



LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI NELLE COMUNITÀ TERAPEUTICHE: UN'ESPERIENZA DI LABORATORIO

Andrea Ascari, Mario Dondi

Ceis Modena- FICT

INTRODUZIONE

Il presente contributo raccoglie alcune considerazioni sul lavoro svolto dal Comitato Tecnico Scientifico che ha coordinato i lavori di valutazione degli esiti nelle comunità terapeutiche nell'ambito di un progetto finanziato dal Ministero della Sanità a partire dal 1998 rimanendo, su scala nazionale, un caso unico per numero e varietà di partecipanti.

Non è nostra intenzione riproporre i risultati raggiunti dalla ricerca, peraltro già documentati in un articolo pubblicato sul Bollettino delle farmacodipendenze e dell'alcolismo nel 2001 - XXIV (4) e resi pubblici, nella forma definitiva, in diversi siti web alla conclusione del progetto; bensì tenteremo di dare spazio alla dimensione di laboratorio che il comitato tecnico scientifico ha sperimentato durante la realizzazione del progetto e che ha rappresentato uno degli stimoli principali alla prosecuzione dello stesso, malgrado l'esiguità delle risorse a disposizione e le difficoltà incontrate.

IL CONTESTO

1. La valutazione dei programmi terapeutici per le dipendenze ha una storia relativamente breve nel nostro Paese ed ha mutuato metodi, strumenti e parametri di riferimento dalle ricerche statunitensi di tipo prettamente legato al trattamento di comunità o comparative. Ci riferiamo in particolare all'attività di de Leon e alle ricerche del National Institute on Drug Abuses, DARF, TORP e DATOS.
2. Esistono comunque, ed esistevano ai tempi del progetto del Ministero, spazi di crescita per una ricerca italiana per la valutazione delle comunità terapeutiche, che nel nostro paese hanno avuto uno sviluppo peculiare nell'interpretazione dei modelli originari.
3. Recentemente il CNCA ha presentato una ricerca sull'indice di gravità degli utenti in ingresso ai percorsi terapeutici delle comunità federate, ma anche il Modello Attivo della Qualità Sociale, che si propone come sistema di valutazione basato sul "senso" generato dagli operatori insieme e a favore delle persone, come elemento fondante la qualità.
4. Alcuni ricercatori in ambito epidemiologico, tossicologico, sociologico e hanno realizzato presso la Comunità di San Patrignano una ricerca multidisciplinare sugli utenti che hanno

frequentato il programma per oltre tre anni, i cui risultati sono stati pubblicati nel 2005. La ricerca segue un altro intervento valutativo realizzato 3 anni prima dell'inizio del progetto di valutazione ministeriale riportato nella pubblicazione del 1994: San Patrignano tra comunità e società.

I PARTECIPANTI

I coordinamenti che accettarono di fare parte del Comitato rappresentavano realtà molto diverse per origini, diffusione territoriale, varietà degli aderenti e per impostazione metodologica. In alcuni casi si trattava di organismi federali che raggruppavano decine di comunità sul territorio nazionale, in altri di comunità fortemente collegate all'organizzazione di riferimento e in altri casi di coordinamenti territoriali o di comunità emanazione dei Servizi per le dipendenze pubblici. La varietà delle reti presenti al tavolo e la diversità dei livelli aggregativi faceva sì che fossero presenti numerosi punti di contatto e intersezioni tra i coordinamenti partecipanti e che al tavolo sedessero persone con funzioni diverse all'interno delle organizzazioni stesse, dai responsabili di strutture terapeutiche ai coordinatori di reti e responsabili di ricerca e formazione, apportando contributi molto diversi alla discussione.

	Pubblico / privato	Livello territoriale	Fondazione	Tipo di organizzazione
Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche	Privato	Nazionale	1981	Federazione
Coordinamento Nazionale Comunità d'Accoglienza	Privato	Nazionale	1982	Federazione
Associazione Comunità Papa Giovanni XXIII	Privato	Nazionale	1979	Associazione
Associazione Nazionale Enti Pubblici Gestori Di Comunità Terapeutiche	Pubblico	Nazionale	1989	Associazione
Gruppo Abele	Privato	Nazionale	1966	Associazione
Fondazione Exodus Onlus	Privato	Nazionale	1984	Fondazione
Coordinamento Veneto Strutture Terapeutiche	Misto	Regionale	1989	Associazione
Centro Italiano di Solidarietà	Privato	Regionale	1969	ONG

Le relazioni tra i soggetti coinvolti nelle varie fasi del progetto rispondevano alle esigenze di:

- Garantire la vigilanza dell'intero processo da parte del committente delle prestazioni;
- Coinvolgere gli attori del sistema delle Comunità Terapeutiche nella definizione degli evaluanda e degli strumenti.
- Garantire l'autonomia dell'ente attuatore della ricerca;
- Costruire un processo di diffusione di buone prassi relative alla valutazione per agevolare le singole strutture a costruire un proprio sistema di valutazione;

La struttura di coordinamento del progetto prevedeva in sintesi

- Due dirigenti del Ministero della Salute – Dipartimento prevenzione
- Un project manager e coordinatore di un centro studi per la FICT
- Un addetto alla comunicazione e
- Un responsabile di comunità per il Covest
- Un responsabile di comunità per la fondazione Exodus
- Uno psicologo supervisore per l'associazione Papa Giovanni XXIII
- Un responsabile ricerca e formazione per il gruppo Abele
- Un responsabile di Servizio dipendenze pubblico e presidente dell'Associazione Comunità Pubbliche
- Un responsabile progetti per il CNCA

LA STORIA DEL PROGETTO

Il comitato tecnico scientifico partecipò al progetto fin dalle fasi di redazione del capitolato tecnico di ricerca e riteniamo che questa opportunità abbia contribuito ad accrescere, attraverso un processo di apprendimento cooperativo, le competenze dei membri del coordinamento relativamente ad ogni fase del processo di strutturazione di un sistema di valutazione complesso, ivi compresa la gestione delle risorse finanziarie.

Il budget a disposizione del Comitato per l'incarico dell'ente di ricerca risultava essere di 46.500 euro, mentre le risorse per la retribuzione degli intervistatori ammontavano a 10.330 euro per ogni coordinamento, esclusi i rimborsi spese per i viaggi e le spese di segreteria, coordinamento e amministrazione. Complessivamente le risorse disponibili ammontavano a 129.115 euro.

Il bando fu vinto dalla Società Emme&Erre di Padova che aveva già realizzato un progetto su scala nazionale per la valutazione dei Servizi per le Tossicodipendenze pubblici.

Il numero di casi rappresentativo sugli ingressi stimati per l'anno di realizzazione della ricerca (su proiezione dell'anno precedente) fu stimato in 640, che si decise di ampliare oltre i 720 per attenuare gli effetti degli abbandoni precoci.

Gli obiettivi della ricerca definiti nel capitolato tecnico furono:

1. Definire un concetto di esito condiviso fra i coordinamenti di comunità terapeutiche coinvolti;
2. Misurare e valutare gli effetti prodotti dall'intervento delle comunità terapeutiche selezionate;
3. Capire i legami esistenti tra effetto prodotto sui casi ed alcune variabili interpretative legate ai diversi modelli di trattamento e alla storia dei casi prima e durante il programma terapeutico.

Sul primo obiettivo vennero concentrati gli sforzi di tutto il comitato tecnico e un anno di lavoro piuttosto intenso, nella consapevolezza dell'unicità dell'opportunità costituita dal progetto. Il tavolo di lavoro fu in grado di abbandonare le interferenze "ideologiche" non ancora del tutto

superate nel 1997 e di produrre una base comune di obiettivi specifici dei programmi terapeutici, compatibili con il proprio bagaglio valoriale ma anche con le grandi differenze presenti. Il concetto necessariamente multidimensionale di esito venne scomposto nell'area relativa all'uso di sostanze e nel gruppo relativo alla qualità della vita che comprendeva le aree del benessere psicologico, fisico e sociale.

Gli strumenti da associare ad ogni dimensione del concetto di esito furono individuati dal Ministero, dal comitato tecnico e dalla società incaricata attraverso l'analisi della letteratura e l'adattamento alla realtà italiana di strumenti in lingua inglese privilegiando in ogni passaggio la condivisione delle scelte, anche attraverso tecniche di gestione del gruppo.

La scelta delle comunità oggetto della ricerca rappresentò un altro passaggio fondamentale, nel quale la motivazione del gruppo di lavoro venne evidenziata.

I fattori critici del passaggio potevano essere rappresentati da:

- Intersezioni di più coordinamenti sulla stessa comunità, in quanto le federazioni nazionali avevano comunità facenti riferimento al coordinamento regionale.
- Desiderio di mostrare performance migliori proponendo le comunità operanti in contesti più favorevoli o semplicemente con migliori risultati.
- Ripartizione delle risorse non proporzionata al numero di casi reclutati ma distribuita omogeneamente.

In realtà i coordinamenti arrivarono a proporre una distribuzione del campione coerente con la diffusione sul territorio nazionale delle comunità terapeutiche e il comitato rese anche l'impatto con la prima proiezione dei dati sulla ritenzione nei primi tre mesi di trattamento che evidenziarono prestazioni completamente diverse con differenze nel numero di abbandoni di oltre 28 punti percentuali tra i poli.

Il progetto fu rifinanziato per potere prolungare il follow up ritenuto troppo breve e di seguito riportiamo alcune delle evidenze emerse al termine della ricerca, rimandando al report pubblicato sul web per una visione più completa.

RIPORTIAMO IN ESTREMA SINTESI I CAMBIAMENTI PRODOTTI A 6 MESI DALLA CONCLUSIONE O INTERRUZIONE DEL PROGRAMMA

Sostanze

Una prima forte evidenza della differenza che intercorre tra i quattro gruppi di utenti considerati (3 mesi, 3-18 mesi, oltre 18 mesi e conclusione del programma) riguarda il cambiamento nell'abuso di sostanze. Sebbene si possa constatare per tutti gli utenti una variazione nel rapporto con le sostanze, soltanto quelli che hanno concluso il programma o hanno abbandonato la comunità dopo almeno 18 mesi di permanenza rivelano un miglioramento statisticamente significativo.

Per gli utenti che hanno abbandonato precocemente la comunità si osserva una significativa diminuzione nell'abuso solo di alcune sostanze, quali le amfetamine, l'eroina e gli psicofarmaci, ed una maggiore frequenza di esperienze pregresse di disintossicazione.

Il gruppo che presenta ancora i maggiori problemi di dipendenza è costituito dagli utenti che hanno abbandonato la struttura tra 6 e i 18 mesi di trattamento per cui si rileva una ricaduta nell'uso di amfetamine e la significativa diminuzione solo dell'uso di eroina.

Benessere psicologico

Tra i quattro gruppi di permanenza soltanto l'ultimo, come si è visto precedentemente, presenta una evoluzione molto positiva così come emerge dall'analisi delle tre variabili esplorate.

Per gli altri soggetti invece si rilevano miglioramenti significativi nella consapevolezza dei comportamenti a rischio ma non nella capacità di gestire la propria emotività. Va comunque precisato che per gli utenti che concludono il programma si osservano valori di partenza già piuttosto buoni, che subiscono al termine del trattamento un ulteriore miglioramento, superiore a quello di tutti gli altri utenti.

Benessere fisico

Lo stesso si può dire anche per il benessere fisico, dove la condizione migliore si osserva per gli utenti che hanno concluso il programma e quella peggiore per gli utenti che abbandonano la comunità tra i 3 e i 18 mesi di trattamento. È invece trasversale a tutti i gruppi il dato negativo sull'atteggiamento verso la propria salute, di cui si è presentata una possibile spiegazione nel senso di impotenza e fatalità che coglie gli utenti di fronte alla conoscenza della propria condizione di salute.

Benessere sociale

Non vi sono dati sufficienti da permettere un confronto significativo tra la condizione lavorativa e abitativa degli utenti prima dell'inserimento nella comunità e a 6 mesi dalla conclusione/abbandono del programma terapeutico. Questi aspetti saranno comunque affrontati anche nella successiva fase dell'analisi.

L'unica riflessione può essere compiuta riguardo l'indicatore di isolamento sociale che presenta miglioramenti significativi soltanto per gli utenti che concludono il programma. Per tali utenti dunque l'efficacia del trattamento è dimostrata anche da una maggiore capacità di inserimento in un nuovo contesto sociale e nella progressiva emancipazione del soggetto dall'ambiente protetto della comunità.

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

La scelta di formare operatori interni alle comunità oggetto del rilevamento fu una questione piuttosto controversa sebbene la decisione fosse in parte ineluttabile per l'esiguità delle risorse. Per quanto non fossero presenti rischi concreti di falsificazione dei risultati, alcuni ritenevano l'indipendenza dei rilevatori un elemento fondamentale per una corretta impostazione della ricerca. In realtà le dimensioni che riportiamo di seguito indicano un reale valore aggiunto al progetto e alla rete dei partecipanti.

1. CONSAPEVOLEZZA

Le persone coinvolte nel progetto mostrarono, fin dalle prime fasi, un'attenzione particolare al tema della valutazione. Alcuni perché provenienti da regioni che avevano già attuato diverse azioni in ambito valutativo, consultando le comunità per la definizione delle dimensioni oggetto dell'analisi, altri perché a conoscenza dell'avvenuta valutazione degli esiti dei servizi per

le dipendenze con un precedente progetto, anch'esso commissionato dal Ministero della Salute e realizzato dalla medesima società. In un periodo in cui, in alcune regioni, esistevano ancora elementi di attrito e competizione tra i servizi per le dipendenze e gli enti ausiliari il desiderio di affermazione della propria dignità terapeutica e dei propri risultati giocò probabilmente un ruolo fondamentale.

Gli addetti alla raccolta delle informazioni evidenziarono, al termine del lavoro, un'ottima capacità di analisi dei fattori legati alla ricerca e che ne costituiscono la forza:

- Modalità di contatto dei soggetti in fase di follow up costruendo un setting chiaramente identificabile e disgiunto dal setting terapeutico;
- Capacità di attrarre i soggetti con flessibilità di orario e assicurazione rispetto alla riservatezza;
- Fattori che influenzano il follow up di utenti di programmi residenziali quali le modalità di abbandono e l'importanza di un operatore esterno, quantomeno al percorso terapeutico di ogni individuo contattato, in particolare in caso di abbandoni traumatici;
- Inserimento del follow up nel contratto terapeutico;
- Individuazione di forme di gratifica per i soggetti che si rendono disponibili.

2. CONFRONTO

Il Comitato Scientifico impiegò buona parte del proprio tempo in uno studio comparativo dei modelli terapeutici in uso nei coordinamenti di riferimento ma le esperienze e le informazioni condivise non potevano dirsi omogenee, in quanto il livello di modellizzazione degli interventi era fortemente influenzato dal fatto che i partecipanti avevano ruoli differenti esercitati in realtà differenti; nella maggior parte dei casi i membri del gruppo esercitavano più ruoli all'interno della realtà di riferimento. Gli incontri di formazione portarono la discussione e i contributi su un piano più semplice, in quanto gli operatori presenti avevano funzioni di ricerca o un coinvolgimento diretto nel processo terapeutico, ma tutti condividevano la dimensione di riferimento della comunità terapeutica.

Nel 2003 furono organizzati due incontri di restituzione dei risultati della ricerca agli operatori incaricati della raccolta dati, uno a Milano e uno a Roma. La soddisfazione complessiva degli incontri fu molto differente, piuttosto scarsa a Milano e soddisfacente a Roma, in particolare per elementi legati alla composizione dei gruppi e alla conduzione delle giornate; in ogni caso l'elemento positivo segnalato costantemente dagli operatori fu il confronto con altre realtà sul tema della valutazione (10 segnalazioni su 16).

3. INDIVIDUAZIONE DEGLI OSTACOLI ALLA VALUTAZIONE

Anche le criticità e gli elementi che storicamente si contrappongono alla necessità di costituire un sistema di valutazione continua furono individuati con chiarezza dagli operatori delle comunità coinvolte che hanno rilevato:

- Il problema delle risorse;
- Alcune resistenze all'interno delle équipe;
- La necessità di dedicare alla valutazione una struttura o una risorsa che garantisca la continuità temporale e la coerenza del disegno;
- La possibilità di raccogliere informazioni di follow up dalla rete territoriale nella quale la comunità è integrata.

Quest'ultimo punto, che senza dubbio pone problemi metodologici rilevanti e sul quale pare

impossibile costruire un disegno di ricerca sostenibile, può rappresentare per le piccole comunità un ottimo sistema di autovalutazione a costo ridottissimo e se ne possono esplorare alcune dimensioni non banali, prima fra tutte la valutazione con più osservatori.

PROSPETTIVE

Il tema dell'evidence based treatment si sta facendo strada in Europa, a partire dai Paesi nordici, diventando uno strumento di feedback per gli operatori e le strutture rispetto alle scelte metodologiche e alle modificazioni apportate ai programmi, ma anche un elemento di verifica e supporto alle decisioni dei policy makers.

Inoltre la nuova struttura dei percorsi formativi consente ai futuri operatori di integrare in modo sempre più sostanziale il percorso accademico con l'esperienza lavorativa, ponendo le domande del mondo della ricerca a diretto contatto con i luoghi del trattamento.

Le nuove tecnologie applicate alla didattica e alla ricerca consentono una riduzione sostanziale dei costi di raccolta ed elaborazione dei dati, proponendo nuove opportunità sia per le indagini ad ampio raggio che per i sistemi di autovalutazione assistita.

A tre anni dal termine dell'esperienza e con la consapevolezza degli strumenti e dell'evoluzione dell'utenza e dei modelli di trattamento è interessante ipotizzare alcuni scenari possibili per progetti di valutazione multidimensionali a larga scala.

I pazienti con comorbidità psichiatrica vengono trattati in un sistema che prevede prestazioni, non sempre integrate, di reparti ospedalieri e cliniche psichiatriche, comunità destinate ai soli utenti con doppia diagnosi e comunità che integrano percorsi specialistici all'interno dei programmi terapeutici per persone con la sola dipendenza. Si tratta di modelli che non hanno avuto lunghi periodi di sperimentazione e che spesso vengono contrapposti nei rari, per il momento, tentativi di valutazione. La presenza di componenti ideologiche complica ulteriormente lo scenario ponendo la scelta tra un modello specialistico potenzialmente emarginante e uno più integrante ma potenzialmente privo di tutti gli strumenti necessari al successo. Vediamo in questo ambito un potenziale sviluppo dell'attività valutativa, posta in stretta relazione con le dimensioni che seguono.

L'attenzione ai processi nei sistemi di valutazione deve considerare la molteplicità delle azioni messe in atto per il trattamento di un singolo utente, occorre quindi superare il modello che analizza il servizio pubblico e la comunità terapeutica come elementi disgiunti. Nella pratica attuale, fin dalla fase diagnostica è spesso necessario un intervento congiunto dei due soggetti, in quanto il secondo offre spesso al primo un setting per un'osservazione diagnostica prolungata, ed effettuata in contesto almeno parzialmente stabilizzato rispetto all'abuso di sostanze. Anche nella fase di trattamento vera e propria è importante porre l'accento sulle sinergie messe in atto da parte del personale medico specializzato insieme agli operatori che curano il percorso riabilitativo. Il raggiungimento del punto di equilibrio tra funzionalità relazionale e operativa e compensazione farmacologica delle patologie psichiatriche è spesso una delle chiavi primarie del successo.

Un ulteriore elemento di complessità è dato dalla motivazione indotta dallo stato giudiziario dell'utente. La definizione di misure alternative alla detenzione è spesso valutata in ambito processuale senza tenere conto del tempo necessario al processo di riabilitazione, inducendo nei beneficiari un'aderenza parziale al trattamento con la prospettiva di termine legata alla scadenza

della pena. L'effetto del recente provvedimento d'indulto sulla popolazione delle comunità terapeutiche è stato evidente.

In questo caso un intervento valutativo potrebbe rafforzare una proposta di riforma della procedura penale per garantire una reale opportunità di trattamento, conciliando i tempi del processo motivazionale con quelli dell'azione coercitiva correlata all'estinzione della pena.

La multifattorialità del problema delle dipendenze patologiche richiede una multidimensionalità degli interventi messi in atto, con il rischio di avere una visione parziale degli elementi che definiscono i costi nei rapporti di efficacia ed efficienza. Molto spesso gli attori in gioco sono diversi e contribuiscono in modo diverso al trattamento, dall'inserimento lavorativo, alla soluzione dei problemi abitativi, dagli interventi clinici specialistici alla stabilizzazione della situazione familiare. Proprio nel caso di interventi su nuclei familiari multi problematici il controllo degli input e output in atto può essere molto complesso e non evidenziare interventi incoerenti e controproducenti.

Partendo dal modello di trattamento bio-psico-sociale e dalla presenza di attori multipli è quindi importante costruire modelli di valutazione che riescano a valutare i processi nella propria specificità ma anche gli interventi e le strategie che ne rappresentano l'integrazione.

La soddisfazione dell'utente è un'altra dimensione di difficile interpretazione, per questo non eccessivamente approfondita nel corso del progetto di ricerca, ma che può essere declinata secondo prospettive di sicuro interesse.

Prima di tutto in ambito motivazionale, in quanto il trattamento di comunità terapeutica richiede ai residenti molto di più della semplice compliance; si potrebbe quindi trattare questa dimensione partendo dalla sua negazione, ovvero dagli elementi d'insoddisfazione che, uniti al bisogno di sostanze, hanno causato una ricaduta o un abbandono del trattamento.

In secondo luogo sarebbe interessante esplorare la soddisfazione di tutti coloro che rappresentano i "clienti indiretti" della comunità terapeutica, dalla rete familiare e amicale al territorio di riferimento e ai suoi servizi e attori.

La diffusione delle nuove tecnologie ha accompagnato il progetto di valutazione nel corso degli anni e il fatto è testimoniato dal passaggio dagli atomi (i primi documenti e schede prodotti dal comitato tecnico) ai bit (l'ultima pubblicazione disponibile in formato interattivo sul web). In questo contesto, ripercorrendo le fasi del progetto, sono evidenti gli elementi di efficienza che esse possono introdurre in un sistema di valutazione complesso e diffuso:

1. Analisi della letteratura con possibilità di recensire e ricercare le pubblicazioni ormai sistematicamente disponibili sul web.
2. Comunicazione e project management con strumenti di condivisione dei documenti, tracciabilità delle modifiche, pubblicazione di contenuti a più mani e comunicazione sincrona e asincrona con registrazione dei messaggi scambiati.
3. Creazione di learning object e utilizzo di sistemi di formazione a distanza per l'addestramento e l'aggiornamento degli addetti alla raccolta dei dati.
4. Raccolta dati con database on line con sistemi di protezione e crittografia per garantire la riservatezza dei dati.
5. Possibilità di condividere i dati in tutte le fasi per favorire elaborazioni locali finalizzate all'autovalutazione.
6. Formazione a distanza degli operatori e degli studenti sulle evidenze emerse dalla ricerca.
7. Comunicazione e peer review dei risultati sul web.

Il tema della valutazione degli outcomes ha ovviamente un ruolo centrale nei processi di accreditamento degli enti ausiliari e riteniamo che, dall'esperienza descritta, si possano trarre linee guida per impostare metodi e strumenti in modo corretto, rispettosi dei ruoli e delle diversità ma anche dell'evidenza scientifica necessaria alla comparazione dei risultati.

In primo luogo occorre costruire sistemi in grado di valutare processi e risultati realizzati nell'ambito di azioni di case management, cui partecipano soggetti multipli per la realizzazione di progetti terapeutici individualizzati. In quest'ottica è importante integrare nel modello valutativo tutti gli attori del processo che non operano in un sistema codificabile soltanto nella dimensione fornitore-cliente.

In secondo luogo è importante valorizzare gli elementi di flessibilità e adattamento continuo ai bisogni dell'utenza che fanno delle comunità terapeutiche un alleato fondamentale nel trattamento delle dipendenze. Si tratta quindi di adottare strumenti in grado di resistere all'obsolescenza, o peggio, di ostacolare i processi di cambiamento.

Parimenti è fondamentale proporre sistemi riconducibili ai dati presenti in letteratura e confrontabili sui diversi piani temporali e spaziali con altre ricerche, per escludere in ogni modo il rischio di autoreferenzialità e garantire la trasparenza.

Riteniamo quindi che le comunità debbano essere accompagnate in un percorso di acquisizione di competenze valutative e alla proposta autonoma di un proprio sistema di valutazione che risponda ai requisiti sopra elencati.

BIBLIOGRAFIA

1. AAVV. *Un Sistema Qualità per il CNCA: il Modello Attivo per la Qualità Sociale (MAQS)*; Comunità Edizioni, Roma 2005.
2. AAVV. *La valutazione dei risultati delle Comunità Terapeutiche: l'impianto della ricerca e i primi risultati*, Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo; Ministero della Sanità, Roma, 2001. XXIV-4:11-25.
3. AAVV. *La valutazione dell'attività delle Comunità Terapeutiche: progetto di prosecuzione*, www.emmeerre.it, Emme&erre, Padova, 2003.
4. Baraghini G., Trevisani B. Roli L., *Le ISO 9000 in sanità. La Vision. Per «governare» bisogni e richieste*, Franco Angeli, Milano, 2002.
5. Bertin G., "La valutazione delle politiche e tossicodipendenza", in "Tossicodipendenza e pratica sociologica", J.Fagioli e P.Ugolini (a cura di), FrancoAngeli, Milano, 1996.
6. Bertin G., *Il concetto di 'qualità' nella valutazione dei servizi alla persona*, in *m @ g m @ - Rivista Elettronica Trimestrale di Scienze Umane e Sociali*, Catania, 2004. vol.2-n.1-art.4
7. Bertin G. a cura di, *Accreditamento e regolazione dei servizi sociali*, emme & erre libri, Padova, 2002.
8. Consoli A., Bennardo A., *Diagnosi e Valutazione nelle Tossicodipendenze e nell'Alcolismo – Addiction Severity Index -*, Centro Scientifico Editore – Torino, 1995
9. DeLeon, G.; Rosenthal, M.S. *Treatment in Residential Therapeutic Communities. In Treatments of Psychiatric Disorders*; Karasu, T., Ed.; American Psychiatric Press: Washington DC, 1989; Vol. 2, 1380-1398.
10. DeLeon, G. *The Therapeutic Community: Theory, Model, and Method*; Springer Publishing Company: New York, NY, 2000
11. Guidicini P., Pieretti G., *San Patrignano tra comunità e società. Ricerca sui percorsi di vita di 711*

- ex-ospiti di San Patrignano*, FrancoAngeli, Milano, 2005
12. Piazzì G., Manfrè G., Poletti A. *Oltre la comunità. Studio multidisciplinare di ritenzione in trattamento e follow-up su ex-residenti di San Patrignano*, FrancoAngeli, Milano, 2005.
 13. Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. a cura, *Quality management*, La Grafica, Verona, 2003
 14. Serpelloni G., Simeoni E., Rampazzo L. a cura, *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, La Grafica, Verona, 2003
 15. Uchtenhagen A. *Evaluation of Action against Drug Abuse in Europe: A COST Social Science Project*. European Addiction Research 1995; 1(1-2):68-70.