

L'esperienza modenese di valutazione delle dipendenze

di Gianni Morandi

I tempi sono oramai maturi per stimare adeguatamente esiti ed effetti dell'esperienza valutativa introdotta nella cartella regionale dipendenze dell'Emilia-Romagna, raccordandoci doverosamente all'articolo del 2007 pubblicato sulla rassegna italiana di valutazione ed ai due precedenti articoli del 2007 e 2010 apparsi su questa stessa rivista, che molto sinteticamente riassumo per riannodare i vari aspetti, rimandando agli articoli originali per ogni approfondimento.

Tra 2005 e 2006, ideai, trovai i finanziamenti e coordinai un'esperienza formativa di valutazione partecipata coinvolgendovi 10 operatori (assistenti sociali, educatori, infermieri, medici e psicologi) rappresentativi dei 7 Servizi Dipendenze (SerDP) dell'Ausl di Modena, supervisionati e diretti dall'esperto Claudio Bezzi, fondatore e più volte presidente della società italiana di valutazione.

Lavorammo per un anno per costruire uno strumento valutativo valido, semplice, agile e misurabile, inseribile in un sistema informativo informatizzato.

Dal novero dei potenziali indicatori che il serrato confronto produsse, ne scartammo una cinquantina (non davvero pertinenti, di troppo complessa costruzione, incompatibili con la possibilità di informatizzazione, ecc..) e tenemmo solo i 10 che rispondevano ai requisiti, integrandosi vicendevolmente in un'unica batteria che fu informatizzata come scheda di valutazione nella cartella regionale dipendenze SistER, versione 2008.

Sette degli indicatori si basano su scale valutative autoancorate (valori 1-5), uno su una lista di controllo sì/no e due su tabelle a doppia entrata (ad esempio sostanza e frequenza d'uso). Ciascuno ha un peso, o importanza, specifico (alcuni indicatori pesano 1, altri 2 e quello sulle sostanze pesa 3) che moltiplica il valore valutativo assegnato, per cui un giudizio di 3 dato dall'operatore nell'indicatore "situazione professionale" peserà 3 mentre un giudizio di 3 dato nell'indicatore "adesione alle cure" peserà 6.

La scheda di valutazione si usa in prospettiva di ciclo temporale: all'inizio, nelle fasi intermedie ed alla fine del percorso terapeutico del paziente, consentendo un immediato e costante confronto dei punteggi, e quindi dei miglioramenti o peggioramenti, sia nei singoli indicatori che nel loro complesso, in definitiva favorendo un "aggiustamento del tiro" in materia di scelte terapeutiche.

Pazienti con situazioni gravi e problematiche necessitano di trattamenti lunghi (e relativo succedersi di più valutazioni: iniziale, diverse intermedie ed una finale), mentre condizioni meno complesse richiedono terapie di breve periodo (e conseguente compilazione di sole valutazioni iniziale e finale).

Uso e diffusione dello strumento valutativo

Rispondendo ad alcune richieste esterne di possibile impiego e di formazione all'utilizzo: nel 2010 autorizzammo un SerDP del veronese ad usarne le nostre versioni di prova (cartacea ed excel), nel 2011 tenemmo un corso di formazione a tutti i SerDP della nostra Regione, e sempre nel 2010/2011 fu la volta di uno specifico corso rivolto ai SerDP ed agli Enti Ausiliari della provincia di Reggio Emilia per un uso congiunto sperimentale nell'ambito dei percorsi terapeutici che prevedevano un periodo in Comunità Terapeutica.

La Ausl di Modena iniziò subito ad utilizzare la scheda di valutazione informatizzata in SistER, sfruttandone l'estrema semplicità d'uso e provandone una compilazione sia congiunta a livello di micro-equipe, sia individuale da parte di singoli operatori.

Quest'ultima modalità compilativa divenne rapidamente la più utilizzata, coniugandosi con la facilità d'utilizzo dello strumento, con la condivisione di fondo del giudizio degli operatori sul paziente e con l'esigenza di dover ottimizzare al massimo il sempre minor tempo disponibile, a causa dell'aumento e del complicarsi della casistica, nonché della standardizzazione e burocraticizzazione dei passaggi, che nel tempo hanno coinvolto sempre più enti e servizi diversi (psichiatria, servizio sociale, comunità, ecc..) per la gestione di un'utenza a sua volta sempre più multiproblematica.

Questo ha agito da fattore di selezione anche circa l'uso della valutazione in SistER, che da tempo tende ad essere utilizzata perlopiù da singoli operatori, quelli che più si sono abituati ad effettuarla come parte del loro processo lavorativo.

Influisce sicuramente una componente professionale, tenuto conto che delle valutazioni fino a tutto il 2019 effettuate il 66,8% è ascrivibile a medici, il 24,1% ad educatori, il 6,3% ad assistenti sociali.

Altro aspetto interessante è che proprio negli anni di inizio d'uso della valutazione integrata in SistER su alcolisti e tossicodipendenti, i SerDP iniziarono ad occuparsi dei primi giocatori patologici e sempre più

dei tabagisti afferenti ai centri antifumo (pur se trattati collegialmente a livello di terapia di gruppo), inducendo alcuni operatori a testare spontaneamente anche su di loro la scheda di valutazione, che pensata e nata però per alcolisti e tossicodipendenti si dimostrò inutilizzabile per giocatori e tabagisti. Ragionando con alcuni del gruppo base dei 10 operatori coi quali costruiamo la batteria degli indicatori, almeno la metà degli indicatori era inadatta e non significativa per giocatori e tabagisti, ma soprattutto, dal punto di vista metodologico non sarebbe stato corretto né sensato cercare semplicemente di sostituirli con altri analoghi, seppur più mirati sulle problematiche ad esempio dei giocatori. Per costruire una scheda di valutazione adeguata a queste nuove e diverse tipologie di pazienti sarebbe stato necessario ripetere l'intero processo ideativo-formativo, dalla definizione concettuale, ai brainstorming, alla individuazione di indicatori potenziali, alla fase di loro dura selezione e conseguente scarto, fino alla definizione del set finale, suo testing e trasformazione in scheda informatizzata, ovviamente dietro adeguato finanziamento del progetto che la nostra Ausl non poteva più accollarsi direttamente.

Note metodologiche

Dopo 12 anni di utilizzo, a tutto il 2019 sono state scartate 389 valutazioni effettuate su 100 tra giocatori, tabagisti o/e pazienti in semplice consulenza (situazioni che non hanno richiesto l'apertura di un programma terapeutico).

Restano 17.568 valutazioni relative ai 5.290 pazienti trattati con programma terapeutico (2.510 alcolisti e 2.780 tossicodipendenti), per il 40% circa dei quali (2.248) è stato chiuso almeno un ciclo valutativo (sono presenti almeno una valutazione iniziale ed una finale).

Per diversi dei pazienti valutati nei primi anni di utilizzo della scheda, in caso di ricadute e conseguenti nuovi programmi terapeutici, gli operatori hanno correttamente compilato un ciclo valutativo per ciascun programma, per cui abbiamo pazienti con diverse valutazioni (un paziente ogni 17 ha avuto tra le 10 e le 15 valutazioni). In caso di presenza di più cicli valutativi nelle analisi consideriamo solo l'ultimo.

Sono ovviamente privi di una valutazione finale i molti Pz che sono tuttora in trattamento, oltre ai non pochi casi nei quali gli operatori si sono dimenticati di compilarla oppure hanno cambiato luogo di lavoro, sono stati assenti a lungo per malattia, ecc...

Prima di procedere nell'analisi si tenga conto che anche nell'ambito delle Dipendenze Patologiche gli aspetti sono complessi e nel tempo le cose cambiano, come ben evidenziano alcuni sintetici dati sull'evoluzione dell'utenza dei 7 SerDP modenesi negli anni di utilizzo della scheda di valutazione.

Tra 2008 e 2018 nell'utenza con dipendenza da sostanze gli eroinomani sono calati dal 75% al 58,9% (con età media salita da 36,8 anni a 42,8), mentre i cocainomani sono cresciuti dal 15,6% al 23,9% (con età media cresciuta dai 33,1 anni ai 37,6) ed i consumatori di cannabinoidi sono passati dal 7,7% al 15,3% (con età media stabile sui 29 anni), a prosecuzione di un trend già avviato dalla metà degli anni '90 (nel 1998 gli eroinomani erano il 92,4%, i cocainomani il 2,2% ed i consumatori di cannabinoidi il 3,5%).

Eroinomani e cocainomani sono tipologie d'abuso tendenzialmente cronico-ricidivanti, peraltro di sempre più difficile attribuzione univoca, in situazioni di crescenti usi sovrapposti a fini di potenziamento degli effetti o/e di utilizzi sequenziali, stimolanti prima e calmieranti dopo.

Ne consegue che dal punto di vista metodologico rischiamo di trattare, analizzare e commentare i dati sulla base di definizioni di tipologie d'abuso (l'eroinomane, il cocainomane) tendenzialmente più pure di quanto non siano più (qualcuno potrebbe dire "non siano mai state", riportandoci in direzione di un indistinto/indistinguibile consumatore/abusatore).

Nelle nuove generazioni i mix di sostanze (e di farmaci legali, nonché di alcol) sono molto comuni e la raccolta, l'analisi e l'interpretazione dei dati che li riguardano pongono difficoltà ed interrogativi.

E' un problema che rilevo anche in un altro mio ambito di lavoro, lo studio epidemiologico della mortalità nelle DP, dove l'incertezza nell'attribuzione categoriale si riflette nell'utilizzo dei maggiori rischi relativi di mortalità dei nostri utenti per ciascuna causa di decesso, calcolati rispetto alla popolazione generale.

A seconda che gli utenti siano categorizzati come cocainomani, alcolisti od eroinomani (sulla base della sostanza primaria d'abuso registrata all'accesso al SerDP, con successivi aggiornamenti teoricamente annuali) la correlazione tra le cause di morte e la loro dipendenza assume significati diversi, limitando la nostra possibilità di prevenire, anche informando, i rischi effettivi legati a certe tipologie e modalità di consumo.

E' un rischio che corriamo consapevolmente anche nella valutazione dei risultati delle terapie, temperandone la possibilità di approfondimenti più consistenti, che ci permetterebbe la numerosità della casistica oramai disponibile.

Analisi dei risultati ottenuti

I pazienti maschi (81,1%) sono il quadruplo delle femmine e l'età media è di 40 anni, superiore per gli alcolisti (47,5) rispetto ai tossicodipendenti (33,4).

Ricordato che la scheda di valutazione fornisce un punteggio di output compreso tra 14 e 98 punti e che tanto più è basso il punteggio, tanto è peggiore la situazione, in tavola 1 riporto il confronto tra le medie dei punteggi e i relativi miglioramenti medi alla valutazione iniziale (attivazione del programma), alla prima valutazione intermedia (a distanza di 6/12 mesi), alla valutazione finale (chiusura del programma, talvolta breve e quindi senza valutazioni intermedie).

Tavola 1–Punteggi delle valutazioni per sostanza d'abuso primaria

Punteggi delle valutazioni per sostanza d'abuso primaria	Età media in anni alla valutazione iniziale	N.ro casi	Media punti			Miglioramenti valutazioni		
			valutazione iniziale	prima valutazione intermedia	valutazione finale	iniziale / prima intermedia	prima intermedia / finale	iniziale / finale
T Alcolisti	47,5	2.510	65,4	71,9	73,4	+ 6,5	+ 1,5	+ 8
T. Tossicod.	33,4	2.780	67	70,6	74,2	+ 3,6	+ 3,6	+ 7,2
- Cannabis	27,2	752	69,8	70,5	77,1	+ 0,7	+ 6,6	+ 7,3
- Cocaina	34,5	846	67,9	71	74,2	+ 3,1	+ 3,2	+ 6,3
- Eroina	36,5	1.086	64,5	70,5	70,9	+ 6	+ 0,4	+ 6,4
- Altro	39,5	96	65,6	69,6	72,4	+ 4	+ 2,8	+ 6,8
Totale	40,1	5.290	66,2	71,2	73,8	+ 5	+ 2,6	+ 7,6

Il confronto tra le medie dei punteggi (tavola 1) ci dice che:

- alcolisti ed eroinomani ottengono rapidamente buoni benefici dal cambio di abitudini comportamentali derivate dal seguire un programma terapeutico (miglioramento di 6/7 punti nella prima fase, probabilmente anche perché partono da situazioni più disastrose, nelle quali i progressi sono più tangibili), poi stabilizzano il miglioramento nella seconda parte del programma (ulteriore incremento di circa 1 punto);
- i consumatori di cannabinoidi evidenziano uno scarso miglioramento nella prima fase del programma (crescono di circa 1 punto), poi mostrano un ben più marcato progresso nell'ultima fase (migliorano di altri 6/7 punti), evidenziando la necessità di riconoscere la loro problematica ed instaurare un rapporto fiduciario e collaborativo con gli operatori del Servizio Dipendenze;
- i cocainomani si pongono in posizione intermedia, migliorando dapprima di 3 punti (cambiamento del comportamentale iniziale) e successivamente di altri 3 punti (ulteriore stabilizzazione).

Tavola 2 – Confronto valutazione finale VS sostanza d'abuso primaria

Confronto valutazione iniziale/finale	Migliora	Uguale	Peggiora	Totale	Media dei Punteggi tra valutazione iniziale e finale
Alcolisti	885	14	271	1.170	+7,4
<i>Cannabinoidi</i>	270	13	78	361	+5,1
<i>Cocaina</i>	245	13	104	362	+4,8
<i>Eroina</i>	203	17	87	307	+6,0
<i>Altre Droghe</i>	36	1	11	48	+6,5
Tot.Tossicodipendenti	754	44	280	1.078	+5,3
Totale	1.639	58	551	2.248	+6,4
Alcolisti (%)	75,6%	1,2%	23,2%	100%	
<i>Cannabinoidi (%)</i>	74,8%	3,6%	21,6%	100%	
<i>Cocaina (%)</i>	67,7%	3,6%	28,7%	100%	
<i>Eroina (%)</i>	66,2%	5,5%	28,3%	100%	
<i>Altre Droghe (%)</i>	75%	2,1%	22,9%	100%	
Tossicodipendenti (%)	69,9%	4,1%	26%	100%	
Totale (%)	72,9%	2,6%	24,5%	100%	

In tavola 2, per ciascuna tipologia di consumo, rendicontiamo la valutazione finale rispetto a quella iniziale in termini di miglioramenti, peggioramenti o mancato cambiamento.

In quasi i 3/4 del totale della casistica (72,9%) registriamo un miglioramento del quale beneficiano maggiormente gli alcolisti rispetto ai tossicodipendenti, in termini sia di pazienti migliorati (75,6% vs 69,9%), sia di punteggi più alti raggiunti nelle valutazioni finali rispetto a quelle iniziali (+7,4 vs +5,3).

Più in particolare, nei tossicodipendenti si registrano importanti differenze: da un lato i consumatori di cannabinoidi (i quali, una volta superata l'iniziale diffidenza verso il SerDP, migliorano nel 74,8% dei casi, seppur con un differenziale di punteggio appena al di sotto della media pari a +5,1); dall'altro lato gli eroinomani (i quali, necessitando di programmi più lunghi con esito perlopiù positivo, ma non di rado negativo, migliorano nel 66,2% dei casi, con un discreto aumento del punteggio medio pari a +6,0) ed i cocainomani (di più difficile inquadramento e trattamento, sia da parte dei SerDP che delle Comunità, con un rischio maggiore di abbandono e ricaduta, cocainomani che migliorano nel 67,7% delle situazioni, ma coi più bassi aumenti del punteggio medio, pari a +4,8).

Tavola 3 - Confronto valutazione finale VS Esito Programma

Esito programma / valutazione finale	Migliora	%	Uguale	%	Peggiora	%	Totale
Completato	1.037	92,6%	24	2,1%	59	5,3%	1.120
Interrotto	330	68,8%	14	2,9%	136	28,3%	480
Abbandonato	272	42%	20	3,1%	356	54,9%	648
Totale generale	1.639	72,9%	58	2,6%	551	24,5%	2.248

Infine nelle tavole 3 e 3A, analizziamo nuovamente la valutazione finale (sempre in termini di miglioramenti, peggioramenti o mancato cambiamento) ma raffrontandola con ciascuna categoria di esito del programma terapeutico, completato, interrotto od abbandonato, prima per tutta l'utenza e poi distintamente per alcolisti e tossicodipendenti.

Come ci si potrebbe aspettare, i programmi completati si accompagnano in stragrande maggioranza ad un miglioramento nella valutazione finale (92,6%), leggermente più marcato tra gli alcolisti rispetto ai tossicodipendenti (94,1% vs 90,7%).

Più sfumato il risultato dei programmi interrotti "per cause di forza maggiore" (in precedenza definiti come "terminati"), denominazione dentro alla quale confluiscono: i passaggi ad altre strutture (il paziente cambia residenza e relativo SerDP di riferimento, oppure torna al luogo di residenza a fine pena dopo un programma iniziato in carcere nel modenese coi locali SerDP), i decessi, le incarcerazioni (spesso in altre province), le chiusure d'ufficio dei programmi (automatismi della cartella informatizzata SistER, introdotti per esigenza ministeriale legata al flusso Sind, in caso di mancate compilazioni superiori ai 2 mesi - poi negli ultimi anni portati a 6 mesi - perlopiù legati a dimenticanze o/e a pazienti persi di vista, non di rado usati ad alternare periodi di contatto ad altri di dileguamento).

I programmi interrotti hanno comunque avuto valutazione finale di miglioramento in 2/3 dei casi (68,8%), poco di più tra i tossicodipendenti rispetto agli alcolisti (70% vs 67,4%).

Infine, i programmi abbandonati per scelta degli utenti ci mostrano risultati di miglioramento (ancorchè si tratti perlopiù di miglioramenti lievi nei punteggi) nei 2/5 dei casi (42%), con marcate differenze tra alcolisti e tossicodipendenti (48,5% vs 34,7%) come pure tra femmine e maschi (48,1% vs 40,4%), a sottolineare che il rapporto terapeutico col SerDP ed i suoi operatori, anche in caso di ricadute, produce effetti mediamente positivi su atteggiamenti e comportamenti dei pazienti, propedeutici a successivi tentativi di disassuefazione.

Tavola 3A - Confronto valutazione finale VS Esito Programma – alcolisti e tossicodipendenti

Esito programma / valutazione finale	Migliora	%	Uguale	%	Peggiora	%	Totale
Completato	565	94,1%	7	1,2%	28	4,7%	600
Interrotto	155	67,4%	3	1,3%	72	31,3%	230
Abbandonato	165	48,5%	4	1,2%	171	50,3%	340
Totale Alcolisti	885	75,6%	14	1,2%	271	23,2%	1.170
Completato	472	90,7%	17	3,3%	31	6%	520
Interrotto	175	70%	11	4,4%	64	25,6%	250
Abbandonato	107	34,7%	16	5,2%	185	60,1%	308
Totale Tossicodipendenti	754	69,9%	44	4,1%	280	26%	1.078

Conclusioni

Come abbiamo visto, l'utilizzo dello strumento valutativo, che ci permette comparazioni misurabili dei cambiamenti intervenuti nel tempo sull'utenza trattata terapeuticamente, ha fornito risultati positivi, supportando la validità del lavoro degli operatori anche nelle situazioni meno credibili (interruzioni od abbandoni). Chi semina raccoglie.

Internamente ai nostri SerDP non abbiamo mai effettuato momenti formativi sul suo uso o di aggiornamento per i nuovi operatori (i troppi impegni non ce l'hanno consentito e giocoforza abbiamo dovuto fidare sulla completezza delle note esplicative interne alla stessa scheda valutativa), né abbiamo mai organizzato convegni o seminari, solitamente mirati ad un mix tra riflessione, rilancio ed autocelebrazione.

Ci siamo limitati ad una diffusione interna standard: ho sempre stilato un sintetico resoconto annuale, corredato delle tabelle qui allegate e poche altre, che veniva messo a disposizione degli operatori come documento consultabile dentro SistER, oltre ad inserirne una stringata versione nel report annuale dell'Osservatorio prima e dipartimentale poi.

Malgrado ciò, tanti operatori (specialmente medici) hanno adottato stabilmente lo strumento valutativo per i pazienti con problemi di alcolismo o tossicodipendenza, al punto che taluni hanno provato ripetutamente ad usarlo anche per tabagisti e giocatori, nonostante la sua inadeguatezza verso tali tipologie d'utenza.

Altrettanto vero è che altri operatori, in parte delegandolo al medico, non ne fanno uso, e diversi utenti sono privi di una qualsiasi valutazione, anche solo abbozzata.

Riflessioni

Nell'articolo di primo resoconto del 2008 ci ponevamo come obiettivi di estenderne l'utilizzo sia internamente ad altre tipologie d'utenza, sia esternamente presentandolo agli altri SerDP della Regione, dando disponibilità anche ad enti esterni interessati.

Ci siamo interrogati e dati risposta sulla possibilità di estenderlo ad altre tipologie d'utenza, trovando confine invalicabile nelle limitazioni di budget aziendali e nello scarso interesse regionale, nonostante sarebbe stato quello il momento ideale per costruire uno strumento valutativo, proprio ad inizio dei trattamenti per gioco patologico.

Nel 2011, tentando di presentare e mettere a disposizione lo strumento valutativo ai colleghi (di tante diverse professionalità) degli altri SerDP regionali, ho purtroppo trovato conferma di quanto già nel 1993 titolavo in un mio articolo su Sociologia e Professione, scrivendo di una "valutazione possibile ma improbabile".

Se allora i Servizi Dipendenze erano appena nati (L.162/90) e si poteva anche parlare di "tempi non ancora maturi" (nonostante il tema dei concorsi per sociologo nel SSN già da anni fosse unicamente la valutazione), quando nel 2011 con Bezzi in Regione tenemmo il corso di presentazione/formazione dello strumento valutativo, non solo i sociologi ma anche le altre professionalità presenti (medici, psicologi, operatori sociali) non potevano ignorare l'esistenza e l'importanza della valutazione dei risultati e l'esigenza del suo utilizzo nella quotidianità lavorativa.

Aldilà di poche eccezioni, ci trovammo invece di fronte all'indifferenza, a dubbi sulla validità scientifica dello strumento autocostruito (vanamente confutate da Bezzi ribadendo la validità del metodo) ed a critiche sulla sua estensibilità: essendo stato costruito (brainstorming e successive fasi di sviluppo) da operatori modenesi (pur se altamente esperti) a priori altri non ci si riconoscevano e rivendicavano di poterne fare una propria versione, salvo poi, a nostra disponibilità di fornire supporto, obiettare carenze di tempo (una sorta di evitamento disvalorizzante).

Pur mancando strumenti validati di valutazione degli esiti dei trattamenti per il mondo delle dipendenze, oltretutto semplici ed informatizzati, viepiù nella propria cartella di lavoro, e pur rendendosi conseguentemente necessario iniziare a costruirli, vinse la carenza di cultura valutativa.

Per il futuro, i 7 SerDP modenesi continueranno ad utilizzare la scheda di valutazione integrata in SistER finché sarà possibile.

Entro i prossimi tre anni SistER (sistema informativo regionale dipendenze) verrà assorbito dal nuovo sistema informativo regionale che integra le cartelle di psichiatria adulti, neuropsichiatria infanzia-adolescenza, dipendenze patologiche, contemperandone e snellendone caratteristiche ed esigenze. Speriamo che la scheda di valutazione delle dipendenze vi trovi spazio e continuità.

Bibliografia

- Antolini G., Morandi G., Pirani M., Sorio C. "Differenze di genere e mortalità in una coorte di eroinomani nelle province emiliane di Modena e Ferrara", *Epidemiologia & Prevenzione*, 2, 2006
- Astolfo R., Cavallucci A., Mariani D'Altri A., Ugolini P., "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*, Franco Angeli, Milano, 2005
- Bezzi C., "Dalla comprensione dell'evaluando alla costruzione degli indicatori", *Rassegna Italiana di Valutazione*, 27, 2003
- Bezzi C., "Il focus group: consideriamone i limiti", *Sociologia e Ricerca Sociale*, 76/77, 2005
- Bezzi C., Morandi G., "Si può valutare il trattamento delle Dipendenze? Un approccio pragmatico a contesti controversi", *Rassegna Italiana di Valutazione*, 37, 2007
- Bezzi C., Morandi G., "Valutare le Dipendenze Patologiche", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 21, 2007
- Cannavò L., "Teoria e pratica degli indicatori nella ricerca sociale. 1 - Teorie e problemi della misurazione sociale", LED, Milano, 1999
- Morandi G., "Verifica sui Percorsi Terapeutici e Riabilitativi Ambulatoriali e Comunitari per i Tossicodipendenti Modenesi", USL 16, Modena, 1989
- Morandi G., "Criteri, metodi e riflessioni sulla valutazione possibile ma improbabile", *Sociologia e professione*, 11, 1993
- Morandi G., "Primi risultati di Valutazione delle Dipendenze", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 20, 2010
- Morandi G., "L'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza nella Regione Emilia-Romagna e a Modena", in Malagoli M. (a cura) *Cooperazione sociale e inserimenti lavorativi, I quaderni di Itaca*, CEDIS, Roma, 12, 2006
- Morandi G., Periche Tomas E., Pirani M., " Mortality risk in alcoholic patients in Northern Italy: comorbidity and treatment retention effects in a 30 year follow-up study", *Alcohol & Alcoholism*, MCA, Oxford, 2015
- Serpelloni G., Simeoni E., "La valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica", in Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L., "La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza", *Regione Veneto, Assessorato politiche sociali, volontariato e no profit, Piano di formazione tossicodipendenze*, Verona, 2003
- Sorio C., "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*, 1995
- Ugolini P. (a cura di), "Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna", Franco Angeli, Milano, 2005
- Venneri E., "Indicatori sociali: scenari, acquisizioni, prospettive", in Corposanto C. (a cura di), "Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari", *Salute e società, anno VI, n. 2*, Franco Angeli, Milano, 2007



Gianni Morandi

Laurea in Sociologia, specializzazione in Sociologia sanitaria, Master in Epidemiologia Tossicodipendenze, dirige l'Osservatorio Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena. Come supervisore scientifico per vent'anni ha coordinato le 6 revisioni della cartella regionale dipendenze dell'Emilia-Romagna, è stato segretario nazionale della Società italiana Sociologia.