

Nuova

Alcolologia

RIVISTA QUADRIMESTRALE

Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute

Pubblicata con il patrocinio della Società Italiana di Alcolologia e di Eurocare Italia

Alcolologia

Editor Associazione Solidarietà Arcobaleno - Istituto Andrea Devoto ODV

Editor-in-chief: Valentino Patussi

Deputy editor-in-chief: Donatello Cirone

Assistant Editors

Fabio Caputo, Emanuele Scafato, Gianni Testino

Advisory Board

Martina Cianti (Centro Alcológico Regione Toscana)

Chiara Cresci (SOD Alcológica AOU Careggi)

Franco Marcomini (Eurocare Italia)

Andrea Quartini (SOD Alcológica AOU Careggi)

Raffaella Rossin (Referente SIA)

Fabio Voller (ARS Toscana)

Tobacco Section Chief

Mateo Ameglio, Giuseppe Gorini

Gambling Section Chief

Adriana Iozzi, Aniello Baselice

Nutrition Section Chief

Andrea Ghiselli, Francesco Sofi

English Section Chief

Fabio Caputo

Traslation inglese/italiano

Marcus Perryman

Editorial Office

Martina Cianti

Past Editor

Giovanni Gasbarrini, Remo Naccarato, Mario Salvagnini, Giuseppe Francesco Stefanini, Calogero Surrenti

International editorial board

Henry-Jean Aubin, Jonathan Chick, Michel Craplet, Philippe DeWitte, James C. Garbut, Antoni Gual, Paul Haber, Susumo Higuchi, Evgeny Krupitsky, Lorenzo Leggio, George Kenna, Otto Michael Lesch, Jannis Mouzas, Jurge Rehm, Katrin Skala, Rainer Spanagel, Robert Swift, Nicolas Tzavaras, Henriette Walter, Marcin Wojnar, Tomas Zima

National editor board

PierLuigi Allosio, Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Maria Francesca Amendola, Patrizia Balbinot, Claudio Annovi, Giovanni Aquilino, Mauro Bernardi, Mauro Cibir, Roberto Ciccocioppo, Paolo Cimarosti, Giancarlo Colombo, Giuseppe Corlito, Giovanni Corrao, Elia Del Borrello, Cristina Di Gennaro, Marco Domenicali, Angelo Fioritti, Diego Fornasari, Lucia Golfieri, Giovanni Greco, Simona Guerzoni, Luigi Janiri, Ina Hinnenthal, Ilaria Londi, Mario Maggi, Filomena Maggino, Patrizia Malaspina, Guido Mannaioni, Franco Marcomini, Fabio Marra, Giovanni Martinotti, Cristina Meneguzzi, Davide Mioni, Maria Cristina Morelli, Luca Morini, Antonio Mosti, Umberto Nizzoli, Andrea Noventa, Daniela Orlandini, Giuseppe Palasciano, Michele Parisi, Raimondo Pavarin, Francesco Piani, Luigi Alberto Pini, Antonio Daniele Pinna, Massimo Pinzani, Doda Renzetti, Fabio Roda, Raffaella Rossin, Maria Teresa Salerno, Bruno Scutteri, Stefano Taddei, Federica Vigna-Taglianti, Teo Vignoli, Valeria Zavan.

Local editorial board

Mateo Ameglio, Ioannis Anifantakis, Gabriele Bardazzi, Marco Becattini, Massimo Cecchi, Valerio Cellesi, Ugo Corrieri, Paolo Costantino, Paolo Eduardo Dimauro, Fabrizio Fagni, Susanna Falchini, Fabio Falomi, Angela Guidi, Guido Guidoni, Guido Intaschi, Dino Lombardi, Mario Lupi, Antonella Manfredi, Henry Margaron, Milo Meini, Daniela Monali, Donatella Paffi, Patrizia Panti, Mario Pellegrini, Ellena Pioli, Lamberto Scali, Graziella Soluri, Maura Tedici, Paola Trotta, Tommaso Vannucchi, Maurizio Varese.

Mauro Cibir, Medico, specialista in Psichiatria e Gastroenterologia Centro Soranzo, Venezia

Luciano Pasqualotto, Docente, Dipartimento di Scienze Umane, Università di Verona

Cristiano Chiamulera, Docente Cattedra di Farmacologia, Dipartimento Diagnostica e Salute Pubblica, Università di Verona

ICF e Riabilitazione psicosociale: promuovere la Recovery nei Disturbi da Uso di Alcol

Riassunto

La crescita della richiesta riabilitativa, nei Disturbi da Uso di Alcol (DUA) è legata alle caratteristiche della malattia alcolica, alla comorbidità organica e psichiatrica, ed all'invecchiamento della popolazione in trattamento. Introdurre la Riabilitazione Psicosociale nei programmi significa modificare il proprio modo di pensare e di agire orientandosi alla *recovery*, cioè verso il recupero di una condizione di funzionamento personale e sociale soddisfacente. La riabilitazione psicosociale si occupa di salute e stile di vita, delle condizioni abitative, di lavoro e tempo libero, di relazioni e rete sociale oltrechè, più specificamente, dell'uso di alcol/sostanze e del benessere psicofisico attraverso la riabilitazione al piacere. Per la definizione del percorso riabilitativo è necessario valutare i diversi fattori, personali ed ambientali ed i loro cambiamento a seguito degli interventi introdotti. A questo scopo è stato costruito il set di strumenti denominato ICF-Recovery.

Parole Chiave

Riabilitazione, recovery, ICF, benessere

Abstract

The growth in rehabilitation demand in Alcohol Use Disorders (DUA) is linked to the characteristics of alcoholic disease, organic and psychiatric comorbidity, and the aging of the population being treated. Introducing Psychosocial Rehabilitation into programs means changing one's way of thinking and acting by orienting towards recovery, that is a satisfactory personal and social functioning condition. Psychosocial rehabilitation deals with health and lifestyle, conditions, work and leisure time, relationships and social networks as well as, more specifically, the use of alcohol / substances and psychophysical well-being through rehabilitation for pleasure. To define the rehabilitation process, it is necessary to evaluate the various personal and environmental factors and their changes following the interventions introduced. For this purpose, the set of tools called ICF-Recovery was built.

Keywords

Rehabilitation, recovery, ICF, well-being

Gli strumenti della medicina spesso ci permettono di tenere sotto controllo malattie che in passato avrebbero condotto a morte: oggi un gran numero di persone convive con i propri disturbi in un equilibrio più o meno stabile. Spesso queste condizioni “croniche” conducono ad una diminuzione del funzionamento personale e sociale, ad una perdita delle capacità di vita autonome, in definitiva ad una perdita della Qualità della Vita (QdV).

L'evoluzione verso gradi diversi di disagio personale e ambientale è praticamente costante nel contesto dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA), ed appare particolarmente marcata in presenza di situazioni psichiatriche comorbili (doppia diagnosi) e di patologie alcol correlate gravi. È dunque importante 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.

Nella cura dell'alcolismo è tradizionalmente prevalso l'atteggiamento secondo il quale una volta raggiunta l'astinenza, considerata come *endpoint* ottimale, 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 ci insegna che spesso le cose non vanno in questo modo: vi sono pazienti che raggiungono l'astinenza ma hanno grosse difficoltà a recuperare livelli di funzionamento accettabili, come pure vi sono pazienti che non raggiungono mai una astinenza stabile.

È per dare una risposta alle frequenti situazioni di questo tipo che è importante introdurre la Riabilitazione Psicosociale anche nei programmi di trattamento dei Disturbi da Uso di Alcol.

Non si tratta della mera proposta di nuovi interventi ma di un modo diverso di pensare al paziente ed al suo percorso. Il cuore della questione non è tanto l'applicare le tecniche validate, pur numerose nella moderna riabilitazione, ma il modificare il proprio modo di pensare e di agire orientandosi alla *recovery*, cioè come recuperare una condizione di funzionamento personale e sociale soddisfacente, anche quando non si è raggiunta l'astinenza.

Per essere autenticamente riabilitativo un programma dovrebbe rispettare le seguenti condizioni [1]:

- 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.

Tali condizioni segnano una discontinuità della moderna riabilitazione rispetto ad attività “riabilitative” presenti nei luoghi di cura, spesso scarsamente attente a questi principi ed alla realtà della vita quotidiana.

La riabilitazione psicosociale, secondo le evidenze disponibili, dovrebbe occuparsi certamente di salute e stile di vita, ma anche delle condizioni abitative, di lavoro e tempo libero, di relazioni e rete sociale. Nello specifico dei DUA, occorre prestare attenzione anche all'uso di alcol/sostanze, in funzione della prevenzione della ricaduta, ed al tema del benessere psicofisico attraverso la riabilitazione al piacere.

Malattia e disabilità nei Disturbi da Uso di alcol

I Disturbi da Uso di Alcol (DUA) sono associati ad una notevole carico di malattia e di disabilità [2]. Il *carico di malattia (burden of disease)* è definito come impatto 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 (DALY)* 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. Poiché i DUA spesso non sono fatali, l'indicatore di disabilità DALY è più importante di quello relativo alla mortalità [3].

Nel complesso, data l'elevata prevalenza di DUA e la loro importanza per la salute pubblica, specialmente nei Paesi sviluppati, è sorprendente che siano pochi gli studi che hanno esaminato le disabilità ad essi associate e come i risultati di tali studi siano notevolmente eterogenei [4,5]. Ciò può essere dovuto a vari fattori, quali:

- 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 alcolcorrelate è frammentata tra professionisti/istituzioni diverse sulla base dell'organo/apparato/funzione colpito e questo provoca una notevole difficoltà nella raccolta dei dati;
- solo una parte delle malattie e disabilità alcolcorrelate è totalmente attribuibile all'alcol. In molte situazioni, l'abuso di alcol è un cofattore in situazioni morbose che possono avere etiologia multipla (es. cirrosi epatica, depressione), per cui vi sono differenze tra gli autori nella valutazione del nesso di causalità;
- lo stesso soggetto può presentare livelli assai diversi di disabilità a seconda se la valutazione viene fatta in situazione di intossicazione o di sobrietà. Inoltre, la condizione di disabilità varia in base al contesto di vita, cioè alla presenza o assenza di supporti per lo svolgimento delle comuni attività quotidiane;
- la disabilità associata al DUA varia tra le culture in base alle diversità nei modelli di consumo ed alla risposta sociale al consumo stesso [6].

La corretta e sistematica valutazione del carico di malattia e di disabilità nei pazienti con DUA 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 risulta che in letteratura questi aspetti siano stati sufficientemente valutati.

Recovery, Funzionamento, Empowerment, Qualità della Vita

La Riabilitazione Psicosociale è definita dall'OMS come un processo in grado di fornire alle persone che abbiano un danno, una disabilità o un handicap dovuto ad un disturbo mentale, tutte le opportunità per raggiungere il miglior livello di funzionamento possibile [7]. Un significato analogo ha il termine *recovery*, che è riduttivo tradurre con "recupero" perché indica il raggiungimento di una condizione di equilibrio con la malattia che consente una vita soddisfacente in ambito personale e sociale.

Se la guarigione clinica rappresenta l'assenza di sintomi e/o la *restitutio ad integrum* anatomico-funzionale, la *recovery* va intesa come "guarigione funzionale" ed è più adeguata in presenza di patologie di lunga durata o avviate alla cronicità, per le quali si rende necessaria la valutazione del funzionamento, cioè la possibilità di svolgere le comuni attività della vita quotidiana, e della qualità della vita [8]. Secondo una famosa definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il costrutto del Quality of Life comprende la percezione che ciascuna persona ha della propria posizione nel contesto dei sistemi culturali e di valori nei quali è inserito e in relazione alle proprie finalità, aspettative, standard ed interessi [9]. La qualità della vita 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.

Nella riabilitazione orientata alla *recovery*, l'efficacia dei processi riabilitativi è condizionata dalla partecipazione attiva del paziente, ben riassunta nel concetto di *empowerment* (valorizzazione, conferimento di importanza, protagonismo), elemento necessario per un processo di crescita basato su autostima, autoefficacia e autodeterminazione. Si tratta di un approccio di salute personalizzato sul singolo individuo, con il quale si definiscono obiettivi di funzionamento con un riguardo particolare all'inclusione sociale.

Astinenza, Ricaduta, Recovery

Nel trattamento dei DUA la astinenza dall'alcol è sempre stato il primo obiettivo ed il presupposto per il raggiungimento di successivi obiettivi riabilitativi. Tuttavia, nella pratica clinica si presentano spesso pazienti che non possono/non vogliono raggiungere l'astinenza. Va considerato, inoltre, che in letteratura vengono frequentemente segnalate situazioni di benessere raggiunte da pazienti non astinenti. Ad esempio, nello studio Combine [10], nella categoria *good clinical outcomes* (definita con un set di indicatori comprendenti sia il consumo di alcol che parametri fisiologici, laboratoristici

e di funzionamento), vengono inclusi sia pazienti che hanno raggiunto e mantengono l'astinenza da alcol sia soggetti che bevono moderatamente senza incorrere in problemi.

D'altro canto, nella pratica clinica non è infrequente il caso di soggetti astinenti da alcol che non possono essere considerati in recovery in quanto conservano rilevanti problemi nel funzionamento personale e sociale, cioè non riescono ad avere uno stile di vita dignitoso, ad adempiere agli obblighi di ruolo (famigliari e lavorativi), etc.

A questo proposito può essere utile ricordare la distinzione operata dagli Alcolisti Anonimi tra *astinenza* (astenersi volontariamente, spesso con sforzo se non addirittura con sofferenza dall'alcol) e *sobrietà*: quest'ultima descrive 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.

Le conoscenze neurobiologiche sulle *addiction* mettono in guardia da facili entusiasmi rispetto all'astinenza dei soggetti con DUA [11]. È ampiamente accettato che l'alcolismo non sia semplicemente un problema di comportamento legato all'assunzione di alcol, ma una dipendenza, cioè un disturbo ricorrente con ricadute causate da fattori personali ed ambientali che possono innescare il desiderio di alcol e portare alla perdita di controllo [12].

Un importante determinante della ricaduta è la riesposizione all'etanolo (l'effetto cosiddetto "primo bicchiere"), che agisce come innesco per episodi di desiderio compulsivo e perdita di controllo. Il fenomeno è ampiamente noto nei suoi determinanti ambientali e personali e nelle manifestazioni a livello cerebrale [13], che riguardano il neuroadattamento nelle aree limbiche del cervello, che diventano particolarmente reattive anche con basse quantità di alcol [14].

I pazienti che continuano ad assumere alcol, se pur in quantità ridotte, sono comunque esposti ai processi descritti e, quindi, soggetti al rischio di tornare alla situazione di perdita di controllo rispetto al bere.

Le evidenze scientifiche accumulate 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 non rappresenta un'opportunità terapeutica disponibile. Van Amsterdam e van der Brink [15] suggeriscono la possibilità di considerare il ritorno al bere sociale come una 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 a 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 astinenza; non vi sono invece evidenze che supportino la "riduzione farmacologicamente assistita" come tappa verso il ritorno al bere controllato. Considerando 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 nella assunzione di alcol e nei comportamenti di salute psicosociale correlati.

Pertanto, fermo restando che l'astinenza (o meglio, la sobrietà) rappresenti l'obiettivo del trattamento dell'alcolismo, si pone il problema come curare quei pazienti che non riescono a raggiungere tale condizione. In questi casi, la riabilitazione orientata alla recovery può aiutare poiché l'obiettivo non è la scomparsa del sintomo, ma il raggiungimento di un soddisfacente equilibrio di vita. In altri termini, si rinuncia a perseguire l'astinenza a tutti i costi, come spesso avviene "costringendo" il paziente a lunghi periodi di degenza o esponendolo ai rischi dell'uso di Disulfiram in situazioni di ricaduta, ma si sceglie di intervenire su altri determinanti di benessere e qualità della vita, oltre che sui fattori sociali ed ambientali che alimentano l'alcolismo. Sono da evitare atteggiamenti punitivi, quali l'esclusione dal trattamento, spesso legati più alla frustrazione del terapeuta che al bene del paziente.

La Recovery nella Vita Quotidiana

Secondo la visione biopsicosociale della salute, la malattia e la disabilità sono le risultanti di interazioni complesse tra l'individuo ed il suo ambiente fisico e sociale. Lo stesso sintomo sarà più o meno inabilitante a seconda del contesto in cui si sviluppa: la difficoltà di deambulare, ad esempio, sarà diversa se il terreno è liscio o accidentato, se si supportati o lasciati soli dagli altri; un sintomo psichico o l'uso di sostanze hanno conseguenze assai diverse se affrontati in un ambiente accogliente e rassicurante rispetto ad uno stigmatizzante. Lo stesso effetto dei farmaci cambia a seconda dell'ambiente in cui si realizza: l'efficacia di una terapia per l'alcolismo è minore in un ambiente in cui l'uso di alcol è diffuso ed incentivato.

L'intervento riabilitativo, dunque, non riguarda solo la malattia, le sue cause e manifestazioni, ma deve considerare anche l'ambiente in cui essa si sviluppa. I contesti di vita familiari, sociali, lavorativi devono essere riprogrammati in vista della recovery della persona, in modo da consentirle di svolgere le comuni attività quotidiane anche in condizioni personali non ottimali.

Riabilitazione e Comunità Terapeutica

Il ricovero di pazienti con DUA in Comunità Terapeutica (CT) ed in altri programmi residenziali è relativamente frequente e riguarda sia soggetti con funzionamento ancora elevato che necessitano di un intervento intensivo in ambiente protetto per interrompere la compulsione al bere e per affrontare problematiche psichiche sottendenti la dipendenza, sia pazienti con basso livello di

funzionamento a causa della dipendenza per i quali la riabilitazione si orienta sul “reimparare” a vivere nel mondo reale senza ricorrere all’alcol.

Le CT per le Dipendenze Patologiche nacquero a seguito alla drammatica “epidemia” dell’eroina degli anni 70-80; in una situazione di assenza di risposte istituzionali vennero importati ed adattati i programmi statunitensi di Synanon e Daytop: comunità residenziali per alcolisti e tossicodipendenti centrate sul self-help. Lo strumento fondamentale di questi percorsi era la vita stessa in comunità, la qualità delle interazioni sociali sviluppate in un ambiente sano e libero da sostanze psicoattive, sotto la guida dei residenti anziani, la riflessione relativa agli eventi quotidiani ed alle relazioni interpersonali. La comunità diveniva una sorta di famiglia sostitutiva in cui crescere durante lunghi periodi di permanenza. Molto importante risultava essere il clima emotivo della comunità: resiliente, di accettazione e di consapevolezza, di relazioni autentiche, di totale fiducia. La comunità rappresentava il “luogo sicuro” contrapposto alla drammaticità del mondo, in cui i residenti imparavano qualcosa su se stessi [16].

L’introduzione di interventi terapeutici (quindi, per definizione, personalizzati) avvenne solo in un secondo tempo, richiedendo una parziale riformulazione del concetto stesso di comunità. Attualmente quasi tutti i programmi comunitari in Italia sono costituiti da un mix di elementi ambientali ed elementi personali, in combinazioni estremamente variabili [1].

L’ingresso degli alcolisti in CT ha contribuito a metterne in discussione il modello fondante. Si tratta di pazienti profondamente diversi: soggetti mediamente di età maggiore rispetto ai tossicodipendenti, con livelli di funzionamento relativamente buoni, con maggiori problemi organici, ma soprattutto pazienti che provenivano dalla lenta esperienza di deterioramento del funzionamento a causa dell’alcolismo mediterraneo, un’esperienza esistenziale assai diversa dalla rapida autodistruzione dell’eroina. Tali pazienti spesso avevano ancora una casa, una famiglia, un lavoro e una prolungata istituzionalizzazione per loro poteva tradursi più in un danno che in un vantaggio. È il periodo in cui si sperimentano programmi residenziali alcologici specifici sia in CT che in strutture ospedaliere pubbliche e private convenzionate: programmi più brevi, con una maggiore componente sanitaria in cui, accanto all’ambiente terapeutico, si mettono in campo strumenti specifici sia farmacologici che psicoterapici che psicoeducazionali, spesso con la partecipazione diretta delle organizzazioni dell’autoaiuto.

Molti di questi programmi sono tuttora attivi e rappresentano la risposta per soggetti che necessitano di un intervento intensivo in ambiente protetto. Alcuni di questi programmi residenziali sono stati applicati ad altre dipendenze, quali cocaina e gioco d’azzardo, che in molti casi hanno caratteristiche simili all’alcolismo.

Questa è anche la storia del Centro Soranzo, un programma residenziale comunitario nato a Venezia nel 2001, ove è stata particolarmente sviluppata la componente psicoterapica applicata alle vicende traumatiche che spesso stanno alla base dell’abuso di sostanze [17].

Nel corso del tempo è emersa la necessità di programmi dedicati ad alcolisti avviati alla cronicità, orientati a far recuperare le capacità di vivere nel mondo reale. A questo scopo sono necessarie strutture riformulate secondo i principi della moderna riabilitazione psicosociale, in grado di offrire degenze lunghe ad impronta più marcatamente riabilitativa. Si tratta di una evoluzione dei modelli di cura che è in corso ma lontana dall'essere completata e diffusa.

È necessario ricordare che la Comunità Terapeutica è per definizione un ambiente artificiale, una palestra che dovrebbe allenare alla "vita reale". L'aspetto maggiormente problematico nella realizzazione di un programma comunitario autenticamente riabilitativo è la dinamica dentro/fuori. Spesso le attività svolte nelle CT sono più funzionali alla vita comunitaria che alla vita reale, mentre la possibilità di uscire e mettersi alla prova nelle situazioni reali è limitata dal timore di ricadute nell'uso di sostanze. Trovare un equilibrio fra necessità di "protezione" ed esposizione ad un rischio controllato e consapevole è un aspetto centrale della riabilitazione in comunità: equilibrio non facile che tocca aspetti professionali ed etici rilevanti. La ricaduta nell'uso di alcol/sostanze non è soltanto un "affare personale", ma un evento che ha profonde ripercussioni sul gruppo dei residenti, determinando spesso ricadute a catena o comunque un turbamento della dinamica comunitaria di non facile gestione.

Le CT riguarda oggi si stanno misurando con altre due sfide, nuove rispetto al passato. La prima riguarda la definizione di percorsi volti a prevenire il deteriorarsi del funzionamento nella vita quotidiana, spostando il focus dei trattamenti dall'astinenza alla recovery. Non secondariamente, cresce la necessità di valutazione degli *outcomes*, sia ai fini del miglioramento continuo sia per la rendicontazione richiesta dai diversi *stakeholders*.

La crescente richiesta di formazione sulla Riabilitazione Psicosociale da parte di CT dell'area delle dipendenze testimonia dello sforzo di cambiamento in corso.

Personalizzare l'intervento, Promuovere il Protagonismo

Nel programmare e valutare gli interventi riabilitativi nell'ottica della recovery bisogna tenere conto delle caratteristiche del paziente, del suo quadro fisiopatologico e comportamentale e delle peculiarità dell'ambiente di vita. È necessario individualizzare i percorsi sulla base di questi elementi personali e contestuali, avendo sempre presente che il successo della riabilitazione si riscontra nella "vita vera" del soggetto.

In un programma strutturato secondo i principi descritti tutto il personale, anche quello non direttamente dedicato alle attività riabilitative in senso stretto, deve essere orientato alla recovery, sia nella applicazione delle tecniche terapeutiche che nello spirito che anima il gruppo di lavoro. Ad esempio, una farmacoterapia *recovery-oriented* deve tenere presente gli obiettivi di funzionamento definiti con il paziente, cercando un equilibrio tra la necessità di attenuare i sintomi e quella di non interferire con le capacità del paziente e con la sua motivazione al trattamento. 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 delle famiglie di avere un paziente che non crei problemi. In un contesto riabilitativo è molto importante stimolare la 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 ad una persona di fiducia), stimolare il paziente ad osservarne gli effetti ed a suggerire modificazioni, individuare situazioni in cui la farmaco-terapia si è rivelata particolarmente utile (ad esempio, situazioni ad alto rischio superate grazie alla copertura farmacologica). In questo modo il paziente acquisisce sempre maggiore competenza nella gestione del farmaco, permettendone così un utilizzo più efficace e sempre più mirato sulle situazioni a rischio.

La prevenzione della Ricaduta

Il mantenimento nel tempo della astinenza dalle sostanze psicoattive richiede una serie di interventi volti ad aumentare la capacità della persona a fronteggiare la ricaduta. L'obiettivo di tali interventi è la prevenzione della ricaduta (*Relapse Prevention – RP*) che viene perseguito aiutando il paziente ad individuare i processi che lo riavvicinano alle sostanze, in particolare le situazioni ad alto rischio e ad elaborare strategie di fronteggiamento. Nell'ambito delle dipendenze, la ricaduta va considerata un elemento quasi inevitabile e va elaborata per "imparare dall'errore". Non è utile, pertanto, un atteggiamento sanzionatorio, quale per esempio l'allontanamento del paziente dal trattamento.

Un aspetto fondamentale della prevenzione della ricaduta è la gestione del *craving*, basata sull'accoppiamento di strumenti farmacologici e psicoeducativi. 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 astinenza e viene tipicamente scatenato dalla prima assunzione della sostanza o, comunque, da situazioni associate all'uso.

Alcuni studi hanno evidenziato l'efficacia della meditazione (*Mindfulness*) nella prevenzione della ricaduta [18], al punto che oggi la forma maggiormente accreditata di prevenzione della ricaduta è la *MBRP* (*Mindfulness Based Relapse Prevention – Prevenzione della ricaduta basata sulla Mindfulness*). Si tratta di un protocollo di intervento che combina il programma cognitivo-comportamentale di prevenzione delle ricadute messo a punto da Marlatt nel 1985 con la pratica *Mindfulness*.

Per inserire la RP nei programmi riabilitativi orientati alla recovery occorre, anche in questo caso, agire in maniera personalizzata, rinunciando a percorsi uniformi e rigidamente strutturati per tararsi, invece, sulle attese e le capacità individuali, adottando modalità relazionali di tipo motivazionale,

fornendo abilità spendibili nella vita reale (dove avviene la ricaduta), con il coinvolgimento della famiglia e del contesto sociale. Come si è compreso l'astinenza è irrealizzabile quanto l'alcolista è solo o emarginato e deve "imparare" a vivere da sobrio in un ambiente che non lo è.

Ancor una volta non si tratta di acquisire nuove tecniche o strumenti, ma di applicare quelle già note nello spirito della recovery: sembra poco, ma non è così.

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 vari disturbi mentali come, ad esempio, quelli dell'umore, i disturbi psicotici, i disturbi da uso di sostanze, alcuni disturbi della personalità, i disturbi da stress posttraumatico (PTSD). L'anedonia è una componente centrale anche della astinenza alcolica protratta [19].

La capacità di provare piacere è fondamentale nei processi decisionali. In condizioni fisiologiche normali, gli stimoli del piacere provocano una attivazione dei sistemi cerebrali preposti alla genesi delle emozioni (sistema mesolimbico: area ventrale tegmentale, nucleo accumbens, amygdala), i quali dialogano con i sistemi motori, dando il segnale "questa cosa è buona, cercala, consumala". Vi è anche un intervento della corteccia prefrontale che "valuta" l'informazione sensoriale ed i suoi correlati, stabilendo il rapporto tra costi e benefici dell'azione necessaria per ottenere il piacere, come pure l'opportunità sociale o morale di questa azione.

I processi descritti avvengono attraverso il "confronto" tra i dati sensoriali attuali e le esperienze immagazzinate nella memoria. Questi processi consentono di non prendere decisioni dettate dall'impulso, dalla spinta appetitiva, ma mediate dalla esperienza.

Sul piano neurobiologico si possono distinguere due tipi di piacere: quello appetitivo, dopaminergico, ed il piacere consumatorio, endorfinico, corrispondenti alle due fasi della acquisizione di un obiettivo correlato alla ricompensa, la ricerca e la fruizione.

Questi elementi sono utili a spiegare che le comuni gratificazioni della vita non sono semplicemente un "piacevole" intermezzo ma svolgono una funzione importantissima e la loro mancanza comporta gravi alterazioni della motivazione e del *decision making*.

A partire da Aristotele fino alla psicologia positiva si sono distinte due ingredienti del benessere: la edonia e la eudaimonia. Mentre vi è accordo sul fatto che edonia corrisponda alla fruizione del piacere, il concetto di eudaimonia è più complesso perché 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, solo in parte chiarite, che sarebbero basate

sulla interazione tra i già descritti sistemi del *reward* ed 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, cortecce posteriori mediali (corteccia cingolata posteriore e precuneo) [20].

Edonia ed eudaimonia sono coinvolti in maniera stretta e non così facilmente distinguibile nella percezione di benessere. Entrambe le componenti risultano deficitarie nelle situazioni di anedonia legata all’uso di alcol/sostanze; la perdita del piacere eudemonico si colloca all’interno della generale perdita del senso della vita e delle relazioni che caratterizza questi disturbi.

La genesi della anedonia nei Disturbi da Uso di alcol e sostanze 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 ed ambientale in cui avviene l’uso; il ritorno a quel contesto attiva il comportamento di ricerca della gratificazione. Allo stesso tempo, 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 la 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 quando si guida dopo aver bevuto anche piccole quantità di alcol: si tende ad andare più forte, sottovalutando il rischio di sanzioni o di incidenti.

Se la 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 ed i comportamenti di addiction si sostituiscono alle gratificazioni fisiologiche, ai piaceri che danno colore emotivo alla vita quotidiana, 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 la 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, come elemento importante della

psicoterapia o del counselling. In altre parole, si dovrebbe aver chiaro che motivare, costruire un piano concreto di interventi per il benessere, monitorare questi interventi, aiutare a mentalizzare l'accaduto, inserirli nel contesto del recovery personale e sociale, monitorare i risultati sono compiti terapeutici importanti, fortemente correlati al buon esito del percorso.

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 [21]:

- nutrizione ed 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 sarebbe necessaria una trattazione specifica. Qui si precisa che l'uso integrato e personalizzato di questi dispositivi può costituire la base di ottimi percorsi riabilitativi.

Gli Strumenti Icf-Recovery per l'assessment del Paziente e la valutazione degli interventi

Per la definizione del percorso riabilitativo è necessario valutare in fase iniziale i diversi fattori, personali ed ambientali, e disporre di strumenti che offrano evidenze sul loro cambiamento a seguito degli interventi introdotti.

A questo scopo è stato costruito il set di strumenti denominato ICF-Dipendenze, validato presso i SerD di Dolo e Mirano [22] di cui ICF-Recovery è l'evoluzione [23].

Si tratta di strumenti sviluppati a partire dalla *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (ICF), prodotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità [7]. L'ICF nasce come strumento di classificazione, con finalità di tipo descrittivo, tuttavia, la stessa OMS ne ha incoraggiato l'utilizzo anche in funzione valutativa, in particolare per l'elaborazione di Profili di Funzionamento che consentono di descrivere la complessa relazione tra le condizioni di salute di un individuo, le sue attività e la partecipazione sociale, i fattori personali e il contesto in cui egli vive. La modalità più diffusa a livello internazionale di utilizzo della Classificazione ICF consiste nel selezionare, tra gli oltre 1500 item individuati dall'OMS, quelli più attinenti ad uno specifico target o più interessanti per descrivere/valutare il funzionamento/disabilità conseguenti ad un particolare tipo di condizione di salute.

ICF-Recovery è un set organico di strumenti che non hanno una funzione diagnostica ma sono finalizzati a definire percorsi riabilitativi ed alla loro valutazione secondo un approccio basato sulle evidenze. Tali strumenti capitalizzano l'esperienza maturata nelle dipendenze dal 2013, spostando con maggiore decisione il focus dalla malattia alla persona, riconosciuta come titolare del proprio percorso di cura e riabilitazione secondo il modello della recovery.

Gli strumenti ICF-Recovery possono essere utilizzati con giovani ed adulti con dipendenza da alcol/sostanze, comportamenti additivi 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.

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 biopsicosociale di Funzionamento*, 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 della valutazione con ICF-Recovery è rappresentato dalla considerazione del contesto di vita come determinante del funzionamento individuale, secondo il modello biopsicosociale dell'OMS. 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 un Profilo di Funzionamento (PdF) tramite una piattaforma gratuita (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 e permette di scegliere quali questionari comparare, offrendo un'immediata visualizzazione di ciò che si è modificato tra il T⁰ e il T¹. È una funzione molto utile per monitorare gli interventi e per dare evidenza degli esiti dei percorsi terapeutico-riabilitativi nelle diverse dimensioni della vita quotidiana. A questo scopo sono stati sviluppati i seguenti indicatori, elaborati automaticamente dalla piattaforma:

- a) il livello di funzionamento complessivo, indicatore assoluto espresso in percentuale;
- b) l'indice di inclusione, ricavato secondo il modello teorico che considera rilevanti nei processi di inclusione/esclusione sociale sia l'azione del soggetto, sia l'accoglienza offerta dal territorio di appartenenza;
- c) l'indice di sostegno sociale, che fornisce una misura del supporto che il soggetto riceve dalla rete sociale, formale e informale.

Se vengono inseriti più questionari sulla stessa persona nello stesso arco di tempo, la piattaforma consente di generare un profilo che integra le diverse valutazioni, compara le 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) e Capacità (CAP) per ciascuna delle nove dimensioni di Attività e Partecipazione, oltre ad una rappresentazione analitica e colorata di tutti gli item del questionario elaborato (Figura 1).

Attività e Partecipazione

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

Figura 1 - sezione del Pdf: Attività e Partecipazione

Il Pdf restituisce anche un'elaborazione dei fattori contestuali attraverso i due grafici della Rete di Supporto e dei Fattori Ambientali (Figura 2).

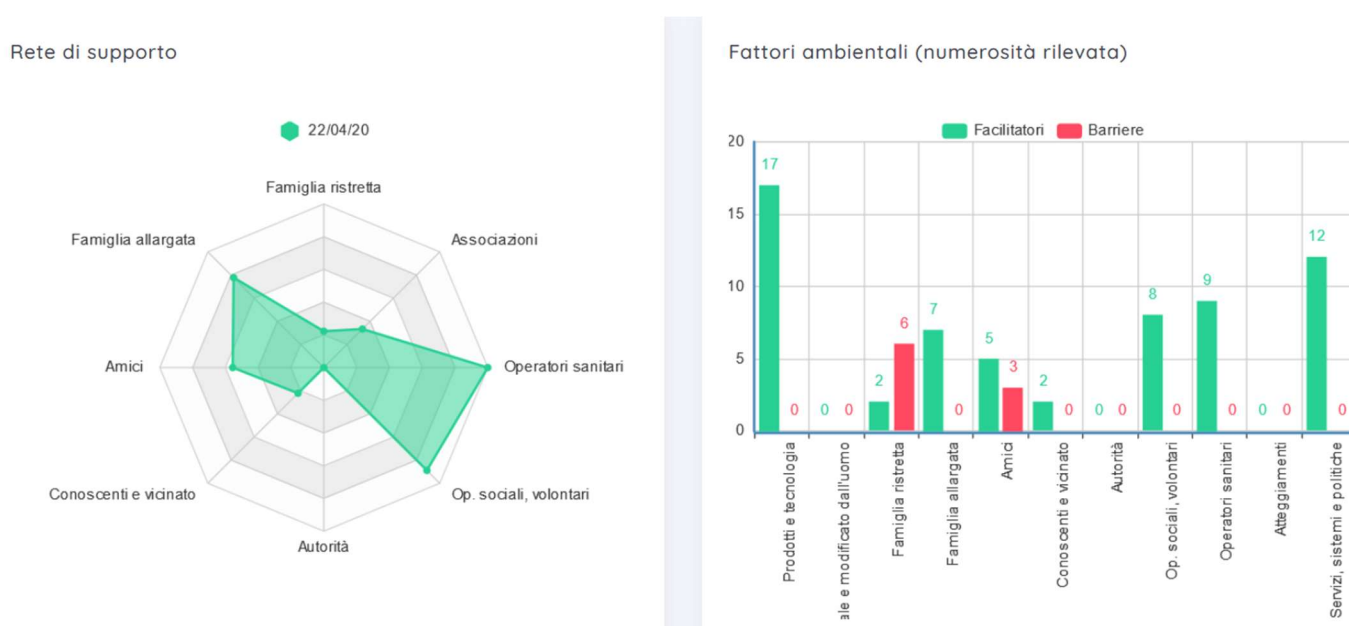


Figura 2 - sezione del Pdf: Fattori Contestuali

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 su cui si fonda la qualità della vita adulta (Autodeterminazione, Vita indipendente, Cittadinanza attiva, Relazioni e vita affettiva, Lavoro/Occupazione) (Figura 3).

DIMENSIONI DELLA VITA ADULTA

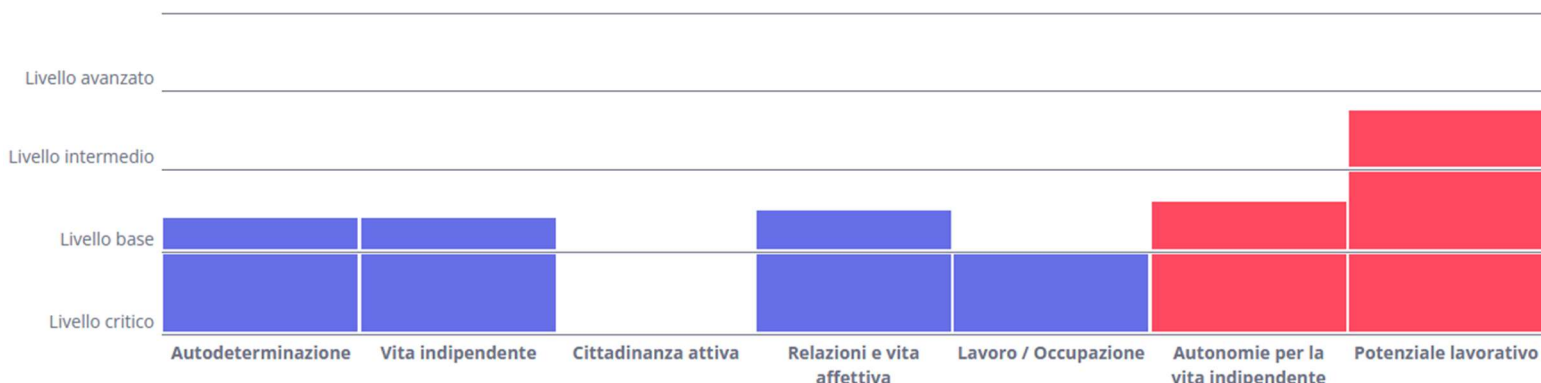


Figura 3 – Analisi delle dimensioni della vita adulta

Per promuovere la recovery, occorrerà definire obiettivi ed interventi sulle dimensioni meno sviluppate. Per la definizione dei percorsi terapeutico-riabilitativi rimangono comunque utili i dati del Profilo di Funzionamento, articolati nelle nove dimensioni della vita quotidiana, nella rappresentazione della rete di supporto e delle barriere che ostacolano i funzionamenti, nell'analisi delle condizioni della mente e del corpo.

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 agli strumenti di valutazione sviluppati su di essa. Anche nel trattamento dei Disturbi da uso di alcol si assiste ad una crescita della richiesta riabilitativa, legata sia alle caratteristiche intrinseche della malattia alcolica, sia alla comorbilità organica e 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 ed in particolare del concetto di recovery: aspetti che rendono gli approcci riabilitativi concettualmente diversi e in parte innovativi rispetto ai "tradizionali" modelli clinici. Tuttavia, non si tratta della mera introduzione di nuove tecniche, ma di riconsiderare gli obiettivi della riabilitazione, il ruolo del paziente nei percorsi di cura, gli elementi che sono ritenuti necessari per la definizione di percorsi personalizzati di trattamento, senza trascurare la necessità di monitorare gli esiti secondo un approccio basato sulle evidenze.

Per corrispondenza

Mauro Cibir, Medico specialista in Psichiatria e Gastroenterologia Centro Soranzo, Venezia.
E-mail: m.cibir@libero.it>

Bibliografia

1. Cibir M, Ricerca ed innovazione in Comunità Terapeutica: una sfida per il futuro. MDD- Medicina delle Dipendenze, X, 38, 11-18, 2020.
2. WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva, Switzerland: WHO; 2008
3. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos C, Jernigan D. Alcohol as a riskfactor for global burden of disease. Eur Addict Res. 2003; 9:157–164. [PubMed: 12970584]
4. Samokhvalov AV, Popova S, Room R, Ramonas M, Rehm J Disability associated with alcohol abuse and dependence, Alcohol Clin Exp Res. 2010 Nov;34(11):1871-8. doi: 10.1111/j.1530-0277.2010.01275.x.
5. Rehm J , Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. Addiction. 2017 Jun;112(6):968-1001. doi: 10.1111/add.13757.
6. Room R, Rehm J, Trotter RI, Paglia A, Uestuen T, Cross cultural views on stigma, valuation parity and societal values towards disability, In Uestuen e col, Disability and culture: Universalism and Diversity Seattle: Higreffe & Huber, 2001.
7. WHO. International classification of functioning, disability and health. Geneva, Switzerland: WHO;2001.
8. Cibir M, Oltre la diagnosi, quale riabilitazione? La recovery come obiettivo di benessere. in Pasqualotto L, Carozza P, Cibir M, ICF, Salute Mentale e Dipendenze, Carocci, Roma, 2020
9. WHO, The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, Soc Sci Med. 1995 Nov;41(10):1403-9. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-k.
10. 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. 2006 May 3;295(17):2003-17. doi: 10.1001/jama.295.17.2003.
11. Chiamulera C, Cibir M, Drinking reduction and reversibility of neuroadaptation in alcoholism Journal of Psychopharmacology , 2014, Vol. 28(8) 810–812 DOI: 10.1177/0269881114538544
12. Monti PM, Rohsenow DJ and Hutchison KE. (2000) Toward bridging the gap between biological, psychobiological and psychosocial models of alcohol craving. Addiction 95 Suppl 2: S229–236.
13. Martin-Fardon R and Weiss F (2013) Modeling relapse in animals. Curr Top Behav Neurosci 13: 403–432.
14. de Wit H (2000) Laboratory-based assessment of alcohol craving in social drinkers. Addiction 95 Suppl 2: S165–169.

15. Van Amsterdam J, van den Brink W, Reduced-risk drinking as a viable treatment goal in problematic alcohol use and alcohol dependence, *J Psychopharmacol* 2013 Nov;27(11):987-97. doi: 10.1177/0269881113495320.
16. De Leon G, *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method* , Springer Publishing Company, 2000.
17. Cibir M, Sgualdini L, Hinnenthal I, Trauma, alcol, sostanze: l'esperienza del Centro Soranzo, *Alcologia* 35, 2019, 34-41.
18. Bowen S., Chawla N., Marlatt GA, (2013) *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*, Raffaello Cortina
19. Caputo F, Cibir M, Loche A, De Giorgio R, Zoli G, The recognition and management of protracted alcohol withdrawal may improve and modulate the pharmacological treatment of alcohol use disorders. *J Psychopharmacol*, 1-5, 2020.
20. Greicius m. d. et al. (2009), Resting-State Functional Connectivity Reflects Structural Connectivity in the Default Mode Network, in "*Cerebral Cortex*", 19 (1), January, pp. 72-8.
21. Chiamulera C, Cibir M, *Aftercare & Post-Prevention nelle Addiction. Verso il benessere*, Publiedit, Roma-Cuneo, 2020.
22. Pasqualotto L, *icf-Dipendenze. Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*, Erickson, Trento, 2016
23. Pasqualotto L, Carozza P, Cibir M, *ICF, Salute Mentale e Dipendenze*, Carocci, Roma, 2020