

## **Si può valutare il trattamento delle dipendenze? Un approccio pragmatico a contesti controversi**

*Claudio Bezzi, Gianni Morandi\**

### **1. Il contesto dell'esperienza**

In Emilia-Romagna il sistema informativo delle dipendenze patologiche si è costituito in 4 stratificazioni successive, passando dalle iniziali semplici schede cartacee (fine anni '70/inizi '80) alla prima cartella strutturata informatizzata, concepita come raccogliitore di dati statistici funzionante su monocomputer (1988), alla cartella socio-sanitaria GIAS, strumento di lavoro dell'équipe utilizzabile su rete di computer di singolo SerT (1992, 1993, 1997, 2000), al sistema informativo SistER funzionante su rete di computer provinciale ed interfacciato con Anagrafi Sanitarie, Laboratori Esami ed altre banche dati, anche non sanitarie (2006).

Nel tempo è cresciuto e si è complessificato il debito informativo nei confronti della Regione e del Ministero della Salute, ai quali si sta aggiungendo anche quello verso l'Osservatorio Europeo delle droghe di Lisbona. Nuove statistiche si sommano alle preesistenti, talvolta riviste e migliorate, perlopiù a livello di dettagli significativi.

Con l'uso della cartella socio-sanitaria sono poi gli stessi operatori, laddove l'analisi informativa non riesce ad arrivare, a sollecitare e richiedere miglioramenti funzionali.

A stretta cadenza periodica (ormai biennale), tale sistema informativo viene aggiornato e migliorato, cercando di mantenerlo sempre adeguato al mutare ed al crescere delle esigenze (Morandi, 2006).

Probabilmente l'unica esigenza finora non soddisfatta all'interno di tale continuo processo di miglioramento è forse quella di più lunga data: verificare i risul-

\* Gianni Morandi, sociologo sanitario, responsabile osservatorio dipendenze patologiche Ausl Modena.

tati delle cure, esigenza che nasce teoricamente insieme alla somministrazione dei primi trattamenti terapeutici.

Il campo d'indagine è altamente problematico, complesso e mutevole. Gli approcci ideologici alla lettura del fenomeno da sempre sono preponderanti, come pure la ricerca e l'aspettativa di interventi taumaturgici e risolutivi. La realtà è però quella di un'utenza che è stata definita di tipo "cronico-recidivante".

Se nella prima fase della lunga esperienza professionale di Settore (Morandi, 1989) sembrava legittimo confidare in una potenziale applicabilità della valutazione dei risultati nel campo delle tossicodipendenze (Morandi, 1993), integrata routinariamente nelle attività (Sorio, 1995), dopo le prime delusioni si rese opportuno muoversi in prospettiva più ampia, indirizzando gli sforzi soprattutto verso la costruzione di un solido sistema informativo di alto profilo, funzionale piattaforma a futuri possibili miglioramenti, valutazione compresa.

A fine 1994, su iniziativa dell'osservatorio di Modena, il Gruppo Osservatori<sup>1</sup> riunito in alcuni seminari residenziali di esperienza autoformativa, ripensò organizzativamente e metodologicamente il Sistema Informativo regionale, concludendo con un seminario sulla valutazione dei risultati, allargato a tutti i responsabili di SerT emiliano-romagnoli.

Il seminario, coordinato da un esperto di valutazione di livello nazionale, produsse parecchio materiale teorico ed anche altrettante aspettative.

La concomitanza però:

- di esperienze professionali in altra Regione dell'esperto e della società che rappresentava (ed il relativo materiale valutativo già disponibile);
- di scarse conoscenze in materia di valutazione del nostro contesto regionale (situazione generalizzata in quell'epoca), unite alle difficoltà di rilevazione (sussistendo differenze significative nella qualità dei dati dei diversi sistemi informativi aziendali) e quasi certamente alle preoccupazioni di rendere evidenti i risultati degli interventi terapeutici (i migliori possibili per una "malattia cronico-recidivante", ma nel contempo poco soddisfacenti in termini della risoluzione della tossicodipendenza attesa dall'opinione pubblica, a ciò indirizzata da una diffusa visione ideologico-fideistica del problema);
- infine, di un periodo nel quale la nostra Regione stava cercando di cambiare e migliorare il sistema d'intervento sulle dipendenze patologiche (e che da lì a poco vide nascere il primo Sistema dei Servizi Pubblici e Privati integrato d'Italia),

tutto contribuì ad cambiare da un'ipotesi di valutazione dei risultati verso il passaggio ad un'esperienza più soft di valutazione della qualità (spostando il bari-

1. Il Gruppo Tecnico Regionale Osservatori funzionò in Regione Emilia-Romagna durante tutti gli anni '90 come coordinamento tecnico-metodologico dell'attività degli osservatori e come gruppo di consulenza tecnica all'Ufficio Tossicodipendenze regionale per sistema informativo, raccolta ed analisi dati, statistiche, ricerche, etc.

centro virtuale sulla qualità dell'intervento, "precursore del risultato")<sup>2</sup>, esperienza rivelatasi però non del tutto accettata e sostenuta nel tempo<sup>3</sup>.

Le motivazioni, subito individuate dagli osservatori più attenti e capaci, stavano nell'essere, questa esperienza,

- eterodiretta, con indicatori costruiti a tavolino, perlopiù mutuati da altre esperienze territoriali, con differenti assunti valoriali o da altri contesti di utenti;
- solo parzialmente validamente centrata (con pretese di determinazione dell'uso o del non uso di sostanze basate su dichiarazioni dei pazienti, preferite a più sicuri ed attendibili riscontri diagnostici strumentali quali le analisi delle urine sull'uso di sostanze);
- distante dalle esigenze e dalle pratiche lavorative degli operatori (che vissero in alcuni casi con distacco e malumore l'esperienza), ai quali continuava a mancare un riscontro sicuro della maggiore o minore bontà delle terapie somministrate ai pazienti, oltretutto in periodi di elevata incidenza di mortalità per Aids ed overdose.

Solamente dopo aver lasciato sedimentare tale precedente esperienza, e potendo contare sulla raggiunta ordinarietà d'utilizzo del sistema informativo, nell'ambito del suo penultimo potenziamento (2005), il responsabile dell'osservatorio dipendenze patologiche dell'Ausl di Modena ha stimato maturi i tempi per provare a realizzare un'esperienza di valutazione dei risultati nel campo delle tossicodipendenze costruita insieme agli operatori, a partire dalla loro esperienza e dalle loro esigenze.

L'intento era di inserirla integralmente all'interno della successiva versione del sistema informativo regionale (SistER 2, in consegna a gennaio 2008), consentendo una registrazione semplice e rapida di ciascuna valutazione ed il calcolo delle differenze migliorative o peggiorative rispetto alle valutazioni precedenti, oltre ad una comparazione con le altre informazioni presenti sul paziente, facilmente consultabili.

Selezionato un ristretto ma significativo gruppo di 10 operatori esperti<sup>4</sup>, rappresentanti delle 5 professionalità presenti nelle équipes SerT ed esercitanti sui pazienti, abbiamo dato vita nel 2006 a questa esperienza di valutazione partecipata, che ha avuto un mandato iniziale molto chiaro:

2. Sull'esperienza Emiliano-Romagnola ci sono molti documenti fra i quali Fagioli e Ugolini (a cura, 1996), Ugolini e Giannotti (a cura di, 1998), Sorio e Morandi (a cura, 2001), Ugolini (a cura, 2005).

3. Come pare rilevabile dal rendiconto di Astolfo, Cavallucci, Mariani D'Altri e Ugolini (2005), che mostrano come lo strumento di valutazione sia stato rapidamente abbandonato immediatamente dopo la conclusione dell'attività del consulente (si vedano in particolare le pagg. 211-212) a causa di una "carezza di cultura valutativa all'interno dei servizi" e di un utilizzo ritenuto non funzionale alla loro organizzazione (*ivi*, p. 219). Per altre osservazioni si veda anche Sorio e Morandi (a cura, 2001), in particolare alle pagg. 38-39 e 57-58.

4. 2 Medici, 2 Infermieri, 2 Psicologi, 3 Educatori Professionali, 1 Assistente Sociale (causa rinuncia dell'ultimo momento di un Assistente Sociale la sostituzione è stata effettuata con un Educatore Professionale).

- non valutare, ma costruire uno *strumento* di valutazione idoneo a essere inserito nel sistema informativo (quindi essenzialmente semplice e non troppo ampio), facilitandone un uso corrente;
- lavorare in forma partecipata, e anzi utilizzare tale contesto come luogo di formazione e di apprendimento organizzativo.

I responsabili del lavoro (Morandi e Bezzi), anche alla luce delle precedenti esperienze, hanno quindi stabilito di lavorare sulle culture professionali e organizzative del gruppo, sui loro valori, sulla diversità delle competenze; senza forzare verso consensi di facciata, tenendo altresì presenti i vincoli strutturali (la successiva implementazione nella cartella regionale), organizzativi (evitando, per esempio, un'eccessiva sofisticazione che si sarebbe poi trasformata in fatica nella compilazione) ed etici (evitando l'intrusività di alcuni potenziali indicatori).

Il lavoro pattuito avrebbe dovuto costruire un set di indicatori attorno al tema dell'esito del trattamento delle dipendenze, in modo da poter periodicamente stabilire – almeno con una soddisfacente approssimazione – quali risultati produca il lavoro dei SerT.

Da un punto di vista pratico ciò impone di stabilire:

- cosa si debba intendere con 'indicatore';
- come sia possibile costruirli in gruppo;
- come sia possibile tenere conto delle differenti prospettive professionali e valoriali interne al gruppo.

## 2. Un oggetto sfuggente

### 2.1. Cosa valutare, esattamente?

Il tema centrale di *ogni* valutazione è la definizione dell'evaluando. Chiarire la sua natura, i suoi limiti (formali, normativi, ma soprattutto concettuali) per operare con azioni cognitive specificatamente mirate (ciò che chiamiamo "ricerca valutativa") è un problema tanto centrale e importante quanto trascurato (Bezzi, 2003).

Il punto di partenza, orientatore del mandato valutativo e dell'impostazione del lavoro, è stato appunto *come definire l'evaluando* (cosa quindi debba intendersi con "buon" o "efficace" esito del trattamento delle dipendenze) in un contesto gravato da molteplici condizionamenti culturali e ideologici; quanto meno questi due:

- culture *professionali* diverse, compresenti nei SerT, possono intendere diversamente il problema della salute, della dipendenza, del percorso terapeutico, e quindi assumere diversamente il problema di 'esito' e diversamente intendere l'efficacia del trattamento; le figure sanitarie potrebbero, per esempio, porre più attenzione agli aspetti somatici dell'utente, (presenza o assenza di patologie), mentre gli psicologi si interesserebbero più agli aspetti mentali (presenza o assenza di ansie, depressioni, psicosi...) rispetto ad interessi ancora diversi delle figure sociali – educatori e assistenti sociali. Si tratta di un'ipotesi di stu-

dio, ovviamente, non basata su un'analisi iniziale nei SerT di Modena ma suffragata da altre esperienze, dal buon senso e dalla letteratura; quanto meno occorre porsi il problema, se si vuole avere una ragionevole certezza di costruire un disegno valutativo che non sia espressione di alcuni parti, e oggetto non condivisibile per altre;

- riferimenti *valoriali* differenti: basta osservare il variegato panorama, pubblico e privato, degli interventi volti al recupero delle persone con dipendenza, e l'ampio, lungo, continuo confronto su questi temi in campo morale, politico-legislativo, etc., per rendersi conto che possiamo attenderci atteggiamenti che solo per brevità possiamo definire "più permissivi" o "più sanzionatori", ma che in realtà riflettono sentimenti, culture, valori e sistemi etici complessi. Vale a dire che, indipendentemente dal punto precedente, nei SerT potrebbero convivere medici, e psicologi, ed educatori, e così via, per i quali un giudizio di "buon esito" del trattamento potrebbe essere articolato a partire da profonde convinzioni etiche di natura differente, tanto da non collimare fra loro: per comprendere meglio questo elemento, e in forma forzatamente semplificata: si può immaginare che per taluni un *buon* giudizio sull'esito del trattamento implichi la *completa astinenza da qualunque sostanza, certificata da analisi oggettive (orine, sangue) per almeno sei mesi*, mentre per altri lo stesso buon giudizio potrebbe riguardare un individuo *che abbia cambiato modalità di assunzione (p.es. non iniettandosi più la sostanza), abbia intrapreso un programma educativo e si astenga da comportamenti antisociali pericolosi*; due approcci diversi, ovviamente. Anche se è lecito supporre che la vicinanza entro lo stesso servizio, la cultura di base dei servizi pubblici, e altro, conduca a stemperare posizioni estreme e ad avvicinare l'orizzonte valoriale dei professionisti del SerT, è altrettanto lecito immaginare la *possibilità* di tali posizioni diverse.

Le differenze nel background formativo-professionale, e in quello etico-valoriale, non può che condurre verso concettualizzazioni diverse della propria *mission* terapeutica, del proprio ruolo in seno al SerT e – ciò che interessa noi – dei criteri impliciti coi quali si intende il giudizio valutativo. Come ha recentemente scritto Cipolla (2007, 173) infatti

Occuparsi di droga non è [...] mai facile e scontato, a partire dall'oggetto che si presta a molti distinguo, fraintendimenti e catalogazioni difformi.

In casi come questi, come costruire un *sistema condiviso* di valutazione?

## 2.2. Le tecniche di valutazione che costruiscono il consenso

Ci siamo quindi chiesti se fosse opportuno, o semplicemente sufficiente, elaborare un classico percorso "partecipato", in cui vari professionisti dei SerT collaboravano, assieme, alla costruzione di un percorso: le differenze sopra accennate – se esistenti – si sarebbero manifestate? O sarebbero state sopite rendendo poi,

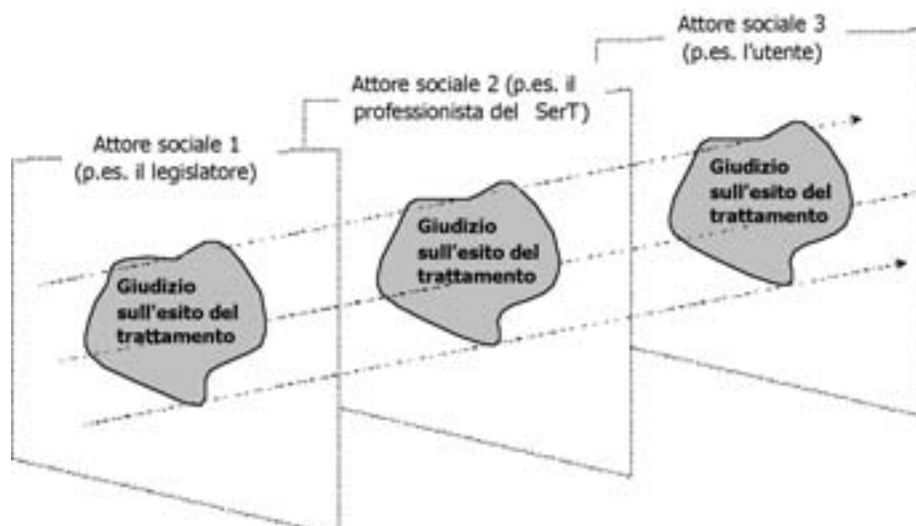
successivamente, difficile una reale applicazione di uno strumento valutativo scaturito da un consenso debole, e puramente formale?

Da un punto di vista metodologico il problema si pone sovente con l'applicazione di tecniche che mirano esplicitamente al consenso entro un gruppo.

Alla luce delle diverse competenze linguistiche, dei diversi valori di riferimento, dei contesti opachi, etc., attori diversi leggono lo stesso programma, progetto o in generale evaluando, in maniera diversa.

Ciò significa che le dichiarazioni in merito, p.es., a cosa sia giudicabile "efficace" in una determinata situazione, non genera mai una totale coincidenza di valori condivisi, e di loro omogenea definizione (come potrebbe ingenuamente credere qualcuno, Fig. 1).

**Fig. 1 – Gli attori sociali coinvolti percepiscono in identica maniera l'evaluando (ipotesi non plausibile, se non a un mero livello lessicale)**



È esperienza comune che mai si realizza la situazione rappresentata in figura 1, e che solitamente gli individui esprimono idee, convinzioni, priorità, valori diversi.

Le logiche valutative basate sul consenso cercano di indurre il gruppo a trovare un accordo univoco, intendendo implicitamente che la diversità sia semantica, ovvero relativa a connotazioni diverse che possono, almeno parzialmente, essere modificate in un processo comunicativo interazionale. Si assume cioè che si intenda, per esempio:

/efficacia del trattamento/: "diminuzione dei comportamenti compulsivi relativi all'assunzione di droghe"<sup>5</sup>,

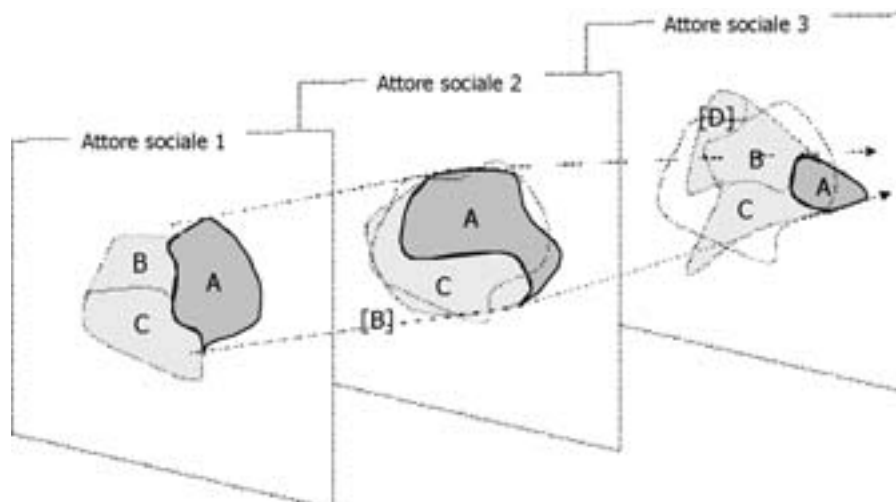
5. Non è necessario che si concordi con questa equivalenza, che deve valere come esempio

e poiché è intuitivo che “diminuzione dei comportamenti compulsivi relativi all’assunzione di droghe” può includere oppure no diverse componenti (dimensioni del concetto), può riuscire facile far condividere a un gruppo che le tre principali proprietà siano, poniamo:

1. comportamenti sociali (aggressivi oppure no, antisociali, etc.);
2. frequenza dell’uso e/o passaggio a tipi di assunzione meno dannosi (diminuzione/aumento dell’uso, passaggio da endovena ad altre assunzioni, etc.);
3. gestione del programma educativo (volontà/capacità di seguirlo, eventuali abbandoni, etc.);
4. [elementi personologici – questo è in realtà un quarto elemento possibile, si veda più avanti nel testo].

Non solo il concetto generale /efficacia del trattamento/ può essere nella realtà inteso diversamente (probabilmente è difficile che un concetto complesso e multidimensionale sia inteso come semanticamente identico), ma anche la selezione e definizione delle sue principali dimensioni costitutive potrebbe apparire molto simile e condivisibile, grazie ad accordi meramente sintattici che poco hanno a che fare con le rappresentazioni mentali sottostanti.

**Fig. 2 – Apparente e parziale coincidenza sintattica delle dimensioni dell’evaluando**



Ciò che viene rappresentato simbolicamente in figura 2 è una parziale identità – puramente lessicale e sintattica – delle dimensioni (A, B e C). Per complessifi-

generale; in effetti l’efficacia del trattamento non coincide sempre *tout court* con la diminuzione del consumo (dipende dal/i problema/i che il soggetto ha), che può benissimo essere semplicemente il sintomo (oppure il consumo può essere o diventare esso stesso problematico, in un intersecarsi che esulerebbe dagli scopi dell’esempio).

care la figura abbiamo proposto l'Attore 2 che non riconosce la dimensione B come pertinente il concetto, e l'Attore 3 che ne include invece una quarta (D, corrispondente per esempio al quarto elemento dell'elenco sopra). I tre attori rappresentati riconoscono la presenza della dimensione "A", e ritengono (e lasciano intendere al valutatore) di concordare sulla sua presenza e pertinenza ignorando che invece, oltre al lessico, i significati reali sono diversi (ciò viene rappresentato simbolicamente, in figura, con aree di forma e ampiezza diversa delle dimensioni A, B e C).

La (apparente) coincidenza lessicale-sintattica è tipica negli approcci valutativi partecipati tendenti al consenso che impiegano tecniche che si fermano al livello sintattico, quali il Focus group<sup>6</sup>.

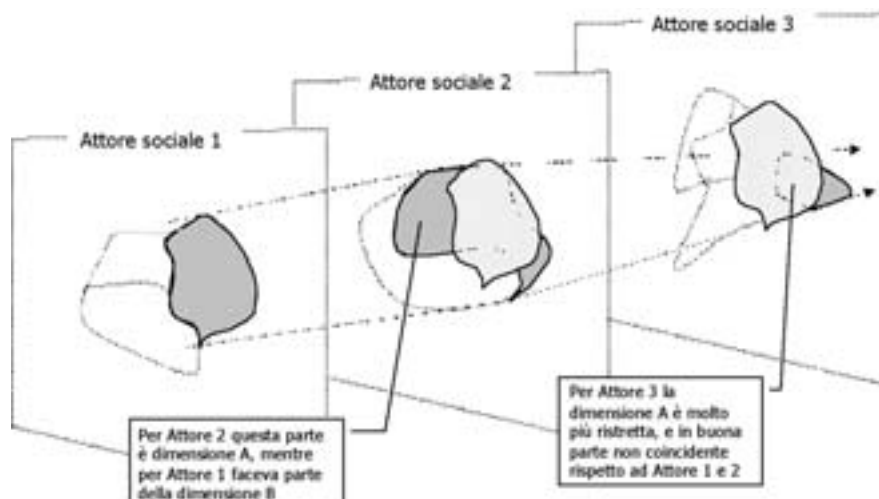
Un passo avanti è l'approfondimento degli spazi semantici sottesi al concetto e alle sue dimensioni.

In questo modo si invitano gli interlocutori a chiarire i significati delle loro espressioni, a esplicitare la loro agenda, le priorità, i valori, e a confrontarli con quelli degli altri.

Le tecniche più utili per accompagnare un gruppo in questo percorso sono il Brainstorming valutativo, la Nominal Group Technique, e altre.

In questi casi si ottiene prima un riconoscimento delle diversità (le diverse "coperture semantiche" dei concetti e dimensioni utilizzati dai diversi attori, Fig. 3), per tentare poi un avvicinamento reciproco costituito da un allargamento o da un restringimento o da un riposizionamento dello spazio semantico originariamente percepito da ciascuno (Fig. 4) tramite particolari azioni dialogiche in seno al gruppo.

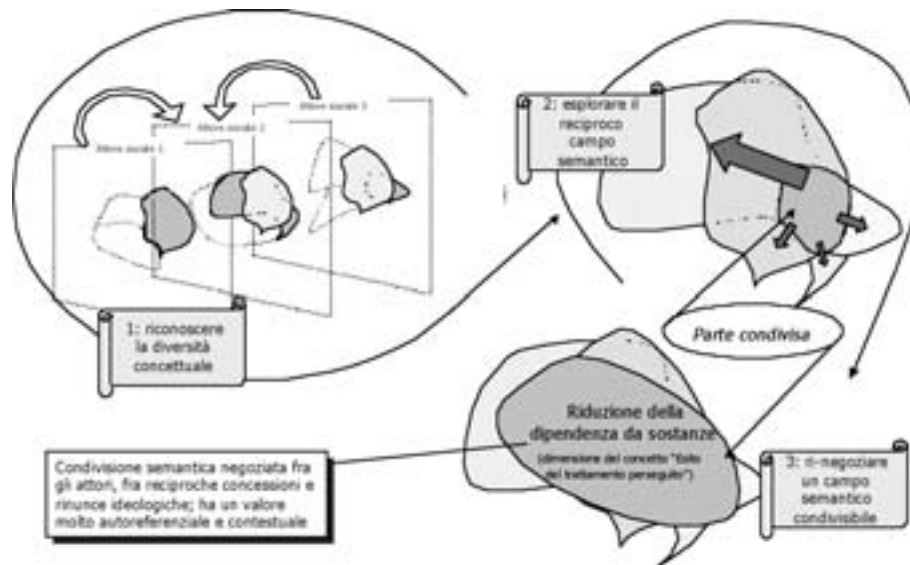
**Fig. 3 – La sintesi semantica: 1 – il riconoscimento**



6. Se non bastassero altre ragioni (Bezzi, 2005), questa ci sembra comunque dirimente per stabilire la scarsa utilità dei focus quali unico o principale strumento di valutazione.



Fig. 4 – La sintesi semantica: 2 – la riconduzione condivisa a un concetto unitario



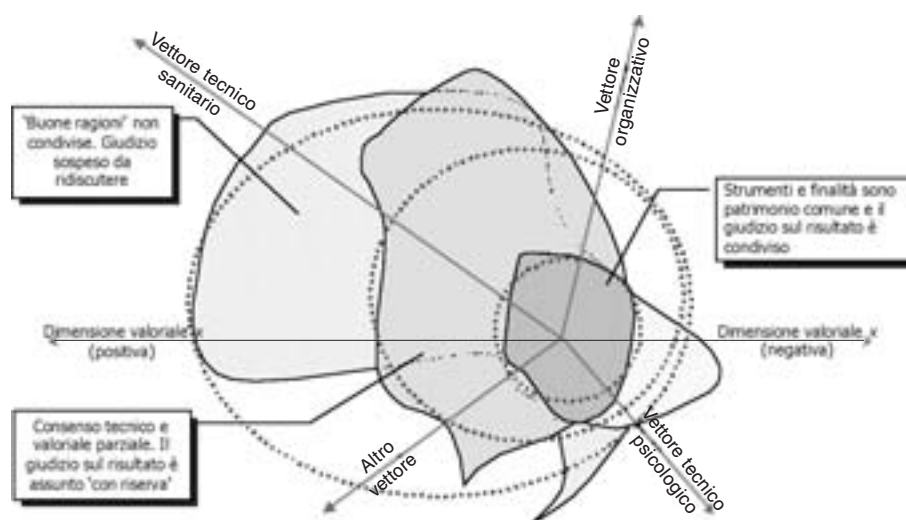
Così espresso, tale spazio semantico appare come un pezzo di gomma flessibile che si può materialmente tirare o comprimere. Dovrebbe essere ovvio che utilizziamo un linguaggio figurato, e figure simboliche, per esprimere concetti altrimenti complicati. In realtà quello che si modifica non è l'uso espressivo (che è la manifestazione finale di un processo già avvenuto) bensì lo schema mentale che lo genera; tale schema mentale, secondo Neisser (1993), è una struttura che indirizza il nostro agire percettivo capace, però, di continui adattamenti in relazione al contesto; nella situazione dialogica di un gruppo il micro-contesto situazionale convoglia informazioni e stimoli rispetto ai quali gli schemi cognitivi dei partecipanti reagiscono (in modi diversi) anche con eventuali adattamenti. Questo meccanismo può spiegare in maniera soddisfacente alcuni processi dei gruppi, e le ragioni di eventuali convergenze.

Molti studi mettono comunque in dubbio il valore di questa coincidenza, o quanto meno di questo avvicinamento che gli attori sociali raggiungono nel corso di queste azioni<sup>7</sup>. Potrebbe anche succedere, infatti, che l'accordo sia forzato, frutto di convenienze immediate e stanchezza, trascinato da figure leader, etc.

7. La letteratura è vastissima e non se ne può dare conto qui. Molti autori (in particolare, ma non solo, psicologi sociali), hanno compiuto numerosi studi, prevalentemente sperimentali, per verificare, fra l'altro, l'influenza sui risultati del lavoro di gruppo di: numerosità del gruppo; omogeneità vs. eterogeneità; presenza di osservatori; presenza di premi o sanzioni; visibile disparità di status, di ruolo, etc.; presenza di leader carismatici in grado di orientare le scelte del gruppo; fattori ambientali di disturbo; ruolo attivo o passivo del facilitatore; etc. È interessante rilevare che, malgrado l'enorme quantità di testi disponibili, su pochi elementi si abbiano reali

Rispetto a queste possibili forzature non c'è molto da fare, se non ricorrere a una sintesi pragmatica, simbolizzata in Fig. 5, in cui si prende atto dei diversi valori e priorità degli attori implicati, diversità che viene riconosciuta (come in Fig. 3) e poi *mantenuta*, attribuendo valori organizzativi diversi ai diversi livelli di consenso, ovvero utilizzando in contesti diversi varie permutazioni e opzioni che possono scaturire da un quadro più articolato e flessibile, quello appunto che riconosce valore alla diversità.

Fig. 5 - La sintesi pragmatica



La Fig. 5 cerca di rappresentare simbolicamente la sintesi pragmatica del lavoro di un gruppo: non si cerca un accordo (come esemplificato in Fig. 4), ma si accettano i diversi valori e linguaggi compresenti nel gruppo, attribuendo ad essi funzioni potenziali ai fini organizzativi e valutativi, passando dagli elementi realmente condivisi, che avranno quindi una valenza trasversale, a quelli parzialmente condivisi all'interno di "culture organizzative" (valoriali, professionali, ...) che esprimono delle "province di senso" omogenee (Schütz, 1962), che avranno una valenza funzionale, specifica.

In generale questo era l'impianto metodologico che volevamo perseguire, esplicitandolo anche al nostro gruppo di lavoro. In realtà, come ricorderemo anche nelle conclusioni di questo lavoro, non è stato possibile arrivare a una reale

certezze, perché per ogni studio sperimentale che sembra dimostrare qualcosa, ce n'è almeno un altro che lo smentisce e afferma il contrario. Il problema è probabilmente interno alla logica sperimentale, come sostiene Neisser (1993), che non può raccogliere le profonde e complesse dinamiche della realtà fuori dai laboratori. In ogni caso appare evidente che ci sia almeno da porsi una certa quantità di interrogativi. Per due buone panoramiche introduttive con numerosi esempi si vedano Baron, Kerr e Miller (1992) e Parks e Sanna (1999).

“sintesi pragmatica”, ma avere insistito su questo percorso, almeno come possibilità reale, senza costringere il gruppo verso immediati consensi lessicali, ha contribuito fortemente all'accettazione del lavoro, alla sua comprensione, e attualmente – siamo alla conclusione di una fase sperimentale del sistema – al suo uso effettivo.

### 3. Come abbiamo costruito gli indicatori

#### 3.1. 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 suoi diversi – e non sempre corretti – usi<sup>8</sup>.

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<sup>9</sup>.

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, ordinamento, utilizzabili nell'ambito del SistER (Sistema Informativo Servizi Tossicodipendenze Emilia-Romagna).

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

- *non essere percepita dagli operatori del SerT come “calata dall'alto”, tecnicistica, estranea.* Ciò ha evidentemente condotto immediatamente verso forme partecipate, che hanno visto un gruppo di una decina di operatori (di diverso ruolo, provenienti dai 7 diversi SerT modenesi) periodicamente riuniti sotto la guida di un valutatore-*facilitatore* incaricato e del sociologo ed analista informativo promotore dell'iniziativa che hanno cercato di coordinare il gruppo

8. Rinviamo per brevità al solo testo di Mauro Palumbo, 2003, pp. 107-129, per una riflessione precisa sul concetto di indicatore e il suo corretto uso in valutazione e a Eleonora Venneri, 2007, per una recentissima presa di posizione di notevole interesse e in sintonia col tentativo descritto nel nostro contributo. Ci rendiamo conto che proprio su questo tema si registrano ritardi notevoli, e spesso proprio dalla sanità ci vengono restituiti concezioni di 'indicatore' (e conseguenti set di indicatori) che sembrano ignorare problematiche epistemologiche e metodologiche rilevanti; per un approccio, appunto, molto diverso dal nostro, si veda per esempio Serpelloni e Simeoni (2003).

9. Questo è in effetti il classico concetto metodologico di indicatore proposto da Lazarsfeld alla fine degli anni '50 e ripreso in Italia, fra gli altri (e con accentuazioni un po' diverse) da Alberto Marradi, 2007 e Leonardo Cannavò, 1999.

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 disponibile 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*, anche a più livelli, fra professionisti diversi (p.es. area comparto ed area dirigenza, oppure figure sanitarie e figure definibili – *lato sensu* – “sociali”) e fra persone ideologicamente orientate in maniera differente.

### 3.2. Il processo di costruzione degli indicatori

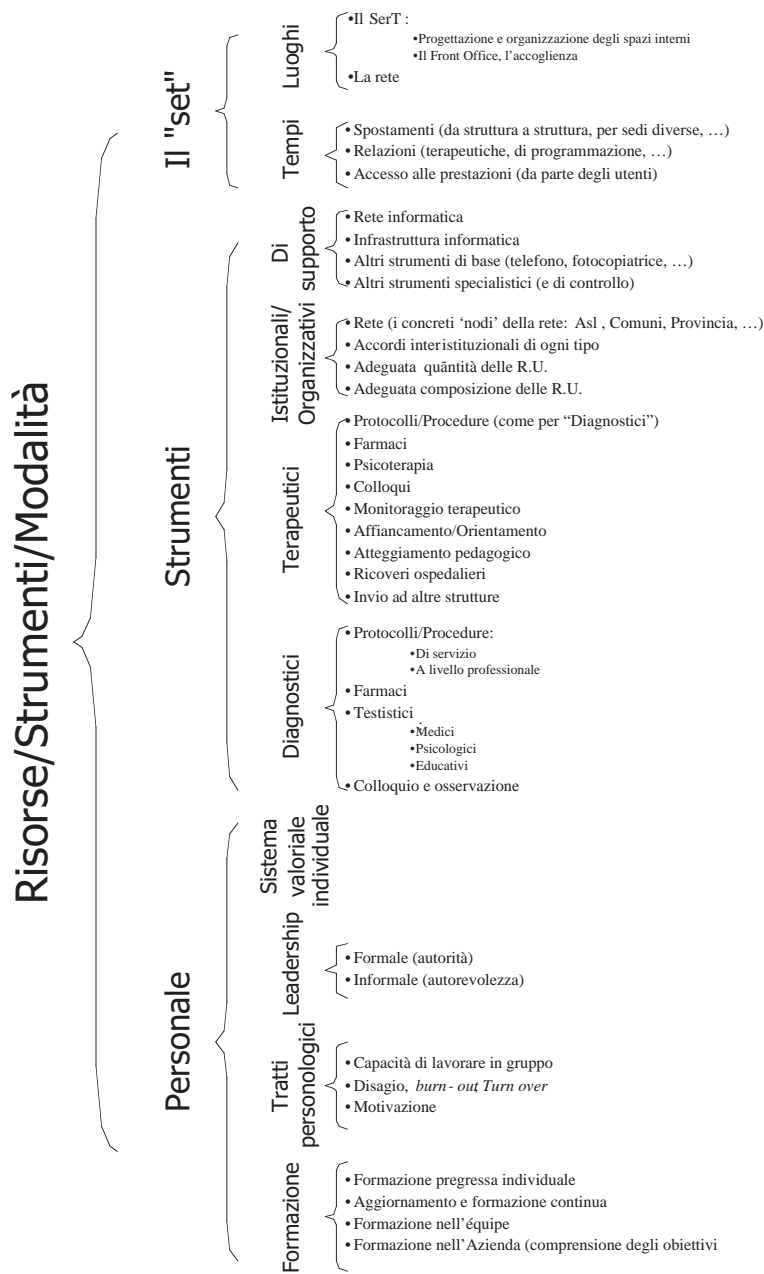
Il lavoro è proceduto in più fasi, che possiamo così riassumere:

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 è posta alcuna particolare censura; semplicemente si è aiutato il gruppo a tracciare i confini del concetto e i suoi contenuti;
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.

Per dare un'idea di massima al lettore, alla fine della fase 1 avevamo costruito la mappa degli indicatori riprodotta nelle Figg. 6a e 6b.

La riduzione di questo gran numero di potenziali indicatori è avvenuta ragionando su *ciascuna* proposta per analizzarne, collegialmente: importanza, plausibilità, reale fattibilità, significatività per gli obiettivi prefissati, etc. Tale ragionamento ha avuto carattere dialogico e partecipato, col valutatore nel ruolo di facilitatore della discussione entro il gruppo.

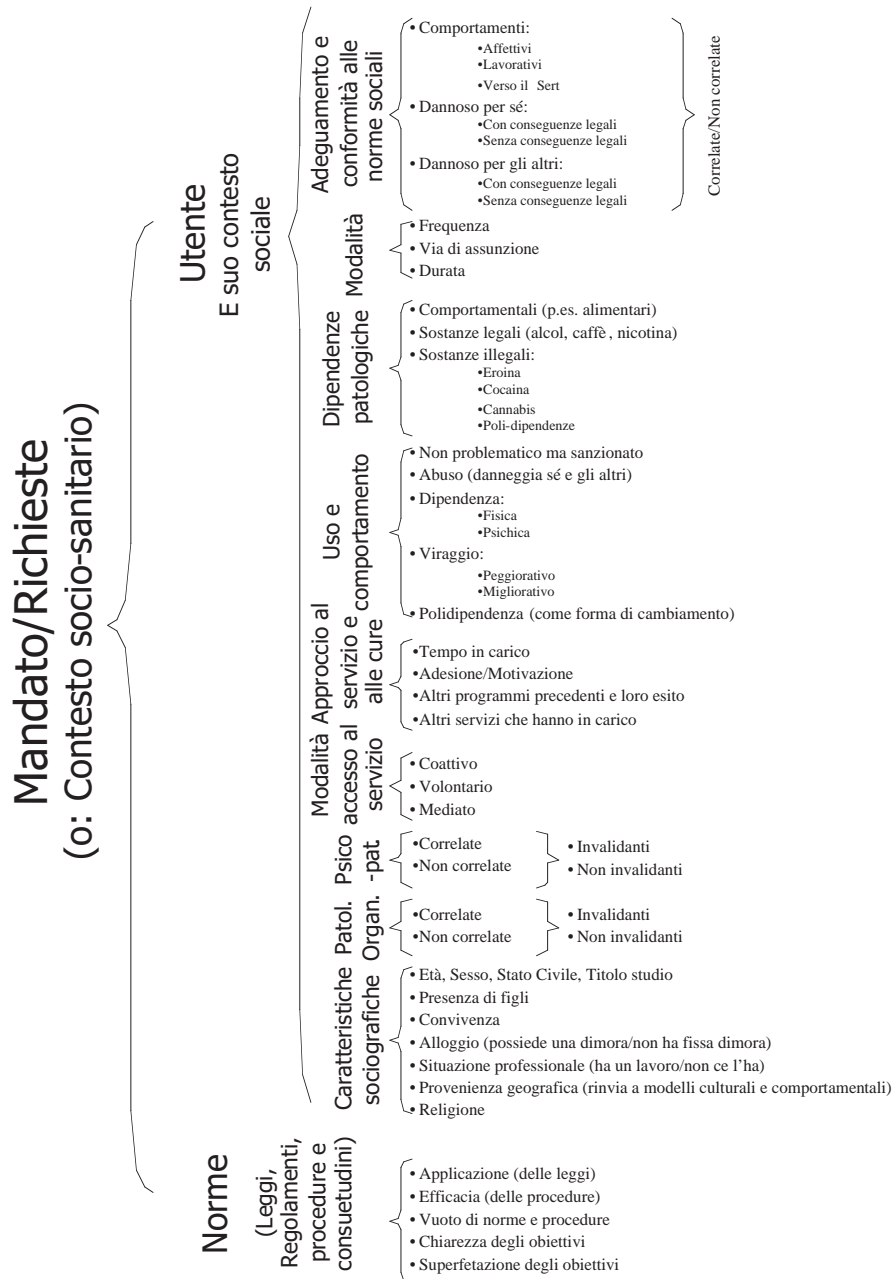
Fig. 6a – Prima parte della mappa delle dimensioni e degli indicatori (da verificare) prodotta



**(Economia)**

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

Fig. 6b – Seconda parte della mappa delle dimensioni e degli indicatori (da verificare) prodotta



### 3.3. 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 Alcolologici. 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 o interruzione 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 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<sup>10</sup>.

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.

Tutti 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<sub>0</sub> ("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

10. Non devono sembrare pochi 10 indicatori, specialmente alla luce della quantità di proposte inizialmente prodotte (Figg. 6a e 6b); come si è già sottolineato a noi occorreva uno strumento molto snello, funzionale all'inserimento in un sistema informativo preesistente, complesso, che già comporta un discreto lavoro per gli operatori.

ciò è possibile durante la Procedura di 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 successiva Procedura di Programma & Terapie. La valutazione al  $T_0$  ha lo scopo di registrare la situazione di partenza dell’utente, nella fase in cui si presenta al SerT e prima che si manifestino gli effetti dei trattamenti terapeutici;

- $T_i$  (“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 Procedura di 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 Procedura di Programma & Terapie, indipendentemente dal fatto di aver effettuato recentemente una valutazione intermedia.

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

1. situazione professionale;
2. situazione abitativa;
3. patologie organiche;
4. competenza Relazionale ed AutoPercettiva;
5. adesione alle cure;
6. comportamenti adeguati Verso Sert e gli operatori;
7. comportamenti adeguati Verso altri (il ‘mondo’);
8. capacità di prendersi cura di sé;
9. sostanze e modalità d’uso;
10. chiusura del caso.

### **3.4. 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.



<b>INDICATORE:</b> <b>2) Situazione abitativa</b>	<b>PESO:</b> 1	<b>CHI LO ISTRUISCE:</b> T <sub>0</sub> : Operatore 1° Contatto/Accettazione T <sub>1</sub> e oltre: Operatori di Riferimento
<b>STRUTTURA INDICATORE:</b> 5 = Ha un alloggio, e le condizioni di utilizzo e l'eventuale convivenza (voluta e accettata) sono comunque giudicate molto buone (al T <sub>0</sub> ) o molto migliori della volta precedente (al T <sub>1</sub> e successivi) 4 = ..... 3 = ..... 2 = ..... 1 = Non ha alloggio; condizioni comunque molto negative (al T <sub>0</sub> ) o molto peggiorate rispetto alla volta precedente (al T <sub>1</sub> e successivi)		
<b>DEFINIZIONI OPERATIVE, ISTRUZIONI, ESEMPI E SUGGERIMENTI:</b> Si tratta di una scala autoancorata. Tra Primo Contatto e Osservazione & Diagnosi si registra la situazione abitativa (T <sub>0</sub> ); il nostro interesse riguarda l'eventuale cambiamento al momento della valutazione (T <sub>1</sub> ). 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"> <li>• 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 (Osservatorio Europeo di Lisbona) "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.</li> <li>• 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.</li> </ul>		
<b>Nota esplicativa aggiuntiva (a cura dell'operatore che attribuisce il punteggio)</b>		
È stato attribuito il punteggio ha causa di..... .....		

<b>INDICATORE:</b> <b>4) Competenza Relazionale ed AutoPercettiva</b>	<b>PESO:</b> 2	<b>CHI LO ISTRUISCE:</b> Psicologo o Psichiatra
<b>STRUTTURA INDICATORE:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• riconosce il rischio?</li> <li>• ha una buona qualità della relazione con altri?</li> <li>• ha capacità di attesa?</li> <li>• è in grado di chiedere aiuto?</li> <li>• è consapevole della problematicità della propria dipendenza?</li> <li>• è in grado di conseguire obiettivi di medio-lungo termine (p.es. titolo di studio, patente, ...)?</li> </ul>		
<b>DEFINIZIONI OPERATIVE, ISTRUZIONI, ESEMPI E SUGGERIMENTI:</b> È 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: 9) Sostanza e modalità d'uso		PESO: 3 (primaria) 1 (secondaria)		CHI LO ISTRUISCE: Medico, considerando i dati già immessi nella scheda tossicologica di Sister.
STRUTTURA INDICATORE:				
SOSTANZA PRIMARIA (peso 3)	Uso compulsivo, episodi di intossicazione acuta	Uso quotidiano, o periodico ricorrente	Uso discontinuo o sporadico	Astenzione (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	Astenzione (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).				

La parola ‘direttamente’ è la chiave per comprendere questo gruppo di indicatori. È evidente che una “buona formazione degli operatori dei SerT”, un “basso turn over” 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* rende questo gruppo più complesso e opinabile. Le correlazioni fra quanto indicato e l’esito del trattamento, insomma, non è facilmente identificabile, 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).

### 3.5. Sperimentazione operativa degli indicatori

Dopo aver effettuato nel corso del processo di costruzione degli Indicatori una serie di sperimentazioni mirate (*testing* e *debugging*), parallele al procedere ed al completarsi delle varie versioni degli Indicatori, una volta terminata ad ottobre 2006 l'esperienza di valutazione partecipata che ci ha consegnato l'intera batteria dei 10 indicatori, da inizio 2007 presso i sette SerT modenesi è in corso l'applicazione sperimentale finale dello strumento, propedeutica alla validazione definitiva ed all'utilizzo ordinario e continuato.

Per il 2007 è prevista l'applicazione su tutti i nuovi casi tossicodipendenti (utenti mai presi in carico precedentemente dai SerT modenesi), stimabili in circa 250 casi (facendo riferimento alla analoga casistica 2006), e sui nuovi casi alcolisti di un solo Centro Alcologico, stimabili in circa 30 casi (stima su base 2006), al fine di testarne l'applicabilità anche a questa tipologia di utenti.

In attesa del completamento della nuova versione del sistema informativo regionale delle dipendenze patologiche SistER 2, entro il quale sono stati inseriti i 10 indicatori nella scheda relativa a valutazione dei trattamenti e follow-up, gli operatori utilizzano una versione della batteria degli indicatori compilabile direttamente a computer che consente anche il calcolo dei risultati, simulando anticipatamente alcune delle funzioni a breve disponibili su SistER 2.

Una versione informatizzata, sia in fase di imputazione dati che di calcolo sugli stessi, è stata infatti realizzata in formato Excel, al fine di permettere agli operatori di verificare immediatamente le possibili differenze tra almeno 2 somministrazioni, a livello di singolo indicatore tanto quanto dell'intera batteria degli indicatori usati.

In pratica, al momento della compilazione di ciascun indicatore, automaticamente il valore valutativo attribuito viene moltiplicato per il peso (importanza) dell'indicatore stesso ed il risultato viene ricopiato nel quadro riassuntivo globale, che riporta e riassume i punteggi espressi per tutti e 10 gli indicatori in ciascuna delle diverse valutazioni effettuate, dalla  $T_0$  ("Ti Zero") alle successive  $T_i$  ("Ti Intermedie"), fino alla  $T_f$  ("Ti Finale").

Nella Fig. 5 riportiamo un esempio di quadro riassuntivo globale, riferito all'applicazione della batteria di indicatori di esito dei trattamenti ad un caso reale (un utente pervenuto tramite una segnalazione art.121 della Prefettura, caso poco problematico trattato nell'arco di alcuni mesi).

### Conclusioni e itinerari di sviluppo

L'uso della batteria dei 10 indicatori come strumento lavorativo routinario è finalizzato al completamento del ciclo terapeutico ed al miglioramento delle pos-

sibilità del suo governo, portando in modo chiaro e condiviso sul piano dell'evidenza quanto finora restava inespresso, sottotraccia, pensato ma non detto, oppure ben che andasse detto ma non attuato.

I trattamenti terapeutici (pensati e praticati per e sul paziente) quali risultati confrontabili con le valutazioni precedenti (e con gli obiettivi del programma terapeutico, definiti prognosticamente al suo avviarsi, in riferimento alle problematiche dell'utente), stanno dando/hanno dato (a seconda che si stia effettuando una valutazione intermedia piuttosto che una finale, e in ciascuna delle 10 aree tematiche connesse agli altrettanti indicatori costruiti)?

Rispondere a questa domanda per il singolo caso non esaurisce potenzialità e finalità dello strumento.

Innanzitutto, perché gli operatori possono considerare i risultati ottenuti sul loro singolo paziente (sia in corso d'opera che alla fine del trattamento) ponendoli a confronto con quelli di utenti simili/assimilabili per problematiche o/e tipologie di dipendenza, ricavando utili indicazioni sia di natura confermativa ("Le terapie adottate sembrano dare risultati positivi"), sia di natura dubitativa ("Forse è opportuno che ripensi la strategia terapeutica o/e i suoi strumenti"), delle scelte terapeutiche operate e della rispondenza ad esse da parte del paziente, il tutto sottoposto alle forti influenze ed ai cambiamenti dell'ambiente circostante.

Secondariamente, perché la trasformazione in forma numerica e confrontabile dei valori valutativi per ciascun indicatore e la loro sommabilità nel quadro riassuntivo globale, unitamente alle caratteristiche principali del paziente (sesso, età, tipologia d'abuso, ecc..) ed alle terapie adottate, moltiplicando il tutto per la numerosità della casistica, rappresentano le solide basi per un'analisi multivariata che su ampie fasce d'utenza e su vaste aree territoriali cerchi di trarre indicazioni orientative generali sulla migliore corrispondenza possibile tra dipendenze patologiche e trattamenti terapeutici.

In terzo ed ultimo luogo, l'uso di uno strumento di valutazione del trattamento e dei suoi esiti, fornendo valutazioni intermedie (con possibilità riorientative delle terapie) e finali, a maggior ragione all'interno di un sistema informativo ben progettato e costruito, ben si aggancia all'attivazione programmata e routinaria di indagini di follow-up che verifichino e misurino a distanza di tempo l'efficacia terapeutica dei trattamenti dei Servizi Dipendenze Patologiche sulla propria utenza.

Vogliamo spendere ancora qualche parola per una conclusione sul problema che abbiamo sollevato all'inizio, vale a dire la gestione delle differenze valoriali e culturali in seno al gruppo, e la scelta metodologica di dare spazio e rilevanza a tali differenze, anziché nasconderle entro procedimenti linguisticamente occultanti.

Tutto il percorso ha realmente fatto emergere le differenze che noi ci attendavamo. Alcune figure professionali diversamente da altre, e alcune specifiche personalità rispetto ad altre, hanno effettivamente manifestato punti di vista differenti, substrati culturali e valoriali divergenti, e così via. Tutto il nostro lavoro ha continuamente cercato di far affiorare tali differenze, esplicitando più volte al gruppo il *valore della differenza*, la necessità di farla emergere *per valorizzarla*. Anche se quindi abbiamo avuto un riscontro empirico della bontà del nostro assunto iniziale, confessiamo che non siamo riusciti compiutamente a valorizzarlo, per giunge-

Fig. 5 – Esempio di quadro riassuntivo globale dell'applicazione della batteria di indicatori ad un caso

RIPORTO TOTALI INDICATORI AI DUE MOMENTI: VALUTAZIONE T0 (prima valutazione alla Presenza 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 COMPORTEMENTI ADEGUATI VERSO SERT-OPERATORI	PESO = 2 10	10	0	0	0
7.	Indicatore COMPORTEMENTI ADEGUATI VERSO ALTRI (il "Mondo")	PESO = 1 5	5	0	0	0
8.	Indicatore CAPACITÀ DI PRENDERSI CURA DI SÈ	PESO = 2 6	8	2	0	0
9.	Indicatore SOSTANZA E MODALITÀ 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

re a ipotesi di lavoro quale quella sintetizzata nella precedente Fig. 6. Le ragioni, a nostro avviso, sono semplici: i professionisti da noi coinvolti, pur provenendo da SerT diversi, si sentono fortemente implicati da una *mission* aziendale comune, parte di una comunità solidale, membri di un gruppo abituato a confrontarsi e a stemperare le eventuali divergenze; ogni qual volta – nel nostro gruppo di lavoro – sono emerse divergenze, a tratti anche aspre, è mancata la volontà di *mantenere* una traccia delle differenze, di costruire uno strumento che in qualche modo le certificasse, e i componenti del gruppo hanno preferito accordarsi su un piano consensuale che – evidentemente – veniva trovato su posizioni più astratte, concettualmente comprendenti (e quindi leggermente più vaghe). Riteniamo che se lo stesso esercizio fosse stato sperimentato con un gruppo diverso, di individui con un minore senso di identità comune (per esempio un *mix* di operatori SerT, NOT, Comunità, etc.) probabilmente la nostra disponibilità all'accoglienza dei punti di vista diversi sarebbe stata una buona occasione per costruire lo strumento multidimensionale che avevamo in mente.

#### Riferimenti bibliografici

- Astolfo R., Cavallucci A., Mariani D'Altri A. e Ugolini P. (2005), "Il divenire dell'outcome tra resistenze e innovazione. Indagine esplorativa sulla valutazione dei risultati in 35 SerT dell'Emilia-Romagna", in Ugolini P. (a cura), *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna*, FrancoAngeli, Milano 2005.
- Baron R.S., Kerr N.L. e Miller N. (1992), *Group process, group decision, group action*, Brooks/Cole Pub., Pacific Grove, CA.
- Bezzi C. (2003), *Dalla comprensione dell'evaluando alla costruzione degli indicatori*, «Rassegna Italiana di Valutazione», n. 27, pp. 45-48.
- Bezzi C. (2005), *Il focus group: consideriamone i limiti*, «Sociologia e Ricerca Sociale», n. 76/77, pp. 184-191.
- Cannavò L. (1999), *Teoria e pratica degli indicatori nella ricerca sociale. 1 - Teorie e problemi della misurazione sociale*, Led, Milano.
- Cipolla C. (2007), "Il consumo di sostanze psicoattive in Europa ed il loro significato per il soggetto fruitore", in Corposanto C. (a cura di), *Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari*, «Salute e società», a. VI, n. 2.
- Fagioli J. e Ugolini P. (a cura, 1996), *Tossicodipendenze e pratica sociologica. Prevenzione, valutazione sistema informativo e osservatorio*, FrancoAngeli, Milano.
- Marradi A. (2007), *Metodologia delle scienze sociali*, a cura di R. Pavsic e M.C. Pitrone, il Mulino, Bologna.
- Morandi G. (1989), *Verifica sui percorsi terapeutici e riabilitativi ambulatoriali e comunitari per i tossicodipendenti modenesi*, U.S.L. n. 16 di Modena.
- Morandi G. (1993), *Criteri, metodi e riflessioni sulla valutazione possibile ma improbabile*, «Sociologia e professione», n. 11.
- Morandi G. (2006), "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.
- Neisser U. (1993), *Conoscenza e realtà*, il Mulino, Bologna.
- Palumbo M. (2003), "Gli indicatori valutativi", *Rassegna Italiana di Valutazione*, a. VII, n. 27, pp. 107-129.

- Parks C.D. and Sanna L.J. (1999), *Group Performance and Interaction*, Westview Press, Boulder, Colorado.
- Schütz A. (1962), *Collected Papers*, Martinus Nijhoff, The Hague.
- Serpelloni G. e Simeoni E. (2003), “La valutazione dell’outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica”, in Serpelloni G., De Angeli M. e Rampazzo L., *La valutazione dell’outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, Regione del Veneto, Ass. Politiche sociali, volontariato e no profit, Piano di formazione Tossicodipendenze, Verona.
- Sorio C. (1995), “Linee guida per un sistema informativo con finalità valutative”, in Aa.Vv., *L’Attività di Valutazione nei SerT della Regione Emilia-Romagna. Anno 1995*, Regione Emilia-Romagna.
- Sorio C. e Morandi G. (a cura, 2001), *Epidemiologia e sociologia sanitaria. Studi sulle tossicodipendenze in Emilia-Romagna*, FrancoAngeli, Milano.
- Ugolini P. (a cura 2005), *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna*, FrancoAngeli, Milano.
- Ugolini P. e Giannotti F.C. (a cura, 1998), *Valutazione e prevenzione delle tossicodipendenze. Teoria, metodi e strumenti valutativi*, FrancoAngeli, Milano.
- Venneri E. (2007), “Indicatori sociali: scenari, acquisizioni, prospettive”, in Corposanto C. (a cura di), *Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, «Salute e società»*, a. VI, n. 2, FrancoAngeli, Milano.