



STRUMENTI INFORMATIZZATI PER LA VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE: CARATTERISTICHE TECNICHE E FINALITÀ

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Monica Zermiani ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. Sezione Screening HIV - Centro di Medicina Preventiva - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Lo scopo del presente lavoro è quello di presentare in modo sintetico, ma esaustivo i principali strumenti presenti nella piattaforma multifunzionale mFp ©. Per ogni strumento è stata predisposta una scheda che contiene le principali informazioni tra cui:

- 1) la collocazione;
- 2) l'obiettivo generale;
- 3) le funzioni principali;
- 4) le informazioni che si ottengono;
- 5) le modalità di restituzione dei risultati;
- 6) le principali voci bibliografiche.

La mFp, ovvero MultiFunctional Platform, è un insieme di programmi finalizzati al supporto degli operatori nella gestione clinica dei pazienti e nel management dell'unità operativa. È costituita da una serie di strumenti che forniscono informazioni semplici, chiare e sintetiche in forma tabellare e grafica. Tali strumenti sono finalizzati alla valutazione del paziente tossicodipendente sia dal punto di vista delle abilità preventive, sia da quello sociale e psicologico, con lo scopo di favorire i processi di problem solving e decision-making.

In questo modo è possibile avere una sintesi sulle caratteristiche, proprietà e limiti degli strumenti, il principio comune è quello di rendere uniforme la valutazione con indubbi vantaggi sia dal punto di vista clinico che da quello gestionale. Per alcuni strumenti, il CBE. 3.0 (2000) e il SSAS, vi è poi il criterio della "gravità", ossia la possibilità di valutare i pazienti tossicodipendenti secondo il criterio della compromissione clinica.

Un altro criterio con cui vanno valutati gli strumenti è il "livello di valutazione", di solito si

considera una valutazione di primo livello quella generale legata ai primi momenti di accesso al servizio, quella di secondo livello va considerata approfondita e specifica e, di solito, è successiva ai primi momenti dell'accesso al servizio.

Vanno considerati strumenti di primo livello: la Valutazione della Domanda Espressa, l'Analisi dei bisogni percepiti ed osservati, il CBE.3, il Sistema di check-list per la valutazione delle abilità preventive relative al rischio infettivo e all'overdose, il Sistema di check-list per la valutazione del rischio HIV.

Vanno considerati strumenti di secondo livello: il questionario della motivazione al cambiamento (MAC/E), il SSAS.

La maggior parte degli strumenti sono stati pensati e creati per pazienti tossicodipendenti, eccezion fatta per la batteria della valutazione del rischio HIV, strumento di valutazione per la popolazione generale a rischio che giunge al servizio per il test HIV.

SCHEDA PER L'ANALISI DEI BISOGNI PERCEPITI ED OSSERVATI (B.P.O)

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e Sviluppo: G. Serpelloni, M. Zermiani

Programmazione: D. Gibbin

Revisione contenutistica: Gruppo di lavoro Progetto M.M.E. (Regione Veneto)

Che cosa è

È uno strumento per il rilevamento dei principali bisogni percepiti "in entrata" dal paziente tossicodipendente confrontati con quelli osservati dall'operatore.

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che manageriale.

Qual è la cornice teorica di riferimento

I principali fattori che influenzano il trattamento di una persona sono la motivazione al cambiamento, le pressioni sociali, i bisogni individuali e il tipo di trattamento. In un processo di assessment diventa, quindi, fondamentale valutare gli aspetti dei bisogni percepiti e osservare come questi si scostino dai bisogni osservati dall'operatore.

Qual'è l'obiettivo generale

Fornire una descrizione generale dei bisogni che il paziente sente di avere (bisogni percepiti), rilevare i bisogni che l'operatore ritiene siano necessari per il paziente (bisogni rilevati), evidenziando e quantificando l'eventuale scostamento. Per bisogno si intende la necessità di essere aiutato con supporti, interventi e/o terapie di vario tipo, al fine di risolvere un problema e ripristinare od acquisire una situazione normale e positiva.

La scheda dei bisogni segue un algoritmo logico di rilevamento dei bisogni che prende in considerazione in modo sistematico le quattro aree dei bisogni del paziente tossicodipendente: situazione sociale/legale, assistenziali generali (medici-psicologici), di trattamenti specifici per



sostanze, di informazioni preventive specifiche.

Cosa consente di ottenere

Consente di ottenere:

- analisi quantitativa dei bisogni percepiti da parte del paziente con una descrizione mediante una scala a sette livelli che riporta il giudizio del bisogno (da “per niente” a “moltissimo”);
- analisi quantitativa generale dei bisogni rilevati da parte dell’operatore con una descrizione mediante una scala a sette livelli che riporta il giudizio del bisogno del paziente (da “per niente” a “moltissimo”);
- un confronto tra i bisogni percepiti/rilevati che consente di cogliere il grado di dissonanza tra le due analisi e, quindi, l’esame di realtà del paziente relativamente ai suoi bisogni.

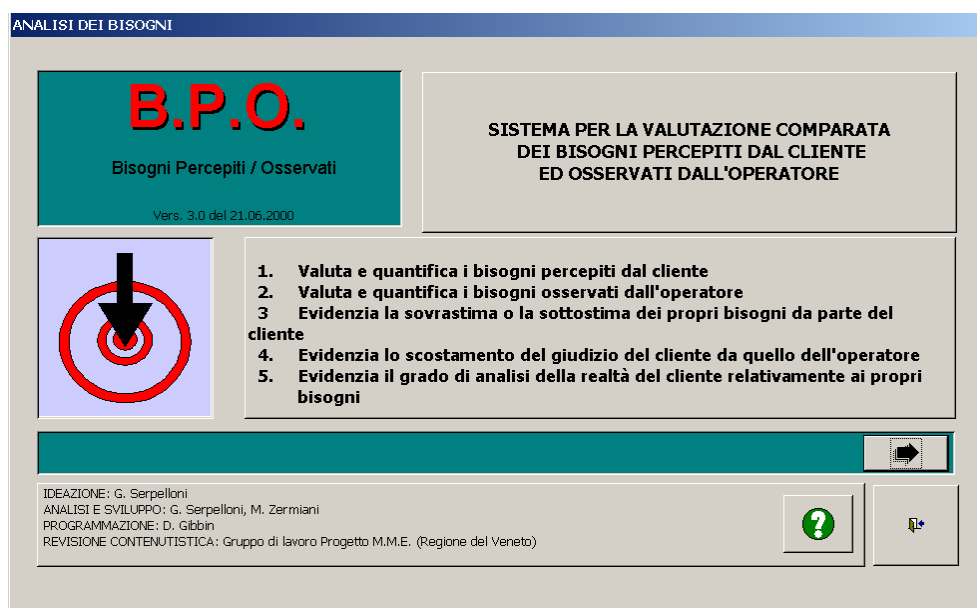
Come si presenta

La scheda offre un “feedback” immediato della situazione del paziente tramite tabelle numeriche ed alcuni grafici, ad alto impatto visivo, dove è possibile avere un’immediata percezione della discrepanza nell’analisi tra i bisogni individuati del paziente e quelli dell’operatore.

Qual’è la rappresentazione grafica

- visualizzazione immediata della “sovrastima” o “sottostima” dei bisogni del cliente;
- visualizzazione in forma grafica del grado di dissonanza del cliente/operatore e, quindi, l’analisi della realtà (relativamente ai bisogni) che il cliente presenta in quel determinato momento.

Fig. 1: Sistema informatizzato per la valutazione comparata dei bisogni percepiti dal cliente e osservati dall’operatore



Fonti bibliografiche B.P.O.

- American Psychiatric Association (1996) "DSM IV Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali" Eds Masson
- Graham K. (1994) "Guidelines for using standardized outcome measures following addictions treatment" Evaluation and the Health Professions Vol. 17 no 1
- Rounsaville B.J., Tims F.M., Horton A.M., Sowder B.J. (1993) "Diagnostic Source book on drug abuse research and treatment" (NIDA Research Monograph) Washington D.C. Government Printing Office
- Simpson D.D. (1992) TCU/DATAR forms manual: Drug Abuse Treatment for AIDS-Risk Reduction, Texas University, Institute of Behavioral
- Simpson D.D., Joe G.W., Rowan-Szal G.A., Greener J.M. (1997) "Drug Abuse treatment process components that improve retention" Journal of Substance Abuse Treatment 14(6), 565-572

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA: UN SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA DAL CLIENTE

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e Sviluppo: G. Serpelloni, M. Zermiani

Programmazione: D. Gibbin

Revisione contenutistica: Gruppo di lavoro Progetto M.M.E. (Regione Veneto)

Che cos'è

È uno strumento per il rilevamento della domanda espressa "in entrata" del paziente tossicodipendente. Per "domanda espressa" in ambito assistenziale si intende una richiesta esplicita di intervento da parte di un cliente nei confronti del servizio. La domanda può essere esplicitata come una semplice presentazione di problemi o un'effettiva richiesta di prestazioni.

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che manageriale.

Qual è la cornice teorica di riferimento

Uno degli aspetti principali da valutare, oltre alla verifica dei bisogni, è la valutazione della domanda che il paziente esprime al momento dell'accesso al servizio.

I principali fattori che influenzano il trattamento di una persona sono la motivazione al cambiamento, le pressioni interni/esterne, i bisogni individuali (psicologici, sociali, sanitari, legali). In un processo di assessment diventa, quindi, fondamentale valutare il tipo di domanda che il paziente pone, il grado di consapevolezza rispetto ai suoi bisogni e alle pressioni che lo hanno spinto a chiedere aiuto.

Un'altra particolarità dei tossicodipendenti è che molto spesso la domanda d'aiuto non è congruente con i fini preventivi, terapeutici e riabilitativi. Vi è spesso quindi da parte dell'operatore un forte bisogno di ricodificare la domanda e di arrivare a comprendere esattamente i bisogni reali che hanno necessità di essere soddisfatti in un ottica di congruità della prestazione socio-sanitaria.



Qual'è l'obiettivo generale

La scheda della domanda espressa si pone l'obiettivo di prendere in considerazione i seguenti elementi:

- la fonte di invio;
- il tipo di richiesta testuale/specifica;
- le motivazioni espresse al trattamento (sia spontanee, che su richiesta dell'operatore);
- le eventuali fonti di pressione (esplicitate e stimate);
- i vincoli posti dal paziente al trattamento.

Cosa consente di ottenere, verificare:

- la fonte di invio;
- la richiesta del cliente relativa a terapia farmacologica, inserimento in comunità, supporto sanitario, supporto psicologico, supporto sociale e legale;
- le motivazioni espresse;
- le possibili fonti di pressione esterne.

Come si presenta

La scheda della domanda espressa è disponibile in versione cartacea e in versione informatica.

Il sistema è composto da una serie di schede (fonte, terapia farmacologica, Comunità, supporto sanitario, sociale e legale, motivazioni, fonti di pressione) e, nella versione informatica, una scheda sintetica dove vengono riportate "in sintesi" le richieste del paziente.

Fig. 2: Sistema informatizzato per la valutazione della domanda espressa dal cliente



Fonti bibliografiche Domanda Espressa

- American Psychiatric Association (1996) "DSM IV Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali" Eds Masson
- Graham K. (1994) "Guidelines for using standardized outcome measures following addictions treatment" Evaluation and the Health Professions Vol. 17 no 1
- Rounsaville B.J., Tims F.M., Horton A.M., Sowder B.J. (1993) "Diagnostic Source book on drug abuse research and treatment" (NIDA Research Monograph) Washington D.C. Government Printing Office
- Simpson D.D. (1992) TCU/DATAR forms manual: Drug Abuse Treatment for AIDS-Risk Reduction, Texas University, Institute of Behavioral
- Simpson D.D., Joe G.W., Rowan-Szal G.A., Greener J.M. (1997) "Drug Abuse treatment process components that improve retention" Journal of Substance Abuse Treatment 14(6), 565-572

SISTEMA DI CHECK-LIST PER LA VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ PREVENTIVE RELATIVE AL RISCHIO INFETTIVO E ALL'OVERDOSE

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e sviluppo: G. Serpelloni, D. Gibbin

Programmazione: D. Gibbin

Revisione contenutistica: Progetto P.O.S. del Ministero della Sanità

R. Frighetto, S. Montresor, M. Zermiani, A. Farinelli

Preparazione delle check-list: M. Zermiani

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale.

Qual'è l'obiettivo generale, modificare il comportamento delle persone tossicodipendenti tramite lo sviluppo di abilità pratiche preventive, individuali al fine di:

- ridurre il rischio di infezione da HIV, epatite, setticemie e delle altre infezioni a trasmissione parenterale;
- ridurre il rischio di morte per overdose.

Quali sono le sue funzioni

1. Esegue una valutazione standardizzata delle abilità preventive primarie per le procedure iniettive a rischio (preparazione, iniezione, smaltimento), dell'uso del profilattico e del soccorso in overdose.
2. Vengono distinte le fasi ritenute principali delle singole abilità (ad es. per il corso sull'uso del profilattico sono: scelta del profilattico, estrazione dalla confezione, posizionamento sul fallo, uso di lubrificanti, posizionamento del profilattico, momento dell'uso del profilattico).
3. Calcola un punteggio di abilità corrette, lo strumento offre, quindi, un punteggio complessivo che costituisce una misura significativa delle abilità preventive del soggetto.
4. Rappresenta graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione delle abilità preventive del paziente.
5. Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema. Ciò



consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo paziente.

6. Esegue confronti di serie storiche nell'accertamento degli esiti nel tempo. Ciò è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l'elaborazione di questi è possibile fare valutazioni da un punto di vista amministrativo e manageriale. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l'outcome.

Cosa serve

Sono strumenti per il rilevamento delle principali abilità preventive del paziente tossicodipendente. Il sistema permette di ottenere un profilo sintetico e di facile comprensione delle abilità pratiche preventive primarie del soggetto.

Cosa consente di osservare

Consente i seguenti livelli di osservazione:

- analisi del grado di rischio infettivo, sessuale e di overdose;
- analisi delle abilità preventive relative al rischio infettivo e di overdose in una fase precedente al training di modifica comportamentale;
- analisi delle abilità preventive relative al rischio infettivo e di overdose in una fase successiva al training di modifica comportamentale;
- quantificazione del grado di abilità (delta) che il training aggiunge o diminuisce.

Come è strutturato

Il modello teorico di riferimento è il Progetto per Operatori di Prevenzione in strada POS, ossia il Progetto del Ministero della Sanità per la prevenzione dell'infezione da HIV e patologie correlate nei TD mediante operatori di strada. Si tratta di un modello di prevenzione secondaria, in un contesto di sanità pubblica, rivolto ai pazienti TD attivi non ancora in contatto o a quelli che hanno abbandonato i servizi per le tossicodipendenze. I principali obiettivi di prevenzione sono ridurre il rischio infettivo durante la preparazione ed iniezione della droga, il saper smaltire correttamente una siringa dopo l'uso, il saper usare correttamente una siringa dopo l'uso; il saper usare correttamente un profilattico, il saper soccorrere un compagno in overdose.

Cosa fornisce il sistema

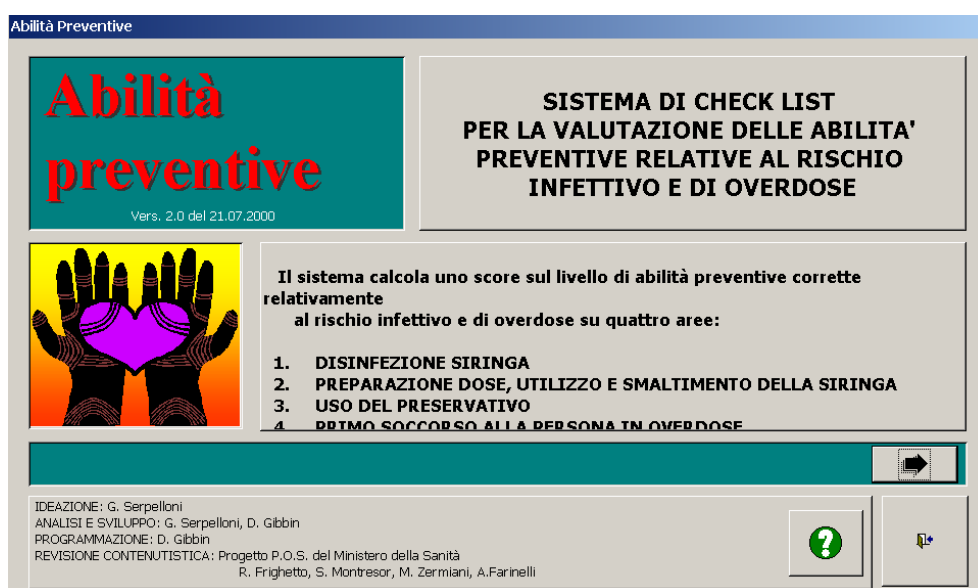
- elenco degli item delle singole check-list (disinfezione, preparazione dose, uso profilattico, primo soccorso);
- grafico riassuntivo con il grado di abilità percentuale delle singole check-list in fase di pre e post training comportamentale;
- grafico riassuntivo con il grado di abilità percentuale in pre e post training con l'indicazione del diverso grado di abilità (delta);
- grafici finali che rappresentano il punteggio di gravità per tutte le check-list;
- grafici finali che rappresentano il trend delle serie storiche del singolo soggetto.

Come sono state costruite le check-list

Nella fase di progettazione e programmazione sono state coinvolte varie strutture che

hanno fornito utili aiuti e consulenze: unità specialistiche HIV, rianimazione e pronto intervento, istituto di medicina legale, forze dell'ordine e mediatori culturali. La metodologia usata è stata una ricerca di tipo etnografico, ossia tramite colloqui informativi, interviste semi/strutturate si è proceduta ad una raccolta di una serie di informazioni circa le esperienze, i vissuti, le regole di gruppo, i rituali di comportamenti e di gruppo a gruppi di ex td o td attivi con un ruolo di opinion leader per il gruppo di appartenenza.

Fig. 3: Sistema informatizzato di check-list per la valutazione delle abilità preventive relative al rischio infettivo e di overdose



SISTEMA DI CHECK-LIST PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO HIV

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e sviluppo: G. Serpelloni, D. Gibbin

Programmazione: D. Gibbin

Revisione contenutistica: U. Galvan, S. Nardi, A. Rossi, V. Scolari, C. Tognetto, M. Zermiani

Preparazione delle check-list: M. Zermiani

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale.

Qual'è l'obiettivo generale

Conoscere il livello informativo generale, l'attitudine al rischio, l'atteggiamento verso l'HIV/AIDS, la percezione del rischio e l'ansia delle persone appartenenti alla popolazione generale al fine di attuare un intervento di counselling pre e post test HIV per ridurre il rischio di infezione da HIV, epatite, setticemie e delle altre infezioni a trasmissione sessuale.



Quali sono le sue funzioni

Esegue una valutazione standardizzata di:

- livello informativo, questionario di 25 item, che permette di rilevare le conoscenze del soggetto in merito alle modalità di trasmissione del virus HIV e delle norme preventive;
- la percezione del rischio, 9 item, che indagano il grado di percezione che il soggetto ha del proprio rischio;
- l'atteggiamento intende analizzare come i soggetti si pongono nei confronti dell'HIV, delle persone sieropositive e della tossicodipendenza, è costituito da 24 item;
- l'attitudine al rischio è un apposito strumento messo a punto da Zuckerman (1983) e che consta di 13 item che indagano la tendenza del soggetto a ricercare situazioni ad elevato stimolo emotivo che comportano spesso una condizione di rischio e pericolo.

Rappresenta graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione delle conoscenze, percezioni, attitudini e atteggiamenti preventivi del paziente.

Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema. Ciò consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo paziente.

Esegue confronti di serie storiche nell'accertamento degli esiti nel tempo. Ciò è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l'elaborazione di questi è possibile fare valutazioni da un punto di vista amministrativo e manageriale. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l'outcome.

Cosa serve

Sono strumenti per il rilevamento dei principali fattori determinanti i comportamenti a rischio per l'HIV. Il sistema permette di ottenere un profilo sintetico e di facile comprensione delle conoscenze preventive del soggetto.

Cosa consente di osservare

Consente i seguenti livelli di osservazione:

- livello di conoscenze HIV AIDS del soggetto, inteso come il grado di conoscenza corretta su AIDS, infezione da HIV e modalità preventive;
- atteggiamento nei confronti del problema HIV, ossia l'insieme di credenze e stereotipi rispetto alla possibilità di infezione, alle persone sieropositive e alle norme profilattiche;
- attitudini al rischio, ossia il tratto di personalità in grado maggiore o minore in ogni individuo;
- percezione del rischio, ossia l'interpretazione cognitiva affettiva e comportamentale che il soggetto elabora nei confronti di eventi esterni in grado di indurgli danno.

Come è strutturato

I modelli teorici di riferimento sono "The Health belief Model" di M.H.Becker, "Theory of Reasoned Action" di M. Fishbein, "Social Learning Theory" di A.Bandura.

Cosa fornisce il sistema

- elenco degli item dei singoli questionari
- grafico riassuntivo con i punteggi dei singoli questionari in fase di pre e post counselling;
- grafici finali che rappresentano il punteggio sui fattori indagati;
- grafici finali che rappresentano il trend delle serie storiche del singolo soggetto;

Fig. 4: Questionari informatizzati per la valutazione del rischio HIV (Livello Informativo, Atteggiamento nei confronti dell'infezione da HIV, Attitudine al Rischio, Percezione Rischio HIV)

A



B



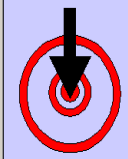
C

PERCEZIONE DEL RISCHIO

PRH



QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DEL RISCHIO PER L'INFEZIONE DA HIV

Vers. 1.0 del 17.04.2001



Il presente questionario misura la percezione del rischio, cioè quanto una persona è in grado di percepire come vicino a sé e reale un rischio di infezione da HIV. Di solito non dipende tanto da quanto una persona conosce dell'infezione da HIV piuttosto da altri fattori come l'attitudine al rischio, l'atteggiamento nei confronti dell'AIDS

IDEAZIONE: G. Serpelloni
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, M. Zermiani, U. Galvan
PROGRAMMAZIONE: D. Giblin
REVISIONE CONTENUTISTICA: U. Galvan, S. Nardi, A. Rossi, V. Scolari, C. Tognetto, M. Zermiani



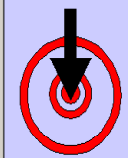
D

ATTITUDINE

ATTITUDINE AL RISCHIO



QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTITUDINE AL RISCHIO DEL PAZIENTE

Vers. 1.0 del 17.04.2001



Valuta e quantifica l'atteggiamento del cliente nei confronti dell'attitudine del paziente al rischio

IDEAZIONE E PUBBLICAZIONE: M. Zuckerman (Psicologia contemporanea n. 59 1983)
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni
PROGRAMMAZIONE: D. Giblin
REVISIONE CONTENUTISTICA: G. Serpelloni



Fonti bibliografica Check-list

- Serpelloni G., Rossi A. "HIV/AIDS e Droga" Manuale per operatori di prevenzione L'intervento in strada (1996)
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. Eroina Infezione da HIV e patologie correlate Eds Leonard (1995)
- Serpelloni G., Pirastu R., Brugnoli O. Medicina delle tossicodipendenze (1996) edizioni S.E.M.G.
- Dianzani F., Ippolito G., Moroni M. AIDS Il contributo italiano eds Piccin (1998)
- Serpelloni G., Schifano F. "Prevenzione e trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy. Linee guida" Eds La grafica (2000)

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO (VERSIONE PER L'USO DI HEROINA)

Ideazione: G.P. Guelfi, V. Spiller, M. Scaglia

Programmazione: C. Bettero

Interfaccia grafica: G. Serpelloni

Dove si colloca

È uno strumento ideato e prodotto dal Servizio Tossicodipendenze della USL n.3 della Regione Liguria.

La versione informatica si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp 2000). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale in un'ottica che fa riferimento al Total Quality Management.

Qual'è l'obiettivo generale

Nell'affrontare le problematiche relative al trattamento delle dipendenze da sostanze è fondamentale valutare i fattori relativi alla motivazione al cambiamento. Questo aspetto assume una importanza critica nella decisione dell'attuazione di diversi interventi. Vi è la necessità di conoscere lo stadio del cambiamento in cui si trova il paziente per poter offrirgli l'intervento più adatto e più accettabile.

Quali sono le sue funzioni

1. Individuare lo stadio del cambiamento. La prospettiva degli stadi del cambiamento deriva dall'approccio transteorico di Prochaska e Di Clemente che indica come sia necessario adeguare il tipo di intervento alla motivazione del paziente e al suo grado di disponibilità al cambiamento. Quest'ultimo aspetto viene sintetizzato dalla possibilità di collocare il paziente in sei diverse posizioni (Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento e Ricaduta).
2. Calcolare la frattura interiore o dissonanza cognitiva. La frattura interiore rappresenta la discrepanza fra la situazione attuale del soggetto e la condizione che egli vorrebbe ottenere, in base ai propri valori ed alle aspettative di sé. È un concetto assai ampio che abbraccia condizioni emotive ed esperienze complesse.
3. Calcolare l'autoefficacia (self-efficacy), ossia la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito e di essere in grado di affrontare e risolvere un problema/situazione. Si tratta di un insieme di valutazioni del soggetto rispetto alla propria possibilità di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato. Il grado di autoefficacia è stato identificato come uno dei fattori prognostici più significativi in relazione all'esito dei trattamenti e nella prevenzione della ricaduta.

Cosa serve

Lo strumento permette di conoscere sia lo stadio del cambiamento in cui il soggetto si trova, sia un'analisi delle capacità dinamiche dei soggetti, ossia la possibilità di muoversi da uno stadio all'altro, con una stima dell'autoefficacia e della frattura interiore. L'applicazione del MAC/E può permettere di valutare il peso di tali fattori sia nella scelta dei trattamenti sia nei loro



risultati.

Cosa consente di osservare

1. Un profilo di disponibilità al cambiamento, che si ottiene riportando i punteggi dei quattro stadi Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione su un semplice grafico in modo da ottenere una valutazione che rende ragione “a colpo d'occhio” della globalità dei punteggi ottenuti nei quattro stadi. Le informazioni sugli stadi del cambiamento sono di grande importanza in quanto forniscono utili indicazioni sugli obiettivi che è possibile perseguire con successo negli interventi con i pazienti. A seconda dello stadio in cui il paziente si trova esistono, infatti, obiettivi che possono essere raggiunti e, di conseguenza, interventi più o meno opportuni, in accordo con le indicazioni del modello transteorico.
2. Un indice di disponibilità al cambiamento (R), ossia un indice numerico che riassume l'andamento del profilo di disponibilità. L'indice R è utile per fornire una valutazione numerica di sintesi della disponibilità al cambiamento.
3. Un punteggio relativo all'autoefficacia, tale punteggio può dare indicazioni diverse, ad es. i soggetti con un punteggio basso hanno scarsa fiducia nelle proprie possibilità o hanno ancora una forte tentazione all'uso di sostanze, i soggetti con punteggi alti possono essere fortemente convinti di essere in grado di far fronte alla situazione con i propri mezzi non sentendo la necessità di aiuti esterni;
4. Un punteggio relativo alla frattura interiore, chi presenta al MAC/E bassi livelli di frattura interiore può non sentire la necessità di un cambiamento, un basso livello di frattura interiore è presente anche in chi ha effettuato e consolidato con successo un cambiamento.

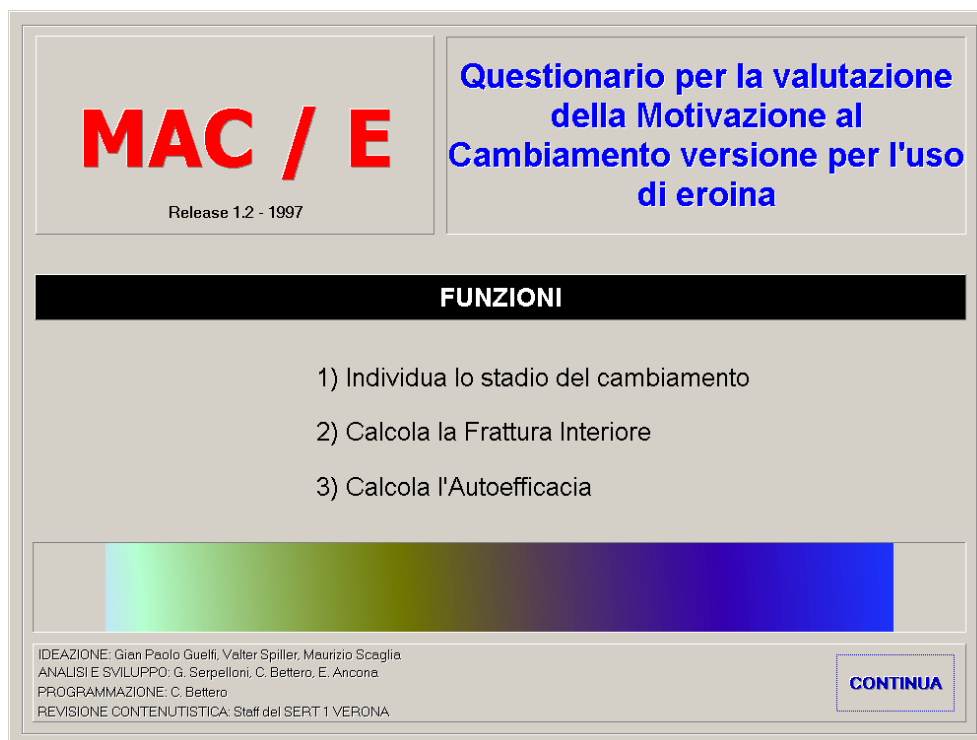
Come è strutturato

Il MAC/E si compone di 24 item a cui bisogna rispondere secondo una scala Likert a 5 livelli che indica il grado di accordo o disaccordo con il contenuto della frase (da completamente non d'accordo a completamente d'accordo). I punteggi dei singoli item, opportunamente raggruppati, vengono sommati per ottenere i valori delle variabili che si intende valutare.

Come è stato costruito il MAC/E

Lo strumento MAC/E rappresenta la naturale evoluzione della versione italiana del Readiness to Change Questionare. La validazione del test è stata effettuata studiando la consistenza interna, l'affidabilità e la validità concorrente (utilizzando il test dei Ritratti). L'analisi della consistenza interna ha confermato che i gruppi di item possiedono le ipotizzate proprietà della scala; l'affidabilità è risultata comparabile con quella di un gruppo di controllo costituito da soggetti non tossicodipendenti; la validità concorrente ha evidenziato correlazioni altamente significative con il risultato di una valutazione parallela della motivazione (test dei Ritratti), sia nell'autosomministrazione del paziente sia nella valutazione dell'operatore di riferimento. Si ritiene, quindi, il MAC/E validato come strumento per misurare il livello di motivazione al cambiamento nei tossicodipendenti.

Fig. 5: Informatizzazione del Questionario per la motivazione al Cambiamento (versione uso eroina)



Fonti bibliografiche check HIV

Bandura A. "Social Learning Theory" PrenticeHall Englewood Cliffs 1977

Becker M.H. "The Health Belief Model and personal health behavior" Slack Thorofare, NJ 1974

Carli L., Serpelloni G. Il counselling: livelli di intervento e fattori per le modifiche comportamentali in Serpelloni G. Bravi E. HIV e counselling eds La Grafica 1999

Fishbein M., Ajezen I: "Belief, Attitude, Intention and Behavior:an introduction to theory snd research" Addison-Wesley, Reading MA 1975

Zuckerman M. "La ricerca di forti sensazioni" Psicologia comportamentale 1983 n.59

UN SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ CLINICA DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE: IL C.B.E. (VER 3.0/2000)

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e sviluppo: G. Serpelloni, C. Bettero, E. Ancona

Programmazione: C. Bettero

Revisione contenutistica: Staff del Ser.T 1 Azienda ULSS 20 Verona

Preparazione delle check-list: M. Zermiani

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp 2000). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il



supporto delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale in un'ottica che fa riferimento al Total Quality Management.

Cosa serve

Il CBE è uno strumento per ottenere una prima valutazione standardizzata della gravità clinica del paziente tossicodipendente. Il sistema è orientato al fine di ottenere un profilo sintetico e di facile comprensione della situazione del soggetto, mediante una lettura sistematica di quattro aree di interesse: tossicologica, medica, sociale e psicologica.

Qual'è l'obiettivo generale

Fornire una descrizione generale, rilevare la presenza di problemi tossicologici, medici, sociali psicologici e di misurarne la gravità attraverso l'inquadramento degli indicatori prescelti in quattro classi a gravità crescente (da 0 a 3). Il C.B.E. segue un algoritmo logico di indagine che prende in considerazione, in modo sistematico, le aree ritenute più importanti nella valutazione del soggetto al fine di ottenere una descrizione di base utile per la comprensione della gravità del paziente tossicodipendente e la programmazione degli interventi oltre che a cogliere (se utilizzato nel tempo) le variazioni di stato.

Quali sono le sue funzioni

1. Esegue una valutazione standardizzata di primo livello degli aspetti tossicologici, medici, sociali e psicologici che permette una visione dello stato del paziente sufficientemente ampia e dettagliata.
2. Calcola un punteggio di gravità per area; lo strumento offre, quindi, un punteggio complessivo che costituisce una misura "visibile" e rappresentativa della condizione del soggetto nelle varie aree.
3. Rappresenta graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione della gravità del paziente.
4. Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema acquisita durante l'uso. Ciò consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo paziente.
5. Esegue confronti di serie storiche consentendo l'accertamento degli esiti dei trattamenti nel tempo. Ciò è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l'elaborazione di questi dati è possibile fare una valutazione anche da un punto di vista gestionale. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi predefiniti, gli indicatori che più si considerano rappresentativi per misurare l'outcome.

Come è strutturato

La struttura logica del CBE.3 trova fondamento logico nella valutazione multiassiale del "DSM IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" dell'American Psychiatric Association. Un sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare e comunicare l'informazione clinica, per cogliere la complessità delle situazioni e per descrivere l'eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa macro diagnosi. Un'altra fonte di riferimento per il CBE.3 è stata una batteria di valutazione di accoglienza dei pazienti tossicodipendenti proposta dall'"Institute of Behavioral Research" della Texas Christian University detta TCU/DATAR. In tale batteria sono presentate 14 schede per una valutazione

multiassiale del paziente tossicodipendente. Il CBE.3 si inquadra, quindi, all'interno di una metodologia clinimetrica per la valutazione quantitativa e sistematica dei problemi generali del soggetto; è composto di 4 tabelle che corrispondono alle principali aree di valutazione (tossicologica, medica, sociale e psicologica).

Cosa fornisce il sistema

- Descrizione per singola area dello stato di gravità.
- Tabella riassuntiva con il grado di problematicità delle singole aree.
- Tabelle riassuntive del giudizio del paziente sul suo grado di problematicità e confronto con quello dell'operatore.
- Grafici finali che rappresentano il punteggio di gravità per tutte le aree.
- Grafici che rappresentano il trend delle serie storiche del singolo soggetto.
- Come è stato costruito il CBE. 3.

Per la scelta degli indicatori delle singole aree si è proceduto con la tecnica del Nominal Group Technique (NGT). Tale tecnica è atta alla gestione di riunioni organizzate per produrre stime e previsioni su problemi che non possono essere trattati con tecniche quantitative o per prendere decisioni su problemi non sufficientemente noti o, comunque, non controllabili con processi decisionali rigidi. La riunione gestita con la tecnica NGT ha visto la partecipazione di un gruppo ristretto di esperti giudici (da 7 a 12), chiamati ad interagire fra di loro attraverso un processo diretto e strutturato. Per processo diretto e strutturato di comunicazione si intende un confronto fra esperti che si sviluppa mettendo tutti i giudici coinvolti attorno ad un tavolo, non lasciando, però, la comunicazione libera, bensì strutturandola lungo un percorso ben definito. Si sono così identificate tutte le variabili (indicatori) che gli operatori ritenevano indispensabili nella valutazione dello stato di gravità del soggetto. Per ogni indicatore si è poi concordata una descrizione in quattro classi di gravità crescente e definito un peso. Così facendo si è creato anche un "profilo ponderale" dello strumento che può essere personalizzato da ciascuna équipe sulla base della propria esperienza creando fino a dieci profili e confrontando con il profilo standard interno.

Sintesi delle principali caratteristiche del CBE.3

Check-list

Per check-list si intende un elenco ragionato di aree di indagine sequenziato in un predeterminato ordine logico. Le aree e i singoli item sono state elaborate mediante un'esplicitazione dei processi mentali con i quali i singoli operatori, con le specifiche professionalità, eseguono l'analisi dei problemi dei loro pazienti. Ciò ha permesso di usufruire dell'expertise degli operatori e ha dato la possibilità di scegliere quelle aree di indagine su cui c'era maggiore accordo al fine di cogliere la situazione di gravità. La misurazione di tali variabili è stata fatta al "negativo", ossia si va a misurare il problema e non la risorsa.

Consente una valutazione Standardizzata

Il concetto di processo standardizzato è qui inteso come l'uso di una valutazione e/o procedura di ammissione uniforme per tutti i pazienti in entrata al SerT. Questo è stato ideato per risolvere un frequente problema esistente nei servizi per cui i pazienti erano sottoposti a diverse valutazioni che dipendevano dagli operatori e, spesso, dalla specifica formazione di questi.

Multidimensionale

La valutazione comprende le dimensioni ritenute principali e che permettono una visione completa degli aspetti del paziente sufficientemente ampia e dettagliata.

Comparabile con la popolazione osservata e memorizzata nel sistema.



Con questo sistema è possibile confrontare i dati del singolo paziente con quelli della popolazione di riferimento immagazzinati nel tempo dal sistema. Ciò consente di avere un riferimento immediato dello stato di gravità del paziente confrontato con la popolazione di pazienti fino a quel momento osservati dal sistema.

Tabellare e grafica

Il CBE.3 offre un “feedback” immediato della situazione clinica del paziente in quanto tramite tabelle e grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un’immediata percezione della gravità del paziente. Questa funzione è stata particolarmente studiata e sviluppata al fine di rendere il sistema un reale strumento di supporto all’operatore durante i processi di problem analysis e problem solving. Le tabelle e i grafici sono facilmente utilizzabili, infatti, anche durante le riunioni d’équipe per la discussione del caso clinico con una valutazione standardizzata e completa.

Finalizzata ad evidenziare le variazioni nel tempo del grado di salute (OUTCOME)

L’accertamento degli esiti nel tempo è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l’elaborazione di questi è possibile fare valutazione da un punto di vista gestionale (efficacia degli interventi in relazione all’impiego di risorse richiesto). Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l’outcome.

Fig. 6: Sistema di check-list informatizzato per la valutazione multidimensionale della gravità clinica nelle tossicodipendenze

C.B.E. Versione 3 del 13/05/1999		Sistema di checklist per la valutazione multidimensionale della gravità clinica nelle tossicodipendenze	
1	AREA TOSSICOLOGICA	VALUTAZIONE	
2	AREA MEDICA	1) Standardizzata	
3	AREA SOCIALE	2) Multidimensionale	
4	AREA PSICOLOGICA	3) Comparata con la popolazione osservata memorizzata nel sistema	
		4) Tabellare e grafica	
		5) Finalizzata ad evidenziare le variazioni nel temp del grado di salute (OUTCOME)	
IDEAZIONE: G. Serpelloni, M. Zermiani ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, C. Bettero, E. Ancona PROGRAMMAZIONE: C. Bettero REVISIONE CONTENUTISTICA: Staff del SERT 1 VERONA		CONTINUA	

Fonti bibliografiche C.B.E.

American Psychiatric Association (1996) “DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali” Eds Masson
American Psychiatric Association (1996) “DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali” Eds Masson
Boncori L. (1993) Teoria e tecniche dei test. Torino, Bollati Boringhieri

- Consoli A., Bennardo A. (1997) Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo Addiction Severity Index, Torino, Centro Scientifico Editore
- Delbecq A.L., Van de Ven A.H., Gustafson D.H. (1975) Group Techniques for Program Planning: a Guide to Nominal Group and Delphi Process Scott Foreman & CO, Gleniew (Ill)
- De Lisio G., Maremmani I., Bani A. (1984) S.A.S.A. by Zuing and Eddy, Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Pisa
- Graham K. (1994) Guidelines for using standardized outcome measures following addictions treatment, Evaluation & the Health Professions Vol.17 No.1
- Lowinson J.H., Ruiz P., Millman R.B. (1981) Substance Abuse A comprehensive textbook Second Edition Eds Williams & Wilkins
- Maremmani I, Castrogiovanni P. (1989) Scheda per la rilevazione dell'abuso di sostanze A cura dell'Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Pisa
- McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1980) An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index, Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 26-33
- Nehemkis J., Macari M., Lettieri D.(1976) Drug Abuse instrument handbook, National Institute on Drug Abuse, U.S Dept. H.E. 6 W.
- Pittel S.M., Hofer R. (1973) A systematic approach to drug abuse treatment referral, J. Psychedelic Drugs, 6(1), 253
- Rounsaville B.J., Tims F. M., Horton A.M., Sowder B.J. (1993) "Diagnostic source book on drug abuse research and treatment" (NIDA Research Monograph) Washington DC U.S. Government Printing
- Sells S.B. (1969) Drug abuse reporting program-admission record, NIMH Form MH -193, Texas Christian University
- Serpelloni G. (1995) Sistema sperimentale per la valutazione della gravità clinica del paziente che utilizza l'eroina in Serpelloni G. Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Verona, Leonard Edizioni
- Tamburini M. (1992) Strumenti di valutazione della qualità di vita. Le scale analogiche visive. Eds CILAG

STANDARDIZED SOCIAL ASSESSMENT SYSTEM (S.S.A.S..) SISTEMA PER LA VALUTAZIONE STANDARDIZZATA DEGLI ASPETTI SOCIALI DELLA PERSONA TOSSICODIPENDENTE (VER 3.0)

Ideazione: G. Serpelloni, R. Tajoli

Analisi e sviluppo: G. Serpelloni, C. Bettero, E. Ancona

Programmazione: C. Bettero

Revisione contenutistica: Assistenti sociali del Ser.T 1 di Verona e Gruppo regionale SSAS

Preparazione delle check-list: M. Zermiani

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp 2000). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale in un'ottica che fa riferimento al Total Quality Management.

Qual'è l'obiettivo generale

Fornire una descrizione generale, rilevare la presenza di problemi sociali e di misurarne la gravità attraverso gli indicatori prescelti, descritti in tre classi a gravità crescente (da 1 a 3). Il SSAS segue un algoritmo logico di indagine che prende in considerazione, in modo sistematico, il contesto socio-ambientale e relazionale del soggetto al fine di ottenere una descrizione di base utile per la comprensione dei bisogni e la programmazione degli interventi oltre che a cogliere (se utilizzato nel tempo) le variazioni di stato.



Quali sono le sue funzioni

1. Esegue una valutazione standardizzata degli aspetti sociali per aree. Essa comprende le dimensioni ritenute principali che permettono una visione del paziente sufficientemente ampia e dettagliata.
2. Calcola un punteggio di gravità per area, lo strumento offre, quindi, un punteggio complessivo che costituisce una misura significativa della condizione del soggetto nelle varie aree.
3. Rappresenta graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione della gravità del paziente.
4. Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema. Ciò consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo paziente.
5. Esegue confronti di serie storiche e l'accertamento degli esiti nel tempo. Ciò è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l'elaborazione di questi è possibile fare valutazioni da un punto di vista gestionale. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l'outcome.

Cosa serve

È uno strumento per il rilevamento delle principali caratteristiche e fattori socio-ambientali del paziente tossicodipendente. Il sistema permette di ottenere un profilo sintetico e di facile comprensione della situazione del soggetto, mediante una schematizzazione del contesto ambientale, del gruppo sociale di riferimento, delle risorse individuali del soggetto stesso e delle relazioni in atto.

Cosa consente di osservare

Consente tre livelli di osservazione:

- analisi descrittiva generale dei tre ambiti (individuale, relazionale, ambientale) con una descrizione analitica dello stato socio-ambientale del soggetto con un'indagine sulle sue risorse individuali (performance psicofisica, culturale, professionale e abilità specifiche), sulle relazioni e sull'ambiente di vita del soggetto;
- quantificazione del grado di compromissione dei tre ambiti di indagine (individuale, relazionale, ambientale) mediante un sistema di score;
- analisi ed elencazione delle risorse esistenti e attivabili (sia individuali sia ambientali) al fine di fornire una stima delle potenzialità d'intervento.

Come è strutturato

La struttura logica del S.S.A.S. trova fondamento logico nella valutazione multiassiale del "DSM IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" dell'American Psychiatric Association. Un sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare e comunicare l'informazione clinica, per cogliere la complessità delle situazioni e per descrivere l'eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa diagnosi. In modo particolare sull'asse IV si riportano i problemi psicosociali ed ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi mentali. I problemi identificati su quest'asse sono con il gruppo di supporto principale, legati all'ambiente sociale, di istruzione, lavorativi, abitativi, economici, di accesso ai servizi sanitari, legati all'interazione con il sistema legale. Un'altra fonte di riferimento per il S.S.A.S. è stata una batteria di valutazione di accoglienza dei pazienti tossicodipendenti proposta dall'Institute of Behavioral Research della Texas Christian University detta TCU/DATAR. In tale batteria sono proposte 14 schede per una valutazione

multiassiale del paziente tossicodipendente. Il S.S.A.S. si inquadra, quindi, all'interno di una metodologia clinica per la valutazione diagnostica dei problemi generali del soggetto; è composto delle seguenti tabelle che indagano i principali fattori sociali. Esse sono:

1. Situazione familiare e tipologia delle relazioni.
2. Rete sociale e tipologia delle relazioni.
3. Abitazione.
4. Tipologia del territorio.
5. Lavoro (o scuola) (ambiente e tipo).
6. Reddito disponibile complessivo/ mese.
7. Presenza di attività sociali (che cosa fa?).
8. Grado di interesse espresso per le attività sociali (che cosa vorrebbe fare?).
9. Rapporti con la comunità religiosa.
10. Situazione legale.
11. Rete di fornitori di assistenza e tipologia delle relazioni.
12. Precedenti Programmi Terapeutici riferiti.
13. Risorse individuali.
14. Informazioni sintetiche finali.

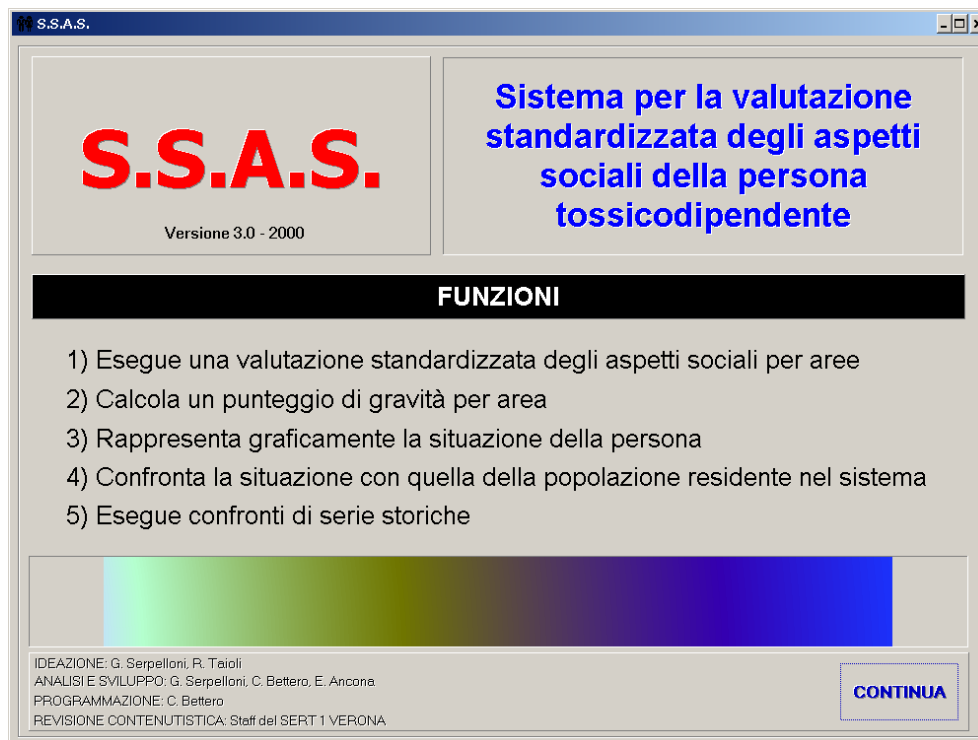
Cosa fornisce il sistema

- a) descrizione per singola area dello stato di gravità;
- b) tabella riassuntiva con il grado di problematicità delle singole aree;
- c) tabelle riassuntive del giudizio sul suo grado di problematicità e confronto con quello dell'operatore;
- d) grafici finali che rappresentano il punteggio di gravità per tutte le aree (items problematici, confronto giudizio operatore-paziente, nucleo-familiare, rete sociale);
- e) grafici finali che rappresentano il trend delle serie storiche del singolo soggetto;
- f) Come è stato costruito il S.S.A.S..

Per la scelta degli indicatori delle singole aree si è proceduto mediante la tecnica del Nominal Group Technique (NGT), tecnica atta alla gestione di riunioni organizzate per produrre stime e previsioni su problemi che non possono essere trattati con tecniche quantitative o per prendere decisioni su problemi non sufficientemente noti o, comunque, non controllabili con processi decisionali rigidi. La riunione gestita con la tecnica NGT vede la partecipazione di un gruppo ristretto di esperti giudici (da 7 a 12), chiamati ad interagire fra di loro attraverso un processo diretto e strutturato. Per processo diretto e strutturato di comunicazione si intende un confronto fra esperti che si sviluppa mettendo tutti i giudici coinvolti attorno ad un tavolo, non lasciando, però, la comunicazione libera, bensì strutturandola lungo un percorso ben definito.



Fig. 7: Sistema informatizzato per la valutazione standardizzata degli aspetti sociali della persona tossicodipendente



Fonti bibliografiche S.S.A.S..

- American Psychiatric Association (1996) "DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" Eds Masson
- Campanini A.M. (1991) Il colloquio nel Servizio Sociale Eds Novastampa Parma
- De Robertis O. (1986) Metodologia dell'intervento nel lavoro sociale Eds Zanichelli Bologna 1986
- Di Nicola (1986) L'uomo non è un'isola. Le reti primarie nella vita quotidiana Eds Franco Angeli
- Ferrario E. (1996) Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito Eds NIS Roma
- Ferrario F. (1992) Il lavoro diretto nel servizio sociale. Gli operatori fra solidarietà e istituzioni Roma
- Folgheraiter F. (1990) Operatori sociali e lavoro di rete Eds Erickson Trento
- Kadushin A. (1980) Il colloquio nel servizio sociale Eds Astrolabio Roma
- Lai G. (1989) Le parole del primo colloquio Eds Boringhieri
- Lerma M. (1992) Metodo e tecniche del processo di aiuto Eds Astrolabio
- Loewenberg F. (1985) Tecniche per lo studio e la valutazione della situazione e individuazione degli obiettivi e sviluppo di un piano di intervento in Dal Prà Ponticelli M. (a cura di) Metodologia del Servizio Sociale: Il processo di aiuto alla persona Eds Franco Angeli Milano
- Quadrio A., Ugazio V. (1980) Il colloquio in psicologia clinica e sociale Eds Angeli Milano
- Rogers O.R. (1970) La terapia centrata sul cliente Eds Martinelli Firenze
- Rounsaville B.J., Tims F. M., Horton A.M., Sowder B.J. (1993) "Diagnostic source book on drug abuse research and treatment" (NIDA Research Monograph) Washington DC U.S. Government Printing Office
- Serpelloni G. (1995) "Sistema sperimentale per la valutazione della gravità del paziente che utilizza l'eroina" in Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. Eroina Infezione da HIV e patologie correlate Eds Leonard
- Simpson D.D. (1999) Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS Drug and Alcohol Dependence (Dicembre, 1999)
- Sullivan H.S. (1967) Il colloquio psichiatrico Feltrinelli Milano Tajoli R. (1996) (tesi di diploma) "Studio per la definizione di un sistema per la valutazione standardizzata (quantitativa e qualitativa) delle risorse individuali, sociali e ambientali"

del soggetto tossicodipendente e malato di AIDS (S.S.A.S.)”
Zinim I., Miodini 5. (1987) Il colloquio di aiuto NIS Roma