

## 2.3

## DOPPIA DIAGNOSI E COACHING PSICOSOCIALE

Sottana S.\*[1], Moret F.[2], Saccon D.[3]

[1]Università degli studi di Udine ~ Udine ~ Italy, [2]Associazione Solidarietà Dicembre '79 - Dipartimento per le dipendenze AULSS4 Veneto Orientale ~ San Donà di Piave ~ Italy, [3]Dipartimento per le Dipendenze AULSS4 Veneto Orientale ~ San Donà di Piave ~ Italy

**Sottotitolo:** Valutazione dell'impatto di un intervento riabilitativo territoriale volto all'incremento dell'autonomia e della qualità della vita.

### Sommario

In questo lavoro si valuta l'efficacia del dispositivo di riabilitazione psicosociale, denominato "Coaching Psicosociale" (CP), costituito da un programma educativo di sostegno alla recovery per pazienti in carico al SerD dell'ULSS4 "Veneto Orientale".

Viene presentato uno studio sull'outcome del programma CP dalla data del suo inizio ad oggi (2105 - 31 agosto 2021), basato sulla totalità del gruppo di pazienti coinvolti, ed una valutazione più specifica degli aspetti legati alla sfera delle relazioni sociali, attraverso l'utilizzo della scala HoNOS. In questa seconda parte dello studio sono stati selezionati 19 pazienti che hanno effettuato almeno tre semestri di trattamento; 11 di loro, oltre ad una diagnosi di dipendenza da sostanze, presentano una diagnosi di comorbidità psichiatrica.

Elaborazione primo semestre	Elaborazione secondo semestre	Elaborazione terzo semestre
Variazioni di punteggio per 17 pazienti. Applicato il valore critico W pari a 34, la somma dei punteggi peggiorativi è 27,6, comunque minore rispetto a W. Nei primi sei mesi il programma di CP ha prodotto risultati statisticamente significativi sul gruppo di pazienti.	Variazioni di punteggio per 16 pazienti. Applicato il valore critico W pari a 29, la somma dei punteggi peggiorativi è 9, comunque minore rispetto a W. Nel primo anno il programma di CP ha prodotto risultati statisticamente significativi sul gruppo di pazienti.	Variazioni di punteggio per 15 pazienti. Applicato il valore critico W pari a 25, la somma dei punteggi peggiorativi è 0, comunque minore rispetto a W. Nei primi diciotto mesi il programma di CP ha prodotto risultati statisticamente significativi sul gruppo di pazienti.

### Il progetto Coaching Psicosociale e i pazienti in doppia diagnosi

La Doppia Diagnosi (DD), intesa come la presenza di un disturbo da uso di sostanze ed un altro disturbo psichiatrico, risulta un problema clinico che richiede una

importante risposta sanitaria, caratterizzata da interventi multidisciplinari complessi. La DD induce diversi servizi, sociali e sanitari, a cooperare sul piano riabilitativo attraverso l'integrazione di azioni che rispondano ai bisogni sociosanitari del soggetto. Nel nostro territorio abbiamo sviluppato un approccio, che riteniamo interessante, nella gestione di queste problematiche definito come attività di "Coaching Psicosociale". Il Servizio prevede l'affiancamento individuale di un Educatore Professionale con funzioni di "coacher psicosociale" che rinforza gli altri interventi specifici effettuati col paziente in molteplici setting diversamente strutturati (ambulatorio, centro diurno, inserimento lavorativo, accesso a servizi sanitari e sociali di vario genere), ponendosi l'obiettivo di coinvolgere attivamente il soggetto nel percorso di cura, favorire la sua compliance rispetto al trattamento terapeutico, nonché incrementare la qualità della sua vita.

In questo progetto l'educatore è chiamato ad "uscire" da quelli che sono definiti i luoghi di cura tradizionali e svolge la propria pratica professionale nei contesti di vita del paziente. Viene richiesta all'educatore un'estrema flessibilità nell'adattare il proprio intervento al fine di perseguire al meglio gli obiettivi del progetto, orientato alla recovery ed al potenziamento dell'autonomia personale. Talvolta, l'educatore funge da mediatore con gli operatori di riferimento dei servizi sociali e sanitari, come con l'amministratore di sostegno qualora presente, e può orientare e coordinare le scelte in favore del paziente.

Le aree di intervento specifiche sono definite in base alle caratteristiche del paziente, del suo grado di compromissione, dell'età e delle esigenze personali e familiari e possono comprendere:

- cura di sé e gestione della malattia;
- autonomia abitativa;
- area relazionale;
- area occupazionale;
- adesione/alleanza terapeutica.

Gli interventi sono promossi all'interno di un contesto "naturale", come l'abitazione o il territorio in cui il paziente vive. Quando necessario viene svolto un accompagnamento all'accesso in strutture ospedaliere ed enti pubblici o privati.

Il Coaching Psicosociale è quindi da considerarsi un servizio complesso, che richiede una costante capacità di lavoro di rete e di integrazione dei molteplici interventi che i vari professionisti dei servizi coinvolti svolgono in favore del paziente. L'Educatore, che in questo contesto assume il ruolo di Coacher Psicosociale, è chiamato a coordinare le azioni sul campo.

### Metodo del Coaching Psicosociale

I beneficiari del progetto vengono individuati dall'équipe di professionisti del SerD che, coinvolgendo strettamente i servizi sociali dei comuni territoriali, provvedono a proporre il trattamento all'interessato; qualora vi sia il consenso e una condivisione del programma, viene fissato un appuntamento con l'educatore del CP, l'operatore di riferimento del Servizio ed il paziente al fine di concordare il progetto nel dettaglio. Successivamente all'avvio del programma, vengono stabiliti gli incontri e sarà interesse dell'Educatore aggiornare l'operatore di riferimento del SerD rispetto all'andamento del paziente, agli sviluppi del progetto nonché sulle varie problematiche o difficoltà che dovessero emergere. Il servizio di Coaching Psicosociale presenta quindi un'unisona collaborazione tra vari attori. Oltre al SerD questi attori possono essere, secondo i casi, il Centro Salute Mentale, l'Ospedale, l'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna, il Medico di Medicina Generale, i Servizi Sociali dei Comuni di residenza degli utenti, i Centri per l'Impiego territoriali, le Agenzie del Privato Sociale, i gruppi di auto-aiuto (AA e CAT).

Le modalità operative contemplano attività finalizzate a: verificare attraverso il lavoro di rete che vengano rispettati gli accordi con i Servizi che hanno in carico gli utenti (Servizi Sociali, CSM, Ser.D., Centri Diurni...); aiutare le persone ad accrescere la motivazione per l'inserimento in programmi terapeutici residenziali, ricoveri ospedalieri o in soluzioni abitative alternative, in accordo con i Servizi di riferimento;

accompagnare in strutture riabilitative o altre strutture, in accordo con i Servizi di riferimento;

verificare insieme agli interessati e, dove presenti, gli Amministratori di Sostegno, la capacità di gestirsi economicamente;

affiancare e aiutare i pazienti nella ricerca lavorativa e nelle questioni burocratiche e amministrative (bollette da pagare, documenti da presentare, esenzioni da rinnovare, curriculum da aggiornare) senza sostituirsi, ma sviluppando le abilità necessarie per una loro autonomia; favorire l'acquisizione di abilità sociali attraverso il coinvolgimento in attività ricreative, culturali, di volontariato e per il tempo libero;

verificare la pulizia di sé e degli ambienti dove le persone vivono, valorizzando le azioni positive prodotte e aiutandole a correggere quelle negative;

cogliere il "clima relazionale" ed essere di supporto per determinare dei miglioramenti nelle dinamiche esistenti tra coinquilini, familiari e vicinato;

partecipare ad incontri e riunioni con gli Enti Pubblici che coordinano gli interventi;

compilare la scheda personale di ogni utente con indi-

catori per la rilevazione della situazione di avvio, le verifiche intermedie e le valutazioni finali.

### Valutazione dell'outcome del Coaching Psicosociale

Obiettivi generali e specifici

L'obiettivo generale dello studio è quello di verificare l'efficacia dell'approccio di coaching psicosociale seguiti con questa modalità nel Dipartimento per le Dipendenze dall'ULSS4.

La ricerca si sofferma specificatamente su tre aspetti del trattamento di Coaching Psicosociale:

il miglioramento del funzionamento della persona;  
la consapevolezza del beneficio tratto dalla partecipazione al Servizio da parte del fruitore;  
la percezione di una maggiore qualità della vita.

### Presentazione dei risultati

Metodologia valutativa

Verranno di seguito presentati gli esiti di due analisi sull'andamento del servizio: la prima prevede l'impiego della scala HoNOS, per monitorare e valutare i cambiamenti rispetto ad una delle aree di intervento individuate in fase di ideazione e strutturazione del servizio, ovvero quella delle relazioni sociali. La seconda analisi, di carattere più generale, valuterà il successo del servizio in merito agli esiti del percorso terapeutico dei suoi utenti.

Come descritto nei paragrafi precedenti, uno degli aspetti cardine dell'approccio di Coaching Psicosociale è rivolto al miglioramento del paziente rispetto all'area del funzionamento sociale; per misurare i cambiamenti compiuti dai pazienti è stata utilizzata la scala HoNOS (items 9, 10, 11, 12 HoNOS, revisione novembre 2008 di Antonio Lora ed Emiliano Monzani), e sono stati analizzati i dati attraverso il Wilcoxon - Signed Rank Sum Test per valutare la significatività statistica.

Analisi dei risultati della scala HoNOS - Area delle relazioni sociali

Sono stati confrontati i punteggi alla HoNOS, nei 19 pazienti valutati, all'inizio del programma e quindi a 6, 12 e 18 mesi.

Tabella 1 - Honos e Wilkoxon

Drop-out a base fissa		IN	OUT	OB	ALTRO
TO	S1	81,8%	11,4%	6,8%	
TO	S2	63,6%	22,7%	11,4%	2,3%
TO	S3	50,0%	25,0%	20,5%	4,5%
TO	S4	38,7%	25,0%	31,8%	4,5%
TO	S5	29,6%	25,0%	40,9%	4,5%
TO	S6	22,7%	31,9%	40,9%	4,5%
TO	S7	20,4%	31,9%	43,2%	4,5%
TO	S8	20,4%	31,9%	43,2%	4,5%

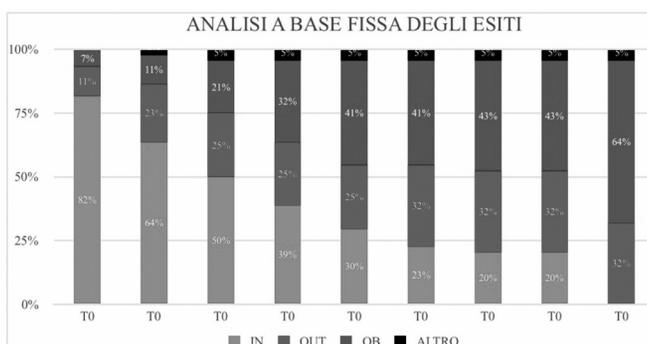
I risultati mostrano come, già dal primo semestre, i pazienti inseriti nel programma riescano a fare dei progressi significativi sul piano dei problemi sociali. Nel terzo semestre, quindi dopo un anno e mezzo di trattamento, la totalità dei pazienti ha avuto un miglioramento rispetto all'area del funzionamento sociale, precedentemente descritta.

### Analisi a base fissa degli esiti

La seconda parte di questo lavoro presenta una valutazione globale del progetto, che coinvolge tutto il gruppo di soggetti (44 persone) e si concentra ad analizzare la riuscita del trattamento in termini di raggiungimento di obiettivi attraverso i dati estratti dall'intero campione di pazienti, dal suo inizio nell'anno 2015 alla chiusura dell'indagine (31 agosto 2021).

I valori espressi in percentuale (IN – in carico al servizio, OUT – drop-out dell'utente dal programma, OB – dimissione dal servizio per il raggiungimento degli obiettivi fissati, ALTRO - decesso del paziente) rappresentano l'andamento di tutti i 44 beneficiari facendo riferimento al momento T0, valutazione iniziale, considerando che non tutti i pazienti hanno iniziato il programma nello stesso momento, continuando progressivamente la valutazione semestrale fino a S9 (inteso come nono semestre).

Tabella 2 - valutazione a base fissa semestrale



In base a questo studio, il servizio di Coaching Psicosociale sembra dimostrarsi efficace per più della metà dei pazienti che hanno partecipato all'indagine fino alla sua chiusura è possibile notare che dopo quattro anni e mezzo di inserimento del programma i dati sui pazienti siano i seguenti:

- Conclusioni del programma per il raggiungimento degli obiettivi per il 63,6% degli utenti;
- Drop-out dal programma per il 36,4% degli utenti;
- Decesso nella finestra temporale considerata per il 4,5% degli utenti.

Istogramma 1 - analisi a base fissa degli esiti  
Entrando nel dettaglio rispetto all'analisi dei singoli

- drop-out, sono emerse le seguenti motivazioni:
  - per il raggiungimento di una condizione di autonomia tale che porta alla chiusura del progetto, quali per esempio un raggiungimento della stabilità economico-lavorativa, la stabilità abitativa o la stabilizzazione dello stato di salute;
  - per termine degli obblighi di legge, nei casi in cui il programma sia vincolato ad un progetto di alternativa alla detenzione;
  - per volontà del paziente;
  - per decesso del paziente.

### Conclusioni

Nonostante con questo lavoro si siano presentati dei risultati solamente parziali rispetto al programma di Coaching Psicosociale, è possibile considerarli incoraggianti ed affermare che il dispositivo di cura si stia rivelando utile ed in alcuni casi necessario per fornire una continuità assistenziale globale e l'adeguata motivazione al trattamento terapeutico. L'osservazione dell'andamento di questo dispositivo rispetto alle altre azioni terapeutiche ed assistenziali intersecate ha inoltre evidenziato che attraverso l'intervento di Coaching Psicosociale, gli utenti si sentono più motivati a mantenere una compliance al trattamento ambulatoriale complessivo. Inoltre, i beneficiari sul piano dei miglioramenti percepiti ritengono di aver acquisito, successivamente agli interventi di Coaching Psicosociale, la motivazione e la capacità di costruzione di nuove relazioni significative.

Aggiungiamo che il lavoro del coacher necessita di un costante confronto con un'équipe ristretta di professionisti coinvolti nei casi, che, oltre ad essere informati rispetto all'andamento del percorso, sono fonte di sostegno alla sua stessa funzione educativa-riabilitativa. Si ritiene importante sottolineare come questo programma costituisca un tassello importante nella rete dei servizi territoriali, molte volte frammentata e difficile da interpretare e districare: la presa in carico condivisa tra SerD e Servizi Sociali comunali, il coinvolgimento degli altri servizi eventualmente implicati nella cura dei pazienti (in special modo il CSM e la Comunità Terapeutica Diurna territoriale) ed una regia condivisa, ma gestita nel concreto dal coacher, permettono la costruzione di un percorso di riabilitazione psicosociale che, come si è voluto cercare di dimostrare con questo lavoro, sembra promettente e merita di essere tenuto in considerazione come dispositivo ordinario di cura.

### Riconoscimenti

A conclusione di questo elaborato è doveroso estendere i ringraziamenti a tutte le persone che hanno fornito

il loro supporto e hanno contribuito all'indagine fornendo molteplici conoscenze e competenze, tra cui il Dipartimento di Statistica (DIES) e di Medicina e Chirurgia (DAME) dell'Università degli Studi di Udine, il personale dell'UOC Servizio per le Dipendenze AULSS4 Veneto Orientale e l'associazione Solidarietà Dicembre '79, ente del privato sociale che realizza in convenzione con l'AULSS4 il programma di Coaching Psicosociale.

## Bibliografia

- Allevi, L., Salvi, G., & Ruggeri, M. (2006). *Quality of mental health services: A self audit in the South Verona mental health service*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 15(2), 138-147.
- Amaddeo, F., Bacigalupi, M., De Girolamo, G., Di Munzio, W., Lora, A., & Semisa, D. (1998). *Strutture del Dipartimento di Salute Mentale*. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 7(SUPPL. 2), 31-34.
- Bellio, G. (2003). *E diagnosi: dai problemi metodologici all'organizzazione dell'assistenza*.
- Bellio, G. (2005). *Doppia Diagnosi: Metodologici All'Organizzazione Dell'Assistenza*. 5-21.
- Bertelli, M., Piva Merli, M., Bianco, A., Lassi, S., La Malfa, G., Placidi, G. F., & Brown, I. (2011). *La batteria di strumenti per l'indagine della Qualità di Vita (BASIQ): validazione dell'adattamento italiano del Quality of Life Instrument Package (QoL-IP)*. *Giorn Ital Psicopat*, 17, 205-212.
- Bora, R., Leaning, S., Moores, A., & Roberts, G. (2010). *Life coaching for mental health recovery: the emerging practice of recovery coaching*. *Advances in psychiatric treatment*, 16(6), 459-467.
- Boso, M., Tiraboschi, G., Mori, A., De Cagna, F., Priora, C., De Paoli, G.,... & Reitano, F. (2019). *Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi*. *Mission-Open Access*, (51).
- Bradbury, S. M. (1995). *Lexicon of alcohol and drug terms, 1st edition*. In *Occupational and Environmental Medicine (Vol. 52, Issue 6, pp. 431-431)*.
- Byrne, K. A., Roth, P. J., Merchant, K., Baginski, B., Robinson, K., Dumas, K.,... & Jones, R. (2020). *Inpatient link to peer recovery coaching: Results from a pilot randomized control trial*. *Drug and Alcohol Dependence*, 215, 108234.
- D.D.G. dell'Area Sanità e Sociale n. 96 del 16 settembre 2020, Regione Veneto.
- De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, A., Coppa, F., D'Addario, A.,... & Soldani, L. (2000). *La valutazione della Qualità della Vita: validazione del WHOQOL-breve*. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 9, 45-55.
- Drake, R. E., & Wallach, M. A. (2000). *Dual Diagnosis: 15 Years of Progress*. *Psychiatric Services*, 51(9), 1126-1129.
- Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. (2016). *A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction*. *Journal of addiction medicine*, 10(2), 91.
- Duijts, S. F., Kant, I., van den Brandt, P. A., & Swaen, G. M. (2008). *Effectiveness of a preventive coaching intervention for employees at risk for sickness absence due to psychosocial health complaints: results of a randomized controlled trial*. *Journal of occupational and environmental medicine*, 50(7), 765-776.
- Elpendù, C., & Bari, U. (n.d.). *fra disturbi mentali e dipendenze patologiche?: il problema della cosiddetta "Doppia Diagnosi."*
- Gemignani, S., Ricca, V., & Cardamone, G. (2020). *L'integrazione tra medicina generale e servizi pubblici di salute mentale?: rassegna della letteratura e dell'esperienza sul campo in tre Regioni italiane*. 55(3), 195-200.
- Gigantesco, A., Picardi, A., De Girolamo, G., & Morosini, P. (2005). *Validità discriminante della Health of the Nation Outcome Scales nelle strutture residenziali psichiatriche italiane*. *Italian Journal of Psychopathology*, 11(1), 20-25.
- Goldberg, T., & Goldberg, T. (1999). *Demand Reduction*. In *Demystifying Drugs*.
- Guelfi, G. P., Spiller, V., Scaglia, M., Presidente, G., Tossicodipendenze, I., & Usl, A. (2001). *NELLA DIPENDENZA DA ALCOOL E DROGHE*.
- Hansen, M. A., Modak, S., McMaster, S., Zoorob, R., & Gonzalez, S. (2020). *Implementing peer recovery coaching and improving outcomes for substance use disorders in underserved communities*. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 1-14.
- Jack, H. E., Oller, D., Kelly, J., Magidson, J. F., & Wakeman, S. E. (2018). *Addressing substance use disorder in primary care: The role, integration, and impact of recovery coaches*. *Substance Abuse*, 39(3), 307-314.
- Jansen, L., Hunnik, F., Busschbach, J. J. V., & Lijmer, J. G. (2019). *Measuring outcomes on a Medical Psychiatric Unit: HoNOS, CANSAS and costs*. *Psychiatry research*, 280, 112526.
- Knopf, A. (2020). *Recovery coaching 'think tank' convenes, aiming to keep role from being co-opted*. *Alcoholism & Drug Abuse Weekly*, 32(31), 1-3.
- Latte, G., Avvisati, L., Calandro, S., Di Filippo, C., Di Genio, M., Di Iorio, G., Gilardi, V., Giordano, S., & Pagano, A. M. (2018). *Dagli OPG alle REMS: Il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli*

- autori di reato con problemi psichici = From OPG to REMS: The role of a territorial health service in the im. *Rivista Di Psichiatria*, 53(1), 31–39.
- McCance-Katz, E. F. (2018). SAMHSA/HHS: An update on the opioid crisis. Rockville, MD: SAMHSA.
- Michael B. First, & Gladis, M. M. (1993). *Diagnosis and Differential Diagnosis of Psychiatric and Substance Use Disorders*. *Dual Diagnosis*, 23–37.
- Migone, P. (1983). La Diagnosi in Psichiatria Descrittiva: Presentazione Del Dsm-Iii. *Psicoter. Sci. Um.*, 17(4), 56–90.
- Miller, N. S. (1993). Comorbidity of psychiatric and alcohol/drug disorders: interactions and independent status. *J. Addict. Dis*, 12(3), 5–16.
- Miller, N. S., & Brady, K. T. (2004). *Addictive Disorders*. *Psychiatric Clinics of North America*, 27(4).
- Moret, F., De Sario G., Saccon D., (2018). *Pratiche di riabilitazione psicosociale: un progetto di coaching sociale ed abitativo, "Mission" nr. 52 pp. 45-49, FrancoAngeli.*
- Pariso, C., & Procacci, M., (2018). *Esordio psicotico e terapia cognitivo-comportamentale. Esordio psicotico e terapia cognitivo-comportamentale*, 19-31.
- Ph, D., & Grob, N. (1991). *Special Articles Origins of DSM-I: Neurology*, April, 421–431.
- Picardi, A., Tarolla, E., De Girolamo, G., Gigantesco, A., Neri, G., Rossi, E., & Biondi, M. (2014). Valutare l'attività delle strutture ospedaliere e residenziali dei DSM: Gli indicatori PRISM (Process Indicator System for Mental health) (Process Indicator System for Mental health) indicators. *Rivista Di Psichiatria*, 49(6), 265–272.
- Protocollo operativo, coaching psicosociale, piano operativo territoriale triennale aree prevenzione e cura. Regione veneto.
- Psychiatric, A. (1994). *DSM-III ed. 1990*.
- Sacchetti, C., Bassani, M., Negretti, F., & Martinelli, S. (2019). L'osservazione degli stadi di cambiamento negli interventi di prossimità e in rapporto allo sviluppo del progetto educativo. *Journal of Health Care Education in Practice*, 1(1).
- Saccon, D. and Banon, D. and Boatto, E., *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze. Uno studio sul problema delle cronicizzazioni*, Scienze mediche, <https://books.google.it/books?id=0BcGoQEACAAJ>, 2013, CLEUP.
- Salvi, V., Boccardo, F., Giannini, P., & Corulli, M. (2016). Gli esiti del trattamento riabilitativo in comunità terapeutica: Uno studio di follow-up. *Rivista Di Psichiatria*, 51(2), 66–71.
- Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of Group Motivational Interviewing (GMI) for Psychiatric Inpatients With Chemical Dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 816–822.
- Saunders, J. B. (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 227–237.
- Serpelloni, G., Rampazzo, L., & Simeoni, E. (n.d.). *IL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE?: INDICAZIONI E LINEE TECNICHE*. 187–212.
- Structural and chemical aspects of resistance to the antibiotic conferred by FosB from *Bacillus cereus*, fosfomycin. (2011). ?????NIH Public Access. *Bone*, 23(1), 1–7.
- Thylstrup B., & Johansen K.S. (2009). Dual diagnosis and psychosocial interventions Introduction and commentary. *Nordic Journal of Psychiatry*, 63(3), 202–208.
- Vitali M., Sorbo F., Mistretta M., Scalese B., Porrari R., Galli D., Coriale G., Rotondo C., Solombrino S., Luisa Attilia M., Addolorato G., Aliotta V., Alessandrini G., Attilia F., Barletta G., Battaglia E., Battagliese G., Capriglione, I., Carito V., ... Zavan V. (2018). Dual diagnosis: An intriguing and actual nosographic issue too long neglected. *Rivista Di Psichiatria*, 53(3), 154–159.
- Walters, S. T., Matson, S. A., Baer, J. S., & Ziedonis, D. M. (2005). Effectiveness of workshop training for psychosocial addiction treatments: a systematic review. *Journal of substance abuse treatment*, 29(4), 283-293.
- White, W., Boyle, M., & Loveland, D. (2003). Behavioral health recovery management: Transcending the limitations of addiction treatment. *Health Management*, 23(3), 38-44.
- White, W., Boyle, M., & Loveland, D. (2003). Behavioral health recovery management: Transcending the limitations of addiction treatment. *Health Management*, 23(3), 38-44.
- World Health Organization. (2016). *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10)*. In World Health Organization. A cura del Ministero della Salute (Vol. 1).