

INDICATORI DI ESITO DELLE TERAPIE NELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE (TOSSICODIPENDENZE E ALCOLISMO)

Claudio Bezzi²⁹ e Gianni Morandi³⁰

Come abbiamo costruito gli indicatori

Cosa sono per noi ‘indicatori’, e quali avvertenze di base abbiamo considerato

Il tema degli indicatori è notoriamente complesso, e reso anche a tratti confuso, in valutazione, dai diversi – e non sempre corretti – usi del concetto.

Molto in breve, per noi ‘indicatori’ sono concetti di basso livello di astrazione, parte del concetto più ampio oggetto di valutazione, dei quali possiamo immaginare procedure operative idonee per una rilevazione e analisi adeguate anche rispetto al mandato valutativo.

Nel nostro caso: il “concetto più ampio” è ovviamente il nostro evaluando, il contesto della tossicodipendenza e dei servizi SerT che se ne devono occupare; il mandato valutativo è relativo all’efficacia dell’esito del trattamento. Conseguentemente gli indicatori saranno elementi – meno generici di “contesto della tossicodipendenza” – passibili di misurazione, classificazione, conteggio, e quindi utilizzabili nell’ambito del SistER.

Alla luce del mandato ricevuto, è stato per noi chiaro che la costruzione degli indicatori doveva rispondere ad alcune esigenze imprescindibili:

- non essere percepito dagli operatori del SerT come “calato dall’alto”, tecnicistico, estraneo. Ciò ha evidentemente condotto immediatamente verso forme partecipate, che hanno visto un gruppo di una dozzina di operatori (di diverso ruolo, provenienti da SerT diversi) periodicamente riuniti sotto la guida di un valutatore-*facilitatore*, che ha cercato di coordinare il gruppo anche formandolo, di condurlo verso l’obiettivo operativo nel rispetto anche dei tempi e delle modalità pattuite nel gruppo;
- essere essenzialmente semplice. Semplice sia per non creare una reazione negativa nel gruppo, sia per essere compatibile col sistema informativo SistER, che lo doveva accogliere. In questo senso non potevamo in nessun modo immaginare indicatori, per esempio, che prevedessero indagini *ad hoc*, o elementi qualitativi eccessivamente sofisticati, perché incompatibili con le necessarie ed evidenti rigidità di una matrice software;
- essere disponibili ai linguaggi diversi inevitabilmente presenti nel nostro gruppo. Questo elemento era sembrato a noi particolarmente interessante all’inizio dell’esperienza: ritenevamo infatti che l’agenda delle priorità, i valori culturali e professionali, fossero *diversi* fra professionisti diversi (p.es. figure sanitarie e figure definibili – *lato sensu* – “sociali”) e fra persone ideologicamente orientate in maniera differente. E’ evidente anche dal dibattito nazionale su questi temi che un “esito” può essere molto diversamente giudicato da fronti diversi: p.es. un ex eroinomane socialmente pericoloso che attualmente abusa di cocaina ed è avviato a un progetto sociale, è da considerare “migliorato” (posizione più tollerante, probabilmente correlata in parte con le professioni sociali entro il SerT)? Oppure, in quanto tuttora dipendente, sia pure di una sostanza diversa, non deve essere ascritto ai successi del SerT (posizione più rigorosa)? Abbiamo tentato di accogliere le eventuali diversità di opinione nel gruppo, attraverso un approccio che è stato dichiaratamente e continuamente disponibile a

²⁹ Consulente valutatore, fondatore AIV, fondatore e direttore fino al 2005 della “Rassegna Italiana di Valutazione”, autore di numerose monografie sulla valutazione e la ricerca sociale fra cui: *Il disegno della ricerca valutativa*, Nuova edizione rivista e aggiornata, Franco Angeli 2003; (con Ilaria Baldini) *Il brainstorming. Pratica e teoria*, Franco Angeli 2006. bezzi@valutazione.it.

³⁰ Sociologo sanitario, epidemiologo, analista informativo. Segretario nazionale SoIS 1992-94, analista informativo per la cartella informatizzata tossicodipendenze Regione ER 1993-2007, responsabile osservatorio dipendenze patologiche AUSL Modena, autore di pubblicazioni su ricerca sociale, epidemiologia, sistemi informativi, fra cui: *Criteri, metodi e riflessioni sulla valutazione possibile ma improbabile*, Sociologia e Professione 11/1993; (con S.Sorio) *Epidemiologia e sociologia sanitaria*, Franco Angeli 2001. g.morandi@ausl.mo.it.

ciò, con criteri metodologici ovviamente specifici e adeguati che non si ha modo, qui, di riproporre³¹. In realtà, anche se in alcuni momenti è apparso evidente un certo contrapporsi in seno al gruppo, i partecipanti hanno sempre preferito giungere a una sintesi comune, piuttosto che sottolineare le diversità.

Il processo di costruzione degli indicatori

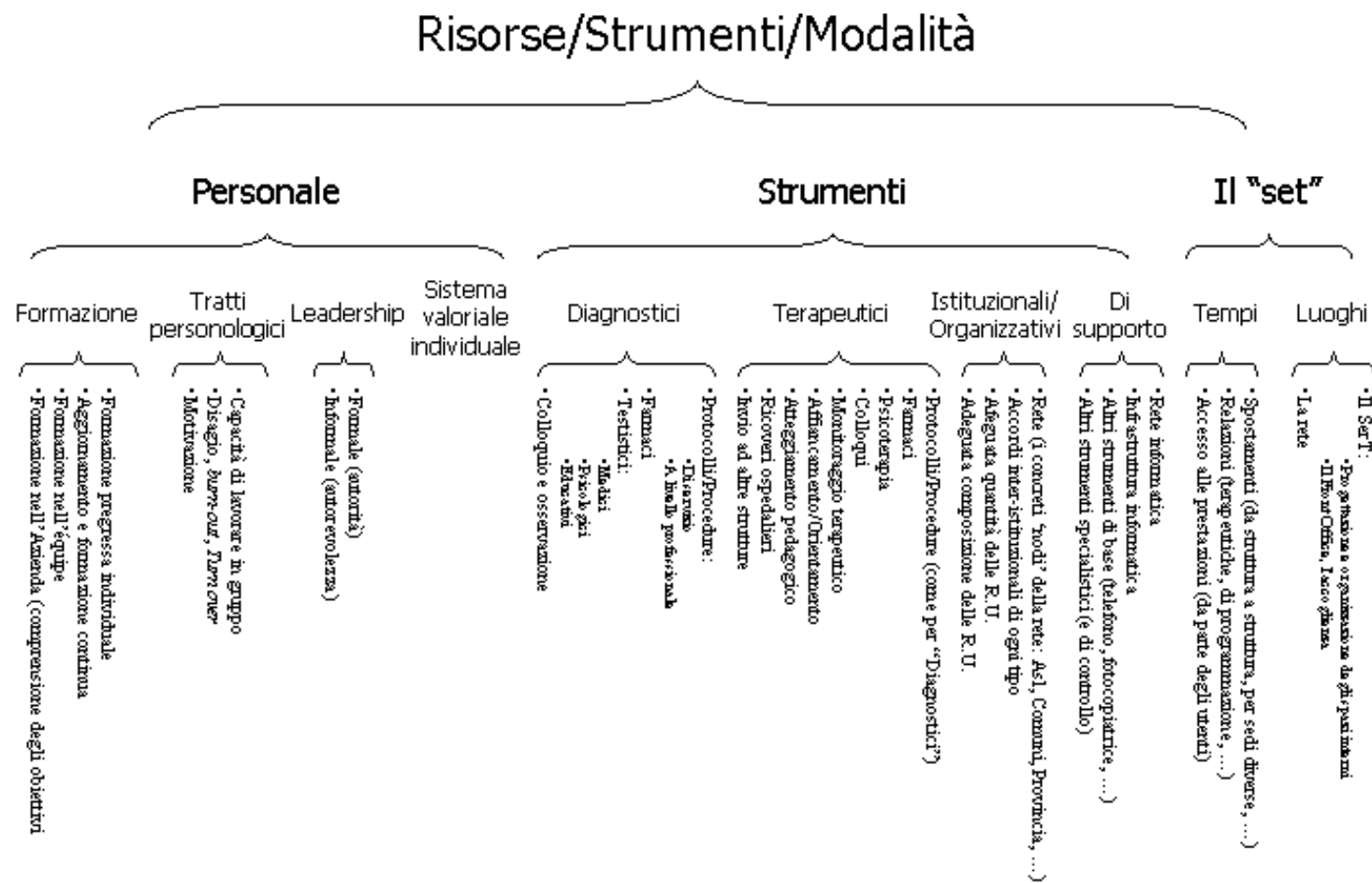
Il lavoro è proceduto in più fasi, che possiamo così riassumere:

1. esplorazione del concetto, in maniera spontanea, per identificare consensualmente le dimensioni dell'evaluando e i potenziali indicatori che si potevano ascrivere ad esse. Nella prima fase di questa esplorazione, che serviva per consentire al gruppo la necessaria focalizzazione, non si posta alcuna particolare censura; semplicemente si è aiutato il gruppo a tracciare i confini del concetto e i suoi contenuti. I risultati (in realtà modificati poi in seguito) sono riepilogati nelle figure 1 e 2;
2. Analisi degli indicatori inizialmente suggeriti e loro discussione – uno per uno – alla luce di alcuni semplici criteri relativi alla loro pertinenza, validità, concreta possibilità operativa, e così via (con conseguente scarto di ipotesi di indicatori), e distinzione fra effettivi indicatori di esito (quelli che interessavano le nostre finalità) e di processo;
3. analisi, per ciascun indicatore di esito, sulle modalità operative opportune, ovvero sul modo migliore per attribuire un punteggio; successive riflessioni di pertinenza, sul peso dell'indicatore, e così via;
4. simulazioni per una verifica della funzionalità operativa dell'indicatore.

³¹ Ne parla Claudio Bezzi nella sua relazione al X Congresso AIV (sezione “Metodo”) dal titolo *Contesto come testo e metodo valutativo come linguaggio*.

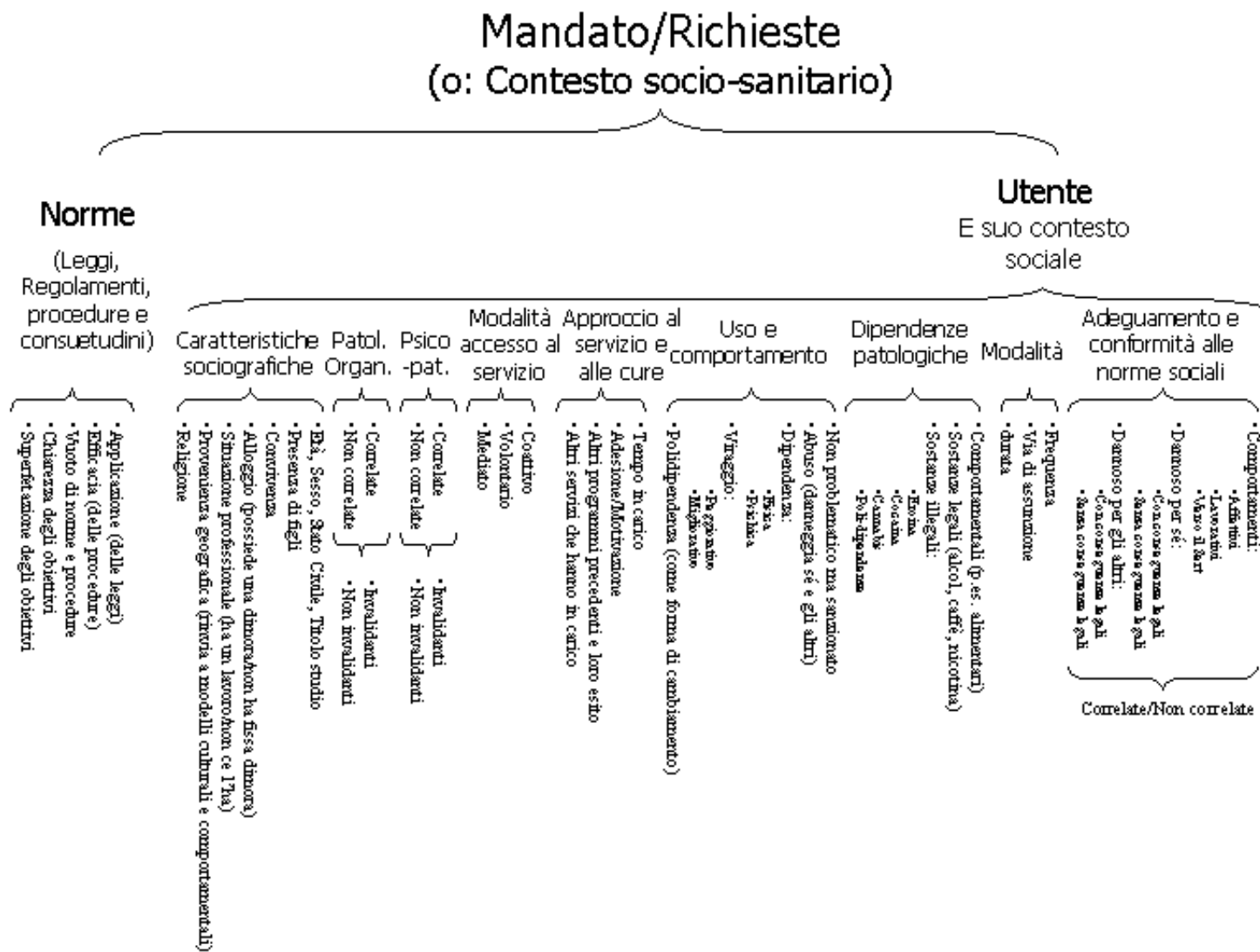
DECIMO CONGRESSO AIV:
 GUARDARE DENTRO E GUARDARE OLTRE: DIECI ANNI DI VALUTAZIONE ITALIANA
 Roma, 19-21 aprile 2007, CNR (Piazzale Aldo Moro) e UniRomaTre (Via del Castro Pretorio)

FIG. 1 – DIMENSIONI E INDICATORI INIZIALMENTE INDIVIDUATI – PRIMA PARTE



(Economia)

E' un pre-requisito, e agisce trasversalmente su tutti gli altri



Gli indicatori di esito prodotti

I 10 indicatori costruiti servono per una valutazione del trattamento e dei suoi esiti in riferimento agli utenti dei SerT e dei Centri Alcologici. La valutazione si intende periodica con l'indicazione da parte del gruppo di lavoro di un utilizzo a livello aziendale, almeno una volta l'anno per ciascun utente che stia seguendo un programma terapeutico (utenza in carico), anche se resta comunque la possibilità di un utilizzo discrezionale aggiuntivo (ogni qualvolta venga ritenuto necessario a livello individuale o di équipe).

Al termine del rapporto terapeutico (fine del Programma Terapeutico e dei trattamenti correlati ed inclusi) va effettuata una valutazione finale.

Come detto, si tratta di soli dieci indicatori, frutto di una selezione molto serrata partita da un numero assai maggiore; le scelte che hanno portato a questi dieci – in parte rintracciabili nella seconda parte della dispensa – fanno riferimento, oltre che alla pertinenza, alla reale possibilità di costruire e mantenere con semplicità l'indicatore, e all'eccessiva intrusività (evitata) di alcuni. Si tratta di *pochi* indicatori, quindi, che presidiano un po' tutte le principali aree: sanitaria, psicologica, socio-educativa.

La maggior parte degli indicatori è basata su scale 1-5; gli indicatori 1-2-5-6-7-8 propongono scale valutative "autoancorate" in cui sono evidenziati solo i valori estremi della scala ('1' e '5'), implicando che quelli intermedi siano comunque utilizzati a discrezione dell'operatore. In un caso (indicatore 4), anziché delle scale c'è una lista di controllo (*check list*) che prevede un 'sì' o un 'no' ad ogni elemento considerato.

Ogni indicatore è comunque presentato in maniera da rendere chiare le modalità operative di impiego.

Ogni indicatore, oltre a ricevere un *valore valutativo* da parte degli operatori (p.es. da 1 a 5), ha un 'peso', che altro non è che un moltiplicatore del valore valutativo stesso. Il 'peso' esprime l'importanza dell'indicatore: indicatori con peso pari a 3 (i valori valutativi sono moltiplicati per 3) sono considerati estremamente importanti e, *assieme*, estremamente solidi come informazione; mentre gli indicatori con peso 1 sono considerati utili, ma non altrettanto importanti. Alcuni indicatori, che di per sé potrebbero essere giudicati importanti, hanno un peso più basso (p.es. 2, o 1) perché fondati su informazioni meno certe.

Una scelta chiarita fin dall'inizio in questo lavoro è stata la possibilità di *variare* il risultato valutativo a seconda di prospettive professionali, o valoriali, diverse. E' infatti evidente che molti giudizi valutativi possono non essere condivisi al 100%: per esempio attribuire un valore '3', o '4', o '5' a determinati comportamenti degli utenti, oppure attribuire un peso '1', o '2', o '3', porta a risultati individuali e collettivi diversi, che finiscono col rappresentare diversamente la realtà (esprimono un diverso giudizio valutativo, che come tutti i giudizi si basa su valori).

Per molte ragioni operative e organizzative si è preferito non creare variabilità nell'ambito del giudizio valutativo, riflettendo sostanziali accordi (o evidenti possibilità di mediazione e di accordo) in seno al nostro gruppo di lavoro.

Quelli da noi forniti sono da considerare quindi le *scelte operate* dal gruppo di lavoro sulla base della condivisione di massima dei valori di riferimento e delle lunghe esperienze professionali-operative dei componenti del gruppo, con traiettoria di inserimento nella versione 2 di SISTER.

Previa opportuna condivisione a livello regionale, in SISTER v.2 sarà quindi inserito e disponibile un set di Indicatori "pesato" in stretto riferimento ai valori mediamente condivisi dai professionisti delle Dipendenze Patologiche 2006, che riteniamo non differiscano significativamente da quelli dei nostri colleghi di altri SerT.

E' ovvio che il punto di vista medio (i valori di riferimento) di operatori, pur esperti, di altre provenienze ed operatività (le Comunità S.Patrignano ed Incontro, ad esempio), possa differire, anche significativamente dal nostro.

Solo a titolo di esempio:

Attribuire pesi più alti a indicatori 'sanitari', oppure a indicatori 'socio-comportamentali', può rispondere meglio a esigenze e punti di vista di professionisti diversi del SerT;

attribuire pesi più alti o più bassi a determinati indicatori può conciliarsi meglio con filosofie più ‘proibizioniste’ ovvero più ‘antiproibizioniste’, più ‘liberali’ ovvero più ‘conservatrici’, etc.

Previa adeguata e fundamentalmente semplice ritaratura del sistema di pesatura è quindi possibile (girando un ipotetico selettore dei sistemi di pesatura) verificare a livello di macro-analisi come si modificherebbero gli scenari delle Dipendenze Patologiche applicando (in sede valutativa degli esiti dei trattamenti) analisi basate su sistemi valoriali diversi da quello da noi creato ed adottato (ad esempio, estremizzando, da un lato con un sistema di pesatura in senso “Proibizionista” o dall’altro lato con un sistema di pesatura in senso “AntiProibizionista”).

In generale tutte le informazioni che costituiscono la base di riferimento degli indicatori sono presenti in SistER, sparse in varie schede (i nostri indicatori sono presentati in modo da segnalare anche quali parti di SistER sono coinvolte); in alcuni casi oltre (o invece) le informazioni di SistER occorre che l’operatore abbia una conoscenza diretta di alcuni fatti o comportamenti dell’utente, e quindi che inserisca l’informazione direttamente come punteggio di scala o come elemento della lista di controllo.

Anche per la necessaria conoscenza diretta indicata sopra, è necessario che *chi utilizza gli indicatori abbia una reale conoscenza di quegli elementi relativi all’utente*. In generale possiamo suggerire che gli indicatori sanitari siano compilati dal medico, quelli relativi ad aspetti psicologici dallo psicologo, e così via. La situazione ottimale suggerisce che, specie per indicatori relativi a comportamenti (quindi non relativi ad analisi oggettive) sia l’équipe del SerT che decide congiuntamente, o perlomeno che l’operatore che immette il dato abbia sentito il parere dei diversi colleghi.

Questi indicatori hanno un valore ‘differenziale’, ovvero cercano di indicare *miglioramenti* o *peggioramenti* nel singolo utente, ovvero a livello di gruppo, di intero SerT, etc. Hanno senso quindi come *differenza* fra un ‘prima’ e un ‘dopo’.

Noi distinguiamo quindi fra:

T_0 (“Ti Zero”) è il momento in cui il SerT riesce a disporre delle informazioni utili per dare un valore ai primi 9 dei nostri 10 indicatori. Indicativamente ciò è possibile durante la Procedura2 (P2) Osservazione&Diagnosi, mentre più raramente (in caso di Osservazioni&Diagnosi “lampo”, con rapidissima presa in carico dell’utente per scelta o necessità terapeutica) si riesce a disporre di tali informazioni soltanto durante le fasi iniziali della Procedura3 (P3) Programma & Terapie. La valutazione a T_0 ha lo scopo di “fotografare” la situazione “di partenza” dell’utente, nella fase in cui si presenta al SerT e prima che si manifestino gli effetti dei trattamenti terapeutici;

T_1 (“Ti Intermedia”) si effettua n volte (T_1 , T_2 , T_3 , e successive valutazioni) per i primi 9 indicatori, con cadenza suggerita annuale. Tutte le valutazioni intermedie si effettuano durante la Procedura3 (P3) Programma & Terapie allo scopo di consentire il monitoraggio costante e cadenzato su ciascun utente dei cambiamenti della sua situazione (in qualsiasi senso avvengano), dei quali il confronto differenziale delle valutazioni successive rende conto. Ne consegue un ausilio diretto al lavoro degli operatori sul singolo caso, come nel contempo la possibilità di condurre facilmente analisi e raffronti sia per gruppi comparabili (ad esempio i cocainomani), sia a livello più generale (l’intera utenza tossicodipendente di un SerT), con ricadute in termini di “aggiustamento del tiro” in materia di scelte terapeutiche;

T_F (“Ti Finale”) è la valutazione finale che utilizza l’intero set (o batteria) dei 10 indicatori, compreso l’indicatore 10 “chiusura del caso”. Si effettua alla conclusione del Programma Terapeutico, alla chiusura della Procedura3 (P3) Programma & Terapie, indipendentemente dal fatto di aver effettuato recentemente una valutazione intermedia.

Qui di seguito mostriamo solo i titoli – e alcune informazioni di base – dei 10 indicatori, con informazioni complete (sulla struttura e sulle definizioni operative) solo su tre di loro, di diversa natura.

INDICATORE: 1) Situazione professionale	PESO: 1	CHI LO ISTRUISCE: T ₀ : Op. 1° Contatto/Accettazione T ₁ e +: Case Man. o/e Op. Socio-E
--	-------------------	--

INDICATORE: 2) Situazione abitativa	PESO: 1	CHI LO ISTRUISCE: T ₀ : Op. 1° Contatto/Accettazione T ₁ e +: Case Man. o/e Op. Socio-E
--	-------------------	--

STRUTTURA INDICATORE: 5 = Ha un alloggio, e le condizioni di utilizzo e l'eventuale convivenza (voluta e accettata) sono comunque giudicate molto buone (al T ₀) o molto migliori della volta precedente (al T ₁ e successivi) 4 3 2 1 = Non ha alloggio; condizioni comunque molto negative (al T ₀) o molto peggiorate rispetto alla volta precedente (al T ₁ e successivi)	SISTER: Sk3 probabile Alloggio + Convivenza
---	--

DEFINIZIONI OPERATIVE, ISTRUZIONI, ESEMPI E SUGGERIMENTI: Si tratta di una scala autoancorata. Tra Primo Contatto e Osservazione & Diagnosi si registra la situazione abitativa (T ₀); il nostro interesse riguarda l'eventuale cambiamento al momento della valutazione (T ₁). Possibili esempi di peggioramento: da vive solo a convivenza forzata; da convivenza forzata a convivenza conflittuale; da casa grande ad alloggio piccolo e periferico, ecc... Notare che: <ul style="list-style-type: none"> le variabili utilizzate da Sister (Stabilità dimora e Convivenza) coprono solo in parte l'insieme delle questioni coperte dal nostro indicatore, che fa riferimento, assieme, alla Stabilità della dimora e all'eventuale conflittualità/forzosità/difficoltà della convivenza (e non alla convivenza di per sé). Quindi la variabile OEDT "Convivenza", così com'è, non è sufficiente per l'indicatore, mentre deve essere parte dell'indicatore questa "conflittualità" (o comunque disagio) che l'operatore conosce solo come conseguenza a suoi colloqui e altre informazioni non registrate. Ribadiamo che ogni scala autoancorata, basata per di più su elementi di conoscenza diretta non registrati da Sister (come è nel nostro caso), presuppone di lasciare un certo margine alla cosiddetta "soggettività", alla quale opponiamo l'indicazione di scrivere, in una breve nota inclusa nel database, la ragione del punteggio; inoltre, si lascerà una matrice compilata in automatico (la trovate qui sotto l'indicatore). Nel complesso, fra la matrice, l'indicatore, e la breve nota esplicativa, si forniranno tutti gli elementi per una comprensione massima.
--

Nota esplicativa aggiuntiva (a cura dell'operatore che attribuisce il punteggio)

E' stato attribuito il punteggio ha causa di.....
--

NB: Volendo, sarà possibile disporre di un quadro riepilogativo automatico con le 2 variabili Europee (OEDT) disponibili in SISTER. Aiuta a leggere le informazioni utili per la compilazione dell'indicatore

DIMORA CONVIVENZA	Dimora STABILE (abitazione privata)	Dimora Temporanea (Hotel/Pensione)	Dimora Instabile (Senza Fissa Dimora)	Istituzioni (Comunità, Carcere, Ospedale, ecc..)	Non Noto
Solo					
con Genitori					
con Partner					
con Partner & Figli					
Con Amici					
Altro					
Non Noto					

INDICATORE: 3) Patologie organiche	PESO: 2	CHI LO ISTRUISCE: Medico
---	-------------------	------------------------------------

INDICATORE: 4) Competenza Relazionale ed AutoPercettiva	PESO: 2	CHI LO ISTRUISCE: Psicologo o psichiatra
STRUTTURA INDICATORE:		SISTER:
<ul style="list-style-type: none"> • riconosce il rischio? • ha una buona qualità della relazione con altri? • ha capacità di attesa? • è in grado di chiedere aiuto? • è consapevole della problematicità della propria dipendenza? • è in grado di conseguire obiettivi di medio-lungo termine (p.es. titolo di studio, patente, ...)? 		Sk10 o newSK24 Quadro da aggiungere in Sister con: -data -operatore -le 6 variabili (SI-NO+note
DEFINIZIONI OPERATIVE, ISTRUZIONI, ESEMPI E SUGGERIMENTI:		
E' una semplice <i>check list</i> ; alla presa in carico (o appena è possibile avere una informazione certa) si segna '1' per ogni 'Sì' e '0' per ogni 'No'. Il punteggio in valutazione è la semplice somma. Il punteggio totale può quindi andare da 0 (ha ricevuto tutti 'zero', quindi <i>non</i> riconosce il rischio, <i>non</i> ha una buona relazione con gli altri, etc.) a 6 (ha ricevuto tutti '1', ovvero tutti 'Sì').		

INDICATORE: 5) Adesione alle cure	PESO: 2	CHI LO ISTRUISCE: Case Manager (che deve tirare le fila) o comunque Operatore sul caso molto ben informato
--	-------------------	--

INDICATORE: 6) Comportamenti adeguati Verso Sert e gli operatori	PESO: 2	CHI LO ISTRUISCE: Case Manager (che deve tirare le fila) o comunque Operatore sul caso molto ben informato
---	-------------------	--

INDICATORE: 7) Comportamenti adeguati Verso altri (il 'mondo')	PESO: 1	CHI LO ISTRUISCE: Case Manager (che deve tirare le fila) o comunque Operatore sul caso molto ben informato
---	-------------------	--

INDICATORE: 8) Capacità di prendersi cura di sé	PESO: 2	CHI LO ISTRUISCE: Case Manager (che deve tirare le fila) o comunque Operatore sul caso molto ben informato
--	-------------------	--

INDICATORE: 9) Sostanza e modalità d'uso		PESO: 3 (primaria) 1 (secondaria)	CHI LO ISTRUISCE: Medico, considerando i dati già immessi nella Sk12 tossicologica.	
STRUTTURA INDICATORE:		SISTER:		
SOSTANZA PRIMARIA (peso 3)	Uso compulsivo, episodi di intossicazione acuta	Uso quotidiano, o periodico ricorrente	Uso discontinuo o sporadico	Astensione (rilevata da almeno 30 giorni)
Eroina e altri oppiacei	1	2	4	5
Cocaina	1	2	4	5
Psicostimolanti anfetaminici ed ecstasy	1	2	4	5
Alcolici	1	2	4	5
Derivati della Canapa indiana	1	3	4	5
Benzodiazepinici, barbiturici	1	2	4	5
Allucinogeni	1	2	4	5
SOSTANZA SECONDARIA (peso 1)	Uso compulsivo, episodi di intossicazione acuta	Uso quotidiano, o periodico ricorrente	Uso discontinuo o sporadico	Astensione (rilevata da almeno 30 giorni)
Eroina e altri oppiacei	1	2	4	5
Cocaina	1	2	4	5
Psicostimolanti anfetaminici ed ecstasy	1	2	4	5
Alcolici	1	2	4	5
Derivati della Canapa indiana	1	3	4	5
Benzodiazepinici, barbiturici	1	2	4	5
Allucinogeni	1	2	4	5
+ coefficiente NON tabagismo regolare quotidiano +2 + coefficiente NON poliassuntore +4				
DEFINIZIONI OPERATIVE, ISTRUZIONI, ESEMPI E SUGGERIMENTI: La definizione operativa prevede di moltiplicare il valore di sostanza primaria per il coefficiente di peso 3 e sommare il risultato al valore di sostanza secondaria (peso 1) e ai due coefficienti di NON tabagismo (2) e di NON Poliassunzione (4). Nei casi più gravi quindi il punteggio sarà pari a 4 (valore 1 x 3 nella sostanza primaria + valore 1 x 1 nella secondaria), mentre in quelli assolutamente più lievi sarà pari a 26 (valore 5 x 3 nella primaria + 5 x 1 nella secondaria più coefficiente non tabagismo 2 + coefficiente non poliassunzione +4).				

INDICATORE: 10) Chiusura del caso	PESO: 1	CHI LO ISTRUISCE: Case Manager (che deve tirare le fila) o comunque Operatore sul caso molto ben informato
--	-------------------	--

Gli indicatori di processo

Nel corso del lavoro di costruzione degli indicatori il gruppo ha compiuto un'ampia selezione. Uno degli elementi di discriminazione è stato la natura dell'indicatore. Vale a dire che una serie di indicatori pertinenti e validi, a ben vedere mostravano (indicavano) elementi che avevano a che fare coi processi gestionali, e non direttamente con gli utenti.

La parola 'direttamente' è la chiave per comprendere questo gruppo di indicatori. E' evidente che una buona formazione degli operatori dei SerT (indicatore 11), un basso turn over (indicatore 12) e così via, creando un clima confortevole, funzionale ed efficace, incidono anche, indirettamente, sulla qualità dei programmi e sul destino degli utenti, ma proprio il fatto che vi agiscano *indirettamente*

te rende questo gruppo più complesso e opinabile. Le correlazioni fra quanto indicato e l'esito del trattamento, insomma, non è facilmente identificabili, in maniera netta e lineare.

Questo gruppo è quindi separato dal precedente, *non* fa parte degli indicatori di esito, ma può diventare un supporto molto importante per una valutazione di processo (che non riguarda i singoli utenti ma l'intera Azienda o, a livello minimo, il singolo SerT).

Poiché esula dai nostri obiettivi, ci limitiamo a un loro elenco.

INDICATORE:

11) Indicatore sull'aggiornamento e formazione continua degli operatori

INDICATORE:

12) Indicatore di Turn Over degli operatori

INDICATORE:

13) Indicatore di adeguamento dei protocolli diagnostici e terapeutici

INDICATORE:

14) Indicatore del tempo di accesso alle prestazioni

INDICATORE:

15) Indicatore di adeguatezza degli spazi interni

INDICATORE:

16) Indicatore di adeguatezza del front office

Indicatori non utilizzati per varie ragioni

Questo è il magazzino degli indicatori scartati. Inizialmente, secondo il procedimento illustrato precedentemente, le idee relative a *potenziali* indicatori sono state numerose. Tutte tali 'idee' (certamente pertinenti in linea di massima) sono state inizialmente sottoposte a vaglio – una per una – con domande del tipo:

- questo indicatore è davvero pertinente? Ovvero: riguarda effettivamente l'esito del trattamento dell'utente?
- questo indicatore poggia su una base di dati agevole da recuperare? O la costruzione dell'indicatore necessita di operazioni complesse e macchinose?
- è compatibile con SistER?
- non sarà per caso troppo 'intrusiva'?

Alla luce di domande di questo genere molte idee di indicatori sono state cassate (ovvero: non hanno superato il vaglio per divenire indicatori di esito, e neppure per essere menzionati quali indicatori di processo).

Quella che segue è la lista completa (colonna di sinistra) con una breve spiegazione della ragione dell'eliminazione (colonna di destra). La frase fra parentesi quadrata, nella colonna di sinistra, rinvia al gruppo omogeneo di indicatori, utilizzato inizialmente per favorire la riflessione, come si vedrà dal prossimo paragrafo di questa dispensa.

[Gruppo indicatori] Indicatori scartati	Ragioni dell'esclusione
[Formaz. del personale] Formazione pregressa individuale	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Formaz. del personale] Formazione nell'équipe	sì è correlabile, ma si può indagare solo con una valutazione esterna
[Formaz. del personale] Formaz. nell'Azienda (Comprensione degli obiettivi)	non correlabile direttamente alla val. di risultato, anche se ce ne sarebbe bisogno per la qualità generale dell'azienda

[Tratti personologici] Capacità di lavorare in gruppo	sì è correlabile, ma troppo delicato da operativizzare (p.es. tramite <i>network analysis</i> o indici)
[Tratti personologici] Disagio, burn-out,	sì è correlabile, ma non ci sono modi semplici per operativ.
[Tratti personologici] Motivazione	sì è correlabile, ma troppo delicato da operativizzare
[Leadership] Formale (autorità)	sì, indirettamente significativo e operativizz., ma non inseribile nel Sister
[Leadership] Informale (autorevolezza)	sì, indirettamente significativo e operativizz., ma non inseribile nel Sister
Sistema valoriale individuale operatori	sì è correlabile, ma troppo delicato da operativizzare
Sistema valoriale individuale utenti	sì è correlabile, ma troppo delicato e complesso da operativizzare
[Strum. Istituz./Organizz.] Rete	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Strum. Istituz./Organizz.] Accordi inter-istituzionali di ogni tipo	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Strumenti di supporto] Rete informatica	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Strumenti di supporto] Infrastruttura informatica	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Strumenti di supporto] Altri strumenti di base (telefono, fotocop., ecc.)	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Strumenti di supporto] Altri strumenti specialistici (e di controllo)	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Il 'set' - Tempi] Relazioni (terapeutiche, di programmaz.)	malgrado correlabile è troppo complesso
[Il 'set' - Luoghi] La rete	sì teorico, no perché a livello di azienda non c'è variabilità. Si potrebbe fare un'eventuale analisi esterna della qualità della rete
[Norme] Applicazione (delle leggi)	indicatore non accolto
[Caratt. sociogr. dell'utente] Età	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Caratt. sociogr. dell'utente] Sesso	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Caratt. sociogr. dell'utente] Stato civile	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Caratt. sociogr. dell'utente] Titolo di studio	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Caratt. sociogr. dell'utente] Presenza di figli	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Dipend. patologiche] Comportamentali (p.es. alimentari)	non correlabile direttamente alla val. di risultato
[Modalità] Durata dall'inizio alla presa in carico	sì per diagnosi no valutazione
[Adeguamento norme sociali] Comportamenti non correlati: affettivi	c'è una differenza col correlato, ma troppo metodologicamente difficili e non rilevanti, a noi interessa il cambiamento al momento
[Adeguamento norme sociali] Comportamenti non correlati: lavorativi	
[Adeguamento norme sociali] Comportamenti non correlati: verso il SerT	
[Adeg. norme sociali] Com. non correl. dannoso per sé con conseguenze legali	
[Adeg. norme sociali] Com. non correl. dannoso per sé senza conseg. legali	
[Adeg. norme sociali] Com. non correl. dannoso per gli altri con conseg. legali	
[Adeg. norme sociali] Com. non correl. dannoso per altri senza conseg. legali	
[Strum. Istituz./Organizz.] Adeguata quantità delle risorse umane	non ci sono criteri normati, e quindi non si può operativizzare
[Strum. Istituz./Organizz.] Adeguata composizione delle risorse umane	poiché è "almeno uno per area" (medica, psico, socio-educativa) e sotto non ci va nessuno, non c'è varianza
[Il 'set' - Tempi] Spostamenti (da struttura a strutt., per sedi diverse...)	o time budget e troppo faticoso per risultato misero
[Caratt. sociogr. dell'utente] Provenienza geografica (modelli culturali)	sì, ma troppo delicato
[Caratt. sociogr. dell'utente] Religione	sì, ma troppo delicato
[Modalità di accesso al servizio] Coattivo	da sistema, ma non è un indicatore
[Modalità di accesso al servizio] Volontario	
[Modalità di accesso al servizio] Mediato	
[Uso e comportamento] Non problematico ma sanzionato	
[Uso e comportamento] Abuso (danneggia sé e gli altri)	

[Uso e comportamento] Dipendenza fisica	
[Uso e comportamento] Dipendenza psichica	
[Uso e comportamento] Viraggio peggiorativo	
[Uso e comportamento] Viraggio migliorativo	
[Uso e comportam] Multi-dipendenza (come cambiamento)	
gioco di azzardo	non coerente con gli altri, necessiterebbe indicatori a parte
[Norme] Efficacia (delle procedure)	no, è troppo macro e basato su giudizio troppo soggettivo
[Norme] Vuoto di norme e procedure	no, è troppo macro e basato su giudizio troppo soggettivo
[Norme] Chiarezza degli obiettivi	no, è troppo macro e basato su giudizio troppo soggettivo
[Norme] Superfetazione degli obiettivi	no, è troppo macro e basato su giudizio troppo soggettivo

Esempio di applicazione della batteria di Indicatori ad un caso

RIPORTO TOTALI INDICATORI AI DUE MOMENTI:

VALUTAZIONE T0 (prima valutazione alla Presa in carico)

VALUTAZIONE T1 (seconda valutazione: dopo un periodo prefissato o/e alla chiusura)

VALUTAZIONE T2 (terza valutazione: dopo un periodo prefissato o/e alla chiusura)

		Valutazione al momento T0	Valutazione al momento T1	Differenza T0 / T1	Valutazione al momento T2	Differenza T1 / T2
1 Indicatore SITUAZIONE PROFESSIONALE	PESO= 1	4	4	0	0	0
2 Indicatore SITUAZIONE ABITATIVA	PESO= 1	4	4	0	0	0
3 Indicatore PATOLOGIE ORGANICHE	PESO= 2	10	10	0	0	0
4 Indicatore COMPETENZE RELAZIONALI ED AUTOPERCETTIVE	PESO= 2	6	12	6	0	0
5 Indicatore ADESIONE ALLE CURE	PESO= 2	10	10	0	0	0
6 Indicatore COMPORTAMENTI ADEGUATI VERSO SERT-OPERATORI	PESO= 2	10	10	0	0	0
7 Indicatore COMPORTAMENTI ADEGUATI VERSO ALTRI (il "Mondo")	PESO= 1	5	5	0	0	0
8 Indicatore CAPACITA' DI PRENDERSI CURA DI SE'	PESO= 2	6	8	2	0	0
9 Indicatore SOSTANZA E MODALITA' D'USO	PESO= 3/1	21	21	0	0	0
10 Indicatore CHIUSURA DEL CASO	PESO= 1	0	5	5	0	0
TOTALI Indicatori		76	89	13	0	0

L'EVOLUZIONE DEL FENOMENO TOSSICODIPENDENZA NELLA REGIONE EMILIA-R. E A MODENA

(capitolo 1 di G.Morandi – aggiornato col paragrafo 1.3 e successivi grafici - tratto da "Cooperazione sociale e inserimenti lavorativi" a cura di M.Malagoli - I quaderni di Itaca n.12 - CEDIS Roma, Febbraio 2006)

Premessa

Il tema della tossicodipendenza si è sempre prestato a dibattiti e confronti, spesso emotivamente accesi, tra diverse visioni politiche, ideologiche, culturali, a scapito di approcci più scientifici e distaccati.

La comparsa, la crescita e la diffusione del fenomeno nella nostra Regione si sono accompagnate in parallelo all'evoluzione delle azioni e delle strategie attivate per studiarlo e contrastarlo da parte delle organizzazioni pubbliche (in primis) e private.

Fondamentale è risultato il ruolo del sistema informativo (d'ora innanzi SI) che in ambito socio-sanitario ha permesso di seguire l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza e di attivare le più adeguate risposte possibili.

Per poter meglio comprendere l'evolversi del fenomeno della tossicodipendenza in Emilia-Romagna, e più in particolare in provincia di Modena, ritengo quindi importante analizzare parallelamente l'evoluzione del sistema informativo delle tossicodipendenze.

E' mia opinione che solo così diminuiremo accettabilmente il pericolo di ripercorrere un trentennio di storia del fenomeno lasciandoci tentare da chiavi di lettura retrospettive di stampo ideologico, a vantaggio di un'analisi più lucida e sobria, di una ricostruzione postuma più serena e sincera.

1.1 Sistema Informativo e Tossicodipendenza - dai primordi alla fine degli anni '80 (1975-89)

In Emilia-Romagna il SI regionale delle tossicodipendenze, come componente del sistema organizzativo di contrasto del fenomeno è stato creato a seguito del primo evidenziarsi e progressivo lento diffondersi dell'abuso di stupefacenti sul territorio regionale nel corso degli anni '70, normativamente contrastato dalle vigenti leggi dello Stato (L.1041/54 e poi L.685/75).

Durante gli anni '80 la forte espansione della tossicodipendenza accresce e complessifica la domanda di informazioni rivolta dai Ministeri Sanità ed Interni alle strutture operative (D.M. 10/10/84), al fine di consentire una migliore e più puntuale conoscenza del fenomeno che meglio possa orientare le azioni di contrasto del suo diffondersi. In generale, le organizzazioni necessitano di strutturare all'interno di sistemi informativi stabili le informazioni che ottengono e producono per ottimizzare il proprio funzionamento in riferimento agli obiettivi che ne indirizzano le azioni. In particolare, all'interno del settore socio-sanitario le organizzazioni territoriali pubbliche e private, per rispondere in modo esaustivo alle proprie esigenze di carattere gestionale, programmatico e valutativo, debbono fare affidamento su Sistemi Informativi tanto efficaci nel loro grado di strutturazione, di affidabilità, di completezza, quanto efficienti nel raggiungimento di questi obiettivi al minor costo possibile.

Sulla base di questi presupposti di fondo, la Regione Emilia-Romagna da un lato razionalizza il quadro delle strutture operative istituendo i CTST, realtà organizzative di coordinamento provinciale, (Piano Sanitario Regionale 1981-83) ed i Settori Tossicodipendenze in ciascuna USL (Dir. Reg.le 1694/87).

Dall'altro lato attiva un proprio e distinto credito informativo dotando nel contempo le strutture operative di più appropriati (adeguati) strumenti informativi, quali una cartella socio-sanitaria, come logica evoluzione delle primitive schede raccolta dati, ed un programma computerizzato di elaborazione dei dati sistematicamente raccolti tramite la cartella stessa.

Si concretizza, pertanto, regionalmente un tentativo di meglio contestualizzare le conoscenze sulle tossicodipendenze, integrando i flussi informativi previsti e richiesti dai Ministeri con necessità informative identificate localmente, strutturando per la soddisfazione di entrambe un SI con finalità statistico-gestionali. Il sistema resta carente quanto a numerosità, stabilità e preparazione (informativa) del personale e quanto a capacità analitiche con funzione esplicativa del fenomeno, ovvero quanto a capacità di analisi sociologica.

Nel modenese, in risposta al crescere e diffondersi della tossicodipendenza, vengono progressivamente attivate le prime risposte istituzionali istituendo nella seconda metà degli anni '70 lo CMAS (poi CTST) di Modena (ex-USL 16) e poi a seguire negli anni i Settori Tossicodipendenze delle altre UJSSLL provinciali (spesso funzionalmente integrati all'interno di preesistenti e specifici Servizi, come il Materno-Infantile), prima a Sassuolo (ex-USL 17) e poi negli altri capoluoghi.

Il primo periodo, nel quale nasce e cresce un fenomeno sconosciuto, è caratterizzato anche da un procedere per tentativi, per prove ed errori, in parte condizionati da approcci ideologico-culturali.

Negli anni successivi, a partire dai primi anni '80, in risposta allo stabilizzarsi, crescere e complessificarsi del fenomeno della tossicodipendenza, da un lato diventano via via più strutturate e meno estemporanee anche le risposte istituzionali, dall'altro lato ad esse si affianca una vivace offerta privata di stampo sia cattolico che laico, a livello di associazioni, cooperative e comunità terapeutiche.

Anche il SI delle tossicodipendenze modenese, riflette ed utilizza impostazione e strumenti adottati sull'intero territorio regionale, a partire dalle primitive schede raccolta dati fino alla cartella regionale del 1988, rispec-

chiando il progressivo raffinarsi delle valutazioni teoriche, in collegamento con la quotidiana pratica operativa.

Si passa quindi nell'arco del quindicennio 1975-90 da raccolte dati estemporanee e sperimentali alla strutturazione di un SI via via più stabile ed affidabile, diminuendo progressivamente gli errori metodologici di fondo ed aumentando l'attendibilità e la fruibilità gestionale delle informazioni ricavate.

Per analizzare compiutamente le tipologie di consumo di stupefacenti degli anni '70 ed '80 dovremmo poter disporre delle statistiche regionali e provinciali modenesi di quegli anni. Purtroppo, nonostante i numerosi sforzi non siamo riusciti a recuperare tutti i dati e la stessa Regione dispone oramai solo dei dati statistici a partire dal 1991. Inoltre, fattore cruciale, i dati raccolti e pubblicati hanno subito nel corso del tempo una forte modificazione a livello di metodologia di rilevazione che ne rende molto difficoltosa la comparabilità. All'inizio la raccolta "statistica" ha privilegiato una impostazione descrittiva del fenomeno, dando peraltro grande spazio alle iniziative attivate per contrastarlo ed alle declinazioni organizzative (istituzionali e non, pubbliche e private) incaricate o sorte ex novo appositamente per farlo.

Sarà pertanto possibile utilizzare da un lato le sole statistiche regionali di quegli anni che è stato possibile recuperare (spesso avvalendosi anche degli archivi di colleghi di altre province come Reggio Emilia e Ferrara), dall'altro lato i dati di affluenza dei nuovi utenti ai SerT modenesi, dati da me attendibilmente ricostruiti subito dopo aver preso servizio al SerT di Modena a fine ottobre 1991, in preparazione dell'accorpamento del 1993 degli archivi dei 6 SerT nell'archivio unificato provinciale dell'Osservatorio aziendale delle Dipendenze Patologiche (vedi tabella 1).

Tab. 1 – Sostanza d'abuso primaria per anno di prima presa in carico dai SerT modenesi (v.a.; %) (1975-2005)

Anni di prima presa in carico	Valori Ufficiali Assoluti*							Valori Ufficiali Percentuali*						
	Eroina	Cannabis	Cocaina	Amfetamine/ Ecstasy	Altro**	Manca Sostanza	Totali	Eroina	Cannabis	Cocaina	Amfetamine/ Ecstasy	Altro**	Manca Sostanza	Totali
1975	2	-	-	1	-	-	3	66,7	-	-	33,3	-	-	100
1976	10	-	-	-	-	-	10	100	-	-	-	-	-	100
1977	4	-	-	-	-	-	4	100	-	-	-	-	-	100
1978	32	1	-	2	1	-	36	88,9	2,8	-	5,6	2,8	-	100
1979	29	1	1	-	-	-	31	93,5	3,2	3,2	-	-	-	100
1980	80	1	-	-	1	-	82	97,6	1,2	-	-	1,2	-	100
1981	190	4	-	-	-	-	194	97,9	2,1	-	-	-	-	100
1982	144	3	1	-	-	4	152	94,7	2	0,7	-	-	2,6	100
1983	146	2	-	-	-	3	151	96,7	1,3	-	-	-	2	100
1984	205	5	-	-	-	2	212	96,7	2,4	-	-	-	0,9	100
1985	124	5	-	-	-	5	134	92,5	3,7	-	-	-	3,7	100
1986	135	1	-	-	-	1	137	98,5	0,7	-	-	-	0,7	100
1987	178	1	-	1	2	4	186	95,7	0,5	-	0,5	1,1	2,2	100
1988	213	4	2	-	1	-	220	96,8	1,8	0,9	-	0,5	-	100
1989	201	-	1	-	1	1	204	98,5	-	0,5	-	0,5	0,5	100
1990	244	4	-	-	-	8	256	95,3	1,6	-	-	-	3,1	100
1991	243	16	2	-	1	4	266	91,4	6	0,8	-	0,4	1,5	100
1992	191	14	5	1	1	3	215	88,8	6,5	2,3	0,5	0,5	1,4	100
1993	148	13	4	3	1	4	173	85,5	7,5	2,3	1,7	0,6	2,3	100
1994	176	10	7	1	1	3	198	88,9	5,1	3,5	0,5	0,5	1,5	100
1995	163	26	1	3	1	1	195	83,6	13,3	0,5	1,5	0,5	0,5	100
1996	201	16	8	5	1	2	233	86,3	6,9	3,4	2,1	0,4	0,9	100
1997	202	31	7	5	12	-	257	78,6	12,1	2,7	1,9	4,7	-	100
1998	182	29	11	8	1	-	230	78,7	12,6	4,8	3,5	0,4	-	100
1999	120	25	17	3	9	-	174	69	14,4	9,8	1,7	5,2	-	100
2000	144	45	25	6	5	-	225	64	20	11,1	2,7	2,2	-	100
2001	122	40	40	6	12	-	220	55,5	18,2	18,2	2,7	5,5	-	100
2002	103	45	36	11	5	-	200	51,5	22,5	18	5,5	2,5	-	100
2003	93	39	50	4	5	-	191	48,7	20,4	26,2	2,1	2,6	-	100
2004	162	50	75	3	8	-	298	54,4	16,8	25,2	1	2,7	-	100
2005	128	53	81	5	10	-	277	46,2	19,1	29,2	1,8	3,6	-	100
Tot.	4315	484	374	68	79	45	5364	80,4	9,0	7,0	1,3	1,5	0,8	100

*Valori ripresi dalle statistiche ufficiali (2004 distorto dal doppio conteggio dei nuovi utenti del neonato SerT di Castelfranco Emilia)

**La colonna "Altro" comprende: allucinogeni, barbiturici, benzodiazepine, buprenorfina, ecc...

Il quadro regionale ricostruito parzialmente sembrerebbe evidenziare una crescita altalenante dell'utenza a cavallo tra anni '70 ed '80, seguita da un periodo di riassetto su base quantitativa inferiore a fine anni '80.

Soprattutto nei primi 5-10 anni, fonti diverse segnalano però totali annuali differenti, includendo od escludendo insieme spesso reciprocamente sovrapposti, senza alcuna attenzione (né grandi possibilità tecniche, trattandosi di archivi unicamente cartacei) all'eliminazione delle numerose duplicazioni di soggetti presenti. Risultano sommati indistintamente tra loro trattamenti ambulatoriali presso istituzioni/organizzazioni pubbliche (ospedali, carceri, servizi USL) o private (comunità terapeutiche), oppure trattamenti ambulatoriali e ricoveri oppure ancora programmi terapeutici, singoli contatti informativi, sporadiche prestazioni e semplici segnalazioni delle forze dell'ordine o della magistratura. Il tutto senza alcuna discriminazione sulla base della residenzialità dell'utenza, che non di rado si presenta presso diversi centri di trattamento (quasi esclusivamente per ottenere più volte medicinali sostitutivi) contribuendo ad elevare la numerosità complessiva conteggiata. Manca una visione complessiva, metodologicamente fondata anche per garantire la comparabilità temporale, di quali insieme sia corretto considerare come pregnanti nel computo dell'utenza tossicodipendente e quali insieme abbiano invece solo una funzione indicativa e sussidiaria.

Lo scenario modenese nel quindicennio esaminato indica pressochè inequivocabilmente l'eroina come sostanza principale d'abuso (in percentuali comprese tra il 90-100%), seguita da pochissimi casi di consumatori di cannabinoidi e da sporadici consumatori di stimolanti come cocaina o amfetamine.

La numerosità dei nuovi utenti (che si presentano ai SerT per la prima volta) cresce rapidamente (vedi Tabella 1), evidenziando il diffondersi del fenomeno, solo frenato dalla parallela crescita in varietà ed intensità degli interventi, sia preventivi che terapeutici.

Ragionando per sequenze temporali successive e confrontabili (vedi tabella 2) possiamo facilmente notare il decuplicarsi dell'utenza passando dal quinquennio 1975-1979 al successivo 1980-84 (da 84 a 791 nuovi utenti) ed un suo stabilizzarsi nel periodo successivo 1985-1989 (da 791 ad 881 nuovi utenti).

Tab. 2 – Flussi di nuovi utenti nei SerT modenesi nei 6 quinquenni di attività (v.a. - 1975-2004)

1975/79	1980/84	1985/89	1990/94	1995/99	2000/04
84	791	881	1.108	1.089	1.070

La ricostruzione indicativa delle caratteristiche dell'utenza del periodo 1975-90, pur con le dovute differenze dei relativi sottoperiodi, mostra un medio-basso tasso di variabilità. Gli utenti sono per $\frac{3}{4}$ maschi e perlopiù giovani, consumano quasi tutti principalmente eroina, con qualche eccezione, mantengono uno stile di vita abbastanza caratteristico (con bassa compatibilità sociale e profilo tendenzialmente distinto dai coetanei, soprattutto a tossicodipendenza conclamata, con frequente correlata perdita del lavoro), in prevalenza si sono rivolti ai SerT spontaneamente, per cercare un aiuto qualificato una volta maturata in loro la consapevolezza delle proprie problematiche e dell'impossibilità di risolverle autonomamente.

1.2 Sistema Informativo e Tossicodipendenza - Le svolte della Legge 162/90 e della Direttiva 722/95: il Sistema dei Servizi (1990-2004)

Con l'imporsi del problema dell'Aids, che in Italia colpisce soprattutto i tossicodipendenti da eroina, sempre crescenti numericamente, si sviluppa un forte dibattito tecnico-politico nazionale che si concretizza nella Legge 162/90 e relativi Decreti applicativi. È sulla base di questi elementi normativi che si ridisegnano gli scenari nel campo delle tossicodipendenze, prevedendo un Servizio Tossicodipendenze per ciascuna Usl, dotandoli di personale maggiormente adeguato, riconoscendo più forti ruoli alle Comunità di recupero, richiedendo l'attivazione ed il consolidamento di flussi informativi più stabili e strutturati (D.M. 444/90).

In Emilia-Romagna, viene data tempestiva traduzione alla rinnovata normativa nazionale in una apposita Direttiva Regionale applicativa (n°3228 del 1991) con funzioni programmatiche ed operative che per quanto concerne le necessità informative deputano ciascun SerT a provvedere periodicamente:

- a) a verificare e valutare sia l'andamento e i risultati del trattamento, sia gli interventi di prevenzione;
- b) a raccogliere ed elaborare i dati statistico-epidemiologici relativi all'attività propria, delle Comunità, e del territorio competente tramite idonei strumenti di raccolta dati.

Inoltre, ogni SerT capoluogo di provincia (con funzioni di coordinamento multizonale) deve attivare un osservatorio sulla tossicodipendenza per la raccolta e l'elaborazione dei dati in ambito provinciale come riferimento per lo studio, la ricerca, la progettazione e la valutazione degli interventi affidandone il coordinamento alla figura di un sociologo appositamente assunto. Conseguentemente, il sistema regionale delle tossicodipendenze viene riconfigurato, meglio dettagliandone gli obiettivi, stratificando nuove esigenze e nuove forme organizzative, progettando ed introducendo nuovi o rinnovati strumenti all'interno della struttura preesistente, che viene adattata e potenziata, irrobustendo l'architettura complessiva.

Il rinnovato sistema regionale prevede in primis il potenziamento degli esistenti Settori Tossicodipendenze, che divengono veri e propri Servizi con proprio organico, sede e budget finanziario, in secundis l'inserimento delle neonate strutture degli Osservatori, funzionalmente allocati presso i SerT capoluogo di provincia, al duplice scopo di regolarizzare e migliorare la qualità dei flussi informativi correnti e di cambiare l'ottica analitica dell'evolversi e modificarsi della tossicodipendenza, tramite la figura specialistica del sociologo specificatamente assunto.

Finalità perseguite nel primo caso tramite una raccolta ed elaborazione dei dati che garantisca adeguata impostazione metodologica del processo e correttezza dei risultati, in termini di soddisfazione del debito informativo, nel secondo caso cercando di abbandonare un'impostazione statistico-descrittiva del fenomeno, puro supporto quantitativo di decisioni di orientamento delle azioni prese seguendo parametri ideologico/politici o/e tecnico/ideologici, a favore di un incremento delle capacità esplicative dell'analisi, ricercando, progettando e valutando gli interventi.

A livello di strumenti l'Ufficio Regionale Tossicodipendenze predispose la completa riscrittura della propria cartella socio-sanitaria delle tossicodipendenze (originariamente definita nel periodo 1987/88).

La rinnovata cartella viene prodotta in due versioni: una cartacea tradizionale ed una informatizzata (denominata Gias - Gestione Informatizzata Attività SerT), presentata ufficialmente nel dicembre 1992 e distribuita ai SerT nei primi mesi del 1993, previa formazione degli operatori. Se ad entrambe viene demandata la funzione di raccogliitore strutturato dei dati sull'utenza e sui trattamenti attivati, consentendone la conservazione nel tempo e la trasmissione tra gli operatori, in modo standardizzato e confrontabile sull'intero territorio regionale, altresì la versione informatizzata possiede il valore aggiunto della elaborazione dei dati raccolti a fini di produzione statistica, per il soddisfacimento del debito informativo e di esigenze di analisi e ricerca. Va a costituire, pertanto, lo strumento principale del moderno SI di ciascun SerT, a sua volta alla base del SI provinciale dell'Osservatorio.

Dopo un quadriennio di rinnovamento e maturazione, ricco di riflessioni, progetti, sperimentazioni e dibattiti, nel marzo 1995 l'ufficio regionale tossicodipendenze emana un innovativo "Progetto regionale tossicodipendenze" (delibera 722/95) che ridisegna per l'ennesima volta lo scenario degli interventi di contrasto del fenomeno, riconoscendone l'elevata complessità cui contrapporre la complementarietà degli interventi pubblici e privati.

Nasce il sistema dei servizi, pubblici, del privato sociale e del volontariato, che integra la specificità dei contributi di ciascuna delle parti all'interno di un progetto complessivo che li valuta come tutti necessari nell'affrontare la tossicodipendenza.

Di conseguenza, il SI regionale delle tossicodipendenze ne risulta complessificato, come anche il ruolo ed i compiti degli Osservatori, maggiormente definiti e potenziati, per i quali viene previsto un organico di due persone (una delle quali necessariamente sociologo), che deve occuparsi non più soltanto di tossicodipendenza ma di Dipendenze Patologiche in genere. La complessificazione del SI regionale in parte è legata alla migliore definizione degli obiettivi maturata negli Osservatori, riconoscendo a ciascuno dei SerT come mediamente perseguibili:

- 1) la soddisfazione delle esigenze di debito informativo istituzionale, sia nei confronti di enti terzi (in riferimento ad obblighi di legge), sia nei confronti del proprio ente di appartenenza;
- 2) il costante aggiornamento degli operatori sulle condizioni della loro utenza, sui trattamenti in corso e sui loro esiti, permettendo l'ottimizzazione della gestione dei casi seguiti/in carico (con ricaduta operativa stretta e diretta);
- 3) il permettere ai sistemi di valutazione interni al proprio servizio di funzionare, in riferimento sia al processo attivato, sia ai risultati conseguiti con ricadute sia direttamente sulla gestione dei casi, sia in riferimento alla programmazione degli interventi, sia della più ampia programmazione delle attività del servizio;
- 4) il comprendere le caratteristiche dei fenomeni della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza e delle loro tendenze evolutive, permettendo, sia monitoraggio e sorveglianza della domanda potenziale, sia crescita culturale e aggiornamento dei singoli operatori e dell'intero Servizio.

D'altra parte, la complessificazione è invece dovuta all'ingresso nel SI regionale delle Comunità del privato sociale, ognuna delle quali possiede un proprio, peculiare e diverso SI, non compatibile con quello delle altre comunità, ed oltretutto con una gamma di soluzioni tecnico-organizzative compresa tra la raccolta dati desunta da schede anamnestiche cartacee e l'informatizzazione spinta di tutti i processi lavorativi.

Si pone quindi ben presto come prioritaria anche per il privato sociale l'esigenza di standardizzazione ed omogeneizzazione delle procedure, e soprattutto, degli strumenti di raccolta e conservazione dei dati, garantendone la compatibilità reciproca da un lato e verso lo strumento della cartella regionale dei SerT, soprattutto nella versione Gias, piattaforma del SI di osservatorio, dall'altro lato.

Inoltre, la delibera 722/95 riconosce il crescente aumento della mortalità tra l'utenza dell'intero sistema dei servizi regionale ed introduce in modo marcato l'obiettivo della prevenzione delle cause di morte tra i tossicodipendenti, abituali o saltuari che siano, con particolare riferimento a quella per overdose ed a quella per patologie correlate, come Aids e cirrosi epatiche. Ne consegue un aumento di interesse e di impegno scienti-

fico nei confronti del tema della mortalità da parte degli Osservatori in generale, che si salda a quello da anni già dimostrato da alcuni dei suoi coordinatori sull'argomento.

La tendenza alla complessificazione dell'originario SI, pensato e costruito negli anni '90-92, non si è nel tempo esaurita, ma sono anzi intervenuti molti ed importanti cambiamenti che richiedono un adeguamento del sistema (ad es. l'attivazione di flussi informativi specifici per le Comunità, la sempre crescente necessità di procedere alla valutazione dei trattamenti e dei loro esiti, il riscontro di determinate carenze da un lato e rigidità e limiti dall'altro della cartella, l'affiancarsi alla tradizionale utenza tossicomane anche di quella alcolista) rideterminando attori, flussi, strumenti, ruoli, scadenze e cadenze.

Gli ultimi anni rappresentano quelli della maturità del sistema, dentro al quale alcune scelte sono state ulteriormente consolidate ed altre sono state oggetto di profonde riflessioni e revisioni.

Nel corso degli anni i SI dei singoli SerT raggiungono progressivamente un soddisfacente livello di funzionalità, utilizzando in modo sempre più diffuso il Gias, periodicamente revisionato, aggiornato ed adeguato al rinnovarsi delle esigenze informative (nuove schede statistiche ministeriali, nuovi flussi aziendali). Nell'ultimo triennio (2002-2005) è stata effettuata una grande operazione di messa a punto e forte miglioramento del SI regionale. Da un lato si è passati da una piattaforma DOS ad una piattaforma Windows, trasmigrando da GIAS al nuovo programma SISTER. Dall'altro lato è stato fortemente revisionato il SI regionale adeguandolo alle mutate esigenze, sia a livello di maggiore funzionalità ed "amichevolezza d'uso", sia a livello di soddisfacimento del debito statistico, accresciutosi in dimensioni ed in numero di creditori (essendosi aggiunto anche l'Osservatorio Europeo delle Droghe di Lisbona).

Da pochi anni è operativo il Sinea (Sistema INformativo Enti Ausiliari), l'equivalente concettuale del Gias per le strutture comunitarie che ad esso va ad affiancarsi come strumento omogeneo e standardizzato di raccolta, archiviazione ed elaborazione dati all'interno del sistema regionale dei servizi, contribuendo tecnicamente ad un suo sempre più pieno funzionamento. Gli osservatori sono tutti funzionanti, anche se in alcuni permane una situazione di sofferenza dovuta a carenza di personale, inferiore a quanto preventivato dalla 722/95 ed all'effettivo carico di lavoro, diverso da realtà a realtà, ed al quale occorrerebbe porre adeguato rimedio normativo.

Permane all'interno del SI regionale la necessità di costante monitoraggio delle esigenze informative, per quanto possibile cercando sia di snellire le richieste dati complessive, sia di stabilizzarle nel tempo, routinizandole e collegandole maggiormente alla produzione di informazioni. Per questo l'ufficio regionale richiede che l'elevato patrimonio di dati quotidianamente prodotti si trasformi correntemente in un flusso di informazioni omogeneo e confrontabile realtà per realtà, sotto forma di indicatori utilizzabili per la gestione ed il governo dell'intero sistema e delle sue singole parti. Tale compito di analisi per una forte stabilizzazione e maturità del SI è ora il principale obiettivo assegnato agli osservatori.

Durante questo quindicennio i Servizi Tossicodipendenze e le Comunità Terapeutiche e l'insieme dei loro operatori sono giunti ad elevato grado di maturazione tecnico-professionale, diminuendo nel contempo accettabilmente la penalizzante tendenza al forte ricambio del personale, insita nella novità della loro esistenza e di quella del fenomeno da loro contrastato e studiato.

Lo scenario modenese nel periodo considerato evidenzia l'inizio ed il successivo rafforzarsi di un processo di cambiamento delle modalità e delle tipologie del consumo ed abuso di stupefacenti, presentando un progressivo e sempre più forte calo dell'importanza dell'eroina che dal 95% scende al 48% del totale dei nuovi utenti.

Contemporaneamente, cresce fino a decuplicarsi il ruolo dei cannabinoidi (da 1,6% a 16,8%), aumenta enormemente la quota di cocainomani (arrivata al 26% partendo dal nulla) e compaiono gli stimolanti sintetici come amfetamine ed ecstasy (in media sul 2%).

Si potrebbe dire senza grossa probabilità d'errare che negli anni '90 e nei primi anni del nuovo secolo diminuiscono, senza assolutamente sparire, un uso "rivendicativo-contrappositivo ed un uso di "stordimento-distacco", mentre crescono e si affermano un uso "ricreativo-relazionale" ed un uso "stimolante-performante".

Si inizia in modo sempre più diffuso a consumare sostanze non in contrapposizione o in distacco dai valori socialmente condivisi, ma in modo più socialmente compatibile, integrandone il consumo in routine di vita per quanto possibile normali e conformi a stili comportamentali e valori di orientamento diffusi.

Il loro consumo appare strumentale da un lato a forme o/e modalità di socializzazione interpersonale e grupppale e dall'altro lato al presupposto miglioramento di capacità e prestazioni, sia in ambito quotidiano e lavorativo, che al limite sportivo (in quest'ultimo caso intersecandosi non di rado col doping).

Nello stesso tempo, si diffonde socialmente una perversa e distorta visione che differenzia e distingue consumi ed abusi di sostanze stupefacenti e psicotrope non in base ai loro effetti tossicologici (che la L.162/90 riconosce come diversi tra droghe pesanti, inquadrate nelle tabelle I e III, e droghe leggere, inquadrate nelle tabelle II e IV), ma in riferimento alle modalità ed alle finalità della loro assunzione.

Il consumo, anche intenso ma comunque controllato e gestito in modo socialmente compatibile, di sostanze eccitanti e stimolanti (droghe pesanti, come cocaina ed ecstasy) o/e di sostanze "ricreativo-relazionali" (dro-

ghe leggere come cannabis o marijuana) viene negato come uso ed abuso di sostanze stupefacenti e psicotrope da parte sia degli stessi utilizzatori che delle loro famiglie (una volta che se ne rendessero conto, incidentalmente o forzatamente in conseguenza di una denuncia delle forze dell'ordine e relative conseguenze), facendo distorto ed illusorio riferimento alla forma e modalità di assunzione:

-sniffing di cocaina in polvere (nobilitata socialmente dalla sua associazione ad ambienti di elevata condizione socio-economica);

-ingestione di pasticche/pillole di ecstasy in forme e colori accattivanti (associate al consumo di farmaci, vissuto socialmente come normale e come forma di cura, e quindi di benessere);

-fumate di gruppo o/e solitarie di cannabis e marijuana (condividendo esperienze in modo socializzante o facendone un uso personale a scopo rilassante, nella forma simile a quella diffusa delle sigarette, ancorché sempre meno accettata socialmente, in conseguenza della crescente lotta al tabagismo).

La tossicodipendenza, pressoché residualmente, viene esclusivamente associata al consumo di eroina (e perlopiù a quello per via endovenosa) o al massimo alle situazioni di dipendenza conclamata e soprattutto incontrollata di altre sostanze (se viene riconosciuta la perdita della loro gestibilità), che comunque comportino percezione, visibilità, riconoscibilità sociale con relativa identificazione/collocazione nel preciso ruolo negativo del tossicomane.

E' un po' come dire che chi uccide la propria vittima con una pastiglia di cianuro è molto meno assassino di colui che lo fa con un coltellaccio.

Ragionando per sequenze temporali successive e confrontabili (vedi tabella 3), rispetto al precedente quindicennio (1975/89,) che dopo la forte crescita iniziale dei primi anni presentava flussi di nuovi utenti abbastanza stabili (tra gli 800-900 per gli interi anni '80), il quindicennio di maturità dei SerT (1990/2004) presenta dapprima un aumento del 20% circa (1.108) nella prima parte del periodo che si stabilizza nei quinquenni successivi (1.089 e 1.070), compensato dall'attribuzione ai SerT di più vaste competenze sulle Dipendenze Patologiche in generale che provocano l'afflusso di consistenti quote di alcolisti e tabagisti (che non verranno però commentate, esulando dall'oggetto del presente scritto).

Nella ricostruzione indicativa delle caratteristiche dell'utenza degli anni '90 dobbiamo differenziare:

- da un lato un profilo abbastanza simile a quello del quindicennio precedente, composto in relativa maggioranza da maschi consumatori di eroina, ma di età mediamente più matura del passato e distribuita fino ai 45-50 anni (un 2-3% è over 40), con accesso spontaneo ai SerT, in buona parte con medio-bassa compatibilità sociale (soprattutto a tossicodipendenza conclamata, con frequente correlata perdita del lavoro), ma anche con tentativi di una parte di loro di mantenere o recuperare stili di vita socialmente compatibili, lavoro compreso (grazie anche a programmi terapeutici di lungo o lunghissimo periodo, basati su controlli periodici dello stato di salute, disintossicazioni o/e terapie di mantenimento a sostitutivi, inserimento in comunità terapeutica, integrato alla fine dal reinserimento sociale e lavorativo);

- dall'altro lato un ritratto alquanto diverso e nuovo, caratterizzato soprattutto da un crescente accesso ai SerT perlopiù forzato (dietro invio da parte della Prefettura) e dalla negazione della propria condizione di tossicofilia o/e tossicodipendenza, da parte dei consumatori di cannabis, di ecstasy e di cocaina. Sono soggetti marcatamente di sesso maschile, di età distribuita ma comunque più giovane degli eroinomani (soprattutto tra i consumatori di cannabis ed ecstasy), con buona integrazione e compatibilità sociale, che studiano o lavorano. Il dato positivo è che grazie all'azione delle forze dell'ordine e dei conseguenti invii coatti da parte delle Prefetture, queste persone hanno l'occasione (forzata ma da sfruttarsi intelligentemente in positivo) di conoscere i SerT, i loro operatori e le possibilità che offrono.

Questo anticipa per parte di loro l'ingresso ai SerT, che altrimenti sarebbe spontaneamente avvenuto in media due-tre anni dopo (dati ricavati dalla minoranza di cocainomani, consumatori di ecstasy o cannabis, che si rivolge autonomamente ai SerT in età mediamente più avanzata, a lavoro già compromesso, ecc.), e permette alla maggioranza di loro (che altrimenti non si sarebbero mai spontaneamente presentati ai SerT, preferendo rivolgersi al crescente business privato del settore, composto da professionisti meno esperti di quelli dei SerT, in sintonia con la credenza che le cose gratuite valgono meno di quelle che si pagano e che il livello di capacità professionali cresca proporzionalmente alla parcella) quantomeno di farsi un'idea delle possibilità e delle competenze offerte dalla trentennale esperienza dei SerT e contemporaneamente di iniziare a concepire sé stessi come dei possibili utenti per i SerT, e quindi per il sistema dei servizi, riflettendo meglio su propri comportamenti ed abitudini erroneamente ritenuti innocui.

1.3 Il nuovo Sistema Informativo Dipendenze Patologiche della Regione Emilia-R. (2005-2007)

(Paragrafo integrativo inserito)

Il Sistema Informativo Dipendenze Patologiche della RER, dopo un triennio di progettazione e messa a punto, è stato rinnovato nel corso del 2006, con sostituzione del precedente GIAS ver.4 (Gestione Informatizzata Attività SerT) al nuovo SISTER ver.1 (Sistema Informativo Servizi Tossicodipendenze Emilia-Romagna).

Il precedente SI è stato ridisegnato con migrazione dei database nel nuovo SI ad interfaccia windows e contemporanea parziale rideterminazione del set di variabili e codici (adeguamento alle richieste

dell'Osservatorio Europeo Droghe di Lisbona – OEDT - e del gruppo nazionale tossicodipendenze SESIT, razionalizzazione e svecchiamento variabili e codici, ecc...).

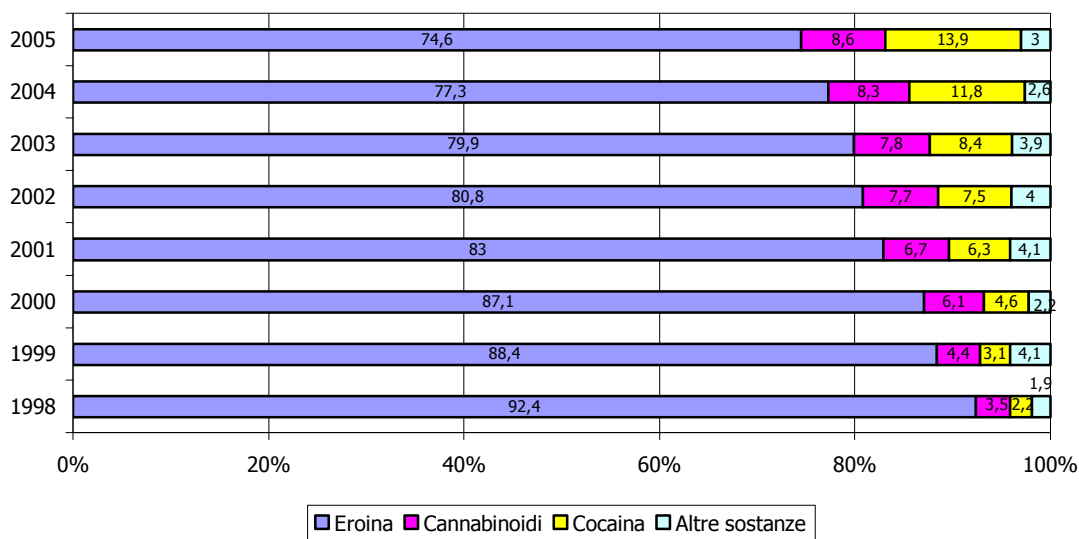
Attualmente SISTER prevede le Funzioni di: Utenti (elenco ed accesso), Prestazioni (extra-utenza singola), Agenda (appuntamenti operatori), Messaggi (tra operatori), Rapporti (Statistiche e interrogazioni al database), Utility (Gestione dati SerT e creazione operatori).

Dall'elenco utenti si accede alla cartella socio-sanitaria di ciascun utente, potendo lavorare sia in una logica per Schede (22 schede specifiche più una scheda riassuntiva generale), che soprattutto in una logica per Procedure (4 per ora, di cui 3 attive).

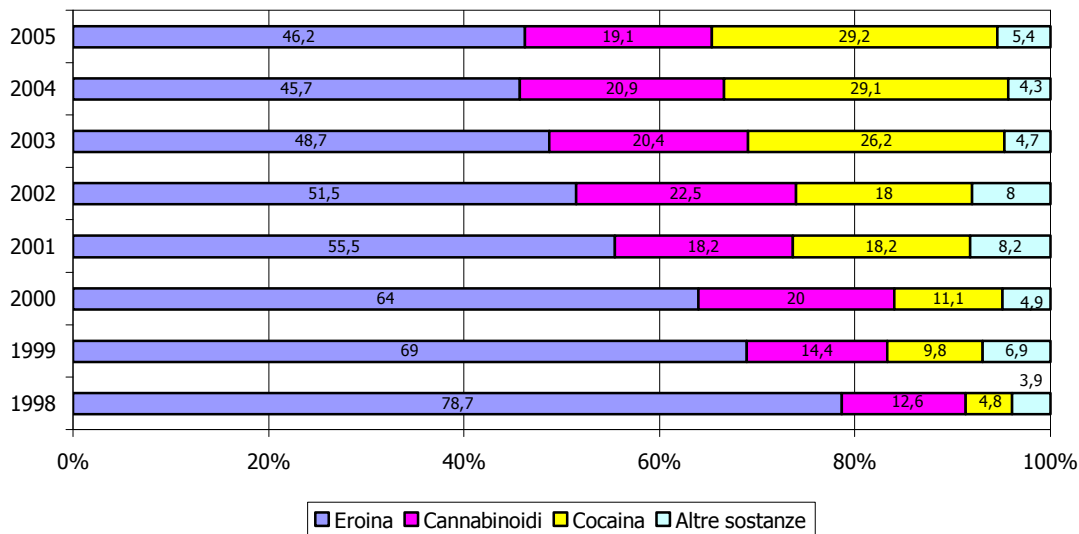
La 4a Procedura "Verifiche e Follow-Up" sarà completata con SISTER ver.2, che prevede una stabilizzazione e completamento delle funzioni ed un forte aumento delle capacità gestionali e di interfacciamento (banche dati CUP, esami laboratoristici, ricoveri ospedalieri, carcere).

Coerenti, infatti, con la linea di considerare il SI regionale come un cantiere perennemente aperto (come pure di cederlo gratuitamente agli Enti richiedenti), cantiere in continuo adattamento e miglioramento (linea adottata 15 anni orsono con GIAS ver.1), la RER sta ulteriormente revisionando SISTER ver.1 che ad inizi 2008 sarà sostituito da SISTER ver.2.

Distribuzione dei tossicodipendenti in carico ai SerT modenesi per sostanza d'abuso primaria (%) (1998-2005)



Distribuzione dei **nuovi** tossicodipendenti in carico ai SerT modenesi per sostanza d'abuso primaria (%) (1998-2005)



BIBLIOGRAFIA (Dipendenze Patologiche)

1	MORANDI GIANNI - " Lavoro e Tossicodipendenza: Gli Inserimenti Lavorativi di exTossicodipendenti in provincia di Modena" - Amministrazione Provinciale di Modena - Giugno 1988;
2	MORANDI GIANNI - "Gli inserimenti lavorativi di ex-Tossicodipendenti in Provincia di Modena" in "RASSEGNA DI SERVIZIO SOCIALE" - E.I.S.S. Roma n°4 del 1988;
3	MORANDI GIANNI - "Verifica sui Percorsi Terapeutici e Riabilitativi Ambulatoriali e Comunitari per i Tossicodipendenti Modenesi" - U.S.L. n°16 di Modena - Giugno 1989;
4	MORANDI GIANNI - "Osservatorio sulle tossicodipendenze: Sistema Informativo e Ricerca Sociale" in AAVV "Meridiana Tossicodipendenze"- SerT USL n°39 Cesena, Ottobre 1992;
5	MORANDI GIANNI - "Criteri, Metodi e Riflessioni sulla verifica possibile ma improbabile" in AAVV "Atti del Convegno: Icaro e...la bicicletta" - Comunità Terapeutica LAG, Vignola, Ottobre 1993;
6	MORANDI GIANNI - "Criteri, metodi e riflessioni sulla valutazione possibile ma improbabile" in SOCIOLOGIA E PROFESSIONE edita dalla So.I.S. (Società Italiana di Sociologia) n°11 del 1993;
7	MORANDI GIANNI - "Gli Strumenti di diffusione dell'attività dell'Osservatorio" in AAVV "La Progettazione nei SerT dell'Emilia-Romagna" - Regione Emilia-Romagna, Maggio 1993;
8	MORANDI GIANNI - "Il Sistema Informativo Regionale nei primi anni '90: presupposti e limiti" - in AAVV "L'Attività di Valutazione nei SerT della Regione Emilia-Romagna. Anno 1995" - Regione Emilia-Romagna, Dicembre 1995;
9	MORANDI GIANNI - "L'attivazione del Sistema Informativo nel Servizio Tossicodipendenze" in AAVV "Tossicodipendenze e pratica sociologica" a cura di Ugolini-Fagioli, collana di Sociologia Professionale - Angeli Editore, Gennaio 1996;
10	MORANDI GIANNI - "Modello operativo per un Osservatorio sulle tossicodipendenze" in AAVV "Itinerari di Formazione Sociale, Questioni Emergenti" - a cura di Sabrina Petrelli, I Quaderni di IMPARARES, Quaderno IV, Gennaio 1996;
11	MORANDI GIANNI - "La domanda di droghe nel territorio provinciale e a Modena dal 1975 al 1997" in AAVV "I Mercati della droga a Modena", Progetto MODENA CITTA' SICURA, Comune di Modena, Ottobre 1998;
12	MORANDI GIANNI - "Analisi della mortalità tra i tossicodipendenti" in AAVV "La mortalità per cause nosologiche a Modena nel triennio 1993-95", Provincia di Modena, Ottobre 1998;
13	MORANDI GIANNI / CICCOLALLO L. / PAVARIN R. / SORIO C. / BUIATTI E. - "La mortalità dei tossicodipendenti nella Regione Emilia-Romagna ed i suoi determinanti. Risultati di uno studio longitudinale" in "EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE " - n°1 del 2000;
14	MORANDI GIANNI - "L'utenza dei SerT Aziendali nel 1999" in AAVV "Relazione di Servizio dei SerT" - AUSL Modena, Settembre 2000;
15	MORANDI GIANNI / SORIO C. - "Epidemiologia e Sociologia Sanitaria. Studi sulle tossicodipendenze condotti in Emilia-Romagna", collana di Sociologia Professionale - Angeli Editore, Ottobre 2001;
16	MORANDI GIANNI - "L'utenza dei SerT Aziendali nel 2000" in AAVV "Relazione di Servizio del Settore Dipendenze Patologiche" - AUSL Modena, Novembre 2001;
17	MORANDI GIANNI - "L'utenza dei SerT Aziendali nel 2001" in AAVV "Relazione di Servizio del Settore Dipendenze Patologiche" - AUSL Modena, Luglio 2002
18	MORANDI GIANNI - "I nuovi tossicodipendenti in carico negli anni 1997-2002" in AAVV "Relazione di Servizio del Settore Dipendenze Patologiche" - Dipartimento Salute Mentale dell'AUSL Modena, Settembre 2003
19	MORANDI GIANNI - "Una prima valutazione dei risultati dei singoli trattamenti effettuati nel periodo 2000-2003" in AAVV "Relazione di Servizio del Settore Dipendenze Patologiche" - Dipartimento Salute Mentale dell'AUSL Modena, Settembre 2004
20	MORANDI GIANNI - "I nuovi tossicodipendenti 2004 ed anni precedenti" e "I nuovi alcolisti 2004 ed anni precedenti" in AAVV "Relazione di Servizio del Settore Dipendenze Patologiche" - Dipartimento Salute Mentale dell'AUSL Modena, Settembre 2005;
21	MORANDI GIANNI - "L'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza nella Regione Emilia-Romagna e a Modena" in "Cooperazione sociale e inserimenti lavorativi" a cura di M.Malagoli - I quaderni di Itaca n.12 - CEDIS Roma, Febbraio 2006;
22	MORANDI GIANNI / ANTOLINI / PIRANI / SORIO - "Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle Province emiliane di Modena e Ferrara" in "EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE " - n°2/2006;
23	MORANDI GIANNI - "I nuovi tossicodipendenti 2005 ed anni precedenti" e "I nuovi alcolisti 2005 ed anni precedenti" in AAVV "Relazione di Servizio del Settore Dipendenze Patologiche" - Dipartimento Salute Mentale dell'AUSL di Modena - Modena, Settembre 2006;
24	MORANDI GIANNI - Consulenza metodologica, elaborazione dati, supervisione alla ricerca, al debugging ed all'impaginazione e curatela redazionale del "Progetto d'intervento per la gestione integrata dell'utenza multi-problematica - protocolli e linee di indirizzo" - Dipartimento Salute Mentale dell'AUSL di Modena - Modena, Settembre 2006;
25	MORANDI GIANNI - Coordinamento scientifico ed impostazione metodologica della ricerca, supervisione al debugging ed elaborazione dati, stesura di 5 paragrafi e co-stesura di altri 2 paragrafi del "Tallone d'Achille - come partecipare senza farsi male. Indagine su giovani e doping a Modena" - AUSL di Modena e Provincia di Modena - Modena, Novembre 2006;