compulsivo a controllato, e quindi la reversibilità del sottostante neuroadattamento cerebrale, è una sfida per la ricerca e la clinica, ma attualmente lungi dall'essere un'opportunità terapeutica disponibile. Van Amsterdam e van der Brink (2013) suggeriscono la possibilità di considerare il ritorno al bere sociale come un'opportunità da proporre a giovani bevitori con breve storia di abuso alcolico e in assenza di vulnerabilità genetica. Tale ipotesi è interessante ma richiede dati clinici e supporto prima di poter essere applicata nella pratica clinica quotidiana. Diverso è il caso della riduzione del consumo di alcol ottenuto tramite l'assunzione di antagonisti oppioidi quali il naltrexone o il nalmefene. In questo caso la *reduction* va vista come un'utile strategia per agganciare un paziente non motivato all'astensione o

come riduzione del danno per pazienti che non riescono a raggiungere una stabile astensione; non vi sono invece evidenze che supportino la "riduzione farmacologicamente assistita" come tappa verso il ritorno al bere controllato. Considerando infatti che la dipendenza da droghe e alcol è un complesso di ricordi emotivi e appetitivi personali di fattori contestuali e condizionati e considerata la possibilità che il bere moderato agisca come trigger della ricaduta, vi è il serio rischio che la riduzione del consumo non raggiunga l'obiettivo di una stabilizzazione nell'assunzione di alcol e nei comportamenti correlati.

Fermo restando dunque che l'astensione (o meglio la sobrietà) è l'obiettivo del trattamento dell'alcolismo, resta il problema di che fare con quei pazienti che non riescono a raggiungere tale condizione. Anche in questo caso risulta utile il concetto di recovery: in una logica riabilitativa l'obiettivo non è la scomparsa del sintomo, ma il raggiungimento di un soddisfacente equilibrio di vita. Nel caso del paziente che non raggiunge l'astensione, il compito dei curanti non è dunque continuare a perseguire l'astensione a tutti i costi, come spesso avviene magari "costringendo" il paziente a lunghi periodi di degenza o esponendolo ai rischi dell'uso di disulfiram in situazioni di ricaduta, ma intervenire comunque su altri fattori di benessere e QdV, oltre che sui determinanti sociali e ambientali dell'alcolismo. Sono comunque da escludere atteggiamenti punitivi, quali l'esclusione dal trattamento, spesso legati più alla frustrazione del terapeuta che all'interesse del paziente.

### La prevenzione della ricaduta

Il mantenimento nel tempo dell'astensione dalle sostanze psicoattive richiede una serie di interventi sia di tipo farmacologico che psicologico tendenti ad aumentare la capacità del paziente di fronteggiare la ricaduta (prevenzione della ricaduta - RP, *relapse prevention*). L'intervento di RP consiste nell'aiutare il paziente a individuare i propri processi

di ricaduta, in particolare le situazioni ad alto rischio, e ad elaborare strategie di fronteggiamento. In un contesto di questo tipo, la ricaduta va considerata un elemento quasi inevitabile del processo, che va recuperata ed esaminata per “imparare dall’errore”. Va, dunque, evitato qualunque atteggiamento sanzionatorio della ricaduta stessa, quale per esempio l’allontanamento del paziente dal trattamento.

Un aspetto fondamentale della RP è la gestione del craving, basata sull’accoppiamento di strumenti farmacologici e psicologici. Per craving o appetizione patologica, si intende il desiderio irrefrenabile di assumere una sostanza, desiderio che, se non soddisfatto, provoca sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iperattività. Il craving può comparire dopo anni di astensione e viene tipicamente scatenato dalla prima assunzione della sostanza o, comunque, da situazioni associate all’uso. La valutazione del craving si può effettuare tramite strumenti che affinano e standardizzano l’impressione clinica. Il più semplice è la Scala Analogica Visuale (VAS, *Visual Analogue Scale*), che è, semplicemente, una linea dove si chiede al paziente di segnare a che livello si trova il suo craving; questa procedura può essere ripetuta nel tempo e dare un’idea dell’evoluzione della situazione. Un altro strumento molto utile è il diario del craving, in cui si chiede al paziente di segnare il livello di craving nel corso della giornata, accanto alle circostanze in cui nasce e si esaurisce e le strategie applicate per gestirlo.

Alcuni studi hanno evidenziato l’efficacia della meditazione (mindfulness) nella RP (Bowen et al., 2013), al punto che oggi la forma maggiormente accreditata di RP è la MBRP (*mindfulness based relapse prevention* - prevenzione della ricaduta basata sulla mindfulness) protocollo di intervento che combina il programma cognitivo-comportamentale di RP messo a punto da Marlatt nel 1985 con la pratica della mindfulness. Per una messa a punto della MBRP si veda il lavoro “Alcol,

## T1 Come affrontare il craving

### Descrivere il craving

- come si manifesta
- quando viene (quali situazioni)
  - quanto dura
  - a quali condizioni è associato

### Identificare cause scatenanti

#### Affrontare il craving

- distrarsi
- parlare del desiderio
- accettare il desiderio
- concentrarsi sul corpo
- mindfulness

*sostanze, comportamenti: l’impulsività come dimensione psicopatologica comune dell’addiction*” in questo stesso volume. Inserire la RP nei programmi riabilitativi significa applicarne i protocolli secondo i già enunciati principi della riabilitazione orientata al recovery, cioè in maniera personalizzata e tarata sulle attese e le capacità individuali (e già qui ci vengono in mente i tanti percorsi troppo rigidamente strutturati), condotti con modalità relazionali di tipo motivazionale (quindi non dando risposte precostituite e valide per tutti), fornire abilità spendibili nella vita reale (quindi in condizioni in cui la possibilità di ricaduta è concreta), programmare e valutare con strumenti obiettivi, coinvolgere la famiglia e l’ambiente sociale (molto diverso dalla solitudine dell’alcolista che deve “imparare” a vivere da sobrio in un ambiente non sobrio). Ancora una volta non si tratta di acquisire nuove tecniche o strumenti, ma di applicare quelle già note nello spirito del recovery: sembra poco, ma non è così poco.

### La riabilitazione al piacere

La lesione della capacità di sperimentare gratificazione nel proprio contesto di vita (anedonia) viene riscontrata in moltissime condizioni mediche e psichiatriche, dalle malattie neurodegenerative a svariati disturbi mentali come ad esempio i disturbi dell’umore, i disturbi psicotici, i DUS e i comportamenti di addiction quali il gioco d’azzardo patologico, alcuni disturbi della personalità, i disturbi da stress posttraumatico (PTSD).

La capacità di percepire il piacere è

fondamentale nei processi decisionali. In condizioni fisiologiche ciò che genera piacere provoca un’attivazione dei sistemi cerebrali preposti alla genesi delle emozioni (sistema mesolimbico: area ventrale tegmentale, nucleo accumbens, amigdala), i quali dialogano con i sistemi motori, dando il segnale “questa cosa è buona, cercala, consumala” e con la corteccia prefrontale che “valuta” l’informazione sensoriale e i suoi correlati, stabilendo il rapporto tra costo e benefici dell’azione necessaria per ottenere il piacere come pure l’opportunità sociale o morale di questa azione. Allo stesso tempo, le regioni corticali cercano di individuare i percorsi più “economici” per ottenere la ricompensa rispetto all’impiego di energia fisica e psicologica. I processi descritti avvengono attraverso il “confronto” tra i dati sensoriali attuali e le esperienze immagazzinate nella memoria. Questi processi ci consentono di non prendere decisioni dettate dall’impulso, dalla spinta appetitiva, ma mediate dalla esperienza. Da un punto di vista neurobiologico possiamo distinguere due tipi di piacere, il piacere appetitivo, dopaminergico e il piacere consumatorio, endorfinico, corrispondenti alle due fasi dell’acquisizione di un obiettivo correlato alla ricompensa, la ricerca e la fruizione. La fase appetitiva (o preparatoria) ha lo scopo di ridurre le distanze e portare in contatto la persona con gli stimoli incentivanti. Il piacere consumatorio è invece quello provato nell’effettiva soddisfazione del desiderio e rappresenta l’esperienza edonica vera e propria: la tensione si placa e l’azione si esaurisce. La comparazione del piacere anticipatorio con quello consumatorio, cioè con la

gratificazione effettivamente vissuta, è un elemento centrale nell'apprendimento perché permette la misurazione del valore effettivo di ciò che genera piacere. È interessante notare come le relazioni interpersonali siano un importante fattore di gratificazione e come questo aspetto, particolarmente importante nell'uomo, abbia una fondamentale funzione evolutiva. Analogo è il caso del piacere correlato alla speculazione astratta e alla cultura, appannaggio unicamente della specie umana: le attività intellettuali, artistiche, musicali, etiche e il pensiero trascendente danno un piacere del tutto paragonabile a quello corporeo, e che trova le stesse basi neurobiologiche (Harris et al., 2009; Vuust & Kringsbach, 2010).

Tutto questo discorso per dire che le comuni gratificazioni della vita non sono semplicemente un "piacevole" intermezzo ma svolgono una funzione importantissima la cui lesione comporta gravi alterazioni della motivazione e del *decision making*.

A partire da Aristotele fino alla psicologia positiva si sono distinti due ingredienti del benessere: l'edonia e l'eudaimonia. Mentre vi è accordo sul fatto che edonia corrisponda alla fruizione del piacere, il concetto di eudaimonia è più complesso: esso corrisponde agli aspetti emotivi e cognitivi di una vita "ben vissuta", piena di significato. La felicità eudaimonica è legata alla "fioritura umana", all'autorealizzazione virtuosa, in linea con gli obiettivi vitali e con le concezioni etiche dell'individuo e della società. Mentre la base neurale del piacere edonico è sostanzialmente quella già descritta, il piacere eudaimonico coinvolge funzioni cerebrali complesse e solo in parte chiarite che sarebbero basate sulla interazione tra i già descritti sistemi del reward e il *default mode network* (DMN, connettività funzionale intrinseca). Si tratta di una rete neurale distribuita in diverse regioni corticali e sottocorticali, che viene generalmente attivata durante le ore di riposo e di attività "passive", mentre si disattiva quando al cervello è richiesto di svolgere compiti che richiedono un'attenzione focalizzata. Le strutture

corticali e sottocorticali che fanno parte di questa rete possono in parte variare da individuo a individuo, ma in generale sono riconducibili ad alcune aree principali: ippocampo, giro para-ippocampale, corteccia prefrontale mediale, regioni temporali laterali e temporo-parietali, corteccie posteriori mediali (corteccia cingolata posteriore e precuneo) (Greicius et al., 2009). Un'attività DMN anormale è stata associata a vari disturbi mentali tra i quali schizofrenia e depressione; la pratica della mindfulness è in grado di modulare l'attività del DMN (Brewer et al., 2011). Edonia ed eudaimonia sembrano essere coinvolte in maniera stretta e non così facilmente distinguibile nella percezione di benessere. Gli individui che si autodichiarano felici presentano punteggi elevati sia di edonia che di eudaimonia, almeno nelle zone medio alte delle scale, mentre questa correlazione non si riscontra più per punteggi edonici molto alti: un eccesso di piacere edonico sembra contrastare col raggiungimento della soddisfazione eudaimonica (McMahan & Estes, 2011; Oishi et al., 2007). Entrambe le componenti risultano deficitarie nelle situazioni di anedonia legata a disturbi mentali o all'uso di sostanze; la perdita del piacere eudaimonico si colloca all'interno della generale perdita del senso della vita e delle relazioni che caratterizza questi disturbi.

La genesi dell'anedonia nei DUS è ben conosciuta: tutte le sostanze psicoattive, pur tra loro molto diverse per altri aspetti, hanno in comune la capacità di stimolare in maniera molto forte il sistema del reward generando un piacere "artificiale" che viene memorizzato insieme al contesto emotivo, corporeo e ambientale in cui avviene l'uso; il ritorno a quel contesto attiva il comportamento di ricerca della gratificazione. Nel contempo le sostanze psicoattive sono in grado di deprimere la funzionalità dei sistemi corticali della programmazione e del controllo. La risultante di queste azioni è il progressivo spostamento del comportamento verso l'impulsività, la risposta diretta agli stimoli, mentre la capacità di valutare le conseguenze delle azioni e di prendere decisioni ponderate

declina. È ciò che accade guidando dopo aver bevuto anche piccole quantità di alcol: si tende ad andare più forte, sottovalutando il rischio di sanzioni o di incidenti. Se l'assunzione di sostanze psicoattive si ripete, un po' alla volta il cervello si adatta alla nuova situazione per fenomeni neuroplastici e lo spostamento verso il registro dell'impulsività diviene stabile: vi è un cambiamento di aspetti di personalità che impronta tutta la vita della persona con addiction, anche al di fuori dei periodi di intossicazione, fino ad arrivare a gravi deficit dei processi di *decision making*. In questa situazione le sostanze e i comportamenti di addiction si sostituiscono alle gratificazioni fisiologiche, ai piaceri che danno senso alla nostra vita quotidiana, e che sono legati ad aspetti importanti della vita, quali nutrizione, sessualità, cura del corpo, relazioni affettive.

In molti casi il recupero della capacità di provare piacere è intrinseco al processo di recovery, e va di pari passo con l'attenuazione dei sintomi e la ripresa del funzionamento nella quotidianità. In altri casi è invece necessario prevedere all'interno del programma di cura interventi di "riabilitazione al piacere" che riattivino questa fondamentale funzione. Gli interventi centrati sul benessere possono essere direttamente parte del programma terapeutico (es. gruppo di yoga all'interno di un servizio), come pure essere reperiti sul territorio. È tuttavia molto importante che siano oggetto di verbalizzazione e di mentalizzazione all'interno del percorso terapeutico, come elemento importante della psicoterapia o del counselling. In altre parole dobbiamo aver chiaro che motivare, costruire un piano concreto di interventi per il benessere, monitorare questi interventi, aiutare a mentalizzare l'accaduto, inserirlo nel contesto del recovery personale e sociale, monitorare i risultati sono compiti terapeutici importanti, fortemente correlati al buon esito del percorso.

Le aree di intervento centrate sul benessere che hanno un sufficiente livello di validazione scientifica e che quindi possono avere un ruolo nella riabilitazione al benessere sono le seguenti (Chiamulera

& Cibin, 2020):

- nutrizione e integrazione alimentare
- attività fisica
- mindfulness
- yoga e altre pratiche contemplative basate sul movimento
- arte, musica.

Si tratta di proposte assai eterogenee, per ognuna delle quali è necessaria una trattazione specifica: tuttavia l'uso integrato e personalizzato di questi strumenti può costituire la base di ottimi percorsi.

### La valutazione nell'intervento riabilitativo: ICF-Recovery

Il processo riabilitativo orientato al recovery si avvia con la fase di costruzione di una relazione di partnership con il paziente, a cui segue la valutazione condivisa di quanto egli sia "pronto" per la riabilitazione e, se non lo è, di come prepararlo. Successivamente, l'operatore lo affianca nella definizione dell'obiettivo personale e nell'individuazione delle abilità e dei supporti già presenti o ancora da acquisire, nonché dei punti di forza e deficit, sempre in relazione all'obiettivo scelto (*fase di assessment riabilitativo*). Contrariamente alla diagnosi psichiatrica tradizionale, che descrive la sintomatologia, l'assessment riabilitativo descrive il comportamento, quanto una persona sia disponibile a procedere in modo consapevole e autodeterminato e quali abilità e supporti siano necessari per ottenere successo e soddisfazione negli ambienti abitativi, scolastici, sociali e lavorativi scelti (Carozza, 2020).

Le informazioni contenute nell'assessment servono a sviluppare un piano di trattamento riabilitativo (*fase di pianificazione*), il quale differisce dalla maggior parte dei piani di trattamento, prevalentemente focalizzati sulla riduzione dei sintomi, in quanto identifica obiettivi di sviluppo di abilità e di risorse di alta priorità e interventi specifici per ogni obiettivo.

Il piano di trattamento riabilitativo viene implementato nella *fase di intervento*, al fine di raggiungere l'obiettivo personale sia attraverso un cambiamento dell'ambiente

della persona, sia mediante l'offerta di specifici trattamenti psicosociali e per sviluppare le abilità necessarie.

Per un corretto approccio riabilitativo è dunque necessario avere la possibilità di misurare il peso dei diversi fattori, personali e ambientali, e del loro cambiamento a seguito dell'intervento terapeutico/riabilitativo.

A questo scopo possono essere utilizzati gli strumenti ICF-Recovery (Pasqualotto, 2020), recente evoluzione di quelli sviluppati per le dipendenze e validati presso i SerD di Dolo e Mirano (Pasqualotto, 2016). La diffusione degli strumenti di ICF-Dipendenze nella pratica dei SerD è andata di pari passo con l'acquisizione di approcci riabilitativi nelle CT; ICF-Dipendenze è risultato essere anche un utilissimo strumento di comunicazione tra CT e servizi inviati.

Occorre sapere che la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è stata prodotta dall'OMS (WHO, 2001) con finalità di tipo descrittivo, ma la stessa OMS ne ha incoraggiato l'utilizzo anche in funzione valutativa. In particolare, risulta utile per l'elaborazione di profili biopsicosociali di funzionamento in grado di descrivere la complessa relazione tra le condizioni di salute di un individuo, le attività della vita quotidiana e la partecipazione sociale, i fattori personali e il contesto in cui egli vive. ICF-Recovery è un set organico di strumenti finalizzati alla definizione di percorsi riabilitativi e alla loro valutazione secondo un approccio basato sulle evidenze, dove il focus non è tanto la malattia ma la persona, riconosciuta come titolare per proprio percorso di cura e riabilitazione.

ICF-Recovery può essere applicato a giovani e adulti con dipendenza da sostanze, comportamenti addittivi e disturbi mentali. La valutazione risulta efficace anche su soggetti con lievi disabilità intellettive, doppia diagnosi e, più in generale, su adulti in condizione di marginalità sociale o svantaggio socio-culturale.

Gli strumenti sono disponibili gratuitamente sul sito [www.icf-recovery.it](http://www.icf-recovery.it). Si tratta di:

- un Questionario di osservazione per gli operatori

- un Questionario per l'autovalutazione da parte della persona

- un Questionario per la valutazione da parte dei familiari

- una Piattaforma web che genera una valutazione definita *profilo di funzionamento* (PDF), un'elaborazione utile alla definizione di un *progetto terapeutico-riabilitativo*, una *comparazione dei dati a distanza di tempo*, anche tra servizi diversi, con il coinvolgimento attivo del paziente.

Un importante valore aggiunto dell'assessment con ICF-Recovery è rappresentato dalla considerazione del contesto di vita come determinante del funzionamento individuale. È fondamentale, quindi, operare una approfondita analisi dei *fattori ambientali* (FA) e *personali* (FP) implicati nelle diverse attività quotidiane per comprendere le difficoltà che una persona sperimenta.

Una volta raccolte le informazioni richieste è possibile generare il PDF tramite una piattaforma gratuita ([www.icfapplicazioni.it](http://www.icfapplicazioni.it)), finanziata dall'Università di Verona attraverso uno specifico progetto di ricerca, nella quale, dopo la creazione di un account personale, è possibile inserire i dati dei diversi questionari. Sono sufficienti i dati di un singolo questionario (operatore, paziente, familiari) per la produzione automatica del PDF.

La piattaforma ICF-Applicazioni è programmata per consentire di confrontare questionari che riguardano la stessa persona realizzati a distanza di tempo. La funzione è disponibile in automatico, permette di scegliere quali questionari comparare e genera un PDF che offre un'immediata visualizzazione di ciò che si è modificato tra il T<sup>0</sup> e il T<sup>1</sup>. È una funzione molto utile per monitorare gli interventi e dare evidenza degli esiti dei percorsi terapeutico-riabilitativi nelle diverse dimensioni della vita quotidiana.

Se vengono inseriti più questionari sulla stessa persona nello stesso arco di tempo, la piattaforma consente di generare un profilo che integra e compara le diverse valutazioni (es. degli operatori e del paziente, di due operatori diversi), calcolando in automatico l'indice di accordo.

Nel PDF sono riportate a sintesi le *valutazioni di performance* (PF, che

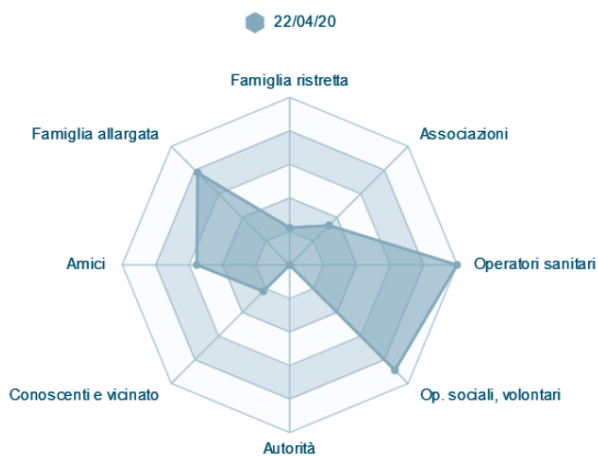
## F1 Selezione del Pdf: Attività e Partecipazione

### Attività e Partecipazione

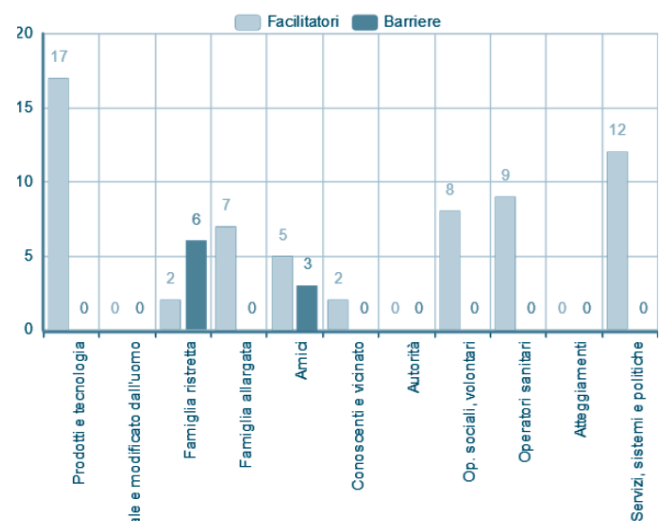
Sintesi delle aree di vita	Perf	Cap	Analisi delle aree di vita													
Apprendimento e applicazione delle conoscenze	D1		d160	d166	d170	d175	d177									
			3	2	1	0	1	0	3	2	3	2				
Compiti e richieste generali	D2		d220	d230	d2400	d2401	d2402									
			0	0	3	3	2	1	3	3	3	3				
Comunicazione	D3		d350	d355	d360											
			0	0	0	0	0	0								
Mobilità	D4		d450	d455	d4602	d470	d475									
			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
Cura della propria persona	D5		d510	d540	d5701	d5702										
			2	0	2	1	3	2	3	2						
Vita domestica	D6		d610	d620	d630	d640										
			0	0	2	0	2	0	1	0						
Interazioni e relazioni interpersonali	D7		d7202	d730	d740	d750	d760	d770								
			3	2	0	0	1	0	1	0	2	1	2	0		
Aree di vita fondamentali	D8		d810	d820	d840	d8450	d8451	d865	d870							
			0	0	9	9	0	0	1	0	2	0	2	2	3	3
Vita sociale, civile e di comunità	D9		d920	d998												
			1	0	3	2										

## F2 Sezione del Pdf: Fattori Contestuali

### Rete di supporto



### Fattori ambientali (numerosità rilevata)



riguardano ciò che il soggetto riesce a fare) e *capacità* (CAP, che riguardano ciò che il soggetto potrebbe fare in autonomia) per ciascuno dei nove domini ICF di Attività e Partecipazione, oltre ad una rappresentazione analitica e colorata di tutti gli item del questionario elaborato (Figura 1).

Il Pdf restituisce anche un'elaborazione dei fattori contestuali attraverso i due grafici della Rete di Supporto e dei Fattori

Ambientali (Figura 2).

La piattaforma ICF-Applicazioni dispone di un'ulteriore funzione, denominata "Progetto", che facilita la traduzione degli elementi raccolti con il questionario in obiettivi di recovery. Per orientare questa operazione, l'elaborazione dei dati restituisce una rappresentazione grafica della condizione del soggetto nelle cinque dimensioni principali della vita adulta (autodeterminazione, vita indipendente,

cittadinanza attiva, relazioni e vita affettiva, lavoro/occupazione) (Cazzin & Perrelli, 2020). Per promuovere il recovery occorrerà definire obiettivi e interventi sulle dimensioni meno sviluppate.

### Conclusioni

La riabilitazione psicosociale negli ultimi quindici anni ha subito una



vera rivoluzione, divenendo oggi una disciplina basata sull'evidenza, anche a seguito della pubblicazione nel 2001 della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) e in seguito allo sviluppo di strumenti di valutazione e programmazione basati sull'ICF (Pasqualotto et al., 2020). Anche nel trattamento dei DUA si assiste a una crescita della richiesta riabilitativa, legata sia alle caratteristiche intrinseche della malattia alcolica, sia alla comorbilità psichiatrica, sia all'invecchiamento della popolazione in trattamento.

È importante che anche in quest'ambito si comprenda appieno la portata innovativa dei concetti che sono al centro del pensiero riabilitativo moderno e in particolare del concetto di recovery: aspetti che rendono gli approcci riabilitativi anche concettualmente diversi e in parte rivoluzionari rispetto ai "tradizionali" approcci clinici.

L'introduzione del pensiero riabilitativo nei programmi di trattamento dei DUA non significa tanto l'introduzione di nuove tecniche, ma la rivisitazione di ciò che c'è secondo lo spirito del recovery.

## Bibliografia

ANTON RF, O'MALLEY SS, CIRAULO DA, ET AL Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial *JAMA*. 295: 2003-2017, 2006

BOWEN S, CHAWLA N, MARLATT GA. *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013

BREWER JA, WORHUNSKY PD, JEREMY R GRAY JR, ET AL. Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *PNAS*. 108: 20254-20259, 2011

CAROZZA P. Evoluzione delle cure e della riabilitazione psichiatrica nella salute mentale. In PASQUALOTTO L, CAROZZA P, CIBIN M (Eds): *ICF, salute mentale e dipendenze*. Carocci, Roma, 2020

CAZZIN A, PERRELLI E. L'empowerment degli utenti dei servizi e il progetto riabilitativo. In PASQUALOTTO L, CAROZZA P, CIBIN M (Eds): *ICF, salute mentale e dipendenze*. Carocci, Roma, 2020

CHIAMULERA C, CIBIN M. Drinking reduction and reversibility of neuroadaptation in alcoholism. *J Psychopharmacol*. 28: 810-812, 2014

CHIAMULERA C, CIBIN M. *Aftercare & post-prevention nelle addiction. Verso il benessere*. Publiedit, Roma-Cuneo, 2020

CIBIN M. Oltre la diagnosi, quale riabilitazione? La recovery come obiettivo di benessere. In PASQUALOTTO L, CAROZZA P, CIBIN M (Eds): *ICF, salute mentale e dipendenze*. Carocci, Roma, 2020a

CIBIN M. Ricerca ed innovazione in comunità

terapeutica: una sfida per il futuro. *Medicina delle Dipendenze – Italian Journal of the Addictions*. 10: 11-18, 2020b

DE WIT H. Laboratory-based assessment of alcohol craving in social drinkers. *Addiction*. 95 Suppl 2: S165-169, 2000

FARKAS M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*. 6: 68-74, 2007

GREICIUS MD, SUPEKAR K, MENON V, ET AL. Resting-state functional connectivity reflects structural connectivity in the default mode network. *Cereb Cortex*. 19: 72-78, 2009

HARRIS S, KAPLAN JT, CUIEL A ET AL. The neural correlates of religious and nonreligious belief. *Plos One*. 4: e0007272, 2009

MANZONI A ET AL. Rilevazione preliminare sulla prevalenza di cronicità tra i pazienti dei SerD della Provincia di Venezia. In SACCON D, BANON D, BOATTO E (Eds): *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze*. CLEUP, Padova, 2013

MARTIN-FARDON R, WEISS F. Modeling relapse in animals. *Curr Top Behav Neurosci* 13: 403-432, 2013

MCMAHAN EA, ESTES D. Hedonic versus eudaimonic conceptions of well-being: evidence of differential associations with self-reported well-being. *Soc Indic Res*. 103: 93-108, 2011

MONTI PM, ROHSENOW DJ, HUTCHISON KE. Toward bridging the gap between biological, psychobiological and psychosocial models of alcohol craving. *Addiction*. 95 Suppl 2: S229-236, 2000

OISHI S, DIENER E, LUCAS RE. The optimum level of well-being: can people be too happy? *Perspect Psychol Sci*. 2: 346-360, 2007

PASQUALOTTO L. *ICF-Dipendenze. Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*. Erickson, Trento, 2016

PASQUALOTTO L. Il set di strumenti ICF-Recovery. In PASQUALOTTO L, CAROZZA P, CIBIN M (Eds): *ICF, salute mentale e dipendenze*. Carocci, Roma, 2020

PASQUALOTTO L, CAROZZA P, CIBIN M (Eds). *ICF, salute mentale e dipendenze*. Carocci, Roma, 2020

REHM J, ROOM R, MONTEIRO M, ET AL. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *Eur Addict Res*. 9: 157-164, 2003

REHM J, GMEL G, HASAN OSM, ET AL. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease - an update. *Addiction*. 112: 968-1001, 2017

ROOM R, REHM J, TROTTER RI, ET AL. Cross cultural views on stigma, valuation parity and societal values towards disability. In ÜSTÜN TB (Ed): *Disability and culture. Universalism and diversity*. Hogrefe & Huber, Seattle, 2001

SAMOKHVALOV AV, POPOVA S, ROOM R, ET AL. Disability associated with alcohol abuse and dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 34: 1871-1878, 2010

VAN AMSTERDAM J, VAN DEN BRINK W. Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence. *J Psychopharmacol*. 27: 987-997, 2013

VUUST P, KRINGELBACH ML. The pleasure of music. In KRINGELBACH ML, BERRIDGE KC (Eds): *Pleasures of the brain*. Oxford University Press, 2010

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *International classification of functioning, disability and health*. WHO, Geneva, 2001

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *The global burden of disease: 2004 update*. WHO, Geneva, 2008

**Mauro Cibirin<sup>1</sup>**  
**Luciano Pasqualotto<sup>2</sup>**  
**Cristiano Chiamulera<sup>3</sup>**  
**Giovanna Grillo<sup>4</sup>**  
**Paola Carozza<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Centro Soranzo, Venezia  
<sup>2</sup>Dipartimento di Scienze Umane  
Università di Verona  
<sup>3</sup>Cattedra di Farmacologia  
Dipartimento Diagnostica  
e Salute Pubblica  
Università di Verona  
<sup>4</sup>CT Casa Emmaus, Iglesias  
Coges Don Milani, Venezia  
<sup>5</sup>Dipartimento Assistenziale  
Integrato Salute Mentale  
e Dipendenze Patologiche, Ferrara  
Board Internazionale  
della World Association  
for Psychosocial Rehabilitation