

Valutazione della adeguatezza quantitativa e del rendimento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti

Riccardo Capozzi

Premessa

La valutazione quantitativa di un servizio di assistenza ai tossicodipendenti pubblico è un problema di difficile impostazione sia teorica che metodologica.

Per quanto concerne l'ambito teorico si dovrebbe disporre di un modello operativo di servizio che effettivamente sia stato provato corrispondere alle esigenze ed ai bisogni dell'utenza.

Sul versante metodologico d'altronde, pur avendo chiarezza teorica di riferimento, bisognerebbe affrontare i complessi problemi che nascono dal valutare gli operatori i quali hanno, tra l'altro, figure professionali, competenze ed esperienza molto diverse tali da rendere scarsamente confrontabili i singoli profili. Quest'ultimo aspetto implica innanzitutto un approccio di ricerca non intrusivo verso l'attività degli operatori (individuando al riguardo degli indici indiretti del loro agire) e richiede inoltre che la finalità stessa della ricerca rappresenti solo un contributo conoscitivo teso al miglioramento dei servizi. In altri termini è necessario evitare ogni forma ed atteggiamento che ponga gli operatori sotto accusa, facendoli sentire eccessivamente responsabili delle inadempienze dell'assistenza pubblica.

Tornando al punto teorico, non mi risulta che esista a riguardo della tossicodipendenza un modello di intervento ideale, bensì credo sia indispensabile approntarne uno ad hoc per ogni singola realtà umana e sociale. Come suggerisce Parolin¹³ «nessuna delle interpretazioni proposte (secondo il modello sociologico, psicologico, medico-organicistico ecc.) è attualmente ritenuta soddisfacente» e quindi è opportuno «attenersi ad una interpretazione circolare o multifattoriale».

A mio avviso è quindi indispensabile, prima di porsi i problemi metodologici relativi al come valutare il funzionamento di un servizio, chiedersi rispetto a quale modello stiamo operando il confronto. Ma soprattutto chiedersi se l'eventuale modello di riferimento che abbiamo in mente sia proprio quello che necessita alla specifica utenza a cui è destinato il servizio stesso.

Il punto fondamentale da cui partire consiste nell'individuare le peculiari ca-

ratteristiche ed i reali bisogni espressi dalle persone che afferiscono ad ogni singolo servizio, delineando un MODELLO UTENZA che consideri le più importanti variabili che differenziano la domanda.

Ed inoltre comprendere bene il modo in cui queste variabili si trasformano nel tempo attraverso un MODELLO DINAMICO dell'UTENZA. Questo perché la tossicodipendenza è un problema che si può cogliere solo adottando un'adeguata prospettiva temporale, indispensabile per afferrare il significato sia individuale che sociale del cambiamento⁸.

Ora solo una volta raggiunto l'obiettivo di delineare un modello dinamico dell'utenza, che tenga conto di un periodo ampio di tempo e di come le caratteristiche ed i bisogni dei tossicodipendenti vadano mutando, possiamo porci il problema di valutare l'operatività del servizio facendo riferimento alla specifica situazione sociale, economica e culturale nella quale il servizio è nato e si è sviluppato.

Il punto di arrivo sarà corrispondere alle esigenze delle persone, in senso terapeutico e non collusivo, ossia avvalersi di più strategie e proposte d'intervento, adeguatamente differenziate in base alla nostra conoscenza dell'utenza. «Sul piano del servizio, dovrebbe (deve) tradursi in offerta di risposte non univoche, in flessibilità degli atteggiamenti, in disponibilità all'uso di tecniche diverse di intervento»⁶.

Una nota particolare merita la prevenzione non solo dei comportamenti tossicomani ma in special modo quella dei comportamenti a rischio AIDS che, come è noto, risultano essere diffusi soprattutto tra i tossicodipendenti, che rappresentano il 66.2% del totale dei casi¹ al 30.9.1988.

Progetto di ricerca

In base a quanto detto nella premessa possiamo suddividere il progetto di ricerca sulla «adeguatezza quantitativa e sul rendimento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti» in quattro fasi fondamentali.

Nella prima fase andrebbero raccolte numerose variabili di carattere sociale,



Valutazione della adeguatezza quantitativa e del rendimento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti

medico, psicologico e biografico. L'obiettivo di questa fase è descrivere nel modo più ampio possibile le caratteristiche del particolare gruppo sociale di utenza in oggetto. La raccolta dei dati può venir compiuta sia su tutti i pazienti in carico al servizio che solamente su un campione rappresentativo della stessa, adeguatamente selezionato.

Nella *seconda fase* andrebbero isolate le variabili che, in base a confronti opportunamente effettuati, risultino essere le più discriminanti, che consentano cioè di distinguere i diversi tipi di utenza e quindi di problematiche e relativi bisogni. In questo modo si dovrebbe giungere ad un MODELLO UTENZA della *domanda attuale* posta al servizio dai diversi gruppi di tossicodipendenti individuati.

Nella *terza fase*, partendo dal modello di utenza precedentemente delineato, dovremmo osservare quali cambiamenti hanno subito le sue variabili valutandole retrospettivamente per un arco di almeno dieci anni, in modo da prevedere le possibili *trasformazioni della domanda* in un MODELLO DINAMICO dell'UTENZA.

Nella *quarta fase* andremmo a porre in relazione il tipo specifico di domanda rivolto al servizio con quanto esso realmente offre ed ha offerto, alla luce della esperienza acquisita dai suoi operatori. Di conseguenza la valutazione del rendimento di un servizio pubblico di assistenza diventa più costruttiva se è basata sul confronto tra le potenzialità già espresse dallo stesso e le necessità individuate nella attuale situazione.

Ricerche compiute

In riferimento a quanto già detto nella premessa sul progetto di ricerca, vedremo come è stato concretamente realizzato, e in ciascuna delle quattro fasi descritte, quali risultati concreti sono stati raggiunti e quali sono ancora da ottenere, nell'ambito del S.A.T. RM1.

Prima fase — La prima fase del progetto è consistita nella pianificazione stessa della ricerca, e nella effettuazione di uno studio di preliminare esplorazione delle variabili indipendenti e dipendenti⁵⁻¹¹.

Il punto importante che si è dovuto affrontare è stato descrivere, nella maniera più obbiettiva, il comportamento del tossicodipendente nel servizio. Ma come possiamo rappresentare la domanda ed il comportamento del tossicodipendente senza distorcere la realtà con la nostra osservazione?⁹

Secondo Girardi¹² la «domanda tipo» rivolta dal TD al servizio si caratterizza soprattutto per il fatto che «il TD si presenta al servizio pubblico spinto da una motivazione economica per ottenere sostanze sostitutive». È quindi proprio il metadone a costituire la soluzione del problema. Infatti, essendo l'assunzione del metadone accuratamente controllata e registrata dai medici, possiamo individuare proprio nel modo in cui il TD «gestisce» la sostanza sostitutiva un oggetto parametro, sia del rapporto che egli instaura con il servizio, che più in generale della sua tossicodipendenza. Quindi la ricerca pilota ha comportato, innanzitutto, la determinazione di un ampio numero di indici che potessero riassumere, nel modo più completo, il comportamento di assunzione del metadone. Ed inoltre, volendo descrivere ampiamente le caratteristiche dell'utenza, sono stati raccolti numerosi dati socio-biografici.

L'ipotesi specifica dalla quale ci siamo mossi è che vi sia un effetto delle variabili socio-biografiche nel differenziare le modalità d'assunzione del metadone, e quindi indirettamente di esprimere la propria domanda e di confrontarsi con il servizio.

I risultati di questo lavoro⁷ sono interessanti. Da un lato abbiamo trovato indici validi nel rappresentare, sia la terapia metadonica che il panorama socio-biografico dei tossicodipendenti; dall'altro sono state evidenziate delle connessioni tra la storia individuale del TD e l'assunzione della terapia sostitutiva.

Infatti si è constatato quale insieme di condizioni favorevoli per beneficiare della terapia metadonica, o comunque per non averne più immediata necessità, quello di essere in cura volontaria, il possedere un lavoro stabile ed il non essere mai stati ristretti. Inoltre, si è visto, che i Ss che iniziano precocemente la tossicodipendenza ottengono aumenti di dosi del metadone in minor tempo dei Ss

con inizio tardivo. Da ultimo i Ss con alle spalle una breve storia di TD sviluppano piani di disintossicazione aventi durata minore rispetto a quelli dei Ss con una lunga storia di TD.

Avendo ottenuto questi risultati siamo stati incoraggiati nel proseguire la ricerca di un più completo modello, che tenesse anche in considerazione l'effetto di variabili psicologiche sulla assunzione della terapia sostitutiva.

Seconda fase — L'obiettivo di questa fase è stato quello di realizzare un Modello Utenza della domanda attuale posta al servizio.

Grazie allo studio preliminare, si è visto che un punto fondamentale era, da una parte semplificare il numero degli indici metadonici, dall'altra considerare in un modello unitario le variabili socio-biografiche e quelle psicologiche. Una svolta importante è stata la scoperta di relazioni non-lineari che correlavano le due variabili metadoniche principali (presenze e rialzi) con le riaccettazioni (numero di interruzioni della terapia sostitutiva), e con i profili della personalità tratti dall'MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Per brevità non posso riportare quello che poi è diventato un entusiasmante percorso di ricerca; comunque siamo infine giunti ad individuare un modello dell'utenza, che distingue cinque gruppi di tossicodipendenti in carico al S.A.T. ed uno costituito dai TD che lo hanno lasciato.

Questa tipologia mostra, in sintesi, come le fasce di TD psicologicamente più disturbate intrattengono con il S.A.T. un rapporto di continua presenza nell'arco dell'anno, oppure, all'opposto, frequentano il servizio episodicamente (1 mese l'anno) assumendo di conseguenza meno metadone; mentre i TD, con un quadro di personalità non particolarmente disturbato, presentano il maggior numero di interruzioni dei piani metadonici, una frequenza media del servizio (sei mesi l'anno) ed una conseguente moderata assunzione di metadone. Questi TD, infine, somigliano molto nelle caratteristiche psicologiche ai TD che, non avendo serie problematiche, dopo un certo periodo abbandonano il servizio ma, differenzialmente da questi, i primi riconoscono una più alta percentuale di disoccu-

Valutazione della adeguatezza quantitativa e del rendimento dei servizi di assistenza ai tossicodipendenti

pati e di precedenti penali. In altri termini i TD più gravi psicologicamente, ma anche per condizioni lavorative e sociali, instaurano un rapporto con il S.A.T. che può essere o completamente passivo, oppure assente ed episodico; mentre i TD più «sani» riescono a sviluppare, ad esprimere una relazione con il servizio di tipo dialettico, potendo per ampi periodi non far ricorso all'assistenza pubblica, sino ad abbandonarla qualora riuscissero a migliorare il loro inserimento nel mondo del lavoro.

Quanto detto è riferito ad un arco temporale di un anno, il 1986/87, costituendo perciò solo una descrizione della realtà presente, e non potendo evidenziare le trasformazioni della stessa nel corso degli anni.

Terza fase — In questa fase, estendendo il modello utenza da un periodo di solo un anno a circa dieci anni, verrà posto in risalto come quei TD, di cui è nota la domanda attuale, abbiano espresso il proprio disagio negli anni precedenti, dal loro primo ingresso al S.A.T. ad oggi. Questa parte della ricerca è tuttora in corso presso il S.A.T. della USL RM1.

Quarta fase — La valutazione del servizio, come indica J. Wing¹⁵, per essere ben condotta deve rispondere ai seguenti quesiti:

- «1. chi è in contatto con il servizio (caratteristiche dell'utenza e volumi di prestazioni);
2. quali sono i bisogni del paziente e della sua famiglia;
3. può il servizio rispondere ai bisogni degli utenti (risorse esistenti e conformità della qualità delle prestazioni a norme professionali);
4. quante persone non in contatto con il servizio necessitano di intervento (prevalenza della domanda e dei bisogni nella popolazione);
5. che cambiamenti sono necessari nei servizi per rispondere ai bisogni non affrontati (analisi costo-benefici);
6. se e come i cambiamenti introdotti hanno con successo ridotto i bisogni precedentemente non affrontati (analisi risultati-efficacia)».

Gli studi di valutazione, come suggerisce B. Bacigalupi⁴, «a partire da questi sei quesiti, possono essere classificati quanto al loro oggetto in tre categorie:

valutazione di processo, di esito e di struttura».

1. Le *valutazioni di struttura* hanno per oggetto il numero e la qualificazione degli operatori, ed il tipo di organizzazione nella quale svolgono la loro attività professionale.

2. Le *valutazioni di processo* attengono alla relazione utente-servizio. Quindi valutano le caratteristiche dei pazienti ed il tipo di interventi messi in atto dagli operatori.

3. Le *valutazioni di esito* infine valutano i risultati terapeutici sulla salute dei pazienti e dei loro familiari.

Il problema cruciale, come sottolinea B. Bacigalupi, nella valutazione di un servizio è rappresentato dallo scegliere degli indicatori, delle tre precedenti categorie, che siano «concettualmente pertinenti, sensibili, essenziali e rilevati tempestivamente in maniera accurata... è necessario che questi permettano una valutazione dei risultati in maniera comparativa ed indipendente» con altri modelli di cura e con diversi momenti storici dello stesso servizio.

Il piano dettagliato degli indici da scegliere, e di come porli in relazione con il Modello Dinamico della Utenza, sarà definito a modello completato, quando cioè disporremo di tutti gli elementi, sia teorici che empirici, per valutare adeguatamente il servizio.

Note bibliografiche

1 AA.VV. *Aids Notizie*, 1988, Anno 1, n. 1.
 2 AMMANITI M., ANTONUCCI F., LUONI G., a cura di, *Strumenti conoscitivi per la nuova assistenza psichiatrica*. 1986 Edizioni Borla, Roma.
 3 ANTONUCCI F., PIPERNO R., LUONI G., a cura di, *Tra il dire e il fare. Il dipartimento di salute mentale come sistema integrato di servizi*. 1983 Bulzoni editore, Roma.
 4 BACIGALUPI M., «La valutazione dei servizi e dell'intervento psichiatrico: un approccio metodologico». In *Strumenti conoscitivi per la nuova assistenza psichiatrica*, 1986 a cura di M. Ammaniti, F. Antonucci, G. Luoni. Borla. pp. 35-42.
 5 BOUDON R., *Metodologia della ricerca sociologica*. 1970 Società editrice il Mulino, Bologna.

⁶ CANCRINI L., *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicomani*. 1982 La Nuova Italia Scientifica, Roma, pp. 140-141.

⁷ CAPOZZI R., «Studio preliminare dell'effetto di variabili socio-biografiche sulla assunzione del metadone». In corso di pub. 1989.

⁸ COSER L.A., COSER R.L., «Prospettiva temporale e struttura sociale» in *Tempo e Società* a cura di Tabboni S., Franco Angeli, Milano. 1963 pp. 163-171.

⁹ DESPORTES T.-P., «Gli effetti della presenza dello sperimentatore nelle scienze del comportamento». *Collana di Psicologia*, n. 1, Città Nuova Editrice, Roma.

¹⁰ EAGLE M.N., «Lo statuto epistemologico dei dati clinici». *Rivista di Psicologia Clinica*, Dibattiti. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1988. pp. 241-252.

¹¹ FRUDA L., *Concetti e strumenti per l'analisi sociologica e la pianificazione sociale*. La Giardica, Editrice Universitaria di Roma 1988.

¹² GIRARDI B., «Il servizio di assistenza ai tossicodipendenti territoriale U.S.L. RM/5». In *Tra il dire e il fare*, (a cura di) F. Antonucci, R. Piperno, G. Luoni. Bulzoni Editore, Roma 1983. pp. 185-205.

¹³ PAROLIN A., «Tossicodipendenze da oppiacei: inquadramento generale del fenomeno». In *Tossicodipendenza da oppiacei: aspetti socio-demografici e clinici*. U.L.S.S. 25 Regione Veneto Verona 1986. pp. 19-20.

¹⁴ TABBONI S., a cura di, *Tempo e Società*, collana di Sociologia, Franco Angeli, Milano 1988.

¹⁵ WING J.K., HAILEY A.M., «Evaluating a Community Psychiatric Service: The Camberwell Register 1964-1971», Oxford University Press, London. In *La valutazione dei servizi e dell'intervento psichiatrico: un approccio metodologico*. M. Bacigalupi. p. 37. 1972.